

Iloa ja terveyttä yhdessä tekemisestä

Vihreitä linjauksia terveyden edistämiseen

Hyväksytty Vihreän liiton hallituksen kokouksessa 12.5.2006

Terveyden edistäminen kansalaisyhteiskunnaksi.....	1
Mitä on terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen?.....	2
Kymmenen vihreää linjausta terveyden edistämisestä.....	4
1. Terveystieteiden arviointi pakolliseksi.....	4
2. Tietoa terveyden edistämisen päätösten taakse.....	5
3. Luotettavan ja ymmärrettävän tiedon saanti on varmistettava.....	5
4. Terveyden edistämisen rahoitus riittäväksi ja näkyväksi.....	5
5. Valtuutus, vastuut ja yhteistyö on selkeytettävä.....	6
6. Koulutus terveyden edistämisen areenoiksi.....	6
7. Terveystieteet ja hyvinvointi rakentavat kilpailukykyä.....	7
8. Aktiivinen kansalaistoiminta on tasa-arvoisen terveyden perusedellytyksiä.....	7
9. Kohti terveyden tasa-arvoa – mutta miten?.....	8
10. Terveyden edistäminen on yksinkertaista, eettistä ja ekologista.....	8
Linjausten taustoja: terveys paranee – ja huononee.....	9
Lopuksi.....	11
Kirjallisuutta.....	11

Terveyden edistäminen kansalaisyhteiskunnaksi

Ikärakenteen muutos lisää väistämättä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarvetta. Iäkkäät eivät kuitenkaan ole ainoat, joiden terveys ja hyvinvointi voi olla uhattuna. Heikoin tilanne on yleensä niillä, joita elämä muutenkin kolhii. Yksi Suomen sosiaali- ja terveystieteiden suurista haasteista onkin terveyden sosiaalisen tasa-arvon parantaminen. Ihmisten huono terveys tulee kalliiksi valtiolle, kunnille ja työnantajille (ks. tarkempia esimerkkejä sairauksien ja terveyden edistämisen taloudellisesta merkityksestä kohdasta 12). Ennen muuta huono terveys aiheuttaa inhimillistä kärsimystä ja huonontaa ihmisten elämänlaatua, mitä ei voi mitata rahassa.

Monien poliittisten päättäjien ja virkamiesten mukaan terveyden edistäminen on erittäin tärkeää. Ratkaisuksi tarjotaan sitä, että ihmisten on otettava enemmän vastuuta omista elintavoistaan. Tämä vaatimus on sinänsä oikeutettu, sillä lopuksi kaikki ovat vastuussa itsestään. Vaatimukset entistä suuremmasta omavastuusta eivät kuitenkaan huomio sitä että ihmiset ovat jo ottaneet enemmän vastuuta omasta terveydestään kuin vaikkapa 1960-luvulla. Kuntoliikkuja on moninkertaisesti, rasvan käyttö on muuttunut myönteisesti ja hedelmiä ja vihanneksia syödään enemmän kuin aikaisemmin. Tästä huolimatta esimerkiksi lihavuus on yleistynyt ja yleistyy edelleen jopa hyvinkin nuorilla.

Maailma ympärillämme on muuttunut niin, että esimerkiksi painonhallinta edellyttää nykyisin ihmiseltä suurempaa vastuuta itsestään kuin 40 vuotta sitten. Työn fyysinen keventyminen, elämän autoistuminen, kymmenien televisiokanavien tarjonta sekä epäterveellisen ruoan tehokas markkinointi ja kasvaneet pakkauskoot ovat esimerkkejä muutoksista, joihin ihmisen on ollut vaikea sopeutua. Elämän vaatimusten koventuminen ja kiire vievät voimavaroja pois itsensä

huolehtimisesta. Alkoholipolitiikka on lähiajan surkea esimerkki: aluksi hallitus tekee vastuuttomia päätöksiä alentamalla alkoholiveroa ja sitten aletaan syyttää ihmisiä vastuuttomasta ryypämisestä.

Useimmat varmaan haluaisivat olla terveitä. Se ei kuitenkaan onnistu siten, että aletaan syyttää vastuuttomuudesta ja että rahanmenon säästämissä terveyskäyttäytymisestä tehdään kansalaisvelvollisuus. Terveiden elintapojen pitäisi olla kansalaismahdollisuus, ja yhteiskunnan – joka on lisännyt ihmisten vastuunoton tarvetta – on vastavuoroisesti annettava ihmisille voimavaroja luomalla mahdollisuuksia ja kannustimia terveisiin elintapoihin.

Terveyden tasa-arvo on toinen peruste yhteiskunnan osallistumiselle terveyden edistämisen talkoisiin: Sairastavuuteen ja jossain määrin myös elintapoihin vaikuttavat perimä, sikiöajan ja varhaislapsuuden ravitsemus sekä lapsuuden kasvuympäristö. Emme ole siis samalla lähtöviivalla ja yleensä heikoimmat joutuvat lähtemään takarivistä. Vastuun jättäminen pelkästään ihmisille itselleen kasvattaa terveyseroja hyvä- ja huono-osaisten välillä.

Vihreän liiton tavoitteena on, että terveyden edistäminen hyvinvoinnin osana huomioidaan laajasti eri sektorien ja hallinnonalojen päätöksenteossa. Tämän avulla *yhteiskuntamme tarjoaa suvaitsevan ja sekä fyysisesti että sosiaalisesti kannustavan ympäristön yksilöille ja perheille ”oman näköiseen” terveyden edistämiseen.*

Kun tavoite toteutuu, ihmisillä on tulotasosta, koulutuksesta, elämäntilanteesta, asuinpaikasta, iästä, fyysisistä ja henkisistä resursseista ja mieltymyksistä riippumatta mahdollisuus

- nukkua ja levätä riittävästi,
- harrastaa ja tehdä erilaisia asioita yksin, perheen kanssa tai yhdessä muiden kanssa,
- liikkua vaivattomasti ja eri tavoin urheilun, kuntoillen, työ- ja kauppamatkojen yhteydessä, leikkien, luonnossa, jne.
- valita terveyden ja omien eettisten periaatteiden mukaisesti hyvää, monipuolista ja myös kotimaista ruokaa,
- saada halutessaan ohjausta elintapojen muuttamisessa
- saada puolueetonta, ymmärrettävää tietoa elintavoista ja terveydestä.

