

**Terveyden edistämisen määrärahan käyttösuunnitelma
vuodelle 2014**

**Sosiaali- ja terveysministeriö
2014**

Sisällys

1. Terveys ja terveyden edistäminen.....	1
1.1 SUOMALAISEN TERVEYSPOLITIIKAN TAVOITTEET TERVEYDEN EDISTÄMISELLE.....	1
2. Arvio väestön terveystilanteen kehityksestä ja terveyden edistämisen tavoitteista sekä toimista	3
2.1 ALKOHOLI.....	3
2.2 TUPAKKA	5
2.3 HUUMEET	8
2.4 MIELENTERVEYS.....	10
2.5 RAVITSEMUS, LIIKUNTA JA TOIMINTAKYKY	12
2.6 TAPATURMIEN VÄHENTÄMINEN JA YMPÄRISTÖN ESTEETTÖMYYDEN TUKEMINEN	16
2.7 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS	19
3. Terveyden edistämisen määräraha valtion vuoden 2014 talousarviossa	24
4. Vuoden 2014 terveyden edistämisen määrärahan käyttösunnitelman valmistelu ja päätöksenteko	25
4.1 HANKKEIDEN KÄSITTELY JA KÄYTTÖSUUNNITELMAN VALMISTELU	25
4.2 HANKKEIDEN ARVIOINTI TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOKSESSA	25
4.3 YLEISIMMÄT RAHOITUKSEN MYÖNTÄMIS- JA HYLKÄÄMISPERUSTEET	26
5. Vuonna 2014 rahoitettavat hankkeet.....	28
6. Rahoitettavien hankkeiden luettelo.....	32

Liitteet

LIITE 1. Terveyden edistämisen määrärahalta rahoitettavien hankkeiden kriteerit 2014

LIITE 2. Arviointilomake 2014

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 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 omaa elämäänsä koskeviin päätöksiin edesauttaa ihmisten voimaantumista ja yhteisöllisyyttä ja sitä kautta terveyttä. Tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus merkitsevät kaikille yhtäläisiä edellytyksiä terveyden saavuttamiseen, ylläpitoon ja suojaamiseen. Solidaarisuus on vastuun kantamista kaikista ihmisistä, erityisesti heikommassa asemassa olevista: kaikilla ihmisillä ei ole samankaltaisia mahdollisuuksia tehdä terveyttä edistäviä valintoja.

Terveyteen voidaan vaikuttaa monilla arkielämän valinnoilla ihmisten yksityiselämässä. Palvelujärjestelmän kyky vastata ihmisten terveystarpeisiin 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 edistämisestä 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 edistämisestä paikallistasolla kuuluu kuntajohdolle. Terveydenhuoltolain (2010/1326) mukaan päätöksenteossa tulee ottaa huomioon päätösten vaikutukset väestön hyvinvointiin. Lisäksi kunnassa tulee seurata väestön terveyttä ja hyvinvointia ja niihin liittyviä tekijöitä sekä edelleen sisäl-

lyttää 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 Terveys kaikissa politiikoissa -lähestymistapaan, jota myös Eurooppalaista terveystiikkaa linjaava WHO:n Health 2020 korostaa. Terveyden edistämisen työtä suuntaavat myös sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma (Kaste) sekä muut kansalliset terveyden edistämisen ohjelmat.

Kaste-ohjelma on strateginen ohjausväline, jolla johdetaan ja uudistetaan suomalaista sosiaali- ja terveystiikkaa 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 kehittämissyksiköiden yhteistyöllä. Terveys 2015 -ohjelman yleisenä päämääränä on antaa yhteinen pohja terveystiikalle, 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 terveystiikalle 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 terveyserojen kaventamista.

Suomalaisten terveydentila on viime vuosikymmeninä kokonaisuudessaan parantunut ja elinikä pidentynyt. Kuitenkin sosioekonomisten ryhmien välillä on suuria terveyseroja. Ylempiin sosioekonomisiin luokkiin kuuluvilla terveydentilan parantumisesta on tapahtunut enemmän kuin alempiin ryhmiin kuuluvilla. Toimihenkilöt ovat terveempiä kuin työntekijät ja työssäkäyvät terveempiä kuin työttömät. 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 2013 toteutetun suomalaisten aikuisten terveystiikasta koskevan kyselyn mukaan tutkimusjaksolla 2010–2013 esimerkiksi päivittäin tupakoivia on ylimmän koulutusryhmän miehistä 12 prosenttia, mutta alimman koulutusryhmän miehistä 33 prosenttia. Ylipainoisuus on lisääntynyt kaikissa koulutusryhmissä sekä miehillä että naisilla. Yleisintä ylipaino on kuitenkin alimmassa koulutusryhmässä. Terveyttä tukevien elintapojen vahvistamiseen onkin tarpeen kiinnittää huomiota siten, että kyetään tehokkaasti vähentämään väestöryhmien välisiä terveyseroja.

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

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

Elintapoja tulisi tarkastella kokonaisuutena, sillä monien kansansairauksien taustalla vaikuttavat useat terveystyytymisen osa-alueet. 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, saavuttaen korkeimman tasonsa vuonna 2007. Sen jälkeen alkoholinkulutus on tasoittunut ja laskenut hieman ja oli vuonna 2012 ensimmäistä kertaa kymmeneen vuoteen alle 10 litraa 100 prosenttista alkoholia asukasta kohden.

Suomalaisten alkoholin kokonaiskulutus vuonna 2012 oli yhä pohjoismaiden korkein asukasta kohden mitattuna. Kansainvälisessä mittakaavassa luku on ylempää keskitasoa. Alkoholijuomien lähes päivittäinen käyttö on kuitenkin väestötasolla edelleen harvinaista maassamme. Sen sijaan alkoholia juodaan viikonloppuisin ja humalahakuinen juomatapa on yleistä. Miehet kuluttavat yli kaksi kertaa enemmän alkoholia kuin naiset. Naisten osuus on kuitenkin jo vuosikymmeniä ollut kasvussa ja kasvuvauhti on ollut nopeampaa kuin miesten. Yli 50-vuotiaiden ja eläkeikäisten alkoholinkäyttö on nousussa. Sen sijaan 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 rajuisimmin. 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 tasolla, alkoholin haittavaikutukset ja niistä koituvat kustannukset tulevat olemaan mittavia. Tämä luo lisäpainetta kuntien sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiseen.

Tavoitteet

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

- Alkoholin 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. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on ohjelman pääkoordinaattori, joka ohjaa kuntia alkoholiohjelman toteutuksessa.

Toimenpiteet ja vaikutukset

Vuosien 2008, 2009 ja 2012 alkoholiveron nostot ovat kääntäneet alkoholinkulutuksen hienoiseen laskuun. Alkoholiveron korotukset yhdessä taloudellisen laskusuhdanteen, kansalaisten heikentyvän ostovoiman ja lisääntyvän työttömyyden kanssa ovat myötävaikuttaneet alkoholinkulutuksen vähenemiseen. Lisääntyneet alkoholihaitat ovat viime vuosina tiukentaneet alkoholipoliittista mielipideilmastoa ja myös poliittiset päätöksentekijät ovat suhtautuneet suopeammin rajoituksiin. Viime vuosien alkoholiveron korotukset 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 Terveiden 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 yli kymmenen vuotta ja jossa rajoittavalle alkoholipolitiikalle on laajaa tukea, voisi parhaimmassa tapauksessa kääntää alkoholiolojen pitkään jatkuneen kielteisen kehityksen suunnan. Meneillään oleva alkoholilainsäädännön kokonaisuudistus antaa tähän mahdollisuuden.

2.2 Tupakka

Tilanne

Suomalaisen työikäisen aikuisväestön (15–64 v.) tupakointi on vuoden 2005 jälkeen ollut lievässä laskussa. Vuonna 2013 naisista tupakoi päivittäin 13 prosenttia ja miehistä 19 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. Valtioneuvoston asettaman Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitetta – 16–18-vuotiaista tupakoi alle 15 prosenttia – lähestytään, sillä tällä hetkellä tästä ikäryhmästä tupakkatuotteita käyttää noin 17 %. Nuorten poikien nuuskakokeilut ja nuuskan käyttö on yleistynyt vuosituhannen vaihteen jälkeisestä laskuvaiheesta. Vuonna 2012 16-vuotiaista pojista 12 ja 18-vuotiaista pojista 15 prosenttia käyttää nuuskaa päivittäin tai satunnaisesti. Tyttöissä nykyisin nuuskaajia on vielä erittäin vähän. Nuuska sisältää useita karsinogeneeneja 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 tullessa heikoimmin koulussa menestyvistä jo yli puolet tupakoi säännöllisesti. Eriytyminen jatkuu toisen asteen koulutuksessa. Vuonna 2013 lukiolaisista kahdeksan prosenttia tupakoi päivittäin, kun ammattiin opiskelevien vastaava osuus oli 36 prosenttia. Aikuisväestössä tupakointi on yleisempää matalan ja keskimmäisen koulutusryhmän edustajilla kuin ylimmän koulutusryhmän edustajilla. Vuonna 2013 ainoastaan peruskoulutuksen saaneista tupakoi päivittäin 18 prosenttia ja keskimmäisen koulutusryhmän (koulutus 10–12 vuotta) edustajista 20 prosenttia. Ylimmässä koulutusryhmässä tupakoijia oli 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. Sähkösavuketta mainostetaan usein tupakoinnin lopettamisen apuvälineenä, mutta luotettavaa tutkimustietoa ei tästä ole tarjolla. Sähkösavuke ei vielä kuulu tuotevalvonnan ja säätelyn piiriin, eikä tupakkalaki koske sitä. Sähkösavuke ei sisällä tupakkaa, eikä siten ole tupakkalain tarkoittama tupakkatuote. Sähkösavukkeiden mainonta on kuitenkin tupakkalain mukaan kiellettyä, sillä sähkösavukelaite katsotaan tupakkalain tarkoittamaksi tupakkajäljitelmäksi ja nikotiinin neste tupakan vastikkeeksi. Nikotiinia sisältävät patruunat on Suomessa luokiteltu lääkkeeksi, eikä niillä ole myyntilupaa Suomessa. Niitä voi kuitenkin tilata omaan käyttöön internetin kautta. Sähkösavukkeiden käyttö on melko harvinaista aikuisten keskuudessa, mutta 16-18-vuotiaista nuorista neljäsosa oli kokeillut niitä.

