

**Terveyden edistämisen määrärahan käyttösunnitelma
vuodelle 2016**

Ehdotus 9.12.2015

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.....	5
2.3 HUUMEET	6
2.4 MIELENTERVEYS.....	8
2.5 OSALLISUUS.....	9
2.6 RAVITSEMUS, LIIKUNTA JA TOIMINTAKYKY.....	10
2.7 TAPATURMIEN VÄHENTÄMINEN JA YMPÄRISTÖN ESTEETTÖMYYDEN TUKEMINEN	12
2.8 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS	14
3. Terveyden edistämisen määräraha valtion vuoden 2016 talousarviossa	17
4. Vuoden 2016 terveyden edistämisen määrärahan käyttösuunnitelman valmistelu	18
4.1 HANKKEIDEN KÄSITTELY JA KÄYTTÖSUUNNITELMAN VALMISTELU	18
4.2 HANKKEIDEN ARVIOINTI TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOKSESSA	18
4.3 YLEISIMMÄT RAHOITUKSEN MYÖNTÄMIS- JA HYLKÄÄMISPERUSTEET	19
5. Vuoden 2016 käyttösuunnitelman sisältö.....	21
6. Rahoitettavien hankkeiden luettelo.....	26

1. Terveys ja terveyden edistäminen

Terveys on jokapäiväisen elämän voimavara ja tärkeä arvo. Terveysteen 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 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 yhteisöllisyyttä 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. 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 parantumisesta on tapahtunut enemmän kuin alempiin ryhmiin kuuluvilla. Toimihenkilöt ovat terveempiä kuin työntekijät ja työssäkäyvät terveempiä kuin työttömät. Vuonna 2013 julkaistun Tilastokeskuksen tiedon mukaan suomalaisten miesten elinajanodote on 78 vuotta ja naisten 84 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 terveystalitiikan tavoitteet terveyden edistämiseksi

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

Kokonaisvastuu terveyden edistämiseksi 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. Päätöksentekijät tekevät runsaasti ratkaisuja epäsuorasti terveyteen vaikuttavissa asioissa. 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 edistämiseksi päättäessään kuntastrategiasta ja taloudesta. Käytännön toimeenpano toteutetaan toimialoilla johtamisjärjestelmään sisältyvän toimeenpanorakenteen kautta. Kunnassa on varmistettava yhteistyö eri toimijoiden välillä sekä nimettävä vastuutahot.

Suomessa 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 terveystalitiikkaa linjaava WHO:n Health 2020 korostaa. Terveyden edistämisen työtä ovat suunnanneet myös sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuohjelma (Kaste) sekä muut kansalliset terveyden edistämisen ohjelmat.

Kaste-suohjelma on uudistanut suomalaista sosiaali- ja terveystalitiikkaa vuodesta 2008 lähtien. Sen tavoitteena on, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja rakenteet on järjestetty asiakaslähtöisesti ja että hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat. Painopistettä on siirretty hyvinvoinnin edistämiseen ja ongelmien ehkäisemiseen. Kaste-suohjelmaa on toteutettu kuntien ja kuntayhtymien, eri hallinnonalojen, järjestöjen, seurakuntien, yritysten, koulutusyksiköiden sekä kansallisten ja alueellisten tutkimus- ja kehittämissuohjelmojen yhteistyöllä. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman yleisenä päämääränä on ollut antaa yhteinen pohja terveystalitiikalle, jonka nähdään koostuvan lukuisten itsenäisten toimijoiden, niin julkisen vallan kuin yksityisten ja kolmanteen sektoriin kuuluvien, työstä. Suohjelma on toiminut kansallisesti terveyden edistämisen sisällöllisenä perustana. Sosiaali- ja terveysministeriö on vastannut tavoitteiden toteutumisen seurannasta. Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa ehkäisevälle terveystalitiikalle on asetettu sekä tasotettä jakaumatavoitteita. Tasotavoitteita ovat ennenaikaisen kuolleisuuden vähentäminen, terveen ja

toimintakykyisen elinajan pidentäminen sekä pyrkimys mahdollisimman hyvään elämänlaatuun. Jakaumatavoite edellyttää väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamista.

Vuoden 2015 syksyllä olemme uuden kynnyksellä. Terveys 2015 -ohjelma ja Kaste-ohjelma päättyvät vuoden lopussa. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus etenee suunnitelmin, joissa sosiaali- ja terveydenhuolto siirtyy pois kuntien vastuulta SOTE-alueille. Myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi 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 vaikka vastuu väestön hyvinvoinnista ja terveyden edistämisestä on kunnilla, jotkut ongelmat ja haasteet ylittävät kuntarajat.

Uuden 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 käynnistetään 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 terveystyytymisen kehityksestä ja terveyden edistämisen tavoitteista sekä toimista

Ihmisten terveyden tilaan vaikuttavat perimä, ympäristö sekä elintavat eli terveystyytyminen. Sekä terveyteen että terveystyytymiseen 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 tyytymistä 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 terveystyytymisen osa-alueet. Tämä pätee myös toisinpäin, eli muutos yhdellä terveystyytymisen osa-alueella voi vaikuttaa monella tavalla yksilön terveyteen. Kohtuullisella alkoholinkäytöllä, tupakoimattomuudella, terveellisellä ravinnolla ja riittävällä liikunnalla voi vähentää riskiä sairastua kansansairauksiin.

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

2.1 Alkoholit

Tilanne

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 2014 (11,2 litraa 100 % alkoholia 15 vuotta täyttänyttä asukasta kohti) oli kutakuinkin samalla tasolla kuin vuonna 2003 (11,4 litraa). Jos laskutrendi jatkuu, saavutetaan kohta 1990-luvun alkoholinkulutuksen taso.

Suomalaisten alkoholin kokonaiskulutus vuonna 2014 oli yhä pohjoismaiden korkein asukasta kohden mitattuna. Eurooppalaisessa mittakaavassa luku 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.

Merkitys

Lisääntynyt alkoholinkulutus on näkynyt varsinkin kroonisten sairauksien kasvussa kuten myös yhteiskunnalle aiheutuneiden haittakustannuksien kasvussa. Eri haittatyypeistä alkoholikuolemien määrä on

kasvanut rajuimmin. Tämä koskee etenkin maksasairauksiin liittyviä kuolemia, joita vuotta 2004 edeltävinä vuosina oli 500–600, mutta sen jälkeen 1000–1150. Jotkut haitat, kuten alkoholiperäiset tie- ja vesiliikenneonnettomuudet, hukkumiset ja kaatumiset, ovat sen sijaan vähentyneet. 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 kuntien sosiaali- ja terveystalouden järjestämiseen.

Toimenpiteet ja vaikutukset

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. Myös alkoholijuomien fyysisen saatavuuden rajoittaminen on lähinnä poliittisen tahdon kysymys.

Alkoholihaittojen ehkäisytyössä sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämä ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoima Alkoholiohjelma on keskeisessä roolissa ohjaten kuntia ohjelman toteuttamisessa.

Alkoholipolitiikan tiukempi haltuun ottaminen tilanteessa, jossa alaikäisten nuorten raitistuminen on jatkunut yli kymmenen vuotta ja jossa rajoittavalle alkoholipolitiikalle on laajaa tukea, voi parhaimmillaan tapauksessa vahvistaa vuonna 2008 alkanutta alkoholinkulutuksen laskusuuntaa ja vähentää alkoholiperäisiä haittoja.

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 vuosituhaten 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 % ja tytöistä 13 %. Nuorten poikien nuuskakokeilut ja nuuskan käyttö on yleistynyt vuosituhaten 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. Tupakan valmisteveron kertymä oli 848 miljoonaa euroa vuonna 2013. Tupakkavero kattaa vain osan tupakoinnin yhteiskunnalle aiheuttamista kustannuksista. Viime vuosina tehdyt tupakkaveron korotukset eivät ole lisänneet tupakan matkustajatuontia.

Tavoitteet ja toimenpiteet

Tupakkalain tavoitetta muutettiin tupakkalakia uudistettaessa vuonna 2010. Kun aiemmin lailla pyrittiin tupakoinnin vähentämiseen, on tavoitteeksi nyt asetettu tupakkatuotteiden käytön loppuminen. Sosiaali- ja terveysministeriö on valmistelemassa tupakkalain uudistusta, jossa tullaan ottamaan huomioon EU:n uusi tupakkatuotedirektiivi, joka tuli voimaan toukokuussa 2014. Direktiivi tulee sisällyttää kansalliseen lainsäädäntöön viimeistään toukokuussa 2016.

