

**Terveyden edistämisen määrärahan käyttösuunnitelma
vuodelle 2013**

Sosiaali- ja terveysministeriö

2013

SISÄLTÖ

1. Terveys ja terveyden edistäminen.....	3
1.1 SUOMALAISEN TERVEYSPOLITIIKAN TAVOITTEET TERVEYDEN EDISTÄMISELLE	3
2. Arvio väestön terveyskäyttäytymisen kehityksestä ja terveyden edistämisen tavoitteista sekä toimista	5
2.1 ALKOHOLI	5
2.2 TUPAKKA	7
2.3 HUUMEET.....	9
2.4 MIELENTERVEYS	11
2.5 RAVITSEMUS, LIIKUNTA JA TOIMINTAKYKY	13
2.6 TAPATURMIEN VÄHENTÄMINEN JA YMPÄRISTÖN ESTEETTÖMYYDEN TUKEMINEN	17
2.7 SEKSUAALIKÄYTTÄYTYMINEN.....	19
3. Terveyden edistämisen määräraha valtion vuoden 2013 talousarviossa	22
4. Vuoden 2013 terveyden edistämisen määrärahan käyttösuunnitelman valmistelu ja päätöksenteko	23
4.1 HANKKEIDEN KÄSITTELY JA KÄYTTÖSUUNNITELMAN VALMISTELU	23
4.2 HANKKEIDEN ARVIOINTI	23
4.3 YLEISIMMÄT RAHOITUKSEN MYÖNTÄMIS- JA HYLKÄÄMISPERUSTEET	24
5. Vuonna 2013 rahoitettavat hankkeet	25
6. Rahoitettavien hankkeiden luettelo	27

Liitteet

LIITE 1. Terveyden edistämisen määrärahalla rahoitettavien hankkeiden kriteerit 2013

LIITE 2. Arviointilomake 2013

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 tärkeä terveyden mittari, vaikka sairauksien poissaolo onkin useimmille terveyden kokemisen edellytys. Terveys on pääomaa, joka kasvaa yksilöiden ja yhteisöjen elämäntilanteen vahvistuessa.

Terveyden edistäminen on arvoihin perustuvaa tavoitteellista ja välineellistä toimintaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi sekä ylläpitämiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Terveyden edistäminen on kehittynyt terveystieteiden ideologiasta, terveystiedon välittämisestä, elintapoja, käyttäytymistä ja lääketieteellisiä ongelmia korostavasta toiminnasta koskemaan laajemmin myös yhteiskuntapolitiittisia, rakenteellisia ja yhteisöllisiä kysymyksiä. Lainsäädännöllä ja talouspolitiikalla, yhteisöllisyydellä sekä kulttuurisella, sosiaalisella ja fyysisellä ympäristöllä on vaikutuksia väestön terveyteen.

Terveyden edistämistä ohjaavia arvoja ovat ihmisen itsenäisyyden ja riippumattomuuden kunnioittaminen, tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus, solidaarisuus, osallistuminen ja yhteistyö. Ihmisen itsenäisyyden ja riippumattomuuden kunnioittaminen tarkoittaa kansalaisten oikeutta asettaa oma terveys ja hyvän elämän muut osa-alueet valitsemaansa tärkeysjärjestykseen tehdessään terveyteensä vaikuttavia päätöksiä. Omatoimisuuden ja osallistumisen tukeminen säilyttää ihmisen itsemääräämisoikeuden. Mahdollisuus osallistua omaan 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 siis vaikuttaa monilla arvoilla ihmisten yksityiselämässä. Palvelujärjestelmän kyky vastata ihmisten terveystarpeisiin ja mahdollisuus tehdä terveyttä edistäviä valintoja vahvistavat väestön terveyttä ja hyvinvointia. Yhteiskuntapolitiittisilla päätöksillä voidaan tukea tai heikentää ihmisten mahdollisuuksia. Terveysvaikutukset syntyvät yhteisen toiminnan tuloksena. Vastuunkantajia ovat yhteiskunta, lähiyhteisö ja yksilöt yhdessä.

1.1 Suomalaisen terveystieteiden tavoitteet terveyden edistämiseksi

Terveyden edistäminen tuli näkyvästi suomalaiseen terveystieteiden keskusteluun 1980-luvulla kansainvälisen kirjallisuuden ja erityisesti Maailman terveystieteiden (WHO) terveystieteiden keskustelun myötä. Terveyden edistämistä 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 terveystieteiden palvelut ja edistettävä väestön terveyttä"*. Kuntalain 1§ mukaan *"kunnan tulee pyrkiä edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävä 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 vaikuttavat harvoin

suoraan kuntalaisten terveyteen. Sen sijaan he tekevät runsaasti ratkaisuja epäsuorasti terveyteen vaikuttavissa asioissa. Terveysnäkökohtien huomioon ottaminen suunnittelussa ja päätöksenteossa 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.

Suomessa kansallinen terveyden edistämistyö pohjaa Maailman terveysjärjestön (WHO) Terveyttä kaikille -ideologiaan, Valtioneuvoston hyväksymän periaatepäätöksen Terveys 2015 - kansanterveysohjelman mukaisiin tavoitteisiin sekä parin viime vuoden aikana nousseeseen Terveys kaikissa politiikoissa – lähestymistapaan, jota myös Eurooppalaista terveyspolitiikkaa linjaava WHO:n Health 2020 korostaa. Terveyden edistämisen työtä suuntaavat myös sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelma (Kaste) sekä muut kansalliset terveyden edistämisen ohjelmat.

Kaste - ohjelma 2012 - 2015 on strateginen ohjausväline, jolla johdetaan ja uudistetaan suomalaista sosiaali- ja terveyspolitiikkaa ja sen osana terveyden edistämisen kehittämistyötä ja toimintaa. Kaste on sosiaali- ja terveydenhuollon pääohjelma. Sen tavoitteena on, että hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja rakenteet on järjestetty asiakaslähtöisesti. Painopistettä siirretään ongelmien hoidosta fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen ja ongelmien ehkäisemiseen koko väestössä. Nämä Kaste-ohjelman tavoitteet saavutetaan kuntien ja kuntayhtymien, eri hallinnonalojen, järjestöjen, seurakuntien, yritysten, koulutusyksiköiden sekä kansallisten ja alueellisten tutkimus- ja kehittämissuunnitelmien yhteistyöllä. *Terveys 2015-ohjelman* yleisenä päämääränä on antaa yhteinen pohja terveyspolitiikalle, jonka nähdään koostuvan lukuisten itsenäisten toimijoiden, niin julkisen vallan kuin yksityisten ja kolmanteen sektoriin kuuluvien, työstä. Ohjelma toimii kansallisesti terveyden edistämisen sisällöllisenä perustana. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa tavoitteiden toteutumisen seurannasta. Terveys 2015 - kansanterveysohjelmassa ehkäisevälle terveyspolitiikalle on asetettu sekä taso- että jakaumatavoitteita. Tasotavoitteita ovat ennen aikaisen kuolleisuuden vähentäminen, terveen ja toimintakykyisen elinajan pidentäminen sekä pyrkimys mahdollisimman hyvään elämänlaatuun. Jakaumatavoite edellyttää väestöryhmien välisten terveys-erojen kaventamista.

Suomalaisten terveydentila on viime vuosikymmeninä kokonaisuudessaan parantunut ja elinikä pidentynyt. Kuitenkin sosioekonomisten ryhmien välillä on suuria terveyseroja. Ylempiin sosio-ekonomisiin luokkiin kuuluvilla terveydentilan parantumisesta on tapahtunut enemmän kuin alempiin ryhmiin kuuluvilla. Toimihenkilöt ovat terveempiä kuin työntekijät ja työssäkäyvät terveempiä kuin työttömät. Hyvätuloiset ja eniten koulutusta saaneet ovat terveempiä kuin pienituloiset ja pelkän perusasteen koulutuksen saaneet. Vuonna 2010 julkaistun OECD:n raportin mukaan Suomalaisten miesten elinajanodote on 75,8 vuotta ja naisten 82,9 vuotta, mikä on korkeampi kuin EU-maissa keskimäärin. Toisaalta terveiden elinvuosien määrä on arvioitu molemmilla sukupuolilla alhaisemmaksi kuin EU-maissa keskimäärin. 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 2011 toteutetun suomalaisten aikuisten terveyskäyttäytymistä koskevan kyselyn mukaan esimerkiksi päivittäin tupakoivia on ylimmän koulutusryhmän miehistä 13 prosenttia, mutta alimman koulutusryhmän miehistä 37 prosenttia. Ylipainoisuus on lisääntynyt kaikissa koulutusryhmissä sekä miehillä että naisilla. Yleisintä ylipaino on kuitenkin alimmassa koulutusryhmässä.

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 opittua, 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. Tässä terveystyytymisen osa-alueita on tarkasteltu erikseen mutta pyritty huomioimaan niiden välillä vallitsevat yhteydet: esim. päihteiden käyttö ja mielenterveyden häiriöt linkittyvät usein yhteen. Kohtuullisella alkoholinkäytöllä, tupakoimattomuudella, terveellisellä ravinnolla ja riittäväällä liikunnalla voi vähentää riskiä sairastua kansansairauksiin. Terveystyytymisen tilanteen lisäksi käsitellään sen merkitystä ja taustalla vaikuttavia olosuhteita, kansallisia tavoitteita, toimenpiteitä ja niiden vaikutuksia siltä osin, kun tietoa on saatavilla.

2.1 Alkoholi

Tilanne

Suomalaisten alkoholinkulutus on viime vuosina asettunut uudelle, aikaisempaa korkeammalle tasolle. Kulutuksen kasvu alkoi 1990-luvun alun lamavuosien jälkeen ja kiihtyi 2000-luvun ensimmäisellä puoliskolla. Vuonna 2004 alkoholinkulutus kasvoi tuntuvan alkoholiverojen alentamisen johdosta 10 prosenttia, jonka jälkeen se on asettunut nykyiselle tasolle.

Suomalaisten alkoholinkulutus oli vuonna 2011 pohjoismaiden korkein eli 10,1 litraa 100 prosenttista alkoholia asukasta kohden. Luku on korkea laajemminkin kansainvälisessä mittakaavassa. 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 nuoret ovat raitistuneet viimeisen vuosikymmenen aikana ja selvästi vähentäneet humalajuomistaan.

Merkitys

Lisääntynyt alkoholinkulutus on näkynyt selvästi niin akuuttien kuin kroonisten haittojen kasvussa kuten myös yhteiskunnalle aiheutuneiden haittakustannuksien kasvussa. Eri haittatyypeistä alkoholikuolemien määrä on kasvanut rajummin. Tämä koskee etenkin maksasairauksiin liittyviä kuolemia, jotka ovat miltei kaksinkertaistuneet viidessä vuodessa. Alkoholinkulutuksen tason nousu 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 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.

Tavoitteet

Hallitus käynnisti Alkoholiohjelman vuonna 2004, jota edelsi valtioneuvoston periaatepäätös alkoholipolitiikan linjauksista. Valtioneuvoston vuoden 2003 alkoholipoliittisessa periaatepäätöksessä asetetut tavoitteet ovat:

- Alkoholien aiheuttamia haittoja lasten ja perheiden hyvinvoinnille vähennetään merkittävästi.
- Alkoholijuomien riskikäyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja vähennetään merkittävästi.
- Alkoholijuomien kokonaiskulutus käännetään laskuun.

Lisäksi periaatepäätöksessä todetaan, että alkoholijuomien vähittäismyynti säilytetään alkoholilain mukaisesti valtion omistaman alkoholiyhtiön yksinoikeutena.

Nykyinen hallitus päätti hallitusohjelmassaan vuonna 2011 jatkaa valtakunnallisen alkoholiohjelman toteuttamista. Alkoholiohjelman keskeisiä toimenpiteitä ovat alueellisen koordinaation mallin vakiinnuttaminen, alkoholilain kokonaisuudistus ja alkoholiverotuksen tarkistaminen. Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos on ohjelman pääkoordinaattori, joka ohjaa kuntia alkoholiohjelman toteutuksessa.

Toimenpiteet ja vaikutukset

Vuosien 2008, 2009 ja 2012 alkoholiveron nostot ovat hillinneet alkoholinkulutuksen kasvua. Nämä toimenpiteet yhdessä taloudellisen laskusuhdanteen, kansalaisten heikentyvän ostovoiman ja lisääntyvän työttömyyden kanssa ovat taittaneet alkoholinkulutuksen lievään laskuun. Lisääntyneet alkoholihaitat ovat viime vuosina tiukentaneet alkoholipoliittista mielipideilmastoa ja myös poliittiset päätöksentekijät ovat alkaneet suhtautua suopeammin rajoituksiin. Viimevuosien alkoholiveronkorotukset ovat samalla todistaneet, että nykyoloissakin on mahdollista vaikuttaa alkoholijuomien hintoihin. Myös alkoholijuomien fyysisen saatavuuden rajoittaminen on lähinnä poliittisen tahdon kysymys. Tästä on hyvänä esimerkkinä eduskunnan vuonna 2007 tekemä päätös lyhentää alkoholin vähittäismyyntipaikkojen aukioloaikoja parilla tunnilla.

