

## Työpaperi 15/2020

THL:n asiantuntijatyöryhmä (toim.)

## Väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen

### Toimenpide-ehdotukset päättäjille

Julkaisu on valmistunut Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiantona. Tehtävänä oli koostaa keskeisistä kansainvälisistä ja kotimaisista julkaisuista tietoa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kansallisen tason politiikkavalmistelun ja päätöksenteon tueksi. Työn tavoitteena oli laatia keskeisten kansanterveysongelmien ehkäisyyn ja eriarvoisuuden vähentämiseen liittyviä ehdotuksia toimenpiteistä, toimintamalleista ja interventioista, joita Suomessa tulisi edistää alkaneella hallituskaudella. Osa-alueina tarkastellaan terveellisten elintapojen edistämistä (ravitsemus, liikunta, uni), ehkäisevää päihdetyötä (tupakka- ja nikotiinituotteet, alkoholi, huumeet ja rahapelit) ja mielenterveyden edistämistä. Ensisijaisesti tarkastellaan toimenpiteitä, joita tehdään sosiaali- ja terveystalveluiden ulkopuolella, mutta mukana on myös monialaisia toimenpiteitä, joissa sosiaali- ja terveystalvelut ovat yhtenä toimijana.



## Sisälllys

1. Tavoite.....	5
2. Ravitsemus .....	5
Tausta .....	5
Toimenpide 1: Kehitetään kansallinen lasten, nuorten ja ikääntyneiden säännöllinen ravitsemusseuranta .....	6
Toimenpide 2: Vahvistetaan terveydenedistämisen toimia varhaiskasvatuksessa ja kouluissa.....	6
Toimenpide 3: Otetaan toimivat terveydenedistämisen toimintamallit laajamittaiseen käyttöön ja kehitetään digitaalisia palveluita .....	6
Toimenpide 4: Vahvistetaan työelämän ulkopuolella olevien ravitsemuksen laatua, ruoan saatavuutta ja yhteisöllisiä ruokailumahdollisuuksia.....	7
Toimenpide 5: Lisätään kasvien, hedelmien ja marjojen sekä kotimaisen kalan ja vähennetään lihan osuutta julkisissa elintarvike- ja ruokapalveluhankinnoissa.....	7
Toimenpide 6: Kehitetään elintarvikkeiden vero- ja hintapolitiikkaa terveysperusteisesti .....	7
3. Liikunta .....	9
Tausta .....	9
Toimenpide 1: Liikuntaneuvonnan palveluketjun vahvistaminen ja kehittäminen eri ikävaiheissa.....	9
Toimenpide 2: Luodaan asuinympäristö, joka kannustaa omatoimiseen liikkumiseen ja mahdollistaa turvallisen liikkumisen myös toimintakyvyltään rajoittuneemmalle väestöosalle .....	10
Toimenpide 3: Liikunnan lisääminen koulupäivien aikana tai niiden yhteydessä.....	10
Toimenpide 4: Lasten ja nuorten liikunnan harrastamisen mahdollistaminen .....	11
Toimenpide 5: Kehitetään yhdyskuntarakennetta niin, että se tukee kävelyä, pyöräilyä ja joukkoliikennettä .....	11
Toimenpide 6: Tuetaan hinta- ja veropolitiikalla kevyen- ja julkisen liikenteen toimivuutta ja houkuttelevuutta .....	11
Toimenpide 7: Tuetaan ikäihmisille kohdistettuja liikuntapalveluita ja liikuntatoiminnan järjestämistä.....	11
4. Uni.....	13
Tausta .....	13
Toimenpide 1: Aikavyöhykkeeksi on valittava pysyvä talviaika .....	13
Toimenpide 2: Uuden työaikalain terveysvaikutuksia on tarkkailtava.....	14
Toimenpide 3: Koulupäivien alku on ankuroitava aamuun.....	14
Toimenpide 4: Omatoimisen uniohjauksen optioita on lisättävä.....	14
5. Päihteet, tupakka- ja nikotiinituotteet sekä rahapelit.....	16
Tausta .....	16
Toimenpide 1: Rakenteiden vahvistamista jatketaan.....	16
Toimenpide 2: Ehkäisevän päihdetyön ja mielenterveyden edistämisen integraatiota vahvistetaan..	17
Toimenpide 3: Päihteiden ja tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttöä sekä haitallista rahapelaamista vähennetään käyttämällä systemaattisesti mini-interventiota.....	17

Toimenpide 4: Tuetaan yhteisöpohjaisen Pakka-toimintamallin leviämistä ja laadukasta toteuttamista .....	18
Toimenpide 5: Pilotoidaan standardoitu vanhemmuustaito- ja kouluohjelma.....	18
Toimenpide 6: Tuetaan terveyttä edistävien digitaalisten interventioiden ja tekoälyn kehittämistä ..	18
6. Mielenterveys.....	20
Tausta .....	20
Toimenpide 1: Eri hallinnon alojen yhteistyö mielenterveyden edistämistoimissa.....	20
Toimenpide 2: Laajennetaan mielenterveyden edistämistoimia haavoittuvissa ryhmissä.....	20
Toimenpide 3: Taataan jo olemassa olevien, tehokkaiden ja sekä tutkitusti yhteiskunnan varoja säästävien interventioiden jatkuminen.....	21
Toimenpide 4: Kootaan tietoa lupaavista interventioista ja niiden vaikutuksesta mielen hyvinvointiin .....	21
Toimenpide 5: Ikääntyneiden hyvän mielenterveyden ja laadukkaan elämän takaaminen .....	21
Toimenpide 6: Yksinäisyyden ja sosiaalisen eristymisen ehkäisy .....	22

## 1. Tavoite

Työn tavoitteena oli laatia keskeisten kansanterveysongelmien ehkäisyyn ja eriarvoisuuden vähentämiseen liittyviä ehdotuksia toimenpiteistä, toimintamalleista ja interventioista, joita Suomessa tulisi edistää alkaneella hallituskaudella. Osa-alueina tarkastellaan terveellisten elintapojen edistämistä (ravitseminen, liikunta, uni), ehkäisevää päihdetyötä (tupakka- ja nikotiinituotteet, alkoholi, huumeet ja rahapelit) ja mielenterveyden edistämistä. Ensisijaisesti tarkastellaan toimenpiteitä, joita tehdään sosiaali- ja terveystieteiden ulkopuolella, mutta mukana on myös monialaisia toimenpiteitä, joissa sosiaali- ja terveystieteiden palvelut ovat yhtenä toimijana.

## 2. Ravitseminen

Asiantuntijat: Sari Niinistö, Katja Wikström, Suvi Virtanen, Niina Kaartinen, Heli Kuusipalo, Jenni Lehtisalo, Jaana Lindström, Päivi Mäki, Satu Männistö, Susanna Raulio, Liisa Valsta

### Tausta

Terveyttä ja hyvinvointia voidaan edistää sekä eriarvoisuutta kaventaa terveellisen ravitsemuksen keinoin. Terveyttä edistävän syömisen haasteina ovat ruokaympäristön muutokset, muun muassa runsaasti energiaa ja vähän ravintoaineita sisältävien ruokien laaja markkinointi, valikoima, saatavuus ja halpa hinta, sekä suuret pakkaus- ja annoskoot (1–3). Vaikka suomalaisten ruokavalio on viime vuosikymmeninä kehittynyt terveellisempään suuntaan, ovat suurimmat kompastuskivet edelleen runsas suolan ja kovan rasvan saanti sekä suosituksia pienempi kasvien kulutus (4). Kasvispainotteinen, vain kohtuullisesti lihaa sisältävä ruokavalio edistää paitsi terveyttä myös ympäristön kestävyyttä (5–8). Ruokavalion muuttamisella ravitsemussuosituksen mukaiseksi voidaan ruoan ilmastovaikutuksia pienentää noin 40 prosenttia (9). Poliittisen päätöksenteon, terveyden edistämistyön sekä lihavuuden ja sairauksien ehkäisyyn tueksi tarvitaan säännöllisesti ajantasaista tietoa väestöryhmien ruoan kulutuksesta ja ravintoaineiden saannista. Eri väestöryhmissä painottuvat eri ongelmat. Lapset ja nuoret kuluttavat runsaasti sokeripitoisia ruokia ja juomia sekä niukasti kalaa. Aikuisista valtaosa kuluttaa liian vähän kasviksia, hedelmiä ja marjoja, ja valtaosa miehistä liikaa punaista ja prosessoitua lihaa (4). Työikäisen väestön ravitsemusta on seurattu säännöllisesti, mutta lapsista, nuorista ja ikääntyneistä valtakunnallinen seurantatieto puuttuu. Lasten ja nuorten ruoankäytön tietopohjaa tarvitaan esimerkiksi hallitusohjelmassa mainittuun lainsäädännön valmisteluun energiajuomien myynnin kieltämiseksi alle 16-vuotiailta.

Terveyttä tulee edistää ja keskeisiä terveysongelmia ehkäistä kaikissa elinkaaren vaiheissa ja kaikissa väestöryhmissä (10,11). Lasten ja aikuisten lihavuus, tyypin 2 diabetes, sydän- ja verisuonitaudit, muistisairaudet, ja niihin yhteydessä olevat epäterveelliset elintavat ovat yleisempiä vähemmän koulutetuissa ja matalamman tulotason ryhmissä (12–14). Lasten ruokatottumukset kehittyvät varhain ja säilyvät suurelta osin aikuisuuteen, minkä vuoksi juuri lapsuus on tärkeä ajankohta vaikuttaa ravitsemukseen (15). Ikääntyessä ravitsemukselliset tarpeet muuttuvat ja tiettyjen ravintoaineiden tarve lisääntyy fysiologisten muutosten myötä (16). Epäterveelliset ruokatottumukset ja elintavat on tärkeä tunnistaa, jotta niihin voidaan vaikuttaa ajoissa.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on eri toimijoiden välistä yhteistyötä. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyötä muiden kunnallisten toimijoiden sekä järjestöjen kanssa tulee vahvistaa ja toimivaksi osoitetut moniammatilliset toimintamallit tulee vakiinnuttaa käyttöön. Tutkimusten mukaan esimerkiksi lihavuuden preventioon käytetty euro saadaan kuusinkertaisena takaisin pienentyneinä terveydenhoidon ja tuottavuuskustannuksina (17). Tosin tämä hyöty näkyy vasta pidemmällä aikavälillä.

Kattavuutensa ansiosta julkisilla ruokapalveluilla voidaan edistää tehokkaasti suomalaisten ravitsemusta ja terveyttä. Julkisten ruokapalveluiden tavoitteena on turvata myös heikoimmin toimeentulleille kansalaisille terveellinen ravitseminen, parhaana esimerkkinä tästä kaikille oppivelvollisille tarjottava lakisääteinen, maksuton kouluruokailu. Ruokaan liittyviin julkisiin hankintoihin kulutetaan noin 350 miljoonaa euroa vuosittain (18). Näillä hankinnoilla on suuri vaikutus väestön ravitsemukseen ja terveyteen.

Suomalaisten terveyttä edistävän syömisen lisäämiseksi esitämme seuraavia toimenpiteitä, jotka liittyvät näyttöön perustuvan tietopohjan vahvistamiseen, terveyden edistämisen toimintamallien ja - palveluiden laajamittaiseen käyttöönottoon, julkisiin hankintoihin ja ruokapalveluihin sekä fiskaalisiin keinoihin.

