

Jorma Järvisalo, Eero Lahtinen, Pirjo Koskinen-Ollonqvist (toim.)

Sosiaalivakuutus ja
terveyden edistäminen



ISSN 1236-2050

ISBN 952-00-1032-7

Taitto: AT-Julkaisutoimisto Oy

2 Paino: Edita Oyj, Helsinki 2001

TIIVISTELMÄ

Sosiaalivakuutus ja terveyden edistäminen. Toim. Jorma Järvisalo, Eero Lahtinen, Pirjo Koskinen-Ollonqvist. Helsinki, 2001. 186 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja ISSN 1236-2050; 2001:13) ISBN 952-00-1032-7

Sosiaali- ja terveysministeriö, Kansaneläkelaitos, Liikennevakuutuskeskus, Eläketurvakeskus, Tapaturmavakuutuslaitosten liitto ja Terveyden edistämisen keskus ovat vuodesta 1999 selvittäneet vakuutusjärjestelmien yhteistyön kehittämistä terveyden edistämisen alueella.

Aiheesta järjestettiin asiantuntijakokous maaliskuussa 2000. Tällöin sovittiin siitä, että hallinnon ja vakuutusalan keskeisten toimijoiden näkemyksiä terveyden edistämisen ja vakuutusalan yhteistyöstä kartoitetaan erityisen **haastattelututkimuksen** avulla. Menetelmänä käytettiin visionaarista skenaariotyöskentelyä, jonka tehtävänä oli tuottaa yhteinen visio tarvittavien ratkaisumallien löytämiseksi sosiaalivakuutuksen roolista terveyden edistämisessä. Tietoa kerättiin haastatteleamalla kuuden tahon viittä johtohenkilöstöön kuuluvaa. Haastattelun teemat koskivat mm. terveyden edistämistä sosiaalivakuutuslaitoksissa, sosiaalivakuutettujen roolia, terveyden edistämistä päätöksenteon tasolla ja tulevaisuuden visioita. Haastattelut osoittivat, että jo nykyisellään eri tahot ovat valmiita sitoutumaan terveyden edistämiseen. Terveyttä pidetään merkittävänä arvona, mutta terveyttä koskevat näkemykset luonnollisesti eroavat lähtökohtaisesti.

Visionaarisen skenaariotyöskentelyn tuloksien pohjalta tehtiin ehdotuksia jatkokeskustelun pohjaksi. Näitä kehittämissuhteita olivat yhteinen ymmärrys terveydestä ja terveystarvosta, tarvittavan infrastruktuurin rakentaminen ja sosiaalivakuutusjärjestelmän osallisuus terveyden edistämisen organisoinnissa, terveyden edistämisen laadun parantamisen kehittäminen, sosiaalivakuutuslaitosten osallistuminen terveyden edistämisen rahoitukseen, vastuun jakaminen, sosiaalivakuu-

tusasiakkaan aseman turvaaminen ja tasa-arvo terveyden edistämises-
sä, sosiaalivakuutusjärjestelmän roolin merkitys, kansalaisnäkökulma
terveyden edistämisessä, ympäristöterveyden edistäminen ja rahoitta-
minen sekä esimerkkimallin luominen sosiaalivakuutusjärjestelmästä
terveyden edistäjänä.

Lisäksi on selvitetty ehkäiseviin ja kuntouttaviin toimintoihin liitty-
viä rahavirtoja. **Työtapaturvavakuutusjärjestelmästä** rahoitetaan
Työsuojelurahaston ja Työturvallisuuskeskuksen toimintaa. Tapatur-
mavakuutuslain 35 § mukaan työnantajan tapaturmavakuutusmaksun
yhteydessä kerätään työturvallisuusmaksu, jonka suuruus on kaksi
prosenttia vakuutusmaksusta, käytettäväksi työsuojelun edistämiseen.
Työsuojelurahastolaisissa (407/79) on erikseen säädetty tämän rahan
käytöstä. Käytännössä työturvallisuusmaksua kerätään n. 50 milj. mk
vuodessa. Vakuutusyhtiöiden oma riskienhallintatyö perustuu pääsään-
töisesti yhtiöiden omiin kannattavuus- ja asiakaspalveluintresseihin ja
palvelusopimukseen asiakkaiden kanssa.

Vakuutusyhtiöiden aloitteesta luotiin vuonna 1951 järjestelmä, joka
mahdollisti liikenneturvallisuusmaksun sisällyttämisen **liikennevakuu-
tuskuluihin**. Tämä maksu annettiin aluksi Taljan ja sittemmin sen
seuraajan Liikenneturvan käyttöön valtakunnallista liikenneturvallisuus-
työtä varten. Nykyisin myös Liikennevakuutuskeskuksen (LVK) liiken-
neturvallisuusyön kustannukset määrätään tämän lainkohdan perus-
teella (liikennevakuutuslaki 18 a §). Uusi laki tie- ja maastoliikenneon-
nettomuuksien tutkinnasta LVK:n ylläpitämälle onnettomuuksien tut-
kijalautakuntatyölle tulee voimaan 1.10.2001. Rahoitus on tarkoitus
kattaa nykyiseen tapaan liikennevakuutusmaksuista ja osallistuvat ta-
hot vastaavat käytetystä työajasta. Yhteistä liikenneturvallisuusyötä
ohjaa ja valvoo LVK:n hallituksen asettama Vakuutusyhtiöiden liiken-
neturvallisuuslaitos (VALT) ja päätösten toteuttaja on LVK:n lii-
kenneturvallisuusyksikkö. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen
mukaan liikennevakuutusmaksuista tilitetään liikenneturvallisuusmak-
suna vuonna 2001 Liikenneturvalle 26 milj. mk, Ahvenanmaan maa-
kuntahallinnolle 0,15 milj. mk ja LVK:n liikenneturvallisuusyöhön 5,922
milj. mk. Pääosa viimemainitusta käytetään tutkijalautakuntatyöhön.
Yksittäisten liikennevakuutusyhtiöiden arvioidaan käyttävän omaan
liikenneturvallisuusyöhönsä noin 3 milj. mk vuosittain ja lisäksi va-
hinkoilmoitustietojen tuottamisen aiheuttavan noin 1 milj. mk:n kus-
tannuksen.

Sairausvakuutuslainsäädäntöön kirjattiin v. 1963 määrärahan ke-
rääminen sairauksien ehkäisyä ja kuntoutusta koskevaan toimintaan ja
näitä koskevaan tutkimukseen, joka velvoite siirrettiin v. 1991 osaksi

lakia Kelan järjestämästä kuntoutuksesta. Sen mukaan on tähän tarkoitukseen käytettävä vuosittain vähintään rahamäärä, joka vastaa 4 %:a vakuutettujen sairausvakuutusmaksuina maksamasta määrästä. Suuremmasta määrästä päättää eduskunta vuosittain valtion tulo- ja menoarvion yhteydessä. Vuodelle 1999 vahvistettu kokonaismääräraha oli 471 mmk, kun vakuutettujen sairausvakuutusmaksukertymästä 4 % oli 255 mmk. Vuoden 2000 suunnitelman suurimmat KKL 4 §:n mukaiset menoerät olivat tuki- ja liikuntaelinsairaiden kuntoutuslaitoshoido ja kuntoutuskurssit (110 mmk), ASLAK® -toiminta ja työkykyä ylläpitävä ja parantava valmennus (TYKY-toiminta) ja kuntoutustarvelselvitykset (135 mmk), eri sairausryhmien kurssit (75 mmk), psykoterapia ja muu psykiatrinen kuntoutus (54 mmk). Vuosille 2000 – 2002 on kullekin suunnitelmassa varattu vuosittain 15 mmk määräraha sairauksien ehkäisyyn sekä kuntoutusta ja sairauksien ehkäisyä koskevaan tutkimus- ja kehittämistoimintaan. Kelan vastuulla olevan muun sosiaalivakuutuksen ja sosiaaliturvan osalta tällaista rahastointia ei ole. Työterveyshuollon kustannukset olivat v. 2000 n. 1300 miljoonaa mk, josta korvattiin sairausvakuutusjärjestelmästä noin puolet. Terveyden edistämistä ja työntekijöiden työkyvyn ylläpitämistä painottava työterveyshuoltolain uudistusesitys on annettu eduskunnalle ja oletettavasti uudistettu laki astuu voimaan 1.1.2002. Uudistus lisää entisestään työterveyshuollon roolia terveyden edistämisessä.

Työeläkelaitoksetkin ovat 1990-luvulta lähtien käyttäneet varoja työkyvyttömyyden ehkäisyyn ja ammatilliseen kuntoutukseen. Vuonna 1999 työeläkemeno oli työkyvyttömyyseläkkeiden osalta 12,5 mrd. mk. Tk-eläkettä saavia oli kaikkiaan 226 000, joista 12 000 sai eläkkeensä kuntoutustukena. Vuonna 1999 työeläkekuntoutuksen kokonaiskustannukset olivat 102,5 milj. mk. Vuonna 1996 yksityisen sektorin työkyvyttömyysmaksuun liitettiin työkyvyttömyysriskin hallintaosa, jolla kustannetaan työkyvyn ylläpitämiseen tähtäävää koulutusta ja muita varhaiskuntoutukseen liittyviä menoja, puolet kuntoutusrahan perusosasta sekä muut kuin kuntoutusrahoista ja kuntoutustuista aiheutuvat kuntoutuskulut. Vuonna 2001 työkyvyttömyysriskin hallintaosa on 2,2 % tariffimaksusta eli keskimäärin 0,04 % palkkasummasta. Valtiokonttorin varhaiskuntoutus rahoitetaan valtion talousarvioon toimintaa varten vuodeksi kerrallaan varatusta määrärahasta.

Kaikki mainitut vakuutustahot ovat myös rahoittaneet tutkimusta ja lisäksi niiden tietoaineistoja on käytetty tutkimusaineistoina. Eri vakuutusjärjestelmien toimenpiteet ovat kuitenkin yleensä toteutuneet ilman keskinäistä koordinaatioita, eivätkä kokonaisvaltaiset väestö- tai toimintaympäristölähtöiset toimintatavat ole olleet mahdollisia.

ASIASANAT:

liikennevakuutus, sairausvakuutus, sosiaalivakuutus, tapaturmavakuutus, terveyden edistäminen, työeläkkeet, työkyvyttömyys, työtapaturmat, työterveys

SAMMANDRAG

Socialförsäkring och främjande av hälsa. Jorma Järvisalo, Eero Lahtinen, Pirjo Koskinen-Ollonqvist (red.). Helsingfors, 2001. 186 s. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer, ISSN 1236-2050; 2001:13) ISBN 952-00-1032-7

Social- och hälsovårdsministeriet, Folkpensionsanstalten, Trafikförsäkringscentralen, Pensionsskyddscentralen, Olycksfallsförsäkringsanstaltens förbund och Centret för hälsofrämjande har sedan år 1999 utrett hur försäkringssystemets samarbete inom området för hälsofrämjande kunde utvecklas.

Ett sakkunnigmöte angående frågan ordnades i mars 2000. Man kom då överens om att man med hjälp av en särskild **intervjuundersökning** skulle kartlägga vilken syn de viktigaste instanserna inom förvaltningen och försäkringsbranschen har på ett samarbete mellan hälsofrämjandet och försäkringsbranschen. Man använde sig av en visionär scenariometod vars uppgift var att få till stånd en gemensam syn på socialförsäkringens roll inom hälsofrämjandet. Man samlade in data genom att intervjua fem personer i ledande ställning vid sex instanser. Intervjuernas teman gällde bl.a. hälsofrämjandet i socialförsäkringsbolagen, de försäkrades roll, hälsofrämjandet på beslutsfattningsnivå och visioner inför framtiden. Intervjuerna visade att de olika instanserna redan nu är redo att förbinda sig till att främja hälsa. Hälsan värderas högt, men synen på hälsan varierar beroende på utgångsläget.

Utgående från resultaten av det visionära scenarioarbetet utarbetades olika förslag till grund för en fortsatt diskussion. Utvecklingsförslagen var gemensam förståelse för hälsa och värdering av hälsan, utbyggnad av nödvändig infrastruktur och socialförsäkringssystemets delaktighet i organiseringen av hälsofrämjandet, utveckling av en kvalitetsbedömning av hälsofrämjandet, socialförsäkringsbolagens delta-

gande i finansieringen av hälsofrämjandet, ansvarsfördelning, tryggnade av socialförsäkringskundens ställning och jämlikhet beträffande främjande av hälsa, socialförsäkringssystemets roll, medborgarsynpunkter på hälsofrämjande, främjande och finansiering av miljö- och hälso-skyddet samt socialförsäkringssystemet som en modell för hälsofrämjandet.

Utöver detta utreddes penningflödet i anslutning till den förebyggande och rehabiliterande verksamheten. Via **arbetsolycksfallsförsäkringssystemet** finansieras Arbetarskyddsfondens och Arbetarskyddscentralens verksamhet. Enligt 35 § lagen om olycksfallsförsäkring uppbärs i samband med arbetsgivarens olycksfallsförsäkringspremie en premie för främjande av arbetarskydd, som utgör två procent av försäkringspremien. I lagen om arbetarskyddsfonden (407/1979) bestäms närmare om användningen av dessa medel. I praktiken uppgår premien för främjande av arbetarskydd till ca 50 milj. mk per år. Försäkringsbolagens riskhantering grundar sig huvudsakligen på bolagens egna lönsamhets- och kundbetjäningssintressen och på serviceavtal med kunderna.

På försäkringsbolagens initiativ skapades år 1951 ett system som gjorde det möjligt att inkludera en trafiksäkerhetsavgift i **trafikförsäkringspremierna**. Avgiften gavs först till Taljas och sedermera till dess efterföljare Trafikskyddets förfogande för att användas till det riksomfattande arbetet för främjande av trafiksäkerhet. Numera bestäms även Trafikförsäkringscentralens kostnader för främjande av trafiksäkerhet med stöd av detta lagrum (18 a § trafikförsäkringslagen). Lagen om undersökning av trafikolyckor på väg och i terräng (24/2001), som tillämpas på det arbete som utförs av de undersökningskommissioner som Trafikförsäkringscentralen upprätthåller, trädde i kraft 1.10.2001. Avsikten är att som nu täcka finansieringen med trafikförsäkringspremier och att de instanser som deltar i verksamheten står för den använda arbetstiden. Det gemensamma arbetet för att främja trafiksäkerheten styrs och övervakas av Försäkringsbolagens trafiksäkerhetskommitté som styrelsen för Trafiksäkerhetscentralen tillsatt och besluten verkställs av trafiksäkerhetsenheten vid Trafiksäkerhetscentralen. Enligt social- och hälsovårdsministeriets förordning redovisas av trafikförsäkringspremierna som trafiksäkerhetsavgift 26 milj. mk till Trafikskyddet, 0,15 milj. mk till Ålands landskapsstyrelse och 5,922 milj. mk till Trafikförsäkringscentralen för främjande av trafiksäkerheten. Huvudparten av det senare beloppet används för det arbete som utförs av undersökningskommissionerna. Enskilda trafikförsäkringsbolag beräknas använda ca 3 milj. mk årligen till arbetet för att främja trafik-

säkerhet. Skadeförsäkringsutgifterna beräknas förorsaka kostnader för ca 1 milj. mk.

I **sjukförsäkringslagstiftningen** medtogs år 1963 en bestämmelse om fondering av medel för verksamhet för förebyggande av sjukdomar och rehabilitering av de försäkrade samt forskning i anslutning till detta. Denna förpliktelse överfördes år 1991 till lagen om rehabilitering som ordnas av folkpensionsanstalten. Enligt den skall för detta ändamål årligen användas minst ett så stort belopp som motsvarar 4 % av det belopp som inlutit i försäkrades sjukförsäkringspremier. Riksdagen bestämmer årligen i samband med budgetbehandlingen om hur stort ett större belopp för ovan nämnda ändamål högst får vara. Det totala anslaget för år 1999 var 471 milj. mk, då 4 % av det i form av de försäkrades sjukförsäkringspremier inlutna beloppet var 255 milj. mk. De största utgiftsposterna enligt 4 § lagen om rehabilitering som ordnas av folkpensionsanstalten var i planen för år 2000 behandling av stöd- och rörelseorganens sjukdomar på rehabiliteringsanstalt och rehabiliteringskurser (110 milj. mk), ASLAK®-verksamhet, träning för att upprätthålla och förbättra arbetsförmågan (TYKY-verksamhet) och rehabiliteringsbehovsutredningar (135 milj. mk), kurser för olika sjukdomsgrupper (75 milj. mk) samt psykoterapi och annan psykiatrisk rehabilitering (54 milj. mk). I planen har för åren 2000–2002 årligen reserverats ett anslag om 15 milj. mk för förebyggande av sjukdomar samt för forsknings- och utvecklingsverksamhet beträffande rehabilitering och förebyggande av sjukdomar. Någon motsvarande fondering för den övriga socialförsäkringen och sociala tryggheten som folkpensionsanstalten svarar för finns inte. Kostnaderna för företagshälsovården var år 2000 ca 1300 milj. mk, varav cirka hälften ersattes från sjukförsäkringssystemet. En proposition om ändring av företagshälsovårdslagen, som betonar hälsofrämjande och upprätthållande av arbetsförmågan, har avlåtits till riksdagen och den reviderade lagen träder troligtvis i kraft 1.1.2002. Revideringen ökar ytterligare företagshälsovårdens roll då det gäller att främja hälsa.

Även **arbetspensionsanstalterna** har sedan 1990-talet använt medel för att förebygga arbetsförmåga och för yrkesinriktad rehabilitering. År 1999 utgjorde arbetspensionsutgifterna för invalidpensionernas del 12,5 mrd mk. Invalidpension lyftes av totalt 226 000 personer, varav 12 000 personer fick sin pension i form av rehabiliteringsstöd. År 1999 var de totala utgifterna för arbetspensionsrehabilitering 102,5 milj. mk. År 1996 fogades till den privata sektorns invalidpensionspremie en riskhanteringsandel beträffande risk för arbetsförmåga, med vilken man finansierar utbildning som siktar på att upprätthålla arbetsförmå-

gan samt andra utgifter i anslutning till tidig rehabilitering, hälften av rehabiliteringspenningens grunddel och andra rehabiliteringsutgifter än sådana som föranleds av rehabiliteringspenningen och rehabiliteringsstödet. År 2001 utgjorde denna riskhanteringsandel 2,2 % av tariffpremierna, dvs. i medeltal 0,04 % av lönesumman. Den tidigrehabilitering som sköts av statskontoret finansieras med anslag som årligen reserveras för detta ändamål i statsbudgeten.

Alla nämnda försäkringsinstanser har även finansierat forskning och deras datamaterial har även använts som forskningsmaterial. De olika försäkringssystemens åtgärder har dock i allmänhet genomförts utan någon samordning och därför har inte en helhetsbetonad verksamhet som utgår från befolkningen och verksamhetsmiljön varit möjlig.

NYCKELORD:

arbetsförmåga, arbetsolycksfall, arbetspensioner, företagshälsovård, hälsofrämjande, olycksfallsförsäkring, sjukförsäkring, socialförsäkring, trafikförsäkring

SUMMARY

Social Insurance and Health Promotion. Jorma Järvisalo, Eero Lahtinen, Pirjo Koskinen-Ollonqvist (eds.). Helsinki, 2001. 186 p. (Publications of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-2050; 2001:13) ISBN 952-00-1032-7

The Ministry of Social Affairs and Health, Social Insurance Institution, Finnish Motor Insurers' Centre, Central Pension Security Institute, Federation of Accident Insurance Institutions and Finnish Centre for Health Promotion have been charting the development of co-operation between the insurance systems in the area of health promotion since 1999.

A meeting of experts on the subject was held in March 2000. At this time it was decided that the opinions of the central actors in both administration and the insurance business concerning the promotion of health and co-operation in the insurance sector should be charted with the help of a special **interview survey**. The method used was a type of visionary scenario work, the aim of which was to produce a shared vision in order to find the necessary solution models in searching for the role of social insurance in promoting health. Information was gathered by interviewing five persons from among leading members of personnel in six sectors. The themes of the interviews concerned among other things the promotion of health in social insurance institutions, the role of the socially insured, the promotion of health at decision-making level and future visions. The interviews showed that there are already existing sectors that are ready to commit to the promotion of health. Health is seen as important, but opinions on health naturally differ in point of view.

Based on the results of the visionary scenario work, suggestions were made as a foundation for further discussion. These suggestions for development included a common understanding of health and the value of health, building the necessary infrastructure and the part of

the social insurance system in organising the promotion of health, the development of the quality evaluation of the promotion of health, the participation of social insurance institutions in the funding of the promotion of health, the distribution of responsibility, securing the position of the social insurance client and equality in the promotion of health, the importance of the role of the social insurance system, the point of view of the citizen in the promotion of health, the promotion and financing of environmental health as well as creating model examples of the social insurance system as a promoter of health.

In addition to this, the money flow to preventive and rehabilitative operations has been examined. The **employment accident insurance system** funds the activity of the Finnish Labour Protection Fund and the Centre for Industrial Safety. According to 35 § of the Employment Accidents Insurance Act a contribution towards industrial safety is collected in connection with the employer's accident insurance premium, the size of which is two percent of the insurance premium, to be used for the promotion of industrial safety. In legislation concerning the Finnish Labour Protection Fund (Act 407/1979) the use of these funds is prescribed separately. In practice contributions toward industrial safety are collected to the amount of approximately 50 million FIM per year. The risk management work carried out by the insurance companies themselves is mainly based on the companies' own interests regarding profitability and customer service and contracts of service with customers.

At the initiative of the insurance companies a system was created in 1951, which enabled the inclusion of a traffic safety premium in **traffic insurance premiums**. This premium was at first given to the Statistical Research Bureau Talja and later to its successor Liikenneturva (Traffic Insurance) to use for national traffic safety work. Now costs of traffic safety work of the Finnish Motor Insurers' Centre are determined on the basis of this paragraph (Motor Insurance Act 18 a §). A new act on investigation into road and terrain accidents (24/2001) for the work of the Traffic Accident Investigation Team maintained by the Finnish Motor Insurers' Centre will come into force on 1 October, 2001. The funding is intended to be covered by traffic insurance premiums in the same way as at present while the sectors involved are responsible for the working hours used. The joint traffic safety work is led and monitored by the Traffic Safety Committee of Insurance Companies appointed by the board of the Finnish Motor Insurers' Centre. According to a decree of the Ministry of Social Affairs and Health, traffic insurance premiums will in 2001 be accounted as traffic safety premiums for

Liikenneturva 26 million FIM, the provincial administration of the province of Ahvenanmaa 0.15 million FIM and the traffic safety work of the Finnish Motor Insurers' Centre 5.922 million FIM. The majority of the former will be used for board of inquiry work. Individual insurance companies are expected to use around 3 million FIM per year for their own traffic safety work and the production of damage reports are expected to cause a cost of approximately 1 million FIM.

In 1963 the collection of an allocation for activity concerning rehabilitation and the prevention of illnesses and research into these was entered into **health insurance** legislation, the obligation of which was transferred to part of the Act Concerning Rehabilitation Service Provided by the Social Insurance Institution. According to it the minimum amount of money, which corresponds to 4% of the amount paid by the insured as sickness insurance premiums, must annually be used for this purpose. Decisions concerning a larger amount are made annually by the parliament in connection with the government budget. The total allocation confirmed for 1999 was 471 million FIM, when 4% of the sickness insurance premium accumulation of the insured was 255 million FIM. The largest items of expenditure of the plan for the year 2000 were care in rehabilitation institutions for patients with musculoskeletal and connective tissue disorders and rehabilitation courses in accordance with 4§ of the Act Concerning Rehabilitation Service Provided by the Social Insurance Institution (110 million FIM), ASLAK® - activities and training to maintain and improve working ability (TYKY – activity) and evaluations concerning the need for rehabilitation (135 million FIM), courses for different illness-groups (75 million FIM), psychotherapy and other psychiatric rehabilitation (54 million FIM). An annual allocation of 15 million FIM per year for each plan for the years 2000–2002 has been reserved for the prevention of illnesses and research and development activity concerning rehabilitation and the prevention of illnesses. There is no such funding for the part of other social insurance and social security for which the Social Insurance Institution is responsible. The costs of occupational health service were around 1300 million FIM in the year 2000, of which about half were reimbursed through the social insurance system. A proposal for an amendment to the Act on Occupational Health Care emphasising the promotion of health and maintenance of working ability has been given to the parliament and the amended act is expected to come into force on 1 January, 2002. The amendment further increases the role of occupational health care in the promotion of health.

Since the 1990s even the **pension institutions** have used funds for the prevention of working incapacity and for occupational rehabilitation. In 1999 pension expenditure for the part of disability pensions was 12.5 billion FIM. There were a total of 226 000 persons on disability pension, of which 12 000 were given their pension as rehabilitation support. In 1999 the total cost of employment pension rehabilitation was 102.5 million FIM. In 1996 a controlled amount of the disability risk was added to the disability allowance of the private sector. Through this education aiming at maintaining working ability, and other costs connected to early rehabilitation are funded, half from the basic amount of the rehabilitation allowance and rehabilitation expenses deriving from other than rehabilitation allowances and rehabilitation support. In 2001 the controlled amount of the disability risk is 2.2% of the tariff i.e. an average of 0.04% of the payroll. The early rehabilitation of the State Treasury Office is financed from the government budget, from the sum reserved, for activity for one year at a time.

All the aforementioned insurance sectors have also funded research and their data has also been used as research material. However, the measures of different insurance systems have in general been realised without centred co-ordination, and comprehensive methods stemming from population and operational environment have not been possible.

KEY WORDS:

accident insurance, accidents related to work, health insurance, health promotion, occupational health, pensions, social insurance, traffic insurance, working invalidity

ESIPUHE

Sosiaali- ja terveysministeriö, Kansaneläkelaitos (Kela), Eläketurvakeskus (ETK), Tapaturmavakuutuslaitosten Liitto, Liikennevakuutusyhdistys ja Terveyden edistämisen keskus ovat suunnitelleet vuodesta 1999 yhdessä toimintaa, jonka tavoitteena on koota sosiaalivakuutusta lähellä olevat tahot arvioimaan rooliaan terveyden edistämässä ja mahdollisuuksiaan ottaa yhteistyössä kasvavaa roolia tällä sektorilla.

Suunnittelutyöryhmä järjesti keväällä 2000 Kelan suojissa noin 50 asiantuntijan kokouksen, jossa toimintaa ja käytännön esimerkkejä panostamisesta terveyden edistämiseen esiteltiin. Tätä varten kukin suunnitteluun osallistuva taho laati katsauksen siitä minkälaista ehkäisy- ja terveyden edistämistoimintaa oli harjoitettu. Lisäksi kevään ja kesän 2000 aikana toteutettiin sosiaali- ja terveysministeriön, Kelan ja ETK:n rahoittama ja Terveyden edistämisen keskuksen toteuttama haastattelututkimus (visionaarinen skenaariotyöskentelyyn pohjautuen), jossa kunkin edustetun tahon noin 4–6 johtoa edustavaa tahoa hahmotteli kantaansa laitoksensa panostamiseen terveyden edistämiseen.

Tämä julkaisu sisältää vakuutustahojen laatimat katsaukset ja toteutetun haastattelututkimuksen lyhyen raportin. Myöhemmin on tarkoitus julkaista tekstien lyhennelmät myös englanniksi.

Vuoden 2001 aikana on tarkoitus jatkaa yhdessä suunnittelutyötä ja konkretisoida tulevan yhteistyön tavoitteita ja keinoja sekä sen suhdetta maassa toteutettavaan terveystalouteen ja sosiaaliturvaan.

Suunnittelutyöryhmän puolesta

SISÄLLYS

ESIPUHE	15
I OSA	
SOSIAALIVAKUUTUS JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN	17
A TERVEYDEN EDISTÄMINEN – LAAJENEVA TOIMIJUUS?	19
Eero Lahtinen ja Tapani Melkas	
B KANSANTERVEYSJÄRJESTÖT TERVEYDEN EDISTÄJINÄ	
TERVEYDEN EDISTÄMISEN KESKUKSEN NÄKÖKULMASTA ...	33
Harri Vertio ja Pirjo Koskinen-Ollonqvist	
C KANSANELÄKELAITOKSEN HOITAMAT SOSIAALITURVA- JÄRJESTELMÄTEHKÄISEVÄN YHTEISKUNTAPOLITIIKAN JA TERVEYDEN EDISTÄMISENNÄKÖKULMASTA	51
Jorma Jarvisalo, Antti Huunan-Seppälä, Arto Laine ja Paavo Rissanen	
D VAKUUTUSALAN LIIKENNETURVALLISUUSTYÖ	83
Lasse Hantula	
E LAKISÄÄTEISEN TAPATURMAVAKUUTUKSEN ROOLI TYÖSUOJELUN JA TYÖTERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ	115
Kari Häkkinen ja Tapani Miettinen	
F TERVEYDEN EDISTÄMISEEN LIITTYVÄ TOIMINTA TYÖELÄKEJÄRJESTELMÄSSÄ	133
Raija Gould	
II OSA	
VISIONAARINEN SKENAARIOARVIO SOSIAALIVAKUUTUKSEN ROOLISTA TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ	153
Pirjo Koskinen-Ollonqvist, Marja-Leena Kähärä, Niina Parkkunen ja Arja Puska	

I OSA

SOSIAALIVAKUUTUS JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Sosiaali- ja terveysministeriö

Terveyden edistämisen keskus ry

Kansaneläkelaitos

Liikennevakuutuskeskus

Vakuutusyhtiöiden liikenneturvallisuustoimikunta

Tapaturmavakuutuslaitosten liitto

Työeläkelaitokset

Eläketurvakeskus

A

TERVEYDEN EDISTÄMINEN – LAAJENEVA TOIMIJUUS?

Sosiaali- ja terveysministeriö
Ehkäisevän sosiaali- ja terveystieteiden osasto:

Eero Lahtinen ja Tapani Melkas

SISÄLLYS

1	TERVEYDEN EDISTÄMINEN	21
2	TERVEYDEN EDISTÄMISEN STRATEGIOITA	22
3	TERVEYDEN EDISTÄMINEN OSANA SUOMALAISTA TERVEYSPOLITIIKKAA	25
4	VAKUUTUSALA TERVEYDEN EDISTÄMISEN TOIMIJANA	28
5	LOPUKSI.....	30
	KIRJALLISUUS	31

1

TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Terveyden edistämisen käsite on pitkälti syntynyt Maailman terveysjärjestön WHO:n piirissä. Eräässä mielessä kysymys on WHO:n laajan terveyskäsitteen konkretisoinnista ja operationalisoinnista, missä merkittävimmät askeleet on otettu sekä WHO:n järjestämissä konferensseissa 1970-luvulta lähtien että Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman kehittämissä. (WHO 1985.)

Näkyvimmän aseman tässä kehityskaaressa terveydenhuoltopainotteisuudesta nykyiseen, terveyden edistämisen sosiaalis-ekologiseen malliin, on saanut Ottawan konferenssin julkilausuma vuodelta 1986, jossa kuulutetaan terveen elämän mahdollisuuksien luomista yhteiskuntapolitiikan, elinympäristöihin vaikuttamisen, terveyspalvelujen uudelleensuuntaamisen sekä yhteisöjen ja yksilöllisten taitojen tukemisen kautta (Ottawa Charter for Health Promotion 1986).

Terveyden edistämistä määritellään monin tavoin, esimerkiksi yhteisö- ja yksilötason toimintana, joka ensisijaisesti tähtää terveyden lisääntymiseen ihmisten pääomana. Terveyden edistämisen keskeisenä tavoitteena on antaa ihmisille keinoja oman ja ympäristönsä terveyden hallinnan lisäämiseen. Luonnollisesti tavoitteena on myös terveyspääomaa vähentävien tekijöiden, kuten ympäristöhaittojen, tapaturmien ja sairauksien ehkäisy.

Alusta alkaen keskeisenä lähtökohtana terveyden edistämisessä on ollut terveyden läpivirtaistaminen yhteiskunnassa. Terveyteen vaikuttaminen ilman eri toimijoiden laajaa sitoutumista on nähty mahdottomana, koska terveys pitkälti määräytyy muualla kuin palvelujärjestelmässä. Sosiaali- ja terveyssektori ei voi siksi yksin kantaa vastuuta terveyden edistämisestä, mutta sen osuutta eri toimintojen koordinoijana ja asiantuntijana on korostettu.

2

TERVEYDEN EDISTÄMISEN STRATEGIOITA

Terveyden edistämisen laaja kokonaisuus pohjaa erilaisiin toisiaan täydentäviin ja päällekkäisiin, eri toimintaympäristöissä ja eri tasoilla toteutuviin toimintastrategioihin ja suuntauksiin, jotka ovat seurausta terveyden moniulotteisuudesta. On mahdollista esimerkiksi

- edetä syy-seurausketjujen perusteella tunnistetuista vaaratekijöistä (tai suojatekijöistä) ohjelmiin ja toimenpiteisiin, jotka pyrkivät eliminoimaan haitallisia vaikutuksia (tai lisäämään suojaa), kiinnittä-mättä erityistä huomiota ekologiseen tai sosiaaliseen elinympäris-töön tai kulttuuriin tekijöihin;

Vaikka sydän- ja verisuonitautien ja esimerkiksi osteoporoosin ehkäisy ovat moniulotteisia ongelmia, niihin on usein suhtau-duttu yksilön käyttäytymisenä ja terveydenhuollon seuranta-tehtävänä. Äärimmäinen esimerkki on näiden tilojen lääkkeelli-nen ehkäisy havaittujen vaaratekijöiden – ei taudin – perusteella, jolloin yksilön elintapoihin perustuvat toimintamahdollisuudet saattavat arvottaa toissijaisiksi. Kysymys on samalla kuitenkin myös laajemmista yhteiskunnallisista valinnoista ja arvoista kuten elintarvike- ja hintapolitiikasta, ruokakulttuurista ja -palveluista sekä liikuntakulttuurista ja urheilumahdollisuuksista.

- pyrkiä, riskiä aiheuttaviin tekijöihin puuttumisen sijaan, vaikutta-maan ihmisten käyttäytymiseen siten, että väestö välttäisi terveyttä vahingoittavia elintapoja ja selviytymiskeinoja ja omaksuisi terveyt-tä ylläpitävän ja edistävän elintavan;

Tämä toimintatapa on ollut tyypillistä perinteiselle kansanter-veystyölle ja sen piirissä toteutetulle terveysneuvonnalle ja terveys-

kasvatukselle yleensä. Kysymys on usein yleisesti hyväksi koettujen toimintatapojen ja käytäntöjen suosittelemisesta. Kokemuksperäisesti on esimerkiksi tiedetty, että vähäinen liikkuminen on terveyden kannalta haitallista ja liikunnan harrastaminen hyödyllistä. Liikuntaan liittyvä neuvonta on siksi jo pitkään ollut tärkeä osa kansanterveyden edistämistä, jo ennen kuin on ollut käytettävissä liikunnan terveysvaikutuksia koskevaa tieteellistä näyttöä.

- luoda, ottamatta välttämättä kantaa miten vaikutukset syntyvät, toimintapolitiikan kautta sellainen fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö, joka tiedetään ja/tai koetaan terveyttä ja hyvinvointia edistäväksi;

Fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö joko tiedetään tai koetaan terveyttä ja hyvinvointia edistäväksi. Aina suoranaisia vaikutusketjuja ei välttämättä tunnisteta, mutta toimintapolitiikan avulla on mahdollisuus luoda terveyttä tuottava ympäristö. Esimerkiksi liikuntatottumukset eivät riipu pelkästään väestön tiedoista, taidoista ja motivaatiosta, vaan myös liikuntamahdollisuuksista ja niiden aiheuttamista kustannuksista. Lähiympäristön tulisi tarjota mahdollisuuksia sekä kuntoliikuntaan (esim. uimahallit) että arkiliikuntaan (esim. työmatkaliikunta), jotta kynnys liikunnallisen elämäntavan omaksumiseen madaltuisi.

- kehittää sellaisia rakenteita, organisaatioita, toimintoja ja palveluja, jotka vahvistavat terveyttä tukevaa infrastruktuuria eri sektoreilla yhteiskunnassa;

Kunnan tasolla tehtävät päätökset kunnan rakenteita eri sektoreilla kehittämisessä, voivat olla terveyslähtöisiä tietoisien ja osaan valinnan perusteella. Terveyden edistämistä parhaimmillaan on terveyslähtökohtien huomioon ottaminen päätöksenteossa ja päätösten vaikutusten seuranta.

Lisääntyvässä määrin erilaisten teemojen pohjalta kokoontuvissa foorumeissa ja verkostoissa etsitään terveyttä edistävän infrastruktuurin yhteisiä nimittäjiä eri sektoreiden toimijoille ja yhteistoimintaan.

Terveyttä edistävät työpaikat ottavat terveyden huomioon kehittämällä työn ulkoisia olosuhteita, organisaatiota, johtamista, tie-

dottamista ja kanssakäymistä, työn hallintaa ja ohjausta sekä mahdollisuuksia itse vaikuttaa terveyteen (esim. kuntoliikuntamahdollisuudet, kuntoilubonukset). Näitä organisaatioiden omia toimia vahvistavat työterveyshuolto- ja työsuojelujärjestelmät.

- vaikuttaa yhteiskunnan, organisaatioiden ja kansalaisten kulttuuriin, kuten arvoihin ja arvostuksiin.

Terveyden edistäminen on monialaista, monikeinoista, eri sektoreilla ja eri tasoilla tapahtuvaa toimintaa, joka ei perustu pelkästään lääketieteen ihmiskuvaan, arvoihin ja terveystieteisiin, vaan jossa terveys jäsentyy eri yhteyksissä eri tavoin ja jossa johtavina periaatteina ovat yhteiskunnassa yleinen arvopohja kuten oikeudenmukaisuus, tasa-arvo ja solidaarisuus. Esimerkiksi perhepolitiikka vaikuttaa pitkällä aikavälillä siihen, mikä arvo annetaan vanhemmuudelle ja miten vanhemmuus voi toteutua perheissä. Tämä puolestaan vaikuttaa siihen, miten lapset ja nuoret jäsentävät maailman ja siinä elämisen sekä miten esimerkiksi heidän mielenterveytensä rakentuu.

Jotkut yhteisölliset ohjelmat voivat saada lähes kansanliikkeen luonteen: 'meidän kunnassamme voidaan hyvin'.

Terveyden edistämisenellä onkin monia kosketuspintoja esimerkiksi kestävään kehitykseen. Osana hyvinvointia terveys on yksi kestävä kehityksen tavoitteista. Toisaalta yhteiskunnan terveyspääomaa kasvattamalla luodaan edellytyksiä yhteiskunnalliselle, kulttuuriselle ja aineelliselle kehitykselle. Terveellinen ja kestävä elämäntapa rakentuvat pitkälti samoista aineksista tarkasteltiinpa asiaa sitten yksilön tai yhteisön kannalta.

3

TERVEYDEN EDISTÄMINEN OSANA SUOMALAISTA TERVEYSPOLITIIKKAA

Lasten- ja äitiysneuvolatoiminta oli terveyden edistämisen pioneeri-alue Suomessa. Vuoden 1972 kansanterveyslaki oli selvä merkkipaalu kehityskaaressa, jossa ensin terveydenhuollon kautta ja myöhemmin laajemmin terveyden edistämisestä on tullut merkittävä osa suomalaisesta yhteiskuntaa. 1970-luvulla vahvistettiin myös valtion roolia, kun lääkintöhallitukseen perustettiin terveystieteiden tutkimuskeskus. Terveyden edistämisen painoarvon kasvua kuvaa hyvin, että 1.3.2000 voimaan tullessa perustuslain 19 §:ssä säädetään julkisen vallan velvollisuudeksi edistää väestön terveyttä. Paavo Lipposen II hallituksen ohjelmassa ”väestön terveys otetaan yhdeksi julkista ja yleistä päätöksentekoa ohjaavaksi sekä siihen vaikuttavaksi tekijäksi”.

Useat julkisen hallinnon alat edistävät toimillaan terveyttä. Fyysinen elinympäristö, elintarvikkeet, liikenneolot, turvallisuus ja ennen kaikkea kasvatusta ja koulutus ovat esimerkkejä toimintalinjoista. Selkeimmin terveyden edistäminen on luonnollisesti esillä sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön hallinnonalalla.

Terveyden edistämisen politiikalla pyritään luomaan edellytyksiä ja mahdollisuuksia ihmisen terveydelle ja hyvinvoinnille. Terveyden edistämisen politiikan tehtävänä on tunnistaa vaikutusketjuja, kehittää osamista sekä rakentaa yhteistoimintaa ja sektorirajat ylittävää toimintaa. Terveyden on oltava osa yhteiskuntapolitiikkaa ja sille on luotava pohja riittävän varhain. Suomalaisessa terveyden edistämisessä on lisääntyvässä määrin painotettu ehkäisevän politiikan ensisijaisuutta ja varhaisista ongelmista puuttumista. Muita painotuksia ovat kansanterveys-työn ja työterveyshuollon tehostaminen, elinikäinen oppiminen, vanhusten itsenäinen elämä, terveyserojen kaventaminen ja ympäristöterveyden kehittäminen. Tavoitteena on, että vuoteen 2010 mennessä

ennaltaehkäisevä työ on vakiinnutettu toiminnan normaaliksi osaksi. (Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2010 – kohti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimasta yhteiskuntaa 2001).

Sitoutuminen Maailman Terveysjärjestön terveyttä kaikille -ohjelmaan on jäsentänyt terveystieteiden painotuksia, toimeenpanoa ja arviointia. Uusi ohjelma Terveys 2015 kattaa uuden vuosisadan 15 ensimmäistä vuotta. Pyrkimyksenä on laaja-alaisen terveystieteiden rakentaminen. Ehkäisevälle terveystieteelle on asetettu sekä tasotavoitteita. Tasotavoitteita ovat enneaikaisen kuolleisuuden vähentäminen, terveen ja toimintakykyisen elinajan pidentäminen sekä pyrkimys mahdollisimman hyvää elämänlaatuun. Jakaumataavoite edellyttää väestöryhmien välisten terveyserojen vähentämistä.

Ikäryhmittäiset tavoitteet vuoteen 2015 mennessä ovat seuraavat:

1. lasten hyvinvointi lisääntyy, terveydentila paranee ja turvallisuuden liittyvät oireet ja sairaudet vähenevät merkittävästi
2. nuorten tupakointi vähenee siten, että 16–18-vuotiaista alle 15 % tupakoi; nuorten alkoholin ja huumeiden käyttöön liittyvät terveysongelmat kyetään hoitamaan asiantuntevasti eivätkä ne ole yleisempiä kuin 1990-luvun alussa (viittaus käyrästössä esitetyt tavoitteet vuoteen 2015)
3. nuorten aikuisten miesten tapaturmainen ja väkivaltainen kuolleisuus alenee kolmanneksella 1990-luvun lopun tasosta
4. työikäisten työ- ja toimintakyky ja työelämän olosuhteet kehittyvät siten, että ne osaltaan mahdollistavat työelämässä jaksamisen pidempään ja työstä luopumisen noin kolme vuotta vuoden 2000 tasoa myöhemmin
5. yli 75-vuotiaiden keskimääräisen toimintakyvyn paraneminen jatkuu samansuuntaisena kuin viimeisten 20 vuoden ajan.

Kaikille yhteiset tavoitteet:

6. suomalainen voi odottaa elävänsä terveenä keskimäärin kaksi vuotta kauemmin kuin vuonna 2000
7. suomalaisten tyytyväisyys terveystieteiden saatavuuteen ja toimivuuteen sekä koettu oma terveydentila ja kokemukset ympäristön vaikutuksesta omaan terveyteen säilyvät vähintään nykyisellä tasolla

8. tavoitteisiin pyritään myös siten, että eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat. Tällöin tavoitteena on sukupuolten, eri koulutusryhmien ja ammattiryhmien välisten kuolleisuuserojen pieneneminen viidenneksellä.

VAKUUTUSALA TERVEYDEN EDISTÄMISEN TOIMIJANA

Tämän julkaisun artikkelit osoittavat, miten monin tavoin ja suurella panoksella vakuutusjärjestelmät jo nykyisellään osallistuvat terveyden edistämiseen. Vakuutusjärjestelmien toiminnot, jotka Kansaneläkelaitoksen osalta ovat lakisääteisiä, painottuvat sekundaari- (häiriöiden varhainen tunnistaminen ja tarkka hoito; häiriöiden esiintyvyyden alentaminen) ja tertiäripreventioon (vajavuuksien vähentäminen, toimintakyvyn ylläpito, komplikaatioiden ehkäisy). Käytännössä tämä tarkoittaa terveyden jatkumon sitä osaa, jossa on jo selvästi terveyttä, toimintakykyä ja elämän laatua heikentäviä sairauksia tai niiden riski. Toimintamuotoina ovat monissa tapauksissa kuntoutus ja varhaiskuntoutus, joilla pyritään vahvistamaan jäljellä olevaa terveyttä ja ehkäisemään tilan huononemista tai komplikaatioita.

Liikenne- ja tapaturmavakuutuksen panostaminen tapaturmien ehkäisyyn on tästä selkeä poikkeus, joka astuu askeleen edemmäs primaari-prevention (vaaratekijöiden ehkäisy ja heikentäminen, häiriöiden ilmaantuvuuden ehkäisy) ja, vielä laajemmin, terveyden edistämisen suuntaan. Kuntoutuksen ja varhaiskuntoutuksen merkitystä nyt ja tulevaisuudessa vähättelemättä on erittäin perusteltua kysyä, missä määrin tarkoituksen mukaista olisi, että muut vakuutusjärjestelmät ottaisivat samansuuntaisen askeleen.

Sosiaalivakuutuksen näkökulmasta on luonnollisesti tärkeää, millaiseksi väestön elatussuhde kehittyy. Syntyvyys on pienentynyt ja vastasyntyneen elinajan odote pidentynyt. Tuloksena on vanhusväestön määrän ja suhteellisen osuuden kasvu. Erityisenä ongelmana on ennen eläkeikää tapahtuva eläkkeelle siirtyminen, josta valtaosa kytkeytyy huonoon terveyteen silloinkin, kun kyseessä ei ole suoranaisesti sairauden perusteella myönnetty eläke. Yhteiskunnan ja sosiaalivakuutuksen kustannusten suuruuteen vaikuttavat erityisesti vanhimpien työkäisten ja työelämän jo jättäneiden ikäluokkien terveydentila.