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 työtapaturmia.

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 2012 tupakan valmisteveron kertymä oli 752 miljoonaa euroa. Kertymä nousi vuodesta 2011, jolloin se oli 739 miljoonaa euroa. Tupakkavero kattaa vain osan tupakoinnin yhteiskunnalle aiheuttamista kustannuksista. Viime vuosina tehdyt tupakkaveron korotukset eivät ole lisänneet tupakan matkustajatuontia.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on vuonna 2013 käynnistänyt uuden tutkimuksen tupakoinnin kokonaiskustannuksista. Tarkoituksena on kehittää malli, jonka avulla voidaan laskea tupakoinnin yhteiskunnalliset kustannukset ja julkaista ne vuosittain Tupakkatilastossa.

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. Tavoitetta muutettiin vuonna 2013 niin, että tupakattomuus saavutettaisiin jo vuonna 2030. Tämä edellyttää tupakoinnin vähenemistä 10–15 prosenttia vuosittain eli nopeammin kuin vuosien 2000–2013 aikana. Ohjelma tähtää kaikkien tupakkatuotteiden käytön loppumiseen siten, ettei tupakointia korvata muilla nikotiinituotteilla. Nikotiinikorvaushoito on kuitenkin tarpeellinen apukeino tupakointia lopetettaessa. Tavoitteen saavuttamisen tueksi on kokoontunut Tupakkapolitiikan kehittämistyöryhmä, jonka tarkoituksena on ollut löytää uusia keinoja ja toimenpiteitä, joilla voitaisiin edistää ja nopeuttaa tupakkalain tavoitteen saavuttamista. Vuonna 2012 käynnistettiin Savuton Kunta -hanke, joka tukee ja seuraa savuttomuuden edistymistä kunnissa. Savuttomiksi on vuoden 2012 alussa julistautunut jo 63 prosenttia kunnista.

Kansainvälisellä areenalla Suomi on aktiivisesti mukana Maailman terveysjärjestön WHO:n tupakoinnin torjuntaa koskevan puitesopimuksen toteuttamisessa. Sopimuksen ovat ratifioineet lähes kaikki WHO:n jäsenvaltiot ja sopimus velvoittaa valtioita toimimaan tupakoinnin vähentämiseksi. Sopimus tukee erityisesti kehittyviä maita torjumaan tupakkateollisuuden pyrkimyksiä ehkäistä tupakkalainsäädännön kehittämistä.

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 kahteen prosenttiin vuonna 2013. Vastaavat luvut tupakoimattomille naisille olivat 28 prosenttia ja yksi prosentti. Vuonna 1995 voimaan tullut laki työpaikatupakoinnin rajoittamisesta auttoi savuttomien työpaikkojen kehitystä. Vuonna 2013 57 prosenttia työntekijöistä ilmoitti, 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 2013 12 prosenttia miehistä ja 8 prosenttia naisista. Viisi prosenttia ilmoittaa puolisonsa ja kolme prosenttia muun aikuisen tupakoivan yhteisessä kodissa. Kodeista 86 prosenttia on savuttomia. Raskauden aikana tupakoivien osuus on edelleen yhtä korkea kuin 1980-luvun lopussa (16 %). Vuonna 2011 lähes 40 prosenttia kaikista tupakoivista synnyttäjistä ilmoitti lopettaneensa tupakoinnin raskausaikana, kun vastaava prosenttiosuus oli 1990-luvun alussa 11. Erityisen ongelmaryhmän muodostavat nuoret synnyttäjät. Vuonna 2012 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 tupakansavualetuksen ehkäisemiseksi.

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. Terveystieteiden henkilöstön vieroituskoulutusta ja sen laatua tulee edelleen tehostaa. 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 prosenttia 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 tupakkaverot korotettiin, mikä lisäksi tupakkatuotteiden ja niiden tavaramerkkien esilläpito vähittäismyynnissä kiellettiin. Vuosien 2011 ja 2013 välillä alaikäisten tupakkaostot kauppoista, kioskeista ja huoltamoilta vähenivätkin, kun taas 18 vuotta täyttäneiden tupakkaostoissa kaupallisista lähteistä ei tapahtunut muutoksia. Myös vuoden 2010 tupakkalain tiukennus oppilaitosten tupakointikieltoihin tuotti myönteisiä vaikutuksia opiskelijoiden ja henkilöstön tupakoinnin yleisyyteen erityisesti toisen asteen ammatillisessa koulutuksessa, missä tupakointi on yleisintä. 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 laajajakoja 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 terveyseroja, erityisesti ammatillisessa koulutuksessa opiskelevien nuorten tupakointia.

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 muutama 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 säännöllisen käytön riskeihin, joka on pitkään pysytellyt vakaana ja hyvin kriittisenä, on myös liehtynyt merkittävästi.

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

Vuonna 2011 päihdehuollon huumeasiakkaista yli puolet (55 %) hakeutui hoitoon ensisijaisesti opiaattien käytön vuoksi. Merkittävien opiaateista on buprenorfiini (32 %), kun taas heroini on ensisijainen huume vain kahdella prosentilla. Muita ensisijaisia hoitoon hakeutumiseen johtaneita ongelmapähteitä 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.

Pähteiden sekakäyttö oli yleistä yksiköiden huumeasiakkailla. Asiakkaista 62 prosenttia mainitsi käyttäneensä ainakin kolmea ongelmapähdettä. 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 asunoton. 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

Huumeetilanteessa tapahtuu sekä hyvää että huonoa kehitystä. Huumeiden käyttö on pysynyt pitkään samalla tasolla pois lukien kannabiksen käyttö. Markkinoille tulevat uudet muuntohuumeet aiheuttavat 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 -tapauksen tartuntariskiä, vaikka C-hepatiitin torjunnassa ei ole onnistuttu yhtä hyvin kuin HIV:n.

Nuorten kannabiskokeilujen lisääntyminen sekä lieventyneet asenteet kannabiksen käyttöä kohtaan voivat kuitenkin lähivuosina lisätä kannabiksen kysyntää, säännöllistä käyttöä sekä siten johtaa 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 perustyon 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. Lainsäädäntöä on tarkistettu mahdollistamalla muuntohuumeiden kieltäminen kansallisella menettelyllä. Huumeetilanteen 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 mahdollistaa elämän ilon, tukee arjessa jaksamista ja auttaa selviytymään vastoinkäymisistä. Käsitteenä mielenterveys tarkoittaa muun muassa joustavuutta, vuorovaikutustaitoja, elämänhallintaa, itsetuntoa, elinvoimaisuutta ja henkistä vastustuskykyä. Muita hyvän mielenterveyden tunnusmerkkejä ovat hyvä toimintakyky ja kyky luoda ihmissuhteita.

Mielenterveys ei ole pysyvä ominaisuus, vaan se muovautuu koko elämän ajan. Siihen vaikuttavat yksilölliset ominaisuudet ja kokemukset, sosiaalinen vuorovaikutus sekä yhteiskunnan rakenteet, resurssit ja arvot. Mielenterveys kehittyy, häiriintyy ja korjaantuu vähitellen, yksilöllisten tekijöiden ja olosuhteiden vuorovaikutuksessa. Raja mielenterveyden ja sairauden välillä on häilyvä, mutta mielenterveyden häiriöt pyritään määrittämään mahdollisimman selkeästi. Määrittäminen tehdään kullekin häiriölle ominaisten oireiden mukaan.

Suurin osa suomalaisista voi psyykkisesti hyvin. Mielenterveysongelmien yleistymisestä ei ole viitteitä vuosien 1980 ja 2000 välillä, mutta mielenterveys ei ole parantunut samalla tavalla kuin yleinen terveydentila. Noin neljäsosa suomalaisista kärsii haittaavasta psyykkisestä oireilusta tietynä ajanjaksona ja 15–20 prosentilla on todettavissa jokin diagnosoitava mielenterveyden häiriö. Tavallisimpia mielenterveyden häiriöitä ovat erilaiset masennustilat, ahdistuneisuushäiriöt ja alkoholin käyttöön liittyvät häiriöt. Mielenterveyden häiriöihin liittyy usein päihdeongelma ja päihdeongelmaisilla on riski sairastua mielenterveyden häiriöihin. Mielenterveys- ja päihdeongelmien esiintyminen samanaikaisesti on selvästi lisääntynyt.

Nuorten aikuisten terveys ja psyykinen hyvinvointi -tutkimuksessa selvisi, että mielenterveyshäiriöt ovat nuorilla aikuisilla yleisiä. 40 prosentilla nuorista aikuisista oli ollut mielenterveyshäiriö elämänsä aikana ja tutkimushetkellä mielenterveyshäiriöstä kärsi 15 prosenttia. Naisilla häiriöistä yleisimpiä olivat masennushäiriöt (24 %) ja miehillä päihdehäiriöt (21 %). Huolestuttavaa on päihdehäiriöiden, matalan koulutustason ja työttömyyden voimakas toisiinsa kytkeytyminen.

Yleisesti alkoholin käytön osalta nuorissa ikäryhmissä on tapahtunut myönteistä kehitystä (kouluterveyskysely, ESPAD-tutkimus). Nuorten alkoholinkäyttö on vähentynyt ja täysraittiiden osuus on noussut 2000-luvulla. ESPAD-tutkimuksen ja kouluterveyskyselyn mukaan nuorten kannabiksen käyttö on lisääntynyt vuosien 2007 ja 2011 välillä. Myös alkoholin ja pillereiden yhteiskäytön aiemmin laskeva trendi kääntyi samalla aikavälillä nousuun. Nuorten rikekäyttäytymisessä ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia 2000-luvulla.

Merkitys

Mielenterveys on erottamaton osa terveyttä, joka muodostaa perustan yksilön yleiselle hyvinvoinnille. Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat inhimillistä kärsimystä ja ne ovat voimakkaimmin elämänlaatua heikentävien häiriöiden joukossa. Mielenterveyden häiriöistä aiheutuu myös huomattavia kustannuksia yhteiskunnalle. Sairastuneet elävät usein muita lyhyemmän elämän ja sairastamiseen liittyy eläköitymistä sekä pitkäaikaista työkyvyttömyyttä. Erityisesti masennus on noussut keskeiseksi alentuneen työ- ja toimintakyvyn syyksi.

