LIITE 1

Terveyden edistämisen määrärahan käyttösuunnitelma vuodelle 2017

Ehdotus 31.10.2016

Sisällys

1. Terveys ja terveyden edistäminen 1

1.1 SUOMALAISEN TERVEYSPOLITIIKAN TAVOITTEET TERVEYDEN EDISTÄMISELLE 2

2. Arvio väestön terveyskäyttäytymisen kehityksestä ja terveyden edistämisen tavoitteista sekä toimista 4

2.1 ALKOHOLI 4
2.2 TUPAKKA 6
2.3 HUUMEET 7
2.4 MIELENTERVEYS 8
2.5 RAVITSEMUS, LIIKUNTA JA YLIPAINO 10
2.6 OSALLISUUS 12

3. Terveyden edistämisen määräraha valtion vuoden 2017 talousarviossa 14

4. Vuoden 2017 terveyden edistämisen määrärahan käyttösuunnitelman valmistelu 15

4.1 HANKKEIDEN KÄSITTELY JA KÄYTTÖSUUNNITELMAN VALMISTELU 15
4.2 HANKKEIDEN ARVIOINTI TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOKSESSA 15
4.3 YLEISIMMÄT RAHOITUKSEN MYÖNTÄMIS- JA HYLKÄÄMISPERUSTEET 16

5. Vuoden 2017 käyttösuunnitelman sisältö 18

6. Rahoitettavien hankkeiden luettelo 22

1. Terveys ja terveyden edistäminen

Terveys on jokapäiväisen elämän voimavara ja tärkeä arvo. Terveyteen liitetään usein kokemus kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista ja elämän laadusta. Elämän hallinta, tasa-arvo ja kokemus oikeudenmukaisuudesta ovat hyvinvoinnin perustekijöitä. Selviytyminen kullekin ikäkaudelle ominaisista työ- ja toimintakyvyn vaatimuksista on tärkeää.

Terveyden edistäminen on arvoihin perustuvaa tavoitteellista ja välineellistä toimintaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi sekä ylläpitämiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Terveyden edistäminen on kehittynyt terveyskasvatuksen ideologiasta, terveystiedon välittämisestä, elintapoja, käyttäytymistä ja lääketieteellisiä ongelmia korostavasta toiminnasta koskemaan laajemmin myös yhteiskuntapoliittisia, rakenteellisia ja yhteisöllisiä kysymyksiä. Lainsäädännöllä ja talouspolitiikalla, yhteisöllisyydellä sekä kulttuurisella, sosiaalisella ja fyysisellä ympäristöllä on vaikutuksia väestön terveyteen. Mahdollisuus osallistua omaa elämäänsä koskeviin päätöksiin edesauttaa ihmisten voimaantumista ja sitä kautta terveyttä. Tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus merkitsevät kaikille yhtäläisiä edellytyksiä terveyden saavuttamiseen, ylläpitoon ja suojaamiseen. Solidaarisuus on vastuun kantamista kaikista ihmisistä, erityisesti heikommassa asemassa olevista: kaikilla ihmisillä ei ole samankaltaisia mahdollisuuksia tehdä terveyttä edistäviä valintoja.

Terveyteen voidaan vaikuttaa monilla arkielämän valinnoilla ihmisten yksityiselämässä. Palvelujärjestelmän kyky vastata ihmisten terveystarpeisiin vahvistaa väestön terveyttä ja hyvinvointia. Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä voi myös omalla toiminnallaan edistää hyvinvointia, ehkäistä palvelujen tarvetta ja vähentää terveyden eriarvoisuutta. Yhteiskuntapoliittisilla päätöksillä voidaan tukea tai heikentää ihmisten mahdollisuuksia tehdä terveyttä edistäviä valintoja. Terveysvaikutukset syntyvät yhteisen toiminnan tuloksena. Vastuunkantajia ovat yhteiskunta, lähiyhteisö ja yksilöt yhdessä.

Suomalaisten terveydentila on viime vuosikymmeninä kokonaisuudessaan parantunut ja elinikä pidentynyt. Kuitenkin sosioekonomisten ryhmien välillä on suuria terveyseroja. Ylempiin sosioekonomisiin luokkiin kuuluvilla terveydentilan parantumista on tapahtunut enemmän kuin alempiin ryhmiin kuuluvilla. Toimihenkilöt ovat terveempiä kuin työntekijät ja työssäkäyvät terveempiä kuin työttömät. Tilastokeskuksen tiedon mukaan vastasyntyneen elinajanodote vuonna 2015 oli suomalaisilla pojilla 78,5 vuotta ja tytöillä 84,1 vuotta. Miesten ja naisten elinajan ero on Suomessa kansainvälisesti katsoen suuri, vaikka se onkin viime vuosikymmeninä pienentynyt. Sosiaaliryhmien välinen ero on sen sijaan kasvanut. Väestöryhmäerot ovat ilmeisiä myös monissa sairauksien riskitekijöissä. Vuonna 2013 toteutetun suomalaisten aikuisten terveyskäyttäytymistä koskevan kyselyn mukaan tutkimusjaksolla 2010–2013 esimerkiksi päivittäin tupakoivia on ylimmän koulutusryhmän miehistä 12 prosenttia, mutta alimman koulutusryhmän miehistä 33 prosenttia. Terveyttä tukevien elintapojen vahvistamiseen onkin tarpeen kiinnittää huomiota siten, että kyetään tehokkaasti vähentämään väestöryhmien välisiä terveyseroja.

1.1 Suomalaisen terveyspolitiikan tavoitteet terveyden edistämiselle

Terveyden edistämisestä säädetään yleisellä tasolla perustuslaissa ja kuntalaissa, terveyden edistämisen tehtävistä tarkemmin terveydenhuoltolaissa ja useissa erityislaeissa. Perustuslain 19 § mukaan "julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä". Kuntalain 1 § mukaan "kunnan tulee pyrkiä edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävää kehitystä alueellaan".

Kokonaisvastuu terveyden edistämisestä paikallistasolla kuuluu kuntajohdolle. Terveydenhuoltolain (2010/1326) mukaan päätöksenteossa tulee ottaa huomioon päätösten vaikutukset väestön hyvinvointiin. Lisäksi kunnassa tulee seurata väestön terveyttä ja hyvinvointia ja niihin liittyviä tekijöitä sekä edelleen sisällyttää strategiseen suunnitteluun terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Monet päätökset vaikuttavat epäsuorasti terveyteen. Terveyden edistämisen toteuttamiseksi ja eriarvoisuuden vähentämiseksi terveysnäkökohdat on otettava huomioon kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja kaikissa politiikoissa. Tämä edellyttää terveyden taustatekijöiden tunnistamista sekä tietoa taustatekijöiden muutoksista ja vaikutuksista. Siksi on tärkeää, että päättäjät saavat tietoa kunnan ja kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden tilasta ja muutoksista.

Terveyden edistäminen on poikkihallinnollista toimintaa, johon tarvitaan yhteiskunnan kaikkia sektoreita. Kuntien toiminnassa terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on osa kunnan poikkihallinnollista johtamisjärjestelmää. Kuntastrategia ohjaa kunnan toimintaa. Hyvinvointikertomus on poikkihallinnollisen hyvinvointijohtamisen työväline kunnassa. Se toimii strategiatyön sekä vuotuisen kuntasuunnittelun ja seurannan välineenä. Terveyden edistämisen johtaminen strategiatasolla sitouttaa kuntajohdon ja toimialat suunnitelmien toteutukseen. Valtuusto sitoutuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen päättäessään kuntastrategiasta ja taloudesta. Käytännön toimeenpano toteutetaan toimialoilla johtamisjärjestelmään sisältyvän toimeenpanorakenteen kautta. Kunnassa on varmistettava yhteistyö eri toimijoiden välillä sekä nimettävä vastuutahot.

Suomessa sosiaali- ja terveyspolitiikkaa on linjattu muun muassa Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 -strategialla (STM 2011). Sosiaalisesti kestävän yhteiskunnan neljä keskeistä tavoitetta on: 1) kohtelee kaikkia jäseniään yhdenvertaisesti, 2) vahvistaa osallisuutta ja yhteisöllisyyttä, 3) tukee terveyttä ja toimintakykyä sekä 4) antaa tarvittavan turvan ja palvelut. Kansallinen terveyden edistämistyö pohjaa Maailman terveysjärjestön (WHO) Terveyttä kaikille -ideologiaan, Valtioneuvoston hyväksymän periaatepäätöksen Terveys 2015 -kansanterveysohjelman mukaisiin tavoitteisiin sekä Terveys kaikissa politiikoissa -lähestymistapaan, jota myös Eurooppalaista terveyspolitiikkaa linjaava WHO:n Health 2020 korostaa. Terveyden edistämisen työtä ovat suunnanneet myös sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma (Kaste) sekä muut kansalliset terveyden edistämisen ohjelmat.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman yleisenä päämääränä on ollut antaa yhteinen pohja terveyspolitiikalle, jonka nähdään koostuvan lukuisten itsenäisten toimijoiden, niin julkisen vallan kuin yksityisten ja kolmanteen sektoriin kuuluvien, työstä. Ohjelma on toiminut kansallisesti terveyden edistämisen sisällöllisenä perustana. Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa ehkäisevälle terveyspolitiikalle on asetettu sekä taso- että jakaumatavoitteita. Tasotavoitteita ovat ennenaikaisen kuolleisuuden vähentäminen, terveen ja toimintakykyisen elinajan pidentäminen sekä pyrkimys mahdollisimman hyvään elämänlaatuun. Jakaumatavoite edellyttää väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamista. Terveys 2015 -ohjelma päättyi vuoden 2015 lopulla, ja uusia pitkänaikavälin linjauksia valmistellaan parhaillaan.