Väestön terveydentilaa ja toimintakykyä sekä niiden kehittymistä voidaan siis pitää keskeisenä kysymyksenä sosiaalivakuutukselle.

Luontevimmat lähtökohdat toiminnan laajentamiselle löytynevät laajentamalla vakuutusvaroilla tuettavan tutkimuksen ja kehittämistoiminnan sekä yksilöihin ja kohderyhmiin suunnattujen interventioiden painopistettä yhä varhaisempaan suuntaan, primaaripreventioon ja etenkin terveyden edistämiseen. Tärkeä osa tällaista toimintaa voisi olla moniin yksittäisiin sairauksiin ja tauteihin liittyvät terveystasvatukselliset ja terveyden edistämisen erityistarpeet, jotka voidaan jo nyt lukea varhaiskuntoutuksen piiriin. Koska monet keskeisistä terveysongelmista liittyvät väestön terveystyötyymiseen, -taitoihin ja -tietoihin, saattaisi myös koko väestöön suunnattuihin toimenpiteisiin osallistuminen olla perusteltua taloudellisten edellytysten puitteissa.

Talouseläman ja yhteiskuntaa koetelleen rakennemuutoksen jäljiltä Suomessa ovat korostuneet työelämän muutokset, joita kehitys kohti informaatioyhteiskuntaa alleviivaa. Työelämän kehittäminen ja työssä olevien terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn tukeminen ovat työeläkejärjestelmille edelleenkin sopivia haasteita. Strategisia painoituksia tulisi tälläkin alueella etsiä yhä enemmän terveyttä edistävästä ja terveyspääomaa lisäävästä suunnasta. Liikunnan ja fyysisen aktiivisuuden ohella erityisesti työyhteisön ja yksilöiden mielenterveys ja riippuvuutta aiheuttavien aineiden käyttö vaatisivat merkittävää lisäpanostusta. (Lahtinen, Järvisalo ja Knuts 1993.)

Tapaturmien ehkäisyyn on kiinnitetty laajasti huomiota työelämän ja liikenteen osalta. Näkökulmaa ja työtä tulisi laajentaa myös arkielämän muihin ympyröihin. Niiden kehittäminen nykyistä turvallisemmaksi ja toisaalta kaikkien tapaturmien ehkäisyä koskevien tietojen ja taitojen lisääntyminen väestössä on terveyden edistämistä parhaimmillaan ja sopii varmasti myös tapaturmavakuutusjärjestelmien omiin tavoitteisiin.

Mielenterveys on myös nähty uudella tavalla kansanterveyskysymyksenä. Paitsi mielenterveyden häiriöiden tautitaakkaa, on korostettu positiivista mielenterveyttä kaiken hyvinvoinnin ja terveyden kehiksenä. Mielenterveyspalvelujen ja -kuntoutuksen kehittäminen on tärkeää, mutta toisaalta ei voida olettaa, että hoitopalvelut mitenkään voisivat yksin vastata kaikista mielenterveysongelmista. Pessimistiset ennusteet mielenterveydestä tulevaisuudessa – sekä näitä ennusteita tukevat huomiot lasten ja nuorten pahoinvoinnin lisääntymisestä mahdollisesti ensimmäisenä merkinä niiden osuvuudesta – lisäävät tarvetta vahvistaa mielenterveyden edistämistä ja ehkäisevää mielenterveystyötä. Väkivallan ja itsemurhien ehkäisy on tärkeä osa näitä toimintoja.

5

LOPUKSI

Terveyden edistäminen ”liikkeenä” on vaikuttanut etenkin kahdella tärkeällä tavalla. Ensinnäkin näyttää siltä, että terveys yhä enenevässä määrin mielletään ihmisten elämän myönteiseksi voimavaraksi, ei pelkästään sairauden ja toimintavajauksien puuttumiseksi. Toiseksi väestön terveyden näkeminen yhä useammin yhteiskunnan voimavarana, osana sosiaalista terveyden huomioon ottamista eri alueilla, yhteyksissä ja politiikoissa, on lisääntynyt. Esimerkkinä tästä on Amsterdamin sopimuksen terveysartikla, jonka mukaan terveyden suojeleminen on otettava huomioon kaikissa Euroopan yhteisön politiikoissa.

Laajeneva toimijuus on kaksitahoinen haaste. Yhteiskunnan toimijoiden tulisi pystyä tunnistamaan oman sektorinsa toimintojen yhteydet kansalaisten terveyteen ja pyrkiä suuntaamaan niitä terveyden edistämiseen. Toisaalta laajeneva toimijuus edellyttää lisääntyvässä määrin sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonalalta entistä laajempaa asiantuntijuuteen ja koordinaatioon liittyvää panostamista. Toiminnan koordinaation kannalta on erityisen tärkeää tunnistaa ja asettaa tärkeysjärjestykseen suurimmat kehittämistarpeet ja painopisteet.

Tässä julkaisussa ja siihen liittyvissä seminaareissa käytävää keskustelua vakuutusjärjestelmien laajenevasta ja enenevässä määrin terveyslähtöisestä osallistumisesta terveyden edistämiseen toimijoina ja rahoittajina voidaan pitää tervetulleena kehityksenä. Se osoittaa osaltaan, että terveyden ottaminen huomioon päätöksenteossa yhteiskunnan eri sektoreilla ja tasoilla on muodostumassa luonnolliseksi osaksi meidänkin yhteiskuntamme toimintaa.

KIRJALLISUUS

- Ehkäisevän sosiaalipolitiikan strategia. 1997. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 1997:29. Helsinki.
- Lahtinen, E., Järvisalo J., Knuts L-R. ym. 1993. Työikäisen terveyden edistäminen. Terveyskeskusosahanke ja sen menetelmät. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja ML:120, 1993. Turku.
- Mielekäs elämä. Mielen-terveyspalvelujen kehittämissuosituksset. 2000. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2000:4. Helsinki.
- Ottawa Charter for Health Promotion. 1986. WHO, Health and Welfare Canada and Canadian Public Health Association. Ottawa.
- Sihto, M. 1997. Terveyspoliittisen ohjelman vastaanotto – Tutkimus Suomen terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman toimeenpanosta terveydenhuollossa. Stakes. Tutkimuksia 74:1997. Helsinki.
- Sosiaaliturvan suunta 1999 – 2000. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 1999:27. Helsinki.
- Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Uudistettu yhteistyöohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 1993:2. Helsinki.
- Terveyttä kaikille 21. vuosisadalla. 2000. Sosiaali- ja terveysministeriö. Käsikirjoitus.
- Third Evaluation of Progress Towards Health for All – Finland. Ministry of Social Affairs and Health. Publications 1998:2eng. Helsinki.
- WHO. Targets for Health for All. 1985. WHO. Copenhagen.

B

KANSANTERVEYSJÄRJESTÖT TERVEYDEN EDISTÄJINÄ TERVEYDEN EDISTÄMISEN KESKUKSEN NÄKÖKULMASTA

Terveyden edistämisen keskus ry:
Harri Vertio ja Pirjo Koskinen-Ollonqvist

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	35
1.1	Terveyden edistämisen oikeutus	35
1.2	Terveyden edistäminen	36
1.3	Terveyden edistämisen käsitteitä	37
2	TERVEYDEN EDISTÄMISEN KESKUKSEN TOIMINTA	38
2.1	Terveyden edistämisen keskuksen toimintahistoria	38
2.2	Terveyden edistämisen keskuksen tehtävät	39
2.3	Terveyden edistämisen keskuksen toimintapolitiikka ja -linjat	41
3	MUU TOIMINTA	47
3.1	Osallistuminen tutkimustoimintaan, kehittämis- toimintaan ja demonstraatiohankkeisiin	47
3.2	Yhteistyö vakuutus tahojen kanssa terveyden edistämisen alueella	47
3.3	Kansainvälinen yhteistyö ja sen yhteydet tai intressit terveyden edistämiseen	48
	LÄHTEET	50

1

JOHDANTO

1.1

TERVEYDEN EDISTÄMISEN OIKEUTUS

Suomessa terveyden asema ja julkisen vallan laaja-alainen vastuu terveydestä vahvistui perustuslain uudistuksessa. Julkisen vallan velvollisuudeksi säädettiin terveystalouden turvaaminen ja terveyden edistäminen. Lipposen II hallituksen ohjelmassa todetaan, että väestön terveyden ja toimintakyvyn edistäminen otetaan julkista ja yleistä päätöksentekoa ja toimintaa ohjaavaksi siihen vaikuttavaksi tekijäksi. Kaikilla on oltava mahdollisuus oman elämän hallintaan ja osallistumiseen lähiyhteisönsä sekä yhteiskunnan toimintaan. Hallitusohjelman mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja suunnataan erityisesti syrjäytymisen torjumiseen ja heikossa asemassa olevien asiakasryhmien tilanteen parantamiseen. Tavoitteena on lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistäminen sekä syrjäytymisen ehkäisy, päihdeongelmien ehkäisy sekä sosiaalityön ja mielenterveyspalvelujen vahvistaminen. (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta; Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 1999; Sosiaali- ja terveystietokeskus 2000.)

Sosiaali- ja terveysministeriön laatima sosiaaliturvan suuntastrategia tähtää terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen. Tavoitteena on psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpito ja parantaminen. Terveyden on oltava osa yhteiskuntapolitiikkaa ja sille on luotava pohja riittävän varhain. Painotetaan ehkäisevän politiikan ensisijaisuutta ja varhaista ongelmiin puuttumista. Muita painotuksia ovat kansanterveystyön ja työterveyshuollon tehostaminen, elinikäinen oppiminen, vanhusten itsenäinen elämä, terveyserojen kaventaminen ja ympäristöterveyden kehittäminen. Tavoitteena on, että vuoteen 2010 mennessä ennaltaehkäisevä työ on vakiinnutettu toiminnan normaali osaksi. (Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010 – kohti kestävää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa 2001.)

Terveys tarkoittaa fyysistä, henkistä, hengellistä ja sosiaalista hyvinvoinnin vaihtelevaa tilaa ja myös kykyä selvitä arjen vaatimuksista. Hyvinvointi määritellään elämän laaduksi, jossa korostuu inhimillisen olemisen kokemuksellinen ja käyttäytymisen ulottuvuus. Sairauksien ehkäisy puolestaan tarkoittaa toimenpiteitä, joilla vähennetään tiettyjen sairauksien riskitekijöitä ja sairastumisalttiutta. Elämisen laatua on se, että ihmisillä ja ihmisryhmillä on mahdollisuuksia täyteen ja onnelliseen elämään.

Terveyden edistämisen toimintaa ohjaavat keskeiset periaatteet ovat ihmisen itsenäisyyden ja riippumattomuuden kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, tasa-arvo, osallistuminen ja yhteistyö. Terveyden edistäminen on välineellinen tapahtumaketju kohdennetulle toiminnalle, jota tehdään yhdessä ihmisten kanssa. Yksi tärkeimpiä toimintaa ohjaavista periaatteista on sosiaalisen oikeudenmukaisuuden periaate, sillä yksilöiden ja yhteisöjen mahdollisuudet huolehtia terveydestään vaihtelevat suuresti. Oikeudenmukaisuus merkitsee sitä, että kaikille pyritään luomaan yhtäläiset edellytykset terveyden saavuttamiseen, ylläpitoon ja suojaamiseen ja että väestöryhmien terveiserot pyritään supistamaan mahdollisimman pieniksi. Tasa-arvo tarkoittaa, että kaikille pyritään luomaan samanlaiset edellytykset hoitaa sairauksia ja edistää terveyttä. Omatoimisuuden ja osallistumisen tukeminen säilyttää yksittäisen ihmisen itsemääräämisoikeuden. Osallistuminen ja tasavertainen kumppanuus mahdollistavat vaikuttamisen sellaisiin tekijöihin, joilla edesautetaan täysivaltaistumista, omaehtoisuutta (empowerment). Vapaus ja demokratia merkitsevät, että kansalaisilla on oikeus asettaa terveys ja hyvän elämän muut osa-alueet valitsemaansa tärkeysjärjestykseen terveyteen vaikuttavissa päätöksissä.

Terveyden edistäminen on ihmisten mahdollisuuksien parantamista oman ja ympäristönsä terveyden ylläpitämiseen ja hoitamiseen. Tätä tarkoitusta varten lisätään ihmisten valmiuksia tehdä terveyttä edistäviä valintoja eri elämäntilanteissa ja arjen ympäristöissä. Terveyden edistäminen on prosessi, johon vaikuttavat yksilölliset ja yhteiskunnalliset tekijät sekä vallitsevat olot ja jossa ihmisille luodaan edellytyksiä hallita, ylläpitää ja parantaa terveyttään. Käsitteeseen sisältyvät omaehtoisuus (empowerment), yhteisöllisyys (community organisation) ja osallistuminen (community participation). Toiminnassa korostuu osallistuvien tasavertainen ja avoin vuorovaikutus, joka luo pohjan toimivalle yhteistyölle (Ewles & Simnett 1995; Glanz ym. 1997). Terveyden

edistämisen toimintaa ohjaavat keskeiset periaatteet ovat ihmisen itseenäisyyden ja riippumattomuuden kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, tasa-arvo, osallistuminen ja yhteistyö.

Terveyttä edistävillä yhteiskuntapoliittisilla toimenpiteillä luodaan toiminnan suuntaviivoja ja rakenteellisia edellytyksiä, joihin ihmisten tekemät yksilö- ja yhteisötason valinnat pääasialliset nojaavat. Tavoitteena on saada päättäjät kaikilla yhteiskunnan sektoreilla tunnistamaan päätösten terveysvaikutukset ja vastuunsa terveyden edistämisestä sekä saada heidät huolehtimaan terveyden edellytyksenä olevista perustarpeista kuten asunnosta, ravinnosta ja työstä. Terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka on toimintaa, joka edistää terveyttä sosiaalisten ja ympäristöllisten keinojen avulla ja resurssien tasapuolisella jaolla.

1.3

TERVEYDEN EDISTÄMISEN KÄSITTEITÄ

Vallitseva ihmiskäsitys antaa perustan terveyden ja kasvatuksen määritelmille sekä oppimiskäsitykselle: koetaanko ihminen aktiivisena, itseenäisesti ajattelevana ja toimivana (subjektina) vai passiivisena vastaanottajana (objektina). Käsitteet eivät ole irrallisia, vaan ne sisältävät aina arvolatauksen. Käsitteet kehittyvät ja muuntuvat ajan myötä ja ne ovat yhteydessä terveyden edistämisen perusarvostukseen, työskentelyotteeseen ja menetelmävalintoihin. Terveyden edistämistä on luonnehdittu usealla eri tavalla pääsääntöisesti sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta.

Terveyden lukutaito tarkoittaa kykyä soveltaa tietoa. Tälle rinnakkainen käsite on terveystietoisuus, joka tarkoittaa tiedon arvottamista, hankkimista, arvioimista ja sen käyttämistä. Terveystietoisuuteen voidaan vaikuttaa viestinnällä. Tietoisuus voi muuttaa yksilön ja yhteisön käsityksiä ympäröivän todellisuuden luonteesta, normaaliudesta, hyväksyttävyydestä ja keskimääräisyydestä. Terveyden kriittinen lukutaito puolestaan tarkoittaa tietoa ja terveyden sosiaalisten aineksien ymmärtämistä. Se tarkoittaa myös kykyä soveltaa tietoa ja ymmärrystä terveysongelmien kohtalonuskoisesta hyväksymisestä kohti terveystiedon sisäistämistä. Elämän laatu tarkoittaa yksilöiden ja ryhmien tarpeiden tyydyttämistä niin, että näillä on mahdollisuus täyteen ja onnelliseen elämään.

2

TERVEYDEN EDISTÄMISEN KESKUKSEN TOIMINTA

2.1

TERVEYDEN EDISTÄMISEN KESKUKSEN TOIMINTAHISTORIA

Terveyden edistämisen keskus ry (vuoteen 1997 saakka Terveyskasvatuksen keskus) on vuonna 1962 perustettu järjestöjen yhteistyöelin. Terveyden edistämisen keskuksen kuuluu tällä hetkellä 117 jäsenjärjestöä, jotka ovat tehtäviltään hyvin erilaisia:

- Kansanterveysjärjestöt
- Muut sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestöt
- Tieteelliset yhteisöt
- Sosiaali- ja terveystalouden ammattijärjestöt
- Ehkäisevän päihdetyön järjestöt
- Potilas- ja omaisjärjestöt
- Liikunta- ja urheilujärjestöt
- Elinkeinoelämän yhteisöt.

Keskus hahmottaa toimintaansa yhtäältä jäsenjärjestöjen suuntaan, toisaalta terveyden edistämisen osaamiskeskuksen suuntaan. Nämä suunnat ovat yhteneväisiä mm. sellaisissa asiantuntijapalveluissa, jotka ovat järjestöjen käytettävissä tai sellaisissa kehittämishankkeissa, jotka tarjoavat jäsenjärjestöille terveyden edistämisen uusia mahdollisuuksia.

1990-luvulla terveyden edistämässä syntyi uusia painoalueita. Ottawan asiakirja oli valmistunut 1986, mutta vasta 1990-luvulla korostettiin siinä olevaa kansalaisten omavastuuta. Tuolloin vahvistui myös järjestöjen omin alue – kansalaisnäkökulman esille tuominen ja sen foorumina toimiminen. EU:n terveyden edistämisen ajattelutapa toi

oman lisänsä kansalliseen terveyden edistämiseen. Keskuksessa toteutettiin sääntömuutos, jonka ydinsisältö oli se, että Keskus toteuttaa terveyden edistämisen yhteisohjelmia kumppaneinaan järjestöt tai muut yhteisöt. Keskuksen toiminnassa korostui väestöön suunnattu terveyden edistämistyö, joka aiemmin oli pääsääntöisesti ollut yhteistyötä ammattihenkilöstön kanssa. Vahvana uutena alueena painottui ehkäisevä päihdetyö Alkon monopolin hajoamisen yhteydessä tulleiden uudelleenjärjestelyjen tuloksena. Keskuksen tehtäviin kuului terveyden edistämisen strategioiden luominen ja konferenssien järjestäminen. 90-luvulla toteutettiin myös laaja kehittämisohjelma kahdessa kunnassa: Somerolla ja Järvenpäässä. Keskus toteutti yhteisohjelmia järjestöjen kanssa sekä yhteiskampanjoita järjestöjen ja viranomaisten kanssa. Terveyden edistämisen keskus jatkoi työtään perustoimintonsaan ja asiantuntijatehtävissään, jossa uutena alueena oli EU-neuvonta. Keskus toimi laajojen ohjelmien foorumina. Näitä ohjelmia ovat mm. Pietari-projekti (nykyisin Venäjä-verkosto) ja Euroopan terveet koulut -ohjelma. Olennaisin muutos Keskuksen toiminnassa oli STM:n kanssa tehty sopimus terveyden edistämisen määrärahojen käyttösuunnitelman valmistelusta järjestöjen osalta.

Yhteistyökumppaneina ovat sosiaali- ja terveystieteiden ja muiden yhteisöjen ohella kunnat, läänit, ministeriöt, Stakes, KTL sekä yliopistot. Uutena kumppanuusalueena ovat laajasti kansalliset ja kansainväliset verkostot.

2.2

TERVEYDEN EDISTÄMISEN KESKUKSEN TEHTÄVÄT

Terveyden edistämisen keskus haluaa vahvistaa kansalaisjärjestöjen ja muiden yhteiskunnallisten toimijoiden välistä yhteistyötä, jonka tavoitteena on terveyden edistäminen ja sen kehittäminen. Keskus tekee esityksiä ja aloitteita terveyden edistämisestä sekä antaa viranomaisille lausuntoja. Yhteistyössä mm. jäsenjärjestöjensä kanssa Keskus toteuttaa valtakunnallisia terveyden edistämishjelmia ja on mukana myös alan kansainvälisessä yhteistyössä. Keskus on ollut perustamisestaan saakka Kansainvälisen terveystieteiden liiton, IUHE:n jäsen (nykyisin The International Union for Health Promotion and Education, IUHPE).

Keskus on järjestöjensä osaamiskeskus, yhteiskuntapoliittinen vaikuttaja ja edunvalvoja. Se toteuttaa tehtävänsä:

- välittämällä terveyttä koskevaa tietoa ja osaamista,
- kokeilemalla uusia toimintatapoja,
- arvioimalla terveyden edistämisen ohjelmia,
- kehittämällä terveyden edistämisen menetelmiä ja aineistojen laatua,
- tekemällä ehdotuksia yhteisten voimavarojen suuntaamisesta sekä
- osallistumalla kansainvälisten verkostojen toimintaan.

Terveyden edistämisen keskus on yhteiskuntapoliittinen toimija, joka pyrkii vaikuttamaan lainsäädäntöön terveyttä edistävästi. Se hankkii, tuottaa ja välittää tietoa terveyden ja hyvinvoinnin edellytyksistä ja uhkista sekä alan tutkimuksista. Terveyden edistämisen keskus toimii asiantuntemuksen kokoajana valtakunnallisesti ja kansainvälisesti. Keskus pitää tärkeänä terveyden edistämisen laatua ja osallistuu laadun kehittämishankkeisiin sosiaali- ja terveystalalla. Se osallistuu myös sosiaali- ja terveystalalan ammatillisen terveyden edistämisen laadun kehittämiseen.

Keskus valmistelee vuosittain ehdotuksen sosiaali- ja terveysministeriölle pääasiallisesti järjestöjen ja suoraan väestöön suuntautuvan terveyden edistämisen ohjelmien määrärahojen käyttösuunnitelmaksi. Keskus hallinnoi, seuraa ja arvioi suunnitelmaan sisällytettyjen hankkeiden toteutumista sekä tukee hankkeiden toteuttajia asiantuntemuksellaan ja edistää eri toteuttajatahojen välistä yhteistyötä.

Yhteistyössä jäsenjärjestöjensä kanssa Keskus tekee esityksiä kolmannen sektorin terveystalallisten toimintaedellytysten parantamiseksi. Keskukseen asema järjestökentän yhteyksien ylläpitäjänä ja kokoajana on lisääntynyt voimakkaasti viime vuosina.

Terveyden edistämisen keskus on toimenkuvansa perusteella edistämässä suomalaisten terveyttä ja kehittämässä terveyden edistämistä sisällöllisesti ja menetelmällisesti. Keskus on mielletty viime vuosina osaamiskeskukseksi ja se on osaamisensa toteutumiseksi tehnyt järjestelmällistä kehittämistyötä. Osaamiskeskuksen tunnusmerkkinä on toiminta, jonka tavoitteena on hyvän elämän, elämän laadun, riippumattomuuden ja tasa-arvon saavuttaminen sekä sairastavuuden ja vajaakuntoisuuden vähentäminen. Kansalaisten terveys on väline, jonka avulla osaltaan päästään näihin tavoitteisiin. Terveyden aikaansaaminen merkitsee terveyden edistämiseksi tehtäviä, joita ovat kasvatustal (education), edellytysten turvaaminen (facilitation) ja terveyden puolesta puhuminen (advocacy).

Kasvatuksen avulla edistetään ja ylläpidetään terveyden lukutaitoa, joka tarkoittaa yksilötasolla tietoa, tietoisuutta, voimaantumista (empowerment), tulevaisuussuuntautuneisuutta ja osallistumista terveyden edistämisen ohjelmiin. Edellytysten turvaaminen tarkoittaa sosiaalista toimintaa, jonka sisältönä on yhteisöllisyys ja sen tiedon-tason nostaminen ja taitojen lisääminen, yhteisöllistä voimaantumista, sosiaalista pääomaa, kansalaisten poliittista toimintaa ja yhteisön sitoutumista terveyden edistämisen ohjelmiin. Terveyden puolesta puhuminen tarkoittaa julkista terveystoimintaa ja järjestöllistä toimintaa. Se sisältää rahoituksen ja voimavarojen oikeanlaisen suunnauksen, terveyden edistämisen ohjelmien toteutumista, lainsäädännöllisiä toimintoja ja sääntelyä, hallinnointia, järjestöllisiä rakenteita ja toimintatapoja.

Terveyden aikaansaamiseksi ja ylläpitämiseksi tavoitellaan kasvatuksen kautta virinnyttä terveyden lukutaitoa, jonka uskotaan johtavan terveyttä tuottaviin elämäntapoihin yksilötasolla. Terveyden edellytyksenä ovat osaltaan tehokkaat terveystoimet, joiden saavuttamiseen tarvitaan sosiaalista toimintaa ja aktiviteetteja. Terveyden edellytys on myös sitä tukeva fyysinen, psykososiaalinen ympäristö, joka tarvitsee puolesta puhumisen tuloksena vahvan terveystoiminnan ja järjestäytyneitä toimintoja.

2.3

TERVEYDEN EDISTÄMISEN KESKUKSEN TOIMINTAPOLITIikka JA -LINJAT

Terveyden edistämisen keskus on määrittänyt toimintapolitiikkansa pohjaksi kansalaisten selviytymisen ja terveyden edellytysten vahvistamisen.

Kansalaisten selviytymisen vahvistaminen, johon sisältyy terveyttä vahvistavien elintapojen ja valintojen tukeminen. Näitä ovat mm. hyvä ravinto, terveystoiminta, tupakoinnin vähentäminen sekä alkoholin ja huumeiden haittojen vähentäminen arjen ympäristöissä. Toisena alueena oli tiedonkäsittely- ja ongelmanratkaisutaitojen lisääminen sekä koulutukseen (tiedon ja tietoisuuden lisäämiseen) panostaminen ihmisen arjen ympäristöissä. Tämä tavoitteen mukaiset toiminnot ovat suunnattu yksilöihin. Tavoitteena on lisätä kansalaisten valmiuksia ja mahdollisuuksia valita itselleen terveyttä edistäviä rooleja eri elämäntilanteissa ja arjen ympäristöissä. Terveyden edistämisen toiminta on ensisijaisesti kasvatuksellista.

Terveyden edellytysten vahvistaminen, johon sisältyvät terveyttä edistävien palvelujen tarjoaminen arjen ympäristöissä ja kansalaisten elämän perusturvan säilyttäminen sekä terveyttä tuottavan fyysisen ja psykososiaalisen ympäristön luominen kansalaisten arjen toimintoihin. Esimerkkinä psykososiaalisesta ympäristöstä ovat mm. tukiverkot ja niiden rakentaminen. Yhteiskunnan eri alueilla vaikutetaan terveyttä edistävien ratkaisujen, rakenteiden ja prosessien vahvistamiseksi. Tavoitteena on mielekkään tekemisen mahdollistaminen, itsensä toteuttaminen ja arvokkaaksi tunteminen. Tämä edellyttää terveyden edistämisen toimijoiden laaja-alaista, rajoja ylittävää yhteistyötä. Terveyden edistämisen toiminta on edellytyksiä luovaa ja puolesta puhumista.

Jotta edellä kuvatut tavoitteet saavutettaisiin, tarvitaan terveyden edistämisen osaamiseen seuraavia tavoitteellisia reunaehtoja:

Terveyden edistämisen avoimuuden, osallistamisen ja monialaisuuden lisääminen. Tämän mukaisesti tavoitteena on kansalaisten, järjestöjen, palvelusektorin ja viranomaisten vuoropuhelun lisääminen ja käynnistäminen perinteisen terveyssektorin ulkopuolella. Vahvistetaan järjestöjen terveyden edistämisen työn merkitystä julkisen sektorin rinnalla. Terveyttä edistävä strateginen suunnittelu on jatkuva prosessi, joka pyritään tekemään laajaksi ja moniääniseksi. Kansanterveydelliset ongelmat ja voimavarat tulee kytkeä käytännön hankkeisiin. On tarkoitus, että toimijoiden ääni ja kokemus kuuluvat suunnittelun eri vaiheissa; Terveyden edistämisen ohjelmien laadun kehittäminen. Terveyden edistämisen ohjelmien laatua kehitetään luomalla sen toteutusta ja tuloksia varten kriteereitä, jotka ovat kansallisesti ja kansainvälisesti vertailukelpoisia. Ohjelmien toteutumisen ja tuloksien arvioinnissa käytetään useita erilaisia laatu- ja määrittämiä. Korostetaan erityisesti toimintaprosessien arviointia.

Terveyden edistämisen osaamiskeskus sisältää tieteellistä, käytännöllistä ja poliittista toimintaa. Tieteellinen työ sisältää mm. innovaatiota, tutkimusta ja kehitystyötä (mm. terveyden edistämisen ohjelmien laadun kehittäminen). Käytännöllinen toiminta koostuu terveyden edistämisen ohjelmien toteuttamisesta kansalaisten selviytymisen ja terveyden edellytysten turvaamiseksi. Poliittinen toiminta tarkoittaa tiedon keruuta, sen hyödyntämistä, osallistumista ja vaikuttamista.

Terveyden edistämisen keskus pyrkii toteuttamaan seuraavia toimintalinjoja:

- terveysvalinnat ja terveyden lukutaito
- terveys toimintapolitiikkojen olennaisena osana
- palvelut: yhteistyö, viestintä ja koulutus
- laatu terveyden edistämisen ohjelmissa ja aineistoissa
- terveyden edistämisen kokeilu- ja koordinoitiohjelmat
- hallinnointi ja rahoitus

TERVEYSVALINNAT JA TERVEYDEN LUKUTAITO

Vankka tieto on ensisijainen terveyttä tukevien valintojen ohjaaja. Konkreettisenä tavoitteena on terveyden lukutaidon kehittäminen. Sen perusteet luodaan kotona ja peruskoulussa. Vanhemmuuden tukeminen, koululainsäädännön kehittäminen, koululaisten iltapäiväkertotoiminnan ja nuorten vapaa-ajantoiminnan kehittäminen ovat avaimia terveyden lukutaitoon.

TERVEYS TOIMINTAPOLITIIKKOJEN OLENNAISENA OSANA

Terveyden edistäminen tukeutuu moniin tieteenaloihin. Ihmisen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ei ole ainoastaan terveydenhuollon ammattilaisten tehtävä, vaan se kuuluu myös päätöksentekijöille, eri viranomaisille ja hallinnon asiantuntijoille.

Terveyden edistämisen keskus haluaa vahvistaa kansalaisjärjestöjen ja muiden yhteiskunnallisten toimijoiden välistä yhteistyötä, jonka tavoitteena on terveyden edistäminen ja sen kehittäminen. Keskus tekee esityksiä ja aloitteita terveyden edistämisestä sekä antaa viranomaisille lausuntoja.

Terveyden edistämisen tärkeyttä julkisessa ja elinkeinoelämän päätöksenteossa kasvatetaan lisäämällä vuoropuhelua ja luomalla erilaisia toimintamalleja. Yhteiskunnan eri alueilla vahvistetaan terveyttä edistäviä ratkaisuja, rakenteita ja prosesseja. Terveyden edistämisen keskus osallistuu terveyspolitiikan ja kansallisten strategioiden luomiseen ja kehittämiseen. Terveyspolitiikan ja ehkäisevän päihdepolitiikan seuraamiseksi ja kehittämiseksi käytetään apuna laajaa yhteistyötä ja asiantuntijaverkostoja.

Terveyden edistämisen keskus yhdistää asiantuntijatoiminnassaan tieteellisen näkökulman ja aktivoi teorian ja käytännön välistä vuoropuhelua. Tavoitteena on luoda monensuuntaista asiantuntijuuden vaihtoa ja koota hajallaan olevia voimavaroja. Asiantuntijaverkostoina toimivat Keskuksen tieteellinen neuvottelukunta, ehkäisevän päihdetyön foorumi, terveystieteellinen työryhmä, koulun terveyden edistämisen neuvottelukunta ja ajankohtaisten tarpeiden pohjalta syntyneet muut ryhmät.

Tieteellisen neuvottelukunnan työ painottuu terveyden edistämisen ohjelmien kriteerien testaukseen. Terveystieteellinen työryhmä selvittää järjestöjen terveystieteellisiä mahdollisuuksia ja suuntaamista. Ryhmä kokoaa järjestöjen näkemyksiä terveystieteestä ja pyrkii löytämään ne kohdat, joissa järjestöt yhdessä ja verkostona voivat vaikuttaa kansallisesti.

Keskus on koonnut vuodesta 1992 kuntien ja järjestöjen terveyden edistämisen ajankohtaiskatsauksen. Vuosittain ilmestyvä raportti kuvaa terveyden edistämisen edellytyksiä, ongelmia ja kehittämistä kuntien terveystoimijain ja kansalaisjärjestöjen johtajien näkökulmasta. Terveystietobarometrista on tullut yhä merkittävämpi tiedonkeruun väline, jonka avulla saadaan tietoa kunnissa ja järjestöissä toteutettavan terveyden edistämisen sisällöstä. Vuonna 1998 barometri laajeni ehkäisevän päihdetyön tilan arviointiin kunnissa ja järjestöissä.

Keskus etsii painopisteitä sekä kehittää ja valmistelee yhteistyössä sidosryhmien kanssa mm. terveyden edistämisen strategisia suunnitelmia. Keskuksen pyrkimyksenä on vahvistaa järjestöjen ja muiden yhteisöjen terveyden edistämisen liittyvän työn merkitystä.

PALVELUT, YHTEISTYÖ, VIESTINTÄ JA KOULUTUS

Terveyden edistämisen keskuksen viestinnän sidosryhmiä ovat järjestöjen, yliopistojen, sosiaali- ja terveystieteiden ammattilisten oppilaitosten ja ammattikorkeakoulujen sekä julkisen ja yksityisen sektorin ammattilaiset ja asiantuntijat. Viime vuosina Keskus on paneutunut uusmedioiden mahdollisuuksien selvittämiseen ja valmistautunut yhdessä järjestöjen kanssa digi-TV:n käyttökelpoisuuden arvioimiseen terveyden edistämisessä.

Vuosittain palkitaan vuoden parhaat terveystieteelliset, jotka ovat useimmiten jäsenyhteisöjen tuottamaa terveystieteellistä aineistoa. Lisäksi palkitaan vuoden Terveystekko, jolla halutaan nostaa yksittäisten te-

kojen arvoa tärkeänä toimintana terveyden edistämässä. Erilaiset messut, näyttelyt ja tapahtumat toimivat myös järjestöjen ja muiden yhteisöjen viestintäkanavana. Internetin hyödyntäminen Terveyden edistämisen keskuksen omassa toiminnassa ja sen jäsenyhteisöjen toiminnassa on kasvamassa.

Terveyden edistämisen keskus tarjoaa maksullisia koulutuspalveluja. Terveyden edistämisen keskuksen koulutus tukee myös järjestöjen, yhteisöjen ja kuntien hyvinvointi- ja terveysohjelmia. Koulutusmuotoja ovat ajankohtaiset, kaikille ammattiryhmille avoimet terveyden edistämisen tilaisuudet sekä ammatillinen sosiaali-, terveys- ja tiedotusalan täydennyskoulutus.

LAATU TERVEYDEN EDISTÄMISEN OHJELMISSA JA AINEISTOSSA

Terveyden edistämisen ohjelmien laatua kehitetään kansallisesti ja kansainvälisesti vertailukelpoisten laatukriteereiden avulla. Terveyden edistämisen ohjelmien ja terveysaineiston arviointi tähtää terveyden edistämisen osa-alueiden yhdistämiseen laadukkaaksi ja toimivaksi kokonaisuudeksi, jossa terveyden edistämisen hyvien käytäntöjen perustana ovat tutkimuksista saadut menetelmät ja sisältö.

Terveyden edistämisen keskuksen asiantuntijaverkoston jäsenet arvioivat terveyden edistämisen ohjelmiin sisältyviä prosesseja. Yhteistyössä kansalaisten, järjestöjen edustajien ja muiden asiantuntijoiden kanssa kehitetään edelleen terveyden edistämisen laatukriteereitä ja otetaan ne arjen työtä ohjaaviksi välineiksi.

Terveysaineiston arvioinnin pohjana ovat tutkimukset aineiston soveltuvuudesta erityisryhmille. Arvioinnin kautta syntyvät kriteerit hyvästä erityisryhmille soveltuvasta terveysaineistosta.

Arvioitu terveysaineisto julkaistaan Terveyden edistämisen keskuksen aineistoluettelossa. Terveysaineistosta on tietokanta myös Internetissä.

TERVEYDEN EDISTÄMISEN KOKEILU- JA KOORDINAATIO-OHJELMAT

Terveyden edistämisen kehittämiseksi ja oman osaamisensa vahvistamiseksi Keskus suunnittelee, toteuttaa, seuraa ja arvioi myös terveyden edistämisen ohjelmia. Yhdessä jäsenjärjestöjen kanssa toteutetta-

van kokeilu- ja koordinoitotoiminnan avulla mahdollistetaan terveyttä edistävät valinnat kaikilla arkielämän areenoilla.

HALLINNOINTI JA RAHOITUS

Terveyden edistämisen keskuksen ylintä päätösvaltaa käyttää vähintään kahdesti vuodessa kokoontuva jäsenjärjestöille avoin kokous. Toimeenpanovaltaa käyttää hallitus, johon kuuluu 11 jäsentä. Keskuksen työntekijämäärä on 23 henkilöä. Terveyden edistämisen keskuksen toiminta perustuu vapaaehtoisuuteen. Lakisääteisiä tehtäviä sillä ei ole.

Terveyden edistämisen keskuksen tärkeimmät toiminnan rahoittajat ovat Raha-automaattiyhdistys ja sosiaali- ja terveysministeriö. Muu rahoitus koostuu oman toiminnan tuotosta, EU-rahoituksesta sekä eräisiin ohjelmiin hankitusta erillisestä rahoituksesta.

1980-luvun lopussa Keskuksen rahoituspohja muuttui olennaisesti. Se kaventui, mutta myös painottui Raha-automaattiyhdistyksen rahoitusosuuteen 80 prosenttisesti. Tällä hetkellä STM:n rahoitusosuus on suurin. Tulevaisuudessa rahoituspohjaa pyritään laajentamaan.

3

MUU TOIMINTA

3.1

OSALLISTUMINEN TUTKIMUSTOIMINTAAN, KEHITTÄMISTOIMINTAAN JA DEMONSTRAATIOHANKKEISIIN

Keskuksessa toteutettavat ohjelmat ja myös ns. perinteinen terveyden edistämisen työ ovat osa kehittämistoimintaa. Tällä hetkellä vuoden 2001 aikana toteutettavia ohjelmia on 15. Kehittämishjelmat pyritään toteuttamaan osittain tieteellisellä työotteella.

Keskuksessa ei ole varsinaista tilastotuotantoa. Keskukseen on kertynyt tietoa arvioidusta terveyden edistämisen aineistosta järjestelmällisesti vuodesta 1967 alkaen. Kertymä ei ole kuitenkaan kattava, koska vuosittain arvioidut tuotteet edustavat n. 25 % kaikista maassamme valmistetuista terveyden edistämisen tuotteista. Keskus pitää yllä 117 jäsenyhteisön rekisteriä.

3.2

YHTEISTYÖ VAKUUTUSTAHOJEN KANSSA TERVEYDEN EDISTÄMISEN ALUEELLA

Terveyden edistämisen keskuksen yhtenä jäsenyhteisönä on Suomen Vakuutusyhtiöiden Keskusliitto. Yhteistyö on tarkoittanut yhteistä työryhmätyöskentelyä. 1970-luvun puolesta välistä 1980-luvun puoliväliin Kela rahoitti Keskuksen terveyden edistämisen ohjelmia.

1970-luvun alussa Keskuksessa toteutettiin ohjelma, jonka tavoitteena oli kokeilla sairaskasvatusaineistojen soveltuvuutta ja mahdollisuuksia terveystieteiden aineistojen jakelupaikaksi yleisölle. Ohjelma toteutettiin yhteistyössä Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutusosaston kanssa. Samoihin aikoihin Keskuksessa Tapaturmantorjuntatyöryhmä teki selvitystyötä kotitapaturmien ehkäisemiseksi Suomessa sekä ehdotuksia toimenpiteistä tämän alueen kehittämiseksi.

Keskuksen perustoimintana ollut terveysaineiston arviointityö oli lääkintöhallituksen antama tehtävä vuodesta 1977 VALTAVA-lain voimaantuloon saakka 1986. Luetteloidun aineiston käyttö kunnissa korvattiin ja mm. Kansaneläkelaitos hyväksyi osan aineistosta korvattavaksi sairassvakuutuslain mukaan työterveydenhuollossa käytettynä. 1970-luvun lopulla Keskus osallistui Lastensuojelun Keskusliiton nimeämän väliaikaisen lasten tapaturmatyöryhmän työhön. Tässä tehtävässä Keskus pyrki edistämään lasten tapaturmista koottavien tietojen keräysjärjestelmän selkiyttämistä ja näiden tietojen hyväksikäyttöä tapaturmien ehkäisytyön suunnittelussa.

1990-luvun lopussa Keskus osallistui kotitapaturmien ehkäisykampanjaan yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin, sisäasiainministeriön pelastusosaston, Suomen Pelastusalan keskusjärjestön ja Suomen Vakuutusyhtiöiden Keskusliiton kanssa. Hankkeessa olivat myös kiinteästi mukana Suomen Punainen Risti, Lastensuojelun Keskusliitto ja Suomen Kuntaliitto. Toiminnan tavoitteena on ollut kunnissa tapahtuvan toiminnan vahvistaminen, ikäihmisten tapaturmien ehkäisytyön tehostaminen, tapaturmantorjunnan yhteistyön tiivistäminen ja kampanjan näkyvyyden tehostaminen. Kampanja on tehnyt yhteistyötä myös vastaavien ruotsalaisten ja eestiläisten kampanjoiden kanssa. Kampanjan vahvuutena on ollut mukana olevien tahojen tuoma laaja näkemys, heikkoutena puolestaan on pirstaleisuus.

Vuosituhanen vaihteessa Keskus aloitti yhteistyön Vakuutusyhtiö Pohjolan kanssa. Kotiturva-hankkeen tarkoituksena on parantaa viiden talon asukkaiden, etenkin ikääntyneiden, arkielämän sujuvuutta ja elämän laatua. Hankkeessa kiinnitetään huomiota kotiympäristön turvallisuuteen unohtamatta ikääntyneiden terveydentilasta johtuvia tekijöitä. Tarkoituksena on myös selvittää mahdollisen neuvontapalvelun tarvetta, mahdollisuuksia ja toteutettavuutta kodin turvallisuuskysymyksissä. Tulosten pohjalta tuotetaan neuvonta-aineistoa ja koulutetaan taloyhtiöiden yhdyshenkilöitä.

3.3

KANSAINVÄLINEN YHTEISTYÖ JA SEN YHTEYDET TAI INTRESSIT TERVEYDEN EDISTÄMISEEN

Keskuksen kansainvälisen toiminnan tarkoituksena on luoda vahva foorumi järjestöjen kansainväliselle yhteistyölle. Toiminnan pääpaino on ollut kansainvälisiin verkostoihin osallistumisessa. Keskeisin näistä

verkostoista on EU:n European Network of Health Promotion Agencies ja muut EU:n kansanterveyden ohjelmien toteuttamiseksi muodostetut yhteistyöryhmät. Keskus toimii mm. Eurocare -järjestössä, joka vaikuttaa eurooppalaisen alkoholipolitiikan muotoilemiseen. Järjestöjen eurooppalaista yhteistyötä edistetään myös EU:n huumausaineohjelman kautta. Keskus on osallistunut tarpeen ja mahdollisuuksien mukaan kumppanina EU:n rahoittamiin ohjelmiin.

LÄHTEET

- Glanz, K., Lewis, F.M., & Rimer, B.K. (editors). 1997. Health behaviour and health education. Theory, research and practice. Second edition. San Francisco, California: Jossey-Bass Inc.
- Perttilä, K. 1999. Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. Stakes. Tutkimuksia 103. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003. Valtioneuvoston päätös. 1999. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 1999:16. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Sosiaali- ja terveystietokertomus 1998. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 1998:3. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Sosiaali- ja terveystietokertomus 2000. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2000:7. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010 – kohti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2001:3. Helsinki: Libris Oy.
- Terveyttä Kaikille 21. Taustamateriaali 21.12.1999. Moniste.
- Terveyskasvatuksen keskus ry:n toimintakertomukset 1974 – 1996. Monisteita.
- Terveyden edistämisen keskus ry:n toimintakertomukset 1997–1998. Monisteita.
- Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2001:4. Helsinki: Oy Edita Ab.

C

KANSANELÄKELAITOKSEN HOITAMAT SOSIAALI- TURVAJÄRJESTELMÄT EHKÄISEVÄN YHTEISKUNTAPOLITIIKAN JA TERVEYDEN EDISTÄMISEN NÄKÖKULMASTA

Kansaneläkelaitos:

Jorma Järvisalo, Antti Huunan-Seppälä, Arto Laine ja Paavo Rissanen

SISÄLLYS

1	KANSANELÄKELAITOKSEN KEHITTYMINEN MONIPUOLISEN SOSIAALITURVAN TOTEUTTAJAKSI	53
1.1	Etuuksien kehittyminen	54
2	KANSANELÄKELAITOKSEN OSALLISTUMINEN TERVEYDEN EDISTÄMISEEN JA SAIRAUKSIEN EHKÄISYYN	58
2.1	Lain Kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutukselta neljännen pykälän mukainen toiminta (KKL 4 §)	59
2.2	Kelan oma toiminta ja työkyvyn ja terveyden edistäminen	60
2.3	Työterveyshuolto	61
2.4	Yliopisto- ja korkeakouluopiskelijoiden terveydenhuolto	64
2.5	Lääkekorvaukset	65
2.6	Sairauspäiväraha	66
2.7	Hammashoito	69
2.8	Kuntoutus	69
2.9	Äitiysrahat, muut lapsen syntymään liittyvät etuudet ja päivärahat	71
3	KELAN TUTKIMUS- JA KEHITYSTOIMINTA	73
4	KELAN TILASTOT	76
5	YHTEISTYÖ MUIDEN VAKUUTUSTAHOJEN JA MUIDEN SOSIAALITURVAN ALUEELLA TOIMIVIEN TAHOJEN KANSSA ..	78
6	KANSAINVÄLINEN YHTEISTYÖ	79
	LÄHTEET	80

1

KANSANELÄKELAITOKSEN KEHITTYMINEN MONIPUOLISEN SOSIAALI- TURVAN TOTEUTTAJAKSI

Sosiaaliturvan, ehkäisevän yhteiskuntapolitiikan ja terveyden edistämisen suhteet ovat mielenkiintoiset siksi, että kaikilla ovat samanlaiset solidaarisuuden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet. Laajimmin levinnyt terveyden edistämisen määritelmä ns. Ottawan asiakirjassa ei erikseen mainitse sosiaalivakuutusta tai sosiaaliturvaa yhtenä keskeisenä keinona terveyden edistämisessä, mutta se puhuu terveyttä edistävän yhteiskuntapolitiikan luomisesta ja terveyspalveluiden uudelleen suuntaamisesta. (WHO 1986.)