Panostamalla riittävästi terveyden edistämiseen voidaan realistisesti tavoitella, että verrattaessa vuotta 2015 vuoteen 2010:

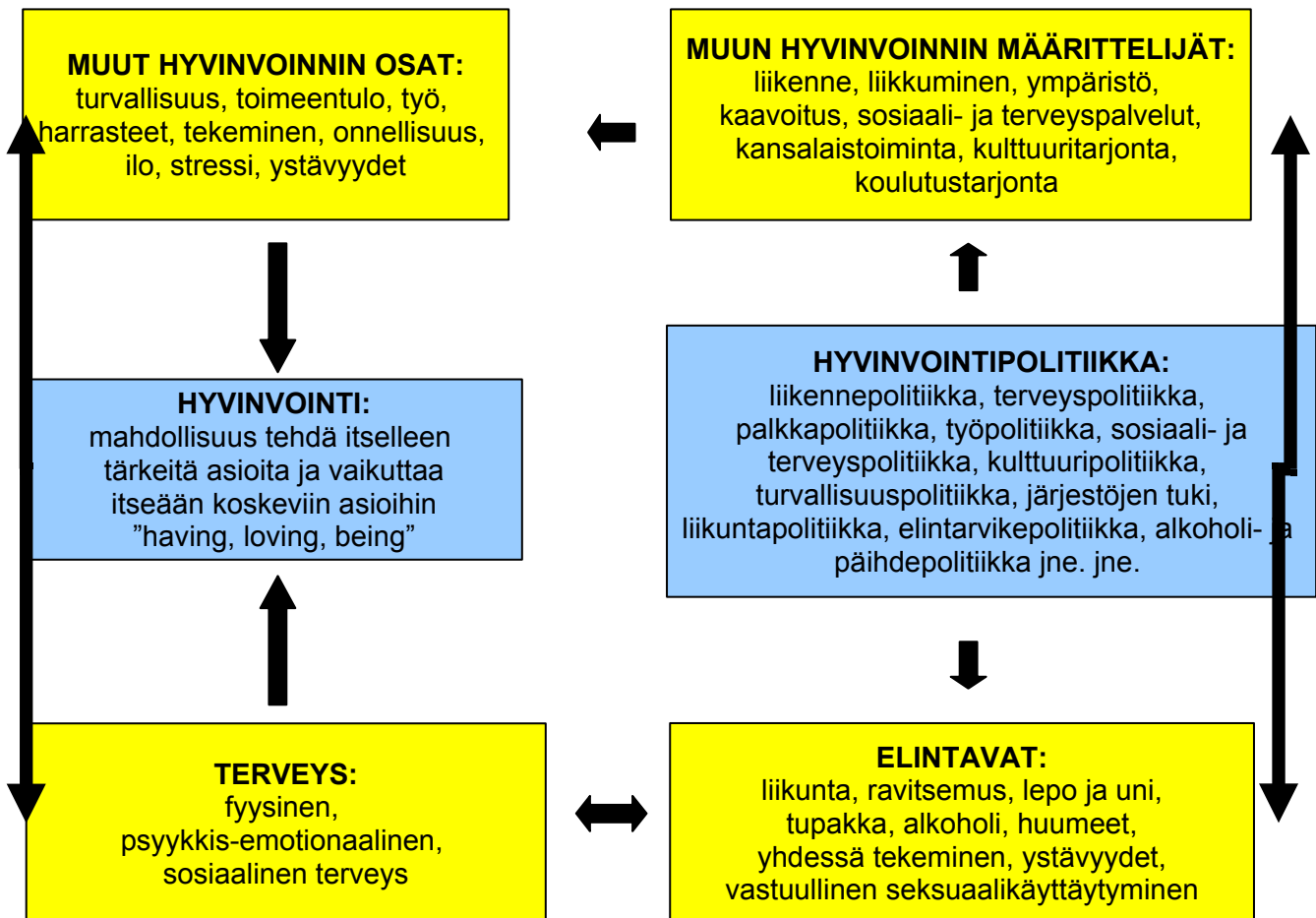
- dementian takia laitoshoidettavia on (ikään suhteutettuna) 10 % vähemmän,
- diabetes yleistyy edelleen, mutta ennustetun n. 300 000 sairastuneen sijasta diabeetikkoja on 250 000,
- lihavuus ei ole enää yleistynyt,
- työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on alkanut vähentyä erityisesti mielenterveyden kohentumisen takia,
- kaatumistapaturmien määrä on ikään suhteutettuna vähentynyt,
- alkoholinkäyttöön liittyvien kuolemien määrä on vähentynyt.

Mitä on terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen?

Terveyttä voidaan WHO:n mukaan tarkastella *fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena hyvinvointina*. Fyysisellä terveydellä tarkoitetaan elimistön toimintoja, psyykkisellä terveydellä kykyä hyödyntää omia henkisiä voimavaroja ja sosiaalisella kykyä solmia ja ylläpitää ihmissuhteita. Psyykkiseen terveyteen kuuluu emotionaalinen terveys (tunnetilojen kokeminen ja hallinta). Myös mielenrauhan

voidaan ajatella kuuluvan psyykkiseen terveyteen. Seksuaaliterveys voidaan pilkkoa kuuluvaksi kolmeen terveyden ”pääluottavuuteen”. Terveys on WHO:n Ottawan asiakirjan mukaan voimavara, kykyä tehdä itselleen tärkeitä asioita, ei siis elämän päämäärä.