Vakava masennus on seurausvaikutuksiltaan merkittävin mielenterveyden häiriö. Vakavaan masennustilaan liittyy merkittävä itsemurhan riski ja kuolleisuus. Masennuksen lisäksi Itsemurhalle selvästi altistavia yksittäisiä tekijöitä ovat epävakaata tunne-elämä, käytöshäiriöt ja päihderiippuvuudet. Vuosittain Suomessa yksi 4 000 miehestä ja yksi 14 285 naisesta tekee itsemurhan. Myönteistä on, että itsemurhakuolleisuus on Suomessa selvästi pienentynyt vuoden 1990 jälkeen.

Suurin osa aikuisiän mielenterveyden häiriöistä alkaa nuoruusiässä. Mielenterveyden häiriöt vaikuttavat haitallisesti aikuistumiskehitykseen ja johtavat varsinkin hoitamattomina työelämän ulkopuolelle jäämiseen ja jopa yhteiskunnasta syrjäytymiseen. Vuosina 2000–2007 mielenterveyden häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden nuorten aikuisten määrä kasvoi 75 prosenttia. Nuorisopsykiatriseen hoitoon hakeutuneiden määrä on lisääntynyt 2000-luvulla. Myös lastensuojeluasiakkuuksien määrä sekä kodin ulkopuolelle sijoitettujen nuorten määrä ovat lisääntyneet noin viisi prosenttia vuosittain. Psykiatrisen hoidon tarve on kodin ulkopuolelle sijoitettujen nuorten kohdalla suuri.

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 Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos ja toimeenpanosuunnitelma valmistui alkuvuodesta 2010.

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 päihdepalvelujen kehittämisessä
- toiminnan säädösperäinen 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 Terveystieteiden 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
- ikääntymisen, fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn sekä työelämän vaatimusten yhteensovittamiseen

Kansallisesta mielenterveys- ja päihdesuunnitelmasta löytyy 18 pääehdotusta ja niiden sisältä lukuisia muita ehdotuksia kohdistetuista toimenpiteistä. Suunnitelman painotukset ja periaatteet ovat

- asiakkaan aseman vahvistaminen (mm. yhdenvertaisuus, kokemusasiantuntijoiden asema, itsemääräämisoikeuden rajoitusta koskevat säädökset)
- ehkäisyn ja edistämisen painottaminen (mm. alkoholin kokonaiskulutuksen vähentäminen, yhteisöllisyyden ja osallisuuden lisääminen, ylisukupolisesti siirtyvien ongelmien tunnistaminen ja vähentäminen)
- palvelujen integroiminen toiminnalliseksi kokonaisuudeksi ja eri ikäryhmien tarpeiden huomioon ottaminen (mm. palvelukokonaisuuden koordinointi, perus- ja avopalvelujen tehostaminen)
- ohjauskeinojen tehostaminen (mm. koulutuksen kehittäminen, mielenterveys- ja päihdetyön suositusten kokoaminen, valtakunnallisen koordinaation selkeyttäminen)

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanossa keskeisinä toimijoina ovat laajat mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeet sekä kunnat ja sairaanhoitopiirit. Mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen ja vakiinnuttaminen edellyttää sen sisällyttämistä kuntien strategioihin. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Mielen Tuki -hanke tukee kuntia strategioiden laatimisessa, hyvien käytäntöjen ja näyttöön perustuvien toimintamallien juurruttamisessa sekä mielenterveys- ja päihdetyön alueellisten koordinaattorirakenteiden mallintamisessa ja implementoinnissa.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman väliarvioissa arvioidaan suunnitelman ehdotusten ajantasaisuutta ja toimeenpanon tehostamisen tarvetta sekä esitellään hyviä käytäntöjä. Kyseessä ei ole vaikuttavuusarviointi, mutta myös siihen olisi hyvä päästä ennen suunnitelman toimeenpanon päättymistä. Mielenterveystyön vaikuttavuutta on arvioitu valtiovarainministeriön teettämässä Peruspalveluiden tila -raportissa (2012). Sen mukaan mielenterveystyön vaikuttavuus näyttää kehittyneen päihdetyötä paremmin. Perusteena on käytetty elinajanodotetta, joka on kasvanut useimmissa psykiatrian potilasryhmissä. Päihdehäiriöpotilaiden kohdalla vastaavaa kasvua ei ole tapahtunut.

2.5 Ravitsemus, liikunta ja toimintakyky

Tilanne

Aikuisten ruoankäyttöä ja ravinnonsaantia seurataan maassamme säännöllisesti. Sen sijaan yläkouluikäisten ja alle kouluikäisten lasten ravitsemuksesta on vain vähän hajanaista tietoa. Pienten koululaisten ravitsemuksesta ei ole lainkaan ajantasaista tietoa. Aikuisilla rasvan osuus energiasta on kasvanut ja kasvu näkyy erityisesti tyydyttyneen mutta myös tyydyttymättömän rasvan osuuksien kasvamisena. Erityisesti maitorasvan kulutuksen kasvu on lisännyt kovan rasvan saantia. Muissa tutkituissa väestöryhmissä ruokavalio on keskimäärin rasvapitoisuudeltaan suositellulla tasolla eli rasvan osuus energiasta on 30–35 prosenttia. Rasvan laatua tulisi kaikissa väestöryhmissä pystyä muuttamaan pehmeämmäksi siten, että tyydyttyneiden rasvahappojen saanti pienenee ja monitydyttymättömien rasvahappojen saanti kasvaa.

Useimpien ravintoaineiden saanti on aikuisilla keskimäärin riittävää, mutta folaattien ja naisilla raudan saanti ruoasta jää alle suositusten. D-vitamiinivalmisteiden käyttö on lisännyt D-vitamiinin saantia aikuisilla ja alimpaa saantineljänneestä lukuun ottamatta 25–64-vuotiaat suomalaiset saavuttavat suosituksen. 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. Vyötärolihavia (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 terveystietoisuus ja terveys (AVTK) postikyselytutkimusten perusteella vähintään kahdesti viikossa liikuntaa harrastavien naisten määrä on kolmenkymmenen vuoden aikana (1978–2013) kasvanut runsaasta 40 %:sta 73 %:iin. Miestenkin vapaa-ajan liikunta on yleistynyt noin 44 %:sta 69 %:iin. Vuonna 2013 53 % 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 pienempiä kuin miehillä. Aikuisikäryhmistä eniten liikkuvat alle 25- sekä 60–75-vuotiaat, siis opiskelijat tai eläkeläiset. 60–75-vuotiaiden osalta ei tosin ole tietoa liikunnan riittävästä intensiteetistä.

FINRISKI 2012 -tutkimus osoitti, että miesten vapaa-ajan liikunta hieman lisääntyi ja naisten väheni vuosien 2007 ja 2012 välillä. Vapaa-ajallaan liikuntaa harrastavia on hieman vajaa 80 % 25–64-vuotiaista suomalaisista. Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan yli 30-vuotiaista suomalaisista miehistä vain 9,4 % ja naisista 9,6 % täytti terveystietoisuussuosituksen eli harrasti riittävästi kestävyysliikuntaa ja lihaskunto- ja tasapainoharjoittelua. Kestävyysliikunnan osalta suositukset saavuttivat 24,4 % miehistä ja 24,6 % naisista, mutta lihaskunto- ja tasapainoharjoittelun osalta vain 9,7 % miehistä ja 11,9 % naisista. Huolestuttavinta on kuitenkin se, että yli puolet miehistä ja naisista liikkuu terveytensä kannalta riittämättömästi eli liikunnan määrä alittaa terveystietoisuussuosituksen. Lisäksi riittämättömästi liikkuvien osuus kasvaa iän myötä. Lisää

tarkempaa tietoa suomalaisten fyysisestä aktiivisuudesta saadaan lähikuukausina, kun ns. aktiivisuusmittarin tulokset valmistuvat Terveys 2011- ja FINRISKI 2012 -tutkimuksista.

Terveys 2011 -tutkimuksen tulokset osoittivat, että fyysisen toimintakyvyn ongelmat yleistyvät iän myötä. Ongelmat lisääntyvät nopeammin naisilla kuin miehillä. Yleistyminen oli havaittavissa sekä itse arvioidussa että mitatussa toimintakyvyssä. Esimerkiksi 75 vuotta täyttäneistä naisista noin puolella ja miehistä noin kolmanneksella oli vaikeuksia puolen kilometrin kävelyssä. Lisäksi heidän kävelynopeutensa oli hitaampi kuin liikennevalojen mitoituksessa käytetty 1,2 m/s. Tulosten mukaan ikääntyvien liikkumiskyky on kuitenkin selvästi parantunut viimeisen vuosikymmenen aikana. Myös vuoden 2011 Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimuksen tulokset osoittivat, että eläkeikäisen väestön toimintakyky on parantunut selvästi kaikissa ikäryhmissä. Esimerkiksi ulkona liikkumisessa ilman apua vaikeuksia kokevien 65–84-vuotiaiden miesten osuus on pienentynyt vuosien 1993 ja 2011 välillä 21 prosentista 8 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.

Merkitys

Elintavat kuten ravinto ja liikunta ovat terveyden edistämisen ja kroonisten tautien ehkäisyn kannalta avainasemassa. Terveellisellä ravinnolla ja riittävällä 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 edistämällä 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. Kolesterolin ja verenpaine-arvoihin 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 kasvirasvalevitteitä leivän päälle.
- Kovia, 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.
- Kalaa tulisi nauttia vähintään kaksi kertaa viikossa, kalalajeja vaihdellen.

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.

Suomalaisten fyysisen aktiivisuuden lisäämiseksi ja passiivisen elämäntavan, erityisesti pitkäaikaisen istumisen vähentämiseksi, Sosiaali- ja terveysministeriö ja opetus- ja kulttuuriministeriö ovat laatineet yhdessä uudet valtakunnalliset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävästä liikunnasta. Vuoteen 2020 ulottuvien linjausten visio on, että suomalaiset liikkuvat enemmän ja istuvat vähemmän koko elämänkulun aikana. Keskeisiä näkökulmia ovat mm.