Tässä katsauksessa käsitellään sairauksien ehkäisyä ja terveyden edistämistä pohtimatta niiden eroa käsitteellisesti tai toiminnan järjestämisen kannalta. Ajatuksena on, että ero käsitteiden välillä on lähinnä lähestymistavassa ja keinoissa ja että kaikki sairauden ehkäisy voidaan katsoa kuuluvan osaksi terveyden edistämistoimintaa. Terveyssektorin preventio tavataan määritellä primaariseksi, sekundaariseksi ja tertiääriseksi, jolloin primaaripreventio kohdistuu sairauksien tai tapaturmien syiden ehkäisyyn (mm. ympäristökijöihin vaikuttaminen, rokotukset, terveysneuvonta), sekundaaripreventio sairauksien seulontaan, diagnostiikkaan, hoitoon ja varhaiskuntoutukseen ja tertiääripreventio sairauksien seuraamusten vähentämiseen (mm. kuntoutus, itsehoidon kehittäminen). Tässä käsitellään myös kuntoutusta, vaikka se voidaan selvästi luokitella sekundaari- ja tertiääripreventioksi lähtökohdiltaan.

Katsauksessa ei pitäydytä sosiaalivakuutukseksi tiukasti määriteltävien etuuksien tarkastelussa, vaan mainitaan myös Kansaneläkelaitoksen toimeenpanovastuulla olevia muita sosiaaliturvaan tai laajemmin

sosiaali- ja sivistys oikeuksiin kuuluvia järjestelmiä (Tuori 2000). Jossakin määrin on pyritty arvioimaan myös järjestelmien kehittämisen ehkäiseviä yhteiskuntapoliittisia tavoitteita. Taulukossa 1 on etuusjärjestelmien moninaisuutta kuvaava koonnos Kelan vastuulla olevista etuuksista.

Seuraavassa käsitellään eri etuuksia, joilla on tekemistä sairauksien ehkäisyyn tai terveyden edistämisen kanssa. Vaikka tässä kuvataan erityisesti terveyteen ja työkykyyn liittyvät etuudet, on korostettava, että hyvinvoinnin lisääminen tulonsiirtojen kautta jo sinällään toimii terveyttä edistävästi.

1.1

ETUUKSIEN KEHITTYMINEN

Eläke-etuudet. Kansaneläkelaitoksen perustaminen ja alkuaan sille säilytetty ensisijainen vastuu vuodesta 1937 aina vuoteen 1963 saakka koski vanhuus- ja työkyvyttömyyseläkkeitä ja niiden perusteella maksettuja lisätukia (Niemelä ja Ruotsalainen 1983; Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 1999). Vuonna 1957 muutettiin eläkkeen perustaa työeläkkeestä koko kansan eläkkeeksi. Ns. joustavat eläkejärjestelyt tulivat voimaan v. 1986 ja vammaistuet uudistettiin vuonna 1989. Vuoden 1996 alusta muuttui kansaneläke koko väestön kattavasta järjestelmästä vähimmäiseläkkeeksi ja määräaikainen työkyvyttömyyseläke muuttui kuntoutustueksi.

Sairausvakuutusetuudet. Sairausvakuutuslaki laajensi laitoksen tehtäväkenttää ja paikallisverkostoa huomattavasti (Niemelä ja Ruotsalainen 1983; Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 1999; Häggman 1997). Työtulokorvaus on toissijainen ja sitä maksetaan sekä sairauksien että tapaturmien aiheuttaman työstä poissaolon ajalta, joten sairausvakuutus on merkittävä yksityistapaturmien kustannusten korvaaja. Sitten on myös päivärahaan oikeutettujen määrittelyä muutettu.

Työtulovakuutus eli sairauspäiväraha kattoi alkuaan kaikki ne 16–65-vuotiaat, jotka sairauden pitkittyessä yli 14 arkipäivän olivat kykenemättömiä tekemään ammattiaan vastaavaa työtä. Sairausvakuutuslain mukainen päiväraha (sairauspäiväraha) on toissijainen korvaus muiden lakien nojalla korvattaviin ansionmenetyksiin nähden, mutta työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden se on sittemmin säädetty ensisijaiseksi sairauden aiheuttaman työkyvyttömyyden ajalta 300 suorituspäivään asti. (Mm. tapaturmavakuutuslain – työtapaturmat, ammatti-

taudit – ja liikennevakuutuslain mukaisesti korvauksiin nähden se on toissijainen, mutta vapaa-ajan tapaturmien aiheuttaman työstä poissolon ajalta se on merkittävä kustannusten korvaaja.)

Sairaanhoitokorvaukset säädettiin maksettaviksi vain sairauksien hoidosta, ei niiden ehkäisystä. Korvauksia maksetaan vakuutettukohdaisina. Niitä on maksettu myös kunnille avohoitoon liittyen v. 1972–1993 (Morri 1997). Yliopistojen ja korkeakoulujen opiskelijoiden terveydenhuollon korvauksia on maksettu sairausvakuutusvaroista Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiölle vuodesta 1966. Näistä kustannuksista vastaavat Kelan lisäksi pääosin korkeakoulupaikkakuntien kunnat ja opiskelijat itse.

Äitiysvakuutus on vuosien saatossa kehittynyt kahden kuukauden ajalta maksettavasta äitiysrahasta 263 päivältä maksettavaksi äitiys- ja vanhempainrahaksi. Sen rinnalle on tullut isälle maksettava, äidin korvauksesta riippumaton isyysraha (yhteensä enintään 18 pv), joka ajoittuu äitiysrahakaudelle ja vanhempainrahakaudelle. Viimeisin raskautteen liittyvä etuus on v. 1991 voimaan tullut erityisäitiysraha, jota suoritetaan raskaana olevalle työn raskaudelle tai sikiön terveydelle aiheuttamien vaarojen ehkäisemiseksi.

Työnantajan kustantamaa sairaanhoitoa alettiin korvata sairausvakuutuslain 29 §:n erityissäädöksen nojalla jo vuonna 1964 samaan aikaan kuin sairaanhoidon kustannuksia yleensäkin (Laine 1984; 1997). Vuodesta 1969 lähtien korvaaminen alkoi joiltakin osin koskea myös työnantajan järjestämää ehkäisevää toimintaa. Työmarkkinajärjestöjen vuonna 1971 allekirjoittaman työterveyshuoltosopimuksen jälkeen ehkäisevän toiminnan järjestäminen yleistyi, mikä osaltaan edisti sen lakisääteistämistä. Vuonna 1979 työterveyshuollon järjestäminen määrättiin lailla työnantajan velvoitteeksi. Laki koski käytännössä kaikkea työtä. Samalla muutettiin sairausvakuutuslakia siten, että ensisijaisesti korvattavaksi tuli työperäisten vaarojen vuoksi toteutettu ehkäisevä työterveyshuolto. Korvauksen piiriin jäi edelleen yleislääkäritasoinen, työnantajan kustannuksellaan järjestämä sairaanhoito. Erikoislääkäritasoinen hoito rajattiin pääosin korvauksen ulkopuolelle.

Hammashuolto. Hammashuolto tuli vähäisessä määrin Kelan korvattavaksi jo vuonna 1966. Korvaaminen koski tapauksia, joissa hoito johtui muista kuin hammasperäisistä syistä. Kansanterveyslain tullessa voimaan vuonna 1972 alle 17-vuotiaitten nuorten hammashoito tuli kunnan vastuulle. Nuoret aikuiset – aluksi vuonna 1960 syntyneet ja sitä nuoremmat – ovat vuodesta 1986 alkaen saaneet sairausvakuutuslain nojalla korvausta yksityisen hammashuollon kustannuksista

sairausvakuutuslain nojalla (Tiainen ja Pajunen 1990). Korvaukseen oikeutettujen ryhmää on vähitellen laajennettu, ja nykyisin siihen kuuluvat jo v. 1946 syntyneet. Korvauksen piiriin kuuluu rajoitetusti myös ehkäisevä hoito. (Lipposen II hallituksen ohjelmaan kuuluu laajentaa korvaukset koskemaan pysyvästi koko aikuisväestöä.)

Kuntoutus. Kuntoutus mainittiin jo alkuperäisessä kansaneläkelais-sa yhtenä eläkevakuutukseen kuuluvana Kansaneläkelaitoksen tehtävänä. Säädös koski sairaanhoidon, ammattiopetuksen ja työvälaineiden antamista työkyvyttömyyseläkkeiden saajille työ- ja ansiokyvyn palauttamiseksi sekä sairaanhoidon antamista työkyvyttömyyden estämiseksi. (Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 1999; Rinne 1997; Fredriksson 1979; Airaksinen 1982.) Vuodesta 1957 alkaen kuntoutuksena on voitu pysyvän työkyvyttömyyden estämiseksi tai työ- ja ansiokyvyn palauttamiseksi kustantaa lääkintähuoltoa, koulutusta ja työhuoltoa. Myös sairausvakuutuslaki sisälsi määräyksen käyttää sairausvakuutusta varten kerättäviä määrärahoja sairauksien ehkäisyä ja kuntoutusta tarkoittavaan toimintaan (60 § 2. mom.). Kuntoutusta koskeva erillinen lainsäädäntö tuli voimaan vuoden 1991 lokakuussa.

Työttömyysturvan peruspäivärahajärjestelmä tuli voimaan ja annettiin Kelan hoidettavaksi vuonna 1985. Työvoimapolitiittinen koulutus-tuki siirtyi Kelan hoidettavaksi vuonna 1991. Vuonna 1994 tuli peruspäivärahaan 500 pv:n katto ja otettiin käyttöön työmarkkinatuki, johon voivat olla oikeutettuja maksimimäärän työttömyyspäivärahaa saaneet ja sellaiset, joilla ei ole ollut oikeutta työttömyyspäivärahaan, koska eivät ole täyttäneet työssäoloehtoja. Sittenpäin päivärahan määrää ja perusteita on muutettu useita kertoja, tarkoituksena työelämään osallistumisen aktivointi (Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 1999).

Laki lasten kotihoidon tuesta tuli voimaan 1985, jolloin ratkaisuvallta säilytettiin kuntien sosiaalilautakunnille ja maksatus Kelalle (Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 1999). Toimeenpano siirtyi kokonaisuudessaan Kelalle v. 1993, jolloin myös lapsilisien toimeenpano siirtyi Kelalle. Äitiysavustuksen ja äitiyspakkausten jaon toimeenpano siirtyivät Kelalle v. 1994 ja uusitun lasten kotihoidon ja yksityishoidon tuen toimeenpano v. 1997.

Nykyisen, v. 1975 annetun asumistukilain perusteella maksettava yleinen asumistuki siirtyi Kelan hoidettavaksi vuonna 1994 (Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 1999).

Opintotukijärjestelmä sai alkunsa valtion takaamina opintolainoina v. 1969. Opintorahaa alettiin maksaa v. 1972 ja asumislisää v. 1977. Korkeavastusta alettiin maksaa v. 1983 ja aikuisopintorahaa v. 1987.

Korkeakouluopiskelijoiden opintotukiuudistus toteutettiin v. 1992, jolloin opintoraha suureni ja tuli veronalaiseksi tuloksi. Vuonna 1994 uusi järjestelmä ulotettiin myös keskiasteen opiskelijoihin. Samalla opintotuen toimeenpano annettiin Kelan tehtäväksi. Vuodesta 1979 on maksettu myös opiskelijain ateriatukea, jonka saaja on ruokalaitosminnan järjestäjä. Senkin toimeenpano siirrettiin v. 1994 Kelalle. Koulumatkatukea alettiin maksaa v. 1997 (Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 1999).

2

KANSANELÄKELAITOKSEN OSALLISTUMINEN TERVEYDEN EDISTÄMISEEN JA SAIRAUKSIEN EHKÄISYYN

Kansaneläkelaitoksen toiminta-ajatus kuuluu: “Kela palvelee ihmistä ylläpitämällä ja edistämällä koko väestön terveys-, toimeentulo- ja eläketurvaa sekä itsenäistä selviytymistä”. Tämä sitoutuminen luo hyvän pohjan tarkastella Kelan toiminnan suhdetta terveyden edistämiseen. Kansaneläkeasetuksessa ja sairausvakuutuslaissa on myös velvoite, että laitoksen tulee tehdä selvitystoimintaa kyseessä olevien etuuksien kehittämiseksi. Kyse on laajasta yhteiskunnallisesta Kelalle annetusta vastuusta. Tästä on todettu mm. Kelan v. 1998 laatupalkintokriteerein toteutetussa laadun arvioinnissa kohdassa Yhteiskunnallinen vastuu seuraavasti: “... sosiaaliturvan tehtävänä on lisätä tasa-arvoa ja sosiaalista oikeudenmukaisuutta. Yhteiskunnan kannalta tämä tarkoittaa myös panostamista sosiaaliturvan kustannusten hallintaan. Tältä kannalta sosiaaliturvan tarpeisiin johtavien tapahtumien tai sairauksien ehkäisy on keskeistä; hyötyjänä on koko yhteiskunta, niin kustannusten maksajat kuin vakuutetutkin”.

Kansaneläkelaitos on ollut aktiivisesti mukana mm. eri etuuksiin liittyvän lainsäädännön uudistamistyössä. Työterveyshuollon ja työpaikkojen työkykyä ylläpitävää toimintaa on kehitetty ja mm. työterveyshuollon korvaamista koskeva lainsäädäntö on uudistettu 1990-luvun puolivälissä. Kansaneläkelaitoksen kuntoutusta koskeva laki ja kuntoutusrahalaki tulivat voimaan 1.10.1991. Samanaikaisesti tulivat voimaan laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä sekä eräitä muita kuntoutukseen liittyviä lakeja eri järjestelmissä. Tämän lisäksi sairauspäivärahan myöntämiskäytäntöä ja siihen liittyvää työkyvyn arviointia ja kuntoutusmahdollisuuksien selvittämistä on kehitetty mm. koulutusta lisäämällä.

Kansaneläkelaitoksen hoitamaan sairausvakuutukseen sisältyy terveyden edistämisen näkökulma, sillä vakuutus sisältää monia sairauksien ehkäisyyn tai jopa terveyden edistämiseen liittyviä etuuksia, vaikka varsinainen sairauksien ehkäisyä koskeva toiminta jätettiin alun perin pois korvausten piiristä (Häggman 1997). Toisaalta esimerkiksi vuonna 1987 mietintönsä jättänyt sairausvakuutuksen kehittämistoimikunta ehdotti, että terveyden edistämiseksi tai sairauksien ehkäisemiseksi tehty lääkäri- ja lääkärin määräämät sairauden ehkäisemiseksi tehdyt tutkimus- ja hoitotoimenpiteet otettaisiin sairausvakuutuskorvausten piiriin (Sairausvakuutuksen kehittämistoimikunnan mietintö 1987).

Tässä tekstin osassa käsitellään historiallisen kehityksen näkökulmasta joitakin Kelan vastuulle annettuja etuuksia, joissa on säätämishetkellä tai myöhemmän kehityksen perusteella selvä sairauksien ehkäisyyn tai terveyden edistämisen periaate. Pääsääntöisesti toiminta on lakisäätöistä, jos kohta lainsäädäntö yleensä jättää harkinnan varaa. Tämän luvun lopussa käsitellään myös Kelan oman toiminnan kehittämistä työkyvyn ja terveyden edistämisen suuntaan. Kelan tutkimustoiminta on kohdistunut selvästi sairauksien ehkäisyyn ja terveyden edistämiseen ainakin 1970-luvulta lähtien. Sitä käsitellään kappaleessa 3.

2.1

LAIN KANSANELÄKELAITOKSEN JÄRJESTÄMÄSTÄ KUNTOUTUKSESTA NELJÄNNEN PYKÄLÄN MUKAINEN TOIMINTA (KKL 4 §)

Kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta annetun lain (610/91) 4 § käsittelee muuta kuin lain 2 ja 3 §:n mukaista ammatillista ja lääkinnällistä kuntoutusta. Sen mukaan on tähän tarkoitukseen käytettävä vuosittain vähintään rahamäärä, joka vastaa 4 %:a vakuutettujen sairausvakuutusmaksuina maksamasta määrästä. Suuremmasta määrästä päättää eduskunta vuosittain valtion tulo- ja menoarvion yhteydessä. Rahamäärää voidaan myös käyttää sairauksien ehkäisemiseen sekä kuntoutukseen ja kuntoutusta ja sairauksien ehkäisyä koskevaan tutkimus- ja kehittämistoimintaan sekä tarvittaessa Kansaneläkelaitoksen yhteistoimintasäätöiden piiriin kuuluvien kuntoutuslaitosten ja muiden Kansaneläkelaitoksen vuosittain avustamien laitosten perusparannuksista aiheutuviin menoihin ja näiden laitosten käyttöavustuksiin. Kansaneläkelaitoksen on vuosittain laadittava tarkoitettujen varojen käytöstä suunnitelma, joka koskee kolmea seuraavaa vuotta.

Vuodelle 1999 vahvistettu kokonaismääräraha oli 471 mmk, kun vakuutettujen sairausvakuutusmaksukertymästä 4 % oli 255 mmk. Vuoden 2000 suunnitelman suurimmat KKL 4 §:n mukaiset menoerät olivat tuki- ja liikuntaelinsairaiden kuntoutuslaitoshoito ja kuntoutuskurssit (110 mmk), ASLAK® -toiminta ja työkykyä ylläpitävä ja parantava valmennus (TYKY-toiminta) ja kuntoutustarveselvitykset (135 mmk), eri sairausryhmien kurssit (75 mmk), psykoterapia ja muu psykiatrinen kuntoutus (54 mmk). Vuosille 2000–2002 on kullekin suunnitelmassa varattu vuosittain 15 mmk määräraha sairauksien ehkäisyyn sekä kuntoutusta ja sairauksien ehkäisyä koskevaan tutkimus- ja kehittämistoimintaan.

2.2

KELAN OMA TOIMINTA JA TYÖKYVYN JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Vuoden 1996 eläkeuudistus johti myös Kelassa sekä terveydenhuollon että oman henkilökunnan koulutushankkeisiin (Kansaneläkelaitos 1996; Broms ja Brommels 1999). Kela osallistui lisäksi Työeläkelaitosten liiton koulutus- ja tiedotushankkeeseen. Valtakunnallisesti aloitettiin myös valtakunnan keskushallinnon ja eri sosiaaliturvaa lähellä olevien tahojen yhteistyö, joka jatkuu edelleen.

Työkyvyn edistämistä tukevan asiakaspalvelun ja yhteistyön kehittämisen nimellä toteutettu koulutushanke perustui jo vuonna 1995 Kelan hallituksen tekemään periaatepäätökseen, joka hahmotteli Kelan roolia työkyvyn edistämässä ja Kelan toimenpiteitä v. 1996 eläkemuutosten jälkeen. Koulutushankkeen suunnittelu aloitettiin vuonna 1997. Samana vuonna haastateltiin viiden aluekeskuksen johtajat, ylilääkärit ja lisäksi yksi alueen valitsema toimihenkilö. Koulutushanke toteutettiin vuonna 1998. Hankkeen tavoitteina oli lisätä Kansaneläkelaitoksen paikallistason henkilöstön valmiuksia osallistua työkykyä edistävään asiakaspalvelun ja paikallistason eri toimijoiden yhteistyön kehittämiseen. Koulutus tapahtui nelijaksoisena monimuotokoulutushankkeena. Koulutuksen osana sosiaalipolitiikan käytännön toteuttamista sosiaaliturvalaitoksissa tarkasteltiin myös terveyden edistämisen ja elämänhallinnan viitekehyksestä (esim. Raitasalo 1995). Helsingin yliopiston tutkijat suorittivat hankkeen arvioinnin (Broms ja Brommels 1999). Sen perusteella koulutuksen jaksokohtaiset tavoitteet saavutettiin hyvin. Kolmannen jakson ja neljännen (seuranta)jakson tavoitteet liittyivät paikallistason kehittämishankkeen suunnitteluun. Koulutushanketta

seurasi suunniteltujen paikallistason hankkeiden toteutus vuonna 1999, ns. Yhteistyöllä työkykyä -hanke. Yli 90 hankesuunnitelmaa laadittiin ja niistä melkein kaikki toteutettiin. Hankkeiden toteutusta tuettiin alue-tason koulutuksen avulla. Suunnitelman toteutukseen liittyi myös ta-voitelähtöinen itsearviointi. Kehityshankkeiden raportointi tapahtui vuonna 2000. Vaikka hankkeista osa liittyi varsinaiseen etuustoimin-taan, suuri osa koski paikallista verkottumista muiden paikallistason toimijoiden kuten työterveyshuollon, terveydenhuollon, kuntoutus- ja koulutusorganisaatioiden sekä työvoimatoimiston kanssa. Myös tämä hanke on arvioitu ja siitä on ilmestynyt erillinen raportti (Broms ja Brommels 2001).

2.3

TYÖTERVEYSHUOLTO

Työnantajan työpaikkaterveydenhuoltona järjestämä ehkäisevä työter-veyshuoltotoiminta tuli joiltakin osin sairausvakuutuslain nojalla kor-vattavaksi jo vuonna 1969 (Laine 1984 ja 1997). Kun vuonna 1979 voimaan tullut työterveyshuoltolaki velvoitti työnantajat järjestämään kustannuksellaan ehkäisevän työterveyshuollon palvelut kaikilla työ-paikoilla, sairausvakuutuslain säädöksiä muutettiin siten, että työnan-tajalle tuli lakiin perustuva oikeus saada korvausta kustannuksistaan; tähän asti korvaus – vaikka se perustuikin sairausvakuutuslakiin – oli ollut harkinnanvarainen. Preventionäkökulman keskeisyyttä korosti se, että korvausoikeus ulotettiin koskemaan myös yrittäjien ja maatalous-yrittäjien eläkelain piiriin kuuluvia yrittäjiä, jotka olivat järjestäneet it-selleen ehkäisevän työterveyshuollon palveluja.

Sekä työterveyshuolto- että sairausvakuutuslainsäädännön yhtenä tavoitteena oli työterveyshuollon kattavuuden lisääntyminen: toimin-nan edellytettiin työpaikan sijainnista ja koosta riippumatta ulottuvan kaikkiin työnantajiin ja kaikille toimialoille. Kattavuutta edisti se, että kunnallisille terveyskeskuksille tuli kansanterveyslain nojalla velvoite tuottaa työterveyshuoltopalveluja työnantajille, ja että työnantajan ja yrittäjän oikeus saada korvausta sisälsi myös nämä palvelut.

Ennen työterveyshuoltolain voimaantuloa työterveyshuollon ehkäi-sevät toimet kohdistuivat yksittäisinä toimenpiteinä työntekijään, joten korvausta haettiin ja suoritettiin pääsääntöisesti erillislainsäädäntöön perustuvista terveystarkastuksista (esim. työturvallisuuslaki, terveyden-hoitolaki, nuorten työntekijäin suojelusta annettu laki, naisten yötyös-tä annettu laki, säteilyturvallisuuslaki ym.). Työterveyshuoltolaki pai-

notti työstä ja työpaikan olosuhteista terveydelle aiheutuvien haittojen ja vaarojen ehkäisyä ja velvoitti ulottamaan työterveyshuollon toimet myös työympäristöön. Tätä kautta Kansaneläkelaitoksen suorittaman korvauksen piiriin tulivat myös työhygienian, ergonomian ja psyykkisen työsuojelun asiantuntijakustannukset siltä osin, kuin ne olivat terveydenhuollon ammattihenkilöiden tarpeelliseksi katsomasta toiminnasta aiheutuneita.

Työterveyshuoltolain voimassaoloaikana työperäisten vaarojen ehkäisy sekä työympäristön kehittäminen ja työturvallisuuden parantaminen ovat painottuneet työpaikkojen työterveyshuollon lähtökohtana enenevässä määrin. Kehitys on ollut työpaikkojen kannalta merkityksellinen: työ ja työympäristö ovat tulleet työntekijälle entistä terveellisemmiksi ja turvallisemmiksi. 1980-luvun jälkipuoliskolla työterveyshuollossa alkoi kehitysvaihe, joka on muovannut merkittävästi käsityksiä työelämästä terveyden edistäjänä sekä työterveyshuollon mahdollisuuksista toimia tämän prosessin tukijana ja edistäjänä. Valtioneuvosto hyväksyi vuonna 1989 periaatepäätöksensä ”Työterveyshuollon valtakunnalliset kehittämislinjaukset” -asiakirjan, jossa terveyden edistämisen näkökulma sai merkittävän painoarvon; tavoitteeksi asetettiin kaikkien työntekijöiden terveyden ja toimintakyvyn ja työkyvyn edistäminen sekä vaikutusmahdollisuuksien lisääminen itse kunkin työolojen terveellisyyttä ja mm. psyykkistä työsuojelua koskevissa asioissa.

Tässä asiakirjassa asetettujen tavoitteiden pohjalta on toteutettu useita mittavia kehittämistoimenpiteitä ja hankkeita. Asiakirjassa esitetyt periaatteet johtivat yhdessä työmarkkinajärjestöjen työpaikkojen työkykyä ylläpitävää toimintaa koskevan sopimuksen syntymiseen (ns. TUPO TYKY v.1989) ja siihen, että lakisäätöiseen työterveyshuoltoon sisällytettiin v. 1991 kuntoutuslainsäädännön uudistuksen yhteydessä työterveyshuollolle velvoite toteuttaa työpaikoilla työkykyä ylläpitävää toimintaa ja kuntoutusta koskevaa neuvontaa (TTHL 2 § 1 mom. kohta 6; työterveyshuollon osallistuminen työkykyä ylläpitävään toimintaan työpaikalla).

Vuonna 1992 sosiaali- ja terveysministeriön työterveyshuollon neuvottelukunta määritteli työkykyä ylläpitävän toiminnan olevan kaikkea toimintaa, jolla työnantaja ja työntekijät sekä työpaikan yhteistoimintaorganisaatiot yhteistyössä pyrkivät edistämään ja tukemaan jokaisen työelämässä mukana olevan työ- ja toimintakykyä hänen työuransa kaikissa vaiheissa (Työkykyä ylläpitävä toiminta ja työterveyshuolto 1992). Kannanoton mukaan työkykyä ylläpitävää toimintaa pi-

detään työelämän keinona edistää työssä olevan väestön ja kunkin työntekijän työ- ja toimintakyvyn säilyminen mahdollisimman hyvänä läpi työelämän. Työterveyshuollon tehtäviin kuuluu toimia työpaikan asiantuntijana TYKY-toiminnassa ja neuvoa ja opastaa työpaikkoja toiminnan toteuttamisessa. Työterveyshuollon asiantuntijatoiminnassa lähtökohtana on se, että työterveyshuolto ottaa huomioon ja sisällyttää työkykyä ylläpitävän toiminnan näkökulman omiin toimenpiteisiinsä ja selvityksiinsä. Terveyden edistämisen kannalta TYKY-toiminnan keskeisiä tavoitteita ovat:

- 1) työyhteisöt kykenevät kehittämään omatoimisesti terveyttä ja työkykyä työpaikoilla
- 2) työntekijöiden mahdollisuudet kehittää ja käyttää omia voimavarojaan terveyttä ja työkykyä tukevalla tavalla paranevat.

Vuonna 1995 toteutettiin työterveyshuollon maksu- ja korvausjärjestelmän uudistus, jonka tavoitteina oli edistää ehkäisevää ja terveyttä edistävää työterveyshuoltoa, ohjata toimintaa kohdistumaan työpaikkojen tarpeisiin, parantaa toiminnan tehokkuutta, kattavuutta ja peittävyyttä sekä parantaa palvelujen yhdenmukaisuutta ja tehostaa korvausmenettelyä. Käyttöön tuli kaksi korvausluokkaa: ensimmäiseen (I) kuuluu työterveyshuollon ehkäisevä ja terveyttä edistävä toiminta, ml. työkyvyn ylläpitäminen, toiseen (II) yleislääkäritasoinen, vapaaehtoisesti järjestetty terveydenhuolto ja tarvittavat erikoislääkärikonsultaatiot (Laine 1997). Korvaamista koskevissa säädösmuutoksissa (SVL 782 /1994, VNp 951/1994) selkeästi kantaa työterveyshuollon tehtävään terveyden edistäjänä. Uudistuksen jälkeen kummastakin korvausluokasta maksetaan erillinen korvaus, joka perustuu työntekijäkohtaiseen enimmäismäärään. Tällä menettelyllä haluttiin ohjata työnantajia järjestämään ja tukemaan ehkäisevää, työ- ja toimintakykyä sekä terveyttä edistävää työterveyshuoltotoimintaa.

Vallitsevat työn, työolosuhteiden ja työvoimatarpeen muutokset sekä työntekijöiden muuttuva ikärakenne ovat pitäneet yllä valtakunnallista keskustelua työkyvyn ylläpitämisestä ja tukemisesta sekä terveyden edistämisestä. Sosiaali- ja terveysministeriön työterveyshuollon neuvottelukunta on määritellyt työkykyä ylläpitävän toiminnan uudelleen v. 1999. Määritelmässä korostuu työnantajan ja työntekijöiden sekä työpaikan yhteistoimintaorganisaatioiden suunnitelmallinen ja tavoitteellinen yhteistyö, jonka avulla tuetaan ja edistetään jokaisen työelämässä mukana olevan työ- ja toimintakykyä hänen työuransa kaikissa

vaiheissa. Toiminnan käytännön toimenpiteiden keskeisiä kohteita ovat työn ja työympäristön kehittäminen, työyhteisön ja työorganisaation toimivuuden parantaminen sekä työntekijän terveyden ja ammatillisen osaamisen edistäminen. Toiminnan onnistuminen ja vaikuttavuus edellyttävät yksilö- ja yhteisötason sitoutumista ja aktiivista osallistumista työterveys- ja työsuojelutyönä tehtävään sekä muuhun työpäikällä toteutettavaan työkykyä ylläpitävään ja edistävään toimintaan (Työterveyshuolto ja työkykyä ylläpitävä toiminta 1992; Työterveyshuolto ja työkykyä ylläpitävä toiminta 1999; Seminaariraportti 1999). Muutoksen tavoitteena on ollut parantaa painotusta työyhteisöllisten ja työympäristöllisten toimenpiteiden suuntaan sekä tuoda esiin myös yksilön vastuun työkyvyn ylläpitämisessä.

Vuoden 1995 korvausuudistuksen yhteydessä käynnistyi myös työterveyshuoltolainsäädännön uudistusprosessi. Sen ensi vaiheessa määriteltiin valtioneuvoston päätöksellä ”Hyvä työterveyshuoltokäytäntö”, joka painotti työterveyshuollon terveyttä edistävää roolia (VNp 950/1994). Päätöksen käytännön toimintatapoja ja keinoja on kuvattu yksityiskohtaisemmin sosiaali- ja terveysministeriön päätöksellä (STMP 1348/1994). 1980-luvun lopulla alkanut kehitysprosessi on nyt päätyneessä työterveyshuoltolain kokonaisuudistukseen. Tavoitteena on, että uusi lainsäädäntö tulisi voimaan 1.1.2002. Kela on ollut aktiivisesti mukana lainsäädännön kehittämisessä terveyttä edistävään ja työ- ja toimintakykyä tukevaan suuntaan.

2.4

YLIOPISTO- JA KORKEAKOULUOPISKELIJOIDEN TERVEYDENHUOLTO

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) tehtävänä on toteuttaa korkeakouluopiskelijoiden perusterveydenhuoltoa, johon kuuluvat opiskelijoiden terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon tarpeellinen toiminta, yleis- ja erikoislääkäritasoiset sairaanhoidon palvelut, mielenterveystyö sekä järjestelmällinen hammashuollon periaatteita noudattava suun ja hampaiden tutkimus ja hoito. YTHS:n toiminnan piiriin kuuluu nykyisin noin 150 000 korkeakouluopiskelijaa. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiölle maksettavien korvausten perusteet uusittiin v. 1997. Korvausperusteita uusittaessa pyrittiin ottamaan huomioon opiskelijoiden toimintaympäristön muutokset ja terveydenhuollon yleinen kehitys niin, että esimerkiksi ehkäisevässä terveydenhuollossa on mahdollista kiinnittää huomiota opiskeluympä-

ristön terveellisyteen, opiskelijoiden terveyskäyttäytymiseen sekä mm. nuoruusiän psykososiaaliseen kehitykseen. Tarkoitus on myös vaikuttaa paitsi opiskeluaikaiseen myös opiskelun päättymisen jälkeisen ajan terveyteen ja työkykyyn (Kelan hallituksen päätös 22.8.1997). Uusia perusteita on sovellettu 1.1.1998 alkaen ja niihin sisältyy myös toiminnan seuranta. Päätöksen mukaan tarkoituksena on seurata ja arvioida YTHS:n terveydenhuoltotoiminnan voimavarojen tehokasta ja tuloksellista käyttöä sekä toiminnan jatkuvaa kehittämistä.

YTHS korostaa nykyisin omassa terveyden edistämistyössä ja sairauksien ehkäisyssä yksilön omaa vastuuta terveydestään sekä terveellisten elämäntapojen, hyvän kunnon ja mielenterveyden vaalimista. Tavoitteeksi on asetettu, että opiskelijat näkevät terveet elämäntavat myönteisinä, jokapäiväisen elämän voimavarana. YTHS on määritellyt toiminnalleen terveyden edistämisen strategian (1999), joka kohdistuu terveyden ylläpitämiseen ja edistämiseen, sairauksien ehkäisyyn ja itsehoidon ohjaukseen. Toimenpiteet perustuvat yhteistyöhön opiskelijoiden kanssa niin, että terveyden edistämistyö ei toimi vain ammattihenkilöiden ehdoilla annettuna. Vastaavasti yhteistyö ja vuorovaikutus opiskelijoiden työympäristönä toimivien korkeakoulujen kanssa on oleellinen osa YTHS:n terveyden edistämistyötä. Se, miten paljon YTHS:n toiminnasta ja voimavaroista kohdentuu varsinaiseen sairauksien ehkäisyyn ja terveyden edistämiseen, ei ole tarkasti pääteltävissä, mutta korvausuudistuksen yhteydessä käynnistetty seurantajärjestelmän kehittäminen tulee tuottamaan tietoja ja yhteenvetoja myös tästä näkökulmasta.

2.5

LÄÄKEKORVAUKSET

Sairausvakuutuksen yleisten periaatteiden mukaisesti sairausvakuutusvaroista korvattavat lääkekustannukset ovat pääsääntöisesti koskeneet sairauksien hoitoa, ei sairauksien varaan liittyviä tiloja. Joitakin poikkeuksia kuitenkin on. Osittain poikkeukset liittyvät siihen, että alkuun korvausten kohdentamisessa ja korvausperusteissa nojaututtiin voimakkaasti Ruotsissa ja Norjassa omaksuttuihin käytäntöihin. Toinen syy lienee, että sairausvakuutus perustuu luottamukseen hoitavan lääkärin antamaan tietoon. Tällöin nojataan reseptissä ilmaistuun kanttaan siitä, onko lääke sairauksien hoitoon määrätty vai ei.

Kaikkien erityiskorvattavien lääkkeiden käyttö ei nykykäytännön mukaan edellytä sairautta. Kun verenpainelääkitys tuli erityiskorvatta-

vien sairauksien luokkaan v. 1970, alkuaan ajateltiin korvauksia saavien lukumääräksi 40 000 henkilöä (Tuomi 1979). Jo heti alussa määrä osoittautui huomattavasti suuremmaksi. Eroa ei varsinaisesti tehty sen välillä, oliko kyseessä itsenäinen verenpainetauti vai kohonneet verenpainelukemat, joihin tiedettiin liittyvän kohonnut sydän- ja aivoverenkierron sairauksien vaara. Toinen esimerkki erityiskorvattavista sairauksien vaaratekijöitä vähentävistä lääkkeistä ovat kohonneita seerumin lipidejä alentavat lääkkeet, jotka tietyin kriteerein tulivat korvattaviksi 1980-luvulla. Oletettavaa on myös, että osa peruskorvattavista lääkkeistä määrätään muusta syystä kuin sairauden hoidon vuoksi. Tästä käy esimerkkinä mm. yli 50-vuotiaitten naisten estrogeenilääkitys, jonka kliinisenä määräämispohjana voivat olla vaihdevuosisoireet ja sepelvaltimotaudin tai osteoporoosin vaaran vähentäminen.

Toisenlainen sairauksien ehkäisyyn, nimenomaan lääkehoidon korvattavuuteen, liittyvä esimerkki koskee sairauksien lääkkeettömän hoidon kokeilua ennen kuin erityiskorvaus lääkkeen kustannuksista voidaan myöntää. Tämä tuli koskemaan astman, verenpainetaudin ja oraalisesti hoidettavan diabeteksen lääkitystä v. 1994. Taustana oli vuoden 1993 Lääkekorvaustyöryhmän mietinnössä esitetty kanta (Lääkekorvaustyöryhmän muistio 1993). Lääkkeettömän hoidon kestoksi määrättiin 6 kk. Toistaiseksi on selvittämättä, onko päätöksellä muuta vaikutusta kuin lääkekorvauksen myöhentäminen ko. ajanjaksolla.

2.6

SAIRAUSPÄIVÄRAHA

Sairauspäivärahaan liittyy kolme terveyden edistämiseen kuuluvaa näkökulmaa.

a) mahdollistaa hoidon ja paluun työhön

Sairausvakuutusta koskeneessa hallituksen esityksessä 129 vuodelta 1962 perusteltiin sairauspäivärahojen sisällyttämistä lakiin Kansainvälisen työjärjestön vuonna 1952 antaman sosiaaliturvan järjestämistä koskevan suosituksen nojalla (Hallituksen esitys 129:62; International Labor Organization 1996). Sairauspäivärahoilla voidaan ajatella olevan lähinnä sekundaaripreventiivistä merkitystä: se mahdollistaa sairauden ja siitä toipumisen edellyttämän levon. Sairauspäiväraha on korvausta lyhytaikaisesta työansion menetyksestä. Sitä suoritetaan 16 – 64 -vuotiaalle sairaudesta johtuvan työkyvyttömyyden perusteella (vrt. SVL 364/1963).

Päivärahaan on aina kuulunut ns. omavastuu-aika, jolta etuutta ei makseta. Aluksi se oli muutaman vuoden ajan sairastumispäivää seuraavasta päivästä lukien 14 arkipäivää, mutta muuttui pian seitsemäksi arkipäiväksi. Nykyinen yhdeksän arkipäivän omavastuu-aika on tullut voimaan vuoden 1995 alussa (SVL :n muutos 1501/1994).

Päivärahan määrän perusteita on muutettu useasti. Merkittävin lienee vuoden 1982 alusta voimaan tullut muutos, jossa päivärahasta poistettiin enimmäismäärä, ja se saatiin paremmin vastaamaan ansiotasa. Nykyisin voimassa olevan pääsäännön mukaan sen perusteena on 70 % verotuksessa todettujen työtulojen kolmasosasta 130 000 markan verotuloihin asti, minkä jälkeen osuus asteittain pienenee.

Lainsäädännön kehityksen myötä sairauspäivärahan myöntämisen edellytyksissä on korostunut terveyden edistämisen näkökulma. Lain voimaan tullessa sairauspäivärahaa maksettiin saman sairauden johdosta enintään 300 arkipäivältä. Käytännössä käsite sama sairaus johti moniin erilaisiin ja ristiriitaisiin tulkintoihin ja hankaloitti tilanearviointia määräaikaisen työkyvyttömyyseläkkeen ja sairauspäivärahan kesken. Tilannetta on merkittävästi selkiyttänyt vuonna 1982 voimaan tullut ja edelleen voimassa oleva lain muutos, jossa sairauspäivärahalle on määritelty enimmäissuoritus-aika, 300 arkipäivää. Samalta ajalta päiväraha on myös ensisijainen korvaus työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden. Päivärahaa voidaan myöntää uudelleen vain, jos vakuutettu on ensisijaisuusajan päätyttyä ollut työkykyinen vuoden ajan, tai jos hän sairastuu sellaiseen uuteen sairauteen, jota ei ole ilmennyt em. enimmäissuoritus-aikana. Enimmäissuoritus-aikaan luetaan kaikki päivärahan suorituspäivät sairastumisesta 2 vuotta taaksepäin.

b) sisältää kuntoutustarpeen selvittämiselvöllisyyden

Sairausvakuutuslain mukaan "Työkyvyttömyydellä tarkoitetaan sellaista sairaudesta johtuvaa tilaa, jonka kestäessä vakuutettu on sairauden edelleen jatkuessa kykenemätön tekemään tavallista työtään tai työtä, joka on siihen läheisesti verrattavaa." Käytännössä tämä tarkoittaa, että työkyvyn/työkyvyttömyyden arvioinnissa on aina otettava huomioon vakuutetun työ ja työolosuhteet. Kuntoutuslainsäädännön tultua voimaan (v. 1991) tämä näkökulma on korostunut entisestään päivärahojen myöntämiskäytännössä: Kansaneläkelaitoksen on tarvittaessa selvitettävä vakuutetun kuntoutustarve, viimeistään kuitenkin silloin, kun sairauspäivärahan suorituspäivien lukumäärä ylittää 60. Päivärahamaksun kaudella on erityisen tärkeää jo varhaisessa vaiheessa tunnistaa ne henkilöt, joiden kohdalla aktiiviset työkykyä tukevat toimet tulee käynnistää. Sai-

rausvakuutuslaissa oleva ilmaus "kuitenkin viimeistään" ei tarkoita sitä, että päivärahaa myönnettäisiin automaattisesti 60 päivää ja vasta sitten ryhdyttäisiin selvittämään kuntoutustarvetta. Jos on ennakoitavissa, että työkyvyttömyys tulee jatkumaan pitkäänkin, on jo työkyvyttömyysjakson alkuvaiheessa ryhdyttävä kuntoutustarpeen selvittelyyn.

- c) edellyttää asiakasyhteistyötä, jonka avulla voidaan tukea asiakkaan itsenäistä selviytymistä

Työkyvyn arvioinnissa ja tukitoimien selvittelyssä tarvitaan hyvää ja toimivaa yhteistyötä terveydenhuollon ja muiden eri yhteistyötahojen kanssa; esim. työn järjestelyillä ja työterveyshuollon tukitoimilla voidaan vaikuttaa työkyvyn säilymiseen ja ehkäistä päivärahaikauden pitkittymistä.

Kansaneläkelaitos ilmoittaa edellä jo mainitusta päivärahan ensisijaisuusajan päättymisestä siinä vaiheessa, kun myönnetään päivärahaa ajalle, johon sisältyy päivärahan 150. suorituspäivä. Samassa yhteydessä vakuutetulle tiedotetaan kuntoutusmahdollisuuksista ja asiakas ohjataan tarvittaessa kuntoutukseen esim. asiakaspalvelun yhteistyön kautta. Lähtökohtana on, että niidenkin työntekijöiden osalta, joiden työkyky on sairauksien vuoksi pitkäaikaisemmin heikentynyt, voidaan oikea-aikaisilla ja hyvin suunnitelluilla hoito- ja kuntoutustoimenpiteillä ja myös työpaikkojen omilla TYKY-toimilla työkyky joko palauttaa tai muulla tavoin tukea työkyvyn säilymistä.

Yllä on jo mainittu, että Kansaneläkelaitoksessa käynnistettiin vuosina 1996–1997 kehittämistyö, jonka tavoitteena on parantaa ja lisätä työkyvyn edistämistä tukevaa asiakaspalvelua ja siihen liittyvää paikallista yhteistyötä Kelan palvelutoiminnassa (WHO 1986; Tuori 2000). Vuonna 1998 toteutettua koulutusta, jonka tarkoituksena oli tukea työkykyä edistävää toimintalinjaa Kelassa, seurasi vuonna 1999 Yhteistyöllä työkykyä -hanke, jonka puitteissa koulutukseen osallistuneet jatkoivat omien paikallisten kehittämishankkeiden avulla asiakaspalvelun- ja sidosryhmäyhteistyön kehittämistä työkykyä edistävään suuntaan (Broms ja Brommels 1999; 2001). Ydinajatuksena on kehittää Kelan palvelutoimintaa jatkossa entistä selkeämmin väestön terveyttä ja työkykyä ja itsenäistä selviytymistä tukevaan suuntaan. Ohjelmallinen kehittämistyö jatkuu lähivuosina niin, että toistaiseksi hanketyönä kehitetyt toiminta- ja työmallit omaksutaan osaksi Kelan jokapäiväistä palvelutoimintaa ja paikallista yhteistyötä. Joka tapauksessa terveyden edistämisen näkökulma edellyttää paikallista yhteistyötä, mikä myös mahdollistaa myös muiden toimijoiden työn edesauttamisen.