Hyvinvointia ja terveyttä on vaikea erottaa toisistaan. Hyvinvointi jaetaan tässä linjapaperissa ”terveyteen liittyvään hyvinvointiin” ja ”muuhun hyvinvointiin”. Näin terveys on osa, mutta vain osa, hyvinvointia määrittelevistä tekijöistä. Muita tekijöitä ovat esim. koettu turvallisuus nyt ja tulevaisuudessa, toimeentulo, työ, osaaminen ja koulutus jne. (kuva).



Sekä terveyteen että muuhun hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä osa riippuu yksilön valinnoista ja tekemisistä. Terveyskäyttäytyminen (fyysinen aktiivisuus, ruokatottumukset, tupakointi, päihteiden käyttö jne.) on luonnollisesti tällainen tekijä. Muita terveyteen ja muuhun hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä, joissa ihmisen valinnoilla on merkitys, ovat harrastaminen ja yhdessä tekeminen yleensä, opiskelu ja kulttuurin kokeminen (esim. käynti elokuvissa, teatterissa tai konsertissa). Terveystalvet ja hyvinvointiin vaikuttavat myös monet tekijät, joihin yksilön omilla valinnoilla ei ole kovin suurta merkitystä. Sellaisia ovat esim. ympäristön epäpuhtauksista johtuva altistuminen ja turvallisuus. Niitä ei tässä linjapaperissa käsitellä.

Hyvinvointipolitiikka on laajaa yhteiskuntapolitiikkaa, joka vaikuttaa sekä terveyteen että muuhun hyvinvointiin. Terveyssektoria koskeva politiikka on tärkeä osa hyvinvointipolitiikkaa. *Terveystalvet edistämisen politiikka on myös osa hyvinvointipolitiikkaa, mutta sektorirajat ylittävänä sitä voidaan pitää laajempänä käsitteenä kuin terveystalvet.* Jälkimmäiseen kuuluu myös asioita, jotka eivät ole varsinaista terveyden edistämistä (esim. sairauksien hoito).

Terveyden edistämisen tehtävänä on ihmisten voimavarojen lisääminen. Siksi terveyden edistäminen ei voi perustua uusiin sairausluokituksiin ja niiden aiheuttamaan huoleen, eikä terveyttä saa pääsääntöisesti edistää lisääntyvällä lääkityksellä. Joskus – tarkoin harkituissa tilanteissa – sairauksia voidaan ehkäistä lääkkeillä, mutta terveyden edistämisen lähtökohtana ovat aina elintavat ja niitä tukeva ympäristö. Sairauksia on hoidettava parhaimmalla mahdollisella tavalla, mutta samalla on tärkeää, että lisääntyvä lääkkeiden käyttö ei vie resursseja pois terveyden edistämiseltä.

Kymmenen vihreää linjausta terveyden edistämisestä

Tässä linjapaperissa terveyden edistämisen politiikoilla tarkoitetaan niitä toimia, joilla voidaan vaikuttaa ihmisen terveyteen liittyviin valintoihin ja tekemisiin. Kutsumme yksinkertaistuksen vuoksi niitä ihmisen *elintavoiksi*, jolloin käsite sisältää esim. liikunnan, ravitsemuksen ja päihteiden lisäksi mm. sosiaalisen kanssakäymisen ja itsensä kehittämisen. Näissä siis yksilöllä on enemmän tai vähemmän vapaaehtoinen mahdollisuus toimia terveytensä kannalta edullisesti tai haitallisesti. Poliittisilla ja muilla päätöksillä voidaan kuitenkin luoda mahdollisuuksia ja kannustimia terveyden kannalta suotuisille käyttäytymismalleille.

Vihreän liiton päihdepoliittinen (v. 2003), lapsiperhepoliittinen (v. 2005), kulttuuripoliittinen (v. 2005) ja liikennepoliittinen (v. 2006) ohjelma täydentävät tätä linjapaperia. Seuraavaksi on esitetty kymmenen vihreää terveyden edistämisen linjausta ja niitä selventäviä esimerkkejä.

1. Terveysvaikutusten arviointi pakolliseksi

Hyvin monet lait ja yhteiskunnalliset päätökset vaikuttavat suoraan tai epäsuoraan ihmisen terveyteen. *Siksi ympäristövaikutusten arvioinnin kaltaisesti tulisi lakeja ja asetuksia laadittaessa sekä muita suuria julkisia päätöksiä tehtäessä suorittaa jo ennalta terveystvaikutusten arviointi.* Terveystvaikutusten tai ns. ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointimenettely on saatava pakolliseksi joko erillisellä lainsäädännöllä, ympäristövaikutusten arvioinnin lakia muuttamalla ja/tai muuttamalla tulkintaohjeita rakennus- ja maankäyttölaista. Terveystvaikutuksia ja niiden arviointia voidaan käyttää myös perusteluna esim. lakialoitteissa.

- Verotuksella voidaan vaikuttaa mm. ruoka- ja juomatottumuksiin. Lihavuuden yleistymisen takia epäterveellisen ruoan haittaveron toteuttamista ja toimenpiteen terveystvaikutuksia pitäisi selvittää.
- Kaavoitus ja maankäyttö vaikuttavat liikkumisen mahdollisuuksiin ja edellytyksiin. Kun esimerkiksi ulkoiluun soveltuvia alueita (lähimetsiä yms.) kaavoitetaan asuntoalueeksi, pitää selvittää toimenpiteen vaikutus mm. lähialueen ihmisten liikkumis- ja virkistysmahdollisuuksiin.
- Työpoliittiset päätökset vaikuttavat monella tavalla esimerkiksi ihmisten vapaa-aikaan. Esimerkiksi suurten kauppojen sunnuntain aukiolon vaikutusta lähikauppoihin, vapaa-ajan viettotapoihin ja ihmisten liikkumiseen pitää selvittää, ennen kuin tehdään päätös kauppojen aukiolon laajentamisesta.

