



Vaasan yliopisto
UNIVERSITY OF VAASA

Oskari Anttila

Terveyserojen vähentäminen Suomessa

**Miten kompleksisuusajattelu näkyy terveyserojen vähentämiseen
tärkeissä toimenpideohjelmassa?**

Johtamisen akateeminen yksikkö
Pro gradu -tutkielma
Sosiaali- ja terveyshallintotiede

Vaasa 2026

VAASAN YLIOPISTO**Johtamisen akateeminen yksikkö**

Tekijä:	Oskari Anttila		
Tutkielman nimi:	Terveyserojen vähentäminen Suomessa - Miten kompleksisuusajattelu näkyy terveyserojen vähentämiseen tähtäävissä toimenpideohjelmassa?		
Tutkinto:	Hallintotieteiden maisteri		
Opintosuunta:	Sosiaali- ja terveyshallintotiede		
Työn ohjaaja:	Ville-Pekka Niskanen		
Valmistumisvuosi:	2026	Sivumäärä:	66

TIIVISTELMÄ: Terveyserojen vähentäminen on pysyvä mutta vaikeasti saavutettava tavoite suomalaisessa hyvinvointipolitiikassa. Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkastellaan terveyserojen vähentämiseen tähtäävää politiikkaa näkökulmasta, joka korostaa ilmiön monimutkaisuutta, jatkuvaa muuttumista ja hallinnan rajoja. Tutkielman tavoitteena on selvittää, millä tavoin tällainen ajattelutapa näkyy kansallisissa terveystoimintasuunnitelmissa. Tarkastelun keskiössä ovat kysymykset siitä, miten terveyserot ymmärretään poliittisessa ohjauksessa, millaisia ratkaisuja niiden vähentämiseksi esitetään sekä missä määrin politiikkadokumentit tunnistavat terveyserojen kytkeytymisen laajempiin sosiaalisiin, kulttuurisiin ja taloudellisiin rakenteisiin.

Tutkielman teoreettinen viitekehys yhdistää pirullisen ongelman tutkimuksen ja kompleksisuusajattelun, joiden avulla terveyseroja lähestytään laaja-alaisina ja vaikeasti ennakoitavina yhteiskunnallisina ilmiöinä. Pirullisen ongelman näkökulma korostaa, että terveyserot ovat moniulotteisia ja eri toimijoiden eri tavoin määrittelemiä kysymyksiä, joihin ei ole yksiselitteisiä tai pysyviä ratkaisuja. Kompleksisuusajattelu suuntaa huomion ilmiöiden keskinäisriippuvuuksiin ja epälineaarisuuteen. Tämän viitekehysten avulla politiikkaa tarkastellaan prosessina, jossa pyritään hallitsemaan muuntuvaan todellisuuteen rajallisen tiedon varassa.

Tutkimusaineistona käytetään kolmea suomalaista politiikkadokumenttia, jotka edustavat keskeisiä strategisia linjauksia terveyden edistämiseksi ja väestöryhmien välisten terveyserojen vähentämiseksi. Aineistoa tarkastellaan narratiivisen kirjallisuuskatsauksen ja laadullisen sisällönanalyysin keinoin.

Tulokset osoittavat, että politiikkadokumenteissa tunnistetaan terveyserojen laaja-alainen ja poikkialainen luonne, mutta ilmiön dynaamisuus huomioidaan vain osittain. Vaikka ohjelmissa viitataan rakenteellisiin tekijöihin ja monitoimijaiseen yhteistyöhön, käytännön toimenpiteet rakentuvat usein lineaarisille oletuksille. Terveyserojen vähentäminen esitetään tavoitteena, joka on saavutettavissa selkeiden toimenpidekokonaisuuksien avulla, vaikka teoreettinen tarkastelu viittaa ilmiön kompleksisuuteen. Tutkielma tuo esiin jännitteen politiikan tavoitteiden ja ilmiön luonteen välillä sekä korostaa tarvetta joustavammille ja oppiville ohjaukselle.

AVAINSANAT: terveyserot, kompleksisuusajattelu, pirullinen ongelma, laadullinen sisällönanalyysi

1 Sisällys

1	Johdanto	5
2	Teoreettinen tausta	9
2.1	Terveys	9
2.2	Terveyserot ja niiden vähentäminen	12
2.3	Pirullinen ongelma	14
2.4	Kompleksisuusajattelu	19
3	Terveyserot kompleksisena ilmiönä ja pirullisena ongelmana	24
3.1	Terveyserojen monitasoinen ja dynaaminen rakenne	25
3.2	Pirullisen ongelman näkökulma terveyseroihin	26
3.3	Kompleksisuusajattelu ja terveyserot	27
4	Menetelmä ja aineisto	31
5	Aineistoanalyysi	34
5.1	Analysoitava dokumentti: Koko väestön terveys on yhteiskunnan menestystekijä – Ratkaisuja terveyserojen vähentämiseksi (STM, 2023)	34
5.2	Analysoitava dokumentti: Terveystekijä – kansallinen terveys- ja hyvinvointiohjelma (STM, 2024)	44
5.3	Analysoitava dokumentti: Suomi liikkeelle – liikunnallisen elämäntavan ja toimintakyvyn poikkialueellinen ohjelma (VN, 2024)	47
6	Tulokset	51
7	Pohdinta	60
8	Lähteet	63

Taulukot

Taulukko 1. Pirullisen ongelman piirteet ja niiden kuvaukset mukailten Rittelin ja Webberin (1973) sekä Lindellin (2017) tiivistyksiä.	16–17
Taulukko 2. Pirullisen ongelman piirteet ja niiden kuvaukset Conklinin (2006) mukaan.	18
Taulukko 3. Terveyserot ja niiden vähentäminen pirullisena ongelmana ja kompleksisena ilmiönä.	29
Taulukko 4. Aineistona käytettyjen politiikkadokumenttien keskeiset tiedot.	31
Taulukko 5. Dokumenttien lähestymistapa terveyserojen vähentämiseen pirullisen ongelman näkökulmasta.	55–56
Taulukko 6. Dokumenttien lähestymistapa terveyserojen vähentämiseen kompleksisuusajattelun näkökulmasta.	57–58

Lyhenteet

STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
VN	Valtioneuvosto
WHO	World Health Organization

1 Johdanto

Väestöryhmien väliset terveyserot ovat yksi keskeisimmistä ja pitkäkestoisimmista yhteiskunnallisista haasteista niin Suomessa kuin kansainvälisesti. Vaikka väestön keskimääräinen elinajanodote ja koettu terveys ovat viime vuosikymmeninä parantuneet, nämä myönteiset kehityskulut eivät ole jakautuneet tasaisesti eri sosioekonomisten ryhmien välillä (Karvonen ja muut, 2017, s. 1). Suomessa koulutus-, tulo- ja ammattiasemaan liittyvät terveyserot ovat säilyneet huomattavina tai jopa kasvaneet, erityisesti pienituloisten ja matalasti koulutettujen väestöryhmien parissa (Karvonen ja muut, 2017, s. 8–10; Lahelma, 2017, s. 2–4). Terveyserojen pysyvyys herättää perustellun kysymyksen siitä, miksi terveyden tasa-arvoa edistävät politiikkatoimet eivät ole onnistuneet saavuttamaan tavoiteltuja vaikutuksia, vaikka ilmiön keskeiset piirteet ja taustatekijät ovat olleet tutkimuksen ja poliittisen huomion kohteena jo vuosikymmeniä.

Terveyserojen vähentäminen on keskeinen yhteiskunnallinen tavoite sekä eettisistä että taloudellisista syistä. Eettisestä näkökulmasta terveyserot ovat ongelmallisia, koska ne heijastavat eriarvoisuutta elämän perusedellytyksissä: huono-osaisilla on enemmän sairastavuutta ja ennen aikaista kuolleisuutta, mitkä liittyvät paitsi sosiaaliseen asemaan myös lapsuuden elinoloihin ja psyykkisiin tekijöihin (Valkonen, 1995, s. 311). Terveysten eriarvoisuus ei tällöin ole pelkästään yksilöllisten valintojen seurausta, vaan se juontuu osittain myös yhteiskunnallisista rakenteista. Taloudellisesta näkökulmasta terveyserot aiheuttavat merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle muun muassa lisääntyneen sairastavuuden, työkyvyttömyyden, sosiaalimenojen kasvun ja menetettyjen työvuosien muodossa (Rotko ja muut, 2014, s. 96–97). Näin ollen terveyserojen vähentäminen ei ole ainoastaan sosiaali- ja terveyspolitiikan kysymys, vaan laajemmin yhteiskunnallisen kestävyuden ja hyvinvointivaltion legitimitietin kannalta keskeinen haaste.

Terveyserojen tutkimuksessa on osoitettu, että keskeisimmät selittävät tekijät liittyvät sosioekonomiseen asemaan. Koulutustaso, tulotaso ja ammattiasema vaikuttavat terveyteen monikanavaisesti elinolojen, elintapojen, työolosuhteiden ja palvelujen käytön kautta (Karvonen ja muut, 2017, s. 1–3). Lisäksi terveyserojen taustalla vaikuttavat lapsuuden olosuhteet, työmarkkina-asema, asuinympäristö sekä sosiaalinen

tuki, jotka muovaavat terveyttä koko elinkaaren ajan (Talala ja muut, 2014, s. 2185–2186). Terveyserot eivät siten synny yksittäisten riskitekijöiden summana, vaan ne rakentuvat monitasoisten ja toisiaan vahvistavien mekanismien kautta. Tämä tekee terveyseroista ilmiön, jota on vaikea rajata, mitata ja hallita perinteisin, lineaarisiin syy-seuraussuhteisiin nojaavin politiikkatoimin.

Perinteisesti terveyserojen vähentämiseen tähtäävät interventiot ovat painottuneet yksilötason elintapamuutoksiin, kuten liikunnan lisäämiseen, terveelliseen ravitsemukseen ja tupakoinnin vähentämiseen (Borodulin ja muut, 2016, s. 10). Toisaalta koko väestöön kohdistuvat toimet eivät ole tuottaneet toivottua vaikutusta. Ne voivat jopa lisätä terveyseroja, jos kaikkia ryhmiä ei tavoiteta (Rotko, 2014, s. 97). Tämä havainto viittaa siihen, että terveyserojen vähentämisen haaste ei ole ensisijaisesti tiedon puutteessa, vaan siinä, miten monimutkaista ja rakenteellista ilmiötä yritetään hallita yksinkertaistavilla keinoilla.

Viime vuosina kiinnostus kompleksisuusajattelun hyödyntämiseen terveyserojen kaltaisten laajojen yhteiskunnallisten ongelmien tarkastelussa on kasvanut (Stronks ja muut, 2025, s. 1). Kompleksisuusajattelussa terveyserot ymmärretään emergenttinä ilmiönä, joka syntyy sosiaalisten, taloudellisten, poliittisten ja biologisten tekijöiden dynaamisesta vuorovaikutuksesta. Keskeistä on ajatus siitä, että kokonaisuus on enemmän kuin osiensa summa ja että pienetkin muutokset jossakin järjestelmän osassa voivat johtaa ennakoimattomiin ja epälineaarisiin vaikutuksiin muualla (Jalonen, 2006, s. 124). Tällainen näkökulma haastaa perinteisen, sektorikohtaisen ja lineaarisen politiikkaohjauksen ja korostaa poikkihallinnollisuutta, jatkuvaa oppimista ja sopeutumista.

Kompleksisuusajattelua täydentää pirullisen ongelman (wicked problem) käsite, joka on kehitetty kuvaamaan sellaisia yhteiskunnallisia haasteita, joille ei ole selkeää määritelmää, yksiselitteisiä ratkaisuja tai lopullista päätepistettä (Conklin, 2006, s. 7–8; Rittel & Webber, 1973, s. 161–167). Pirullisille ongelmille on ominaista, että ne muuttuvat jatkuvasti, ratkaisujen vaikutuksia on vaikea ennakoida ja eri toimijoilla on keskenään ristiriitaisia tavoitteita ja arvoja. Terveyserot täyttävät monilta osin nämä kriteerit: niitä ei voida tyhjentävästi määritellä, niiden taustalla vaikuttavat tekijät ovat

kietoutuneet erottamattomasti toisiinsa, ja niiden ratkaisuyritykset ovat väistämättä normatiivisia ja poliittisia. Pirullisen ongelman näkökulma auttaa ymmärtämään, miksi terveyserojen vähentäminen ei ole edennyt toivotulla tavalla, vaikka tutkimusnäyttöä ja poliittista tahtoa on ollut runsaasti.

Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkastellaan terveyserojen vähentämistä Suomessa kompleksisena yhteiskunnallisena ilmiönä ja pirullisena ongelmana. Tutkielman tavoitteena on analysoida, miten kompleksisuusajattelu ja siihen liittyvät periaatteet näkyvät terveyserojen vähentämiseen tähtäävissä kansallisissa toimenpideohjelmissa ja raporteissa. Tutkimus kohdistuu erityisesti siihen, millä tavoin politiikkadokumenteissa tunnustetaan terveyserojen monitasoinen ja dynaaminen luonne, poikkihallinnollinen vastuu sekä toimenpiteiden ennakoimattomat ja pitkäaikaiset vaikutukset.

Tutkielman tutkimuskysymys on: Miten kompleksisuusajattelu näkyy terveyserojen vähentämiseen tähtäävissä toimenpideohjelmissa Suomessa?

Tutkielmassa kompleksisuusajattelua ja pirullista ongelmaa tarkastellaan sekä käsitteellisinä viitekehyksinä että hallinnollisena lähestymistapana. Teoreettista viitekehystä peilataan Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) ja Valtioneuvoston (VN) laatimiin raportteihin ja toimenpideohjelmiin *Koko väestön terveys on yhteiskunnan menestystekijä – Ratkaisuja terveyserojen vähentämiseksi (STM, 2023)*, *Terveydeksi – kansallinen terveys- ja hyvinvointiohjelma (STM, 2024)* ja *Suomi liikkeelle – liikunnallisen elämäntavan ja toimintakyvyn poikkihallinnollinen ohjelma (VN, 2024)*, joita käsitellään tutkimuksen aineistona analysoitavina dokumentteina. Raportit toimivat tapausesimerkkeinä siitä, miten terveyserojen vähentämiseen tähtäävät politiikkadokumentit rakentuvat ja millaisia systeemiä ajattelumalleja niissä esiintyy.

Tutkielma rakentuu siten, että johdannon jälkeen luvussa 2 esitellään työn teoreettinen viitekehys, jossa määritellään keskeiset käsitteet ja tarkastellaan terveyttä, terveyseroja, pirullisen ongelman teoriaa ja kompleksisuusajattelua. Luvussa 3 terveyseroja analysoidaan kompleksisena ilmiönä ja pirullisena ongelmana, ja teoreettiset näkökulmat kootaan yhteen terveyserojen hallinnan haasteiden jäsentämiseksi. Luvussa 4 kuvataan tutkimuksen aineistoa, esitellään tutkimusmenetelmät sekä perustellaan valitut analyysitavat. Luvussa 5 esitellään aineisto ja sitä analysoidaan laadullisen

sisällönanalyysin keinoin. Luvussa 6 esitetään tulokset. Luvussa 7 on pohdintaa suhteessa teoreettiseen viitekehykseen ja tutkimuskysymykseen sekä arvioidaan tutkimuksen rajoituksia ja jatkotutkimuksen tarpeita. Tutkielman lopussa luvussa 8 on lähdeluettelo.

2 Teoreettinen tausta

Tutkielman teoreettisessa taustassa käydään läpi tekstin pääkäsitteitä ja niiden taustalla olevia teorioita. Tutkielman keskeisiä käsitteitä ovat terveys, terveyserot, terveyserojen vähentäminen, kompleksisuusajattelu ja pirullinen ongelma. Nämä käsitteet ja teoriat muodostavat tutkielman teoreettisen viitekehyksen.

2.1 Terveys

Terveyserojen ymmärtämiseksi on määriteltävä terveyden ja terveyserojen käsitteet. Ehkä vakiintunein nykyaikainen terveyden määritelmä on Maailman terveysjärjestön (WHO) alun perin vuonna 1948 esittämä:

Terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä vain sairauden tai heikkouden puuttumista (World Health Organization, 2006, s. 1).

Huber ja muut (2011, s. 1) kritisoivat WHO:n terveystermiä erityisesti sanan ”täydellinen” vuoksi, koska heidän mukaansa se edistää terveyden tavallisenkin vaihtelun medikalisoitumista. Kirjoittajien mukaan ajatus täydellisestä terveydestä tekee useimmista ihmisistä epäterveitä ja voi laajentaa tarpeettomasti terveydenhuollon toimintaa sekä siihen kohdistuvien vaatimusten rajoja. Huber ja muut (2011, s. 1) toteavat lisäksi, että ihmisten elinikä on pidentynyt merkittävästi 1940-luvun jälkeen ja että valtaosa kroonisista sairauksista kärsivistä ihmisistä on täysin toimintakykyisiä. Heidän mukaansa uudet seulonnat ja matalammat hoitokynnykset voisivat tuottaa lisää epäolennaisia diagnooseja ja johtaa tarpeettomien lääkitysten aloittamiseen.

Terveyden moniulotteisuutta havainnollistaa vuonna 1986 WHO:n tuella julkaistu Ottawan julistuksen määritelmä, jossa sivutaan myös terveydenedistämistä:

Terveydenedistäminen on prosessi, jossa ihmisille annetaan mahdollisuus lisätä hallintaansa omaan terveyteensä ja parantaa sitä. Saavuttaakseen täydellisen fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilan, yksilön tai ryhmän täytyy pystyä tunnistamaan ja toteuttamaan omia tavoitteitaan, tyydyttämään tarpeitaan sekä muuttamaan tai sopeutumaan ympäristöönsä. Terveys nähdään siten arjen voimavarana, ei elämän päämääränä. Terveys on

positiivinen käsite, joka korostaa sosiaalisia ja henkilökohtaisia voimavaroja sekä fyysisiä valmiuksia. Terveyskasvatus ei siis ole pelkästään terveydenhuollon vastuulla, vaan ulottuu terveistä elämäntavoista kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin.” (World Health Organization, 1986, s. 3.)

Huberin ja muiden (2011, s. 343) mukaan määritelmä korostaa terveyden luonnetta positiivisena asiana ja sitä on kritisoitu liiallisesta kunnianhimoisuudesta ja siitä, että määritelmän mukaisen terveyden saavuttaminen on lähes mahdotonta. Puolestapuhujat ovat kannattaneet optimaalisen terveyden tavoitetta, johon kuuluu fyysinen elinvoimaisuus, pitkä elinikä ja kroonisten sairauksien puuttuminen (Elrick, 1980, s. 695).

WHO:n määritelmä on niin kapea, että monille kroonisesti sairaille tai vammaisille ihmisille terveys olisi saavuttamaton ja utopistinen tavoite (van Druten ja muut, 2022, s. 1). Tämä voi johtaa terveydenhuollon resurssien epätarkoituksenmukaiseen käyttöön. Terveys tulisi ennemminkin nähdä sopeutumisen ja selviytymisen kykynä eikä täydellisen tasapainon tilana (Oleribe ja muut, 2018, s. 2).