Maakuntauudistus, joka astuu voimaan vuoden 2019 alusta, muuttaa merkittävästi suomalaista palvelujärjestelmää. Sosiaali- ja terveydenhuolto siirtyy pois kuntien vastuulta maakunnille. Myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämiselle määritellään alueellisia tehtäviä. Mukana siirtyy paljon ennaltaehkäisevää hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työtä, mutta päävastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä säilyy kunnalla. Edelleen ne arjen ympäristöt ja tilanteet, joissa terveys syntyy ja sitä ylläpidetään, ovat kuntien vastuulla. On varmistettava, että sekä uusilla aluetoimijoilla että kuntien toimijoilla on riittävät resurssit ja osaaminen toteuttaa heille annettuja velvoitteita. Yhteistyö kuntien ja alueellisten organisaatioiden välillä on tärkeää, sillä kaikkia tarvitaan väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen.

Hallitusohjelmamme strategisia tavoitteita ovat terveys ja hyvinvointi, työllisyys, kilpailukyky ja kasvu, koulutus ja osaaminen, biotalous ja puhtaat teknologiat sekä toimintatapojen muuttaminen esimerkiksi edistämällä digitaalisuutta ja purkamalla turhaa sääntelyä ja byrokratiaa. Tavoitteiden saavuttamiseksi on käynnistetty hankkeita ja toimenpiteitä, jotka kaikki osaltaan vaikuttavat suomalaisten hyvinvointiin ja terveyteen. On tärkeää huolehtia, että nämä yhteydet ymmärretään ja vaikutuksia arvioidaan. Viimekädessä suomalaisten kyky menestyä riippuu myös väestön hyvinvoinnista ja terveydestä. Terveyseroja kaventamalla saadaan potentiaalista työvoimaa ja resursseja hyödynnettyä nykyistä tehokkaammin.

2. Arvio väestön terveyskäyttäytymisen kehityksestä ja terveyden edistämisen tavoitteista sekä toimista

Ihmisten terveyden tilaan vaikuttavat perimä, ympäristö sekä elintavat eli terveyskäyttäytyminen. Sekä terveyteen että terveyskäyttäytymiseen vaikuttavat taustalla vallitsevat olosuhteet, esim. perusturva varhaisessa vaiheessa, taloudellinen perustoimeentulo, tukevat ja pysyvät sosiaaliset verkostot sekä turvallinen ja luotettava ympäristö. Elintavat ovat jo lapsuudessa tai nuoruudessa vakiintuneiden, usein tiedostamattomien tottumusten pohjalta opittuja, mutta voivat olla myös tietoiseen pyrkimykseen perustuvaa käyttäytymistä ja valintojen tekemistä. Elintavoilla on usein ajan mittaan ratkaiseva vaikutus yksilön terveyteen ja riskiin sairastua. Terveyden edistämisen tavoitteina on vaikuttaa sekä olosuhteisiin että yksilöiden valintoihin.

Elintapoja tulisi tarkastella kokonaisuutena, sillä monien kansansairauksien taustalla vaikuttavat useat terveyskäyttäytymisen osa-alueet. Tämä pätee myös toisinpäin, eli muutos yhdellä terveyskäyttäytymisen osa-alueella voi vaikuttaa monella tavalla yksilön terveyteen. Kohtuullisella alkoholinkäytöllä, tupakoimattomuudella, terveellisellä ravinnolla ja riittävällä liikunnalla voi vähentää riskiä sairastua kansansairauksiin.

Tässä terveyskäyttäytymisen osa-alueita on tarkasteltu erikseen, mutta pyritty huomioimaan niiden välillä vallitsevat yhteydet. Terveyskäyttäytymisen tilanteen lisäksi käsitellään sen merkitystä ja taustalla vaikuttavia olosuhteita, kansallisia tavoitteita, toimenpiteitä ja niiden vaikutuksia siltä osin, kun tietoa on saatavilla.

2.1 Alkoholi

2000-luvun alussa ja eritoten vuoden 2004 alkoholiverojen alentamiseen seurauksena suomalaisten alkoholinkulutus kasvoi merkittävästi. Vuodesta 2008 suomalaisten alkoholinkulutus on laskenut hitaasti siten, että kulutus vuonna 2015 (10,8 litraa 100 % alkoholia 15 vuotta täyttänyttä asukasta kohti) oli kutakuinkin samalla tasolla kuin vuonna 2003 (11,4 litraa).

Suomi eroaa muista pohjoismaisista monopolimaista siten, että meillä on muita korkeampi alkoholin kulutus asukasta kohden mitattuna ja enemmän alkoholihaittoja. Eurooppalaisessa mittakaavassa kokonaiskulutus on keskitasoa. Alkoholijuomien lähes päivittäinen käyttö on kuitenkin väestötasolla edelleen harvinaista maassamme. Sen sijaan alkoholia juodaan viikonloppuisin ja humalahakuinen juomatapa on yleistä. Miehet kuluttavat yli kaksi kertaa enemmän alkoholia kuin naiset. Naisten osuus on kuitenkin jo vuosikymmeniä ollut kasvussa ja kasvuvauhti on ollut nopeampaa kuin miesten. Yli 50-vuotiaiden ja eläkeikäisten alkoholinkäyttö on nousussa. Sen sijaan alaikäiset nuoret ovat raitistuneet viimeisen vuosikymmenen aikana ja selvästi vähentäneet humalajuomistaan.

Alkoholin käyttö on yksi merkittävä terveys- ja hyvinvointierojen selittäjistä. Heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevat käyttävät enemmän alkoholia ja heihin kohdistuu myös suuri osa haitoista. Pelkkä alkoholin ongelmakäyttö selittää miehillä noin neljänneksen sosioekonomisista eroista kuolleisuudessa. Erot näkyvät jo nuorilla. Tuoreen tutkimuksen mukaan alkoholin käyttö ja humalajuominen ovat selvästi lisääntyneet niillä 14–16-vuotiailla nuorilla, joiden perheiden sosioekonominen asema on heikoin ja joilla on masennusta.

Merkitys

Lisääntynyt alkoholinkulutus on näkynyt varsinkin kroonisten sairauksien kasvussa kuten myös yhteiskunnalle aiheutuneiden haittakustannuksien kasvussa. Eri haittatyypeistä alkoholikuolemien määrä on kasvanut rajuimmin: alkoholin käyttöön liittyvä kuolleisuus on kasvanut 1970-luvun puolesta välistä, voimakkaimmin vuoden 2003 jälkeen se lisääntyi muutamassa vuodessa noin neljänneksellä. Vuodesta 2008 alkanut kokonaiskulutuksen lasku on heijastunut myös alkoholikuolleisuuteen. Jotkut haitat, kuten alkoholiperäiset tie- ja vesiliikenneonnettomuudet, hukkumiset ja kaatumiset, ovat vähentyneet. Sen sijaan toiset ovat jääneet korkealle tasolle: etenkin maksasairauksiin liittyvät kuolemat ovat lisääntyneet viimeisen kymmenen vuoden aikana rajusti. Vuotta 2004 edeltävinä vuosina niitä oli 500–600, mutta sen jälkeen 1000–1150.

Alkoholinkulutuksen vuosikymmenten saatossa saavuttama taso näkyy myös sosiaali- ja terveyshuollon päihdeasiakkaiden määrän lisääntymisenä. Hoitoaikojen pidentyminen puolestaan kertoo siitä, että asiakkaat ovat aiempaa huonommassa kunnossa. Maksasairauksien nopea kasvu on selkeästi havaittavissa myös hoitotilastoista. Lisäksi työiässä kuolleiden miesten ja naisten keskeiseksi kuolemansyyksi on viime vuosina noussut alkoholiperäinen tauti tai tapaturmainen alkoholimyrkytys. Paljon huolta herättänyt ilmiö on lastensuojelutapausten jatkuva ja voimakas kasvu. Päihdeongelmat ovat merkittävä tekijä suuressa osassa näistä tapauksista. Mikäli kulutus pysyy suurin piirtein nykyisellä tasollaan, alkoholin haittavaikutukset ja niistä koituvat kustannukset tulevat olemaan mittavia. Tämä luo lisäpainetta muun muassa sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiseen ja kuntien tekemään alkoholihaittojen ehkäisyyn. Alkoholista aiheutuu vuosittain yli miljardin euron suorat kustannukset sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä järjestyksenpitoon.

Toimenpiteet ja vaikutukset

Kansainvälisten tutkimusten mukaan alkoholijuomien verotus, saatavuuden sääntely ja mainonnan rajoittaminen vähentävät alkoholin kulutukseen liittyviä haittoja tehokkaimmin. Nämä toimet on todettu myös kustannustehokkaiksi Maailman terveysjärjestö WHO:n, Maailman talousfoorumin ja OECD:n toimesta. Vuosien 2008–2014 välillä tehdyt viisi alkoholiveron nostoa ovat kääntäneet alkoholinkulutuksen hienoiseen laskuun. Alkoholiveron korotukset yhdessä taloudellisen laskusuhdanteen, kansalaisten heikentyvän ostovoiman ja lisääntyvän työttömyyden kanssa ovat myötävaikuttaneet alkoholinkulutuksen vähenemiseen. Viime vuosien alkoholiveron korotukset ovat samalla todistaneet, että nykyoloissakin on mahdollista vaikuttaa alkoholijuomien hintoihin. Vuodesta 2011 lähtien on Suomessa valmisteltu uutta alkoholilakia, jonka keskeisimpänä tavoitteena on sääntelyn ja byrokratian purkaminen. Nähtäväksi jää puretaanko normeja niin, että se johtaa saatavuuden merkittävään lisääntymiseen ja sitä kautta kulutuksen ja haittojen uuteen kasvuun.

Tulevaisuudessa alkoholihaittojen ehkäisytyössä sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2015 julkaisema Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma, jota Terveyden ja hyvinvoinnin laitos koordinoi, on keskeisessä roolissa ohjaten kansallisia, alueellisia ja paikallisia toimijoita kattavaan, vaikuttavaan ja kustannustehokkaaseen työhön ohjelman kuuden painopisteen avulla. Keskiössä on ehkäisevän päihdetyön järjestämistä koskevan lain mukaisesti tutkittu tieto ja toimivaksi todetut toimet.