2. Tietoa terveyden edistämisen päätösten taakse

Terveyden edistämisen päätökset ovat investointien kaltaisia – investointeja, joilla rakennetaan parempaa tulevaisuutta. *Terveydestä, elintavoista ja elintapojen edellytyksistä on oltava luotettavaa ja ajan tasalla olevaa tietoa poliittista päätöksentekoa ja virkamiespäätöksentekoa varten.* Korkealaatuisen tieteellisen tutkimuksen merkitystä terveyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä kuvaavan puolueettoman tiedon tuottajana pitää korostaa.

- Väestötason tietoa terveydestä, hyvinvoinnista ja niiden edellytyksistä tuottavat mm. Kansanterveyslaitos, STAKES, Työterveyslaitos, Terveyden edistämisen keskus, Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto jne. Tietopohjan kattavuus, lisätiedon tarve ja päällekkäisyydet on kartoitettava. Valtion pitkäjänteinen rahoitus on varmistettava tiedolle, jota tarvitaan terveyden edistämisen suunnittelussa, rahoituspäätöksissä ja seurannassa.
- Kunta-, kuntayhtymä- tai esim. sairaanhoitopiirikohtaisten hyvinvointitietojen keräämisen tukijärjestelmiä pitää selvittää. Valtion resurssiohjaus hyvinvointiselvityksiin voi toteutua esimerkiksi samalla tavoin kuin lähiliikuntapaikkojen rakentamiseen saatava opetusministeriön tuki.

3. Luotettavan ja ymmärrettävän tiedon saanti on varmistettava

Terveyttä koskevan luotettavan tiedon saanti kaikille, koulutustaustasta ja asuinpaikasta riippumatta, on varmistettava. Terveyttä ja elintapoja koskevan tiedon ongelmina ovat pirstaleisuus, luotettavan ja uskomustiedon sekoittuminen, sekä kaupallisen ja ei-kaupallisen tiedon sekoittuminen. Valtion asiantuntijainstituutioiden (sektoritutkimuslaitosten) sekä järjestöjen asiantuntijatiedon kertyminen ja välittäminen ovat keskeisiä keinoja riippumattoman tiedon saannissa.

- Kansanterveyslaitoksen johdolla rakennetaan valtakunnallista terveystaalia, jossa tiedon tuottajina toimivat sektoritutkimuslaitokset ja kansanterveysjärjestöt. Tällaisen kokoavan tiedonkeruun koordinaatio ja toiminnan jatkuminen on varmistettava.
- Elintarvikkeiden ravintosisällöstä on saatava kuluttajan valintojen perustaksi riittävää, luotettavaa ja ymmärrettävää informaatiota. Siksi pakkausmerkintöjä ja elintarvikkeiden terveystietoa on edelleen selkeytettävä ja kehitettävä yhdessä Elintarvikeviraston kanssa.

4. Terveyden edistämisen rahoitus riittäväksi ja näkyväksi

Terveyden edistämiseksi on varmistettava riittävät julkiset resurssit – yksityissektorin ja kansalaisten omien resurssien lisäksi. Terveyden edistämisen poikkisektoriluonteesta johtuen julkisen rahoituksen hahmottaminen ja seuraaminen on vaikeaa. *Sekä valtion budjettirahoitus että kuntien terveyden edistämisen rahoitus onkin tehtävä näkyväksi.*

- STM:n terveyden edistämisen määrärahat ovat selkeä, oma momenttinsa. Niiden ongelmana ei ole näkymättömyys, vaan vähäinen määrä (7 milj. euroa/v). Nämä pitää 2–3-kertaistaa vuoteen 2010 mennessä.
- Kunnan tekemä terveyden edistämisen työ on huomioitava valtionosuuksissa.

- Kuntia on kannustettava erottamaan vuosittain sektorirajoista vapaa terveyden edistämisen määräraha kehittämishankkeisiin, joita voidaan toteuttaa myös yhteistyössä esimerkiksi järjestöjen kanssa.
- Liikuntajärjestöille (mm. lajiliitoille) määräytyviä veikkausvoittovaroja on lisättävä 5 miljoonaa euroa vuodessa tukemaan sellaisen toiminnan käynnistämistä ja ylläpitämistä, jolla voidaan lisätä vähän tai ei lainkaan liikkuvien ihmisten fyysistä aktiivisuutta.

5. Valta, vastuut ja yhteistyö on selkeytettävä

Terveyden edistämisen vastuut ja organisoituminen on tuotava selkeämmin esille – tällä hetkellä terveyden edistämisestä puuttuu hallinnollinen infrastruktuuri. Suurin haaste näyttää olevan terveyden edistämiseksi keskeinen poikkihallinnollinen yhteistyö. Kuntalaissa ja kansanterveyslaissa kunnalle annetaan velvollisuus huolehtia kuntalaisten terveyden edistämisestä, mutta varsinaista vastuuta tai toiminnan organisoitumista ei ole määritelty.

- Valtion terveyden edistämisen informaatio-ohjaus (esim. Terveys 2015 – kansanterveysohjelma) toimii huonosti, eikä se tavoita kuin pienen osan kunnista. Pelkän informaatio-ohjauksen on osoitettu lisäävän kuntien välisiä eroja – samalla tavoin kuin pelkkä terveystieteiden lisää eroja terveydestään kiinnostuneiden ja välinpitämättömien välillä. Valtion ohjausjärjestelmät on kriittisesti arvioitava uudelleen ja selvitettävä, miten palautejärjestelmiä voidaan parantaa ja onko syytä kehittää resurssiohjausta tai jopa valtiojohtoista normiohjausta.
- Kunta- ja palvelurakennetta uudistettaessa on huomioitava, että terveyttä edistävien toimien rahoituksesta päätetään riittävän suurissa yksiköissä. Tarkoitus on, että ennaltaehkäisemistä ja sairaanhoitoa koskevat päätökset tehdään samalla taloudellis-hallinnollisella tasolla. Lisäksi terveyden edistämistä koskevia päätöksiä on voitava tehdä yli perinteisten hallinnonrajojen.