McCartney ja muut (2019, s. 23) esittelevät artikkelissaan myös vaihtoehtoisia terveyden määritelmiä, jotka pyrkivät loiventamaan WHO:n määritelmien korkeita ihanteita:

Terveys on se, missä määrin yksilö tai ryhmä pystyy toteuttamaan tavoitteitaan ja tyydyttämään tarpeitaan ja toisaalta selviytymään sosiaalisissa, biologisissa ja fyysisissä ympäristöissään. Terveys on siis elämän voimavara, ei sen päämäärä. Se on positiivinen käsite, joka sisältää sosiaaliset ja henkilökohtaiset voimavarat sekä fyysiset ja psykologiset kyvyt. (Starfield, 2001, s. 453.)

Terveys on kykyä selviytyä ja hallita omaa pahoinvointiaan ja hyvinvointiaan (Leonardi, 2018, s. 742).

Terveys on fyysisen ja psykologisen hyvinvoinnin kokemus. Hyvä ja huono terveys eivät ole vastakohtia, vaan ne muodostavat jatkumon. Sairauden tai vamman puuttuminen ei ole riittävä eikä välttämätön ehto hyvän terveyden saavuttamiseksi. (Card, 2017, s. 128.)

Yllä olevat määritelmät korjaavat WHO:n ehdotonta ja kaksijakoista lähestymistä. Määritelmiin mahtuu terveyden erilaisia tasoja, jotka perustuvat yksilön sopeutumiskykyyn, tarpeiden tyydyttämiseen ja tavoitteiden toteuttamiseen.

Perinteisesti terveyden määritelmä on rajoittunut lääketieteelliseen terveyteen, mutta nykyään siihen on otettu uusia näkökulmia, joissa se nähdään sosiaalisten, ympäristöllisten, yhteiskunnallisten ja taloudellisten tekijöiden kokonaisuutena, ja tämä vaatii kattavampia määritelmiä (Oleribe ja muut, s. 1).

McCartney ja muut (2019, s. 24) esittelevät terveyden määritelmiä, jotka ottavat huomioon edellä mainittuja taustatekijöitä kuten vallan, ympäristön, läheiset ihmissuhteet, yhteisöt ja yhteiskunnalliset rakenteet:

Terveys on tila, jossa ihmiset saavuttavat hallinnan elämästään vallan ja resurssien oikeudenmukaisen jakautumisen ansiosta. Terveys on siten yhteinen arvo; oma terveyteni ei voi toteutua muiden kustannuksella tai luonnonvarojen liiallisella käytöllä. (Scott-Samuel, 2011, s. 1.)

Terveyttä syntyy, kun yksilöillä, perheillä ja yhteisöillä on riittävästi tuloja, koulutusta ja valtaa hallita elämäänsä, ja heidän tarpeensa täytetään ja oikeutensa turvataan sellaisten järjestelmien, ympäristön ja poliittisten toimien avulla, jotka tukevat ja edistävät parempaa terveyttä. (Shilton ja muut, 2011, s. 1.)

McCartney ja muut (2019) viittaavat myös Lastin (2007) määritelmiin terveydelle:

Kestävä tasapainon tai harmonian tila ihmisen ja hänen fyysisen, biologisen ja sosiaalisen ympäristönsä välillä, joka mahdollistaa niiden yhteiselon loputtomiin (Last, 2007).

Terveys on rakenteellinen, toiminnallinen ja emotionaalinen tila, joka on yhteensopiva tehokkaan elämän kanssa yksilönä sekä perheen ja yhteisön jäsenenä. (Last, 2007).

Van Druten ja muut (2022, s. 2) toteavat, että viimeisten vuosikymmenten aikana on käyty runsaasti keskustelua erilaisista terveyskäsitteistä. Kirjoittajien mukaan positiivisen terveyden käsite painottaa yksilön resilienssiä ja kyvykkyyttä sosiaalisten, fyysisten ja psyykkisten haasteiden edessä. Heidän mukaansa terveys merkitsee eri asioita terveydenhuollon organisaatioiden, ammattilaisten ja asiakkaiden näkökulmista katseltuna. Lisäksi van Druten ja muut (2022, s. 2) korostavat, että terveydenhuollon toiminnan optimoimiseksi on saavutettava riittävä yhtenäisyys eri toimijoiden käsitysten välillä, vaikka tämän on havaittu olevan erittäin haastavaa. Nykykäsitteessä terveys

ymmärretään yhä useammin toimintakyvyn, elämänhallinnan ja osallisuuden kokonaisuutena, joka on mahdollista myös fyysisistä tai psyykkisistä toimintarajoitteista huolimatta (WHO, 2001, s. 3–5).

2.2 Terveyserot ja niiden vähentäminen

Kawachi ja muut (2002, s. 647) määrittelevät terveyserojen olevan yksilöiden ja väestöryhmien välisen terveydentilan eroja ja vaihteluita. Lahelma (2017, s. 2) tuo esiin, että terveyseroille ei ole välttämättömiä biologisia syitä, vaan niiden taustalla vaikuttavat sosiaaliset, taloudelliset ja poliittiset olosuhteet, joissa ihmiset elävät. Karvonen ja muut (2017, s. 1–2) toteavat, että terveyserojen taustalla on väestötasolla osoitettu vaikuttavan sosioekonomiset tekijät, kuten koulutustaso, ammattiasema ja tulotaso. Samojen kirjoittajien mukaan muita terveyserojen taustalla vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa siviilisääty, sukupuoli, äidinkieli ja asuinalue. Kirjoittajat toteavat myös, että ainakin koulutustasonsa, ammattiasemansa ja tulotasonsa perusteella alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvilla henkilöillä terveys on monesti heikompi kuin ylempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvilla.

Borodulin ja muut (2016, s. 10) toteavat raportissaan, että terveyden heikkeneminen on viime kädessä seurausta pääasiassa elintavoista, kuten vähäisestä liikunnasta, epäterveellisistä ruokailutottumuksista, runsaasta alkoholinkäytöstä ja tupakoinnista. Edellä mainittuihin epäterveellisiin elintapoihin liittyy kasautumisilmiö, jossa ne esiintyvät samoilla yksilöillä samanaikaisesti ja kuormittavat terveyttä voimakkaasti. Kirjoittajien mukaan on osoitettu, että pitkään jatkuessaan epäterveelliset elintavat nostavat merkittävästi riskiä useisiin kansantauteihin, kuten aikuisiän diabetekseen, kohonneeseen verenpaineeseen, aivohalvaukseen, sydäninfarktiin, sepelvaltimotautiin ja rasisrintakipuun, nivelreumaan ja muihin niveltulehduksiin, selkäsairauksiin, pitkäaikaiseen keuhkosairauteen sekä moniin syöpäsairauksiin. Kirjoittajien mukaan yksilötasolla epäterveellisiin elintapoihin liittyvät erityisesti heikompi kyky hillitä itseään sekä vähäinen luottamus omiin mahdollisuuksiin toimia terveellisesti. Lisäksi Borodulin ja muut (2016, s. 10) toteavat, ettei ympäristön vaikutuksen ole osoitettu olevan merkittävä selittäjä epäterveelliselle ruokavaliolle tai vähäiselle liikkumiselle.

Karvonen ja muut (2017, s. 8–10) tuovat esiin, että Suomessa tulotason mukaiset terveyserot ovat merkittäviä useimmilla terveysindikaattoreilla mitattuna. Samojen kirjoittajien mukaan pienituloiset menettävät elinvuosia enemmän, kokevat terveytensä heikommaksi ja kärsivät enemmän psyykkisestä kuormittuneisuudesta suurituloisiin verrattuna. Karvonen ja muut (2017, s. 8–10) toteavat, etteivät erot johdu pelkästään koulutustason tai ammatillisen aseman eroista, vaan niiden taustalla vaikuttavat myös lapsuuden olosuhteet, asema työmarkkinoilla, elintavat sekä terveyspalvelujen epätasainen käyttö. Kirjoittajien mukaan merkittävin yksittäinen elintapatekijä tuloryhmien välisten kuolleisuuserojen taustalla on alkoholinkäyttö. Lisäksi Karvonen ja muut (2017, s. 8–10) korostavat, että kuolleisuuteen vaikuttaa käytetyn alkoholin määrää enemmän juomatapa, ja että pienituloiset juovat useammin tavalla, josta aiheutuu haittaa sekä käyttäjälle että hänen läheisilleen. Samojen tekijöiden mukaan terveyserot heijastavat yhteiskunnan rakenteita siten, että pienituloiset asuvat useammin yksin, ovat useammin työttömiä ja joutuvat täyttämään perustarpeitaan niukemmilla resursseilla. Karvonen ja muut (2017, s. 8–10) tuovat lisäksi esiin, että terveydenhuolto on eriarvoistava, sillä työterveyshuolto ja yksityiset palvelut ovat paremmin hyvätuloisten saavutettavissa, mikä ylläpitää niin sanottua käänteisen hoidon lakia, jossa hyvätuloiset käyttävät palveluita liikaa todellisiin tarpeisiinsa nähden ja pienituloiset liian vähän. Toisaalta terveyspalvelujen saatavuudella ja sijoittelulla ei ole osoitettu olevan merkittävää vaikutusta terveyden polarisoitumiseen (Borodulin ja muut, 2016, s. 10).

Talalan ja muiden (2014, s. 2185–2186) mukaan vuosien 2000–2011 välillä suomalaisten terveys ja hyvinvointi ovat parantuneet, mutta koulutustason mukaiset erot ovat pysyneet suurina. Samojen kirjoittajien mukaan korkeasti koulutetut kokevat terveytensä paremmaksi, sairastavat vähemmän ja selviytyvät matalasti koulutettuja paremmin sekä fyysisistä että kognitiivisista tehtävistä. Talala ja muut (2014, s. 2185–2186) tuovat esiin, että myös työkyky, tulotaso ja työllisyysaste ovat parhaat ylimmässä koulutusryhmässä. Kirjoittajien mukaan erot ovat vähentyneet jonkin verran pitkäaikaissairastavuudessa sekä miesten koetussa terveydessä ja naisten oppimiskyvyssä, mutta muilla osa-alueilla, kuten elintavoissa ja taloudellisessa hyvinvoinnissa, ne ovat säilyneet entisellään. Lisäksi Talala ja muut (2014, s. 2185–2186)

toteavat, että tupakoinnin osalta erot ovat jopa kasvaneet erityisesti naisilla, kun vähiten koulutetut tupakoivat aiempaa useammin. Koulutustaso vaikuttaa terveyteen laajalaisesti, sillä se määrittää tiedollisia ja taloudellisia resursseja ja siten valmiuksia valita terveellisiä elämäntapoja sekä käyttää terveystalvaeluita.

Stronks ja muut (2025, s. 1) toteavat, että kiinnostus väestöryhmien välisten terveyserojen kaltaisten laajojen yhteiskunnallisten haasteiden ratkomiseen kompleksisuusajattelua hyödyntäen on kasvanut viime vuosina. Samoien kirjoittajien mukaan kompleksisuusajattelussa terveyserot nähdään seurauksena lukemattomien eri tekijöiden yhteisvaikutuksille. Stronks ja muut (2025, s. 1) esittävät, että aiempi lähestymistapa on ollut kapea-alainen ja siten interventiot ovat olleet hyvin yksilökeskeisiä. Kirjoittajien mukaan tällöin ei ole riittävästi huomioitu terveyserojen taustalla vaikuttavia moniulotteisia ja rakenteellisia tekijöitä.

Rotko ja muut (2014, s. 96–97) korostavat, että terveyserojen vähentäminen edellyttää laaja-alaista yhteiskunnallista yhteistyötä ja terveyden huomioimista kaikessa päätöksenteossa. Kirjoittajien mukaan terveyden eriarvoisuutta voidaan vähentää vahvistamalla koulutusta sekä parantamalla työoloja ja toimeentuloa. Rotko ja muut (2014, s. 96–97) esittävät, että kuntien ja alueiden tulisi sisällyttää terveyserojen vähentäminen strategioihinsa ja varmistaa päätöksenteon tukevan hyvinvointia kaikissa väestöryhmissä. Kirjoittajien mukaan tavoitteiden saavuttaminen edellyttää poikkihallinnollista yhteistyötä, vaikuttavien toimintamallien kehittämistä sekä tietoon perustuvaa seuranta ja arviointia. Lisäksi Rotko ja muut (2014, s. 96–97) tuovat esiin, että tarvitaan paikallisia ja kansallisia hallintorakenteita, jotka varmistavat jatkuvuuden ja vastuunjaon hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä.

2.3 Pirullinen ongelma

Pirullinen ongelma esiteltiin akateemisessa kirjallisuudessa ensimmäistä kertaa Charles W. Churchmanin artikkelissa *Wicked Problems* vuonna 1967. Horst Rittel ja Melvin M. Webber käsittelivät pirullista ongelmaa laajemmin ja kuvasivat sen kymmenen piirrettä vuonna 1973 julkaistussa artikkelissaan *Dilemmas in the General Theory of Planning*. Itse käsite on nykyään tunnetumpi kuin koskaan, mutta erilaisia yhteiskunnallisia haasteita ei

joko tunnisteta pirullisiksi ongelmiksi tai vaikka tunnistettaisiin, niitä lähestytään kuin ne olisivat kesyjä ongelmia (Raisio, Puustinen & Vartiainen, 2018, s. 3).

Pirullisen ongelman käsittely on tarpeen terveysterojen tarkastelussa, koska terveysterot eivät ole yksittäisestä syystä johtuvia tai yksittäisillä politiikkatoimilla ratkaistava ilmiö, vaan ne rakentuvat monimutkaisista ja pitkäkestoisista prosesseista.

Artikkelissaan *Dilemmas in the General Theory of Planning* (1973, s. 161–167) Rittel ja Webber kuvasivat pirullisen ongelman kymmenen piirrettä ja piirteiden kuvauksissa (ks. Taulukko 1) on referoitu heidän sekä Lindellin (2017, s. 19–22) tekemiä tiivistyksiä.

Taulukko 1. Pirullisen ongelman piirteet ja niiden kuvaukset mukaillen Rittelien ja Webberin (1973) sekä Lindellin (2017) tiivistystä.

Pirullisen ongelman piirre	Piirteiden kuvaus
1. Pirulliselle ongelmalle ei ole lopullista määritelmää.	Pirullisen ongelman tyhjentävä määrittely ei ole mahdollista, koska se vaatisi rajattomasti tietoa ja tuottaisi rajattomasti ratkaisuvaihtoehtoja. Ongelman hahmottaminen ja ratkominen kietoutuvat yhteen, sillä ne riippuvat aina tulkitsijasta. Tärkeintä ei ole yrittää ensin tyhjentävästi ymmärtää ongelmaa ja sen jälkeen ratkaista sitä, vaan edetä vuorovaikutteisessa prosessissa, jossa ongelman rajaukset ja ratkaisut muotoutuvat ajattelun ja toimien, ja niiden vaikutusten arvioinnin kautta.
2. Pirullinen ongelma ei pysähdy.	Pirulliselle ongelmalle ei voi löytää lopullista ratkaisua, sillä sen ymmärtäminen, määrittely ja ratkaiseminen ovat osia jatkuvasti muuttuvassa prosessissa. Pirullinen ongelma elää tilanteiden ja ihmisten tulkintojen mukana, joten sitä voidaan aina lähestyä uudella tavalla tai parantaa aiempaa ratkaisua. Ongelmanratkaisu ei yleensä päätykään täydelliseen ratkaisuun, vaan ulkoisten rajoitteiden kuten ajan tai resurssien loppumisen vuoksi.
3. Ratkaisut pirulliseen ongelmaan eivät ole oikeita tai vääriä, vaan hyviä tai huonoja.	Pirullisen ongelman ratkaisua on vaikeaa tai mahdotonta arvioida objektiivisesti oikeaksi tai vääräksi. Ratkaisun oikeellisuus riippuu siitä, kuka sitä tulkitsee omien arvojensa, henkilökohtaisen kiinnostuksensa ja ideologiansa pohjalta.
4. Pirullisen ongelman ratkaisun testaamiselle ei ole välittömiä tai lopullisia testaamistapoja.	Pirullisen ongelman ratkaisuja on mahdotonta arvioida, koska ratkaisuyritys muuttaa aina itse ongelman lisäksi olosuhteita. Ennakoimattomat seuraukset voivat olla niin negatiivisia, että sovelletun ratkaisun hyödyt jäävät sen aiheuttamia haittoja vähäisemmiksi. Seuraukset voivat myös tulla esiin kauan ratkaisuyrityksen jälkeen, eikä sen kaikkia seurauksia voida edes jäljittää.
5. Jokainen pirullisen ongelman ratkaisuyritys merkitsee huomattavasti. Siksi ei ole mahdollista ratkoa niitä yrityksen ja erehdyksen kautta.	Pirullisissa ongelmissa jokainen ratkaisuyritys on peruuttamaton ja se synnyttää pitkäkestoisia seurauksia. Toisin kuin esimerkiksi shakissa tai matemaattisissa ongelmissa, päätöksiä ei voi testata riskittömästi. Jokainen ratkaisuyritys vaikuttaa pysyvästi ihmisiin, resursseihin ja yhteiskuntaan, ja ne vaikutukset saattavat synnyttää vielä uusia ongelmia.

Taulukko 1 jatkuu.

Pirullisen ongelman piirre	Piirteen kuvaus
<i>6.Pirulliselle ongelmalle ei ole lueteltavaa joukkoa mahdollisia ratkaisuja eikä ole listaa ratkaisuyrityksen sallituista toimintamalleista.</i>	Mahdollisia ratkaisuja voi olla lukemattomia ja niiden valinta perustuu ratkaisuntekijän arvioon ja harkintaan. Toisin kuin mekanistisissa tai matemaattisissa ongelmissa, sosiaalipolitiikassa ratkaisut ovat epäselviä ja mikä tahansa uusi idea voi nousta toteuttamiskelpoiseksi ratkaisuvaihtoehdoksi.
<i>7.Jokainen pirullinen ongelma on olennaisilta osiltaan uniikki.</i>	Pirulliset ongelmat ovat ainutlaatuisia, vaikka niissä voi olla yhtäläisyyksiä keskenään. Pirullisille ongelmille ei voi muodostaa yleisiä ratkaisuluokkia, kuten esimerkiksi matematiikassa. Jokainen tilanne on ainutkertainen ja ratkaisujen kopioiminen kontekstista toiseen voi olla haitallista.
<i>8.Jokaisen pirullisen ongelman voi ajatella olevan toisen ongelman oire.</i>	Pirulliset ongelmat voidaan nähdä aina oireina syvemmistä ongelmista, ja mitä korkeammalla tasolla ne määritellään, sitä vaikeammin ratkaistavia ne ovat. Inkrementalismi voi johtaa harhaan: pienet parannukset eivät takaa kokonaisukehitystä, vaan voivat jopa vahvistaa vanhoja rakenteita ja estää merkittäviä muutoksia.
<i>9.Pirullisen ongelman aiheuttamat asiat voidaan selittää monella eri tavalla.</i>	Pirullisena ongelmana pidettyä katurikollisuutta voidaan selittää monin tavoin, eikä ole yhtä oikeaa vastausta. Toisin kuin tieteessä, pirullisissa ongelmissa ristiriitaisia todisteita voidaan selittää useilla tavoilla ilman lopullista kumoamista. Selityksen valintaan vaikuttavat ihmisten asenteet ja maailmankuva, ei yksiselitteinen looginen testaus.
<i>10.Ratkaisun suunnittelijalla ei ole oikeutta olla väärässä.</i>	Pirullisia ongelmia ratkoessa tavoitteena on parempi maailma, ja ratkaisuilla on vaikutusta ihmisten arkeen. Pirullisten ongelmien ratkovilla on siksi vastuu tekemisistään. (Lindell, 2017, s. 19–22; Rittel ja Webber, 1973, s. 161–167.)