2.2 Tupakka

Tilanne

Suomalaisen työikäisen aikuisväestön (15–64 v.) tupakointi on vuoden 2005 jälkeen ollut laskussa. Vuonna 2014 naisista tupakoi päivittäin 14 prosenttia ja miehistä 17 prosenttia. Eläkeikäinen väestö (65–84 v.) tupakoi työikäisiä vähemmän. Vuonna 2013 eläkeikäisistä miehistä tupakoi päivittäin kahdeksan prosenttia ja naisista seitsemän.

Nuorten tupakointi ja tupakkakokeilut ovat vähentyneet vuosituhannen vaihteen jälkeen. Valtioneuvoston asettaman Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoite – 16–18-vuotiaista tupakoi alle 15 prosenttia – saavutettiin, sillä vuonna 2015 tämän ikäryhmän pojista tupakoi päivittäin 14 prosenttia ja tytöistä 13 prosenttia. Nuorten poikien nuuskakokeilut ja nuuskan käyttö on yleistynyt vuosituhannen vaihteen jälkeisestä laskuvaiheesta, ja myös 18-vuotiaiden tyttöjen nuuskan käyttö on lisääntynyt viime vuosina. Vuonna 2015 16-vuotiaista pojista 12 prosenttia ja 18-vuotiaista pojista 17 prosenttia käyttää nuuskaa päivittäin tai satunnaisesti, vastaavat osuudet 18-vuotiaissa tytöissä oli viisi prosenttia. Savukkeiden ja nuuskan rinnakkaiskäyttö on yleistä 14–16-vuotiailla pojilla. Sähkösavukkeita käytti päivittäin tai satunnaisesti kolme prosenttia aikuisväestöstä vuonna 2014, käytön keskittyessä alle 35-vuotiaisiin. Lähes 40 prosenttia 16–18-vuotiaista nuorista oli kokeillut sähkösavukkeita vuonna 2015. Puolet sähkösavuketta kokeilleista nuorista ilmoitti käyttäneensä nikotiinipitoista nestettä.

Tupakointi kytkeytyy vahvasti sosioekonomiseen asemaan. Eriytymisen merkit ovat havaittavissa jo peruskoulussa. Yhdeksännelle luokalle tultaessa heikoimmin koulussa menestyvistä jo yli puolet tupakoi säännöllisesti. Eriytyminen jatkuu toisen asteen koulutuksessa. Vuonna 2015 lukiolaisista kuusi prosenttia tupakoi päivittäin, kun ammattiin opiskelevien vastaava osuus oli 30 prosenttia. Aikuisväestössä tupakointi on yleisempää matalan ja keskimmäisen koulutusryhmän edustajilla kuin ylimmän koulutusryhmän edustajilla.

Merkitys

Tupakka aiheuttaa Suomessa vuosittain 4300 kuolemaa, joista puolet tapahtuu 35–69-vuoden iässä. Tupakointi vähentää siten useita terveitä elinvuosia myös työikäisessä väestössä. Tupakoinnista johtuvien välittömien taloudellisten haittojen arvioitiin vuonna 2012 olevan noin 617–621 miljoonaa euroa. Lisäksi tupakoinnin aiheuttamista sairauksista ja kuolemista seuraa työpanosten ja verotulojen menetyksiä sekä erilaisia sosiaaliturvamenoja. Kaikki edellä mainitut kulut mukaan lukien tupakointi aiheuttaa yhteiskunnalle vuosittain noin 1,5 miljardin euron kustannukset. Terveydenhuollon kustannukset ovat noin 300 miljoona euroa. Laskelmaan sisältyvät myös tupakoinnin epäsuorat kustannukset, joista huomattavan osan muodostavat ylimääräisistä tupakkatauoista työajalla aiheutuvat työpanosmenetykset. Tupakkaveron tuotto oli 880 miljoonaa euroa vuonna 2015. Tupakkavero kattaa näin vain osan tupakoinnin yhteiskunnalle aiheuttamista kustannuksista. Viime vuosina tehdyt tupakkaveron korotukset ovat korottaneet veron tuottoa, mutta eivät ole lisänneet tupakan matkustajatuontia.

Tavoitteet ja toimenpiteet

Tupakkalain tavoitetta muutettiin tupakkalakia uudistettaessa sekä vuonna 2010 että 2016. Kun aiemmin lailla pyrittiin tupakoinnin vähentämiseen, tavoitteeksi on nyt asetettu tupakka- ja muiden nikotiinituotteiden käytön loppuminen. Vuonna 2016 tupakkalaki uudistettiin kokonaisuudessaan ja siihen sisällytettiin sekä

uusia kansallisia säädöksiä että EU:n uuden tupakkatuotedirektiivin määräykset. Savuton Suomi 2030 -ohjelma tähtää siihen, että alle viisi prosenttia väestöstä käyttää tupakka- ja nikotiinituotteita vuonna 2030.

2.3 Huumeet

Tilanne

Huumeiden käyttö ja siitä aiheutuneet haitat ovat vakiintuneet osaksi suomalaista päihdekulttuuria. Vuoden 2014 väestötutkimuksen mukaan 20 prosenttia 15–69-vuotiaista suomalaisista oli käyttänyt ainakin kerran elämässään jotain huumetta. Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä oli kuusi prosenttia ja viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneitä oli kaksi prosenttia. Miehillä huumeiden käyttö on tavallisempaa kuin naisilla. Huumeiden käyttö on yleisintä alle 35-vuotiailla, kannabista on kokeillut tai käyttänyt 38 prosenttia 25–34-vuotiaista nuorista aikuisista. Suurimmalla osalla huumeita kokeilleista käyttö rajoittuu kuitenkin yhteen tai muutamaan kertaan.

Muutokset kannabiksen käytössä heijastelevat kannabiksen kotikasvatuksen lisääntymistä. Kotikasvatuksen lisääntymistä kuvaa ehkä parhaiten se, että marihuana on viime vuosina noussut käytetymmäksi kannabistuotteeksi kuin ulkomailta salakuljetettu hasis. Toinen kehitystä selittävä tekijä on kannabista koskevien asenteiden ja mielipiteiden muutos. Vuoden 2014 väestötutkimuksessa puolet suomalaisista oli sitä mieltä, että kannabiksen kokeilu sisältää vain vähäisen terveydellisen tai muun riskin. Nuorten aikuisten keskuudessa tätä mieltä oli jo 71 prosenttia. Suhtautuminen kannabiksen säännöllisen käytön riskeihin on myös lientynyt merkittävästi.

Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjiä Suomessa on tuoreimman, vuonna 2012 tehdyn arvion mukaan 18 000–30 000. Päihteiden sekakäyttö on yleistä. Vuonna 2014 huumehoidon asiakkaista 57 prosenttia mainitsi käyttäneensä ainakin kolmea ongelmapäihdettä. Pistämällä oli huumeita joskus käyttänyt 77 prosenttia asiakkaista. Valtaosa huumeasiakkaista oli ollut jo aiemmin päihdehoidossa. Huumeasiakkaista yli puolet oli miehiä ja nuoria aikuisia (keski-ikä 31 vuotta). Asiakkaiden koulutustaso oli matala ja työttömyys yleistä. Lähes joka kymmenes oli asunnoton. Noin kolme neljästä oli käynyt HIV-testissä ja hepatiitti-C -testissä. Vuonna 2014 päihdehuollon huumeasiakkaista yli puolet hakeutui hoitoon ensisijaisesti opioidien käytön vuoksi. Muita ensisijaisia hoitoon hakeutumiseen johtaneita ongelmapäihteitä olivat stimulantit, kannabis sekä rauhoittavat lääkkeet. Opioidien käyttäjien osuus hoitoon hakeutuneista huumeiden käyttäjistä on kasvanut voimakkaasti 2000-luvulla. Alle 20-vuotiailla kannabis on selvästi yleisin hoitoon hakeutumiseen johtanut ongelmapäihde. Opioidikorvaushoidossa arvioidaan olevan noin 2500 henkilöä.

Huumeisiin liittyvien kuolemien määrä on ollut jatkuvassa kasvussa. Lisääntynyt opioidien (buprenorfiini, kodeiini, tramadoli ja oksikodoni) käyttö on kasvattanut kuolemien määrää. Myrkytyskuolemissa opioidit esiintyvät lähes aina yhdessä alkoholin ja bentsodiatsepiinien kanssa. Huumevalikoima on jatkuvassa liikkeessä ja uusia aineita ilmestyy aika ajoin käyttöön.

Merkitys

Huumeiden käyttö ja siitä aiheutuneet palvelujen tarve ovat jossain määrin vakiintuneet. Samalla kuitenkin markkinoille tulevat uudet muuntohuumeet aiheuttavat haasteita valvonnalle ja hoidolle. Huumeiden käyttäjät käyttävät useita erityyppisiä palveluita, joiden asema muuttuvassa palvelujärjestelmässä tulee huomioida.

Suonensisäisten huumeidenkäyttäjien HIV-tartuntojen määrä on pysynyt matalana. Terveysneuvonta ja haittojen vähentämistyö on onnistunut laskemaan myös hepatiitti C-tapausten tartuntariskiä, vaikka C-hepatiitin torjunnassa ei ole onnistuttu yhtä hyvin kuin HIV:n.

Kannabiskokeilujen lisääntyminen sekä lieventyneet asenteet kannabiksen käyttöä kohtaan voivat kuitenkin lähivuosina lisätä kannabiksen kysyntää ja säännöllistä käyttöä sekä johtaa kannabishaittojen lisääntymiseen.

Tavoitteet ja toimenpiteet

Suomen huumausainepolitiikan yleistavoitteena on huumausaineiden käytön ja levittämisen ehkäiseminen siten, että niiden käytöstä ja torjunnasta aiheutuvat taloudelliset, sosiaaliset ja yksilölliset haitat ja kustannukset jäävät mahdollisimman pieniksi. Onnistunut huumepolitiikka vaatii eri hallinnonalojen tiivistä yhteistyötä perustyön kehittämiseksi ja ongelmakohtien tunnistamiseksi.