6. Koulut terveyden edistämisen areenoiksi

Suomen koulujärjestelmää on PISA-tutkimusten yhteydessä jatkuvasti kehitetty. Suomalaisten kouluviihtyvyys ei kuitenkaan ole yhtä hyvä kuin tiedollinen osaaminen. Kouluilla on kuitenkin – vanhempien rinnalla – keskeinen mahdollisuus lasten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Koulu tarjoaa myös mahdollisuuksia niille lapsille, joiden vanhemmilla ei ole voimavaroja terveyden edistämistyöhön. Tämä parantaa samalla myös terveyden tasa-arvoa. *Erityisesti peruskoulun roolia terveyden edistämisen areenana on siksi kehitettävä ja vahvistettava.*

- Pitää selvittää mahdollisuus ns. kokonaiskoulupäivän mallin käyttöönottoon. Ajatuksena on varsinaisen kouluopetuksen, vapaamuotoisten toimintatuntien ja pitkäjänteisemmän harrastustoiminnan integroiminen ajallisesti nykyistä pidempään koulupäivään.
- On varmistettava, että kouluissa on riittävästi kouluterveydenhoitajia, -psykologeja ja –kuraattoreita. Näiden asiantuntijoiden muodostaman tiimin ja opettajien yhteistyöllä koululaisten hyvinvointiongelmien voidaan puuttua ajoissa ja kokonaisvaltaisesti.
- Kouluruokailun terveydellistä ja kasvatuksellista merkitystä erityisesti peruskoulussa on tuettava mm. riittävän pitkällä ruokatunneilla, opettajien ja oppilaiden yhteisellä syömisellä sekä tarjonnan monipuolisuudella. Kuntien talousvaikeudet eivät saa heikentää kouluruokailun laatua.

- Monissa koulussa jo aloitettua käytäntöä makeis- ja virvoitusjuoma-automaattien korvaamisesta terveellisten välipalojen myynnillä tulee kunnissa tukea myös poliittisella ohjauksella. Samoin välituntitupakoinnin valvontaan on kiinnitettävä nykyistä enemmän huomiota.
- Koulupihojen edellytyksistä liikuntaleikkeihin ja –peleihin on huolehdittava. Valtion resurssiohjausta lähiliikuntapaikkojen rakentamiselle on siksi jatkettava.

7. Terveys ja hyvinvointi rakentavat kilpailukykyä

Yritysten kilpailukyvyyn ei aina tarvitse rakentua ylitöistä, pätkätöistä tai joukkoirtisanomisista, vaan terveistä, luovista ja tehokkaista työntekijöistä. *Yhteiskunnallisista päätöksistä tulisi kannustaa ja tukea yritysten mahdollisuuksia edistää työntekijöiden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä.* Nämä asiat ovat samalla oleellinen osa yritysten yhteiskuntavastuuta. Erityisesti PK-teollisuus on tuen tarpeessa.

- Yritykset voivat tukea työntekijöiden liikunnan harrastusta ns. liikuntasetelin avulla 200 eurolla/työntekijä vuodessa. Seteliä pitäisi voida käyttää myös muuhun säännölliseen ja aktiiviseen harrastukseen (esim. luontokerho, harrastusteatteri, kuoro). Laajemman käytön harrasteseteli saattaisi aktivoida myös niitä, joita liikuntapalveluiden käyttö ei innosta.
- Työterveyshuollon kanssa tehtäviin sopimuksiin pitää yhä useammin liittää terveyttä edistäviä toimia. Terveiden edistämistä voitaisiin tukea myös osin julkisin varoin esim. liittämällä työterveyslääkärin läheteestä tapahtuvat ravitsemusterapeuttien konsultaatiot KELA:n korvauksen piiriin.

8. Aktiivinen kansalaistoiminta on tasa-arvoisen terveyden perusedellytyksiä

Aktiivinen osallistuminen erilaiseen kansalaistoimintaan on yksi hyvää terveyttä määrittelevistä tekijöistä (Hyypä ym. 2006). *Kansalaistoiminnan tärkeinä esimerkkeinä ovat yhdistykset ja järjestöt, joiden toimintaedellytykset ja julkinen rahoitus pohja on varmistettava myös tulevaisuudessa.* Monipuolisella kansalaistoiminnalla parannetaan kaikkien – myös yhteiskunnan heikompiosaisten – mahdollisuuksia aktiiviseen ja mielekkääseen toimintaan ja yhteisöllisyyteen. Esimerkiksi liikuntasektorin vapaaehtoistyön arvoksi on laskettu 1,5 miljardia euroa vuodessa. Hyvin toimiva järjestösektori voi myös olla huomattava työllistäjä.

- Järjestöjen toimintaa on Suomessa tuettu erityisesti Raha-automaattiyhdistyksen määrärahoihin (sosiaali- ja kansanterveysjärjestöt) ja veikkausvoittovaroista (liikunta, kulttuuri, nuorisotyö). Rahapelitoiminnan yksinoikeudesta Suomessa on varmistuttava myös jatkossa.
- Vapaaehtoistyön edellytykset on varmistettava ja tällainen työ järjestöissä on tehtävä mahdollisimman helpoksi. Vapaaehtoistyön kannalta kriittisiä säädöksiä on mm. arpajais-, verotus- ja hankintalainsäädännössä. Esimerkiksi talkootyö ei saa johtaa veroseurauksiin.