Alkoholihaittojen ehkäisytyössä sosiaali- ja terveysministeriön alullepanema ja nyttemmin Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitoksen hallinnoima Alkoholiohjelma on keskeisessä roolissa. Alkoholiohjelmassa 2004–2007 kehitettiin alkoholihaittojen ehkäisyssä tarvittavaa materiaalia levitettäväksi päihdetyön ammattilaisille ja kansalaisille. Alkoholiohjelma 2008–2011 vahvisti puolestaan ehkäisytyön alueellista ja paikallista organisaatiota. Paikallinen yhteistyö alkoholielinkeinon, poliisin, sosiaali-, terveys- ja valvontaviranomaisten sekä vapaaehtoisjärjestöjen kanssa on myös vakiintumassa. Tämän työn vaikuttavuudesta on tuoretta suomalaista tutkimusta.

Alkoholipolitiikan tiukempi haltuun ottaminen tilanteessa, jossa nuorten raitistuminen on jatkunut noin vuosikymmenen ja jossa rajoittavalle alkoholipolitiikalle näyttää taas olevan laajempaa kysyntää, voisi parhaimmillaan tapauksessa kääntää alkoholiolojen pitkään jatkuneen kielteisen kehityksen suunnan.

2.2 Tupakka

Tilanne

Suomalaisen työikäisen aikuisväestön (15–64 v.) tupakointi on vuoden 2005 jälkeen ollut lievässä laskussa. Vuonna 2011 naisista tupakoi päivittäin 15 prosenttia ja miehistä 22 prosenttia. Eläkeikäinen väestö (65–84 v.) tupakoi selvästi työikäisiä vähemmän. Vuonna 2011 eläkeikäisistä miehistä tupakoi päivittäin 10 prosenttia ja naisista kuusi prosenttia.

Nuorten tupakointi ja tupakkakokeilut ovat vähentyneet vuosituhannen vaihteen jälkeen. Viime vuosina väheneminen on hidastunut ja osittain pysähtynyt. Vuonna 2011 16–18-vuotiaista pojista 26 prosenttia ja tytöistä 21 prosenttia tupakoi päivittäin. Lisäksi nuorten poikien nuuskan käyttö on kääntynyt nousuun vuosituhannen vaihteen jälkeisestä laskuvaiheesta. 16–18-vuotiaista pojista 13 prosenttia käyttää nuuskaa päivittäin tai satunnaisesti. Tyttöissä nykyisin nuuskaajia on erittäin vähän. Nuuska sisältää useita karsinogeenia ja sen käyttö on terveysriski. Nuuskan on todettu altistavan varsinkin suun alueen syöville. Nuuska aiheuttaa nopeasti voimakkaan nikotiiniriippuvuuden, eikä se sovellu tupakasta vieroituksen apukeinoksi.

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. Vuosina 2010/2011 lukiolaisista 11 prosenttia tupakoi päivittäin, kun ammattiin opiskelevien vastaava osuus oli 40 prosenttia. Aikuisväestössä tupakointi on yleisempää matalan ja keskimmäisen koulutusryhmän edustajilla kuin ylimmän koulutusryhmän edustajilla. Vuonna 2011 ainoastaan peruskoulutuksen saaneista tupakoi päivittäin 22 prosenttia ja keskimmäisen koulutusryhmän (koulutus 10–12 vuotta) edustajista 25 prosenttia. Ylimmässä koulutusryhmässä tupakoijia oli noin puolet vähemmän eli 13 prosenttia. Tupakoinnin koulutusryhmäkohtaiset erot ovat kasvaneet 1980-luvulta alkaen.

Päivittäin tupakoivista lähes 60 prosenttia haluaisi lopettaa tupakoinnin. Vuosittain noin 40 prosenttia yrittää lopettamista, mutta vain joka kymmenes heistä onnistuu lopettamaan pysyvästi. Uusista tupakkatuotteista varsinkin sähkösavukkeen mainonta on vilkastunut. Sähkösavuketta mainostetaan usein tupakoinnin lopettamisen apuvälineenä, mutta luotettavaa tutkimustietoa ei tästä ole vielä tarjolla. Sähkötupakka ei vielä kuulu tuotevalvonnan ja sääntelyn piiriin, eikä tupakkalaki koske sitä.

Merkitys

Tupakka aiheuttaa Suomessa vuosittain 5000 kuolemaa, joista puolet tapahtuu 35–69 –vuoden iässä. Tupakointi vähentää siten useita terveitä elinvuosia myös työikäisessä väestössä. Tupakointi työaikana sekä altistuminen tupakansavulle työpaikalla vähentävät työn tuottavuutta ja lisäävät sairauspoissaoloja sekä työtaturmia.

Tupakoinnista johtuvien suorien terveydenhuollon hoitokustannusten arvioitiin vuonna 2006 tehdyssä tutkimuksessa olevan noin 246 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 kahden miljardin euron kustannukset. Vuonna 2011 tupakan valmisteveron kertymä oli 739 miljoonaa euroa. Kertymä nousi vuodesta 2010, jolloin se oli 698 miljoonaa euroa. Tupakkavero kattaa vain osan tupakoinnin yhteiskunnalle aiheuttamista kustannuksista. Viime vuosina tehdyt tupakkaveron korotukset eivät ole lisänneet tupakan matkustajatuontia.

Tupakkapolitiikan tavoite

Tupakkalain tavoitetta muutettiin tupakkalakia uudistettaessa vuonna 2010. Kun aikaisemmin lailla pyrittiin tupakoinnin vähentämiseen, on tavoitteeksi nyt asetettu tupakoinnin loppuminen. Järjestöjen, valtionhallinnon ja kuntien Savuton Suomi 2040 -ohjelma tähtää tavoitteen toteuttamiseen seuraavan vajaan 30 vuoden sisällä. Tämä edellyttää tupakoinnin vähenemistä noin 10 prosenttia vuosittain. Vuonna 2012 perustettiin Terve Kunta -ohjausryhmä, joka seuraa savuttomuuden edistymistä kunnissa.

Toimenpiteet ja vaikutukset

Tupakansavulle altistuminen työpaikoilla on laskenut voimakkaasti 1980-luvun puolivälistä alkaen. Kun vuonna 1985 tupakoimattomista miehistä altistui työpaikallaan 48 prosenttia, oli altistuneiden osuus laskenut 10 prosenttiin vuonna 2008. Vastaavat luvut tupakoimattomille naisille olivat 28 prosenttia ja 4 prosenttia. Vuonna 1995 voimaan tullut laki työpaikkatupakoinnin rajoittamisesta auttoi savuttomien työpaikkojen kehitystä. Vuonna 2011 ilmoitti 55 prosenttia työntekijöistä, ettei kukaan tupakoi heidän työpaikallaan. Jos työpaikka ei ole täysin savuton, sinne on lain mukaan järjestettävä erillinen tupakointitila, josta savu ei leviä muihin tiloihin. Mitään teknisiä erityisvaatimuksia ei työpaikkojen tupakointitiloille ole asetettu lukuun ottamatta ravintoloita.

Ravintoloiden savuttomuus toteutettiin 2007 voimaan tulleella uudella lainsäädännöllä siten, että ravintolat ovat pääsääntöisesti kokonaan savuttomia. Ravintolassa voidaan sallia tupakointi ainoastaan erityisessä tupakointia varten tarkoitettussa tilassa, jossa tulee olla oma erillinen ilmanvaihto. Tupakointitila on tarkoitettu vain tupakointiin, eikä sinne tarjoilla ruokaa tai juomaa.

Kodin sisätiloissa tupakoi vuonna 2011 15 prosenttia miehistä ja 9 prosenttia naisista. Kuusi prosenttia ilmoittaa puolisonsa ja kolme prosenttia muun aikuisen tupakoivan yhteisessä kodissa. Kodeista 84 prosenttia on savuttomia. Raskauden aikana tupakoivien osuus on edelleen yhtä korkea kuin 1980-luvun lopussa (16 %). Vuonna 2011 lähes 40 % kaikista tupakoivista synnyttäjistä ilmoitti lopettaneensa tupakoinnin raskausaikana, kun vastaava prosentti oli 1990-luvun alussa 11. Erityisen ongelmaryhmän muodostavat nuoret synnyttäjät. Vuonna 2011 alle 20-vuotiaista joka toinen tupakoi raskauden alussa ja heistä vain joka kolmas lopetti tupakoinnin raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana. Perheiden savuttomuuden tuki ja vanhempien ohjaus on keskeistä tupakoinnin aloittamisen ja lasten passiivisen tupakansavualtistuksen ehkäisemiseksi.

Tupakasta vieroitusta tehostetaan erityisesti terveydenhuollossa. Tupakasta vieroituksen tulee olla osa potilaan hoitoa, kun hänen sairautensa aiheutuu kokonaan tai osittain tupakkatuotteiden käytöstä. Vieroitus onnistuu parhaiten moniammatillisena yhteistyönä, jossa on paikallisesti sovittu hoitoketjun käytännön toteutuksesta. Terveydenhuollon henkilöstön vieroituskoulutusta ja sen laatua tehostetaan. Kuntia kannustetaan siihen, että jokaisessa terveyskeskuksessa olisi tupakasta vieroituksen erityisosaamista omaavia terveydenhuollon ammattihenkilöitä.

Nuorten tupakoinnin ehkäisylle ja vähentämiselle on asetettu tavoitteita Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa. Ohjelman tavoitteena on, että vuoteen 2015 mennessä 16–18-vuotiaista alle 15 % tupakoi päivittäin. Tavoite toteutuu ehkäisemällä tupakointikokeilut ja edistämällä ja tukemalla tupakkatuotteiden käytön lopettamista.

Tupakan hinta vaikuttaa nuorilla keskeisesti tupakoinnin aloittamiseen ja jatkamiseen. Nuorilla on yhtäältä vähemmän rahaa käytössään tupakan ostoon kuin aikuisilla, ja toisaalta useimmille heistä ei ole vielä

kehittynyt voimakasta nikotiiniriippuvuutta, joka pakottaisi hankkimaan tupakkaa hinnasta riippumatta. Vuoden 2012 alusta tupakkaveroa korotettiin, minkä lisäksi tupakkatuotteiden ja niiden tavaramerkkien esilläpito vähittäismyynnissä kiellettiin. Näiden tupakoinnin yleisyyttä vähentävien lainsäädännöllisten keinojen lisäksi tarvitaan yhteisötason toimia esimerkiksi oppilaitoksissa sekä ohjausta ja terveysneuvontaa yksilötasolla. Erilaisilla nuoriin kohdistuvilla terveysviestintäkampanjoilla ja kouluissa toteutettavilla terveysohjelmilla on osoitettu olevan nuorten tupakoinnin aloittamista hillitsevä vaikutus etenkin silloin, kun nämä yhdistetään muihin nuorten tupakointia vähentäviin toimiin.

Terveyden edistämisen määrärahoilla on rahoitettu laajajohjausta nuoriin kohdistettuja tupakoinnin ehkäisy- ja vähentämishankkeita, tupakasta vieroitukseen liittyviä hankkeita ja puhelin- ja verkkopalveluita. Viime vuosina määrärahojen jaossa on painotettu erityisesti usean toimijan yhteishankkeita sekä hankkeita, jotka pyrkivät vähentämään tupakointia nuorisosaasteen ammatillisessa koulutuksessa. Tupakoimattomuutta edistävä toiminta ammatillisissa oppilaitoksissa yhdessä vuoden 2010 tupakointia rajoittaneen lainmuutoksen kanssa näkyy positiivisina muutoksina Kouluterveyskyselyssä. Vuonna 2011 ammattiin opiskelevista 61 prosenttia ilmoitti tupakoinninolevan oppilaitoksessaan kiellettyä, kun taas aiemmin osuus oli vain 18 prosenttia. Oppilaitoksen alueella tai sen läheisyydessä päivittäin tupakoivien nuorten osuus laski samassa ajassa 72 prosentista 46 prosenttiin. Myös henkilökunnan päivittäinen tupakointi oppilaitoksen alueella vähentyi. Toisaalta oppilaiden tupakointi varsinaisen koulualueen läheisyydessä lisääntyi. Ammattiin opiskelevien tupakointi on edelleen huomattavan yleistä, mikä edellyttää määrätietoisien savuttomuustyön jatkamista.

2.3 Huumeet

Tilanne

Huumeiden käyttö ja siitä aiheutuneet haitat lähtivät 1990-luvun jälkipuoliskolla voimakkaaseen kasvuun. Tämä kasvukehitys kuitenkin taittui 2000-luvun alkuvuosien jälkeen. Viime vuosina tilanne on pysynyt varsin vakaana, joskin käyttö ja haitat ovat nyt selvästi korkeammalla tasolla kuin 1990-luvun alussa.

Vuoden 2010 väestötutkimuksen mukaan 17 prosenttia suomalaisista on käyttänyt ainakin kerran elämässään jotain laiton huumetta. Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä on 4,5 prosenttia ja viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneitä on 1,5 prosenttia. Miehillä huumeiden käyttö on tavallisempaa kuin naisilla. Valtaenemmistöllä huumeita kokeilleista tai käyttäneistä käyttö rajoittuu kuitenkin yhteen tai muutamaan kertaan. Oleellinen muutos on tapahtunut kuitenkin nuorten aikuisten huumeiden käytössä. Kannabista on kokeillut kerran elinaikanaan 36 % 25–34-vuotiaista.