Suomen huumausainepolitiikka perustuu kansainvälisiin huumausainesopimuksiin, kansalliseen lainsäädäntöön sekä erikseen laadittuihin huumausainepoliittisiin asiakirjoihin. Näitä viimeksi mainittuja ovat: kansallinen huumausainestrategia vuodelta 1997 sekä tämän jälkeiset valtioneuvoston periaatepäätökset ja näihin pohjautuvat toimenpideohjelmat. Uutta valtioneuvoston periaatepäätöstä huumausaineista valmistellaan. Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2015 julkaisema Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma koskettaa myös huumehaittojen ehkäisyä.

2.4 Mielenterveys

Tilanne

Mielenterveys ei ole vain mielen sairauksien puuttumista, vaan ensisijaisesti se tulee ymmärtää yksilön myönteisenä voimavarana. Positiivisen mielenterveyden käsite pitää sisällään myös ajatuksen, että mielenterveyden häiriöistä kärsivien mielenterveyttä voidaan edistää. Positiivinen mielenterveys mahdollistaa elämästä nauttimisen, tukee arjessa jaksamista ja auttaa selviytymään vastoinkäymisistä. Käsitteenä positiivinen mielenterveys tarkoittaa muun muassa joustavuutta, hyviä vuorovaikutustaitoja, elämänhallintaa, myönteistä itsetuntoa, elinvoimaisuutta sekä henkistä vastustuskykyä. Tästä syystä positiivista mielenterveyttä voi ja tulee edistää.

Mielenterveys ei ole pysyvä ominaisuus, vaan se muovautuu koko elämän ajan. Siihen vaikuttavat yksilölliset ominaisuudet ja kokemukset, sosiaalinen vuorovaikutus sekä yhteiskunnan rakenteet, resurssit ja arvot. Mielenterveys kehittyy, häiriintyy ja korjaantuu vähitellen, yksilöllisten tekijöiden ja olosuhteiden vuorovaikutuksessa. Positiivinen mielenterveys toimii puskurina silloin, kun kohdataan erilaisia haasteita.

Raja mielenterveyden ja sairauden välillä on häilyvä, mutta mielenterveyden häiriöt pyritään määrittämään mahdollisimman selkeästi ja määritys tehdään kullekin häiriölle ominaisten oireiden mukaan.

Suurin osa suomalaisista voi psyykkisesti hyvin. Mielenterveysongelmien yleistymisestä ei ole viitteitä vuosien 1980 ja 2000 välillä, mutta mielenterveys ei ole parantunut samalla tavalla kuin yleinen terveydentila. Noin neljäsosa suomalaisista kärsii haittaavasta psyykkisestä oireilusta tiettynä ajanjaksona ja 15–20 prosentilla on todettavissa jokin diagnosoitava mielenterveyden häiriö. Tavallisimpia mielenterveyden häiriöitä ovat erilaiset masennustilat, ahdistuneisuushäiriöt ja alkoholin käyttöön liittyvät häiriöt. Mielenterveyden häiriöihin voi liittyä päihdeongelma, ja päihdeongelmaisilla on riski sairastua mielenterveyden häiriöihin. Näiden ongelmien samanaikainen esiintyminen on selvästi lisääntynyt. Myönteistä kuitenkin on, että itsemurhakuolleisuus on Suomessa selvästi pienentynyt vuoden 1990 jälkeen. Siitä huolimatta Suomen taso on verraten korkea suhteessa Euroopan tasoon.

Merkitys

Väestön hyvä mielenterveys lisää yhteiskunnan tuottavuutta sekä lisää elämänlaatua ja hyvinvointia, kun taas mielenterveyden häiriöt aiheuttavat inhimillistä kärsimystä ja ne ovat voimakkaimmin elämänlaatua heikentävien sairauksien joukossa. Mielenterveyden häiriöistä aiheutuu myös huomattavia kustannuksia yhteiskunnalle. Sairastuneet elävät usein muita lyhyemmän elämän, ja sairastamiseen liittyy eläköitymistä sekä pitkäaikaista työkyvyttömyyttä. Erityisesti masennus on noussut keskeiseksi alentuneen työ- ja toimintakyvyn syyksi.

Tavoitteet ja toimenpiteet

Koska mielenterveyteen vaikuttavat monet tekijät eri alueilta, on mielenterveyden edistämistyö suunnattava kaikkiin mielenterveyttä määrittäviin tekijöihin, joita ohjaavat useat eri politiikan alueet. Nämä tekijät ovat usein sosiaali- ja terveyssektorin ulkopuolella. Menestyksekkäältä mielenterveyden edistämistyöltä vaaditaankin rajoja ylittäviä ja yhteisiä toimia.

Vuonna 2015 päättynyt kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma esitti sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman keskeisiä tavoitteita olivat mielenterveyden ja päihteettömyyden edistäminen ja haittojen ehkäisy, mielenterveys- ja päihdeasiakkaan aseman vahvistaminen, avo- ja peruspalvelujen painottaminen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisessä sekä toiminnan säädösperäinen uudistaminen, muutosprosessin valtakunnallinen toimeenpano ja koordinaatio. Mieli -suunnitelman viitoittama tie jatkuu osittain Sosiaali- ja terveysministeriön ja hallituksen "Edistetään terveyttä ja hyvinvointia ja vähennetään eriarvoisuutta" -kärkihankkeessa. Hankkeen yhtenä tavoitteena on vahvistaa mielenterveyttä. Tähän tavoitteeseen pääsemiseksi pyritään vahvistamaan väestön mielenterveystaitoja ja eri alojen ammattihenkilöiden mielenterveysosaamista mukaan lukien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten osaamista itsemurhien ehkäisemiseksi.

2.5 Ravitsemus, liikunta ja ylipaino

Tilanne

Aikuisten ruoankäyttöä ja ravinnonsaantia seurataan maassamme säännöllisesti. Sen sijaan yläkouluikäisten ja alle kouluikäisten lasten ravitsemuksesta on vain vähän hajanaista tietoa ja pienten koululaisten ravitsemuksesta ei ajantasaista tietoa ole lainkaan.

Useimpien ravintoaineiden saanti on aikuisilla keskimäärin riittävää, mutta suolan käyttö on kääntynyt pitkän laskukauden jälkeen nousuun. Työikäisillä rasvan osuus energiasta on kasvanut 2010-luvun aikana ja kasvu näkyy paitsi tyydyttyneen myös tyydyttymättömän rasvan osuuksien kasvamisena. Rasvan laatua tulisi kaikissa väestöryhmissä pyrkiä muuttamaan pehmeämmäksi. Erityisesti alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä rasvan laatuun olisi syytä kiinnittää huomiota. Keskimäärin korkeampi ikä ja koulutus ovat positiivisessa yhteydessä ravitsemussuositusten mukaiseen ruokavalioon. Alueelliset erot ruokavalion laadussa ovat verrattain pieniä.

Ylipaino on terveysriski, jota seurataan painoindeksin väestöryhmittäisellä kehityksellä. Suomalaisten miesten painoindeksi on noussut 1970-luvulta ja naisten 1980-luvulta lähtien. Viimeisen kymmenen vuoden aikana molempien sukupuolten lihomiskehitys on kuitenkin pysähtynyt. Tästä huolimatta lihavuus on edelleen maassamme suuri kansanterveydellinen ja -taloudellinen ongelma. Myös lasten ja nuorten ylipainon lisääntyminen on ollut huolestuttavaa. Vuonna 2014 miehistä 60 prosenttia ja naisista 43 prosenttia oli ylipainoisia (BMI>25 kg/m2). Kilot kertyvät ikääntyessä. Pääkaupunkiseudulla asuvat ja eniten koulutetut ovat hoikimpia. Lihavuus on lisääntynyt etenkin miehillä ja nuorilla, jyrkemmin pojilla kuin tytöillä. Painonhallinnassa liikunnalla on keskeinen rooli yhdessä ravitsemuksen kanssa.

Suomessa on melko vähän seurantatietoa lasten ja erityisesti alle kouluikäisten lasten liikunnasta. Lasten ja nuorten suositellaan liikkuvan vähintään yhden tunnin päivässä. Tätä suositusta ei saavutettu yhdessäkään ikäryhmässä. Myös hengästyttävän liikunnan harrastaminen vähenee selvästi nuorilla iän lisääntyessä. Fyysisen kunnon seurantatiedot 19–20-vuotiaista varusmiehistä ja alle 35-vuotiaista reserviläisistä osoittavat, että nuorten miesten kestävyys- ja lihaskunto ovat heikentyneet.

Vähintään kahdesti viikossa liikuntaa harrastavien naisten määrä on kolmenkymmenen vuoden aikana (1978–2014) kasvanut runsaasta 40 prosentista 76 prosenttiin. Miestenkin vapaa-ajan liikunta on yleistynyt noin 44 prosentista 70 prosenttiin. Sekä miehistä että naisista runsas puolet ilmoittaa harrastavansa vapaa-ajan liikuntaa vähintään kolme kertaa viikossa. Ylemmän koulutusryhmän miehet harrastavat vapaa-ajan liikuntaa muiden koulutusryhmän miehiä enemmän. Naisilla kyseiset erot ovat vähäisiä.

Yli 30-vuotiaista suomalaisista vain noin 10 prosenttia täytti terveysliikuntasuositukset eli harrasti riittävästi kestävyysliikuntaa ja lihaskunto- ja tasapainoharjoittelua vuonna 2011. Kestävyysliikunnan osalta suositukset saavutti noin neljännes, mutta lihaskunto- ja tasapainoharjoittelun osalta vain noin 10 prosenttia. Huolestuttavinta on kuitenkin se, että yli puolet suomalaisista liikkuu terveytensä kannalta riittämättömästi eli liikunnan määrä alittaa terveysliikuntasuositukset. Riittämättömästi liikkuvien osuus kasvaa iän myötä.