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 käytetyimmäksi 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 lieventynyt merkittävästi.

Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjää 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 huumeepolitiikka vaatii eri hallinnonalojen tiivistä yhteistyötä perustyön kehittämiseksi ja ongelmakohtien tunnistamiseksi. Valtioneuvosto on hyväksynyt toimenpideohjelman huumausaineiden käytön ja siihen liittyvien haittojen ehkäisemiseksi vuosiksi 2012–2015.

2.4 Mielenterveys

Tilanne

Mielenterveys ei ole vain mielen sairauksien puuttumista, vaan ensisijaisesti se tulee ymmärtää yksilön myönteisenä voimavarana. Mielenterveys mahdollistaa elämän ilon, tukee arjessa jaksamista ja auttaa selviytymään vastoinkäymisistä. Käsitteenä mielenterveys tarkoittaa muun muassa joustavuutta, vuorovaikutustaitoja, elämönhallintaa, itsetuntoa, elinvoimaisuutta ja henkistä vastustuskykyä. Muita hyvän mielenterveyden tunnusmerkkejä ovat hyvä toimintakyky ja kyky luoda ihmissuhteita.

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. Raja mielenterveyden ja sairauden välillä on häilyvä, mutta mielenterveyden häiriöt pyritään määrittämään mahdollisimman selkeästi. Määrittäminen 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 tietynä 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. Mielenterveys- ja päihdeongelmien esiintyminen samanaikaisesti on selvästi lisääntynyt. Myönteistä 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 arviointiin päättyvässä kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa esitettiin sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman keskeisiä tavoitteita ovat olleet mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistäminen ja haittojen ehkäisy, mielenterveys- ja päihdeasiakkaan aseman

vahvistaminen, avo- ja peruspalvelujen painottaminen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisessä sekä toiminnan säädosperäinen uudistaminen, muutosprosessin valtakunnallinen toimeenpano ja koordinaatio.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanossa keskeisinä toimijoina ovat olleet laajat mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeet sekä kunnat ja sairaanhoitopiirit. Mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen ja vakiinnuttaminen on edellyttänyt sen sisällyttämistä kuntien strategioihin. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos on tukenut kuntia strategioiden laatimisessa, hyvien käytäntöjen ja näyttöön perustuvien toimintamallien juurruttamisessa sekä mielenterveys- ja päihdetyön alueellisten koordinaatorakenteiden mallintamisessa ja implementoinnissa.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman loppuarvioinnissa arvioidaan suunnitelman ehdotusten toteutumista sekä esitellään hyviä käytäntöjä. Loppuraportti julkaistaan loppuvuodesta 2015.

2.5 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 laitoshoidon 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 edistämässä, 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.

Kaste-ohjelman tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja. Kaste-ohjelman läpileikkaavana periaatteena on osallisuus ja asiakaslähtöisyys, jotka tarkoittavat muun muassa ihmisten kuulemista ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä itseä koskevassa päätöksenteossa, palveluissa ja niiden kehittämisessä. Kaste-ohjelmassa on kuusi osaohjelmaa, joista erityisesti osaohjelma 1:ssä parannetaan riskiryhmien mahdollisuutta hyvinvointiin, terveyteen ja osallisuuteen.

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

2.6 Ravitsemus, liikunta ja toimintakyky

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 ravitsemussuosituksen 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. 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 %:sta 76 %:iin. Miestenkin vapaa-ajan liikunta on yleistynyt noin

44 %:sta 70 %:iin. 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 % täytti terveystieteiden suositukset eli harrasti riittävästi kestävyysliikuntaa ja lihaskunto- ja tasapainoharjoittelua vuonna 2011. Kestävyysliikunnan osalta suositukset saavutti noin neljännes, mutta lihaskunto- ja tasapainoharjoittelun osalta vain noin 10 %. Huolestuttavinta on kuitenkin se, että yli puolet suomalaisista liikkuu terveystieteiden kannalta riittämättömästi eli liikunnan määrä alittaa terveystieteiden suositukset. Riittämättömästi liikkuvien osuus kasvaa iän myötä.

Liikunnan lisäämisen ohella yhä tärkeämpään asemaan on noussut runsaan istumisen vähentäminen. Terveystieteiden 2011 -tutkimuksessa havaittiin, että keskimäärin 76 % valvellaoloajasta vietettiin paikallaan. Tämä tarkoittaa, että suomalaiset aikuiset viettäisivät päivittäin valvellaoloajasta keskimäärin hieman yli 9 tuntia istuen tai maaten ja noin 2 tuntia ja 30 minuuttia paikallaan seisoen. Terveystieteiden suositusten edellyttämää reipasta fyysistä aktiivisuutta oli noin 4 % valvellaoloajasta.

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 riittäväällä 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 edistämällä ja tautien ehkäisyllä voidaan saada säästöjä ja hillitä terveydenhuoltomenojen kasvua. Toteutetut interventiot osoittavat, että ruokavalintojen muutokset esim. kouluruokailussa ovat mahdollisia.

Merkittävimmit 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. Kolesterolin- ja verenpainearvoihin voi tiettyssä määrin vaikuttaa ravinnon laadulla ja riittäväällä liikunnalla. Luun haurastumista ja murtumariskiä voidaan pienentää riittäväällä 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 ravitsemussuositukset on laadittu vuonna 2014. Ruokataason suositukset korostavat terveyttä edistävän ruokavalion kokonaisuutta ja säännöllisten, jokapäiväisten valintojen merkitystä.

Vuonna 2010 valtion ravitsemusneuvottelukunta antoi ravitsemussuositukset ikääntyneille. Erilliset suositukset ovat tärkeitä, koska ikääntyneen ihmisen hyvä ravitsemus ylläpitää terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua. Lisäksi hyvä ravitsemustila nopeuttaa sairauksista toipumista ja pienentää terveydenhuollon kustannuksia. Myös kotona asumisen mahdollisuudet ovat paremmat, mikäli ravitsemustila on hyvä.

Suosituksen yleisemmät tavoitteet ovat: selkeyttää iäkkäiden ihmisten ravitsemukseen liittyviä keskinäisiä eroja ja ravitsemushoidon tavoitteita, lisätä tietoa ikääntyneiden ravitsemuksen erityispiirteistä ja yhdenmukaistaa hyvät käytännöt, ohjata tunnistamaan ravitsemustilan heikkeneminen ja toteuttamaan ravitsemushoitoa käytännön hoitotyössä osana ikääntyneen ihmisen hyvää hoitoa.

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 elämänsä aikana. Keskeisiä näkökulmia ovat mm. liikunnan ja fyysisen aktiivisuuden merkitys yksilön ja yhteiskunnan terveyden, hyvinvoinnin ja kilpailukykyyn perusedellytyksenä; luodaan yhteistyössä mahdollisuuksia fyysisesti aktiiviseen elämään; kiinnitetään huomiota yhdenvertaisuuteen ja sukupuolten tasa-arvoon.

Terveyttä ja hyvinvointia edistävää liikuntaa tulisi kehittää mm. arjen istumista vähentämällä, lisäämällä liikuntaa koko elämänsä aikana, lisäämällä liikunnan merkitystä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi, sekä vahvistamalla liikunnan asemaa yhteiskunnassa. Erityisesti toimenpiteitä pyritään kohdentamaan terveytensä ja hyvinvointinsa kannalta riittämättömästi liikkuvien henkilöiden aktivoimiseen eri ikäryhmissä. Lisäksi organisaatioiden ja päätöksentekijöiden tulee kannustaa yksilöitä ja yhteisöjä liikunnalliseen ja terveelliseen elämäntapaan. Myös monet järjestöt toimivat aktiivisesti väestön liikunta- ja ravitsemustottumusten muuttamiseksi terveellisempään suuntaan.