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 2010 väestötutkimuksessa 42 % kansalaisista oli sitä mieltä, että kannabiksen kokeilu sisältää vain vähäisen terveydellisen tai muun riskin. Nuorten aikuisten miesten keskuudessa tätä mieltä on jo 75 prosenttia. Suhtautuminen kannabiksen säännölliseen käytön riskeihin, joka on pitkään pysytellyt vakaana ja hyvin kriittisenä, on myös liehtynyt merkittävästi.

Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjät Suomessa on viimeisen arvion (2005) mukaan 14 500–19 000, mikä sekin on vähemmän kuin vuonna 2002. Huumeivalikoima on kuitenkin jatkuvassa liikkeessä ja uusia aineita ilmestyy aika ajoin käyttöön.

Vuonna 2011 päihdehuollon huumeasiakkaista yli puolet (55 %) hakeutui hoitoon ensisijaisesti opiaattien käytön vuoksi. Merkittävin opiaateista on buprenorfiini (32 %), kun taas heroini on ensisijainen huume vain kahdella prosentilla. Muita ensisijaisia hoitoon hakeutumiseen johtaneita ongelmapäihteitä olivat stimulantit (14 %), kannabis (13 %), alkoholin ja huumeiden sekakäyttö (11 %) sekä hypnootit ja sedatiivit (6 %). Opiaattien käyttäjien osuus hoitoon hakeutuneista huumeiden käyttäjistä on kasvanut voimakkaasti 2000-luvulla. Samaan aikaan stimulanttiryhmään kuuluvan amfetamiinin käyttäjien osuus on laskenut. Kannabiksen käyttäjien osuus on ollut laskeva, mutta kääntynyt nousuun kahden viime vuoden aikana.

Päihteiden sekakäyttö oli yleistä yksiköiden huumeasiakkailla. Asiakkaista 62 prosenttia mainitsi käyttäneensä ainakin kolmea ongelmapäihdettä. Pistämällä oli huumeita joskus käyttänyt 77 prosenttia asiakkaista. Suurin osa huumeasiakkaista oli ollut jo aiemmin päihdehoidossa. Asiakkaista 14 prosenttia hakeutui päihdehoitoon ensimmäistä kertaa vuonna 2010. Päihdehuoltoyksiköiden huumeasiakkaat olivat pääosin miehiä (69 %), yksin eläviä (59 %) ja nuoria aikuisia (keski-ikä 30 vuotta). Asiakkaiden koulutustaso oli matala ja työttömyys yleistä (60 %). Lähes joka kymmenes (9 %) oli asunnoton. Asiakkaista 64 prosenttia oli käynyt kaikissa kolmessa, HIV-, hepatiitti B ja hepatiitti C -testissä.

Opioidiriippuvaisten ongelmakäyttäjien korvaushoidossa arvioidaan olevan noin 2000 henkilöä.

Huumeisiin liittyvien kuolemien määrä on ollut jatkuvassa kasvussa. Lisääntynyt muiden opioidien (buprenorfiini, kodeiini, tramadoli ja oksikodoni) käyttö on kasvattanut kuoleminen määrää. Myrkytyskuolemissa opioidit esiintyvät lähes aina yhdessä alkoholin ja bentsodiatsepiinien kanssa.

Merkitys

Useimmat huumehaitat eivät ole lisääntyneet enää 2000-luvun alun jälkeen. Huumausainerikosten määrä on tosin jälleen kääntynyt nousuun ja uusien muuntohuumeiden tulo markkinoille aiheuttaa haasteita valvonnalle ja hoidolle. Huumausainesairauksien määrä ei ole kasvanut ja suonensisäisten huumeidenkäyttäjien hiv-tartuntojen määrä on pysynyt matalana. Suonensisäisesti huumeita käyttävien terveysneuvonta ja haittojen vähentämistyö on onnistunut laskemaan myös hepatiitti C-tapausten tartuntariskiä, vaikka C-hepatiitin torjunnassa ei ole onnistuttu yhtä hyvin kuin hiv:n.

Kannabisasenteiden lieventymisellä voi kuitenkin tulevaisuudessa olla suurikin vaikutus kannabiksen kysynnän kasvuun, säännöllisen käytön yleistymiseen ja sitä myötä kannabishaittojen lisääntymiseen.

Tavoitteet

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 2012–2015.

Toimenpiteet ja vaikutukset

Suomessa on kyetty menestyksekkäästi toteuttamaan tehokkaita haittojen vähentämiseen tähtääviä toimenpiteitä, kuten matalan kynnyksen terveysneuvontapalveluja, ilman että samanaikaisesti olisi jouduttu luopumaan restriktiivisestä huumeepolitiikasta. Onnistunut politiikka on perustunut hallinnonalojen väliseen konsensukseen ja koordinaatioon, tiiviiseen yhteistyöhön järjestöjen kanssa sekä onnistuneisiin

innovaatioihin. Lisäksi EU-yhteistyö on edellyttänyt erityishuomiota huumausaineisiin. EU:ssa on hyväksytty yhteinen huumausainestrategia vuosille 2013-2020. Se korostaa lähestymistapaa, jossa huomiota kiinnitetään huumausaineiden saatavuuden ja kysynnän rajoittamiseen sekä haittojen vähentämiseen tasapainoisesti. Se korostaa kansalaisyhteiskunnan merkitystä ja ehdottaa uutena elementtinä, että myös nuoret, huumeiden käyttäjät ja huume-ehtoisen palvelujen käyttäjät otetaan mukaan toiminnan suunnitteluun. Lainsäädäntöä on tarkistettu mahdollistamalla uusien markkinoille tulevien psykoaktiivisten aineiden eli muuntohuumeiden kieltäminen kansallisella menettelyllä. Huumetilanteen kokonaisuutta on kuitenkin jatkuvasti seurattava ja pyrittävä reagoimaan sen muutoksiin. Erityisinä haasteina ovat kannabiksen käytön lisääntyminen sekä muuntohuumeet.

Ehkäisevän työn laatua on parannettu esimerkiksi kehittämällä parempia menetelmiä, vahvistamalla ehkäisevän työn tietopohjaa ja kouluttamalla. Nuorisotyössä huumeita ja muita päihteitä on käsitelty yhdessä, ja tämä on liitetty muun ennaltaehkäisevän nuorisotyön yhteyteen.

2.4 Mielenterveys

Tilanne

Mielenterveys ei ole vain mielen sairauksien puuttumista, vaan ensisijaisesti se tulee ymmärtää yksilön myönteisenä voimavarana. Mielenterveys käsitteenä tarkoittaa muun muassa joustavuutta, vuorovaikutustaitoja, elämänhallintaa, itsetuntoa, elinvoimaisuutta ja henkistä vastustuskykyä. Muita hyvän mielenterveyden tunnusmerkkejä ovat hyvä toimintakyky ja kyky luoda ihmissuhteita.

Vaikka raja mielenterveyden ja sairauden välillä on liukuva, erityyppiset mielenterveyden häiriöt pyritään määrittelemään mahdollisimman selkeästi. Ne ryhmitellään kullekin häiriölle ominaisten oireiden mukaan. Esimerkiksi masennuksen diagnoosi edellyttää mielialan muutoksen tai mielihyvän menetyksen ohella vähintään viisi muuta oiretta, jotka ilmenevät samanaikaisesti vähintään kahden viikon ajan. Masennustila mielenterveyden häiriönä on oireyhtymä, joka on eri asia kuin jokaiselle tuttu masennuksen tunne epäonnistumisten jälkeen.

Vuosittain 1,5 prosenttia väestöstä sairastuu johonkin mielenterveyden häiriöön. Joka viides suomalainen sairastaa jotakin mielenterveyden häiriötä. Niistä vaikeimmat häiriöt lisäävät ennenaikaisen kuoleman riskiä. Masennustila, alkoholiriippuvuus ja työuupumus ovat yleisiä, ja hyvinvointia heikentävät oireet vielä yleisempiä. Mielenterveysongelmien yleistymisestä kuluneiden 20 vuoden aikana ei ole viitteitä. Mielenterveyden häiriöiden yleisyyttä on selvitetty Terveys 2000 -tutkimuksen yhteydessä. Nuorten (20–34-vuotiaiden) aikuisten mielenterveyden häiriöt olivat yleisiä, erityisesti päihdehäiriöitä oli nuorena miesväestössä paljon (20 %) vuonna 2005. Muutoksesta ei ole tietoa, koska vastaavaa tietoa ei ole olemassa aiemmista väestökohorteista. Nuorten masennusoireilussa ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia 2000-luvulla.

Merkitys

Vakavaa masennustilaa sairastaa viidestä kuuteen prosenttia väestöstä. Kaikista sairauksista se on liki yleisin toimintakyvyttömyyden syy. Seurauksiltaan se on merkittävin mielenterveyden häiriö. Mielenterveyden häiriöihin liittyy usein päihdeongelma, ja taas päihdeongelmaisilla on riski sairastua mielenterveyden häiriöihin.

Vakavaan masennustilaan liittyy merkittävä itsemurhan riski ja kuolleisuus. Vuosittain Suomessa yksi 2 000 miehestä ja yksi 8 000 naisesta tekee itsemurhan. Itsemurhalle selvästi altistavia yksittäisiä tekijöitä ovat

etenkin epävakaa tunne-elämä, käytöshäiriöt, päihderiippuvuudet ja masennustilat. Myönteistä on kuitenkin se, että itsemurhakuolleisuus on Suomessa selvästi pienentynyt vuoden 1990 jälkeen.

Nuorten rikekäyttäytymisessä ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia 2000-luvulla. Lastensuojeluasiakkuuksien määrä ja kodin ulkopuolelle sijoitettujen nuorten määrä ovat lisääntyneet noin viisi prosenttia vuosittain 2000-luvulla. Nuorisopsykiatriseen hoitoon hakeutuneiden määrät ovat lisääntyneet 2000-luvulla.

Päihteiden käytön osalta nuorissa ikäryhmissä on tapahtunut myönteistä kehitystä (kouluterveyskysely, ESPAD-tutkimus). Nuorten alkoholinkäyttö on vähentynyt ja täysraittiiden osuus on noussut 2000-luvulla. Huumekekokeilut eivät ole enää lisääntyneet, vaan ne ovat mahdollisesti vähentyneet 2000-luvulla (ESPAD-tutkimuksen mukaan nuorista 11 prosenttia vuonna 2003 ja kahdeksan prosenttia vuonna 2007 on kokeillut jotain huumetta).

Tavoitteet

Vuonna 2009 valmistuneessa kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa esitetään sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 mennessä. Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä linjataan ensimmäisen kerran yhtenä kokonaisuutena valtakunnallisella tasolla. Suunnitelman lähtökohtana on mielenterveys- ja päihdeongelmien suuri kansanterveydellinen merkitys. Suunnitelman toimeenpanosta vastaa Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman keskeisiä tavoitteita ovat:

- Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan aseman vahvistaminen.
- Mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistäminen ja haittojen ehkäisy.
- Avo- ja peruspalvelujen painottaminen mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän kehittämisessä.
- Toiminnan säädösperusteiden uudistaminen, muutosprosessin valtakunnallinen toimeenpano ja koordinaatio.

Toimenpiteet ja vaikutukset

Mielenterveyttä määrittävät useat yhtäaikaaisesti vaikuttavat tekijät. Näitä ovat muun muassa biologiset tekijät (kuten perintötekijät), psykologiset tekijät (kuten kasvatus ja itseluottamus), sosiaaliset tekijät (kuten perhesuhteet ja sosiaalinen verkosto) ja kulttuuriset tekijät (kuten asenteet erilaisuutta kohtaan). Mielenterveyden edistämistyö onkin suunnattava kaikkiin mielenterveyttä määrittäviin tekijöihin, joita ohjaavat useat eri politiikan alueet. Nämä tekijät ovat usein sosiaali- ja terveyssektorin ulkopuolella. Menestyksekkäältä mielenterveyden edistämistyöltä vaaditaan rajoja ylittäviä ja yhteisiä toimia.

Mielenterveyden edistämiseen liittyviä toimia on koottu Terveys 2015 -ohjelmaan. Toimet liittyvät esimerkiksi

- lapsiperheiden tukemisen palveluiden parantamiseen (koulun ja kodin välinen yhteistyö, sosiaali- ja terveyspalvelut, parisuhdeneuvonta),
- indikaattorien kehittämistyöhön,
- eri toimijoiden välisen yhteistoiminnan lisäämiseen,
- elämänhallinta- ja terveystietouden lisäämiseen,
- perheväkivallan ja yksinäisyyden vähentämiseen ja
- ikääntymisen, fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn sekä työelämän vaatimusten yhteensovittamiseen.