2.7

HAMMASHOITO

Vuonna 1986 muutettiin sairausvakuutuslakia siten, että nuoret aikuiset, alkuaan vuonna 1960 syntyneet ja sitä nuoremmat, voivat saada korvausta yksityishammaslääkärin antamasta hoidosta ja määräämistä tutkimuksista. Korvaus ei koskenut oikomista, proteettista hoitoa eikä hammasteknisiä kuluja (Tiainen ja Pajunen 1990). Sittenkin ikäryhmää on laajennettu niin, että vuonna 1990 mukaan tulivat jo 1957 ja 1956 syntyneet. Korvausten tasoa alennettiin 90 %:sta 75 %:iin vuonna 1996. Jo vuodesta 1988 korvausten pohjana on ollut suun ja hampaiden tutkimus ja ehkäisevä hoito. Vuonna 1997 tuli voimaan määräaikainen (oli alkuaan voimassa 31.12.1999 saakka, mutta voimassaoloa jatkettiin v. 1999 koskemaan myös vuotta 2000) lainmuutos, joka laajensi oikeuden korvaukseen myös 1955 tai sitä ennen syntyneille, mutta korvattavaa on vain enintään joka kolmas vuosi suoritettava tutkimus ja ehkäisevä hoito. Rintamaveteraanien hammashuollon korvaukset alkoivat v. 1992. Ne koskevat myös proteettiseen hoitoon liittyvää kliinistä työtä. Lipposen II hallituksen ohjelmaan kuuluu laajentaa korvaukset koskemaan pysyvästi koko aikuisväestöä. Edellä kuvattua voidaan tulkita siten, että koko Kelan kustantamaa hammashuoltoa voidaan, veteraanien hammashuolto mukaan lukien, pitää primaaripreventioon tähtäävänä.

2.8

KUNTOUTUS

1970-luvulla Kelan myöntämät kuntoutusetuudet rajoittuivat pääasiassa kuntoutuksesta aiheutuneiden kustannusten korvaamiseen. Sittenkin etuuksiin tuli mukaan lyhytaikaisen kuntoutuksen toimeentuloturva, jossa otettiin huomioon myös lasten ja puolison toimeentuloturva kuntoutuksen aikana.

Vuonna 1991 voimaan tulleen kuntoutuslainsäädännön kokonaisuudistuksen keskeisinä tavoitteina olivat kuntoutuksen oikea ajoitus ja koordinaatio. Uudistukseen kuului kolme Kansaneläkelaitoksen toimintaa koskevaa lakia: laki Kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta (KKL), kuntoutusrahalaki ja laki kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä. Samalla kumottiin kansaneläkelain ja sairausvakuutuslain kuntoutuspykälät. Kansaneläkelaitoksen järjestettäväksi määrättiin vajaakuntoisten ammatillinen kuntoutus ja vaikeavammaisten

lääkinnällinen kuntoutus. Ammatillisen kuntoutuksen uutena muotona tuli toteutettavaksi työkykyä ylläpitävä ja parantava valmennus. Vaikeavammaisten lääkitieteellinen kuntoutus oli laitokselle uusi toiminnan kohde.

KKL:n kuudennessa pykälässä säädetään Kelalle velvoite selvittää tarvittaessa vakuutetun kuntoutustarve viimeistään silloin, kun vakuutettu on saanut sairausvakuutuslain mukaista päivärahaa 60 päivältä.

Kuntoutusrahalaki säättää kuntoutuksen ajan toimeentuloturvasta. Kuntoutusrahaa voidaan myöntää myös laitoksissa tapahtuvan työkyvyn ylläpitämistoiminnan, kuten kuntoremonttikurssien, ajaksi. Vuoden 1991 jälkeen on kuntoutusrahaa koskevaa lakia muutettu lukuisia kertoja.

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä säättää yhteistoiminnasta paikallisella, alueellisella ja keskushallinnon tasolla. Aikaisemmin sairausvakuutuslain 60 §:n toisen momentin mukainen sairausvakuutusmäärärahojen varaaminen sairauksien ehkäisyä ja kuntoutusta tarkoitettavaan toimintaan siirrettiin KKL:n neljänteen pykälään. Tämän mukaisesti Kela voi korvata ja järjestää myös muuta kuntoutusta kuin laissa määrättyä ammatillista ja lääkitieteellistä kuntoutusta. Tähän tarkoitukseen on vuosittain käytettävä vähintään rahamäärä, joka vastaa neljää prosenttia vakuutettujen sairausvakuutusmaksuista. Eduskunta päättää tätä suuremmasta enimmäissummasta vuosittain tulo- ja menoarvion yhteydessä.

Ei liene tarkkaa dokumentaatiota siitä, miten sairauksien ehkäisy ja erityisesti terveystieteellinen ja sittemmin laajemminkin terveyden edistäminen on tullut osaksi Kelan järjestämää kuntoutusta. Joka tapauksessa koko Kelan järjestämä kuntoutus sai varsinaisesti vasta alkunsa sen perusteella, että sairausvakuutukseen tuli lain käsittelyn yhteydessä eduskunnan toimesta 60 pykälän toinen momentti, joka sääti kaksi prosenttia vakuutettujen sairausvakuutusmaksuista käytettäväksi sairauksien ehkäisyä ja kuntoutusta koskevaan toimintaan. Sairauksien ehkäisy ja terveystieteellinen ovat tulleet jo 1980-luvun alussa selvästi osaksi ns. ammatillisesti syvennetyn lääketieteellisen kuntoutuksen (ASLAK) kehittämistä. Toiminta sai alkunsa maatalousyrittäjien kuntoutuskursseista ja sen sisällössä on alusta alkaen ollut sekä ammattiin liittyvä että yleinen sairauksien ehkäisy ja terveystieteellinen. Nykyisin kaikessa muussa Kelan järjestämässä kuntoutuksessa paitsi vaikeavammaisten kuntoutuksessa ja kuntoutustarveselvityksissä ja kuntoutustutkimuksissa on selviä terveyden edistämiseen kuuluvia osia. Erityisesti tämä koskee sairausrhyhmäkohtaisia kuntoutuskursseja.

Terveyden edistämisen näkökulmasta kuntoutusraha antaa mahdollisuuden toteuttaa kuntoutussuunnitelmaa ja päätöksen mukaista kuntoutustoimintaa yksilöiden voimavarojen ja selviytymisedellytysten parantamiseksi. Kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyö luo yhteistyömahdollisuudet paitsi yksilöiden kuntoutusongelmien ratkaisuun myös laajemmin, mikäli paikallistason toimijoilla on tällaiseen tahtoa. Lainsäädännön mukaan kuntoutusyhteistyön edellytetään ulottuvan myös työpaikoille ja niiden työterveyshuoltoihin. Lisäksi kuntoutuksen oletetaan olevan luontainen osa työpaikkojen TYKY-toiminnan tukea ja edistämistä.

2.9

ÄITIYSRAHAT, MUUT LAPSEN SYNTYMÄÄN LIITTYVÄT ETUUDET JA PÄIVÄRAHAT

Sairausvakuutusta koskeneessa hallituksen esityksessä 129 vuodelta 1962 perusteltiin sekä sairauspäivärahojen että äitiyspäivärahojen sisällyttämistä lakiin Kansainvälisen työjärjestön vuonna 1952 antaman, sosiaaliturvan järjestämistä koskevan suosituksen nojalla. Sairauspäivärahoilla voidaan ajatella olevan lähinnä sekundaaripreventiivistä merkitystä: ne mahdollistavat sairauden ja siitä toipumisen edellyttämän levon. Esitysteksti antaa myös äitiyspäivärahojen maksamiseen samanlaisen perusteen: äiti voi saada paremmat edellytykset hoitaa omia ja lapsensa sairauksia. (Hallituksen esitys 129:62; International Labor Organization 1996.)

Tänä päivänä äitiys- ja vanhempainpäivärahoja lapsen syntymän tai adoption yhteydessä, äitiysavustusta ja äitiyspakkausta pidetään luonteeltaan selvästi preventiivisinä: tavoitteena on perheen hyvinvointi lapsen syntymän jälkeen. Äitiysavustuksen tai -pakkauksen saamisen oikeus on naisella, jonka raskaus on kestänyt 154 päivää ja joka on käynyt terveystarkastuksessa ennen neljännen raskauskuukauden päättymistä. Lisäksi sairausvakuutuslain mukaan synnyttäjän on käytävä synnytyksen jälkeen jälkitarkastuksessa aikaisintaan viisi ja viimeistään 12 viikkoa synnytyksen jälkeen, muutoin hänellä ei ole oikeutta vanhempainrahaan eikä isällä isyysrahaan. Tällä perusteella sairausvakuutusasetuksessa säädetään, että tarkastuksessa on selvitettävä äidin terveydentila ja mahdolliset synnytysvauriot (Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 1999). Näidenkin säädösten taustalla ovat selvästi preventiiviset ajatukset.

Erityisäitiysraha, jonka tavoitteena on estää äidin haitallinen altistuminen työn vaaratekijöille raskauden aikana, on jo säätämisperusteidensa mukaisesti tarkoitettu ehkäisemään työstä aiheutuvia vaaroja. Vaikka asia oli ollut vireillä jo 1980-luvun alkupuolella, ensimmäisen kerran laki tuli voimaan vasta 1991 (Työympäristön haittavaikutukset lisääntymisterveyteen 1983). Sairausvakuutuslain mukaan raskaana olevalle suoritetaan erityisäitiysrahaa, jos hänen työhönsä tai työpaikkansa olosuhteisiin liittyvän kemiallisen aineen, säteilyn tai tarttuvan taudin arvioidaan aiheuttavan sikiön kehitykselle tai raskaudelle vaaraa. Edellytyksenä on, että vakuutetulle ei voida järjestää muuta työtä ja vakuutettu joutuu olemaan pois työstä. Erityisäitiysrahaa suoritetaan enintään äitiysrahaoikeuden alkamiseen saakka.

3

KELAN TUTKIMUS- JA KEHITYSTOIMINTA

Kansaneläkelaitoksen tutkimustoiminnan pohjan loi laitoksen hallituksen v. 1963 asettama toimikunta, joka sai tehtäväkseen ehdottaa, miten sosiaalipoliittinen tutkimustyö laitoksessa olisi järjestettävä (Tutkimustyötoimikunnan osamietintö II 1964). Toimikunta totesi selkeästi Kelan yhteiskunnallisen tehtävän kaksinaisuuden: toisaalta laitos panna toimeen tehtävät, joita eduskunta sille antaa, toisaalta sen tulee tehdä ehdotuksia sosiaaliturvajärjestelmien kehittämiseksi. Toimikunta arvioi tehtävänsä tarkoittavan sosiaaliturvakysymyksiin liittyvää tutkimusta, jonka tulee tukea päätöksentekoa ja lähtee päätöksenteon kannalta priorisoiduista tavoitteista ja ongelmista. Kansaneläkelaitos perusti tutkimustoimistonsa pääjohtajan alaisuuteen vuonna 1964, juuri ennen kuin sairausvakuutuslaki tuli voimaan. Perustetun toimiston päätutkimuskohteeksi muodostuivat alkuun sairausvakuutuslakiin liittyen väestön terveysturvatarpeet, joiden selvittämiseksi on haastateltu suuria väestönäytteitä vuosina 1963, 1967, 1976, 1987 ja 1995/1996 (Arinen, Häkkinen, Klaukka, Klavus, Lehtonen ja Aro 1998). Toimiston nimi muutettiin vuonna 1967 Sosiaaliturvan tutkimuslaitokseksi.

Vuonna 1965 perustettiin Kansaneläkelaitoksen Autoklinikka, samaten perustuen laitoksen hallituksen asettaman työryhmän ehdotukseen (Työryhmämuistio 1965). Klinikatoiminnan tarkoituksena oli arvioida suomalaisten terveyttä ja tarvetta sairauksien seulontaan. Se toimi alkuaan osana sairausvakuutusosastoa.

Kelan varsinaisen toisen tutkimuslaitoksen perustana oli Kelan hallituksen v. 1964 asettama toimikunta, joka arvioi Kelan kuntoutustoimintaa ja sen kehittämistä (Kansaneläkelaitoksen kuntoutumistoimikunnan mietintö 1966; Kalimo). Toimikunnan ehdotuksen mukaisesti ruvettiin sairausvakuutuslain 60 §:n 2. momentin perusteella varaan varoja kuntoutuskeskuksen perustamiseen. Kun laitoksen suunnittelu eteni, todettiin, että laitoksen tehtäväksi tulisi kuntoutustutkimukset ja työkyvyn määritykset, mutta myös kuntoutusta koskeva

kokeilutoiminta ja voimavarojen niin salliessa myös sairaanhoitovakuutukseen liittyen sairauksien ehkäisyä koskeva tutkimus. Laitos sai nimen Kansaneläkelaitoksen kuntoutustutkimuskeskus ja se aloitti toimintansa v. 1972. Laitos toimi 1970-luvulla myös Turun yliopiston kuntoutusopin laitoksena. Kelan Autoklinikka liitettiin siihen vuoden 1973 alusta, mikä selvästi korosti laitoksen tutkimuksen painotusta sairauksien ehkäisyyn.

Vuonna 1992 yhdistettiin Sosiaaliturvan tutkimuslaitos ja Kuntoutustutkimuskeskuksen tutkimustoiminta Kelan tutkimus- ja kehitysyksiköksi, joka on Kelan hallinto-osaston yhteydessä toimiva tulosityksikkö. Siihen liitettiin tietopalveluryhmänä myös Helsingissä ja Turussa toimineet Kelan kirjastot. Kuntoutuksen palvelutoiminta Kuntoutustutkimuskeskuksesta muodostaa 1992 alkaen Kuntoutuksen palveluyksikön, joka toimii tulosityksikkönä Kelan terveys- ja toimeentuloturvaosastossa.

Vuonna 1995 siirtyi epidemiologiaa tutkinut tutkijaryhmä tutkimus- ja kehitysyksikön Helsingissä toimivasta tutkimusryhmästä Kansanterveyslaitokseen, jossa se muodostaa terveys- ja toimintakykyosaston. Siirto rahoitettiin Kansanterveyslaitoksen ja Kelan yhteistyösopimuksen avulla. Vuonna 1998 siirrettiin noin 40 henkilöä Kuntoutuksen palveluyksiköstä tutkimus- ja kehitysyksikköön. Ryhmään kuului kuntoutuksen ammattilaisia, laboratoriot ja röntgen ja niiden henkilökunta sekä joitakin toimistosiheteireitä.

Vuoden 2001 alussa oli terveysturvan alueella työtään tekeviä henkilöitä Tutkimus- ja kehitysyksikön noin 114 toimihenkilöstä 70. Heistä toimii Helsingissä henkilövuosina laskien noin 70 ns. terveysturvan tutkimuksen alueella. Kuntoutuksen ammattilaisten siirtyminen Turussa toimivaan ryhmään on selvästi muuttanut toiminnan orientaatiota kuntoutuksen ja laajemmin terveysturvan tutkimus- ja kehityshankkeissa. Laboratoriot toiminta osana ryhmää on myös yksi tutkimuksen reunaehto. Ryhmällä on yhteistyöhankkeita sekä kotimaisten että ulkomaisten tutkimuslaitosten kanssa. Ryhmä toimii myös WHO:n yhteistyökeskuksena.

Kelassa varsinaiset toiminnan ja etuuksien tai hallinnon kehityshankkeet ovat pääsääntöisesti asianomaisen osaston tehtävää. Toisaalta tietoyhteiskunnan edellytysten mukaisesti tutkimustyön tulosten hyödyksi käyttöä kehittämistyössä on edistetty aktiivisesti. Pääasiallisesti tehtävillä tutkimushankkeilla pitää olla hyödynnettävyyttä Kelan ja sosiaaliturvan kehittämässä ja toisaalta minkä tahansa kehittämis-tehtävän pitäisi olla tieteellisesti perusteltujen arviointien kohteena.

Tutkimus- ja kehitysyksikön tutkimusstrategia on määritelty vuosille 1999–2002 (Tutkimuksen suunnat 1999–2002). Tutkimus- ja kehitysyksikössä on meneillään noin 50 terveysturvaan liittyvää tutkimushanketta. Suuressa osassa niitä on myös sairauksien ehkäisyä ja terveyden edistämistä koskevia elementtejä. Tutkimuksen rahoitus on pääasiassa tapahtunut osana Kelan hallintomenojen rahoitusta.

Uudessa Kelan hallintoa koskevassa laissa tutkimustoiminta on yksi Kelalle määritelty tehtävä (HE 10/2001). Tämä antaa Kelan tutkimukselle entistä vankemman taustan, jos kohta aikaisemminkin kansaneläke- ja sairausvakuutuslaidot ovat velvoittaneet laitoksen selvittämään etuuksien kehittämistarpeita.

KELAN TILASTOT

Kelan tilastotoiminnan kehitystä ennen sairausvakuutuskautta ei ole tarkoin dokumentoitu. Joka tapauksessa vuosikertomuksiin alettiin ottaa tilastollisia tietoja 1940-luvun loppupuolella. Laitoksen siirtyminen tietokoneen käyttöön 1962 teki systemaattisemman tilastoinnin mahdolliseksi kohtuuajassa. Sairausvakuutukseen liittyvään tilastoinnin tarpeeseen ja tilastoinnin järjestämiseen otti kantaa em. Kansaeläkelaitoksen tutkimustyötoimikunta (Tutkimustyötoimikunnan osamietintö I 1964). Nykyisin Kela vastaa kaikkien hoitamiensa etuuksien tilastoinnista. Kela huolehtii näin ollen säädöksiin perustuen omalta osaltaan tilastotuotannosta osana yhteiskunnallista tietohuoltoa (Hytti 1998).

Tilastoinnin perusaineisto syntyy eri etuuksia haettaessa, ratkaistaessa ja maksettaessa. Yksilötason perusaineistosta muokataan etuuskohtaiset henkilötunnuspohjaiset tilastointitiedostot, joista varsinaiset tilastot tuotetaan. Hallinnollisten aineistojen käyttöön liittyvät etuuslainsäädännön muutokset johtavat muutoksiin tilastoissa.

Tilastot ovat käytettävissä etuuksittain tilastojulkaisuina, tilastotietokantoina ja tilastolistoina. Tilastoaineistosta tehdään myös tilastotutkimuksia, erilaisia selvityksiä sekä tilastotietopalvelutehtäviä. Tilastoaineistot perustuvat hallinnollisiin kokonaisaineistoihin ja otanta-aineistoja käytetään vain harvoin. Tilastotuotannossa on käytössä soveltuvin osin Suomen virallisen tilaston laatukriteeristö.

Tilastoinnin kehittämistyössä on lisätty Internetin hyväksikäyttöä tiedon välityksessä tilastojen käyttäjille. Niin ikään on lisätty aineiston analysointia sekä aineistojen laadun arviointia (Kelan tilastopoliittinen ohjelma 1997). Etuuksia koskevia tilastoaineistoja käytetään myös tutkimushankkeissa (Hytti 1998). Keskeisiä osa-alueita ovat toimeentuloturvaan ja sairauteen liittyvät etuudet ja niitä koskevat aineistot.

Sairauteen perustuvia etuuksia, joita voidaan käyttää henkilön terveydentilan tai elämäntilanteen tarkasteluun tilastoaineistojen avulla ovat Kelan etuuksissa työkyvyttömyyseläkkeet, sairausvakuutuksen päivärahat, vammaisetuudet, oikeudet erityiskorvattaviin lääkkeisiin, kuntoutus ja erityishoitoraha. Kaikissa näissä etuuksissa edellytetään

lääketieteellisesti määriteltyä vikaa tai vammaa. Toimeentuloturvaan liittyviä keskeisiä etuuksia ovat eläkkeet, työttömyysajan perusturva, asumistuet, lapsilisät, pienten lasten hoidon tuki sekä opintotuki.

5

YHTEISTYÖ MUIDEN VAKUUTUSTAHOJEN JA MUIDEN SOSIAALITURVAN ALUEELLA TOIMIVIEN TAHOJEN KANSSA

Vaikka Kela on hallinto-oikeudellisesti varsin itsenäinen laitos, sillä on sekä sille annettujen tehtävien johtamisen, kehittämisen ja suunnittelun että niiden käytännön toimeenpanon osalta laaja yhteistoimintaverkosto sosiaalivakuutuksen alalla. Laitos toimii virallisissa suhteissa kuuden ministeriön ja usein myös useiden niiden osastojen kanssa. Se toimii eduskunnan asettamien valtuutettujen valvonnassa. Sen vastuulla oleviin etuuksiin liittyen sillä on yhteiskunnan eri tahoista koostuvat neuvottelukunnat. Sellaisten etuuksien kuin eläkevakuutuksen, sairausvakuutuksen, kuntoutuksen, työttömyysvakuutuksen ja opiskeluun liittyvien erilaisten toimeentulotukien osalta tarpeen ovat sekä keskuhallinnon että paikallistason yhteydet. Myös sellaisten vakuutusmuotojen, joissa Kelan vastuulla oleva sosiaalivakuutus on toissijainen (esim. sairausvakuutus, eläkevakuutus, kuntoutus), paikallistasolle on ollut välttämätöntä luoda yhteysverkot.

Uutena haasteena on työkyvyttömyysriskin ehkäisyn ja väestön ikääntymiseen liittyvien hoidon ja hoivan tarpeen hallinta, jonka vuoksi sekä keskuhallinnon tason että paikallistason yhteistoiminnan on välttämättä kohennettava entisestään. Paikallistasolla tämä tarkoittaa, että sosiaaliturvaa kehitettäessä paikallistasolle luotujen ehkäisevien, hoitavien, työllistävien, kouluttavien ja ihmisten hyvinvointia parantavien eri toimijoiden palvelujen pitää kehittyä saumattomiksi ihmisten terveyden edistämistehtävää sujuvasti tekevien toimijoiden verkostoiksi.

Eduskunnassa oleva lakiehdotus muuttaa Kelan hallintoa. Oletettavasti yhteistyö muiden toimijoiden kanssa voi korostua uuden lain tultua voimaan.

6

KANSAINVÄLINEN YHTEISTYÖ

Kela on ollut useiden muiden suomalaisten vakuutustahojen kanssa Kansainvälisen sosiaaliturvajärjestön ISSA:n jäsen. Kela on ollut jäsenenä vuodesta 1954. Se on hoitanut useita huomattavia järjestön toimintaan liittyviä luottamustehtäviä. Erityisesti Kelan tutkimus- ja kehitysyksikkö on ollut pitkään ja monipuolisesti yhteistyössä ISSA:n kanssa. Vuonna 1994 Kela ja ISSA:n muut suomalaiset jäsenet järjestivät Helsingissä kansainvälisen asiantuntijakokouksen, jonka pääteemana oli ehkäisevä sosiaalipoliittika. Syksyllä 2000 pidettiin Helsingissä järjestön Euroopan alueen tutkimuskokousta, jonka pääteemana on “Social security in the global village”. Kelan edustajat ovat toimineet pitkään myös Rehabilitation International -järjestön eri luottamustehtävissä. Yhteistoiminta pohjoismaisten sosiaalivakuutuslaitosten kanssa on ollut samoin monipuolista. EU-tason sosiaalivakuutuslaitosten yhteistoimintaa varten Kela osallistuu myös ESIP (European Social Insurance Partners) -järjestön yhteistyöhön.

Kelan tutkimus- ja kehitysyksikkö on myös Kansainvälisen terveyden edistämisen ja terveystieteiden liiton jäsen. Yksikön terveysturvan tutkimusryhmä on toista nelivuotiskautta Maailman terveysjärjestön yhteistyökeskuksena, jossa tehtävässä se on ollut perustamassa ja johtamassa eurooppalaista sosiaalivakuutuslaitosten verkostoa työpaikan terveyden edistämistä varten. Ryhmään kuuluu tällä hetkellä edustajat 13 Euroopan maasta. Verkosto on perustamassa tiedotuslehteä ja toiminnasta tiedottavia www-sivuja. Verkoston kansallisten jäsenten on edellytetty edistävän sosiaalivakuutuslaitosten verkottumista omassa maassaan. Kansainvälisellä tasolla sen on tarkoitus verkottua WHO:n, ISSA:n, Kansainvälisen työtoimiston, Terveyden edistämisen ja kasvatuksen kansainvälisen liiton sekä Euroopan komission kanssa.

LÄHTEET

- Airaksinen M. Kansaneläkelaki ja sairausvakuutuslaki Kansaneläkelaitoksen kuntoutustoiminnan perustana. Teoksessa: Eskman M, Kananoja A, Pulkkinen T, Ranta-Knuutila JJ, Rinne HJ, Savola M, Vatanen K, toim. Käytäntö ja kehittäminen. Kuntoutusjohtaja Veikko Niemelle 60-vuotispäivän 15.3.1982 johdosta omistettu juhlakirja. Helsinki: Liikekirjapaino Oy, 1982: 63-68.
- Arinen S, Häkkinen U, Klaukka T, Klavus J, Lehtonen R, Aro S. Suomalaisen terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveystutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. Helsinki: Stakes, Kansaneläkelaitos, 1998. 123 s. + 4 liitettä.
- Broms U. ja Brommels M. Etuuksien etsimisestä työkyvyn tukemiseen. Työkyvyn edistämistä tukevan asiakaspalvelun ja yhteistyön kehittäminen Kansaneläkelaitoksessa. Koulutushankkeen arviointiraportti. Helsinki: Helsingin yliopisto, Kansanterveystieteen julkaisuja M:167,1999, 46 s. + 5 liitettä.
- Broms U. ja Brommels M. Haaste, hanke ja yhteistyön henki. Kansaneläkelaitoksen Yhteistyöllä työkykyä -hankkeen arviointi. Helsinki: Helsingin yliopisto, Kansanterveystieteen laitoksen julkaisuja M: 176, 2001. 103 s + 8 liitettä.
- Fredriksson A. Kansaneläkelaitoksen kuntoutustoiminnan kehitys. Sosiaalivakuutus 6/1979: 170-173.
- Hallituksen esitys 129:62.
- HE 10/2001. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi Kansaneläkelaitoksesta sekä laeiksi kansaneläkelain ja sairausvakuutuslain muuttamisesta.
- International Labour Organization. International Labour Conventions and Recommendations 1952–1976. Convention No. 102. Convention Concerning Minimum Standards of Social Security. Geneva, 1996: 9-35.
- Hytti H. Kansaneläkelaitoksen rekisterien käyttö väestö- ja terveystutkimuksessa. Julkaisussa: Valkonen T, Koskinen S, Martelin T, toim. Rekisteriaineistot yhteiskunta- ja terveystutkimuksessa. Helsinki: Gaudeamus Oy, 1998: 111-127.
- Häggman K. Suurten muutosten Suomessa. Kansaneläkelaitos 1937–1997. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 1997. 309 s. + liitteet.
- Kansaneläkelaitoksen kuntouttamistoimikunnan mietintö, 1966. 26 s. + 3 liitettä.

- Kalimo E. TKY:n missio ja yhteisvastuu – eilen, tänään ja huomenna. 35-vuotisjuhlapuhe. <http://fikenw02.kela.fi/osastot/tky/intranet/tykuutiset/juhlapuhe.html>.
- Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 1999. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T1:35, 2000.
- Kansaneläkelaitos. Työkyvyn arviointi- ja ylläpitoseminaari. Seminaarimoniste. Kansaneläkelaitos, kevät 1996. 58 s.
- Kelan tilastopoliittinen ohjelma. Aktuaari- ja tilastolinja v. 1997. (moniste).
- Laine A. Sairausvakuutus työterveyshuollon kehittäjänä ja toteuttajana. Toim. Anonyymi. Seminaari: Julkinen sairaanhoitovakuutus. Helsinki: Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 22, 1997: 66-78.
- Laine A. Työterveyshuolto sairausvakuutuksessa. Sosiaalivakuutus 8/1984: 203-208.
- Lääkekorvaustyöryhmän muistio 1993. Sosiaali- ja terveysministeriö. Muistio 1993:13. 39 s. + liite.
- Morri P. Julkinen sairaanhoitovakuutus osana terveydenhuollon rahoitusta. Toim. Anonyymi. Seminaari: Julkinen sairaanhoitovakuutus. Helsinki: Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 22, 1997: 13-21.
- Niemelä P. ja Ruotsalainen S. Suomalaisen eläketurvan sosiaalipoliittiset perusteet. Tutkimus sosiaalipoliittisista perusnäkökymyksistä Suomessa. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:20, 1983: 221.
- Raitasalo R. Elämänhallinta sosiaalipoliitiikan tavoitteena. Helsinki: Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 1, 1995. 113 s.
- Rinne HJ. Kansaneläkelaitoksen kuntoutustoiminnan kehittäminen. Sosiaalivakuutus 9-10/1977: 259-262.
- Sairausvakuutuksen kehittämistoimikunnan mietintö. Sosiaali- ja terveysministeriö. Komiteamietintö 1987: 34. 134 s.+ 9 liitettä.
- Tiainen L. ja Pajunen R. Nuorten hammashoitokorvaukset Kelan kautta. Sosiaalivakuutus 5/1990: 119-124.
- Tuomi E. Ilmaisilääkeoikeuden myöntäminen verenpainetaudissa. Suomen Lääkärilehti 1979; 33: 575-576.
- Tuori K. Sosiaalioikeus. Porvoo: Werner Söderström Lakitieto Oy, 2000.

- Tutkimuksen suunnat 1999 – 2002. Tutkittua sosiaali- ja terveysturvaa riskien yhteiskunnassa. Kelan tutkimus- ja kehitysyksikkö. 12 s.
- Tutkimustyötoimikunnan osamietintö I. Sairausvakuutusjärjestelmän tilastointi, Helsinki, 1964. 16 s. + 2 liitettä.
- Tutkimustyötoimikunnan osamietintö II. Sosiaalipoliittisen tutkimuksen kehittämisestä Kansaneläkelaitoksessa. Helsinki, 1964, 30 s.
- Työkykyä ylläpitävä toiminta ja työterveyshuolto. Sosiaali- ja terveysministeriö, työterveyshuollon neuvottelukunta 26.11.1992.
- Työryhmämuistio 3.2.1965. Autoklinikkatoiminnan aloittaminen. 5 s.
- Työterveyshuolto ja työkykyä ylläpitävä toiminta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1992:15, ss.142-152; Sosiaali- ja terveysministeriön työterveyshuollon neuvottelukunta 31.8.1999. Työterveyshuolto ja työpaikkojen työkykyä ylläpitävä toiminta. Lisäys kannanottoon 26.11.1992: Työterveyshuolto ja työkykyä ylläpitävä toiminta. Julkaisussa: Peltomäki K, Husman K, Järvisalo J, Laine A, Lamberg ME, toim. 10 vuotta TYKY-toimintaa: työkykyä ylläpitävä toiminta uudistuu; Seminaariraportti, Turku 3.-4.12.1998. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Työterveyslaitos, Kansaneläkelaitos, 1999: 158-165.
- Työympäristön häiritsevät vaikutukset lisääntymis- ja terveyteen. Työympäristön jälkeläisriskit -työryhmän muistio: Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio 1983:XXX. Helsinki, 1983. 59 s.
- WHO. Ottawa Charter, 1986.

D

VAKUUTUSALAN LIKENNETURVALLISUUSTYÖ

Liikennevakuutuskeskus

Vakuutusyhtiöiden liikenneturvallisustoimikunta (VALT)

Lasse Hantula

SISÄLLYS

1	TAUSTAA	85
2	ORGANISAATIO, TOIMINTAMUODOT JA KUSTANNUKSET	87
3	LIIKENNEVAHINKOJEN TUTKIJALAUTAKUNTATYÖ	89
3.1	Tutkimusmenetelmä	89
3.2	Onnettomuusaineisto ja käyttöluja	91
3.3	Tietojen käyttö ja esimerkkejä	92
4	LIIKENNEVAKUUTUKSEN VAHINKOTIEDOT	96
4.1	Vakuutusyhtiöille ilmoitetut liikennevahingot	96
4.2	Tietojen tuottaminen vakuutusyhtiöiden korvaamista	96
4.3	Onnettomuustiedosto ja käyttäjälupa	97
4.4	Aineiston peittävyys ja edustavuus	97
4.5	Tietojen käyttö ja esimerkkejä	98
4.6	Automallien turvallisuustutkimus	98
4.7	Tiedostojen muu käyttö	99
5	VAKUUTUKSELLISET KEINOT LIIKENNETURVALLISUUS- TYÖSSÄ	100
5.1	Pohjoismainen tutkimussarja	100
5.2	OECD: toimia	102
5.3	Nykytilanne	103
6	YKSITTÄISTEN VAKUUTUSYHTIÖIDEN LIIKENNE- TURVALLISUUSTYÖ	104
7	YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	106
84	LÄHTEET	107

1

TAUSTAA

Liikennevahingot muodostavat Suomessa vakavan kansalaisten terveyteen ja omaisuuteen kohdistuvan uhkatekijän. Liikennevahinkoja on ilmoitettu vakuutusyhtiöille viime vuosina noin 100 000. Henkilövahinkokorvausta on maksettu vuosittain noin 15 000:sta vammautumisesta tai kuolemasta. Liikennekuolemia on noin 400 vuodessa ja pysyvästi vammautuneita lähes saman verran. Läheskään kaikkia pienempiä vahinkoja ja vammautumisia ei ilmoiteta vakuutusyhtiöille ja tilastoista puuttuvat kymmenet tuhannet pyöräilijöiden ja jalankulkijoiden kaatumiset ja lääkarissäkäynnit vuosittain.

Liikennevakuutuksesta korvataan eräin poikkeuksin kaikki henkilövahingot ja syyttömän osapuolen omaisuusvahingot sekä maksetaan valtiolle vakuutusmaksuvero ja liikennepotilaiden hoitokustannuksia vastaava sairaanhoitomaksu. Tämä laaja korvaussuoja ja yhteiskunnallinen kustannusvastuu tuntuvat liikennevakuutusmaksuissa, joiden kehityksestä ala on osaltaan vastuussa.

Liikennevakuutusyhtiöt ovat osallistuneet Suomen liikenneturvallisuustyöhön vuodesta 1929, jolloin perustettiin liikennekultuurikomitea. Yhtiöt tukivat sen toimintaa eri muodoissa vuoteen 1938 saakka, jolloin muodostettiin Tapatorjuntayhdistyksen liikenneturvallisuusjaosto eli Talja. Vakuutusala osallistui Taljan perustamiseen ja on ollut aktiivisesti mukana toiminnassa (Karppinen 1975).

Vakuutusyhtiöiden aloitteesta luotiin vuonna 1951 järjestelmä, joka mahdollisti liikenneturvallisuusmaksun sisällyttämisen liikennevakuutusmaksuihin. Tämä maksu annettiin aluksi Taljan ja sittemmin sen seuraajan Liikenneturvan käyttöön valtakunnallista liikenneturvallisuustyötä varten. Nykyisin myös Liikennevakuutuskeskuksen (LVK) liikenneturvallisuustyön kustannukset määrätään tämän lainkohdan perusteella (liikennevakuutuslaki 18 a §). Keskuksen liikenneturvallisuustyö perustuu 17 §:n perusteella annettuihin LVK:n sääntöihin.

Eduskunta hyväksyi 21.11.2000 lain tie- ja maastoliikenneonnettomuuksien tutkinnasta (N:o 24/2001, annettu 19.1.2001) LVK:n ylläpitämälle onnettomuuksien tutkijalautakuntatyölle. Laki tulee voimaan 1.10.2001. Rahoitus on tarkoitus kattaa nykyiseen tapaan liikennevakuutusmaksuista ja osallistuvat tahot vastaavat käytetystä työajasta.

Yksityisten yhtiöiden liikenneturvallisuustyö suurasiakkaiden keskuudessa alkoi jo 1950-luvulla. Nykyään suurimmilla yhtiöillä on päätoimisia liikenneturvallisuuspäälliköitä ja vakuutuksenottajien edustajista muodostettuja neuvottelukuntia.

Vakuutusalan yhteinen, LVK:ssa hoidettu liikenneturvallisuustyö aloitettiin vuoden 1967 alusta, jolloin perustettiin Liikenneturvallisuus-toimikunta, sittemmin Vakuutusyhtiöiden liikenneturvallisuustoimikunta (VALT), ja sille osoitettiin varoja liikenneturvallisuustyötä varten.

Lähtökohtana oli liikennevahinkotietoihin perustuva, systemaattinen liikenneturvallisuustyö eli alalle kerääntyvä erityistietämys. Liikennevahingoista saatavien tietojen keräämiseksi otettiin jo vuonna 1966 käyttöön yhteinen vahinkoilmoituslomake ja tutkijalautakuntien perustamiseksi koeluonteisesti käynnistettiin neuvotteluja. Osallistuminen liikenneturvallisuustyöhön sopi erittäin hyvin vakuutusosalalle, saihan se laajemmin tietoja liikennevahingoista ja yhteinen osallistuminen loi luotettavuutta toiminnalle.

Yhteispohjoismaisena vakuutusalan yhteistyönä on tutkittu yliopistojen ja korkeakoulujen kanssa myös vakuutuksellisia keinoja liikenneturvallisuustyössä. Jäljempänä käsitellään näitä eri toiminta-alueita yksityiskohtaisemmin.

2

ORGANISAATIO, TOIMINTAMUODOT JA KUSTANNUKSET

Yhteistä liikenneturvallisuustyötä ohjaa ja valvoo LVK:n hallituksen asettama Vakuutusyhtiöiden liikenneturvallisuustoimikunta (VALT) ja päätösten toteuttaja on LVK:n liikenneturvallisuusyksikkö. Liikenneonnettomuuksien tutkimiseksi on LVK perustanut 21 tutkijalautakuntaa, joiden toimialue käsittää koko maan. Yhteistyötä varten, erityisesti tutkijalautakuntatyön hoitamiseksi, kuuluu organisaatioon viranomaisen ja järjestöjen edustajista koottu VALT-neuvottelukunta ja korkean tason tutkijoista koottu VALT:n tieteellinen ryhmä sekä yksittäisten hankkeiden johtoryhmiä.

Uuden lain myötä asettaa liikenne- ja viestintäministeriö liikenneonnettomuuksien tutkinnan neuvottelukunnan osallistuvien tahojen yhteistyöelimeksi ohjaamaan tutkintatoimintaa. Se myös korvanee VALT-neuvottelukunnan ja asettaa tulevaisuudessa tutkijalautakunnat. Neuvottelukunta ja tutkijalautakunnat toimivat keskuksen yhteydessä.

Lisäksi yhtiöt toimittavat vahinkokohtaisia tietoja korvatuista liikennevahingoista sekä summatiedot ilmoitetuista vahingoista VALT:n käyttöön.

Onnettomuustiedoista valmistetaan vuosiraportteja ja aineistot annetaan veloitusetta viranomaisten ja tutkijoiden käyttöön. Tulosten perusteella tehdään ehdotuksia ja aloitteita turvallisuuden parantamiseksi, tietoja käytetään lausunnoissa ja työryhmissä sekä muussa yhteistoiminnassa kansallisesti ja kansainvälisesti. Raportit ja ehdotukset julkistetaan ja onnettomuustietoja käytetään koulutukseen, valvontaan ja tien ja ympäristön parannuksiin sekä tiedotukseen. Tutkijalautakuntien jäseniä kannustetaan käyttämään tietoja omassa turvallisuustyössään (mm. tiedotuksessa, valvonnassa ja paikallisissa parannuksissa) ja tiedot ovat vakuutusyhtiöiden käytettävissä turvallisuustyöhön.

Tieteellistä tutkimusta tuetaan tietojen luovuttamisen lisäksi julkisin apurahoin ja tekemällä tutkimussopimuksia tutkijoiden ja laitosten kanssa sekä erityistoimenpitein (mm. liikennekäyttäjymisen professorin kustantaminen Helsingin yliopistoon). Lisäksi yksittäisten onnettomuuksien tutkimustietoja on annettu oikeusturvasyistä asianosaisille, viranomaisille ja vakuutusyhtiöille mainiten toiminnan tarkoituksen. Tutkijalautakunnan jäsenet voivat antaa tietoja tutkimuksista tuomioistuimissa asiantuntijana tai todistajana.

Tärkeiksi katsottuja asioita voidaan edistää kilpailuin (heijastinvaatteet, turvallisuustoimenpiteiden ideakilpailu), testein (tuulilasin pesunesteet) ja muin valmisteluin (tuulilasin turvallisuusstandardit).

Yleisen liikenneturvallisuustiedotuksen ja valistuksen tukeminen tapahtuu asetus pohjaisen tiedotusorganisaation Liikenneturvan kautta.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen mukaan liikennevakuutusmaksuista tilitetään liikenneturvallisuusmaksuna vuonna 2001 Liikenneturvalle 26 milj. mk, Ahvenanmaan maakuntahallinnolle 0,15 milj. mk ja LVK:lle liikenneturvallisuustyöhön 5,922 milj. mk. Pääosa viime mainitusta käytetään tutkijalautakuntatyöhön.

Yksittäisten vakuutusyhtiöiden arvioidaan käyttävän omaan liikenneturvallisuustyöhönsä noin 3 milj. mk vuosittain ja lisäksi vahinkoilmoitustietojen tuottamisen aiheuttavan noin 1 milj. mk:n kustannuksen.

3

LIIKENNEVAHINKOJEN TUTKIJALAUTAKUNTATYÖ

Liikennevahinkoja tutkimalla kerätään yksityiskohtaista tietoa kuljettajista, ajoneuvoista, teistä, olosuhteista ja seurauksista sekä analysoidaan näiden tekijöiden vaikutusta onnettomuuksien syntyyn että tuotetaan turvallisuusehdotuksia.

Uudella lailla tutkijalautakunnat saavat valtuudet tutkimusten suorittamiseen ja tietojen saantiin. Liikennevakuutuskeskus huolehtii tutkinnan ylläpitämisestä sekä pitää onnettomuusrekisteriä.

3.1

TUTKIMUSMENETELMÄ

Tutkimusmenetelmä perustuu pitkäaikaiseen kehitystyöhön (Hantula 1992). Nykyinen menetelmä on standardisoitu, poikkeittieteellinen, syvälinen tutkimusohjelma, joka toteutetaan mahdollisimman pian onnettomuuspaikalla ja jossa pääpaino on ennen onnettomuutta vallinneiden asioiden tutkimisessa. Tutkimus tehdään standardisoitujen lomakkeiden mukaisesti kaikista osallisista, ajoneuvoista ja teistä ottamatta kantaa rikosoikeudelliseen syyllisyyteen (LVK/VALT 1991).

Tutkittavat onnettomuudet on etukäteen määritelty ja paikallinen poliisi hälyttää tutkijalautakunnan onnettomuuspaikalle ilmoittamalla onnettomuudesta poliisijäsenelle. Hän kokoaa tutkijalautakunnan paikalle ja toimii ryhmän puheenjohtajana. Tavallisesti paikalle pääsy kestää 1–2 tuntia. Aluksi ryhmä keskustelee paikallispoliisin kanssa tutustukseen tapahtumaan. Sen jälkeen jäsenet tekevät oman perustietotutkimuksensa pitäen tarvittaessa yhteyttä keskenään.

Poliisijäsen kokoaa yleistiedot onnettomuudesta, haastattelee osalliset ja pyytää myös luvan hankkia taustatietoja rekistereistä ja käyttää niitä turvallisuustyöhön.

Ajoneuvotekninen jäsen tutkii auton kunnon ja arvioi sen kunnon ennen onnettomuutta sekä tarkastaa sisäiset ja ulkoiset vauriot. Hän myös tulkitsee ajoneuvon jättämät jäljet toisiinsa ja tienpintaan auton käyttäytymisen perusteella sekä tekee alustavan rekonstruktio-laskelman yhdessä tieteknisen jäsenen kanssa mukana kannettavalla pienoistietokoneella.

Tietekninen jäsen tutkii tien ja sen kunnon, mittaa etäisyydet ja selvittää geometriset ominaisuudet sekä mittaa jäljet ja piirtää niistä luonnoksen, johon myös lasketaan sekuntiaikataulu. Huomiota kiinnitetään myös ympäristön ominaisuuksiin paikalla.

Lääkärijäsen, tavallisesti oikeuslääkäri, kokoaa ruumiinavaustiedot ja muita osallisten terveystietoja, mutta ei yleensä käy vahinkopaikalla. Joissakin tutkijalautakunnissa on myös käyttäytymistiedejäseniä.

Kun perustutkimus on tehty, kokoontuvat jäsenet onnettomuuspaikalla, vertailevat tietojaan ja sovittavat niitä yhteen pyrkien muodostamaan tietojen perusteella kuvan onnettomuudesta. Keskustelu antaa usein aiheen tarkistaa joitakin tietoja tai kerätä lisätietoja paikalta tai osallisilta. Paikalla tehdään myös em. alustava rekonstruktio sekuntiaikatauluineen, jonka avulla voidaan vertailla kertomusten ja muiden tietojen todenmukaisuutta ja yhteen sopivuutta. Jäsenet kirjaavat samalla tutkimuksessa ja keskusteluissa esiin tulleita tekijöitä syistä ja parannusehdotuksista.

Jälkien löytämiseen ja tulkintaan kiinnitetään suurta huomiota ja niitä pidetään objektiivisina todisteina. Silminnäkijöiden ja osallisten kertomukset ovat toisinaan ristiriitaisia ja niiden on havaittu muuttuvan ajan kuluessa. Sen vuoksi osallisia haastatellaankin mahdollisimman pian onnettomuuden jälkeen. Omien tutkimustensa lisäksi tutkijalautakunta tilaa myös poliisitutkintapöytäkirjan ja kuolleiden ruumiinavauslausunnot ja muita tarvittavia tietoja. Vaikeissa rekonstruktio-tapauksissa VALT:n asiantuntijat voivat auttaa tekemään lopullisen rekonstruktio-laskelman käyttäen DEKRA AG:n PC-DUR-ohjelmaa.

Tiedot käsitellään ja analysoidaan onnettomuuden loppukokouksessa. Saadun tiedon perusteella laaditaan tutkijalautakunnan loppulausunto onnettomuudesta. Jos tiedoissa on ristiriitaisuuksia, niiden laatu ja luotettavuus arvioidaan, muut mahdolliset asiaa valaisevat tiedot kerätään ja niitä yritetään soveltaa myös muunlaisiin olettamuksiin tapahtumasta. Jos ko. kohta jää perustumaan todennäköisyyteen, se myös ilmaistaan loppulausunnossa. Tavoitteena on, että loppulausunto kaikilta osin perustuu tutkimustietoon.

Jäsenten monista lähteistä saamia tietoja yhteen sovittamalla ja analysoimalla tutkijalautakunnalla on hyvät mahdollisuudet tehdä todellisuutta vastaava loppulausunto. Analysoinnissa kiinnitetään erityistä huomiota onnettomuuden syntymiseen eli ennen onnettomuutta vallinneisiin riskitekijöihin ja niistä seuranneeseen avaintapahtumaan tai -tapahtumiin ja vaikutusmekanismeihin (riskikasautumamalli, liite1).