- liikunnan ja fyysisen aktiivisuuden merkitys sekä yksilön että koko yhteiskunnan terveyden, hyvinvoinnin ja kilpailukyvyn perusedellytyksenä;
- yhteisesti ja yhteistyössä luodaan mahdollisuuksia fyysisesti aktiiviseen elämään eri tahoilla;
- yhdenvertaisuuteen ja sukupuolten tasa-arvoon kiinnitetään huomiota; ja
- Suomi on fyysisesti aktiivisen kulttuurin mallimaa Euroopassa.

Toimenpiteet ja vaikutukset

Terveyttä ja hyvinvointia edistävän liikunnan kehittämiseksi uusissa suosituksissa on valittu neljä keskeistä linjausta:

- 1) arjen istumisen vähentäminen ja
- 2) liikunnan lisääminen elämäntavassa,
- 3) liikunnan nostaminen keskeiseksi osaksi terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta, sekä
- 4) liikunnan aseman vahvistaminen suomalaisessa yhteiskunnassa.

Erityisesti pyritään kohdentamaan toimenpiteitä terveytensä ja hyvinvointinsa kannalta riittämättömästi liikkuvien aktivoimiseen mm. seuraavissa ryhmissä: alle kouluikäiset lapset ja heidän perheensä, sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevat lapset, nuoret ja lapsiperheet, yläkouluikäiset nuoret, ammatillisen koulutuksen opiskelijat, ikääntynyt työväestö ja kotona asuvat ikäihmiset. Lisäksi yhteiskunnan sekä sen organisaatioiden ja päätöksentekijöiden tulee kannustaa, tukea ja ohjata yksilöitä ja yhteisöjä liikunnalliseen ja terveelliseen elämäntapaan mm. vaikuttamalla tietoihin ja taitoihin, elinympäristöön, olosuhteisiin, rakenteisiin ja kulttuuriin. Linjauksissa esitetään selkeitä toimenpiteitä eri toimijoille, mutta yksityiskohtaisemmat toimenpiteet tullaan julkaisemaan erillisessä toimenpidesuunnitelmassa vuoden 2013 loppuun mennessä.

Myös monet järjestöt toimivat aktiivisesti väestön liikunta- ja ravitsemustottumusten muuttamiseksi terveellisempään suuntaan. Esimerkiksi Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama Diabeteksen ehkäisy- ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO) on Diabetesliitto ry:n koordinoima valtakunnallinen, usean eri tahon yhteistyöohjelma, joka pyrkii järjestelmällisesti ehkäisemään tyypin 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 veloitteen 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, nuorilla ja työikäisistä alle 40-vuotiailla tapaturmat ovat merkittävin kuolemansyy. Eurostatin mukaan Suomen tapaturmakuolleisuus on Euroopan neljänneksi korkein. Vuonna 2011 tapaturmissa kuoli 2766 henkilöä. Yleisin syy tapaturmakuolemiin on putoaminen tai kaatuminen. Toiseksi yleisin syy on myrkytys, joista hieman yli puolet johtui alkoholimyrkytyksestä. Tapaturmakuolemista valtaosa (lähes 90 %) 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 lääkärin vastaanottokäyntejä on arviolta reilu 400 000 vuosittain. Vammat ja myrkytykset aiheuttavat vuosittain yli 100 000 sairaalan vuodeosastohoitojaksoa ja noin miljoona hoitopäivää. Tämä on toiseksi eniten erikoissairaanhoidon ja neljänneksi eniten perusterveydenhuollon hoitojaksoja verrattuna muihin syihin.

Alkoholi on usein osallisena tapaturmissa. Lähes joka kolmas tapaturmaan kuollut oli päihtynyt. Myös tapaturman vuoksi hoitoon tulleilla potilailla on usein alkoholia veressään. Viikonloppuoina jopa puolet tapaturmapotilaista on päihtyneenä.

Merkitys

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

Koti- ja vapaa-ajan tapaturmat ovat merkittävä kansanterveys- ja turvallisuusongelma. Tapaturmilla ja niistä johtuvasta vammautumisesta voi olla dramaattisia vaikutuksia elämään. Tapaturmat aiheuttavat runsaasti inhimillistä kärsimystä ja ovat merkittävä ennenaikaisen kuoleman syy.

Tapaturmilla on myös taloudellisia merkityksiä. Ne aiheuttavat kustannuksia yksityisille ihmisille, yrityksille ja koko yhteiskunnalle. Terveystieteiden, työkyvyttömyyseläkkeiden ja etuuksien, sairauspäivärahojen, poliisi- ja pelastustoimen sekä aineellisten vahinkojen aiheuttamat suorat kustannukset lähentelevät miljardia euroa

vuodessa. Kuolemasta aiheutunut tuotannon menetys on noin 442 miljoonaa euroa vuodessa ja kokonaiskustannuksiksi arvioidaan 1,4 miljardia euroa. Mikäli koti- ja vapaa-ajan tapaturmien kustannukset laskettaisiin samalla tavalla kuin liikennetapaturmien kustannukset, muodostuisi koti- ja vapaa-ajan kustannuksista noin 7 miljardin kustannukset, joka olisi pääosin menetetyn elämän arvoa.

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.

Marraskuussa 2013 julkistettiin uusi koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tavoiteohjelma vuosille 2014–2020. Siinä visioksi on määritelty, että kenenkään ei tarvitse kuolla tai loukkaantua tapaturman seurauksena. Lisäksi koti- ja vapaa-ajan tavoitteet on määritelty seuraavasti:

- Hyvä turvallisuustaso toteutuu kaikissa ympäristöissä.
- Vakavien ja kuolemaan johtavien koti- ja vapaa-ajan tapaturmien määrä vähenee 25 prosentilla vuoteen 2025 mennessä.
- Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisytyön voimavaroja vahvistetaan ja pysyvyys varmistetaan.

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.

Terveyden edistämisen määrärahalta tuetaan uuden kansallisen koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tavoiteohjelman (2014–2020) toteutumista. Kansallisessa tavoiteohjelmassa on määriteltynä erityiset toimintakokonaisuudet, joilla päästään tapaturmalukujen laskuun. Nämä kaikki ikäryhmät kattavat toimintakokonaisuudet ovat:

- turvallisuuskulttuurin parantaminen ja turvallisuustyön vahvistaminen
- päihteiden ja lääkkeiden käyttöön liittyvien tapaturmien ehkäisy
- yhdenvertaisuuden vahvistaminen ja erityisesti haavoittuvien ryhmien turvallisuuden parantaminen
- ympäristön ja tuotteiden turvallisuuden parantaminen
- kaatumis- ja putoamistapaturmien ehkäisy

Tavoiteohjelma sisältää 91 toimenpidettä, joiden vaikutuksena saavutetaan seuraavat tavoitteet:

Hyvä turvallisuuskulttuuri laajenee kaikkiin ympäristöihin, myös kotiin ja vapaa-aikaan. Tapaturmien ehkäisy tulee jokaisen asiaksi. Osaaminen vahvistuu, kun tapaturmatietoa sisällytetään kansalaisten ja ammattilaisten koulutukseen sekä perehdyttämiseen. Myös viestintää tehostetaan, jotta vaarojen ja vaaratilanteiden arviointi ja riskihakuisen toiminnan tunnistaminen lisääntyy. Tehdään näkyväksi päihteiden merkitys tapaturmien taustatekijänä. Tietoisuuden myötä kansalaisten vastuunotto ja yhteisöllisyys lisääntyy ja turhien riskien ottaminen vähenee. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisytyötä vahvistetaan ja vakiinnutetaan kaikilla tasoilla. Päättäjät tulevat tietoisiksi tapaturmien aiheuttamasta haitasta ja kustannuksista yhteiskunnalle. Tapaturmien ehkäisytyön voimavarat vahvistetaan ja niiden pysyvyys taataan.

Tapaturmien ehkäisyn tavoitteet otetaan huomioon lainsäädännössä ja ohjeistuksissa. Turvallisuusvaikutukset arvioidaan lainsäädäntötyössä.

Tapaturmien ehkäisytyölle paikallisella tasolla vakiinnutetaan pysyvät rakenteet, yhteistyö ja pitkäjänteinen toiminta. Taataan myös harvaan asuttujen alueiden turvallisuus. Turvallisuustyö ja tapaturmien ehkäisy sisällytetään sähköiseen hyvinvointikertomukseen ja siirretään toiminnaksi.

Nykyisiä monipuolisemmat tapaturmia koskevat tilastotiedot ovat käytettävissä terveyden ja turvallisuuden edistämistyössä. Kansallisella tasolla valmistuvat keskeiset seurantaindikaattorit ja EU-tilastoyhteistyö kehittyy. Tapaturmatutkimuksen asemaa vahvistetaan.

Alkoholijuomien kokonaiskulutus ja erityisesti kerralla nautittujen alkoholiannosten määrä vähenee, jolloin humalajuominen ja siihen liittyvä tapaturmariski pienenee. Päihteiden ja lääkkeiden käyttöön liittyvä suuri tapaturmariski tiedostetaan ja yhteistyö päihde- ja tapaturma-alan välillä lisääntyy.

Haavoittuvassa asemassa olevien turvallisuustilanne paranee ja näin ollen yhdenvertaisuuden edistyminen toteutuu. Lasten ja nuorten tapaturmat jatkavat vähenemistään ja erityisesti nuorten miesten tapaturmakuolemat saadaan voimakkaaseen laskuun.

Ympäristön ja tuotteiden turvallisuus paranee. Varmistetaan asumisturvallisuutta koskevan lainsäädännön (esimerkiksi pelastuslaki, YM:n lainsäädäntö) toteutuminen ja kehittäminen tapaturmien ehkäisyn kannalta. Markkinoilla on saatavilla vain turvallisia tuotteita. Turvallisuustuotteiden ja -teknologian käyttö lisääntyy. Kansalaisten ja ammattilaisten tiedonsaanti on järjestetty.

Kaatumis- ja putoamistapaturmien määrä vähenee.

