

**Terveyden edistämisen määrärahan käyttösunnitelma
vuodelle 2015**

**Sosiaali- ja terveysministeriö
2015**

Sisällys

1. Terveys ja terveyden edistäminen	1
1.1 SUOMALAISEN TERVEYSPOLITIIKAN TAVOITTEET TERVEYDEN EDISTÄMISELLE.....	1
2. Arvio väestön terveyskäyttäytymisen kehityksestä ja terveyden edistämisen tavoitteista sekä toimista.....	3
2.1 ALKOHOLI.....	3
2.2 TUPAKKA.....	5
2.3 HUUMEET	6
2.4 MIELENTERVEYS.....	8
2.5 RAVITSEMUS, LIIKUNTA JA TOIMINTAKYKY.....	11
2.6 TAPATURMIEN VÄHENTÄMINEN JA YMPÄRISTÖN ESTEETTÖMYYDEN TUKEMINEN	15
2.7 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS	17
3. Terveyden edistämisen määräraha valtion vuoden 2015 talousarviossa	21
4. Vuoden 2015 terveyden edistämisen määrärahan käyttösunnitelman valmistelu	21
4.1 HANKKEIDEN KÄSITTELY JA KÄYTTÖSUUNNITELMAN VALMISTELU	21
4.2 HANKKEIDEN ARVIOINTI TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOKSESSA	21
4.3 YLEISIMMÄT RAHOITUKSEN MYÖNTÄMIS- JA HYLKÄÄMISPERUSTEET	23
5. Vuoden 2015 käyttösunnitelman sisältö.....	24
6. Rahoitettavien hankkeiden luettelo.....	29

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 yhteiskuntapoliittisia, 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. Yhteiskuntapoliittisilla 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 kestävästä 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.

Terveyden edistäminen on poikkihallinnollista toimintaa, johon tarvitaan yhteiskunnan kaikkia sektoreita. Terveyden edistämisen toteuttamiseksi ja eriarvoisuuden vähentämiseksi terveysnäkökohdat on otettava huomioon kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja kaikissa politiikoissa. Terveystoimella on oma tärkeä roolinsa terveyden edistämisen asiantuntijana ja terveysnäkökohtien esiin nostajana. Kuntien toiminnassa terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on osa kunnan poikkihallinnollista johtamisjärjestelmää. Kuntastrategia ohjaa kunnan toimintaa. Hyvinvointikertomus on poikkihallinnollisen hyvinvointijohtamisen työväline kunnassa. Se toimii strategiatyön sekä vuotuisen kuntasuunnittelun ja seurannan välineenä. Terveyden edistämisen johtaminen strategiatasolla sitouttaa kuntajohdon ja toimialat suunnitelmien toteutukseen. Valtuusto sitoutuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen päättäessään kuntastrategiasta ja taloudesta. Käytännön toimeenpano toteutetaan toimialoilla johtamisjärjestelmään sisältyvän toimeenpanorakenteen kautta.

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 terveyspolitiikkaa linjaava WHO:n Health 2020 -ohjelma 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 terveyspolitiikkaa ja sen osana terveyden edistämisen kehittämistyötä ja toimintaa. Kaste on sosiaali- ja terveydenhuollon pääohjelma. Sen tavoitteena on, että hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja rakenteet on järjestetty asiakaslähtöisesti. Painopistettä siirretään ongelmien hoidosta fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen ja ongelmien ehkäisemiseen koko väestössä. Nämä Kaste-ohjelman tavoitteet saavutetaan kuntien ja kuntayhtymien, eri hallinnonalojen, järjestöjen, seurakuntien, yritysten, koulutusyksiköiden sekä kansallisten ja alueellisten tutkimus- ja kehittämissyksiköiden yhteistyöllä. Terveys 2015 -ohjelman yleisenä päämääränä on antaa yhteinen pohja terveyspolitiikalle, jonka nähdään koostuvan lukuisten itsenäisten toimijoiden, niin julkisen vallan kuin yksityisten ja kolmanteen sektoriin kuuluvien, työstä. Ohjelma toimii kansallisesti terveyden edistämisen sisällöllisenä perustana. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa tavoitteiden toteutumisen seurannasta. Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa ehkäisevälle terveyspolitiikalle on asetettu sekä taso- että jakaumatavoitteita. Tasotavoitteita ovat ennenaikaisen 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 2013 julkaistun Tilastokeskuksen tiedon mukaan suomalaisten miesten elinajanodote on hieman yli 76 vuotta ja naisten hieman yli 83 vuotta. Tämä 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 terveystietäytymistä 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. Terveystietäytymistä tukevien elintapojen vahvistamiseen onkin tarpeen kiinnittää huomiota siten, että kyetään tehokkaasti vähentämään väestöryhmien välisiä terveyseroja.

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

Ihmisten terveyden tilaan vaikuttavat perimä, ympäristö sekä elintavat eli terveystietäytyminen. Sekä terveyteen että terveystietäytymiseen vaikuttavat taustalla vallitsevat olosuhteet, esim. varhaisen vaiheen perusturva, taloudellinen perustoimeentulo, selviytymistä 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 tietäytymistä 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 terveystietäytymisen osa-alueet. Tämä pätee myös toisinpäin, eli muutos yhdellä terveystietäytymisen osa-alueella voi vaikuttaa monella tavalla yksilön terveyteen. Kohtuullisella alkoholinkäytöllä, tupakoimattomuudella, terveellisellä ravinnolla ja riittävällä liikunnalla voi vähentää riskiä sairastua kansansairauksiin.

Tässä terveystietäytymisen osa-alueita on tarkasteltu erikseen, mutta pyritty huomioimaan niiden välillä vallitsevat yhteydet. Terveystietäytymisen tilanteen lisäksi käsitellään sen merkitystä ja taustalla vaikuttavia olosuhteita, kansallisia tavoitteita, toimenpiteitä ja niiden vaikutuksia.

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 alkoholin kokonaiskulutus on tasoittunut ja laskenut hieman ja oli vuonna 2013 11,6 litraa 100-prosenttista alkoholia 15 vuotta täyttäneellä asukasta kohti.

Suomalaisten alkoholin kokonaiskulutus vuonna 2013 oli yhä pohjoismaiden korkein asukasta kohden mitattuna. Eurooppalaisessa mittakaavassa luku on keskitasoa. Alkoholijuomien lähes päivittäinen käyttö on

kuitenkin väestötasolla edelleen harvinaista maassamme. Sen sijaan alkoholia juodaan viikonloppuisin ja humalahakuinen juomatapa on yleistä. Miehet kuluttavat yli kaksi kertaa enemmän alkoholia kuin naiset. Naisten osuus on kuitenkin jo vuosikymmeniä ollut kasvussa ja kasvuvauhti on ollut nopeampaa kuin miesten. Yli 50-vuotiaiden ja eläkeikäisten alkoholinkäyttö on nousussa. Sen sijaan 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 tasollaan, 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.