Kansallisesta mielenterveys- ja päihdesuunnitelmasta löytyy 18 pääehdotusta ja niiden sisältä lukuisia muita ehdotuksia kohdistetuista toimenpiteistä. Suunnitelmassa painotetaan

- asiakkaan aseman vahvistamista,
- mielenterveyden ja päihteettömyyden edistämistä,
- ongelmien ja haittojen ehkäisyä ja hoitoa ja
- kaikkien ikäryhmien mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämistä painottaen perus- ja avohoitopalveluja.

Palvelujärjestelmän kehittämisessä uusia keskeisiä linjauksia ovat sekä matalakynnyksinen, yhden oven periaate hoitoon tullessa sosiaali- ja terveyskeskuksessa että yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdeavohoitoyksiköiden perustaminen.

Suunnitelman lopussa esitetään sen toteuttamiseen tarvittavat ohjauskeinot. Suunnitelman toteuttaminen edellyttää lainsäädännön muutoksia ja resurssien kohdentamista mielenterveys- ja päihdetyöhön sekä osaamisen kehittämistä koulutuksella.

2.5 Ravitsemus, liikunta ja toimintakyky

Tilanne

Aikuisten ruoankäyttöä ja ravinnonsaantia seurataan maassamme. Sen sijaan yläkouluikäisten ja alle kouluikäisten lasten ravitsemuksesta on vain vähän hajanaista tietoa. Pienten koululaisten ravitsemuksesta ei ole lainkaan ajantasaista tietoa. Kaikissa tutkituissa väestöryhmissä ruokavalio on keskimäärin rasvapitoisuudeltaan suositellulla tasolla eli rasvan osuus energiasta on 30–35 prosenttia. Rasvan laatua tulisi kuitenkin kaikissa väestöryhmissä pystyä muuttamaan pehmeämmäksi siten, että tyydyttyneiden rasvahappojen saanti pienenee ja monitydyttymättömien rasvahappojen saanti kasvaa. Useimpien ravintoaineiden saanti on keskimäärin riittävää, mutta folaattien ja D-vitamiinin saanti ruoasta jää alle suositusten. Myös raudan saanti on joillakin väestöryhmillä liian vähäistä. D-vitamiinivalmisteiden käyttö on suositeltua vähäisempää. Sokeripitoisten elintarvikkeiden käyttö on liian runsasta nuorilla aikuisilla ja koulu- ja leikki-ikäisillä lapsilla. Lastenneuvoloissa on käynnistetty useita hankkeita, joiden tavoitteena on edistää terveellisiä ruokatottumuksia. Tavoitteena on kasvisten ja hedelmien käytön lisääminen, rasvan laadun muuttaminen pehmeäksi, sokerin ja sokeripitoisten juomien käytön vähentäminen sekä huomion kiinnittäminen perheen yhteisiin aterioihin. Vastaavia hankkeita on toteutettu kouluissa ja varuskunnissa.

Energian saannin ja kulutuksen tasapainoa seurataan painoindeksin väestöryhmittäisellä kehityksellä. Finriski-tutkimusten mukaan suomalaisten miesten painoindeksi on noussut 1970-luvulta ja naisten 1980-luvulta lähtien. Viimeisen kymmenen vuoden aikana molempien sukupuolien lihomiskehitys on kuitenkin pysähtynyt. Tästä huolimatta lihavuus on edelleen maassamme suuri kansanterveydellinen ja -taloudellinen ongelma. FINRISKI 2012 -tutkimuksen mukaan kaksi kolmesta työikäisestä miehestä ja puolet naisista on vähintään ylipainoisia (BMI 25+ kg/m²). Joka viides suomalainen aikuinen on lihava (22%, BMI 30+ kg/m²). Miesten keskimääräinen painoindeksi on 27,1 kg/m² ja naisten 26,0 kg/m². Vyötärölihavina (miehet > 100 cm ja naiset >90 cm) on kolmannes sekä miehistä että naisista. Kilot kertyvät ikääntyessä. Pääkaupunkiseudulla asuvat ja eniten koulutetut ovat laihimpia. Ylipainoisten osuus on alueellisesti suurin Itä-Suomen aikuisilla ja sosiaaliselta asemalta vähiten koulutusta saaneiden ryhmässä.

Suomessa on pitkään kerätty liikuntatietoa nuorista ja aikuisista. Selvästi vähemmän seurantatietoa on hankittu lapsista. Suomen Liikunta ja Urheilu (SLU) ry:n suuren liikuntatutkimuksen mukaan osallistuminen liikuntaseurojen järjestämiin harjoituksiin on lisääntynyt. Vaikka tytöt ovat aktivoituneet viime vuosina, on

osallistuminen silti ollut poikakeskeistä. Arvioiden mukaan nuorista pojista 50 prosenttia ja tytöistä 40 prosenttia liikkuu terveyden kannalta riittävästi. Erittäin vähän liikkuvia on pojista noin 20 prosenttia ja tytöistä noin 25 prosenttia. Murrosikä merkitsee seura- ja muun liikunnan vähenemistä. Fyysisen kunnon luotettavaa seurantatietoa on vain 19–20-vuotiaista varusmiehistä sekä alle 35-vuotiaista reserviläisistä. Tulosten mukaan nuorten miesten kestävyyskunto on heikentynyt, ja lihaskunto on 90-luvun laskun jälkeen aikaisempaa heikommalla tasolla.

Aikuisväestön terveystäytyminen ja terveys (AVTK) postikyselytutkimusten perusteella vähintään kahdesti viikossa liikuntaa harrastavien naisten määrä on kolmenkymmenen vuoden aikana (1978–2011) kasvanut runsaasta 40%:sta 72%:iin. Miestenkin vapaa-ajan liikunta on yleistynyt noin 44%:sta 66%:iin. Vuonna 2011 51 % miehistä ja naisista 56 % ilmoitti vapaa-ajan liikunnan harrastamisesta vähintään kolme kertaa viikossa. Ylimmän koulutusryhmän miehet harrastavat vapaa-ajan liikuntaa eniten ja alimman koulutusryhmän miehet vähiten. Naisilla koulutusryhmien väliset erot vapaa-ajan liikunnassa ovat pieniä. Aikuisikäryhmistä eniten liikkuvat alle 25- sekä 60–75-vuotiaat, siis opiskelijat tai eläkeläiset. 60–75-vuotiaiden osalta ei tosin ole tietoa liikunnan riittävästä intensiteetistä. Vuoden 2011 postikyselytutkimuksen tulosten mukaan 49 prosenttia työkäisistä harrasti riittävästi kestävyysliikuntaa, mutta ainoastaan 11 prosenttia ilmoitti lisäksi siihen liittyvästä lihaskuntoharjoittelusta vähintään kaksi kertaa viikossa.

Vuoden 2009 Eläkeikäisen väestön terveystäytyminen ja terveys –tutkimuksen perusteella eläkeikäisen väestön toimintakyky on parantunut selvästi viime vuosikymmenten aikana kaikissa ikäryhmissä. Esimerkiksi ulkona liikkumisessa ilman apua vaikeuksia kokevien 65–84-vuotiaiden miesten osuus on pienentynyt vuosien 1993 ja 2009 välillä 21 prosentista 11 prosenttiin ja naisten osuus 25 prosentista 13 prosenttiin. Yli 80-vuotiaiden naisten toimintakyky on keskimäärin heikompi kuin samanikäisten miesten. Nuorempien eläkeikäisten toimintakyvyssä ei ole sukupuolieroja. 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.

Vuonna 2011–2012 THL:ssa toteutettiin kaksi laajamittaista väestöä edustavaa terveystarkastustutkimusta Terveys 2011 ja jo aiemmin mainittu Finriski 2012. Näiden tutkimusten tulokset tulevat lähikuukausina antamaan uusinta tietoa suomalaisten ravitsemuksen, liikunnan ja toimintakyvyn tilasta ja muutoksista viimeisten vuosien aikana nuorista eläkeikäisiin.

Merkitys

Elintavat kuten ravinto ja liikunta ovat terveyden edistämisen ja kroonisten tautien ehkäisyn kannalta avainasemassa. Terveellisellä ravinnolla ja riittäväällä fyysisellä aktiivisuudella voidaan tehokkaasti ehkäistä monia sairauksia ja samalla lisätä toimintakykyä ja parantaa koettua terveyttä. Yhteyksiä on todettu ravitsemuksen ja liikunnan ja mm. diabeteksen, sydän- ja verisuonisairauksien, joidenkin syöpäsairauksien, muistiongelmien, hammaskarieksen ja osteoporoosin välillä. 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 suoria 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 tiettyssä määrin vaikuttaa ravinnon laadulla ja riittävällä liikunnalla. Luun haurastumista ja murtumariskiä voidaan pienentää riittävällä kalsiumin ja D-vitamiinin saannilla ja luuta kuormittavalla liikunnalla.

Hammaskaries on vähentynyt selvästi viimeisten 20 vuoden aikana. Silti kariesta esiintyy lähes joka neljännellä suomalaisella aikuisella. Lapsilla hampaiden kunto on heikentynyt. Lisääntynyt sokerin saanti ja yhä tiheämmin nautitut välipalat ovat kasvava haaste hammasterveydelle. Ravinnolla on vaikutusta hampaiden kuntoon sekä hampaiden kehitysvaiheessa että sen jälkeen. Sokeri, virvoitus- ja urheilujuomat sekä tietyt happamat ruoka-aineet kuluttavat hampaita. Ksylitolin käyttö, hampaiden puhdistus ja napostelun vähentäminen auttavat pitämään hampaat kunnossa.

Ylipaino on terveysriski. Lihavuus on lisääntynyt etenkin miehillä ja nuorilla, jyrkemmin pojilla kuin tytöillä. Lihominen johtuu siitä, että väestö syö ja saa ruoasta enemmän energiaa kuin kuluttaa. Työliikunnan ja muun arkiliikunnan vähentyminen pienentää päivittäistä energiankulutusta. Vapaa-ajan liikunta on viime vuosikymmeninä lisääntynyt, mutta se ei riitä korvaamaan työn fyysisen rasittavuuden vähenemistä. Painonhallinnassa liikunnalla on keskeinen rooli yhdessä ravitsemuksen kanssa.

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

Valtion ravitsemusneuvottelukunta antaa suosituksia tärkeimpien ravintoaineiden saannille ja juomien käytölle. Ruokavalion laadun parantamisessa keskeisiä muutossuosituksia ovat seuraavat:

- Näkyvinä rasvoina tulisi valita kasviöljyjä ruoanlaittoon ja levitteiksi.
- Kovien tyydyttyneitä rasvoja tulisi välttää.
- Kasviksia, hedelmiä ja marjoja tulisi nauttia useita annoksia päivässä (suositus aikuisille 400 g/pv).
- Kokojyväviljaa sisältäviä leipiä ja viljavalmisteita tulisi suosia.

Lisäksi kannustetaan rajoittamaan piilorasvaa sisältävien tuotteiden käyttöä sekä sokeripitoisten elintarvikkeiden käyttöä. Janojuomaksi suositellaan vettä. Ruokavalion muutoksilla pyritään parantamaan väestöryhmien ravitsemustilaa sekä ehkäisemään kroonisia tauteja, ylipainoa ja hammassairauksia.

Vuonna 2010 valtion ravitsemusneuvottelukunta antoi ravitsemussuosituksen 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. Suosituksessa painotetaan erityisesti riittävän energian, proteiinin, ravintoaineiden, kuidun ja nesteen saantia sekä suositellaan D-vitamiinilisän käyttöä yli 60-vuotiailla.

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 niin kotihoidossa, vanhainkodeissa ja sairaaloissa kuin koko terveydenhuollossa, osana ikääntyneen ihmisen hyvää hoitoa.

Valtioneuvosto on tehnyt periaatepäätöksen terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista. Tavoitteena on:

- Lisätä riittävästi liikkuvien osuutta.
- Vähentää liikunnasta syrjäytyneiden määrää.
- Lisätä ravitsemussuosituksia vastaavan ruokavalion yleisyyttä.
- Vähentää ylipainon ja lihavuuden yleisyyttä.

Valtioneuvoston periaatepäätöksen liikunnan edistämisen linjauksista asetti tavoitteeksi lisätä liikunnan harrastamista ja fyysistä aktiivisuutta elämänsä aikana kaikissa vaiheissa ja lisätä etenkin työ-ikäisten omavastuuta liikunnasta sekä parantaa toimintakyvyltään heikentyneiden ikääntyneiden ihmisten ulkona liikkumisen mahdollisuuksia. Periaatepäätöksessä on esitetty tavoitteet eri ikäryhmille, hallinnonalojen yhteistyölle, kuntien liikuntapolitiikalle ja kansalaisjärjestöjen kehittämiselle, ja tavoitteen on riittävästi liikkuvien määrän lisääminen, kilpa- ja huippu-urheilun toimintaedellytysten vahvistaminen, erityistoimia vaativien väestöryhmien liikunnan lisääminen ja julkisen hallinnon toimenpiteiden tehokkuuden ja vaikuttavuuden lisääminen. Periaatepäätöksen tueksi on opetusministeriössä laadittu suunnitelma toimenpideohjelmaksi.

