



Painopiste preventioon

Konsensuslausuma

tarttumattomien sairauksien ehkäisystä

2017

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

Suomen Akatemia



LÄÄKÄRISEURA
DUODECIM



Sisällysluettelo

Esipuhe	3
Tiivistelmä.....	4
1. Tarttumattomien sairauksien ehkäisy –konsensuslausuman taustaa.....	6
1.1. Suomi on sitoutunut tarttumattomien sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon	6
1.2. Konsensuslausuman tavoitteet ja toteutus.....	7
1.3. Sairauksien ehkäisy.....	8
1.4. Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen.....	9
2. Tilanne Suomessa tarttumattomien sairauksien ehkäisyn osalta	10
2.1. Ennenaikainen kuolleisuus, terveys- ja hyvinvointierot	10
2.2. Liikunta	11
2.3. Ravitsemus.....	11
2.4. Lihavuus	12
2.5. Tupakan käyttö	12
2.6. Alkoholi	13
2.7. Uni ja unihäiriöt	13
Viitteet	13
3. Keskeiset linjaukset tarttumattomien sairauksien ehkäisemiseksi.....	15
3.1. Yhteiskunnan toiminnassa ja päätöksenteossa painopiste terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn.....	15
3.2. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistamisessa huomioitava terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja sairauksien ehkäisy.....	16
3.3. Sosiaali- ja terveyspalvelut tuottamaan terveyttä	18
3.4. Sosiaali- ja terveydenhuollossa erityistä huomiota elintapoihin ja eriarvoisuuden vähentämiseen	20
3.5. Sekundaariprevention käyttämättömiin mahdollisuuksiin pitää panostaa	21
3.6. Keskeisimmät suositukset	22
3.7. Toimenpide-ehdotuksia muille toimijoille.....	23
Liite 1, Koonti työpajasta: Kansalaiset ja eriarvoisuus.....	25
Liite 2, Koonti työpajasta: Ravitsemus	31
Liite 3, Koonti työpajasta: Liikunta	37
Liite 4, Koonti työpajasta: Tupakka ja alkoholi	45
Liite 5 Koonti työpajasta: Sairauslähtöinen näkökulma ehkäisyyn	52
Liite 6 Konsensustyöpajoihin osallistuneet asiantuntijat	58

Esipuhe

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia ovat laatineet konsensuslausumia kansanterveydellisesti keskeisistä aihealueista lähes 30 vuoden ajan. Tarttumattomien sairauksien ehkäisy - konsensuslausuman lähtökohtana on YK:n yleiskokouksenyhteydessä syyskuussa 2011 hyväksytty päätöslauselma, jonka allekirjoittivat kaikki YK:n jäsenmaat Suomi mukaan lukien.

Maassamme YK:n päätöslauselma on jäänyt varsin vähäiselle huomiolle, eikä sen tavoitteita ole juuri laajemmin käsitelty julkisessa keskustelussa. Suomessa on tapahtumassa vuoden 1972 kansanterveyslain voimaantulon jälkeen suurin mullistus sosiaali- ja terveydenhuollossamme. Julkinen keskustelu onkin juuri nyt kohdistunut laaja-alaiseen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen. Konsensuslausuma osuu ajankohtaan, johon liittyy paljon epävarmuutta tulevaisuudesta.

Konsensuslausumassa on haluttu nostaa esille asioita, joilla voidaan parantaa suomalaisten terveyttä korostamalla varhaista puuttumista tarttumattomien sairauksien riskeihin niin kunnissa kuin tulevilla sote-alueilla. Valtakunnallisesti lainsäädännöllä on keskeinen ohjaavarooli esimerkiksi tupakan ja alkoholin käytön sekä muiden haitallisten elintapojen vaikutusten vähentämiseksi.

Konsensuslausumaa laadittaessa asiantuntijat kantoivat erityistä huolta terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ja sairauksien ehkäisyn jäämisestä jalkoihin tulevia maakuntien toimintoja pystytettäessä. Samoin vastuukysymykset ja esimerkiksi neuvoloiden toimintojen kehittäminen herättivät aiheellista huolta. Useissa työpajoissa nostettiin esiin väestön terveydentilaan liittyvän luotettavan tiedon keräämisen ongelmat. Tiedolla johtamisen tärkeyttä ei pidä unohtaa.

Konsensuslausuma kiinnittää huomiota perustason palveluiden parantamiseen, työterveyshuollon roolin tunnustamiseen sairauksien ehkäisyssä, asiakaslähtöisyyteen, kansanterveysjärjestöjen merkitykseen ja sekundaariprevention ja kuntoutuksen tehostamiseen jo sairastuneiden kohdalla. Lausuma sisältää myös eräitä visioita terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi, joiden vaikuttavuutta ei ole kattavasti vielä tutkittu. Konsensuslausumaan oli alun alkaen tarkoitus sisällyttää myös mielenterveyden laaja toimintakokonaisuus, mutta tehtävä katsottiin liian vaativaksi ottaen huomioon lausumalle asetettu ajallinen takaraja. Mielenterveys ansaitseekin oman konsensuslausumansa. Samoin suunterveys ja maahanmuuttajien erityiskysymykset jäivät vähälle huomiolle. Konsensuslausuman pääsanoma haluttiin tiivistää 12 suositukseksi. Niiden perusteet ja tavoitteet löytyvät painetusta tekstiosuudesta. Työpajojen yhteenvedot ja muu taustamateriaali löytyvät Duodecimin kotisivuilta: <http://www.duodecim.fi/tuotteet-ja-palvelut/koulutus/konsensuskokoukset/>

Konsensuslausuma on tarkoitettu kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon päättäjille ja alan toimijoille, jotka haluavat kehittää maamme sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää tavalla, joka edistää suomalaisen terveyttä ja hyvinvointia. Julkisuudesta saa usein liian ruusuisen kuvan terveydenhuollon mahdollisuuksista hoitaa sairaudet ja ylipäänsä suomalaisen väestön hyvinvoinnin ja terveyden tulevaisuudesta. Ei pidä unohtaa, että useat väestötason ratkaisut, joita voidaan ohjata tarvittaessa lainsäädännön keinoin, tuottavat monin verroin enemmän terveyshyötyä kuin parhaimmatkaan modernit lääketieteen keinot.

Lääkäriseura Duodecim esittää parhaimmat kiitokset kaikille niille henkilöille ja yhteisöille, jotka ovat osallistuneet konsensuslausuman laadintaan.

Helsingissä huhtikuussa 2017

Matti Uusitupa

Professori

Konsensusohjausryhmän puheenjohtaja

Matti Rautalahti

Pääsihteeri

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

Tiivistelmä

Suomi on sitoutunut YK:n päätöslauselmaan tarttumattomien sairauksien ehkäisystä. Päätöslauselman perusteella syntynyt WHO:n toimintaohjelma ja sen tavoitteet kohdistuvat liikuntaan, ravitsemukseen, lihavuuteen, tupakointiin, alkoholin käyttöön sekä kohonneen verenpaineen ja korkean kolesterolin hoitoon.

Kehitys on Suomessa ollut monessa, mutta ei kaikessa suhteessa tavoitteiden mukaista. Tavoitteisiin pääseminen edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan painopisteen siirtämistä ongelmien toteamisesta ja hoidosta niiden ehkäisyyn, järjestelmällistä liikuntamahdollisuuksien ja liikunnan lisäämistä, systemaattista ravitsemusohjauksen vahvistamista ja terveellisen ravitsemuksen tukemista, tehostettua tupakoinnin lopettamisen tukea ja terveysperusteista alkoholipolitiikkaa. Myös sekundaariprevention käyttämättömiin mahdollisuuksiin pitää panostaa.

Konsensuslausuma esittää suuren asiantuntijajoukon näkemyksen niistä keinoista, joita meillä on käytettävissämme tavoitteiden saavuttamiseksi vuoteen 2025 mennessä. Lausuma painottuu sosiaali- ja terveydenhuollon eri tasojen toimintaan, vaikka on ilman muuta selvää, että suuremmat mahdollisuudet edistää terveyttä ja hyvinvointia ovat muilla yhteiskunnan ja yhteisöjen toimialoilla. Laaja-alaisella, poikkihallinnollisella yhteistyöllä on suurimmat mahdollisuudet onnistua suuren sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yhteydessä ja sen jälkeen.

Keskeisimmät suositukset tarttumattomien sairauksien ehkäisemiseksi:

- Terveys kaikissa politiikoissa –periaatteen mukaisesti terveys ja hyvinvointi huomioidaan kaikessa yhteiskunnan päätöksenteossa ja toiminnassa. Huolehditaan myös lainsäädännön jatkuvasta kehittämisestä tarttumattomien sairauksien ehkäisemiseksi.
- Sosiaali- ja terveydenhuollossa painopistettä siirretään hoidollisesta lähestymistavasta hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn.
- Eriarvoisuuden torjuminen aloitetaan odotusaikana, varhaislapsuudessa ja nuoruudessa, ja eri toimijoiden välistä yhteistyötä vahvistetaan ylisukupolvisen syrjäytymiskehityksen ehkäisemiseksi.
- Sote-uudistuksen yhteydessä kiinnitetään erityistä huomiota siihen, miten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja sairauksien ehkäisy toteutuvat tulevassa järjestelmässä.
- Luodaan sote-uudistuksen yhteydessä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi rakenteet, jotka tukevat sosiaali- ja terveydenhuollon, kuntien ja kolmannen sekä yksityisen sektorin toimijoiden välistä yhteistyötä, varmistavat palveluketjujen toimivuuden ja jatkuvuuden sekä takaavat tarpeellisen tiedonkulun eri toimijoiden välillä.
- Seurataan ja arvioidaan ehkäisevän työn laatua ja vaikuttavuutta. Määritellään yhtenäiset, valtakunnalliset laatukriteerit ja –mittarit sekä seurantajärjestelmät. Kehitetään yhdenmukaisia kirjaamiskäytäntöjä ja hyödynnetään rakenteista kirjaamista.
- Omaksutaan asiakaslähtöinen toimintatapa sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa sekä palveluiden kehittämisessä, suunnittelussa ja tuottamisessa.
- Edistetään sosiaali- ja terveydenhuollossa hyvinvointi- ja terveysriskien kattavaa tunnistamista, varhaista ehkäisyä ja tukea sekä palveluihin ohjaamista. Kohdistetaan ja kohdennetaan palveluita erityisryhmille.
- Otetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa liikunta, terveellinen ravitsemus ja riittävä, laadukas uni vahvemmin osaksi keinovalikoimaa terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi, sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa sekä kuntoutuksessa.
- Panostetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa entistä painokkaammin tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden hoitoon. Tehostetaan alkoholiongelmien ehkäisyä sekä riskikäytön ja ongelmien varhaista tunnistamista ja hoitoa kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaskohtaamisissa.
- Kiinnitetään huomiota sekundaariprevention käyttämättömiin mahdollisuuksiin sairauksien ehkäisyssä.
- Kehitetään ja vahvistetaan väestölle, ammattilaisille ja päättäjille suunnattua terveystiedotusta ja sen vaikuttavuutta.

1. Tarttumattomien sairauksien ehkäisy –konsensuslausuman taustaa

1.1. Suomi on sitoutunut tarttumattomien sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon

Tarttumattomat sairaudet tulivat erityisellä tavalla kansainväliselle agendalla vuonna 2011, kun historian toinen terveysaiheinen YK:n yleiskokous hyväksyi niitä koskevan päätöslauselman (<http://www.un.org/en/ga/president/65/issues/A-RES-65-238.pdf>). Suomi on allekirjoittanut päätöslauselman ja sitoutunut sen päämääriin.

Seuraavana vuonna maailman terveysjärjestö WHO julkisti tarttumattomia sairauksia koskevan globaalin strategian, tavoitteet ja toimintaohjelman vuosiksi 2013-2020 (http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/). Tarttumattomien sairauksien neljä pääryhmää ovat valtimosairaudet, syöpäsairaudet, diabetes ja krooniset keuhkosairaudet (<http://www.who.int/nmh/en/>). Myöhemmin WHO lisäsi myös mielenterveyden häiriöt tähän joukkoon.

WHO:n ohjelmaan on kirjattu terveystalitiikkaa ja käytännön toimintaa koskevia ehdotuksia. Tavoitteena on, että jäsenvaltiot saavuttaisivat mahdollisimman monta yhdeksästä, kansainvälisesti asetetusta tarttumattomien sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon liittyvästä tavoitteesta vuoteen 2025 mennessä. Sairauksien ehkäisyssä kiinnitetään huomiota elintapatekijöihin, jotka lisäävät kaikkien em. sairauksien riskiä: tupakointiin, epäterveelliseen ravitsemukseen, liikunnan puutteeseen ja alkoholin käyttöön.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on tehnyt selvityksiä tarttumattomien sairauksien ja niiden riskitekijöiden tilanteesta ja aiemmasta kehityksestä Suomessa. Samalla on arvioitu, miten WHO:n tavoitteet voidaan Suomessa saavuttaa, millaisia kansallisia haasteita on tunnistettavissa ja millaisia mahdollisuuksia on tehostaa tarttumattomien sairauksien ehkäisyä (<https://www.thl.fi/fi/-/suomessa-on-mahdollista-saavuttaa-who-n-tavoitteet-kansantautien-vahentamiseksi>).

WHO:n globaalit tavoitteet 2025 (lähtötasona v.2010 tilanne)	THL:n arvio toteuttamisen mahdollisuuksista Suomessa
1. 25% lasku alle 70-vuotiaiden <u>kuolleisuudessa</u> a) valtimosairauksiin , b) syöpään , c) diabetekseen ja d) kroonisiin keuhkosairauksiin	1. Realistinen – mutta ei itsestään selvä a) edellyttää kolesterolitasojen alentamista, suolan käytön vähentämistä, rasvan laadun parantamista b) tupakan käyttö, liikunta, ravitsemus c) liikunta, ravitsemus d) tupakan käyttö
2. Vähintään 10% lasku alkoholin haitallisessa käytössä	2. Edellyttää työtä alkoholihaittojen vähentämiseksi
3. 10% lasku vähäisessä liikunnassa	3. Mahdollista saavuttaa
4. 30% lasku suolan käytössä	4. Miehet 10 → 7, naiset 7 → 5 g/pv, vaatii tehostettuja toimia
5. 30% lasku tupakoinnissa	5. Voidaan saavuttaa, vaatii tehostettuja toimia
6. 25% lasku kohonneessa verenpaineessa	6. Ei saavuteta ilman ravitsemusmuutoksia ja hoidon tehostamista
7. Pysäyttää [diabeteksen] ja lihavuuden lisääntyminen	7. Edellyttää tehostettuja toimia, kuten riskipotilaiden tehokkaampaa ohjaamista
8. Vähintään 50% lääkitystä tarvitsevista saa niitä sepelvaltimotaudin ja aivohalvauksen estämiseksi ja hoitamiseksi	8. Verenpainetaudin ja kohonneen kolesterolin hoito vaatii tehostamista, sekundaariprevention mahdollisuuksia pitää hyödyntää tehokkaammin
9. 80% saa tarvitsemansa hoidon näihin sairauksiin	9. Diabeetikoista osa ei tiedä sairaudestaan

1.2. Konsensuslausuman tavoitteet ja toteutus

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim on yhdessä Suomen Akatemian kanssa laatinut konsensuslausumia kansanterveyden kannalta merkityksellisistä, laajoista aiheista (<http://www.duodecim.fi/tuotteet-ja-palvelut/koulutus/konsensuskokoukset/>). Konsensuslausuman aiheita ehdottavat tiedeyhteisön ja terveydenhuollon asiantuntijat. Lausuman tavoitteena on ohjata terveydenhuollon toimintakäytäntöjä ja aiheeseen liittyvää tutkimustoimintaa.

Duodecim toteuttaa konsensuslausumien laatimisella laajasti perustehtäviään terveydenhuollon kehittämisen, kansanterveyden edistämisen ja tutkimuksen tukemisen osalta. Konsensuslausumalla Duodecim myös osallistuu yhteiskunnalliseen keskusteluun kansalaisten hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavista ratkaisuista.

Konsensuslausuman tavoitteet

Tämän konsensuslausuman tavoitteena on esittää suuren asiantuntijajoukon näkemys keskeisimmistä keinoista, joiden avulla WHO:n asettamat tarttumattomia sairauksia koskevat tavoitteet on mahdollista saavuttaa Suomessa.

Konsensuslausumassa keskitytään erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon keinoihin ja mahdollisuuksiin ehkäistä tarttumattomia sairauksia yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja sairauksien ehkäisy ovat monien eri tahojen ja toimijoiden yhteistyötä. Suuri osa terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä tapahtuu muualla kuin sosiaali- ja terveydenhuollossa, mutta myös sosiaali- ja terveydenhuollossa tulee jatkossa panostaa entistä enemmän terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn. Erityisen tärkeää sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulman esiin nostaminen on nyt sote-uudistuksen keskellä.

Tarttumattomien sairauksien ehkäisy -konsensuslausuman tavoitteena on:

- Kiteyttää keskeisimmät keinot tarttumattomia sairauksia koskevien WHO:n tavoitteiden saavuttamiseksi Suomessa
- Nostaa esiin erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon mahdollisuuksia ehkäistä tarttumattomia sairauksia yhteistyössä muiden keskeisten toimijoiden kanssa
- Kohdistaa huomio sote-uudistuksen myötä tarjoutuviin mahdollisuuksiin ja muutostarpeisiin

Tarttumattomien sairauksien rinnalla WHO on kiinnittänyt huomiota myös mielenterveyteen ja sen vahvoihin yhtymäkohtiin muuhun sairastavuuteen (http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/). Monet tarttumattomien sairauksien riskitekijät ovat yleisempiä mielenterveysongelmista kärsivillä ja toisaalta hyvä mielenterveys suojaa monelta tarttumattoman sairauden riskitekijältä. Mielenterveyden edistäminen ja varhainen hoito uudistuvassa sote-järjestelmässä edellyttävät kuitenkin oman konsensuslausuman valmistelun.

Useilla muillakin kansanterveyden kannalta tärkeillä sairauksilla ja terveysongelmilla on vahvoja suoria tai epäsuoria yhtymäkohtia neljään keskeisimpään tarttumattomien sairauksien ryhmään. Näitä ovat muut tarttumattomat sairaudet, kuten maksa- ja munuaissairaudet, endokriiniset, neurologiset, hematologiset, gastroenterologiset sairaudet, tuki- ja liikuntaelimestön ja ihon sairaudet ja geneettiset poikkeavuudet ja sairaudet. Viime vuosina on myös saatu paljon lisää tietoa suun terveyden merkityksestä myös tarttumattomien sairauksien primaari- ja sekundaariehkäisyssä. Näitä kokonaisuuksia ja yhtymäkohtia ei tässä konsensuslausumassa käsitellä, koska ne eivät myöskään ole mukana WHO:n toimintalinjauksissa ja

tavoitteissa. Lausumassa ei myöskään esitetä sote-lainsäädäntöön liittyviä yksityiskohtaisia kommentteja, joita on koottu kattavasti muissa yhteyksissä.

Konsensuslausuman toteutus

Konsensuslausumaa tarttumattomien sairauksien ehkäisystä työstettiin viidessä eri työpajassa, joihin osallistui yli 150 asiantuntijaa sosiaali- ja terveydenhuollon eri sektoreilta, järjestöistä, ministeriöistä, yliopistoista ja tutkimuslaitoksista unohtamatta käytännön tekijöitä (ks. Liite 6, Konsensustyöpajoihin osallistuneet asiantuntijat). Kukin työpaja (kansalaiset ja eriarvoisuus, liikunta, ravitsemus, tupakka ja päihteet sekä sairauslähäinen ehkäisy) käsitteli aihealuetta omasta näkökulmastaan. Lisäksi eri alojen asiantuntijat ovat antaneet panoksensa konsensuslausumaan lausuntokierroksella ja konsensuskokouksessa.

Lausuman laatimista on ohjannut ryhmä, jonka puheenjohtajana on toiminut professori Matti Uusitupa. Ohjausryhmän jäseniä olivat Doris Holmberg-Marttila, Elina Kupiainen, Erkki Vartiainen, Jarmo Wahlfors, Kaarina Tamminiemi, Kaisu Pitkälä, Minna Kaila, Sirpa Sarlio-Lähteenkorva ja Tuija Brax. Duodecimin puolesta työhön osallistuivat Matti Rautalahti, Jorma Komulainen, Juha Pekka Turunen, Raija Sipilä, Miira Karvonen ja Marco Sabell. Konsensuslausuman ja työpajojen raportit on koonnut Sanna-Mari Salomäki (Aurera Oy).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijoilla ja materiaaleilla on ollut tärkeä osuus lausuman taustoituksessa ja työstämisessä.

Konsensuslausuman kohderyhmä

Tarttumattomien sairauksien ehkäisy -konsensuslausuma on tarkoitettu erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille ja johdolle sekä päättäjille, mutta lausuma on hyödyllinen myös valtiohallan, maakuntien, kuntien ja järjestöjen edustajille sekä muille terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ja sairauksien ehkäisyn parissa toimiville.

1.3. Sairauksien ehkäisy

Primaaripreventio eli sairauksien ensisijainen ehkäisy pyrkii vähentämään alttiutta sairastua tautiin estämällä käyttäytymiseen tai ympäristöön liittyvien, terveydelle haitallisten tekijöiden vaikutukset. Ensisijaiset ehkäisytoimet estävät riskitekijän vaikutuksen ennen kuin se synnyttää sairauteen johtavia muutoksia. Toimintaa, joka kokonaan poistaa riskitekijän, kutsutaan myös varhaisehkäisyksi (primordial prevention). Esimerkiksi tupakoinnin aloittamisen ehkäisy on primaaripreventiota, jota ovat tekemässä monet tahot. Lainsäädäntö asettaa toimintarajat ja -edellytykset, eri toimijat huolehtivat säästöjen toimeenpanosta ja lisäävät viestinnällä tietoa ja tietoisuutta tupakan käytön vaaroista.

Sekundaariprevention tarkoitus on estää sairauden eteneminen tai paheneminen poistamalla riskitekijä tai pienentämällä sen vaikutusta. Sekundaaripreventio on jo osa sairauden hoitoa. Esimerkiksi kohonneen verenpaineen hoito ja suurentuneen LDL-kolesterolipitoisuuden hoito valtimosairailta ovat sekundaaripreventiota. Tätä voidaan toteuttaa elintapamuutoksien, terveydenhuollon antaman neuvonnan tai lääkehoidon tai esimerkiksi järjestöjen tarjoamien erilaisten tukimuotojen avulla.

Tertiaariprevention päämäärä on hoidollisin keinoin estää sairauden ja sen aiheuttamien haittojen paheneminen. Esimerkiksi syövän tehokas hoito mahdollisimman varhaisessa vaiheessa voi estää sairauden leviämisen tai uusiutumisen ja vähentää sairauden hoidon aiheuttamaa haittaa. Se on terveydenhuollon toimintaa, mutta myös esimerkiksi järjestöjen tuottaman monimuotoisen kuntoutuksen tavoitteena.

Sairauden uusiutumisen ehkäisyssä voidaan yleensä käyttää kaikkia primaari- ja sekundaariprevention keinoja.

1.4. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen

Terveyden edistäminen on arvoperustaista ja tavoitteellista toimintaa yksilön, yhteisöjen ja väestön terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Terveyden edistämiseen sisältyy edistäviä ja ehkäiseviä toimintamuotoja. Sen tarkoituksena on myös parantaa ihmisten mahdollisuuksia omasta ja ympäristönsä terveydestä huolehtimisessa.

Säädöstasolla terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen perustuu tällä hetkellä kansanterveyslakiin. Siihen liittyvästä toiminnasta säädetään myös terveydenhuoltolaissa, sosiaalihuoltolaissa, työterveydenhuoltolaissa, tartuntatautilaissa, tupakkalaissa, kuntalaissa ja laissa ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä.

Lainsäädännöllä on mahdollista edistää väestön terveyttä esimerkiksi kieltämällä tai rajoittamalla terveydelle haitallisten altisteiden käyttöä (esimerkiksi tupakkalaki) tai ohjaamalla käyttöä tai käyttäytymistä verotuksen avulla (esimerkiksi alkoholi). Nämä ovat osoittautuneet erittäin tehokkaiksi keinoiksi.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen kuuluu kunnan tehtäviin. Se voi tarkoittaa tietoista voimavarojen kohdentamista kunnan asukkaiden hyvinvointiin ja terveyteen tai muilla perusteilla tehtyjä päätöksiä, joilla edistetään samoja päämääriä. Esimerkiksi kaavoitus-, liikenne- ja rakentamistratkaisut, koulutus, ympäristöterveys, ruoka- ja kulttuuripalvelut ovat tässä suhteessa ratkaisevan tärkeitä. Luonnollisesti myös sosiaali- ja terveydenhuollolla vaikutetaan kansalaisten terveyteen ja hyvinvointiin, mutta terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä ei voi jättää vain tämän toimialueen tehtäväksi.

Järjestöjen rooli on ollut ja tulee olemaan keskeisen tärkeä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä sekä itsenäisesti että yhteistyössä muiden toimintasektoreiden kanssa.

Hallituksen esityksessä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseksi vastuu kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä säilyy edelleen kunnilla, vaikka sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu siirtyy maakunnille. Kansalaistenterveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on uudistuksen myötä kuntien ja maakuntien yhteinen tehtävä.

2. Tilanne Suomessa tarttumattomien sairauksien ehkäisyn osalta

2.1. Ennenaikainen kuolleisuus, terveys- ja hyvinvointierot

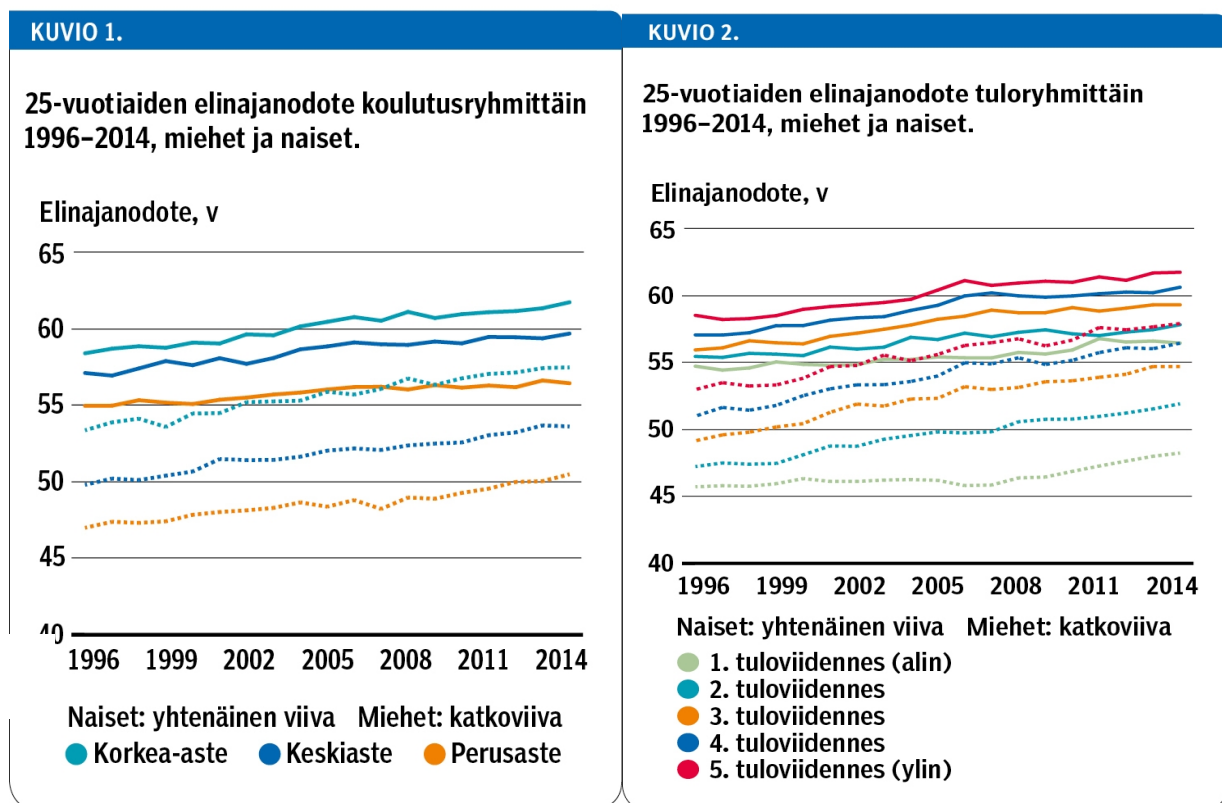
Suomessa alle 70-vuotiaiden kuolleisuus on laskenut 1960-luvulta lähtien. Vuonna 1970 todennäköisyys 30-vuotiaan kuolla ennen kuin täyttää 70 vuotta oli miehillä 40 prosenttia ja naisilla 20 prosenttia ja vuonna 2010 miehillä 15 prosenttia ja naisilla 7,7 prosenttia. Viimeiset 20 vuotta kuolleisuuden pieneneminen on ollut melko tasaista, miehillä 2,9 prosenttia vuodessa ja naisilla 2,2 prosenttia vuodessa. Jatkuessaan samanlaisena lasku vuodesta 2010 vuoteen 2025 on miehillä 35 prosenttia ja naisilla 29 prosenttia. Ennusteet ylittävät siten WHO:n asettaman 25 prosentin tavoitteen (1).

Tavoitteen toteutuminen edellyttää riskitekijöiden ja hoidon suotuisan kehityksen jatkumista. Viimeisen kymmenen vuoden ajalta on ollut nähtävissä merkkejä verenpaineen laskun pysähtymisestä ja kolesterolitason kääntymisestä nousuun. Tupakointi on vuosia vähentynyt, ja lihavuuden ja diabeteksen yleistyminen näyttää pysähtyneen (1).