### **Toimenpide 1: Kehitetään kansallinen lasten, nuorten ja ikääntyneiden säännöllinen ravitsemusseuranta**

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Tietoa näiden haavoittuvien ryhmien ravitsemuksesta eri alueille ja eri sosioekonomisissa ryhmissä tarvitaan ravitsemuksen ongelmien tunnistamiseen, kohdennettujen toimenpiteiden suunnitteluun ja vaikuttavuuden arviointiin. Tiedon avulla luodaan ravitsemusta ja ruokakasvatuksen vaikuttavuutta kuvaavat indikaattorit varhaiskasvatukseen, kouluihin, oppilaitoksiin ja vanhuspalveluihin.

**Esteet:** Lasten ja nuorten sekä ikääntyneiden ravitsemuksen seurantatutkimuksen esteenä on rahoituksen puute.

**Ratkaisu:** Näiden kohderyhmien ravitsemusseurantaan tulisi osoittaa korvamerkitty rahoitus.

### **Toimenpide 2: Vahvistetaan terveydenedistämisen toimia varhaiskasvatuksessa ja kouluissa**

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Varhaiskasvatuksessa ja kouluissa toteutetuilla toimenpiteillä voidaan tavoittaa kattavasti kaikki lapset perhetaustausta riippumatta ja vaikuttaa sosioekonomisiin eroihin terveydessä ennen varsinaisten terveysongelmien ilmaantumista (19,20).

**Ratkaisut:** Neuvokas perhe -kärkihankkeessa kehitettiin lasten ja lapsiperheiden terveysneuvontaa tukeva monialainen elintapaohjauksen malli, joka tulee ottaa käyttöön osana perhekeskusten toimintaa ja lapsiperheiden kanssa työskentelevien ammattilaisten työtä, mm. varhaiskasvatuksessa (21,22). Varhaiskasvatukseen tulee lisätä makukoulutoimintaa, jolla tutustutetaan lapsia kasviksiin kaikilla aisteilla, minkä on osoitettu lisäävän kasvisten kulutusta (23). Terveellisen ravitsemuksen ja liikunnan sisällöt ja opetusmenetelmät tulee kytkeä osaksi kouluopetusta uudistetun opetussuunnitelman mukaisesti. Koulun ruokaympäristöjä voidaan kehittää terveellisiä valintoja suosiviksi tarjoamalla ravitsemuslaatuksiteerit täyttäviä välipaloja (20). Varhaiskasvatuksen ja koulujen henkilökunnan yhteistyötä terveellisen ravitsemuksen ja elintapojen toteuttamisessa kehitetään kouluttamalla eri alojen ammattilaisia (ml. kasvatusta-, ruokapalvelu- ja terveydenhuoltohenkilöstö) kokonaisvaltaiseen terveydenedistämiseen ja antamalla tähän käytännön työkaluja hyvistä hankkeista.

### **Toimenpide 3: Otetaan toimivat terveydenedistämisen toimintamallit laajamittaiseen käyttöön ja kehitetään digitaalisia palveluita**

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Kansantauteja voidaan todistetusti ehkäistä elintapaohjauksella ja samalla kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja. Erityisen tärkeää on kohdentaa toimet ohjausta tarvitsevalle väestölle. Digitaalisten palveluiden avulla voidaan kohdistaa ennaltaehkäiseviä toimia niihin, jotka ovat kohonneessa riskissä, mutta eivät käytä tavanomaisia terveysterveystoimia.

**Esteet:** Kansantautien ehkäisyyn tähtäviä toimia ei nykyisin toteuteta laajasti kaikkiin väestöryhmiin kohdentaen. Säästöpotentiaalista huolimatta resurssit käytetään ongelmien hoitamiseen, ei niiden ehkäisyyn.

**Ratkaisut:** Digitaalisia palveluita tulee kehittää erityisesti riskin tunnistamisen ja matalan kynnyksen interventioiden tarjoamiseksi. Esimerkiksi Vimana (aik. SoteDigi) voi toteuttaa StopDia-mallin (24) mukaisen diabetesriskitestin, jossa kansalainen voi testata oman sairastumisriskinsä ja saa ohjauksen asuinalueensa palveluiden pariin riskitason mukaan.

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyhanke StopDia (24) ja muistisairauksien ehkäisyhanke FINGER (25-27) tarjoavat mallin kohonneessa riskissä oleville aikuisille suunnatun preventiivisen toiminnan järjestämiseksi. Terveellisiä elintapoja edistävät matalan kynnyksen palvelut voidaan toteuttaa yhteistyössä järjestöjen

kanssa, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävänä on mitata interventioiden vaikutuksia. StopDia -hankkeessa on kehitetty myös työkalupakki tukemaan terveyden edistämistä työpaikoilla (28).

Sosiaali- ja terveystalouden ravitsemukseen liittyviä kirjaamiskäytäntöjä tulee kehittää. Kirjaaminen edesauttaa yksilöllistä ohjausta ja seurantaa, ja sitä voidaan hyödyntää monipuolisesti tietopohjan vahvistamiseksi. Ikäihmisillä säännöllinen painon mittaaminen on yksinkertainen tapa seurata ravitsemustilaa.

#### Toimenpide 4: Vahvistetaan työelämän ulkopuolella olevien ravitsemuksen laatua, ruoan saatavuutta ja yhteisöllisiä ruokailumahdollisuuksia

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Työttömille ja eläkeläisille sekä niille työntekijöille, joilla ei ole mahdollisuutta työpaikkaruokailuun, tulee tarjota mahdollisuus osallistua julkisen palvelun tarjoamaan joukkoruokailuun omakustannehinnalla. Ravitsemustila, ruokailu ja ravinnonsaanti ovat kiinteästi yhteydessä erityisesti ikääntyneiden terveydentilaan ja toimintakykyyn, ja mahdollisuus säännölliseen lämpimään ateriaan edesauttaa toimintakyvyn ylläpitämistä (29).

**Esteet:** Haasteena toimenpiteen toteuttamiselle on se, että julkisten ruokapalveluiden tuottajatahot eivät ole yhtenäiset.

**Ratkaisut:** Ongelman ratkaisemiseksi julkisten palveluiden rahoittajia ja tuottajia tulee tukea sopimaan yhteisesti kunkin alueen palveluiden laadusta ja laajuudesta.

Vuonna 2020 julkaistaan uudet ikääntyneiden ravitsemussuositukset, joiden käytäntöön vieminen edellyttää ammattilaisten koulutusta. Iäkkäiden ravitsemus ja ruokailu tulee pitää hallituskaudella painopistealueena Terveyden edistämisen rahoituksessa ja varmistaa, että parhaat käytännöt jalkautetaan valtakunnalliseen toimintaan.

#### Toimenpide 5: Lisätään kasvisten, hedelmien ja marjojen sekä kotimaisen kalan ja vähennetään lihan osuutta julkisissa elintarvike- ja ruokapalveluhankinnoissa

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Toimenpide koskee tasapuolisesti lähes koko väestöä ja edistää ravitsemussuositusten toteutumista ja kestävyyttä.

**Ratkaisut:** Kouluruokailussa tulee tehostaa mahdollisuuksia ottaa käyttöön koulumaito- ja kouluhedelmätuki, joiden käyttöönoton esteenä on ollut hankala ja huonosti tunnettu hakuprosessi. Kouluhedelmä- ja maitotuen käyttöä voidaan tukea selkeällä ohjeistuksella. Koulu- ja esikoulu- ja maito- ja hedelmätuki tulee saada kattamaan myös päiväkodit.

Koko ruokaympäristössä, mukaan lukien ruoan tuottajat, teollisuus ja kauppa, tarvitaan rakenteellisia muutoksia. Elintarvikesektoria pitää tukea muutosten toteuttamisessa, ja kuntien hankintaosaamista tulee vahvistaa julkisten hankintojen onnistumisen varmistamiseksi. Ravitsemussitoumus on yksi keino kannustaa ruoka-alan toimijoita, ml. ruokapalvelut, parantamaan elintarvikkeiden ja tarjotun ruoan ravitsemuslaatua sekä edistämään ravitsemusvastuullisia toimintatapoja (30).

#### Toimenpide 6: Kehitetään elintarvikkeiden vero- ja hintapolitiikkaa terveysperusteisesti

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Koko väestön kulutustottumuksiin voidaan vaikuttaa tehokkaasti oikein kohdennetulla hintapolitiikalla.

**Ratkaisut:** Terveysperusteista verotusta voidaan kehittää alentamalla kasvisten ja kotimaisen kalan arvonlisäveroa. Toisaalta runsaasti sokeria, tyydyttyntä rasvaa tai suolaa sisältäville tuotteille voidaan asettaa korkeampi verotus, ja lisättyä sokeria sisältävien juomien verotus voidaan muuttaa porrastetuksi sokeripitoisuuden mukaan (31).

## Kirjallisuusviitteet

1. Erkkola M; Fogelholm M, Konttinen H, Laamanen J-P, Mäenpää E, Nevalainen J, Nikula H, Pirttilä J, Uusitalo L, Saarijärvi H. Ruokaympäristön osatekijät ja ohjauskeinot. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2019:51. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki 2019. 227 s.
2. WHO. [Tackling food marketing to children in a digital world: trans-disciplinary perspectives](#). 2016.
3. WHO. [Monitoring and restricting digital marketing of unhealthy products to children and adolescents](#). 2018.
4. Kaartinen N., Tapanainen H., Reinivuo H., Virtanen S., Ali-Kovero K. & Valsta L. (2018) Elintarvikkeiden kulutus. Teoksessa: Valsta L., Kaartinen N., Tapanainen H., Männistö S. & Sääksjärvi K. (toim.) Ravitsemus Suomessa: FinRavinto 2017 - tutkimus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
5. Sarlio S. Towards healthy and sustainable diets perspectives and policy to promote the health of people and the planet. Springer Briefs in Public Health 2018.
6. Stockholm Resilience Centre Report 2019. Nordic food systems for improved health and sustainability. Stockholm University 2019.
7. Springmann M, Wiebe K, Mason-D'Croz D, Sulser TB, Rayner M, Scarborough P. Health and nutritional aspects of sustainable diet strategies and their association with environmental impacts: a global modelling analysis with country-level detail. Lancet Planet Health 2018;2:e451-e461.
8. Willett W, Rockström J, Loken B et al. Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. Lancet 2019;393:447-492.
9. Saarinen M, Kaljonen M, Niemi J ym. [Ruokavaliomuutoksen vaikutukset ja muutosta tukevat politiikkayhdistelmät. Ruoka-Minimi-hankkeen loppuraportti](#). Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2019:47.
10. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kansallisen lihavuusohjelman Ohjelmaryhmä. [Lihavuus laskuun – Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta. Kansallinen lihavuusohjelma. Toiminta- ja toimeenpanosuunnitelma 2016–2018](#).
11. WHO. [Report of the Commission on Ending Childhood Obesity](#). 2016.
12. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Suomen Akatemia. [Painopiste preventioon Konsensuslausuma tarttumattomien sairauksien ehkäisystä 2017](#).
13. WHO 2017. [Tackling NCDs. Best buys and other recommended interventions for the prevention and control of non-communicable diseases](#). 2017.
14. WHO. [Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020](#).
15. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Syödään yhdessä – ruokasuositukset lapsiperheille. 2. uudistettu painos. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.
16. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Terveyttä ruoasta Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. 5. korjattu painos. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2018.
17. OECD (2019), The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.
18. Motivan hankintapalvelu. [Opas vastuullisiin elintarvikkeiden - suosituksia vaatimuksiksi ja vertailukriteereiksi. 2017](#).
19. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Terveyttä ja iloa ruoasta – varhaiskasvatuksen ruokailusuositus. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018.
20. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Syödään ja opitaan yhdessä -kouluruokailusuositus. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017.
21. Koivumäki T, Lehtimäki S, Sillanpää J. [Neuvokas perhe - kärkihänke. Loppuraportti 2018](#). Sosiaali- ja terveysministeriö.
22. Sillanpää J. [Neuvokas perhe - Etelä-Pohjanmaan osahanke Lapsiperheiden monialainen elintapaohjaus Loppuraportti](#). Sosiaali- ja terveysministeriö.
23. Kuopio –terveydenhoito ja ravitsemussuunnittelu. [Sapere – Ruokailoa ja monipuolisia aistikkokemuksia koko perheelle](#). Kuopion kaupunki 2015.
24. Pihlajamäki ym. Digitally supported program for type 2 diabetes risk identification and risk reduction in real-world setting: protocol for the StopDia model and randomized controlled trial. BMC Public Health.2019;19(1):255.
25. Kivipelto M, Kulmala J, Lehtisalo J, ym. [FINGER-elintapaohjelma-toimintamalli kognitiivisen toimintakyvyn tukemiseen](#). Lääkärilehti 2019;74(4):183–186.
26. Kivipelto M, Kulmala J, Ngandu T. [FINGER-toimintamalli ikääntyvien muisti- ja ajattelutoimintojen tukemiseksi](#). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018.
27. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Tiedä ja toimi -kortti: FINGER-toimintamalli](#).
28. [StopDia –työkalupakki työpaikoille](#).
29. Valve R, Itkonen S, Huhtala M, Jämsén P, Mertanen E, Mäkeläinen P, Paavola S, Raulio S, Suominen M, Tuikkanen R. Ikäihmisten ruokapalvelut muuttuvassa toimintaympäristössä. Valtioneuvoston selvitys ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 73/2018.
30. Ruokavirasto: [Ravitsemussitoumus](#).
31. Valtiovarainministeriö. [Sokeriverotyöryhmän loppuraportti](#). 2013.