9. Kohti terveyden tasa-arvoa – mutta miten?

Terveyden parantuminen ei ole ollut tasaista kaikissa väestöryhmissä ja viime vuosikymmeninä sosiaaliryhmien väliset kuolleisuuserot ovat itse asiassa suurentuneet. Kansainvälisesti katsottuna väestöryhmien ja kuntien väliset terveyserot ovat Suomessa melko suuret. *Terveyttä ja hyvinvointia koskevissa päätöksissä pitäisi siksi huomioida keskimääräisten vaikutusten lisäksi erityisesti ne väestöryhmät (huonoimmin koulutetut, työttömät ja yksinäiset (miehet), yksinhuoltajat, maahanmuuttajat, vammaiset), jotka helpoiten jäävät toimenpiteiden vaikutusten ulkopuolelle.* Kysymys terveyserojen kaventumisesta on erittäin laaja, sillä se liittyy kiinteästi syrjäytymisen ehkäisyyn ja hyvinvoinnin perusedellytyksiin (esim. työllisyys- ja perhepolitiikkaan).

- Kansalaisen perustulon edellytyksiä ja merkitystä on selvitettävä. Malli voisi helpottaa arjen turvallisuutta pätkätyöläisillä tai muuttuvien elämäntilanteiden aikana. Tämä taas vapauttaa voimavaroja aktiiviseen elämään, mikä on terveyden perusedellytyksiä.
- Huono-osaisilla terveyden edistämistä rajoittavat usein vähäinen kiinnostus terveydestä, vähäinen usko omiin vaikutusmahdollisuuksiin sekä ainakin taloudellinen niukkuus. Siksi julkisella rahoituksella on varmistettava kuntien ja järjestöjen terveyden edistämisen yhteistyön edellytykset.
- Syrjäytymiskierteet on katkaistava määrätietoisesti eri hallinnonalojen ja toimijoiden yhteistyönä. Resursseja on suunnattava syrjäytymisen ehkäisyyn ja varhaiseen tukeen jo lapsuudessa ja nuoruudessa.
- Terveyden edistämässä katsotaan tulevaisuuteen, mutta ratkaisujen on edistettävä terveyden tasa-arvoa jo nyt. Siksi esimerkiksi viimeisimpään internet- ja mobiilitekniikkaan perustuvat hyvinvointipalvelut voivat täydentää, mutta eivät korvaa henkilökohtaisia kontakteja ja aitoa yhteisöllisyyttä.

10. Terveyden edistäminen on yksinkertaista, eettistä ja ekologista

Terveyden edistämässä on huomioitava muita Vihreille tärkeitä asioita, kuten *suvaitsevaisuutta, inhimillisyyttä, turhan kulutuksen välttämistä, ihmisten ja eläinten oikeuksia sekä ympäristökysymyksiä.*

- Hyvän ruokavalion perustana on monipuolinen, arkinen lähiruoka. Terveyden edistämisen lähtökohtana eivät voi olla kalliit ja pitkälle jalostetut erityiselintarvikkeet. Ruoan tuotannossa jalostamisessa ja jakelussa on myös huomioitava eettiset (mm. eläinten kasvatusta ja kuljettamista) ja ympäristölliset (mm. pakkausjätteet, luomutuotanto) näkökohdat.
- Fyysisen aktiivisuuden osalta on erityisesti panostettava viime vuosina vähentyneeseen työ- ja asiointiliikunnan edistämiseen. Tällainen liikunta tukee samalla ilmastomuutosta ehkäisevää liikennepolitiikkaa.
- Monipuolisella kilpaurheilulla on merkitystä myös terveyden edistämässä. Lajien tukipolitiikassa tulisi kuitenkin suosia niitä, jotka toiminnassaan huomioivat eettiset (mm. ”Reilua peliä rasteille” tai Kaikki pelaa” –periaate) ja ympäristölliset näkökohdat.

Linjausten taustoja: terveys paranee – ja huononee

Suomalaisten terveys on parantunut selvästi kuluneiden 20 vuoden aikana: ennen aikaisten kuolemien määrä ja useimpien kansantautien esiintyvyys on kokonaisuudessaan vähentynyt ja yhä useammalla 75 vuotta täyttäneellä toimintakyky antaa mahdollisuuden itsenäiseen elämään. Terveyden kehittyminen ei kuitenkaan ole kokonaisuudessaan myönteinen:

- *Kakkostyyppin eli aikuisiän diabetes* on yleistynyt rajusti viimeisen 10 vuoden aikana. Esimerkiksi uusien diabeteslääkityksen erityiskorvausoikeuksien määrä on suurentunut vajaasta 10 000:sta v. 1996 yli 16 000:een v. 2005, jolloin kaikkiaan n. 170 000 diabeetikkoa sai erityiskorvattavaa lääkitystä (Klaukka 2006). Diabeteksen hoidon kokonaiskustannukset Suomessa on arvioitu noin miljardiksi euroksi vuodessa. Lihominen on yksi tärkeimmistä diabeteksen yleistymiseen vaikuttavista tekijöistä.
- *Sepelvaltimotaudin* yleisyys ja veren kolesterolipitoisuus pienentyivät selvästi 1960-luvun lopusta 1990-luvun alkuun. Tämän jälkeen muutos tasaantui ja viime vuosina on ollut viitteitä jopa sepelvaltimotaudin yleistymisestä. Esimerkiksi sepelvaltimotautiin liittyviä KELA:n erityiskorvattavia lääkkeitä syövien määrä suureni yli 5000:lla (5 %:lla) vuodesta 2004 vuoteen 2005 (Klaukka 2006).
- *Lihavuus* on yleistynyt 1980-luvun alusta saakka ja erityisen selvästi nuorilla ja nuorilla aikuisilla. Esimerkiksi 12—18-vuotiaiden liikapaino on vuodesta 1977 vuoteen 2003 yleistynyt lähes kolminkertaiseksi eli n. 7 %:sta n. 20 %:iin (STAKES ja Tampereen yliopiston terveystieteen laitos, Nuorten terveystapatutkimus). Aikuisten lihavuuden on laskettu aiheuttavan julkiselle sektorille runsaan 210 miljoonan euron kustannukset vuosittain sairaalahoidon menoina, poliklinikkahoidon menoina, työkyvyttömyyseläkkeinä, töistä poissaoloina (sairauspäivärahoina) ja reseptilääkemenoina (Suomen Akatemia ja Lääkärisseura Duodecim, Lihavuuden konsensuskokous, 2005).
- *Kaatumiskuolemien* määrä yli 50-vuotiailla on vuodesta 1970 suurentunut 2,5-kertaiseksi (n. 400 kuolemaa v. 1971, runsas 1000 kuolemaa v. 2003). Samaan aikaan lonkkaluun murtumien määrä on suurentunut n. 2500:sta n. 8000:een. Suomessa kaikkien kaatumisiin ja osteoporoosiin liittyvien murtumien hoidon arvellaan maksavan noin 330 miljoonaa euroa vuodessa. Näistä pelkästään lonkkamurtumien hoitokustannukset ovat STM:n arvion mukaan 140 miljoonaa euroa.
- Terveyden kohentuminen ja eliniän pidentyminen on ollut myönteisintä hyvin koulutettujen keskuudessa, mikä on pikemminkin suurentanut kuin pienentänyt *terveyden sosiaalista epätasa-arvoa*. Suomessa terveyden sosiaaliryhmittäiset erot ovat eurooppalaisittain suuret (Lahelma ja Koskinen, 2002). Miehillä sosiaaliset erot terveydessä ovat vielä suuremmat kuin naisilla. Esimerkiksi tamperelaisista työikäisistä miehistä oman terveytensä koki hyväksi tai melko hyväksi 53 % perusasteen ja 90 % ylemmän korkea-asteen tutkinnon suorittaneista. Naisten keskuudessa vastaavat osuudet olivat 64 ja 89 % (Paronen ym. 2006).
- Viimeisten 30 vuoden aikana *alkoholin kulutus* on miehillä kaksinkertaistunut ja naisilla viisinkertaistunut. Vuonna 2004 toteutettu alkoholinveron lasku kasvatti jyrkästi alkoholin kulutusta. Alkoholista johtuviin sairauksiin kuoli v. 2004 1860 henkilöä, mikä oli 300 enemmän kuin vuotta aikaisemmin. Lisäksi alkoholin käytön seurauksena kuoli tapaturmaisesti tai väkivaltaisesti yhteensä lähes 1000 henkeä. Alkoholin aiheuttamiksi välittömiksi kustannuksiksi (sisältäen terveys- ja sosiaalikulut, rikollisuusvalvonta, omaisuusvahingot jne.) arvioitiin vuonna 2004 yhteensä 600—800 milj. €, mutta mikäli mukaan lasketaan myös menetetyt elämän arvo ennen aikaisina kuolemina sekä

tuotantomenetykset, kohoavat alkoholihaittojen vuosittaiset kustannukset yli 3 miljardin euron (Stakes, Päihdetilastollinen vuosikirja 2005).

- *Mielenterveyshäiriöt* ovat nykyisin suurin työkyvyttömyyden syy (n. 110 000 tapausta v. 2003) sekä yksi tärkeimmistä sairaslomien ja lääkkeiden käytön syistä. Monet mielialahäiriöt ovat naisilla yleisempiä kuin miehillä. Terveys 2000 –tutkimuksen mukaan masennushäiriöistä kärsii Suomessa 8,3 % naisista ja 4,6 % miehistä. Mielenterveyshäiriöitä lievempi ns. psyykinen oireilu näyttää myös lisääntyneen etenkin nuorilla aikuisilla (Paronen ym. 2006). Mielenterveyden ongelmia esiintyy jo alle kouluikäisten lasten keskuudessa noin joka kymmenennellä lapsella.

Vaikka sairauksien julkisten kustannusten laskeminen erilaisista rekistereistä ja tilastoista on melko tarkkaa, on elintapatekijöiden osuutta sairauksien kustannuksista tai elintapojen muuttamisen taloudellista merkitystä vaikea arvioida. Kustannuksiin vaikuttaa myös se, miten nopeasti jokin riskitekijä johtaa kuolemaan tai hoitoa vaativaan sairauteen. Esimerkiksi tupakoinnin kustannukset sairaanhoidolle ovat laskelmien mukaan pienemmät kuin lihavuuden, koska tupakoinnin seurauksiin (lähinnä keuhkosityöpään) kuolee keskimäärin nopeammin kuin lihavuuden seurauksiin.

Erilaisten toimenpiteiden kustannusvaikuttavuuden aikajänne on myös yhteydessä siihen, mihin toimenpiteet kohdistetaan. Esimerkiksi lapsilla ja nuorilla sairastavuus pitkäaikaissairauksiin on vähäinen, eikä tämän takia esimerkiksi sepelvaltimotaudin tai lihavuuden ehkäisy välttämättä vaikuta nuorten sairaanhoidon tai lääkehoidon kustannuksiin. Tästä huolimatta myöhemmän iän terveyden kannalta myös lasten ja nuorten terveyden edistämiseen on panostettava.

Seuraavaksi esitetään joitakin laskelmia elintapojen taloudellisista vaikutuksista. Nämä perustuvat kuitenkin useisiin olettamuksiin, ja siksi saadut luvut ovat vain suuntaa-antavia.

