



Timo Ståhl

1.6.2018

Eduskunta
Sosiaali- ja terveysvaliokunta

Sosiaali- ja terveysvaliokunnan kuulemistilaisuus 4.6.2018

Asiantuntijalausuntopyyntö HE 16/2018 vp, 31.5.2018

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi – teema ”Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen”

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) kiittää mahdollisuudesta antaa lausunto ja tulla kuulluksi otsikossa mainitusta lakiluonnoksesta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulmasta. Lausunnon lähtökohtana pidetään sote-uudistuksen julkilausuttuja tavoitteita, jotka ovat hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen sekä yhdenvertaisten palvelujen takaaminen koko väestölle, palvelujen horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio, peruspalvelujen vahvistaminen sekä julkisen talouden kestävyysvajeen pienentäminen.

THL pitää erityisen tärkeänä, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen merkitys väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan määrittäjänä sekä kestävä julkisen talouden kantokyvyn perustana tunnustetaan ja että sitä hyödynnetään yhä paremmin maakunta- ja sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa. Käytännössä tämä tarkoittaa:

- a) sote-keskusten roolin selkeyttämistä vastuuväestönsä terveydentilan seurannasta ja raportoinnista,
- b) maakuntien ja sote-keskusten kunnille antaman asiantuntija-avun tapojen ja sisältöjen tarkempaa määrittämistä yhdenvertaisuuden varmistamiseksi,
- c) maakunnan, sote-keskusten ja kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön koordinoituvastuiden selkeyttämistä synergiahyötyjen saavuttamiseksi ja päällekkäisen työn, resurssien hukkaamisen estämiseksi,
- d) palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden turvaamista tilanteissa, joissa suoran valinnan palveluntuottajia ei ole saatavilla tai joissa asukkaan mahdollisuudet arvioida soveltuvimman palveluntarjoajan valintaa ovat keskimääräistä heikommalla.
- e) lasten ja nuorten tuen tarpeen arvioinnissa ja tarjoamisessa koko perheen tilanteen huomioimista riippumatta siitä, ovatko lapset ja vanhemmat saman sote-keskuksen asiakkaina.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen merkitys terveellisten, toimintakykyisten elinvuosien saavuttamisessa

Suomalaiset ovat saaneet 1940-luvulta lähtien 20 ja 1970-luvulta lähtien 10 tervettä elinvuotta lisää. Suurimmaksi osaksi tämä selittyy keskeisten kansantautien riskitekijöiden vähentämisen sekä rokotusohjelman ja tartuntatautien torjunnan onnistumisella: a) miesten tupakointi on vähentynyt 50 prosentista 18 prosenttiin, b)

www.thl.fi



Timo Ståhl

1.6.2018

naisten tupakoinnin lisääntyminen on käännetty laskuun, naisista tupakoi enää 12 prosenttia, c) ravitsemuspolitiikalla on saatu tyydyttyneen rasvan saantia vähennettyä lähes puoleen ja suolansaanti on vähentynyt merkittävästi ja d) sekä lapsikuolleisuus että esim. tuberkuloosikuolleisuus ovat vähentyneet murto-osaan aiemmasta.

Keskeinen tulevaisuuden haaste on se, että kehitys näyttää hidastuneen ja osin myös pysähtyneen. Ilman voimakkaita, aktiivisia toimia yhteiskunnan jokaisella saralla, on vaarana suotuisan kehityksen pysähtyminen ja jopa epäsuotuisaksi muuttuminen. Tällä hetkellä esimerkiksi lihavuus ja masennus sekä riittämätön yöuni yleistyvät. Myös alkoholin kulutuksesta aiheutuvat haitat ovat edelleen merkittävä kansanterveydellinen ongelma.

Terveydenhuollon (maakuntien) rooli väestön terveyden määrittäjänä

Terveydenhuollon osuudeksi väestön terveydentilan määrittäjänä on julkisuudessa monesti esitetty 10–15 prosenttia. Tarkan laskelman tekeminen on vaikeata, mutta amerikkalaiset tutkijat ovat päätyneet seuraaviin prosenttiosuuksiin selvittäessään kirjallisuuden ja empiirisen aineiston avulla eri tekijöiden osuutta väestön ennenaikaiseen kuolleisuuteen ja elämänlaatuun: terveyskäyttäytyminen 30 % (tupakointi, alkoholi, ruokavalio, liikunta ja seksuaaliterveys), sairauksien hoito 20 %, yhteiskunnalliset ja taloudelliset tekijät 40 % (koulutus, työllisyys, toimeentulo, perheen ja muu sosiaalinen tuki, yhteisön turvallisuus, yhteisöllisyys) ja fyysinen ympäristö 10 % (veden ja ilman laatu, asuminen, liikenne).