Loppulausunto sisältää tapahtumakuvauksen, siihen johtaneet avaintapahtumat ja niiden syntymistä edistäneet riskitekijät. Siinä kuvataan ajoneuvojen vauriot, ihmisten vammat ja niiden aiheuttajat sekä arvioidaan turvalaitteiden vaikutus ja esitetään parannusehdotukset. Tutkijalautakunta lähettää lausunnon asiapapereineen VALT:lle ja harkintansa mukaan myös paikallisille viranomaisille parannusehdotuksineen. Loppulausunto annetaan pyydettyä veloitusetta syyttäjälle, osallisille ja vakuutusyhtiöille.

Uudella lailla loppulausunnon nimi muuttuu tutkintaselostukseksi, sen sisältöä muutetaan ja myös muita lain edellyttämiä muutoksia tehdään.

3.2

ONNETTOMUUSAINESTO JA KÄYTTÖLUPA

Tutkijalautakunnat tutkivat kaikki kuolemaan johtaneet onnettomuudet, nykyään noin 370 vuosittain. Sen lisäksi on vuosien kuluessa tutkittu ns. erityisprojektina mm. määriteltyjen alueiden henkilövahinkoja sekä kevyenliikenteen, raskaiden ajoneuvojen, poliisiautojen, taksien, ambulanssien, koululaiskuljetusten, linja-autojen ja moottorikelkkojen onnettomuuksia. Vuodessa tutkitaan noin 500 onnettomuutta. Tuloksia on sovellettu käytäntöön (jäljempänä esimerkkejä).

Suurin osa kerätyistä tiedoista syötetään VALT:ssa tietokoneelle numeromuodossa. Tiedosto on jaettu neljään osaan; onnettomuutta, osallisia, henkilöitä ja riski- ja parannusehdotuksia sisältävät tiedot (liite 2). Tiedostossa on 268 onnettomuutta, osallisia ja henkilöitä koskevaa tietoa ja 151 mahdollisuutta riskitekijöiksi ja parannusehdotuksiksi. Tiedosto sisältää yhteystietona mm. ajoneuvon rekisterinumeron ja henkilötunnuksen (LVK/VALT 1992).

Tiedot on yhteistyötahojen ja tutkijoiden ym. käytettävissä liikenneturvallisuustyöhön ottaen kuitenkin huomioon osallisten yksityisyyden suojan ja sitä koskevat säännökset sekä uuden tutkintalain säännökset.

TIETOJEN KÄYTTÖ JA ESIMERKKEJÄ

Onnettomuustiedostoa käytetään liikenneturvallisuustyöhön. VALT julkaisee tutkimuksista vuosittain kaksi ennakkoraporttia ja yhden vuosiraportin. Vuosiraportissa tarkastellaan myös laajempia ajankohtaisia aiheita. Esimerkiksi vuoden 1995 raportissa tarkastellaan 1980-luvun loppupuolella (mm. tutkijalautakuntien tietoihin perustuen) käyttöön otettujen talvirajoitusten vaikutuksia. Suurin vähennys tapahtui liukkaalla, lumisella ja jäisellä kelillä ja alennettujen talvinopeuksien arvioidaan säästävän noin 30 henkeä vuosittain (Hantula 1995).

Vuoden 1998 raportista näkyy (liite 3), että kohtaamis- ja suistumisonnettomuudet ovat yleisimmät onnettomuustyyppit moottoriajoneuvossa kuolleiden onnettomuuksissa. Iäkkäät kuljettajat aiheuttavat suhteellisen usein risteysonnettomuuksia (LVK/VALT 2000).

Yleisin yksittäinen riskitekijä onnettomuuksissa on tilanteeseen nähden sopimaton, usein liiallinen ajonopeus, jonka tutkijalautakunnat arvioivat vaikuttaneen 31 %:iin onnettomuuksista. Lähes yhtä usein vaikuttanut tekijä on rattijuopumus, joka oli mukana noin 28 %:ssa. Tutkijalautakuntienkin tietoihin nojautuen on Suomessa annettu ohjeet yhdenmukaisista käsittelyohjeista ajokorttiasiassa ja täsmennetty käytäntöä ajokorttiasetuksen vaatimukselle päihderiippuvuudesta. Ohjeistusta pitäisi edelleen kehittää. Alkoholilukon käyttöä tulisi kokeilla.

Ennakkoraportista vuonna 2000 tutkituista kuolemaan johtaneista onnettomuuksista ilmeni, että eräänä tekijänä liikennekuolemien laskuun v. 2000 oli raskaiden ajoneuvojen osuuden vähentyminen 35 prosenttia. Raskaisiin ajoneuvoihin törmäyksien syinä vähenivät vastapuolilla mm. nukahtamiset ja sairaskohtaukset, hallinnan menetykset liukkaalla ja suuren riskinoton tapaukset (Nuutinen 2001).

Erityisprojektien tulokset tavallisesti analysoi yliopiston tai korkeakoulun tutkija ja tiedotteet ja esitykset tehdään VALTin kanssa. VALT tukee tutkimuksia vuosittain julkisilla apurahoilla ja tekee tutkimussopimuksia yliopistojen kanssa usein yhteistyössä viranomaisten kanssa. Lisäksi tutkijat käyttävät tietoja laajasti omiin tutkimuksiinsa.

M. Roine väitteli viimeksi tohtoriksi käyttäen tutkijalautakuntien ja korvattujen vahinkojen tietoja tutkiessaan kuljettajan, ajoneuvon käytön ja ominaisuuksien sekä tien ja olosuhteisiin liittyvien tekijöiden vaikutusta talviajan onnettomuusriskiin. Hän osoitti mm. kuluneiden renkaiden suuren vaikutuksen onnettomuusriskiin ja myös nastatto-

milla renkailla havaittiin olevan nastarenkailla ajavia suurempi riski, mikä ei kuitenkaan noussut tilastollisesti varmaksi (Roine 1999).

L. Hakamies-Blomqvist väitteli tohtoriksi aineiston perusteella iäkkäiden kuljettajien onnettomuuksista ja liikennekäyttäytymisestä. Hän osoitti, että iäkkäät kompensoivat kohonnutta onnettomuusriskiään valitsemalla ajoaikoja ja -olosuhteita ja onnistuvatkin siinä risteysvahinkotilanteita lukuun ottamatta (Hakamies-Blomqvist 1994).

Osittain iäkkäiden kuljettajien lisääntymiseen liittyen ovat sairauskohtaukset onnettomuustekijänä yleistyneet 1990-luvulla. Vuonna 1998 sairaus tai sairauskohtaus oli tekijänä 11 %:ssa kuolonkolareista. Väsymys tai nukahtaminen oli tekijänä vähän useammin eli 19 %:ssa moottoriajoneuvossa kuolleiden onnettomuuksista.

J. Huttula osoitti diplomityössään autojen ominaisuuksien vaikutuksista onnettomuuksissa, että suuri teho on eräs selvimpiä tekijöitä auton riskiin joutua onnettomuuteen, kun taas pieni koko vaaraan kuolla (Huttula 1993). Lisensiaattityö osoitti, että suhteellinen riski kuolla kasvaa auton koon pienentyessä moninkertaiseksi verrattuna vammautumisen riskin kasvuun (Huttula 1995). Ajohallinnan menettämiseen vaikuttivat eniten liukas keli, huonot renkaat ja suuri moottoriteho (Huttula ym. 1996).

M. Lundell osoitti diplomi-työssään mm. että kuluneilla alle 3 mm:n urasyvyydellä varustetuilla talvirenkailla ajaneiden osuus oli yli 6-kertainen aiheuttajaosapuolena vastapuoliin verrattuna kohtaamisonnettomuuksissa yli 70 km/h nopeuksilla. Edelleen näiden autojen kuljettajat käyttivät muita kuljettajia vähemmän turvavyötä ja aineistossa oli viitteitä muustakin välinpitämättömyydestä, mikä osaltaan selittää korkeata riskiä (Lundell 1993).

R. Karttunen tutki kuolonkolareissa yleisiä kohtaamisonnettomuuksia tutkijalautakuntien aineistosta. Hän totesi, että 40 % kohtaamisonnettomuuksista tapahtui liukkaalla talvikelillä ja 59 % liukkaan talvikelin onnettomuuksista oli kohtaamisonnettomuuksia. Näissä yleisimmät onnettomuuden käynnistäneet tekijät olivat liian suuri tilannenopeus (36 %), ajoneuvon käsittelyvirhe (31 %), tarkkaamattomuus (10 %) ja ajolinjavirhe (9 %) (Karttunen 1995).

H. Lappalainen jatkoi liukkaan kelin kohtaamisonnettomuuksien tutkimuksella liukkaudentorjunnan tehostamiseksi (Lappalainen 1995). Mm. näihin tutkimuksiin vedoten on kohtaamisonnettomuuksien vähentäminen keskeisenä tavoitteena liikenneturvallisuustyön turvallisuussuunnitelmassa 1997 – 2000. Onnettomuuksissa vastapuolena on usein raskas ajoneuvo.

R. Karttunen tutki ns. tavallisen kuljettajan onnettomuuksia, joita oli vakuutusyhtiöiden korvaamissa henkilövahingoissa 72 % aiheuttajista, kun tutkijalautakuntien aineiston aiheuttajista heitä oli 49 %. Tavallisten kuljettajien onnettomuudet keskittyivät enemmän työajoille, riskikuljettajilla vapaa-aikaan. Lumisen ja jäisen kelin onnettomuuksia oli tavallisilla 39 %, riskikuljettajilla vain 22 %. Kohtaamisonnettomuudet olivat tyypillisiä tavallisille kuljettajille (49 %), suistumiset taas riskikuljettajilla (47 %). Tavallisista kuljettajista 13 % ylitti nopeusrajoituksen, riskikuljettajista 40 %. Turvavyötä käytti tavallisista kuljettajista 85 %, riskikuljettajista 49 % (Karttunen 1992).

Raskaiden ajoneuvoyhdistelmien onnettomuuksia tutkittiin erityisesti kuljettajan soveltuvuuden ja yhdistelmän jarrujen osalta. V-P. Kallbergin raporttoimien tulosten julkistaminen ja syntynyt vilkas keskustelu johtivat siihen, että ministeriö antoi nopeasti uudet jarruvaatimukset ja kuljettajakokelaiden soveltuvuutta testataan (Kallberg 1987). Myöhemmin S. Mäkitupa tutki raskaiden ajoneuvojen alle ajosuojiin vaikutusmahdollisuuksia ja tulosten perusteella on tuettu niiden kansainvälistä toteutusta (Mäkitupa 1999).

Liiallinen luottamus hälytyslaitteiden kuuluvuuteen ja näkyvyyteen sekä muiden väistämiseen risteysajossa paljastui keskeiseksi tekijäksi J. Nuutisen raporttoimissa sairasautojen onnettomuuksissa. Puutteita oli myös potilaan kuljetustilan turvallisuudessa ja varustuksessa. Kukaan apumiehistä ei käyttänyt turvavyötä. VALT esittikin, että koulutukselle luotaisiin vähimmäistaso, kuljettajille annettaisiin hälytysajo-ohjeet ja autoille vähimmäisvaatimukset mitoista, varusteista, kiinnityksestä ja käytöstä sekä sisäosien pehmustamisesta (Nuutinen 1992).

P. Hautala osoitti tutkimuksessaan, että tien tai ympäristön este tai kaide aiheutti tuhoisimmat vauriot yli neljäsosassa moottoriajoneuvossa kuolleiden onnettomuuksista tällä vuosikymmenellä. Kasvu johtui pääasiassa lisääntyneistä kuljettajien sairauskohtauksista. Tulosten perusteella ehdotettiin tieympäristön esteiden poistamista, suojaamista ja pehmentämistä (Hautala 1996). Ehdotukset käynnistivät vilkkaan julkisen keskustelun aiheesta.

M. Räsänen raporttoimien polkupyöräilijöiden henkilövahinkoon johtaneiden onnettomuuksien tutkimusten perusteella esitettiin, että maahan tulisi rakentaa yhtenäinen korkeatasoinen pääpyörätieverkko ja määrätä väistämissäännöt sen mukaisesti (Räsänen 1995). Alemman luokan pyöräteiden jatkeilla pyöräilijä olisi aina väistämisvelvollinen. Liikennesääntömuutos on toteutettu ja pyöräteiden verkostoakin rakennetaan hierarkiseksi.

A. Holopainen osoitti tutkimuksessaan, etteivät autopuhelimen käyttöön liittyneet kuolonkolarit lisääntyneet 1993–1998 vaikka puhelinten määrä kolminkertaistui. Matkapuhelin oli riskitekijänä noin 1,2 prosentissa tutkijalautakuntien tutkimista onnettomuuksista, kun kaikkiaan tarkkaavaisuuden väärä suuntautuminen tai herpaantuminen vaikutti 14 prosenttiin onnettomuuksista (Holopainen 2000).

Kansainvälisestä käytöstä: Professori David Sleet Kaliforniasta tutki ilmatyynyn vaikutuksia tutkijalautakunta-aineistosta VTT:n ja VALT:n asiantuntijoiden kanssa. Tuolloin olisi 50 ihmistä voitu pelastaa vuosittain ilmatyynyllä henkilö- ja pakettiautoissa (Sleet ym. 1992). Tulosten perusteella on ilmatyynyn käyttöä voitu edistää.

Suomen tutkijalautakuntien työtä on esitelty myös kansainvälisesti ja yhteistyöstä on tullut monia ehdotuksia Suomen naapurimaista.

Tilastollisen käytön lisäksi aineistoa on käytetty tapaustutkimukselle tyypillisesti yksittäisinä tapauksina turvallisuustyöhön sekä paikallisesti että kansallisesti. Parannuksia on tehty mm. onnettomuuspaikoilla ja myös moottoriajoneuvoja koskevissa säännöksissä. Tietoja on käytetty koulutukseen, harjoitteluun, valvontaan, katsastukseen ja tiedotukseen sekä uusien ideoiden, aloitteiden ja parannusten tekemiseen. Tulokset ovat merkittävästi vaikuttaneet mm. poliisin liikennevalvontastrategiaan, ja autolehdissä julkaistut onnettomuuskuvaukset ovat saaneet kiinnostuneen vastaanoton.

Tutkijalautakuntien tulokset olivat myös monella tavalla vaikuttamassa Suomen uuden liikenneturvallisuussuunnitelman 2001 – 2005 valmistelussa ja käsittelyssä.

4

LIIKENNEVAKUUTUKSEN VAHINKOTIEDOT

4.1

VAKUUTUSYHTIÖILLE ILMOITETUT LIIKENNEVAHINGOT

Suomessa liikennevakuutusyhtiöt lähettävät VALT:lle summatiedot kuukausittain korvattavaksi ilmoitetuista liikennevahingoista, joista julkaistaan ajankohtainen kuukausitilasto. Tiedoissa saattaa olla liikennevahinkojen päällekkäisyyttä, mutta niiden avulla voidaan kuitenkin seurata ajankohtaisen turvallisuuskehityksen suuntaa.

4.2

TIETOJEN TUOTTAMINEN VAKUUTUSYHTIÖIDEN KORVAAMISTA LIIKENNEVAHINGOISTA

Tarkempi vahinkokohtainen tiedosto tehdään korvatuista onnettomuuksista. Yhtiöiden vahinkokäsittelijät rekisteröivät vahinkokäsittelyn yhteydessä määritellyt tiedot vahinkoilmoituksista yhtiön tietokantaan, josta ne lähetetään VALT:n käyttöön, tarkemmin sanoen Suomen Vakuutusdatalle. Vahinkoilmoituslomakkeen tietoja täydennetään yhtiöissä mahdollisten poliisitutkintapöytäkirjojen ja muiden asiapaperien tiedoilla.

Suomen Vakuutusdatassa aineistosta muodostetaan vahinkotiedosto ja sille tehdään määritellyt tarkistukset. Tilastotiedot tulevat Vakuutusdatalle vahinkokohtaisina. Tietoja täydennetään yhtiöiden Suomen Vakuutusdatalle lähettämällä korvaustiedoilla. Erityistutkimuksia varten voidaan tiedostoa täydentää kaikkien vakuutettujen moottoriajoneuvojen kantatiedostosta ajoneuvon rekisterinumeron avulla. Näin saadaan vahinkotietoihin esimerkiksi automerkit ja mallit sekä riskistöksi mallien kokonaismäärät vakuutusvuosina.

4.3

ONNETTOMUUSTIEDOSTO JA KÄYTTÄJÄLUPA

Onnettomuustiedosto on vahinkokohtainen, hierarkisesti järjestetty rekisteri (liite 4). Tiedoston sisältämiä tietoja ovat mm. onnettomuusajankohta, tapahtumakunta, tien laji ja numero, liikennepaikka, taajamatieto, liikennevalotieto, nopeusrajoitus, keli, valaistus, onnettomuustyyppi ja syyllisyys. Onnettomuustyyppinä käytetään Suomessa yleisesti käytettyä tyyppiluokitusta.

Kuljettajasta on rekisteröity ikä, sukupuoli, ajokortti sekä sen ikä ja matkan tarkoitus. Ajoneuvotiedoista on molempien kuljettajien ajoneuvon laatu sekä syyllisen kuljettajan ajoneuvon ikä, leasing-tieto ja perävaunu. Yhteystietona on mm. molempien ajoneuvojen rekisterinumero, vahinkokunnan ja tien numerot, mutta ei osallisten henkilötunnuksia. Henkilövahingoista on vammautuneen rooli, sijainti, matkan laatu ja vammojen laatu.

Tiedosto annetaan tietosuojamääräykset huomioonottaen myös ulkopuolisten tutkijoiden ja yhteistyötahojen käyttöön liikenneturvallisuuksistarkoituksiin veloituksetta.

4.4

AINEISTON PEITTÄVYYS JA EDUSTAVUUS

Aineisto käsittää liikennevakuutuksista korvatut onnettomuudet. Esimerkiksi vuoden 1998 aineisto sisältää 81 335 onnettomuutta kun virallisessa tilastossa niitä on 34 053. Vammautumisia on vastaavasti samassa järjestyksessä 14 039 ja 9 497.

Edustavuustutkimusten mukaan virallinen liikenneonnettomuustilasto sisältää 26 – 30 % kaikista, 45 – 52 % henkilövahinkoon johtaneista ja 100 % kuolemaan johtaneista onnettomuuksista. Vakuutusyhtiöiden liikennevahinkotilastot sisältävät noin 70 % kaikista ja 75 – 85 % henkilövahinkoihin johtaneista tieliikenneonnettomuuksista. Suurin osa virallisessa tilastossa olevista henkilövahingoista on myös vakuutusyhtiöiden tilastossa. Parhaiten tulevat tilastoon risteämis- (88 %), peräänajo- (81 %) ja kääntymisonnettomuudet (79 %) ja huonommin yksittäis- (48 %) ja polkupyöräonnettomuudet (33 %).

4.5

TIETOJEN KÄYTTÖ JA ESIMERKKEJÄ

VALT laatii ja julkaisee korvatuista onnettomuuksista vuosittain tilaston, jossa esitetään perustiedot, lasketaan erilaisia riskilukuja ja tarkastellaan ajankohtaisia liikenneturvallisuusasioita trendien avulla (LVK/VALT 2000).

Perustiedot esitetään kaikista onnettomuuksista sekä yleisiltä teiltä ja kaduilta. Lisäksi on tarkastelut yleisimmistä onnettomuustyypeistä. Erityistaulukoissa tiedot vaihtelevat vuosittain. Vuonna 1998 tarkasteltiin peräänajoja, raskaiden ajoneuvojen ja iäkkäiden kuljettajien onnettomuuksia. Trenditarkastelut tehdään havainnollisina piirroksina. Esimerkiksi liitteestä 5 ilmenee, että yli 60-vuotiaiden onnettomuudet ovat jatkuvasti lisääntyneet, mutta ryhmänä ne ovat vielä pienin esitellyllä jaotuksella.

Tilastossa julkistetaan kolarien kärkikunnat, ja tiedotuksessa on viranomaisia kannustettu tarkastelemaan kriittisesti liikennejärjestelyjään. Tiedot ovat herättäneet kaupungeissa vilkasta keskustelua, ja kunnan viranomaiset ovat joutuneet vastaamaan tiedotusvälineiden kyselyihin ja yhdessä pohtimaan ja lupaamaan parannusohjelmia.

Päivätilasto taas on hyödyllinen esimerkiksi suurten juhlapäivien tai lumisadepäivien liikenteestä tiedotettaessa. Päivittäisten onnettomuuksien määrä voi vaihdella välillä 100–700. Tämä johdatti VALT:n tekemään ehdotuksen kelivaroitusten käyttöönottamisesta myös maanteillä (vrt. merisää).

Nuorten kuljettajien riski on pidetty tilastossa esillä jo 1960-luvulta alkaen. Vuonna 1969 tietoihin vedoten esitti VALT liikenneministeriölle lausunnossaan ns. kaksivaiheista ajokorttia viitaten mm. tämän tilaston tietoihin. Vuoden 1998 tilastosta näkyy, että ensimmäistä vuottaan ajavan vahinkoriski ajokorttia kohden on yli 6-kertainen ja vastaava henkilövahinkoriski 7-kertainen yli 5 vuotta ajaneisiin verrattuna.

4.6

AUTOMALLIEN TURVALLISUUSTUTKIMUS

Vuodesta 1987 alkaen tilastoon on tuotettu onnettomuustietoja automalleittain. Vahinkomääriin summautuvat sekä kuljettaja-, käyttö- että ympäristökäyttäjät eikä niistä siten voida suoraan vetää johtopäätöksiä auton turvallisuudesta.

Automallien vaikutus onnettomuuksiin ja niissä selviytymiseen on niin kiinnostava ja turvallisuuden kannalta tärkeä aihe, että VALT on yhdessä viranomaisten kanssa teettänyt Oulun yliopistossa useita tutkimuksia henkilöautojen turvallisuudesta. Näissä on pyritty poistamaan eri automallien kuljettajista ja käytöstä johtuvia eroja, joten tulokset kuvastavat paremmin auton omaa vaikutusta (Ernvall ym. 2000). Vuoden 2000 tutkimuksessa osoitettiin että uudet autot ovat ainakin viidenneksen vanhoja turvallisempia. Sekä onnettomuuteen joutumisriski että vammautumiskahva riski ovat uusilla autoilla vanhoja pienemmät (liitteet 6 ja 7) .

Tutkimukset ovat herättäneet kansainvälisestäkin kiinnostusta. Ker-tyneen onnettomuustiedon ja tietotaidon perusteella Oulun yliopisto ja VALT on kutsuttu kahteen EU:n tukemaan työryhmään. Traffic Safety Modellissa tehdään EU:lle menettelyä auton turvallisuuden arvioimiseksi ja SARAC-hankkeessa laatukriteerejä auton turvallisuuden arvioimiseksi onnettomuusaineiston avulla.

Tutkimusten perusteella VALT on tukenut pakollisia eurooppalaisia päittäis- ja sivutörmäystestejä vähimmäissuojavaatimusten aikaansaamiseksi uusille henkilöautoille sekä nyt niiden tultua voimaan myös jalankulkijan suojan parantamiseksi törmäystestejä.

4.7

TIEDOSTOJEN MUU KÄYTTÖ

Monet tutkijat käyttävät korvattujen onnettomuuksien aineistoa tutkimuskohteensa laajuuden ja yleisten ominaisuuksien kuvaamiseen ja siirtyvät sitten tutkijalautakuntien aineistoon tutkimaan ongelman yksityiskohtia ja tekijöitä. Käyttö on ollut melko säännöllistä kuntien liikenneturvallisuussuunnitelmien teossa.

Itse vahinkoilmoitusten käyttöä on kokeiltu tienpitäjien turvallisuus-työhön, koska lomakkeet sisältävät onnettomuuspaikkatiedon. Viimeksi tietoja käytti Helsingin kaupunki.

Pohjoismaisessa vakuutusalan yhteistyöprojekteissa aineistoa on käytetty ”vakuutuselliset keinot liikenneturvallisuustyössä” hankkeen taustojen selvittelyssä 1980-luvun alussa. Myöhemmässä hankkeessa, jossa tutkittiin lisäjarruvalon vaikutuksia, käytettiin kaikkien Pohjois- maiden vahinkotietoja kustannushyötyanalyysin teossa.

5

VAKUUTUKSELLISET KEINOT LIIKENNETURVALLISUUS- TYÖSSÄ

5.1

POHJOISMAINEN TUTKIMUSSARJA

Pohjoismaiset vakuutusalan turvallisuustoimikunnat aloittivat 1979 tutkimuksen vakuutuksellisten keinojen vaikutuksista liikennekäyttäytymiseen. Aluksi tutkittiin tehtyjen muutosten vaikutuksia tilastoista ja niitä edellytyksiä, joilla vakuutusehdot tariffit mukaan lukien voisivat vaikuttaa.

Suomessa tuli voimaan 1.1.1960 uusi liikennevakuutuslaki, joka toi mukanaan ns. ankaran vastuun henkilökorvauksiin ja henkilökorvaussuojan kuljettajallekin, tosin mahdollisuudella ottaa vakuutus rajoitettuna. Rajoitetun liikennevakuutuksen mahdollisuus loppui 1.4.1968. Bonussysteemiä laajennettiin 1970 ja 1972 ja merkkitariffi otettiin käyttöön 1976.

A. Kallinen osoitti tutkimuksessaan että laajennettu henkilökorvaussuoja oli kyllä lisännyt vakuutuksesta korvattuja henkilövahinkoja, mutta ei lisännyt liikenne- tai henkilövahinkoja yleisesti. Bonusjärjestelmän laajentaminen ja tariffien korotus yhdessä muiden turvallisuustoimien kanssa mahdollisesti vaikuttivat suotuisasti liikennekäyttäytymiseen (Kallinen 1980).

Vakuutusehtojen vaikutuksia selvitettiin myös kirjallisuusseuranalla, mutta tulokset olivat vähäisiä. Samalla luotiin malleja tutkia kyseistä asiaa. V. Mikkonen, M. Backman ja H. Haapanen kehittivät pohjoismaisen referenssiryhmän kanssa mallin, jossa vaikutusta tarkasteltiin kuljettajan roolin, motiivien ja sisäisten mallien kautta kuljettajan erilaisissa valintatilanteissa alkaen matkustusmuodon ja ajoneuvomerkinnän valinnasta ajokäyttäytymiseen, toimintaan onnettomuudessa ja jäl-

kivaikutuksiin (Backman ym. 1981). Johtopäätöksiä todettiin, että nykyiseen järjestelmään vaaditaan suuria muutoksia, jotta vaikutuksia saataisiin aikaan.

H-E. Pettersson kehitti toisen analyysimallin, jossa lähdettiin siitä, että vakuutuksenottajalla pitää olla valintavaihtoehtoja ja hänen pitää olla tietoinen niistä päätöksiä tehdessään. Mallin käyttö osoitti, että näillä edellytyksillä voi vakuutusehdoilla olla vaikutusta (Pettersson 1982). Pohjoismaisessa tieteellisessä seminaarissa todettiin A. Englundin laatiman sihteeriraportin mukaan, että erilaiset mallit tuottivat yhteensopivia tuloksia.

Englund toteaa yhteenvedossa (Englund 1982) hankkeesta mm.

- Menetelmien käyttö osoittaa, että vakuutusehdoilla voi olla mahdollista vaikuttaa, mutta pikemmin auton, matkatavan ja reitin valintaan kuin varsinaiseen liikenteessä ilmenevään käyttäytymiseen.
- Vaikutuksen aikaansaamiseksi kuljettajan pitää olla tietoinen ehdoista ja vaihtoehtoista.
- Analyysimenetelmät ovat käyttökelpoisia ja niitä pitäisi käyttää uusia ehtoja suunniteltaessa, ellei muuten niin ainakin sen tarkistamiseksi, ettei sillä ole kielteisiä seurauksia liikennekäyttäytymiseen.

Suomessa ja Ruotsissa tutkittiin vakuutusehtojen vaikutusta käyttäytymiseen. Suomessa V. Mikkonen ym. valitsivat liikenteessä riskiä ottavia ja varovaisia kuljettajia ja selvittivät sitten heidän vakuutusehtojaan ja tietämystä. Korkean bonuksen omaavat ottivat vähemmän riskiä, mutta sitä ei voitu katsoa bonuksesta johtuvaksi, koska korkean bonuksensa hyvin tietävät eivät pysähtyneet paremmin punaisiin valoihin kuin muutkaan (Backman 1984).

Yleisesti pohjoismaisessa hankkeessa todettiin bonus melko hitaaksi palautteeksi, joka ei edes ole aina henkilökohtainen. Bonus kuitenkin kannustaa yhdessä muiden turvallisuustoimien kanssa turvalliseen käyttäytymiseen eikä sen oikeudenmukaisuutta asetettu kyseenalaiseksi.

Ruotsalaisessa R. Erikssonin tutkimuksessa selvitettiin selkeän vakuutustiedon ja vaihtoehtojen (mk/km) vaikutusta varusmiesten käyttäytymiseen. Tietämys lisääntyi ja liikennekäyttäytymisessä tapahtui muutoksia oletettuun suuntaan, mutta tulokset eivät olleet tilastollisesti merkittäviä (Eriksson 1982).

Norjassa T. Vaaje kehitti liikennevakuutuksen, jossa nuori kuljettaja voi saada maksuja takaisin vahingottomien vuosien jälkeen. Ohjelmaan mukaan tulleet raportoivat vähemmän onnettomuuksia kuin vertailuryhmä. Ohjelmasta ei kuitenkaan käynyt ilmi, johtuiko tulos parantuneesta liikennekäyttäytymisestä vai korkeammasta vahinkoilmoituskyynyksestä (Vaaje 1990).

Pohjoismaisen työn perusteella ovat viranomaiset Norjassa ja Ruotsissa selvittäneet vakuutusehtojen käyttömahdollisuuksia liikenneturvallisuuden edistämiseksi. Suomessa VALT järjesti seminaarin aiheesta vuonna 1985. Ruotsin Vägverket:stä Johansson esitti pohjoismaisessa turvallisuusseminaarissa 1999, että vakuutusala voisi olla voimakas vaikuttaja myös toimimalla yhteisesti esimerkiksi asettamalla vaatimuksia hankittaville autoille ja toimimalla henkilökuntansa kautta.

5.2

OECD: TOIMIA

OECD on tutkinut vakuutuksen roolia liikenneturvallisuustyössä valmistamalla raportin aiheesta 1990 ja järjestämällä seminaarin Amsterdamissa 1992 (OECD 1992). OECD:n pyynnöstä VALT organisoi muiden pohjoismaiden tukemana seminaarin Tallinnassa 1995 auton vakuutuksen ja liikenneturvallisuuden välisestä yhteydestä (OECD 1995). Esitetyt käsitykset vakuutusehtojen ja tariffien vaikutuksesta erosivat, sen sijaan vahinkotiedon tarpeellisuus ja muukin vakuutusalan osallistuminen nähtiin tarpeelliseksi. Yhteenvetona nähtiin vakuutusalan voivan edistää turvallisuutta kolmella tasolla:

- Kannustavin vakuutusehdoin, tariffein ja korvauspolitiikalla,
- kokoamalla tietoja korvatuista onnettomuuksista liikenneturvallisuustyöhön ja
- tukemalla taloudellisesti turvallisuusorganisaatioita, kampanjointia, koulutusta ja aloitteita sekä turvallisuusstandardien aikaansaamista.

5.3

NYKYTILANNE

Aihe on edelleenkin ajankohtainen. Euroopan vakuutuskomitea (CEA) pyrkii lisäämään aktiviteettiaan turvallisuustyössä mm. ottamalla hoitaakseen laajan kansainvälisen EU:n tukeman SARAC-automalli-tutkimuksen, joka käsittelee tilastoaineistolle asetettavia laatuvaatimuksia. Saksan vakuutusyhtiöiden keskusliitto lisää aktiviteettiaan. VALT on panostanut kansainväliseen yhteistyöhön ja varsinkin entiseen Itä-Eurooppaan kuuluneet maat ovat osoittaneet kiinnostusta asiaan. Ruotsissa ovat Englund ja Pettersson julkaisseet Vägverketin toimeksiantosta 1997 raportin aiheesta (Englund ym. 1997). He toteavat, että vakuutuskeinoilla näyttää olevan vaikeata, mutta ei mahdotonta vaikuttaa tienkäyttäjien käyttäytymiseen. Ainakin Pohjoismaat seuraavat kansainvälistä kirjallisuutta.

6

YKSITTÄISTEN VAKUUTUSYHTIÖIDEN LIIKENNETURVALLISUUSTYÖ

Yhtiöiden liikenneturvallisuustyön muodot vaihtelevat asiakaskunnan rakenteen ja syntyneen perinteen mukaan. Pääpaino on yritysasiakkaissa, joille tarjotaan erilaisia kursseja (ennakoivan, taloudellisen, liukkaankelin ja pimeällä ajamisen) ja järjestetään kilpailuja kuljettajille vahingottomasta ajosta. Turvallisuuskursseilla ja neuvotteluissa annetaan palautetta yrityksen onnettomuuskehityksestä ja onnettomuuksissa ilmenneistä riskeistä. Yrityksen johtoa motivoidaan parannuksiin tiedoilla onnettomuuksien kustannuksista kaikkine toiminnalle aiheutuvine häiriöineen ja kuljettajia kiinnostavat riskit ja ajoturvallisuuden parantaminen.

Yhtiöt avustavat yritysasiakkaitaan myös kuljettajavalinnassa ja osallistuvat työmatkaliikennettä ja tehdasalueitten sisäistä ja lähiliikennettä koskevien järjestelyjen suunnitteluun ja konsultointiin. Ajankohtaisia asioita tuodaan esiin mm. asiakaslehdissä.

Yksityisasiakkaille järjestetään turvalliseen ajamiseen tähtääviä kursseja. Viime aikoina ovat kiinnostusta herättäneet iäkkäiden kuljettajien kurssit sekä moottorikelkkakurssit. Ajokoulutuksen lisäksi yhtiöt antavat luentomuotoista liikenneturvallisuuskoulutusta ja tietoisuuksia kouluille, varuskunnille ja erilaisille ryhmille heidän kokoontumisissaan. Liikenneturvallisuusvalistusta jaetaan myös omien asiakaslehtien ja esitteitten kautta. Jopa henkilökohtaista opastusta saa asiakaspalvelutoimistoista ja vahinkotarkastusasemilta.

Turvallisuusvälineiden edistäminen on tärkeätä käytännön liikenneturvallisuustyössä. Yhtiöt antavat liikenneturvallisuutta edistävien tai varkauksia vähentävien laitteiden käytöstä asiakasetuja (hälytin-, ajonestolaite-, airbag- ja lukkiutumattomien jarrujen alennukset, lastenistimet jne). Asiakkaille jaetaan eri yhteyksissä (kampanjaetuina, kou-

lutustilaisuuksissa, messuilla ym.) heijastimia, ensiapulaukkuja, jääkaapimia, polkupyörien turvaviirejä, polkupyöräkypäriä ja muita liikenneturvallisuutta edistäviä turvavälineitä. Muutenkin taloudellisesti tuetaan liikenneturvallisuustyötä tekevien järjestöjen ja seurojen turvallisuusaiheisia tilaisuuksia.

Liikenneturvallisuus on ollut esillä eri yhtiöiden mainonnassa ja uutena välineenä internet-sivujen opastusmateriaalissa. Kiinnostusta on herätetty myös näkyvillä julkisilla ideakilpailuilla ja palkitsemisilla. Yhtiöiden työ sekä moottoriajoneuvo- että kevyenliikenteen turvallisuuden hyväksi on siten monipuolista ja taloudellisilta panoksiltaan merkittävää (Koponen ja Kopra 2000).

Yhtiöiden päätoimiset turvallisuusasiantuntijat osallistuvat vakuutusalan yhteisen turvallisuustyön kehittämiseen ja saavat samalla tietoa ja pohjaa omaa työtään varten. He myös vaikuttavat yleiseen turvallisuustyöhön haastatteluin, lehtikirjoituksin ja muuten ottamalla osaa julkiseen keskusteluun.

YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Vakuutuslalle on luontevaa ja kannattavaa edistää turvallisuutta kannustavin vakuutusehdoin, tuottamalla ja käyttämällä tietoja korvatuista liikennevahingoista, organisoimalla syvällisempää onnettomuustutkimusta kuten Suomessa (tutkijalautakunnat) ja osallistumalla yleiseen liikenneturvallisuustyöhön ja tukemalla sitä taloudellisesti.

Vakuutusehdoilla ja tariffeilla arvioidaan olevan vaikeata mutta ei mahdotonta vaikuttaa liikennekäyttäytymiseen. Ne voivat tukea turvallista käyttäytymistä esimerkiksi asettamalla tavoitteen (maksupalautus) tai antamalla välitöntä palautetta käyttäytymisestä. Laajemmin niillä voi tukea turvallisen auton, varustuksen, sen käytön tai matkustusmuodon valintaa. Tärkeä edellytys on, että vakuutusnottaja tietää vaihtoehtojen taloudellisen vaikutuksen, ja seuraus on henkilökohtainen.

Liikenneonnettomuustietojen kerääminen luo pohjaa monimuotoiselle turvallisuustyölle ongelmien, niiden suuruuden ja ominaisuuksien osoittamiseksi, turvallisuustilanteen ja sen kehitykseen vaikuttaneiden tekijöiden seuraamiseksi ja parannusehdotusten tekemiseksi sekä liikenneturvallisuustiedotukseen.

Kokemus tutkijalautakunnista oikeuttanee toteamaan, että työ on osoittanut tarpeellisuutensa tiedon tuottamisessa onnettomuuksista, liikennejärjestelmän puutteiden paljastamisessa ja parannustoimenpiteiden tuottamisessa sekä myös luotettavaksi ja vakuuttavaksi julkiseen tiedotukseen ja valvontaan. Onnettomuustutkimukset pitävät turvallisuudesta vastaavat viranomaiset ajan tasalla, lisäävät yhteistyötä, auttavat päätöksenteossa ja antavat heille hyvää palautetta päätyötään varten.

Saatavilla olevat onnettomuustiedostot ovat jatkuva lähde tutkijoille ja ne osaltaan vetävät nuoria tutkijoita liikenneturvallisuustutkimuksen piiriin. Aineistoista on valmistunut yli 200 tutkimusraporttia, joista

yhdeksän on tohtorinväitöskirjoja ja kymmenittäin akateemisia opinnäytetöitä. Onnettomuustietojen virta ylläpitää turvallisuuskeskustelua ja luo sille asiapohjaa. Aineisto on käyttökelpoista kuljettajakoulutukseen ja opetukseen.

Vakuutusosalalle onnettomuustiedot tuovat luontevan tavan osallistua turvallisuustyöhön, nyttemmin myös kansainvälisesti. Osallistumalla liikennevakuutusala osoittaa yhteiskunnallisen vastuunsa toimialueellaan, lisää omaa tietämystään onnettomuuksiin vaikuttaneista tekijöistä ja saa niistä keinoja hallita turvallisuuskehitystä sekä vakuutusmaksuja ja luo laajan yhteistoiminnan sidosryhmiin. Yksittäiset yhtiöt voivat vaikuttaa omien vakuutuksenottajiensa turvallisuuskäyttäytymiseen ja asiakasyritystensä turvallisuuspolitiikkaan ja siten käyttää vahinkojen vähentämistä ja siihen tähtäävää palveluaan myös kilpailukeinona.

LÄHTEET

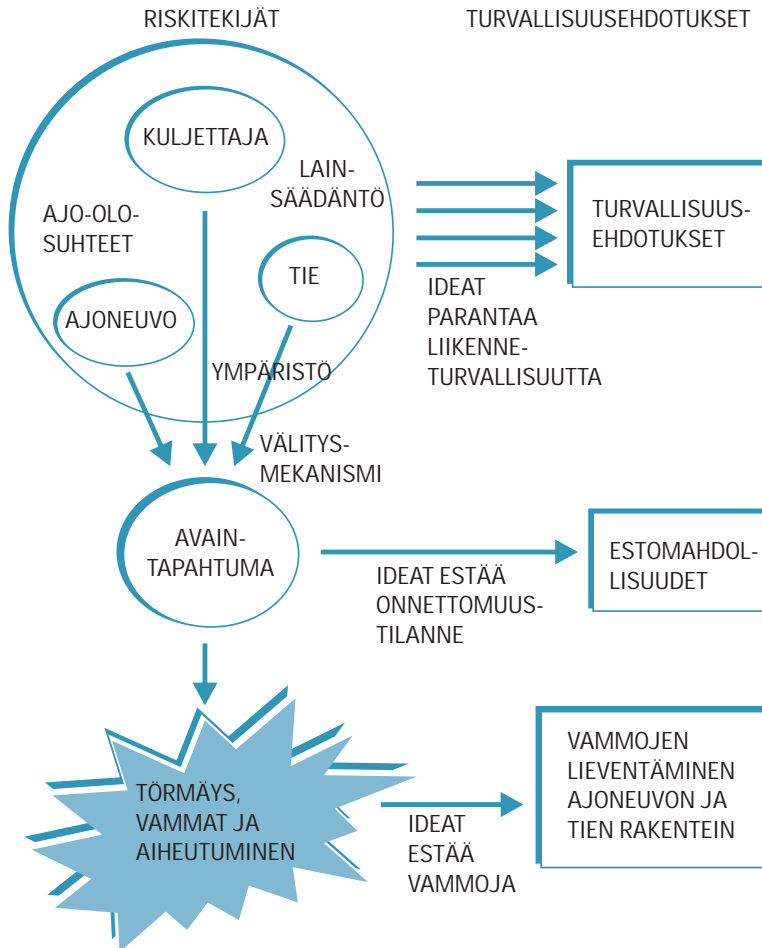
- Backman M. ja Mikkonen V. Försäkringsmässiga betingelser, risktagning och säkerhet i trafiken, Helsingin yliopisto, Raportti no A 20, Helsinki 1984.
- Backman M., Haapanen H. ja Mikkonen V. De försäkringsmässiga betingelserna i trafiksäkerhetsarbetet, Helsingin yliopisto, Raportti no A6, Helsinki 1981.
- Englund A. De försäkringsmässige betingelsers betydning för skadeantallet och dermed trafikksikkerheten, Sekreterargruppens rapport, Stockholm 1982.
- Englund A. ja Pettersson H-E. Försäkring och trafiksäkerhet, VTI rapport 415, Linköping 1997.
- Eriksson R. Information om motorfordonsförsäkringen – en studie av effekterna på värnpliktiga trafikanter, Uppsala Universitet, rapport 72, Upsala 1986.
- Ernvall T., Laine V. ja Lehikoinen J. Henkilöautomallien onnettomuus- ja vammautumisriskit 2000, Oulun yliopisto, Oulu 2000.
- Hakamies-Blomqvist L. Older drivers in Finland: Traffic safety and behaviour, Academic dissertation, Helsinki University, Helsinki, 1994.
- Huttula J. Henkilöauton teknisten ominaisuuksien ja mittojen yhteys riskiin kuolemaan johtaneissa onnettomuuksissa, diplomityö, Oulun yliopisto, Oulu 1993.

- Hantula L. Development of a Case Study Method of Road Accidents in Finland, *Journal of Traffic Medicine*, Vol 20, no 1, Dundee 1992.
- Hantula L. Reduced Winter Speed Limits Are Effective on Slippery Roads, *Journal of Traffic Medicine*, Vol 23, No 2, January 11, 1995.
- Hautala P. Yksittäiset kuolemaan johtaneet suistumisonnettomuudet Suomessa vuosina 1991 – 1994, LVK, Helsinki 1996.
- Holopainen A. Matkapuhelin kuolemaan johtaneissa onnettomuuksissa, LVK/VALT, Helsinki 2000.
- Huttula J. Massan vaikutus auton sisäiseen ja ulkoiseen turvallisuuteen, Oulun yliopisto, rap. no 31/95, Oulu 1995.
- Huttula J. ja Ernvall T. Liikenneympäristön, auton ja kuljettajan ja ominaisuuksien yhteyksiä kohtaamisonnettomuuteen johtaneeseen ajohallinnan menetykseen. Oulun yliopisto, rap no 37/96, Oulu 1996.
- Kallberg V-P. Perävaunullisten kuorma-autojen liikennevahingot. Valtion teknillinen tutkimuskeskus. Raportti no. 495/87, Espoo 1987.
- Kallinen A. Statistisk utredning av trafikförsäkringsförändringarnas inverkan på trafiksäkerheten, Liikennevakuutuskeskus, Helsinki 1980.
- Karppinen E. Liikennevakuutus, 50 vuotta liikennevakuutustoimintaa, Liikennevakuutuskeskus, Helsinki 1975.
- Karttunen R. Kohtaamisonnettomuuksien tutkimus tutkijalautakunta-aineistosta 1991 – 93. Autorekisterikeskus, Liikenneministeriö, Tielaitos, Vakuutusyhtiöiden liikenneturvallisuustoimikunta (VALT), Helsinki 1995.
- Karttunen R. Tavallisten henkilöautonkuljettajien onnettomuudet, Liikenneturvan tutkimusmonisteita 65/92, Helsinki 1992.
- Kopra S. ja Koponen S. Kirjallinen tiedonanto L. Hantulalle 3.1.2000. Helsinki 2000.
- Lappalainen H. Liukkaan kelin kohtaamisonnettomuudet. Tielaitos, Tuotannon palvelukeskus, sisäinen julkaisu 27/95, Tampere 1995.
- Lundell M. Vinterdäckens inverkan på trafiksäkerheten. Tekniska högskolan, Espoo 1993.
- LVK/VALT. Liikennevahinkojen tutkijalautakuntien tutkimussuunnitelma 1992, Kuolemaan johtaneet onnettomuudet, Liikennevakuutuskeskus, Helsinki 1991.
- LVK/VALT. Osallisen, ajoneuvon, tien, henkilötietojen, avaintapahtuman, riskitekijöiden ja turvallisuusehdotusten koodiluettelot, Liikennevakuutuskeskus, Helsinki 1992.