Taulukossa 1 kuvataan Rittelin ja Webberin (1973) sekä Lindellin (2017) esittämät pirullisen ongelman keskeiset piirteet. Pirullisille ongelmille on ominaista selkeän määritelmän ja lopullisen ratkaisun puuttuminen, ratkaisujen arvioinnin vaikeus sekä ongelmien ainutkertaisuus ja keskinäinen kietoutuneisuus.

Edellä kuvattua Rittelin ja Webberin kymmenenkohtaista kuvausta pirullisen ongelman piirteistä on kritisoitu siitä, että osa niistä on keskenään päällekkäisiä (Vartiainen ja muut, 2013, s. 22). Tästä syystä pirullisen ongelman kuvausta on tiivistetty. Jeff Conklin on

teoksessaan *Wicked Problems & Social Complexity* (2006, s. 7–8) tiivistänyt pirullisen ongelman piirteet kuuteen ominaisuuteen. Nämä ominaisuudet on esitelty taulukossa 2.

Taulukko 2. Pirullisen ongelman piirteet ja niiden kuvaukset Conklinin (2006) mukaan.

Pirullisen ongelman piirre	Piirteen kuvaus
<i>1.Pirullista ongelmaa ei ymmärrä, ennen kuin on kehittänyt siihen ratkaisun.</i>	Ongelmaa ei voi määritellä täysin tyhjentävästi, koska se muuttuu jatkuvasti ja liittyy moniin toisiinsa kytkeytyviin asioihin. Jokainen ratkaisu paljastaa uusia puolia ongelmasta ja vaatii edelleen muutoksia ratkaisussa. Ongelman ymmärtäminen riippuu sen kontekstista ja siitä, kuka sitä tarkastelee ja millaista ratkaisua pitää hyvänä.
<i>2.Pirulliset ongelmat eivät pysähdy.</i>	Koska ei ole yhtä ainoaa oikeaa ongelmaa, ei ole myöskään yhtä lopullista ratkaisua. Ongelmanratkaisu ei lopu täydellisen ratkaisun löytyessä, vaan kun resurssit kuten aika, raha tai energia loppuvat.
<i>3.Pirullisten ongelmien ratkaisut eivät ole oikeita tai väärinä.</i>	Pirullisten ongelmien ratkaisuja ei voi pitää oikeina tai väärinä, vaan ne voivat olla parempia, huonompia, riittävän hyviä tai riittämättömiä. Ratkaisujen arviointi ei ole objektiivista, vaan arviointi riippuu ihmisten arvoista, tavoitteista ja näkemyksistä. Eri osapuolet voivat arvioida saman ratkaisun hyvin eri tavoin.
<i>4.Jokainen pirullinen ongelma on olennaisilta osin ainutlaatuinen tai uusi.</i>	Jokainen pirullinen ongelma on ainutlaatuinen, koska siihen vaikuttavat monet muuttuvat tekijät ja olosuhteet. Ratkaisut täytyy suunnitella tapauskohtaisesti. Vaikka olisi kokemusta pirullisten ongelmien käsittelystä, jokainen tilanne on aiempaan nähden erilainen ja vaatii uutta ajattelua.
<i>5.Jokainen pirullisen ongelman ratkaisu on kertaluonteinen yritys.</i>	Jokaisella ratkaisuyrityksellä on seurauksia. Rittelin sanoin: "Moottoritietä ei voi rakentaa vain kokeillakseen, miten se toimii." Tämä on pirullisten ongelmien pulma: sitä ei voi ymmärtää ilman ratkaisuyritystä, mutta jokaisella yrityksellä on hintansa ja siitä voi syntyä uusia ongelmia.
<i>6.Pirullisille ongelmille ei ole vaihtoehtoisia ratkaisuja.</i>	Ratkaisuja pirullisiin ongelmiin ei välttämättä ole tai niitä voi olla lukemattomia. On enemmänkin kyse mahdollisten ratkaisujen keksimisestä ja harkinnasta sen suhteen, mitä ratkaisuilla tavoitellaan. Keskeisintä ei ole määrittää ongelmaa pirulliseksi, vaan ymmärtää mikä siitä tekee pirullisen. (Conklin, 2005, s. 7–8.)

Pirullisen ongelman vastinparina voidaan pitää kesyä ongelmaa, joka on selkeästi määriteltävissä, luonteeltaan pääosin muuttumaton ja sellainen, että sen ratkaisukeinoista on suhteellisen helppoa saavuttaa yhteisymmärrys, minkä vuoksi sen ratkaiseminen voidaan toteuttaa lineaarisena, vaiheittain etenevänä prosessina (Raisio ja muut, 2018, s. 42). Kesy ongelma ei tarkoita, että sen ratkaiseminen olisi helppoa. Kesyjä ongelmia ovat esimerkiksi erilaiset tilanteet shakissa tai matemaattiset yhtälöt, joiden ratkaisut voidaan todeta oikeaksi tai vääräksi (Sweeting, 2024, s. 33). Conklinin (2005, s. 9–10) mukaan kesyn ongelman piirteet voidaan johtaa pirullisen ongelman piirteiden kuusikohtaisen kuvauksen vastakohtista:

- 1. selkeästi määritelty ja vakaa ongelmanasettelu*
- 2. selvä päätepiste, eli ratkaisu voidaan todeta saavutetuksi*
- 3. ratkaisu voidaan objektiivisesti arvioida oikeaksi tai vääräksi*
- 4. kuuluu ongelmien luokkaan, jotka kaikki ratkaistaan samalla tai samankaltaisella tavalla*
- 5. eri ratkaisuja voidaan helposti kokeilla ja hylätä*
- 6. siihen on rajallinen määrä vaihtoehtoisia ratkaisuja.*

2.4 Kompleksisuusajattelu

Mertalan (2011, s. 47) mukaan kompleksisuusajattelun juuret ovat alun perin matematiikassa, fysiikassa ja biologiassa. Kompleksisuusteorioiden kehittyneet systeemiteorioista, joissa syy–seuraussuhteita on perinteisesti mallinnettu matemaattisten mallien avulla.

Stähle (2004, s. 227–228) esittää, että systeemijattelussa voidaan hahmottaa kolme erilaista ajattelutapaa: suljetut, avoimet ja kompleksiset systeemit. Kirjoittajan mukaan suljettujen systeemien paradigma pohjautuu käsitykseen järjestelmistä mekaanisina kokonaisuuksina. Stähle (2004, s. 227–228) toteaa, että tämä ajattelutapa etsii yleispäteviä lakeja ja pysyviä rakenteita, joiden avulla ilmiöitä voidaan kuvata, selittää ja ennustaa. Kirjoittajan mukaan ajattelutavan taustalla vaikuttaa Newtonin fysiikka, jonka mukaan järjestelmät toimivat kuin koneet ennalta määrättyjen sääntöjen mukaisesti.

Ståhlen (2004, s. 227–228) mukaan avointen systeemien paradigma rakentuu Ludwig von Bertalanffyn kehittämän teorian varaan, jossa järjestelmät ymmärretään ympäristönsä kanssa vuorovaikutuksessa oleviksi ja jatkuvasti muuttuviksi. Ståhle (2004, s. 227–228) toteaa, että järjestelmät kehittyvät eri suuntiin tilanteen mukaan ja pyrkivät säilyttämään toimintakykynsä tasapainoisena, ja prosesseissa korostuvat sisäiset palautekierrot.

Ståhlen (2004, s. 227–228) mukaan kolmas paradigma tarkastelee systeemejä kompleksisina ja monimutkaisina itsestään kehittyvinä kokonaisuuksina, joiden luonteeseen kuuluu jatkuva epävakaus tai jopa kaoottisuus. Ståhle (2004, s. 227–228) tuo esiin, että tässä näkökulmassa olennaista on systeemin oma kyky järjestää itseään uudelleen, sen ennakoimattomat kehityskulut sekä se, ettei sen toiminta ole sidottu.

Jalonen (2006, s. 115) määrittelee ilmiön tai systeemin kompleksiseksi silloin, kun se koostuu useista osista, joiden keskinäisen vuorovaikutuksen seurauksena voi syntyä yllättäviä vaikutuksia. Kirjoittajan mukaan käsitteeseen liitetään usein negatiivisia mielle yhtymiä, koska kompleksisiksi kuvataan monesti vaikeasti hallittavia tai vaikeasti ymmärrettäviä tilanteita. Jalonen (2006, s. 115) tuo esiin, että toisaalta kompleksisuutta voidaan pitää luonnollisena osana lähes minkä tahansa systeemin tai järjestelmän toimintaa. Hänen mukaansa kompleksisuus merkitsee käytännön tasolla usein systeemin toimintakyvyn ylittäviä haasteita. Jalonen (2006, s. 115) korostaa, että kompleksisuusajattelu yhteiskunnallisessa asiayhteydessä painottaa poikkitieteellistä lähestymistä. Kirjoittajan mukaan yhteiskunnallisia ongelmia lähestytään tällöin laajoina ja moniulotteisina ilmiöinä, joihin vaikuttavat kyseisen ongelman lisäksi lukemattomat muut yhteiskunnalliset päätökset ja tapahtumat.

Jalosen (2006, s. 124) mukaan ilmiön kompleksisuus ei liity ainoastaan yksityiskohtien määrään, vaan myös niiden väliseen vuorovaikutukseen. Tämän vuorovaikutuksen seurauksena kokonaisuus voi Jalosen (2006, s. 124) esittämän näkemyksen mukaan muodostua suuremmaksi kuin osiensa summa. Lisäksi Jalonen (2006, s. 124) korostaa, että osien jatkuva, dynaaminen ja epälineaarinen vuorovaikutus sekä vaikutusten kumuloituminen tekevät ilmiöstä vaikeasti ennakoitavan.

Kompleksisesta ilmiöstä hyvänä esimerkkinä on terveyserot. Lahelman (2017, s. 4) mukaan tietoa esimerkiksi terveellisestä ravinnosta ja liikunnan hyödyistä on saatavilla käytännössä rajattomasti, mutta tästä huolimatta terveyseroja esiintyy kaikissa maissa, joissa ilmiötä on tutkittu. Tästä huolimatta terveyserot ovat Lahelman (2017, s. 4) esittämän tulkinnan mukaan pelkistetysti biologinen ilmiö, vaikka niiden juurisyyt näyttävät kytkeytyvän sosioekonomiseen asemaan. Lisäksi Lahelma (2017, s. 4) toteaa, että terveyserojen vähentäminen on ollut sosiaali- ja terveyspolitiikan keskiössä jo vuosikymmenien ajan, mutta merkittäviä tuloksia ei ole saavutettu. Lahelman (2017, s. 4) mukaan taustatekijät, kuten matala koulutus- ja tulotaso, päihteiden käyttö sekä elinympäristö, vaikuttavat monesti koko elinkaaren ajan ja vähentävät merkittävästi elinvuosia alimmissa sosioekonomisissa ryhmissä. Puustisen ja Hanénin (2018, s. 12) mukaan kompleksisuudesta ja monimutkaisuudesta puhutaan usein toistensa synonyymeinä, vaikka kompleksisuus viittaa ensisijaisesti ilmiöiden yhteenkietoutuneisuuteen. Terveyserojen taustalla vaikuttavat sosioekonomiset tekijät liittyvät toisiinsa, vaikka selkeitä syy–seuraussuhteita suuntaan tai toiseen on vaikea osoittaa. Kompleksisuusajattelun näkökulmasta Puustisen ja Hanénin (2018, s. 12) mukaan eri tekijät ovat yhteen kudottuja, minkä vuoksi niitä ei voi tarkastella toisistaan erillisinä.

Terveyserojen vähentäminen vaatii monien yhteiskunnallisten instituutioiden yhteistyötä. Lisäksi taustalle tarvitaan esimerkiksi taloudellista ja lainsäädännöllistä ohjaamista sekä ihmisten arjen valintojen että yhteiskunnallisten instituutioiden tasolle. Niiden vähentäminen vaatii ymmärrystä siitä, miten niihin vaikuttavat asiat ovat yhteenkietoutuneita. Mertalan (2011, s. 46) mukaan mitä syvällisemmin kompleksiseen ilmiöön pyritään perehtymään, sitä hankalammaksi sitä kuvailevien käsitteiden ja vaikuttimien määrittely sekä rajaaminen muodostuvat. Lisäksi Mertala (2011, s. 46) esittää, että kompleksisen ilmiön rajaaminen yksiselitteiseksi tutkimuskohteeksi voi vääristää sen todellista luonnetta.

Terveyserojen vähentämisen haasteellisuuden suhteen kompleksisuusajattelussa keskeiseksi käsitteeksi voidaan nostaa emergenssi. Emergenssi viittaa ilmiöihin, jotka syntyvät eri tekijöiden keskinäisestä vuorovaikutuksesta ja joita ei voida palauttaa

yksittäisten osien ominaisuuksiin (Mitchell, 2009, s. 179). Emergentit ilmiöt ovat siten uusia kokonaisuuksia, jotka ilmenevät systeemin organisoituessa tietyllä tavalla. Klassinen esimerkki emergenssistä on muurahaisyhdyskunnan käyttäytyminen: yksittäiset muurahaiset noudattavat yksinkertaisia sääntöjä, mutta niiden kollektiivinen toiminta tuottaa monimutkaisia rakenteita, kuten tehokkaita kuljetusreittejä (Holland, 1998, s. 81).

Kompleksisissa adaptiivisissa systeemeissä emergenssi liittyy läheisesti alkuarvoherkkyyteen, epälineaarisuuteen ja palautekiertoihin. Näiden ominaisuuksien vuoksi pienet alkuarvojen muutokset voivat johtaa merkittävästi erilaisiin lopputuloksiin, mikä tekee emergenttien ilmiöiden ennustamisesta vaikeaa (Spurrett, 1998, s. 3).

Emergenssi haastaa perinteisen reduktionistisen ajattelun, jossa ilmiöitä pyritään selittämään pilkkomalla ne osiin. Kompleksisuusajattelu sen sijaan korostaa kokonaisuuksien, suhteiden ja vuorovaikutuksen merkitystä. Kompleksisuusajattelun mukaan tällainen purku ei riitä selittämään ilmiöitä, joissa uusi ominaisuus ilmenee vasta kokonaisuuden tasolla. Siksi emergenssi on yksi tärkeimmistä teoreettisista perustavoista ymmärtää kompleksisia järjestelmiä syvällisesti ja kokonaisvaltaisesti.

Sosiaalisissa ja organisatorisissa konteksteissa emergenssi ilmenee esimerkiksi uusien toimintatapojen, normien tai kulttuuristen merkitysten spontaanina syntyinä. Tällaiset ilmiöt eivät ole yksittäisten toimijoiden tarkoituksella suunniteltavia, vaan ne muotoutuvat vuorovaikutuksen myötä ajan kuluessa. Emergenssin käsite tarjoaa siten hyödyllisen teoreettisen välineen ymmärtää muutosta järjestelmissä, joissa kontrolli on hajautunutta ja kerrostunutta (Sawyer, 2005, s. 6.)

Epälineaarisuuden vuoksi ilmiöitä ei voida ymmärtää suoraviivaisten syy-seuraussuhteiden perusteella (Autioniemi, 2025, s. 109). Epälineaarisuus tekee kompleksisten systeemien osien vuorovaikutuksen seurauksista vaikeasti ennakoitavia, kun pienetkin muutokset jossain systeemin osassa saattavat vaikuttaa merkittävästi sen toimintaan kokonaisuuden tasolla. Tällaisessa prosessissa valintojen vaikutuksia ei voida ennakoida tarkasti etukäteen, eikä tehtyjen toimenpiteiden ja aikaansaatuisten tulosten välillä ole suoraviivaista tai välttämättä edes suhteellista yhteyttä (Kožuch & Sienkiewicz-Malyjurek, 2015, s.723). Epälineaarisessa kehityksessä vähäiset muutokset voivat siis

kasautua ja johtaa ennalta arvaamattomiin lopputuloksiin. Epälineaarisuus korostaa kokonaisuuden emergenttiä luonnetta ja haastaa perinteisen hallinnon, koska käytetyt seuranta- ja indikaattorijärjestelmät nojaavat reduktionistiseen osiin pilkkomiseen (Jalonen ja muut, 2022, s. 111).

3 Terveyserot kompleksisena ilmiönä ja pirullisena ongelmana

Terveyserot ovat moniulotteinen yhteiskunnallinen ongelma, joka on vaikuttanut suomalaisessa ja kansainvälisessä terveyspolitiikassa vuosikymmenten ajan. Kuten luvussa 2.1 on todettu, terveyden käsite on moniulotteinen ja siihen sisältyvät fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ulottuvuudet sekä yksilön toimintakyky ja elinolosuhteet. Näin ollen myös terveyserot rakentuvat useiden samanaikaisesti vaikuttavien tekijöiden varaan. Sosioekonomiseen asemaan eli koulutus- ja tulotasoon sekä ammattiasemaan liittyvät terveyserot ovat Suomessa suuria ja heijastavat laajempaa yhteiskunnan rakenteellista eriytymistä.

Luvussa 2.2 on kuvattu, kuinka terveyserot kytkeytyvät elintapoihin, elinoloihin, työmarkkina-asemaan ja palvelujärjestelmän toimintaan. Vaikka väestön keskimääräinen terveydentila on pitkällä aikavälillä kohentunut, eri väestöryhmien väliset terveyserot eivät ole vähentyneet, vaan ovat pysyneet samansuuruisina ja joissain tapauksissa kasvaneet (Rotko ja muut, 2011, s. 3). Tämä viittaa siihen, että kyse ei ole yksittäisistä riskitekijöistä, vaan toisiinsa kietoutuneista ja kumulatiivisista mekanismeista.

Ilmiön sitkeyttä tarkastellaan aiemmin luvussa 2 esiteltyjen pirullisen ongelman ja kompleksisuusajattelun viitekehysten avulla. Pirullisen ongelman näkökulmasta terveyseroja ei voida määritellä tyhjentävästi eikä ratkaista lopullisesti. Kompleksisuusajattelun mukaan ne ovat emergentti ilmiö, joka syntyy sosiaalisten, taloudellisten ja poliittisten tekijöiden epälineaarista vuorovaikutuksesta.