Liikunnan lisäämisen ohella yhä tärkeämpään asemaan on noussut runsaan istumisen vähentäminen. Terveys 2011 -tutkimuksessa havaittiin, että keskimäärin 76 prosenttia valveillaoloajasta vietettiin paikallaan. Tämä tarkoittaa, että suomalaiset aikuiset viettäisivät päivittäin valveillaoloajasta keskimäärin hieman yli yhdeksän tuntia istuen tai maaten ja noin kaksi tuntia ja 30 minuuttia paikallaan seisoen.

Terveysliikuntausuositusten edellyttämää reipasta fyysistä aktiivisuutta oli noin neljä prosenttia valveillaoloajasta.

Fyysisen toimintakyvyn ongelmat yleistyvät iän myötä ja nopeammin naisilla kuin miehillä. Esimerkiksi 75 vuotta täyttäneistä naisista noin puolella ja miehistä noin kolmanneksella on vaikeuksia puolen kilometrin kävelyssä. Viimeisen vuosikymmenen aikana ikääntyvien liikkumiskyky on kuitenkin selvästi parantunut. Yli 74-vuotiaiden naisten toimintakyky on keskimäärin heikompi kuin samanikäisten miesten. Korkeammin koulutettujen toimintakyky on matalammin koulutettuja parempi. Vaikka suomalaisten toimintakyvyssä onkin nähtävissä myönteisiä muutoksia, väestön ikääntymisestä johtuen toiminnanvajavuuksista kärsivien ikäihmisten absoluuttinen määrä tulee kasvamaan tulevina vuosina.

Merkitys

Elintavat, kuten ravinto ja liikunta, ovat terveyden edistämisen ja kroonisten tautien ehkäisyn kannalta avainasemassa. Terveellisellä, monipuolisella ravinnolla ja riittävällä fyysisellä aktiivisuudella voidaan tehokkaasti ehkäistä monia sairauksia ja samalla lisätä toimintakykyä ja parantaa koettua terveyttä. Erittäin ajankohtaista on ravinnon ja fyysisen aktiivisuuden keskeinen merkitys voimakkaasti yleistyvien lihavuuden ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä. Menestyksellisellä terveyden edistämisellä ja tautien ehkäisyllä voidaan saada säästöjä ja hillitä terveydenhuoltomenojen kasvua. Toteutetut interventiot osoittavat, että ruokavalintojen muutokset esim. kouluruokailussa ovat mahdollisia.

Merkittävimmät taloudelliset vaikutukset saadaan, kun väestön kohentuneen terveyden myötä työvoiman saatavuus ja suorituskyky paranevat. Sydän- ja verisuonitauteihin sairastumisen riskitekijöitä ovat tupakoinnin ohella suuri seerumin kolesterolipitoisuus, korkea verenpaine ja erityisesti vyötärölihavuus. Kolesteroli- ja verenpainearvoihin voi tietyssä määrin vaikuttaa ravinnon laadulla ja riittävällä liikunnalla. Luun haurastumista ja murtumariskiä voidaan pienentää riittävällä kalsiumin ja D-vitamiinin saannilla ja luuta kuormittavalla liikunnalla.

Toiminnanvajavuudet lisääntyvät iän myötä erilaisista sairauksista tai muista ikääntymiseen liittyvistä tekijöistä johtuen. Fyysisen tai psyykkisen toimintakyvyn heikkeneminen työikäisillä johtaa usein työkyvyn alentumiseen ja ikääntyneillä avun tarpeen kasvamiseen. Elintavoista vähäinen liikunta, lihavuus, tupakointi ja runsas alkoholin käyttö altistavat toimintakyvyn heikkenemiselle. Ikääntyvillä henkilöillä terveellinen ravitsemus ja fyysisesti aktiivinen elämäntapa ovat toimintakyvyn säilyttämisen kannalta avainasemassa. Erityisesti lihasvoiman ja tasapainon harjoittaminen ovat osoittautuneet tehokkaiksi keinoiksi ylläpitää liikkumiskykyä ja ehkäistä kaatumisia.

Tavoitteet ja toimenpiteet

Valtion ravitsemusneuvottelukunta laatii ravitsemussuosituksia ja antaa ravitsemukseen liittyviä toimenpide-ehdotuksia. Viimeisimmät suomalaiset ravtitsemussuositukset on laadittu vuonna 2014. Ruokatason suositukset korostavat terveyttä edistävän ruokavalion kokonaisuutta ja säännöllisten, jokapäiväisten valintojen merkitystä.

Suomalaisten fyysisen aktiivisuuden lisäämiseksi ja passiivisen elämäntavan, erityisesti pitkäaikaisen istumisen vähentämiseksi, julkaistiin vuonna 2013 uudet valtakunnalliset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävästä liikunnasta. Vuoteen 2020 ulottuvien linjausten visio on, että suomalaiset liikkuvat enemmän ja istuvat vähemmän koko elämänkulun aikana. Keskeisiä näkökulmia ovat mm. liikunnan ja fyysisen

aktiivisuuden merkitys yksilön ja yhteiskunnan terveyden, hyvinvoinnin ja kilpailukyvyn perusedellytyksenä; luodaan yhteistyössä mahdollisuuksia fyysisesti aktiiviseen elämään; kiinnitetään huomiota yhdenvertaisuuteen ja sukupuolten tasa-arvoon.

Lihavuus laskuun – Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta on kansallinen lihavuusohjelma, jolle on tehty toinen toiminta- ja toimeenpanosuunnitelma vuosille 2016–2018. Ensimmäinen toimintakausi oli käynnissä 2012–2015. Toisella kaudella keskitytään erityisesti lapsiin ja nuoriin ja lihavuuden varhaiseen ehkäisyyn, sektorien väliseen yhteistyöhön ja terveyden tasa-arvon edistämiseen. Ohjelma vetoaa muun muassa tervyedenhuollon ammattilaisiin, päättäjiin, kuntiin ja järjestöihin, että ne toteuttaisivat ohjelmassa esitettyjä väestön lihavuutta ehkäiseviä ja terveyttä edistäviä toimenpiteitä.

2.6 Osallisuus

Tilanne ja merkitys

Osallisuuden kokemus syntyy kun ihminen on osallisena jossakin yhteisössä esimerkiksi opiskelun, työn, harrastus- tai järjestötoiminnan kautta. Yhteiskunnalliseen osallisuuteen liittyy riittävä toimeentulo ja hyvinvointi, toiminnallinen osallisuus ja yhteisöihin kuuluminen ja jäsenyys.

Osallistuminen erilaisiin yhteisöihin on yksi väylä osallisuuden kokemiseen. Osallistumisaktiivisuudella ja ihmisen sosioekonomisella asemalla on selkeä yhteys. Korkeammassa ammattiasemassa olevat osallistuvat esimerkiksi yhdistystoimintaan selvästi eniten ja vastaavasti työttömät vähiten. Koulutus lisää myös merkittävästi aktiivista osallistumista. Sosiaalinen aktiivisuus vaikuttaa myös siten, että se vähentää riskiä sairastua moniin vakaviin sairauksiin kuten sydänsairauksiin ja masennukseen. Sosiaalisesti aktiivisilla ihmisillä on myös pienempi kuolleisuuden ja pitkäaikaiseen laitoshoitoon sijoittumisen riski kuin sosiaalisiin toimintoihin vähemmän osallistuvilla.

Syrjäytymisellä tarkoitetaan yhteisöllisen toiminnan ulkopuolelle jäämistä. Useimmiten siihen liittyy myös sosiaalista, taloudellista ja terveydellistä osattomuutta ja eriarvoisuutta. Osallisuuden kokeminen ja sosiaaliset verkostot suojaavat syrjäytymiseltä.

Osallisuuden aste ja yhteiskunnallinen aktiivisuus vaihtelevat elämän eri vaiheissa. Palkkatyö on yksi merkittävimmistä yhteisölliseen toimintaan osallistumisen muodoista. Pitkään kestänyt työelämän ulkopuolelle jääminen saattaa johtaa sosiaaliseen syrjäytymiseen, joka vaikuttaa heikentävästi hyvinvointiin ja terveyteen.

Tavoitteet ja toimenpiteet

Sosiaali- ja terveyspalvelut sekä työllisyyspalvelut ovat tärkeässä roolissa osallisuuden edistämisessä, samoin kuin järjestöt, yhdistykset, seurakunnat ja muut yhteisöt. Osallisuuden edistäminen on osa Suomen hallituksen ja Euroopan unionin tavoitteita, joissa se on nostettu yhdeksi keskeiseksi keinoksi köyhyyden torjumiseksi ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi. Osallisuutta edistämällä vähennetään myös eriarvoisuutta.

Osatyökykyisille tie työelämään eli OTE -kärkihanke tavoittelee muutosta osatyökykyisten asemassa työmarkkinoilla. Osatyökykyisten asemaa vahvistetaan siten, että he joko pysyvät työelämässä tai työllistyvät

nykyistä huomattavasti paremmin. Tämä lisää osatyökykyisten yhdenvertaisuutta ja elämänlaatua sekä vähentää valtion kustannuksia. Palvelut asiakaslähtöisiksi -kärkihankkeessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut yhdistetään asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi. Toimintamallit uudistetaan ja eri organisaatioiden tietojen yhteiskäyttö tehdään mahdolliseksi.

Euroopan sosiaalirahaston Kestävää kasvua ja työtä 2014–2020 – rakennerahasto-ohjelmassa on yhtenä toimintalinjana sosiaalinen osallisuus ja köyhyyden torjunta. Toimintalinjan erityistavoitteena on työelämän ulkopuolella olevien työ- ja toimintakyvyn parantaminen. Ohjelmassa parannetaan toimenpiteisiin osallistuvien työ- ja toimintakykyä ja edistetään siten heidän etenemistään työllissyyspoluilla. Toimenpiteillä kehitetään sosiaali-, terveys- ja kuntoutuspalveluita, sektorirajat ylittävää yhteistyötä ja palvelujen asiakaslähtöisyyttä.