2.7 Tapaturmien vähentäminen ja ympäristön esteettömyyden tukeminen

Tilanne

Vuonna 2013 tapaturmaisesti kuoli yhteensä 2548 henkilöä, 1660 miestä ja 888 naista. Yleisin kuolemaan johtanut tapaturma oli kaatuminen tai putoaminen, joihin kuoli yhteensä 1113 henkilöä. Kuolemaan johtaneista kaatumistapaturmista noin 80 % tapahtuu yli 70-vuotiaille, puolet näistä tapahtuu kodin sisällä tai sen välittömässä läheisyydessä ja viidennes hoitolaitoksissa. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien aiheuttamista kuolemista noin puolet tapahtuu työikäisille. Työikäisten tapaturmat ovat merkittävästi yleisempiä miehillä

kuin naisilla ja päihteet ovat osallisina noin 70 %:ssa työikäisten tapaturmista. Tapaturma on lasten ja nuorten yleisin yksittäinen kuolinsyy. Lasten ja nuorten tapaturmaisista kuolemista suurin osa (83 %) sattuu 15–24-vuotiaille ja tapaturmia tapahtuu enemmän pojille kuin tytöille. Yleisimpinä syinä lasten- ja nuorten tapaturmakuolemista on myrkytykset ja liikennetapaturmat.

Tapaturmakuolemista saadaan luotettavaa tilastotietoa, mutta tapaturmien kokonaismäärää ja niiden hoidosta aiheutuvaa kuormitusta palvelujärjestelmälle voidaan vielä vain arvioida siten, että kutakin tapaturmaista kuolemaa kohden voidaan laskea noin 30-kertainen määrä tapaturmista johtuvia vuodeosastohoitoja ja 200-kertainen määrä polikliinisesti hoidettuja tapaturmia. Vuonna 2013 Suomessa tapaturmien sairaalahoidosta kertyi noin miljoona hoitopäivää, näistä noin puolet oli seurausta kotiympäristössä tapahtuneista tapaturmista.

Tapaturmakuolleisuus on vuodesta 2006 lähtien ollut laskussa, mutta edelleen tapaturmien määrä on huomattava ja tapaturma on suomalaisten neljänneksi yleisin kuolemansyy. Suomessa on Euroopan kuudenneksi ja pohjoismaiden suurin tapaturmakuolleisuus.

Merkitys

Esteetön ympäristö on olennainen sekä vammaisille henkilöille, mutta myös esimerkiksi iäkkäille sekä kenelle tahansa, jolla on tilapäinen tai pysyvä terveydentilan, toiminta- tai liikkumiskyvyn muutos joka vaikuttaa elinympäristössä selviytymiseen turvallisesti ja vaivattomasti. Esteetön ympäristö tukee kotona selviytymistä mahdollisimman pitkään ja turvallisesti. Esteettömyydellä on tärkeä merkitys hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi, se lisää yhdenvertaisuutta ja on osa kestävästä kehityksestä. Ympäristön esteettömyys on tärkeä tekijä sosiaalisen esteettömyyden ja osallisuuden toteutumisessa.

Esteetön ympäristö lisää kaikkien turvallista liikkumista ja tilojen käyttöä. Esteettömässä ympäristössä on turvallisuuden lisäksi kyse toimivuudesta ja helppokäyttöisyydestä. Rakennetun ympäristön esteettömyyteen kuuluvat ympäristön fyysisten rakenteiden kuin myös audiitiivisesta, visuaalisesta ja kognitiivisesta esteettömyydestä huolehtiminen.

Suomessa esteettömyyttä ja sen toteutumista määrittävät useat lait ja asetukset. Perustuslain (6 §) mukaan jokaisen ihmisen tulee olla yhdenvertainen riippumatta terveydentilasta tai vammasta. Rakennetun ympäristön esteettömyyttä ohjaavat mm. maankäyttö- ja rakennuslaki sekä sitä täydentävä asetus. Suomi allekirjoitti YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan yleissopimuksen vuonna 2007, jossa määritellään toimenpiteitä, joiden tavoitteena on kansalaisten yhdenvertaisuus rakennetussa ympäristössä. Suomen vammaispoliittinen ohjelma (VAMPO 2010–2015) sisältää 122 konkreettista toimenpidettä, joilla mm. lisätään vammaisten henkilöiden osallisuutta sekä koko yhteiskunnan esteettömyyttä.

Koti- ja vapaa-ajan tapaturmat ovat merkittävä kansanterveys- ja turvallisuusongelma. Tapaturmat ovat paitsi merkittävä ennenaikaisen kuoleman syy, niistä aiheutuu monenlaista inhimillistä kärsimystä ja haittaa sekä merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle. Tapaturmista aiheutuu suoria kustannuksia, jotka muodostuvat pelastus ja ensihoidosta, sairaala- ja avohoitokustannuksista, sairaspäivärahoista työkyvyttömyyseläkkeistä sekä muista etuuksista. Nämä ovat lähes miljardia euroa vuodessa. Tapaturma aiheuttaa monesti myös välillisiä seurauksia, jotka heikentävät henkilön terveyttä ja hyvinvointia ja aikaansaavat kustannuksia pitkällä aikavälillä. Tällainen voi olla esimerkiksi iäkkäälle kaatumisen seurauksena syntynyt liikkumisen pelko, toimintakyvyn heikkeneminen ja lisääntynyt avun ja palveluiden tarve.

Tavoitteet ja toimenpiteet

Suomen vammaispoliittisessa ohjelmassa 2010-2015 yhteiskunnan esteettömyyden laaja-alainen vahvistaminen ja lisääminen on yksi ohjelman viidestä kärjestä. Ohjelman seurantaraportissa 2014 todetaan, että esteettömyyttä lisääviä toimia on aloitettu, mutta vain osa niistä on jatkuvia. Ikääntyneiden asumisen kehittämissuunnitelmassa 2013-2017 tavoitteina on muun muassa esteettömät, turvalliset ja toimivat asunnot ja asuinolot iäkkäille

Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tavoiteohjelmalla 2014-2020 pyritään vähentämään tapaturmakuolemia 25 prosentilla vuoteen 2025 mennessä. Tämän saavuttamiseksi ja kaikenlaisten tapaturmien vähentämiseksi ohjelmassa on määritelty keskeisiksi tehtäviksi turvallisuuskulttuurin parantamisen ja turvallisuustyön vahvistamisen, päihteiden ja lääkkeiden käyttöön liittyvien tapaturmien ehkäisyn kehittämisen ja toteutumisen, yhdenvertaisuuden vahvistamisen ja erityisesti haavoittuvien ryhmien turvallisuuden parantamisen, ympäristön ja tuotteiden turvallisuuden parantamisen sekä kaatumis- ja putoamistapaturmien ehkäisytöiden kehittämisen ja toteutumisen.

Sekä esteettömyys että tapaturmien ehkäisy ja niiden toteutuminen läpäisee eri hallinnonalat. Tuloksellinen toiminta esteettömyyden toteutumiseksi ja tapaturmien ehkäisemiseksi edellyttää paitsi eri sektoreiden yhteistyötä myös laaja-alaista yhteistyötä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Tavoitteiden saavuttamiseksi eri tahojen sitoutuminen toimeenpanoon on olennaista.

2.8 Seksuaali- ja lisääntymisterveys

Tilanne ja merkitys

Kansainvälisesti verraten seksuaali- ja lisääntymisterveyden tilanne on Suomessa hyvä. Nuorten seksin aloittaminen on siirtynyt 2000-luvulla hieman myöhemmäksi, teiniraskauksia on vähän ja teini-ikäisten raskaudenkeskeytysten määrä on vähentynyt. Vuonna 2013 alle 20-vuotiailla oli keskeytyksiä 10,5 tuhatta vastaavanikäistä naista kohden. Eniten keskeytyksiä oli kuitenkin edelleen 20–24-vuotiailla (17,5/1 000 vastaavanikäistä naista). Äitiys- ja perinataalikuolleisuus ovat yhdet matalimmat maailmassa.