Yksi keskeisimpiä syitä sepelvaltimotaudin vähenemiseen Suomessa on veren kolesterolitason lasku. Suurimmalla osalla väestöstä kolesterolitaso on kuitenkin suositeltua 5 mmol/l tasoa korkeampi (2). Kohonneen verenpaineen hoito on merkittävästi parantunut Suomessa, ja WHO:n tavoitteen mukaiseen lääkehoidon kattavuuteen on jo lähes päästy (3).

Väestöryhmien väliset terveyserot ovat suurentuneet Suomessa viime vuosikymmeninä, vaikka aivan viime vuosina tilanne on jonkin verran tasoittunut (14). Tämä näkyy poikkeuksellisen suurina eroina keskimääräisessä elinajanodotteessa väestöryhmien välillä sekä miehillä että naisilla. Erot ovat suurimmillaan jopa 10 vuotta. Suuren osan tästä erosta selittävät erot tupakan ja alkoholin kulutuksessa. Tärkeä ja huolestuttava piirre on terveyserojen periytyminen seuraaviin sukupolviin.

Kuviot eri väestöryhmien välisistä eroista elinajanodotteessa (Tarkiainen L ym. SLL 7/2017)



2.2. Liikunta

Liikunnan merkitys ja vaikutukset terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä tunnetaan erittäin hyvin. Viimevuosina myös tieto liikkumattomuuden ja runsaan istumisen haitallisista vaikutuksista on lisääntynyt. Suomessa on 2010-luvulla nostettu yhdeksi terveystalouden tavoitteeksi fyysisen aktiivisuuden lisääminen ja paikallaan olon vähentäminen kaikissa elämänvaiheissa ja väestöryhmissä.

Terveyttä edistävän liikunnan suositukset väestölle

(<http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/terveysliikunnan-suositukset>) perustuvat kansainvälisiin suosituksiin, joiden mukaan aikuiset tarvitsevat kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa kuten reipasta kävelyä vähintään 150 minuuttia viikossa (tai raskasta kestävyysliikuntaa kuten juoksua 75 minuuttia viikossa) sekä lihaskuntaa ja kehon hallintaa kohentavaa harjoittelua kahdesti viikossa. Ikääntyneet tarvitsevat lisäksi tasapainoharjoittelua. Alle kouluikäiset tarvitsevat monipuolista liikkumista kolme tuntia päivässä ja 7–18-vuotiaat 1-2 tuntia päivässä.

Vuonna 2014 miehistä 54 prosenttia ja naisista 60 prosenttia ilmoitti harrastavansa vapaa-ajan liikuntaa vähintään kolme kertaa viikossa. Vähiten näin tekivät 35–44-vuotiaat (miehistä 48 prosenttia, naisista 55 prosenttia). Työssä käyvistä työmatkansa kävelleen tai pyöräillen (vähintään 15 min/pv) teki miehistä 32 prosenttia ja naisista 41 prosenttia (4).

Eläkeikäisten, 65–84-vuotiaiden miesten kävelylenkkien harrastaminen on vähentynyt 90-luvun lopusta. Vuonna 2013 miehistä 60 prosenttia ilmoitti ainakin puolen tunnin kävelylenkeistä vähintään neljä kertaa viikossa. Naisilla vähintään neljä kertaa viikossa kävelyä harrastaneiden osuus on 63 prosenttia, ja se on pysynyt jokseenkin samalla tasolla. Muun liikunnan harrastaminen eläkeiässä on vähentynyt 1990-luvun loppuun verrattuna (5).

Vuonna 2014 keskimäärin vain reilu viidesosa viides-, seitsemäs- ja yhdeksäsluokkalaisista suomalaislapsista ja -nuorista täytti liikuntasuosituksen eli liikkui vähintään tunnin päivittäin. Suositusten mukaan liikkuvien osuus oli erityisen pieni yhdeksäsluokkalaisilla. Vajaa kaksi kolmasosaa viidesluokkalaisista liikkui vähintään viitenä päivänä viikossa. Yhdeksäsluokkalaisista näin teki enää noin kolmasosa (6).

2.3. Ravitsemus

Suomalaiset ravitsemussuositukset uudistettiin vuonna 2014

(<https://www.evira.fi/elintarvikkeet/terveytta-edistava-ruokavalio/>). Suositukset ohjeistavat ravintoaineiden hyvistä saantitasoista, ja ruokasuositukset ohjeistavat arjen valintoja. Suositukset korostavat kasvien, marjojen ja hedelmien sekä täysjyväviljan päivittäistä käyttöä, vähärasvaisen lihan kohtuullista käyttöä, kasviöljyn suosimista, vähärasvaisten tai rasvattomien maitovalmisteiden ja vähäsuolaisten tuotteiden valintaa sekä vähän energiaa sisältävien elintarvikkeiden valintaa. Näin saadaan riittävästi terveyttä edistäviä ravintoaineita kuten vitamiineja, kivennäisaineita ja rasvahappoja. Terveyden kannalta edullisessa ruokavaliossa kannattaa karsia tyydyttyynyttä rasvaa ja sokeria.

Suomalaisten ruokavalio on parantunut merkittävästikin viimeisten vuosikymmenien aikana. Tyydyttyneen rasvan vähentäminen ja tyydyttymättömien rasvojen osuuden lisääntyminen selittävät suurimman osan noin 20 prosentin kolesterolitason laskusta. Tällä on ollut keskeinen merkitys sepelvaltimotaudin voimakkaassa vähenemisessä Suomessa. Tutkimustulosten mukaan keskimääräisen ruokavaliomme heikkoudet ovat kasvien, hedelmien, marjojen ja täysjyväviljan liian pieni kulutus sekä tyydyttyneen rasvan ja suolan runsas saanti (7). Finravinto 2012 –tutkimuksen mukaan miehet saivat suolaa 8,9 g/vrk ja naiset 6,5 g/vrk.

2.4. Lihavuus

Suomalaisten työikäisten miesten keskimääräinen painoindeksi (BMI) on 26,9 kg/m² ja naisten 25,9 kg/m² FINRISKI 2012 -terveystutkimuksen mukaan. Ylipainoisiksi luokiteltavia (BMI yli 25) on kaksi kolmesta miehestä ja lähes puolet naisista. Joka viides suomalainen on lihava (BMI yli 30). Noin 30 prosenttia miehistä ja naisista on vyötärölihavia. Suomalaisten lihomiskehitys näyttäisi kuitenkin pysähtyneen viimeisen viiden vuoden aikana (8).

Ylipainoisten lasten ja nuorten osuus on yli kaksinkertaistunut Suomessa 1970-luvun lopulta. Alle kouluikäisistä lapsista yli 10 prosenttia oli ylipainoisia tai lihavia vuonna 2008 Lasten terveysseurantatutkimuksen mukaan. Viides- ja kahdeksaluokkalaista yli 20 prosenttia oli ylipainoisia tai lihavia (8).

Ennaltaehkäisy on olennaista lihavuuden vähentämisessä, sillä lihavuuden hoito on vaikeaa ja tulokset huonoja. Ennaltaehkäisy tulisi kohdistaa erityisesti lapsiin ja nuoriin, sillä ylipainolla on taipumus kehittyä iän myötä lihavuudeksi. Terveellinen ruokavalio, energian kulutusta vastaavat annokset ja liikkumiseen motivoivan ja sitä edistävän ympäristön kehittäminen ovat lihavuuden ehkäisyn keskeisiä elementtejä (6). Tällaisen laaja-alaisen toiminnan vaikuttavuudesta on aivan viime aikoina saatu hyviä tuloksia Seinäjoella (<http://www.who.int/features/2015/finland-health-in-all-policies/en/>).

2.5. Tupakan käyttö

Suurin osa työikäisistä miehistä tupakoi 1960-luvulla, mutta miesten tupakointi on sen jälkeen vähentynyt huomattavasti. Naisten tupakoinnissa kehitys on ollut epätasaisempaa: se lisääntyi 1970-luvun puoleen väliin saakka, kääntyi sitten laskuun, mutta alkoi uudelleen nousta 1980-luvun lopulla. Sekä miesten että naisten tupakointi on vähentynyt selvästi 2000-luvulla. Vuonna 2013 työikäisistä miehistä tupakoi 19 prosenttia ja naisista 13 prosenttia. Sosioekonomiset erot ovat merkittävät: vähän koulutetut käyttävät tupakkatuotteita selvästi enemmän kuin korkeammin koulutetut.

Tupakoinnin vähentämisessä ovat keskeisiä toimenpiteitä olleet vuoden 1976 tupakkalaki ja sen jälkeen tulleet säädökset (mm. työpaikkatupakoinnin ja mainonnan kieltö, tupakan ostamisen alaikäraja, ravintolatupakoinnin kieltö, tupakkatuotteiden esilläpitokieltö). Myös verotus- ja hintapolitiikka on vähentänyt tupakointia. Tupakkalain tavoitepykälää muutettiin vuonna 2010, ja tavoitteeksi tuli tupakoinnin loppuminen. Savuton Suomi 2030 -ohjelma tähtää siihen, että vuonna 2030 enintään viisi prosenttia suomalaisista tupakoi.

WHO:n asettaman tavoitteen (tupakoinnin väheneminen 30 prosenttia) mittarina Suomessa käytetään 15–64-vuotiaiden päivittäistä tupakointia. Tavoitteen saavuttamista on arvioitu olettamalla, että tupakointi vähenee 2013–2025 kuten vuosina 2001–2013 (12-vuotisjaksot). Vuodesta 2001 vuoteen 2013 tupakointi väheni miehillä 34,4 prosenttia ja naisilla 34,2 prosenttia. Tämän perusteella WHO:n tavoite siis saavutettaisiin. Keskimääräinen vähenemä on ollut miehillä vuosina 2001–2013 3,4 prosenttia ja naisilla 3,3 prosenttia vuodessa. Jos sama tahti jatkuu, vuonna 2025 tupakoi 13,5 prosenttia miehistä ja 9,3 prosenttia naisista (9).

2.6. Alkoholi

WHO:n tavoitteen (haitallisen alkoholinkulutuksen väheneminen 10 prosentilla) toteutumista seurataan kolmella mittarilla: alkoholin kokonaiskulutus, alkoholiin liittyvä sairastavuus ja kuolleisuus sekä humalajuomisen yleisyys.

Alkoholin kokonaiskulutus sopii alkoholin haitallisen kulutuksen yleismittariksi, sillä väestön kuluttama alkoholin kokonaismäärä liittyy suoraan alkoholinkäytön haittoihin. Suomessa yli 15-vuotiaiden alkoholin kokonaiskulutus yli kolminkertaistui vuodesta 1960 vuoteen 2007 (12,7 litraa). Sen jälkeen alkoholiveron korotukset ja heikko taloustilanne ovat vähentäneet alkoholin kokonaiskulutusta. Vuonna 2015 alkoholia kului 10,8 litraa jokaista yli 15-vuotiaasta kohden.

Alkoholikuolemien määrä on pienentynyt vuoden 2007 jälkeen alkoholin kokonaiskulutusta nopeammin. Jos tämä kehitys jatkuisi ja kokonaiskulutus laskisi 10 litraan, olisi vuonna 2025 alkoholisairauksiin ja -myrkytyksiin liittyviä kuolemia 2030 eli noin 530 nykyistä vähemmän. Alkoholikuolemien vähentäminen on tärkeää myös väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseksi. Yhä kasvava osa sosioekonomisten ryhmien välisestä erosta odotettavissa olevan elinajan suhteen liittyy alkoholikuolemiin (10).

Kokonaiskulutuksen vähentämiseksi tarvitaan sekä yleisiä sosiaalipoliittisia keinoja että riskiryhmiin kohdistettuja keinoja (11). Kansainvälisen tutkimustiedon mukaan tehokkaimmin haittoja vähentäviä toimenpiteitä ovat alkoholijuomien verotus, saatavuuden sääntely ja mainonnan rajoittaminen (12).

2.7. Uni ja unihäiriöt

WHO:n strategia tarttumattomien sairauksien ehkäisemiseksi ei sisällä näkökulmaa unen merkitykseen terveydelle ja hyvinvoinnille. Viime vuosina on kuitenkin saatu runsaasti näyttöä siitä, että huonolaatuinen ja/tai riittämätön uni on ehkä kaikkein tärkein Alzheimerin taudin riskitekijä. Univaje on myös yhteydessä lisääntyneeseen keskivartalolihavuuteen, tyyppin 2 diabetekseen, verenpainetautiin, depression ja moneen muuhun sairauteen (13).

Viitteet

1. Kuulasmaa, Pietilä, Koskinen, Peltonen. WHO:n tavoite kansantautikuolleisuuden vähentämiseksi Suomessa realistinen – mutta ei itsestään selvä. Tutkimuksesta tiiviisti 8/2015, huhtikuu 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
2. Vartiainen E, Laatikainen T, Jousilahti P. WHO:n tavoite vähentää kuolleisuutta on mahdollinen – mutta edellyttää kolesterolitasojen alentamista. Tutkimuksesta tiiviisti 12/2015, huhtikuu 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
3. Laatikainen T, Jula A, Jousilahti P. WHO:n tavoitetta verenpaineen laskussa ei saavuteta ilman ravitsemusmuutoksia ja hoidon tehostamista. Tutkimuksesta tiiviisti 11, huhtikuu 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
4. Anni Helldán, Satu Helakorpi. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 6/2015, 188 sivua. Helsinki 2015. ISBN 978-952-302-446-5 (painettu), ISBN 978-952-302-447-2 (pdf)
5. Anni Helldán, Satu Helakorpi. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2013 ja niiden muutokset 1993–2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 15/2014, 170 sivua. ISBN 978-952-302-187-7 (painettu), ISBN 978-952-302-188-4 (pdf)

6. Sami Kokko & Riikka Hämylä (toim.). Lasten ja nuorten liikuntakäyttäytyminen Suomessa. LIITU-tutkimuksen tuloksia 2014. Valtion liikuntaneuvoston julkaisuja 2015:2.
7. Ovaskainen M-L, Männistö S, Tapanainen H, Raulio S, Virtanen S, Peltonen M. Aikuisten ruokavaliossa tarvitaan terveyttä edistäviä muutoksia. Tutkimuksesta tiiviisti 35, marraskuu 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Nettiosoite: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-570>
8. Peltonen, Laatikainen, Lindström, Jousilahti. WHO:n tavoitteena on pysäyttää lihavuuden ja tyyppin 2 diabeteksen lisääntyminen – Suomessa tarvitaan tekoja. Tutkimuksesta tiiviisti 13, huhtikuu 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
9. Heloma A, Ruokolainen O, Jousilahti P. WHO:n tavoite tupakoinnin vähenemisessä voidaan saavuttaa – kansallinen tavoite Savuton Suomi 2040 vaatii tehostettuja toimia. Tutkimuksesta tiiviisti 10, huhtikuu 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
10. Mäkelä P, Martikainen P, Peltonen M. Sosioekonomiset erot alkoholikuolleisuudessa ja alkoholin käytössä. Tutkimuksesta tiiviisti 4, maaliskuu 2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-830-2>
11. Karlsson, Montonen, Mäkelä, Österberg. WHO:n kansan-terveystavoitteet edellyttävät pitkäjänteistä työtä alkoholihaittojen vähentämiseksi. Tutkimuksesta tiiviisti 7/2015, huhtikuu 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
12. Karlsson T, Kytö S, Montonen M, Mäkelä P, Tigerstedt T, Warpenius K, Österberg E. Alkoholipolitiikalla voidaan edistää terveyttä ja hyvinvointia: tutkimustieto päätöksenteon tukena. Tutkimuksesta tiiviisti 3/2016, helmikuu 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
13. Partonen T. Terveyspyramidiin kuuluu myös uni. SLL 12:761, 2017.
14. Tarkiainen L, Martikainen P, Peltonen R, Remes H. Sosiaaliryhmien elinajanodote-erojen kasvu on pääosin pysähtynyt. SLL 9:588-593, 2017.

3. Keskeiset linjaukset tarttumattomien sairauksien ehkäisemiseksi

3.1. Yhteiskunnan toiminnassa ja päätöksenteossa painopiste terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä ja sairauksien ehkäisyssä tarvitaan monien eri yhteiskunnan toimijoiden yhteistyötä. Tarttumattomien sairauksien ehkäisemiseksi tulee yhteiskunnan eri tahoilla ja tasoilla huomioida päätöksenteossa ja toiminnassa seuraavat linjaukset, joita myös sosiaali- ja terveydenhuollon tulee toiminnassaan tukea ja edistää:

Painopiste ehkäisevään työhön

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvitaan painopisteen siirto hoidollisista ja korjaavista toimista hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn. Nykyistä terveydenhuoltojärjestelmää ei ole viritetty preventioon. Sote-uudistuksen myötä tähän on mahdollisuus tehdä muutos. Ehkäisevään työhön panostaminen vähentää myös eriarvoisuutta ja kaventaa terveyseroja. Resurssien ohjaaminen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn tulee nähdä investointina.

Ehkäisevää työtä koko elämänkulun ajan

Perinnölliset tekijät vaikuttavat osaltaan terveyteen elämänkulun aikana, mutta elämänkulun aikaiseen terveyteen vaikuttavat myös ympäristö, elämäntapahtumat ja elintavat. Tarttumattomiin sairauksiin sairastutaan yleensä myöhemmällä iällä, mutta muutokset elimistössä alkavat jo paljon aiemmin. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja ehkäisevä työ tulee aloittaa mahdollisimman varhain. Ehkäisevä työ ja varhainen tuki ovat tehokkainta sikiöaikana, lapsuudessa ja nuoruudessa. Työikäisten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen kohentaa monipuolisesti hyvinvointia, työkykyä ja elämänhallintaa, ja lisäksi vahvistaa koko perheen – myös lasten – terveyttä ja hyvinvointia. Myös iäkkäiden toimintakykyä voidaan kohentaa, elämänlaatua parantaa ja sairauksien vaaratekijöitä vähentää ehkäisevällä työllä. Ikääntyessä sairastavuus lisääntyy, ja sekundaariprevention merkitys korostuu. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ja sairauksien ehkäisyn tulee olla läsnä koko elämänkulun ajan.

Terveys kaikissa politiikoissa ja kaikilla sektoreilla

Kansalaisten terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavia päätöksiä tehdään eri hallinnon aloilla ja hallintojen eri tasoilla. Terveys kaikissa politiikoissa -periaatteen mukaisesti terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tulee olla toimialarajat ylittävää ja terveys- ja hyvinvointinäkökulma tulee ottaa huomioon kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa sekä päätösten toimeenpanossa: tulee arvioida päätösten vaikutukset kansalaisten terveyteen ja hyvinvointiin sekä aktiivisesti edistää kansalaisten terveyttä ja hyvinvointia. Keskeinen rooli tarttumattomien sairauksien ehkäisyssä väestötasolla on lainsäädännön jatkuvalla kehittämisellä. Suurimmat mahdollisuudet ja uudet lähestymistavat sairauksien ehkäisyyn löytyvät eri toimialojen välisessä yhteistyössä sekä laaja-alaisessa yhteistyössä julkisen ja yksityisen sektorin sekä järjestöjen välillä.

Tutkimustietoon perustuvaa politiikkaa

Päätöksenteon ja resurssiohjauksen tulee perustua tutkittuun tietoon väestön terveystilasta, sairauksien riski- ja suojaavista tekijöistä sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ja sairauksien ehkäisyn vaikuttavuudesta. Päätäjillä tulee olla käytössään olennainen ja ajankohtainen tieto. Tietojärjestelmien ja tilastojen tiedot tulee yhdistää selkeiksi seurannan ja tiedolla johtamisen työkaluiksi. Edelleen tarvitaan lisää tutkimustietoa ehkäisevän toiminnan taloudellisesta, sosiaalisesta ja terveydellisestä vaikuttavuudesta

huomioiden kustannukset sekä siitä, millaiset toimet ovat vaikuttavia tarttumattomien sairauksien ehkäisemiseksi. Tutkittu tieto on myös kansalaisten ja ammattilaisten terveysosaamisen perusta.

Vaikuttavaa viestintää terveysosaamisen vahvistamiseksi

Pelkkä tiedon jakaminen ei riitä. Trendinä ajassamme on tutkimustiedon ja kokemuksellisen tiedon rajan hämärtyminen. Kokemuksesta kumpuavia näkemyksiä ja yksilöllisiä ratkaisuja arvostetaan, auktoriteetteja ja yleispäteviä suosituksia kyseenalaistetaan. Yhteisöllisyys korostuu. Tiedot ja taidot rakennetaan yhdessä vuorovaikutuksessa. Uudenlaista viestintäosaamista tarvitaan niin väestöviestinnässä kuin asiakastyön vuorovaikutustilanteissa. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tulee hyödyntää modernin viestinnän ja markkinoinnin keinoja (esim. yhteiskunnallinen markkinointi). Uudet viestintäteknologiat mahdollistavat kansalaisten osallisuuden vahvistamisen ja yhteisöllisyyden. Viestintäympäristössä, jossa erilaista terveyteen liittyvää tietoa on tarjolla runsaasti, medialukutaidon ja terveydenlukutaidon vahvistaminen on tärkeää.

3.2. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistamisessa huomioitava terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja sairauksien ehkäisy

Tarttumattomien sairauksien ehkäisemiseksi tulee sote-uudistuksen yhteydessä kiinnittää erityistä huomiota siihen, miten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja sairauksien ehkäisy sekä eriarvoisuuden vähentäminen toteutuvat tulevassa järjestelmässä. Uudistuksen myötä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu siirtyy kunnilta maakunnille. Kunnilla säilyy vastuu terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä, ja myös maakunnilla on alueellisia terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tehtäviä. Vaikka suuri osa terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä ja sairauksien ehkäisystä tapahtuu sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuolella, tulee sen olla entistä vahvemmin osa myös sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ja palveluita. Jotta tämä toteutuu, sote-uudistuksen yhteydessä on tärkeä huomioida:

Yhteistyörakenteiden luominen

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja sairauksien ehkäisy ovat monien eri tahojen ja toimijoiden välistä yhteistyötä. Tärkeässä roolissa ovat sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden ja ammattilaisten lisäksi kansalaisten jokapäiväisen arjen kannalta keskeiset toimijat kunnissa (esim. varhaiskasvatus ja koulutus, liikunta- ja nuorisotoimi, ruokapalvelut, kulttuuripalvelut, kaavoitus ja liikennejärjestelyt, ympäristöterveys ja -suojelu), järjestöissä sekä työ- ja elinkeinoelämässä. Sote-uudistuksen yhteydessä tulee luoda sosiaali- ja terveydenhuollon, kuntien ja kolmannen sekä yksityisen sektorin toimijoiden välille toimivat yhteistyörakenteet. Järjestöjen laaja-alaista osaamispohjaa ei pidä jättää käyttämättä hyväksi merkittävänä osana palvelujärjestelmää. Työterveyshuollon roolia työikäisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi ja sairauksien ehkäisyssä tulee vahvistaa ja tehtäviä tarkentaa. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tulee olla läsnä ihmisten arjessa monipuolisesti. Rakenteiden tulee myös huomioida sekä alueellinen yhdenvertaisuus että alueelliset erityispiirteet. Järjestelmän tulee rohkaista alueellisiin innovaatioihin ja kannustaa paikallisiin kokeiluihin. Lisäksi rakenteiden tulee mahdollistaa olemassa olevien, näyttöön perustuvien ja vaikuttaviksi todettujen parhaiden käytäntöjen ja toimintamallien hyödyntäminen ja levittäminen.

Palveluketjujen toimivuus ja jatkuvuus

Palveluketjut tulee suunnitella ja määritellä siten, että moniammatillinen, eri tahojen ja toimijoiden välinen yhteistyö terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi toteutuu. Myös järjestöjen tarjoama vertaistuki ja kokemusasiantuntijatyö kannattaa hyödyntää osana palveluketjuja. Erityistä

huomiota palveluiden jatkuvuuteen ja tiedon kulkuun tulee kiinnittää erilaisissa elämänkulun nivelvaiheissa (esim. peruskoulun päätyminen, työsuhteen muutokset, eläkkeelle jääminen tai siirtyminen lasten palveluista nuorten palveluihin ja/tai aikuisten palveluihin). Palveluketjujen laatu, toimivuus ja jatkuvuus tulee varmistaa. Palveluketjuissa tulee huomioida myös asiakkaan näkökulma.

Tarpeellisen tiedonkulun takaaminen

Yhteistyö ja palveluketjujen toimivuus ja jatkuvuus edellyttävät tiedon jakamista. Tarpeellisen tiedonkulun esteet eri toimijoiden väliltä tulee poistaa. Tämä tarkoittaa muun muassa toimivia yhteisiä tai yhteen sovitettuja tietojärjestelmiä ja lainsäädännöllisten esteiden poistamista sekä käytäntöjen muuttamista. Sujuva tiedonkulku on ennen kaikkea asiakkaan etu, erityisesti tämä korostuu alaikäisten kohdalla. Samalla on kuitenkin huolehdittava siitä, että kansalaisten luottamus tietosuojaan säilyy.

Asiakaslähtöinen toimintatapa

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tulee siirtyä tuotanto- ja organisaatiokeskeisestä toimintatavasta aidosti asiakaslähtöiseen toimintaan. Sote-uudistuksen myötä on mahdollista suunnitella palvelut ja prosessit asiakkaiden näkökulmasta käsin ja kehittää toimintaa yhdessä asiakkaiden kanssa. Näin asiakkaille voidaan tarjota kokonaisvaltaista, asiakaslähtöistä palvelua, joka tuottaa asiakkaille terveyshyötyä ja vahvistaa arjessa pärjäämistä. Lähtökohtana on asiakasymmärrys, jota voidaan hyödyntää erilaisia asiakaskeskeisen suunnittelun ja kehittämisen työkaluja käyttäen (esim. asiakasraadit, palvelumuotoilu). Tarvitaan myös johtamiskulttuurin muutos, jossa tuotannon johtamisen sijaan johdetaan asiakkuuksia ja asiakas/palveluprosesseja.

Tiedolla johtamisen työkalut käyttöön

Mittarit ovat tärkeitä tiedolla johtamisen työkaluja. Ne tuottavat tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen tueksi, ja mittaaminen ja seuranta jo sinänsä ohjaavat toimintaa. Tiedolla johtamisen tehostaminen edellyttää mittareiden kehittämistä ja mitattavan tiedon keräämisen parantamista muun muassa asiakkaiden terveystietäytymisen, neuvonnan ja elintapaohjauksen sekä seurannan kirjaamisen osalta. Asiakas- ja potilastietojärjestelmiin tulee kehittää yhdenmukaisia kirjaamiskäytäntöjä, ja järjestelmissä tulee hyödyntää rakenteista kirjaamista. Myös asiakkaiden itse tuottaman tiedon hyödyntämistä tulee lisätä. Tietojen tulee olla myös muiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ja sairauksien ehkäisyn parissa toimivien tahojen käytössä niin valtakunnallisesti, alueellisesti kuin paikallisestikin (esim. kuntien hyvinvointijohtamisen tukena). Jatkossakin asiakas- ja potilastietojen ohella tarvitaan myös väestötietoihin perustuvaa tietoa.

Laadun seuranta ja vaikuttavuuden arviointi

Asiakas- ja potilastietojärjestelmien tulee tukea tiedolla johtamisen ja käytännön työn lisäksi myös laadun ja vaikuttavuuden seurantaa ja arviointia. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjän tulee seurata sosiaali- ja terveyspalvelujen laatua ja arvioida vaikuttavuutta, myös terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ja sairauksien ehkäisyn osalta. Tätä varten tulee määritellä yhtenäiset, valtakunnalliset laatuksiteerit ja mittarit, jotka mittaavat asiakashyötyä ja työn vaikuttavuutta eivät vain työsuoritteita. Mittareita tulee kehittää siten, että ne huomioivat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ja sairauksien ehkäisyn eri ulottuvuudet kattavasti. Samoin tulee luoda yhtenäiset, valtakunnalliset seurantajärjestelmät.

Kannustimet tukemaan terveyttä edistävää ja sairauksia ehkäisevää toimintaa

Sosiaali- ja terveydenhuollon kaikille tasoille tarvitaan kannustinrakenteet, jotka tukevat tavoitteiden saavuttamista ja sitouttavat eri toimijoita. Kannustimien sisältöjä tulee kehittää siten, että ne huomioivat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ja sairauksien ehkäisyn eri ulottuvuudet kattavasti sekä tukevat

yhteistyötä ja asiakaslähtöistä toimintatapaa. Kannustimien tulisi palkita vaikuttavasta preventiosta, kyvystä tuottaa terveyttä ja parantaa elämänlaatua.

3.3. Sosiaali- ja terveyspalvelut tuottamaan terveyttä

Tarttumattomien sairauksien ehkäisemiseksi sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisessä, suunnittelussa ja toteuttamisessa seuraavat näkökulmat ovat tärkeitä:

Kattava varhainen ehkäisy ja tuki

Hyvinvointi- ja terveysriskien varhaista tunnistamista ja ehkäisyä sekä erityisessä riskissä olevien henkilöiden tavoittamista ja ohjautumista palvelujärjestelmään tulee edelleen kehittää ja vahvistaa. Tähän tarjoavat oivan mahdollisuuden koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ainutlaatuinen neuvolajärjestelmä, jota tulee edelleen vahvistaa ja kehittää pitkäjänteisesti ja jatkuvuuden turvaten perhekeskeiseen suuntaan. Myös kattavilla työterveyshuollon palveluilla on suuret mahdollisuudet sekä työssäkäyvien että heidän perheittensä terveyden ja hyvinvoinnin tukemisessa. Palvelujärjestelmän tulee aktiivisesti tunnistaa kaikki terveyttä ja hyvinvointia edistävästä neuvonnasta ja palveluista hyötyvät asiakkaat. Kattava seulonta, tunnistaminen ja palvelutarpeen selvittäminen edellyttävät yhteisten riski-indikaattoreiden käyttöä, asiakkaan tilanteen seuranta, moniammatillista yhteistyötä eri toimijoiden välillä ja toimivaa tiedonkulkua. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation myötä sosiaalihuollon ammattilaisten roolia tunnistamisessa ja riskinarvioinnissa tulee vahvistaa. Sosiaalihuollossa voidaan tavoittaa ihmisiä, joita ei tavoiteta terveydenhuollon toimesta. Myös sosiaalihuollon palveluissa tulee edistää puheeksiottoa ja moniammatillista tukea. Mini-interventioiden hyödyntämistä tulee vahvistaa kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaskohtauksissa. Myös ihmisten omaa riskinarviointia tulee kehittää ja tukea heidän omaehtoista terveyttä ja hyvinvointia ylläpitävää toimintaansa.