Toimenpiteet ja vaikutukset

Vuosien 2008–2014 välillä tehdyt viisi alkoholiveron nostoa ovat kääntäneet alkoholinkulutuksen hienoiseen laskuun. Alkoholiveron korotukset yhdessä taloudellisen laskusuhdanteen, kansalaisten heikentyvän ostovoiman ja lisääntyvän työttömyyden kanssa ovat myötävaikuttaneet alkoholinkulutuksen vähenemiseen. 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 käynnistämä ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoima Alkoholiohjelma on keskeisessä roolissa ohjaten kuntia ohjelman toteuttamisessa. Alkoholiohjelmassa 2004–2007 kehitettiin alkoholihaittojen ehkäisyssä tarvittavaa materiaalia levitettäväksi päihdetyön ammattilaisille ja kansalaisille. Alkoholiohjelma 2008–2011 puolestaan vahvisti ehkäisytyön alueellista ja paikallista organisaatiota. Vuonna 2012 alkoholiohjelman vuositeemana oli alkoholi ja työelämä, vuonna 2013 fokuksessa oli alkoholin ja väkivallan yhteys ja vuonna 2014 vuorossa oli teema päihteistä, tapaturmista ja arjen turvallisuudesta.

Alkoholipolitiikan tiukempi haltuun ottaminen tilanteessa, jossa nuorten raitistuminen on jatkunut yli kymmenen vuotta ja jossa rajoittavalle alkoholipolitiikalle on laajaa tukea, voi parhaimmassa tapauksessa kääntää alkoholiolojen pitkään jatkuneen kielteisen kehityksen suunnan.

2.2 Tupakka

Tilanne

Suomalaisen työikäisen aikuisväestön (15–64 v.) tupakointi on vuoden 2005 jälkeen ollut laskussa. Vuonna 2013 naisista tupakoi päivittäin 13 prosenttia ja miehistä 19 prosenttia. Eläkeikäinen väestö (65–84 v.) tupakoi työikäisiä vähemmän. Vuonna 2013 eläkeikäisistä miehistä tupakoi päivittäin kahdeksan prosenttia ja naisista seitsemän.

Nuorten tupakointi ja tupakkakokeilut ovat vähentyneet vuosituhaten vaihteen jälkeen. Valtioneuvoston asettaman Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitetta – 16–18-vuotiaista tupakoi alle 15 prosenttia – lähestytään, sillä tällä hetkellä tästä ikäryhmästä tupakoi päivittäin noin 17 %. Nuorten poikien nuuskakokeilut ja nuuskan käyttö on yleistynyt vuosituhaten vaihteen jälkeisestä laskuvaiheesta. Vuonna 2013 16-vuotiaista pojista 12 ja 18-vuotiaista pojista 15 prosenttia käyttää nuuskaa päivittäin tai satunnaisesti. Tytöissä nykyisin nuuskaajia on vähän.

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.

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 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. Sähkösavukkeita käytti päivittäin tai satunnaisesti 2,1 % aikuisväestöstä vuosina 2012 ja 2013, käytön keskittyessä alle 35-vuotiaisiin ja tupakoiiviin. 16-18-vuotiaista nuorista neljäsosa oli kokeillut sähkösavukkeita vuonna 2013.

Merkitys

Tupakka aiheuttaa Suomessa vuosittain 4500 kuolemaa, joista puolet tapahtuu 35–69 -vuoden iässä. Tupakointi vähentää siten useita terveitä elinvuosia myös työikäisessä väestössä. 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. Tupakan valmisteveron kertymä oli 848 miljoonaa euroa vuonna 2013. Tupakkavero kattaa vain osan tupakoinnin yhteiskunnalle aiheuttamista kustannuksista. Viime vuosina tehdyt tupakkaveron korotukset eivät ole lisänneet tupakan matkustajatuontia. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos on käynnistänyt vuonna 2014 uuden tutkimuksen tupakoinnin kokonaiskustannuksista.

Tupakkapolitiikan tavoite

Tupakkalain tavoitetta muutettiin tupakkalakia uudistettaessa vuonna 2010. Kun aiemmin lailla pyrittiin tupakoinnin vähentämiseen, on tavoitteeksi nyt asetettu tupakkatuotteiden käytön loppuminen. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi tupakkapoliittisen toimenpideohjelman ”Tie savuttomaan Suomeen” kesäkuussa 2014. Toimenpideohjelmassa esitetään keinoja siitä, miten tupakkalain tavoite voidaan saavuttaa. Valmistelussa on otettu huomioon kansainvälisten säädösten, suositusten ja tutkimusten lisäksi suomalaisten asiantuntijaryhmien tekemät ehdotukset. Erityisesti on huomioitu EU:n uusi tupakkatuotedirektiivi, joka tuli voimaan toukokuussa 2014 ja joka tulee sisällyttää kansalliseen lainsäädäntöön viimeistään toukokuussa 2016. Toimenpideohjelmaan on lisäksi sisällytetty WHO:n tupakoinnin torjuntaa koskevan puitesopimuksen (FCTC) suosituksia sekä FCTC:n ensimmäisen lisäpöytäkirjan edellyttämiä säädöksiä tupakkatuotteiden laittoman kaupan estämiseksi.

2.3 Huumeet

Tilanne

Huumeiden käyttö ja siitä aiheutuneet haitat ovat vakiintuneet osaksi suomalaista päihdekulttuuria. Vuoden 2010 väestötutkimuksen mukaan 17 prosenttia suomalaisista on käyttänyt ainakin kerran elämässään jotain laitonta 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 prosenttia 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 prosenttia 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 (2012) mukaan 18 000–30 000.. Päihteiden sekakäyttö on yleistä. Huumehoidon asiakkaista 62 prosenttia mainitsi käyttäneensä ainakin kolmea ongelmapäihdettä. Pistämällä oli huumeita joskus käyttänyt 79 prosenttia asiakkaista. Valtaosa (90 %) huumeasiakkaista oli ollut jo aiemmin päihdehoidossa. Huumeasiakkaat olivat pääosin miehiä (68 %) ja nuoria aikuisia (keski-ikä 31 vuotta). Asiakkaiden koulutustaso oli matala ja työttömyys yleistä (60 %).

Lähes joka kymmenes (9 %) oli asunnoton. Asiakkaista 60 prosenttia oli käynyt kaikissa kolmessa; HIV-, hepatiitti B ja hepatiitti C -testissä. Vuonna 2013 päihdehuollon huumeasiakkaista yli puolet (59 %) hakeutui hoitoon ensisijaisesti opioidien käytön vuoksi. Merkittävin opioideista on buprenorfiini (32 %), kun taas heroini on ensisijainen huume vain kahdella prosentilla. Muita ensisijaisia hoitoon hakeutumiseen johtaneita ongelmapäihteitä olivat stimulantit (10 %), kannabis (11 %), alkoholin ja huumeiden sekakäyttö (15 %) sekä rauhoittavat lääkkeet (5 %). Opioidien käyttäjien osuus hoitoon hakeutuneista huumeiden käyttäjistä on kasvanut voimakkaasti 2000-luvulla. Alle 20-vuotiailla kannabis on selvästi yleisin hoitoon hakeutumiseen johtanut ongelmapäihde (52 %). Opioidiriippuvaisten ongelmakäyttäjien korvaushoidossa arvioidaan olevan noin 2500 henkilöä.