Luvun 3 tavoitteena on koota luvussa 2 esiteltyt teoreettiset näkökulmat yhteen ja jäsentää niiden avulla, miksi terveyserojen vähentäminen on osoittautunut poikkeuksellisen haastavaksi yhteiskunnalliseksi pyrkimykseksi.

3.1 Terveyserojen monitasoinen ja dynaaminen rakenne

Terveyseroja ei voida ymmärtää ilman terveyden käsitteen moniulotteista tarkastelua, sillä terveys ei jakaudu väestössä tasaisesti juuri siksi, että ihmisillä on erilaiset voimavarat ja valmiudet toimia omissa sosiaalisissa ja materiaalisissa olosuhteissaan (Karvonen ja muut, 2017, s. 11). Näin ollen terveyserot ovat seurausta paitsi yksilöllisten voimavarojen ja valmiuksien eroista, myös elämäntilanteiden sekä sosiaalisten ja materiaalisten elinympäristöjen vaihtelevuudesta. Tämä lisää ilmiön kompleksisuutta, sillä yksilön terveys rakentuu kerrannaisvaikutusten kautta: koulutus, työ, tulot, asuminen, sosiaalinen tuki ja palvelujärjestelmät muodostavat terveyden rakenteellisen perustan, jonka muokkaamiseen yksilöillä on vaihtelevat vaikutusmahdollisuudet.

Suomessa pienituloiset ja matalasti koulutetut kärsivät merkittävästi suuremmasta sairastavuudesta ja kuolleisuudesta kuin hyvin toimeentulevat ja korkeammin koulutetut väestöryhmät, ja erot näkyvät niin elinajanodotteessa, koetussa terveydessä kuin pitkäaikaissairastavuudessa. (Talala ja muut, 2014, s. 2190).

Borodulin ja muut (2016, s. 10) toteavat edellä, että terveyserojen syntyyn vaikuttavat suoraan ja eniten elintavat kuten tupakointi, alkoholin riskikäyttö, ruokavalio ja liikunnan määrä. Terveyseroja osaltaan voimistaa niin sanottu kasautumisen ja vahvistumisen ilmiö: epäterveelliset elintavat esiintyvät samanaikaisesti samoilla henkilöillä ja ovat yhteydessä sosioekonomisiin tekijöihin (Borodulin ja muut 2016, s. 10).

Terveyserot ei ole kyse pelkästään yksilöiden valinnoista, vaan ne ovat osaltaan seurausta yhteiskunnallisista rakenteista ja päätöksistä, jotka muokkaavat ihmisten elinoloja, elintapoja sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuutta ja siten heidän terveyttään (Rotko ja muut, 2011, s. 4).

Lisäksi terveyspalvelujen käyttö jakautuu epätasaisesti: hyvätuloiset hyödyntävät usein työterveyshuoltoa lievien vaivojen hoitoon, kun taas pienituloiset käyttävät palveluja tarpeeseensa nähden liian vähän. Ilmiötä kutsutaan käänteisen hoidon laiksi (Karvonen ja muut, 2017, s. 10).

Terveyserot eivät synny yksittäisten tekijöiden summana, vaan ne muodostuvat samanaikaisista, vahvistavista ja toisiinsa kietoutuvista tekijöistä. Lapsuuden elinolot ja muut varhaiset taustatekijät vaikuttavat sekä sosiaaliseen asemaan että terveyteen

myöhemmässä elämässä (Valkonen, 1995, s. 1). Monet terveyttä heikentävät tekijät, kuten matalat tulot ja koulutuksen puute, kasaantuvat alempiin sosiaaliryhmiin ja usein siirtyvät seuraavalle sukupolvelle (Rotko ja muut, 2014, s. 92).

3.2 Pirullisen ongelman näkökulma terveyseroihin

Rittelin ja Webberin (1973) sekä Conklinin (2006) teoriat pirullisista ongelmista tarjoavat hyvän linssin terveyserojen tarkastelulle. Terveyserojen piirteistä yhteneviä pirullisen ongelman tunnusmerkkien kanssa ovat muun muassa:

- ongelman puutteellinen määriteltävyys
- ratkaisujen arvioinnin subjektiivisuus
- jatkuva muuttuminen
- toimien ennakoimattomat seuraukset
- ratkaisuyritysten kertaluonteisuus.

Terveyseroja ei voida tyhjentävästi määritellä, koska ne muodostuvat sadoista erilaisista ajallisesti ja paikallisesti vaihtelevista taustatekijöistä. Samalla terveyserot elävät jatkuvasti yhteiskunnan sosiaalisessa, kulttuurisessa ja taloudellisessa muutoksessa.

Koska terveyseroihin vaikuttavia tekijöitä on lukemattomia ja ne ovat keskenään vuorovaikuttavia, terveyserojen vähentämiseen ei ole olemassa yksiselitteisiä tai lopullisia ratkaisuja. Jokainen interventio tuottaa seurauksia, jotka muuttavat taustalla vaikuttavia mekanismeja. Yksi politiikkatoimi saattaa vähentää eroja lyhyellä aikavälillä mutta vahvistaa niitä pitkällä aikavälillä tai se voi muokata yksilöiden käyttäytymistä ennakoimattomalla tavalla.

Pirullisten ongelmien keskeinen piirre on se, ettei ratkaisuja voida arvioida oikeiksi tai vääriksi vaan ainoastaan paremmiksi tai huonommiksi (Rittel ja Webber, 1973, s. 162–163). Tämä pätee terveyseroihin, sillä terveyspolitiikka on aina arvopohjaista ja poliittista (Bache ja muut, 2016, s. 20). Eri toimijat painottavat vaihtelevia arvoja ja tavoitteita mikä voi tehdä yhteisymmärryksen löytämisestä vaikeaa (Alford ja Head, 2017, s. 404–406). Samojen kirjoittajien mukaan ei ole olemassa yhtenäistä näkemystä siitä, mikä on ”riittävän pieni” tai ”oikeudenmukainen” terveyserojen taso tai millaiset interventiot

ovat hyväksyttäviä. Sama politiikkatoimi voidaan nähdä joko terveyden edistämisenä, yksilönvapauksien rajoittamisena tai rakenteellisen epätasa-arvon purkamisena riippuen tulkinnan näkökulmasta. Tästä seuraa, että terveyserojen ratkaiseminen on aina normatiivista ja siten altista ristiriidoille.

Jokainen pirulliseen ongelmaan kohdistuva ratkaisuyritys on kertaluonteinen ja jättää pysyvät jäljet järjestelmään. Tämä konkretisoituu esimerkiksi terveystaloudessa, jossa alkoholiveron, tupakkalainsäädännön tai sosiaaliturvan muutokset vaikuttavat laajasti yhteiskuntaan ja ihmisten käyttäytymiseen ja monesti tavoilla, joita ei voida ennakoida täydellisesti. Kuten Rittel ja Webber (1973, s. 166–167) toteavat pirullisesta ongelmasta, siihen ei voi käyttää yrityksen ja erehdyksen periaatetta, koska jokainen ratkaisu muuttaa itse ongelmaa.

Terveyserojen kohdalla tämä näkyy siinä, että interventiot, jotka kohdistuvat esimerkiksi elintapoihin, saattavat johtaa erojen kasvuun: korkeasti koulutetut ja hyvätuloiset hyötyvät niistä enemmän, koska heillä on paremmat valmiudet omaksua suositeltuja elämäntapamuutoksia (Rotko, 2014, s. 97).

Pirullisille ongelmille tyypillisesti jokainen ongelma on myös toisen ongelman oire. Terveyserot heijastavat laajempia yhteiskunnallisia rakenteita kuten koulutusjärjestelmän eriarvoistumista, työmarkkinoiden polarisoitumista, asumisen segregaatiota ja terveystaloudellisten epätasaista jakautumista. Pyrkimys korjata yksittäistä pistettä tässä ketjussa ei välttämättä vaikuta juurisyihin, jolloin ongelma ilmenee jossain uudessa muodossa.

3.3 Kompleksisuusajattelu ja terveyserot

Terveyserot on emergentti ilmiö: ne syntyvät sosiaalisten, taloudellisten ja biologisten tekijöiden dynamisesta vuorovaikutuksesta. Terveyseroihin johtavat elintavat eivät määräydy pelkästään henkilökohtaisista valinnoista, vaan ne heijastavat ihmisten keinoja selviytyä arjen kuormituksesta, ja parempi sosioekonominen asema tarjoaa enemmän resursseja, turvaa ja mahdollisuuksia terveyttä tukeviin ratkaisuihin (Leppo, 2007, s. 232). Kompleksisuusajattelussa painotetaan, että kokonaisuus on enemmän kuin osiensa

summa, ja pienetkin muutokset jossakin järjestelmän osassa voivat johtaa suuriin muutoksiin muualla (Jalonen, 2006, s. 116–118).

Terveyseroihin vaikuttavat prosessit ovat epälineaarisia: esimerkiksi koulutustason nousu voi merkittävästi parantaa terveyttä, mutta vaikutuksen suuruus osaltaan riippuu ajasta ja paikasta. Tämän vuoksi samat politiikkatoimet tuottavat erilaisia vaikutuksia eri aikoina ja eri väestöryhmissä.

Kompleksisuusajattelu korostaa myös systeemin epälineaarisia palautekytkentöjä: esimerkiksi köyhyys lisää riskiä epäterveellisiin elintapoihin, jotka puolestaan heikentävät työkykyä ja lisäävät työttömyyden riskiä (Karvonen ja muut, 2017, s. 9). Nämä mekanismit voivat muodostaa itseään vahvistavia kehiä, jotka tuottavat pysyviä terveyseroja.

Interventiot ovat usein yksilötasoisia ja kohdistuvat elintapoihin, vaikka ilmiön juurisyyt ovat osaltaan myös rakenteellisia ja kollektiivisia (Sihto ja Karvonen, 2016, s. 18–19). Kompleksisuusajattelun näkökulmasta tämä on odotettavaa: yksilötason toimenpiteet kohdistuvat vain yhteen osaan laajaa ilmiötä, eivätkä ne pysty muokkaamaan laajempia syy-seuraussuhteiden verkostoja.

Taulukko 3. Taulukkoon on kerätty luvussa 3 läpikäytyjä pirullisen ongelman ja kompleksisuusajattelun piirteitä suhteessa terveyseroihin ja niiden vähentämiseen.

Terveyserot ja niiden vähentäminen	Pirullinen ongelma	Kompleksisuusajattelu
Ilmiön luonne	Ongelma on määrittelemätön, muuttuva ja epäselvästi rajautuva	Emergentti ilmiö, joka syntyy useiden tekijöiden vuorovaikutuksesta
Syy-seuraussuhteet	Yksiselitteisiä juurisyitä ei ole osoitettavissa	Epälineaarisia ja ennustamattomia
Ratkaisut	Lopullisia ratkaisuja ongelmiin ei ole	Ratkaisut synnyttävät uusita ennustamattomia vaikutuksia
Ratkaisujen vaikutusten ennustaminen	Ei voi ennustaa luotettavasti ja itse ongelma voi muuttua	Pienet muutokset voivat tuottaa yllättävän suuria vaikutuksia
Arvot ratkaisujen taustalla	Ratkaisut ovat aina normatiivisia ja jollain tavalla kiistanalaisia	Vaikuttavat siihen mitä järjestelmän osia huomioidaan ja miten tietoa tulkitaan
Vaikuttavien toimijoiden rooli	Useita toimijoita, joilla on ristiriitaisia tavoitteita	Toimijat muodostavat vuorovaikutteisen verkoston
Ongelman rajaaminen	Ei voi rajata ympäristöstään	Systeemi koostuu monitasoisista järjestelmistä, joilla on epälineaarisia palautemekanismeja
Ratkaisuprosessi	Ratkaisut ovat kertaluonteisia, ei voida käyttää yrityksen ja erehdyksen mallia	Vaatii sopeutuvaa oppimista ja jatkuvaa seurantaa
Aikahorisontti	Vaikutuksen voivat näkyä pitkällä aikavälillä ja odottamattomina	Tavoitteeseen tähtäävä toiminta kehittyy ajassa eikä pysyvää asiointilaa ole
Politiikkatoimien vaikutus	Ratkaisevat vain osan ongelmasta ja saattavat pahentaa toista	Kohdistuvat vain yhteen verkoston kohtaan

Taulukko 3 jäsentää terveyseroja pirullisena ongelmana ja kompleksisena ilmiönä, mikä selittää niiden sitkeyttä ja vaikeaa hallittavuutta. Pirullisen ongelman näkökulmasta terveyserot ovat vaikeasti määriteltäviä, jatkuvasti muuttuvia ja kytkeytyvät laajoihin yhteiskunnallisiin rakenteisiin, minkä vuoksi niille ei ole osoitettavissa yksiselitteisiä juurisyitä eikä lopullisia ratkaisuja. Terveyserojen vähentäminen edellyttää aina normatiivisia arvovalintoja ja jokainen ratkaisuyritys myös muuttaa ongelmaa.

Kompleksisuusajattelussa terveyserot ymmärretään emergenttinä ilmiönä, joka syntyy useiden sosiaalisten, taloudellisten ja biologisten tekijöiden epälineaarista vuorovaikutuksesta. Pienetkin muutokset voivat johtaa yllättävän suuriin vaikutuksiin, minkä vuoksi politiikkatoimien seurauksia ei voida ennakoida luotettavasti ja vaikutukset ilmenevät usein viiveellä.

Yhdessä nämä näkökulmat osoittavat, ettei terveyseroja voida kaventaa yksittäisillä tai pysyvillä toimenpiteillä. Sen sijaan ne edellyttävät pitkäjänteistä, sopeutuvaa ja monitasoista lähestymistapaa, joka huomioi ilmiön rakenteellisen ja dynaamisen luonteen.

4 Menetelmä ja aineisto

Tutkimuksen aineisto koostuu kolmesta ajankohtaisesta suomalaisesta terveystieteellisestä politiikkadokumentista: Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) raportista *Ratkaisuja terveyserojen vähentämiseksi*, kansallisesta terveys- ja hyvinvointiohjelmasta *Terveydeksi* sekä valtioneuvoston (VN) poikkihallinnollisesta ohjelmasta *Suomi liikkeelle*.

Aineisto on koottu tarkoituksenmukaisella otannalla, ja se edustaa keskeisiä kansallisia linjauksia terveyserojen kaventamiseen ja liikkumattomuuden vähentämiseen liittyvässä politiikassa.

Taulukko 4. Taulukkoon on koottu keskeisiä tietoja aineistona käytetyistä politiikkadokumenteista.

Otsikko	Kuvaus	Julkaisu vuosi	Sivumäärä	Julkaisija
Koko väestön terveys yhteiskunnan menestystekijä – Ratkaisuja terveyserojen vähentämiseksi	Asiantuntijaryhmän suositusraportti, joka esittää keskeisiä toimenpiteitä terveyserojen kaventamiseksi Suomessa.	2023	45	STM
Terveydeksi – kansallinen terveys- ja hyvinvointiohjelma	Orpon hallituksen hallitusohjelmaan perustuva terveyttä ja terveyseroja koskeva suunnitelma vuoteen 2028.	2024	34	STM
Suomi liikkeelle - ohjelma	Poikkihallinnollinen ohjelma, joka tähtää fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen ja toimintakyvyn vahvistamiseen kaikissa ikäryhmissä.	2024	37	VN

Taulukossa 4 on keskeiset tiedot tutkimusaineistosta, joka koostuu kolmesta vuosina 2023–2024 julkaistusta valtakunnallisesta politiikkadokumentista, jotka käsittelevät terveyserojen vähentämistä, terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä fyysisen aktiivisuuden lisäämistä. Kaksi asiakirjoista on Sosiaali- ja terveysministeriön ja yksi Valtioneuvoston julkaisu. Dokumentit muodostavat ajankohtaisen aineiston terveystieteellisten tavoitteiden ja toimenpiteiden tarkasteluun Suomessa.

Tutkimusmenetelminä käytettiin narratiivista kirjallisuuskatsausta sekä laadullista sisällönanalyysia (Tuomi ja Sarajärvi 2018, s. 105). Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on joustava lähestymistapa, joka kokoaa ja tulkitsee aiempaa tutkimusta ilman systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tiukkoja kriteerejä (Grant ja Booth, 2009, s. 95). Tämä mahdollisti luvussa 2 teoreettisen viitekehyksen muotoilun, pirullisen ongelman ja kompleksisuusajattelun keskeisten käsitteiden kokoamisen ja synteessin monitieteisestä kirjallisuudesta. Poliitiikkadokumenttien tulkintaan ja teoreettiseen analyysiin käytettiin teoriaohjaavaa laadullista sisällönanalyysia. Tuomen ja Sarajärven (2018, s. 105) mukaan menetelmä soveltuu erityisesti tilanteisiin, joissa tarkastelun kohteena ovat monimutkaiset, kontekstisidonnaiset ja tulkinnalliset ilmiöt, kuten yhteiskuntapolitiittiset ohjelmat ja niissä esitetyt ongelmanmäärittelyt.

Analyysin teoreettisena viitekehyksenä toimivat pirullisen ongelman käsite ja kompleksisuusajattelu. Näiden avulla terveyseroja ja liikkumattomuutta tarkasteltiin monisyisinä, epälineaarina ja dynaamisina ilmiöinä.

Kompleksisuusajattelun näkökulmasta analyysissa kiinnitettiin huomiota toimenpiteiden monitasoisuuteen, keskinäisriippuvuuteen ja poikkialueellisuuteen sekä siihen, miten nämä periaatteet heijastuvat ohjelmien rakenteisiin. Lisäksi tarkasteltiin, kuinka johdonmukaisesti kompleksinen lähestymistapa ulottuu toimeenpano- ja arviointikäytäntöihin.

Analyysi eteni kolmivaiheisesti:

1. Kartoitusvaiheessa jäseneltiin pirullisen ongelman ja kompleksisuusajattelun sekä terveyden ja terveyserojen keskeiset teoreettiset käsitteet kirjallisuudesta.
2. Teoreettisten käsitteiden pohjalta muodostettiin synteesi terveyseroista pirullisena ongelmana ja kompleksisena ilmiönä (ks. Taulukko 3, s. 25)

3. Analyysivaiheessa politiikkadokumenttien sisältöä analysoitiin teoriaohjaavasti synteessin perustella, eli miten ohjelmat tunnistavat tai jättävät huomioimatta kompleksisen yhteiskunnallisen dynamiikan.

Huomiota kiinnitettiin erityisesti ongelmanmäärittelyihin, syy–seuraussuhteiden kuvauksiin sekä siihen, tunnistetaanko yksittäisten toimenpiteiden rajallinen vaikuttavuus.

Tulosten esittämisessä korostetaan teoreettisen analyysin luonnetta. Tutkimuksen tavoitteena ei ole arvioida politiikkaohjelmien vaikuttavuutta, vaan tunnistaa, missä määrin politiikkadokumenteissa terveyserot hahmotetaan pirullisina ongelmina ja millaisia kompleksisuusajattelusta juontuvia lähestymistapoja ja toimintamalleja ohjelmissa esiintyy.