Toimenpiteet ja vaikutukset

Periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista sisältää toimenpidesuosituksia. Terveyttä edistävää liikuntaa ja terveellistä ravitsemusta edistetään vaikuttamalla

- kulttuuriin, elinympäristöön, olosuhteisiin, tuotteisiin ja rakenteisiin
- varmistamalla, että kaikilla väestöryhmillä on riittävästi tietoa ja taitoja terveyttä edistävän elämäntavan pohjaksi
- kannustamalla, tukemalla ja ohjaamalla yksilöitä ja yhteisöjä, erityisesti heikommissa asemassa olevia.

Eri sisältöalueille tehtiin konkreettinen toimeenpanosuunnitelma, jonka toteutumisesta huolehtivat sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö ja maa- ja metsätalousministeriö sekä terveyttä edistävän liikunnan ohjausryhmä ja Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Toimeenpanosuunnitelman ehdotukset on pääosin toteutettu vuosina 2008-2011, mutta haasteellisempia kokonaisuuksia, kuten terveydenhuollon koulutukseen vaikuttamista ja terveystoiminnan aseman sekä ravitsemuksen parantamista kunnissa, jatketaan edelleen.

Valtioneuvoston periaatepäätös liikunnan edistämisen linjoista tarjoaa erinomaisen rakenteen toimivien interventioiden jalkauttamiseen. Periaatepäätöksessä liikunnan edistämisen linjauksista hallitus sitoutuu edistämään liikunnallista elämäntapaa lisäämällä arkiliikkumisen mahdollisuuksia elämänsä aikana. Painopisteitä ovat olosuhteiden ja toimijoiden osaamisen kehittäminen sekä kansalaistoiminnan edellytysten parantaminen. Erityishuomiota kiinnitetään liikuntaerojen kaventamiseen ja liikunnan kannalta heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien liikunnallisuuden tukemiseen. Opetusministeriö koordinoi

periaatepäätöksen toteutumista yhdessä eri ministeriöiden ja kunta- ja järjestösektorin edustajista koostuvan neuvottelukunnan kanssa.

Myös monet järjestöt toimivat aktiivisesti väestön liikunta- ja ravitsemustottumusten muuttamiseksi terveellisempään suuntaan. Esimerkiksi Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO) on Diabetesliitto ry:n koordinoima valtakunnallinen, usean eri tahon yhteistyöohjelma, joka pyrkii järjestelmällisesti ehkäisemään tyyppi 2 diabetesta sekä vähentämään sairastuneiden riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. DEHKO on asettanut yksityiskohtaisia tavoitteita diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon liittyen. Myös Suomen Sydänliitto ry:n valtakunnallinen Sydänohjelma tavoittelee sydän- ja verisuonisairauksien vähentämistä sekä ihmisten terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääntymistä.

2.6 Tapaturmien vähentäminen ja ympäristön esteettömyyden tukeminen

Tilanne

Suomen perustuslain 6 §:n mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Säännöksessä on myös syrjinnän kieltö mm. vammaisuuden perusteella. Ympäristön esteettömyyttä voidaan pitää syrjinnän kiellon seuraamuksena.

Ympäristön esteettömyyteen liittyviä velvoitteita on useassa laissa. Yhdenvertaisuuslaissa säädetään työolosuhteiden kohtuullisista mukautuksista. Rakentamista koskevassa lainsäädännössä on yksityiskohtaisia säännöksiä esteettömyydestä. Monet liikennettä ja viestintää koskevat säännökset ja ohjelmat vahvistavat esteettömyyden tavoitteen. Kulttuuri ja urheilu ovat keskeisiä alueita esteettömyyden ja osallisuuden näkökulmasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä on säädetty apuvälineistä. Myös monet kansainväliset ihmisoikeussopimukset, ohjelmat ja muut asiakirjat määrittelevät velvoitteen esteettömään yhteiskuntaan. Tässä suhteessa merkittävin asiakirja kansainvälisessä keskustelussa on YK:n yleissopimus vammaisen henkilöiden oikeuksista, missä esteettömyys ja saavutettavuus on yleinen periaate ja keskeinen velvollisuus. Esteettömyyden tosiasiallisesta tilanteesta Suomessa on kuitenkin suhteellisen vähän tietoa. Sitä on lähinnä yksittäisten tutkimusten ja esteettömyyskartoitusten ja -arviointien perusteella.

Tapaturmat ovat suomalaisten neljänneksi yleisin kuolemansyy. Lapsilla ja nuorilla tapaturmat ovat merkittävin kuolemansyy. Vuonna 2010 tapaturmissa kuoli 2856 henkilöä. Yleisin syy tapaturmakuolemiin on putoaminen tai kaatuminen. Toiseksi yleisin syy on myrkytys, joista hieman yli puolet johtui alkoholimyrkytyksestä. Tapaturmakuolemista valtaosa (yli 80 %) on koti- ja vapaa-ajan tapaturmia. Ne ovat lisääntyneet runsaan 20 vuoden aikana, mutta viime vuosina kehitys on kääntynyt myönteiseen suuntaan. Samalla liikenne- ja työtapaturmakuolemat ovat olleet laskussa jo pidemmän aikaa.

Vuonna 2009 tehdyn kyselytutkimuksen mukaan voidaan arvioida, että Suomessa sattuu vuosittain lähes 1 100 000 fyysisen vamman aiheuttaneita tapaturmaa 15 vuotta täyttäneille. Joka viides 15 vuotta täyttänyt saa vammoja tapaturmissa vuoden aikana. Vammoja aiheuttaneista tapaturmista 72 % on koti- ja vapaa-ajan tapaturmia. Liikuntatapaturmat ovat näistä yleisimpiä.

Tapaturman vuoksi lääkärinvastaanottokäyntejä on arviolta reilu 400 000 vuosittain. Vammat ja myrkytykset aiheuttavat vuosittain noin 111 000 sairaalan vuodeosastohoitojaksoa.

Alkoholi on usein osallisena tapaturmissa. Lähes joka kolmas tapaturmaan kuollut oli päihtynyt. Myös tapaturman vuoksi hoitoon tulleilla potilailla on usein alkoholia veressään. Kuusankosken aluesairaalaassa

tehdyn selvityksen mukaan joka neljäs ja viikonloppuisin lähes joka toinen tapaturmapotilas oli alkoholin vaikutuksen alainen.

Merkitys

Osallisuuden vahvistaminen ja ympäristön esteettömyyden parantaminen luovat paremmat edellytykset terveelle elämälle. Voidaan myös olettaa, että aktiivisuus omassa elinympäristössä edistää terveyttä. Esteetön ympäristö mahdollistaa myös muita toimintoja, kuten työelämään osallistumisen.

Tapaturmilla voi olla jopa dramaattisia vaikutuksia elämään. Tapaturmat aiheuttavat runsaasti inhimillistä kärsimystä ja ovat merkittävä ennenaikaisen kuoleman syy. Tapaturmakuolemat muodostavat 1–24-vuotiailla pojilla 40 prosenttia ja tytöillä 30 prosenttia kaikista tämänikäisten kuolemista. Liikenneonnettomuudet ovat merkittävimmät syyt nuorten kuolleisuuteen.

Ikääntyneillä kaatumiset ja kaatumisen pelko liittyvät keskeisesti itsenäisen toimintakyvyn alenemiseen ja ulkopuolisen avun tarpeen lisääntymiseen. Yli 65-vuotiaista joka kolmas ja yli 80-vuotiaista joka toinen kaatuu vähintään kerran vuodessa. Aiempi kaatuminen altistaa merkittävästi uudelle kaatumiselle. Kerran kaatuneista puolet kaatuu uudelleen. Miltei kaikilla jonkin tasoista hoivaa tarjoavissa palvelutaloissa tai -kodeissa asuvilla on tavallista suurempi tai jopa erityisen suuri alttius kaatua.

Tapaturmilla on myös taloudellisia merkityksiä. Ne aiheuttavat kustannuksia yksityisille ihmisille, yrityksille ja koko yhteiskunnalle. Tällaisia kustannuksia ovat mm. terveydenhuolto, työkyvyttömyyseläkkeet, ansioiden menetykset, sairauspoissaolot, menetettyjen elinvuosien aiheuttamat menetykset yhteiskunnalle sekä vahingoittunut välineistö. Tarkkaa tietoa kustannuksista ei ole saatavissa. On kuitenkin arvioitu, että koti- ja vapaa-ajan tapaturmista aiheutuneet kustannukset olisivat 2,4 – 4 miljardia euroa vuodessa.

Tavoitteet

Suomen vammaispoliittisen ohjelman 2010-2015 mukaan yhteiskunnan esteettömyyden laaja-alainen vahvistaminen ja lisääminen on yksi ohjelman viidestä kärjestä. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen hallitusohjelman mukaan jatketaan vammaispoliittisen ohjelman (VAMPO) toimeenpanoa. Erityisinä kohteina ovat säädösmuutosten valmistelu ja voimaansaattaminen YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan yleissopimuksen ratifioimiseksi, vammaisten työllistymisen edistäminen, esteettömyyden lisääminen sekä vammaistutkimuksen vahvistaminen.

Tapaturma-alan keskeisiä tavoitteita ovat:

- Tapaturmaseurannan kehittäminen
- Tapaturmien ehkäisyyn liittyvän ammattitaidon vahvistaminen
- Lasten, nuorten ja iäkkäiden tapaturmien ehkäisy priorisoiminen.
- Alkoholiehtoisten tapaturmien ehkäisy
- Eniten vammoja aiheuttaneiden tapaturmien ehkäisy: liikunta-, koti- ja muut vapaa-ajan tapaturmat

Tapaturmien ehkäisy etenkin kotona ja vapaa-ajalla sekä tapaturmista aiheutuvien terveys- ja muiden seuraamusten vähentäminen on asetettu keskeiseksi tavoitteeksi. useissa kansallisissa politiikka-, toimenpide- ja tavoiteohjelmissa (mm. Kansallinen lasten ja nuorten tapaturmien ehkäisy ohjelma, Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisy ohjelma vuosille 2007-2012, Terveys 2015, Kaste, Sisäisen turvallisuuden ohjelma, Alkoholiohjelma).

Toimenpiteet ja vaikutukset

Esteettömässä ympäristössä on kysymys mahdollisuuksien luomisesta. Syrjäytyminen yhteisöstä jossakin suhteessa on omiaan heikentämään terveyttä. Esteetön ympäristö todennäköisesti ehkäisee tapaturmia. Terveyden edistämisen rahoituksella on perusteltua tukea toimintaa, jolla vahvistetaan osallisuutta, parannetaan toimintamahdollisuuksia elinympäristössä ja ehkäistään syrjäytymistä sekä tapaturmia. Esteettömyyden periaate läpäisee eri hallinnonalat ja sen vuoksi toimenpiteet on tehtävä hallinnon eri sektoreilla. Hyvät tulokset osallisuuden edistämiseksi edellyttävät yhteistyötä ja yhteistyörakenteita eri sektoreiden ja toimijoiden välillä.

Tapaturmien ehkäisy perustuu ajatukseen, että tapaturmien syntyyn yhteydessä olevia tekijöitä pystytään tunnistamaan ja näihin syy- ja olosuhdetekijöihin vaikuttamalla voidaan pienentää tapaturmaan joutumisen riskiä ja vähentää onnettomuuden seurauksena syntyvän vamman vakavuutta. Turvallisuustyötä tulee kohdentaa erityisesti tapaturmiin, jotka ovat yleisiä ja seuraamuksiltaan vakavia.

Suunnitelmallisen turvallisuustyön edellytyksenä on korkeatasoinen tapaturmien tilastointi ja tapaturmatilanteen seuranta. Työ- ja liikenneturvallisuus sektoreille on rakentunut maan kattavat järjestelmät onnettomuuksien tutkintaan, seurantaan, ehkäisevään työhön sekä rahoitukseen. Niiden tapaturmien osalta, jotka jäävät näiden kahden sektorin ulkopuolelle, ehkäisevä työ on ongelman laajuuteen nähden ollut niukkaa ja sirpaloitunutta.

On ilmeistä, ettei osaamista kotona ja vapaa-ajalla sattuvien tapaturmien ehkäisemiseksi paikallistasolla ole riittävästi. Esimerkiksi vuonna 2008 toteutetusta terveyskeskuskyselystä ilmeni, että ainoastaan noin viidesosassa (19 %) terveyskeskuksista on kirjattu käytäntö ikäihmisten korkean kaatumisriskin tunnistamiseksi, vaikka tunnistamiseen on kehitetty tarkkoja työmenetelmiä ja tutkimukset ovat selvästi osoittaneet laaja-alaisen ehkäisytoimenpiteiden tehokkuuden kaatumistapaturmien ehkäisemiseksi. Kuntajohdolle vuonna 2011 tehdyn kyselyn perusteella kaksi kolmasosaa kunnista oli laatinut paikallisen turvallisuussuunnitelman, vaikka pyrkimyksenä on, että paikalliset turvallisuussuunnitelmat kattaisivat koko maan. Onnettomuustutkintakeskuksen (OTKES) vuonna 2009 julkaisema tutkimus erään kunnan päihdeongelmaisten tukiasuntona käyttämän talon tulipalon syistä osoitti, että työmenetelmissä on useita merkittäviä heikkouksia erityisryhmien asumisturvallisuuteen liittyen.