Palveluiden tuottaminen tarvelähtöisesti

Tarttumattomien sairauksien ehkäisy edellyttää palveluiden tuottamista tarvelähtöisesti ja yksilöllisten asiakaspolkujen mukaisesti. Palvelutarpeet vaihtelevat erilaisten asiakasryhmien välillä ja asiakkaiden elämäntilanteiden vaihtuessa. Palvelukokonaisuuden suunnittelun lähtökohtana on asiakkaan tarpeiden arviointi yhdessä asiakkaan kanssa sekä ymmärrys asiakkaan mahdollisuuksista ja kyvystä toimijuuteen palveluiden käyttäjänä. Palveluita tarjotaan erilaisissa palvelukanavissa asiakkaiden erilaisten tarpeiden mukaan: digitaalisia palveluita, ryhmäpalveluita, henkilökohtaista palvelua, itsepalvelua, vertaistukipalveluita, jne. Erilaiset ihmiset tarvitsevat eri elämänvaiheissa erilaista tukea ja interventiota tarttumattomien sairauksien ehkäisyssä.

Palveluiden kohdistaminen ja kohdentaminen erityisryhmille

Tarttumattomia sairauksia tulee ehkäistä kohdistamalla palveluita erityisryhmille (esim. syrjäytymisvaarassa olevat, maahanmuuttajat ja mielenterveysongelmaiset) ja kohdentamalla palveluita vastaamaan heidän tarpeitaan. Erityisryhmät tarvitsevat nimenomaan heille kohdennettuja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, jotka ottavat huomioon ryhmien erilaiset taustat ja elämäntilanteet. Kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tulee vahvistaa tunnistamista, varhaista puheeksiottoa ja tukea sekä palveluihin ohjaamista erityisryhmien osalta.

Matalan kynnyksen palvelut

Varhaisen ehkäisyn ja tuen tärkeitä työmuotoja ovat etsivä ja jalkautuva työ sekä asiakaslähtöisesti suunnitellut matalan kynnyksen palvelut. Tarvitaan lähipalveluita ja yhteisöperusteisia palveluita, vertais- ja

vapaaehtoistoimintaa. Vertaistuki on monelle mahdollisempi tapa hakea ja saada tukea. Vertaistuki myös lisää ihmisten osallisuutta ja toimijuutta. Vapaaehtoistyöllä on tärkeä rooli myös yhteisöllisyyden lisäämisessä ja yksinäisyyden vähentämisessä. Matalan kynnyksen palvelut ja sosiaali- ja terveydenhuollon jalkautuminen asiakkaiden pariin tuovat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ja sairauksien ehkäisyn lähemmäs ihmisiä ja osaksi ihmisten jokapäiväistä arkea.

Asiakkaiden osallisuuden vahvistaminen

On kyse sitten perheistä, nuorista, työikäisistä tai iäkkäistä, palvelutarpeiden arviointia sekä palveluiden kehittämistä, suunnittelua ja toteuttamista tulee tehdä yhdessä asiakkaiden kanssa. Myös ihmisten omien terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien tavoitteiden asettamista tulee tukea. Osallisuuden vahvistaminen lisää palveluiden laatua, asiakkaiden sitoutumista ja toiminnan vaikuttavuutta, kun ihmiset pääsevät itse vaikuttamaan heitä koskevien ratkaisujen tekemiseen ja asiakkaiden vaikutusmahdollisuuksia omaan terveyteensä ja hyvinvointiinsa liittyviin asioihin lisätään.

Asiakkaiden tarpeiden ja palvelutarjonnan koordinointi ”yhdeltä luukulta”

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio mahdollistaa asiakkaiden palveluiden paremman koordinoinnin ”yhdeltä luukulta”. Tavoitteena on, että palveluiden kokonaisuus näyttäytyy asiakkaille yhtenäisenä ja helpommin lähestyttävänä, ja palveluiden saatavuus ja jatkuvuus toteutuvat paremmin. Kullakin asiakkaalla tulee olla yksi, eri toimijoille yhteinen asiakkuus/terveys/palvelusuunnitelma. Asiakkaiden palveluiden koordinointi tulee toteuttaa asiakkaiden erilaisten tarpeiden mukaan. Jos asiakkaalla on esimerkiksi laaja-alainen palvelutarve tai hän on toimintakyvyltään heikentynyt, hänellä tulee oma yhteyshenkilö, joka huolehtii palveluohjauksesta ja koordinoi asiakkaan tarpeita, palveluita ja moniammatillisen tiimin toimintaa. Lukuisien eri tahojen (sosiaali- ja terveydenhuolto, kunnat, järjestöt) tuottamat palvelut pitää kartoittaa ja koota tietojärjestelmään selkeäksi palvelutarjottimeksi, josta kullekin asiakkaalle voidaan valita sopivat palvelut, ja asiakas osataan näin ohjata oikeiden palveluiden pariin.

Ammattilaisten käyttäytymistieteellisen osaamisen vahvistaminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tulee ottaa terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja sairauksien ehkäisy osaksi keinovalikoimaa sekä vahvistaa terveyden edistämisen viestintää asiakaskohtaamisissa. Asiakaslähtöinen työote edellyttää vuorovaikutusta, jossa ammattilaisille välittyy ymmärrys ihmisten tarpeista ja voimavaroista. Tämä edellyttää ammattilaisilta vuorovaikutusosaamista: arvostavaa kysymisen ja kuuntelemisen taitoa, positiivista, myötäelävää ja voimavaroja vahvistavaa viestintää sekä motivoivaa ja valmentavaa työtapaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutusosaamista, psykologisen tiedon hyödyntämistä sekä ohjaus- ja neuvontataitoja tulee edistää perus- ja täydennyskoulutuksessa. Myös asiakaslähtöisyydessä ja yhteiskehittämisessä on osaamisen kehittämistarpeita. Lisäksi olemassa olevien työkalujen, toimintamallien ja kansallisten suositusten hyödyntämistä tulee tukea viestinnän, koulutuksen, ohjeiden ja ohjauksen avulla.

Digitalisaation hyödyntäminen

Digitalisaatio muuttaa sosiaali- ja terveystaloutta ja terveysviestintää. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tulee hyödyntää paremmin digitalisaation tarjoamia mahdollisuuksia, esimerkiksi omahoidossa, seurannassa ja koulutuksessa sekä yksilöllisten asiakkuuspolkujen toteuttamisessa. Digitaaliset palvelut muun muassa täydentävät yksilöllistä palvelua sekä auttavat kohdentamaan resursseja tehokkaammin ja tarkoituksenmukaisemmin. Lisäksi esimerkiksi big datan ja esineiden internetin mahdollisuuksia tulee selvittää ja kehittää.

3.4. Sosiaali- ja terveydenhuollossa erityistä huomiota elintapoihin ja eriarvoisuuden vähentämiseen

Eriarvoisuuden torjuminen lähtee varhaislapsuudesta ja nuoruudesta

Eriarvoisuuden ja ylisukupolvisen syrjäytymiskehityksenehkäisy ja vähentäminen ovat keskeistä tarttumattomien sairauksien ehkäisyssä. Ongelmien varhainen toteaminen ja niihin puuttuminen on tärkeä ja kustannusvaikuttava toimintaperiaate erityisesti lapsuudessa ja nuoruudessa – ja jo odotusaikana. Ehkäisevän työn ja varhaisen tuen kannalta keskeisiä kohderyhmiä ovat lapset, nuoret ja perheet, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollossa keskeinen rooli on erityisesti neuvoloilla sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollolla. Koko perheen tilanteen ja tarpeiden arviointi on tärkeää. Lasten ja nuorten palveluissa on huomioitava perheen vanhempien mahdolliset tuen tarpeet, ja vastaavasti aikuisen saadessa tukea on huomioitava myös perheen lapset. Kohdennetut palvelut ja positiivinen diskriminointi sekä matalan kynnyksen palvelut edesauttavat syrjäytymisvaarassa olevien henkilöiden ongelmien tunnistamisessa ja ratkaisussa. (Lisätietoa ks. Liite 1, Koonti työpajasta: Kansalaiset ja eriarvoisuus.)

Suositukseen perustuvaa ravitsemusohjausta ja terveellisen ravitsemuksen edistämistä tulee vahvistaa

Ravitsemuksella on tärkeä rooli tarttumattomien sairauksien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävänä on tarjota laadukasta ravitsemushoitoa ja –ohjausta sekä vahvistaa kansalaisten valmiuksia terveyttä edistävään syömiseen. Ravitsemusohjauksen saatavuus, laatu ja toimivuus on varmistettava sosiaali- ja terveystaloudessa. Elintarviketeollisuuden, vähittäiskaupan ja ruokapalvelujen tulee omalta osaltaan kantaa vastuunsa suomalaisten ravitsemuksen kehittämisestä. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijat ja ammattilaiset voivat edistää terveellistä ravitsemusta tarjoamalla asiantuntijatuella, esimerkiksi julkisten ruokapalvelujen laadun kehittämisessä. Parhaat käytännöt terveellisen ravitsemuksen edistämiseksi tulee jalkauttaa monialaisessa yhteistyössä. (Lisätietoa ks. Liite 2, Koonti työpajasta: Ravitsemus.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon tulee ottaa liikunta vahvemmin osaksi omia keinovalikoimiaan

Liikunta on keskeinen osa terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä, sairauksien ehkäisyä ja hoitoa, kuntoutusta sekä toimintakyvyn ylläpitämistä ja edistämistä. Liikunnan lisäämisen ohella tärkeää on myös istumisen ja muun paikallaanolon vähentäminen. Kuntien rooli terveyttä edistävän liikunnan lisäämisessä on keskeinen. Kuntalaisten liikuntamahdollisuuksiin ja -ympäristöön voidaan vaikuttaa kaikilla hallinnon aloilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävänä on tukea liikunnallista elämäntapaa sekä vahvistaa ohjatun liikunnan lisäksi myös omaehtoista liikuntaa ja aktiivisuutta arjessa. Luonnolla on monenlaisia terveyttä ja hyvinvointia edistäviä ja sairautta ehkäiseviä vaikutuksia. Luonnossa toimimista ja kansalaisten yhteyttä luontoon tulee edistää. (Lisätietoa ks. Liite 3, Koonti työpajasta: Liikunta ja Liite 5, Koonti työpajasta: Sairauslähtöinen ehkäisy.)

Ylipainon ehkäisy on syytä aloittaa jo lapsuudessa

Neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa on mahdollista seurata lasten normaalia kasvua ja kehitystä. Kuitenkin huomattava osa lapsista ja nuorista on ylipainoisia, ja kehitys näyttää jatkuvan huonoon suuntaan. Lasten ylipainon ehkäisyssä on syytä olla aktiivinen, sillä lapsuuden ylipaino ennakoii ylipainoisuutta myös aikuisuudessa. Lasten ylipainoon voidaan puuttua vaikuttamalla ruokavalioon ja liikuntaan. Usein normaali pituuskasvu mahdollistaa ylipainon korjaantumisen, jos ruokavalio ja liikunta ovat tasapainossa. Vaikeasti ylipainosten lasten palveluketjut tulee saada kuntoon sosiaali- ja terveydenhuollon kaikilla tasoilla. Väestötasolla ylipainon pysäyttäminen edellyttää yhteiskunnan toimijoiden laaja-alaista ja läheistä yhteistyötä, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon tulee olla aktiivinen ja

aloitteellinen. Aikuisten ylipainon ehkäisyssä on syytä kiinnittää huomiota painon asteittaiseen nousuun vuosikymmenien karttuessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tulee olla erityisen aktiivinen diabeteksen suhteen korkeassa riskissä olevien, diabeetikoiden, metabolista oireyhtymää ja korkeaa verenpainetta sairastavien painonhallinnassa ja laihduttamisessa. Vaikeasti lihaviin palveluketjut tulee saada kuntoon.

Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus on sairaus, jonka hoitoon terveydenhuollon on puututtava

Tupakan ja nikotiinin käytöstä seuraava riippuvuus on sairaus, jonka hoitoon on puututtava entistä painokkaammin. Vieroituspalveluiden saatavuus ja toimivuus on varmistettava sosiaali- ja terveydenhuollossa. Jokaiseen maakuntaan tulee perustaa tupakkavieroitusyksikkö, joka toimii kouluttajana, konsultaatiopoliklinikkana ja hoitoyksikkönä. Tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön aloittamisen ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi yhteiskuntapolitiikan eri tasojen ja yhteiskunnan rakenteiden on tuettava savuttomuutta. Aloittamisen ehkäisemiseksi tehtävää työtä on vahvistettava, myös uusien tupakka- ja nikotiinituotteiden osalta. (Lisätietoa ks. Liite 4, Koonti työpajasta: Tupakka ja alkoholi.)

Alkoholin ongelmakäytön varhainen tunnistaminen ja tuki ovat sosiaali- ja terveydenhuollon perustehtäviä

Alkoholipolitiikan tulisi tukea terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä. Alkoholijuomien saatavuuden ja mainonnan rajoittaminen sekä hintatason hillitseminen verotuksen avulla ovat keskeisimmät keinot alkoholihaittojen ehkäisemiseksi sekä koko väestössä, että riskiryhmissä. Alkoholiongelmiin ehkäisyssä sekä riskikäytön ja ongelmien varhaisessa tunnistamisessa ja hoidossa sosiaali- ja terveydenhuollolla on keskeinen asema. Seulontaa, riskikäytön tunnistamista ja mini-intervention käyttöä tulee tehostaa kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaskohtaamisissa. Lievien alkoholiongelmiin hoitoa on mahdollista laajentaa perusterveydenhuollossa. Työterveyshuollossa varhaisesta tunnistamisesta ja tukea tulee vahvistaa sekä terveystarkastuksissa että sairauden hoidossa. Oppilas- ja opiskelijahuolto ovat avainasemassa nuorten alkoholinkäyttöön liittyvien riskien vähentämisessä. Nuorten alkoholin käytön ehkäisyyn, ikärajavalvontaan ja nuorten aikuisten humalajuomisen vähentämiseen tulee panostaa. (Lisätietoa ks. Liite 4, Koonti työpajasta: Tupakka ja alkoholi.)

Unen häiriöt tunnistettava

Ihminen voi luonnollisesti itse vaikuttaa omaan nukkumiseensa. Toisaalta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset voivat vaikuttaa tarttumattomien sairauksien ehkäisyyn tunnistamalla unihäiriöt ja hoitamalla yleisintä unihäiriötä eli unettomuutta oikein. Perus- ja täydennyskoulutuksessa tulee vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten osaamista tärkeimpien unihäiriöiden, unettomuuden ja uniapnean, tunnistamiseksi ja hoitamiseksi ensisijaisesti lääkkeettömästi. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yhteydessä pitää jokaiseen maakuntaan tai vähintään jokaiseen yliopistosairaalaan perustaa unihäiriöklinit.

3.5. Sekundaariprevention käyttämättömiin mahdollisuuksiin pitää panostaa

Riskitekijöiden ja sairauksien hoidon kattavuus

Sekundaariprevention osalta WHO:n toiminta ja tavoitteet liittyvät ennenaikaisen kuolleisuuden laskuun (valtimosairaudet, syövät, diabetes ja krooniset keuhkosairaudet) sekä tiettyjen valtimosairauksien riskitekijöiden (verenpaine, kolesterolit) ja edellä mainittujen sairauksien hoidon kattavuuteen. Osa yhteisiin riskitekijöihin kohdistuvasta toiminnasta sopii hyvin myös sekundaaripreventioon. Esimerkiksi elintapamuutoksien avulla toteutettu liikapainon pudotus vaikuttaa diabeteksen riskiin ja diabeteslääkityksen tarpeeseen.

Kolesterolitasojen alentaminen ja kohonneen verenpaineen hoito

Osin WHO:n tavoitteissa onnistuminen riippuu muiden tavoitteiden (tupakka, alkoholi, ravitsemus, liikunta) saavuttamisesta, ja osin ne ovat keskenään päällekkäisiä. Ennenaikaisen kuolleisuuden vähentäminen valtimosairauksien osalta edellyttää kokonaisriskin arviointia esimerkiksi Finnriski-laskurilla ja tulosten mukaan suunnattua toimintaa. Myös kolesterolitasojen alentamisessa sekä glukoosiaineenvaihdunnan häiriöiden ja kohonneen verenpaineen hoidossa tarvitaan tehostettua toimintaa. Ruokavaliomuutoksilla ja liikunnan lisäämisellä voidaan edelleen saada merkittävää terveyshyötyä. Myös kohdentamalla kolesterolilääkitystä korkean riskin ryhmiin voidaan sairastumista ja kuolleisuutta sepelvaltimotautiin edelleen vähentää. Kohonneen verenpaineen diagnostiikka ja hoito-tasapainon arviointi tulee tehdä Käypä hoito -suositusten mukaisesti. Hoidon vaikuttavuuden seurannan tulee perustua tietoon henkilön todellisesta, kotimittauksin varmennetusta painetasosta.

Tunnistamisen tehostaminen

Sekundaariprevention käyttämättömät mahdollisuudet liittyvät myös siihen, miten kattavasti sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnassa tunnistetaan ihmiset, jotka hyötyisivät kuntoutuksesta ja lääkkeellisistä interventioista elintapamuutosten lisäksi. Jatko-ohjauksen ja seurannan osalta tarvitaan organisaatiotason yhteisten käytäntöjen ja toiminnan integraation kehittämistä.

3.6. Keskeisimmät suositukset

Konsensuslausuman keskeisimmät suositukset tarttumattomien sairauksien ehkäisemiseksi:

- Terveys kaikissa politiikoissa –periaatteen mukaisesti terveys ja hyvinvointi huomioidaan kaikessa yhteiskunnan päätöksenteossa ja toiminnassa. Huolehditaan myös lainsäädännön jatkuvasta kehittämisestä tarttumattomien sairauksien ehkäisemiseksi.
- Sosiaali- ja terveydenhuollossa painopistettä siirretään hoidollisesta lähestymistavasta hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn.
- Eriarvoisuuden torjuminen aloitetaan odotusaikana, varhaislapsuudessa ja nuoruudessa, ja eri toimijoiden välistä yhteistyötä vahvistetaan ylisukupolvisen syrjäytymiskehityksen ehkäisemiseksi.
- Sote-uudistuksen yhteydessä kiinnitetään erityistä huomiota siihen, miten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja sairauksien ehkäisy toteutuvat tulevassa järjestelmässä.
- Luodaan sote-uudistuksen yhteydessä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi rakenteet, jotka tukevat sosiaali- ja terveydenhuollon, kuntien ja kolmannen sekä yksityisen sektorin toimijoiden välistä yhteistyötä, varmistavat palveluketjujen toimivuuden ja jatkuvuuden sekä takaavat tarpeellisen tiedonkulun eri toimijoiden välillä.
- Seurataan ja arvioidaan ehkäisevän työn laatua ja vaikuttavuutta. Määritellään yhtenäiset, valtakunnalliset laatuksiteerit ja –mittarit sekä seurantarjestelmät. Kehitetään yhdenmukaisia kirjaamiskäytäntöjä ja hyödynnetään rakenteista kirjaamista.
- Otetaan asiakaslähtöisyys perustaksi koko sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmässä: johtamisessa, palveluiden kehittämisessä, suunnittelussa ja tuottamisessa.
- Edistetään sosiaali- ja terveydenhuollossa hyvinvointi- ja terveysriskien kattavaa tunnistamista, varhaista ehkäisyä ja tukea sekä palveluihin ohjaamista. Kohdistetaan ja kohdennetaan palveluita erityisryhmille.
- Otetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa liikunta, terveellinen ravitsemus ja riittävä, laadukas uni vahvemmin osaksi keinovalikoimaa terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi, sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa sekä kuntoutuksessa.

- Panostetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa entistä painokkaammin tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden hoitoon. Tehostetaan alkoholiongelmiin ehkäisyä sekä riskikäytön ja ongelmien varhaista tunnistamista ja hoitoa kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja palveluskohteissa.
- Kiinnitetään huomiota sekundaariprevention käyttämättömiin mahdollisuuksiin sairauksien ehkäisyssä.
- Kehitetään ja vahvistetaan väestölle, ammattilaisille ja päättäjille suunnattua terveystiedotusta ja sen vaikuttavuutta.

3.7. Toimenpide-ehdotuksia muille toimijoille

Edellä mainittujen suositusten lisäksi konsensuslausumassa halutaan nostaa esiin seuraavat toimenpide-ehdotukset:

Maakunnat koordinoivat terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä

- Nostetaan terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja sairauksien ehkäisy painopisteeksi maakunnan palvelustrategiassa, palvelulupauksessa ja hyvinvointikertomuksessa sekä muussa hyvinvointijohtamisessa ja viestinnässä.
- Jokaisessa maakunnassa on terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä vastaava johtaja ja toimintaryhmä, joiden tehtävänä on muun muassa vahvistaa ja koordinoita alueellista ehkäisevää työtä sekä tukea toimijoiden välistä yhteistyötä ja edistää parhaiden käytäntöjen levittämistä alueella. Työryhmän kokoonpanossa otetaan kattavasti huomioon terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen eri ulottuvuuksien asiantuntemus.
- Huomioidaan terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja sairauksien ehkäisy osana hankintoja ja sopimuksia. Kehitetään seuranta- ja kannustimia, joilla ohjataan sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajia vaikuttamaan terveyttä ja hyvinvointia edistävään toimintaan. Mittareiden ja kannustimien sisällöissä otetaan kattavasti huomioon terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen eri ulottuvuudet.
- Tuetaan ja avustetaan kuntien hyvinvointityötä. Tarjotaan kunnille asiantuntijatukea terveyttä ja hyvinvointia edistävän toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa (esim. hyvinvointikertomustyössä).
- Kehitetään ja vahvistetaan yhteistyötä työterveyshuollon kanssa terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi.

Kunnissa terveyttä ja hyvinvointia edistetään kaikilla sektoreilla

- Huomioidaan terveys ja hyvinvointi johtavana periaatteena kaikessa toiminnassa, erityisesti varhaiskasvatuksessa ja koulutuksessa, liikunta- ja nuorisotoimessa, kulttuuripalveluissa, ympäristösuunnittelussa, kaavoituksessa ja rakentamisessa sekä ruokapalveluissa.
- Jokaisessa kunnassa on terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä vastaava henkilö ja työryhmä, jotka varmistavat monisektorisen yhteistyön sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen eri ulottuvuuksien toteutumisen kattavasti kaikissa kunnan palveluissa.
- Hyvinvointikertomus on keskeinen hyvinvointijohtamisen työkalu. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen eri ulottuvuudet (ravitsemus, liikunta, tupakointi, alkoholi, jne) sisällytetään kattavasti hyvinvointikertomustyöhön. Kunnissa tarvitaan kuntatason tietoa kuntalaisten hyvinvoinnista ja terveyskäyttäytymisestä tukemaan päätöksentekoa ja ohjaamaan toimintaa.
- Huomioidaan kansalliset suositukset toiminnan suunnittelussa ja ohjauksessa, ja seurataan niiden toteutumista.

- Vahvistetaan alueellista ja paikallista monialaista verkostoitumista.

Järjestöt edistävät terveyttä ja hyvinvointia monipuolisesti

- Vahvistetaan kansallista, maakunnallista ja kunnallista terveyden ja hyvinvoinnin edistämispolitiikkaa ja toimitaan aktiivisesti sosiaali- ja terveyserojen kaventamiseksi.
- Raportoidaan paikallisista, alueellisista ja valtakunnallisista ongelmista ja tehdään tulevaisuuteen suuntaavia, uusia avauksia sisältäviä ratkaisuehdotuksia väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi ja eriarvoisuuden vähentämiseksi.
- Vastataan osaltaan kuntouttavasta toiminnasta ja vertaistuesta. Tarjotaan tietoa, tukea ja vertaistukea suositusten mukaisesti esim. terveelliseen syömiseen, liikunnan lisäämiseen, tupakoinnin ja alkoholin käytön lopettamiseen, sairauteen sopeutumiseen ja omahoitoon sitoutumiseen.
- Kehitetään välineitä terveellisten elintapojen arviointiin (ml. itsearviointi) ja ohjaukseen. Kehitetään ja ylläpidetään laatujärjestelmiä (esim. Sydänmerkki-järjestelmä).
- Seurataan kohderyhmien toimintakulttuurien ja -tapojen muutoksia ja kehitetään uudenlaista toimintaa yhdessä kohderyhmien edustajien kanssa.
- Otetaan viestinnässä huomioon erilaiset väestöryhmät ja heidän tarpeensa.

Tutkimusta tarvitaan

- Lisätään etenkin varhaislapsuuteen liittyvän ehkäisevän toiminnan vaikuttavuustutkimusta.
- Säilytetään toimivat seurantajärjestelmät ja kehitetään uusia (esim. liikkumis- ja liikuntatottumukset, lasten ravitsemus), jotta päätöksenteon tukena on ajantasainen tieto väestön riskitekijöistä.
- Tutkitaan digitalisaation mahdollisuuksia terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä.
- Tarvitaan lisää tietoa pysyvän liikuntamotivaation syntymisestä ja toisaalta syistä fyysisesti passiiviseen elintapaan.

Liite 1, Koonti työpajasta: Kansalaiset ja eriarvoisuus

1. Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen – tavoitteista teoiksi

Hyvinvointi ja terveys jakautuvat Suomessa epätasaisesti eri väestöryhmien kesken. Eriarvoisuus ilmenee sosioekonomisten ryhmien välillä lähes kaikilla hyvinvoinnin ja terveyden ulottuvuuksilla. Lisäksi on merkittävää alueellista eriarvoisuutta. Tässä työpajassa pohdittiin nimenomaan sosiaali- ja terveydenhuollon mahdollisuuksia vähentää eriarvoisuutta tulevassa ”sote-maailmassa”, uudistuneissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteissa.

Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen on ollut jo pitkään tavoitteena, mutta miten puheet muuttuisivat tehokkaammin teoiksi. Ensinnäkin resurssien ja toiminnan tulee kohdistua paremmin. Tarvitaan selkeä painopisteen siirto hoidollisista ja korjaavista toimista ehkäiseviin toimiin. Ehkäisevällä toiminnalla saavutettavia yhteiskunnallisia hyötyjä ei kuitenkaan tunneta tarpeeksi hyvin. Tarvitaankin lisää tutkimustietoa ennaltaehkäisyyn taloudellisesta ja sosiaalisesta vaikuttavuudesta sekä siitä, millaiset toimet ovat tehokkaita vähentämään eriarvoisuutta. Tavoitteiden saavuttaminen edellyttää myös faktojen tuomista päätöksentekijöiden tietoisuuteen. Lisäksi resursseja ja toimenpiteitä tulee kohdentaa eri alueille tarveperusteisesti, jotta alueellista eriarvoisuutta voidaan vähentää eri asuinalueiden välillä niin kansallisella tasolla kuin yksittäisissä kunnissakin.

Toiseksi hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen edellyttää rakenteellisia uudistuksia. Terveys- ja hyvinvointierot muodostuvat monimuotoisten taloudellisten, sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien perusteella. Eriarvoisuuden vähentäminen edellyttääkin usein toimialojen ja professioiden rajat ylittävää toimintaa. Terveiden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarvitaan myös toimivat toimeenpanorakenteet. Ehkäisevää työtä toteutetaan usein projektimaisesti ja hankepohjalta. Lukuisien terveyserojen kaventamiseen ja eriarvoisuuden vähentämiseen tähtäävien hankkeiden tulokset tulisi kartoittaa ja parhaat käytännöt saada osaksi vakiintuneita rakenteita. Tavoitteiden toteutuminen edellyttää myös sitoutumista jokaiselta päätöksenteon ja toimeenpanon tasolta.

Kolmanneksi tavoitteiden toteutumista pitää seurata. Tarvitaan tietoa, miten eriarvoisuus ja terveys- ja hyvinvointierot kehittyvät. Tilastoja on, mutta tiedot pitää yhdistää selkeäksi seurannan ja tiedolla johtamisen työkaluksi. Lisäksi pitäisi arvioida ja mitata sote-uudistuksen vaikuttavuutta – myös eriarvoisuuden ja terveyserojen vähentämisen näkökulmasta.

2. Miten sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus mahdollistaa eriarvoisuuden vähentämisen?

Lähtökohtaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio rakenteellisena uudistuksena tarjoaa merkittäviä mahdollisuuksia vähentää eriarvoisuutta ja kaventaa terveyseroja. Jotta tässä voitaisiin onnistua, tärkeitä näkökulmia ovat:

Asiakaslähtöinen toimintatapa

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio mahdollistaa paremmin sen, että ihminen nähdään kokonaisuutena. Sosiaali- ja terveyshuollossa tarvitaan kuitenkin ajattelutavan muutosta: tuotantokeskeisestä ja organisaatiokeskeisestä ajattelutavasta pitää siirtyä asiakaskeskeiseen ajattelutapaan. Keskiössä on ihminen ja hänen tarpeensa. Toimintamallit ja palveluprosessit muokataan täysin uudelta pohjalta, asiakkaan näkökulmasta. Tarvitaan asiakasymmärrystä ja tarvitaan johtamiskulttuurin muutos, jossa tuotannon johtamisen sijaan johdetaan asiakkuuksia ja asiakas/palveluprosesseja. Asiakaslähtöisyyden tarkoituksena on arvionluominen yhdessä asiakkaan kanssa.