- Suomalaisten diabeteksen ehkäisy tutkimuksen mukaan parin kilon laihtuminen, yhdessä liikunnan lisäämisen ja ruokavalion myönteisten muutosten kanssa, vähentää riskiä yksilöllä kakkostyypin diabeteksen kehittymistä lähes 50 % (Tuomilehto ym. 2001). Jos elintapojen muuttaminen vähentäisi diabeteksen yleistymistä seuraavan 10 vuoden aikana 25 %, olisivat arvioidut säästöt vuonna 2010 noin 84 miljoonaa euroa vuodessa.
- Vähäinen liikunta on monien tutkimusten mukaan yhteydessä 2—3 sairauspoissaolopäivään vuodessa. Jos esimerkiksi isohkon kaupungilla 10 000 työntekijästä 4 000 liikkuu liian vähän, aiheutuu tästä noin 10 000 ylimääräistä poissaolopäivää vuodessa. Näiden ihmisten terveyden parantuminen pelkästään fyysisestä aktiivisuudesta lisäämällä säästäisi noin 7 % sairauspoissaolopäivistä ja pelkästään palkkakustannusten muodossa 1 360 000 euroa.
- Dementian hoitokustannukset ovat noin 2 miljardia euroa vuodessa. Lisäksi dementia aiheuttaa inhimillistä kärsimystä etenkin lähiomaisille. Abbott ym. (2004) julkaisivat kiinnostavan väestöseurannan, jossa dementian ilmaantuvuus oli 18 tapausta tuhatta henkilövuotta kohti niillä, jotka olivat fyysisesti passiivisia (kävelyä alle 500 m päivässä). Kävely 1,5-3 km/vrk vähensi ilmaantuvuuden 14 tapaukseen/1000 v. ja yli 3 km/vrk edelleen 10 tapaukseen/1000 v. Jos oletetaan, että puolet yli 75-vuotiaista liikkuu liian vähän ja että heidän liikkumistaan saataisiin lisättyä suositusten mukaiselle tasolle, voitaisiin dementian hoitokustannuksissa säästää jopa noin 300 miljoonaa euroa vuodessa.
- Kainuun elintapatutkimuksessa (Haapanen-Niemi 2000) seurattiin 16 vuoden ajan miehiä ja naisia, jotka seurannan alussa olivat 19—63 v. ikäisiä. Fyysisesti passiivisimmilla miehillä (alin kolmannes) oli 36 % enemmän sairaalapäiviä seurannan aikana kuin kaikkein aktiivisimmilla (ylin kolmannes). Naisilla ero oli 26 %. Vakioinnissa huomioitiin ikä, sosioekonominen asema, tupakointi ja kokonaisalkoholinkulutus. Samassa tutkimuksessa tupakointi lisäsi sairaalapäiviä 70 % miehillä ja 49 % naisilla.

- Noin 10 % naisista ja 20 % miehistä käyttää alkoholia siten, että se on heille terveystriikki. Tällaista suurkulutusta ja sen haittoja voidaan tehokkaasti ennalta ehkäistä ns. varhaisella puuttumisella ja neuvonnalla eli mini-interventiolla. Parhaillaan on meneillään Valtakunnallinen mini-interventio-projekti (VAMP 2004—2006). Projektin tarkoituksena on juurruttaa terveydenhoitojärjestelmään käytäntö, jossa terveydentilan arviointiin kuuluisi myös mini-interventio, joka sisältää asiakkaan alkoholin kulutuksen kartoittamisen sekä mahdollisen neuvonnan ja muutaman seurantakäynnin. Hoitohenkilön suorittama varhainen puuttuminen vähentää juomista vähintään joka kymmenennellä suurkuluttajalla. Systemaattisesti toteutettuna mini-interventio voisi täten johtaa Suomessa yhteensä noin 50 000 – 60 000 suurkuluttajan muuttumiseen kohtuukäyttäjiksi. Yhdysvaltalaisen tutkimuksen perusteella mini-interventioon tuo siihen sijoitetut taloudelliset varat nelinkertaisina takaisin sosiaali- ja terveydenhuollon säästöinä (Fleming ym. 2002).

Lopuksi

Tämän linjapaperin laativat Vihreän Liiton kansanedustaja Tuija Brax, hallituksen jäsen Raimo Tuomainen sekä valtuuskunnan jäsenet Juha Eskelinen, Mikael Fogelholm (työryhmän pj.), Sirkku Saarikoski ja Riitta Vuori. Jos esimerkeissä on käytetty liikuntaa jonkun mielestä liian usein, se johtuu etenkin Mikaelin ja Tuijan, ja hieman myös Riitan, innosta ja harhaisuudesta.

Kirjallisuutta

Abbott RD, White LR, Ross GW, Masaki KH, Curb JD, Petrovitch H. Walking and dementia in physically capable elderly men. *JAMA* 2004;292:1447-53.

Fleming MF, Mundt MP, French MT, ym. Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26:36-43.

Haapanen-Niemi N. Associations of Smoking, Alcohol Consumption and Physical Activity with Health and Health Care Utilization - A Prospective Follow-up of Middle-aged and Elderly Men and Women. *Acta Universitatis Tamperensis*; 738, Tampereen yliopisto, Tampere 2000.

Hyypä M, Mäki J, Impivaara O, Aromaa A. leisure participation predicts survival: a population-based study in Finland. *Health Promotion Int* 2005;21:5-12.

Klaukka T. Diabeetikkojen määrä Kelan rekisterissä kasvoi reilusti vuonna 2005. *Suomen Lääkärilehti* 2006;61:854-856.

Lahelma E, Koskinen S. Suomalaisten suuret sosioekonomiset terveyserot - haaste terveys- ja yhteiskuntapolitiikalle. Kirjassa: Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, ym. Kohti terveyden tasaa. Helsinki: Edita, 2002: 21-44.

Paronen O, Fogelholm M, Luoto R. Tampereläisen aikuisväestön terveys ja hyvinvointi 2005. Tampereen terveys- ja sosiaalikeskustuksen päätulokset. Tampereen kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi, julkaisuja 1/2006.

Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, ym. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001;344:1343-50.