Käytännössä tämä tarkoittaa, että terveydenhuollon ulkopuolisilla toimijoilla ja toimilla on ratkaisevampi merkitys väestön terveyden ja hyvinvoinnin määrittäjänä. Kuntaorganisaatiossa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tietotaitoa on voitu joustavasti käyttää eri asiayhteyksissä. He ovat tehneet aktiivista vaikuttamistyötä puuttumalla havaitsemiinsa epäkohtiin yli hallintorajojen. Tämän vaikuttamistehtävän osuutta ei luonnollisesti voi mitata, mutta jos se huomioidaan, on sosiaali- ja terveydenhuollon osuus todennäköisesti huomattavasti suurempi kuin arvioitu 20 %.

Keskeinen kysymys sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa on, miten maakunnan sote-keskusten ja liikelaitoksen asiantuntijoiden tietotaito ja ymmärrys saadaan koko maakunnan, kuntien sekä muiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannalta merkittävien toimijoiden käyttöön ja tehokkaasti hyödynnettäväksi. Laissa todetaan, että suoran valinnan palveluntuottajan ”on tehtävä toiminta-alueellaan yhteistyötä maakunnan ja kuntien kanssa hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi maakunnan kanssa tekemässään sopimuksessa määritellyllä tavalla”. Sisällöstä tai tarjoamisen tavoista ei ole tarkemmin säädetty, mikä voi johtaa hyvin erilaisiin käytäntöihin eri maakunnissa. Onko esimerkiksi asiantuntemuksen antaminen kuntien hyvinvointikertomuksen laadintatyöhön maksullista toimintaa? Mahdollisena riskinä on alueellisen eriarvoisuuden kasvaminen.

Onnistuminen ratkaisevaa julkisen kantokyvyn kannalta

On selvää, että kroonisten tautien puhkeamisen alkamisajankohdan siirtäminen mahdollisimman myöhälle iälle ja työ- sekä toimintakykyinen väestö ovat perusedellytyksiä kestäväälle julkisen talouden kantokyvylle. Tämä korostuu erityisesti nyt, kun eläköityminen on kiihtymässä ja huoltosuhde heikkenemässä. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämällä voidaan vaikuttaa juuri niihin tekijöihin, jotka haastavat työ- ja toimintakyvyn. Esimerkiksi yleisimmät työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisen aiheuttaneet syyt ovat mielenterveyden häiriöt (42%) ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet (26%). Samat ryhmät ovat kärjessä myös korvatuissa sairauspäivärahapäivissä (2016).

www.thl.fi



Timo Ståhl

1.6.2018

Julkisella taloudella ei ole varaa keskittyä ainoastaan sairauksien hoitoon tai hyvän hoitotasapainon ylläpitämiseen.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vaikuttavuudesta on runsaasti näyttöä, myös kustannusvaikuttavuudesta on kohtalaisesti näyttöä. Esimerkiksi MPR-rokotusohjelma (suoja tuhkarakolta, sikotautilta ja vihurirokolta) säästää Suomessa 457 elinvuotta ja 38 miljoonaa euroa joka vuosi. Imatralla saatiin lastensuojelumenojen kasvu kuriin ja jopa laskuun palkkaamalla kuusi uutta perhetyöntekijää hyvinvointineuvolaan samalla kun toimintatapoja kehitettiin. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyintervention (ravitsemus- ja liikuntaneuvonta ja ohjaus) taloudellinen hyötypotentialiaali bruttokansantuotteeseen on yli prosentin. Rahana tämä tarkoittaa yli kahta miljardia euroa ja työllisyyden osalta yli 31 000 henkilötyövuotta.