Yhteinen tieto ja kansalaisten luottamus

Tiedonkulun esteet eri toimijoiden välillä pitää poistaa. Tämä tarkoittaa muun muassa toimivia yhteisiä tietojärjestelmiä ja lainsäädännöllisten esteiden poistamista. Aina kyse ei kuitenkaan ole teknisistä tai lainopillisista esteistä vaan käytäntöjen muuttamisesta. Sujuva tiedon kulku on asiakkaan etu. Samalla on huolehdittava siitä, että kansalaisten luottamus tietosuojaan säilyy.

Ehkäisevän ja edistävän työn tukeminen

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu siirtyy kunnilta ja kuntayhtymiltä maakunnille. Kunnat vastaavat kuitenkin edelleen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä. Edistävä ja ehkäisevä työ siis erotetaan palveluista, ja uudistuksen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon osaaminen siirtyy kunnista maakuntiin. Herää kysymys, miten ehkäisevä ja edistävä työ toteutuu tässä tilanteessa ja mikä on sen toimeenpaneva rakenne kunnissa. Kuntien hyvinvointikertomuksia tulee kehittää ja hyödyntää systemaattisesti ja tehokkaasti. Kunnille tulee tarjota kannustimia tai asettaa sanktioita kattavien hyvinvointikertomusten tuottamiseksi ja niiden hyödyntämiseksi terveys- ja hyvinvointierojen kaventamisessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tulee tarvittaessa myös tarjota osaamistaan kuntien avuksi. On tärkeää, että terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on sektorirajat ylittävää terveys kaikissa politiikoissa –periaatteen mukaisesti.

Yhteistyörakenteiden luominen

Tarvitaan toimivat yhteistyörakenteet sosiaali- ja terveyden huollon, kunnan toimijoiden ja kolmannen sektorin toimijoiden välille. Tiivistä yhteistyötä tarvitaan, jotta muutos elää ja sitä tuetaan ihmisten arjessa. Yhteistyön lisäämisellä saadaan julkisen ja kolmannen sektorin toimijoiden resurssit tehokkaasti käyttöön ja edistetään palveluketjun toimivuutta.

Integraatio toiminnallisella tasolla

Hallinnollinen integraatio ei vielä tarkoita sitä, että integraatio toteutuu käytännössä ja tuottaa toivottuja vaikutuksia. Integraation tulee onnistua myös toiminnallisella tasolla. Lisäksi integraation tulee näkyä paitsi palvelujen järjestämisen myös niiden tuottamisen tasolla. Kysymyksiä herättää kuitenkin asiakkaan laajeneva valinnanvapaus ja tuotannon mahdollinen pirstaloituminen. Asiakkaan valinnanvapaus lisää järjestelmän kiinnostusta asiakasta kohtaan ja tukee muutosta kohti asiakaslähtöistä toimintatapaa, mutta valinnanvapaus myös asettaa haasteita integraatiolle ja jatkuvuudelle.

Kannustimet kuntoon

Kaikille tasoille tarvitaan kannustinrakenteet, jotka tukevat integraatiota ja tavoitteiden saavuttamista sekä sitouttavat eri toimijoita tarvittavien toimenpiteiden toteuttamiseen. Pitää määritellä mittarit, jotka mittaavat asiakashyötyä (toimintakykyä, arjessa pärjäämistä) ja vaikuttavuutta – eivät suoritteita. Mittarit tuottavat tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen tueksi.

Eriarvoisuuden vähentämisen kannalta kriittisiä tekijöitä tulevassa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä ovat:

- asiakaslähtöisen toiminnan ja uudenlaisen johtamiskulttuurin omaksuminen,
- hyvä tiedonkulku eri toimijoiden kesken ja kansalaisten luottamus tietosuojaan,
- ehkäisevän ja edistävän työn rakenteiden vahvistaminen kunnissa
- yhteistyörakenteiden luominen sosiaali- ja terveydenhuollon, kuntien ja kolmannen sektorin toimijoiden välille
- integraation toteutuminen myös toiminnallisella tasolla sekä
- onnistuneesti määritellyt tavoitteet, kannustinjärjestelmät ja mittarit.

3. Miten sosiaali- ja terveyspalvelut voivat vähentää eriarvoisuutta?

3.1 Eriarvoisuuden torjunta tehokkainta varhaislapsuudessa

Tutkimusten mukaan tehokkaimmin eriarvoisuutta torjutaan varhaislapsuudessa – jopa jo sikiöaikana. Myös oppimisvaikeuksiin puuttuminen esikouluiässä ja koulutaipaleen alussa on tehokasta syrjäytymisen ehkäisemistä. Ehkäisevään työhön ja varhaiseen ongelmiin puuttumiseen on panostettava niin inhimillisistä kuin taloudellisistakin syistä. Uudistuneissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteissa neuvolapalvelut ja kouluterveydenhuolto siirtyvät maakuntien järjestettäväksi, kun taas lapset ja perheet elävät jokapäiväistä arkeaan kunnissa. Tämä konteksti asettaa haasteita eriarvoisuuden ehkäisemiselle ja vähentämiselle.

Erilaisille perheille erilaisia palveluita

Eriarvoisuuden vähentäminen edellyttää palveluiden tuottamista tarvelähtöisesti ja yksilöllisten asiakaspolkujen mukaisesti. Perheen tilannetta ja tarpeita tulee arvioida yhdessä perheen kanssa, ja palvelukokonaisuus suunnitellaan perheen tarpeiden mukaan. Palveluita tulee tarjota erilaisille asiakasryhmille erilaisissa palvelukanavissa: digitaalisia palveluita, ryhmäpalveluita, henkilökohtaista palvelua, itsepalvelua, vertaistukea, jne. Perheen osallisuus palveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa lisää palveluiden laatua ja vapauttaa resursseja sekä lisää sitoutumista ja vaikuttavuutta, kun ihmiset kokevat voivansa osallistua heitä koskevien ratkaisujen tekemiseen.

Lähtökohtana tarpeiden arviointi

Terveyserojen kaventamisen näkökulmasta tulevassa sote-mallissa tärkeä osa neuvoloiden työtä tulee olemaan perheiden kuuntelu ja tarpeiden arviointi. Neuvoloissa tulee olla tieto alueellisista palveluverkoista, maakunnallisesta palveluvalikoimasta ja kunnallisesta palvelutarjonnasta, jotta perheet osataan ohjata oikeiden palveluiden pariin. Neuvolan terveydenhoitaja toimii ikään kuin yhteyshenkilönä koordinoitujen perheiden tarpeita ja palvelutarjontaa ”yhdeltä luukulta”.

Kasvatuskumppaneina yhdessä

Sosiaali- ja terveydenhuollolta edellytetään tiivistä yhteistyötä perheen asuinkunnan ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa, jotta eriarvoisuutta vähentävä työ elää ja sitä tuetaan perheiden arjessa. Tiivis yhteistyö varmistaa myös palveluiden jatkuvuuden. Tiedonkulun esteiden poistaminen on ehdoton edellytys yhteistyön onnistumiselle.

3.2 Nuoruuden nivelvaiheet kriittistä aikaa

Peruskoulun ja toisen asteen koulutuksen välinen nivelvaihe on kriittistä aikaa nuorten mahdollisen syrjäytymiskehityksen – ja siten myös terveys- ja hyvinvointierojen vähentämisen – kannalta. Jatkokoulutukseen siirtyvät nuoret siirtyvät kouluterveydenhuollosta opiskeluterveydenhuollon piiriin ja työelämään siirtyvät työterveyshuollon piiriin. Osa nuorista jää ulos jatkokoulutuksesta ja työelämästä. Riskinä on, että nämä nuoret myös putoavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmien ulkopuolelle eivätkä saa tarvitsemaansa tukea ja palveluita.

Nuorten aktiivinen etsiminen

Ensinnäkin on tärkeää tunnistaa ajoissa ne nuoret, jotka ovat peruskoulun jälkeen jäämässä jatkokoulutuksen ja työelämän ulkopuolelle ja jotka tarvitsevat tukea matkalla kohti aikuisuutta. Pitäisi määritellä selkeät riski-indikaattorit, joiden perusteella kouluterveydenhuollossa voidaan löytää syrjäytymisvaarassa olevat nuoret. Tunnistaminen vaatii myös moniammatillista yhteistyötä, ja tiedonkulun esteet eri ammattilaisten väliltä pitäisikin poistaa. Tärkeässä roolissa on myös etsivä nuorisotyö. Palvelujärjestelmän pitää aktiivisesti etsiä ja löytää syrjäytymisvaarassa olevat nuoret.

Kohdennettuja palveluita nuorille ja heidän perheilleen

Syrjäytymisvaarassa olevat nuoret tarvitsevat nimenomaan heille kohdennettuja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, jotka ottavat huomioon näiden nuorten erilaiset taustat, moninaiset ongelmat ja vaihtelevat elämäntilanteet. Toisaalta tarvitaan suoraan nuorille tarkoitettuja ja heille räätälöityjä palveluita, jotka suunnitellaan ja toteutetaan nuorisolähtöisesti (hyödyntävät esimerkiksi nuorten suosimia viestintätapoja). Toisaalta tarvitaan perheille kohdistettuja ja vanhemmuutta tukevia palveluita, sillä perheiden hyvinvoinnin tukeminen on nuorten hyvinvoinnin tukemista. Lukuisien eri tahojen tuottamat palvelut pitäisi kartoittaa ja koota selkeäksi ”palvelutarjottimeksi”, josta kullekin sopivat palvelut voidaan valita. Nuoret kannattaa ottaa mukaan palveluiden suunnitteluun ja toteuttamiseen.

Polku pärjäämiseen

On tärkeää, että syrjäytymisvaarassa olevat nuoret ”saatetaan” kouluterveydenhuollosta heille kohdennetun sosiaali- ja terveydenhuollon piiriin. Sote-uudistuksen myötä on erityisen tärkeää vahvistaa eri tahoilla (yksityinen sektori - julkinen sektori - 3. sektori, kunta – maakunta) toimivien nuorten parissa työskentelevien ammattilaisten välistä yhteistyötä, jotta kokonaisuus näyttäytyy nuorelle yhtenäisenä ja helposti lähestyttävänä ja jotta palveluiden jatkuvuus toteutuu.

Siirtymiset lasten palveluista nuorten palveluihin ja/tai aikuisten palveluihin ovat myös kriittisiä nivelvaiheita nuoruudessa, jolloin sosiaali- ja terveyspalveluiden piirissä pysymiseen (”saattaen vaihtamiseen”) ja tiedon kulkuun olisi oleellista kiinnittää huomiota. Nuorisopalvelulaki (vrt. vanhuspalvelulaki) voisi jäməköittää nuoriin kohdistuvaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa.

3.3 Apua aikuisille vaikeissa elämäntilanteissa

Lapsuuteen ja nuoruuteen liittyvät tekijät selittävät merkittävän osan aikuisuuden terveyseroista. Toisaalta erilaiset nivelkohdat ja vaikeat elämäntilanteet (esim. avioero, työttömyys, vakava sairastuminen) voivat johtaa huono-osaisuuden lisääntymiseen elämänsäajan varrella. Riskiryhmässä ovat muun muassa monisairaajat ja moniongelmaiset aikuiset, pitkäaikaistyöttömät, yksinasuvat sekä pienellä työeläkkeellä tai ansiolla elävät. Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien somaattinen terveys on muuta väestöä huonompi. Myös tämän asiakasryhmän tarpeet tarttumattomien sairauksien ehkäisyn suhteen tulee ottaa huomioon.

Elämäntilanteet ja palvelutarpeet vaihtelevat

Eriarvoiset aikuiset eivät ole yhtenäinen joukko. Toisten vaikeudet ovat tilapäisempiä luonteeltaan ja toisten perustavampaa laatua. Myös ongelmien vaikeusaste ja moninaisuus vaihtelevat, samoin ihmisten resurssit elämänsäajan aikana. Osa henkilöistä on jo palveluiden piirissä, kun taas kokonaan sivuun jääneet pitää vielä etsiä palveluiden pariin. Palvelutarpeet vaihtelevat erilaisten asiakasryhmien välillä ja myös asiakkaiden elämäntilanteiden vaihtuessa. Kunkin asiakkaan palvelutarpeen selvittämiseksi tarvitaan yhteistyötä monien eri toimijoiden kanssa.

Kohdennettuja palveluita ja vertaistukea

Eriarvoisuutta tulisi vähentää kohdistamalla palveluita erityisesti heikompi osaisille (positiivinen diskriminointi) ja kohdentamalla palveluita vastaamaan heidän tarpeitaan. On tärkeää, että asiakkaat myös itse osallistuvat itseään koskevan tiedon tuottamiseen, tarpeiden arviointiin sekä palveluiden suunnitteluun ja toteuttamiseen. Sosioekonomisesti ja terveydellisesti heikossa asemassa oleville tarvitaan myös matalan kynnyksen yhteisöperusteisia (community-based) palveluita, sillä vertaistuki on monelle mahdollisempi tapa hakea ja saada tukea. Vertaistuki myös lisää ihmisten osallisuutta ja toimijuutta. Asiakkaalla tulisi olla oma yhteyshenkilö, joka huolehtii asiakkuudesta ja koordinoi asiakkaan palveluita ja moniammatillisen tiimin toimintaa. Samalla tulisi kartoittaa asiakkaan perhetilanne, onko lapsia ja mikä on lasten hyvinvoinnin tilanne.

3.4 Muuttuva ympäristö vaatii uudenlaista viestintäosaamista

Muuttuvassa yhteiskunnassa viestinnän merkitys kasvaa, samoin myös muuttuvassa sosiaali- ja terveydenhuollon maailmassa. Digitalisaatio muuttaa sosiaali- ja terveyspalveluita ja terveysviestintää. On tärkeää, että digitaalinen vuorovaikutuksen ja palveluiden kenttä toimii myös heikommassa asemassa olevien elämässä. Eriarvoisuuden vähentämiseen tähtäävän viestinnän tavoitteena on tiedon välittämisen rinnalla taitojen, pystyvyyden tunteen ja voimavarojen tukeminen sekä stigmatisoitumisen ehkäiseminen.

Viestintää tukevat rakenteet

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden tulee mahdollistaa avoin viestintä, mielekäs vuorovaikutus ja luottamus sekä asiakkaiden äänen kuuluminen päätöksenteossa. Näin tieto ja ymmärrys asiakkaiden tarpeista ja näkökulmista välittyy kattavasti asiakaskohtaamisista päätöksiä tekeville tahoille.

Vuorovaikutusosaaminen

Trendinä ajassamme on tutkimustiedon ja kokemuksellisen tiedon rajan hämärtyminen. Auktoriteetteja kyseenalaistetaan, korostetaan yksilöllisyyttä ja arvostetaan kokemuksesta kumpuavia näkemyksiä. Pelkkään tietoon perustuva ”ylhäältä alas” -viestintä ei toimi. Asiakslähtöinen työote edellyttää vuorovaikutusta, jossa ammattilaisille välittyy ymmärrys ihmisten tarpeista ja voimavaroista. Tiedot ja taidot rakennetaan yhdessä vuorovaikutustilanteessa. Tämä edellyttää ammattilaisilta vuorovaikutusosaamista: arvostavaa kysymisen ja kuuntelemisen taitoa, positiivista voimavaroja ja pärjäämistä vahvistavaa viestintää sekä motivoivan ja valmentavan ohjauksen periaatteita hyödyntävää työtapaa. Näin ihminen pääsee itse vaikuttamaan omaan terveyteensä ja hyvinvointiinsa liittyviin asioihin. Vuorovaikutusosaaminen, elintapa- ja omahoidon ohjaus ja niiden kehittäminen ei saa olla satunnaisten tutkijoiden ja toimijoiden varassa, vaan sitä varten tulee olla kattava koulutus- ja tutkimusjärjestelmä.

Eriarvoisuuden vähentämisen kannalta tärkeitä tekijöitä sosiaali- ja terveyspalveluissa ovat:

- ihmisten erilaisuuden huomiointi, asiakkaiden tarpeiden arviointi ja palveluiden kohdentaminen tarvelähtöisesti,
- osallisuus – tarpeiden arviointi ja määrittely, palveluiden kehittäminen, suunnittelu ja toteuttaminen yhdessä asiakkaiden kanssa,
- palveluiden saanti ”yhdeltä luukulta” ja yhteyshenkilöltä, joka koordinoi asiakkaiden tarpeita ja palvelutarjontaa,
- palveluita eniten tarvitsevien asiakkaiden aktiivinen etsiminen palveluiden piiriin sekä
- uudenlaisen viestintäosaamisen hyödyntäminen muuttuvassa toimintaympäristössä.

4. Ehkäistään terveyden eriarvoistumista ja terveydestä johtuvaa eriarvoistumista

Eriarvoisuuden ehkäisy ja vähentäminen sosiaalipoliittisin ja talouspolitiikan keinoin on keskeistä tarttumattomien sairauksien ehkäisyssä. Olennaista sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksissa ja integraatiossa on, miten tarvelähtöisesti suunnitellun ehkäisevän toiminnan keinoin ja erilaisten ihmisten ja ryhmien muuttuviin elämäntilanteisiin soveltuvien sosiaali- ja terveyspalveluiden keinoin voitaisiin ehkäistä terveyden eriarvoistumista ja terveydestä johtuvaa eriarvoistumista. Keskeisiä kysymyksiä ovat, miten ehkäistä eriarvoistumista ja tukea eri syistä jo heikompaa asemaan joutuneita sosiaali- ja terveyspalveluiden keinoin sekä miten ehkäistä stigmatisoitumista ja mahdollistaa liikkuvuus elämäntilanteissa ja elämänculussa voimauttavan ohjauksen ja tuen turvin (matalan kynnyksen ei-diagnoosipohjaiset palvelut).

Haasteeksi nousevat tarpeiden tunnistaminen, mahdollisuus ja taito ohjata asiantuntevan avun piiriin sekä monialaisen tuen organisoituminen, kanavat ja resurssit. Palveluiden resursseja suunnitella on (tilaajilla) oltava riittävän kattavasti tietoa palveluiden käyttäjien todellisista tarpeista, jotta he voivat kohdentaa palvelut tarpeen mukaisella tavalla. Tähän tarvitaan palveluiden käyttäjien arjen tuntemusta ja asiakaslähtöistä työotetta. Avuksi tarvitaan arjessa pärjäämisen ja elämänlaadun arviointivälineitä,

vertaisryhmä- ja kokemusasiantuntijuuden hyödyntämistä ja yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa. Hyvinvointikertomukset ovat keskeinen työkalu kunnissa. Palveluiden suunnittelun ja tuotannon tulee ohjautua niiden käyttäjien tarpeista käsin.

Työpajaan osallistuivat:

- Tuija Brax, pääsihteeri, Suomen Sydänliitto (työpajan puheenjohtaja)
- Doris Holmberg-Marttila, ylilääkäri, PSHP, perusterveydenhuollon yksikkö
- Tapani Hämäläinen, kansanterveystyön johtajaverkoston sihteeri ja pth-yksikön johtaja, ylilääkäri, HUS, perusterveydenhuollon yksikkö
- Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi, professori, Oulun yliopisto, elinikäisen terveyden tutkimusyksikkö
- Kauko Koivuniemi, VTL, Broadview Oy
- Jorma Komulainen, LT, dosentti, Käypä hoito -päätoimittaja, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
- Minerva Krohn, ylilääkäri, THL
- Leena Kuusisto, koordinoitipäällikkö, PSHP, perusterveydenhuollon yksikkö
- Marjaana Lahti-Koski, terveysjohtaja, Suomen Sydänliitto
- Kristiina Mukala, lääkintöneuvos, STM, Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osasto
- Minna Niemi, kehittämispäällikkö, Pikassos Oy
- Veijo Notkola, professori, Kuntoutussäätiö
- Helena Nuutinen, PsL, YTM, psykologi, Suomen Diabetesliitto (asiantuntijasihteeri)
- Eeva Ollila, terveyden edistämisen ylilääkäri, Suomen Syöpäyhdistys
- Tuomo Pääkkönen, lääkintöneuvos
- Matti Rautalahti, pääsihteeri, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
- Matti Rimpelä, professori emeritus
- Sanna-Mari Salomäki, viestinnän tutkija ja asiantuntija, Aurera Oy (sihteeri)
- Sirpa Sarlio-Lähteenkorva, neuvotteleva virkamies, STM, Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osasto
- Jan Schugk, ylilääkäri, EK
- Mari Selin-Kivenvuori, kehittäjäsosiaalityöntekijä, Tampereen kaupunki, aikuisten sosiaalipalvelut
- Osmo Soininvaara, valtiot. lis., yrittäjä, Tietokeino Oy
- André Sourander, professori, Turun yliopisto
- Tiina Surakka, hallintoylihoitaja, PSHP
- Kaarina Tamminiemi, erityisasiantuntija, SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry
- Merja Toivonen, kliininen opettaja, Tampereen yliopisto, yleislääketiede
- Juha Pekka Turunen, koulutuspäällikkö, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
- Matti Uusitupa, professori emeritus, Itä-Suomen yliopisto, kansanterveystiede ja kliininen ravitsemustiede
- Jukka Valkonen, erityisasiantuntija, Suomen Mielenterveysseura (asiantuntijasihteeri)
- Maarit Varjonen-Toivonen, ylilääkäri, PSHP, perusterveydenhuollon yksikkö

Liite 2, Koonti työpajasta: Ravitsemus

1. Terveellinen syöminen on kansalaistaito

Suomalaisten aikuisten ruokavalio on kehittynyt hyvään suuntaan. Ravitsemussuosituksiin nähden suomalaiset syövät kuitenkin edelleen liian vähän kasviksia ja kalaa ja puolestaan liian paljon punaista lihaa. Myös vuosikymmeniä jatkunut ruoan rasvan laadun paraneminen on pysähtynyt. Suomalaisten ruoka sisältää nyt entistä enemmän rasvaa ja etenkin tyydyttynyttä rasvaa, jota saadaan eniten rasvaisista maitovalmisteista ja voipohjaisista levitteistä. Rasvan laadun heikkenemisen lisäksi toinen epäsuotuisa muutos väestön terveyden kannalta on ruokavalion hiilihydraattien laadun heikkeneminen. Hiilihydraatteja saadaan aiempaa enemmän sokerista ja vähemmän kuitupitoisista viljatuotteista. Lisäksi sekä aikuisilla että lapsilla suolan saanti ylittää reilusti suositukset. Muutenkin lasten ruokavaliossa näkyvät samat haasteet kuin aikuisillakin. Jo leikki-ikäiset saavat liikaa sokeria ja tyydyttynyttä rasvaa, kun taas monitydyttymättömiä rasvahappoja saadaan riittämättömästi ja kasvisten käyttö on varsin vähäistä.

Tässä työpajassa pohdittiin sosiaali- ja terveydenhuollon mahdollisuuksia edistää suomalaisten terveellistä ravitsemusta erityisesti tulevassa ”sote-maailmassa”, uudistuneissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteissa.

Terveellisen syömisestä tulisi olla jokaisen suomalaisen kansalaistaito. Sosiaali- ja terveydenhuollolla on merkittävä rooli kansalaisten terveellisen ravitsemuksen edistämisessä. Ensinnäkin sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävänä on tukea kansalaisten valmiuksia terveyttä edistävään syömiseen - vahvistaa niin tietoja, taitoja kuin tahtoa - sekä tarjota laadukasta ravitsemushoitoa. Toiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset voivat tukea terveellistä ravitsemusta myös sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuolella vaikuttaen kansalaisten elinympäristöön. Tavoitteena on tukea terveellisen ravitsemuksen keinoin terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä terveyserojen ja eriarvoisuuden vähentämistä. Painopisteen tulee olla ehkäisevässä työssä. Ravitsemuksella on oleellinen tehtävä tarttumattomien sairauksien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa.

2. Elinympäristö tukee terveellistä syömistä

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset voivat edistää kansalaisten terveellistä ravitsemusta paitsi sosiaali- ja terveydenhuollossa myös laajemmin yhteiskunnassa.

Ruokaympäristö terveyttä tukevaksi

Ympäristö ohjaa ihmisten syömistä. Ruoan saatavuus, valikoimat, annos- ja pakkauskoost, hinta ja mainonta vaikuttavat ihmisten syömiseen. Terveellisen ravitsemuksen edistämiseksi tarvitaan yhteistyötä esimerkiksi elintarviketeollisuuden, vähittäiskaupan ja ruokapalveluiden kanssa, jotta terveellisiä ruokavalintoja olisi helpompi tehdä. Tärkeä yhteistyön ja kehittämisen kohde on suolan määrän vähentäminen ja rasvan laadun parantaminen elintarvikkeissa. Elintarvikkeiden laatuun voidaan vaikuttaa muun muassa suositusten ja laatujärjestelmien avulla (esim. Sydänmerkki-järjestelmä). Kuntien tarjoamat ruokapalvelut ja ruoasta viestintä ovat merkittävä osa kansalaisten ruokaympäristöä, ja niiden tulee perustua tutkittuun tietoon ja ravitsemussuosituksiin.

Ravitsemus kaikissa politiikoissa

Ruokaympäristöön ja kansalaisten terveelliseen ravitsemukseen vaikuttavia päätöksiä tehdään eri hallinnon aloilla. Paitsi sosiaali- ja terveysministeriön myös valtiovarainministeriön, opetus- ja kulttuuriministeriön, maa- ja metsätalousministeriön, ympäristöministeriön sekä työ- ja elinkeinoministeriön tulisi päätöksenteossaan ja resurssiohjauksessaan huomioida terveys- ja hyvinvointinäkökulmat ja -vaikutukset sekä aktiivisesti edistää kansalaisten terveellisestä ravitsemusta. Keskeinen vaikuttamisen keino on verotus.

Elintarvikkeiden hintoihin voidaan vaikuttaa esimerkiksi terveysperusteisten haittaverojen avulla tai terveellisten tuotteiden (kasvikset ja hedelmät) alemmalla arvonlisäverolla. Myös tuotantotuet ovat tehokas keino vaikuttaa hintoihin. Pakkausmerkintäsäädöksiin voidaan helpottaa kuluttajien terveyttä tukevia valintoja. Elinkeinopolitiikan keinoin voidaan vaikuttaa elintarvikkeiden saatavuuteen. Päätöksiä tehdään eri hallinnon tasoilla, valtion-, alue- ja kunnallishallinnossa.

Mukana ajassa, osana ruokakulttuuria

Terveellinen ruokavalio on osa laajempaa kokonaisuutta. Ruoka ei täytä pelkästään ihmisen fysiologisia tarpeita vaan myös turvallisuuden, yhteenkuuluvuuden, arvonannon sekä itsensä toteuttamisen tarpeita. Syöminen vaikuttaa ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin monella tavalla. Terveellistä ravitsemusta ei pitäisi edistää irrallaan ruokakulttuurista vaan osana sitä. Suomalaisessa ruokakulttuurissa on monia tekijöitä ja trendejä, jotka tukevat terveellistä ravitsemusta. Näitä voimia kannattaa hyödyntää. Kansalliset ravitsemussuositukset vastaavat hyvin muun muassa kestävän kehityksen periaatteita. Ruokakulttuuri muuttuu koko ajan. Esimerkiksi maahanmuuttajien myötä suomalainen ruokakulttuuri monipuolistuu. Muutokset ja trendit vaikuttavat kansalaisten ruokavalioon ja ruokailutottumuksiin. Niitä pitää seurata, jotta pysytään ajassa mukana ja pystytään reagoimaan muutoksiin.

3. Ravitsemusasiat osaksi sote-johtamisen työkaluja

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden uudistamisen myötä kunnilla säilyy edelleen vastuu väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä. Sosiaali- ja terveystalvet siirtyvät maakuntien järjestettäväksi, ja palveluiden tuottamisesta vastaavat yksityiset yritykset, julkiset yhtiöt ja järjestöt. Uudistuksen myötä kunnista poistuu sosiaali- ja terveydenhuollon osaamista. Terveellisen ravitsemuksen edistämisen kannalta tärkeitä näkökulmia tässä tilanteessa ovat:

Hyvinvointijohtamisen työkalut käyttöön

Strategisen hyvinvointijohtamisen keskeinen työkalu kunnissa ja maakunnissa on hyvinvointikertomus. Hyvinvointikertomuksessa pitäisi huomioida myös terveellisen ravitsemuksen edistäminen ja sen hyödyntämistä käytännössä tulisi vahvistaa. Eri kohderyhmille tarkoitetuissa ravitsemussuosituksissa kerrotaan terveyttä edistävän ruokavalion periaatteet ja käytännön toteuttaminen. Suositukset ovat hyvä perusta kaikkeen toimintaan, johon ravitsemuskysymykset liittyvät. Suositusten toteutumista tulisi seurata paremmin. Sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien ravitsemuksen ammattilaisten tehtävänä on tarjota asiantuntijatukea kunnille muun muassa hyvinvointikertomustyössä. Tärkeä terveellisen ravitsemuksen edistämisen areena ovat julkiset ruokapalvelut – huomioidaanko terveellisyysnäkökulmat ja ravitsemussuositukset hankintakriteereissä, ohjaavatko suositukset toimintaa, miten hyvin suositukset toteutuvat käytännössä.

Työkalut ja kannustimet tukemaan terveellistä ravitsemusta

HYTE-kertoimen tavoitteena on kannustaa kuntia aktiiviseen ja vaikuttavaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen myös uudistuneissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteissa. Kannustimien ja keskeisten hyvinvointijohtamisen työkalujen, kuten hyvinvointikertomuksen ja TEA-viisarin, sisältöjä tulisi kehittää siten, että ne huomioivat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen eri ulottuvuudet kattavasti ja huomioivat paremmin myös terveellisen ravitsemuksen edistämisen monet näkökulmat. Tämä edellyttää ravitsemukseen liittyvien indikaattoreiden kehittämistä ja mitattavan tiedon keräämistä.