2.7 Seksuaali- ja lisääntymisterveys

Tilanne

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden muutamilta osa-alueilta kuten synnytyksistä, raskaudenkeskeytyksistä, steriloinneista, hedelmöityshoidoista ja tartuntataudeista saadaan Suomessa vuosittain tietoja rekistereiden ja tilastojen ansiosta. Sen sijaan väestön seksuaali- ja lisääntymisterveystietämyksestä samoin kuin aikuisten seksuaalikäyttämisestä on vain vähän tutkimustietoa. Nuorten seksuaalikäyttäytymisestä ja seksuaaliterveyteen liittyvästä tiedon tasosta on saatu seurantatietoa 1990-luvun loppupuolelta lähtien

Kouluterveyskyselystä, armeijan terveystyöntekijöiden kyselystä ja vuosina 2000, 2004, 2007 ja 2012 toteutetuista korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksista.

Nuorten seksin aloittaminen on siirtynyt 2000-luvulla hieman myöhemmäksi: valtaosa nuorista aloittaa sen 16 ikävuoden jälkeen. Yhdyntäkokemukset lisääntyvät nopeasti siirryttäessä peruskoulusta toisen asteen koulutukseen. Vuonna 2013 peruskoulun yläluokkalaisista oli ollut sukupuoliyhdyntässä 23 prosenttia ja heistä 15 prosenttia ei käyttänyt ehkäisyä viimeisimmässä yhdynnässä. Ilman ehkäisyä viimeisimmässä yhdynnässä oli ollut ammattiin opiskelevista 12 prosenttia ja lukiolaisista 7 prosenttia. Rekisteritietojen mukaan vuonna 2011 alle 20-vuotiaista raskautensa keskeyttäneistä naisista 34 prosenttia ilmoitti, ettei ollut käyttänyt minkäänlaista ehkäisyä.

Ehkäisy pillereiden tai jälkiehkäisyyn käytössä ei ole havaittu suuria muutoksia 2000-luvulla, vaikka jälkiehkäisy muuttui reseptivapaaksi tänä aikana. Myöskään sukupuolitautilien suhteen tärkeiden indikaattorien kuten kondomin käytössä tai seksikumppaneiden määrässä ei ole tapahtunut suuria muutoksia viime vuosikymmenen aikana. Klamydiaepidemia sen sijaan jatkuu yhä ja suurin osa klamydiainfektioista todetaan alle 25-vuotiailla. Toistuvien infektioiden osuus on noussut merkittävästi 1990-luvun jälkeen eli riskikäyttäytyjät saavat saman taudin useampaan kertaan. Seksuaalinen riskikäyttäytyminen on yhteydessä päihteiden käyttöön. Jatkossa nuorten seksuaaliterveyskäyttäytymistä on tuettava osana laajempaa hyvinvoinnin kokonaisuutta. Riskiä aiheuttavat mielenterveysongelmat, päihteiden käyttö ja väkivaltaisuus.

Seksuaali- ja lisääntymisterveystiedot ovat heikommat pojilla kuin tytöillä ja ammattiin opiskelevilla heikommat kuin lukiolaisilla. Noin 17 prosentilla peruskoulun yläluokkalaisella on heikot tiedot seksuaaliterveydestä. Tiedon lisäksi palvelujen saatavuus vaikuttaa seksuaaliterveyteen: lähes 40 prosenttia peruskoulun yläluokkalaisista koki vuoden 2013 Kouluterveyskyselyn mukaan, että lääkärin tai terveydenhoitajan vastaanotolle oli vaikeaa varata aikaa seksuaaliterveysasioissa.

Yliopisto-opiskelijoiden tieto hedelmällisyydestä, sen iän mukaisesta laskusta ja ikääntyneenä synnyttämisen riskeistä on puutteellista. Yliopisto-opiskelijoille tehdyn THL:n kyselyn mukaan kuudesosa naisista ja kolmannes miehistä ei osannut sanoa, että raskaaksi tuleminen on vaikeampaa 35- kuin 25-vuotiaalle. Lapsenhankinnasta epävarmojen opiskelijoiden osuus oli suuri: kolmasosa oli epävarma siitä, hankkiiko lapsia tulevaisuudessa. Hedelmällisyysneuvonnan antamista ei koettu liiallisena puuttumisena yksityiselämään. Opiskelijamiehet toivoivat hedelmällisyysneuvonnan saamista jo kouluajana.

Seksuaalinen häirintä ja väkivalta ovat yleisiä nuorten arjessa. Vuoden 2013 Kouluterveyskyselyn mukaan tytöistä seksuaalista häirintää oli kokenut noin 60 prosenttia ja pojista 33–46 prosenttia vaihdellen luokka-asteittain. Seksuaalista väkivaltaa eli yhdyntään tai muunlaiseen seksiin painostamista tai pakottamista, rahan, tavaran tai päihteiden tarjoamista vastineeksi seksistä tai kehon intiimien alueiden koskettelua vasten tahtoa oli kokenut yli viidesosa tytöistä; ammattiin opiskelevista tytöistä jopa kolmasosa. Pojista seksuaalista väkivaltaa oli kokenut noin joka kymmenes. Nuoret eivät välttämättä tunnista seurusteluväkivaltaa ja osaa pyytää siihen apua, sillä heidän seurustelu- ja aikuisuustaitonsa ovat vasta kehittyneinä.

Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveys poikkeaa jonkin verran kantaväestöstä: kurdinaisilla oli THL:n MAAMU-tutkimuksen mukaan keskimäärin 2,6 ja somalinaisilla 4,5 lasta. Myös keskenmenot olivat heillä kantaväestöä yleisempiä. Venäläisnaisille puolestaan oli tehty enemmän raskaudenkeskeytyksiä. Somalinaisista 70 ja kurdinaisista 34 prosenttia oli ympärileikattu.

Synnyttäväväestössä on tapahtunut muitakin muutoksia kuin monikulttuurisuuden lisääntyminen. Synnyttäjien keski-ikä on noussut tasaisesti. Kaikkien synnyttäjien keski-ikä oli vuonna 2012 jo 30,2 vuotta ja ensisynnyttäjien 28,4 vuotta. Yli kolmannes synnyttäneistä oli ylipainoisia (BMI 25 tai enemmän). Raskauden aikana tupakoineiden määrä on pysynyt 15–16 prosentissa, mutta ensimmäisen raskauskolmanneksen jälkeen tupakoineiden osuus on sen sijaan laskenut alle 10 prosentin. Keisarileikkausten määrä on Suomessa pysynyt kansainvälisesti katsottuna alhaisena: 16 % vuonna 2012. Imukuppisynnytykset ja epiduraalipuudutuksen käyttö ovat yleistyneet.

Merkitys

Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen ja seksuaalikäyttäytymiseen pyritään vaikuttamaan asiallisella tiedolla ja seksuaalikasvatuksella. Seksuaali- ja lisääntymisterveysneuvonnan ja seksuaalikasvatuksen tulisi jatkua läpi elämän osana perusasteen, toisen asteen ja korkea-asteen opetusta ja näiden opiskelijoiden terveyspalveluja, armeijan terveyskasvatusta ja -palveluja sekä aikuisten ja ikääntyneiden terveyspalveluja ja -neuvontaa. Tavoitteena on, että asianmukaista tietoa olisi integroituna jo ala-asteikäisten opetukseen ja että ala-asteen viimeisillä luokilla seksuaalikasvatus olisi itsenäinen oppiaine. Edistämällä seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistetään kansanterveyttä ja hyvinvointia.

Tiedon ja kasvatuksen merkitys – joko sen onnistunut lisääminen tai sen puute - on jo näkynyt selvästi muutamissa yksittäisissä seksuaali- ja lisääntymisterveyden indikaattoreissa kuten esimerkiksi raskaudenkeskeytysten määrässä. Niiden määrä on 2000-luvulla pysynyt melko tasaisena. Erityisesti alle 20-vuotiaiden keskeytysten määrän väheneminen on ollut merkittävää 2000-luvulla. Vuonna 2012 keskeytysten määrä väheni eniten tässä ikäryhmässä ja oli 10,9 keskeytystä tuhatta vastaavanikäistä naista kohden. Alle 20-vuotiaille tehtiin raskaudenkeskeytyksiä yhteensä 2 007. Eniten keskeytyksiä tehtiin 20–24-vuotiaille (17,5/1 000 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 välisessä seksissä. HIV-tietämys nuorten keskuudessa on selvästi heikentynyt. Vuoden 2013 Kouluterveyskyselyn mukaan alle 70 prosenttia yläasteikäisistä tietää, että saatuaan hi-viruksen henkilö voi tartuttaa sitä loppuikänsä. Viisi vuotta aiemmin tietäneiden osuus oli 83 prosenttia.

Kansainvälisesti verraten seksuaali- ja lisääntymisterveyden tilanne on Suomessa varsin hyvä. Kuitenkin monissa maissa ja etenkin lähialueillamme hiv- ja sukupuolitautien tilanne on huolestuttava. Tarvitaankin jatkuvaa aktiivista seuranta ja tehokkaita torjuntatoimia, jotta pystyisimme vastaamaan mm. matkailun tuomiin infektiouhkiin.