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

Merkitys

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

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

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 perustuksen kehittämiseksi ja ongelmakohtien tunnistamiseksi. Valtioneuvosto on hyväksynyt toimenpideohjelman huumausaineiden käytön ja siihen liittyvien haittojen ehkäisemiseksi vuosiksi 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 Mielen terveys

Tilanne

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

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

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

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

Yleisesti nuorissa ikäryhmissä on tapahtunut myönteistä kehitystä alkoholin käytön suhteen (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 2013 välillä. Myös alkoholin ja lääkkeiden 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 sairauksien joukossa. Mielenterveyden häiriöistä aiheutuu myös huomattavia kustannuksia yhteiskunnalle. Sairastuneet elävät usein muita lyhyemmän elämän, ja sairastamiseen liittyy eläköitymistä sekä pitkäaikaista työkyvyttömyyttä. Erityisesti masennus on noussut keskeiseksi alentuneen työ- ja toimintakyvyn syyksi.

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. Vuonna 2012 yksi 4000 miehestä ja yksi 12 700 naisesta teki 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 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, ja toimeenpanosuunnitelma valmistui alkuvuodesta 2010.

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman keskeisiä tavoitteita ovat:

- mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistäminen ja haittojen ehkäisy
- mielenterveys- ja päihdeasiakkaan aseman vahvistaminen
-
- 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 Terveys 2015 -ohjelmaan. Toimet liittyvät esimerkiksi

- lapsiperheiden tukemiseen tarkoitettujen 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 laitos tukee kuntia strategioiden laatimisessa, hyvien käytäntöjen ja näyttöön perustuvien toimintamallien juurruttamisessa sekä mielenterveys- ja päihdetyön alueellisten koordinaatorakenteiden 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 Ravitseminen, 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 kerta- ja monitydyttymättömien rasvahappojen saanti kasvaa. Useimpien ravintoaineiden saanti on aikuisilla keskimäärin riittävää, mutta folaattien ja naisilla raudan saanti ruoasta jää alle suositusten. D-vitamiinivalmisteiden ja täydennettyjen elintarvikkeiden käyttö on lisännyt D-vitamiinin saantia. Suolan käyttö on kääntynyt pitkän laskukauden jälkeen nousuun. 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 sukupuolten 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 yli 25 kg/m²). Joka viides suomalainen aikuinen on lihava (22 %, BMI yli 30 kg/m²). Miesten keskimääräinen painoindeksi on 27,1 kg/m² ja naisten 26,0 kg/m². Vyötärölihavina (miehet > 100 cm ja naiset >90 cm) on kolmannes sekä miehistä että naisista. Kilot kertyvät ikääntyessä. Pääkaupunkiseudulla asuvat ja eniten koulutetut ovat hoikempia. 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 ja erityisesti alle kouluikäisistä lapsista. Lasten ja nuorten suositellaan liikkuvan vähintään yhden tunnin päivässä. Vuoden 2012 WHO-koululaistutkimuksen mukaan suositusta ei saavutettu yhdessäkään ikäryhmässä. Vuoden 2013 Kouluterveyskyselyn mukaan hengästyttävää liikuntaa harrastaa vapaa-ajallaan korkeintaan yhden tunnin viikossa peruskoulun ylimpien luokkien oppilaista noin 32 %, lukion 1 ja 2. vuoden oppilaista noin 29 % ja ammatillisten oppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijoista noin 47 %. Hengästyttävän liikunnan harrastaminen vähenee siten selvästi nuorilla iän lisääntyessä. 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 terveyskäyttäytyminen 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 terveysliikuntasuositukset eli harrasti riittävästi kestävyysliikuntaa ja lihaskunto- ja tasapainoharjoittelua. Kestävyysliikunnan osalta suositukset saavutti 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 terveysliikuntasuositukset. Lisäksi riittämättömästi liikkuvien osuus kasvaa iän myötä.

Liikunnan lisäämisen ohella yhä tärkeämpään asemaan on noussut runsaan istumisen vähentäminen. Terveys 2011 -tutkimuksen alaotoksessa mitattiin ensimmäisen kerran suomalaisten fyysistä aktiivisuutta ja liikkumattomuutta objektiivisesti kiihtyvyyssmittarilla. Kiihtyvyyssmittari mahdollistaa tarkemmat tulokset eritehoiseen aktiivisuuteen ja liikkumattomuuteen käytetystä ajasta kuin kyselymenetelmät. Ensimmäiset tulokset osoittavat, että tutkimukseen osallistujat viettivät keskimäärin 76 % valveillaoloajastaan paikallaan eli makuulla, istuen tai seisten. Tämä tarkoittaa suomalaisten aikuisten valveillaoloajasta hieman yli 9 tunnin istumista tai makuulla olemista ja keskimäärin noin 2 tunnin ja 30 minuutin paikallaan seisomista päivittäin. Terveysliikuntasuositusten edellyttämää reipasta fyysistä aktiivisuutta osallistujilla oli noin 4 % ja rasittavaa aktiivisuutta alle 1 % valveillaoloajasta.

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 riittäväällä fyysisellä aktiivisuudella voidaan tehokkaasti ehkäistä monia sairauksia ja samalla lisätä toimintakykyä ja parantaa koettua terveyttä. Yhteyksiä on todettu ravitsemuksen ja liikunnan ja mm. diabeteksen, sydän- ja verisuonisairauksien, joidenkin syöpäsairauksien, muistiongelmien, hammaskarieksen ja osteoporoosin välillä. Erittäin ajankohtaista on ravinnon ja fyysisen aktiivisuuden keskeinen merkitys voimakkaasti yleistyvien lihavuuden ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä. Menestyksellisellä terveyden edistämällä ja tautien ehkäisyllä voidaan saada säästöjä ja hillitä terveydenhuoltomenojen kasvua. Toteutetut interventiot osoittavat, että ruokavalintojen muutokset esim. kouluruokailussa ovat mahdollisia.

Merkittävimmät taloudelliset vaikutukset saadaan, kun väestön kohentuneen terveyden myötä työvoiman saatavuus ja suorituskyky paranevat. Sydän- ja verisuonitauteihin sairastumisen riskitekijöitä ovat

tupakoinnin ohella suuri seerumin kolesterolipitoisuus, korkea verenpaine ja erityisesti vyötärölihavuus. Kolesteroli- ja verenpainearvoihin voi 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 terveystriikki. 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 laatii ravitsemussuosituksia ja antaa ravitsemukseen liittyviä toimenpide-ehdotuksia. Ruokatason suositukset korostavat terveyttä edistävän ruokavalion kokonaisuutta ja säännöllisten, jokapäiväisten valintojen merkitystä. Ruokavalion laadun parantamisessa keskeisiä muutossuosituksia ovat seuraavat:

- Näkyvinä rasvoina tulisi valita kasviöljyjä ruoanlaittoon ja kasvirasvaveitteitä leivän päälle.
- Kovia, tyydyttyneitä rasvoja tulisi välttää.
- Lihavalmisteita ja punaista lihaa ei tulisi käyttää enempää kuin 500g viikossa
- Kasviksia, hedelmiä ja marjoja tulisi nauttia useita annoksia päivässä (suositus aikuisille 500 g/pv).
- Suolan käyttöä tulee vähentää
- Kokojyväviljaa sisältäviä vähäsuolaisia leipiä ja viljavalmisteita tulisi suosia.
- Kalaa tulisi nauttia vähintään 2-3 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 ravitsemussuosituksia 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.