Järjestelmistä tietoa ravitsemusjohtamiseen

Sanotaan, että sitä johdetaan ja tehdään, mitä mitataan. Asiakas- ja potilastietojärjestelmät ovat keskeisiä välineitä tiedon tuotantoon. Näissä tietojärjestelmissä kerättävää tietoa tulisi hyödyntää nykyistä paremmin myös tutkimuksen ja johtamisen näkökulmasta. Erilaista mittari- ja seurantatietoa hyödynnetään paitsi strategisessa johtamisessa myös monenlaisessa suunnittelu- ja kehitystyössä, arvioinnissa, päätöksen teon ja muun päivittäisen johtamisen tukena niin sosiaali- ja terveydenhuollossa kuin hallinnon eri tahoillakin. Ravitsemukseen liittyvän tiedon keruuta pitäisi parantaa (riskitekijöiden, syömiskäyttäytymisen,

prosessien mittarit), sillä olemassa olevat järjestelmät eivät tue tarpeeksi hyvin terveellisen ravitsemuksen edistämiseksi tehtävää työtä. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmiin tulee kehittää yhdenmukaisia kirjaamiskäytäntöjä ravitsemukseen liittyen, ja järjestelmissä tulee hyödyntää rakenteista kirjaamista. Käytännön työssä tarvitaan tarpeeksi tarkkaa tietoa. Esimerkiksi kunnallishallinnossa tarvitaan kuntatason tietoa, maakuntatason tieto on liian epätarkkaa käytännön työn kannalta.

4. Sosiaali- ja terveydenhuolto tukee terveellistä ravitsemusta koko elämänkulun ajan

Riskien seulontaa ja riskien ehkäisyä

Nykyinen palvelujärjestelmä tavoittaa melko hyvin lapset ja nuoret neuvolassa, kouluterveydenhuollossa, opiskelijaterveydenhuollossa ja armeijassa. Lisäksi tavoitetaan melko hyvin työikäiset aikuiset, jotka ovat työterveyshuollon piirissä, ja iäkkäät, jos heillä on sairauksia ja he ovat terveydenhuollon asiakkaina. Näissä kohderyhmissä riskinarviointi kolesterolin, kohonneen veranpaineen, painon ja vyötärönympäryksen sekä tyypin 2 diabeteksen osalta toimii melko hyvin. Nuorten aikuisten, aikuisten ja ikääntyneiden osalta kokonaisriskinarviointia tulisi kuitenkin vahvistaa niiden ryhmien osalta, jotka ”katoavat” terveydenhuollon tavoittamattomiin. Nykyisessä palvelujärjestelmässä riskiryhmien seulonta on varsin kattavaa. Väestön riski sairastua tarttumattomiin sairauksiin muodostaa kuitenkin jatkumon. Entistä enemmän resursseja pitäisi suunnata ”alkupään” ehkäisevään työhön. Pitäisi tunnistaa jo ne henkilöt, joilla on korkea riski syödä epäterveellisesti, ja tukea heidän terveyttä edistävien ruokailutottumusten kehittymistä ennen kuin sairastumisen riskiä lisääviä tekijöitä ilmenee. Lisäksi kansalaisten tietotaitoa ja välineitä oman ruokavalion ja omien riskien arviointiin tulee kehittää.

Palvelutarjonta kuntoon

Riskiryhmien ja sairastuneiden palveluketjut tulee määritellä tarkasti ja ohjautumista palvelujärjestelmään tulee vahvistaa. Heillä tulisi olla mahdollisuus yksilö- ja/tai ryhmämuotoiseen elintapa- ja ravitsemusohjaukseen, jota antaa ravitsemusterapeutti tai ravitsemukseen perehtynyt hoitaja. Tärkeää on ohjauksen seuranta ja jatkuvuus, jotta palveluketju terveellisen ravitsemuksen edistämisen osalta ei katkea. Ravitsemukseen liittyviä kirjaamiskäytäntöjä tulee kehittää. Kirjaaminen edesauttaa yksilöllistä ohjausta ja seurantaa sekä lisää ravitsemusohjauksen arvostusta, koska se mitä kirjataan koetaan tärkeäksi. Hoito-, kuntoutus- ja terveyssuunnitelmiin tulisi kirjata myös yksilöllinen ravitsemushoitosuunnitelma. Ravitsemusohjauksen kriteerit laadun ja saatavuuden osalta pitäisi määritellä. Lisäksi tulisi määritellä terveellisen ravitsemuksen edistämiseen osallistuvat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ja heidän välisensä työnjako ravitsemusohjauksessa ja -hoidossa.

Ravitsemusosaamisen vahvistaminen

Ajantasaiset kansalliset ravitsemussuositukset luovat hyvän perustan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ravitsemuksen keinoin. Terveydenhuoltohenkilöstö tarvitsee kuitenkin koulutusta sekä ravitsemuksesta että motivoivasta elämäntapaohjauksesta, jolla asiakasta tuetaan yksilöllisesti käyttäytymistason muutoksiin. Myös ravitsemushoidon merkitys hyvinvoinnille tulisi ymmärtää entistä paremmin. Terveydenhuoltohenkilöstön ravitsemus- ja ohjauskoulututusta tulee vahvistaa peruskoulutuksessa (etenkin ammattikorkeakoulut) ja lisäksi tulee tarjota täydennyskoulutusta. Työnantajien ymmärrystä ravitsemuksen keskeisestä merkityksestä terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä ja sairauksien ehkäisyssä tulisi lisätä, jotta terveydenhuollon ammattilaiset voivat osallistua ravitsemuskoulutuksiin. Myös tietoisuutta käytössä olevista ravitsemustyökaluista, kuten esimerkiksi Sydänmerkki-järjestelmä, syohyvaa.fi-sivusto, Sapere-toiminta ja Neuvokas perhe -menetelmä, tulee lisätä. Edelleen Käypä hoito –suositusten ravitsemusosioiden hyödyntämistä tulee vahvistaa lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan antamassa ohjaustyössä.

Moniammatillinen yhteistyö

Ihmisten terveystarpeiden tunnistamisessa myös ravitsemusnäkökulmasta tarvitaan moniammatillista yhteistyötä. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation myötä voidaan vahvistaa sosiaalihuollon ammattilaisten osaamista potentiaalisten ravitsemusriskien tunnistamisessa. Esimerkiksi kotipalvelu voi

tunnistaa vanhusten vajaaravitsemuksen. Sosiaalihuollossa voidaan tavoittaa ihmisiä, joita ei tavoiteta terveydenhuollon toimesta. Erityisen tärkeää on heikommassa asemassa olevien tavoittaminen. Terveellinen syöminen tulisi nähdä voimavaroja lisäävänä tekijänä ihmisen hyvinvoinnissa. Lisäksi yhteistyötä riskinarvioinnissa ja ravitsemusohjauksessa kannattaa edelleen kehittää ja vahvistaa kolmannen sektorin ja kuntien toimijoiden kanssa. Terveellisen ravitsemuksen edistämisen tulisi olla läsnä ihmisten arjessa, ei pelkästään asiakaskäynneillä.

Parhaiden käytäntöjen levittäminen ja jalkauttaminen

Tulokselliset projektit ja hyväksi havaitut käytännöt tulisi ottaa systemaattisemmin kansalliseen käyttöön ja jalkauttaa osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita. Tästä hyvänä esimerkkinä on Seinäjoen Lihavuus laskuun -ohjelma. Seinäjoella lasten lihavuus on puolittunut, kun neuvolat, päiväkodit, kouluterveydenhuolto, koulut ja muut kuntatoimijat sekä järjestöt ovat kaikki toimineet yhdessä asian eteen. Vastaavasti tulisi hyödyntää sairaanhoitopiirien kehittämiä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen malleja ja ravitsemushoitokäytäntöjä. Puolestaan sellaisten hankkeiden tukemista tulisi vähentää, joiden jalkauttamista ei ole mietitty ja joiden vaikuttavuutta ei seurata.

Digitaaliset palvelut

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tulisi hyödyntää paremmin digitalisaation tarjoamia mahdollisuuksia, erityisesti omahoidossa ja seurannassa. Ohjelmat täydentävät yksilöllistä ravitsemusohjausta. Ne myös auttavat kohdentamaan resursseja tehokkaammin ja tarkoituksenmukaisemmin. Kun osa palveluista tarjotaan digitaalisina palveluina, voidaan henkilöstöresursseja kohdentaa riskiryhmille ja heikoimmassa asemassa oleville. Myös ammattilaisten osaamista voidaan vahvistaa tehokkaasti verkkokoulutuksen keinoin. Digitaalisten palveluiden kehittämiseen tarvitaan resursseja.

5. Näyttöön perustuva yhteinen tietopohja

Kaiken päätöksenteon ja resurssiohjauksen, suunnittelun ja kehittämisen, koulutuksen, viestinnän sekä käytännön työn perustana tulee olla tutkittu tieto terveellisestä ravitsemuksesta, ravitsemushoidosta, väestön syömiskäyttäytymisestä ja terveyden edistämisen vaikuttavuudesta. Tieto myös uusiutuu koko ajan. Päätäjillä, ammattilaisilla ja kansalaisilla pitää olla käytettävissään ajankohtainen ja uusin tieto terveellisestä ravitsemuksesta. Yhteinen tietopohja on sekä kansalaisten että ammattilaisten ravitsemusosaamisen perusta. Tieto on myös johtamisen väline.

Tietoa lasten ja nuorten ravitsemuksesta

Indikaattorit ovat tärkeitä tiedolla johtamisen työkaluja. Ravitsemukseen liittyvien indikaattorien kehittäminen ja validointi edellyttävät tietoa väestön ravitsemuksesta. Esteenä ravitsemusindikaattorien kehittämiselle on se, että nykyisin Suomessa seurataan säännöllisesti vain aikuisväestön ravitsemusta Finravinto-tutkimuksen avulla. Vastaava tieto lasten ja nuorten osalta puuttuu. Ruokailutottumukset omaksutaan jo varhain, joten myös ehkäisyn ja varhaisen tuen näkökulmasta on erittäin tärkeää saada tietoa lasten ja nuorten ravitsemuksesta. Lisäksi olisi tärkeää saada tietoa ravitsemuksen alueellisista eroista (maakuntatasolla).

Tietoa muutosvirtauksista

Ruokaympäristö ja ruokakulttuuri muuttuvat koko ajan. Tarvitaan tietoa ruokakulttuurin trendeistä, ruokaympäristön hiljaisista signaaleista ja asenneilmapiirin muutoksista, jotta osataan tarpeeksi nopeasti reagoida tapahtuviin muutoksiin niin päätöksenteossa, toiminnassa kuin viestinnässäkin. Big datan mahdollisuuksia tulisi tutkia ja kehittää. Esimerkiksi Plussa- ja S-etukortit kerryttävät valtavasti tietoa perheksikön ruokaostoksista.

Tietoa vaikuttavuudesta

Lisäksi tarvitaan tietoa erilaisten terveelliseen ravitsemukseen tähtäävien toimien ja ravitsemushoidon vaikuttavuudesta, millainen vaikuttavuus tehdyillä toimenpiteillä on ollut ja millaiset keinot terveellisen ravitsemuksen edistämiseksi ovat vaikuttavia.

Terveysportaali kokoaa luotettavan tiedon

Tarvitaan yksi valtakunnallinen terveysportaali, josta löytyy helposti ajantasainen ja kattava, tutkimukseen perustuva tieto terveellisestä ravitsemuksesta. Portaali toimisi sekä ammattilaisten että kansalaisten tiedon lähteenä, jonne ammattilaisten olisi helppo myös ohjata ravitsemustietoa tarvitsevat ihmiset.

Viestintä lisää tietoa, taitoa ja tahtoa

Viestinnän avulla voidaan vaikuttaa terveellisen syömisestä edistämiseksi. Pelkkä tiedon lisääminen ei johda käyttäytymismuutoksiin. Tiedon välittämisen lisäksi viestinnän pitää vaikuttaa myös tunteisiin ja saada aikaan toimintaa. Kieltämisen sijaan viestinnässä tulisi positiivisella tavalla ja eri kohderyhmille kohdennetusti kannustaa syömään terveellisesti. Pirstaleisessa viestintäympäristössä, jossa kansalainen kohtaa paljon ja hyvin eritasoisia ravitsemukseen, ruokaan ja syömiseen liittyvää viestintää, olisi tärkeää koordinoita ja tehdä yhteistyötä ”virallisen” ravitsemusviestinnän saralla. Viestinnän avulla voidaan myös kehittää kansalaisten ravitsemuksen lukutaitoa. Ja uudet viestintätekniikat mahdollistavat kansalaisten osallisuuden vahvistamisen. Ravitsemusviestinnän tehtävänä on lisätä tietoa, taitoa ja tahtoa syödä terveellisesti.

6. Terveellinen ravitsemus ehkäisee tarttumattomia sairauksia

Tarttumattomien sairauksien ehkäisy ravitsemuksen keinoin edellyttää sitä, että sekä kansalaiset että ammattilaiset osaavat nykyistä paremmin terveellisen ruokavalion koostamisen periaatteet ja sen toteuttamisen käytännössä. Ravitsemussuositukset antavat tähän hyvän perustan, mutta niiden jalkauttaminen vaatii toimia. Keskeisten ravitsemusviestien läpiviemiseksi tarvitaan virallisten tahojen koordinaatiota ja yhteistyötä viestinnässä. Ammattilaisten tulee saada ravitsemus- ja elintapaohjauskoulutusta, jotta he osaavat tukea kansalaisia yksilöllisesti terveyttä edistävien ruokavalintojen tekemiseen. Arkiympäristön pitäisi nykyistä paremmin mahdollistaa ja houkuttaa tekemään terveyttä edistäviä ruokavalintoja. Ravitsemussuositusten mukainen ruokapalveluiden tarjonta on keskeisessä asemassa mallina terveyttä edistävästä ateristiä, ja ravitsemussuositusten toteutumista kunnallisissa ruokapalveluissa tulisi seurata. Eri-ikäisten väestöryhmien ruoankäyttöä tulee seurata säännöllisesti, jotta terveyttä edistävää syömiskehitystä voidaan vahvistaa ja toisaalta terveyden kannalta huonoihin ruokatrendeihin ja ravitsemusriskeihin pystytään reagoimaan ajoissa. Johtamisen tueksi tarvitaan alue- ja kuntatason tietoa ravitsemuksesta. Digitaalisia ravitsemukseen liittyviä palveluita tulee kehittää ja jo olemassa olevia hyödyntää tehokkaammin.

Työpajaan osallistuivat:

- Patrik Borg, ravitsemusasiantuntija, Helsingin Urheilulääkäriasema
- Mikael Fogelholm, professori, Helsingin yliopisto, elintarvike- ja ympäristötieteiden laitos
- Hannu Hausen, professori emeritus, asiantuntijahammaslääkäri, Suomen Hammaslääkäriliitto
- Mirja Huuskonen, johtava ravitsemusterapeutti, PKSSK, ravitsemusterapia
- Leea Järvi, terveyden edistämisen koordinaattori, PPSHP, perusterveydenhuollon yksikkö
- Tarja Kinnunen, yliopistonlehtori, Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
- Marjaana Lahti-Koski, terveystoiminnan johtaja, Suomen Sydänliitto
- Jaana Lindström, tutkimuspäällikkö, THL, Kansanterveysratkaisut-osasto
- Päivi Metsäniemi, kehittämisylilääkäri, Terveystalo
- Pertti Mustajoki, professori
- Sari Niinistö, erikoistutkija, THL, Kansanterveysratkaisut-osasto (asiantuntijasihteeri)

- Eeva Nykänen, ravitsemussuunnittelija, KSSHP, perusterveydenhuollon yksikkö
- Kirsi Pietiläinen, professori, Helsingin yliopisto, lihavuustutkimusyksikkö, ylilääkäri, HUS
- Kaisa Pulkkinen, projektipäällikkö, HUS-Tietohallinto, Virtuaalisairaala 2.0 -hanke
- Tuija Pusa, ravitsemusasiantuntija, Suomen Sydänliitto (asiantuntijas sihteeri)
- Riikka Puusniekka, erityissuunnittelija, Espoon kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi, kehittämisen tulosalue
- Auli Pölönen, koordinoitipäällikkö, PSHP, toimialue 1
- Matti Rautalahti, pääsihteeri, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
- Sanna Ritola, projektikoordinaattori, Suomen Syöpäyhdistys, terveyden edistäminen
- Sanna-Mari Salomäki, viestinnän tutkija ja asiantuntija, Aurera Oy (sihteeri)
- Sirpa Sarlio-Lähteenkorva, neuvotteleva virkamies, STM, Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osasto (puheenjohtaja)
- Riitta Sauni, ylilääkäri, STM, Työsuojeluosasto
- Ursula Schwab, professori, Itä-Suomen yliopisto, lääketieteen laitos
- Ulla Siljamäki-Ojansuu, johtava ravitsemusterapeutti, TAYS, ravitsemusterapiayksikkö
- Mikko Syväne, ylilääkäri, Suomen Sydänliitto
- Juha Pekka Turunen, koulutuspäällikkö, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
- Matti Uusitupa, professori emeritus, Itä-Suomen yliopisto, kansanterveystiede ja kliininen ravitsemustiede
- Erkki Vartiainen, professori, THL, Kansanterveysratkaisut-osasto

Liite 3, Koonti työpajasta: Liikunta

1. Tavoitteena liikunnan lisääminen ja paikallaanolon vähentäminen

Maailman terveysjärjestö WHO on julkaissut tarttumattomien sairauksien ehkäisyn ja hoidon toimintaohjelman vuosiksi 2013-2020. Liikunnan osalta WHO:n toimintaohjelman tavoitteena on, että terveyden kannalta riittämättömästi liikkuvien osuus väestössä vähenee 10 prosenttia vuoden 2010 tasosta vuoteen 2025 mennessä.

Vain 11 prosenttia 15–64-vuotiaista ja viisi prosenttia 65–84-vuotiaista suomalaisista liikkuu suositusten mukaan. Tässä työpajassa pohdittiin sosiaali- ja terveydenhuollon mahdollisuuksia tukea terveyttä edistävän liikunnan lisäämistä erityisesti uudistuneissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteissa. Työpajassa pohdittiin sekä liikunnan lisäämisen että istumisen ja muun paikallaanolon vähentämisen keinoja.

2. Liikuttaako tuleva sote Suomea?

Liikunta on keskeinen osa terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä, sairauksien ehkäisyä ja hoitoa sekä kuntoutusta. Terveyttä edistävän liikunnan lisäämiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksessa tulisi huomioida:

Liikunta vahvasti esille sote- ja hyvinvointijohtamiseen

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutuksen jälkeen kunnilla säilyy edelleen vastuu väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä. Uudistuksen myötä kunnista kuitenkin poistuu sosiaali- ja terveydenhuollon osaamista, kun sosiaali- ja terveyspalvelut siirtyvät maakuntien järjestettäväksi. Kunnat tarvitsevatkin sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijatukea hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnittelussa ja toteutuksessa (esim. hyvinvointikertomustyö). On tärkeää, että maakunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelustrategiassa, palvelulupauksessa ja alueellisessa hyvinvointikertomuksessa sekä kunnallisessa hyvinvointijohtamisessa painopiste on hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä sekä sairauksia ehkäisevässä työssä - ja liikunta on vahvasti esillä.

Liikunta osaksi palvelukokonaisuuksia ja järjestämissopimuksia

Kun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden uudistamisen myötä palvelujen järjestäminen ja tuottaminen eriytetään toisistaan, korostuu tilaamisosaamisen merkitys – myös liikunnan osalta. Liikuntaa lisäävät ja paikallaanoloa vähentävät, tutkimusnäyttöön ja hyviin käytänteisiin perustuvat toimintamallit tulisi huomioida tilattavissa palvelukokonaisuuksissa ja sisällyttää järjestämissopimuksiin. Palvelukokonaisuuksien suunnittelussa tulisi huomioida palveluiden kohdistaminen ja tuottaminen kohderyhmien tarpeiden mukaisesti sekä asiakaslähtöinen palveluiden ja prosessien suunnittelu, esimerkiksi palvelumuotoilun keinoin. Erilaisille asiakkaille tarvitaan erilaisia liikunnan lisäämisen ja paikallaanolon vähentämisen palveluita.

Liikuntaa lisäävien yhteistyörakenteiden luominen

Liikunta-alan koulutuksen saaneet ammattilaiset eivät yleensä ole sosiaali- ja terveydenhuollon palveluksessa. Terveyttä edistävän liikunnan lisäämisen kannalta keskeiset jokapäiväisen arjen toimijat, kuten päiväkodit, muu varhaiskasvatus ja koulut sekä liikuntatoimi, ovat kunnissa. Myös kolmannen sektorin rooli kansalaisten liikuttamisessa on keskeinen. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yhteydessä onkin tärkeää luoda kuntien, sote-tuottajien ja -järjestäjien sekä kolmannen sektorin toimijoiden (esim. liikunta- ja urheiluseurat, kansanterveysjärjestöt, kansalaisopistot) välille toimivat yhteistyörakenteet terveyttä edistävän liikunnan lisäämiseksi. Laaja-alaista, moniammatillista yhteistyötä tarvitaan myös palveluketjujen toimivuuden ja palveluprosessien jatkuvuuden varmistamiseksi.

Tietojärjestelmien tulisi tukea tiedon jakamista ja yhteistyötä. Kokonaisvaltainen lähestymistapa – terveys kaikissa politiikoissa – edellyttää sujuvaa yhteistyötä tulevien sote-toimijoiden ja kuntien välillä.

Laadun ja vaikuttavuuden seuranta

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimenpiteitä tarvitaan terveyttä edistävän liikunnan lisäämiseksi, kun tavoitteena on terveysriskien vähentäminen ja sairauksien ehkäiseminen. Maakunnan tehtävä on seurata ja arvioida järjestämänsä sosiaali- ja terveydenhuollon, kuten tilattujen palvelukokonaisuuksien, laatua ja vaikuttavuutta.

3. Terveyttä edistävää liikuntaa lisäävät toimenpiteet

3.1 Lasten ja perheiden liikuttamisen suomalaiset menestystekijät

Liikunta kuuluu varhaiskasvatukseen ja perusopetukseen

Liikuntasuositukset luovat pohjan leikki-ikäisten lasten ja koululaisten liikunnalle. Suomessa liikunta kuuluu varhaiskasvatukseen ja perusopetuksen sisältöihin, monissa päiväkodeissa ja kouluissa jopa erityisenä painopisteenä. Lisäksi on olemassa toimintamalleja, jotka osallistavat lapsia liikkumaan, lisäävät ammattilaisten liikuntaosaamista ja vahvistavat liikuntamyönteistä toimintakulttuuria varhaiskasvatuksessa ja peruskoulussa (esim. Liikkuva koulu -ohjelma ja Ilo kasvaa liikkuen -ohjelma). Ympäristösuunnittelussa pyritään huomioimaan, että päiväkotien ja koulujen läheisyydessä on liikuntaan soveltuvia luonnon ympäristöjä. Myös opetusmenetelmien kehittyminen ja monipuolistuminen on vähentänyt lasten istumista ja lisännyt lasten liikkumista päiväkodeissa ja kouluissa.

Kurahousuperinne on osa suomalaista kulttuuria

Suomessa arvostetaan lasten ulkona liikkumista – säällä kuin säällä. Turvallinen ympäristö mahdollistaa lasten itsenäisenkin ulkoilun, ilman vanhempien ohjausta ja valvontaa. Suomalainen luonto ja neljä vuodenaikaa tarjoavat monenlaisia mahdollisuuksia perheliikuntaan. Ulkoilualueilla on tarjolla perheille suunnattuja reittejä, ja myös kaupunkiympäristöjen lapsiystävällisyys on kohentunut. Lähiliikuntapaikkoja on hyvin tarjolla lapsille ja perheille, ja kirjastot lainaavat perheille liikuntavälineitä. Vahva ulkoilupерinne ja vapaan liikkumisen mahdollistava turvallinen lähiympäristö tukevat lasten ja perheiden arkiliikuntaa, vapaata leikkiä ja yhteistä ulkoilua.

Mukana ajassa, lapsia osallistaen

Lasten liikuntakulttuuri ja -trendit muuttuvat. Lapsia liikuttavat uudet lajit (esim. parkour, scoottaus, skeittaus ja trampoliinit) sekä digitaaliset pelit (esim. PokemonGo ja liikunnalliset konsolipelit). Perinteisten liikuntapaikkojen rinnalle on syntynyt erilaisia sisäleikki- ja sisäliikuntapuistoja, jotka houkuttelevat lapsia ja perheitä liikkumaan. Perheille on tarjolla liikunnallisia aktiivilomia, ja sosiaalinen media aktivoi perheitä osallistumaan liikunnallisiin teemapäiviin. Liikunta- ja urheiluseurat, muut yhdistykset, kunnat sekä yksityiset yritykset tarjoavat perheille entistä monipuolisempia liikuntamahdollisuuksia. Lasten osallisuus on myös vahvistunut. Lapset voivat entistä enemmän itse vaikuttaa omaan liikkumiseensa ja innostaa toinen toisiaan vertaisina liikkumaan.

3.2 Miten sosiaali- ja terveydenhuollossa voidaan tukea lasten ja perheiden liikuntaa?

Perheiden tarpeista lähtevää, voimavaroja lisäävää neuvontaa

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset voivat tukea lasten ja perheiden terveyttä edistävää liikuntaa kohdatessaan perheitä, esimerkiksi laajoissa terveystarkastuksissa neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Elintapaneuvonnan lähtökohtana tulee olla kunkin perheen yksilöllisten tarpeiden tunnistaminen. Neuvonnassa on tärkeää positiivinen, myötäelävä ja voimavaroja lisäävä viestintä (esim. Neuvokas perhe – menetelmä). Neuvonnan tulee olla tarpeeksi konkreettista. Tarvitaan ajantasainen tietojärjestelmä, johon on koottu tiedot paikallisista liikuntamahdollisuuksista (järjestäjät, ajat, paikat, hinnat) ja jota voidaan hyödyntää neuvonnassa. Perheen liikuntatottumukset ja liikuntaneuvonta tulee kirjata

asiakastietojärjestelmään, ja tavoitteiden toteutumista tulee seurata. Seurannassa ja palautteen antamisessa voidaan hyödyntää myös digitaalisia palveluita (etäseuranta). Erityisesti lapsiperheissä liikunnan lisäämisen haasteet liittyvät ajankäyttöön - miten lisätä liikuntaa kiireiseen lapsiperhearkeen. Perheet tarvitsevatkin sosiaali- ja terveydenhuollolta tukea arjen ja liikunnan yhdistämiseen ja vinkkejä perheliikuntaan.

Tiedon kulku edellytys ohjauksen ja muun tuen jatkuvuudelle

Lasten liikunnallista kehitystä on tärkeä tukea erityisesti lapsuuden tärkeiden herkkyykskausien aikana. Liikunnan avulla voidaan esimerkiksi tukea oppimista sekä ehkäistä ja helpottaa mahdollisia oppimis- ja tarkkaavaisuusongelmia. Tiedon tulisikin kulkea sujuvasti varhaiskasvatuksen, neuvolan, kouluterveydenhuollon ja koulun välillä. Näin varmistetaan, että tunnistettu tuen tarve johtaa pitkäjänteiseen toimintaan. Kaikkien edellä mainittujen tahojen ja perheen on tärkeä tietää, keille tieto on mennyt, mitä on päätetty tehdä, keiden vastuulla toimenpiteet ovat ja miten tilannetta seurataan.

Kuntatason tietoa lasten liikkumisesta ja liikkumisen edistämisestä

Kunnat ovat tärkeitä terveyden ja hyvinvoinnin edistäjiä ja keskeisiä toimijoita lasten terveyttä edistävän liikunnan lisäämisessä. Tämän työn tueksi kunnissa tarvitaan kuntatason tietoa alle kouluikäisten ja koululaisten liikkumistavoista ja -määristä sekä kunnan liikunnanedistämistoimista. Sen lisäksi että mittaaminen ja seuranta ohjaavat toimintaa, tietoa voidaan hyödyntää esimerkiksi kuntien hyvinvointikertomuksissa sekä muun suunnittelun ja budjetoinnin tukena. Tieto mahdollistaa myös kuntien välisen vertailun. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden ja päättäjien tulisi hyödyntää näitä tietoja, ja tiedot tulisi julkistaa myös kuntalaisille.

Heikommassa asemassa olevien perheiden tukeminen

Lapsiperheiden väliset tuloerot ovat suuria, ja lapsiperheköyhyys on Suomessa kasvussa. Kahteen alimpaan tuloviidennekseen kuuluvilla vanhemmilla on haasteita tarjota lapsilleen haluamiaan liikuntaharrastuksia. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tulisi kohdistaa ja kohdentaa terveyttä edistäviä liikuntapalveluita erityisesti heikommassa asemassa oleville perheille ja lapsille. Myös heidän tietojen ja taitojen vahvistamiseen tulisi kiinnittää erityisesti huomiota.

3.3 Nuorisokulttuurin ilmiöt liikuttavat nuoria

Nuorten oman liikuntakulttuurin vahvistaminen

Kun halutaan lisätä nuorten organisoimatonta vapaa-ajan liikuntaa ja aktiivisuutta arjessa, pitää huomioida nuorten oma liikuntakulttuuri ja nuorisokulttuurin ajankohtaiset ilmiöt. Perinteisen urheiluharrastamisen rinnalle on kehittynyt nuorten liikuntakulttuuria, jossa liikunta sekoittuu osaksi nuorisokulttuuria ja muuta nuorten harrastamista ja vapaa-ajanviettoa (esim. skeittaus, scoottaus, PokemonGo). Nuorten arkiliikunnan edistämiseksi on rakennettu liikuntaympäristöjä, joissa mahdollistuu sekä liikunta että muu nuorten vapaa-ajanvietto ja oleskelu ja jotka tukevat nuorten yhteisöllisyyttä. Pelillistäminen ja teknologian hyödyntäminen houkuttelevat diginatiiveja liikkumaan. Myös sosiaalisen median videot sekä ”some-julkisten” liikuntavinkit ja liikunnallinen esimerkki voivat innostaa nuoria liikkumaan.