3. Terveyden edistämisen määräraha valtion vuoden 2017 talousarviossa

Terveyden edistämisen määrärahasta annetussa laissa (333/2009) säädetään, että valtion talousarvioon otetaan vuosittain määräraha terveyden edistämiseen sekä päihteiden käytön ja tupakoinnin ehkäisyyn ja vähentämiseen. Määrärahan mitoituksessa otetaan huomioon väestön päihteiden käytön ja tupakoinnin yleisyys ja niistä aiheutuneet haitat sekä muu terveyskäyttäytyminen. Määräraha on tarkoitettu erityisesti terveyden edistämisen kokeilu- ja kehittämishankkeisiin sekä myös terveyden edistämistä tukeviin tutkimushankkeisiin ja -ohjelmiin. Terveyden edistämisen määräraha on kolmivuotinen siirtomääräraha valtion talousarvion momentilla 33.70.50 terveyden edistäminen.

Valtion vuoden 2017 talousarvio

33.70.50 terveyden edistäminen (siirtomääräraha 3 v)

Momentille myönnetään 2 330 000 euroa.

Määrärahaa saa käyttää terveyden edistämisen määrärahasta annetun lain (333/2009) 1 §:n mukaisten menojen maksamiseen.

Määrärahasta voidaan myöntää valtionavustuksia järjestöille, säätiöille, kunnille ja muille toimijoille. Määrärahasta voidaan myös tehdä sopimuksia valtionhallinnon laitosten kanssa terveyden edistämisen hankkeista. Määrärahaa saa käyttää myös määrärahan hallinnointiin liittyvien menojen maksamiseen.

Määrärahan mitoituksessa huomioon otetut muutokset (1000 euroa)	
Sopeutustoimi	-100
Yhteensä	-100

4. Vuoden 2017 terveyden edistämisen määrärahan käyttösuunnitelman valmistelu

Käyttösuunnitelman valmistelusta vastasi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos sosiaali- ja terveysministeriön ohjauksessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos teki sosiaali- ja terveysministeriölle esityksen vuoden 2017 terveyden edistämisen käyttösuunnitelmaksi ministeriön antaman määräraharaamin ja painopistealueita koskevien ohjeiden pohjalta.

4.1 Hankkeiden käsittely ja käyttösuunnitelman valmistelu

Terveyden edistämisen määräraha julistettiin haettavaksi toukokuussa, ja hanke-ehdotusten jättöaika päättyi 15.6.2016. Hanke-ehdotukset jätettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sähköisen hankehallinta-järjestelmän kautta. Yhteensä hanke-ehdotuksia vastaanotettiin ja käsiteltiin 104 kpl ja niiden yhteissumma oli 22 635 951 euroa. Hanke-ehdotukset arvioitiin heinä-syyskuussa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa.

4.2 Hankkeiden arviointi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa

Arviointi tehtiin sähköisen hankehallintajärjestelmän avulla määräaikaan mennessä saatujen hanke-ehdotuslomakkeiden pohjalta. Kaikki vastaanotetut hanke-ehdotukset arvioitiin.

Kaikkien hankkeiden arvioinnissa käytettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijoita. Hakemukset jaettiin painopistealueista muodostettuihin arviointiryhmiin, joissa oli useampi asiantuntija sekä arviointi-ryhmän puheenjohtaja, joka oli vastuussa arviointiryhmänsä työskentelystä. Kaikki hakemukset arvioitiin asiantuntijan toimesta sekä käsiteltiin yhteisessä ryhmäkokouksessa.

Painopisteet olivat vuoden 2017 määrärahan osalta muotoiltu uudella tavalla ja niillä oli kullakin kaksi alatavoitetta, joista vähintään toiseen tuli hanke-ehdotuksen päätavoitteen pyrkiä:

1. Tavoitteena on ehkäistä ja vähentää tupakan, alkoholin, huumeiden ja muiden päihteiden käyttöä ja niistä aiheutuvia haittoja.

- Kehittää eri yhteisöissä toteutettavia malleja haittojen vähentämiseksi ja ehkäisemiseksi Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelman mukaisesti.
- Edistää tupakasta vieroitustoimintaa osana terveydenhuollon palveluita.

2. Tavoitteena on ehkäistä ja vähentää väestön ylipainoa ruokavalion ja fyysisen aktiivisuuden avulla.

- Edistää lasten, nuorten ja lapsiperheiden terveellisiä ravitsemustottumuksia.
- Edistää terveytensä kannalta liian vähän liikkuville suunnattua liikuntaneuvontaa erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa.

3. Tavoitteena on vahvistaa positiivista mielenterveyttä edistävien menetelmien käyttöä sekä tukea itsemurhien ehkäisyä.

- Tukea työelämästä poissiirtyvien mielenterveyttä siirtymävaiheessa.
- Vahvistaa ikääntyvien mielenterveystaitoja.

Hanke-ehdotukset asetettiin edellä mainittujen painopisteiden ja tavoitteiden mukaan painopistealueisiin, joita olivat:

- tupakan, alkoholin ja huumeiden käytön ehkäisy ja vähentäminen,
- positiivisen mielenterveyden edistäminen ja itsemurhien ehkäisy,
- liikunnan edistäminen ja ylipainon ehkäisy,
- terveellisen ravitsemuksen edistäminen ja ylipainon ehkäisy.

Hanke-ehdotukset arvioitiin käyttäen terveyden edistämisen määrärahan hanke-ehdotuksille tarkoitettuja arviointikriteerejä ja arviointilomaketta. Arviointikriteerit koskevat muun muassa hankkeen etenemisen johdonmukaisuutta, siinä kehitettyjä tai käyttöön otettuja hyviä käytäntöjä, hankkeen perusteluja, suunnitelman laatua, tavoitteiden realistisuutta, levittämistä ja juurruttamista, vaikuttavuuden arviointisuunnitelmaa, yhteistyöverkostoja ja hankkeen kykyä vaikuttaa väestöryhmien terveyseroihin. Kustakin hankkeesta annettiin sanallinen yleisarvio sekä numeerinen arvosana väliltä 1–5, joista 5 on erinomainen.

Arviointiryhmissä hanke-ehdotukset asetettiin tärkeysjärjestykseen, jonka jälkeen käyttösuunnitelman valmistelutyöryhmä teki kokonaisehdotuksen rahoitettavaksi esitettävistä hankkeista. Pelkkä arvosana ei kuitenkaan vaikuttanut arviointiin, vaan arvioinnissa otettiin huomioon hanke-ehdotuksen kokonaisuus. Kokonaisuuden muodostamisessa kiinnitettiin erityistä huomiota vuoden 2017 määrärahalla rahoitettavalle toiminnalle asetettuihin tavoitteisiin. Lisäksi kokonaisuudessa huomioitiin määrärahasta aiemmin rahoitetut, yhä käynnissä olevat hankkeet.

4.3 Yleisimmät rahoituksen myöntämis- ja hylkäämisperusteet

Rahoituksen myöntämisen tärkein peruste on hankkeen tuoma lisäarvo terveyden edistämiselle. Olennaista on myös hankkeen kytkentä kansallisiin terveyden edistämisen strategioihin ja ohjelmiin. Hankkeen tulee tehostaa terveyden edistämisen rakenteiden ja menetelmien kehittämistä sekä eri toimijoiden yhteistyötä sekä pyrkiä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseen. Rahoitus halutaan myöntää hankkeille, jotka tuovat kansallista lisäarvoa terveyden edistämiselle hyödyntämällä jo olemassa olevia hyviä käytäntöjä innovatiivisesti tai kehittämällä uudenlaisia menetelmiä terveyden edistämiseen. Näihin vaatimuksiin voivat vastata suuret yhteistyöhankkeet, mutta myös pienet ja innovatiiviset pilottihankkeet voivat tuoda merkittävää lisäarvoa terveyden edistämiseen. Luonteeltaan paikallisia hankkeita voidaan tukea, jos niiden tulosten voidaan odottaa olevan hyödynnettävissä laajemminkin, ja jos hankkeeseen sisältyy toimiva suunnitelma tulosten julkaisemisesta ja levittämisestä. Kansainvälisistä hankkeista voidaan tukea lisäarvoltaan merkittäväksi arvioitujen projektien kotimaista osuutta.

Hankkeiden tulee painottua terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn. Pääasiallista hoitoa tai kuntoutusta ei tueta. Käyttösuunnitelman valmistelussa huomioidaan itse hanke-ehdotuksen lisäksi sen soveltuminen terveyden edistämiseen yleensä. Hankkeiden priorisoinnissa otetaan huomioon sekä terveyden edistämisen määrärahan lakiperusta että hankkeiden painottuminen terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin eri alueille. Myös alueelliset tekijät on pyritty huomioimaan.

Käyttösuunnitelma pyritään tasapainottamaan siten, ettei rahoitusta ohjata painoalueille, joilla määrärahalla on jo toteutettu tai toteutetaan parhaillaan merkittävää toimintaa, tai samanaikaisesti useisiin, keskenään samanlaisiin hankkeisiin. Valmistelussa toimitaan yhteistyössä opetus- ja kulttuuriministeriön sekä raha-automaattiyhdistyksen kanssa.

Jotta hankkeen voidaan odottaa onnistuvan, tulee sillä olla koko hankkeen keston kattava suunnitelma. Suunnitelman tulee olla laadukas. Erityistä painoarvoa hankkeen arvioinnissa annetaan suunnitelmassa esitetyille tavoitteille, toiminnan seuraamiselle ja arvioimiselle, hankeidean levitettävyydelle, toimijan omille voimavaroille ja prosessikuvaukselle. Talouden osalta arvioidaan muun muassa esitettyjen kustannusten asianmukaisuutta, kustannustehokkuutta ja mahdollisia riskejä. Avustusta voidaan myöntää hankkeelle täysimääräisenä vain erityisen painavasta syystä. Vuoden 2017 määrärahasta rahoitettavien hankkeiden tuli ministeriön ohjeiden mukaisesti olla suunnitelmassaan tarkastellut toimintansa tulevia hyvinvointi- ja kustannusvaikutuksia.