Keisarileikkausten määrä on pysynyt kansainvälisesti verrattuna erittäin alhaisena: vuonna 2014 vain 16 %. Terveystiedon opetuksesta huolimatta vuoden 2015 kouluterveyskyselyn mukaan neljännes perusopetuksen yläluokkalaisista vastasi vähintään puoleen seksuaaliterveyteen liittyvistä 12 väittämästä väärin. Poikien tiedot seksuaaliterveydestä olivat tyttöjä huonommat. Lääkärillä tai terveydenhoitajalla käynnin seksuaaliterveysasioissa koki vaikeaksi neljännes perusopetuksen yläluokkalaisista. Ehkäisyn käytössä on vielä puutteita. Noin viidennes peruskoululaisista ei ollut käyttänyt ehkäisyä viimeisimmässä yhdynnässään. Alle 20-vuotiaista raskautensa keskeyttäneistä kolmannes ilmoitti, ettei ollut käyttänyt ehkäisyä. Eri tavoilla tapahtuva seksuaalinen häirintä koskettaa monia nuoria. Vuoteen 2013 verrattuna seksuaalisen häirinnän ja väkivallan yleisyys on hieman vähentynyt, mutta on silti edelleen korkea. Tytöistä noin puolet oli kokenut seksuaalista häirintää, pojista vajaa viidennes. Seksuaalista väkivaltaa oli pojista kokenut alle joka kymmenes ja tytöistä 12–22% vaihdellen kouluasteittain.

Raportoitujen klamydiatapausten määrä ei ole vähentynyt, vaikka diagnostiikassa, näytteenotossa, hoidossa ja hoidettujen seurannassa on tapahtunut muutoksia parempaan suuntaan. Tartuntoja todetaan noin 13 000 vuosittain; suurin osa alle 25-vuotiailla. Toistuvien infektioiden osuus on noussut. Hiv-tartuntojen määrä on viime vuosina pysynyt vakaana; vuosittain todetaan noin 180 uutta tartuntaa. Valtaosa niistä on saatu heteroseksissä tai miesten välisessä seksissä. Nuorten hiv-tietämys on heikentynyt. Vuonna 2015 enää 58 prosenttia tiesi, että hi-virus jää tartunnan jälkeen pysyvästi elimistöön.

Maahanmuuttajien määrä on lisääntynyt huomattavasti. Heidän seksuaali- ja lisääntymis-terveytensä poikkeaa jonkin verran kantaväestöstä. Turvapaikanhakijoiden ja paperittomien seksuaali- ja lisääntymis-terveyspalvelujen saatavuuteen tulee lähitulevaisuudessa kiinnittää erityistä huomiota.

Synnyttäväväestön ongelmana ovat ikääntyminen ja ylipaino. Kaikkien synnyttäjien keski-ikä oli vuonna 2014 jo 30,4 ja ensisynnyttäjien 28,6 vuotta. Yli kolmannes synnyttäneistä oli ylipainoisia (BMI 25 tai enemmän). Raskauden aikana tupakoineiden määrä on pysynyt 15–16 prosentissa, mutta tupakoinnin raskausaikana lopettaa yhä useampi: 46 % vuonna 2014. Imukuppsynnytykset ovat yleistyneet. Sekä matkasynnytysten että muiden sairaalan ulkopuolisten suunnittelemttomien synnytysten määrä on lisääntynyt. Vuonna 2012 matkalla sairaalaan syntyi 63 ja vuonna 2014 jo 77 lasta. Muita suunnittelemttomia sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä oli 60 vuonna 2012 ja jo 96 vuonna 2014.

Tavoitteet

Seksuaali- ja lisääntymis-terveyteen ja seksuaalikäyttäytymiseen pyritään vaikuttamaan asiallisella tiedolla ja seksuaalikasvatuksella. Neuvonnan ja seksuaalikasvatuksen tulee jatkua läpi elämän osana varhaiskasvatuksen, perusasteen, toisen asteen ja korkea-asteen opetusta ja näiden opiskelijoiden terveyspalveluja, armeijan terveyskasvatusta ja -palveluja sekä aikuisten ja ikääntyneiden terveyspalveluja ja -neuvontaa. Edistämällä seksuaali- ja lisääntymis-terveyttä edistetään kansanterveyttä ja hyvinvointia.

Seksuaali- ja lisääntymis-terveyden toimintaohjelmassa vuosille 2014–2020 on esitetty tavoitteet seksuaali- ja lisääntymis-terveyden edistämiseksi vuoteen 2020 asti. Painopistealueita ovat lapset ja nuoret, miesten seksuaali- ja lisääntymis-terveys, monikulttuurisuus ja hyvä syntymä.

Toimenpiteet ja vaikutukset

Suomen kattavia koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluja sekä ehkäisyneuvoloiden verkkoa on pidetty nuorten hyvän seksuaali- ja lisääntymis-terveyden voimavarana. Myös terveystiedon opetuksen, joka sisältää seksuaaliopetuksen, arvioidaan vaikuttaneen myönteiseen kehitykseen. Nuorten puberteetin aikaistuminen ja HPV-rokotuksen (human papillooma virus) lisääminen kansalliseen rokotusohjelmaan edellyttävät terveystiedon opetuksen kehittämistä ja varhentamista niin, että se aloitettaisiin jo luokka-asteilla 5–6.

Suomen erinomainen äitiys- ja perhesuunnitteluneuvolatoiminta on ollut naisten seksuaali- ja lisääntymis-terveyden edistämisen kulmakivi. Synnyttäväväestössä tapahtuneet muutokset ja toisaalta synnytys-sairaaloiden verkoston harveneminen aiheuttavat tulevaisuudessa haasteita äitiys- ja perhesuunnittelu-neuvoloiden toiminnalle. Miesten seksuaali- ja lisääntymis-terveyspalveluja ei ole ollut saatavilla julkisessa terveydenhuollossa.

Tulevia haasteita ovat esimerkiksi:

- nuoret, joiden elämässä ongelmat kasaantuvat
- maahanmuuttajat, turvapaikanhakijat ja paperittomat
- seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt
- seksuaalisen väkivallan ja häirinnän kokeneet ja tekijät
- ikääntyvien seksuaaliterveys
- synnyttäjien ikääntyminen
- ylipainon ja lihavuuden yleistymisen (raskaaksi tuleminen, raskausaika ja synnytys)

Terveystieteiden laissa, sen perusteella päivitetty asetus (338/2011) ja oppilas- ja opiskeluhuoltolaki (1287/2013) sekä monet oppaat ohjeistavat neuvolatoimintaa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa ja niissä toteutettavia lasten ja nuorten terveystarkastuksia ja -neuvontaa. Seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen liittyvät asiat sisältyvät näihin palveluihin.

3. Terveyden edistämisen määräraha valtion vuoden 2016 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 terveyden edistämisen kokeilu- ja kehittämishankkeisiin sekä terveyden edistämistä tukeviin tutkimushankkeisiin ja -ohjelmiin. Terveyden edistämisen määräraha on kolmivuotinen siirtomääräraha valtion talousarvion momentilla 33.70.50 terveyden edistäminen.

Valtion vuoden 2016 talousarvio

33.70.50 terveyden edistäminen (siirtomääräraha 3 v)

Momentille myönnetään 2 430 000 euroa.

Talousarvioesityksen täydentävässä esityksessä 19.11.2015 Terveyden edistämisen määrärahan momentille myönnettiin 2 430 000 euroa 2 930 000 euron sijaan. Neuvottelevan virkamiehen Heli Hätösen kanssa käydyn keskustelun perusteella (27.11.2015) THL tekee uuden ehdotuksen määrärahan jaosta, jossa huomioidaan määrärahan supistaminen.

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.

Selvitysosa:

Määrärahan mitoituksessa huomioon otetut muutokset (1000 euroa)	
Sopeutustoimi	-500
Yhteensä	-500

4. Vuoden 2016 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 2016 terveyden edistämisen käyttösuunnitelmaksi ministeriön antaman määrärahaan ja painopistealueita koskevien ohjeiden pohjalta.

4.1 Hankkeiden käsittely ja käyttösuunnitelman valmistelu

Terveyden edistämisen määräraha julistettiin haettavaksi toukokuussa, ja hanke-ehdotusten jättöaika päättyi 14.6.2015. Hanke-ehdotukset jätettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sähköisen hankehallintajärjestelmän kautta. Yhteensä hanke-ehdotuksia vastaanotettiin ja käsiteltiin 136 kpl ja niiden yhteissumma oli 28 672 932 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 arviointiryhmän puheenjohtaja, joka oli vastuussa arviointiryhmänsä työskentelystä. Kaikki hakemukset arvioitiin asiantuntijan toimesta sekä käsiteltiin yhteisessä ryhmäkokouksessa.