2.7 Seksuaalikäyttäytyminen

Tilanne

Aikuisten seksuaalikäyttämisestä on vähän tutkimustietoa. Nuorten seksuaalikäyttäytymisestä ja seksuaaliterveyteen liittyvästä tiedon tasosta on saatu seurantatietoa 1990-luvun loppupuolelta lähtien kouluterveyskyselystä ja armeijan terveyskäyttäytymiskyselystä.

Nuorten sukupuolielämän aloittaminen on siirtynyt 2000-luvulla hieman myöhemmäksi: Valtaosa nuorista aloittaa sukupuolielämän 16 ikävuoden jälkeen. Yhdyntäkokemukset lisääntyvät nopeasti siirryttäessä peruskoulusta toisen asteen koulutukseen, tytöillä selvästi poikia nopeammin. Vuonna 2011 peruskoulun yläluokkalaisista oli ollut sukupuoliyhdyntä 22 prosenttia ja heistä 18 prosenttia ei käyttänyt ehkäisyä viimeisessä yhdynnässä. Rekisteritietojen mukaan vuonna 2011 noin 34 prosenttia alle 20-vuotiaista raskautensa keskeyttäneistä naisista ilmoitti, ettei ollut käyttänyt minkäänlaista ehkäisyä.

Raskaudenkeskeytysten määrä riippuu ehkäisyn käytöstä. Ehkäisypillereiden tai jälkiesiintymisen käytössä ei ole havaittu suuria muutoksia 2000-luvulla, vaikka jälkiesiintymis muuttui reseptivapaaksi tänä aikana.

Myöskään sukupuolitautilien suhteen tärkeiden indikaattorien kuten kondomin käytössä tai seksuaalisessa aktiviteetissa (seksikumppaneiden määrä) ei ole tapahtunut suuria muutoksia viime vuosikymmenen aikana. Ammattikoululaisilla kondominkäyttö on harvinaisempaa kuin lukiolaisilla. Seksuaalinen riskikäyttäytyminen on yhteydessä päihteiden käyttöön. Jatkossa on syytä kiinnittää huomiota noin viidennekseen nuoria, joilla seksuaaliterveyskäyttäytyminen on nähtävä osana laajempaa kokonaisuutta, johon kuuluvat mielenterveysongelmat, päihteiden käyttö ja väkivaltaisuus.

Seksuaalikäyttäytymiseen pyritään vaikuttamaan asiallisella tiedolla ja seksuaalikasvatuksella. Seksuaaliterveystiedot ovat heikommat pojilla kuin tytöillä ja ammattiin opiskelevilla heikommat kuin lukiolaisilla. Noin joka viidennellä peruskoulun yläluokkalaisella on heikot tiedot seksuaaliterveydestä. Tiedon lisäksi palvelujen saatavuus vaikuttaa seksuaaliterveyteen; reilu kolmannes peruskoulun yläluokkalaisista kokee, että lääkärin tai terveydenhoitajan vastaanotolle on melko tai erittäin vaikeaa varata aikaa seksuaaliterveysasioissa.

Seksuaalisen häirinnän ja seksuaalisen väkivallan kokemukset ovat nuorilla hyvin yleisiä; tytöt kokevat niitä selvästi yleisemmin kuin pojat. Kouluterveyskyselyn mukaan vuosina 2010-2011 seksuaalista häirintää ilmoitti kokeneensa 52 prosenttia peruskoulun yläluokkien tytöistä, 47 prosenttia lukiolaistytöistä ja 58 prosenttia ammattiin opiskelevista tytöistä. Pojista seksuaalista väkivaltaa kokivat yleisimmin peruskoulun yläluokkalaiset (20 %), kokemukset vähenivät iän myötä. Seksuaalisen väkivallan kokemuksia oli 20 prosentilla yläluokkalais- ja lukiolaistytöistä ja 30 prosentilla ammattiin opiskelevista tytöistä. Pojista seksuaalista väkivaltaa ilmoitti kokeneensa 6–8 prosenttia oppilaitostyyppistä riippumatta.

Merkitys

Raskaudenkeskeytysten määrä on 2000-luvulla pysynyt melko tasaisena. Erityisesti alle 20-vuotiaiden keskeytysten määrän väheneminen on ollut merkittävää 2000-luvulla. Vuonna 2011 tehtiin raskaudenkeskeytyksiä alle 20-vuotiaille yhteensä 2 007. Eniten keskeytyksiä tehtiin 20–24-vuotiaille (18,2/1 000 vastaavanikäistä naista).

Klamydiatartuntoja todetaan noin 13 000 vuosittain, joista valtaosa alle 30-vuotiailla. Tartuntojen määrässä ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia viimeisen kymmenen vuoden aikana, mutta toistuvien klamydiatartuntojen on todettu olevan yleisiä.

Hiv-tartuntojen määrä on myös viime vuosina pysynyt samalla tasolla; vuosittain todetaan noin 180 uutta tartuntaa. Valtaosa tartunnoista on saatu heteroseksissä tai miesten välisen seksissä.

Kansainvälisesti verraten seksuaaliterveyden tilanne on Suomessa varsin hyvä. Kuitenkin monissa maissa ja etenkin lähialueillamme hiv ja sukupuolitautilien tilanne on huolestuttava. Tarvitaankin jatkuvaa aktiivista seurantaa ja tehokkaita torjuntatoimia, jotta pystyisimme vastaamaan mm. matkailun tuomiin infektiouhkiin.

Tavoitteet

Seksuaaliterveys tuli osaksi terveyden edistämisen laatusuosituksia vuonna 2006. Vuotta myöhemmin valmistui Sosiaali- ja terveysministeriön seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma (2007–2011). Toimintaohjelma 2007–2011 määrittää tarkat tavoitteet kansalliselle, alueelliselle ja paikalliselle tasolle. Tavoitteet tiivistettynä ovat:

- Seksuaaliterveyteen liittyvän neuvonnan paraneminen
- Väestön tiedon saannin paraneminen

- Palvelujen laadun paraneminen liittyen mm. raskauden ehkäisyyn, synnytykseen ja sen jälkeisen aikaan sekä raskaudenkeskeytysten palveluihin
- Seksuaalista väkivaltaa kokeneiden palveluiden laadun paraneminen
- Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön osaamisen kehittäminen
- Tilastointi- ja seurantajärjestelmien kehittäminen
- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimuksen vahvistaminen
- Työnjaon, yhteistyön ja koordinoinnin paraneminen

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa arvioidaan parhaillaan ja luodaan perustaa jatkotyöskentelylle.

Toimenpiteet ja vaikutukset

Suomen kattavaa koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ja ehkäisyneuvoloiden verkkoa on pidetty nuorten hyvän seksuaaliterveyden voimavarana. On arvioitu, että 1990-luvun lamalla olisi ollut vaikutus erityisesti raskaudenkeskeytysten lievään kasvuun 2000-luvun alussa, sillä samaan aikaan vähennettiin mm. kouluterveydenhoitajia ja koulujen seksuaaliopetusta. Raskaudenkeskeytysten määrä on pysynyt vakaana 2000-luvulla. Erityisesti alle 20-vuotiaiden keskeytysten määrän väheneminen on ollut merkittävää 2000-luvulla. Tähän on osaltaan vaikuttanut vuodesta 2004 lähtien terveystiedon opetus, joka sisältää myös seksuaaliopetuksen. Nuorten puberteetin aikaistuesssa terveystiedon opetuksen kehittäminen ja varhentaminen luokka-asteille 5–6 olisi aiheellista.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman tavoitteiden toteutumista tiedusteltiin sairaanhoitopiireille ja terveyskeskuksille suunnatuissa kyselyissä vuosina 2008,2009 ja 2011,2012. Kyselyjen mukaan tulevaisuuden haasteita ovat kouluterveydenhuollon ja terveystiedon opetuksen yhteistyön vahvistaminen ja kouluterveydenhuollon uusien työmuotojen ja henkilökunnan osaamisen lisääminen. Paikallisella tasolla on laadittava toimintamalleja seksuaaliterveyden edistämiseksi.

Sisällöllisinä haasteina nousivat esiin mm.

- nuoret, joiden elämässä ongelmat kasaantuvat
- maahanmuuttajat
- seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt
- seksuaalisen väkivallan ja häirinnän kokeneet ja tekijät

Uusi terveydenhuoltolaki ja sen nojalla annettu asetus ja niitä tukevat oppaat kiinnittävät huomiota neuvolatoimintaan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon sekä lasten ja nuorten terveystarkastuksiin. Seksuaalineuvontaan liittyvät asiat sisältyvät näihin palveluihin.

3. Terveyden edistämisen määräraha valtion vuoden 2013 talousarviossa

Terveyden edistämisen määrarahasta 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 terveystyötyminen. 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 2013 talousarvio
33.70.50 terveyden edistäminen (siirtomääräraha 3 v)

Momentille myönnetään 3 780 000 euroa.

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

Määrarahasta voidaan myöntää valtionavustuksia järjestöille, säätiöille, kunnille ja muille toimijoille. Määrarahasta 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 (1 000 euroa)

Eduskunnan kertaluonteisen lisäyksen vähennys	-400
Menosäästö (HO)	-500
Alkoholiohjelman toteuttamista ja muiden terveyttä edistävien kokeilu- ja kehittämishankerahojen siirto momentille 28.40.01 (AVI-mom.)	-420
Yhteensä	-1 320

Momentin määräraha on muutettu kolmevuotiseksi siirtomäärärahaksi.

4. Vuoden 2013 terveyden edistämisen määrärahan käyttösuunnitelman valmistelu ja päätöksenteko

Käyttösuunnitelman valmistelusta vastasi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos sosiaali- ja terveysministeriön ohjauksessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos teki sosiaali- ja terveysministeriölle esityksen vuoden 2013 terveyden edistämisen käyttösuunnitelmaksi ministeriön antaman määräraha- ja painopistealueita koskevien ohjeiden pohjalta.

4.1 Hankkeiden käsittely ja käyttösuunnitelman valmistelu

Terveyden edistämisen määräraha julistettiin haettavaksi toukokuussa, ja hanke-ehdotusten jättöaika päättyi 15.6.2012. Hanke-ehdotukset jätettiin ensimmäistä kertaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sähköisen hankehallintajärjestelmän kautta. Yhteensä hanke-ehdotuksia vastaanotettiin 185 kpl ja käsiteltiin 184 kpl (yksi hakija peruutti hakemuksensa) ja niiden yhteissumma oli 43 174 402 euroa. Hanke-ehdotukset arvioitiin heinä-syyskuussa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa.

4.2 Hankkeiden arviointi

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:

- yleinen terveyden edistämisen rakenteiden, menetelmien, laadun ja yhteistyön kehittäminen,
- päihteiden (alkoholi ja huumeet) ja tupakan käytön ehkäisy ja vähentäminen,
- mielenterveyden edistäminen,
- toimintakyvyn edistäminen ja liikunnan lisääminen,
- terveellisen ravitsemuksen edistäminen,
- ympäristön esteettömyyden tukeminen ja tapaturmien vähentäminen ja
- seksuaaliterveyden edistäminen.

Hanke-ehdotukset arvioitiin käyttäen terveyden edistämisen määrärahan hanke-ehdotuksille tarkoitettuja arviointikriteerejä (ks. liite 1.) 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 sosio-ekonomisiin terveyseroihin ja mahdollisten eettisten ongelmien huomiointia.

Lopuksi kustakin hankkeesta annettiin sanallinen yleisarvio sekä numeerinen arvosana väliltä 1–5, joista 5 on erinomainen.

Arviointiryhmissä hanke-ehdotukset asetettiin tärkeysjärjestykseen, ja sen jälkeen käyttösuunnitelman valmistelutyöryhmä teki kokonaisehdotuksen rahoitettavaksi esitettävistä hankkeista. Pelkkä arvosana ei kuitenkaan vaikuttanut arviointiin, vaan arvioinnissa otettiin huomioon hanke-ehdotuksen kokonaisuus. Joissakin strategioissa oli useita hyviksi arvioituja hankkeita, mutta niitä kaikkia ei voitu sisällyttää ehdotukseen mahdollisimman monipuolisen kokonaisuuden saamiseksi. Rahoituksen myöntämisen tärkein peruste oli hankkeen tuoma lisäarvo terveyden edistämiseksi. Tuettavan hankkeen tulee kehittää terveyden edistämisen rakenteita, menetelmiä, laatua tai yhteistyötä. Tärkeää oli myös hankkeen kytkentä kansallisiin terveyden edistämisen ohjelmiin. Uusia hankkeita arvioitiin etenkin ministeriön ohjeiden mukaisesti hankkeiden kyvyllä vaikuttaa sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen sekä hankesuunnitelman laadulla.

4.3 Yleisimmät rahoituksen myöntämis- ja hylkäämisperusteet

Rahoituksen myöntämisen tärkein peruste on hankkeen tuoma lisä-arvo 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.