### 3. Liikunta

Asiantuntijat: Heini Wennman, Hanna Elonheimo, Elsi Haverinen, Satu Havulinna, Pekka Jousilahti, Timo Ståhl

#### Tausta

Maailman terveysjärjestön WHO:n tarttumattomien tautien toimintaohjelmassa liikuntaa koskevana tavoitteena on (terveytensä kannalta) liian vähän liikkuvien osuuden väheneminen 10 prosentilla vuodesta 2010 vuoteen 2025 (1). Tämän tavoitteen Suomi todennäköisesti saavuttaa (2), mutta kansallisen tavoitteen tulee olla tätä selvästi kunnianhimoisempi. Tavoitteen saavuttamiseen tarvitaan monialaista yhteistyötä siten, että toimenpiteet kohdistetaan yhteiskunnan, ympäristön, yksilön ja järjestelmien tasolle (1,3,4).

Liikuntaneuvonta perusterveydenhuollossa on kustannusvaikuttava keino liikunnan ja terveyden edistämiseksi (3,4,5,6). Vaikuttava liikuntaneuvonta edellyttää moniammatillista ja eri toimijatahojen rajat ylittävää yhteistyötä, joka muodostaa palveluketjun yhtäjaksoisista tai peräkkäisistä palveluista. Liikuntaneuvontaa on Suomessa kehitetty useissa eri hankkeissa mm. KKI-ohjelman ja viimeksi myös hallituksen kärkihankkeen toimesta. Viimeisimmän selvityksen mukaan toimiva liikuntaneuvonnan palveluketju on toistaiseksi vain 75 kunnassa (7).

Kouluihin kohdistuvat toimenpiteet liikunnan ja fyysisen aktiivisuuden lisäämiseksi tukevat yhdenvertaisesti lasten fyysistä aktiivisuutta (3,4). Suomessa toimii useita kouluihin ja opetukseen suunnattuja tutkimus- ja kehittämishankkeita, joista mm. Liikkuva Koulu on vakiinnuttanut asemansa valtakunnallisena ohjelmalla. Kouluihin on muodostunut toimintatapoja ja on tehty rakenteellisia muutoksia liikunnallistamiseksi koulupäivän varmistamiseksi. Toistaiseksi koulupäivään lisätyistä liikuntaa edistävästä toimenpiteistä ei ole vielä kansallisesti pitkän ajan seuranta tai vaikuttavuustietoa saatavilla, mutta kansainvälinen näyttö osoittaa kouluympäristössä tapahtuvan liikunnan edistämisen olevan merkityksellistä esim. lasten ylipainon vähentämisessä (3).

Kaikille avoimet ja saavutettavissa olevat viher- ja virkistätymisalueet, lähiliikuntapaikat ja –palvelut, sekä tiivis ja selkeä aluerakenne lisäävät väestön liikuntaa (4,8,9,10,11). Maksuton, julkisissa tiloissa, kuten puistoissa, kouluissa, työpaikoilla järjestetty liikunnallinen toiminta, edistää fyysistä aktiivisuutta ja sosiaalisuutta sekä kaventaa eriarvoisuutta (12,13). Lisäksi ryhmätoiminta tarjoaa tärkeää vertaistukea. Esimerkiksi kärkihankkeena toiminut Ikäinstituutin Voimaa Vanhuuteen ohjelma on tukenut kuntia iäkkäiden liikunnan järjestämisessä ja kouluttanut iäkkäiden liikunnan osaajia ja ohjaajia sekä kuntiin että järjestöihin.

Parantamalla kevyen- ja julkisen liikenteen toimivuutta ja houkuttelevuutta voidaan lisätä ihmisten arki- ja työmatkaliikuntaa, joka on tärkeä osa terveyttä edistävää liikkumista. Joukkoliikenteen, kävelyn ja pyöräilyn yhteenlasketun matkasuorituksen lisääntyminen tukee kestävä kehitystä ja sillä on myönteinen vaikutus myös ilmastolle (3,4,13). Suomessa kävely on kaikissa ikäryhmissä ja sosioekonomisesta asemasta riippumatta suosituin liikuntamuoto (14, 15). Hallitusohjelmassa olevaan kävelyn- ja pyöräilyn edistämishjelmaan on kirjattu monia toimenpiteitä kevyen- ja julkisen liikenteen parantamiseksi (16).

#### Toimenpide 1: Liikuntaneuvonnan palveluketjun vahvistaminen ja kehittäminen eri ikävaiheissa

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Kun liikuntaneuvonnan palveluketjun ydintoimijat ovat perusterveydenhuolto ja kunnan liikuntatoimi, on toiminnalla todennäköisesti suotuisa vaikutus eriarvoisuuden vähentämisessä. Tähän vaikuttaa mm. se, että matalamman sosioekonomisen aseman henkilöt ml. työttömät ovat perusterveydenhuollon ja julkisten liikuntapalvelujen asiakkaita, jolloin liikkumisen kustannus ei ole yleensä kynnys liikunnan aloittamiselle.

**Esteet:** Liikuntaneuvonta vaatii resursseja ja moniammatillista osaamista, jota ei tällä hetkellä välttämättä ole saatavilla. Eri ikäryhmien neuvonta on ammatillisesti haastavaa eikä neuvonta toteudu systemaattisesti perusterveydenhuollon yhteydessä. Iäkkäiden liikuntaa ohjaavien ammattilaisten sekä vertaisohjaajien määrä ja osaaminen turvallisen ja riittävän tehokkaan liikunnan ohjaamiseksi ei ole riittävällä tasolla. Liikuntatoiminnan järjestämisessä ja saavutettavuudessa on haasteita, erityisesti haja-asutusalueilla.

**Ratkaisut:** Liikuntatoimen ja sosiaali- ja terveystoimen välistä yhteistyötä tehostetaan ja huolehditaan saumattoman palveluketjun rakentamisesta. Tietoisuutta palveluketjusta lisätään henkilöstölle. Eri ikäryhmien neuvonnan ja liikunnan erityispiirteistä järjestetään koulutusta. Vertaisohjaajien kouluttamista tuetaan. Teknologian mahdollisuuksia hyödynnetään liikunta- ja arkiaktiivisuuden lisäämiseksi ja teknologian käyttö mahdollistetaan myös niille, jotka eivät voi hankkia laitteita omalla kustannuksella.

## Toimenpide 2: Luodaan asuinympäristö, joka kannustaa omatoimiseen liikkumiseen ja mahdollistaa turvallisen liikkumisen myös toimintakyvyltään rajoittuneemmalle väestösalle

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Asuinalueiden kehittäminen kaikkien väestöryhmien liikuntaa kannustavaksi lisää eri väestöryhmien välistä tasa-arvoa. Esimerkiksi kävelyn osalta tiedetään, että sitä harrastavat kaiken ikäiset ja yhtä usein pohjakoulutuksesta riippumatta. Turvallinen, saavutettava ja virikkeellinen asuinympäristö on merkityksellinen etenkin iäkkäämmän väestön liikunnan harrastamisessa.

**Esteet:** Toimenpiteen toteutuminen vaatii taloudellisia resursseja sekä asian huomioimista mm. asuinalueiden kaavoituksessa ja suunnittelussa.

**Ratkaisut:** Perustetaan koko vaalikauden kestävä kuntien ja valtion lähiliikuntapaikkojen rakennus- ja kunnostuskampanja. Kunnostusohjelmaa tukemaan perustetaan ”olosuhteita luova ryhmä”, kehittämään uusia, innovatiivisia, kustannustehokkaita tapoja muokata asuinalueita liikkumaan kannustaviksi. Korjaus- ja uudisrakentamisessa sekä yhdyskuntasuunnittelussa kiinnitetään huomiota kaiken ikäisten turvallisen arkiliikkumisen mahdollistumiseen sekä liikkumiseen kannustavan ympäristön luomiseen myös niille, joilla liikkumisessa tai toimintakyvyssä on jo vajeita.

## Toimenpide 3: Liikunnan lisääminen koulupäivien aikana tai niiden yhteydessä

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Kouluympäristössä tapahtuvat toiminnot saavuttavat lähes kaikki lapset ja nuoret 7–16 ikävuoden välillä. Koulupäivien yhteydessä järjestetty liikuntatoiminta mahdollistaisi myös esimerkiksi syrjäseudulla koulukyydeistä riippuvaisten lasten ja nuorten mahdollisuuden harrastustoimintaan, jos asuinpaikan lähellä ei ole tarjolla liikuntatoimintaa.

**Esteet:** Kouluilla ei ole riittäviä resursseja ja mahdollisuuksia järjestää toimintaa.

**Ratkaisut:** Tuetaan fyysiseen aktiivisuuteen kannustavan kouluympäristön luomista (toimintatavat koulussa, tilat, piha, turvalliset kulkuväylät kouluihin). Järjestetään harrastustoimintaa koulupäivän yhteyteen yhteistyössä koulujen ja paikallisten yhdistysten tai seurojen kanssa. Käytännössä toiminnan järjestäminen voi olla seurojen vastuulla koulujen tai kuntien tarjotessa tilat. Koulut järjestävät omana toimintana (opettajille maksetaan harrastustuntien pitämisestä) koulupäivän ulkopuolisia, kaikille soveltuvia, ei-kilpailullisia liikunnan harrastustunteja.

## Toimenpide 4: Lasten ja nuorten liikunnan harrastamisen mahdollistaminen

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Lasten liikunta maksaa monelle perheelle liikaa. Harrastuspassi ja harrastuskulujen huomioiminen toimeentulotuessa lisää huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevien nuorten mahdollisuutta liikuntaharrastuksiin.