Hanke-ehdotukset asetettiin painopistealueisiin, joita olivat:

- terveyden edistämisen rakenteiden, menetelmien, laadun ja yhteistyön kehittäminen,
- tupakan, alkoholin ja huumeiden käytön ehkäisy ja vähentäminen,
- mielenterveyden edistäminen ja väkivallan ehkäiseminen,
- toimintakyvyn edistäminen ja liikunnan lisääminen,
- terveellisen ravitsemuksen edistäminen,
- ympäristön esteettömyyden tukeminen ja tapaturmien vähentäminen ja
- seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen.

Hanke-ehdotukset arvioitiin käyttäen terveyden edistämisen määrärahan hanke-ehdotuksille tarkoitettuja arviointikriteerejä ja arviointilomaketta. Arviointikriteerit koskevat mm. hankkeen innovatiivisuutta, siinä kehitettyjä tai käyttöön otettuja hyviä käytäntöjä, hankkeen perusteluja, suunnitelman laatua, odotettavien tulosten realistisuutta, levittämistä ja juurruttamista, hakijoiden taitoa ja yhteistyöverkostoja, resurssien realistisuutta, hankkeen kykyä vaikuttaa sosioekonomisiin terveyseroihin ja mahdollisten eettisten ongelmien

huomiointia. 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 2016 määrärahalla rahoitettavalle toiminnalle asetettuihin tavoitteisiin. Lisäksi kokonaisuudessa huomioitiin määrärahasta aiemmin rahoitetut, yhä käynnissä olevat hankkeet.

Rahoituksen myöntämisen tärkein peruste oli hankkeen tuoma lisäarvo terveyden edistämiseksi. Tuettavan hankkeen tuli kehittää terveyden edistämisen rakenteita, menetelmiä, laatua tai yhteistyötä. Tärkeää oli myös hankkeen kytkentä kansallisiin terveyden edistämisen ohjelmiin. Rahoitettavaksi ehdotettavia hankkeita perusteltiin ministeriön ohjeen mukaisesti erityisesti hankkeiden kyvylä vaikuttaa sosioekonomisten väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseen, mukaan lukien sukupuolten väliset terveyserot. Myös hankesuunnitelmien laatu oli arviointiin vahvasti vaikuttava tekijä.

Yleisimpiä perusteita, miksi hanke-ehdotusta ei esitetty rahoitettavaksi, olivat hankkeen vähäinen lisäarvo terveyden edistämiseksi sekä epärealistinen tai epäselvä suunnitelma. Joitakin hakemuksia esitettiin hylättäväksi, koska niissä suunnitellun toiminnan kärki oli sairauden hoidossa tai kuntoutuksessa eikä terveyden edistämiseksi, tai suunniteltua toimintaa oli vaikeaa erotella kunnan perustoiminnasta. Myöskään kaupalliseen toimintaan tähtääviä hankkeita ei esitetty rahoitettaviksi.

4.3 Yleisimmät rahoituksen myöntämis- ja hylkäämisperusteet

Rahoituksen myöntämisen tärkein peruste on hankkeen tuoma lisäarvo terveyden edistämiseksi. Hankkeiden tulee painottua terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn. Hoitoa ja kuntoutusta ei tueta. Käyttösuunnitelman valmistelussa huomioidaan itse hanke-ehdotuksen lisäksi sen soveltuminen terveyden edistämiseen yleensä ja se, miten hanke liittyy terveyden edistämisen kansallisiin strategioihin ja ohjelmiin tai täydentää niitä. Hankkeiden priorisoinnissa otetaan huomioon sekä terveyden edistämisen määrärahan lakiperusta että hankkeiden painottuminen terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin eri alueille. Myös alueelliset tekijät on pyritty huomioimaan.

Merkittäviin kansanterveys- ja hyvinvointiongelmien liittyvien hankkeiden lisäksi tuetaan hankkeita, jotka kohdistuvat terveyden ja hyvinvoinnin suhteen huonoimmassa asemassa oleviin väestöryhmiin. 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 toimittiin yhteistyössä opetus- ja kulttuuriministeriön sekä raha-automaattiyhdistyksen sekä Kaste-hankkeista vastaavien tahojen kanssa.

Pyrkimyksenä on tukea hankkeita, jotka tehostavat terveyden edistämisen rakenteiden ja menetelmien kehittämistä sekä eri toimijoiden yhteistyötä. Rahoitettujen hankkeiden tulee myös tuoda kansallista lisäarvoa terveyden edistämiseksi hyödyntämällä jo olemassa olevia hyviä käytäntöjä innovatiivisesti tai kehittämällä uudenlaisia menetelmiä terveyden edistämiseen. Tähän pyrkimykseen 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.

Jotta hankkeen voidaan odottaa onnistuvan, tulee sillä olla koko hankkeen keston kattava suunnitelma. Erityistä painoarvoa hankkeen arvioinnissa annetaan suunnitelmassa esitetyille tavoitteille, tuotoksille, toimijan omille voimavaroille ja prosessikuvaukselle. Talouden osalta arvioidaan muun muassa esitettyjen kustannusten asianmukaisuutta, kustannustehokkuutta ja mahdollisia riskejä. Varoja ei myönnetä kaupalliseen tarkoitukseen, eikä hankkeisiin, joita voidaan pitää kuntien, järjestöjen tai muiden toimijoiden lakisääteisenä tai normaalina perustoimintana. Hankkeilta edellytetään omarahoitusosuutta. Avustusta voidaan myöntää hankkeelle täysimääräisenä vain erityisen painavasta syystä.

5. Vuoden 2016 käyttösuunnitelman sisältö

Terveyden edistämisen määrärahan vuoden 2016 käyttösuunnitelmaan sisältyvät hankkeet tukevat ministeriön strategian, terveyserojen kaventamisen toimenpideohjelman, Alkoholiohjelman, kansallisen päihde- ja mielenterveysuunnitelman, terveyttä ja hyvinvointia edistävän liikunnan linjausten 2020, kansallisen koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn ohjelman, seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 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 2016 rahoitettavien hankkeiden joukossa on **lapsia, nuoria ja lapsiperheitä** koskevia hankkeita. Niissä paneudutaan muun muassa lapsiin ja nuoriin kohdistuvan kaltungkohtelun ja vanhempien ongelmien ylisukupolvisuuden ehkäisyyn, lasten terveellisten elintapojen edistämiseen kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä ja nuorten terveyskäyttäytymiseen erityisesti seksuaali- ja lisääntymisterveyden osalta nuoria itseään osallistavissa hankkeissa. Lisäksi tuetaan lasten ja nuorten oppimisedellytyksiä ja ehkäistään mielenterveysongelmien syntymistä ja siitä johtuvaa syrjäytymistä eri elämänvaiheissa.

Aikuisväestön terveyden edistämistä tuetaan vuonna 2016 rahoittamalla hankkeita, joissa tavoitteena on lisätä syrjäytymisvaarassa olevien osallisuutta ja yhdenvertaisuutta, lisätä liikuntaa ja parantaa ravitsemusta sekä edistää tupakoimattomuutta. Hankkeissa paneudutaan hyvinvoinnin edistämiseen erityisesti työelämän ulkopuolella olevien keskuudessa. Arkiliikunnan ja säännöllisen liikunnan harrastaminen ja väestön terveellisen ravitsemuksen edistäminen on kaikissa ikäryhmissä tärkeää ylipainon, sydäntautien ja diabeteksen ehkäisemiseksi. Lisäksi tuetaan hankkeita, joiden tavoitteena on luoda uudenlaisia yhteistyörakenteita terveyden edistämisen tukemiseksi. **Ikääntyneiden** osalta tuetaan mielen ja toimintakyvyn vahvistamista kotona selviytymisen mahdollisuuksien paranemiseksi. Ikääntyneiden hyvinvointiin pyritään vaikuttamaan myös edistämällä ikääntyvien omaishoitajien jaksamista.

Vuoden 2016 aikana tuetaan erityisesti hankkeita, jotka ottavat huomioon ja pyrkivät kaventamaan **sosioekonomisten väestöryhmien välisiä terveyseroja**, mukaan lukien **sukupuolten väliset terveyserot**.