5 Aineistoanalyysi

Tässä luvussa analysoidaan kolmea kansallista terveys- ja hyvinvointipolitiikkaa ohjaavaa asiakirjaa dokumenttiaineistona. Dokumentit on käyty läpi keskittyen niiden keskeisiin ongelmanmäärittelyihin, taustaoletuksiin ja esitettyihin toimenpidekokonaisuuksiin. Analyysi etenee kuvailevasti siten, että kunkin asiakirjan sisältö jäsennellään ensin kokonaisuutena ja tämän jälkeen tarkastellaan, millä tavoin dokumenteissa hahmotetaan terveyserojen taustatekijöitä sekä ratkaisujen poikkihallinnollista ja systeemistä luonnetta. Tarkastelun painopiste on dokumenttien sisällössä, ei niiden vaikuttavuuden tai toimeenpanon arvioinnissa.

5.1 Analysoitava dokumentti: Koko väestön terveys on yhteiskunnan menestystekijä – Ratkaisuja terveyserojen vähentämiseksi (STM, 2023)

5.1.1 Aineiston valinta ja raportin tausta

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2023 julkaisema raportti *Koko väestön terveys on yhteiskunnan menestystekijä – Ratkaisuja terveyserojen vähentämiseksi* (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita, 2023:16) on tieteellisen asiantuntijaryhmän laatima politiikkasuositus, joka pyrkii tarjoamaan tutkimusnäyttöön perustuvia ratkaisuja sosioekonomisten terveyserojen vähentämiseen Suomessa.

Raportti on erinomainen aineisto pro gradu -tutkielmalle, jonka aiheena on terveyserot Suomessa ja kompleksisuusajattelun rooli niiden vähentämisessä. Ensinnäkin julkaisu perustuu laajaan tutkimusnäyttöön ja tieteellisen asiantuntijaryhmän työhön, mikä tekee siitä metodologisesti luotettavan ja akateemisesti uskottavan lähteen. Se kokoaa yhteen ajantasaisen tiedon sosioekonomisten terveyserojen laajuudesta, taustamekanismeista ja vaikutuksista suomalaisessa yhteiskunnassa.

Raportissa terveyseroja tarkastellaan monitekijäisenä ja ilkeänä ongelmana, joka kytkeytyy samanaikaisesti esimerkiksi koulutukseen, tulonjakoon, elinympäristöihin, ruokajärjestelmään ja palvelurakenteisiin. Asiantuntijaryhmän ehdottamat toimenpiteet,

kuten lapsiperheköyhyyden vähentäminen, varhaiskasvatuksen vahvistaminen ja terveyttä edistävät rakenteelliset ohjaukset osoittavat, että yksittäiset sektorikohtaiset ratkaisut eivät riitä, vaan tarvitaan poikkihallinnollisia ja koordinoituja toisiaan vahvistavia interventioita.

Lisäksi raportti tarjoaa konkreettisia esimerkkejä systeemisistä toimenpiteistä ja niiden väestö- ja talousvaikutuksista, mikä mahdollistaa kompleksisuusajattelun analyttisen soveltamisen empiiriseen politiikka-aineistoon. Näin se tukee tutkielman teoreettista ja käytännöllistä yhdistämistä.

Raportti lähtee havainnosta, että tulotason ja koulutustason mukaiset terveyserot ovat Suomessa poikkeuksellisen suuria verrattuna Länsi-Euroopan maihin, ja että erot ovat pysyneet merkittävänä huolimatta siitä, että terveyden tasa-arvon edistäminen on ollut kansallisen terveystalouden keskeinen tavoite yli 40 vuotta. Terveyden eriarvoisuuden katsotaan aiheuttavan paitsi inhimillistä kärsimystä myös laajaa taloudellista ja yhteiskunnallista haittaa kuten ennenaikaisia kuolemia, sairastavuutta, työkyvyttömyyttä ja kasvavia sosiaalimenoja.

Asiantuntijaryhmän tehtävänä oli tehdä tutkimusperustaisia ehdotuksia lainsäädäntöön ja rahoitukseen liittyvistä toimenpiteistä, joilla terveyseroja voitaisiin vähentää. Raportti painottaa, että ongelman ratkaiseminen vaatii pitkäjänteistä ja poikkihallinnollista lähestymistapaa, jossa eri hallinnonalat ja poliittiset päätöksentekijät sitoutuvat yhteisiin tavoitteisiin.

Keskeinen ehdotus on parlamentaarisen komitean perustaminen, jonka tehtävänä olisi laatia hallituskausien yli ulottuva strateginen suunnitelma terveyserojen vähentämiseksi. Komitean tulisi perustaa terveyserojen vähentäminen tutkimusnäyttöön ja luoda yhteinen ohjauksehys poikkihallinnollisille toimenpiteille. Tämän lisäksi raportti esittää seitsemän konkreettista ja välittömästi toteutettavissa olevaa toimenpidettä.

5.1.2 Terveyserojen taustatekijät

Raportti taustoittaa terveyserojen syntymekanismeja monitasoisesti. Terveyteen liittyvää eriarvoisuutta ei tarkastella vain yksilön elämäntapojen seurauksena, vaan

ennen kaikkea ilmiönä, joka juontuu sosioekonomisista, alueellisista ja yhteiskunnan rakenteellisista tekijöistä.

Suurimmat erot liittyvät koulutukseen ja tuloihin: 25-vuotiaiden miesten elinajanodote on yli kahdeksan vuotta pidempi suurituloisimmassa kuin pienituloisimmassa väestöosassa, ja naisilla ero on yli neljä vuotta. Myös koulutusryhmien väliset erot terveissä elinvuosissa ovat huomattavia — korkeasti koulutetut elävät keskimäärin 13 vuotta pidempään terveinä kuin perusasteen koulutuksen saaneet

Raportin mukaan terveyserojen perusta rakentuu elinoloissa ja arjen resursseissa: asuin- ja työolosuhteet, ravitsemus, liikunta, tupakointi ja alkoholinkäyttö ovat vahvasti sidoksissa sosioekonomiseen asemaan. Palvelujärjestelmä puolestaan voi joko lieventää tai syventää eriarvoisuutta. Esimerkiksi työterveyshuollon kattavuus, työpaikkaruokailu ja suun terveydenhuoltopalvelujen saatavuus jakautuvat epätasaisesti väestöryhmien välillä.

Näiden havaintojen pohjalta raportti esittää, että terveyden tasa-arvon edistäminen ei voi rajoittua sosiaali- ja terveyspolitiikkaan, vaan se vaatii koordinoitua etenkin koulutus-, talous- ja työpolitiikan kanssa.

5.1.3 Keskeiset toimenpide-ehdotukset

Raportin seitsemän ehdotusta muodostavat kokonaisuuden, jossa pyritään vaikuttamaan terveyden sosiaalisiin juurisyihin koko elämänkaaren aikana. Ehdotuksille on sekä inhimillinen että taloudellinen perustelu. Toimenpiteiden kuvailu on kirjoitettu raporttia mukaillen.

1. Lapsiperheköyhyyden vähentäminen

Vuonna 2022 lapsiperheköyhyys paheni Suomessa merkittävästi elinkustannusten ja energian hinnan nousun sekä Ukrainan sodan talousvaikutusten vuoksi. Köyhyys koskettaa nykyään arviolta 150 000–180 000 lasta. Ilmiö ei ole lieventynyt kolmeen vuosikymmeneen, vaikka se on toistuvasti ollut poliittisten ohjelmien painopisteenä. Tutkimusten mukaan perheiden taloudelliset vaikeudet lisäävät sairastuvuutta ja terveyseroja. Vanhempien tai lasten sairastuminen voi johtaa toimeentulotuelle siirtymiseen ja edelleen

köyhyyden kierteeseen. Toisaalta köyhyys itsessään heikentää perheenjäsenten terveyttä, joten kyseessä on kaksisuuntainen ongelma.

Köyhyys vähentää lasten harrastusmahdollisuuksia, mikä aiheuttaa liikkumattomuutta ja ylipainoa. Liikkumattomuuden kustannukset yhteiskunnalle ovat vuosittain satoja miljoonia euroja. Lisäksi alueelliset erot ja yksityisten terveyspalvelujen rajallinen saavutettavuus kasvattavat terveyseroja.

Työryhmä ehdottaa viittä keskeistä toimenpidettä lapsiperheköyhyyden vähentämiseksi. Ensiksi kuudella hyvinvointialueella kokeillaan uusia palveluintegraatiomalleja, jotka tukevat perheitä kokonaisvaltaisesti. Toiseksi lapsiperheiden sosiaaliturvaa ja palveluja tarkastellaan laajemmin eri ministeriöiden yhteistyönä, mahdollisesti henkilökohtaisten budjettien kautta. Kolmanneksi lapsilisäjärjestelmää uudistetaan, jotta tuki kohdistuisi paremmin vähävaraisille perheille. Neljänneksi lasten harrastustoimintaa tuetaan taloudellisesti ja viidenneksi turvataan heikossa asemassa olevien perheiden pääsy terveyspalveluihin.

Toimenpiteiden kokonaiskustannukset ovat arviolta 20,3 miljoonaa euroa, mutta niiden odotetaan parantavan lasten hyvinvointia, vähentävän terveyseroja ja tuottavan pitkällä aikavälillä huomattavia säästöjä yhteiskunnalle.

2. Kaikki lapset varhaiskasvatukseen 3-vuotiaasta alkaen

Terveyserojen juuret ulottuvat jo varhaislapsuuteen ja laadukkaalla varhaiskasvatuksella voidaan ehkäistä eriarvoisuutta tehokkaasti. Tutkimusten mukaan varhaiskasvatus vahvistaa lasten kognitiivisia ja sosiaalisia taitoja, joilla on pitkäaikaisia vaikutuksia koulumenestykseen, tulotason ja terveyteen. Erytisen suuri hyöty kohdistuu lapsiin, jotka tulevat sosioekonomisesti heikommista oloista, ja maahanmuuttajataustaisiin perheisiin. Suomessa 3–5-vuotiaiden varhaiskasvatukseen osallistumisen aste on kuitenkin selvästi muita Pohjoismaita alhaisempi, vaikka sen positiiviset vaikutukset on osoitettu laajasti.

Ehdotuksen mukaan kaikille lapsille tulisi säätää velvoittava varhaiskasvatus kolmen vuoden iästä alkaen. Samalla on panostettava varhaiskasvatuksen laatuun, erityisesti henkilöstön koulutukseen ja palkkaukseen, jotta alasta

saadaan houkutteleva ja kestävä uravaihtoehto. Varhaiskasvatus tukee oppimisen lisäksi myös lasten terveyttä tarjoamalla monipuolisia aterioita, varhaista tukea perheille sekä turvallisen ympäristön suomen kielen ja sosiaalisten taitojen kehittymiselle.

Kansainvälisten tutkimusten, kuten Tanskassa, Itävallassa ja Norjassa tehtyjen selvitysten mukaan varhaiskasvatukseen osallistuminen lisää lasten koulutustasoa ja sosiaalista liikkuvuutta. Britanniassa vastaavat investoinnit 1990–2010-luvuilla kavensivat lapsuusiän eriarvoisuutta merkittävästi.

Ehdotetun uudistuksen kustannusten arvioidaan olevan noin 240 miljoonaa euroa vuodessa, mutta sen tuottamat pitkän aikavälin hyödyt – parempi koulutus, työllistyminen ja kansanterveys – ylittävät kustannukset moninkertaisesti. Varhaiskasvatuksen vahvistaminen nähtäisiin sijoituksena tulevien sukupolvien hyvinvointiin ja yhteiskunnalliseen tasa-arvoon.

3. Jokaiselle nuorelle perusasteen jälkeinen tutkinto

Perusasteen jälkeisen tutkinnon suorittaminen on keskeinen edellytys nuorten jatko-opinnoille, työllistymiselle ja hyvinvoinnille. Koulutuksen keskeyttäminen ja tutkinnon puuttuminen lisäävät merkittävästi syrjäytymisriskiä, heikentävät terveyttä ja lyhentävät elinikää. Tutkimusten mukaan koulutuksen ja työelämään kiinnittymisen välillä on vahva yhteys: toisen asteen opinnot loppuun suorittaneet työllistyvät paremmin ja heidän tulotasonsa sekä elämänhallintansa ovat paremmat kuin koulutuksen keskeyttäneillä.

Suomessa toisen asteen tutkinnon puute on säilynyt sitkeästi yleisenä ongelmana, vaikka vuonna 2020 oppivelvollisuus laajennettiin kattamaan myös toisen asteen opinnot. Vuonna 2021 jopa viidennes 20–24-vuotiaista miehistä ja 15 prosenttia naisista oli ilman toisen asteen tutkintoa. Tutkimukset osoittavat, että koulutuksen keskeyttäminen liittyy usein mielenterveysongelmiin, toimeentulovaikeuksiin ja heikkoon sosiaaliseen tukeen.

Ehdotuksen mukaan nuorten koulutuksen turvaamiseksi tulisi osoittaa erityismäärärahoja alueille ja väestöryhmille, joissa keskeyttämisen riski on suurin. Näin voitaisiin tarjota lisäresursseja, ohjausta ja tukea niille nuorille, jotka ovat vaarassa jäädä koulutusjärjestelmän ulkopuolelle.

Koulutuksen merkitys yhteiskunnalle on myös taloudellinen: ilman tutkintoa jääneet aiheuttavat julkiselle sektorille keskimäärin 370 000 euron lisäkustannukset elinaikanaan verrattuna koulutuksen hankkineisiin. Panostukset koulutuksen loppuun saattamiseen tukevat työllisyyttä, ehkäisevät syrjäytymistä ja parantavat väestön terveyttä, mikä tekee niistä sekä inhimillisesti että taloudellisesti kannattavia.

4. Terveyttä edistävä ruokavaliosiiirtymä

Suomalaisten ruokailutottumukset poikkeavat merkittävästi sekä terveyden että ympäristön kannalta suositelluista linjoista. Lihaa syödään liikaa ja kasviksia liian vähän, ja erot korostuvat sukupuolen, koulutustason ja tulojen mukaan. Matalasti koulutetut miehet ja pienituloiset väestöryhmät ovat kauimpana ravitsemussuosituksista ja kärsivät usein myös ruokaturvattomuudesta. Ruokailu on suositusten mukaista lähinnä päiväkodeissa, kouluissa ja henkilöstöravintoloissa, joissa ravitsemuskriteerit ohjaavat aterioiden laatua.

Työryhmä esittää kahta keskeistä toimenpidettä terveyttä edistävän ruokavaliosiiirtymän toteuttamiseksi. Ensinnäkin julkisten ruokapalvelujen kestävyysiiirtymää tulee vahvistaa takaamalla riittävät määrärahat ja ravitsemuskriteereihin perustuva laatu. Päiväkotij- ja kouluruokailussa tulee painottaa kasviksia, hedelmiä ja marjoja sekä kehittää EU:n koulujakelujärjestelmää tukemaan terveellisiä valintoja. Toiseksi työaikaisen ruokailun saavutettavuutta ja laatua on parannettava, erityisesti aloilla, joilla työskentelee paljon matalasti koulutettuja miehiä. Lounasedun käyttö tulisi rajata vain ravitsemuskriteerit täyttäviin aterioihin, kuten Sydänmerkki-

aterioihin. Lisäksi ruokailijäämiä voitaisiin hyödyntää sosiaalisesti kestäväällä tavalla työelämän ulkopuolella olevien tukemisessa.

Ruokavaliomuutos kasvipainotteisempaan suuntaan edistää sekä väestön terveyttä että ilmastotavoitteita. Esimerkiksi suolansaannin vähentäminen yhdellä grammalla kolmasosassa väestöstä toisi arviolta 26 miljoonan euron vuotuiset säästöt terveysmenoissa. Laadukas joukkoruokailu on tehokas tapa vähentää ravitsemuseroja, parantaa kansanterveyttä ja tukea Suomen siirtymää kohti hiilineutraalia tulevaisuutta.

5. Terveysperusteinen vero

Suomalaisten ruokaympäristö on viime vuosikymmeninä muuttunut siten, että epäterveelliset, runsaasti sokeria, suolaa ja tyydyttyynyttä rasvaa sisältävät elintarvikkeet ovat entistä helpommin saatavilla. Samalla terveellisten valintojen tekeminen on käynyt vaikeammaksi, etenkin lapsille, nuorille ja pienituloisille. Sosiaalinen media ja mainonta ohjaavat vahvasti ruokailutottumuksia, ja erityisesti lapsiin kohdistuva epäterveellisten tuotteiden markkinointi on merkittävä ongelma. Tutkimusten mukaan matalasti koulutetut ja pienituloiset kotitaloudet ostavat enemmän epäterveellisiä elintarvikkeita, mikä kasvattaa terveyseroja ja heikentää väestön hyvinvointia.

Ratkaisuksi ehdotetaan terveysperusteista veroa, joka kohdistuisi suolaa, tyydyttyynyttä rasvaa ja lisättyä sokeria sisältäviin tuotteisiin. Tavoitteena on ohjata kulutusta terveellisempiin vaihtoehtoihin ja kannustaa elintarviketeollisuutta kehittämään ravitsemuksellisesti laadukkaampia tuotteita. Mallin pohjaksi voitaisiin ottaa esimerkiksi Suomen sosiaali ja terveys ry:n (SOSTE) esitys verotuksen rakenteesta.

Kansainväliset kokemukset tukevat mallin toimivuutta: esimerkiksi Britanniassa virvoitusjuomavero vähensi sokerin kulutusta 10 prosentilla, ja Unkarissa sekä Meksikossa laajemmat terveysverot ovat johtaneet epäterveellisten elintarvikkeiden kulutuksen vähenemiseen.

Terveysperusteinen verotus edistäisi kansanterveyttä ja vähentäisi sosioekonomisia terveyseroja, sillä sen vaikutukset olisivat suurimmat pienituloisissa väestöryhmissä. Suomessa ylipaino ja lihavuus aiheuttavat terveydenhuollolle arviolta noin 330 miljoonan euron lisäkulut vuosittain. Lihavuuden ehkäisy tuottaa tutkitusti moninkertaiset säästöt suhteessa panostuksiin, joten verouudistus olisi sekä terveydellisesti että taloudellisesti perusteltu ratkaisu.

6. Pidättäytyminen alkoholimarkkinoiden kaupallistamisesta

Alkoholin saatavuuden sääntely on yksi tehokkaimmista tavoista vähentää alkoholin kulutusta ja siitä aiheutuvia haittoja. Suomessa valtion alkoholimonopoli toimii keskeisenä välineenä, jolla voidaan hallita yli 5,5-prosenttisten alkoholijuomien myyntiä ja ehkäistä liiallista kulutusta. Tutkimusten mukaan vähittäismyyntimonopolit vähentävät alkoholin kokonaiskulutusta ja niistä aiheutuvia terveys- ja sosiaalhaittoja. Mikäli monopoli purettaisiin, alkoholin saatavuus lisääntyisi, kilpailu kiristyisi ja markkinointia tehostettaisiin. Se todennäköisesti kasvattaisi haittakustannuksia arviolta yli 270 miljoonalla eurolla vuosittain.