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 elämänsä 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 elämänsä aikana,
- 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. Myös monet järjestöt toimivat aktiivisesti väestön liikunta- ja ravitsemustottumusten muuttamiseksi terveellisempään suuntaan.

2.6 Tapaturmien vähentäminen ja ympäristön esteettömyyden tukeminen

Tilanne

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

Ympäristön esteettömyyteen liittyviä velvoitteita on useassa laissa. Yhdenvertaisuuslaissa säädetään työolosuhteiden kohtuullisista mukautuksista. Rakentamista koskevassa lainsäädännössä on yksityiskohtaisia säännöksiä esteettömyydestä. Monet liikennettä ja viestintää koskevat säännökset ja ohjelmat vahvistavat esteettömyyden tavoitteen. Kulttuuri ja urheilu ovat keskeisiä alueita esteettömyyden ja osallisuuden näkökulmasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä on säädetty apuvälineistä. Myös monet kansainväliset ihmisoikeussopimukset, ohjelmat ja muut asiakirjat määrittelevät velvoitteen esteettömään yhteiskuntaan. Tässä suhteessa merkittävien asiakirjojen 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 2012 tapaturmissa kuoli 2640 henkilöä. Yleisin syy tapaturma-kuolemiin on putoaminen tai kaatuminen. Toiseksi yleisin syy on myrkytys, joista hieman yli puolet johtui alkoholimyrkytyksestä. Tapaturmakuolemista 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 yli miljoona 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. Erikoissairaanhoidossa vuonna 2012 hoidettiin lukumääräisesti enemmän potilaita tapaturman takia kuin minkään muun tautiryhmän takia. Tapaturmista aiheutuu myös neljänneksi eniten perusterveydenhuollon hoitojaksoja verrattuna muihin syihin.

Alkoholi on usein osallisena tapaturmissa. Useampi kuin joka neljäs 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. Terveysthuollon, 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 menetetyä 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 jatkettiin 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.

Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tavoiteohjelmassa vuosille 2014–2020 on visioksi 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. Terveysten 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.

Terveysten edistämisen määrärahalta tuetaan uuden kansallisen koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tavoiteohjelman (2014–2020) toteutumista. Kansallisessa tavoiteohjelmassa on määriteltyä 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 kehittyvät. 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 joiltakin 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 seksuaalikäytännöistä on vain vähän tutkimustietoa. Nuorten seksuaalikäyttäytymisestä ja seksuaaliterveyteen liittyvästä tiedon tasosta on saatu seurantatietoa 1990-luvun loppupuolelta lähtien Kouluterveyskyselyistä, armeijan terveystietäytymiskyselyistä 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 sukupuoliyhdyntä 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 2013 alle 20-vuotiaista raskautensa keskeyttäneistä naisista 32 prosenttia ilmoitti, ettei ollut käyttänyt minkäänlaista ehkäisyä.

Ehkäisypillereiden tai jälkiehkäisyn 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. Raportoitujen klamydiatapausten määrä ei ole vähentynyt, vaikka diagnostiikassa, näytteenotossa, hoidossa ja hoidettujen seurannassa on tapahtunut suuria muutoksia parempaan suuntaan. 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 heikommalla tasolla kuin tytöillä ja ammattiin opiskelevilla heikommalla tasolla kuin lukiolaisilla. Noin 17 prosentilla peruskoulun yläluokkalaisilla 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 ikäänntyneenä 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 kouluaikana.

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 luokkasteittain. 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 kehitymässä.

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 2013 jo 30,4 vuotta ja ensisynnyttäjien 28,5 vuotta. Yli kolmannes synnyttäneistä oli ylipainoisia (BMI 25 tai enemmän). Raskauden aikana tupakoineiden määrä on pysynyt 15–16 prosentissa, mutta tupakoinnin raskausaikana lopettaneiden määrä on noussut: 44 % vuonna 2013. Keisarileikkausten määrä on Suomessa pysynyt kansainvälisesti katsottuna alhaisena: 16 % vuonna 2013. Imukuppisynnytykset ja epiduraalipuudutuksen käyttö ovat yleistyneet. Sekä matkasynnytysten että muiden sairaalan ulkopuolisten suunnittelemattomien synnytysten määrä on hieman lisääntynyt. Vuonna 2012 matkalla sairaalaan syntyi 63 ja vuonna 2013 jo 71 lasta. Suunnittelemattomia sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä oli 60 vuonna 2012 ja 81 vuonna 2013.

Merkitys

Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen ja seksuaalikäyttäytymiseen pyritään vaikuttamaan asiallisella tiedolla ja seksuaalikasvatuksella. Seksuaali- ja lisääntymisterveysneuvonnan ja seksuaalikasvatuksen tulisi jatkua läpi elämän osana varhaiskasvatuksen, perusasteen, toisen asteen ja korkea-asteen opetusta ja näiden opiskelijoiden terveystalvuuja, armeijan terveystalvuuksa ja -talvuuja sekä aikuisten ja ikääntyneiden terveystalvuuja ja -neuvontaa. Tavoitteena on, että asianmukaista tietoa olisi integroituna jo varhaiskasvatuksessa ja ala-asteikäisten opetuksessa 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 2013 keskeytysten määrä tässä ikäryhmässä väheni yhä ja oli 10,5 keskeytystä tuhatta vastaavanikäistä naista kohden. Alle 20-vuotiaille tehtiin raskaudenkeskeytyksiä yhteensä runsaat 1 600. 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 sukupuolitautilien tilanne on huolestuttava. Tarvitaankin jatkuvaa aktiivista seurantaa ja tehokkaita torjuntatoimia, jotta pystyisimme vastaamaan mm. matkailun tuomiin infektiouhkiin.

Tavoitteet

Sosiaali- ja terveystalvuuksien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma (2007–2011) päivitettiin THL:ssa vuosille 2014–2020. Toimintaohjelman keskeisiä tavoitteita ovat:

- Seksuaalikasvatuksen saaminen osaksi terveystalvuuksia ja kasvatuksa kaiken ikäisille
- Väestön seksuaali- ja lisääntymisterveystalvuuksien parantaminen
- Raskausaikaisen ja synnytyksen jälkeisen seurannan, seulonnan ja tuen toteuttaminen vuosille 2013-2020 päivitetyt äitiystalvuuksia mukaisesti
- Lisääntymisterveyttä edistävän neuvonnan (preconception health and care) saaminen luontevaksi osaksi naisten ja miesten sosiaali- ja terveystalvuuksia
- Tahattoman lapsettomuuden vähentäminen lisäämällä tietoisuutta esimerkiksi iän sekä seksitautien (erityisesti klamydia) ehkäisyn 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 palvelujen 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. Synnyttäjäväestössä tapahtuneet muutokset ja toisaalta synnytys-sairaaloiden verkoston harveneminen aiheuttavat tulevaisuudessa haasteita äitiys- ja perhesuunnittelu-neuvoloiden 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 yleistyminen (raskaaksi tuleminen, raskausaika ja synnytys)

Terveydenhuoltolaki, 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 2015 talousarviossa

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

Valtion vuoden 2015 talousarvion momentille 33.70.50 terveyden edistäminen (siirtomääräraha 3 v) myönnettiin **2 930 000 euroa**. Määrärahaa saa käyttää terveyden edistämisen määrärahasta annetun lain (333/2009) 1 §:n mukaisten menojen maksamiseen. Määrärahasta voidaan myöntää valtionavustuksia järjestöille, säätiöille, kunnille ja muille toimijoille. Määrärahasta voidaan myös tehdä sopimuksia valtionhallinnon laitosten kanssa terveyden edistämisen hankkeista. Määrärahaa saa käyttää myös määrärahan hallinnointiin liittyvien menojen maksamiseen. Määrärahan mitoituksessa on otettu huomioon 200 000 euron sopeutustoimi vähennyksenä vuoden 2014 määrärahaan verrattuna.