**Esteet:** Sosio-ekonomiset erot ja vähävaraisten perheiden lasten/nuorten rajatut mahdollisuudet osallistua maksulliseen liikuntaan (seura-toiminta usein maksullista).

**Ratkaisut:** Otetaan harrastuspassi käyttöön. Opetus- ja kulttuuriministeriön alaisuudessa kehitetty Harrastuspassi on lapsille ja nuorille tarkoitettu mobiilisovellus, jonka avulla kunnat, seuratoimijat tai järjestöt voivat tarjota maksuttomia ja kohtuuhintaisia harrastuksia, käyntikertoja tai pääsylippuja liikuntapalveluihin, kuten kuntosaleille, uimahalleihin, monitoimitalojen tiloihin. Harrastuspassin kehitystyö on käynnissä ja tavoitteena on ollut laajentaa se kaikkiin kuntiin vuosien 2019–2020 aikana (17). Tavoitteena on tukea lasten ja nuorten yhdenvertaisia mahdollisuuksia löytää mielekkäitä harrastuksia.

Pienituloisten perheiden lasten ja nuorten harrastaminen tulisi varmistaa kohdentamalla harrastuskuluihin toimeentulotukea valtakunnallisesti yhdenmukaisin periaattein.

## Toimenpide 5: Kehitetään yhdyskuntarakennetta niin, että se tukee kävelyä, pyöräilyä ja joukkoliikennettä

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Kevyen ja julkisen liikenteen edellytysten parantaminen lisää eri väestöryhmien (ikä, sukupuoli, sosioekonominen asema, terveydentila) välistä tasa-arvoa.

**Esteet:** Yhdyskuntarakenne on muodostunut autoilua tukeväksi ja sitä voi olla haastava muuttaa. Kevyen ja joukkoliikenteen investoinnit vaativat resursseja. Kevyen- ja joukkoliikenteen edellytykset ja toteuttamistavat ovat erilaisia maan eri osissa.

**Ratkaisut:** Kevyen ja joukkoliikenteen käyttöedellytykset huomioidaan kaavoituksessa, yhdyskuntasuunnittelussa ja rakentamisessa. Kävelyn ja pyöräilyn infratarpeet otetaan huomioon väyläverkoston kehittämishankkeiden yhteydessä. Valtio ja kunnat huolehtivat riittävästä panostuksesta joukkoliikenne- ja kevyen liikenteen investointeihin. Tehdään yhteistyötä 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.

## Toimenpide 6: Tuetaan hinta- ja veropolitiikalla kevyen- ja julkisen liikenteen toimivuutta ja houkuttelevuutta

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Kevyen ja julkisen liikenteen edellytysten parantaminen lisää eri väestöryhmien (ikä, sukupuoli, sosioekonominen asema, terveydentila) välistä tasa-arvoa.

**Esteet:** Kuntien taloudellinen tilanne ja taloudelliset resurssit joukkoliikenteen tukemiseen ovat niukat. Kevyen- ja joukkoliikenteen edellytykset ja toteuttamistavat ovat erilaisia maan eri osissa sekä kaupunkien ja maaseudun välillä.

**Ratkaisut:** Kehitetään edullisia ja väestön liikkumistarpeita joustavasti palvelevia joukkoliikenneratkaissuja. Uudistetaan työsuhde-etujen verotusta niin, että sillä tuetaan tasapuolisemmin myös kevyen ja julkisen liikenteen sekä liikkumispalvelujen (Maas) käyttöä.

## Toimenpide 7: Tuetaan ikäihmisille kohdistettuja liikuntapalveluita ja liikuntatoiminnan järjestämistä

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Lisää mahdollisuutta osallistua ja olla aktiivinen myös sitten kun oma kyky hakeutua palveluihin on alentunut.

**Esteet:** Iäkkäille järjestettävä liikuntaharjoittelu on osana kuntien toimintaa, mutta edelleenkin se ei usein tavoita niitä iäkkäitä, jotka liikkuvat vähän tai iäkkäitä, jotka eivät itsenäisesti pääse ohjattuihin ryh-

miin joko heikentyneen liikuntakyvyn tai puutteellisten tai vaikeiden kulkuyhteyksien vuoksi. Viimeksi mainittu on erityinen ongelma haja-asutusalueilla.

**Ratkaisut:** Kehitetään kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kunnan liikuntatoimen ja järjestöjen yhteistyötä riskiryhmien tunnistamiseksi ja tuodaan palveluita lähemmäksi niitä tarvitsevia. Tuetaan järjestöjä ja seuroja iäkkäiden hyvinvointia ja terveyttä edistävän ja saavutettavan liikunnan järjestämisessä.

## Kirjallisuusviitteet

1. WHO. (2018). [Global action plan on physical activity 2018–2030](#). Geneva: World Health Organization.
2. Wennman H., Borodulin K., & Jousilahti P. (2019). Vapaa-ajan liikunta ja fyysinen aktiivisuus lisääntyvät Suomessa WHO:n tavoitteen mukaisesti. Tutkimuksesta Tiiviisti, THL.
3. OECD-raportti. (2019). [The Heavy Burden of Obesity - The Economics of Prevention](#). OECD Health Policy Studies.
4. WHO. (2017). [Tackling NCDs - 'Best Buys' and other recommended interventions for the prevention and controls of noncommunicable diseases](#).
5. Müller-Riemenschneider F., Reinhold T., Nocon M. & Willeich SN. (2008). Long-term effectiveness of interventions promoting physical activity: A systematic review. *Preventive Medicine*. 2008;47(4):354-368.
6. Senter C., Appelle N. & Behera SK. (2013). Prescribing exercise for women. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*. 2013;6(2):164–172.
7. Kivimäki S., Turunen M. & Ansaharju, A. (2018). [Liikunta-neuvonnan onnistumisen edellytykset kunnissa -kyselyn tulokset](#). Kunnossa kaiken ikää (KKI)-ohjelman julkaisuja.
8. Borodulin K., Jallinoja, K. & Koivusalo, M. (2016). [Epäterveellinen ruokavalio, vähäinen liikunta ja polarisaatio – syyt, kustannukset ja ohjaustoimet](#). Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 24/2016.
9. Cohen DA., Marsh T., Williamson S., Golinelli D., McKenzie TL. (2012). Impact and cost-effectiveness of family fitness zones: A natural experiment in urban public parks. *Health & Place*. 2012;18(1):39–45.
10. Nicosia N. & Datar A. (2018). Neighborhood environments and physical activity: A longitudinal study of adolescents in a natural experiment. *American Journal of Preventive Medicine*. 2018;54(5):671–678.
11. Wolch J., Jerrett M., Reynolds K, ym. (2011). Childhood obesity and proximity to urban parks and recreational resources: A longitudinal cohort study. *Health & Place*. 2011;17(1):207–14.
12. County Health Rankings and Roadmaps. (2019). [Policies and programs that can improve health](#).
13. Heath GW., Parra DC., Sarmiento OL., Andersen LB., ym., Lancet Physical Activity Series Working Group. (2012). Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. *Lancet*, July 21; 380(9838): 272–281.
14. Borodulin K. & Wennman H. (2019). Aikuisväestön liikunta Suomessa: Finterveys-tutkimus. THL, tilastoraportti 48/2019.
15. Ruuskanen, T. (2019). [Perinteinen kävelylenkkeily edelleen suosituin koko kansan liikuntaharrastus](#). Tilastokeskus, 04/2019.
16. Hallitusohjelma, Liikenneverkon kehittäminen/tavoite 2. (2019).
16. Hallitusohjelma, Liikenneverkon kehittäminen/Tavoite 2. (2019). Valtioneuvoston julkaisuja 2019:31.
17. [Harrastuspassi](#). (2019).

## Muut lähteet

- Iltanen S., Karvinen E., Topo P. (2018). Kokemuksia iäkkäiden etäohjattua terveystoiminnasta – Virtuaalisin keinoin Voimaa vanhuuteen -hankkeen kartoitus. Ikäinstituutti, Helsinki 2018. [https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2018/02/Virtuaalisesi-voimaa-vanhuuteen-raportti\\_www.pdf](https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2018/02/Virtuaalisesi-voimaa-vanhuuteen-raportti_www.pdf)
- Kivipelto M., Kulmala J., Lehtisalo J. ym. (2019). FINGER-elintapaohjelma- toimintamalli kognitiivisen toimintakyvyn tukemiseen. *Lääkärilehti* 4/2019, 183–186.
- Kivipelto M., Mangialasche F. & Ngandu T. (2019). Lifestyle interventions to prevent cognitive impairment, dementia and Alzheimer disease. *Nat Rev Neurol*. 2018 Nov;14(11):653–666. doi: 10.1038/s41582-018-0070-3. Review.
- Lounamaa A., Matikainen K. & Kantorovitch J. (toim.) (2013). Teknologiaiden mahdollisuudet iäkkäiden tapaturmien ehkäisyssä. THL, Työpaperi 6/2013.
- Lönnroos E., Karinkanta S., Häkkinen H. & Havulinna S. (2018). Tiedosta ja toimi-ikäkkäiden kaatumisia voidaan vähentää. *Lääkärilehti* 47/2018, 2780–2785.
- Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Suomen Akatemia. Painopiste preventioon Konsensuslausuma tarttumattomien sairauksien ehkäisystä 2017. <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2017/04/Konsensuslausuma-2017.pdf>
- Turunen K., Salpakoski A., Edgre J., Törmäkangas T., ym. (2017). Physical Activity After a Hip Fracture: Effect of a Multicomponent Home-Based Rehabilitation Program-A Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 2017 May;98(5):981–988.

## 4. Uni

Asiantuntija: Timo Partonen

### Tausta

Uni on herkkä terveystmittari. Niin psyykkiset kuin fyysiset rasittavat tekijät häiritsevät herkästi unta (1). Tämän seurauksena yöuni voi joko lyhentyä tai pidentyä ja muuttua huonolaatuiseksi, jolloin yöunet eivät enää virkistä valvomisen rasituksista eivätkä anna toimintatarmoa liikkua tai syödä terveellisesti. Nukkumisen ja sen ongelmien kuvaamiseksi unta on tarkasteltava myös osana vuorokausirytmää. Ihminen nukkuu oman vuorokausirytminsä mukaan, jos häiriötekijöitä ei ole. Hyvälaatuinen uni sisältää tietyn määrän eri univaiheita, jotka toistuvat kaavamaisesti yön aikana univaihesykleinä. Unirytmien häiriöt ilmenevät myös unettomuutena tai liikaunisuutena sekä niitä seuraavana väsymyksenä. Ne johtuvat ristiriidasta henkilön sisäisen kellon synnyttämän vuorokausirytmien ja hänen ympäristönsä noudattaman ulkoisen aikataulun välillä.

Huonosti nukutun yön jälkeen väsymys voimistuu, keskittymiskyky huononee, tarkkaavuus heikkenee, huomiokyky kaventuu, muistaminen vaikeutuu ja reaktionopeudet hidastuvat. Nämä altistavat virheille ja niiden seurauksena myös tapaturmille. Pitempään jatkuva huonounisuus sekä lyhentynyt yöuni ovat tämän lisäksi epäterveellisiä, sillä ne lihottavat ja lisäävät vaaraa sairastua sydän- ja verisuonitauteihin sekä tyypin 2 diabetekseen (1). Tämä ilmenee myös enneaikaisena kuolleisuutena.