Tavoitteet

Sosiaali- ja terveysministeriön seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa (2007–2011) päivitetään syyskuudella 2013 vuosille 2014–2020. Toimintaohjelman keskeisiä tavoitteita tulevat olemaan:

- Seksuaalikasvatuksen saaminen osaksi terveysneuvontaa ja kasvatusta kaiken ikäisille

- Väestön seksuaali- ja lisääntymisterveystietämyksen parantaminen
- Raskausaikaisen ja synnytyksen jälkeisen seurannan, seulonnan ja tuen toteuttaminen vuosille 2013-2020 päivitetyn äitiysneuvolaoppaan mukaisesti
- Mahdollisuus raskautta suunnittelevien naisten moniammatilliseen terveydentilan arviointiin
- Tahattoman lapsettomuuden vähentäminen lisäämällä tietoisuutta esimerkiksi iän sekä seksitautien (erityisesti klamydia) ehkäisyyn ja hoidon yhteyksistä hedelmällisyyteen
- Matalan riskin raskauden määrittely, jotta hoitoa voidaan toteuttaa asiakaslähtöisesti ja määräaikaisten terveystarkastusten käyntirungon mukaisesti sekä kustannusvaikuttavasti
- Tarjottavien sikiöseulontojen toteuttaminen vaikuttavin menetelmin sisältäen informaation seulontojen tarkoituksesta, tavoitteista, vaikutuksista, menetelmistä, jatkotutkimuksista ja mahdollisista seulontaprosessin haitoista
- Synnytyksen suunnittelun mahdollistaminen kaikille raskaana oleville, synnytysympäristöön vaikuttaminen ja kokonaisvaltaisen tuen tarpeen huomiointi, jotta on mahdollisuus voimaannuttavaan synnytyskokemukseen ja onnistuneeseen imetykseen
- Raskaudenkeskeytyspalvelujen järjestäminen Käypä hoito -suosituksen (2013) mukaisesti
- Parisuhteiden varhainen tukeminen
- Tietoisuuden lisääminen tyttöjen ja naisten ympärileikkauksista ja niiden estäminen STM:n toimintaohjelman mukaisesti
- Miesten seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelujen kehittäminen
- Seksuaalisen väkivallan ehkäisy sekä seksuaalista väkivaltaa kokeneiden varhainen tunnistaminen ja palveluiden laadun paraneminen
- Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön osaamisen kehittäminen
- Tilastointi- ja seurantajärjestelmien kehittäminen
- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimuksen vahvistaminen
- Työnjaon, yhteistyön ja koordinoinnin paraneminen

Toimenpiteet ja vaikutukset

Suomen kattavia koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluja sekä ehkäisyneuvoloiden verkkoa on pidetty nuorten hyvän seksuaali- ja lisääntymisterveyden voimavarana. Raskaudenkeskeytysten määrä on pysynyt vakaana 2000-luvulla. Erityisesti alle 20-vuotiaiden keskeytysten määrän väheneminen on ollut merkittävää 2000-luvulla. Myös terveystiedon opetuksen, joka sisältää seksuaaliopetuksen, arvioidaan vaikuttaneen myönteiseen kehitykseen. Terveystiedosta tuli itsenäinen oppiaine vuonna 2001. Nuorten puberteetin aikaistuminen ja HPV-rokotuksen (human papillooma virus) lisääminen kansalliseen rokotusohjelmaan edellyttävät terveystiedon opetuksen kehittämistä ja varhentamista niin, että se aloitettaisiin jo luokka-asteilla 5–6.

Suomen erinomainen äitiys- ja perhesuunnitteluneuvolatoiminta on ollut naisten seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen kulmakivi. Synnyttäväväestössä tapahtuneet muutokset ja toisaalta synnytyssairaaloiden verkoston harveneminen aiheuttavat tulevaisuudessa haasteita äitiys- ja perhesuunnitteluneuvoloiden toiminnalle. Miesten seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluja ei ole ollut saatavilla julkisessa terveydenhuollossa.

Tulevia haasteita ovat esimerkiksi

- nuoret, joiden elämässä ongelmat kasaantuvat

- maahanmuuttajat
- seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt
- seksuaalisen väkivallan ja häirinnän kokeneet ja tekijät
- ikääntyvien seksuaaliterveys
- synnyttäjien ikääntyminen
- ylipainon ja lihavuuden yleistymisen (raskaaksi tuleminen, raskausaika ja synnytys)

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

3. Terveyden edistämisen määräraha valtion vuoden 2014 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 2014 talousarvio

33.70.50 terveyden edistäminen (siirtomääräraha 3 v)

Momentille myönnetään 3 130 000 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 (1000 euroa)	
Menosäästö (HO)	-500
Siirto momentille 33.70.52	-150
Yhteensä	-650

4. Vuoden 2014 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 2014 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 14.6.2013. Hanke-ehdotukset jätettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sähköisen hankehallintajärjestelmän kautta. Yhteensä hanke-ehdotuksia vastaanotettiin ja käsiteltiin 146 kpl ja niiden yhteissumma oli 36 180 713 euroa. Hanke-ehdotukset arvioitiin heinä-syyskuussa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa.

4.2 Hankkeiden arviointi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa

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

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

Hanke-ehdotukset asetettiin painopistealueisiin, joita olivat:

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

Hanke-ehdotukset arvioitiin käyttäen terveyden edistämisen määrärahan hanke-ehdotuksille tarkoitettuja arviointikriteerejä ja arviointilomaketta (ks. liitteet 1 ja 2) Arviointikriteerit koskevat mm. hankkeen innovatiivisuutta, siinä kehitettyjä tai käyttöön otettuja hyviä käytäntöjä, hankkeen perusteluja, suunnitelman laatua, odotettavien tulosten realistisuutta, levittämistä ja juurruttamista, hakijoiden taitoa ja yhteistyöverkostoja, resurssien realistisuutta, hankkeen kykyä vaikuttaa sosioekonomisiin terveyseroihin ja mahdollisten eettisten ongelmien huomiointia.

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. Kokonaisuuden muodostamisessa kiinnitettiin erityistä huomiota vuoden 2014 määrärahalta rahoitettavalle toiminnalle asetettuihin tavoitteisiin. Joissakin strategioissa oli useita hyviksi arvioituja hankkeita, mutta niitä kaikkia ei voitu sisällyttää ehdotukseen mahdollisimman monipuolisen kokonaisuuden saamiseksi. Mikäli yksittäisen strategian hanke-ehdotusten ei arvioitu olevan riittävässä määrin määrärahan tavoitteiden tai painopistealueiden mukaisia, nostettiin ehdotukseen muiden strategioiden hyviksi arvioituja hankkeita, jotka tukivat tasapainoisen kokonaisuuden muodostumista. 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 kykyä kytkeä kansallisiin terveyden edistämisen ohjelmiin. Rahoitettavaksi ehdotettavia hankkeita perusteltiin ministeriön ohjeen mukaisesti erityisesti hankkeiden kyvylä vaikuttaa sosioekonomisten väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseen, mukaan lukien sukupuolten väliset terveyserot. Myös hankesuunnitelmien laatu oli arviointiin vahvasti vaikuttava tekijä.

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

4.3 Yleisimmät rahoituksen myöntämisen- ja hylkäämisperusteet

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

Merkittäviin kansanterveys- ja hyvinvointiongelmien liittyvien hankkeiden lisäksi tuetaan hankkeita, jotka kohdistuvat terveyden ja hyvinvoinnin suhteen huonoimmassa asemassa oleviin väestöryhmiin. Käyttösuunnitelma pyritään tasapainottamaan siten, ettei rahoitusta ohjata painoalueille, joilla määrärahalta

on jo toteutettu tai toteutetaan parhaillaan 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. Tulevaisuudessa eri rahoittajien välistä yhteistyötä pyritään tiivistämään entistä enemmän.

Pyrkimyksenä on tukea hankkeita, jotka tehostavat terveyden edistämisen rakenteiden ja menetelmien kehittämistä sekä eri toimijoiden yhteistyötä. Rahoitettujen hankkeiden tulee myös tuoda kansallista lisäarvoa terveyden edistämiseksi hyödyntämällä jo olemassa olevia hyviä käytäntöjä innovatiivisesti tai kehittämällä uudenlaisia menetelmiä terveyden edistämiseen. Tähän pyrkimykseen voivat vastata suuret yhteistyöhankkeet, mutta myös pienet ja innovatiiviset pilottihankkeet voivat tuoda merkittävää lisäarvoa terveyden edistämiseen. Luonteeltaan paikallisia hankkeita voidaan tukea, jos niiden tulosten voidaan odottaa olevan hyödynnettävissä laajemminkin, ja jos hankkeeseen sisältyy toimiva suunnitelma tulosten julkaisemisesta ja levittämisestä. Kansainvälisistä hankkeista voidaan tukea lisäarvoltaan merkittäväksi arvioitujen projektien kotimaista osuutta.

Jotta hankkeen voidaan odottaa onnistuvan, tulee sillä olla koko hankkeen keston kattava suunnitelma. Erityistä painoarvoa hankkeen arvioinnissa annetaan suunnitelmassa esitetyille tavoitteille, tuotoksille, toimijan omille voimavaroille ja prosessikuvaukselle. Talouden osalta arvioidaan muun muassa esitettyjen kustannusten asianmukaisuutta, kustannustehokkuutta ja riskejä. Varoja ei myönnetä kaupalliseen tarkoitukseen, eikä hankkeisiin, joita voidaan pitää kuntien, järjestöjen tai muiden toimijoiden lakisääteisenä tai normaalina perustoimintana tai sellaisen käynnistämiseen tähtäävänä. Hankkeilta edellytetään omarahoitusosuutta, mutta sen suuruutta ei olla määritelty tarkemmin.

5. Vuonna 2014 rahoitettavat hankkeet

Terveyden edistämisen määrärahan vuoden 2014 käyttösuunnitelmaan sisältyvät hankkeet tukevat ministeriön strategian, Terveys 2015 -kansanterveysohjelman, terveyserojen kaventamisen toimenpideohjelman, Alkoholiohjelman, kansallisen päihde- ja mielenterveysuunnitelman, terveyttä ja hyvinvointia edistävän liikunnan linjausten 2020, Kansallisen koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn ohjelman sekä muiden kansallisten terveyden edistämisen ohjelmien toimeenpanoa sekä terveyden edistämisen keskeisten painoalueiden kehittämistä. Hankkeilla tuetaan terveyden edistämisen toimintatapojen ja menetelmien kehittämistä, väestön terveyserojen kaventamiseen liittyviä hankkeita sekä terveyden edistämisen paikalliseen ja alueelliseen kehittämiseen liittyviä hankkeita.

Vuonna 2014 rahoitettavien hankkeiden joukossa on **lapsia, nuoria ja lapsiperheitä** koskevia hankkeita. Niissä paneudutaan mm. lapsiin kohdistuvien päihdehaittojen vähentämiseen, lasten ja nuorten ylipainon ehkäisyyn, nuorten liikkumattomuuden vähentämiseen ja nuorten liikkumisen turvallisuuden edistämiseen sekä nuorten terveystyöskäytymiseen. Lasten ja lapsiperheiden terveyttä edistetään tukemalla myös sellaisten toimintatapojen kehittämistä, jotka kohdistuvat vanhemmuuden vahvistamiseen ja terveellisten ravitsemus- ja liikuntatottumusten edistämiseen jo raskausaikana. Myös pienten lasten vanhempien parisuhteen vahvistamista tuetaan.