Merkittävien 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 määrärahalta on jo toteutettu tai toteutetaan merkittävää toimintaa, tai samanaikaisesti useisiin, keskenään samanlaisiin hankkeisiin. Valmistelun aikana käytiin myös yhteistyöpalavereita opetus- ja kulttuuriministeriön sekä Raha-automaattiyhdistyksen kanssa sekä KASTE-hankkeista vastaavien tahojen kanssa.

Pyrkimyksenä on tukea suuria yhteishankkeita, ja ne on asetettu valmistelussa etusijalle. Tämä ei ole kuitenkaan edellytys määrärahan myöntämiseksi, sillä 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 riskejä. Varoja ei myönnetä kaupalliseen tarkoitukseen, eikä hankkeisiin, joita voidaan pitää kuntien, järjestöjen tai muiden toimijoiden lakisääteisenä tai normaalina perustoimintana tai sellaisen käynnistämiseen tähtäävänä. Hankkeissa edellytetään omarahoitusosuutta, mutta sen suuruutta ei olla määriteltä tarkemmin.

5. Vuonna 2013 rahoitettavat hankkeet

Terveyden edistämisen määrärahan vuoden 2013 käyttösuunnitelmaan sisältyvät hankkeet tukevat ministeriön strategian, Terveys 2015 -kansanterveysohjelman, Alkoholiohjelman, terveyserojen kaventamisen toimenpideohjelman, valtioneuvoston terveyttä edistävästä liikunnasta ja ravinnosta tekemän periaatepäätöksen, kansallisen päihde- ja mielenterveysuunnitelman sekä muiden kansallisten terveyden edistämisen ohjelmien toimeenpanoa sekä terveyden edistämisen keskeisten painoalueiden kehittämistä. Määrärahalla tuetaan terveyden edistämisen menetelmien kehittämistä, väestön terveyserojen kaventamiseen liittyviä hankkeita sekä terveyden edistämisen paikalliseen ja alueelliseen kehittämiseen liittyviä hankkeita.

Vuonna 2013 rahoitettavien hankkeiden joukossa on **lapsia, nuoria ja lapsiperheitä** koskevia hankkeita. Niissä paneudutaan mm. lapsiin kohdistuvien päihdehaittojen vähentämiseen, nuorten liikkumattomuuden vähentämiseen, seksuaalista väkivaltaa kokeneiden lasten ja nuorten tunnistamiseen ja matalan kynnyksen tukeen, nuorten terveyskäyttäytymiseen, koululaisten terveysosaamiseen, koulunsa aloittavien lasten terveyden edistämiseen, nuorten itsemurhien ehkäisyyn, lasten ruokakasvatukseen, vailla opiskelu- ja työpaikkaa olevien nuorten terveyden edistämiseen, lapsiperheiden päihdepalvelujärjestelmän kehittämiseen, perheväkivallan tunnistamiseen ja varhaiseen puuttumiseen ja lasten ja nuorten tunne- ja turvataitojen kehittämiseen.

Aikuisväestön terveyden edistämistä tuetaan vuonna 2013 rahoittamalla hankkeita, joissa tavoitteena on kohentaa ravitsemusta, ehkäistä ylipainoa, lisätä liikuntaa, ehkäistä ja vähentää tupakointia ja päihteiden käyttöä, edistää mielenterveyttä, vähentää itsemurhia sekä koti- ja vapaa-ajan tapaturmia. Arkiliikunnan ja säännöllisen liikunnan harrastaminen ja väestön terveellisen ravitsemuksen edistäminen on kaikissa ikäryhmissä tärkeää ylipainon, sydäntautien ja diabeteksen ehkäisemiseksi. Iäkkäiden toimintakyvyn parantamista ja liikunnan lisäämistä tuetaan.

Vuoden 2013 aikana tuetaan erityisesti hankkeita, jotka pyrkivät **sosioekonomisten terveyserojen** kaventamiseen.

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. Omarahoitus ei kuitenkaan ole määrärahan myöntämisen edellytys.

Vuonna 2013 rahoitetaan 30:tä hanketta, joista

- jatkuvia hankkeita on 26 kpl (2 920 000 euroa) ja
- uusia hankkeita on 4 kpl (860 000 euroa).

Vuonna 2012 terveyden edistämisen määrärahalla rahoitettiin 55 hanketta. Koska määräraha on muutettu kolmivuotiseksi siirtomäärärahaksi, voidaan vuoden 2013 alusta tehdä kolme vuotta kestäviä päätöksiä. Aikaisemmin päätökset on annettu vuodeksi kerrallaan. Koska tässä käyttösuunnitelmassa on vielä mukana vuosilta 2011 ja 2012 jatkuvia hankkeita, niin vain neljä uutta hanketta voitiin sisällyttää tähän käyttösuunnitelmaan.

Uusia hankkeita rahoitetaan seuraavin hankekohtaisin perusteluin:

Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi
201310238	<i>Helsingin yliopisto</i>	Physical activity and sedentary lifestyle among adolescents in vocational schools: A behaviour change intervention trial
	<ul style="list-style-type: none"> Kyseessä on tutkimus- ja kehittämishanke, jossa suunnitellaan, toteutetaan ja arvioidaan teoriaan ja näyttöön perustuvan yksilö- ja ympäristöasioihin kohdistuvan intervention vaikutuksia ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevien liikunnan lisäämiseksi. Tutkimus hyödyntää vaihteista lähestymistapaa sisältäen esitutkimuksen, intervention mallintamisen, pilotoinnin sekä arvioinnin rct-asetelmassa. Tämä mahdollistaa syvällisen ja ajankohtaisen tiedon tuottamisen liikuntakäyttämisen tukemiseksi te-toimenpiteiden pohjaksi. Tutkimushanke on hyvin suunniteltu, resurssilaskelmat ovat realistiset ja tutkimusryhmä on asiantunteva. Terveyseronäkökulma löytyy. Kohderyhmä on tärkeä. Kyseessä on uusi, yhteisrahoitteinen hanke opetus- ja kulttuuriministeriön kanssa. Rahoitus annetaan kolmeksi vuodeksi. 	
201310161	<i>Filha ry</i>	Tupakka ja työttömien elämänhallinta vertaistuellalla 2013-2015
	<ul style="list-style-type: none"> Työttömien joukossa tupakointi on yleistä, mutta näitä tupakoijia ei tavoiteta terveydenhuollon toiminnan kautta. Työttömien yhdistykset ja niiden valtakunnallinen yhteistyöelin eivät ole olleet aktiivisina toimijoina tupakoimattomuuden tai laajemmin terveyden edistämisen kentällä. Hankkeessa pyritään luomaan vertaisohjaukseen perustuva valtakunnallinen tupakasta vieroituksen toimintamalli työttömien yhdistyksissä käytettäväksi. Suomessa vertaisohjausta ei juuri käytetä tupakasta vieroituksessa, joten hankkeessa on mahdollista saavuttaa uutta tietoa menetelmän soveltuvuudesta. Työttömien yhdistykset ovat myös uusi tapa tavoittaa terveyspalveluita käyttämättömiä. Tällainen yhteistyö ja valtakunnallisen työttömien yhdistyksen osallistaminen jo suunnitteluprosessiin on innovatiivista suomalaisessa tupakoimattomuuden edistämistyössä. Onnistuessaan hanke voi tuottaa uuden konkreettisen toimintatavan sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseksi. Rahoitus annetaan kolmeksi vuodeksi. 	
201310027	<i>Non Fighting Generation ry</i>	Valoa elämään - menetelmien kehittämishanke nuorten itsemurhien ehkäisemiseksi
	<ul style="list-style-type: none"> Hanke pureutuu tärkeään aiheeseen ja väestöryhmittäisten terveyserojen kaventaminen on huomioitu. Siinä on hyvät yhteistyötahot. Menetelmät ovat järkeviä, ja ne esitellään suunnitelmassa, joka sisältää jo pilotoitua tietoa ja esittää realistisen tavan hankkeen toteuttamiselle. Hankkeen vaikutusten arviointi on suunniteltu hyvin. Hyvät yhteistyötahot ja menetelmät vaikuttavat hyviltä. Rahoitus annetaan kolmeksi vuodeksi. 	
201310091	<i>Turun kaupunki / Turun ammattikorkeakoulu</i>	Ota koppi! - Syö ja liiku terveydeksi
	<ul style="list-style-type: none"> Tärkeä kohderyhmä ja hyvä hankesuunnitelma. Työttömien nuorten terveyden edistämishanke (ravitseminen ja liikunta), jossa kehitetään mallia nuorten terveellisten elintapojen edistämiseen te-keskusten käyttöön yhteistyössä AMK:jen kanssa. Alueellinen, monialainen yhteistyö eri toimijoiden (ruokapalvelut, liikunta- ja nuorisotoimi) kanssa hyvin suunniteltu. (Terveydenhuoltolaki 13 §). Rahoitus annetaan kolmeksi vuodeksi. 	

6. Rahoitettavien hankkeiden luettelo

Alla on luetteloitu rahoitettavat hankkeet painopistealueittain. Luettelossa on mainittu hankkeiden numero, nimi, toteuttajataho, suunnitellut toteuttamisvuodet sekä myönnetty rahasumma. Suunnitelluissa vuosissa lähtökohdiana on hankkeen itse ilmoittama kesto. Pääsääntöisesti terveyden edistämisen määrärahalla rahoitetaan 1-3 vuotta kestäviä hankkeita. Päätöksiä voidaan nyt ensimmäistä kertaa antaa useammalle kuin yhdelle vuodelle.

Määrärahasta on myös rahoitettu pidempään jatkuneita hankkeita. Näitä hankkeita ovat mm. Allergiaohjelma, Jyväskylän yliopiston terveyden edistämisen tutkimuskokonaisuus, Kouluterveyskyselyn aineistokeskuksen hanke, Tampereen yliopiston nuorten terveystapatutkimus ja Helsingin yliopiston väestöryhmien välisten kuolleisuuserojen seuranta. Näiden hankkeiden rahoittaminen terveyden edistämisen määrärahasta on välttämätöntä, koska pysyvälouenteista rahoitusta ei ole pystytty järjestämään muualta. Hankkeiden jatkaminen on tärkeää terveyden edistämisen kannalta. Niiden aloitusvuodet on listattu myös alle sillä tarkkuudella kuin hanketoimijat ovat ne ilmoittaneet. Esimerkiksi Jyväskylän terveyden edistämisen tutkimuskokonaisuutta ja UKK-instituutin hankkeita on rahoitettu jo useamman vuoden ajan, mutta hankekokonaisuudet ovat kehittyneet ja muuttuneet vuosien varrella sekä hankesisällöt ovat vaihdelleet. Pitkään jatkuvat hankkeet ovat veloitettuja hakemaan rahoitusta vuosittain.

1. Terveyden edistämisen rakenteiden, menetelmien, laadun tai yhteistyön kehittäminen					
Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201310085	Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, ylilääkäri Kristina Kunttu	Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus	2011–2013	2013	15 000
201310167	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, HYKS, Iho- ja allergiasairaala	Kansallinen allergiaohjelma 2008–2018	2008–2018	2013	60 000
201310059	Päijät-Hämeen koulutus konserni	Päijät-Hämeen HYVÄ-hanke (HyvinVoivatÄijät)	2011–2013	2013	70 000
201310090	Diakonia-ammattikorkeakoulu Oy	Terve sielu terveessä ruumiissa - diakonissat terveyden edistämisen toimijoina	2011-2013	2013	120 000
201310193	Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos	Kouluterveyskysely 2012: aineistokeskus Jyväskylässä	1995–	2013	70 000
201310164	Terveyden edistämisen tutkimuskeskus, Liikunta ja terveystieteiden tiedekunta, Jyväskylän yliopisto	Terveyden edistämisen tutkimuskeskuksen tutkimuskokonaisuus	1998-	2013	120 000
201310055	Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö	Nuorten terveystapatutkimus (NTTT)	1977-	2013	120 000
201310153	Helsingin yliopisto, prof. Pekka Martikainen,	Väestöryhmien välisten kuolleisuuserojen seuranta Suomessa ja Suomen kunnissa	2008-	2013	60 000
Painopistealue yhteensä: 635 000 euroa					

2. Tupakan, alkoholin ja huumeiden käytön ehkäisy ja vähentäminen					
Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201310106	Socca, Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus	Savuton pääkaupunkiseutu	2011–2013	2013	130 000
201310020	Kainuun maakunta - kuntayhtymä	Tieto toiminnaksi - lapsiperheiden päihdepalvelujärjestelmän kehittäminen Kainuuseen	2012–2013	2013	45 000
201310058	Työterveyslaitos	Alkoholihaitat hallintaan (AHA)	2011–2013	2013	115 000
201310191	A-klinikkasäätiö	Nuorten linkki	2012–2014	2013-2014	170 000
201310180	Ensi- ja turvakotien liitto ry	Mitä vauva toivoo - odottavan perheen päihdeintervention kehittäminen äitiysneuvolassa	2012-2014	2013-2014	160 000
201310268	Helsingin yliopisto, Hjelt Instituutti	Tupakoinnin vieroituksen tehostaminen työterveyshuollossa	2012-2014	2013-2014	130 000
201310161	Filha ry	Tupakka ja työttömien elämänhallinta vertaistuella 2013-2015	2013-2015	2013-2015	150 000
Painopistealue yhteensä: 900 000 euroa					
3. Mielenterveyden edistäminen ja väkivallan ehkäiseminen					
Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201310003	Helsingin yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia	RutiiNiksi - Varhainen puuttuminen perhe- ja parisuhdeväkivaltaan äitiys- ja lastenneuvoloissa väkivallan seurausten ehkäisemiseksi	2011-2013	2013	65 000
201310023	Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto	Perheväkivallan tunnistamisen ja varhaisen puuttumisen toimintamallin käyttöönotto, juurruttaminen ja arviointi	2011-2013	2013	95 000
201310035	Keski-Suomen sairaanhoitopiiri	Läheisväkivallan ehkäisyn osaamiskeskus	2012-2014	2013	145 000
201310293	Setlementti Louhela ry	Toimintakykyä olohuoneista	2011-2013	2013	65 000
201310027	Non Fighting Generation ry	Valoa elämään - menetelmien kehittämishanke nuorten itsemurhien ehkäisemiseksi	2013-2015	2013-2015	300 000
Painopistealue yhteensä: 670 000 euroa					