Univelkaa kertyy liian lyhyistä yönistä. Tällöin myös uni jää usein huonolaatuiseksi eikä virkistä tarpeeksi. Univelka voi kertyä, koska henkilö ei ehdi tai halua nukkua tarpeeksi tai ei saa tai pääse nukkumaan, vaikka haluaisi. Myös unettomuus voi johtaa univelkaan. Unettomuus tarkoittaa kyvyttömyyttä nukkua. Henkilö ei tällöin pysty nukkumaan, vaikka hänellä olisi aikaa ja halua nukkua sekä nukkumiselle otolliset olosuhteet. Liikaunisuus tarkoittaa poikkeavaa uneliaisuutta. Henkilö nukkuu tällöin itselleen luontaista pidempiä yöunia, mutta tästä huolimatta ne eivät häntä virkistä. Suomessa aikuisväestöstä noin kolmannes kärsii unettomuusoireista ja pitkäaikaista unettomuushäiriötä sairastaa noin 12 prosenttia (1). Unettomuus on yleistynyt Suomessa erityisesti työtekeväällä väestöosalla parin viime vuosikymmenen aikana (2). Myös nuorten huonounisuus on yleistynyt samaan aikaan (3).

Unettomuushäiriön ehkäisyssä keskeistä on terveyden edistäminen (1). Hyvä uni hellii terveyttä, epäterveelliset elintavat heikentävät unen laatua, ja pitkäkestoinen unettomuus altistaa sekä somaattisille että psyykkisille sairauksille. Niin unettomuuden, liikaunisuuden kuin univelan syitä on aktiivisesti etsittävä, tunnistettava ja hoidettava asianmukaisesti. Lääkkeettömät hoidot ovat pitkäaikaista unettomuushäiriötä sairastavien hoidossa ensisijaisia (1). Unettomuuden pitkittyminen on mahdollista ehkäistä vastikään alkaneen unettomuuden tunnistamisella, taustalla olevien syiden käsittelyllä sekä ohjauksella omatoimiseen unihuoltoon. Ajanhallinta on avain uniongelmiin ratkaisuun. Vuorokausirytmien säännöllistämisen tiedetään kohentavan unen laatua, jolloin unen koetaan virkistävän paremmin (4). Tämän takia toimenpiteissä, toimintamalleissa ja interventioissa keskeisenä tavoitteena on säännöllistää vuorokausirytmä.

### Toimenpide 1: Aikavyöhykkeeksi on valittava pysyvä talviaika

Kesäajan käyttö ja mahdollinen pysyvä kesäaika lisäävät valoisaa aikaa iltapainotteisesti, mikä voimistaa ihmisen sisäisen kellon ja yhteiskunnan aikataulutaman päivärytmien välistä ristiriitaa (5, 6). Mitä suurempi tämä päivärytmä myöhentävä ristiriita on, sitä haitallisempi se terveydelle on (7–10).

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Kesäajan käyttö tai pysyvä kesäaika haittaa väistämättä unta ja todennäköisesti johtaa huonounisuuden ja sen seurausten yleistymiseen sekä lisäksi talvikuukausina myös kaamosoireiden yleistymiseen tai pahenemiseen Suomessa asuvilla.

**Esteet:** Pysyvää kesäaikaa vaativat aloitteet ja voimistuva lobbaus pysyvän kesäajan puolesta niin mediassa kuin kulisissa (11–14). Pysyvää talviajan valintaa puoltava tieteellinen tieto pyritään sivuuttamaan, kiistämään tai mitätöimään ilman, että pysyvän kesäajan valinnalle esitetään tieteelliseen tietoon perustuvaa puoltoa.

**Ratkaisu:** Esitetään tieteelliseen tietoon perustuva kannanotto sekä Euroopan unionin neuvostolle eli ministerineuvostolle että Suomen valtioneuvostolle ja eduskunnalle.

## Toimenpide 2: Uuden työaikalain terveysvaikutuksia on tarkkailtava

Vuoden 2020 alusta voimaan tuleva uusi työaikalaki sallii epäsäännöllisen vuorotyön laajentamisen. Yötyön teettäminen tulee aiempaa helpommaksi vuorotyössä, jaksotyöaloilla ja tilapäisesti tehtävässä yötyössä. Jaksotyötä tehdään terveydenhuollon lisäksi kaupan alalla sekä kuljetus-, turvallisuus- ja ravintola-alalla (15). Nyt jaksotyö laajenee muun muassa sosiaalipalveluihin ja mahdollistaa pitkät työrupeamat ja lyhyet työvuorojen välit.

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Päivärytmin myöhentämistä tai epäsäännöllisyyttä suosivat päätökset haittaavat väistämättä unta ja todennäköisesti johtavat huononuisuuden ja sen seurausten yleistymiseen kaikissa väestöosissa. Esimerkkeinä tällaisista ovat jo vähittäiskauppojen ja parturi- ja kampaamo-liikkeiden aukioloaikojen vapauttaminen sekä Helsingin kaupungin yöluotsin tehtävänanto.

**Ratkaisu:** Tiedotetaan uuden työaikalain voimaantulon jälkeen ilmaantuvista väestön terveydentilan muutoksista tutkimusten, tilastojen ja selvitysten perusteella. Perutaan tarvittaessa aiempia päätöksiä.

## Toimenpide 3: Koulupäivien alku on ankkuroitava aamuun

Kouluaamujen myöhentäminen viivästyttää oppilaiden päivärytmiä eikä lisää unta (4). Jos koulupäivä alkaa myöhemmin, niin joko koulupäivä loppuu myöhemmin tai koulupäivän sisältämät tauot lyhenevät. Jotta oppilaat saisivat nukuttua enemmän, heidän olisi mentävä nukkumaan aikaisemmin tai samaan aikaan kuin ennen. Tämä tarkoittaa sitä, että vapaa-aikaa jää vähemmän.

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Koulupäivän myöhentämisen takia kutistuva vapaa-aika tai lisääntyvä kiire haittaa väistämättä unta ja todennäköisesti johtaa huononuisuuden ja sen seurausten yleistymiseen koululaisilla ja heidän vanhemmillaan tai huoltajillaan sekä koulujen työntekijöillä.

**Ratkaisu:** Ohjeistetaan oppilaitosten rehtoreita neuvottelemaan asiasta ja aloittamaan koulupäivät kello 8 ja 9 välillä.

## Toimenpide 4: Omatoimisen uniohjauksen optioita on lisättävä

Unettomuuteen keskittyvän kognitiivisen käyttäytymisterapian (CBT-i) keinoja hyödyntävät interventiot ovat unettomuushäiriötä sairastavilla potilailla olleet pitkäkestoisesti vaikuttavia (1). Henkilölle annetaan siinä viisi käyttäytymisen muutokseen johtavaa ohjetta, joiden toteutumista seurataan yhdessä hänen kanssaan uni-valvepäiväkirjan avulla. On oletettavaa, että nämä keinot auttavat myös uniohjelmaisissa.

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Keinojen saatavuus ja tavoitettavuus jakaantuvat Suomessa eri tavoin. Ryhmämuotoisina ne ovat toteutettavissa koulutuksen saaneiden terveydenhoitajien ohjauksena sote-palveluissa. Koulutuksen (15 tuntia) voi antaa unettomien hoitoon perehtynyt psykoterapeutti yhdessä unilääketieteen erityispätevyuden omaavan lääkärin kanssa (16).

**Esteet:** Keinojen tuottamisen ja järjestämisen kustannukset voivat estää niiden laajamittaista käyttöä.

**Ratkaisu:** Kehitetään ja jaetaan informaatioteknologian tuottamia sovelluksia omatoimiseen uniohjaukseen sote-palveluina tai kaikille avoimina niiden ulkopuolella.

## Kirjallisuusviitteet

1. [Unettomuus. Käypä hoito -suositus](#). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019.
2. Kronholm E, Partonen T, Härmä M, Hublin C, Lallukka T, Peltonen M, Laatikainen T. Prevalence of insomnia-related symptoms continues to increase in the Finnish working-age population. *J Sleep Res* 2016; 25: 454–457.
3. Ghekiere A, Van Cauwenberg J, Vandendriessche A, Inchley J, Gaspar de Matos M, Borraccino A, Gobina I, Tynjälä J, Deforche B, De Clercq B. Trends in sleeping difficulties among European adolescents: are these associated with physical inactivity and excessive screen time? *Int J Public Health* 2019; 64: 487-498.
4. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Kouluterveyskysely](#).
5. Partonen T. Sisäinen kello säätää terveyttä. *Suom Lääkäril* 2019; 74: 2221–2225.
6. Roenneberg T, Wirz-Justice A, Skene DJ, Ancoli-Israel S, Wright KP, Dijk DJ, Zee P, Gorman MR, Winnebeck EC, Klerman EB. Why should we abolish daylight saving time? *J Biol Rhythms* 2019; 34: 227–230.
7. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Lausunto Kesäajan käytön lopettaminen 16.8.2018](#).
8. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Lausunto Vuodenajoittaisesta kellonajan siirrosta luopuminen 4.10.2018](#).
9. European Sleep Research Society. [Joint statement to the EU Commission on DST](#).
10. Meira e Cruz M, Marques S, David A, Laureano C, D’Elia C, Teixeira C, Feliciano A. Position paper of the Portuguese Association of Chronobiology and Sleep Medicine regarding daylight saving time and its impact on circadian timing system. *Acta Med Port* 2019; 32: 258–259.
11. Partinen M, Partonen T. Pysyvä talviaika on parempi vaihtoehto. *Suom Lääkäril* 2019; 74: 1991.
12. Roenneberg T, Winnebeck EC, Klerman EB. Daylight saving time and artificial time zones: a battle between biological and social times. *Front Physiol* 2019; 10: 944.
13. Skeldon AC, Dijk DJ. School start times and daylight saving time confuse California lawmakers. *Curr Biol* 2019; 29: R278–R279.
14. Watson NF. Time to show leadership on the daylight saving time debate. *J Clin Sleep Med* 2019; 15: 815–817.
15. Työterveyslaitos. [Tiedote 25/2019](#).
16. Järnefelt H. [Työterveyshuollossa toteutetun ryhmämuotoisen kognitiivisen käyttäytymisterapian tuloksellisuus pitkkestoisen unettomuuden hoidossa](#). Työ ja ihminen: Tutkimusraportti 44. Helsinki: Työterveyslaitos, 2015.