Yleisimpiä perusteita, miksi hanke-ehdotusta ei vuoden 2017 määrärahasta ehdotettu rahoitettavaksi, olivat hankkeen vähäinen lisäarvo terveyden edistämiselle sekä epärealistinen tai epäselvä suunnitelma. Osaa hakemuksia esitettiin hylättäväksi, koska niissä suunnitellun toiminnan kärki ei ollut asetettujen painopisteiden alatavoitteissa, tai suunniteltua toimintaa oli vaikeaa erotella kunnan, järjestön tai muiden toimijoiden lakisääteisestä tai normaalista perustoiminnasta. Hankerahoitusta ei voida myöntää kaupalliseen tarkoitukseen, joten kyseisen epäilyksen herättäneille hankkeille ei esitetty rahoitusta.

5. Vuoden 2017 käyttösuunnitelman sisältö

Terveyden edistämisen määrärahan vuoden 2017 käyttösuunnitelmaan sisältyvät hankkeet tukevat ministeriön strategian, Ehkäisevän päihdetyön toimenpideohjelman, terveyttä ja hyvinvointia edistävän liikunnan linjausten 2020, Kansallisen lihavuusohjelman 2012–2018 sekä muiden kansallisten terveyden edistämisen ohjelmien toimeenpanoa sekä terveyden edistämisen keskeisten painoalueiden kehittämistä. Hankkeilla tuetaan terveyden edistämisen toimintatapojen ja menetelmien kehittämistä, väestön terveyserojen kaventamiseen liittyviä hankkeita sekä terveyden edistämisen paikalliseen ja alueelliseen kehittämiseen liittyviä hankkeita.

Vuonna 2017 rahoitettavien hankkeiden joukossa on **lapsia, nuoria ja lapsiperheitä** koskevia hankkeita. Niissä paneudutaan muun muassa lasten ja nuorten ylipainon ehkäisyyn, terveelliseen ravitsemukseen ja oman kehonkuvan kohentamiseen. Lisäksi pyritään vahvistamaan tupakoinninvastaista ajatusmaailmaa nuorten keskuudessa. Hankkeilla on pyrkimys vaikuttaa erityisesti heikoimmassa asemassa oleviin väestöryhmiin.

Aikuisväestön terveyden edistämistä tuetaan vuonna 2017 rahoittamalla hankkeita, joissa tavoitteena on ehkäisevän työn eri toimijoiden yhteistyön kehittäminen sekä päihteiden käytön ja tupakoinnin vähentäminen eniten apua tarvitsevissa väestöryhmissä. Lisäksi liikuntaneuvonnan toimivuutta osana ehkäisevää terveydenhuoltoa kehitetään. **Ikääntyneiden** osalta pyritään vahvistamaan positiivista mielenterveyttä erilaisin uusin työkaluin sekä osallistamaan mielekkääseen toimintaan syrjäytymisvaaran vähentämiseksi osaksi myös samalla keventäen muiden sukupolvien taakkaa.

Vuoden 2017 määrärahasta tuetaan erityisesti hankkeita, jotka tarkastelivat ennalta toimintansa tulevia hyvinvointi- ja kustannusvaikutuksia.

Vuonna 2017 rahoitetaan 10:ä hanketta (2 307 000e).

Vuoden 2016 terveyden edistämisen määrärahalla rahoitettiin 15 hanketta. Näistä hankkeista vuosille 2017-2018 jatkuu 13 hanketta. Vuodelle 2017 jatkuu myös vuonna 2015 rahoitettuja hankkeita. Vuonna 2017 eri vuosien terveyden edistämisen määrärahalla rahoitettuja hankkeita on käynnissä yhteensä 32 kpl.

Terveyden edistämisen määrärahan muututtua kolmivuotiseksi siirtomäärärahaksi vuonna 2013, on hankkeilla ollut mahdollisuus käyttää myönnettyä avustusta aiempaa joustavammin läpi hankkeen keston. Tämä on vähentänyt hankkeilta käyttämättä jääneen määrärahan osuutta, jota on sosiaali- ja terveysministeriön päätöksellä uudelleenkohdennettu hankkeiden hallinnointiin vuosittain.

Vuoden 2017 käyttösuunnitelmaan ehdotetaan sisällytettävän **yhteensä 23 000 euron osuus määrärahasta käytettäväksi rahoitettujen hankkeiden hallinnointiin.** Tällä varmistetaan hankkeiden hallinnoinnin riittävät edellytykset. Hallinnointiin käytettävän määrärahan jakautumien eri toimintojen välillä on esitetty seuraavassa taulukossa.

Selvitys käyttökohteesta	Varattu summa (arvio)	Vastuutaho
Hakuilmoitukset vuoden 2018 Terveyden edistämisen määrärahan hausta	8 000 euroa	THL
Terveyden edistämisen määrärahan hankkeille järjestettävät koulutukset (mm. liittyen taloushallintoon ja kustannusvaikuttavuuden arviointiin)	5 000 euroa	THL
Terveyden edistämisen määrärahalla rahoitettujen hankkeiden talouden tarkastukset	10 000 euroa	THL
Yhteensä	**23 000 euroa**	

Vuonna 2017 hankkeita rahoitetaan seuraavin hankekohtaisin perusteluin:

Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi
201710032	*Filha ry*	*Raskaus ilman tupakkaa*
	Hankkeessa pyritään vähentämään raskaudenaikaista tupakointia. Hanke on hyvin laadittu, sen vahvuuksia ovat asiantunteva ja luotettava toteuttajaorganisaatio, pätevät toimijat ja hankkeen kohdistuminen erittäin keskeiseen kohderyhmään. Hanke painottaa terveydenhuollon toimijoiden kouluttamista. Hankkeessa kehitetään terveydenhuollon ammattilaisten osaamista, keinoja ja työkaluja. Kohderyhmä on myös itse miettimässä, mikä heitä motivoisi muuttamaan käyttäytymistään. Tämä on äärimmäisen tärkeää. Tupakoijille tarjotaan myös vertaisfoorumi. Hankkeelle esitetään rahoitusta kolmelle vuodelle.	
201710107	*Kuntoutussäätiö*	*Työttömien ja työvoiman ulkopuolella olevien alkoholinkäytön yhteisölähtöinen vähentäminen*
	Hanke on hyvin jäsentynyt ja innovatiivinen kokonaisuus, jonka kohderyhmät ja tavoitteet ovat erittäin relevantteja ehkäisevässä päihdetyössä ja terveyserojen kaventamisen. Kuntoutussäätiö omaa hankkeen loppuunsaattamiseksi olennaista osaamista. Vantaan kaupungin ja Työttömien ay-jäsenten tukiyhdistyksen mukaan saaminen kumppaneiksi ja yhteiskehittäjiksi on arvokas lisä. Vantaan kaupungilla on pitkäaikaista kokemusta puheeksioton menetelmistä ja valmiutta niiden testaamiseen eri palveluissa myös löytyy. Erinomaista on, että hankkeen toiminnan suunnittelussa ovat mukana eri palveluntuottajat sekä kohderyhmä. Kokemusasiantuntijat auttavat mm. löytämään kohderyhmälle sopivimman kielen, lähestymistavat ja tukevat menetelmien kehittämistä. Hankkeen arviointi on suunniteltu tehtävän monipuolisesti laadullisia menetelmiä hyödyntäen läheisessä yhteistyössä kumppanien kanssa. Hankkeelle esitetään rahoitusta kahdelle vuodelle.	
201710162	*Kymenlaakson ammattikorkeakoulu*	*VERSUS: Tupakkatuotteisiin liittyvien vertaisuskomuksiin vaikuttaminen pelillisin ja kuvallisin menetelmin*
	Hankkeen tavoitteena on vähentää nuorten tupakkatuotteiden käyttöä hyödyntämällä terveystiedon opetuksessa uusia pelillisiä vertaisvaikuttamisen menetelmiä. Hanke on innovatiivinen ja uutta tietoa tuottava. Kohderyhmä on tärkeä, yläkoululaiset ja toisella asteella opiskelevat nuoret. Hanke tukeutuu yksinkertaiseen sovellukseen, jota laajennetaan uudella tavalla terveyden edistämisen alueelle paikkaamaan havaittuja ja perusteltuja puutteita koulujen terveyskasvatuksessa. Hankehakemus on kaikin puolin huolellisesti laadittu ja toteuttamiskelpoinen. Hanke on tuotosten levittämisen ja arvioinnin kannalta hyvin kunnianhimoinen. Hankkeella voi olla merkittävä kansallinen lisäarvo, kun sen tuotokset yhdistetään laajalti oppilaitostyöskentelyyn. Hankkeelle esitetään rahoitusta kolmelle vuodelle.	