Alkoholin aiheuttamat haitat ovat Suomessa merkittävä kansanterveydellinen ja kansantaloudellinen ongelma. Arvioiden mukaan alkoholiin liittyvät sairaudet, tapaturmat ja sosiaaliset haitat maksavat yhteiskunnalle yli 1,6 miljardia euroa vuodessa. Erityisesti työikäiset kärsivät alkoholin vaikutuksista: alkoholisyistä kuolleiden työllisyysurat alkavat heiketä jo 17 vuotta ennen kuolemaa, mikä vähentää työllisyysastetta ja lisää syrjäytymistä. Lisäksi alkoholin aiheuttama kuolleisuus on keskeinen syy eroihin sosioekonomisten ryhmien elinajanodotteissa.

Pidättäytyminen alkoholimarkkinoiden vapauttamisesta tukee sekä kansanterveyttä että yhteiskunnan tasa-arvoa. Alkoholimonopolin säilyttäminen ei vaadi uusia lainsäädäntömuutoksia eikä aiheuta lisäkustannuksia valtion

budjetille. Päinvastoin se on kustannustehokas ja tutkitusti toimiva keino vähentää alkoholin kulutusta, ehkäistä sosiaalisia haittoja ja vähentää väestöryhmien välisiä terveyseroja.

7. Psykiatrisen avohoidon kynnyksetön integrointi sote-palveluihin

Suomessa mielenterveyspalvelujen saatavuudessa esiintyy merkittävää eriarvoisuutta. Tutkimusten mukaan pienituloiset psykiatriset potilaat saavat laitoshoitopainotteisempaa hoitoa kuin varakkaammat. Taloudelliset tekijät vaikuttavat voimakkaasti siihen, millaisia hoitomuotoja ihmiset voivat käyttää: esimerkiksi työterveyshuolto ja Kelan tukema psykoterapia ovat paremmin hyvätuloisten saavutettavissa. Tämä johtaa tilanteeseen, jossa hoitosuosituksen mukainen, nykyaikainen avohoito ei ole kaikille kansalaisille yhdenvertaisesti tarjolla.

Ehdotuksena on, että psykiatrisen avohoito tuodaan osaksi perustason sosiaali- ja terveyspalveluja matalan kynnyksen periaatteella. Tämä tarkoittaa psykiatristen ammattilaisten ja hoitokäytäntöjen sijoittamista suoraan sote-keskuksiin, jolloin hoitoon pääsee ilman lähetettä ja pitkää jonotusta. Sosiaali- ja terveysministeriön palveluvalikoimaneuvoston suositus psykososiaalisten hoitojen sisällyttämisestä palveluvalikoimaan tulisi toimeenpanna käytännössä, ja hyvinvointialueita olisi velvoitettava takaamaan psykiatristen konsultaatioiden välitön saatavuus.

Matalan kynnyksen mielenterveyspalvelut parantaisivat hoidon saavutettavuutta, vähentäisivät stigmaa ja tukisivat varhaisia interventioita, jotka usein ehkäisevät sairauksien pahenemista. Näin voidaan vahvistaa kansalaisten työ- ja toimintakykyä sekä vähentää kalliiden sairaalahoitojen tarvetta. Toimenpiteellä edistetään yhdenvertaisuutta, parannetaan terveyspalvelujen laatua ja tuetaan yhteiskunnan kokonaisvaltaista hyvinvointia ilman merkittäviä lisäkustannuksia.

5.1.4 Poikkihallinnollinen ja systeeminen lähestymistapa

Raportissa sanotaan, että terveyserojen vähentäminen on monimutkainen, niin sanottu ilkeä ongelma (STM, 2023, s. 7), jota ei voida ratkaista yhden hallinnonalan keinoin. Tämä näkökulma heijastaa kompleksisuusajattelun periaatteita: terveyserot syntyvät sosiaalisten, taloudellisten, kulttuuristen ja institutionaalisten tekijöiden keskinäisessä vuorovaikutuksessa.

Asiantuntijaryhmän ehdottama parlamentaarinen komitea toimii mekanismina, jolla voitaisiin vahvistaa pitkäjänteistä, eri hallinnonalat ylittävää oppimista ja koordinoitua. Terveyserojen vähentämisen nähdään olevan paitsi sosiaalipoliittinen myös talouspoliittinen kysymys, jossa investoinnit hyvinvointiin tukevat työvoiman saatavuutta ja kansantalouden kestävyttä.

5.1.5 Johtopäätökset

Raportti *Koko väestön terveys on yhteiskunnan menestystekijä* jäsentää terveyserojen vähentämisen kokonaisvaltaisena yhteiskunnallisena tavoitteena, joka vaatii monitasoista ja pitkäjänteistä ohjausta. Sen ehdotukset korostavat varhaisten elinvaiheiden merkitystä, rakenteellisia ja taloudellisia toimenpiteitä sekä terveyttä tukevan arkiympäristön kehittämistä.

Raportti tuo esiin, että terveyserojen vähentäminen ei ole pelkästään eettinen velvollisuus vaan myös taloudellisesti rationaalinen investointi, joka vähentää sairastavuutta, työkyvyttömyyttä ja julkisia menoja. Kokonaisuudessaan julkaisu toimii esimerkkinä siitä, miten tutkimusperustainen asiantuntijatyö pyrkii muokkaamaan kansallista hyvinvointipolitiikkaa kompleksisessa yhteiskunnallisessa ympäristössä, jossa monien eri tekijöiden vuorovaikutus tekee ongelman vaikeasti hallittavaksi mutta ei ratkaisemattomaksi.

5.2 Analysoitava dokumentti: Terveystekniikka – kansallinen terveys- ja hyvinvointiohjelma (STM, 2024)

5.2.1 Aineiston valinta ja ohjelman tausta

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2024 julkaisema Terveystekniikka – kansallinen terveys- ja hyvinvointiohjelma (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2024:34) on Petteri Orpon hallitusohjelmaan perustuva poikkihallinnollinen ohjausasiakirja, jonka tavoitteena on vahvistaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vaikuttavuutta Suomessa. Ohjelma nojaa tutkimusnäyttöön ja kustannusvaikuttavuuden arviointiin, ja tavoittelee kokonaisvaltaista yhteiskunnallista hyötyä. Sen toteuttamiseen on varattu yhdeksän miljoonan euron kertaluonteinen rahoitus hallituskauden ajaksi

Julkaisu on tarkoituksenmukainen aineisto pro gradu -tutkielmalle, joka tarkastelee terveyseroja ja kompleksisuusajattelua suomalaisessa terveystekniikassa. Toisin kuin perinteiset strategiadokumentit, Terveystekniikka-ohjelma keskittyy nimenomaan toimeenpanoon ja konkreettisiin toimenpiteisiin sekä niiden arviointiin. Tämä tekee siitä erityisen relevantin analysoitaessa, miten tutkimusnäyttö ja systeminen ajattelu käännetään käytännön politiikkatoimiksi kompleksisessa toimintaympäristössä.

Ohjelman keskeinen lähtökohta on havainto siitä, että vaikka suomalainen hyvinvointimalli ja terveydenhuoltojärjestelmä ovat kansainvälisesti vertaillen korkeatasoisia, väestöryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot eivät ole vähentyneet vaan päinvastoin jopa kasvaneet. Erityisesti matalan koulutus- ja tulotason väestöryhmät kantavat suurimman tautitaakan, ja ennaltaehkäisevät toimet eivät tavoita riittävästi niitä ryhmiä, jotka niistä eniten hyötyisivät.

5.2.2 Nykytila ja terveyserojen taustatekijät

Terveystekniikka-ohjelmassa terveys- ja hyvinvointierot nähdään monitekijäisinä ja rakenteellisina ilmiöinä. Eriarvoisuus ei johdu yksinomaan yksilöllisistä elintavoista, vaan laajemmista sosiaalisista, taloudellisista ja ympäristöllisistä tekijöistä, kuten elinoloista,

työllisyydestä, koulutuksesta, sosiaalisista suhteista ja palvelujärjestelmän toimivuudesta.

Ohjelma tunnistaa keskeisiksi haasteiksi erityisesti lihavuuden, mielenterveyden häiriöt, yksinäisyyden sekä elintapasairaudet, jotka yhdessä muodostavat valtaosan suomalaisten tautitaakasta. Elintapoihin liittyvien sairauksien arvioidaan kattavan jopa 80 % tautitaakasta, ja esimerkiksi lihavuuden aiheuttamat suorat lisäkustannukset terveydenhuollolle ovat noin miljardi euroa vuodessa.

Terveyserojen vähentäminen edellyttää ohjelman mukaan samanaikaisia toimia yksilö-, yhteisö- ja rakennetasoilla. Erityistä huomiota kiinnitetään siihen, että toimenpiteet kohdentuvat väestöryhmiin, joiden terveys ja hyvinvointi ovat heikoimpia. Näin ohjelma asettuu selvästi universaalin mutta suhteellisesti kohdennetun terveystalouden viitekehykseen.

5.2.3 Keskeiset toimenpidekokonaisuudet

Terveydexi-ohjelma koostuu viidestä toimenpidekokonaisuudesta ja yhteensä 14 konkreettisesta toimenpiteestä, jotka kattavat elämänkaaren eri vaiheet ja useat politiikkasektorit.

1. Ravinnosta terveyttä ja hyvinvointia

Ohjelma painottaa ravitsemuksen keskeistä roolia kansanterveydessä. Joukkoruokailun laadun parantaminen, ravitsemussuositusten jalkauttaminen sekä elintapaohjauksen vahvistaminen nähdään tehokkaina keinoina vähentää ennen aikaista kuolleisuutta, lihavuutta ja ravitsemuseroja. Lisäksi ohjelma pyrkii vähentämään lihavuuteen liittyvää stigmaa, joka heikentää hoitoon hakeutumista ja lisää psyykkistä kuormitusta.

2. Lasten ja nuorten elinympäristöstä terveyttä ja hyvinvointia

Toimenpiteet kohdistuvat erityisesti nuorten terveyden lukutaidon, empatiataitojen ja turvallisuustaitojen vahvistamiseen. Heikko terveyden lukutaito on yhteydessä epäsuotuisiin elintapoihin ja heikompaan koettuun

terveyteen, minkä vuoksi koulut ja muut kasvuympäristöt nähdään keskeisinä interventioistena.

3. Yhteisöllisyyden lisääminen ja yksinäisyyden ehkäisy

Yksinäisyys tunnustetaan merkittäväksi mielenterveyden ja toimintakyvyn riskitekijäksi kaikissa ikäryhmissä. Ohjelma esittää esimerkiksi nuorten ja ikääntyneiden yhteisasumisen edistämistä keinona lisätä osallisuutta, yhteisöllisyyttä ja turvallisuuden tunnetta.

4. Julkisten palvelujen ennaltaehkäisevien toimien vahvistaminen

Tässä kokonaisuudessa korostuvat elintapamuutoksen ja omahoidon tukeminen, tuetun työllistymisen IPS-mallin (Individual Placement and Support) laajentaminen sekä suun terveydenhuollon ennaltaehkäisyn vahvistaminen. Suun terveyden eriarvoisuus nähdään erityisenä ongelmana, jolla on yhteyksiä useisiin kroonisiin sairauksiin.

5. Lainsäädäntö ja verotus

Ohjelma esittää terveysperustaisen verotuksen laajentamista, tupakka- ja nikotiinituotteiden sääntelyn tiukentamista sekä epäterveellisten elintarvikkeiden markkinoinnin ja saatavuuden rajoittamista. Taloudelliset ohjaukset nähdään vaikuttavina ja kustannustehokkaina keinoina vaikuttaa väestötasolla terveyteen ja vähentää terveyseroja.

5.2.4 Poikkihallinnollinen ja systeeminen lähestymistapa

Terveydeksi-ohjelma nojaa vahvasti poikkihallinnolliseen ohjaukseen ja kompleksisuusajatteluun. Terveyserot ymmärretään niin sanottuna pirullisena ongelmana, jossa yksittäiset toimenpiteet eivät riitä, vaan tarvitaan samanaikaisia ja toisiaan vahvistavia interventioita eri sektoreilla. Ohjelmassa korostetaan vaikutusketjujen, kumuloituvien vaikutusten ja mahdollisten ristiriitojen tunnistamista osana systemaattista vaikutusten arviointia.

Vaikuttavuuden arvioinnin kehikko ohjaa tarkastelemaan, keihin toimenpiteet kohdistuvat, miten vaikutukset jakautuvat väestöryhmien välillä ja missä määrin toimet tukevat eriarvoisuuden kaventamista. Tämä tekee ohjelmasta metodologisesti

kiinnostavan esimerkin kompleksisuusajattelun soveltamisesta käytännön terveyspolitiikkaan.

5.2.5 Johtopäätökset

Terveydeksi – kansallinen terveys- ja hyvinvointiohjelma edustaa siirtymää strategisesta tavoitteenasettelusta kohti konkreettista, vaikuttavuuteen ja toimeenpanoon keskittyvää terveyspolitiikkaa. Ohjelma jäsentää terveyserojen vähentämisen pitkäjänteisenä investointina, joka tukee väestön työ- ja toimintakykyä, palvelujärjestelmän kestävyttä ja kansantalouden vakautta.

Ohjelman vahvuus on sen systeeminen ja poikkihallinnollinen rakenne, jossa yksilötason elintapainterventiot yhdistyvät rakenteellisiin ja taloudellisiin ohjauskeinoihin. Kokonaisuutena Terveydeksi-ohjelma tarjoaa empiirisesti rikkaan ja teoreettisesti perustellun aineiston analysoitaessa, miten kompleksiset terveyserot pyritään hallitsemaan suomalaisessa hyvinvointivaltiossa.

5.3 Analysoitava dokumentti: Suomi liikkeelle – liikunnallisen elämäntavan ja toimintakyvyn poikkihallinnollinen ohjelma (VN, 2024)

5.3.1 Aineiston valinta ja ohjelman tausta

Valtioneuvoston vuonna 2024 julkaisema Suomi liikkeelle – liikunnallisen elämäntavan ja toimintakyvyn poikkihallinnollinen ohjelma on pääministeri Petteri Orpon hallitusohjelmaan perustuva, valtioneuvostotasoinen ohjelma, jonka tavoitteena on kääntää väestön liikkuminen kasvuun kaikissa ikäryhmissä. Ohjelman toimeenpanoa ohjaa ministerityöryhmä, ja sen toteuttamiseen on varattu hallituskaudella yhteensä 80 miljoonan euron rahoitus (20 milj. €/vuosi).

Ohjelma on tarkoituksenmukainen aineisto pro gradu -tutkielmalle, jossa tarkastellaan terveyseroja ja kompleksisuusajattelua suomalaisessa hyvinvointi- ja terveyspolitiikassa. Suomi liikkeelle -ohjelma ei rajaudu perinteiseen liikuntapolitiikkaan, vaan lähestyy

liikkumattomuutta ilmiöpohjaisena ja monihallinnollisena yhteiskunnallisena ongelmana. Ohjelma tunnistaa, että arjessa tapahtuvan liikkumisen edellytykset rakentuvat useiden politiikkasektoreiden – kuten koulutuksen, liikenteen, maankäytön, työelämän ja sosiaali- ja terveystalouden – yhteisvaikutuksesta.

Ohjelman lähtökohtana on havainto, että vapaa-ajan liikunnan lisääntyminen ei ole riittänyt kompensoimaan arki- ja työliikunnan voimakasta vähenemistä viime vuosikymmeninä. Liikkumisesta on tullut yhä useammin tietoinen valinta sen sijaan, että se olisi luonteva osa arkielämää. Tämä kehitys on yhteydessä väestön toimintakyvyn heikkenemiseen, kasvaviin terveydenhuoltokustannuksiin, työkyvyn alenemiseen ja jopa maanpuolustuskykyyn.

5.3.2 Tilannekuva ja liikkumattomuuden taustatekijät

Ohjelman tilannekuva osoittaa, että valtaosa suomalaisista ei täytä kansallisia liikkumissuosituksia missään ikäryhmässä. Liikkumattomuus kasautuu erityisesti murrosikään, työikäisiin ja ikääntyneisiin, ja erot sukupuolen, iän ja alueellisen asuinympäristön mukaan ovat huomattavia.

Varhaislapsuudessa liikkumissuositukset toteutuvat vielä suhteellisen hyvin, mutta lasten ja nuorten kohdalla liikkuminen vähenee jyrkästi iän karttuessa. Liikemittaritiedon mukaan vain noin kolmannes 7–15-vuotiaista täyttää liikkumissuositukset, ja yli 15-vuotiaista enää noin kymmenesosa. Työikäisistä aikuisista vain noin neljännes liikkuu suositusten mukaisesti, ja ikääntyneistä osuus jää noin 16 prosenttiin.

Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen tulee esille erityisen selvästi nuorilla miehillä asepalveluksessa: varusmiesten kestävyys- ja lihaskunto on laskenut merkittävästi 1970-luvulta lähtien, ja kehon keskipaino on noussut huomattavasti. Perusopetuksen Move! -mittausten mukaan yli kolmanneksella 5.- ja 8.-luokkalaisista fyysinen toimintakyky on tasolla, joka saattaa kuluttaa terveyttä ja hyvinvointia. Alueellisesti toimintakyky on heikompi harvaan asutuilla seuduilla kuin kaupunkimaisissa kunnissa.

Ohjelmassa liikkumattomuus ymmärretään rakenteellisena ja kumuloituvana ilmiönä, jossa teknologinen kehitys, yhdyskuntarakenteet, koulutusjärjestelmä, työelämän

käytännöt ja sosiaaliset normit yhdessä vähentävät arjessa tapahtuvaa fyysistä aktiivisuutta.

5.3.3 Keskeiset toimenpidekokonaisuudet

Suomi liikkeelle -ohjelma sisältää 16 hallitusohjelmatason toimenpidettä, jotka on jaettu viiteen toimenpidekokonaisuuteen ja edelleen 35 konkreettiseen toimenpiteeseen.

1. Liikunnalliset toimintakulttuurit

Ohjelmassa pyritään juurruttamaan liikkuminen osaksi varhaiskasvatusta, koulutusta, työelämää ja ikääntyneiden palveluja. Esimerkkejä ovat liikunnallisen elämäntavan kirjaaminen perusopetuslakiin, Liikkuvat-ohjelmien laajentaminen kaikkiin oppilaitoksiin sekä liikkumisen integroiminen osaksi työkyvyn ja työelämän kehittämistä.

2. Liikuntaneuvonta

Liikuntaneuvonnan ja elintapaohjauksen vahvistaminen kunnissa ja hyvinvointialueilla nähdään keskeisenä keinona tukea yksilöitä, joilla on kohonnut riski liikkumattomuudesta johtuviin terveysongelmiin. Erityistä huomiota kiinnitetään perheisiin, neuvolajärjestelmään ja kouluterveydenhuoltoon.