Koulut ja oppilaitokset liikuttavat monipuolisesti

Koulut ja oppilaitokset liikuttavat nuoria monilla muillakin tavoilla kuin liikuntatunneilla. Toiminnalliset opetusmenetelmät vähentävät oppitunneilla istumista. Erilaiset hankkeet ja kampanjat (esim. Liikkuva koulu –hanke peruskouluissa ja Let’s Move! -hanke ammatillisissa oppilaitoksissa) kannustavat nuoria lisäämään liikkumista koulupäivän aikana ja vapaa-ajalla. Opiskelijaliikunnan tavoitteena on tarjota liikuntaa edullisesti, helposti ja lähellä. Liikunta tulisi myös entistä vahvemmin linkittää oppimiseen ja opiskelun sisältöihin (esim. miten liikunta parantaa keskittymis- ja oppimiskykyä, miten liikunta auttaa palautumaan ruumiillisesti raskaissa töissä ja edistää jaksamista henkisesti kuormittavissa ammateissa).

Lisää matalan kynnyksen liikuntaa

Murrosiässä nuorten liikunta tyypillisesti vähenee, ja monet lopettavat liikuntaharrastuksensa. Erilaiset matalan kynnyksen harrasteryhmät (esim. urheilu- ja liikuntaseurojen, muiden järjestöjen, opistojen tai seurakuntien järjestämät) ovat lisänneet niiden nuorten liikuntaa, joilla on liikunnan suhteen muita motiiveja kuin kilpailulliset tavoitteet. Kuntien ja liikunta- ja urheiluseurojen uudet harrasteliikunnan yhteistyömuodot mahdollistavat nuorille joustavan (vähemmän sitovan) harrastamisen ja monipuoliset lajikokeilut, jotka helpottavat itselle mieluisan liikuntamuodon löytämistä. Nuorten ei-kilpailullista harrasteliikuntaa voitaisiin lisätä helpottamalla kuntien liikuntatilojen varaamista ja käyttöä sekä tukien ja avustusten hakemista omatoimisille liikkujille ja kaveriporukoille. Liikunta- ja urheiluseurojen toimintaa voitaisiin tukea entistä enemmän sillä perusteella, miten paljon ne tarjoavat matalan kynnyksen harrastusmahdollisuuksia ja onnistuvat saamaan vähemmän liikkuvia mukaan toimintaansa.

3.4 Miten sosiaali- ja terveydenhuollossa voidaan tukea nuorten ja nuorten aikuisten liikuntaa?

Erilaisia nuoria kuunnellen ja osallistaen

Jotta nuorten ja nuorten aikuisten terveyttä edistävän liikunnan lisääminen onnistuisi, keskeistä on nuorten kuunteleminen ja osallisuuden vahvistaminen. Nuoret eivät ole yksi, yhtenäinen joukko. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tulisikin ymmärtää ja tunnistaa paremmin erilaisia syitä nuorten vähäisen liikkumisen taustalla sekä tuntea ja hyödyntää erilaisia motivointikeinoja eri nuorisokohderyhmien liikunnan lisäämiseksi. Liikuntapalveluiden suunnittelussa ja toteuttamisessa sekä liikuntaneuvonnassa pitäisi kuunnella nuoria ja huomioida erilaisten nuorten tarpeet.

Jalkaudutaan sinne, missä nuoret ovat

Nuorten ja nuorten aikuisten liikunnan edistämiseksi tarvitaan uudenlaista yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon, kuntien liikunta-, opetus- ja nuorisotoimen sekä kolmannen sektorin toimijoiden kesken. Esimerkiksi liikuntaneuvonnan tulee jalkautua sosiaali- ja terveydenhuollosta nuorisotoimen, opetus- ja liikuntatoimen ympäristöihin nuorten pariin ja toimia kiinteässä yhteistyössä urheilu- ja liikuntaseurojen kanssa. Liikunnan pitäisi olla helposti ja edullisesti nuorten saatavilla. Nuorten liikuntaneuvonnan tulisi olla konkreettista ja oikea-aikaista, ja sitä tulisi saada helposti ”yhdeältä luukulta” nuorille mielekkäissä palvelukanavissa.

Ammattilaisten asenne ja osaaminen kuntoon

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tulee ottaa liikunta osaksi omia keinovalikoimiaan havaitessaan terveyden kannalta riittämättömään liikuntaan liittyviä hyvinvointiongelmia nuorten asiakkaiden kohtaamisissa. Oppilashuollon (ml. koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, psykologi- ja kuraattoripalvelut) rooli on keskeinen hyvinvointi- ja terveysriskien varhaisessa tunnistamisessa ja niitä ehkäisevän ja korjaavan toiminnan koordinoimisessa. Vähän liikkuvien nuorten tunnistamista ja tavoittamista tulee edelleen kehittää (esim. kutsuntatarkastukset). Nuorten parissa toimivien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten neuvontaosaamista tulisi lisätä (esim. puheeksi oton koulutus ja työkalut nuorten terveyttä edistävän liikunnan lisäämiseksi).

3.5 Liikunta edistää työikäisten työkykyä

Työnantaja tukee liikkumista

Työntekijöiden liikunnan lisäämisessä ja paikallaanolon vähentämisessä työnantajalla on tärkeä tehtävä. Liikkumista voi tukea joustavilla työajoilla, jotka mahdollistavat perheen yhteistä liikkumista, ja tarjoamalla pukeutumis- ja suihkutilat työmatkaliikkujille. Monilla työpaikoilla on tarjolla ohjattua liikuntaa tai mahdollisuus käydä kuntosalilla, jopa työajalla. Työnantaja voi tukea työntekijöiden terveyttä edistävää liikuntaa liikuntasetelien avulla. Lisäksi työnantajat järjestävät erilaisia hyvinvointi- ja liikuntapäiviä työntekijöilleen. Monet työpaikat kiinnittävät huomiota myös ergonomiaan ja istumisen vähentämiseen. Liikunnan lisääminen ja istumisen ja muun paikallaanolon vähentäminen työpaikalla tukee työntekijöiden työkykyä ja parantaa työhyvinvointia.

Monipuolisia liikuntamahdollisuuksia työikäisille

Liikuntapalveluiden, liikuntalajien ja liikuntaympäristöjen tarjonta on lisääntynyt ja monipuolistunut. Suomalainen luonto, lähiliikuntaympäristöt ja hyvin kunnossapidetyt kevyen liikenteen väylät ja ulkoilureitit kannustavat työikäisiä omatoimiseen liikkumiseen niin työmatkoilla kuin vapaa-ajalla. Tärkeää on myös palvelujen saavutettavuus autottomasti arkiliikunnan lisäämiseksi.

3.6 Miten sosiaali- ja terveydenhuolto voi tukea työikäisten liikuntaa?

Vähäinen liikkuminen on terveyden riskitekijä, liikunta on sairauksien ehkäisy- ja hoitokeino

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tulee entistä vahvemmin ottaa liikunta osaksi elintapaneuvonnan keinovalikoimaa sekä vahvistaa liikunnan hyötyjen ja paikallaanolon haittojen viestintää. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tulisi kartoittaa, onko asiakkaan liikkuminen riittävää terveyden kannalta, ja tehdä liiallisen istumisen ja muun paikallaanolon arviointia kyselylomakkeen avulla (liikunta-audit). Selvityksen perusteella voidaan antaa yksilöllistä ja asiakaslähtöistä liikuntaneuvontaa. Liikuntalähteen/liikkumisreseptin käyttöä sairauksien hoidossa tulisi vahvistaa. Potilastietojärjestelmiin tulee kirjata liikuntatottumukset, liikuntaneuvonta ja liikuntalähete/liikkumisresepti sekä seuranta. Elintapaneuvonnan toteuttaminen on huomioitava ammattilaisten resursoinnissa ja ajankäytössä, jotta oikea-aikainen neuvonta ja ohjaus ovat mahdollisia.

Voimavaralähtöistä ja yksilöllistä liikuntaneuvontaa

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten osaamista terveyttä edistävän liikunnan lisäämisestä ja paikallaanolon vähentämisestä tulisi vahvistaa. Ammattilaiset tarvitsevat koulutusta liikunnan terveysvaikutuksista sekä liikunnan käytöstä sairauksien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa. Lisäksi ammattilaisten neuvontataitoja liikunnan edistämiseksi tulisi vahvistaa (esim. liikunnan puheeksi otto ja motivoiva keskustelu). Neuvonnan tulee olla voimavaralähtöistä ja positiivista, tarvittaessa edetä pienin askelin, asiakkaan omat voimavarat ja vahvuudet huomioiden. Työikäisillä ihmisillä on hyvin monenlaisia elämäntilanteita, joten yksilöllisten ratkaisujen löytäminen elintapaohjauksessa on tärkeää.

Liikunta lisää työkykyä ja vahvistaa elämänhallintaa

Työikäisiin kuuluu työssä käyvien lisäksi monenlaisia ryhmiä (esim. työttömät, syrjäytyneet, työkyvyttömät ja aikuisopiskelijat), jotka eivät ole työterveyshuollon piirissä. Heille pitäisi järjestää terveystarkastukset perusterveydenhuollossa ja tarjota elintapoihin liittyvää ohjausta ja liikuntaneuvontaa. Liikunta lisää monipuolisesti hyvinvointia, parantaa työkykyä ja vahvistaa elämänhallintaa.

Liikunnallisen elämäntavan tukeminen eläkkeelle siirryttäessä

Suuret ikäluokat ovat siirtymässä eläkkeelle, ja tavoitteena on, että he ovat hyväkuntoisia ja säilyttävät toimintakykynsä mahdollisimman pitkään. Ennen eläkkeelle siirtymistä työntekijöiden työkykyä – myös psyykkistä työkykyä - voidaan ylläpitää ja vahvistaa liikunnan avulla. Eläkkeelle siirtymisen myötä monet asiat elämässä muuttuvat, ja eläkkeelle siirtymiseen on hyvä valmistautua etukäteen. Sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta tärkeää on tukea terveyttä edistävän liikunnan vakiintumista osaksi uudenlaista arkea myös eläkkeellä. Tarvitaan monien toimijoiden yhteistyötä, jotta liikunnan palveluketju ei katkea eläkkeelle siirryttäessä.

3.7 Iäkkäiden liikkuminen on tärkeää toimintakyvyn ylläpitämiseksi

Onnistunut ympäristösuunnittelu vahvistaa toimintakykyä

Esteetön ja virikkeellinen ympäristö tukee iäkkään toimintakykyä ja edistää itsenäistä suoriutumista. Myös kokemus ympäristön turvallisuudesta motivoi liikkumaan. Kävelytiet ja kuntopolut ovat iäkkäiden suomalaisten suosituimpia lähiliikuntapaikkoja. Turvalliseen liikkumisympäristöön, kuten valaistukseen sekä kävely- ja pyöräteiden kunnossapitoon, onkin kiinnitettävä huomiota. Puistokuntosalit saavat monet iäkkäät huolehtimaan lihaskunnosta ja tasapainosta kävelylenkin lomassa. Lisäksi iäkkäille on tarjolla entistä

enemmän juuri heille suunnattuja liikuntapalveluita. Turvallisista lähiliikuntamahdollisuuksista kannattaa edelleen kehittää.

Uudenlaisia oivalluksia iäkkäiden liikkumiseen

Monet matalan kynnyksen ryhmät ovat lisänneet iäkkäiden terveyttä edistävää liikuntaa. Vertais- ja vapaaehtoistoiminta (esim. lenkki- ja kävelykaveritoiminta) edistää sekä liikkumista että sosiaalista aktiivisuutta – ja ehkäisee näin yksinäisyyttäkin. Kansanterveysjärjestöt ja muut kolmannen sektorin toimijat ovat vahvistaneet yhteistyötä ja luoneet hankkeissaan uudenlaisia käytänteitä (esim. Diabetesliiton, Sydänliiton ja Aivoliiton yhteinen Yksi elämä -hanke). Muun muassa Voimaa vanhuuteen -ohjelma, Kunnossa kaiken ikää -ohjelma sekä Vanhustyön keskusliiton hankkeet tuottavat tietoa, koulutusta ja materiaalia niin iäkkäille ja vertaisohjaajille kuin sosiaali- ja terveyshuollon sekä liikunnan ammattilaisille. Uusia avauksia iäkkäiden liikkumisen lisäämiseksi voisi edelleen luoda muun muassa liikunnan ja kulttuurin yhdistämisen saralla.

Tieto ja osaaminen iäkkäiden liikkumisesta lisääntynyt

Liikunnan käsite on monipuolistunut. Kuntoliikunnan sijasta puhutaan nykyisin terveys- ja arkiliikunnasta, liikunnan lisäksi puhutaan liikkumisesta ja liikunnan lisäämisen ohella istumisen ja muun paikallaanolon vähentämisestä. Yhä vahvemmin tiedostetaan, että iäkkäiden elämänlaatua voidaan parantaa, toimintakykyä kohentaa ja sairauksien vaaratekijöitä vähentää liikunnan avulla. Viestinnän myötä esimerkiksi tietoisuus lihasvoiman ja tasapainon merkityksestä iäkkäille on lisääntynyt. Esimerkiksi Käypä hoito -suositus Liikunta ja Vanhustyön keskusliitto tarjoavat tietoa liikunnan merkityksestä ja annostelusta sosiaali- ja terveydenhuollon sekä liikunta-alan ammattilaisille. Ammattilaisille ja sosiaali- ja terveydenhuollon päättäjille tulee edelleen tarjota tutkittua tietoa iäkkäiden liikunnasta.

3.8 Miten sosiaali- ja terveyden huollossa voidaan tukea iäkkäiden liikkumista?

Paikallaanolon vähentäminen vahvistaa toimintakykyä

Iäkkäät on ryhmänä hyvin heterogeeninen. Kotona asuvista osa selviytyy itsenäisesti, osa tarvitsee apua päivittäin. Osa iäkkäistä tarvitsee ympärivuorokautista hoivaa. Iäkkäiden liikkumisen edistäminen voi täten painottua terveyden ylläpitoon, sairauksien hoitoon tai ehkäisyyn tai kuntoutukseen. Asumisympäristöstä ja toimintakyvystä riippumatta vähäinen liikkuminen on suuri riskitekijä jokaisen ikäihmisen terveydelle ja toimintakyvylle. Kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ja liikuntaa järjestävien tahojen, harrasteliikunnasta kotipalveluihin ja palveluasumiseen, tulisi kiinnittää enemmän huomiota käytännön työssään asiakkaiden terveyden kannalta riittämättömään liikuntaan. Iäkkään toimintakyvyn ylläpitämisen ja kehittämisen kannalta keskeisiä osatekijöitä ovat tasapaino ja lihasvoima. On myös tärkeää, että iäkkäät osallistuvat heille suunnatun toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen. Turvalliset lähipalvelut ovat iäkkäille tärkeitä.

Liikunta edistää psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia

Ryhmätoiminta lisää iäkkäiden hyvinvointia monin tavoin. Ryhmätoiminta tarjoaa osallistujille tietoa ja taitoja liikunnan lisäämiseen ja paikallaanolon vähentämiseen. Lisäksi ryhmä tarjoaa sosiaalisia suhteita, yhteisöllisyyttä ja vertaistukea. Sosiaali- ja terveyspalvelujen ulkopuolelle jääneitä iäkkäitä tulisi tukea etsivän vanhustyön keinoin, jalkautumalla iäkkäiden koteihin. Kotikäynneillä tulisi edistää myös vanhusten liikkumista ja paikallaanolon vähentämistä. Iäkkäiden terveystarkastusten painopiste tulisi olla kotiympäristössä, jolloin liikunnan lisäämistä, paikallaanolon vähentämistä ja mahdollista apuvälineiden tarvetta suunnitellaan omassa toimintaympäristössä.

Sukupolvia yhdistävää liikuntaa

Sukulaisten ja ystävien osallistaminen lisäisi niin iäkkäiden kuin myös heidän läheistensä hyvinvointia. Kun läheisten tietämystä esimerkiksi istumisen ja muun paikallaanolon vähentämisen merkityksestä ja tarjolla olevista liikuntapalveluista lisätään, he voivat tukea jokapäiväisessä arjessa paremmin iäkkäiden liikkumista. Lisäksi voidaan järjestää sukupolvia yhdistävää, yhteistä liikunnallista toimintaa. Kokoikäneuvolat kattaisivat

terveyttä edistävät ja sairauksia ehkäisevät terveystarkastukset ”vauvasta vaariin” saman katon alla. Näinkin voitaisiin edistää ylisukupolvista hyvinvointia. Paikallisesti eri tahojen tarjoamien liikuntapalveluiden koordinointi ja koonti tietojärjestelmään sekä tietojen päivittäminen on tärkeää. Tietoja voidaan hyödyntää elintapaohjauksessa. Potilastietojärjestelmiin tulisi kirjata tietoa asiakkaan liikkumisesta ja yhdessä suunniteltu liikuntaohjelma osana hoidon ja ehkäisyn kokonaisuutta. Iäkkäiden hoitosuunnitelman pitäisi sisältää myös liikunta. Ammattilaisilla tulee olla aikaa toteuttaa iäkkäiden neuvontaa kiireettömästi.

4. Liikunnan lisääminen ja paikallaanolon vähentäminen integroitava tarttumattomien sairauksien ehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen

Terveyttä edistävä liikunta on otettava mukaan laaja-alaisesti, kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden ja liikunta-alan ammattilaisten työhön kunnissa ja maakunnissa. Liikunta ja sen edistäminen väestössä kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollossa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (HTE) toimialueelle sekä sairauksien ehkäisemisen toimialueelle. Liikunnan lisääminen ja paikallaanolon vähentäminen on integroitava tarttumattomien sairauksien ehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen. Kaikkien toimijoiden on otettava huomioon kaikissa päätöksissään terveyden kannalta riittämätön liikunta. Liikunnan lisäämisen ja paikallaanolon vähentämisen perustana on oltava tieto siitä, liikkuuko väestö ja yksittäinen asiakas riittävästi terveytensä kannalta. Tähän tarvitaan seurantajärjestelmää, joka perustuu väestökyselyihin ja jota voivat käyttää kuntien ja maakuntien HTE-toimijat. Väestön liikuntatietoja tarvitaan sekä terveyttä edistävän liikunnan erilaisten toimenpiteiden suunnitteluun ja tehtyjen toimenpiteiden vaikutusten arviointiin kunnissa ja maakunnissa, että valtakunnallisesti liikuntaindikaattoreiksi, jotta voidaan seurata WHO:n asettaman tarttumattomien sairauksien ehkäisystrategian liikuntakäyttäytymisen tavoitteen täyttymistä.

Työpajaan osallistuivat:

- Pilvikki Absetz, PsT, tutkimusjohtaja, dosentti, Itä-Suomen yliopisto, kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö
- Minna Aittasalo, TtT, dosentti, erikoistutkija, UKK-instituutti
- Annukka Alapappila, liikunta-asiantuntija, Suomen Sydänliitto
- Päivi Berg, VTT, dosentti, erikoistutkija, Nuorisotutkimusverkosto
- Tuija Brax, pääsihteeri, Suomen Sydänliitto
- Anna Broberg, projektitutkija, Aalto yliopisto, rakennetun ympäristön laitos
- Janne Haarala, liikunnan suunnittelija, Hengitysliitto
- Kirsi Heinonen, liikuntasuunnittelija, Diabetesliitto (asiantuntijasihteeri)
- Eeva-Eerika Helminen, LT, yleislääketieteen el, psykiatria erikoistuva lääkäri, Auroran sairaala
- Minna Kaila, professori, Helsingin yliopisto (puheenjohtaja)
- Saija Karinkanta, projektipäällikkö, erikoistutkija, UKK-instituutti
- Elina Karvinen, toimialapäällikkö, Ikäinstituutti, Liikkuen voimaa vanhuuteen
- Silja Kosola, LT, nuorisolääkäri, Helsingin kaupunki, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto
- Katriina Kukkonen-Harjula, dosentti, ylilääkäri, Eksote, kuntoutus ja Käypä hoito –toimitus, kuntoutus (asiantuntijasihteeri)
- Marketta Kyttä, professori, Aalto yliopisto, rakennetun ympäristön laitos
- Merja Laine, LT, yleislääketieteen erikoislääkäri, diabeteshoidon ja haavanhoidon erityispätevyys, Vantaan sosiaali- ja terveydenhuolto
- Anna Levy, FT, TtM, Oulu
- Heidi Löflund-Kuusela, suunnittelija, Suomen Syöpäyhdistys, terveyden edistäminen
- Seppo Miilunpalo, aluehallintoylilääkäri, Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto, POL
- Kristiina Mukala, lääkintöneuvos, STM, Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osasto

- Maria Ohisalo, varapuheenjohtaja, Vihreät, köyhyystutkija, Itä-Suomen yliopisto
- Jaana Pakarinen, johtaja, Vates
- Mika Palvanen, asiantuntijalääkäri, PSHP, perusterveydenhuollon yksikkö
- Jari Parkkari, kansanterveystieteen dosentti, ylilääkäri, Tampereen Urheilulääkäriasema
- Maarit Piirtola, FT, tutkijatohtori, Helsingin yliopisto, kansanterveystieteen osasto, kaksostutkimus
- Rainer Rauramaa, professori, Terveysliikunnan ja ravinnon tutkimussäätiö, Kuopion liikuntalääketieteen tutkimuslaitos
- Matti Rautalahti, pääsihteeri, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
- Päivi Rautava, professori, tutkimusylilääkäri, Turun yliopisto ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, Tyks, Kliinisen tutkimuksen keskus
- Sanna-Mari Salomäki, viestinnän tutkija ja asiantuntija, Aurera Oy (sihteeri)
- Sari Siivola, työterveyshuollon erikoislääkäri, Terveystalo Leppävaara
- Raija Sipilä, toimituspäällikkö, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
- Arja Sääkslahti, yliopistotutkija, liikuntapedagogiikka, LitT, dosentti, Jyväskylän yliopisto
- Juha Pekka Turunen, koulutuspäällikkö, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
- Liisa Tyrväinen, professori, Luontovarakeskus Luke
- Matti Uusitupa, professori emeritus, Itä-Suomen yliopisto, kansanterveystiede ja kliininen ravitsemustiede
- Tommi Vasankari, johtaja, UKK-instituutti
- Kaisa Wallinheimo, LitM, valmennuspäällikkö, LeWell Oy

Liite 4, Koonti työpajasta: Tupakka ja alkoholi

1. Tupakoimattomuuden edistäminen ja haitallisen alkoholin kulutuksen vähentäminen kaventaa terveyseroja

Maailman terveysjärjestö WHO on julkaissut tarttumattomien sairauksien ehkäisyn ja hoidon toimintaohjelman vuosiksi 2013-2020. Tupakoinnin osalta WHO:n toimintaohjelman tavoitteena on, että tupakoinnin yleisyys vähenee yli 15-vuotiailla 30 prosenttia nykytasosta vuoteen 2025 mennessä. Lisäksi kansallisena tavoitteena on savuton Suomi vuoteen 2030 mennessä, jolloin enintään viisi prosenttia työikäisestä väestöstä käyttää tupakka- tai muita ei-lääkkeellisiä nikotiinituotteita. Vuonna 2015 työikäisistä miehistä tupakoi 19 prosenttia ja naisista 15 prosenttia. Vaikka tupakointi on vähentynyt, erityisesti nuorten keskuudessa muiden nikotiinituotteiden, kuten nuuskan ja sähkösavukkeiden, käyttö on lisääntynyt viime vuosina. Sosioekonomiset erot näkyvät vahvasti tupakoinnissa.

Alkoholin osalta WHO:n tavoitteena on haitallisen alkoholin kulutuksen vähentyminen ainakin 10 prosentilla vuoteen 2025 mennessä. Tavoitteen toteutumista seurataan kolmen indikaattorin avulla: alkoholin kokonaiskulutus, alkoholiin liittyvä sairastavuus ja kuolleisuus sekä humalajuomisen yleisyys. Alkoholin kokonaiskulutus oli vuonna 2014 11,2 litraa 100-prosenttista alkoholia 15 vuotta täyttänyttä asukasta kohti. Vuonna 2013 alkoholiin liittyvien kuolemien lukumäärä oli Suomessa 2561 henkilöä, ja 13 prosenttia 20–64-vuotiaista suomalaisista joi vähintään kuusi alkoholiannosta kerralla viikoittain tai useammin.

Tupakointi ja alkoholin liiakäyttö ovat keskeisiä väestöryhmien välisten terveyserojen selittäjiä. Tässä työpajassa pohdittiin sosiaali- ja terveydenhuollon mahdollisuuksia edistää tupakoimattomuutta ja tukea haitallisen alkoholin kulutuksen vähentymistä erityisesti uudistuneissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteissa.

2. Tupakkatuotteiden ja muiden nikotiinipitoisten tuotteiden käytön vähentäminen

2.1 Kohti tupakatonta ja nikotiinitonta Suomea

Lainsäädäntö tukee tupakoimattomuustyötä

Tupakkalain tavoitteena on tupakkatuotteiden ja muiden nikotiinipitoisten tuotteiden käytön loppuminen Suomessa. Tupakkalaissa muun muassa rajoitetaan tupakkatuotteiden ja muiden nikotiinipitoisten tuotteiden saatavuutta, säädetään tupakoimattomista tiloista ja ympäristöistä sekä kielletään tupakka- ja nikotiinipitoisten tuotteiden esilläpito ja markkinointi. Tupakkalaki omalta osaltaan tekee tupakoinnin aloittamisesta vähemmän houkuttelevaa sekä motivoi ja tukee tupakoinnin lopettamista luomalla tupakoimattomia ympäristöjä sekä vähentämällä tupakoinnin näkyvyyttä ja tupakan saatavuutta. Myös tupakkaveron korotukset vaikuttavat samansuuntaisesti. Lisäksi laki suojelee passiiviselta tupakoinnilta. Lainsäädäntöä tulee kehittää edelleen tavoitteen savuttamiseksi.

Tavoite yhdistää toimijoita

Kaikkia tupakoimattomuuden edistämisen parissa toimivia tahoja yhdistää yhteinen päämäärä savuttomasta Suomesta vuoteen 2030 mennessä. Tavoitteeseen tähtääviä toimenpiteitä viedään eteenpäin systemaattisesti ja laaja-alaisesti, monien tahojen toimesta. Toimijat ovat hyvin verkostoituneita, ja yhteistyöverkostot ovat aktiivisia (esim. Savuton Suomi). Sosiaali- ja terveysministeriön tupakkapoliittiseen toimenpideohjelmaan on koottu toimintasuunnitelma tupakkalain tavoitteen saavuttamiseksi. Kuntien ja yritysten savuttomuuspäätökset ja -toimenpiteet ovat tärkeässä roolissa. Toimintamalleja on kehitetty tupakoimattomuuden edistämiseen esimerkiksi työpaikoilla, oppilaitoksissa ja terveydenhuollossa (savuton työpaikka, savuton oppilaitos, savuton sairaala). Muun muassa Helsingin kaupunki on tehnyt urauurtavaa

työtä tupakoimattomuuden edistämiseksi koko kaupungin organisaatiossa ja kaikkien hallinnon alojen toimesta Savuton Helsinki -ohjelmassa. Terveysjärjestöt tekevät laaja-alaista työtä sekä tupakoinnin aloittamisen ehkäisemiseksi, että lopettamisen tukemiseksi pääosin RAY:n rahoituksen turvin.

Asenteet tupakointia kohtaan kielteisiä

Tupakoinnin kulttuurinen asema Suomessa on muuttunut. Tupakointi ei ole osa tavoiteltavaa elämäntyyliä eikä tupakointi ole enää yhtä hyväksyttävää kuin ennen. Yhteiskunnallinen ilmapiiri on muuttunut, ja tupakoinnista on tullut entistä hankalampaa. Esimerkiksi monilla työpaikoilla tupakointi ei ole enää sallittua työajalla, ja työnantajat tukevat aktiivisesti työntekijöiden tupakoinnin lopettamista. Myös nuorten tupakointiin suhtaudutaan entistä kielteisemmin ja puututaan aktiivisemmin niin koulussa kuin nuorten harrastustoiminnassa. Oikeus terveelliseen ja turvalliseen elinympäristöön, jossa ei altistu tupakan savulle, tunnustetaan yleisesti.

Virittävää valistusta vahvistettava

Tupakoimattomuutta edistävän viestinnän (virittävä valistus) suunnittelussa ja toteutuksessa hyödynnetään modernin markkinoinnin periaatteita (esim. yhteiskunnallinen markkinointi). Viestinnän suunnittelun pohjana on ymmärrys kohderyhmien mielikuvista, käsityksistä ja kokemuksista sekä elinympäristöistä. Lisäksi huomioidaan esimerkiksi nuorten alakulttuuriset orientaatiot ja nuorisokulttuurin ajankohtaiset ilmiöt sekä nuorille tyypilliset viestintäkanavat. Tavoitteena ei ole pelkästään tiedon lisääminen vaan myös asenteisiin vaikuttaminen ja käyttäytymisen muuttaminen. Väestöön kohdistuvaa viestintää tulisi vahvistaa ammattilaisiin ja päättäjiin suunnatun viestinnän ohella. Tähän tarvitaan taloudellisia investointeja.

Uudet uhat: nuuska ja sähkösavukkeet

Savukkeiden käytön vähentymisen myötä tupakkateollisuus tuo markkinoille uusia tupakka- ja nikotiini tuotteita (ml. nuuska ja sähkösavukkeet). Tupakan ja tupakoinnin medianäkyvyys on vähentynyt, mutta uusia nikotiini tuotteita markkinoidaan aggressiivisesti sosiaalisessa mediassa. Nuorten sekä heidän vanhempiensa tietoja, taitoja ja terveysosaamista tulee vahvistaa erityisesti nuuskan ja sähkösavukkeiden osalta. Muun muassa terveystieto-oppiaineen sisältöihin tulee lisätä tätä näkökulmaa, ja nuorten medialukutaitoa ja terveyden lukutaitoa tulee vahvistaa.