Aikuisväestön terveyden edistämistä tuetaan vuonna 2014 rahoittamalla hankkeita, joissa tavoitteena on kohentaa ravitsemusta, ehkäistä ylipainoa, lisätä liikuntaa, ehkäistä ja vähentää tupakointia ja päihteiden käyttöä sekä vähentää koti- ja vapaa-ajan tapaturmia. Arkiliikunnan ja säännöllisen liikunnan harrastaminen ja väestön terveellisen ravitsemuksen edistäminen on kaikissa ikäryhmissä tärkeää ylipainon, sydäntautien ja diabeteksen ehkäisemiseksi. Lisäksi tuetaan hankkeita, joiden tavoitteena on luoda uudenlaisia yhteistyörakenteita terveyden edistämisen tukemiseksi.

Vuoden 2014 aikana tuetaan erityisesti hankkeita, jotka ottavat huomioon ja pyrkivät kaventamaan **sosioekonomisten väestöryhmien välisiä terveyseroja**, mukaan lukien **sukupuolten väliset terveyserot**.

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

Vuonna 2014 rahoitetaan 16:ta hanketta, joista

- jatkuvia hankkeita on 6 kpl (1 090 000 euroa) ja
- uusia hankkeita on 10 kpl (2 040 000 euroa).

Vuonna 2013 terveyden edistämisen määrärahalta rahoitettiin 30 hanketta. Tuolloin määräraha myös muuttui kolmivuotiseksi siirtomäärärahaksi, ja siitä voitiin antaa kolmivuotisia päätöksiä. Aiemmin päätökset annettiin vuodeksi kerrallaan. Vuoden 2014 käyttösuunnitelmassa on vielä mukana 6 jatkuvaa hanketta, joista viisi on saanut rahoitusta terveyden edistämisen määrärahoista yli kolme vuotta. Näistä kolmelle esitetään nyt kolmivuotista päätöstä ja yhdelle vuoden mittaista päätöstä. Lisäksi kahdelle jatkuvalla hankkeelle ehdotetaan yhden vuoden päätöstä, jotta hankkeissa aloitettu työ voidaan saattaa loppuun. Vuoden 2015 määräraha on näin kokonaan käytettävissä uusille hankkeille.

Uusia hankkeita rahoitetaan seuraavin hankekohtaisin perusteluin:

Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi
201410037	<i>Jyväskylän yliopisto</i>	Physical Over-Smoking
	<ul style="list-style-type: none"> Hankkeessa kehitetään tupakasta vieroitukseen soveltuvaa puhelinsovellusta. Kehitystyö perustuu vahvasti tutkimusnäyttöön ja hanketta myös arvioidaan laadukain tutkimusmenetelmin. Hanke on erittäin innovatiivinen ja sillä voi olla merkittävä kansallinen lisäarvo, jos sen tuotokset yhdistetään laajalti tupakasta vieroitukseen terveydenhuollossa, mutta myös kansallisiin tukipalveluihin. Hanke on uusi ja sille esitetään päätöstä kahdelle vuodelle. 	
201410152	<i>Samfundet Folkhälsan</i>	Raskauden aikaisen ruokavalio- ja liikuntaintervention pitkäaikaisvaikutukset äidin ja lapsen myöhempään terveyteen – ympäristötekijöiden ja genetiikan merkitys
	<ul style="list-style-type: none"> Tutkimushankkeen kautta saadaan tietoa niistä ryhmistä, joiden terveyden edistämiseen voidaan vaikuttaa elintapaohjauksella eniten sekä voidaan arvioida intervention vaikutuksia eri sosiaaliryhmissä. Hanke edistää terveyttä samanaikaisesti kahdessa sukupolvessa ja perheessä ja pyrkii pysyviin muutoksiin palvelujärjestelmän kyvyssä tukea raskaana olevia naisia. Tutkimushanke on myös tieteellisesti laadukas ja maailmanlaajuisesti ainutlaatuinen. Tuloksia voidaan suoraan hyödyntää terveydenhuollossa. Hanke on uusi ja sille esitetään päätöstä kolmelle vuodelle. 	
201410029	<i>Folkhälsans Förbund r.f.</i>	Reflektiv graviditetsdagbok / Reflektiivinen raskausajan päiväkirja
	<ul style="list-style-type: none"> Innovatiivinen, hyvin suunniteltu hanke, jonka taustalla on vahva toimijoiden verkosto. Kehittämisen kohde liittyy vahvasti terveyden edistämisen tematiikkaan erityisesti mielen terveyden ja päihitteettömyyden osalta, mutta huomioi myös vanhemmuuden vahvistamisen näkökulman. Hankkeen tuloksena syntyy konkreettinen menetelmä, joka on otettavissa käyttöön koko maassa kohtuullisen nopeasti. Kehitettävän menetelmän avulla voidaan vaikuttaa terveyserojen kaventumiseen. Hanke on uusi ja sille esitetään päätöstä kolmelle vuodelle. 	
201410082	<i>Pohjois-Karjalan liikunta ry</i>	Tukea harrastamiseen (Tuhat) -hanke
	<ul style="list-style-type: none"> Hankkeen tarkoituksena on lisätä lasten ja nuorten fyysistä aktiivisuutta ja ehkäistä sitä kautta myös ylipainoa. Samalla hankkeen tarkoituksena on luoda uusia yhteistyörakenteita, joiden avulla lasten ja nuorten mahdollisuuksia fyysiseen aktiivisuuteen voitaisiin lisätä. Hanke on mielenkiintoinen ja kohdistuu tärkeään kehittämiskohteeseen (lasten liikunta). Hankkeen toteutus kouluissa, koulupäivien liikunnallistamisen lisääminen sekä muut monipuoliset menetelmät tavoitteen saavuttamiseksi ovat selkeät ja hyvin kuvattu. Hankkeessa on kattava ja osaava eri tahojen yhteistyöverkosto, jonka avulla ja tuella hankkeella on hyvät mahdollisuudet onnistua. Hanke on uusi ja sille esitetään päätöstä kolmelle vuodelle. 	
201410196	<i>UKK-instituutti</i>	Smart Moves – Nuorten liikkumisen turvallisuuden edistämishanke
	<ul style="list-style-type: none"> Hankkeen tavoitteena on liikuntaturvallisuuden juurruttaminen osaksi toisen asteen oppilaitosten toimintatapoja moniammatillisesti. Hankkeen kohderyhmä on liikuntatapatuuriin suhteen riskiryhmä eikä kohderyhmälle ole aiemmin tuotettu vastaavaa. Hankkeessa viedään tutkittu tieto osaksi arkea. Toimintamallien juurruttamisessa UKK-instituutilla on pitkät perinteet, 	

	ammattitaitoiset osaajat ja hyvät yhteistyöverkostot. Hanke tukee kansallisen koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn ohjelman toimenpiteiden täytäntöönpanoa käytäntöön. Hanke on uusi ja sille esitetään päätöstä kolmelle vuodelle.	
201410192	<i>Kyminlaakson ammattikorkeakoulu</i>	Alueellinen eriytyminen ja yhteisölliset menetelmät miesten terveyden edistämässä
	<ul style="list-style-type: none"> Tärkeä ja mielenkiintoinen hanke, jossa pyritään puuttumaan rakennemuutoksen aiheuttamiin terveyseroihin kehittämällä menetelmiä syrjäytymisriskin piirissä olevien miesten terveyden edistämiseen. Hankesuunnitelma on selkeä ja perusteltu, alueellinen näkökulma maakuntatasolla on erityisen tärkeä. Tavoitteena oleva sosiaalinen ympäristö, joka tukee yksilön terveellistä elämäntapaa ja valintoja, on haastava, mutta tavoittelemisen arvoinen. Ryhmällä on hyvä ammattitaito, sopiva toimintaympäristö ja hyvät verkostot. Hanke on uusi ja sille esitetään päätöstä kolmelle vuodelle. 	
201410157	<i>Väestöliitto ry</i>	Voimavaroja ja parisuhdeonnetta pienten lasten vanhemmille
	<ul style="list-style-type: none"> Hankkeen tavoitteena on kehittää äitiys- ja lastenneuvolan laajojen terveystarkastusten sisältöjä ja toimintatapoja parisuhteen ja vanhemmuuden voimavarojen tukemiseen, puheeksi ottamiseen ja varhaiseen tukemiseen. Hankkeen teema on yhteiskunnallisesti tärkeä. Hankkeelle on vahva perusta ja tarve, joka nousee valtioneuvoston asetuksesta (338/2011) ja laajojen terveystarkastusten valtakunnallisesta ohjeistuksesta. Hankesuunnitelma on selkeä ja tavoitteet realistiset. Hankkeessa hyödynnetään jo olemassa olevaa tutkimustietoa sekä kerätään uutta laaja-alaista tutkimusaineistoa, jota voidaan hyödyntää myös muiden toimintamallien kehittämistyössä. Hankkeessa yhdistyvät sopivalla tavalla tutkimus ja kehittämistyö. Hankkeen ansiona voidaan pitää myös sitä, että kohderyhmä osallistetaan vahvasti toimintamallin sisältöjen kehittämistyöhön. Hanke on laaja ja siinä on erotettavissa kaksi erillistä kokonaisuutta. Rahoitusta esitetään näistä toisen, parisuhdetuki-toimintamallin kehittämiseen. Hanke on uusi ja sille esitetään päätöstä kolmelle vuodelle. 	
201410009	<i>Päijät-Hämeen koulutus konserni -kuntayhtymä, Lahden ammattikorkeakoulu</i>	Tehoa tupakasta vieroituksen opetukseen ja oppimiseen toisella ja korkea-asteella
	<ul style="list-style-type: none"> Hanke tähtää tupakasta vieroituksen opetuksen pedagogisten menetelmien kehittämiseen sekä korkea-asteen koulutukseen kehitetyn verkkokoulutuksen muokkaamiseen toisen asteen lähihoitajakoulutukseen soveltuvaksi. Lähihoitajat ovat potentiaalinen kohderyhmä, vaikka toiselle asteelle soveltuvien opetusmenetelmien kehittäminen sekä lähihoitajaopiskelijoiden oman tupakoinnin yleisyys on haaste. Onnistuessaan ja juutuessaan hankkeella voi olla kansallista lisäarvoa. Hanke on uusi ja sille esitetään päätöstä kolmelle vuodelle. 	
201410200	<i>Mikkelin ammattikorkeakoulu Oy</i>	"Äijätiimillä" duunarimiesten työaikainen syöminen paremmaksi
	<ul style="list-style-type: none"> Hanke on aihepiiriltään tärkeä ja ajankohtainen. Hanketta on huolellisesti valmisteltu aiempaan tutkimustietoon ja kokemukseen perehtyen. Myös hankkeen kohderyhmät ovat jo ilmaisseet suostumuksensa yhteistyöhön. Hankkeessa käytettävät menetelmät ovat innovatiivisia ja monipuolisia. Hankkeessa kiinnitetään runsaasti huomiota eri toimijoiden väliseen yhteistyöhön ja kohderyhmän aktiiviseen osallistamiseen hankkeen toteutukseen. Hanke on uusi ja sille esitetään päätöstä kolmelle vuodelle. 	