WHO:n terveyden edistämisen taloudellista arviointia koskevan julkaisun tekijät asettavat johtopäätöksissään selkeän haasteen maakunnille ja sote-keskuksille sekä erityisesti valinnanvapauslailla todetessaan: *"On selvää, että terveyden edistämiseksi ja sairauksien ehkäisyksi on taloudellista näyttöä. Nyt haasteena on edelleen vahvistaa näyttöä sekä etsiä keinoja, joilla näyttöön perustuva tieto voidaan muuttaa jokapäiväiseksi, rutiiniksi toiminnaksi"*. Keskeinen tulevaisuuden haaste on, miten toimivat keinot saadaan käyttöön yhdenvertaisesti maakunnan sisällä ja maakuntien välillä ympäri Suomen. Vastaavasti kyse on muiden keskeisten toimijoiden, kuten järjestöjen osaamisen ja toiminnan integroiminen osaksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ekosysteemiä.

Palvelujen yhdenvertainen turvaaminen – huomio ehkäiseviin palveluihin

Ehkäisevien terveyspalvelujen käytössä on sosiaaliryhmien välisiä eroja. Ne ovat helpoiten saatavilla työssäkäyville ja hyvin koulutetuille, jotka myös osaavat myös hyödyntää niitä parhaiten. Kuitenkin heikommassa asemassa olevat tarvitsisivat ehkäiseviä palveluja eniten. Palveluihin hakeutumista ja avun hankkimista voivat vaikeuttaa useat seikat, joihin maakunnan, liikelaitoksen ja sote-keskusten on kiinnitettävä huomiota eriarvoisuuden lisääntymisen ehkäisemiseksi. Huomioitavia asioita ovat mm: a) taloudellinen saavutettavuus – kaikkein pienituloisimmille nykyiset asiakasmaksut tai matkakulut voivat toimia kynnyksenä hoitoon hakeutumiselle tai avun hakemiselle, b) tiedollinen saavutettavuus – hyvin koulutetuilla on yleensä paremmat tiedot palvelupaikoista ja vaihtoehtoisista palvelureiteistä kuin vähemmän koulutetuilla. Eroja on myös tietotekniikan käyttömahdollisuuksien ja käyttötaitojen suhteen, c) fyysinen saavutettavuus – palvelujen sijainnissa on suuria alueellisia ja alueiden sisäisiä eroja. Palvelujen ollessa kaukana tai vaikeasti saavutettavissa, saatetaan hoitoon hakeutumista pitkittää. Kynnys lähteä terveystarkastuksiin ja muihin ehkäiseviin palveluihin kasvaa, mikä vaikuttaa esimerkiksi sairauksien löytymiseen ja hoidon tuloksiin. Neuvolapalvelujen järjestäminen lakiehdotuksen mukaisesti on palvelukokonaisuus, jossa yhdenvertaisuuden toteutuminen haastetaan.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen käytännöt otettava laajasti käyttöön

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen edellyttävät kokonaisvaltaista lähestymis- ja toimintatapaa, joka huomioi sekä yksilöön että koko yhteiskuntaan kohdistuvat rakenteelliset toimet. Työ vaatii toimia sekä kunnissa, maakunnassa (sosiaali- ja terveydenhuollossa) että valtakunnan tasolla. Yhdessä ne muodostavat systeemin, jossa yhden toimijan toimenpiteet vaikuttavat muiden toimijoiden toimintaan. Jos joku toimija muuttaa toimintatapaansa tai jättää toimimatta, on sillä väistämätön vaikutus muiden työhön. Mikään yksittäinen taho ei yksin voi vastata väestön hyvinvoinnin ja

www.thl.fi



Timo Ståhl

1.6.2018

terveyden edistämisestä. Vaikka yksilö itse päättäisi elää terveellistä ja turvallista elämää, ei se ole mahdollista jos ympäristö ei sitä tue. Maakunnan on huolehdittava, että vaikuttavat toimet toimeenpannaan myös liikelaitoksessa ja sote-keskuksissa. Kuntia on tuettava hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen käytäntöjen kehittämisessä erityisesti silloin, kun niillä on selkeä yhdyspinta maakunnan toimintaan, esimerkiksi varhaiskasvatuksessa, opiskeluhuollossa ja liikuntaneuvonnassa.