4. Vuoden 2015 terveyden edistämisen määrärahan käyttösuunnitelman valmistelu

Käyttösuunnitelman valmistelusta vastasi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos sosiaali- ja terveysministeriön ohjauksessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos teki sosiaali- ja terveysministeriölle esityksen vuoden 2015 terveyden edistämisen käyttösuunnitelmaksi ministeriön antaman määräraha- ja painopistealueita koskevien ohjeiden pohjalta.

4.1 Hankkeiden käsittely ja käyttösuunnitelman valmistelu

Terveyden edistämisen määräraha julistettiin haettavaksi toukokuussa. Hanke-ehdotusten jättöaika päättyi 13.6.2014. Hanke-ehdotukset jätettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sähköisen hankehallintajärjestelmän kautta. Yhteensä hanke-ehdotuksia vastaanotettiin ja käsiteltiin 164 kpl ja niiden yhteissumma oli 39 878 514 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.

Hankkeiden arvioinnin tekivät Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijat. Hakemukset jaettiin painopistealueista muodostettuihin arviointiryhmiin, joissa oli useampi asiantuntija sekä arviointi-ryhmän puheenjohtaja, joka oli vastuussa arviointiryhmänsä työskentelystä. Asiantuntijat arvioivat hakemukset ja ne käsiteltiin myös yhteisessä ryhmäkokouksessa.

Hanke-ehdotukset asetettiin painopistealueisiin, joita olivat:

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

Hanke-ehdotukset arvioitiin käyttäen terveyden edistämisen määrärahan hanke-ehdotuksille tarkoitettuja arviointikriteerejä ja arviointilomaketta. Arviointikriteerit koskevat mm. hankkeen innovatiivisuutta, siinä kehitettyjä tai käyttöön otettuja hyviä käytäntöjä, hankkeen perusteluja, suunnitelman laatua, odotettavien tulosten realistisuutta, levittämistä ja juurruttamista, hakijoiden taitoa ja yhteistyöverkostoja, resurssien realistisuutta, hankkeen kykyä vaikuttaa sosioekonomisiin terveyseroihin ja mahdollisten eettisten ongelmien huomiointia. Kustakin hankkeesta annettiin sanallinen yleisarvio sekä numeerinen arvosana väliltä 1–5, joista 5 on erinomainen.

Arviointiryhmissä hanke-ehdotukset asetettiin tärkeysjärjestykseen, jonka jälkeen käyttösuunnitelman valmistelutyöryhmä teki kokonaisehdotuksen rahoitettavaksi esitettävistä hankkeista. Pelkkä arvosana ei kuitenkaan vaikuttanut arviointiin, vaan arvioinnissa otettiin huomioon hanke-ehdotuksen kokonaisuus. Kokonaisuuden muodostamisessa kiinnitettiin erityistä huomiota vuoden 2015 määrärahalla rahoitettavalle toiminnalle asetettuihin tavoitteisiin. Lisäksi kokonaisuudessa huomioitiin määrärahasta aiemmin rahoitetut, yhä käynnissä olevat hankkeet.

Rahoituksen myöntämisen tärkein peruste oli hankkeen tuoma lisäarvo terveyden edistämiseksi. Tuettavan hankkeen tuli kehittää terveyden edistämisen rakenteita, menetelmiä, laatua tai yhteistyötä. Tärkeää oli myös hankkeen kytkentä kansallisiin terveyden edistämisen ohjelmiin. Rahoitettavaksi ehdotettavia hankkeita perusteltiin ministeriön ohjeen mukaisesti erityisesti hankkeiden kyvylle 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 edistämässä, tai suunniteltua toimintaa oli vaikeaa erotella kunnan perustoiminnasta. Myöskään kaupalliseen toimintaan tähtääviä hankkeita ei esitetty rahoitettaviksi.

4.3 Yleisimmät rahoituksen myöntämis- ja hylkäämisperusteet

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

Merkittäviin kansanterveys- ja hyvinvointiongelmiin 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. Valmistelussa toimittiin yhteistyössä opetus- ja kulttuuriministeriön sekä raha-automaattiyhdistyksen sekä Kaste-hankkeista vastaavien tahojen kanssa.

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

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

5. Vuoden 2015 käyttösuunnitelman sisältö

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

Vuonna 2015 rahoitettavien hankkeiden joukossa on **lapsia, nuoria ja lapsiperheitä** koskevia hankkeita. Niissä paneudutaan mm. lapsiin ja nuoriin kohdistuvien päihdehaittojen vähentämiseen, nuorten liikkumattomuuden vähentämiseen ja liikkumisen turvallisuuden edistämiseen sekä nuorten terveystietoisuuteen. Lisäksi tuetaan kehitysvammaisten nuorten ja lasten terveyden edistämistä sekä nuorten kehoitietoisuuden vahvistamista. Myös lasten ja nuorten lapsiperheiden terveyden edistämistä tuetaan.

Aikuisväestön terveyden edistämistä tuetaan 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 2015 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 2015 rahoitetaan 18:a hanketta, joista

- uusia hankkeita on 16 kpl (2 812 600 euroa) ja
- jatkuvia hankkeita on 2 kpl (98 000 euroa)

Vuoden 2014 terveyden edistämisen määrärahalta rahoitettiin 16 hanketta. Näistä hankkeista 13 jatkuu vuosille 2015-2016. Lisäksi vuoden 2013 määrärahalta rahoitetuista hankkeista 6 on käynnissä vuonna 2015. Vuonna 2015 eri vuosien terveyden edistämisen määrärahalta rahoitettuja hankkeita on käynnissä yhteensä 37 kpl.

Terveyden edistämisen määrärahan muututtua kolmivuotiseksi siirtomäärärahaksi vuonna 2013, on hankkeilla ollut mahdollisuus käyttää myönnettyä avustusta aiempaa joustavammin koko hankkeen keston

ajan. Tämä on vähentänyt hankkeilta käyttämättä jääneen määrärahan osuutta, jota on sosiaali- ja terveysministeriön päätöksellä uudelleen kohdennettu hankkeiden hallintaan vuosittain.