## 5. Päihteet, tupakka- ja nikotiinituotteet sekä rahapelit

Asiantuntijat: Teija Strand, Hanna Ollila, Sanna Kailanto, Jani Selin, Otto Ruokolainen, Karoliina Karjalainen, Minna Kesänen

### Tausta

Alkoholin liikakäyttö ja tupakointi ovat yksi merkittävimmistä suomalaisen yhteiskunnan terveysuhista. On arvioitu, että vähintään 13 prosenttia väestöstä (eli 560 000 suomalaista) käyttää alkoholia niin, että heillä on kohonnut riski pitkäaikaisille terveyshaitoille. Tupakoinnin seurauksena taas kuolee noin 4000 suomalaista vuosittain. Arviolta 18 prosenttia väestöstä pelaa rahapelejä riskitasolla ja noin 3 prosentilla on rahapeliongelma. (1–3, 7)

Alkoholin kokonaiskulutus on Suomessa vähentynyt vuodesta 2007 vuoteen 2017 asti lähes viidenneksellä. Vuonna 2018 lasku taittui ja kulutus nousi hieman. Alkoholikuolleisuuden ja monien muiden haittojen trendit ovat pääpiirteissään seuranneet samaa kehitystä kulutuksen kanssa. Alaikäisten juominen on vähentynyt koko 2000-luvun ajan. Myös päivittäinen tupakointi on vähentynyt, mutta edelleen 13 prosenttia aikuisväestöstä tupakoi päivittäin. Nuorten tupakointi on niin ikään vähentynyt, mutta haasteeksi on viime vuosina noussut nuuskan käytön yleistymisen. (1–4,10)

Huumausaineiden kohdalla erityisesti kannabiksen käyttö ja kokeilut ovat viime vuosina lisääntyneet. Yleisintä käyttöä on nuorten aikuisten ikäryhmässä, miehillä. Suurimmalla osalla huumeita kokeilleista käyttö rajoittuu kuitenkin vain yhteen tai korkeintaan muutama kertaan ja yleensä kannabikseen. (3, 4)

Heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevat käyttävät enemmän päihteitä, tupakoivat yleisemmin ja pelaavat enemmän rahapelejä paremmassa sosioekonomisessa asemassa oleviin verrattuna. Heihin kohdistuu täten suuri osa haitoista mikä lisää eriarvoisuutta. Erot sosioekonomisen taustan mukaan näkyvät jo nuorilla; erityisen huolestuttavaa on haitallisten terveystottumusten, kuten päihteiden ja tupakkatuotteiden käytön ja rahapelaamisen kasautuminen tiettyihin nuorisoryhmiin. Tämä on merkittävä taustatekijä väestöryhmien välisten terveyserojen muodostumiselle. Alkoholinkäyttö ja tupakointi selittävät suuren osan tulo- luokkien välisistä kuolleisuuseroista. (3, 6–10)

Erilaiset terveydelliset ja sosiaaliset päihdehaitat sekä taloudelliset ongelmat vaikuttavat negatiivisesti kuntien elinvoimaisuuteen. Laadukkaalla ehkäisevällä työllä edistetään terveyden ja hyvinvoinnin tasa-arvoa ja asukkaiden yhdenvertaisuutta. Työ kattaa alkoholin, tupakka- ja muiden nikotiinituotteiden ja huumeiden käytön sekä rahapelaamisen ja niistä aiheutuvien haittojen ehkäisyn ja vähentämisen toimet.

Tässä esitettyjen toimenpiteiden lisäksi on vahvaa tutkimusnäyttöä erilaisista valtakunnan tason poliittikkatoimista, joilla voidaan vaikuttaa päihde-, tupakka- ja rahapelihaittojen ehkäisyyn (mm. verotus, saatavuus). (11)

### Toimenpide 1: Rakenteiden vahvistamista jatketaan

Valtiolla ja kunnilla on lakiin perustuva velvollisuus tuottaa rakenteet, jotka mahdollistavat laadukkaan ehkäisevän päihdetyön tekemisen. Kunnissa tulee olla riittävät resurssit ehkäisevän päihdetyön toteuttamiselle ja ne tarvitsevat tuekseen vahvan alueellisen koordinaatio- ja asiantuntijatuen. Laaja alueellinen koordinaatio kattaa myös sosiaali- ja terveyspalveluille kuuluvien ehkäisevien ja edistävien tehtävien ja palveluiden tuen.

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Laadukkaalla ehkäisevällä työllä edistetään terveyden ja hyvinvoinnin tasa-arvoa ja asukkaiden yhdenvertaisuutta.

**Esteet:** Toiminnan laaja-alainen toteutus törmää esteisiin siilottuneiden rakenteiden ja toimintatapojen vuoksi. Ehkäisevää työtä ei nähdä kunnissa tai alueilla strategiatason asiana, jolloin siihen ei myöskään ohjata resursseja. Läheskään kaikki kunnat eivät hoida ehkäisevän päihdetyön lakisääteisiä tehtäviään. Kunnat eivät ole alueellisen tuen suhteen yhdenvertaisessa asemassa. (12)

**Ratkaisut:** Ehkäisevä päihdetyö tulee nähdä osana kunnan ja alueen hyte-strategiaa. Alueellinen koordinaatiotehtävä tulee osoittaa taholle, jolla on mandaatti terveyden ja hyvinvoinnin alueellisessa johtamisessa ja kehittämisessä. Tahon tai organisaation tehtäviin tulee määritellä paitsi koordinaation tavoitteet ja



kunnille annettavan tuen sisällöt myös se miten taho tätä mandaattia ja toimintaa käytännössä toteuttaa. (12)

## Toimenpide 2: Ehkäisevän päihdetyön ja mielenterveyden edistämisen integraatiota vahvistetaan

Ehkäisevän päihdetyön ja mielenterveyden edistämisen integraatioon tulee panostaa systemaattisesti. Laaja-alaisuuden huomioivia toimintamalleja ja -tapoja tulee kehittää, ja olemassa olevia tutkitusti toimivia hyödyntää, käyttäjä- ja kohderyhmälähtöisesti. Matalan kynnyksen ehkäisevät päihde- ja mielenterveyspalvelut tulee voida toteuttaa joustavasti julkisen, kolmannen ja tarvittaessa yksityisen sektorin toimijoiden kumppanuusmallilla. Järjestöjen palvelut ja kohtaavan työn resurssit ovat merkittävä lisä sote-keskusten ja myös kuntien toimintaan ja palveluihin. Niille tulisi voida tarjota myös tilaa. (13,14)

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Yksilön perusoikeuksien lisäksi palveluiden saatavuus ja saavutettavuus ovat keskeisiä yhteiskunnallisen ja sosiaalisen osallisuuden edellytyksiä. Matala kynnyksen vähentää palveluiden ja toimintojen piiriin hakeutumisen esteitä.

**Esteet:** Pitkä viive toimenpiteiden ja vaikutusten välillä hankaloittaa terveyden edistämisen tuloksellisuuden arviointia.

**Ratkaisut:** Ehkäisevään ja edistävään työhön liittyvät tavoitteet tulee kuvata sote-keskuksen konseptissa mahdollisimman konkreettisesti, jotta alueellista kehittämistyötä voidaan kansallisesti ja alueellisesti ohjata ja tukea. Seurantaan ja arviointiin tulee panostaa ja resursoida.

## Toimenpide 3: Päihteiden ja tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttöä sekä haitallista rahapelaamista vähennetään käyttämällä systemaattisesti mini-interventiota

Päihteiden riskikäytön, tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön ja haitallisen pelaamisen varhainen tunnistaminen ja puheeksiotto on yksi tärkeimmistä keinoista ehkäistä ja vähentää haittoja. Mitä varhaisemmin pystytään puuttamaan, sitä pienemmiksi jäävät vakavien ongelmien ja haittojen riskit. (9,15–17)

Puheeksiottoa tulee kehittää sote-palveluiden ohella myös sosiaalisissa yhteisöissä, kuten työpaikoilla, harrastusyhteisöissä ja (potilas)järjestöissä. Toimintaa voi tukea erilaisilla toimilla: jotkut työnantajat ovat esimerkiksi korvanneet työntekijöilleen vieroitukseen käytettäviä lääke- tai nikotiinikorvaushoitotuotteita. Väestötason kampanjat koskien tupakoinnin lopettamisen sekä haitallisen päihteiden käytön ja rahapelaamisen tukea voisivat sekä edistää mini-intervention systemaattista käyttöä että auttaa viestimään suoraan kohdeväestöön. (18,19)

Kun päihteiden ja tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö sekä puheeksiotto saadaan tilastoitua kattavammin, varhaisen tuen toimien tehostaminen ja tutkimus- ja kehittämistyö helpottuu.

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Mini-interventio eli lyhytneuvonta toimii parhaiten tilanteissa, jossa merkittäviä haittoja ei vielä ole ehtinyt muodostua. Menetelmää voidaan hyödyntää niin kohtaavassa työssä yleisesti kuin eri palveluissa, eri kohderyhmille ja eri päihteiden ja riippuvuuksien kohdalla.

**Esteet:** Mielenterveys- ja riippuvuuskysymyksiä ei nähdä palveluissa tai toimialoilla läpileikkaavana, vaan ne siirretään yksittäisille työntekijöille. Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä on käytössä useita erilaisia asiakastietojärjestelmiä, jotka eivät keskustele keskenään. Tämä estää järjestelmä- ja prosessitason kehittämisen.

**Ratkaisut:** Osana ehkäisevien palveluiden kehittämistä (sote-keskus yhtenä kokonaisuutena) on systematisoitava päihteiden sekä tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön kartoittamista ja mini-intervention toteuttamista sekä tehostettava toimenpiteiden kirjaamisaktiivisuutta. Rahapelaamisen puheeksiotto ja muutokseen motivointi voidaan integroida olemassa oleviin käytäntöihin. Eri toimijoiden väliset palveluketjut ja -polut sekä vastuullisten tahojen työnjako tulee olla mahdollisimman selkeää (13). Menetelmän käyttöön on tarjottava koulutusta. Väestökampanjoinnilla voidaan tavoittaa muuten heikosti tavoitettavissa olevia väestöryhmiä (18,19).

## Toimenpide 4: Tuetaan yhteisöpohjaisen Pakka-toimintamallin leviämistä ja laadukasta toteuttamista

Osana yhteisöjen hyvinvoinnin edistämistä tuetaan Pakka-toimintamallin käyttöönottoa ja laadukasta toteuttamista kunnissa ja/tai alueilla. Pakka-malli kattaa alkoholi-, tupakka- ja rahapelihaittojen ehkäisyn ja huumeiden osalta esimerkiksi sosiaalisen sääntelyn vahvistamisen eli välittämisen ehkäisyn. Malli perustuu kunnan eri toimijoiden, viranomaisten ja paikallisen elinkeinon yhteistyölle. Myös kuntalaiset otetaan mukaan toimintaan. Malli tarjoaa kunnille ja alueille konkreettisia työkaluja päihdehaittojen ehkäisyyn ja vähentämiseen. (20,21)

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Yhtäaikainen ja eri toimijoiden yhteistyössä toteuttama paikallinen toiminta on vaikuttavampia kuin yksittäiset toimenpiteet.

**Esteet:** Kunnat resursoivat vaihtelevasti ehkäisevän päihdetyön koordinaatioon. Kokemustieto osoittaa vahvasti, että tavoitteellista ehkäisevää ja edistävää työtä toteuttaa parhaiten selkeällä mandaatilla toimiva(t) koordinaattori(t). Myös Pakka-mallin toteuttaminen vaatii henkilön, joka koordinoi tehtävää työtä. (12)

**Ratkaisut:** Varmistetaan, että kunnassa on ehkäisevästä päihdetyöstä vastaava lakisääteinen toimielin ja koordinaattori, jonka tehtäviin ehkäisevä päihdetyö kuuluu. Pakka-mallia voidaan soveltaa erilaisille alueille niiden tarpeiden ja resurssien mukaan - osana ehkäisevän työn kokonaisuutta.

## Toimenpide 5: Pilotoidaan standardoitu vanhemmuustaito- ja kouluohjelma

Yhteisöjen hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen tarvitsee poikkihallinnollisesti johdettuja tavoitteita. Suomen versio Islannin mallista – ja yhteistyö ylipäätään – tulee toteuttaa niin, että se huomioi alkuperäisen mallin mukaisesti aidon poikkihallinnollisuuden, tutkimusperustaisuuden, vanhempien ja perheiden tuen sekä paikallisen osaamisen ja osallisuuden. (22, 23)

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Erityisesti nuorten kohdalla haittojen ehkäisyssä ja vähentämisessä on olennaista kokeilujen ja käytön aloittamisen ehkäisy. Tähän voidaan vaikuttaa edistämällä lasten ja nuorten kasvu- ja elinympäristöjen päihdeettömyyttä, ottamalla käyttö puheeksi sekä tarjoamalla perheen toiminnallisuutta ja ohjaavaa kasvatusta tukevia interventioita.