3. Liikkumisen olosuhteet

Rakennetun ympäristön merkitys korostuu ohjelmassa vahvasti. Toimenpiteet kohdistuvat muun muassa koulujen ja päiväkotien pihoihin, koulumatkojen turvallisuuteen, kävelyn ja pyöräilyn edistämiseen, maankäytön ja kaavoituksen ohjaukseen sekä luonnon virkistyskäytön mahdollisuuksien parantamiseen.

4. Liikuntaosaaminen

Liikuntaosaamista vahvistetaan erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kasvatus- ja opetusalan koulutuksissa. Tavoitteena on, että liikkumisen edistäminen tunnistetaan osaksi eri ammattien perustehtävää ja strategista ohjausta kunnissa ja hyvinvointialueilla.

5. Liikkumiseen kannustava verotus

Ohjelmassa selvitetään verotuksellisia keinoja tukea liikkumista, kuten liikuntapalvelujen arvonlisäverokohtelun selkeyttämistä ja kannustimien luomista liikkumisen lisäämiseksi.

5.3.4 Poikkihallinnollinen ja systeeminen lähestymistapa

Suomi liikkeelle -ohjelma edustaa selkeästi kompleksisuusajatteluun nojaavaa politiikkaa. Liikkumattomuus tunnistetaan ilmiönä, jota ei voida ratkaista yksittäisillä kampanjoilla tai sektorikohtaisilla toimilla. Ohjelma rakentuu oletukselle, että rakenteet luovat edellytykset liikkumiselle, mutta yksilöt ja yhteisöt tekevät lopulliset valinnat näissä rakenteissa.

Poikkihallinnollinen ministerityöryhmä, yhteiset mittarit sekä seurantaan ja tietotuotantoon panostaminen mahdollistavat oppivan ja mukautuvan ohjausmallin. Ohjelmassa korostuu vaikutusketjujen tunnistaminen: miten maankäyttö, koulupäivän rakenne, työelämän käytännöt ja verotus yhdessä joko tukevat tai estävät fyysisen aktiivisuuden toteutumista.

5.3.5 Johtopäätökset

Suomi liikkeelle -ohjelma jäsentää liikkumattomuuden vähentämisen laajana yhteiskunnallisena investointina, joka kytkeytyy terveyserojen kaventamiseen, toimintakyvyn ylläpitämiseen, työkykyyn ja julkisen talouden kestävyYTEEN. Ohjelman vahvuus on sen rakenteellinen ja systeeminen näkökulma, jossa liikkuminen nähdään seurauksena ympäristöistä, instituutioista ja arjen valintatilanteista.

Kokonaisuutena ohjelma tarjoaa vahvan empiirisen ja analyttisen aineiston tarkasteltaessa, miten kompleksisia hyvinvointiongelmia pyritään hallitsemaan poikkihallinnollisen ohjauksen, pitkäjänteisen toimeenpanon ja oppivan politiikan keinoin suomalaisessa kontekstissa.

6 Tulokset

Tutkielman tavoitteena oli selvittää, miten kompleksisuusajattelu näkyy terveyserojen vähentämiseen tähtäävissä toimenpideohjelmassa. Kolmen analysoidun politiikkadokumentin perusteella terveyserot, väestön heikkenevä terveys ja liikkumattomuus jäsentyvät pirullisiksi ongelmiksi, vaikka käsitettä ei kaikissa asiakirjoissa käytetäkään. STM:n terveyseroraportissa (2023) terveyserot nimetään ilkeäksi ongelmaksi, jota ei voida ratkaista yksittäisillä politiikkatoimilla tai yhden hallinnonalan keinoin (STM, 2023, s. 7). Terveystieteiden tutkimusohjelmassa (2024) ja Suomi liikkeelle -ohjelmassa (2024) vastaava tulkinta ilmenee epäsuoremmin ongelman kuvauksen laajuudessa, moniulotteisuudessa ja ratkaisumallien rakenteissa. Yhteistä kaikille politiikkadokumenteille ja teoreettisen viitekehyksen aineistolle on se, että tarkasteltavat ongelmat ymmärretään pitkäkestoisiksi, historiallisesti rakentuneiksi ja itseään vahvistaviksi ilmiöiksi. Terveyserot periytyvät sukupolvelta toiselle, liikkumattomuus paljolti juontuu arkielämän rakenteista ja elintavat muodostuvat ympäristön, sosiaalisten normien ja institutionaalisten käytäntöjen vaikuttaessa taustalla (Rotko ja muut, 2014, s. 92; Lahelma, 2017, s. 2). Tämä lähestymistapa vastaa pirullisten ongelmien keskeisiä piirteitä: ongelmalla ei ole yksiselitteistä alkua tai loppua, eikä sen ratkaisua voida yksiselitteisesti todentaa onnistuneeksi tai epäonnistuneeksi (Rittel ja Webber, 1973, s. 161).

Tarkastelun perusteella voidaan todeta, että kaikissa kolmessa ohjelmassa on tapahtunut selvä siirtymä pois yksilökeskeisestä vastuullistamisesta kohti rakenteellista ja systeemistä ongelmanmäärittelyä. Tämä luo perustan kompleksisuusajattelun soveltamiselle politiikkatasolla. Kompleksisuusajattelun kannalta keskeinen havainto on, että analysoidut ohjelmat eivät rakenna ongelmanratkaisua yksinkertaisten syy-seurausketjujen varaan. STM:n terveyseroraportissa (2023) terveyserojen muodostuminen kuvataan elämänkaaren aikana etenevänä prosessina, jossa varhaislapsuuden olosuhteet, koulutuspolut, työmarkkina-asema, terveystähtäytyminen ja palvelujärjestelmän toiminta muodostavat toisiinsa kytkeytyvän kokonaisuuden. Yksittäinen interventio ei tämän logiikan mukaan voi tuottaa pysyvää muutosta ilman samanaikaisia muutoksia muilla tasoilla.

Tarkastelu osoittaa, että kaikissa kolmessa ohjelmassa toimenpiteet on rakennettu monitasoisiksi ja keskinäisriippuvaisiksi. Tämä ilmenee siinä, että interventiot kohdistuvat samanaikaisesti rakenteisiin, instituutioihin, yhteisöihin ja yksilöihin. STM:n terveyseroraportissa (2023) tämä näkyy erityisesti varhaislapsuuteen kohdistuvien toimien painotuksessa. Lapsiperheköyhyyden vähentäminen, varhaiskasvatuksen velvoittavuus ja koulutuspolkujen turvaaminen muodostavat kokonaisuuden, jossa yhden toimenpiteen vaikuttavuus on riippuvainen muiden toteutumisesta. Raportissa ei esitetä yksittäistä avainratkaisua, vaan painotetaan toimenpiteiden yhteisvaikutuksia. Terveystieteiden ohjelmassa (2024) ongelman jäsentäminen painottuu useiden samanaikaisten riskien kasautumiseen. Mielen- ja mielenterveysongelmat, lihavuus, yksinäisyys ja elintapasairaudet nähdään ilmiöinä, jotka ruokkivat toisiaan ja jakautuvat epätasaisesti väestöryhmien välillä. Ohjelmassa ei pyritä eristämään yksittäistä ongelmien juurisyitä, vaan tunnistetaan useita toisiaan vahvistavia mekanismeja. Tämä vastaa kompleksisuusajattelun käsitystä emergenssistä: kokonaisvaikutukset syntyvät osatekijöiden vuorovaikutuksesta, eivät yksittäisistä osatekijöistä. Suomi liikkeelle - ohjelmassa (2024) liikkumattomuuden ongelma jäsennetään selkeästi epälineaarisenä. Ohjelmassa muun muassa todetaan, että vapaa-ajan liikunnan lisääntyminen ei ole kompensoinut arki- ja työliikunnan vähenemistä, mikä osoittaa, että yhden osa-alueen parantaminen ei automaattisesti johda kokonaisliikkumisen kasvuun. Tämä havainto tukee kompleksisuusajattelun näkemystä siitä, että kokonaisuudet eivät reagoi lineaarisesti yksittäisiin muutoksiin.

Terveystieteiden ohjelmassa (2024) monitasoisuus ilmenee elintapaohjauksen, palvelurakenteiden muokkaamisen ja taloudellisten ohjauskeinojen rinnakkaisena käytönä. Esimerkiksi ravitsemukseen liittyvät toimet yhdistävät joukkoruokailun rakenteellisen ohjauksen, verotuksen, viestinnän ja yksilöllisen neuvonnan. Tämä viittaa siihen, että ohjelmassa pyritään muuttamaan sekä valintaympäristöä että yksilöiden toimintaedellytyksiä samanaikaisesti. Suomi liikkeelle -ohjelma (2024) edustaa laajinta monitasoista toimenpidetä kokonaisuutta. Liikkumista edistetään varhaiskasvatuksessa, kouluissa, työelämässä, liikennejärjestelmässä, maankäytössä, sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä verotuksellisesti. Ohjelma rakentuu oletukselle, että vasta

näiden toimenpiteiden yhteisvaikutus voi muuttaa väestötason liikkumista. Poikkihallinnollisuus nousee tuloksissa keskeiseksi mekanismiksi, jolla kompleksisuutta pyritään hallitsemaan. Kaikki kolme ohjelmaa tunnistavat, että pirullisten ongelmien ratkaiseminen edellyttää hallinnonalojen rajat ylittävää yhteistyötä. STM:n terveysraportin (2023) ehdotus parlamentaarisesta komiteasta on tässä suhteessa institutionaalisesti merkittävä. Se pyrkii ylittämään hallituskausien aikajänteen ja luomaan pysyvämmän ohjausrakenteen, mikä on linjassa kompleksisuusajattelun pitkäjänteisen ja oppivan hallinnan periaatteiden kanssa. Terveystoimintasuunnitelmassa (2024) ja Suomi liikkeelle -ohjelmassa (2024) poikkihallinnollisuus on sisäänrakennettu ohjelmien rakenteeseen. Vastuut on jaettu useille ministeriöille, ja ohjelmille on luotu yhteiset seuranta- ja arviointikäytännöt. Tämä viittaa yritykseen rakentaa yhteistä tilannekuvaa ja koordinoitua toimintaa monimutkaisessa järjestelmässä.

Tulokset osoittavat kuitenkin myös selkeän jännitteen kompleksisuusajattelun ja perinteisen hallinnollisen ohjauksen välillä. Vaikka ongelmat tunnistetaan epälineaariksi, toimenpiteet operationalisoidaan usein lineaarisen logiikan mukaisesti: niille asetetaan yksiselitteiset vastuut, aikataulut ja mitattavat tavoitteet. Mittarit painottuvat lyhyen ja keskipitkän aikavälin tuloksiin, vaikka ohjelmien omien lähtökohtien mukaan vaikutukset syntyvät usein vasta pitkällä aikavälillä ja epäsuorasti. Tämä rajoittaa kompleksisuusajattelun täysimääräistä soveltamista, sillä ennakoimattomat sivuvaikutukset ja ristikkäiset vaikutusketjut jäävät siten tarkastelun ulkopuolelle.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että kompleksisuusajattelu ja pirullisten ongelmien ratkomistapa ilmenevät vahvasti ongelmanmäärittelyssä, toimenpiteiden monitasoisuudessa ja poikkihallinnollisessa ohjausmallissa. Sen sijaan toimeenpanon ja arvioinnin käytännöt nojaavat edelleen osittain lineaariseen poliittiseen ajattelutapaan. Analysoidut politiikkadokumentit edustavat siten siirtymävaihetta suomalaisessa terveyspolitiikassa: ne tunnistavat kompleksisuuden, mutta eivät vielä täysin omaksu adaptiivista, kokeilevaa ja epälineaarista hallintamallia.

Taulukko 5 havainnollistaa, miten terveyserot ja niiden vähentäminen jäsentyvät analysoiduissa politiikkadokumenteissa pirullisen ongelman näkökulmasta ja taulukossa

6 miten samat asiat jäsentyvät politiikkadokumenteissa kompleksisuusajattelun näkökulmasta. Vertailu osoittaa, että kaikissa dokumenteissa terveyserot ja liikkumattomuus ymmärretään monisyisinä, pitkäkestoisina ja rakenteellisesti muodostuneina ilmiöinä, joita ei voida ratkaista yksittäisillä tai lineaarisilla toimenpiteillä. Samalla taulukot tuovat esiin, että ratkaisuja hahmotetaan monitasoisina, poikkihallinnollisina ja toimenpiteiden yhteisvaikutuksiin perustuvina kokonaisuuksina, vaikka toimeenpanossa ja arvioinnissa nojaututaan edelleen osin perinteiseen hallinnolliseen ohjauslogiikkaan.

Taulukoissa 5 ja 6 politiikkadokumenttien sisältöä tarkastellaan taulukossa 3 (s. 29) esiteltyjen pirullisen ongelman ja kompleksisuusajattelun näkökulmien mukaisesti.

Taulukko 5. Dokumenttien lähestymistapa terveyserojen vähentämiseen pirullisen ongelman näkökulmasta. Taulukossa 3 1 = Koko väestön terveys on yhteiskunnan menestystekijä - Ratkaisuja terveyserojen vähentämiseksi (STM 2023), 2 = Terveudeksi – kansallinen terveys- ja hyvinvointiohjelma (STM 2024) ja 3 = Suomi liikkeelle – liikunnallisen elämäntavan ja toimintakyvyn poikkihallinnollinen ohjelma (VN 2024).

Terveyserot ja niiden vähentäminen	Pirullinen ongelma	Dokumentit
Ilmiön luonne	Ongelma on määrittelemätön, muuttuva ja epäselvästi rajautuva	1: Pitkäkestoinen, rakenteellinen ja itseään uusintava eriarvoisuus 2: Useiden terveysriskien kasautuva väestötason ongelma 3: Arjen rakenteisiin kietoutunut liikkumattomuuden ilmiö
Syy-seuraussuhteet	Yksiselitteisiä juurisyitä ei ole osoitettavissa	1: Yksiselitteisiä juurisyitä ei voida tunnistaa 2: Useita toisiaan vahvistavia taustatekijöitä 3: Yhden osa-alueen muutos ei riitä
Ratkaisut	Lopullisia ratkaisuja ongelmiin ei ole	1: Ei yhtä ratkaisua, tarvitaan toimenpidekokonaisuuksia 2: Useiden rinnakkaisten politiikkatoimien yhdistelmä 3: Laaja-alainen rakenteellinen muutos eri sektoreilla
Ratkaisujen vaikutusten ennustaminen	Ei voi ennustaa luotettavasti ja itse ongelma voi muuttua	1: Vaikutuksia vaikea ennakoida pitkällä aikavälillä 2: Vaikutukset syntyvät epäsuorasti ja viiveellä 3: Yksittäiset toimet eivät takaa kokonaisvaikutusta

Taulukko 5 jatkuu.

Terveyserot ja niiden vähentäminen	Pirullinen ongelma	Dokumentit
Arvot ratkaisujen taustalla	Ratkaisut ovat aina normatiivisia ja jollain tavalla kiistanalaisia	1: Oikeudenmukaisuus ja sukupolvien välinen tasa-arvo 2: Hyvinvoinnin ja terveyden tasa-arvoinen edistäminen 3: Toimintakyky, osallisuus ja väestön hyvinvointi
Vaikuttavien toimijoiden rooli	Useita toimijoita, joilla on keskenään ristiriitaisia tavoitteita	1: Valtion ja kuntien yhteinen vastuu 2: Useiden ministeriöiden ja järjestöjen yhteistyö 3: Koko valtionhallinnon ja yhteiskunnan toimijat
Ongelman rajaaminen	Ei voi rajata ympäristöstään	1: Ongelmaa ei voi rajata yksittäiseen sektoriin 2: Terveyserot läpäisevät useita politiikka-alueita 3: Liikkumattomuus liittyy laajasti arkeen
Ratkaisuprosessi	Ratkaisut ovat kertaluonteisia, ei voida käyttää yrityksen ja erehdyksen mallia	1: Edellyttää pitkäjänteistä poliittista sitoutumista 2: Perustuu asteittaiseen toimeenpanoon ja seurantaan 3: Kehittyy hallituskausien aikana
Aikahorisontti	Vaikutukset voivat näkyä pitkällä aikavälillä ja odottamattomina	1: Vaikutukset näkyvät vasta pitkällä aikavälillä 2: Lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteet rinnakkain 3: Rakenteelliset muutokset hitaita

Taulukko 5 kuvaa terveyserot pirullisena ongelmana: ne ovat monisyisiä, pitkäkestoisia ja vaikeasti rajattavia ilman selkeitä juurisyitä. Yhtä ratkaisua ei ole, vaan tarvitaan laaja-alaista ja pitkäjänteistä yhteistyötä, ja vaikutukset näkyvät vasta pitkällä aikavälillä.

Taulukko 6. Dokumenttien lähestymistapa terveyserojen vähentämiseen kompleksisuusajattelun näkökulmasta. Taulukossa 1 = Koko väestön terveys on yhteiskunnan menestystekijä - Ratkaisuja terveyserojen vähentämiseksi (STM 2023), 2 = Terveystekijä - kansallinen terveys- ja hyvinvointiohjelma (STM 2024) ja 3 = Suomi liikkeelle – liikunnallisen elämäntavan ja toimintakyvyn poikkihallinnollinen ohjelma (VN 2024).

Terveyserot ja niiden vähentäminen	Kompleksisuusajattelu	Dokumentit
Ilmiön luonne	Emergentti ilmiö, joka syntyy useiden tekijöiden vuorovaikutuksesta	1: Elämänkaaren aikana rakentuva systeeminen ilmiö 2: Samanaikaisten riskien emergentti kokonaisuus 3: Epälineaarinen yhteiskunnallinen toimintajärjestelmä
Syy–seuraussuhteet	Epälineaarisia ja ennustamattomia	1: Varhaiset olosuhteet kytkeytyvät myöhempisiin terveysvaikutuksiin 2: Riskitekijät vaikuttavat toisiinsa verkostomaisesti 3: Muutokset vaikuttavat järjestelmään eri tavoin
Ratkaisut	Ratkaisut synnyttävät uusia ennustamattomia vaikutuksia	1: Toimenpiteiden yhteisvaikutukset ratkaisevia 2: Ratkaisut muokkaavat sekä ympäristöä että käyttäytymistä 3: Ratkaisut vaikuttavat järjestelmän useisiin osiin
Ratkaisujen vaikutusten ennustaminen	Pienet muutokset voivat johtaa yllättävän suuriin muutoksiin	1: Vaikutukset riippuvat muiden toimien toteutumisesta 2: Muutokset voivat synnyttää odottamattomia seurauksia 3: Pienet muutokset voivat kumuloitua laajasti

Taulukko 6 jatkuu.