201710165	*Sosiaalialan osaamiskeskus Verso – liikelaitos, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä*	*Neljä tuulta – integroiva toimintamalli ehkäisevään työhön, pilotti Päijät-Hämeessä – Päihteet, mielenterveys, lähisuhdeväkivalta ja rahapelihaitat*
	Hanke tuottaa sote-palvelujärjestelmän kannalta ehkäisevän työn ja palvelujärjestelmän sekä palveluiden integraation näkökulmasta tarpeellista tietoa. Integroituja palveluja on jo jossain määrin kehitetty, mutta innovatiivisena uutuutena tässä hankkeessa on rahapeliongelmiin sekä lähisuhdeväkivaltaan liittyvän työn kytkeminen tähän kokonaisuuteen niin, että siinä kehitetään varhaisvaiheessa tapahtuvaa ongelmien monialaista tunnistamista osana sote-palveluja ja ehkäisevää työtä. Hankkeessa on suunniteltu otettavaksi käyttöön periaate "yhden ongelman riskipisteiden ylittyessä seulotaan myös kolme muuta ilmiötä" ja ohjataan tarvittaessa ratkomaan ongelmia kokonaisvaltaisesti. Hakijoilta löytyy hyvää osaamista ja kokemusta. Hanke on erinomainen eriarvoisuuden kaventamisen näkökulmasta. Hankkeelle esitetään rahoitusta kolmelle vuodelle.	
201710076	*Ikäinsituutin säätiö, Ikäinsituutti*	*Mielen hyvinvointi voimaksi ikäihmisten elämänhaasteisiin*
	Hankkeen tarkoituksena on vahvistaa ikäihmisten mielenterveystaitoja. Kohderyhmää osallistetaan suunnitteluun ja toteuttamiseen, mikä on erittäin kannatettavaa. Hankkeella on osaavat toimijat, aihe on tärkeä ja tavoitteet merkityksellisiä. Yhteistyö järjestöjen kanssa ja osaamisen lisääminen niiden joukossa nähtiin vahvuutena. Positiivisen mielenterveyden näkökulma on uusi viitekehys ikäihmisten kanssa työskenneltäessä. Kohderyhmä ja toiminnan kohdentuminen on valittu terveyserojen kaventamisen kannalta mielekkäästi. Hankkeelle esitetään rahoitusta kahdelle vuodelle.	
201710129	*Pohjois-Karjalan Sosiaaliturvayhdistys ry*	*IKAROS – Ikämiesten arjen osallisuuden edistäminen*
	Hankkeen tarkoituksena on kohentaa yksin asuvien ikämiesten mielen hyvinvointia. Hankesuunnitelman vahvuutena on erinomainen yhteistyöverkosto ja yhteistyökumppaneiden osallistaminen jo suunnitteluvaiheessa. Hankkeen kohderyhmänä ovat yksin asuvat ikääntyneet miehet, joka on tärkeä ja usein vähälle huomiolle jäänyt ryhmä. Kehittämishanke on hyvin suunniteltu ja hankkeessa tehdään tarveperusteista toimintaa. Etsivä vanhustyö menetelmänä on tarkoituksenmukainen kohderyhmän saavuttamiseksi. Hankkeelle esitetään rahoitusta kolmeksi vuodeksi.	
201710157	SOS-Lapsikyläsäätiö, Etelä-Suomen alue	*Lähellä – sukupolvet toistensa tukena*
	Hankkeen tavoitteena on lisätä ikääntyneiden mielen hyvinvointia tarjoamalla mielekästä ja tärkeää toimintaa, josta hyötyvät myös muut sukupolvet. Hanke on tärkeä, hyvin perusteltu ja tervetullut. Yhteiskuntamme kaipaa lisää toimintamalleja, joissa eri sukupolvet tuodaan yhteen. Hankkeelle on haettu pientä rahoitusta, mutta toimintamallin kehittämisellä voi olla merkittävää lisäarvoa. Hankkeen tavoitteet on hyvin jäsenneltyjä suhteessa toimenpiteisiin. Hankkeelle esitetään rahoitusta kahdeksi vuodeksi.	
201710056	*Seinäjoen kaupunki*	*Seinäjoen kaupungin Lihavuus laskuun –ohjelman mallintaminen. Monialaisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kuvaus uudessa kunnassa*
	Hankkeen päämäärä on kansallisesti tärkeä ja edistää kansallista lihavuusohjelmaa. Seinäjoen kaupunki on jo tunnetusti tehnyt merkittävää edistystä lasten ja nuorten ylipainon ehkäisyn ja vähentämisen saralla. Hankkeessa tehdään toimivan käytännön levittämistä, joka perustuu hyvälle pohjatyölle. Hankkeen tavoitteet ovat selkeät. Muun muassa Seinäjoen kaupungin johto, kaikki toimialat, terveyskeskus, ammattikorkeakoulu ja järjestöjä ovat sitoutuneet kansallisen Lihavuusohjelman tavoitteisiin. Kyseessä on ohjelman pilottihanke, joka on tärkeä ohjelman juurruttamisessa sekä esimerkkinä muille kunnille/terveydenhuollolle. Lihavuus on yksi tärkeimmistä terveyshaasteista maassamme, jonka ehkäisy on onnistunut huonosti. Hyviä esimerkkejä tarvitaan, jotka olisivat yhteneväisiä koko maassa ja tasoittaisivat väestöryhmien välisiä terveyseroja. Tuetaan hankkeen kotimaista osuutta, hankkeessa myös suunniteltu pilotti kansainvälisissä olosuhteissa. Hankkeelle esitetään rahoitusta kahdelle vuodelle.	

201710089	*Itä-Suomen yliopisto*	*Kehonkuva hyvinvoinnin perustana (KEHUVA)*
	Hanke tähtää heikommassa asemassa olevien nuorten hyvinvoinnin kohentamiseen oman kehon kunnioituksen ja hyvä ravitsemuksen kautta. Hankkeella on erittäin tärkeä kohderyhmä sekä laajat, vahvat yhteistyöverkostot. Hankkeessa hyödynnetään olemassa olevia hyviksi todettuja menetelmiä ja tutkimustietoa, tavoitteena uudenlaisen toimintamallin pilotointi. Hanke on monipuolinen ja koherentti kokonaisuus ja onnistuessaan sillä on laaja yhteiskunnallinen vaikutus. Hankkeessa ovat myös nuoret ja heidän kanssaan työskentelevät ammattilaiset tiiviisti mukana. Hankkeelle esitetään rahoitusta kolmelle vuodelle.	
201710120	Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä	SATA-LIPAKE – Liikunta ja ravitsemus osana ylipainon hallintaa ja sairauksien hoitoa Satakunnassa
	Hankkeen päämääränä on edistää alueen väestön omaehtoista liikuntaa ja terveellistä ravitsemusta, tarkoituksena ehkäistä ylipainoa ja liikkumattomuutta, jotta vältytään myöhemmin ylipainoon liittyviltä sairauksilta. Tavoitteena on rakentaa ja ottaa käyttöön maakunnallinen liikuntaneuvojaverkosto ja liikunnan palveluketju. Hankkeen toteutus on selkeä, käytännönläheinen ja viedään suoraan rakenteisiin. Toiminta on mahdollista juurruttaa osaksi terveyspalveluja ja tulevaa SOTE:a. Hankkeen takana on laaja maakunnallinen toimijaverkko. Hankehakemus on erittäin hyvin laadittu ja hyvin perusteltu. Hankkeen vahvuuksia ovat hyviksi koettujen toimintamallien yhdistäminen ja liikuntapalveluketjun kehittäminen, joka tapahtuu ennen SOTE-uudistusta. Hanke on myös kärkihankehaun mukainen. Hakija on mukana kärkihankehaun eräässä hakemuksessa yhtenä osapuolena, mutta annetun selvityksen mukaan hakemukset eivät ole ristiriidassa toistensa kanssa, vaan hankkeet tukevat toisiaan. (Selvitys pyydettävissä kehittämispäällikkö Anni Helldánilta.) Hankkeelle esitetään rahoitusta kolmelle vuodelle.	

6. Rahoitettavien hankkeiden luettelo

Alla on luetteloitu rahoitettavat hankkeet painopistealueittain. Luettelossa on mainittu hankkeen numero, nimi, toteuttajataho, suunnitellut toteuttamisvuodet sekä myönnetty rahasumma. Terveyden edistämisen määrärahalla tuetaan enintään kolmivuotisia hankkeita.

1. Tupakan, alkoholin ja huumeiden käytön ehkäisy ja vähentäminen

Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201710032	*Filha ry*	*Raskaus ilman tupakkaa*	2017–2019	2017–2019	249 500
201710107	*Kuntoutussäätiö*	*Työttömien ja työvoiman ulkopuolella olevien alkoholinkäytön yhteisölähtöinen vähentäminen*	2017–2018	2017–2018	262 700
201710162	*Kymenlaakson ammattikorkeakoulu*	*VERSUS: Tupakkatuotteisiin liittyvien vertaisuskomuksiin vaikuttaminen pelillisin ja kuvallisin menetelmin*	2017–2019	2017–2019	250 000
201710165	*Sosiaalialan osaamiskeskus Verso –liikelaitos, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä*	*Neljä tuulta – integroiva toimintamalli ehkäisevään työhön, pilotti Päijät-Hämeessä – Päihteet, mielenterveys, lähisuhdeväkivalta ja rahapelihaitat*	2017–2019	2017–2019	225 000
Painopistealue yhteensä: 987 200 euroa					

2. Positiivisen mielenterveyden edistäminen ja itsemurhien ehkäisy

Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201710076	*Ikäinsituutin säätiö, Ikäinsituutti*	*Mielen hyvinvointi voimaksi ikäihmisten elämänhaasteisiin*	2017–2018	2017–2018	180 000
201710129	*Pohjois-Karjalan Sosiaaliturvayhdistys ry*	*IKAROS – Ikämiesten arjen osallisuuden edistäminen*	2017–2019	2017–2019	207 000
201710157	SOS-Lapsikyläsäätiö, Etelä-Suomen alue	*Lähellä – sukupolvet toistensa tukena*	2017–2018	2017–2018	83 200
Painopistealue yhteensä: 470 200 euroa					

3. Ylipainon ehkäisy ja vähentäminen ruokavalion ja fyysisen aktiivisuuden avulla (ravitsemukseen painottuvat: 201710056 ja 201710089, liikuntaan painottuva: 201710120)					
Hankenumero	**Hakija**	**Hankkeen nimi**	**Kesto**	**Päätös vuosille**	**Ehdotettu, euroa**
201710056	*Seinäjoen kaupunki*	*Seinäjoen kaupungin Lihavuus laskuun -ohjelman mallintaminen. Monialaisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kuvaus uudessa kunnassa*	2017–2018	2017–2018	193 500
201710089	*Itä-Suomen yliopisto*	*Kehonkuva hyvinvoinnin perustana (KEHUVA)*	2017–2019	2017–2019	344 300
201710120	*Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä*	*SATA-LIPAKE – Liikunta ja ravitsemus osana ylipainon hallintaa ja sairauksien hoitoa Satakunnassa*	2017–2019	2017–2019	311 800
Painopistealue yhteensä: 849 600 euroa					
Kaikki yhteensä: 2 307 000 euroa					
Hankkeita: 10					