**Esteet:** Valtakunnallisen ohjauksen ja kehittämisen osalta kasvatuksen toimialan poikkihallinnollisuus voi muodostaa siiloja. Osa standardoiduista ohjelmista on maksullisia.

**Ratkaisut:** Harrastustoiminnan tukemisen (nykytila) rinnalla tulisi käynnistää yhteistyössä kuntien ja järjestöjen kanssa ohjelmapilotointi lanseeraamalla standardoitu näyttöön perustuva vanhemmuustaito-ohjelma ja/tai laajempi päihdeiden käytön ehkäisyyn ja elämänhallintaan keskittynyt kouluohjelma (esim. Unplugged (24) ja/tai Preventure (25) (26)). Pilotin yhteydessä toteutettava preventiotutkimus paikkaisi selkeää kotimaista vaikuttavuustiedon vajetta. Pakka-toimintamalli linkittyy osaksi kokonaisuutta. Lisäksi tulee perustaa poikkihallinnollinen kasvatuksen toimialan koordinaatioryhmä (vrt. huumausainepoliittinen koordinaatioryhmä).

## Toimenpide 6: Tuetaan terveyttä edistävien digitaalisten interventioiden ja tekoälyn kehittämistä

Tietoa kansansairauksien ennaltaehkäisyn vaikuttavuudesta on yhä enemmän, mutta näyttö digitaalisten interventioiden lisähyödystä vaihtelee. Terveyskäyttäytymisen muutosten onnistumiselle keskeistä on motivaatio, tavoitteiden asettaminen, omaseuranta ja sosiaalinen tuki. Digitaaliset interventiot, jotka pystyvät tukemaan näitä osa-alueita, tuovat todennäköisesti myös vaikuttavia tuloksia. (13, 27)

Yksi mahdollinen tapa ehkäistä esimerkiksi runsasta alkoholinkäyttöä tai rahapelaamista voisi olla riskitilanteiden varhainen tunnistaminen uusien teknologioiden ja teknologiasovellusten avulla. Niiden avulla voidaan tukea myös tupakoinnin lopettamista. Mini-interventiota voi tarjota digitaalisten sovellusten avulla, päihteen tai riippuvuuden kohde ei rajaa mahdollisuuksia. (27, 28)

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Digitaaliset palvelut ovat helposti saavutettavia ja levitettäviä. Niiden avulla voidaan tarjota apua ja tukea räätälöidysti erilaisille viiteryhmille. (13)

**Esteet:** Digitaaliset interventiot vaativat käyttäjältä ja kohderyhmältä omaa aktiivisuutta, muun muassa käyttöön otossa, eivätkä ne sovellu kaikille. Sote-palveluissa käytössä olevat asiakastietojärjestelmät eivät aina mahdollista digitaalisuuden joustavaa ja resurssitehokasta hyödyntämistä. Järjestelmien keskinäinen integraatio ei toimi. Palvelut vaativat ylläpitäjän.

**Ratkaisut:** Digitaalisia interventioita tulee kehittää yhdessä palvelunkäyttäjien kanssa ja kiinteänä osana muuta ehkäisevää työtä ja palvelukokonaisuuksia. Asiakastietojärjestelmien tarjoajien tulee mahdollistaa erilaisten digitaalisten interventioiden integroiminen järjestelmään.

## Kirjallisuusviitteet

1. [Päihdetilastollinen vuosikirja 2018](#)
2. [Näin Suomi juo](#)
3. [Kouluterveyskysely 2019](#)
4. [Suomalaisten rahapelaaminen 2015](#)
5. [Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet 2018](#)
6. Ruokolainen O., Ollila H., Lahti J., Rahkonen O. (2019). Intergenerational social mobility, smoking and smokeless tobacco (snus) use among adolescents during 2008–2017. *Addictive Behaviors* Vol. 98.
7. Vähänen Miikka (2015). Tupakoinnin yhteiskunnalliset kustannukset ja niiden arviointimenetelmät. Raportti 15. Helsinki: THL.
8. Ruokolainen O., Heloma A., Jousilahti P., Lahti J., Pentala-Nikulainen O., Rahkonen O., Puska P. (2019). Thirty-eight-year trends of educational differences in smoking in Finland. *International Journal of Public Health* 64(6), 853–860.
9. Paljärvi T., & Mäkelä P. (2019). Työikäisten alkoholin ongelmakäyttöön tulee puuttua terveydenhuollon kaikilla tasoilla. THL – Tutkimuksesta tiiviisti 7/2019.
10. Martikainen P., Mäkelä P., Peltonen R., Myrskylä M. (2014). Income Differences in Life Expectancy. *The Changing Contribution of Harmful Consumption of Alcohol and Smoking. Epidemiology* 25(2), 182–190.
11. Burton R, Henn C, Lavoie D, O'Connor R, Perkins C, Sweeney K, Greaves F, Ferguson B, Beynon C, Belloni A, Musto V, Marsden J, Sheron N. (2017). A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective. *Lancet*.
12. Warpenius, K. & Markkula J. (2018): Ehkäisevän päihdetyön nykytila ja tulevaisuus kunnissa: Vuoden 2016 kuntakyselyn tuloksia. Raportti 9. Helsinki: THL.
13. Niemelä J. & Kivipelto M. (2019). Asiakaslähtöinen palvelupolku malli tulevaisuuden sote-keskusten lähtökohdaksi. Työpäperi 37. Helsinki. THL.
14. Woodall, J., Trigwell J., Bunyan A-M., Raine G., Eaton V., Davis J., Hancock L., Cunningham M., Wilkinson S. (2018). Understanding the effectiveness and mechanisms of a social prescribing service: a mixed method analysis. *BMC Health Services Research* 18:604.
15. Beyer, F; Muirhead, C; Campbell, F; Pienaar, E; Bertholet, N; Daeppen, J; Saunders, J; Burnand, B; Kaner, E (2018): Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane systematic review*.
16. Angus C., Latimer N., Preston L., Li J., Purshouse R. (2014). What are the implications for policy makers? A systematic review of the cost-effectiveness of screening and brief interventions for alcohol misuse in primary care. *Frontiers in Psychiatry | Addictive Disorders and Behavioral Dyscontrol* 5:114.
17. Diskin, K. M., & Hodgins, D. C. (2009). A randomized controlled trial of a single session motivational intervention for concerned gamblers. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 382–388.
18. Bala MM, Strzeszynski L, Topor-Madry R. (2017). Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 11.
19. Young, B., Lewis, S., Katikireddi S., Bauld, L., Stead, M., Angus, K., Campbell, M., Hilton, S., Thomas, J., Hinds, K., Ashie, A., Langley, T. (2018). Effectiveness of Mass Media Campaigns to Reduce Alcohol Consumption and Harm: A Systematic Review. *Alcohol and Alcoholism* 53(3) 302–316
20. [Verkko-Pakka ehkäisevään päihdetyöhön](#)
21. Warpenius, K., Holmila, M., Mustonen, H. (2010). Effects of a community intervention to reduce the serving of alcohol to intoxicated patrons. *Addiction* 105(6):1032–40.
22. Kristjansson A., James J., Allegrante J., Sigfusdottir I., Helgason A. (2010). Adolescent substance use, parental monitoring, and leisure-time activities: 12-year outcomes of primary prevention in Iceland. *Preventive Medicine*, 51(2), 168–171.
23. Ren, J., Moberg, K., Scuffham, H., Guan, D., & Asche, C. V. (2019). Long-term effectiveness of a gambling intervention program among children in Central Illinois. *Plos One*, 14(2), e0212087. doi:10.1371/journal.pone.0212087
24. Vigna-Taglianti, F. D., Galanti, M. R., Burkhart, G., Caria, M. P., Vadrucchi, S. and Faggiano, F. (2014), “Unplugged,” a European school-based program for substance use prevention among adolescents: Overview of results from the EU-Dap trial. *New Directions for Youth Development*, 2014: 67–82.
25. Lammers, J., Goossens, F., Conrod, P., Engels, R., Wiers, R., Kleinjan, M. (2017). Effectiveness of a selective alcohol prevention program targeting personality risk factors: Results of interaction analyses. *Addictive behaviors* 71.
26. Lipp, Allyson (2011): (Universal school-based prevention programmes for alcohol misuse in young people. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*
27. Kaasalainen, K., Ruohonen T., Neittaanmäki P. (2019). Interventiot ja tekoäly terveydenhuollossa. Loppuraportti vol3. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
28. Boumparis, N., Loheide-Niesmann, L., Blankersc, M., Ebert, D., Korf, D., Schaub, M., Spijkerman, R., Tait, R., Riper, H. (2019). Short- and long-term effects of digital prevention and treatment interventions for cannabis use reduction: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence* 200, 82–94.

## 6. Mielen terveys

Asiantuntija: Pia Solin

### Tausta

Mielen terveyttä voi edistää samalla tavoin kuin fyysistä terveyttäkin. Mielen terveys ei ole pelkästään yksilön ominaisuus, vaan myös perheen, yhteisön ja yhteiskunnan pääoma, joka voi huvia ja jota voi lisätä. Pitkäjänteinen mielen terveyden edistäminen edellyttää päämäärätietoista, tavoitteellista, vaikuttaviin interventioihin perustuvaa sekä hyvin resursoitua työtä. Suuri osa mielen terveyden edistämistyöstä tehdään sosiaali- ja terveyssektorin ulkopuolella. Tavoitteellinen ja tuloksekas mielen terveyden edistäminen edellyttää poikkisektoriaalista yhteistyötä. Yhteistyön tulee olla hyvin johdettua ja koordinoitua, jotta vältetään toimien päällekkäisyyksiltä tai katvealueilta. (1)

Mielen terveyttä mitataan usein mielen terveyden häiriöiden määrän tai palveluiden käytön kautta. Tämä antaa tietoa ainoastaan häiriöiden määrän tai palveluiden muutoksista. Jotta saataisiin tarkkaa tietoa siitä, miten kunnan asukkaisiin kohdistetut mielen terveyden edistämiseen liittyvät toimet todella toteutuvat, tulisi elämänlaatuindikaattoreihin liittää mielen hyvinvointia selittäviä indikaattoreita ja mitata niitä tätä varten kehitetyillä mittareilla, esimerkiksi positiivisen mielen terveyden mittarilla.

OECD:n mukaan vuonna 2016 mielen terveyden häiriöitä esiintyi eniten Suomessa. (2) Suomessa mielen terveyden häiriöiden kokonaiskustannukset työpanosmenetyksineen ovat noin viisi miljardia euroa/vuosi. Mielen terveyden häiriöiden työkyvyttömyyseläkemenot ovat lähes 670 miljoonaa euroa. Vastavasti mielen terveyden edistäminen vähentää mielen terveyshäiriöiden hoidon kustannuksia. (1) Nämä kustannukset toimivat selkeänä perusteluna mielen terveyden edistämiseksi ja varhaisten mielen terveyden häiriöiden tunnistamiselle ja hoidolle. Päätöksenteossa tulee myös huomioida, etteivät mielen terveyden kustannukset rajoitu vain sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. (1–4)

### Toimenpide 1: Eri hallinnon alojen yhteistyö mielen terveyden edistämistoimissa

Yli sektoreiden menevän, eri hallinnon alojen ja muiden toimijoiden yhteistyön vahvistamisella on mahdollista luoda kaikille politiikan alueille sisällytettyä mielen terveyden edistämistoimintaa. (5)

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Eriarvoisuutta aiheuttavat ja sitä ylläpitävät yhteiskunnan rakenteelliset tekijät, kuten köyhyys ja muut heikot elinolot, matala koulutus, työttömyys sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden riittämättömyys sijoittuvat yhteiskunnan eri sektoreille ja siksi, kuten mielen terveyden edistämässä yleensäkin, myös eriarvoisuuden vähentämisessä moniammatillinen ja ylisektoreiden menevä yhteistyö on välttämätöntä.