Terveyserot ja niiden vähentäminen	Kompleksisuusajattelu	Dokumentit
Arvot ratkaisujen taustalla	Vaikuttavat siihen mitä järjestelmän osia huomioidaan ja miten tietoa tulkitaan	1: Rakenteellinen vastuu yksilövastuun sijaan 2: Terveyden edistäminen osana kaikkia politiikkoja 3: Yhteiskunnallisten edellytysten muuttaminen
Vaikuttavien toimijoiden rooli	Toimijat muodostavat vuorovaikutteisen verkoston	1: Toimijat kytkeytyvät toisiinsa hallinnonaloittain 2: Yhteistyö mahdollistaa systeemisen muutoksen 3: Verkostomainen toiminta keskeistä vaikuttavuudelle
Ongelman rajaaminen	Systeemi koostuu monitasoisista järjestelmistä, joilla on epälineaarisia palautemekanismeja	1: Järjestelmä ylittää hallinnolliset rajat 2: Ongelma muotoutuu useilla tasoilla samanaikaisesti 3: Ilmiö ei ole erotettavissa ympäristöstään
Ratkaisuprosessi	Vaatii sopeutuvaa oppimista ja jatkuvaa seurantaa	1: Oppiva ja vaiheittain etenevä prosessi 2: Ratkaisuja mukautetaan seurannan perusteella 3: Prosessi vaatii jatkuvaa arviointia
Aikahorisontti	Tavoitteeseen tähtäävä toiminta kehittyy ajassa eikä pysyvää asiaintilaa ole	1: Muutokset kertyvät ajan myötä 2: Terveyshyödyt syntyvät viiveellä 3: Järjestelmä kehittyy asteittain

Taulukko 6 tarkastelee terveyseroja kompleksisuusajattelun näkökulmasta ja kuvaa ne emergenttinä, useiden tekijöiden vuorovaikutuksesta syntyvänä ilmiönä. Syy-seuraussuhteet ovat epälineaarisia ja ennustamattomia, ja pienetkin muutokset voivat johtaa laajoihin vaikutuksiin. Ratkaisut muokkaavat järjestelmää ja synnyttävät uusia vaikutuksia, minkä vuoksi tarvitaan verkostomaista yhteistyötä, rakenteellisia muutoksia sekä jatkuvaa seuranta ja sopeutuvaa oppimista. Muutokset ja terveyshyödyt kertyvät ajan myötä, eikä pysyvää lopputilaa ole.

7 Pohdinta

Tässä tutkielmassa tarkasteltiin terveyserojen vähentämistä Suomessa kompleksisena yhteiskunnallisena ilmiönä ja pirullisena ongelmana. Tutkimuksen tavoitteena oli analysoida, miten kompleksisuusajattelu näkyy terveyserojen vähentämiseen tähtäävissä kansallisissa toimenpideohjelmassa. Tutkimuskysymykseen vastattiin tarkastelemalla keskeisiä suomalaisia terveystoimittisia dokumentteja teoreettisen viitekehyksen kautta, joka yhdisti pirullisen ongelman käsitteen ja kompleksisuusajattelun periaatteet.

Tutkimus onnistui ensisijaisesti osoittamaan, että terveyserot tunnistetaan politiikkadokumenteissa monitasoiseksi ja rakenteelliseksi ilmiöksi, jonka taustalla vaikuttavat sosiaaliset, taloudelliset ja elinympäristöön liittyvät tekijät. Aineistossa korostuivat poikkialueellisuus, elinkaariajattelu ja tarve pitkäjänteisille toimille, mikä on linjassa kompleksisuusajattelun keskeisten periaatteiden kanssa. Samalla tutkimus toi esiin jännitteen teoreettisen ymmärryksen ja käytännön toimenpiteiden välillä: vaikka ilmiön kompleksisuus tunnistetaan, toimenpiteet jäävät usein yleisluontoisiksi ja vaikeasti operationalisoitaviksi.

Kompleksisuusajattelun näkökulmasta terveyserot näyttäytyvät emergenttina ilmiönä, jota ei voida palauttaa yksittäisiin syy-seuraussuhteisiin. Tutkimustulokset tukevat aiemmassakin kirjallisuudessa havaittua tarvetta siirtyä pois lineaarisista syy-seurausmalleista ja omaksua lähestymistapoja, jotka tunnistavat terveyttä muovaavien ilmiöiden moniulotteiset, keskinäisriippuvaiset ja systeemiset prosessit (Salway ja Green, 2017, s. 523). Politiikkadokumenteissa esiintyvä systeeminen lähestymistapa ja kokonaisvaltaiset tavoitteet viittaavat siihen, että terveyserot ymmärretään pirullisena ongelmana, mutta samalla ratkaisuisissa päädytään usein yksinkertaistamiseen, jossa ilmiötä rajataan hallinnon näkökulmasta helpommin käsiteltävään muotoon.

Tutkimuksen menetelmällisenä vahvuutena voidaan pitää narratiivisen kirjallisuuskatsauksen ja laadullisen sisällönanalyysin yhdistämistä. Menetelmä mahdollisti laajan ja monitieteisen kokonaiskuvan muodostamisen sekä teoreettisten käsitteiden joustavan soveltamisen politiikkadokumenttien analyysiin. Tutkimus ei

pyrkinyt arvioimaan toimenpideohjelmien vaikuttavuutta, vaan niiden taustalla olevaa ajattelutapaa, mikä oli tutkimuskysymyksen kannalta tarkoituksenmukaista.

Tutkimuksen rajoituksena voidaan pitää sitä, että analyysi perustui rajattuun määrään politiikkadokumentteja. Vaikka valitut ohjelmat ovat keskeisiä ja ajankohtaisia, ne eivät kata kaikkia terveyserojen vähentämiseen liittyviä ohjelmia tai toimeenpanon tasoja. Lisäksi narratiivinen kirjallisuuskatsaus ei tarjoa systemaattisen katsauksen kaltaista kattavuutta, vaan tulkinnallinen luonne altistaa analyysin tutkijan tekemille painotuksille (Tuomi ja Sarajärvi, 2018, s. 98).

Tulokset ovat yleistettävissä ennen kaikkea käsitteellisellä tasolla. Terveyserojen pirullinen ja kompleksinen luonne ei ole yksinomaan suomalainen ilmiö, vaan vastaavia haasteita on tunnistettu kansainvälisesti. Näin ollen tutkimuksen havainnot ovat sovellettavissa laajemmin terveystalouden ja julkisen hallinnon tutkimukseen, erityisesti silloin kun tarkastellaan laajoja ja vaikeasti hallittavia yhteiskunnallisia ongelmia.

Tutkimuksen keskeinen käytännöllinen merkitys liittyy siihen, miten terveyserojen vähentämistä tulisi lähestyä tulevaisuudessa. Tulokset viittaavat siihen, että pelkkä palvelujärjestelmän laajentaminen tai yksilötason elintapainterventiot eivät ole riittäviä keinoja vähentämään terveyseroja. Vaikka elinolot ja ympäristö vaikuttavat voimakkaasti yksilön terveyteen koko elinkaaren ajan, terveyteensä liittyvät valinnat tekevät viime kädessä yksilöt itse. Suomessa huomattava osa kuolleisuudesta ja tautitaakasta liittyy elintapoihin, erityisesti epäterveelliseen ravitsemukseen, tupakointiin, alkoholin käyttöön ja vähäiseen liikuntaan (STM, 2020, s. 8). Näihin kaikkiin liittyy yksilön oma toimijuus, vaikka se onkin eri tavoin rajoittunut sosiaalisten ja taloudellisten olosuhteiden vuoksi.

Tässä mielessä terveyserojen vähentämistä tulisi lähestyä nykyistä vahvemmin yksilön oman vastuun ja toimijuuden näkökulmasta. Suomalaisia ei ole perusteltua tarkastella passiivisina toimijoina, joille terveys joko annetaan tai evätään rakenteiden kautta. Sen sijaan politiikan tulisi vahvistaa yksilöiden uskoa omaan vaikutusmahdollisuuksiinsa ja kykyyn hallita terveyttään. Tämä ei tarkoita rakenteellisten tekijöiden sivuuttamista, vaan niiden hyödyntämistä valintaympäristöjen ja kannustimien muokkaamisessa.

Kompleksisuusajattelun näkökulmasta taloudelliset ja verotukselliset kannustimet sekä valintaympäristön hienovarainen ohjaaminen voivat olla vaikuttavampia kuin suorat normatiiviset ohjeet tai palvelujen lisääminen (Borodulin ja muut, 2016, s. 91). Tällaiset toimet vaikuttavat järjestelmän useisiin osiin samanaikaisesti ja voivat synnyttää epälineaarisia, mutta myönteisiä kerrannaisvaikutuksia. Esimerkkejä tästä ovat alkoholi- ja tupakkapolitiikka, liikenteen ja rakennetun ympäristön ratkaisut sekä ruokaympäristöön kohdistuvat ohjauseinot.

Jatkotutkimuksen kannalta olisi perusteltua tarkastella, miten yksilön toimijuus ja vastuu asemoidaan terveyspolitiikassa ja millaisin keinoin sitä voidaan vahvistaa ilman, että vastuu siirtyy kohtuuttomasti yksilölle. Lisäksi tarvitaan tutkimusta siitä, miten kompleksisuusajattelun periaatteet toteutuvat politiikan toimeenpanossa ja arvioinnissa, ei ainoastaan strategisella tai ohjelmallisella tasolla. Erityisen kiinnostavaa olisi tutkia, millaiset kannustinrakenteet ja valintaympäristön muutokset tuottavat pitkäaikaisia ja kestäviä vaikutuksia terveyseroihin.

Yhteenvetona voidaan todeta, että terveyserojen vähentäminen on luonteeltaan jatkuva ja oppiva prosessi, jolle ei ole lopullista ratkaisua. Tämän tutkielman perusteella terveyserojen ymmärtäminen pirullisena ongelmana ja kompleksisena ilmiönä tarjoaa realistisemmän ja rehellisemmän lähtökohdan politiikkatoimille kuin pyrkimys yksinkertaisiin ja nopeasti mitattaviin ratkaisuihin. Terveyserojen vähentäminen edellyttää sekä rakenteellisia muutoksia että yksilön toimijuuden vahvistamista – ja ennen kaikkea kykyä hyväksyä se, ettei ole täydellistä ratkaisua, vaan ainoastaan parempia ja huonompia lähestymistapoja.

8 Lähteet

- Alford, J., & Head, B. W. (2017). Wicked and less wicked problems: A typology and a contingency framework. *Policy and Society*, 36(3), 397–413. <https://doi.org/10.1080/14494035.2017.1361634>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 1(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Autioniemi, J. (2025). Paradoksaalinen kompleksisuusteoria: Paradoksien johtaminen kompleksisissa järjestelmissä. *Hallinnon tutkimus*, 44(4), 103–118. <https://doi.org/10.37450/ht.161517>
- Bache, I., Reardon, L., & Anand, P. (2016). Wellbeing as a wicked problem: Navigating the arguments for the role of government. *Journal of Happiness Studies*, 17(3), 893–912. <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9623-y>
- Borodulin, K., Jallinoja, P., & Koivusalo, M. (Eds.). (2016). *Vähän liikkuvat ja epäterveellisesti syövät väestöryhmät*. Valtioneuvoston kanslia.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Card, A. J. (2017). Moving beyond the WHO definition of health: A new perspective for an aging world and the emerging era of value-based care. *World Medical & Health Policy*, 9(1), 127–137. <https://doi.org/10.1002/wmh3.221>
- Conklin, J. (2005). *Dialogue mapping: Building shared understanding of wicked problems*. John Wiley & Sons.
- Elrick, H. (1980). A new definition of health. *Journal of the National Medical Association*, 72(7), 695–699. [https://doi.org/10.1016/S0027-9684\(15\)30805-0](https://doi.org/10.1016/S0027-9684(15)30805-0)
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal* 26(2), 91–108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Holland, J. H. (1998). *Emergence: From chaos to order*. Oxford University Press.
- Jalonen, H. (2006). Kompleksisuusajattelu yhteiskuntatieteissä. *Politiikka*, 48(2), 115–126.
- Jalonen, H., Lähteenmäki-Smith, K., Manu, S., Uusikylä, P., & Branders, M. (2022). Ilmiölähtöinen hallinta sotkuisessa maailmassa. *Hallinnon tutkimuksen tulevaisuus* (pp. 105–128). Vastapaino. https://doi.org/10.58181/VP9789517689953_04
- Karvonen, S., Martelin, T., Kestilä, L., & Junna, L. (2017). *Tulotason mukaiset terveyserot ovat edelleen suuria* (Tutkimuksesta tiiviisti 16/2017; Suomen sosiaalinen tila 3/2017). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-896-8>

- Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *56*(9), 647–652. <https://doi.org/10.1136/jech.56.9.647>
- Korsberg, M., Aalto-Nevalainen, P., Kivisaari, T., Martikainen, M., & Miettinen, M. (2024). *Suomi liikkeelle – liikunnallisen elämäntavan ja toimintakyvyn poikkihallinnollinen ohjelma* (Valtioneuvoston julkaisu 2024:10). Valtioneuvosto.
- Kožuch, B., & Sienkiewicz-Malyjurek, K. (2015). Information sharing in complex systems: A case study on public safety management. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *213*, 722–727. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.11.493>
- Lahelma, E. (2017). Sosioekonomiset terveyserot 100-vuotiaassa Suomessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, *54*(1), 4–13. <https://doi.org/10.23990/sa.60619>
- Last, J. M. (Ed.). (2007). *A dictionary of public health*. Oxford University Press.
- Leppo, K. (2007). Kansanterveys, terveyserot ja yhteiskuntapolitiikka. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, *44*, 228–238.
- Leonardi, F. (2018). The definition of health: Towards new perspectives. *International Journal of Health Services*, *48*(4), 735–748. <https://doi.org/10.1177/0020731418782653>
- Lindell, J. (2017). *Muutosjohtajuuden pirullinen puoli* [Väitöskirja, Vaasan yliopisto].
- McCartney, G., Popham, F., McMaster, R., & Cumbers, A. (2019). Defining health and health inequalities. *Public Health*, *172*, 22–30. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.03.023>
- Mertala, S. (2011). *Yhdessä tietämisen episodeja: Terveysthuollon kompleksiset työympäristöt* [Väitöskirja, Lapin yliopisto]. Lapin yliopisto.
- Mitchell, S. D. (2012). Emergence: Logical, functional and dynamic. *Synthese*, *185*(1–2), 171–186. <https://doi.org/10.1007/s11229-010-9719-1>
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, *18*(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Oleribe, O. O., Ukwedeh, O., Burstow, N. J., Goma, A. I., Sonderup, M. W., Cook, N., Waked, I., Spearman, W., & Taylor-Robinson, S. D. (2018). Health: Redefined. *The Pan African Medical Journal*, *30*, 292. <https://doi.org/10.11604/pamj.2018.30.292.15436>
- Puustinen, A., & Hanén, T. (2018). Jotakin uutta, jotakin vanhaa, jotakin lainattua... Käsiteanalyysi kompleksisuudesta organisaatiotutkimuksessa. *Focus Localis*, *46*(2), 34–48. <https://doi.org/10.30663/fl.76446>
- Raisio, H., Puustinen, A., & Vartiainen, P. (2018). The concept of wicked problems: Improving the understanding of managing problem wickedness in health and

- social care. In W. Thomas, A. Hujala, S. Laulainen, & R. McMurray (Eds.), *The management of wicked problems in health and social care* (pp. 3–21). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315102597>
- Rittel, H. W. J., & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4(2), 155–169. <https://doi.org/10.1007/BF01405730>
- Rotko, T., Aho, T., Mustonen, N., & Linnanmäki, E. (2011). *Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007–2010* (Raportti 8/2011). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Rotko, T., Hannikainen-Ingman, K., Murto, J., Kauppinen, T., & Mustonen, N. (2014). Terveyserojen kaventaminen käytännössä – alueellinen yhteistyö avuksi. *Yhteiskuntapolitiikka*, 79(1), 92–99.
- Salway, S., & Green, J. (2017). Towards a critical complex systems approach to public health. *Critical Public Health*, 27(5), 523–524. <https://doi.org/10.1080/09581596.2017.1368249>
- Sawyer, R. K. (2005). *Social emergence: Societies as complex systems*. Cambridge University Press.
- Scott-Samuel, A. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Shilton, T., Sparks, M., McQueen, D., Lamarre, M., & Jackson, S. (2011). Proposal for new definition of health. *BMJ*, 343, d5359. <https://doi.org/10.1136/bmj.d5359>
- Sihto, M., & Karvonen, S. (Eds.). (2016). *Terveyden edistäminen ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2020). *Elintapamuutosta tukevat tekijät elintapaohjauksen ja omahoidon tuen menetelmissä epäterveellisen ravitsemuksen ja vähäisen liikunnan aiheuttaman sairastumisriskin pienentämiseksi: Palveluvalikoimaneuvoston valmistelumuistio* (STM051:00/2020; VN/22228/2020).
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2023). *Koko väestön terveys on yhteiskunnan menestystekijä – Ratkaisuja terveyserojen vähentämiseksi* (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2023:16).
- Spurrett, D. (1999). Complexity and post-modernism: A review article. *South African Journal of Philosophy*, 18(2), 258–273. <https://doi.org/10.1080/02580136.1999.10878187>
- Starfield, B. (2001). Basic concepts in population health and health care. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(7), 452–454. <https://doi.org/10.1136/jech.55.7.452>
- Stronks, K., Rod, M. H., Rutter, H., & Rod, N. H. (2025). Towards a complex systems model of evidence for public health. *BMJ Global Health*, 10, e021061. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2025-021061>

- Sweeting, B. (2024). Tame problems, wicked possibilities: Interpreting the distinction between wicked and tame problems through the cybernetic concepts of variety and constraint. *She Ji: The Journal of Design, Economics, and Innovation*, 10(1), 33–48. <https://doi.org/10.1016/j.sheji.2024.03.002>
- Talala, K., Härkänen, T., Martelin, T., Karvonen, S., Mäki-Opas, T., Manderbacka, K., Suvisaari, J., Sainio, P., Rissanen, H., Ruokolainen, O., Heloma, A., & Koskinen, S. (2014). Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat edelleen suuria. *Suomen Lääkärilehti*, 69(36), 2185–2192.
- Tuomi, J., & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024). *Terveydeksi – kansallinen terveys- ja hyvinvointiohjelma: Toimeenpanosuunnitelma* (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2024:34). <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8474-5>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2019). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*.
- Valkonen, T. (1995). Sosioekonomiset terveyserot Suomessa ja niiden selittämisen ongelmia. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 32, 311–320.
- van Druten, V. P., Bartels, E. A., van de Mheen, D., de Vries, E., Kerckhoffs, A. P. M., & Nahar-van Venrooij, L. M. W. (2022). Concepts of health in different contexts: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 389. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07702-2>
- Vartiainen, P., Ollila, S., Raisio, H., & Lindell, J. (2013). *Johtajana kaaoksen reunalla: Kuinka selviytyä pirullisista ongelmista?* Gaudeamus.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. <https://iris.who.int/handle/10665/42407>
- World Health Organization. (2006). *Constitution of the World Health Organization* (Basic documents, 45th ed., Suppl.). <https://www.who.int/publications/m/item/constitution-of-the-world-health-organization>