4. Toimintakyvyn edistäminen ja liikunnan lisääminen					
Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201310063	UKK-instituutti	VÄLINE-hanke	2010–2013	2013	140 000
201310110	Kuntokalliosäätiö, Ikäinstituutti	Voimaa vanhuuteen 2 - kohti toimintakykyä edistäviä toimintatapoja	2010–2014	2013-2014	160 000
201310238	Helsingin yliopisto	Physical activity and sedentary lifestyle among adolescents in vocational schools: A behaviour change intervention trial	2013-2015	2013-2015	230 000
Painopistealue yhteensä: 530 000 euroa					
5. Terveellisen ravitsemuksen edistäminen					
Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201310266	Keski-Suomen sairaanhoitopiiri	Lasten ruokakasvatus varhaiskasvatuksessa -hanke	2011–2013	2013	160 000
201310185	Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	Metabolisen oireyhtymän ehkäisy elämäntapaohjauksen avulla - uusien ohjausmenetelmien testaus	2012–2015	2013-2015	110 000
201310258	Itä-Suomen yliopisto, Biolääketieteen yksikkö, Fysiologia	Koulunsa aloittavien lasten terveydenedistämishanke (KALT)	2012–2016	2013-2015	200 000
201310091	Turun kaupunki / Turun ammattikorkeakoulu	Ota koppi! - Syö ja liiku terveydeksi	2013-2015	2013-2015	180 000
Painopistealue yhteensä: 650 000 euroa					
6. Ympäristön esteettömyyden tukeminen ja tapaturmien vähentäminen					
Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201310103	SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry	Kotitapaturmien ehkäisykampanja	2013-	2013	120 000
Painopistealue yhteensä: 120 000 euroa					
7. Seksuaaliterveyden edistäminen					
Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201310097	Jyväskylän ammattikorkeakoulu	Tunne- ja turvataidot osaamiseksi	2012–2014	2013–2014	180 000
201310173	Kalliolan Nuoret ry/ Tyttöjen ja Poikien Talot	Aino&Ilmari -hanke	2011–2013	2013	95 000
Painopistealue yhteensä: 275 000 euroa					
Kaikki yhteensä: 3 780 000					
Uusia hankkeita: 4					
Jatkuvia hankkeita: 26					

LIITE 1.**TERVEYDEN EDISTÄMISEN MÄÄRÄRAHALLA RAHOITETTAVIEN HANKKEIDEN KRITTEERIT 2013**
Arviointiskaala 0-5 pistettä

(Kriteeri toteutuu täysin 5 pistettä, kriteeri ei toteudu ollenkaan 0 piste)

1. Minkälaista uutta terveyden edistämiseen liittyvää tietoa hanke tuottaa? Onko hanke innovatiivinen?

- 5 pistettä: Hanke tuottaa terveyden edistämisen kannalta ennen näkemätöntä uutta tietoa tai hyödyntää jo olemassa olevaa tietoa innovatiivisesti erinomaisella tavalla
- 2,5 pistettä: Hanke tuottaa terveyden edistämisen kannalta jonkin verran uutta tietoa tai on jonkun verran innovatiivinen hyödyntäessään jo olemassa olevaa tietoa
- 0 piste: Hanke ei tuota uutta tietoa ollenkaan tai ei ole innovatiivinen

2. Hyödyntääkö hanke jo olemassa olevia terveyden edistämisen hyviä käytäntöjä ja/tai edistääkö niiden käyttöön ottoa?

- 5 pistettä: Hanke hyödyntää olemassa olevia te hyviä käytäntöjä ja/tai niiden käyttöön ottoa erinomaisella tavalla
- 2,5 pistettä: Hanke hyödyntää olemassa olevia te hyviä käytäntöjä ja/tai niiden käyttöön ottoa keskinkertaisesti
- 0 piste: Hanke ei hyödynnä terveyden edistämisen hyviä käytäntöjä eikä edistä niiden käyttöönottoa.

3. Mihin tietoon, näyttöön, ja/tai kokemukseen hankkeen toiminta perustuu?

- 5 pistettä: Hanke on erinomaisesti perusteltu
- 2,5 pistettä: Hanke on hyvin perusteltu
- 0 piste: Hanketta ei ole perusteltu riittävästi

4. Miten hanke on suunniteltu toteutettavaksi? Ovatko tavoitteet selkeitä ja realistisia?

- 5 pistettä: Hankkeen tavoitteet ovat täsmällisiä, aikataulutettuja, realistisia, mitattavissa olevia ja oleellisia
- 2,5 pistettä: Hankkeen tavoitteet ovat osittain täsmällisiä, aikataulutettuja, realistisia, mitattavissa olevia ja/tai oleellisia
- 0 piste: Hankkeen tavoitteet eivät ole täsmällisiä, aikataulutettuja, realistisia, mitattavissa olevia ja oleellisia

5. Ovatko menetelmät perustelluja tavoitteiden saavuttamiseksi?

- 5 pistettä: Menetelmät ovat erittäin hyvin perusteltu tavoitteiden saavuttamisen näkökulmasta
- 2,5 pistettä: Menetelmät ovat osittain hyvin perusteltu tavoitteiden saavuttamisen näkökulmasta
- 0 piste: Menetelmiä ei ole perusteltu tavoitteiden saavuttamisen näkökulmasta

6. Mitä tuloksia on odotettavissa ja ovatko ne realistisia suhteessa hankkeen päämäärään, tavoitteisiin, menetelmiin?

- 5 pistettä: Tulokset ovat erittäin realistisia
- 2,5 pistettä: Tulokset ovat osittain realistisia
- 0 piste: Tulokset eivät ole ollenkaan realistisia

7. Miten tulosten hyödyntäminen, juurruttaminen ja levittäminen on suunniteltu?

- 5 pistettä: Erittäin hyvin
- 2,5 pistettä: Osittain hyvin
- 0 piste: Ei ollenkaan

8. Onko hakijoilla tarvittava asiantuntemus ja taidot hankkeen toteuttamiseksi?

- 5 pistettä: Erittäin hyvä asiantuntemus ja taidot
- 2,5 pistettä: Osittain hyvä asiantuntemus ja taidot
- 0 piste: Ei asiantuntemusta eikä taitoja

9. Onko hankkeessa sopivat yhteistyöverkostot?

- 5 pistettä: Erittäin sopivat ja kattavat
- 2,5 pistettä: Osittain sopivat ja kattavat
- 0 piste: Ei sopivat

10. Ovatko resurssit realistisia?

- 5 pistettä: Erittäin realistisia
- 2,5 pistettä: Osittain realistisia
- 0 piste: Ei realistisia

11. Onko hankkeessa huomioitu sosio-ekonomiset tai sukupuolten väliset terveyserot ja niiden kaventaminen

- 5 pistettä: Kyllä, erinomaisesti
- 2,5 pistettä Osittain
- 0 piste: Ei

12. Liittyykö hankkeeseen eettisiä ongelmia?

- 5 pistettä: Ei
- 2,5 pistettä: Osittain
- 0 pistettä: Kyllä

LIITE 2.

TERVEYDEN EDISTÄMISEN MÄÄRÄRAHOJEN 2013 ARVIOINTILOMAKE

Hankkeen numero	
Hankkeen nimi	
Hakija	
Arvioija	
Painopistealue	
Olen jäävi arvioimaan hanketta	
Ilmoita asiamiehelle, jos sinulla ei ole kompetenssia hakemuksen arviointiin	

Arvosteluasteikko
5= Kriteeri toteutuu erinomaisesti
2,5= Kriteeri toteutuu keskinkertaisesti
0=Ei selviä hakemuksesta tai toteutuu erittäin huonosti

ARVIOINTIKYSYMYKSET

Arvioi näillä kysymyksillä hakemus.

Kriteerit ja ohjeet pisteiden antamiseen löydät [täältä](#)

1. Onko hanke edennyt tavoitteiden mukaisesti? Jos ei, miksi? (täytä vain, jos kyseessä on jatkohanke)
Arvosana 1-5

2. Minkälaista uutta terveyden edistämiseen liittyvää tietoa hanke tuottaa? Onko hanke innovatiivinen?
Arvosana 1-5

3. Hyödyntääkö hanke jo olemassa olevia terveyden edistämisen hyviä käytäntöjä ja/tai edistääkö niiden käyttöön ottoa?

Arvosana 1-5

4. Mihin tietoon, näyttöön ja/tai kokemukseen hankkeen toiminta perustuu?

Arvosana 1-5

5. Miten hanke on suunniteltu toteutettavaksi? Ovatko tavoitteet selkeitä ja realistisia?

Arvosana 1-5

6. Ovatko menetelmät perusteltuja tavoitteiden saavuttamiseksi?

Arvosana 1-5

7. Miten tulosten hyödyntäminen tai juurruttaminen on suunniteltu? Miten tuloksia levitetään?

Arvosana 1-5

8. Mitä tuloksia on odotettavissa ja ovatko ne realistisia suhteessa hankkeen päämäärään, tavoitteisiin ja resursseihin?

Arvosana 1-5

9. Ovatko varatut resurssit realistisia (henkilöstömäärä, budjetti)??

Arvosana 1-5

10. Onko hakijoilla tarvittava asiantuntemus ja taidot hankkeen toteuttamiseksi?
Arvosana 1-5

11. Onko hankkeessa sopivat yhteistyöverkostot?
Arvosana 1-5

Muita näkökohtia

12. Onko hankkeessa huomioitu sosioekonomiset tai sukupuolien väliset terveyserot ja niiden kaventaminen?

Kyllä / Ei

	▲
	▼
◀	▶

13. Liittyykö hankkeeseen eettisiä ongelmia?

Kyllä / Ei

	▲
	▼
◀	▶

Valtion talousarvion terveyden edistämisen hankkeille asetettujen tavoitteiden arviointi 2013 (kyllä/ei)
Tukeeko hanke lasten ja nuorten tupakoimattomuutta edistävää työtä?

Kehittääkö hanke tupakoinnin lopettamisen lyhytneuvontaa ja ehkäisy- ja vieroitustoimintaa?

Pyrkiikö hanke ehkäisemään/vähentämään lasten, nuorten ja lapsiperheiden alkoholin/päihteiden käyttöä?

Pyrkiikö hanke tehostamaan alkoholin suurkuluttajien mini-intervention käyttöönottoa perusterveydenhuollossa?

Pyrkiikö hanke lisäämään arkiliikunnan/säännöllisen liikunnan harrastamista etenkin lapsilla, nuorilla ja lapsiperheillä?

Tukeeko hanke ikääntyneiden, erityisesti toimintakyvyltään heikentyneiden, arkiliikkumista ja lihasvoimaa tukevaa liikkumista?

Pyrkiikö hanke kohentamaan väestön ravitsemusta ylipainon, sydäntautien ja diabeteksen ehkäisemiseksi?

Pyrkiikö hanke lisäämään kasvisten, hedelmien ja marjojen kulutusta tai edistämään joukkoruokailun terveellisyttä?

Tukeeko hanke ympäristön esteettömyyttä ja kansalaisten osallisuutta lisääviä toimintatapoja?

Pyrkiikö hanke ehkäisemään kuolemaan johtavia ja suurta hoidon tarvetta aiheuttavia koti- ja vapaa-ajan tapaturmia?

Tukeeko hanke lasten ja nuorten psykososiaalista kehitystä ja mielenterveyttä?

Tukeeko hanke aikuisten itsemurhien ehkäisyä ja/tai vähentämistä?

Tehostaako hanke nuorten seksuaalikasvatusta sekä neuvonnan integroimista osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita?

Kehittääkö hanke Terveiden edistämisen rakenteita?

Yleinen arviointi (täytetään viimeisenä)

Perustelu ja hankkeen merkittävimpien vahuuksien ja heikkouksien yhteenveto (tämä teksti tulee hakijalle näkyväksi)

Suosittelko hanketta rahoitettavaksi? Kyllä/Ei

Hankkeen kokonaisarvosana (tämä ei ole kohtien keskiarvo)

Oma esitykseni hankkeen rahoituksesta:

Arviointi valmis