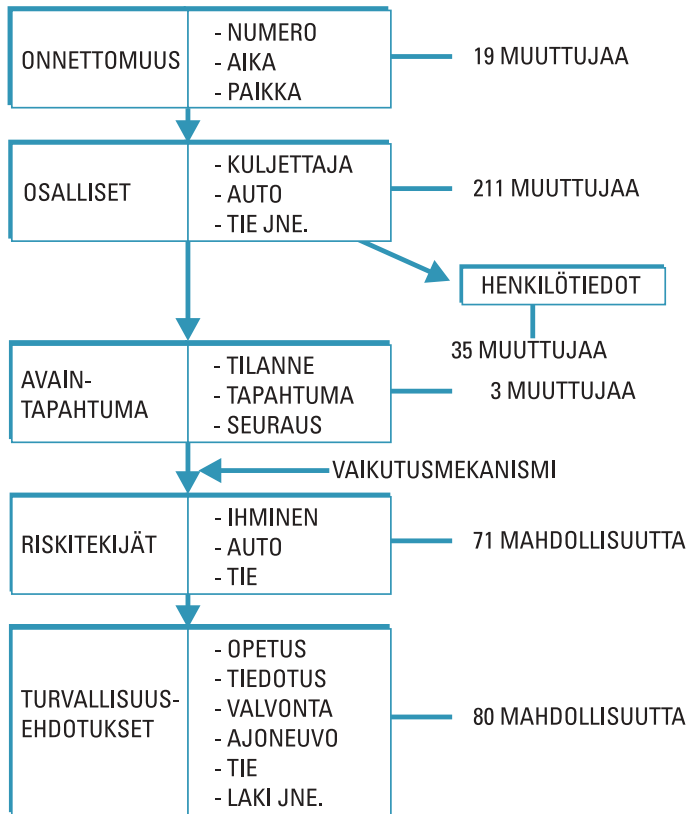
- LVK/VALT. Raportti liikennevahinkojen tutkijalautakuntien tutkimista moottoriajoneuvossa kuolleiden onnettomuuksista vuonna 1999, Liikennevakuutuskeskus, Helsinki 2000.
- LVK/VALT. Vakuutusyhtiöiden liikennevahinkotilasto 1999, Liikennevakuutuskeskus, Helsinki 2000.
- Mäkitupa S. Kuorma- ja linja-autojen alleajosuojien vaikutus päittäistörmäyksissä, Diplomityö, Teknillinen korkeakoulu, Espoo 1999.
- Nuutinen J. Ennakkokatsaus tutkijalautakuntien tutkimista, tieliikenteessä kuolleiden onnettomuuksista v. 2000, LVK/VALT, Helsinki 2001.
- Nuutinen J. Sairasautojen vahinkotutkimus, Liikennevakuutusyhdistys/VALT, Helsinki 1992.
- OECD. International Conference on Automobile Insurance and Road Accident Prevention, Amsterdam 1992.
- OECD. International Conference on Automobile Insurance and Traffic Safety, Tallinn 1995.
- Pettersson H-E. Fordonsförsäkringens inverkan på trafikbeteende, VTI meddelande nr 258, Linköping 1982.
- Roine M. Accident risks of car drivers in wintertime traffic, VTT Technical Research Centre of Finland. Espoo 1999.
- Räsänen M. Polkupyöräonnettomuuksien vähentäminen. Liikenneministeriö, raportti no L 25/95, Helsinki 1995.
- Sleet D. ja Kallberg V-P. Airbags and their potential in Finnish motor crashes, Technical Research Centre of Finland, Research Notes 1324, Espoo 1992.
- Tapio J., Pirtala P. ja Ernvall T. Onnettomuus- ja loukkaantumisriskit automalleittain (Accident Involvement and Injury Risk Rates of Car Models), Oulun yliopisto, raportti nro 28, Oulu 1994.
- Vaaje T. Return of Part of Premium after a Claim-free Period, OECD 1990, Copenhagen 1990.

ONNETTOMUUSTIEDOSTO

RISKIKASAUTUMAMALLI TUTKIJALAUTAKUNTIEN
TUTKIMUKSISSA

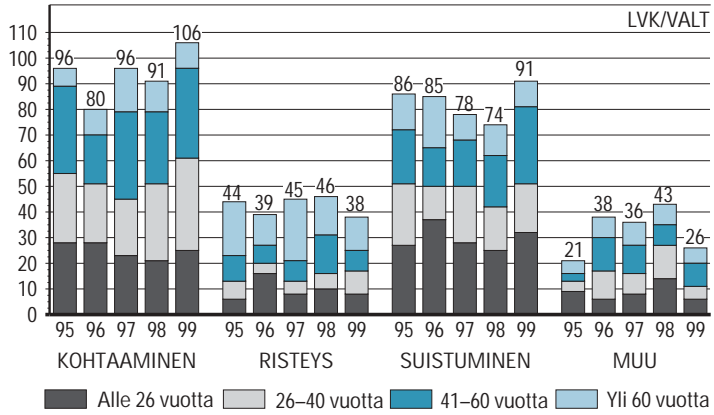


ONNETTOMUUSTIEDOSTO
 LIIKENNEVAHINKOJEN TUTKIJALAUTAKUNTIEN
 TUTKIMAT ONNETTOMUUDET



LIIKENNEONNETTOMUUSTYYPPI JA AIHEUTTAJAN IKÄ 1995–1999

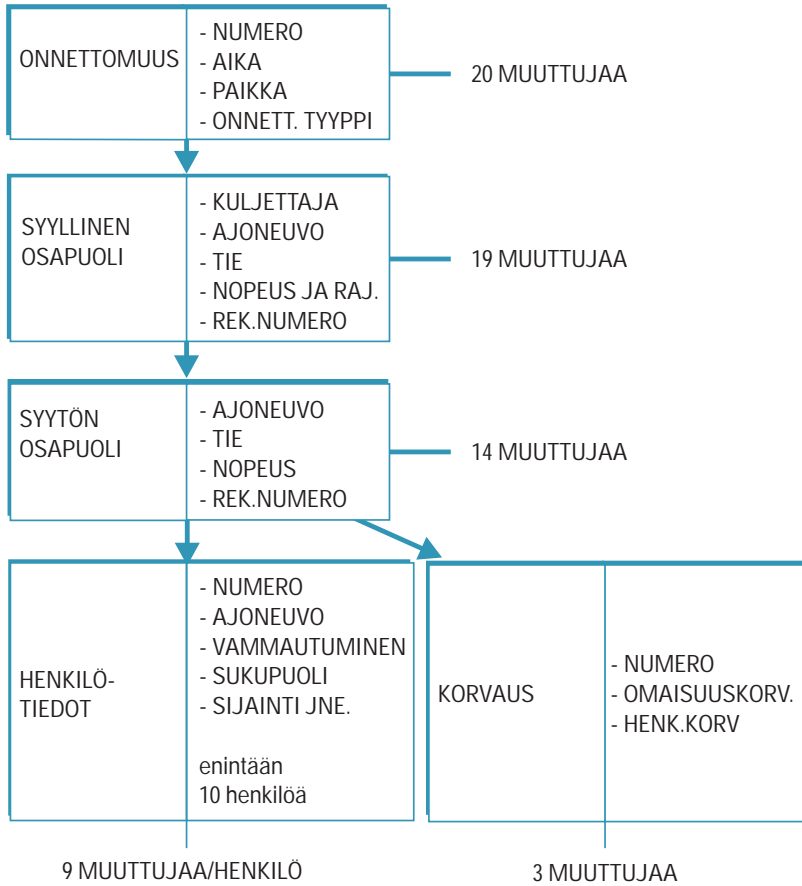
ONNETTOMUUKSIEN LUKUMÄÄRÄ



Moottorijoneuvossa kuolleiden onnettomuudet

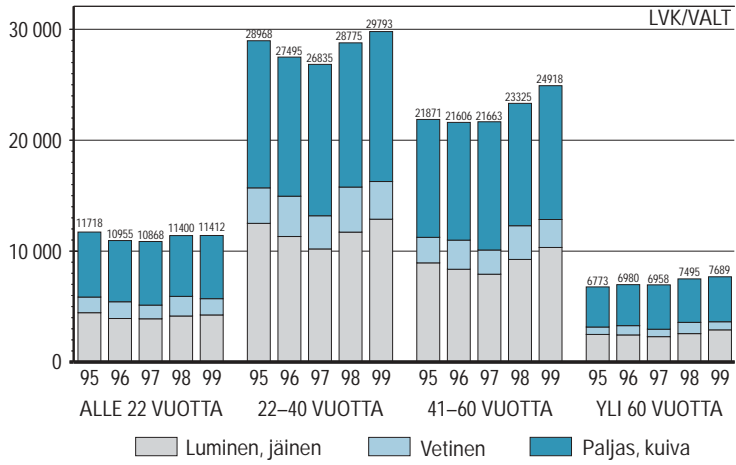
ONNETTOMUUSTIEDOSTO

LIIKENNEVAKUUTUKSESTA KORVATUT
ONNETTOMUUDET



AIHEUTTAJAN IKÄ JA KELI 1995–1999

VAHINKOJEN LUKUMÄÄRÄ



Liikennevakuutuksesta korvatut vahingot

E

LAKISÄÄTEISEN TAPATURMAVAKUUTUKSEN ROOLI TYÖSUOJELUN JA TYÖTERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ

Tapaturmavakuutuslaitosten liitto / Sampo Teollisuusvakuutus Oy:

Kari Häkkinen

Tapaturmavakuutuslaitosten Liitto:

Tapani Miettinen

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	117
2	TAPATURMAVAKUUTUKSEN ROOLI ENNALTAEHKÄISYSSÄ ...	121
3	TYÖTAPATURMIEN TILASTOINTI	124
4	KUOLEMANTAPAUSTEN TUTKINTA	125
5	ESIMERKKEJÄ VAKUUTUSYHTIÖIDEN TYÖSUOJELU- PALVELUISTA	126
5.1	Koulutus ja motivointi	126
5.2	Tilastopalvelut	127
5.3	Riskien arviointi	127
5.4	Turvallisuustoiminnan arviointi	128
6	YHTEISTYÖ MUIDEN VAKUUTUSTAHOJEN KANSSA	129
7	KANSAINVÄLINEN YHTEISTYÖ	130
8	KEHITYSSUUNTIA JA TULEVAISUUDEN NÄKYMIÄ	131
	LÄHTEET	132

1

JOHDANTO

Ajatus tapaturmien torjumisesta etukäteen on ollut mukana alusta lähtien tapaturmavakuutuksen kehittämisenä. Jo ensimmäisiin tapaturmavakuutuslain teksteihin yli sata vuotta sitten oli sisällytetty työturvallisuuskäsitteitä, ja vakuutusmaksujen määrittämisessä on yhteys saavutettuun työturvallisuustasoon ollut niinkään mukana. Ns. vapaaehtoinen tapaturmantorjuntatyön käynnistymisessä 1900-luvun alkupuolella tapaturmavakuutuksella oli keskeinen rooli. Teollisuuden vakuuttamiseen erikoistuneen Teollisuus-tapaturma-yhtiön palvelukseen alettiin palkata turvallisuustarkastajia jo 1920-luvun alussa. Myöhemmin vakuutusyhtiöihin on organisoitu erityisiä työturvallisuus- ja riskienhallintaosastoja vastaamaan työturvallisuusalan tarkastus-, koulutus- ja neuvontatyöstä. Vakuutusyhtiöiden keskinäinen yhteistyö ja yhteydenpito työmarkkinaosapuolten ja valtiovallan kanssa on järjestetty Tapaturmavakuutuslaitosten liiton kautta. (Pellinen 1995.)

Lisäksi vakuutusjärjestelmä on ollut mukana tukemassa laajasti työsuojelualan valtakunnallista yhteistyötä ensiksi Tapaturmantorjunta ry:ssä, sittemmin Työsuojelu ry:ssä ja viime vuosikymmeninä Työsuojelurahaston ja Työturvallisuuskeskuksen piirissä.

Tapaturmavakuutuksen sisältö on laajentunut vuosien mittaan siten, että myös ammattitaudit ovat tulleet laajasti korvattaviksi, samoin esimerkiksi työmatkatapaturmat, työssä aiheutuneet kipeytymiset ja työhön liittyvä väkivalta. Myös käsitykset työtapaturmien ja muiden työsuojeluongelmien aiheuttajista ovat muuttuneet. Siten myös ennaltaehkäisevän työn sisältö on laajentunut, perinteisten kone- ja työmaariskien ohella käsitellään tätä nykyä paljon turvallisuusjohtamista, suunnittelua, ergonomiaa, työssä jaksamista ja työkykyä ylläpitävää toimintaa jne. (Kukkonen ja Valtanen 1999; Pellinen 1995.)

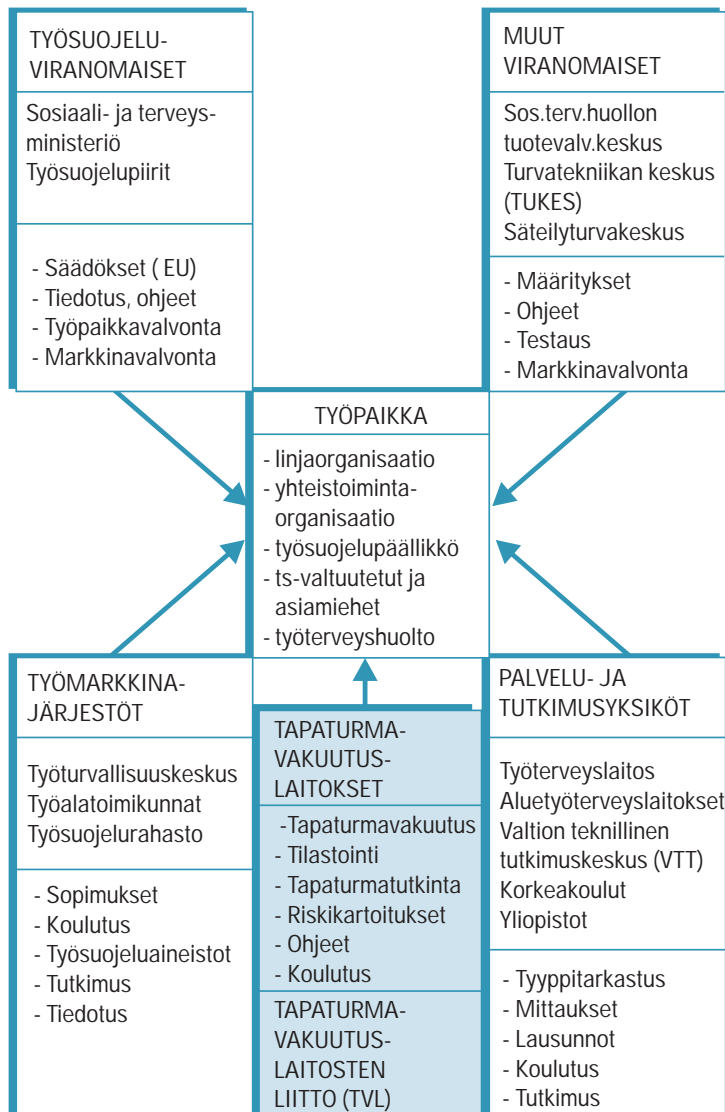
Työtapaturmien ja ammattitautien vakuuttamisesta ja korvaamisesta on säädetty Tapaturmavakuutuslaissa v. 1948, jota on sittemmin täydennetty useilla lakiuudistuksilla ja asetuksilla, sekä Ammattitautilais-

sa ja -asetuksessa v. 1988. Työturvallisuuden yleiset vaatimukset työpaikoille on esitetty Työturvallisuuslaissa v. 1958 ja sen uudistuksissa ja Työturvallisuuslain perusteella annetuissa valtioneuvoston päätöksissä. Työturvallisuuslakia ollaan parhaillaan uudistamassa. Viime vuosina Suomen työsuojelumääräyksiä on muutettu EU-direktiivien mukaisiksi ja siitä johtuen uutta lainsäädäntöä on ilmestynyt varsin paljon mm. koneturvallisuuteen liittyen. Työsuojelun viranomaistoiminnan ja työpaikkojen työsuojelutoiminnan organisointia on säädelty lailla ja asetuksella työsuojelun valvonnasta vuodelta 1973.

Tutkimus- ja kehitystyön merkitys on korostunut erityisesti monimutkaisten terveys- ja turvallisuusriskien hallinnassa ja alan tieteellisen tutkimuksen menetelmät ja osaaminen ovat vakiintuneet Työterveyslaitoksella, VTT:llä ja korkeakouluissa. Lainsäädännön ja viranomaistoiminnan lisääntyminen on myös kehittänyt alan työnjakoa ja resursseja. Vakuutusjärjestelmään liittyvä ennaltaehkäisevä työ on keskittynyt sellaisiin toimintamuotoihin, joihin se luonnostaan sopii parhaiten, kuten tilastointi, tapaturmien tutkinta ja yritysjohton taloudellinen motivointi turvallisuusjohtamiseen sekä riskien hallinnan kokonaistarkastelut. Kuvan 1 kaavio selventää työsuojelutyön nykyistä organisointia Suomessa.

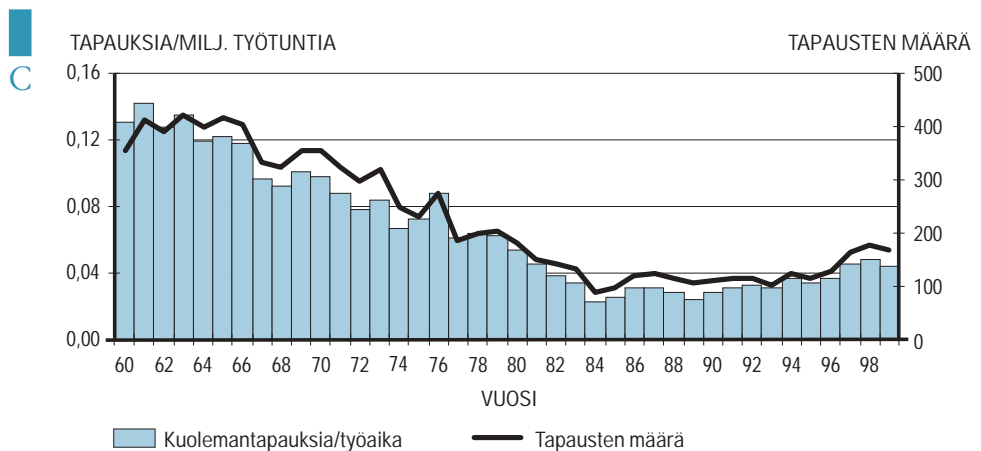
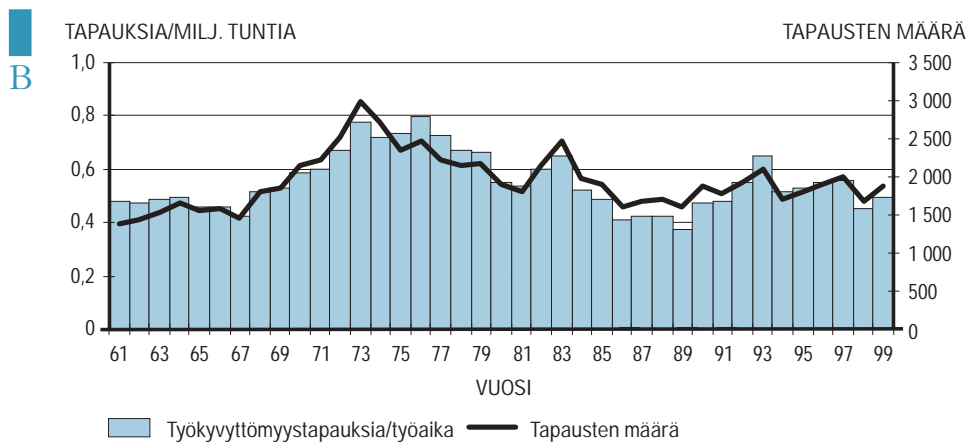
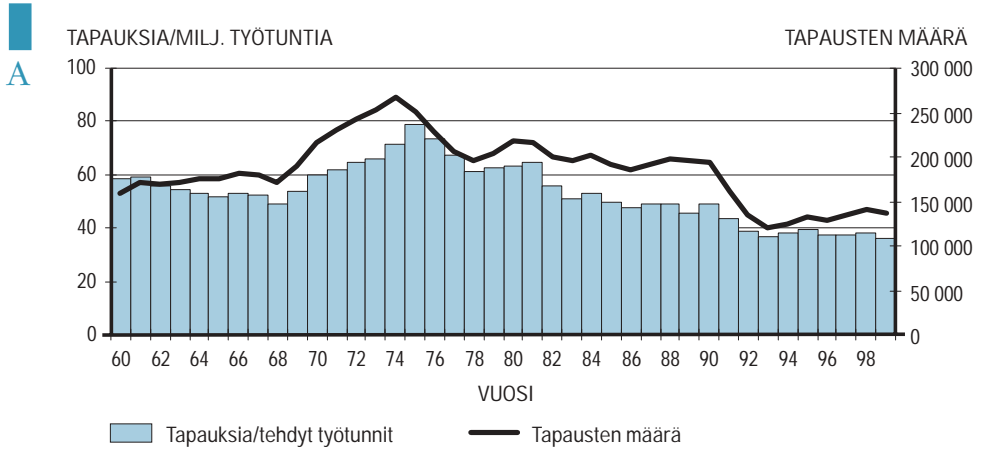
Lakisääteisen tapaturmavakuutuksen maksuja kerätään työnantajilta Suomessa vuosittain noin 2,5–3 miljardia markkaa. Työtapaturmia ja ammattitauteja tilastoidaan n. 130 000–140 000 tapausta vuodessa (kuva 2a). Tultaessa 90-luvun lopulle työtapaturman uhriksi joutui suomalaisilla työpaikoilla enää noin viisi työntekijää sadasta. Työtapaturmataajuus oli vuonna 1999 keskimäärin 32 tapausta miljoonaa työtuntia kohden. Kuolemantapauksia työssä sattuu enää n. 40 tapausta vuosittain, kun vielä 60-luvun puolivälissä tapauksia oli n. 400 vuodessa (kuva 2b). Vuonna 2000 ilmoitettiin 46 työpaikoilla sattunutta tapaturmaista kuolemaa. Sen sijaan työtapaturmien ja ammattitautien aiheuttamien pysyvien työkyvyttömyystapauksien määrä ei ole vähentynyt samalla tavoin, tapauksia on edelleen n. 2000 vuodessa (kuva 2b). (Kukkonen ja Valtanen 1999; Työtapaturma- ja ammattitautitilasto 1999; Lehdistöiedote 2001.)

Todettujen ammattitautien lukumäärä on vuosittain n. 6000 ja se on ollut viime vuosina laskussa. Menneinä vuosikymmeninä tapahtuneiden asbestialtistumisten takia tilastoidaan tätä nykyä toistasataa ammattitautikuolemaa vuodessa. Vuonna 2000 asbestikuolemien määrä kääntyi selvään laskuun. (Kukkonen ja Valtanen 1999; Työtapaturma- ja ammattitautitilasto 1999; Lehdistöiedote 2001.)



KUVA 1. Työsuojelun organisointi ja yhteistyö Suomessa.

Lakisääteistä tapaturmavakuutusta harjoittavia vakuutusyhtiöitä on Suomessa n. 15, kuitenkin yli 80 % maksutulosta jakaantuu neljälle suurimmalle yhtiöryhmälle (Sampo, Pohjola, Tapiola, Fennia). Lisäksi maatalousyrittäjillä ja valtiolla on omat tapaturmaeläkelaitoksensa. Suomalaisen sosiaalivakuutuksen EU-sopeuttamisen yhteydessä päätettiin lakisääteinen tapaturmavakuutus avata myös ulkomaisille vakuutusyhtiöille. Toistaiseksi ulkomaiset yhtiöt eivät ole tulleet mukaan tapaturmavakuutusmarkkinoille.



KUVA 2. Työtapaturmien ja ammattitautien lukumäärät ja riski ilmaistuna tapausten määränä tehtyjä työtunteja kohden vv. 1960 – 1999:

- kaikki vakuutusyhtiöille ilmoitetut tapaukset,
- pysyvät työkyvyttömyydet,
- kuolemantapaukset, 90-luvun nouseva kehitys johtuu asbestikuolemista.

(Lähde TVL tilastot)

2

TAPATURMAVAKUUTUKSEN ROOLI ENNALTAEHKÄISYSSÄ

Suomessa vakuutusmaksun tulee perustua työn riskitasoon. Erityisesti suurissa ja keskisuurissa yrityksissä vakuutusmaksut perustuvat pääasiassa omien vahinkojen aiheuttamiin korvauskustannuksiin. Torjuntatoimenpitein työpaikalla aikaansaatu tapaturmariskin vähentäminen näkyy vakuutuksenottajayrityksessä alentuneena vakuutusmaksuna. Yhteiskunta säästää sosiaali- ja terveystalouksia. Vakuutusyhtiön kannalta vähentyneet tapaturmat merkitsevät pienentyneitä korvausmenoja. Yritysten kannalta on pääsääntöisesti oikeudenmukaista, että enemmän vahinkoja aiheuttavat yritykset maksavat myös enemmän vakuutusmaksuja. Yrityksille ennaltaehkäisevä työ antaa aina taloudellista hyötyä tuotantohäiriöiden vähentyessä, suuryrityksissä onnistunut työsuojelutyö alentaa myös huomattavasti vakuutusmaksuja. Vakuutuksen suoraa kannustavaa vaikutusta on paljon vaikeampi toteuttaa pienyritysten tapaturmavakuuttamisessa.

Lainsäädännöllistä veloitetta ei vakuutusyhtiöillä Suomessa ole ennaltaehkäisevään toimintaan. Hyvänä tapaturmavakuutusikäytäntönä pidetään kuitenkin sitä, että vakuutusmaksut kannustavat yrityksiä työsuojelutyöhön ja että vakuutusyhtiöllä on asiakkaan työsuojelutyötä tukevia palveluita.

Vakuutusyhtiöille kertyy runsaasti tietoa tapaturmien taustatekijöistä, sattumisolosuhteista ja seuraamuksista tapaturmailmoitusten, vakuutus- ja korvausasioiden hoidon sekä asiakaskäyntien perusteella. Viimemainitut antavat mahdollisuuden myös laajasti perehtyä toteutettujen torjuntatoimenpiteiden tasoon ja yksityiskohtiin. Nämä tiedot ovat vankka perusta työturvallisuustoimenpiteiden kohdekartoitukseen ja perusteltuun, tehokkaaseen torjuntatyöhön. Vakuutusyhtiöiden tuottamaa tietoa välittyy myös Tapaturmavakuutuslaitosten liiton käytettäväksi erilaisiin analyysiin, selvityksiin ja tutkimuksiin sekä myös tiedotustoimintaa varten. (Työturvallisuustoimikunnan kehittäminen Tapaturmavakuutuslaitosten liitossa 1999.)

Vakuutusyhtiöiden ja Tapaturmavakuutuslaitosten liiton suora panostus työsuojelutyöhön on viime vuosina ollut noin 20 miljoonaa mk vuodessa, ja päätoimisia työsuojeluasiantuntijoita on vakuutusyhtiöissä n. 25 henkilöä. Lisäksi tapaturmavakuutuksen piirissä ennaltaehkäisevään työhön osallistuu sivutoimisesti n. 100 henkilöä vakuutusyhtiöissä. (Työturvallisuustiedote 1999.)

Vakuutusyhtiöt ovat perusteelliseen työtapaturma- ja ammattitautitilastosta saatavaan tietoon nojautuen pyrkineet työturvallisuustyössä ennen kaikkea aktivoimaan vakuutuksenottajia, yritysten johtoa, oma toimiseen tapaturmien ja ammattitautien torjuntaan. Asiakaskäyntien yhteydessä on annettu ohjeita koneiden ja laitteiden suojaamisesta, työmenetelmien kehittämisestä, tapaturmatutkinnasta, torjuntatoimenpiteiden kehittämisestä jne. Toiminta on luonteeltaan opastavaa toisin kuin viranomaistoiminta, mutta vakuutusehtojen mukaisesti vakuutuksenottaja sitoutuu noudattamaan vakuutusyhtiön ohjeita. (Työturvallisuustoimikunnan kehittäminen Tapaturmavakuutuslaitosten liitossa 1999.)

Viime vuosina on vakuutusyhtiöiden työsuojelutoiminta käynyt läpi huomattavaa muutosta. Vakuutusyhtiöt pyrkivät kattamaan entistä kokonaisvaltaisemmin vahingontorjunnan ja tapaturmariskin hallinnan. Vakuutusyhtiöt pyrkivät keskittymään sellaisen tiedon hankkimiseen ja edelleen asiakkailleen toimittamiseen, mitä muualta ei ole saatavissa. Esimerkiksi tapaturmariskin kehittymistä ja tapaturmien kustannuksia kuvaavia yrityskohtaisia tilastoja on saatavilla vakuutusyhtiöistä, ja niitä voidaan monella tavoin käyttää työsuojelun motivointiin ja suuntaamiseen. (Työturvallisuustoimikunnan kehittäminen Tapaturmavakuutuslaitosten liitossa 1999.)

Työsuojelutyötä tekevät henkilöt vakuutuslalla tekevät riskikartoituksia, vaara-analyyseja ja työturvallisuustilanteen arviointeja, kehittävät riskin hallintaa, tuoteturvallisuutta, palosuojelua sekä osallistuvat investointiprojekteihin ja selvittelevät asiakkaiden vakuutusasioita. Myös koulutusta järjestetään pääasiassa sellaisissa erikoiskysymyksissä, joita ei muiden tahojen kurseilla käsitellä ja joissa vakuutusyhtiö voi parhaiten antaa tietoa. Vakuutusyhtiöiden vahingontorjuntatyötä tekevät henkilöt ovat usein erikoistuneita tietyille toimialoille tai ovat tapaturmavakuutusosastolla päätoimisia työsuojeluasiantuntijoita. (Työturvallisuustoimikunnan kehittäminen Tapaturmavakuutuslaitosten liitossa 1999.)

Tapaturmavakuutusjärjestelmästä rahoitetaan Työsuojelurahaston ja Työturvallisuuskeskuksen toimintaa. Tapaturmavakuutuslain 35 § mu-

kaan työnantajan tapaturmavakuutusmaksun yhteydessä kerätään työturvallisuusmaksu, jonka suuruus on kaksi prosenttia vakuutusmaksusta, käytettäväksi työsuojelun edistämiseen. Työsuojelurahastolaissa (407/79) on erikseen säädetty tämän rahan käytöstä. Käytännössä työturvallisuusmaksua kerätään n. 50 milj. mk vuodessa. Työsuojelurahasto on merkittävä työsuojelun tutkimus- ja kehittämistoiminnan rahoittaja. Työturvallisuuskeskus on työmarkkinajärjestöjen ylläpitämä koulutus- ja palveluyksikkö, jonka keskeinen tehtävä on Suomen työsuojelun ammattilaisten rekisteröinti, tietopalvelu ja kouluttaminen. Vakuutusyhtiöiden oma riskienhallintatyö perustuu pääsääntöisesti yhtiöiden omiin kannattavuus- ja asiakaspalveluintresseihin ja palvelusopimuksiin asiakkaiden kanssa.

3

TYÖTAPATURMIEN TILASTOINTI

Tapaturmavakuutusyhtiöiden tilastoyhteistyötä on toteutettu kymmeniä vuosia yhteisten maksutariffien määrittämiseksi. Tilastoja käytetään edelleen, vaikka tariffiyhteistyö on päättynyt. Valtakunnallisen tapaturmatilastoinnin siirryttyä työsuojeluhallinnolta Tapaturmavakuutuslaitosten Liittoon vuodesta 1992 lähtien, jokaisesta tapaturmasta ja ammattitaudista on olemassa koodattua tietoa sattumista kuvaavista olosuhteista (kuten aiheuttaja, tyyppi, vamma, ikä jne.). Vuosittain ilmestyy tilastojulkaisu (6). Tapaturmatietokannat ovat myös käytettävissä erilaisiin työsuojelullisiin erityisselvityksiin, esim. eri toimialojen kehityksen seurantaan ja tapaturma-aiheuttajien kohdistamiseen. Tietokantoja hyödyntävät mm. työsuojelupiirit, tutkimuslaitokset ja vakuutusyhtiöt. Tilastokeskuksen kanssa tehdään yhteistyötä. Parhaillaan ollaan toteuttamassa EUROSTAT:n tilastointivaatimusten aiheuttamia muutoksia tilastointityölle.

KUOLEMANTAPAUSTEN TUTKINTA

Työpaikkakuolemantapausten tutkinta, ns. TOT-tutkinta, perustuu keskeisten työmarkkinajärjestöjen ja Tapaturmavakuutuslaitosten liiton keskinäiseen sopimukseen työpaikkakuolemantapausten syiden selvittämiseksi ja torjuntatoimenpiteiden kehittämiseksi. TOT-tutkimustyötä tehdään yhteistyössä myös viranomaisten kanssa ja suuronnettomuustutkintalautakunnan kanssa. Tapaturmavakuutuslaitosten Liiton hallitus nimeää käytännön tutkintaa johtamaan tutkimusjohtokunnan, jossa ovat edustettuina sopijaosapuolet ja Työturvallisuuskeskus. Tutkinta toteutetaan erityisen tutkintamenettelyohjeen ja tapaturmatutkimallin mukaisesti.

Julkaistut tutkintaraportit ovat ainutlaatuinen aineisto tapaturmien syntymekanismeista, tapaturmatekijöistä ja torjuntatoimenpiteistä. Kuitenkin tehtyjen selvitysten mukaan raporttien tunnettuus ja hyödyntäminen eritoten linjaorganisaatioissa on vielä puutteellista.

Yksittäisten raporttien ohella kertyneestä aineistosta luodaan yhteenvetoja, jotka siten laajemmin kattavat tapaturmatekijöitä ja torjuntatoimenpiteitä. Erilaisia yhteenvetoja on tehty kymmenkunta, mm. kuljetustapaturmista, rakennusosalalta ja metallialan asennustöistä sekä eräistä konetapaturmista.

Tutkintajärjestelmän puitteissa on kehitetty koulutuskäyttöön tapaturmien tutkimusmalli, sen opetusvihko ja video. Saatu kokemus ja yhteenvedot mahdollistavat tutkintamenetelmien kehittämisen. Opetusvihkosta uusitaan parhaillaan yhteistyössä Työturvallisuuskeskuksen ja Työterveyslaitoksen kanssa tavoitteena saada tutkintamalli helposti omaksuttavaksi myös työpaikoilla muidenkin kuin kuolemaan johtaneiden tapaturmien tutkintatyössä.

5

ESIMERKKEJÄ VAKUUTUSYHTIÖIDEN TYÖSUOJELUPALVELUISTA

5.1

KOULUTUS JA MOTIVOINTI

Vakuutusyhtiöt ovat perinteisesti auttaneet vakuutuksenottajia työsuojelukoulutuksen järjestämisessä sekä yritysten työturvallisuus- ja ensiapukoulutuksen järjestämisessä. Lisäksi vakuutusyhtiöt ovat laatineet, julkaisseet ja jakaneet asiakasyrityksilleen tapaturmien torjuntaa koskevaa materiaalia, kuten esim. työsuojeluoppaita, ohjekirjasia ja -lehtiä, julisteita, elokuvia ja videoita sekä varoituskilpiä. Vakuutusyhtiöiden “turvallisuuspropaganda” on ollut erityisen voimakasta 30-, 40-, ja 50-luvuilla, aikoina, jolloin valtiovalta ja yritykset eivät vielä panostaneet tällaiseen toimintaan ja kun kirjallista aineistoa muuten oli vielä varsin vähän käytettävissä, ennen “A4-saastetta”, multimediaa ja internetiä. Erityisesti kirjukurssimuotoinen opetus oli hyvin suosittua vielä 60-luvulla työnjohdon ja turvallisuusammattilaisten koulutuksessa.

Sittemmin koulutusaiheita on suunnattu entistä enemmän erityisteemoihin ja -kohderyhmiin, kuten esimiesten työsuojelutehtävät, työsuojelu suunnittelussa ja turvallisuusjohtaminen. Myös perinteisiä koulutusaiheita, kuten ensiapu- ja trukkikoulutus sekä tapaturmien tutkiminta on edelleen vakuutusyhtiöiden koulutuspalveluissa. Koulutus ja motivointi on tätä nykyä useasti toimiala- ja yrityskohtaisesti räätälöityä, ja aiheet valittu yrityksen tapaturma- ja työsuojelutilanteen osoittamiin tarpeisiin.

5.2

TILASTOPALVELUT

Vakuutusyhtiöt ovat toimittaneet asiakkailleen tilastoja korvauskustannusten ja vakuutusmaksujen raportoimiseksi, mutta myös työsuojelutyötä varten. Tilastopalvelujen kysyntä ja tarjonta ovat lisääntyneet viime vuosina. Nykyaikaisilla tilastollisilla ATK-työkaluilla voidaan helposti tuottaa havainnollisia kehitystrendejä ja painopistekuvauksia. Yritysten kiinnostus tapaturmatunnuslukuihin on lisääntynyt mm. laatujohtamisen myötä. Vaikka oma tilastointi onkin ainakin suuryrityksissä varsin kattavaa, vakuutusyhtiön tilastopalvelut antavat tärkeää lisätietoa mm. korvauskustannusten jakaantumisesta ja esittäessään vertailutietoja muista saman alan yrityksistä. Tilastoja käytetään paljon myös koulutus- ja motivointitarkoituksissa vakuutusyhtiön ja asiakkaan välisissä neuvotteluissa.

5.3

RISKIEN ARVIOINTI

Riskien arvioinnin merkitys osana ennaltaehkäisevää työtä on lisääntynyt erityisesti Suomen EU-liittymisen jälkeen. Useimmissa EU-direktiiveissä riskien arviointi on tärkeä lähtökohta suunnitelmalliselle ennaltaehkäisytyölle ja yleensä työnantajan tai valmistajan velvollisuus. Vakuutusyhtiöissä on riskien arvioinnin ja riskienhallinnan osaamista. Riskianalyysit ovat olleet vakuutusyhtiöiden keskeinen toimintatapa 70-luvulta lähtien. Työturvallisuuden osalta on sovellettu erityisesti Työn turvallisuusanalyysia ja prosessiteollisuuden Hazop-poikkeamatarkastelua. Riskien arviointi on nyttemmin kokenut uuden tulemisen juuri viranomaisvaatimusten vaikutuksesta. Vakuutusyhtiöiden analyysiosaaaminen on ollut varsin kysyttyä mm. suuronnettomuusvaaran arvioinnissa ns. Seveso-direktiivin vaatimusten täyttämiseksi. Äskettäin saatiin valmiiksi Työsuojelurahaston tuella toteutettu laaja valtakunnallinen ohjelma PK-yritysten riskienhallinnan kehittämiseksi. Tässä ohjelmassa myös vakuutusalan asiantuntijoita oli aktiivisesti mukana.

TURVALLISUUSTOIMINNAN ARVIOINTI

Yrityksen turvallisuustoiminnan tasoa on arvioitu vakuutusyhtiöiden toimesta erityisesti vakuutusmaksun määrittämistä varten. Myös tarkastustoiminnan yhteydessä on usein otettu kantaa yrityksen sisäisten toimenpiteiden tehokkuuteen, kuten tarkastuksiin, koulutukseen ja johdon osallistumiseen sekä vahinkojen ja läheltäpiti-tapausten selvitystyöhön.

Viime vuosina vakuutusyhtiöt ovat kehittäneet entistä systemaattisempia menettelyjä turvallisuustoiminnan tason arviointiin. Näiden avulla voidaan määrittää kehittämistä vaativat toiminnan osa-alueet ja myös jossain määrin antaa arvosanoja toiminnan tasosta verraten sitä muihin saman alan yrityksiin tai alan parhaisiin.

Tällä hetkellä kehityssuunta näyttää olevan, että turvallisuusjohtamisjärjestelmiä aletaan auditoida lisääntyvässä määrin samaan tapaan kuin laatu- ja ympäristöjohtamista. Varsinainen ulkoinen arviointi on siihen erikoistuneen sertifiointilaitoksen tehtävä. Sen lisäksi yrityksessä tehdään sisäisiä arviointeja. Tässä tilanteessa vakuutusyhtiöiden on arvioitava oma roolinsa ja katsottava, millaisin toimenpitein ne voivat tukea asiakasyritystensä kehittymistä ja täydentää arviointiprosessia.

6

YHTEISTYÖ MUIDEN VAKUUTUSTAHOJEN KANSSA

Yhteistyö muiden vakuutuslajien kanssa ei ole ollut systemaattista, mutta on aika ajoin konkretisoitunut yksittäisissä projekteissa ja toimintaohjelmissa. Turvallisuus- ja terveysalojen laajaa yhteistyötä on toteutettu mm. valtakunnallisen tapaturmapäivän ohjelmassa, jonka yhteydessä nostetaan esille niin työ-, vapaa-ajan kuin liikenteenkin tapaturmien torjunta. Tapaturmapäiväksi on vakiintunut perjantai ja 13. päivä.

Tapaturmavakuutus on vahinkovakuutusta ja vakuutusyhtiöiden riskienhallinta- ja vahingontorjuntatyö suuntautuu usein samalla kertaa sekä omaisuus- ja tuotantokeskeytys- että henkilövahinkojen torjuntaan. Esimerkiksi turvallisuusjohtaminen, prosessiturvallisuuden analysointi ja suunnittelu sekä riskien analysointi ovat työmuotoja, joilla ennaltaehkäistään niin henkilö-, omaisuus-, kuin vastuuvahinkojakin.

Vahinkovakuutusyhtiöt tekevät jonkin verran yhteistyötä myös työeläke- ja henkivakuutusyhtiöiden kanssa työkykyä ylläpitävää toimintaa ja henkilöriskien analysointia ja hallintaa käsiteltäessä työsuojelun rinnalla. Yrityksissä nämä kysymykset liittyvät kaikki henkilöstöstrategioihin ja henkilöstöhallintoon, joten usein on mielekästä käsitellä yhdellä kertaa henkilöriskiasioita tapaturmavakuuttamista laajemmin.

Lakisääteisen liikenne- ja työtapaturmavakuutuksen luontevia yhteistyöalueita ovat työmatkaturvallisuus ja liikenneturvallisuus matka- ja kuljetustöissä. Työmatkaliikenteen turvallisuuskoulutuksessa ja kampanjoiden toteutuksessa esiintyy yhteistyötä, mutta systemaattisia muotoja sillä ei ole.

7

KANSAINVÄLINEN YHTEISTYÖ

Tapaturmavakuutuksen järjestelmät ovat osa sosiaaliturvaa ja siten usein hyvin kansallisia. Maailmanlaajuisesti tarkasteltaessa useimmissa kehittyneissä maissa on lakisääteinen turva työtapaturmien ja ammattitautien varalta, ja useimmiten myös ennaltaehkäisevä työ on enemmän tai vähemmän kuvassa mukana. Vakuutusyhtiöiden oma preventio korostuu erityisesti keskieuropalaisissa järjestelmissä, Saksassa, Ranskassa, Sveitsissä ja Itävallassa. Myös USA:n, Kanadan ja Australian Workers' Compensation -vakuuttamiseen liittyy ennaltaehkäisevää työtä, joskin sen luonteessa ja laajuudessa on paljon eroja osavaltio- ja yhtiökohtaisesti. (Die Soziale Unfallversicherung in Europa 1997; Häkkinen 1997; Larsson ja Clayton 1994.)

Tapaturmavakuutuslaitosten liitto on jäsenenä kansainvälisessä sosiaaliturvajärjestössä ISSA:ssa, jota kautta saadaan tietoa kansainvälisistä työsuojelutrendeistä ja -asioista. Vakuutusyhtiöiden asiantuntijoita osallistuu säännöllisesti ISSA:n jaostojen kansainvälisiin kongresseihin. TVL:n ja vakuutusyhtiöiden asiantuntijoita on myös osallistunut eurooppalaisen standardoimisjärjestön (CEN) työturvallisuusstandardien valmisteluun.

Tapaturmavakuutuslaitosten liitto on ollut aktiivisesti mukana eurooppalaisessa työtapaturmavakuutusfoorumissa, jonka ennaltaehkäisyä käsittelevä kokous järjestettiin Suomessa 21.–22.6.2000. Foorumi on eurooppalaisten tapaturmavakuutuslaitosten johdon yhteistyöelin.

8

KEHITYSSUUNTIA JA TULEVAISUUDEN NÄKYMÄÄ

Tapaturma- ja ammattitautiriskit eivät muutu kovin nopeasti. Elinkeinorakenteen muuttumisen ja tekniikan kehittymisen myötä teollisen ja ruumiillisen työn osuus edelleen vähenee. Silti tapaturmariskit voivat lisääntyäkin joillakin aloilla esim. työn liikkuvuuden lisääntyessä ja aliurakoinnin myötä. Useilla tahoilla nykyinen tapaturmalukujen tasaisena jatkuva kehitys nähdään osoituksena siitä, että nykyiset toimenpiteet ovat riittämättömiä. Tavoitteet halutaan suunnata kohti nollaa tapaturmaa. Tämä on suuri haaste niin yrityksille, viranomaisille kuin vakuutusyhtiöillekin.