**Esteet:** Ilman aitoa yhteistyötä ja tietoa muiden alojen toimintojen vaikutuksesta mielen terveyteen on vaikeata tehdä tehokasta mielen terveyden edistämistyötä.

**Ratkaisu:** Päättäjät eri hallinnon tasoilta kootaan yhteen keskustelemaan, miten useiden hallinnonalojen toiminta mielen terveyden edistämiseksi mahdollistetaan saumattomaksi ja tehokkaaksi yhteistoimijuudeksi.

### Toimenpide 2: Laajennetaan mielen terveyden edistämistoimia haavoittuvissa ryhmissä

Ennaltaehkäisy auttaa haavoittuvassa asemassa olevia suhteessa muita enemmän, sillä kärjistyneiden ongelmien ratkaiseminen vaatii voimavaroja. Esimerkiksi yksi syrjäytynyt nuori maksaa yhteiskunnalle 1,2 miljoonaa euroa (6). On olemassa useita erilaisia varhaisen vaiheen interventioita, jotka kohdistuvat haavoittuviin ryhmiin, kuten työttömiin, ikäihmisiin, yksinäisiin, maahanmuuttajiin ja koulutuksen ja työn ulkopuolella oleviin (NEET) nuoriin.

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Hyvinvoinnin eriarvoisuus sosiaaliryhmien välillä ilmenee viimekädessä terveyseroina. Sosioekonomiset terveyserot ovat sosiaalisen aseman mukaisia systemaattisia eroja terveydentilassa, sairastavuudessa, toimintakyvyssä ja kuolleisuudessa.

**Esteet:** Haavoittuvat ryhmät tunnustetaan, mutta resurssit ovat rajalliset.

**Ratkaisu:** Riittävien resurssien avulla laajennetaan esimerkiksi etsivää nuoriso- ja vanhustyötä muihin haavoittuviin ryhmiin kuten syrjäytymisvaarassa oleviin työttömiin, yksinäisiin, maahanmuuttajiin ja NEET -nuoriin. Päätöksenteossa tulee pohtia myös käytettävissä olevia keinoja ja keskittyä suhteessa heikommassa asemassa olevien ennaltaehkäiseviin palveluihin ja varhaiseen puuttumiseen. Näin voidaan vähentää kalliita sairauskuluja.

### Toimenpide 3: Taataan jo olemassa olevien, tehokkaiden ja sekä tutkitusti yhteiskunnan varoja säästävien interventioiden jatkuminen

Esimerkiksi Aikalisä! Elämä raitelleen -interventio on osoittautunut tehokkaaksi sekä nuorten miesten syrjäytymisen ehkäisyssä, mutta myös itsemurhien ehkäisyssä. Aikalisä on myös osoittautunut kustannuksia säästäväksi; suurimmillaan vaikutus BKT:hen on n 40 miljoonaa euroa ja pienimmilläänkin vielä kuitenkin yli 6 miljoonaa euroa. (7–8)

**Esteet:** Tehokkaiksi todetutkaan interventiot eivät juurru ilman jatkuvaa työtä ja uudelleen resursointia yhteiskunnan rakenteiden ja toiminnan muuttuessa. Vakiintunut toimintakin tarvitsee tukea pysyäkseen käynnissä.

**Ratkaisu:** Tehokkaat interventiot tunnistetaan lisäämällä asiantuntijoiden ja päätöstentekijöiden vuoropuhelua. Allokoidaan riittäviä resursseja näiden interventioiden ylläpitämiseksi.

### Toimenpide 4: Kootaan tietoa lupaavista interventioista ja niiden vaikutuksesta mielen hyvinvointiin

Kestävien päätösten tukena tarvitaan tutkimustietoa. Tarjolla on runsaasti tietoa mielenterveyden ongelmista, mutta mielen hyvinvointi ei ole vain mielen sairauksien puuttumista ja siksi terveystieteiden päätösten suunnittelussa ja toteuttamisessa onkin tärkeää erottaa keskustelu mielenterveyden häiriöistä ja mielen hyvinvoinnista. Mielen hyvinvointia lisäävien hankkeiden ja interventioiden tehokkuudesta sekä niiden mahdollisesti tuottamista yhteiskunnan säästöistä tarvitaan lisää tutkimustietoa.

**Esteet:** Pitkän aikavälin arviointitietoa mielenterveyttä lisäävistä interventioista ei ehditä odottaa tai sitä ei tuoteta.

**Ratkaisu:** Taataan tutkimuslaitoksille riittävät taloudelliset ja henkilöresurssit toimenpiteiden laadukkaan arvioinnin suunnitteluun ja toteuttamiseen osana mielenterveyden edistämishankkeita tai -interventioita. Arvioinnissa huomioidaan riittävä seuranta-aika, erityisesti kustannustehokkuutta tutkittaessa huomioidaan, että ennaltaehkäisevistä ja terveyttä edistävästä toimista seuraavat säästöt toteutuvat usein vasta pitkällä ajanjaksolla.

### Toimenpide 5: Ikääntyneiden hyvän mielenterveyden ja laadukkaan elämän takaaminen

Ikääntyvä väestöosa kasvaa, silti iäkkäiden kustannustehokkaista mielenterveyden edistämisen interventioista on toistaiseksi vähän tietoa verrattuna muihin ikäryhmiin. Elämän erilaiset nivelkohdat, kuten työelämästä eläkkeelle siirtyminen, ovat yhdessä sosiaalisen eristyminen, yksinäisyyden ja fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen kanssa mielen hyvinvoinnin riskitekijöitä.

Etsivän vanhustyön keskeisenä työmuotona on jalkautuminen yksinäisten ikäihmisten pariin ja tämä edellyttää laaja-alaista yhteistyötä alueen kaikkien ikääntyneiden parissa toimivien tahojen kanssa. Suomessa toteutetuista interventioista mm ”Ystäväpiiri” -interventio vähensi 85 % osallistuneiden ikääntyneiden yksinäisyyttä (9), samoin kustannusvaikuttavaksi osoittautui ”Osallistava ryhmämuotoinen palveluohjaus” yksin kotona asuville ikäihmisille (10).

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Ikääntyneet ovat yksi haavoittuva ryhmä, jonka määrä lisääntyy. He ovat nivelkohdassa, jossa palvelutarve kasvaa, toimintakyky heikkenee, sosiaalinen piiri kaventuu ja yksinäisyys lisääntyy.

**Esteet:** Resurssien allokoinnissa ikääntyneiden mielenterveyden interventioihin ei panosteta tasavertaisesti.

**Ratkaisu:** Resursseja lisätään ikääntyneiden mielenterveyden edistämisen interventioihin. Ikääntyvän väestön palvelutarpeen kasvua voidaan vähentää, jos erityisesti vähän koulutettujen iäkkäiden ihmisten toimintakykyä saadaan parannettua. (10)

## Toimenpide 6: Yksinäisyyden ja sosiaalisen eristymisen ehkäisy

Sosiaalisella eristyneisyydellä ja yksinäisyydellä on yhteys masennukseen. (11) Molemmat ovat myös yhteydessä suurentuneeseen kuolemanriskiin sekä syöpäkuolleisuuteen. Sosiaali- ja mielenterveyspalveluilla on tärkeä rooli yksinäisten ihmisten terveyden tukemisessa. Yksinäisyyttä ja eristymistä estäviin rakenteisiin voidaan vaikuttaa esimerkiksi rakentamisella ja yhteisöllisyyttä lisäävillä toimintatavoilla. (12)

**Terveyserojen kaventamisen näkökulma:** Kun hyvinvointi- ja terveyseroja pyritään kaventamaan, on vaikutettava terveyserojen sosiaalisiin taustatekijöihin ja niissä vallitsevaan eriarvoisuuteen. Varhainen puuttuminen, oikean palvelun piiriin ohjaaminen ja palveluiden oikea-aikaisuus kaikissa väestöryhmissä, erityisesti haavoittuvissa ryhmissä, vähentävät tarvetta raskaisiin korjaaviin palveluihin. (13)

**Esteet:** Julkisen vallan ja sosiaali- ja terveyspalveluiden huomio kohdentuu usein tekijöihin, kuten esimerkiksi ylipainoon, liikkumattomuuteen tai päihdeongelmaan. Nämä ovat kuitenkin ns ”pintasyitä”, joiden takana voi piillä taustatekijä, kuten yksinäisyys, joka vaatii lisäksi toisenlaisia toimenpiteitä. (13)

**Ratkaisu:** Painotetaan sosiaali- ja terveyspalveluiden ja erityisesti toimivien mielenterveyspalveluiden roolia yksinäisten ja sosiaalisesti eristyneiden mielenterveyden tukemisessa ja vakavien terveysongelmien ehkäisyssä. (12)

## Kirjallisuusviitteet

1. Solin P, Appelqvist-Schmidlechner K, Nordling E & Tamminen N. (2018) Mielen hyvinvoinnin edistäminen osaksi kunnan strategiaa. Päätösten tueksi 25/2018, THL.
2. OECD/EU (2018) [Health at a Glance](#): Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris.
3. Rotko T, Kauppinen T & Palojärvi E. (2014) [Kuntaan elinvoimaa ja kuntalaisille hyvinvointia eriarvoisuutta vähentämällä](#). THL.
4. [Eläketurvakeskus Työkyvyttömyyseläkkeelle siirrytään yhä useammin masennuksen vuoksi](#).
5. Wahlbeck K, Cresswell-Smith J, Haaramo P & Parkkonen J. (2017) Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 52(5):505–514. doi: 10.1007/s00127-017-1370-4.
6. Valtiontalouden tarkastusvirasto: Nuorten syrjäytymisen ehkäisy. Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomus 146/2007. Helsinki: Valtiontalouden tarkastusvirasto, 2007
7. Appelqvist-Schmidlechner K, Savolainen M, Nordling E & Stengård E. (2012) [Dissemination and implementation of the Time Out! Getting Life Back on Track programme – results of an evaluation study](#). *International Journal of Mental Health Promotion* 14(2)96–108.
8. Reini K. (2016) Mielenterveyden edistämisen taloudelliset vaikutukset. Nuorten miesten syrjäytymistä ehkäisevä Aikalisä-tukipalvelun arviointi. Vaasan yliopiston julkaisuja. Selvityksiä ja raportteja 208.
9. Jansson A, Savikko N & Pitkälä K. (2018) Training professionals to implement a group model for alleviating loneliness among older people – 10-year follow-up study. *Educational Gerontology* 44(2/3)119–127.
10. Närhi K, Rissanen S, Tiilikainen E, Kannasoja S & Ristolainen H (2019) Ikäihmisten yksinäisyyttä voi vähentää – Palveluohjauksen käytäntöjä uudistettava. Policy brief 1/2019.
11. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC & Thisted RA (2006) Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging* 21(1)140–151
12. Elovainio M, Hakulinen C, Pulkki-Råback L, Virtanen M, Josefsson K, Jokela M, Vahtera J & Kivimäki M. (2017) The contribution of risk factors to excess mortality in isolated and lonely individuals: the prospective UK Biobank cohort study. *Lancet Public health* 2(6).
13. Saari J. (2019) Yksinäisten Suomi. [Ratkaisuja yksinäisyyden vähentämiseen Esitys 5.4.2019](#). Tampereen yliopisto.