Uudelleen kohdennettavan määrärahan selvästi pienentyessä vuoden 2015 käyttösuunnitelmaan sisällytetään **19 400 euroa käytettäväksi rahoitettujen hankkeiden hallintaan**. Hallintaan käytettävän määrärahan käyttösuunnitelma esitetään seuraavassa taulukossa.

Selvitys käyttökohteesta	Varattu summa (arvio)	Vastuutaho
Hakuilmoitukset vuoden 2016 Terveiden edistämisen määrärahan hausta	8 400 euroa	THL
Määrärahan haun ja hallinnonin sähköisen järjestelmän ylläpito vuonna 2015 sekä vuosittaisiin hakuihin ja lomakkeiston päivittämiseen liittyvä kehittäminen	7000 euroa	THL
Määrärahasta rahoitetuille hankkeille järjestettävä koulutus (teemoja esim. valtionavustusten käyttö, hankkeen seuranta ja arviointi)	4000 euroa	THL
Yhteensä	19 400 euroa	

Vuonna 2015 hankkeita rahoitetaan seuraavin hankekohtaisin perusteluin:

Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi
201510228	<i>Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä</i>	MIEHINEN JUTTU - nuorten miesten ja aikamiesten terveyden edistäminen Meri-Lapissa
	Hakemus on erittäin hyvin ja monipuolisesti perusteltu. Tavoitteen asetelu ja keinojen käyttö nousevat kohderyhmän ja kohdealueen syvästä tuntemuksesta, unohtamatta kuitenkaan terveyden edistämisen määrärahan painopistealueita. Hanke pohjautuu myös vahvasti kansallisiin terveyspoliittisiin tavoiteohjelmiin. Vahvuutena voi pitää hankkeen toteuttamisen aikataulutusta, konkreettisesti asetettuja tulostavoitteita. Positiivista on myös hankkeen pohjautuminen erilaisiin olemassa oleviin terveyden edistämisen käytäntöihin sekä hankkeen arvioinnin suunnittelu. Hankkeessa on monipuoliset ja kattavat yhteistyöverkostot ja vahva asiantuntemus hankkeen läpiviemiseksi. Hanke on uusi ja sille esitetään rahoitusta kahdelle vuodelle.	
201510070	<i>Imatran Kaupunki</i>	Vaikeasti työllistyvien työttömien kuntouttaminen työelämään
	Hyvin huolellisesti ja selkeästi laadittu hankesuunnitelma, jossa tarve ja toiminnan kohde tunnistettu näyttöön perustuvan tiedon pohjalta. Hanke tähtää sekä ennaltaehkäisevään työhön että kehittämään toimintamalleja kuntouttavan toiminnan vahvistamiseksi. Erilaisten hyväksi havaittuja keinoja (esim. mini-interventiot) hyödyntäminen ja käyttöönoton koulutuksellinen tuki. Palveluiden tuominen lähelle asiakasta, asiakkaiden eri toimijoiden osallistaminen hankkeen kehittämisprosessiin sekä laaja toimijaverkosto ovat myös hankkeen vahvuuksia. Hankkeen toiminta-alue rajoittuu yhden kunnan alueelle, jossa uusien yhteistyömuotojen/toimintamallin luominen tuntuu luonnolliselta. Seuranta, arviointi ja tulosten levittäminen on otettu hyvin huomioon. Hanke on uusi ja sille esitetään päätöstä kahdelle vuodelle.	
201510090	<i>Rinnekot-Säätiö</i>	Tukeval-hanke - Tukea kehitysvammaisille netissä

	<p>Hankkeen tavoitteleva verkkotukityömalli kehitysvammaisille ja heidän tukemisensa aktiivisina toimijoina oman hyvinvoinnin ja terveyden ylläpitäjinä on kannatettava. Suunnitelma on hyvä, toteutustapa konkreettinen ja hyvin suunniteltu. Kehittäminen ja juurtuminen tapahtuu luonnollisessa ympäristössä. Pienellä panoksella saadaan tavoiteltua hyötyä. Kohdejoukkokin on rajallinen, mutta tulokset ovat levitettävissä ja laajennettavissa koko Suomeen kehitysvammaisten tueksi. Hanke on uusi ja sille esitetään päätöstä kolmelle vuodelle.</p>	
201510027	<i>Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry</i>	Miten puhua kannabiksesta
	<p>Hankkeessa tuotetaan koulutusmalli ja tietopaketti kannabiksesta yläkouluihin ja toisen asteen oppilaitoksiin. Hanke on järjestelmällisesti suunniteltu, tuottaa uutta terveyden edistämisen materiaalia ja kohdistuu erittäin ajankohtaiseen aiheeseen. Hankesuunnitelma on toteuttamiskelpoinen ja koulutusmallin levittäminen ja juurruttaminen on huomioitu erinomaisesti. Hanke on uusi ja sille esitetään päätöstä kolmelle vuodelle.</p>	
201510112	<i>Satakunnan ammattikorkeakoulu</i>	Somebody
	<p>Hanke pureutuu tärkeään aiheeseen: lasten ja nuorten kehoitietoisuuden tukemiseen terveyden ja minäkuvan kehittämisessä sekä syrjäytymisen ehkäisemisessä. Hankkeella pyritään myös väestöryhmien terveyserojen kaventamiseen, sillä erityisenä kohderyhmänä mainitaan lastenkodit. Hankkeessa lapset ja nuoret osallistetaan menetelmän kehittämistyöhön, mikä voidaan laskea hankkeen eduksi. Hankkeen tavoitteet ja toimenpiteet on kuvattu selkeästi ja tarpeeksi konkreettisesti. Myös arviointisuunnitelma on selkeä, arviointimenetelmät soveltuvia ja tarkoituksenmukaisia. Innovatiivinen hanke. Hanke on uusi ja sille esitetään päätöstä kolmelle vuodelle.</p>	
201510128	<i>Aseman lapset ry</i>	Taivun, pystyn, pärjään - Nuorten aikuisten konkreettisten selviytymistaitojen ja positiivisen mielenterveyden tukeminen ohjatun ryhmätoiminnan avulla
	<p>Hyvä hakemus, selkeä ja yksityiskohtainen. Hanke yhdistää innovatiivisella tavalla Friends-ohjelman tunnetyöskentelyn työmuotoja talous- ja velkakysymysten hallintaan. Hanke soveltaa useita keinoja ja sitoo monia yhteistyötahoja. Arviointi ja viestintä on hyvin suunniteltu. Hanke on uusi ja sille esitetään päätöstä kolmelle vuodelle.</p>	
201510251	<i>Nuorten Akatemia ry</i>	Oma valinta! Nuoret terveellisten elintapojen edistäjinä
	<p>Hankkeessa kehitetään yläkoululaisten kanssa terveellisempiin elintapoihin, erityisesti ravitsemukseen ja liikuntaan liittyvää toimintaa ja toimintamallia, jossa koululaiset itse ovat vahvasti toiminnan ideoijina, suunnittelijoina ja toteuttajina. Toiminnalla pyritään lihomisen ja II-tyyppin diabeteksen lisääntymisen vähentämiseen. Hanke on asiantuntevasti perusteltu, huolellisesti suunniteltu ja kehittää uudenlaista lapsia ja nuoria osallistavaa toimintaa ikäryhmässä, jossa perinteisen terveysneuvonnan keinot eivät riitä. Hankkeella on asianmukaiset yhteistyötahot, tavoitteet ovat saavutettavia ja toimintamallin levittäminen on huolellisesti suunniteltu. Hanke on uusi ja sille esitetään päätöstä kolmelle vuodelle.</p>	
201510116 201510150	<i>Ikäinstituutin säätiö</i>	<p><u>Koordinoitukokonaisuus:</u></p> <p>1) Perusosa: Voimaa vanhuuteen 2- kohti toimintakykyä edistäviä toimintatapoja (2010-2015) sekä</p> <p>2) Lisäosa: Ikäihmisten liikunnan kansallisen toimenpideohjelman koordinointi</p>
	<p>Kokonaisuus muodostuu kahdesta osiosta:</p> <p>1) Hanke on edennyt suunnitelmien mukaisesti. Terveysliikunta on saatu mukaan strategiaan asiakirjoihin ja toimintaan monissa kunnissa. Lisäksi järjestetty liikuntaneuvonta ja koulutukset ovat tavoittaneet hyvin ihmisiä sekä niistä on saatu hyvää palautetta. Hankkeen tuloksia on myös</p>	