201410083	<i>Nuorisokeskus Piispala</i>	HyPe – Hyvinvoiva perhe
	<ul style="list-style-type: none">• Hankesuunnitelma on hyvin laadittu ja tavoitteet ovat selkeät ja realistiset. Kohderyhmä on tärkeä; ylipainoiset lapset ja heidän perheensä. Hankkeessa luodaan yhteistyömalli terveydenhuollon, koulun, päiväkodin ja kolmannen sektorin välille, jolla voidaan tukea ylipainoisten lasten perheiden hyvinvoinnin lisääntymistä ja lasten iänmukaista normaalia painonkehitystä. Hankkeessa on hyvä yhteistyöverkosto. Hankkeessa kehitetty toimintamalli pyritään juurruttamaan osaksi ennaltaehkäiseviä terveystalvveluja. Mallia voidaan levittää myös valtakunnallisesti. Hanke on uusi ja sille esitetään päätöstä kahdelle vuodelle.	

6. Rahoitettavien hankkeiden luettelo

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

1. Terveyden edistämisen rakenteiden, menetelmien, laadun tai yhteistyön kehittäminen					
Hankennumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201410011	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, HYKS, Iho- ja allergiasairaala	Kansallinen allergiaohjelma 2008–2018	2008–2018	2014–2016	180 000
201410242	Terveyden edistämisen tutkimuskeskus, Liikunta ja terveystieteiden tiedekunta, Jyväskylän yliopisto	Nuorten terveyden eriarvoisuus ja terveyden lukutaito koulu- ja liikuntaseurantakonteksteissa – näkökulmina kansainvälinen vertailu ja toimintaympäristöt	1998-	2014–2016	300 000
201410069	Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö	Nuorten terveystapatutkimus (NTTT)	1977-	2014–2016	300 000
201410086	Helsingin yliopisto, prof. Pekka Martikainen,	Väestöryhmien välisten kuolleisuuserojen seuranta Suomessa ja Suomen kunnissa	2008-	2014	60 000
201410152	Samfundet Folkhälsan	Raskauden aikaisen ruokavalio- ja liikuntaintervention pitkäaikaisvaikutukset äidin ja lapsen myöhempään terveyteen – ympäristötekijöiden ja genetiikan merkitys	2013–2016	2014–2016	170 000
201410192	Kymenlaakson ammattikorkeakoulu	Alueellinen eriytyminen ja yhteisölliset menetelmät miesten terveyden edistämiseksi	2014–2016	2014–2016	300 000
Painopistealue yhteensä: 1 310 000 euroa					
2. Tupakan, alkoholin ja huumeiden käytön ehkäisy ja vähentäminen					
Hankennumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201410037	Jyväskylän yliopisto	Physical Over-Smoking	2014–2015	2014–2015	160 000

201410009	Päijät-Hämeen koulutus konserni – kuntayhtymä, Lahden ammattikorkeakoulu	Tehoa tupakasta vieroituksen opetukseen ja oppimiseen toisella ja korkea-asteella	2014- 2016	2014- 2016	200 000
-----------	---	---	---------------	---------------	---------

Painopistealue yhteensä: 360 000 euroa

3. Mielenterveyden edistäminen ja väkivallan ehkäiseminen

Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201410029	Folkhälsans Förbund r.f.	Reflektiv graviditetsdagbok / Reflektiivinen raskausajan päiväkirja	2014- 2016	2014- 2016	90 000
201410157	Väestöliitto ry	Voimavaroja ja parisuhdeonnea pienien lasten vanhemmille	2014- 2016	2014- 2016	180 000
201410045	Keski-Suomen sairaanhoitopiiri	Läheisväkivallan ehkäisyn osaamiskeskus	2012- 2014	2014	130 000

Painopistealue yhteensä: 400 000 euroa

4. Toimintakyvyn edistäminen ja liikunnan lisääminen

Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201410082	Pohjois-Karjalan Liikunta ry	Tukea harrastamiseen (Tuhat) -hanke	2014- 2016	2014- 2016	300 000

Painopistealue yhteensä: 300 000 euroa

5. Terveellisen ravitsemuksen edistäminen

Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201410200	Mikkelin ammattikorkeakoulu Oy	"Äijätiimillä" duunarimiesten työaikainen syöminen paremmaksi	2014- 2016	2014- 2016	180 000
201410083	Nuorisokeskus Piispala	HyPe – Hyvinvoiva perhe	2014- 2015	2014- 2015	160 000

Painopistealue yhteensä: 340 000 euroa

6. Ympäristön esteettömyyden tukeminen ja tapaturmien vähentäminen					
Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201410121	SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry	Kotitapaturmien ehkäisykampanja	1993-	2014	120 000
201410196	UKK-instituutti	Smart Moves – Nuorten liikkumisen turvallisuuden edistämishanke	2014-2016	2014-2016	300 000
Painopistealue yhteensä: 420 000 euroa					
Kaikki yhteensä: 3 130 000					
Uusia hankkeita: 10					
Jatkuvia hankkeita: 6					

LIITE 1. Terveyden edistämisen määrärahalta rahoitettavien hankkeiden kriteerit 2014

Maksimipistemäärä 40

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

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 pistettä: 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 pistettä: 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 pistettä: 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 pistettä: Hankkeen tavoitteet eivät ole täsmällisiä, aikataulutettuja, realistisia, mitattavissa olevia ja oleellisia

5. Ovatko menetelmät perusteltuja tavoitteiden saavuttamiseksi?

- 5 pistettä: Menetelmät ovat erittäin hyvin perusteltu tavoitteiden saavuttamisen näkökulmasta
- 2,5 pistettä: Menetelmät ovat osittain hyvin perusteltu tavoitteiden saavuttamisen näkökulmasta
- 0 pistettä: 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 pistettä: Tulokset eivät ole ollenkaan realistisia

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

- 5 pistettä: Erittäin hyvin
- 2,5 pistettä: Osittain hyvin
- 0 pistettä: 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 pistettä: Ei asiantuntemusta eikä taitoja

9. Onko hankkeessa sopivat yhteistyöverkostot?

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

10. Ovatko resurssit realistisia?

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

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

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

12. Liittyykö hankkeeseen eettisiä ongelmia?

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

LIITE 2. Arviointilomake 2014

TERVEYDEN EDISTÄMISEN MÄÄRÄRAHOJEN 2014 ARVIOINTI

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.

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

2. Minkälaista uutta terveyden edistämiseen liityvää 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. Liittykö hankkeeseen eettisiä ongelmia? (kyllä/ei)



Valtion talousarvion terveyden edistämisen hankkeille asetettujen tavoitteiden arviointi 2014 (kyllä/ei)

- Tukeeko hanke lasten ja nuorten tupakoimattomuutta edistävää työtä erityisesti pyrkien huomioimaan erot eri koulutusasteilla opiskelevien nuorten välillä?
- Kehittääkö hanke tupakoinnin lopettamisen lyhytneuvontaa ja ehkäisy- ja vierotustoimintaa?
- Pyrkiikö hanke ehkäisemään/vähentämään lasten, nuorten ja lapsiperheiden alkoholin/päihteiden käyttöä?
- Pyrkiikö hanke tehostamaan alkoholin suurkuluttajien mini-intervention käyttöönottoa perusterveydenhuollossa?
- Tukeeko hanke päihteiden käyttöön liittyvien tapaturmien ehkäisyä?

- Tukeeko hanke ikääntyneiden, erityisesti toimintakyvyltään heikentyneiden, arkiliikkumista ja lihasvoimaa ylläpitävää liikkumista?
- Pyrkiiö hanke kohentamaan väestön ravitsemusta ylipainon, sydäntautien ja diabeteksen ehkäisemiseksi, erityisesti huomioiden ravitsemussuosituksat?
- Pyrkiiö hanke kohentamaan väestön ravitsemusta ylipainon, sydäntautien ja diabeteksen ehkäisemiseksi?
- Pyrkiiö hanke lisäämään kasvisten, hedelmien ja marjojen kulutusta tai edistämään joukkoruokailun terveellisyttä?
- Tukeeko hanke ympäristön esteettömyyttä ja kansalaisten osallisuutta lisääviä toimintatapoja?
- Edistääkö hanke iäkkäiden kaatumisten, liikuntataturmien sekä lasten ja nuorten tapaturmien toimintamallien kehittämistä ja levittämistä?
- Tukeeko hanke lasten ja nuorten psykososiaalista kehitystä ja mielenterveyttä?
- Tukeeko hanke aikuisten itsemurhien ehkäisyä ja/tai vähentämistä?
- Vahvistaako hanke ikääntyvien mielenterveyttä edistävien menetelmien käyttöä osana sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita?
- Tehostaako hanke nuorten seksuaalikasvatusta sekä neuvonnan integroimista osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita?
- Tehostaako hanke terveyden edistämisen toiminnan kehittämistä ja olemassa olevien käytäntöjen soveltamista sekä eri toimijoiden yhteistyötä?
- Tukeeko hanke ympäristön ja palvelujen ja siten kansalaisten yhdenvertaisuutta?

Yleinen arviointi (täytetään viimeisenä)

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

Suosittelatko hanketta rahoitettavaksi? kyllä/ei

Hankkeen kokonaisarvosana (tämä ei ole kohtien keskiarvo) _____.

Oma esitykseni hankkeen rahoituksesta:

Arviointi valmis.