Hankkeita, joiden päätarkoitus on hoito ja/tai kuntoutus ei tueta. Varoja ei myöskään myönnetä perustutkimukseen, opinnäytetöihin, kaupalliseen toimintaan tai kuntien, järjestöjen ja muiden toimijoiden lakisääteiseksi tai normaaliksi katsottavaan perustoimintaan. Hankkeen toteuttajalla tulee olla tarpeellinen osaaminen, riittävät voimavarat ja puitteet hankkeen toimeenpanoon.

Vuonna 2016 rahoitetaan 15:a hanketta, joista kaikki ovat uusia (2 364 000e).

Vuoden 2015 terveyden edistämisen määrärahalta rahoitettiin 18 hanketta. Näistä hankkeista vuosille 2016-2017 jatkuu 14 hanketta. Vuonna 2016 eri vuosien terveyden edistämisen määrärahalta rahoitettuja hankkeita on käynnissä yhteensä 40 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 uudelleen kohdennettu hankkeiden hallinnointiin vuosittain.

Uudelleenkohdennettavan määrärahan selvästi pienentyessä ehdotetaan vuoden 2016 käyttösuunnitelmaan sisällytettävän **yhteensä 66 000 euron osuus määrärahasta käytettäväksi rahoitettujen hankkeiden hallinnointiin**. Tällä varmistetaan hankkeiden hallinnoinnin riittävät edellytykset. Hallinnointiin käytettävän määrärahan käyttösuunnitelma on esitetty alla olevassa taulukossa.

Hallinnointiin pyydettyä rahamäärä on aikaisempaa suurempi sen takia, että hankkeiden hallinnoinnissa käytettävä sähköinen järjestelmä kilpailutetaan aikaisemman sopimuksen päättymisen vuoksi ja uusi järjestelmä otetaan käyttöön huhtikuussa 2016. Tämän prosessin läpivieminen nostaa kustannuksia tavanomaista kehittämistä ja hallinnointia suuremmaksi.

Selvitys käyttökohteesta	Varattu summa (arvio)	Vastuutaho
Hakuilmoitukset vuoden 2017 Terveiden edistämisen määrärahan hausta	8 000 euroa	THL
Määrärahan haun ja hallinnoinnin sähköisen järjestelmän ylläpito vuonna 2016, vuosittaisiin hakuihin liittyvä kehittäminen sekä sähköisen järjestelmän kilpailutus ja uuden järjestelmän käyttöönotto vuonna 2016	50 000 euroa	THL
Terveiden edistämisen määrärahalta rahoitettujen hankkeiden talouden tarkastukset	8 000 euroa	THL
Yhteensä	66 000 euroa	

Vuonna 2016 hankkeita rahoitetaan seuraavin hankekohtaisin perusteluin:

Hankenumbero	Hakija	Hankkeen nimi
201610153	<i>Hämeenlinnan seudun settlementti ry</i>	<i>Yhteistyötä ja ohjausta</i>
	Hankkeen päämääränä on tukea alueen pitkäaikaistyöttömien ja maahanmuuttajien hyvinvointia ja terveyttä matalankynnyksen toimintapisteissä (terveystietotupaverkosto). Hankkeen tarkoituksena on ennaltaehkäistä terveysongelmia, edistää hyvinvointia erityisesti matalammissa sosioekonomisissa väestöryhmissä ja tuoda tietoa sinne, missä ihmiset liikkuvat. Laajat toimivat yhteistyökuviot ovat hankkeen osalta valmiina. Tavoitteita ja erilaisia toimia suunniteltu hyvin laajasti, kuten myös hankkeen toiminnan juurruttaminen. Yhteisöllisyyden rakentamiseen lähdetään hankkeessa yhteisen, konkreettisen toiminnan kautta. Hankkeeseen on haettu rahoitusta myös RAY:lta. Hankkeelle esitetään päätöstä kolmelle vuodelle.	
201610128	<i>Asikkalan kunta /Asikkalan vapaa-aikapalvelut</i>	<i>Hyvinvointisuunnitelma ja liikuntaneuvonta osana pitkäaikaistyöttömien aktivointisuunnitelmaa</i>
	Hanke tarttuu tärkeään aiheeseen ja on realistisesti suunniteltu. Tuotoksena on terveellisiä elintapoja tukeva ja työkykyä ylläpitävä toimintamalli, jossa terveydenhuolto ja terveellisiä elintapoja tukevat toiminnot saadaan mukaan muihin työllistymistä tukeviin prosesseihin. Hankkeessa on hyvät yhteistyötahot. Mahdollisuus toiminnan juurtumiseen hankkeen päättymisen jälkeen on todellinen. Toimintamallia on myös mahdollisuus levittää alueellisesti. Hankkeessa on mahdollisuus saada paljon hyötyä vähällä rahalla. Myös tuloksien arviointi on sisällytetty suunnitelmaan, jolloin saadaan arvokasta tietoa muiden toimijoiden hyödynnettäväksi. Hankkeelle esitetään päätöstä kahdelle vuodelle.	

201610287	<i>Helsingin yliopisto, Kansanterveystieteen osasto</i>	<i>Tupakoinnin lopettamisen tuki työterveyshuollossa</i>
	<p>Hankkeessa pyritään edistämään tupakoinnin vähenemistä työterveyshuollon avulla. Tarkoitus on tuottaa, testata ja jalkauttaa toimintamalli tupakoinnin lopettamisen tuesta työterveyshuollossa. Hakija on saanut TEMäärärahasta rahoitusta vuosina 2013-2014 samantapaiseen toimintaan, josta saadut tulokset on huomioitu ja jonka pohjalta kehitetään entistä parempi ja vaikuttavampi toimintamalli. Hankkeessa pyritään edistämään työterveyshuollon ja työnantajan yhteistyötä sekä kehittämään työterveyshuollon toimintaprosesseja ja henkilöstön osaamista. Hankkeen toiminnan vaikuttavuutta arvioidaan tiiviisti. Hankkeessa on mukana merkittäviä työnantajia ja työterveysasemia, jotka työllistävät ja hoitavat sellaisia ammattiryhmiä, joissa tupakointi on yleisempää. Työterveyshuollon toimien kehittäminen toisi merkittävän resurssin tupakan lopettamiseen Suomessa. Hankkeessa on erittäin vahva asiantuntijapohja. Hankkeelle esitetään päätöstä kahdelle vuodelle.</p>	
201610166	<i>Kuntoutussäätiö</i>	<i>Vaikuttavaa tukea nuorten elämän poluilla (Vanu)</i>
	<p>Hankkeen yleisenä tavoitteena on edistää erityisesti opiskeluvaikeuksista kärsivien nuorten mielenterveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä, mukaan lukien oppimis- ja työkykyä sekä parantaa heidän osallisuuttaan ja yhdenvertaisuuttaan yhteiskunnassa ryhmämuotoisen toiminnan avulla. Kyseessä on yhteiskunnallisesti tärkeä ja relevantti hanke, joka pyrkii vaikuttamaan syrjäytymisvaarassa olevaan ryhmään. Hanke puolestaan puhuu se, että se mahdollistaa matalan kynnyksen tuen opiskeluvaikeuksista kärsiville opiskelijoille, joiden taustalla on mielenterveyden ongelmia. Toimijoilla on vahva osaaminen ja aikaisempi kokemus aihealueella. Hankkeen vahvuutena on myös tutkimuksen kautta saatava tieto kohderyhmästä (kohderyhmän tarkastelu jo olemassa olevasta aineistosta) ja vastaavanlaisten toimenpiteiden vaikutuksista sekä erityisen huomion kiinnittäminen hankkeen tuotosten juurruttamiseen. Olemassa olevat ryhmätoimintamallit on huomioitu. Hankkeelle esitetään päätöstä kolmelle vuodelle.</p>	
201610125	<i>Suomen Mielenterveysseura</i>	<i>eLapset puheeksi. Sähköinen koulutusohjelma ja tietopaketti ylisukupolvisuuden ehkäisemisestä.</i>
	<p>Hankkeen kohderyhmä on tärkeä. Hankkeessa toteutetaan sähköinen koulutuspaketti vanhempien ongelmien ylisukupolvisuuden ehkäisemiseksi, jo vaikuttavaksi todetusta Lapset puheeksi –menetelmästä. Vanhemman mielenterveys-, päihde- ja antisosiaaliset ongelmat sekä vakava fyysinen sairaus ovat vaaratekijöitä lasten tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöille sekä syrjäytymisille. Palveluissa tarvitaan ennaltaehkäisevää menetelmää, joka voidaan toteuttaa ilman suuria kustannuksia osana arkityötä. Hanke on erittäin hyvin suunniteltu tavoitteista tulosten levittämiseen ja juurruttamiseen. Hankeorganisaatiot ovat vahvoja toimijoita alallaan, joten todellisten muutosten aikaan saaminen on mahdollista. Nyt menetelmän käyttöönotto helpottuu ja monipuolistuu sähköisen version avulla. Koulutusmenetelmän toimivuuden arviointi on suunniteltu kiinteäksi osaksi kokonaisuutta. Hanke on suunniteltu toteutettavan myös englanniksi maahanmuuttajien huomioimisen mahdollistamiseksi. Hankkeelle esitetään päätöstä kolmelle vuodelle.</p>	
201610044	<i>Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö</i>	<i>Lasten kaltoinkohtelun riskin tunnistaminen: Riskinarviointiyökalun käyttöönotto, moniammatillinen tuki ja koulutus</i>
	<p>Asiaan hyvin perehtyneen hakijan fokuoitu, selkeä ja realistinen suunnitelma lasten kaltoinkohtelun riskin tunnistamisesta, perheen moniammatillisesta tukemisesta ja verkkokoulutuksesta. Aihe on vaikea, minkä takia on erittäin hyvä, että hakijana on aihepiiriin parissa pitkäjänteisesti työskennellyt toimija, jolla on hyvät paikalliset, kansalliset ja kansainväliset yhteistyökumppanit. Päämääränä on keskeiseen mielenterveyden, ja tämän lisäksi muun terveyden, riskitekijään vaikuttaminen. Tarkoituksena on ottaa hakijan jo testaama kansainvälistä näyttöä omaava mittari (BriefCAP) käyttöön ja järjestää tarvittava tuki-interventio ja moniammatillisessa yhteistyössä sovitun hoitopolun mukainen tuki rajatulla maantieteellisellä alueella, jossa on hakemuksen mukaan jo varauduttu kyseessä olevan toiminnan vaatimaan resursointiin. Hankkeessa valmistuu myös verkkokoulutus, joka mahdollistaa tuotosten leviämisen laajemmalle. Hankkeelle esitetään päätöstä kolmelle vuodelle.</p>	