Yhteenvedonomaaisesti voidaan kuvata seuraavia kehityssuuntia ja tulevaisuuden näkymiä, joilla näyttää olevan merkitystä tapaturmavakuuttamiseen sekä siihen liittyvään turvallisuuden ja terveyden edistämistyöhön:

- Riskien vähittäinen muuttuminen elinkeinorakenteen muuttumisen myötä
- Työelämän muutos mm. tietotekniikan ja tiedonsiirron vaikutuksesta
- Yritysrakenteiden muuttuminen, ulkoistaminen ja aliurakoinnin lisääntyminen
- Väestön ikääntyminen
- Työssä jaksaminen ja henkinen työsuojelu
- Nolla tapaturmaa -ajattelun kehittyminen
- Turvallisuuskulttuurin ja johtamisvastuun korostuminen
- Turvallisuusalojen integroituminen (työ, vapaa-aika, liikenne jne)
- Suuronnettomuusriskit, katastrofipotentiaalit
- Sosiaaliturvan muotojen muuttuminen

LÄHTEET

- Die Soziale Unfallversicherung in Europa. Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG). Erich Schmidt Verlag, Bielefeld 1997, 224 s.
- Häkkinen, K. Työtaturmien vakuuttamisessa suuria eroja eri maissa. Teollisuusvakuutus 1997;4, 4-7.
- Kukkonen S. ja Valtanen T. Työtaturmakirja. Työtaturmien ja ammattitautien korvaus- ja vakuutusasiat. Vakuutusalan koulutus ja kustannus Oy, Helsinki 1999, 184 s.
- Larsson, T. & Clayton, A. (Ed.). Insurance and Prevention. Ipso Factum 46, Stockholm 1994.
- Lehdistötiedote 13.2. 2001. Tapaturmavakuutuslaitosten liitto.
- Pellinen S. Sattuipa kerran. Sata vuotta työtaturmavakuutusta 1895–1995. Tapaturmavakuutuslaitosten liitto 1995.
- Työtaturma- ja ammattitautitilasto 1999. Tapaturmavakuutuslaitosten liitto. Helsinki 2001, 107 s. ja liite.
- Työturvallisuustiedote 3/99. Tapaturmavakuutuslaitosten liitto. (julkaisematon).
- Työturvallisuustoiminnan kehittäminen Tapaturmavakuutuslaitosten liitossa. Tapaturmavakuutuslaitosten liitto. Muistio TVLH 4/99, 1999, 11 s. (julkaisematon).

F

TERVEYDEN EDISTÄMISEEN LIITTYVÄ TOIMINTA TYÖELÄKEJÄRJESTELMÄSSÄ

Työeläkelaitoksilta saadusta materiaalista koonnut Eläketurvakeskus:

Raija Gould

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	135
2	TYÖKYVYN YLLÄPITÄMINEN TYÖELÄKEJÄRJESTELMÄSSÄ...	136
2.1	Työkyvyttömyyseläkkeet	136
2.2	Työeläkekuntoutus	138
2.3	Varhaiskuntoutus	139
2.4	TELAN työkyvyn edistämiskampanjat	140
2.5	Osa-aikaeläke	141
3	ESIMERKKEJÄ ELÄKELAITOSTEN OMISTA TYÖKYVYN EDISTÄMISOHJELMISTA	143
3.1	Ilmarisen, Varma-Sammon ja Tapiolan työkyvyn hallintaohjelmat	143
3.2	LEL Työeläkekassan teräkuntokurssit	144
	ja terveystiedotus	144
3.3	Maatalousyrittäjien eläkelaitoksen työturvallisuus- toiminta	144
3.4	Valtiokonttorin varhaiskuntoutus ja työkykyä ylläpitävä toiminta	145
3.5	Kuntien eläkevakuutuksen Kuntatyö kunnossa -ohjelma	145
4	TUTKIMUSTOIMINTA JA TILASTOTUOTANTO	147
5	YHTEISTYÖ TERVEYDEN EDISTÄMISEN ALUEELLA	149
6	TERVEYDEN JA TYÖKYVYN EDISTÄMISEN TULEVAISUUDEN NÄKYMÄT	150
	LÄHTEET	151

1

JOHDANTO

Työeläkejärjestelmässä terveyden edistäminen liittyy ennen kaikkea työkyvyn ylläpitämiseen ja parantamiseen. Samalla tämä tarkoittaa pyrkimystä vähentää työkyvyttömyyseläkkeille siirtymistä ja lisätä vanhuuseläkeikään asti jatkuvaa työntekoa. Tämä pyrkimys on ollut monien 1990-luvun eläkeuudistusten taustalla, ja uudella vuosituhannella se korostunee entisestään.

Tässä katsauksessa tarkastellaan työeläkejärjestelmän terveyden edistämistä sivuavaa toimintaa, joka siis sisältää lähinnä työkyvyn ylläpitämiseen tähtäviä toimenpiteitä. Tällaisia ovat esimerkiksi yksilöihin suunnatut toimintakykyä ja hyviä työkäytäntöjä edistävät toimenpiteet, työpaikkoihin ja työyhteisöihin suunnatut työelämän kehittämistoimet sekä laajemmat eläkepoliittiset työkyvyn ylläpitämiseen ja työkyvyttömyyden ehkäisyyn suunnatut toimenpiteet. Varsinaista työeläkekuntoutusta, joka liittyy jo menetetyin tai selvästi heikentyneen työkyvyn parantamiseen, käsitellään vain lyhyesti.

Katsauksen aluksi, luvussa 2, kuvataan koko työeläkejärjestelmän toimintaan liittyviä työkyvyn ylläpitämiskeinoja ja pyrkimyksiä. Monet työeläkejärjestelmän puitteissa tapahtuvat konkreettiset terveyden edistämistä sivuavat toiminnot ovat kuitenkin eläkelaitoskohtaisia. Luvussa 3 esitellään esimerkinomaisesti joitakin tällaisia eläkelaitosten omia työkyvyn edistämishjelmia.

2

TYÖKYVYN YLLÄPITÄMINEN TYÖELÄKEJÄRJESTELMÄSSÄ

Työeläkejärjestelmän terveyden edistämiseen liittyvän toiminnan kehitys jakautuu kahteen vaiheeseen. Aina 1990-luvulle asti terveyden edistäminen rajoittui työeläkejärjestelmässä lähinnä työkyvyttömyyseläkkeiden myöntämiseen ja jo eläkkeellä olevien kuntouttamiseen. Erityisesti 1980-luvun jälkipuoliskolla käyttöön otetut uudet varhaiseläke muodot; yksilöllinen varhaiseläke, varhennettu vanhuuseläke ja osa-aikaeläke perustuivat ajatukseen antaa pitkään työelämässä olleille ikääntyneille työntekijöille mahdollisuus siirtyä joustavasti eläkkeelle yksilöllisten tarpeiden ja olosuhteiden mukaan. Eläkejärjestelmä pyrki näin huolehtimaan ikääntyneiden työntekijöiden hyvinvoinnista luomalla heille uusia väyliä vetäytyä pois ansiotyöstä.

1990-luvulla tilanne muuttui. Eläkepoliittisilla uudistuksilla pyrittiin varhaisen työelämästä poistumisen sijasta tukemaan ikääntyneiden työelämässä pysymistä. Terveyden edistämässä painopiste siirtyi työstä vetäytymisen tukemisesta varhaisen kuntoutuksen ja työkykyä ylläpitävien toimintamallien kehittämiseen. Tämä toimintalinja näkyy esimerkiksi työkyvyttömyyseläkelainsäädännön muutoksissa, työeläkekuntoutuksen ja erityisesti varhaiskuntoutuksen kehityksessä, työkyvyn edistämiskampanjoissa sekä osa-aikaeläkkeeseen tehdyissä muutoksissa. Näitä toimintamalleja ja lainsäädännön muutoksia tarkastellaan seuraavissa jaksoissa.

2.1

TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKKEET

Työkyvyttömyyseläkkeet ovat kuuluneet eläke-etuuksiin koko nykymuotoisen työeläkejärjestelmän voimassaoloajan (TEL 4 § 3; VEL 9 §). Varsinaisen työkyvyttömyyseläkkeen lisäksi otettiin 1980-luvulla käyt-

töön ikääntyneille työntekijöille tarkoitettu työkyvyttömyyseläkkeen laji, yksilöllinen varhaiseläke (TEL 4e § 1; VEL 9c § 1). Tämän eläke-
muodon käyttöönoton myötä vuosittain alkavien työkyvyttömyyseläkkeiden lukumäärät nousivat nopeasti 1980-luvun loppupuolella, mutta 1990-luvulla kehityksen suunta muuttui. Kun vuonna 1990 yksityisellä sektorilla alkoi noin 31 000 työkyvyttömyyseläkettä, oli vastaava luku vuonna 2000 noin 21 000 (ETK:n tilastot).

Merkittävä tekijä työkyvyttömyyseläkkeiden lukumäärän vähentämisessä 1990-luvulla oli massatyöttömyys. Työttömyyseläkkeen ja sitä edeltävän eläkeputken runsas käyttö vähensi työkyvyttömyyseläkkeille siirtymistä (Gould ja Nyman 1998). Samanaikaisesti kuitenkin myös eläkepolitiikan keinoin tähdättiin työkyvyttömyyseläkkeille siirtymisen ehkäisemiseen ja työkyvyn edistämiseen. Kaikissa 1990-luvun eläkeuudistuksissa – aina vuosikymmenen alussa mietintönsä jättäneen Eläkekomitea 1990:n ehdotuksista vuoden 2000 alussa voimaan tulleisiin muutoksiin – tavoitteena on ollut pysyttää ihmiset pitempään työelämässä.

Eläkekomitea 1990:n ehdotuksiin perustuvista uudistuksista ensimmäiset tulivat voimaan vuonna 1994. Nämä lakimuutokset tiukensivat eläkekriteereitä lähinnä yksilöllisen varhaiseläkkeen ja työttömyyseläkkeen osalta, ja toisaalta tekivät ikääntyneiden työssä jatkamisen taloudellisesti houkuttelevammaksi mm. 60 vuotta täyttäneiden korotetun eläkekarttuman avulla.

Kuitenkin vasta vuoden 1996 eläkeuudistuksissa työkyvyn ylläpitämisen tavoite tuli selkeämmin esille. Määräaikainen työkyvyttömyyseläke muutettiin kuntoutustueksi, jonka edellytyksenä on aina hoitotai kuntoutussuunnitelma (TEL 4 § 7; VEL 9 § 2). Tässä yhteydessä pyrittiin myös laajalla työkyvyn arviointiin ja työkykyä ylläpitävään toimintaan liittyvällä koulutuskampanjalla “Huomisen työkyky” (ks. kohta 2.4) etsimään suomalaisille työpaikoille ja terveydenhuoltoon sellaista uutta toimintatapaa, jossa työntekijöiden työ- ja toimintakyky säilyisi entistä paremmin.

Vuoden 2000 alussa voimaan tulleista eläkemuutoksista erityisesti työnantajien uusia omavastuusäännöksiä voidaan pitää työntekijöiden työkyvyn ylläpidon kannustimena. Yksityisen puolen työeläkkeiden rahoitukseen on aina sovellettu tekniikkaa, jossa suurtyönantaja vastaa työntekijöidensä varhaiseläkekustannuksista. Vuoteen 2000 asti työnantajien omavastuu oli kuitenkin työttömyyseläkkeissä puolet pienempi kuin työkyvyttömyyseläkkeissä. Vuoden 2000 alusta työkyvyttömyys- ja työttömyyseläkkeiden omavastuut yhtenäistettiin siten, että

suurtyönantajien täysimääräinen vastuu kummassakin eläkemudossa on 80 prosenttia. Suurtyönantajille aiemmin huomattavasti edullisemman työttömyyseläkevaihtoehdon omavastuun korottamisen toivotaan kannustavan työnantajia työntekijöidensä työkyvyn ja tuottavuuden ylläpitämiseen. (Laurila 1999; Hallituksen esitys 1999.)

Vuonna 2000 työeläkejärjestelmästä työkyvyttömyyseläkettä saavia henkilöitä oli kaikkiaan 221 000. Työeläkemenon oli työkyvyttömyyseläkkeiden osalta 12,4 mrd.mk (ETK, ennakkotieto).

2.2

TYÖELÄKEKUNTOUTUS

Työeläkekuntoutusta voidaan antaa silloin kun hakija ilman kuntoutustoimia tulisi todennäköisesti työkyvyttömäksi jo muutamassa vuodessa. Työeläkejärjestelmän antama kuntoutus on yleensä ammatillista, mutta tarvittaessa voidaan järjestää sitä tukevaa lääkinnällistä kuntoutusta (TEL 4h §; VEL 18b §).

Vuonna 1991 tuli voimaan laaja kuntoutusuudistus, jolla pyrittiin tehostamaan kuntoutusjärjestelmien yhteistyötä ja selkiyttämään niiden työnjakoa. Uudistuksen toivottiin lisäävän työntekijöiden mahdollisuuksia olla mukana työelämässä entistä pitempään. Kuntoutusmyönteisyyttä pyrittiin lisäämään mm. siten, että työeläkelakien mukainen kuntoutusraha säädettiin suuremmaksi kuin vastaavalta ajalta maksettava työkyvyttömyyseläke. Uudistuksen yhteydessä työeläkejärjestelmälle ei kuitenkaan säädetty kuntoutusvelvollisuutta, vaan kuntoutuksen antaminen säilyi harkinnanvaraisena. (Kuntoutusta koskevat soveltamisohjeet 1991.)

Vuonna 1996 määräaikaiset työkyvyttömyyseläkkeet muuttuivat kuntoutustuiksi, ja samalla otettiin myös käyttöön kuntoutuskorotus, jota voidaan maksaa kuntoutustuen tai muun työkyvyttömyyseläkkeen saajalle työeläkelaitoksen järjestämän aktiivisen kuntoutuksen ajalta. (Kuntoutukseen ja työkyvyttömyyseläkkeisiin... 1995.)

Vuonna 2000 työeläkelaitosten järjestämään kuntoutukseen osallistui noin 4600 henkilöä. Heistä suurin osa, 3100 henkilöä, ei kuntoutusta saadessaan ollut eläkkeellä, vaan oli joko työsuhteessa tai työttömänä. Työeläkekuntoutuksen kokonaiskustannukset olivat 124 Mmk (ETK, ennakkotieto).

Kuntoutuksen käynnistäminen riittävän varhaisessa vaiheessa on tärkeä kuntoutustoiminnan onnistumisen edellytys, ja siksi myös työeläkejärjestelmässä on kiinnitetty huomiota kuntoutuksen aikaistamiseen. Parin viimeksi kuluneen vuosikymmenen aikana on toteutettu useita varhaiskuntoutusprojekteja sekä julkisella että yksityisellä työeläkesektorilla.

Kuntien eläkevakuutuksen hallituksen asettama työryhmä selvitti vuonna 1979 varhaiskuntoutuksen sovelluskäytäntöjä, ja vuosina 1982 – 1983 toteutettiin erityinen varhaiskuntoutuskokeilu kahdessa kuntien eläkevakuutuksen jäsenyhtiössä yhteistyössä Kansaneläkelaitoksen kanssa. Myös valtionhallinnossa varhaiskuntoutuksen suunnittelu alkoi jo 1970-luvulla, ja kattavaa varhaisvaiheista kuntoutusta on kehitetty ja toteutettu 1980-luvulta lähtien (Väänänen-Tomppo ym.1999).

Vielä 1980-luvulla yksityisen sektorin työeläkejärjestelmän kuntoutus kohdistui lähinnä työkyvyttömyyseläkettä saaviin. Vuosina 1990 – 1991 toteutettiin TELAn (ent. Työeläkelaitosten Liitto, nyk. Työeläkevakuuttajat TELA) suosituksesta varhaiskuntoutuskokeilu yksityisellä sektorilla. Kokeilu osoitti, että työeläkejärjestelmän aktiivisella otteella on mahdollista lisätä yritysten kiinnostusta työkyvyn ylläpitämiseen tähtäävään ammatilliseen kuntoutukseen. (Forss ym.1993.)

1990-luvun puolivälissä yksityisellä sektorilla toiminut työkyvyttömyyseläketyöryhmä käsitteli laajasti työeläkekuntoutuksen kehitysmalleja. Työryhmä totesi, että osallistuminen työkykyä ylläpitävään toimintaan sopii hyvin työeläkejärjestelmälle, koska ”työeläkelaitoksilla on asiakassuhteeseen perustuvat luontevat yhteydet työpaikoille ja laaja työelämän tuntemus sekä pitkä ja monipuolinen käytännön kokemus työkyvyn arvioinnista ja ammatillisesta kuntoutuksesta.” (Tola 1995.) Eläkelaitokset ovatkin sittemmin käynnistäneet asiakasyrityksille suunnattuja työkyvyn hallintaohjelmia (ks. kohta 3).

Aivan 1990-luvun lopulla varhaisen kuntoutuksen selvittely muuttui työeläkejärjestelmässä ensimmäisen kerran harkinnanvaraisesta etuudesta vakuutettujen oikeudeksi. Työmarkkinajärjestöjen ja työeläkelaitosten neuvotteluryhmän 2.7.1999 tekemän sopimuksen mukaan vakuutetun oikeus varhaisen kuntoutuksen selvittelyyn aloitetaan 58–59-vuotiaista, mutta voimavarojen sallimissa rajoissa järjestely pyritään laajentamaan kaikkia työntekijöitä koskevaksi vuoden 2002 alusta. Selvittelyyn ryhdytään silloin, kun vakuutetulla todetaan sairaudesta

johtuva työkyvyttömyyden uhka. Pyrkimyksenä on kuitenkin, että kuntoutusselvittely käynnistyisi jo siinä vaiheessa, kun varsinaisia sairauksilomia ei vielä ole tarvittu. (58–59-vuotiaan vakuutetun oikeus... 1999.)

Yksityisen sektorin työeläkejärjestelmän varhaiskuntoutus ja työkykyä ylläpitävä toiminta rahoitetaan työkyvyttömyysmaksuun vuonna 1996 liitetystä työkyvyttömyysriskin hallintaosasta. Tällä maksuosalla kustannetaan työkyvyn ylläpitämiseen tähtäävää koulutusta ja muita varhaiskuntoutukseen liittyviä menoja, puolet kuntoutusrahan perusosasta sekä muut kuin kuntoutusrahoista ja kuntoutustuista aiheutuvat kuntoutuskulut. Vuonna 2001 työkyvyttömyysriskin hallintaosa on 2,2 % tariffimaksusta eli keskimäärin 0,04 % palkkasummasta.

Valtiokonttorin varhaiskuntoutus (ks. kohta 3.4) rahoitetaan valtion talousarvioon varatusta määrärahasta. Vuonna 2000 Valtiokonttorin varhaiskuntoutukseen osallistui yli 6000 henkilöä, ja varhaiskuntoutustoimenpiteisiin myönnettiin määrärahaa yhteensä noin 9,5 Mmk (Valtiokonttorin vuosikertomus 2000).

2.4

TELAN TYÖKYVYN EDISTÄMISKAMPANJAT

Vuosina 1991–1992 toteutettiin TELAn toimesta ”Työkyky kunniaan” -projekti. Projektin tavoitteena oli vaikuttaa tiedotuksellisin keinoin työnantajien ja työntekijöiden asenteisiin ja valmiuksiin, jotta työntekijöiden työkykyä voitaisiin ylläpitää ja parantaa.

Keväällä 1995 keskeiset työmarkkinajärjestöt tekivät sopimuksen työeläkejärjestelmän rahoituksen ja etuuksien tasapainottamisesta. Tämän sopimuksen uudistuksiin kuului mm. määräaikaisen työkyvyttömyyseläkkeen muuttuminen kuntoutustueksi. Samassa yhteydessä sovittiin, että työkyvyttömyyden arviointia kehitetään kuntoutusmyönteiseen suuntaan. Tässä tarkoituksessa työmarkkinajärjestöt ja työeläkelaitokset suunnittelivat ja toteuttivat vuosina 1995–1998 laajan koulutushankkeen ”Huomisen työkyky”. Projektin toteutusvastuu oli TELalla, ja rahoituksesta vastasivat työeläkelaitokset vakuutusmaksutulon suhteella. (Huomisen työkyky 1998.)

Huomisen työkyky -projektin tavoitteena oli etsiä työpaikoille ja terveydenhuoltoon sellaista toimintatapaa, jossa työ- ja toimintakyky säilyy aikaisempaa paremmin. Tavoitteeseen pyrittiin neljän koulutushankkeen avulla. Ensimmäinen koulutushanke oli suunnattu työpai-

koille: työpaikkojen eri osapuolia koulutettiin käynnistämään, toteuttamaan ja seuraamaan työkykyä ylläpitävää toimintaa. Toisen hankkeen kohteena olivat työterveyshuoltoyksiköt, joita koulutettiin vieämään työkyvyn ylläpitämisviestiä työpaikoille. Kolmantena hankkeena oli työeläkelaitosten omalle asiakaskunnalleen, erityisesti yritysjohdolle sekä henkilöstö- ja taloushallinnolle tarjoama työkykyaiheinen tiedotus ja koulutus. Neljäs hanke oli terveydenhuollon toimintatapoihin paneutuva työkyvyn arviointikoulutus, jossa pyrittiin muuttamaan työkyvyn todistamiseen perustuva toimintatapa jäljellä olevan työkyvyn tukemiseen suuntautuvaksi. Työkyvyn arviointikoulutukseen liittyi myös Helsingin yliopistossa toteutettu tutkimus, jossa arvioitiin projektiin sisältyneen koulutuksen toteutumista ja vaikuttavuutta (Nikkariinen ym. 1998).

Vuonna 2000 käynnistyi Kuntoutus- ja työkyvyn arviointiverkosto-projekti. Kyseisen projektin rahoituksesta vastaa TELA ja toteutuksesta Vakuutuskuntoutus. Projektin tavoitteena on edistää työntekijöiden mahdollisuuksia ja motivaatiota tehdä työtä eläkeikään saakka sekä kehittää työeläkekuntoutuksen keinoja tukea niitä työntekijöitä, joiden työkyky on uhattuna. Tarkastelun ja kehittämisen kohteena on työkyvyttömyyden uhkaan liittyvän varhaisen kuntoutustarpeen havaitseminen sekä kuntoutustarpeen selvittelyyn tarvittava palveluiden tilaajien ja tuottajien välinen yhteistyö. (Juusti 2001.)

2.5

OSA-AIKAELÄKE

Vuonna 1986 otettiin yksityisellä sektorilla käyttöön uusi ikääntyneille tarkoitettu eläkemuoto, osa-aikaeläke. Vuonna 1989 vastaava eläkemuoto tuli käyttöön myös julkisella sektorilla. Osa-aikaeläkkeessä työn vähentämisestä johtuvaa ansiotulon alenemista korvataan eläkkeellä (TEL 4f §; VEL 9d §).

Osa-aikaeläkettä suunniteltaessa sen tarkoituksena nähtiin ”luoda mahdollisuuksia ikääntyvän henkilön työkyvyn ja työhalun hyväksikäyttämiseen” (Eläkeikäkomitean esitys joustavasta... 1983). Sittemmin mm. osa-aikaeläkkeen ikärajan alentamiskokeilun jatkamisen yhteydessä yhtenä perusteluna on käytetty osa-aikaeläkkeen kokoaikaeläkkeelle siirtymistä lykkäävää vaikutusta. ”Tarkoituksena on mahdollistaa työntekijän työajan lyhentäminen siten, että ikääntynyt työntekijä voisi siirtyä osa-aikaeläkkeelle ja siten myöhentää siirtymistään kokonaan työelämän ulkopuolelle” (Hallituksen esitys 1999). Osa-

aikaeläkkeelle siirtymisen toivotaan siten ylläpitävän ikääntyneen työntekijän työkykyä ja edistävän työssä jaksamista.

Osa-aikaeläkkeen alaikäraja oli alun perin 60 vuotta. Vuonna 1994 se laski 58 vuoteen ja vuonna 1998 edelleen 56 vuoteen. Ikärajan alentamisen jälkeen osa-aikaeläkkeen suosio on nopeasti kasvanut: vuonna 1993 osa-aikaeläkeläisiä oli 2300, mutta vuoden 2000 lopussa heitä oli jo kymmenkertainen määrä eli 24 600 (ETK:n tilastot).

3

ESIMERKKEJÄ ELÄKELAITOSTEN OMISTA TYÖKYVYN EDISTÄMISOHJELMISTA¹

3.1

ILMARISEN, VARMA-SAMMON JA TAPIOLAN TYÖKYVYN HALLINTAOHJELMAT

Työeläkelaitokset jakavat asiakasyrityksilleen tietoa työkyvyn ylläpitämisestä ja tukevat siihen liittyvää koulutusta. Tähän tarkoitukseen ovat eläkelaitokset yhdessä asiakasyritystensä kanssa kehittäneet erityisiä työkyvyn hallintaohjelmia.

Ilmarisen Motivo-ohjelma ja Varma-Sammon Evita-ohjelma tulivat kyseisten eläkelaitosten asiakasyritysten käyttöön 1990-luvun puolivälin jälkeen. Myös Tapiola-yhtiöt tarjoaa TEL-vakuutusasiakkailleen työhyvinvointipalvelua. Nämä ohjelmat sisältävät sekä kirjallista että internet-tekniikalla toteutettua materiaalia, jonka avulla asiakasyritykset voivat laatia niille parhaiten soveltuvan työkyvyn hallintajärjestelmän.

Eläkelaitosten työkyvyn hallintaohjelmien tavoitteena on kehittää asiakasyritysten henkilöstön työtyytyväisyyttä, hyvinvointia ja ammatillista osaamista ja samalla lisätä koko yrityksen hyvinvointia. Ohjelmien puitteissa toteutetaan yrityskohtaista neuvontaa ja koulutusta, tuetaan työkykytoiminnan käynnistämistä ja tuotetaan tilastoja ja laskelmia yrityksen työkyvyn hallinnan tasosta ja työkyvyttömyysriskistä. Eläkelaitokset jakavat tietoa työkyvyn hallinnasta paitsi yrityskohtaisesti myös suurissa asiakastilaisuuksissa.

¹ Ohjelmien kuvaukset perustuvat tätä katsausta varten eläkelaitoksilta saatuihin tietoihin ja eläkelaitosten internet-sivuihin.

3.2

LEL TYÖELÄKEKASSAN TERÄKUNTOKURSSIT JA TERVEYSVIESTINTÄ

LEL Työeläkekassa on järjestänyt rakennus-, metsä- ja satama-alan työntekijöille varhaiskuntoutusta teräkuntokurssien muodossa vuodesta 1990 lähtien. Teräkuntokurssit ovat ammatillisesti painottuneita, ja niissä keskitytään fyysisen kunnon selvittelyyn, liikuntaharjoitteluun ja hyvien työtapojen opetteluun. Kurssit toteutetaan yhteistyössä yritysten kanssa, ja kustannuksiin osallistuvat sekä LEL Työeläkekassa että työnantaja. Kurssit on pääasiassa suunnattu vielä työssä oleville, mutta myös työttömille rakennustyöntekijöille on järjestetty joitakin kursseja.

Kurssien ohella LEL Työeläkekassan terveyden edistämistoiminnassa terveysviestinnällä on tärkeä merkitys. LEL Työeläkekassa on tehnyt jo yli 30 vuotta työntekijöiden terveyteen, työkykyyn ja työoloihin liittyvää tutkimustyötä, jonka tuloksista tiedottaminen muodostaa keskeisen lähteen terveysviestinnälle.

3.3

MAATALOUSYRITTÄJIEN ELÄKELAITOKSEN TYÖTURVALLISUUSTOIMINTA

Maatalousyrittäjien eläkelaitoksen työturvallisuusyksikkö tekee neuvonta-, koulutus- ja tiedotustyötä maatalousyrittäjien tapaturmien ja ammattitautien vähentämiseksi ja ennaltaehkäisemiseksi. Työturvallisuuskuluja varten varataan tapaturmavakuutuksen kokonaiskustannuksista kaksi prosenttia. Tämä määrä käytetään maatalousyrittäjien etuja palvelevan työsuojelun edistämiseen.

Työturvallisuusyksikkö on osallistunut koko Euroopan unionin alueella toteutettuun Farmwise-ohjelmaan. Suomen kansallisia teemoja tässä projektissa olivat työhön perehdyttäminen ja riskien arviointi, työperäiset hengitystieallergiat, henkinen hyvinvointi ja työssä jaksaminen sekä lasten turvallisuus maataloilla. Vuonna 2001 keskeisiä teemoja työturvallisuusyksikön toiminnassa ovat viljelijöiden työkyky, nuorten viljelijöiden työturvallisuuskysymykset sekä selvityksen tekeminen viljelijöiden, kalastajien ja poronhoitajien työturvallisuustarpeista.

3.4

VALTIOKONTTORIN VARHAISKUNTOUTUS JA TYÖKYKYÄ YLLÄPITÄVÄ TOIMINTA

Valtiokonttori on jo vuosien ajan toteuttanut yhteistyössä valtion työpaikkojen kanssa työkykyä ylläpitävää toimintaa ja varhaiskuntoutusta. Näissä toiminnoissa korostuu työpaikan ja työyhteisön merkitys. Vuonna 2000 asetetun tyky-ohjelmatyöryhmän mukaan työkykyä ylläpitävän toiminnan keskeisiä kehittämisalueita ovat työn hallinnan kehittäminen, johtamisen kehittäminen työkykyä tukevaksi, johdon ja esimiesten velvollisuudet ja vastuut sekä toimijaverkon vahvistaminen.

Valtiokonttorin ohjaama ja rahoittama varhaiskuntoutus on pääosin ryhmämuotoista, mutta yksilökuntoutusta käytetään silloin kun tarvitaan ryhmäkuntoutusta yksilöidymiä ja vaativampia kuntoutustoimenpiteitä. Perinteisten tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ohella ryhmien teemoina voivat olla esimerkiksi työstressi, elämäntapakysymykset tai vuorovaikutusongelmat työyhteisössä.

Valtiokonttorin terveyden edistämistyöhön sisältyy myös virastojen työsuojelutoiminnan koordinointi ja tukeminen. Samoin Valtion työterveys- ja turvallisuusneuvottelukunnan kautta Valtiokonttori koordinoi työsuojeluhankkeita ja toimittaa virastoille suunnattua Hyvä Työympäristö -lehteä. Valtiokonttorin vahingonkorvausyksikkö vastaa liikenne- ja työtapaturmien sekä ammattitautien korvaamisesta.

Vuoden 2000 aikana on Valtiokonttorissa koottu työkyvyn ylläpitoon, työkyvyn aleneman varhaiseen havaitsemiseen ja työkyvyn palauttamiseen liittyvät palvelut monipuoliseksi Kaiku-ohjelmaksi. Tämä palvelukokonaisuus on yhteistyömuoto, jolla työhyvinvoinnin ylläpito vakiinnutetaan toimivaksi käytännöksi. Kaiku sisältää koulutusta, konsultointia ja kuntoutuksen tukea työkykytoiminnan, työsuojelun, varhaiskuntoutuksen ja ammatillisen kuntoutuksen alueilla.

3.5

KUNTIEN ELÄKEVAKUUTUKSEN KUNTATYÖ KUNNOSSA -OHJELMA

Kuntien eläkevakuutus aloitti vuoden 2000 alussa Kuntatyö kunnossa -ohjelman toteuttamisen. Ohjelman tarkoituksena on kehittää kunnallista työelämää sellaiseksi, että se edistää henkilöstön työssä jaksamista, työn hallintaa ja työkyvyn säilymistä. Ohjelma pyrkii myös vahvis-

tamaan kunta-alan yhteistoimintaorganisaatioiden ja eläkelaitoksen välistä yhteistyötä työkyvyn ylläpidon alueella.

Kuntatyö kunnossa -projektin tärkeimmät kehittämisaalueet ovat johtaminen, osaaminen, työn hallinta ja työyhteisöjen toimivuuden edistäminen. Projektissa kartoitetaan kunnissa toteutettuja hyviä työkyvyn ylläpidon käytäntöjä, järjestetään toisten käytännöistä oppimiseen tarkoitettuja toiminnanvertailuseminaareja sekä levitetään tietoa hyvistä toimintakäytännöistä. Kokemusten välittäminen tapahtuu mm. internetissä sijaitsevien Tykepörssin ja Tietopankin avulla.

Projektin puitteissa julkaistiin Kuntatyö 2000 -kirja. Siihen on koottu ajankohtaisia katsauksia työelämän ja työkyvyn kehittämisestä. Hyvien toimintakäytäntöjen pohjalta on laadittu kunnallinen työkyvyn puitemalli.

TUTKIMUSTOIMINTA JA TILASTOTUOTANTO

Tilastotietoja työeläkejärjestelmän etuuksista löytyy varsin kattavasti useista eri tilastokirjasarjoista. Eläketurvakeskuksen ja Kansaneläkelaitoksen yhdessä toimittama vuosittain ilmestyvä Tilasto Suomen eläkkeensaajista sisältää tietoja sekä työeläke- että kansaneläkejärjestelmästä. Eläketurvakeskuksen, Kuntien eläkevakuutuksen ja Valtiokonttorin vuosittainen yhteisjulkaisu Suomen työeläkkeensaajat sisältää tietoja koko työeläkejärjestelmästä. Yksityisen sektorin työeläketietoja tilastoidaan Eläketurvakeskuksen kaksiosaisessa Työeläkejärjestelmän tilastollisessa vuosikirjassa. Valtiokonttorilla, Kuntien eläkevakuutuksella ja joillakin yksityisen sektorin eläkelaitoksista on myös omia tilastojulkaisujaan. Terveyden edistämiseen liittyen työeläkejärjestelmän tilastokirjoista löytyy tietoja työkyvyttömyyseläkkeistä ja kuntoutuksesta. Eläketurvakeskuksessa kootaan työeläkekuntoutukseen liittyviä tilastotietoja myös vuosittain ilmestyvään Työeläkekuntoutus-katsaukseen.

Terveyden edistämiseen liittyvää tutkimusta tehdään tai tuetaan useilla työeläkejärjestelmän tahoilla. Seuraavassa on lueteltu esimerkkejä hiljan valmistuneista tai tekeillä olevista tämän aihepiirin tutkimuksista.

Eläketurvakeskuksen tutkimustoiminnassa on useita terveyden edistämiseen liittyviä aihealueita. Tekeillä olevissa hankkeissa käsitellään mm. työkyvyn merkitystä varhaisessa työstä poistumisessa, osa-aika-eläkkeen vaikutusta työssä jaksamiseen ja koettua ammatillisen kuntoutuksen tarvetta. Yhteistyössä Työterveyslaitoksen kanssa Eläketurvakeskuksessa on tutkittu työelämän laadun, asenteiden, työilmapiirin ja yritysten taloudellisten tekijöiden merkitystä ikääntyneiden työssä jatkamisessa (Tuomi 2000). Eläketurvakeskus ja Kuntien eläkevakuutus ovat useiden muiden tahojen ohella rahoittamassa ja suunnittelee-

massa laajaa Kansanterveyslaitoksen koordinoimaa Terveys 2000 -tutkimusta.

Varma-Sampo toteutti vuosina 1999–2000 yhteistyössä paikallisten kuntoutustutkimusyksikköjen kanssa kuntoutuksen varhentamiseen tähtäävän pilottihankkeen Oulun ja Helsingin seuduilla. Hankkeen tavoitteena oli selvittää kuntoutustarpeen varhaisen tunnistamisen keinoja ja kuntoutustutkimuksen joustavia toteuttamistapoja (Antti-Poika ym. 2000).

LEL Työeläkekassassa tutkitaan seurantakyselyn avulla LEL-alojen työntekijöiden terveyttä, työkykyä ja työoloja, ja pyritään hyödyntämään saatua tietoa ongelmien ehkäisyssä. Terveiden edistämiseen liittyvät myös työperäisiä sairauksia ja työtapaturmia käsittelevä tutkimus (Rytkönen ym. 2000) sekä rakennusalan työterveystilastojen kokoaminen yhteen julkaisuun (Rakennusalan työterveystilastot 2000).

Valtiokonttorin viime vuosien tutkimushankkeet ovat liittyneet työkyvyn ylläpitämiseen. Valtiokonttorissa on tutkittu työkykyä ylläpitävää koulutusta (Rasanen ja Liira 1999), varhaiskuntoutuksen vaikuttavuutta sekä taloudellisesta että työyhteisöjen toimivuuden ja yksilön hyvinvoinnin näkökulmasta (Väänänen-Tomppo ym. 1999) ja ennenaikaiselle eläkkeelle siirtymistä (Janatuinen 2001).

Kuntien eläkevakuutuksen kuntatyötä koskevassa tutkimusprojektissä selvitetään kuntien avainhenkilöille suunnatulla kyselyllä työtä ja työkykyä ylläpitävää toimintaa kunta-alalla (Forma, Grönfors ja Harkonmäki 2001).

Maatalousyrittäjien eläkelaitoksen työturvallisuusapurahoilla rahoitetaan maatalousyrittäjien etuja palvelevaa työsuojeluun liittyvää tutkimusta, koulutusta, neuvontaa ja tiedotusta. Vuonna 2000 työturvallisuusapurahoina jaettiin 0,6 miljoonaa markkaa.

5

YHTEISTYÖ TERVEYDEN EDISTÄMISEN ALUEELLA

Vuoden 1991 kuntoutusuudistuksessa korostettiin eri kuntoutustahojen yhteistoiminnan merkitystä. Tämä sama yhteistyötä korostava suuntaus on näkynyt myös muussa työeläkejärjestelmän terveyden ja työkyvyn edistämiseen liittyvässä toiminnassa. Verkostoitumista ja eri toimijatahojen välisen yhteistyön lisäämistä ja kehittämistä pidetään tärkeänä keinona työkyvyn ylläpitämistoiminnan tehostamisessa.

Yksittäisille työeläkelaitoksille tärkeitä yhteistyökumppaneita terveyden edistämistä sivuavissa asioissa ovat omat asiakasyritykset. Eri työeläkelaitoksilla on myös keskinäisiä työkyvyn ylläpitämiseen liittyviä yhteistyöprojekteja, ja samoin työeläkelaitokset tekevät muiden vakuutusalan yhteistyökumppaniensa kanssa yhteistyötä myös työkyvyn ylläpitämisasiossa. Työkyky- ja kuntoutusasioissa tärkeitä yhteistyökumppaneita ovat Kansaneläkelaitos ja Vakuutus kuntoutus.

Koko valtakunnan tasolla työeläkejärjestelmä on mukana terveyden edistämistä sivuavassa yhteistyössä esimerkiksi sellaisissa yhteistyöelimissä kuin kuntoutusasiain neuvottelukunta ja työkyvyttömyysasiain neuvottelukunta. Myös TELAn työkykykampanjat ovat olleet laajoja kansallisia projekteja.

Terveyden edistämistä sivuavaa kansainvälistä yhteistyötä työeläkejärjestelmä tekee mm. ISSA:n puitteissa. Yksittäisillä eläkelaitoksilla on myös omia kansainvälisiä yhteistyöhankkeita.

6

TERVEYDEN JA TYÖKYVYN EDISTÄMISEN TULEVAISUUDEN NÄKYMÄT

Työeläkelaitokset ovat havainneet, että yritysten kiinnostus työkykyasioihin on kasvamassa. Yritysten asenteet ovat muuttuneet myönteisemmiksi ja työkyky nähdään yhä enemmän tuotantotekijänä. Esimerkiksi kuntasektorin työelämän kehittämistyöryhmä pitää tyky-lähtökohtaista ja tuotantolähtökohtaista työelämän kehittämistä vain saman asian eri puolina (Työelämän kehittämistyöryhmän muistio 2000). Työkyvyn ylläpitämiseen liittyvä toiminta on yhä enemmän muuttumassa työterveyshuollon erillistehtävistä osaksi yritysten johtamista ja jokapäiväistä toimintaa.

Työeläkejärjestelmä tukee ja edistää tätä suuntausta toimimalla aktiivisesti työkyvyn ylläpidon keinojen kehittämisessä. Tärkeitä esillä olevia asioita ovat mm. eri toimijatahojen yhteistyö ja verkottuminen, tehokkaiden menettelytapojen löytäminen varhaisen kuntoutuksen käynnistämiseen sekä työpaikan ja työyhteisön sitominen myös yksittäisiin työntekijöihin suunnattuihin toimenpiteisiin.

LÄHTEET

- Antti-Poika Mari ym. (2000). Kuntoutus selvittely oikeudeksi? – Ammatillisen kuntoutuksen varhentamiskokeilu. Varma-Sammon pilottihanke Oulun ja Helsingin seudulla. Varma-Sampo 29.11.2000. Moniste.
- Eläkeikäkomitean esitys joustavasta eläkeiästä (1983).
- Forma Pauli, Grönfors Sinikka ja Harkkonmäki Karoliina (2001). Kuntien talous, henkilöstö ja työkykyä ylläpitävä toiminta. Käsikirjoitus.
- Forss Simo, Luoma-aho Erkki ja Ruuska Tauno (1993). Ajoissa kuntoon. Varhaiskuntoutuksen kokeilu työeläkejärjestelmässä. Eläketurvakeskus. Tutkimuksia 1993:1.
- Gould Raija ja Nyman Heidi (1998). Työkyvyttömyyseläkeratkaisut 1990–1997. Eläketurvakeskuksen monisteita 1998:25.
- Hallituksen esitys (1999). Hallituksen esitys eduskunnalle eläkkeelle siirtymistä myöhentävistä ja työssä jaksamista edistävästä muutoksesta eläkelainsäädäntöön. HE 93/1999.
- Huomisen työkyky (1998). Työkykyä ylläpitävien toimien kehittämisen -projektin muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 1998:3.
- Janatuinen Esa (2001). Miksi ennenaikaiselle eläkkeelle? Valtiokonttori.
- Juusti Jyri (2001). Miten KUTVE etenee? Vakuutuskuntoutus VKK ry. 3.1.2001. Moniste.
- Kuntoutukseen ja työkyvyttömyyseläkkeisiin tulevat muutokset (1995). Eläketurvakeskus. Yleiskirje A 47/95.
- Kuntoutusta koskevat soveltamisohjeet (1991). Eläketurvakeskus. Yleiskirje A 17/91.
- Laurila Tiina (1999). Työnantajan omavastuu eläkekustannuksista muuttuu. Työeläke 4/99: 8-9.
- Nikkarinen Tuuli ym. (1998). Saattaen vaihdettava. Työkyvyn arviointikoulutuksen arviointitutkimuksen loppuraportti. Helsingin Yliopisto. Kansanterveystieteen julkaisuja M 134:1998.
- Rakennusalan työterveystilastot (2000). LEL Työeläkekassa, Työsuojelurahasto.
- Rasanen Marja-Leena ja Liira Juha (1999). Edistyykö hyvinvointi? Valtion työkykyhankeen arviointitutkimus. Työterveyslaitos, Valtiokonttori.

- Rytkönen Helena ym. (2000). Työperäisiksi koetut sairaudet ja työtapaturmat LEL-työntekijöillä EU-työvoimatutkimuksen valossa. LEL Työeläkekassan julkaisuja 35:2000.
- Suomen työeläkkeensaajat vuonna 1999 (2000). Eläketurvakeskus, Kuntien eläkevakuutus ja Valtiokonttori.
- Tola Sakari (1995). Työeläkekuntoutuksen varhaistamisen ja työkyvyn arvioinnin kehittämisen toimintaohjelma. Työkyvyttömyyseläketyöryhmän raportti 1995, Liite 6.
- Tuomi Kaija, toim. (2000). Yrityksen menestyminen ja henkilöstön hyvinvointi. Työterveyslaitos.
- Työelämän kehittämistyöryhmän muistio (2000). Selvitys kunta-alan henkilöstön työssä selviytymisestä sekä ehdotuksia toimenpiteiksi henkilöstön työkyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi. Kuntien eläkevakuutuksen julkaisuja 2/2000.
- 58 – 59-vuotiaan vakuutetun oikeus varhaisen kuntoutuksen selvittelyyn (1999). Eläketurvakeskus. Yleiskirje A39/99.
- Väänänen-Tomppo Irma, Janatuinen Esa ja Törnqvist Riitta (1999). Kaikki hyvin työssä? Tutkimus varhaiskuntoutuksen vaikuttavuudesta valtionhallinnossa. Valtiokonttori.

II OSA

VISIONAARINEN SKENAARIOARVIO SOSIAALIVAKUUTUKSEN ROOLISTA TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ

Terveyden edistämisen keskus ry:

Pirjo Koskinen-Ollonqvist

Marja-Leena Kähärä

Niina Parkkunen

Arja Puska

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	155
2	SOSIAALIVAKUUTUSJÄRJESTELMÄN JA TERVEYDEN EDISTÄMISEN YHTYMÄKOHTIA	157
3	TAVOITTEET	160
4	AINEISTO JA MENETELMÄT	161
5	TULEVAISUUSSTRATEGIAT JA NIIHIN RAKENNETUT SKENAARIOT	163
6	TULEVAISUUSSTRATEGIOIDEN JA NYKYTILAN VERTAAMINEN	165
7	EHDOTUKSET TODELLISUUDEN MUUTTAMISEKSI	169
8	OPERATIONAALISET TAVOITTEET JA PRIORITEETIT MUUTOKSILLE	170
9	KEHITTÄMISEHDOTUKSET	171
10	POHDINTA	176
	LÄHTEET	178
	LIITE	180

1

JOHDANTO

Aloite tämän tutkimuksen tekemiseen tuli Kansaneläkelaitokselta ja sosiaali- ja terveysministeriöltä. Jo pidempään on ollut havaittavissa se, että sosiaalivakuutusjärjestelmä on toimintaympäristön muutoksen paineiden alla periaatteellisesti, rahoituksellisesti, toiminnallisesti ja sisällöllisesti. Sosiaalivakuutusjärjestelmä tarjoaa käyttämättömiä mahdollisuuksia tehdä ennaltaehkäisevää työtä. Miten tätä työtä kehitettäisiin niin, että se olisi osa tulevaisuuden yhteiskunta- ja terveystoliittista sekä kansainvälistä kehitystyötä? Miten vakuutusjärjestelmä kohtaa terveyden edistämisen? Miten sen toimintaa voidaan suunnata terveyden edistämiseen? Tämän tutkimuksen avulla ei pystytty vastaamaan kaikkiin kysymyksiin, mutta kynnys on ylitetty.