	<p>esitetty kattavasti eri konferensseissa. Hankkeelle esitetään päätöstä vuodelle 2015.</p> <p>2) Hanke kohdistuu tärkeään asiaan, ikäihmisten liikunnan kansallisen toimenpideohjelman edistämiseen. Taustalla on tärkeä yhteiskunnallinen tarve ja perustelu sekä menetelmät ovat realiset että hyvät käytännöt ovat hankkeen taustalla. Taustalla osaava ryhmä ja laajat yhteistyötahot. Hankkeelle esitetään päätöstä vuodelle 2015.</p>	
201510123	<i>Oulun Seudun Setlementti ry</i>	N.Y.T (Nautitaan Yhdessä Terveystä) - maahanmuuttajien hyvinvointia ja terveyttä edistävä hanke
	<p>Hankkeella on realistiset ja käytännönläheiset tavoitteet: terveysliikunnan lisääminen ja terveellisten ruokatuotteiden edistäminen ja tukeminen maahanmuuttajaperheissä. Tärkeä kohderyhmä. Hakijalla on monipuolinen kokemus monikulttuurisesta yhteistyöstä ja maahanmuuttajien kotouttamisesta sekä laajat moniammatilliset yhteistyöverkostot. Lisäksi hakijalla on kokemusta etsivästä asiakastyöstä sekä vapaaehtoisverkostojen rakentamisesta. Hankkeessa syntyvien toimintamallien juurruttaminen on hyvin suunniteltu. Hanke on uusi ja sille esitetään päätöstä kahdelle vuodelle.</p>	
201510216	<i>ProAgria Kainuu ry / Kainuun maa- ja kotitalousnaiset</i>	Ravitsemusluotsit Kainuussa
	<p>Hankkeessa kehitetään kaksi uutta tapaa, joilla pyritään edistämään maatalousyrittäjien terveellistä ravitsemusta pohjautuen kansallisiin suosituksiin. Hankkeen vahvuutena on kohderyhmästä noussut tarve ja kunnioitettava suhtautuminen jopa arvostettuihin herättävään asiaan. Hankesuunnitelma konkreettinen ja realistinen. Hanke on uusi ja sille esitetään päätöstä kolmelle vuodelle.</p>	
201510103	<i>Helsingin yliopisto, Käyttäytymistieteiden laitos</i>	Jääkiekkopelaajien aivovammojen ehkäisy ja hyvä arviointi Suomessa
	<p>Hanke on erittäin tärkeä, koska lievilläkin aivovammoilla voi olla elinikäinen vaikutus esim. nuoren selviytymiseen työelämässä, keskittymiskykyyn ja oppimiseen. Aihealueelta puuttuu tutkittuun tietoon perustuvia menettelytapoja, joita tässä hankkeessa kehitetään. Uudet menettelytavat on tarkoitus levittää myös muihin kontaktilajeihin. Tutkimus- ja kehittämissuunnitelma on hyvin laadittu ja hanketta toteuttava ryhmä on asiantunteva. Aivovammat on merkittävä kansanterveysongelma ja alidiagnosoitu tautiryhmä, mikä voi aiheuttaa syrjäytymistä ja monia ongelmia elämän kulkuun. Hanke on uusi ja sille esitetään päätöstä kolmelle vuodelle.</p>	
201510222	<i>Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenter</i>	Sairaalaan kotiutuvien iäkkäiden henkilöiden fyysisen aktiivisuuden edistäminen
	<p>Erittäin tärkeä ja kansanterveydellisesti merkityksellinen hanke. Sairaalajaksojen aiheuttama rutiinien rikkoutuminen on hyvin yleinen ongelma. Iäkkään henkilön lyhytaikainenkin makuuttaminen aiheuttaa merkittävät vaikutukset lihaskuntoon ja toimintakykyyn, mikä johtaa helposti sairaalakierteeseen ja laitoshoidon tarpeeseen. Jotta iäkäs selviytyisi hoitajakson jälkeen kotona, tarvitaan uusia tutkittuun tietoon perustuvia toimintaohjeita ja menettelytapoja. Hanke on uusi ja sille esitetään päätöstä kolmelle vuodelle.</p>	
201510016	<i>Pirkanmaan ammattikorkeakoulu Oy, Tampereen ammattikorkeakoulu (TAMK)</i>	Terve raskaus, normaali synnytys: tietoa, tukea ja ohjausta perheen terveeseen elämäntapaan
	<p>Hyvin selkeä ja perusteltu hakemus. Merkittäviä vahvuuksia hankkeessa on elintapojen yhdistämisen näkökulma ja taustalla olevien suositusten hyödyntäminen, kahden ison toimijan yhteistyö ja konkreettiset toteutumisehdotukset. Hanke on uusi ja sille esitetään päätöstä kolmelle vuodelle.</p>	
201510003	<i>JAMK Jyväskylän ammattikorkeakoulu</i>	MAUSTE - Maahanmuuttajien seksuaaliterveyden ja