201610079	<i>Folkhälsanin tutkimuskeskus ja Helsingin yliopisto (kansanterveystiede)</i>	<i>Terve Oppiva Mieli (TOM)- hanke</i>
	<p>TOM-hankkeen päämäärä on kartoittaa tietoisuustaitoharjoitteiden vaikuttavuutta 12–15-vuotiaiden koululaisten stressinhallintaan ja mielenterveyteen, muokata oma kouluohjelma, sekä implementoida ja juurruttaa se koulumaailmaan terveyden tasa-arvon lisäämiseksi. Tietoisuustaitojen hyötyjä on osoitettu jo kansainvälisissä, joskin pienemmissä, tutkimuksissa. Erityisen tehokkaiksi ne on todettu riskiryhmissä, joten niiden harjoittaminen lisää hyvinvointia erityisesti heidän keskuudessaan. Mieleltään tasapainoisemmat oppilaat mahdollistavat myös opetushenkilökunnan työhyvinvoinnin paranemisen. Kyseessä on innovatiivinen hanke, jossa yhdistyvät ansiokkaasti tutkimus- ja kehittämistyö. Toimijat ovat osaavia ja ammattitaitoisia ja yhteistyöverkostot riittävät. Hankkeen ansioksi voidaan myös lukea kunnianhimoinen juurruttamissuunnitelma. Hankkeelle esitetään päätöstä kolmelle vuodelle.</p>	
201610177	<i>Helsingin yliopiston Koulutus- ja kehittämispalvelut (HYKKE)</i>	<i>VIVA! - Voimaantumista vahvistava ohjaus muistisairaiden ja kotona asuvien tukea tarvitsevien iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn tukemiseksi</i>
	<p>Hankehakemus on erittäin selkeä ja realistinen. Hankeidea on innovatiivinen ja merkittävä yritys toteuttaa uudenlaisia menetelmiä ikääntyneiden muistisairaiden mielen ja toimintakyvyn vahvistamiseksi, jotta mm. kotona asumisen mahdollisuudet kasvavat ja elämänlaatu säilyy. Tarkoituksena on tukea myös muistisairaiden läheisiä. Hankkeen viitekehyksessä yhdistyvät innovatiivisella tavalla positiivinen psykologia, ratkaisukeskeisyys, tietoinen läsnäolo eli mindfulness sekä itseen kohdistuva myötätunto ja gerontologian uusin tutkimustieto. Hankkeen tavoitteet ovat selkeitä ja hankkeeseen suunnitellut resurssit realistisia. Hankkeen tavoitteena on juurruttaa sisältöä vahvasti osallistujatahojen toimintaan jo hankkeen aikana kokeilujen ja kehittämisen myötä. Yhteistyöverkosto ja asiantuntijuus on riittävää hankkeen toteuttamiseen. Ikäinstituutti toimii hankkeen yhteistyökumppanina. Hankkeelle esitetään päätöstä kahdelle vuodelle.</p>	
201610110	<i>Porvoon kaupunki, sosiaali- ja terveystoimen hallinto</i>	<i>Liikuntaa ja kulttuuria elämään, Liiku-hanke</i>
	<p>Hankkeen tavoitteena on edistää työelämän ulkopuolella olevien, syrjäytymisvaarassa olevien, hyvinvointia, lisätä osallisuutta ja yhdenvertaisuutta lisäämällä heidän osallistumistaan kulttuuri-, liikunta- ja hyvinvointia edistävään toimintaan tasavertaisesti muiden kuntalaisten kanssa. Liiku-passi ja Hyvän olon palvelukartta ovat konkreettisia työkaluja ja projektin tuotoksia. Projektin vahvuutena on, että se ulottuu eri toimialoille ja sosiaali- ja terveystoimen yksiköihin. Lisäksi positiivista on, että hankkeen toteuttaa kunnan vakihenkilöstö, joka on motivoitunut ja tuntee ongelmakentän jo aiemman työnsä pohjalta. Hankkeella on selvä päämääränä kaventaa sosioekonomisia hyvinvointieroja. Toiminto juurrutetaan osaksi kunnan toimintaa, se kirjataan osaksi kaupungin hyvinvointikertomusta ja huomioidaan ohjelmatyössä. Hankkeelle esitetään päätöstä kolmelle vuodelle.</p>	
201610002	<i>Samfundet Folkhälsan i svenska Finland r.f.</i>	<i>DAGIS-päiväkoti hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä</i>
	<p>Hanke tähtää päiväkotikästen lasten sosioekonomisten terveys- ja hyvinvointierojen vähentämiseen tarvekartoituksen perusteella. Suomessa ei ole toteutettu näyttöön ja teoriaan pohjautuvia varhaislapsuuden toimintamalleja etenkin päiväkotiympäristössä, joka tarjoaa erinomaisen potentiaalisen sosioekonomisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiselle. Uuden terveyttä ja hyvinvointia edistävän päivähoitossa toteutettavan toimintamallin kehittämisessä ovat mukana myös kohderyhmän edustajat, jotka tässä tapauksessa ovat varhaiskasvattajat ja vanhemmat. Hankkeen vahvuutena on se, että kehitetyn toimintamallin vaikutuksia ja vaikuttavuutta arvioidaan päteillä menetelmillä. Toimintamallia tullaan esittelemään laajasti hankkeen päättymisen jälkeen, joka mahdollistaa sen leviämisen kansallisesti. Hankkeelle esitetään päätöstä kolmelle vuodelle.</p>	