2.2 Savuton sote tukee tupakoimattomuutta

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksessa tulee tupakoimattomuuden edistämisen osalta huomioida:

Tupakoimattomuus tuo säästöjä

Tupakointi lisää sairastumisen ja ennen aikaisen kuoleman riskiä. Tupakoinnin arvioidaan aiheuttaneen vuonna 2012 Suomessa noin 4 300–4 500 kuolemaa, yli 700 uutta työkyvyttömyyseläkejaksoa ja noin 340 000 vuodeosastohoitopäivää. Tupakointi on tärkein estettävissä oleva kuolleisuuden aiheuttaja. Lisäksi tupakoinnin arvioidaan aiheuttavan Suomessa vuosittain noin 1,5 miljardin euron taloudelliset haitat. Tupakoinnin inhimilliset ja taloudelliset vaikutukset tulee huomioida sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa ja päätöksenteossa, ja ehkäisevää työtä ja tupakasta vieroitusta kaikille ikäryhmille tulee vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Keskeinen hyvinvointijohtamisen työkalu kunnissa ja maakunnissa on hyvinvointikertomus. Tupakoimattomuuden edistämisen tulisi olla vahvasti läsnä hyvinvointikertomustyössä.

Kannustimet kuntoon

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjän tulee seurata sosiaali- ja terveystalouden laatua ja vaikuttavuutta. Myös tupakasta vieroituksen tuloksia tulee seurata ja vaikuttavuutta arvioida. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tulee luoda kannustinjärjestelmä, joka palkitsee onnistuneesta vieroitustyöstä. Tupakasta vieroitukseen tulee luoda yhtenäiset, valtakunnalliset laatumittarit, jotka mittaavan työn vaikuttavuutta eivät työsuoritteita. Asiakastietojärjestelmien ja kirjaamiskäytäntöjen (myös koulu- ja

opiskelijaterveydenhuollossa sekä suun terveydenhuollossa) tulee tukea vieroitustyötä ja seurantaan sekä laadun ja vaikuttavuuden arviointia. Tätä varten tulee luoda yhtenäiset, valtakunnalliset kirjaamiskäytännöt ja seurantajärjestelmät (esim. tupakoinnin, muiden nikotiinituotteiden käytön ja vieroituksen rakenteinen kirjaaminen). Lisäksi väestön tupakointia tulee jatkossakin seurata kyselyjen avulla valtakunnallisella, maakunnallisella ja kunnallisella tasolla. Seurantajärjestelmien ja niiden kehittämisen päävastuun tulisi olla THL:lla.

Savuton sosiaali- ja terveydenhuolto

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen myötä alueellisen yhteistyön ja koordinoinnin tulisi vahvistua – myös tupakoimattomuuden edistämisen saralla. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation myötä myös sosiaalihuolto tulee saada aktiivisemmin mukaan tupakoimattomuustyöhön. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden tulisi olla savuttomia ja tukea tupakoimattomuutta. Savuttomien maakuntien tulisi edellyttää savuttomuutta sosiaali- ja terveystalouden tuottajilta.

2.3 Miten sosiaali- ja terveydenhuollossa voidaan edistää tupakoimattomuutta?

Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus on vakava sairaus

Tutkimustieto tupakoinnin haitoista on lisääntynyt ja lisääntyy koko ajan. Tupakasta vieroitus on tullut osaksi monien sairauksien hoitoa ja esimerkiksi leikkaukseen valmistautumista. Viime aikoina on saatu myös lisää tutkimustietoa nikotiinin itsenäisistä terveyshaitoista ja nikotiiniriippuvuudesta sairautena. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuutta näistä tutkimustuloksista tulisi lisätä, jotta tupakoimattomuuden edistämiseen osataan suhtautua tarpeeksi vakavasti. Nikotiiniriippuvuus on sairaus, ja tupakoitsijat tarvitsevat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten apua vieroituksessa.

Asenne ja osaaminen kuntoon

Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus -Käypä hoito suositukseen on koottu tietoa tupakkariippuvuudesta ja tutkitusti tehokkaista vieroitusmenetelmistä terveydenhuollon ammattilaisille. Ammattilaisten tupakkavieroitusosaamista ja Käypä hoito suosituksen hyödyntämistä tulee vahvistaa koulutuksen avulla sekä perus- että jatkokoulutuksessa, esimerkiksi verkkokoulutuksen avulla. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten osaamista liittyen uusiin tupakka- ja nikotiinituotteisiin tulee lisätä. Markkinoilla olevat uudet tupakka- ja nikotiinituotteet, kuten sähkösavukkeet, eivät ole vieroitustuotteita, vaan asiakkaat tarvitsevat apua myös niistä vieroittumiseen.

Vieroituspalveluiden saatavuus ja toimivuus

Vieroituspalveluita tulisi suunnitella ja toteuttaa asiakaslähtöisesti. Tarjolla tulee olla monenlaisia vieroituspalveluita (esim. yksilötukea, vieroitusryhmiä, vertaistukea sekä verkko- ja mobiilipalveluita), joista kullekin asiakkaalle voidaan valita hänen tarpeitaan vastaavia palveluita. Tupakasta vieroitusta tulisi olla saatavilla laajasti ja helposti, matalan kynnyksen palveluina (esim. perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa, työterveyshuollossa ja koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa lähipalveluna sekä apteekeissa). Mini-intervention voi tehdä jokainen lääkäri ja hoitaja, ja moniammatillista puheeksi ottoa tulee edistää myös esimerkiksi sosiaalihuollossa. Tarvittaessa tupakoitsija ohjataan vieroitushoitajan vastaanotolle. Jokaiseen maakuntaan tulee perustaa tupakkavieroitusyksikkö, joka voi toimia alueella kouluttajana, konsultaatiopoliklinikkana ja hoitoyksikkönä. Tupakasta vieroituksen palveluketjut ja eri toimijoiden roolit tulee määritellä. Myös vieroituksen toimivuus ja jatkuvuus sekä moniammatillinen yhteistyö (esim. kolmannen sektorin kanssa) tulee varmistaa palveluketjuissa. Lisäksi tulee rohkaista paikallisia innovaatioita ja kannustaa maakunnallisiin kokeiluihin palvelujen tuottamisessa.

Huomio erityisryhmiin

Tupakkavieroituksen suunnittelussa ja toteutuksessa tulee huomioida erityisryhmien tarpeet (esim. raskaana olevat äidit ja heidän puolisonsa, lasten vanhemmat, nuoret ja erityisesti ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevat, työttömät, syrjäytyneet sekä mielenterveyspotilaat). Kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tulee vahvistaa tunnistamista, varhaista tukea, puheeksi ottoa ja

vieroituspalveluihin ohjaamista erityisryhmien osalta. Vieroituspalveluiden järjestämisessä tulee huomioida, että palveluvalikoima on tarpeeksi monipuolinen ja tarjoaa myös erityisryhmien tarpeisiin suunniteltua tehostettua toimintaa. Ehkäisevän toiminnan kannalta tärkeä rooli on erityisesti neuvoloilla, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollolla sekä suun terveydenhuollolla. Äitiysneuvoloissa tulee tehostaa raskaana olevien äitien ja heidän puolisoidensa tupakasta vieroitusta, ja häkämittausten käyttöönottoa motivointikeinona tulee edistää. Lastenneuvoloissa tulee tukea vanhempien tupakoimattomuutta (esim. tupakoinnin lopettaneiden äitien tupakoimattomuuden ylläpito), myös lapsen tupakansavulle altistumisen ja tupakoinnin aloittamisen ehkäisemiseksi. Koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa sekä suun terveydenhuollossa tulee edelleen vahvistaa tupakoimattomuustyötä (puheeksi otto, ohjaus ja neuvonta sekä seuranta), myös uusien tupakka- ja nikotiinituotteiden osalta.

3. Haitallisen alkoholin kulutuksen vähentäminen

3.1 Kestävää alkoholipolitiikkaa

Alkoholipolitiikkaa tulee tehdä terveyden ehdoilla

Alkoholipolitiikalla on keskeinen rooli haitallisen alkoholin kulutuksen vähentämisessä. Vaikuttamalla alkoholin hintaan, saatavuuteen sekä näkyvyyteen ja markkinointiin, voidaan vaikuttaa suoraan alkoholin kulutukseen ja alkoholihaittoihin. Aloitamisen ehkäisyssä tärkeä rooli on myös ikärajavälillä. Suomalainen alkoholipolitiikka on ollut terveyden ja hyvinvoinnin näkökulmasta poukkoilevaa. Välillä esillä ovat vahvemmin teollisuuden ja elinkeinoelämän intressit, välillä terveyden edistämisen näkökulmat. Alkoholipolitiikkaa tulisi kuitenkin tehdä kuten tupakkapolitiikkaakin, terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen näkökulmasta. Samalla tulisi edistää tutkimustietoon perustuvaa (evidencebased) alkoholipolitiikkaa. Alkoholiteollisuuden ja elinkeinoelämän edustajien osallistuminen alkoholipolitiikan suunnitteluun virkamiestasolla on kyseenalaista. Lisäksi terveys kaikissa politiikoissa -periaatteen mukaisesti on tärkeää, että julkisessa päätöksenteossa huomioidaan päätösten vaikutusten ennakoarviointi - myös terveyden ja hyvinvoinnin näkökulmasta - ja päätösten vaikutuksia terveydelle ja hyvinvoinnille seurataan.

Viestintä tukee alkoholipoliittisten keinojen tehokkuutta

Alkoholipoliittisten keinojen ohella olisi kansalaisille suunnattua viestintää vahvistettava ja uudistettava. Tällä hetkellä toimijoilla ei ole tarpeeksi resursseja väestöviestintään. Tutkimustieto alkoholin terveys- ja sosiaalisista haitoista on lisääntynyt. Pelkkä tutkimustiedon välittäminen ei kuitenkaan riitä. Lisäksi tarvitaan vaikuttavaa viestintää, joka vetoaa myös tunteisiin. Viestintäkulttuuri muuttuu nopeasti. Viestintää tulee kehittää jatkuvasti, sillä perinteinen viestintä ja perinteiset viestintäkeinot eivät tavoita esimerkiksi nuoria ja riskiryhmiä. Lisäksi terveys- ja hyvinvointinäkökulmaa tulisi tuoda aktiivisemmin esille julkisessa alkoholikeskustelussa – myös verkossa. Alkoholipakkauksiin ja alkoholin markkinointiviestintään tulisi lisätä varoitustekstit, jotka kertovat alkoholin käytön haitoista ja riskeistä.

Moniammatillinen yhteistyö kuntatasolla

Muun muassa PAKKA-toiminta sekä kuntatason moniammatilliset päihdesuunnitelmat ja ehkäisevän päihdetyön verkostot ovat vahvistaneet toimijoiden välistä yhteistyötä erityisesti nuorten alkoholin käytön ehkäisemiseksi ja alaikäisten alkoholin käyttöön puuttumiseksi (esim. järjestöt, koulut ja oppilaitokset, liikunta- ja urheiluseurat, kuntien sosiaalityö ja nuorisotyö, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, seurakunnat, poliisi sekä valvovat viranomaiset yhteistyössä). Ammattilaisten lisäksi yhteistyössä ovat mukana vanhemmat. Työssä tuetaan myös nuorten omaa osallisuutta.

3.2 Sote-uudistus muuttaa terveyden edistämisen rakenteita

Terveyden edistämisen rakenteet ratkaistava

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen myötä kunnilla säilyy vastuu terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä, kun taas sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu siirtyy maakunnille. Myös maakunnilla on alueellisia terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tehtäviä. Tässä tilanteessa on tärkeää luoda rakenteet, jotka tukevat kuntien ja maakuntien välistä yhteistyötä, tiedonkulkua ja toiminnan koordinoitua terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä ehkäisevän päihdetyön saralla. Jokaisessa maakunnassa tulisi olla terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä vastaava henkilö, jonka tehtävänä on muun muassa koordinoida ehkäisevää päihdetyötä alueella. Vastaavasti jokaisessa kunnassa tulisi olla henkilö, joka toimii terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen yhdyshenkilönä maakuntaan ja kunnan eri hallinnon aloille varmistaen monisektorisen yhteistyön sekä terveyden edistämisen toteutumisen ihmisten arjessa, kaikissa kunnan palveluissa. Kaiken kaikkiaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen yhteydessä tulisi ottaa paremmin huomioon, millaiset terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen rakenteet toimivat parhaalla tavalla ja mitkä ovat maakuntien ja kuntien roolit uudessa tilanteessa. Maakunnalliset erityispiirteet tulisi huomioida terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä myös tulevaisuudessa.

Kokonaisvaltaista palvelua asiakkaille

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation myötä yhteistyötä päihde-, mielenterveys- ja sosiaalipalveluiden välillä tulee tehostaa. Näin asiakkaille voidaan tarjota kokonaisvaltaista, asiakaslähtöistä palvelua. Myös järjestöjen tarjoama vertaistuki ja kokemusasiantuntijatyö tulee hyödyntää osana palveluketjuja. Laatuksien ja -mittareiden tulee vastaavasti tukea yhteistyötä sekä kokonaisvaltaista ja asiakaslähtöistä lähestymistapaa.

Tietoa väestön terveystietoisuudesta

Ajantasainen ja kattava tieto väestön terveystietoisuudesta ja riskitekijöistä on ehkäisevän työn sekä alkoholipolitiikan tavoitteiden asettamisen ja seurannan perusta. Suomessa on toimivat seurantajärjestelmät, jotka tulee säilyttää uudistuksen yhteydessä. Niiden tarjoamaa tietoa tulee voida hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä valtakunnallisella, maakunnallisella ja kunnallisella tasolla. Tiedon tulisi olla tarjolla helposti ja maksuttomasti tai kohtuullisin kustannuksin, jotta mahdollisimman monet terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen toimijat voivat hyödyntää tietoa omassa työssään.

3.3 Miten sosiaali- ja terveydenhuollossa voidaan vähentää haitallista alkoholin kulutusta?

Riskissä olevien nuorten varhainen tunnistaminen ja tuki

Sosiaali- ja terveydenhuolto voi tukea nuorten tervettä ja vastuullista suhtautumista alkoholiin sekä puuttua tarvittaessa alkoholin kokeiluihin ja käyttöön. Haitallisen alkoholin käytön ehkäisemiseksi riskissä olevien nuorten tunnistaminen ja mahdollisimman varhainen tuki ovat tärkeitä. Sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta tärkeitä työmuotoja ovat etsivä ja jalkautuva työ, asiakaslähtöisesti suunnitellut matalan kynnyksen palvelut sekä moniammatillinen yhteistyö. Erityisesti tulisi huomioida alkoholin käytön ja mielenterveysongelmien välinen yhteys nuorilla sekä muut erityisryhmät. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset sekä muut lasten ja nuorten parissa työskentelevät ammattilaiset tarvitsevat koulutusta, tukea ja ohjausta sekä työkaluja ja materiaaleja, jotta heillä on osaamista ja uskallusta, toimintaohjeita ja välineitä varhaiseen tunnistamiseen ja tukeen. Hyviä toimintamalleja ja materiaaleja on olemassa, mutta niiden hyödyntämistä tulee tehostaa. Lisäksi on tärkeää tarjota tukea vanhemmille. Varhaista tukea tulisi tarjota perheille neuvolasta lähtien.

Mini-interventio on tehokas tapa vaikuttaa

Alkoholiongelman hoito -Käypä hoito suosituksessa painotetaan, että alkoholiongelman ehkäisyssä, havaitsemisessa ja hoidossa terveydenhuollolla on keskeinen asema. Mini-interventio on tehokas tapa

vaikuttaa alkoholinkäyttöön ja ehkäistä alkoholin aiheuttamia haittoja. Edelleen sen hyödyntämistä tulisi tehostaa kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas kohtaamisissa. Esimerkiksi traumapäivystyksessä, somaattisessa päivystyksessä, aikuissosiaalityössä ja iäkkäiden kotipalveluissa tulisi aktiivisemmin ottaa alkoholi puheeksi sekä tehdä tarvittaessa mini-interventio ja hoitoonohjaus. Myös adsume-kyselyn (nuorten päihdemittari) ja audit-testin käyttöä sekä alkoholinkäytön kirjaamista tulisi tehostaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten osaamista tulee vahvistaa sekä perus- että täydennyskoulutuksessa. Lisäksi tulee kehittää verkko- ja mobiilipalveluita kuten mini-interventio-ohjelmia.

Palveluketjujen toimivuus ja jatkuvuus

Alkoholiongelmaisten ja alkoholiriippuvaisten hoidon palveluketjut tulee määritellä siten, että moniammatillinen yhteistyö toteutuu. Erityisesti tulee varmistaa palveluketjujen toimivuus ja jatkuvuus, jotta tunnistettu tarve johtaa toimintaan ja asiakas osataan ohjata eteenpäin palveluketjussa. Matalan kynnyksen palveluita tulisi lisätä, esimerkiksi perusterveydenhuollolla voisi olla laajempi lievän alkoholiongelman hoitomahdollisuus matalan kynnyksen palveluna.

Tehostettu puuttuminen työpaikoilla ja työterveyshuollossa

Asenteet alkoholin käyttöä kohtaan ovat kiristyneet työelämässä, kun tietoisuus alkoholin käytön monitahoisista haitoista on lisääntynyt työpaikoilla. Alkoholihaittojen ehkäisyyn ja niihin puuttumiseen on kehitetty toimivia työkaluja ja toimintamalleja. Monilla työpaikoilla on muun muassa laadittu päihdeohjelma osana työhyvinvoinnin kehittämistä. Edelleen kynnys puuttua alkoholin käyttöön on kuitenkin usein työpaikoilla korkea. Avointa keskustelua sekä tiedottamista päihdeohjelman sisällöistä ja tukimuodoista tulisi edistää työpaikoilla. Työterveyshuollossa tulisi tehostaa puheeksi ottoa työterveystarkastuksissa ja sairauskäynneillä. Alkoholi on työikäisten yleisin kuolinsyy.

4. Sosiaali- ja terveydenhuolto keskeisessä asemassa tupakoimattomuuden edistämässä ja haitallisen alkoholin kulutuksen vähentämisessä

Nikotiiniriippuvuus on sairaus, ja nikotiinin käyttäjät tarvitsevat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten apua vieroituksessa. Vieroituksen järjestäminen kaikille sitä tarvitseville onkin keskeinen sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävä. Tupakkavieroituksen palveluketjuja tulee kehittää ja lopettamisen tuki tulee organisoida siten, että apua tupakka- ja muiden nikotiinituotteiden lopettamiseen on helposti saatavilla kaikkien maakuntien alueella. Tarjottavan tuen tulee olla monipuolista, ja vieroituksessa tulee ottaa huomioon erityisryhmät kuten ammatillisessa oppilaitoksessa opiskelevat nuoret, raskaana olevat, mielenterveyskuntoutujat ja työttömät. Tupakkavieroitustyö on kustannustehokasta, ja sitä tulee toteuttaa julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon, työterveyshuollon sekä yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyönä. Vaikka tupakointi on vähentynyt Suomessa, muiden nikotiinipitoisten tuotteiden, kuten nuuskan ja sähkösavukkeiden, käyttö on kuitenkin kasvussa. Tupakoimattomuuden edistämiseksi tuleekin kiinnittää entistä enemmän huomiota näihin uusiin uhkiin, nuuskan ja sähkösavukkeiden käytön aloittamisen ehkäisyyn ja niistä vieroitukseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tulisi vahvistaa haitallisen alkoholin käytön ehkäisemiseksi riskissä olevien nuorten varhaista tunnistamista ja tukea. Alkoholiongelman ehkäisyssä, havaitsemisessa ja hoidossa sosiaali- ja terveydenhuollolla on keskeinen asema. Mini-interventio on tehokas tapa liiallisen alkoholinkäytön varhaiseen toteamiseen. Palveluketjujen tulee varmistaa, että apua on saatavilla helposti ja nopeasti matalan kynnyksen palveluna. Työterveyshuolto on tärkeä toimija tässä työssä. Yhteistyötä päihde-, mielenterveys- ja sosiaalipalveluiden sekä kolmannen sektorin välillä tulee tiivistää, jotta hoidosta tulee kokonaisvaltaista.

Tupakka- ja alkoholipolitiikkaa tulisi tehdä terveyden ja hyvinvoinnin näkökulmasta. Ajantasainen, tutkimukseen perustuva tieto on sekä tupakka- ja alkoholipolitiikan että tupakoimattomuuteen ja alkoholin

käytön vähentämiseen tähtäävän työn perusta. Myös väestötutkimusten maakunta- ja kuntatason tulosten saatavuus on turvattava.

Työpajaan osallistuivat:

- Mikael Ekblad, LT, erikoistuva lääkäri, Harjavallan terveyskeskus ja Turun yliopisto, yleislääketiede
- Kristiina Hannula, toiminnanjohtaja, EHYT ry
- Mervi Hara, toiminnanjohtaja, Suomen ASH ry
- Kari Haring, asiantuntijalääkäri, SAK
- Anna Maria Heikkinen, HLT, erikoishammaslääkäri, vt. apulaisylihammaslääkäri, HUS, suusairauksien klinikka sekä opetus- ja hoitoyksikkö
- Antero Heloma, ylilääkäri, THL, Kansanterveysratkaisut-osasto
- Antti Hytti, aikuistyön päällikkö, EHYT ry
- Ilmo Jokinen, osastopäällikkö, EHYT ry, nuoret ja verkko
- Tiina Kaarne, asiantuntijalääkäri, Kela
- Jaakko Kaprio, akatemiaprofessori, Helsingin yliopisto, Suomen molekyyllilääketieteen instituutti FIMM
- Jorma Komulainen, LT, dosentti, Käypä hoito -päätoimittaja, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
- Tellervo Korhonen, FT, dosentti, vanhempi tutkija, Helsingin yliopisto, Suomen molekyyllilääketieteen instituutti FIMM
- Sinikka Krogerus, erikoislääkäri, KSSHP, eläkkeellä
- Elina Kupiainen, vastaava työterveyslääkäri, ABB Oy
- Kirsi Laasonen, apulaisylilääkäri, PSHP
- Virve Laivisto, kehittämisspäällikkö, Suomen Syöpäyhdistys (asiantuntijasihteeri)
- Tomi Lintonen, tutkimusjohtaja, Alkoholitutkimus-säätiö
- Jaana Markkula, kehittämisspäällikkö, THL, Kansanterveysratkaisut-osasto
- Tiina Merivuori, ylilääkäri, Hämeenlinnan kaupunki, terveyspalvelut, avosairaanhoido
- Marjatta Montonen, erityisasiantuntija, THL, Kansanterveysratkaisut-osasto
- Pia Mäkelä, erikoistutkija, THL, Kansanterveysratkaisut-osasto
- Meri Paavola, neuvotteleva virkamies, STM, Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osasto, Haittojen ehkäisemisen ryhmä
- Kristiina Patja, johtava ylilääkäri, Kirkkonummen TK
- Marja Pöllänen, HLT, EHL, Käypä hoito
- Matti Rautalahti, pääsihteeri, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (puheenjohtaja)
- Annamari Rouhos, keuhkosairauksien erikoislääkäri, LT, HUS, keuhkosair./HYKS Sydän- ja keuhkokeskus
- Mikko Salasuo, vastaava tutkija, Nuorisotutkimusverkosto
- Sanna-Mari Salomäki, viestinnän tutkija ja asiantuntija, Aurera Oy (sihteeri)
- Patrick Sandström, erityisasiantuntija, Filha (asiantuntijasihteeri)
- Outi Seppälä, terveyskeskuslääkäri, Helsingin kaupunki, Kallion terveysasema ja tupakkaklinikka
- Kaarlo Simojoki, johtava ylilääkäri, A-klinikkasäätiö
- Ismo Tuominen, hallitusneuvos, STM
- Juha Pekka Turunen, koulutuspäällikkö, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
- Matti Uusitupa, professori emeritus, Itä-Suomen yliopisto, kansanterveystiede ja kliininen ravitsemustiede
- Tuula Vasankari, pääsihteeri, Filha, professori, Turun yliopisto
- Anu Vähäniemi, hoitotyön päällikkö, Tampereen kaupunki, mielenterveys- ja päihdepalvelut
- Esa Österberg, vieraileva tutkija, THL, Kansanterveysratkaisut-osasto

Liite 5 Koonti työpajasta: Sairauslähtöinen näkökulma ehkäisyyn

1. Perinnölliset tekijät, elintavat ja elinympäristö vaikuttavat tarttumattomiin sairauksiin

Maailman terveysjärjestö WHO on julkaissut tarttumattomien sairauksien ehkäisyn ja hoidon toimintaohjelman vuosiksi 2013-2020. Yhtenä WHO:n toimintaohjelman tavoitteena on 25 prosentinlasku alle 70-vuotiaiden kuolleisuudessa valtimosairauksiin, syöpään, diabetekseen ja kroonisiin keuhkosairauksiin. Näiden sairauksien kehittymiseen vaikuttavat perinnöllisten tekijöiden lisäksi tyypillisesti elintapatekijät kuten ylipaino, liikunnan vähäisyys, epäterveellinen ruokavalio, tupakointi ja runsas alkoholinkäyttö. Astman syntyyn vaikuttavista tekijöistä tiedetään vielä vähän. Tutkimustulokset viittaavat siihen, että tulehdustilan taustalla on immunologinen häiriö. Muutokset elintavoissa ja elinympäristössä ovat voineet yksipuolistaa ihmisten mikrobistoa ja vaikuttaa immuunisäätelyyn.

Tässä työpajassa pohdittiin, miten sosiaali- ja terveydenhuollossa voidaan ehkäistä diabetesta, valtimosuonisairauksia, muistisairauksia sekä astmaa ja keuhkohtaumatautia – erityisesti uudistuneissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteissa. Työpajassa asiaa käsiteltiin lähinnä primaariprevention näkökulmasta.

2. Sosiaali- ja terveystalouteen prevention näkökulma

Preventio on investointi

Sosiaali- ja terveystalouteen päätöksenteossa – kuten koko yhteiskunnassa ja yksilöidenkin asenteissa – korostuu nykyään lyhytjänteisyys, tässä ja nyt -ajattelu. Sairauksien ehkäisyyn panostaminen on vaikeaa, koska prevention perspektiivi on pitkä. Terveiden edistämisen tärkeys tiedetään, mutta juhlapuheet eivät muutu toiminnaksi. Sosiaali- ja terveystalouteen preventio tulisi nähdä investointina. Preventioon panostaminen voi edistää myös eriarvoisuuden vähentymistä.

Terveys kaikissa politiikoissa

Sosiaali- ja terveyssektori ei pysty ratkaisemaan preventiota yksin. Helpot ratkaisut sairauksien ehkäisemiseksi on jo tehty. Tarvitaan uudenlaisia lähestymistapoja, ja sairauksien ehkäisyn suurimmat mahdollisuudet saattavat löytyä ihan toisilta sektoreilta. Terveys kaikissa politiikoissa -periaatteen mukaisesti terveysnäkökulma tulisi ottaa huomioon kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa, ei pelkästään sosiaali- ja terveystalouteen. Terveiden ja hyvinvoinnin huomiointi on ehkäisyn näkökulmasta tärkeää esimerkiksi yhdyskuntasuunnittelussa sekä ravinnontuotantoa, ruokahuoltoa ja elintarviketeollisuutta koskevassa päätöksenteossa. Päätöksenteon perusteissa pitäisi arvioida päätösten vaikutukset kansalaisten terveyteen ja hyvinvointiin. Myös terveysperusteisia valmiste- ja haittavaroja tulisi hyödyntää.

Tutkimustieto päätöksenteon tueksi

Sosiaali- ja terveystalouteen päätöksenteon tulisi perustua tutkittuun tietoon (evidencebased). Päättäjät tarvitsevat tietoa muun muassa väestön terveyskäyttäytymisestä, sairauksien riski- ja suojaavista tekijöistä sekä kustannusvaikutuksista. Lisää tutkimustietoa tarvitaan erityisesti prevention vaikuttavuudesta sekä kustannus- ja kokonaisvaikuttavuudesta (terveystaloustieteellinen tutkimus).

3. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos: painopiste preventioon ja asiakkaiden tarpeet keskiön

Painopiste preventioon

Nykyistä terveydenhuoltojärjestelmää ei ole viritetty preventioon vaan sairauksien hoitoon. Terveydenhuollon resurssit ovat epätasapainossa, ja resursseista pääosa (sekä henkilöstö- että taloudellisista resursseista) kuluu korjaavaan työhön. Sairauslähteisyydestä tulisi päästä eroon. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutuksen myötä painopisteen tulisi siirtyä preventiivisiin toimiin, ja preventioon tulisi myös ohjata resursseja.

Kannustimet tukemaan preventiota

Jotta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tuottaisivat terveyttä, tulee toiminnalle asettaa tavoitteita, joita mitataan ja arvioidaan ja joiden saavuttamisesta palkitaan. Kannustimien tulisi ohjata toimintaa siten, että vaikuttavasta preventiosta ja onnistuneista interventioista palkitaan. Kannustimia voisi käyttää kaikilla tasoilla: Sote-järjestäjiä ja -tuottajia palkitaan vaikuttavasta preventiivisestä toiminnasta, palveluiden/organisaatioiden kyvystä tuottaa terveyttä ja parantaa elämänlaatua. Kansalaisia, työnantajia, kouluja ja muita kuntatoimijoita sekä kolmannen sektorin toimijoita voitaisiin palkita terveyttä edistävistä ja sairauksia ehkäisevistä toiminnasta. Mittaamisen ja palkitsemisen kautta myös prevention arvostusta voidaan nostaa.