Sote-keskuksilla on mahdollisuus innovatiivisiin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimintatapoihin, joihin niitä tulisi kannustaa. Tämä tulisi huomioida esim. palvelusopimuksissa. Maakunnan tehtävänä on huolehtia, että toimivat, vaikuttavat toimet otetaan käyttöön kaikissa sote-keskuksissa eriarvoisuuden estämiseksi.

Tiedonkulku, tiedolla johtaminen ja yhteistyö ovat vaikuttavan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kulmakiviä

Tiedonkulku ja tiedolla johtaminen ovat keskeisessä asemassa, kun suunnitellaan ja resursoidaan ehkäiseviä toimia. Jotta mahdollisiin ongelmiin voidaan reagoida riittävän ajoissa, on maakunnalla järjestäjänä, liikelaitoksella ja sote-keskuksilla toimijoina ja kunnilla vaikuttamismahdollisuuksineen oltava käytössään tietoa, joka indikoi tulevia ongelmia, arvioi tehdyn työn vaikuttavuutta ja motivoi eri toimijoita ongelmien vähentämiseksi. Rakenne tällaisen tiedon ekosysteemin käsittelyyn ja hyödyntämiseen on luotava, sitä ei ole nyt olemassa. Käytännössä tämä tarkoittaa palvelujärjestelmästä (potilastietojärjestelmästä), erillisistä väestötiedonkeruista sekä palvelujärjestelmän ulkopuolella kertyvän tiedon hyödyntämistä toiminnan suunnittelussa, jotta resursseja ja kohdennettuja toimia voidaan suunnata vaikuttavasti. Maakunnan, liikelaitoksen, sote-keskusten ja kuntien roolit tämän suhteen ovat epäselvät. Liikelaitoksella tai sote-keskuksella ei laissa ole velvollisuutta tuottaa tietoa kunnille niiden asukkaiden hyvinvoinnin- ja terveydentilasta. Ilman selkeitä vastuita ja koordinaatiota tiedon tuottamisesta ja käsittelystä, on riski päällekkäiselle työlle ja resurssien alihyödyntämiselle ilmeinen.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisellä rakennetaan sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävä suomalainen yhteiskunta

Liikelaitoksen ja sote keskusten tehtävä hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä on ilmeinen. Ilman selkeää hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tehtävistä sopimista, voi näiden rooli kutistua hoitavaan työhön. Yhteisöllinen työ, jota sote-ammattilaiset ovat tehneet osana lähiyhteisöjään oppilashuollossa, tupakoinnin tai päihdehaittojen ehkäisemisessä, mielenterveyden edistämisessä, paikallisten verkostojen jäsenenä asuinalueen ja koulumatkojen turvallisuuden varmistamisessa jne., ei saisi vaarantua uudistuksessa.

Pääjohtaja

Juhani Eskola

Johtaja

Tuire Santamäki-Vuori

LIITE

Luettelo lausunnossa käytetyistä lähteistä

www.thl.fi



Timo Ståhl

1.6.2018

Lähteet

Booske B, Athens JK, Kindig DA, Park H, Remington PL (2010) Different perspectives for assessing weights to determinants of health. County health rankings working paper. University of Wisconsin, Population Health Institute – Translating Research into Policy and Practice.

Mercur, Sassi & McDaid (2013) Promoting health, preventing disease: Is there an economic case? Policy summary 6. WHO Europe, OECD, European Observatory on Health Systems and Policies.

Reini K & Honkatukia J (2016) Hyvä hoito kannattaa - Diabeteksen ennaltaehkäisy ja tehostetun hoidon kansantaloudellinen vaikuttavuus. Vaasan yliopiston julkaisuja – selvityksiä ja raportteja 206. Vaasan yliopisto, Vaasa.

Salo H & Kilpi T (2017). Kansallinen rokotusohjelma – kansanterveyden ja talouden menestystarina. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 133(10): 977–83.

Ståhl T (2017) Terveysten edistämisen vaikuttavuus ja mittaaminen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 133(10): 971–3.

Tilastokeskus, 2017. Kuolemansyyt: Imeväiskuoolleisuus vuosina 1751 – 2017 ja Peruskuolemansyy (54-luokkainen luokitus; Tuberkuloosi) vuosina 1969-2016.

http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin_ter_ksyyt/?rxid=ff9e483c-06af-47ea-9f01-b7cb374097c2