		turvataitojen edistäminen
	Hyvä, selkeästi laadittu hankesuunnitelma, joka sisältää sekä kehittämistä että tutkimusta sopivassa suhteessa. Tärkeä aihe. Monipuolisia menetelmiä ja harkitut keinot hankkeen toteutumisen arvioimiseksi. Selkeästi esitetyt saavutettavat tulokset ja hyvin suunniteltu tulosten levittäminen. Hanke on uusi ja sille esitetään päätöstä kolmelle vuodelle.	
201510165	<i>Helsingin yliopisto</i>	Väestöryhmien välisten terveys- ja kuolleisuuserojen seuranta Suomessa ja Suomen kunnissa
	Hanke tuottaa terveyden edistämisen tietopohjaa ja keskeistä arviointitietoa väestöryhmien välisistä terveyseroista Terveys 2015 -ohjelman tavoitteiden arviointiin. Hanke identifioi nykyisten toimien vaikutukset ja riittävyyden kuolleisuuserojen kaventamiselle. Hankkeen tuottama tieto voi näin ohjata terveyserojen kaventamistoimia. Helsingin yliopisto tuottaa ainoana tahona Suomessa systemaattista tietoa sosioekonomisista kuolleisuuseroista. Hankkeelle esitetään päätöstä vuodelle 2015.	
201510166	<i>Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö</i>	Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2016 (KOTT 2016)
	Kolmivuotinen hanke, jossa toistetaan (2016) aikaisemmin 2000, 2004, 2008 ja 2012 tehty korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus. Tutkimus antaa tärkeää trenditietoa korkeakouluopiskelijoiden terveyden seurantaan ja terveyden edistämisen tietopohjaan. Tietoja aikaisemmilta vuosilta on hyödynnetty paljon. Hanke on uusi ja sille esitetään päätöstä kolmelle vuodelle.	
201510072	<i>Väestöntutkimuslaitos, Väestöliitto</i>	Seksuaaliterveyden edistämisen tietoperustahanke (FINSEX)
	Hanke jatkaa kahdeksan vuoden välein toteutettujen väestötutkimusten aikasarjaa ja tuottaa tärkeää tietoa suomalaisten seksuaaliterveydestä ja sen kehityspiirteistä. Kaksi aikaisempaa tiedonkeruuta (1999 ja 2007) toteutettiin TE-määrärahalla. Hanke kuuluu terveyden edistämisen tietopohjaa vahvistaviin hankkeisiin ja asettuu hyvin terveyden edistämisen määrärahan painopistealueille. Hanke on uusi ja sille esitetään päätöstä yhdelle 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					
Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201510228	Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä	Miehinen juttu – Nuorten miesten ja aikamiesten terveyden edistäminen Meri-Lapissa	2015-2016	2015-2016	247 000
201510090	Rinne koti-säätiö	Tukeva! –hanke – Tukea kehitysvammaisille netissä	2015-2017	2015-2017	70 000
201510070	Imatran kaupunki	Vaikeasti työllistyvien työttömien kuntouttaminen työelämään	2015-2016	2015-2016	126 000
201510165	Helsingin yliopisto, prof. Pekka Martikainen,	Väestöryhmien välisen kuolleisuuserojen seuranta Suomessa ja Suomen kunnissa	2008-	2015	60 000
201510166	Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö	Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2016 (KOTT 2016)	2015-2017	2015-2017	85 000
Painopistealue yhteensä: 588 000 euroa					
2. Tupakan, alkoholin ja huumeiden käytön ehkäisy ja vähentäminen					
Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201510027	Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry	Miten puhua kannabiksesta	2015-2017	2015-2017	250 000
Painopistealue yhteensä: 250 000 euroa					
3. Mielen terveyden edistäminen ja väkivallan ehkäiseminen					
Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201510027	Satakunnan ammattikorkeakoulu	SomeBody	2015-2017	2015-2017	139 600

201510128	Aseman lapset ry	Taivun, pystyn, pärjään – Nuorten aikuisten	2015- 2017	2015- 2017	239 000
-----------	------------------	--	---------------	---------------	---------

Painopistealue yhteensä: 378 600 euroa

4. Toimintakyvyn edistäminen ja liikunnan lisääminen

Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201510251	Nuorten Akatemia ry	Oma valinta! Nuoret terveellisten elämäntapojen edistäjinä	2015- 2017	2015- 2017	381 000
201510116	Ikäinstituutin säätiö	Koordinointikokonaisuus: 1) Voimaa vanhuuteen 2 . Kohti toimintakykyä edistäviä toimintatapoja	2010- 2015	2015	38 000
201510150	Ikäinstituutin säätiö	Koordinointikokonaisuus: 2) Ikäihmisten kansallisen toimenpideohjelman koordinointi	2013- 2015	2015	38 000

Painopistealue yhteensä: 457 000 euroa

5. Terveellisen ravitsemuksen edistäminen

Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201510216	ProAgria Kainuu ry, Kainuun maa- ja kotitalousnaiset	Ravitsemusluotsit Kainuussa	2015- 2017	2015- 2017	145 000
201510123	Oulun seudun Setlementti ry	N.Y.T (Nautitaan yhdessä terveydestä) maahanmuuttajien hyvinvointia ja terveyttä edistävä hanke	2015- 2016	2015- 2016	125 000

Painopistealue yhteensä: 270 000 euroa

6. Ympäristön esteettömyyden tukeminen ja tapaturmien vähentäminen

Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201510103	Helsingin yliopisto, käyttäytymistieteen laitos	Jääkiekkopelaajien aivovammojen ehkäisy ja hyvä	2015- 2017	2015- 2017	215 000

		arviointi Suomessa			
201510222	Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenter	Sairaalasta kotiutuvien iäkkäiden henkilöiden fyysisen aktiivisuuden edistäminen	2015-2017	2015-2017	250 000
Painopistealue yhteensä: 465 000 euroa					
7. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen					
Hankenumero	Hakija	Hankkeen nimi	Kesto	Päätös vuosille	Ehdotettu, euroa
201510003	Jyväskylän ammattikorkeakoulu	MAUSTE- Maahanmuuttajien seksuaaliterveyden ja turvataitojen edistäminen	2015-2017	2015-2017	180 000
201510016	Pirkanmaan ammattikorkeakoulu Oy, Tampereen ammattikorkeakoulu	Terve raskaus, normaali synnytys: tietoa, tukea ja ohjausta perheen terveeseen elämäntapaan	2015-2017	2015-2017	220 000
201510072	Väestöliiton tutkimuslaitos	Seksuaaliterveyden edistämisen tietoperustahanke (FINSEX)	2015	2015	102 000
Painopistealue yhteensä: 502 000 euroa					
8. Hankkeiden hallinnointi THL 19 400 euroa					
Kaikki yhteensä: 2 930 000					
Uusia hankkeita: 16					
Jatkuvia hankkeita: 2					

TERVEYDEN EDISTÄMISEN MÄÄRÄRAHALLA RAHOITETTAVIEN HANKKEIDEN KRITERIT 2015**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 käyttöönottoa?**
 - 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 perustelluja tavoitteiden saavuttamiseksi?**
 - 5 pistettä: Menetelmät ovat erittäin hyvin perusteltu tavoitteiden saavuttamisen näkökulmasta
 - 2,5 pistettä: Menetelmät ovat osittain hyvin perusteltu tavoitteiden saavuttamisen näkökulmasta
 - 0 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 sosioekonomiset tai sukupuolten väliset terveyserot ja niiden kaventaminen

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

12. Liittykö hankkeeseen eettisiä ongelmia?

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



TERVEYDEN EDISTÄMISEN MÄÄRÄRAHOJEN 2015 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.

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

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

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

Valtion talousarvion terveyden edistämisen hankkeille asetettujen tavoitteiden arviointi 2015 (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 vieroitustoimintaa?

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?



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

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

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

Tukeeko hanke ympäristön esteettömyyttä ja kansalaisten osallisuutta lisääviä toimintatapoja?

Edistääkö hanke iäkkäiden kaatumisten, liikuntatapaturmien 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)

Suosittelko hanketta rahoitettavaksi? kyllä/ei

Hankkeen kokonaisarvosana (tämä ei ole kohtien keskiarvo)

Oma esitykseni hankkeen rahoituksesta:

Arviointi valmis.