Yhteistyörakenteet kuntoon, palvelupolut sujuviksi

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden tulisi tukea yhteistyötä, ei haitata sitä. Tietosuojan turvaamisen lisäksi rakenteiden kehittämisessä on tärkeää taata tarpeellinen tiedonkulku ja lisätä sektorien välistä yhteistyötä, esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä sekä opetustoimen ja sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Vastaavasti on tärkeää, että terveyden edistämisen hankkeiden ja ohjelmien yhteydessä luodut perusrakenteet ja osaaminen säilytetään, ylläpidetään ja hyödynnetään myös uusissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteissa. Yhtenäiset palvelupolut tulisi luoda yhteistyössä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Esimerkiksi vapaaehtoistyöllä on tärkeä rooli yhteisöllisyyden lisäämisessä ja yksinäisyyden vähentämisessä.

Asiakaslähtöinen toimintatapa

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tulee aidosti siirtyä organisaatio- ja asiantuntijuuslähtöisestä toimintatavasta asiakaslähtöiseen toimintatapaan. Toimintaa tulisi suunnitella ja organisoida asiakkaiden näkökulmasta ja yksilöllisistä tarpeista lähtöisin. Esimerkiksi erilaiset matalan kynnyksen palvelut ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen jalkautuminen tuovat terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn lähemmäs ihmisiä ja osaksi ihmisten arkea. Palvelujen käyttäjien käsityksiä ja kokemuksia, tarpeita ja toiveita voidaan kuulla erilaisia asiakaskeskeisen suunnittelun ja kehittämisen työkaluja hyödyntäen (esim. asiakasraadit, palvelumuotoilu).

Palveluiden ja interventioiden kohdentaminen

Palvelutarpeet vaihtelevat erilaisten asiakasryhmien välillä ja myös asiakkaiden elämäntilanteiden vaihtuessa. Erilaiset ihmiset tarvitsevat eri elämänvaiheissa erilaista tukea ja interventioita tarttumattomien sairauksien ehkäisyssä. Sosiaali- ja terveydenhuolto ei voi tarjota kaikille samanlaisia palveluja, vaan palveluita pitää kohdentaa. Ehkäiseviä palveluita ja toimia tulee räätälöidä erilaisissa elämäntilanteissa oleville yksilöille ja ihmisryhmille – ihmisten muuttuvien tarpeiden mukaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon tulee myös tunnistaa ja tavoittaa erilaisia ryhmiä (esim. riskiryhmiä), joille palveluiden kohdistaminen on erityisen tärkeää. Tämä on myös kustannusvaikuttavaa.

Käyttätymistieteellisen osaamisen vahvistaminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten käyttätymistieteellistä osaamista tulisi vahvistaa. Elintapamuutosten ja omahoidon tukemiseksi tarvitaan motivointitaitoja, voimavaroja vahvistavaa

viestintää ja valmentavaa työtettä. Asiakkaiden osallisuutta ja sitoutumista voidaan vahvistaa esimerkiksi ottamalla asiakkaiden omat tavoitteet ja toiveet työn lähtökohdaksi sekä lisäämällä omia vaikutusmahdollisuuksia.

3. Terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisyä koko elämänkulun ajan

Preventio alkaa mahdollisimman varhain ja jatkuu koko elämänkulun ajan

Yksilön elämänskaari alkaa hedelmöitymisestä ja päättyy kuolemaan. Perimä säätelee osaltaan elämänskaaren aikaista terveyttä, mutta terveyteen elämänskaaren aikana vaikuttavat myös ympäristö, elämäntapahtumat ja elintavat. Tarttumattomiin sairauksiin sairastutaan yleensä myöhemmällä iällä, mutta muutokset elimistössä alkavat jo aiemmin. Preventiivinen työ tulee aloittaa mahdollisimman varhain. Lapsuudessa ja nuoruudessa tehty ehkäisevä työ heijastuu terveyteen työikäisenä, terveyteen panostaminen työikäisenä puolestaan vaikuttaa hyvinvointiin ikääntyneenä. Terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn tulee olla läsnä koko elämänkulun ajan.

Lapset, nuoret ja perheet tärkein kohderyhmä

Lapsuudessa ja nuoruudessa preventio on pääasiassa yleistä terveystasvatusta, leikin ja liikunnan, luonnossa liikkumisen, riittävän levon ja unen sekä terveellisen syömisestä edistämistä. Tärkeässä roolissa ovat päiväkodit, koulut ja oppilaitokset, joilla on mahdollisuus tehdä lasten ja nuorten arjesta terveyttä edistävää. Myös nuorten harrastus- ja vapaa-ajan toimijoiden rooli on tärkeä. Esimerkiksi kerhotoiminnan lisääminen kouluihin tai niin sanotun kokonaiskoulupäivän hyödyntäminen voisi toimia terveyttä edistävästi. Lasten ja nuorten osallisuutta vahvistaa, kun he itse pääsevät mukaan suunnittelemaan ja toteuttamaan terveyttä ja hyvinvointia edistävää toimintaa. Riskiryhmissä olevat lapset, nuoret ja perheet on tunnistettava ja heille on suunnattava erityisiä toimenpiteitä neuvolan ja koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon toimesta, joiden roolia ja asiantuntemusta tulisi vahvistaa. Vanhempien vastuu lasten terveydestä alkaa jo odotusaikana. Motivaatio elintapamuutoksiin on usein korkein odottavilla äideillä ja pienten lasten vanhemmilla. Lasten ja nuorten elintavat heijastelevat usein koko perheen elintapoja (esim. ylipaino), joten muutosten on lähdettävä liikkeelle perheen hyvinvoinnista. Neuvoloiden tärkeänä tehtävänä on tukea perheiden hyvinvointia kunkin perheen tarpeiden mukaan.

Työikäiset työelämässä – ja sen ulkopuolella

Työpaikoilla ja työterveyshuollolla on tärkeä rooli työikäisten terveellisten elintapojen tukemisessa. Työterveyshuollossa tulee myös tunnistaa riskiryhmät ja erityisten interventioiden tarpeessa olevat henkilöt, jotka tarvitsevat elintapaohjausta ja erityistä motivointia ja tukea. Työterveyshuollossa tehty ehkäisevä työ heijastuu myös perheiden hyvinvointiin. Lisäksi on erittäin tärkeää huomioida työelämän ulkopuolella olevat työikäiset perusterveydenhuollon palveluissa.

Ikääntyneetkin hyötyvät

Ihmisen ikääntyessä sairastavuus lisääntyy ja sekundaariprevention merkitys korostuu. Ikääntyneillä toimintakyvyn ylläpitäminen on parasta ehkäisevää työtä. Ikääntyneiden terveyttä tulee tukea heidän omat lähtökohdansa ja tavoitteensa huomioiden, kokonaisvaltaista hyvää oloa korostaen. Elintapojen terveellisyydestä huolehtiminen ei ole koskaan liian myöhäistä.

4. Viestintä vaikuttaa kansalaisiin, ammattilaisiin ja päättäjiin

Haastava viestintäympäristö

Terveyteen liittyvää tietoa on tarjolla runsaasti. Tietoa tulee monenlaisista lähteistä, ja sisällöt ovat keskenään ristiriitaisia. Asiantuntijuus hämärtyy – kenen tietoa ja mitä tietoa tulisi uskoa ja omaksua. Kuuma kokemus kiinnostaa usein enemmän kuin viileä fakta. Tässä viestintäympäristössä terveyden edistäjien haasteena on tuoda päättäjiin, ammattilaisiin ja kansalaisiin helposti ja vaivattomasti uusinta ja

oleellista tietoa sairauksien riski- ja suojatekijöistä sekä sairauksien ehkäisemisestä. Myös medialukutaidon ja terveyden lukutaidon kehittäminen on tärkeää.

Viestinnällä vaikuttamista

Viestintä ei kuitenkaan ole pelkkää tiedon jakamista. Viestinnän tavoitteena on vaikuttaa yleiseen asenneilmapiiriin ja sitä kautta myös päätöksiin, valintoihin ja käyttäytymiseen. Pelkkä tiedon jakaminen ei riitä. Viestinnän tulee vedota myös tunteisiin ja tukea yhteisöllisyyttä, esimerkiksi tarinoiden sekä kokemus- ja vertaistiedon kautta.

Positiivista ja laadukasta viestintää

Tarttumattomien sairauksien ehkäisemiseksi tehtävää viestintää tulisi tehdä ammattimaisesti ja laadukkaasti. Viestinnässä tulisi hyödyntää monipuolisesti nykyaikaisia viestinnän keinoja ja kanavia, esimerkiksi sosiaalista mediaa. Kieltämisen ja rajoittamisen sijaan viestinnän tulisi olla positiivista. Myönteisten tavoitteiden ja toimien esiin tuominen on tärkeää. Viestinnässä voitaisiin esimerkiksi korostaa terveyden suojatekijöitä ja niiden merkitystä sairauksien ehkäisemisessä. Viestintää tulee kohdistaa ja kohdentaa eri kohderyhmille.

Vaikuttajaviestintä lisää vuoropuhelua

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden ja yhteiskunnan päättäjien välistä aktiivista vuorovaikutusta tulisi vahvistaa. On tärkeää, että päättäjät saavat tutkittua tietoa terveyden edistämisestä ja sairauksien ehkäisystä päätöksenteon tueksi. Päättäjien tulisi myös tuntea sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteita sekä ymmärtää sairauksien ehkäisyn ja terveyden edistämisen merkitys kaikessa päätöksenteossa.

5. Digiloikkaa ja luontoaskelta

Big data, esineiden internet, pelillisuus

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tulisi kartoittaa digitalisaation tuomia mahdollisuuksia ja pohtia digitalisaation hyödyntämistä toiminnan kehittämisessä. Kansalaisten terveyttä koskevaa dataa kertyy valtavasti eri tahoilla, esimerkiksi erilaisten terveys-, aktiivisuus- ja hyvinvointimittareiden tuottamana sekä monien yritysten ja julkisten toimijoiden potilas- ja asiakastietojärjestelmiin. Terveyttä koskevan datan yhdistely ja analytiikka luo uusia mahdollisuuksia esimerkiksi ehkäisevän toiminnan ennakointiin, kohdentamiseen, ajoittamiseen ja seurantaan. Dataa voitaisiin hyödyntää myös tutkimuksessa. Prevention näkökulmasta mielenkiintoisia mahdollisuuksia saattavat tarjota myös esineiden internet ja esimerkiksi kauppaketjujen kanta-asiakasjärjestelmät. Pelillisuus voi tuoda uusia näkökulmia esimerkiksi terveysneuvontaan ja -kasvatukseen. Digitalisaatio voi tukea myös omahoitoa, esimerkiksi motivoida omasta terveydestä huolehtimiseen ja helpottaa omaan hyvinvointiin ja riskitekijöihin liittyvää mittausta, riskiarvioiden tekemistä ja tulosten seurantaa sekä palautteen antamista.

Luontoyhteyden vahvistaminen

Terveyttä voidaan edistää ja tarttumattomia sairauksia ehkäistä myös tukemalla ihmisten yhteyttä luontoon. Yhteyttä luontoon tulisi lisätä monipuolisesti – syömisen, juomisen, hengittämisen ja koskettamisen kautta. Toisaalta tulisi aktivoida ihmisiä liikkumaan luonnossa, ja toisaalta tulisi tuoda luontoa ihmisten arkeen myös urbaaneihin ympäristöihin esimerkiksi yhdyskuntasuunnittelun keinoin. Kansalaisryhmät ja kolmas sektori ovat avainasemassa ideoidessaan ja kehittäessään erilaisia tapoja luontoyhteyden vahvistamiseen. Luonnossa toimimisen terveysvaikutuksista tarvitaan lisää tutkimustietoa.

6. Preventio on monitahoista

Tarttumattomien sairauksien ehkäisy on monitahoinen asia. Sen onnistuminen vaatii vahvaa poliittista tahtotilaa ja pitkän tähtäimen toimintaa. Sosiaali- ja terveystieteitä ei voi tehdä vaalikauden mittaisina

operaatioina, vaan se vaatii sitoutumista preventiotoimiin jopa kymmeniksi vuosiksi kerrallaan. Preventiossa harvoin saavutetaan nopeita voittoja.

Tutkimuksen perusteella tiedetään, mitä yhteiskunnassa sekä yksilöiden kohdalla pitäisi tehdä sairauksien ehkäisemiseksi. Nyt olisi aika ottaa tutkimustulokset ja kokemukset käytäntöön, tehdä yhteistyötä yli hallintorajojen, tukea preventiotoimia yhteiskunnallisesti sekä nostaa preventio arvostetuksi ja myönteiseksi asiaksi. Kieltämisen ja rajoittamisen sijaan tulisi nostaa esiin positiivisia tekijöitä, jotka suojaavat yksilöitä sairastumiselta.

Yhteistyön lisäksi tarvitaan asioiden vastuuttamista eri tahoille. Yhteiskunnan tehtävänä on ottaa terveyden edistäminen osaksi kaikkea politiikkaa. Tämä tarkoittaa uusien näkökulmien löytämistä, terveyden ja hyvinvoinnin asettamista keskiöön kaikkien hallinnonalojen päätöksenteossa sekä vahvempaa poliittista terveyden edistämisen ohjausta esimerkiksi terveysperusteisten valmiste- ja haittaverojen muodossa.

Osa kansalaisista kuuluu tarttumattomien sairauksien riskiryhmiin. Heidän tunnistamisensa ja hoitamisensa on sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävä. Palvelurakennemuutos antaa mahdollisuuden virittää sosiaali- ja terveydenhuolto paremmin preventiota tukevaksi. Tämä vaatii resurssien parempaa tasapainottamista, palvelupolkujen sujuvoittamista, yhteistyön lisäämistä organisaatioiden välillä ja ennen kaikkea toiminnan kehittämistä aidosti asiakaslähtöisesti.

Jokaisen kansalaisen vastuulla on käytännön terveyden edistäminen omalta kohdaltaan. Tähän kansalaiset tarvitsevat arjen tuomia mahdollisuuksia, tietoa terveyden suojatekijöistä, tukea omaan toimintaansa sekä yksilöllistä neuvontaa tarvittaessa.

Aktiivinen vuoropuhelu yhteiskunnan päättäjien, sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kansalaisten välillä on tärkeää, jotta syntyisi todellinen ymmärrys ja tahtotila tarvittavista toimenpiteistä sekä eri toimijoiden mahdollisuuksista toteuttaa niitä. Vain yhteistyöllä synnytetään terveyttä kaikkiin toimintoihin.

Työpajaan osallistuivat:

- Johan Eriksson, professori, Helsingin yliopisto
- Tari Haahtela, emeritusprofessori, HYKS, Iho- ja allergiasairaala
- Terttu Harju, keuhkosairauksien erikoislääkäri, OYS, sisätautien ja keuhkosairauksien pkl
- Harri Helajärvi, LT, vt. erikoislääkäri, liikuntalääketieteeseen erikoistuva, Paavo Nurmi -keskus
- Anna Helin-Välkky, projektisihteeri, Aivoliitto ry (asiantuntijasihteeri)
- Erja Helttunen, hankesuunnittelija, kansanterveyshoitaja, kliininen asiantuntija YAMK, Kainuun sote, kehittämis- ja suunnitteluyksikkö
- Paula Häkkänen, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon lääkäri, nuorisolääkäri, Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto, lasten ja nuorten lääkäripalvelut
- Jorma Komulainen, LT, dosentti, Käypä hoito -päätoimittaja, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
- Sari Koski, projektipäällikkö, Suomen Diabetesliitto (asiantuntijasihteeri)
- Elina Kupiainen, vastaava työterveyslääkäri, ABB Oy (puheenjohtaja)
- Marjatta Kuusela, puheenjohtaja, Helsingin Sydänyhdistys
- Merja Laine, LT, yleislääketieteen erikoislääkäri, diabeteshoidon ja haavanhoidon erityispätevyys, Vantaan sosiaali- ja terveydenhuolto
- Jaana Lindström, tutkimuspäällikkö, THL, Kansanterveysratkaisut-osasto
- Olga Luostarinen, terveyskeskuslääkäri, Vantaan kaupunki
- Tuomo Nieminen, professori, Helsingin yliopisto, Eksote, sisätaudit
- Tarja Palkama, terveydenhoitaja, Myyrmäen terveysasema
- Kaisu Pitkälä, professori, Helsingin yliopisto
- Matti Rautalahti, pääsihteeri, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

- Pirkko Routasalo, THT, dosentti, Helsingin yliopisto
- Osmo Saarelma, yleislääketieteen erikoislääkäri, Kustannus Oy Duodecim, Kansalaisten sähköiset palvelut
- Sanna-Mari Salomäki, viestinnän tutkija ja asiantuntija, Aurera Oy (sihteeri)
- Timo Strandberg, professori, Helsingin yliopisto
- Laura Suojanen, terveyden edistämisen suunnittelija, HUS, perusterveydenhuollon yksikkö
- Kimmo Tarvainen, ylilääkäri, Työterveyslaitos, Uudistuva Työterveyshuolto
- Katri Tiitola, työterveyshuollon erikoislääkäri, Kotkan Työterveys Oy
- Juha Pekka Turunen, koulutuspäällikkö, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
- Matti Uusitupa, professori emeritus, Itä-Suomen yliopisto, kansanterveystiede ja kliininen ravitsemustiede
- Pilvi Österman, puheenjohtaja, Suomen työterveyshoitajaliitto ry

Liite 6 Konsensustyöpajoihin osallistuneet asiantuntijat

- Pilvikki Absetz, tutkimusjohtaja, PsT, dosentti, Itä-Suomen yliopisto, kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö
- Minna Aittasalo, TtT, dosentti, erikoistutkija, UKK-instituutti
- Annukka Alapappila, liikunta-asiantuntija, Suomen Sydänliitto
- Päivi Berg, VTT, dosentti, erikoistutkija, Nuorisotutkimusverkosto
- Patrik Borg, ravitsemusasiantuntija, Helsingin Urheilulääkäriasema
- Tuija Brax, pääsihteeri, Suomen Sydänliitto
- Anna Broberg, projektitutkija, Aalto yliopisto, rakennetun ympäristön laitos
- Mikael Ekblad, LT, erikoistuva lääkäri, Harjavallan terveyskeskus ja Turun yliopisto, yleislääketiede
- Johan Eriksson, professori, Helsingin yliopisto
- Mikael Fogelholm, professori, Helsingin yliopisto, elintarvike- ja ympäristötieteiden laitos
- Tari Haahtela, emeritusprofessori, HYKS, Iho- ja allergiasairaala
- Janne Haarala, liikunnan suunnittelija, Hengitysliitto
- Kristiina Hannula, toiminnanjohtaja, EHYT ry
- Mervi Hara, toiminnanjohtaja, Suomen ASH ry
- Kari Haring, asiantuntijalääkäri, SAK
- Terttu Harju, keuhkosairauksien erikoislääkäri, OYS, sisätautien ja keuhkosairauksien pkl
- Hannu Hausen, professori emeritus, asiantuntijahammaslääkäri, Suomen Hammaslääkäriliitto
- Anna Maria Heikkinen, HLT, erikoishammaslääkäri, vt. apulaisylihammaslääkäri, HUS, suusairauksien klinikka sekä opetus- ja hoitoyksikkö
- Kirsi Heinonen, liikuntasuunnittelija, Diabetesliitto
- Harri Helajärvi, LT, vt. erikoislääkäri, liikuntalääketieteeseen erikoistuva, Paavo Nurmi –keskus
- Anna Helin-Välkky, projektisihteeri, Aivoliitto ry
- Eeva-Eerika Helminen, LT, yleislääketieteen el, psykiatria erikoistuva lääkäri, Auroran sairaala
- Antero Heloma, ylilääkäri, THL, Kansanterveysratkaisut-osasto
- Erja Helttunen, hankesuunnittelija, kansanterveyshoitaja, klininen asiantuntija, YAMK, Kainuun sote, kehittämis- ja suunnitteluyksikkö
- Doris Holmberg-Marttila, ylilääkäri, PSHP, perusterveydenhuollon yksikkö
- Mirja Huuskonen, johtava ravitsemusterapeutti, PKSSK, ravitsemusterapia
- Antti Hytti, aikuistyön päällikkö, EHYT ry
- Paula Häkkänen, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon lääkäri, nuorisolääkäri, Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto, lasten ja nuorten lääkäripalvelut
- Tapani Hämäläinen, kansanterveystyön johtajaverkoston sihteeri ja pth-yksikön johtaja, ylilääkäri, HUS, perusterveydenhuollon yksikkö
- Ilmo Jokinen, osastopäällikkö, EHYT ry, nuoret ja verkko
- Leea Järvi, terveyden edistämisen koordinaattori, PPSHP, perusterveydenhuollon yksikkö
- Tiina Kaarne, asiantuntijalääkäri, Kela
- Minna Kaila, professori, Helsingin Yliopisto
- Jaakko Kaprio, akatemiaprofessori, Helsingin yliopisto, Suomen molekyyli­lääketieteen instituutti FIMM
- Saija Karinkanta, projektipäällikkö, erikoistutkija, UKK-instituutti
- Elina Karvinen, toimialapäällikkö, Ikäinstituutti, Liikkuen voimaa vanhuuteen
- Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi, professori, Oulun yliopisto, elinikäisen terveyden tutkimusyksikkö
- Tarja Kinnunen, yliopistonlehtori, Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
- Kauko Koivuniemi, VTL, Broadview Oy
- Jorma Komulainen, LT, dosentti, Käypä hoito -päätoimittaja, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
- Tellervo Korhonen, FT, dosentti, vanhempi tutkija, Helsingin yliopisto, Suomen molekyyli­lääketieteen instituutti FIMM

- Sari Koski, projektipäällikkö, Suomen Diabetesliitto
- Silja Kosola, LT, nuorisolääkäri, Helsingin kaupunki, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto
- Sinikka Krogerus, erikoislääkäri, KSSHP, eläkkeellä
- Minerva Krohn, ylilääkäri, THL
- Katriina Kukkonen-Harjula, dosentti, ylilääkäri, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri, kuntoutus, Käypä hoito -toimitus, kuntoutus
- Elina Kupiainen, vastaava työterveyslääkäri, ABB Oy
- Marjatta Kuusela, puheenjohtaja, Helsingin Sydänyhdistys
- Leena Kuusisto, koordinoitipäällikkö, PSHP, perusterveydenhuollon yksikkö
- Marketta Kyttä, professori, Aalto yliopisto, rakennetun ympäristön laitos
- Kirsi Laasonen, apulaisylilääkäri, PSHP
- Marjaana Lahti-Koski, terveysjohtaja, Suomen Sydänliitto
- Merja Laine, LT, yleislääketieteen erikoislääkäri, diabeteshoidon ja haavanhoidon erityispätevyys, Vantaan sosiaali- ja terveydenhuolto
- Virve Laivisto, kehittämispäällikkö, Suomen Syöpäyhdistys
- Anna Levy, FT, TtM, Oulu
- Jaana Lindström, tutkimuspäällikkö, THL, Kansanterveysratkaisut-osasto
- Tomi Lintonen, tutkimusjohtaja, Alkoholitutkimus-säätiö
- Olga Luostarinen, terveyskeskuslääkäri, Vantaan kaupunki
- Heidi Löflund-Kuusela, suunnittelija, Suomen Syöpäyhdistys, terveyden edistäminen
- Jaana Markkula, kehittämispäällikkö, THL, Kansanterveysratkaisut-osasto
- Tiina Merivuori, ylilääkäri, Hämeenlinnan kaupunki, terveystalvet, avosairaanhoito
- Päivi Metsäniemi, kehittämisylilääkäri, Terveystalo
- Seppo Miilunpalo, aluehallintoylilääkäri, Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto, POL
- Marjatta Montonen, erityisasiantuntija, THL, Kansanterveysratkaisut-osasto
- Kristiina Mukala, lääkintöneuvos, STM, Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osasto
- Pertti Mustajoki, professori
- Pia Mäkelä, erikoistutkija, THL, Kansanterveysratkaisut-osasto
- Sari Mäkinen, johtava ylilääkäri, Kangasalan sosiaali- ja terveyskeskus
- Minna Niemi, kehittämispäällikkö, Pikassos Oy
- Tuomo Nieminen, professori, Helsingin yliopisto, Eksote, sisätaudit
- Sari Niinistö, erikoistutkija, THL, Kansanterveysratkaisut-osasto
- Veijo Notkola, professori, Kuntoutussäätiö
- Helena Nuutinen, PsL, YTM, psykologi, Suomen Diabetesliitto
- Eeva Nykänen, ravitsemussuunnittelija, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, perusterveydenhuollon yksikkö
- Maria Ohisalo, varapuheenjohtaja, Vihreät ja köyhyystutkija, Itä-Suomen yliopisto
- Eeva Ollila, terveyden edistämisen ylilääkäri, Suomen Syöpäyhdistys
- Meri Paavola, neuvotteleva virkamies, STM, Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osasto, Haittojen ehkäisemisen ryhmä
- Jaana Pakarinen, johtaja, Vates
- Tarja Palkama, terveydenhoitaja, Myyrmäen terveysasema
- Mika Palvanen, asiantuntijalääkäri, PSHP, perusterveydenhuollon yksikkö
- Jari Parkkari, kansanterveystieteen dosentti, ylilääkäri, Tampereen Urheilulääkäriasema
- Kristiina Patja, johtava ylilääkäri, Kirkkonummen TK
- Kirsi Pietiläinen, professori, Helsingin yliopisto, lihavuustutkimusyksikkö, ylilääkäri, HUS
- Maarit Piirtola, FT, tutkijatohtori, Helsingin yliopisto, kansanterveystieteen osasto, kaksostutkimus
- Kaisa Pitkälä, professori, Helsingin yliopisto
- Kaisa Pulkkinen, projektipäällikkö, HUS-Tietohallinto, Virtuaalisairaala 2.0 -hanke
- Tuija Pusa, ravitsemusasiantuntija, Sydänliitto
- Riikka Puusniekka, erityissuunnittelija, Espoon kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi, kehittämisen tulosalue

- Tuomo Pääkkönen, lääkintöneuvos
- Marja Pöllänen, HLT, EHL, Käypä hoito
- Auli Pölönen, koordinointipäällikkö, PSHP, toimialue 1
- Rainer Rauramaa, professori, Terveysliikunnan ja ravinnon tutkimussäätiö, Kuopion liikuntalääketieteen tutkimuslaitos
- Matti Rautalahti, pääsihteeri, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
- Päivi Rautava, professori, tutkimusylilääkäri, Turun yliopisto ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, Tyks, kliinisen tutkimuksen keskus
- Matti Rimpelä, professori emeritus
- Sanna Ritola, projektikoordinaattori, Suomen Syöpäyhdistys, terveyden edistäminen
- Annamari Rouhos, keuhkosairauksien erikoislääkäri, LT, HUS keuhkosair./HYKS Sydän- ja keuhkokeskus
- Pirkko Routasalo, THT, dosentti, Helsingin yliopisto
- Osmo Saarela, yleislääketieteen erikoislääkäri, Kustannus Oy Duodecim, kansalaisten sähköiset palvelut
- Mikko Salasuo, vastaava tutkija, Nuorisotutkimusverkosto
- Sanna-Mari Salomäki, viestinnän tutkija ja asiantuntija, Aurera Oy
- Patrick Sandström, erityisasiantuntija, Filha
- Sirpa Sarlio-Lähteenkorva, neuvotteleva virkamies, STM, Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osasto
- Riitta Sauni, ylilääkäri, STM, Työsuojeluosasto
- Jan Schugk, ylilääkäri, EK
- Ursula Schwab, professori, Itä-Suomen yliopisto, lääketieteen laitos
- Mari Selin-Kivenvuori, kehittäjäsosiaalityöntekijä, Tampereen kaupunki, aikuisten sosiaalipalvelut
- Outi Seppälä, terveyskeskuslääkäri, Helsingin kaupunki, Kallion terveysasema ja tupakkaklinikka
- Sari Siivola, työterveyshuollon erikoislääkäri, Terveystalo Leppävaara
- Ulla Siljamäki-Ojansuu, johtava ravitsemusterapeutti, Tampereen yliopistollinen sairaala, ravitsemusterapiayksikkö
- Kaarlo Simojoki, johtava ylilääkäri, A-klinikkasäätiö
- Raija Sipilä, toimituspäällikkö, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
- Osmo Soininvaara, valtiot. lis., yrittäjä, Tietokeino Oy
- André Sourander, professori, Turun yliopisto
- Timo Strandberg, professori, Helsingin yliopisto
- Laura Suojanen, terveyden edistämisen suunnittelija, HUS, perusterveydenhuollon yksikkö
- Tiina Surakka, hallintoylihoitaja, PSHP
- Mikko Syväne, ylilääkäri, Sydänliitto
- Arja Sääkslahti, yliopistotutkija, liikuntapedagogiikka, LitT, dosentti, Jyväskylän yliopisto
- Kaarina Tamminiemi, erityisasiantuntija, SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry
- Kimmo Tarvainen, ylilääkäri, Työterveyslaitos, Uudistuva Työterveyshuolto
- Katri Tiitola, työterveyshuollon erikoislääkäri, Kotkan Työterveys Oy
- Merja Toivonen, kliininen opettaja, Tampereen yliopisto, yleislääketiede
- Ismo Tuominen, hallitusneuvos, STM
- Juha Pekka Turunen, koulutuspäällikkö, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
- Liisa Tyrväinen, professori, Luontovarakeskus Luke
- Matti Uusitupa, professori emeritus, Itä-Suomen yliopisto, kansanterveystiede ja kliininen ravitsemustiede
- Jukka Valkonen, erityisasiantuntija, Suomen Mielenterveysseura
- Kaisa Wallinheimo, LitM, valmennuspäällikkö, LeWell Oy
- Maarit Varjonen-Toivonen, ylilääkäri, PSHP, perusterveydenhuollon yksikkö
- Erkki Vartiainen, professori, THL, Kansanterveysratkaisut-osasto
- Tommi Vasankari, johtaja, UKK-instituutti
- Tuula Vasankari, pääsihteeri, Filha, professori, Turun yliopisto

- Anu Vähäniemi, hoitotyön päällikkö, Tampereen kaupunki, mielenterveys- ja päihdepalvelut
- Esa Österberg, vieraileva tutkija, THL, Kansanterveysratkaisut-osasto
- Pilvi Österman, puheenjohtaja, Suomen työterveyshoitajaliitto ry