201610100	<i>Invalidiliitto</i>	<i>Lyhytkasvuisten toimintakyky ja haasteet esteettömyydessä ja yhdenvertaisuudessa</i>
	<p>Hanke on tärkeä ja kiinnostava ja tuo onnistuessaan uutta tietoa lyhytkasvuisten henkilöiden tilanteesta ja auttaa parhaimmillaan heidän arjesta selviytymistä. Hankkeessa pyritään ICF-luokituksen työkalujen käytön edistämiseen toimintakyvyn kokonaisvaltaiseksi huomioimiseksi ja palveluiden suunnittelemiseksi. Tarkoituksena on edistää esteettömyyttä ja yhdenvertaisuutta yhteiskunnassa. Hakemus on hyvin tehty, kohderyhmä tärkeä ja suunnitelmat hyvin toteutettavissa. Vaikka kohderyhmä on verrattain hyvin pieni, voi tuloksilla olla laajempaa merkitystä toimintakykyrajoitteisten ympäristön esteettömyyden tukemiseksi. Hankkeessa on hyvät yhteistyökuviot. Hankkeelle esitetään päätöstä yhdelle vuodelle.</p>	
201610210	<i>Lapin ammattikorkeakoulu</i>	<i>Seksuaaliterveys Lapin lasten, nuorten ja perheiden voimavaraksi</i>
	<p>Lapin maakunnassa on maan korkeimmat klamydia esiintyvyyksiluvut ja nuorten raskauden keskeytysluvut. Tämän hankkeen tavoitteena on koota maakunnan eri alueilta (kaupunki ja maaseutu) koululaiskohderyhmät, jonka avulla pyritään selvittämään keinoja näiden seksuaaliterveyttä kuvaavien markkereiden alentamiseksi. Harvemmin asutulla alueella ollaan eriarvoisessa tilanteessa muuhun väestöön verrattuna palvelujen ja tuen saamisen suhteen, ja pyrkimys on kaventaa näitä terveyseroja. Suunnitelma on erittäin hyvin ja selkeästi kirjoitettu, ja hankkeen toteutuminen realistista. Jalkauttaminen ja tulosten arviointi on hyvin suunniteltu. Hankkeelle esitetään päätöstä kahdelle vuodelle.</p>	
201610237	<i>Rinne koti-Säätiö</i>	<i>Selkeästi seksistä - turvallinen polku seksuaalisuuteen</i>
	<p>Hankkeessa päivitetään vanhentunut kehitysvammaisten seksuaalikasvatusmateriaali ja luodaan sen pohjalta seksuaalisuuden puheeksiottamisen menetelmiä. Selkeästi kuvattu, osallistava, pieni ja tarkkarajainen hanke, jolla on selvä tilaus. Seksuaalikasvatus on kaikkien oikeus. Väestön eriarvoisuuden vähentäminen on perusteltu hyvin. Hankkeelle esitetään päätöstä yhdelle vuodelle.</p>	
201610277	<i>Nuorten akatemia</i>	<i>Omaksi iloksi: nuoret seksuaalikasvattajina 2015</i>
	<p>Erittäin huolellisesti suunniteltu ja kuvattu hanke, jossa tuotetaan malli nuorten (ammattikoululaisten) seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvien asioiden käsittelyä varten. Tätä varten tuotetaan ensin tietoa ammattikoululaisten tarvitsemista seksuaaliterveystietämyksestä ja -palveluista yhdessä ammattikoululaisten kanssa. Ammattikoululaisten on havaittu olevan eriarvoisessa asemassa lukiolaisiin nähden. Onnistuessaan hankkeella kavennetaan seksuaali- ja lisääntymisterveyseroja nuorten keskuudessa. Hankkeen riskit kuvattu hyvin ja suunniteltu myös se, mitä tehdään jos riskit toteutuvat. Hyvin maltillinen budjetti ja hyvät yhteistyötahot. Hanke on osallistava. Hankkeelle esitetään päätöstä kahdelle vuodelle.</p>	
201610192	<i>Porin perusturvakeskus</i>	<i>Omaishoitajien ravitsemuksen ja hyvinvoinnin edistäminen monialaisen ravitsemusohjauksen avulla - satunnaistettu, kontrolloitu tutkimus</i>
	<p>Hankkeessa pyritään kohentamaan ikääntyvien omaishoitajien ravitsemusta ja samalla toimintakykyä ja hyvinvointia yleisemminkin. Hankkeessa toteutetaan interventio, jossa saadaan uutta tietoa omaishoitajien hyvinvointiin vaikuttamisesta. Hankkeen kohderyhmä on erittäin tärkeä ja vähälle huomiolle jäänyt. Hanke voi vaikuttaa sekä omaishoitajien jaksamiseen että heidän hoidettaviensa hyvinvointiin ja heidän mahdollisuuksiinsa pysyä kotihoidossa pidempään. Hankkeelle esitetään päätöstä kahdelle vuodelle.</p>	

6. Rahoitettavien hankkeiden luettelo

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

1. Terveiden edistämisen rakenteiden, menetelmien, laadun tai yhteistyön kehittäminen					
Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201610153	Hämeenlinnan seudun setlementti	Yhteistyötä ja ohjausta	2016-2018	2016-2018	173 400
201610128	Asikkalan kunta /Asikkalan vapaa-aikapalvelut	Hyvinvointisuunnitelma ja liikuntaneuvonta osana pitkäaikaistyöttömien aktivointisuunnitelmaa	2016-2017	2016-2017	34 800
Painopistealue yhteensä: 208 200 euroa					
2. Tupakan, alkoholin ja huumeiden käytön ehkäisy ja vähentäminen					
Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201610287	Helsingin yliopisto, Kansanterveystieteen osasto, Työterveys	Tupakoinnin lopettamisen tuki työterveyshuollossa	2016-2017	2016-2017	140 000
Painopistealue yhteensä: 140 000 euroa					
3. Mielenterveyden edistäminen ja väkivallan ehkäiseminen					
Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201610166	Kuntoutussäätiö	Vaikuttavaa tukea nuorten elämän poluilla (Vanu)	2016-2018	2016-2018	226 000
201610125	Suomen Mielenterveysseura	eLapset puheeksi. Sähköinen koulutusohjelma ja tietopaketti ylisukupolvisuuden ehkäisemisestä.	2016-2018	2016-2018	265 000
201610044	Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö	Lasten kaltoinkohtelun riskin tunnistaminen: Riskinarviointiyökalun käyttöönotto, moniammatillinen tuki ja koulutus	2016-2018	2016-2018	200 000

201610079	Folkhälsanin tutkimuskeskus ja Helsingin yliopisto (kansanterveystiede)	Terve Oppiva Mieli (TOM)-hanke	2016-2018	2016-2018	250 000
Painopistealue yhteensä: 941 000 euroa					
4. Toimintakyvyn edistäminen ja liikunnan lisääminen					
Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201610177	Helsingin yliopiston Koulutus- ja kehittämispalvelut (HYKKE)	VIVA! - Voimaantumista vahvistava ohjaus muistisairaiden ja kotona asuvien tukea tarvitsevien iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn tukemiseksi	2016-2017	2016-2017	142 000
201610110	Porvoon kaupunki, sosiaali- ja terveystoimen hallinto	Liikuntaa ja kulttuuria elämään LiiKu-hanke	2016-2018	2016-2018	150 000
Painopistealue yhteensä: 292 000 euroa					
5. Terveellisen ravitsemuksen edistäminen					
Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201610002	Samfundet Folkhälsan i svenska Finland r.f.	DAGIS-päiväkoti hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä	2016-2018	2016-2018	276 000
201610192	Porin perusturvakeskus	Omaishoitajien ravitsemuksen ja hyvinvoinnin edistäminen monialaisen ravitsemusohjauksen avulla - satunnaistettu, kontrolloitu tutkimus	2016-2017	2016-2017	124 000
Painopistealue yhteensä: 400 000 euroa					
6. Ympäristön esteettömyyden tukeminen ja tapaturmien vähentäminen					
Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201610100	Invalidiliitto	Lyhytkasvuisten toimintakyky ja haasteet esteettömyydessä ja yhdenvertaisuudessa	2016	2016	44 400
Painopistealue yhteensä: 44 400 euroa					

7. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen					
Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201610210	Lapin ammattikorkeakoulu	Seksuaaliterveys Lapin lasten, nuorten ja perheiden voimavaraksi	2016-2017	2016-2017	210 000
201610237	Rinnekoti-Säätiö	Selkeästi seksistä - turvallinen polku seksuaalisuuteen	2016	2016	45 000
201610277	Nuorten akatemia	Omaksi iloksi: nuoret seksuaalikasvattajina 2015	2016-2017	2016-2017	83 400
Painopistealue yhteensä: 338 400 euroa					
Kaikki yhteensä: 2 364 000 euroa					
Uusia hankkeita: 15					
Jatkuvia hankkeita: 0					