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM:n), Kansaneläkelaitoksen (Kelan), työeläketahojen, tapaturmavakuutusyhtiöiden, liikennevakuutusyhtiöiden ja Terveyden edistämisen keskus ry:n edustajat ovat yhteisesti käsitelleet teemaa, joka koskee sosiaalivakuutuksen roolia terveyden edistämässä. Yhteistyötä siivitti ajatus siitä, että kaikkien tahojen yhteinen tavoite on ennaltaehkäisy ja kansalaisten hyvinvoinnin sekä työ- ja toimintakyvyn lisääminen. Kaikki tahot näkivät ennaltaehkäisevän työn taloudellisen edullisuuden suhteessa tilanteeseen, jossa on syntynyt ongelmia ja joka vaatii korvauksia, hoitoa ja kuntoutusta. Myös kansainvälisesti on havaittu kasvavaa kiinnostusta terveyden edistämiseen sosiaalivakuutusjärjestelmässä. Vakuutustahojen ja järjestöjen johtohenkilöt antoivat oman panoksensa tähän kehittämistyöhön osallistumalla tämän tutkimuksen haastatteluun. Vastatessaan haastattelukysymyksiin he joutuivat monitahoisesti pohtimaan voimavarojensa lisäksi sekä haasteita että uhkakuvia terveyden edistämisen kehittämisessä sosiaalivakuutuksen työmuotona. He näkivät terveyden edistämisen omista lähtökohdistaan käsin, mutta he olivat myös halukkaita löytämään erilaisia vaihtoehtoja kansalaisten hyvinvoinnin lisäämiseksi. Yhteistyö vakuutustahojen ja järjestöjen johtohenkilöiden

kanssa muotoutui miellyttäväksi ja ehkä kaikkia osapuolia opettavaksi kokemukseksi.

Tämän työn mielenkiinnon kohteena oli kartoittaa suomalaisten sosiaalivakuutuslaitosten sekä järjestöjen vaikuttajahenkilöiden ja johdon näkemyksiä sosiaalivakuutuslaitosten terveyden edistämisen tulevaisuuden kehityskulusta ja niiden roolista terveyden edistämisessä. Apuna käytettiin visionaarista skenaariotyöskentelyä (VIS), jonka tehtävänä oli tuottaa yhteinen visio tarvittavien ratkaisumallien löytämiseksi sosiaalivakuutuksen roolista terveyden edistämisessä. Yhteisen skenaarion uskottiin löytyvän sosiaalivakuutuksen tulevaisuuden tarkastelusta terveyden edistämisen näkökulmasta, eri organisaatioiden tavoitteiden suunnasta, yhteisistä tavoitteista ja yhteistyön hyötynäkökohdista. (Mannermaa 1999.)

Tämän tutkimuksen ovat rahoittaneet Kansaneläkelaitos, sosiaali- ja terveysministeriö ja Eläketurvakeskus.

2

SOSIAALIVAKUUTUS- JÄRJESTELMÄN JA TERVEYDEN EDISTÄMISEN YHTYMÄKOHTIA

Terveyden edistämisestä ei ole yhtenäistä käsitystä. Yhden lähestymistavan mukaan terveys mielletään voimavaraksi ja peruslähtökohdaksi ihmisten mahdollisuuksien ja terveyden edellytysten parantamisessa. Terveyden edistämisen osa-alueita ovat primaariset (terveeseen yksilöön tai yhteisöön suuntautuvat), sekundaariset (sairauksien parantaminen, riskiryhmiin kohdistuvat toimenpiteet) ja tertiääriset (kroonistumisen ehkäisy ja kuntoutus) terveystieteelliset ohjelmat, ehkäisevä terveydenhoito (sairauksien ehkäisemiseen tarkoitettut lääketieteelliset palvelut), yhteisöterveydenhoito, organisaatioiden kehittäminen, väestön terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka, ympäristöterveydenhuolto sekä taloudellinen toiminta ja säädökset. (Ewles ja Simnett 1995.)

Terveyden edistämisen alueet eivät ole toisiaan poissulkevia. On kuitenkin pyritty siirtymään ulkoisesti ohjatuista yksittäisistä toiminnoista (neuvonta, tiedottaminen) yhä enemmän rakenteiden ja toimintajärjestelmien kehittämiseen, esimerkiksi terveyden edistäminen organisaation toimintojen laadun kehittämisen osana tai terveystekijöiden huomioon ottaminen kaikessa päätöksenteossa. Terveyden edistäminen on muuttunut yksittäisistä sairauksien ehkäisyyn tähtäävistä ohjeista terveyttä tukevien järjestelmien osaksi. (Lahtinen 2000.)

Sosiaaliturva koostuu sosiaalivakuutuksesta, sosiaaliavustuksista, sosiaalihuollosta ja sosiaalipalveluista. Sosiaalivakuutus sisältää sosiaaliturvapolitiikan pyrkimykset ja toimenpiteet, joiden tarkoituksena on turvata tiettyjen sosiaalisten riskien uhkaamille yksilöille toimeentulon jatkuvuus vakuutusmenetelmin. Sosiaalivakuutus rahoitetaan

veroihin rinnastettavilla julkisilla maksuilla. Huolimatta sosiaalivakuutusjärjestelmän pakollisuudesta ja lakisääteisyudesta huomattava osa sosiaalivakuutuksesta hoidetaan yksityisissä vakuutuslaitoksissa. Pääosasta vähimmäisturvaa huolehtiva Kela on itsenäinen julkisoikeudellinen laitos ja hallinnollisesti eduskunnan alainen. Kela huolehtii kansaneläkkeestä, vammaistukijärjestelmästä, sairaus- ja äitiysvakuutuksesta sekä työttömyysajan vähimmäisturvasta. Työeläkevakuutuksesta huolehtivat eläkeyhtiöt, -kassat ja -säätiöt. Yksityisen sektorin työeläkevakuutuksen rekisterit, etuuksiin liittyvä valvonta ja muut yhteiset asiat hoidetaan Eläketurvakeskuksessa. Tapaturma- ja ammattitautivakuutuksesta sekä pakollisesta liikennevakuutuksesta huolehtivat vakuutusyhtiöt. (Sosiaali- ja terveyskertomus 1998 ja Sosiaaliturvan suunta 1999–2000.)

Terveyden edistäminen sosiaalivakuutuksen osana näkyi kolmitoisesti eri vakuutustahojen ja järjestöjen edustajien käsikirjoituksissa, joissa pohdittiin sosiaalivakuutuksen terveyttä edistävää roolia. Ensimmäiseen tasoon kuuluivat neuvonta, valistus ja tiedon jakaminen yksittäisille asiakkaille tai työntekijöille; esimerkiksi terveysaineiston jakaminen tapaturmien torjumiseksi, tapahtuneen onnettomuuden jälkeinen selvitystyö tiedottamisen pohjana ja työterveyshuollon erityistehtävät. Toinen taso sisälsi mm. riskianalyysin ja riskien ennakkoinnin ja ennaltaehkäisyn esimerkiksi turvallisuus- ja ensiapukoulutuksen sekä vapaa-aikaa ja liikennettä koskevan kampanjoinnin. Kolmannella tasolla terveyden edistäminen hahmottui osaksi vakuutusjärjestelmän toimintaa. Tästä esimerkkinä ovat laatutekijät, jotka sisältävät terveyden edistämisen ydinkohtia, samoin kuin turvallisuus- ja hyvinvointijohtaminen osana yrityksen päivittäistä toimintaa. (Sosiaalivakuutuksen rooli terveyden edistämässä 2000.)

Sosiaalivakuutusjärjestelmä on toimintaympäristön muutoksen kehityspaineiden alla periaatteellisesti, rahoituksellisesti, toiminnallisesti ja sisällöllisesti. Yleisenä kehittämisen sisällöllisenä kohteena on ollut toiminnan suuntaaminen terveyden edistämiseen. Sosiaalivakuutuksen ja terveyden edistämisen yhteisaluetta ovat mm. passiivisen turvan tunne ja sen muuttaminen, korvaava turva, eriarvoisuuden vähentäminen sekä terveyden edistämisen asiantuntijuus. Riskikäsite on keskeinen sisällön määrittelyssä. Sosiaalivakuutuslaitoksilla on yhteisiä haasteita, jotka tähtäävät asiakkaiden passiivisen roolin suuntaamisesta aktiivisuuteen. Sairausnäkökulma on tähän saakka ollut hallitseva, koska terveyden edistäminen on yleensä jäsentynyt lääketieteen kautta.

toimintoja, jotka vaikuttavat väestön terveyteen ja toimintakykyyn, vahvistaa? Erityisesti työelämän (mm. työorganisaation) kehittämistä, tapaturmien ehkäisyä ja liikennevakuutuksien kehittämistä on mahdollista tarkastella terveyttä edistävästä näkökulmasta.

Sosiaalivakuutuksen ja terveyden edistämisen yhtymäkohtien vahvistamiseksi tulee löytää yhteistyön mahdollisuudet ja verkottuminen, löytää olemassa olevat, mutta usein piilossa olevat synergiat sekä tukea kulttuurisia muutoksia terveyden ja turvallisuuden arvostamiseksi. Lisäksi tulisi kasvattaa terveyden edistämisen rahoitusta esimerkiksi avaamalla erilaisia korvaus- ja muita järjestelmiä ennaltaehkäisevän työn suuntaan. Terveyden edistämisen määrärahat on jaettu tiettyjen erityisjärjestelmien kautta. Tällä hetkellä suomalaisen terveyden edistämisen työhön suunnataan niukasti rahoja.

3

TAVOITTEET

Tämän työn tavoitteena oli kartoittaa suomalaisten sosiaalivakuutuslaitosten ja järjestöjen vaikuttajahenkilöiden ja johdon näkemyksiä sosiaalivakuutuksen roolista terveyden edistämisen sisällöllisessä ja toiminnallisessa kehittämisessä. Tavoitteiden asettelun perustana oli ajatus siitä, että sosiaalivakuutuksella ja terveyden edistämiseen tähtävällä toiminnalla on yhteiset tavoitteet kustannussäästöjen aikaansaamiseksi ja kansalaisten hyvinvoinnin ylläpitämiseksi. Niillä on myös yhteinen toiminnan painoalue, joka tarkoittaa vaihetta ennen ongelmien syntymistä. Toteuttamisen välineeksi valittiin visionaarinen skenaariotyöskentely (VIS), jonka tehtävänä oli tuottaa yhteinen visio tarvittavien ratkaisumallien löytämiseksi sosiaalivakuutuksen roolista terveyden edistämässä. Pitkän aikavälin tavoitteena oli löytää keinoja sosiaali- ja vakuutusalan terveyden edistämistyöhön. Lyhyen aikavälin tavoitteena oli koota sosiaalivakuutustahoja pohtimaan nykyistä rooliaan terveyden edistämässä ja tiedostamaan terveyden edistämisen kehityksen uhkia sosiaalivakuutusjärjestelmässä sekä keskustelemaan ja hahmottamaan mahdollisuuksiaan vahvistaa havaittavissa olevaa kasvavaa rooliaan terveyden edistämässä.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Sosiaalivakuutuslaitosten roolin hahmottamiseksi ja terveyden edistämiseen liittyvien tulevaisuuden visioiden näkemiseksi hyödynnettiin tulevaisuuden tutkimuksen lähestymistapaa ja skenaariotyöskentelyä. Skenaariot tarkoittavat tiettyihin olettamuksiin pohjautuvia ennusteita ja ne kuvaavat perusteltuja kehityspolkuja nykyisestä tulevaisuuteen. Skenaariot näkyvät tulevaisuusstrategioiden sisällöissä. Skenaarioissa kerrotaan mikä tulevaisuudessa on mahdollista, mikä todennäköistä ja toivottavaa tai mikä uhkaavaa. Skenaarioiden avulla tulisi olla mahdollista osoittaa, mitä voitaisiin tehdä uudella tavalla ja miten kielteiseen kehitykseen johtavia riskitekijöitä voitaisiin tunnistaa ja eliminoida. Visionaarisen skenaariotyöskentelyn avulla pyrittiin luomaan yhteinen visio ja löytämään sen aikaansaamiseksi tarvittavia ratkaisumalleja sosiaalivakuutuslaitosten roolista terveyden edistämisessä.

Luoduissa tulevaisuuden visioissa tiedon lähteet (haastateltavat) voivat kriittisesti arvioida järjestelmää. Työskentelyn kohteena oli tilanne, johon haluttiin muutosta. Vertaamalla tulevaisuuden visiota järjestelmän toimintaan voitiin löytää mielekäs toimintakokonaisuus.

Tietoa kerättiin haastatteleamalla kuutta tahoa (sosiaali- ja terveysministeriö, Kela, työeläketahot, tapaturmavakuutusyhtiöt, liikennevakuutusyhtiöt ja Terveyden edistämisen keskus ry), joista kustakin haastateltiin viisi edustajaa (vaikuttajahenkilöt, johtotehtävissä olevat), yhteensä 30 henkilöä. Haastattelun teemoja oli kahdeksan. Ne sisälsivät 18 kysymystä, jotka koskivat sosiaalivakuutuslaitoksen perustaa ja arvoja, terveyden edistämistä sosiaalivakuutuslaitoksissa, yhteistyötä terveyden edistämisessä, sosiaalivakuutettujen roolia, terveyden edistämistä päätöksenteon tasoilla, terveyden edistämistä osana sosiaalivakuutuslaitosten laadun ja arvioinnin kehittämistä, tukea muiden tahojen terveyden edistämisen toiminnalle sekä tulevaisuuden visioita. Lisäksi haastateltavia pyydettiin vastaamaan väittämiin, jotka koskivat sosiaalivakuutuslaitosten roolia vuonna 2010 verrattuna nykytilantee-

seen. Jokainen taho (6 tahoja) ja lähes jokainen vastaaja (30 henkilöä) toi esille sekä oman sektorinsa ja organisaationsa kehittämisaalueita että myös muiden sosiaalivakuutussektoreiden ja poliittisten päättäji- en kehittämisaalueita. Ennen jokaista haastattelua haastateltaville esi- tettiin lyhyesti terveyden edistämisen malli ja siihen liittyvä kuvio. Heille kerrottiin yksityiskohtaisesti siitä, minkälainen oli terveyden edistä- misen ymmärrys tässä tutkimuksessa. Valitun lähestymistavan mukaisesti terveys on voimavara ja lähtökohta ihmisen mahdollisuuksien ja ter- veyden edellytysten parantamisessa.

Sosiaalivakuutusjärjestelmän ja terveyden edistämisen toiminnasta saatiin täydentävää tietoa eri tahojen edustajien omaa aluettaan ku- vaavista käsikirjoituksista (Sosiaalivakuutuksen rooli terveyden edistä- misessä 2000). Erilaisten tulkintojen jälkeen valittiin näkökulma, josta käsin nykytilanteen analyysi tehtiin.

Haastattelut toteutettiin touko- ja kesäkuussa 2000. Haastattelijoita oli neljä ja haastattelutilanteisiin osallistuttiin pääsääntöisesti pareit- tain. Puolistrukturoitu ja osittain strukturoitu haastattelulomake testat- tiin ennen haastatteluja ja haastattelijat sopivat yhteisesti haastattelu- käytännöstä.

Tulevaisuustaulukkoja käytettiin apuna skenaarioiden laatimisessa ja myös tulevaisuuden skenaarioiden ja nykytodellisuuden vertaami- sessa (Linturi ym. 1998). Taulukkojen avulla haluttiin tunnistaa keskei- set muuttujat ja niiden mahdolliset toteutumavaihtoehdot tulevaisuu- dessa. Sisältöä analysoitiin siten, että vastaukset sijoitettiin kolmeen vaihtoehtoiseen visioon. Tämän jälkeen vastauksista muodostettiin luokkia, joiden alle vastukset sijoitettiin. Teemat on luokiteltu niiden sisältämien olennaisten ajatusten pohjalta. Näin syntyneitä luokkia on kussakin teemassa kolmesta yhteentoista.

TULEVAISUUSSTRATEGIAT JA NIIHIN RAKENNETUT SKENAARIOT

Tulevaisuusstrategiat luotiin tässä tutkimuksessa tulevaisuudentutkimuksen kirjallisuutta apuna käyttäen (mm. Linturi ym. 1998; Valtioneuvoston tulevaisuusselonteko eduskunnalle 1997; Kickbusch 1999; Kosonen 1999; Lehtonen 2000; Pietarinen 2000; Sihvola 2000; Rubin 2000), haastateltujen autenttisten vastausten ja tutkijoiden näkemysten pohjalta.

Terveyden edistämisestä ja sen kehittämisestä sosiaalivakuutuslaitoksissa luotiin jokaisessa 18 kysymyksessä **kolme erilaista tulevaisuusstrategiaa: terveyden edistämisen myönteinen kehityskulku, sen mahdollinen kehityskulku ja uhkaava kehityskulku** (liite 1).

Terveyden edistämisen tulevaisuuden kannalta myönteinen ja tavoiteltava tulevaisuus tarkoittaa lähinnä pohjoismaista hyvinvointiyhteiskuntaa, jossa yhteiskunta selkeästi ja aktiivisesti osallistuu toivottavien vahvuuksien kehittämiseen. Näkökulma toiminnassa on terveyden edistämisessä, jossa ihminen nähdään aktiivisena toimijana ja jossa sosiaaliturvaa kehitetään parantamalla hyvinvointitalouden edellytyksiä. Riskit pyritään jakamaan ja tuloeroja tasataan. Tähän ryhmään luokitelluissa vastauksissa kuvastuivat nykytilanteen selkeät voimavarat tai ns. ”puolustettavat” asiat, jotka kuvasivat nykytilaa myönteisen kehityskulun vision mukaisesti. Myönteisen kehityskulun viitekehjeksi tutkijat nostivat terveyden edistämisen ja pohjoismaisen hyvinvointiyhteiskunnan. Myönteiseen kehityskulkuun vaikutti voimakkaasti myös haastateltavien vastauksissa ilmenevä sosiaalivakuutuksen viitekehys.

Terveyden edistämisen mahdollinen tulevaisuus sosiaalivakuutusjärjestelmässä tarkoittaa nykytilan rakenteellisia, toiminnallisia ja asen-

teellisiä kehittämismahdollisuuksia. Vastauksissa oli nähtävissä terveyden edistämisen kannalta kehittämismahdollisuuksia – etenkin pyritäessä siirtämään painopistettä terveyttä edistävään tai ennaltaehkäisevään (primaariprevention) suuntaan. Mahdollisen kehityskulun luomiseen vaikutti nykytilassa pitäytyminen, jossa ei ollut selkeätä kehittämisenäkökulmaa. Siinä oli myös viitteitä markkinatalouden voimistumisesta.

Terveyden edistämisen kannalta uhkaava on sellainen tulevaisuus, jossa yhteiskunta on markkinaehtoinen tai jopa markkinahäiriöinen ja jossa uskotaan markkinoiden kykyyn ratkaista ihmisten tarpeiden ja mahdollisuuksien väliset ristiriidat. Haastateltavien vastauksissa tuotiin esiin uhkakuvia sekä sellaisia kehittämisalueita, jotka eivät sisältäneet tahtotilaa asian muuttamiseksi. Siihen sijoittuivat myös ne huolenaiheet, joita haastateltavat ilmaisivat yhteiskunnan arvojen ja asenneilmaston muuttumisen osalta markkinaehtoiseen suuntaan esimerkiksi vakuutusalan keskittymisen tai globalisaation kannalta. Uhkaava kehityskulku pohjautui eniten tulevaisuustutkimuksen kirjallisuuteen ja haastateltavien vastauksiin.

Koska tarkastelujakso oli lyhyt, asetettiin seuraavat reunaehdot: katsottiin, että Suomi EU:n jäsenmaana on edelleen luokiteltavissa pohjoismaiseen hyvinvointiyhteiskuntaan tänä aikana. Lisäksi oletettiin, että Suomi on markkinatalousmaa.

TULEVAISUUSSTRATEGIOIDEN JA NYKYTILAN VERTAAMINEN

Terveyden edistämisestä ja sen kehittämisestä sosiaalivakuutuslaitoksissa luotiin kolme vaihtoehtoista tulevaisuusstrategiaa. Myönteiseen kehityskulkuun sisältyviä aineksia on kuvattu taulukossa 1. Samoin siinä on luetteloitu myönteisen kehityskulun toteutumista tukevia ja sitä haittaavia tekijöitä haastateltujen näkökulmasta. Skenaarion toteutumista tukevat tekijät toistuivat useiden haastateltujen näkemyksissä. Visiot tuntuivat olevan selkeitä ja perusasioista oltiin samaa mieltä. On vain kysymys siitä, miten keskeiseksi osaksi terveyden edistäminen nousee myönteisen kehityskulun toteutuessa.

Toiminnan toteutumisen heikentäviä tekijöitä olivat mm. terveyden arvon niukkuus sosiaalivakuutusjärjestelmässä, terveyden edistämisen käytännön merkityksen vähäisyys, vähäinen satsaus terveyden edistämiseen, toiminta ei toteudu ihmisten hyväksi ja heidän elämäntilanteesta käsin, eettisyyden puute toiminnassa ja sijoitustoiminnassa sekä uudet sosiaalivakuutusmuodot ja yksittäiset vakuutukset. Koska terveys nähdään toimintaa ohjaavana arvona, on ymmärrettävää, että uhaksi koetaan myös terveyden edistämisen käytännön merkityksen vähäisyys. Lähes kaikki haastatellut uskoivat terveyden edistämisen nykyistä suurempaan merkitykseen sosiaalivakuutustoiminnassa vuonna 2010. (Taulukko 1.)

Haastateltujen vastauksissa painottui joko myönteinen, mahdollinen tai uhkaava teemakohtainen skenario (taulukko 2). Painottumisen astetta kuvataan XXX= erittäin vahva, XX= melko vahva ja X= jonkin verran. ++ tarkoittaa terveyden edistämisen suotuista kehittymistä. Tähän skenaarioon sisältyvät myös kuvaukset nykytoiminnan vahvuuksista. +- tarkoittaa nykytoiminnan kehittämisalueita, joita ovat nykytoiminnan heikkoudet, nykytoiminnassa pitäytyminen (staattisuus) ja terveyden edistämisen toiminnan kapea-alaisuus. - - tarkoittaa uhkakuvia terveyden edistämisen kannalta.

TAULUKKO 1. Sosiaalivakuutuslaitosten roolin myönteistä kehittymistä tukevia ja heikentäviä tekijöitä terveyden edistämisessä.

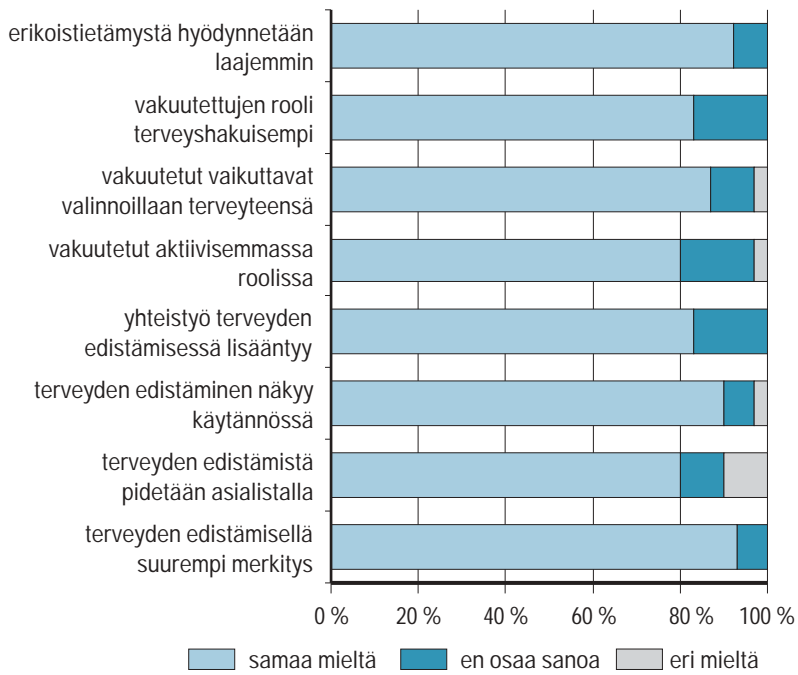
Myönteinen kehityskulku (++)	Toteutumista tukevia tekijöitä haastateltujen näkemyksen mukaan	Toteutumista heikentäviä tekijöitä haastateltujen näkemysten mukaan
<p>Terveyden edistäminen on aktiivista ja systemaattista toimintaa.</p> <p>Painopiste on ennaltaehkäisyssä.</p> <p>Tehtävään sitoudutaan.</p> <p>Terveyden edistäminen nähdään terveysalan ammattilaisten ohella myös sosiaalivakuutusjärjestelmän tehtävänä.</p> <p>Terveyden edistäminen kirjoitetaan näkyviin sosiaalivakuutuslaitosten politiikassa ja strategioissa.</p> <p>Terveyden edistämisestä tehdään kokonaissuunnitelma.</p> <p>Sosiaalivakuutuslaitokset rahoittavat kuntien ja kolmannen sektorin toteuttamaa terveyden edistämis toimintaa.</p> <p>Sosiaalivakuutuslaitokset lisäävät myös omassa toiminnassaan terveyden edistämisen resursseja.</p> <p>Ensisijaisena tavoitteena on, että edut ja yhteiskunnalliset palvelut tarjotaan niin, että kaikki kansalaiset kokevat ne omikseen.</p> <p>Tasa-arvo palvelujen saatavuudessa on turvattu.</p> <p>Terveyden edistäminen nähdään toimintapolitiikkana ja se on kokonaisvaltaista, aktiivista ennaltaehkäisevää toimintaa.</p> <p>Myös asiakkaat ovat aktiivisia toimijoita.</p> <p>Ymmärretään ihmisen arkielämää sekä kannetaan vastuuta huonompiaisista.</p> <p>Terveyden edistämiseen panostetaan taloudellisesti nykyistä enemmän.</p>	<p>Suomalaisen tai pohjoismaisen erityispiirteen säilyminen yhteiskunnan perustana olevien arvojen suhteen.</p> <p>Väestön terveydentilan tasaisesta kehityksestä huolehtiminen.</p> <p>Kansalaisten itsensä ymmärtämän ja hyväksymän toiminnan tukeminen sekä yksilön vapauksien kunnioittaminen päätöksenteossa.</p> <p>Terveys on tietoisesti toimintaa ohjaava arvo.</p> <p>Eniten avuntarpeessa olevien tukeminen.</p> <p>Yhteistyön sisällön laajentuminen ja yhteistyö vakuutetun aseman parantamiseksi.</p> <p>Rahoituksen suuntaaminen terveyden edistämiseen.</p> <p>Kansalaisyhteiskunnan esilletulo järjestöjen kautta; järjestöjen keskeinen rooli terveyden edistämisessä.</p> <p>Terveyspolitiikkaan vaikuttamisen pysyvät rakenteet.</p> <p>Terveyden edistäminen on osa vaikuttavuuden osoittamista.</p> <p>Ennaltaehkäisyyn panostaminen.</p> <p>Tekniikan ja uusien viestintävälineiden hyödyntäminen ennaltaehkäisevässä työssä ja terveyden edistämisen ohjelmissa.</p> <p>Ikääntyneiden tukiverkot ja yksilöllisten voimavarojen huomioon ottaminen.</p> <p>Sosiaalivakuutusasiakkaan aseman turvaaminen; tasa-arvo terveydessä ja terveyden edistämisessä.</p>	<p>Toimintaa ei toteuteta ihmisten hyväksi ja hänen elämäntilannettaan huomioon ottaen.</p> <p>Terveyttä ei nähdä arvona sosiaalivakuutusjärjestelmissä.</p> <p>Ihmiset ja organisaatiot jakautuvat menestyjiin, sinnittelijöihin ja häviäjiin.</p> <p>Valikoivan yhteistyön korostuminen.</p> <p>Rakenteet eivät ole läpinäkyviä, eivätkä säännöt ymmärrettäviä.</p> <p>Terveyden edistämiseen ei resurssoida eikä terveyteen investoida.</p> <p>Globalisaation vaikutus.</p> <p>Yhteiskunnan perustoimintojen hoito verkossa.</p> <p>Uudet sosiaalivakuutusmuodot ja yksittäiset vakuutukset.</p> <p>Eettisyyden puute toiminnassa ja sijoitustoiminnassa.</p> <p>Terveyden edistämisen käytännön merkityksen vähäisyys.</p> <p>Medikalisoituminen.</p>

Lähes kaikista teemoista mahdollinen kehityskulun suunta painotui eniten. Myönteisen kehityskulun suuntaisia visioita olivat arvopohjan korostuminen, mahdollisuus tietoyhteiskuntaan ja tekninen kehitys sekä ikääntyneiden tulevaisuuden hahmottaminen. Terveyden edistämisen kehittäminen sosiaalivakuutuslaitoksissa nähtiin osana mahdollista kehityskulkua. Mahdollisen kehityskulun muita haasteellisia teemoja olivat yhteistyö terveyden edistämässä, terveyden edistäminen ja sen tehostaminen eri päätöksenteon tasoilla, terveyden edistäminen osana laadun ja arvioinnin kehittämistä sekä tuki muiden tahojen terveyden edistämisen toiminnalle. Uhkaavan kehityskulun yhtenä selkeimpänä haasteena näytti olevan sosiaalivakuutettujen rooli. Haastatelluilla oli myös itse vakuutustoimintaan liittyviä uhkakuvia mm. keskittyminen, globalisaatio ja kansainvälistyminen.

Haastatelluista 80 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että sosiaalivakuutetut tulevat olemaan nykyistä aktiivisemmassa roolissa vuonna 2010 (kuvio 1). Haastatelluilla oli melko vahva usko sosiaalivakuutustoiminnan myönteisestä roolista terveyden edistämässä. Pääosa vastanneista tuntui kuitenkin päätyvän nykytoimintaan ja osoittavan näin varovaisuutta terveyden edistämisen laajentamisessa ja kehittämässä.

TAULUKKO 2. Haastateltujen näkemysten painottuminen teemoittain kolmessa skenaariossa.

Teemat	Skenaariot	Myönteinen kehityskulku (++) Terveyden edistämisen suotuisa kehittyminen	Mahdollinen kehityskulku (+ -) Kehittämisaalueet	Uhkaava kehityskulku (- -) Uhkakuvat
Arvot ja toiminnan perusta		XXX	XX	X
Terveyden edistäminen ja sen kehittäminen sosiaalivakuutuslaitoksissa		XX	XXX	X
Yhteistyö terveyden edistämässä		XX	XXX	X
Sosiaalivakuutettujen rooli		XX	X	XXX
Terveyden edistäminen eri päätöksenteon tasoilla		X	XXX	X
Terveyden edistäminen osana laadun ja arvioinnin kehittämistä		XX	XXX	
Tuki muiden tahojen terveyden edistämisen toiminnalle		XX	XXX	
Visiot: keskittyminen, kansainvälistyminen, ikääntyneet sekä tietoyhteiskunta		XXX	XX	XX



Visionaarinen skenaarioarvio sosiaalivakuutuslaitosten roolista terveyden edistämässä

KUVIO 1. Terveyden edistäminen sosiaalivakuutustoiminnassa v. 2010.

EHDOTUKSET TODELLISUUDEN MUUTTAMISEKSI

Haastattelujen perusteella ja visionaarisen skenaariotyöskentelyn avulla voitiin vastata seuraaviin kysymyksiin: 1) yhteisten vaihtoehtoisten käsitteiden ja niiden sisältöjen löytäminen: tämä tarkoitti laaja-alaista terveyden edistämisen työtettä ja sen mukaista primaari-, sekundaari- tai tertiäritoimintaa, jossa pääpaino on ennaltaehkäisyssä. Toinen yhteinen käsite oli terveyden edistämisen sisältö ja käytäntö. Terveyden edistäminen on paitsi kansalaisten selviytymisen tukemista (työkyvyn ylläpitoa), myös terveyden edellytysten turvaamista (terveellinen ja turvallinen elin- ja työympäristö); 2) yhteisten toimintojen hakeminen: Yhteisiä toimintoja ja erityisesti niistä saatavaa synergiaetua pidetään välttämättömänä; 3) aktiivisen sosiaaliturvan etsiminen: sosiaalivakuutuslaitoksilla on haaste suunnata asiakkaiden passiivista roolia yhä aktiivisemmaksi; 4) terveyden edistäminen ja sosiaalivakuutus: selkein terveyden edistämisen alue on TYKY-toiminta (työkyvyn ylläpitoon tähtäävä toiminta) työpaikoilla. TYKY-toimintaa ollaan halukkaita laajentamaan mm. mielenterveyden edistämisen suuntaan ja painottamaan siinä yhteisöllistä näkökulmaa; 5) priorisointi suurten näkemuserojen ja epätasapainoisuuksien vallitessa: terveyden edistämässä on pääpaino primaaripreventiossa. Kuitenkin väestön ikärakenne on muuttumassa mm. suurten ikäluokkien ikääntymisen myötä. Tämä vaatii panostamista myös sekundaari- ja tertiäripreventioon; 6) konkreettiset taloudelliset kysymykset: tulevaisuudessa terveyden edistämiseen panostetaan taloudellisesti huomattavasti nykyistä enemmän; 7) verkottumisen välttämättömyys: sosiaalivakuutuslaitosten edustajat olivat yhtä mieltä siitä, että verkottuminen on tulevaisuudessa välttämätöntä sekä 8) yllikkeiden käyttäminen: yllikkeillä tarkoitettiin tässä tutkimuksessa voimakkaasti kehitymässä olevaa uutta teknologiaa ja uusmedioiden tarjoamia mahdollisuuksia terveyden edistämässä. Näillä nähtiin olevan merkitystä tulevaisuuden terveyden edistämistyössä.

8

OPERATIONAALISET TAVOITTEET JA PRIORITEETIT MUUTOKSILLE

Operationaalisina tavoitteina ja priorisoituina muutoksina tulivat esille muutokset asenteissa, menettelytavoissa ja rakenteissa. **Asennetasoiset muutokset** koskivat erilaisten kilpailujen hyödyntämistä terveyden edistämisessä, varhaiskuntoutuksen tuotteistamista, terveyden edistämisen konsultaatioapua sosiaalivakuutuksen osana ja terveyden edistämistä kilpailuvalttina. **Menettelytapamuutokset** tarkoittivat rahoitusjärjestelmän kehittämistä kolmella tasolla: aktivoimalla ja vahvistamalla terveyden edistämistä, tukemalla muita terveyden edistämisen toimijoita sekä luomalla rahastoja sosiaalivakuutusrahoilla. Muita menettelytapamuutosehdotuksia olivat hyviksi koettujen ehkäisymallien hyödyntäminen terveyden edistämisessä ja terveyden edistämisen valtakunnallinen ja paikallinen organisoiminen ja koordinoiminen. **Rakenteelliset muutosehdotukset** olivat lainsäädännön muuttaminen sekä sopiminen konkreettisesta sosiaalivakuutuksen korvauksen piiriin kuuluvasta terveyden edistämisen sisällöstä ja terveyden edistämisen painoalueista.

KEHITTÄMISEHDOTUKSET

YHTEINEN YMMÄRRYS TERVEYDESTÄ JA TERVEYSARVOSTA SEKÄ SOPIMINEN TERVEYDEN EDISTÄMISESTÄ

Sosiaalivakuutuslaitosten ja järjestöjen edustajat olivat kaikki yhtä mieltä siitä, että terveys arvona yleisesti ja myös sosiaalivakuutusjärjestelmässä on vahva. Yhtä mieltä oltiin myös siitä, että pohjoismainen hyvinvointiyhteiskunta säilyy ja sen tarjoama sosiaaliturva edustaa kestävää kehitystä. Kaikilla sosiaalijärjestelmän tahoilla on yhteinen tiedostettu tavoite – ennaltaehkäisyn ja terveyden edistämisen painottaminen ja ymmärrys sen käytännön merkityksestä. Yhteiseen ymmärrykseen liittyy kuva siitä, mitä laaja-alainen tiedon välittäminen kansalaisten selviytymisen tukemiseksi ja terveyden edellytyksiä turvaava ja mahdollistava terveyden edistäminen on konkreettisesti. Terveyden edistäminen on yksiselitteinen tapaturma- ja liikennevakuutusjärjestelmän työssä sekä työeläkevakuutusjärjestelmässä jatkuvasti laajentuvana ja kehittyvänä TYKY-toimintana. Tämän kuvan tulisi kirkastua myös muussa sosiaalivakuutustoiminnassa.

TARVITTAVAN INFRASTRUKTUURIN RAKENTAMINEN JA NYKYISEN SOSIAALI- VAKUUTUSJÄRJESTELMÄN KÄYTTÄMINEN TERVEYTEEN PANOSTAMISESSA JA TERVEYDEN EDISTÄMISEN ORGANISOIMISESSA

Tarve terveyden edistämisen parempaan organisointiin sekä sosiaalivakuutusjärjestelmässä että yleisemminkin on ilmeinen. Pitäisi koota neuvottelukunta, jossa ovat mukana sosiaalivakuutusjärjestelmän edustajat ja terveyden edistämisen eri tahot kuten terveyden edistämisen tutkijat ja toteuttajat sekä rahoittajat. Tehtävänä olisi miettiä, miten hajallaan olevia voimavaroja voitaisiin paremmin hallita. Tulisi sopia

siitä, mikä taho ottaa vastuuta ja koordinoi muiden tahojen toimintaa. Yhteistyö terveyden edistämisessä tarkoittaa sosiaalivakuutuslaitosten keskinäistä sekä niiden ja muiden terveyden edistämisen tahojen, mm. kuntien ja järjestöjen, keskinäistä vuoropuhelua. Pääpaino olisi nykyisen sosiaalivakuutusjärjestelmän käyttäminen terveyteen panostamisessa ja terveyden edistämisen organisoinnissa. Samassa yhteydessä tulisi selkeyttää kunnan tehtävät laaja-alaisessa terveyden edistämisen työssä, koska kuntien lakisääteinen tehtävä on järjestää myös terveyden edistämisen palveluja.

TERVEYDEN EDISTÄMISEN LAADUNARVIOINNIN JA VAIKUTTAVUUDEN KEHITTÄMINEN SEKÄ SUUREMPIIN KOKONAISUUKSIIN SIIRTYMINEN

Laadukkaaseen sosiaalivakuutustyöhön kuuluvat ennaltaehkäisevä työ, varhainen puuttuminen ja ongelmien hoitaminen (sairauksien hoito ja kuntoutus). Terveyden edistämiseen suunnatut toimet ovat keskeinen osa laadukasta sosiaalivakuutustyötä. Tämä tarkoittaisi osaltaan säädöspohjan muuttamista siihen suuntaan, että määritelty ja yhteisesti sovittu ennaltaehkäisevä toiminta kuuluisi korvausten piiriin.

SOSIAALIVAKUUTUSLAITOSTEN OSALLISTUMINEN TERVEYDEN EDISTÄMISEN RAHOITUKSEEN

On olemassa yhteinen ymmärrys sosiaalivakuutuslaitosten toiminnan perustasta, terveyden edistämisestä ja sen kehityksen suunnasta. Yhtä mieltä oltiin myös siitä, että terveyden edistämiseen tulee ennakoida ja mahdollistaa riittävä rahoitus, koska terveyden edistäminen nähdään osana sosiaaliturvan kestäväää rahoitusta. Riittävä rahoitus terveyden edistämiseen ja ennaltaehkäisyyn (primaaripreventio) voisi olla esimerkiksi tietty prosenttiosuus nykyisen sosiaalivakuutuksen korvaustoiminnasta tai selkeä osuus liikevaihdosta. Tämän asian ratkaisemiseksi tarvitaan toimikuntatyöskentelyä, koska vaaditaan nykyistä selkeämpää kuvaa siitä, minkä laajuinen ja -suuruinen panostus auttaa sosiaalivakuutusjärjestelmän terveysstrategioissa ja väestön terveyden edistämisessä. Tarvitaan lisäksi suunnitelma siitä, miten sosiaalivakuutuksen terveyttä edistävän toiminnan rahoitus suunnattaisiin rakenteiden ja terveyden edistämisen järjestelmän luomiseen ja ylläpitämiseen sekä nykyisinkin vallitsevana käytäntönä olevaan ohjelma- ja kampanjatyöhön. Alkuvaiheessa kaiken sosiaalivakuustoiminnan kautta kustannetun terveyden edistämisen työn ensisijainen edellytys

on vahvan arvioinnin ja kustannusosuuden kriteeristön kehittäminen sekä tutkimustoiminnan painottaminen myös terveyden edistämisen vaikuttavuuden tutkimukseen.

VASTUUN JAKAMINEN – OMAVASTUUVALINNOISSA VOIMAVAROJEN MUKAISESTI

Hyvinvointiyhteiskunnassa jaetaan vastuuta yhteiskunnalle, organisaatioille ja kansalaisille.

Terveyden edistämässä kansalaisella on oltava selkeää omavastuuta, koska ei ole mahdollista luoda sellaisia terveydenhuollon järjestelmiä, jotka kykenisivät selviämään kaikista mahdollisista tehtävistä. Tulee tarkkaan määritellä, mitä tarkoitetaan terveyden edistämässä omavastuulla erityisesti sosiaalivakuutukseen liittyvänä ja mikä on sen olennainen sisältö yksittäisen kansalaisen osalta. Hyvinvointiyhteiskunnassa ei yksilöille vieritetä runsaasti taloudellista vastuuta eikä vastuuta ns. itseaiheutetuista sairauksista, vaan kyseessä on enemmänkin terveystietoisuuteen liittyvät asiat arkipäivän valinnoissa kunkin omien voimavarojen puitteissa. Yhteiskunnan ja organisaatioiden vastuu terveyden edistämisestä näkyy taloudellisena osallistumisena ja tietoisena päätöksenä sellaisten tekijöiden puolesta, jotka edistävät kansalaisten, järjestelmien ja yhteiskunnan terveyttä.

SOSIAALIVAKUUTUSASIAKKAAN ASEMAN TURVAAMINEN – TASA-ARVO TERVEYDESSÄ JA TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ

Sosiaalivakuutuksen korvaussummien ei tule vaihdella kansalaisten elämäntapojen mukaisesti. Terveysteen ja sen ylläpitämiseen vaikuttavat olennaisesti myös muut tekijät. On havaittu, että väestön terveyden kehittymisessä on tietyillä tekijöillä merkitystä. Terveyskäyttäytymisellä ja elämäntyyliä 51 %:n, ympäristöllä 20 %:n, biologisilla tekijöillä 17 %:n ja terveyspalveluilla 12 %:n verran merkitystä (Lee ym. 1995).

Sosiaalivakuutuksen asiakkaan aseman turvaamiseksi tarvitaan aktiivisia toimenpiteitä potilaan asemaa koskevan lainsäädännön ja sosiaalihuollon asiakkaan asemaa koskevan lainsäädännön lisäksi. Ihmisten itsemääräämisoikeus ja vaikutusmahdollisuudet heitä itseään koskevissa asioissa tulee turvata nykyistä paremmin.

SOSIAALIVAKUUTUSJÄRJESTELMÄN ROOLI JA MERKITYS

Yleinen sosiaalivakuutus antaa perusturvan ja vakuutusyhtiöt antavat lisäturvaa. Tulee sopia yhteisistä kaikille vakuutustahoille soveltuvista terveyden edistämisen alueista ja lisäksi määrittää sellaiset terveyden edistämisen laaja-alaiset alueet, jotka koskettavat ihmisiä eri elämänvaiheissa, ei yksin työelämässä mukana olevia. Tulee myös hahmottaa terveyden edistämisen sisällöt eri ikävaiheissa. Lapsuudessa ennaltaehkäisy on keskeinen ja siinä vaiheessa luodaan perusta myöhemmälle elämäkululle. Nuoruudessa terveyden edistäminen tarkoittaa erilaisia tukitoimia. Työikäisillä terveyden edistäminen on usein puuttumista varhaisvaiheessa. Ikääntyneissä ja muissa ryhmissä, joille on jo saattanut syntyä erilaisia terveysongelmia, tulee panostaa hoitoon ja syrjäytymisestä selviytymiseen sekä pahimmassa vaiheessa eli köyhyyden tilassa huoltoon (Niemelä 2000).

KANSALAINNÄKÖKULMA TERVEYDEN EDISTÄMISEEN

Järjestöillä on merkittävä tehtävä terveyden edistämässä. Järjestöjen edustajat ovat osajia ja asiantuntijoita sekä terveyteen liittyvissä asioissa että kansalaisnäkökulman välittämisessä ja sen kuuluville saattamisessa. Sosiaalivakuutuslaitokset ovat tehneet yhteistyötä järjestöjen kanssa kansalaisten terveyden edistämiseksi. Kampanjoinnit ja niiden rahoitus ovat kuitenkin olleet satunnaisia. Terveyden edistämisen kehittämiseksi sosiaalivakuutuslaitosten toiminnassa tulisi järjestöjen kanssa tehtävä yhteistyö saada järjestelmälliseksi yhteisten synergiaetujen löytämiseksi osana laajaa valtakunnallista koordinoitua työtä.

YMPÄRISTÖTERVEYDEN EDISTÄMINEN JA RAHOITTAMINEN

Terveyden edistämisen osa-alueista ympäristöterveyden osuus tulee kasvamaan. On löydettävä omaehtoisen terveyskäyttäytymisen ja ympäristöterveyden edistämisen keskinäinen tasapaino. Ympäristötekijöillä on aiempaa suurempi merkitys terveyden edellytyksenä. Vakuutuslaitokset kiinnittävät huomiota ympäristön terveyttä ja turvallisuutta tuottaviin tekijöihin. Muun sosiaalivakuutuksen osalta jatkossa on merkityksellistä kehittää ympäristöterveyttä sen yksityiskohtaisen sisällön määrittelyn ja siihen liittyvän korvauskäytännön osalta.

SOSIAALIVAKUUTUS TERVEYDEN EDISTÄJÄNÄ – ESIMERKKIMALLIN LUOMINEN

Suomalainen sosiaalivakuutustoiminta voi hyvin olla edelläkävijänä terveyden edistämiseen liittyvässä korvaustoiminnassa. Sosiaalivakuutuslaitokset voivat olla terveyden edistämisen edelläkävijöitä ja konsultteja. Sosiaalivakuutuksella on mahdollisuus ylläpitää ja kehittää kokonaisvaltaisempaa otetta. Se voi tehdä yhteistyötä eri tahojen kanssa (esim. kuntoutustoiminta, työsuojaus, työterveyshuolto, erikoissairaanhoido) ja tukea muiden tahojen terveyden edistämisen toimintaa.

Tähän vaadittaisiin laaja valtakunnallinen kokeiluohjelma, johon osallistuisivat suomalaiset sosiaalivakuutustahot ja jossa ei yksin yksilöitäisi ja määriteltäisi terveyden edistämisen sisältöjä ja siihen liittyvää korvauskäytäntöä, vaan myös kehitettäisiin kriteeristö toiminnan onnistumisen arvioimiseksi. Yhtenä tehtävänä voisi olla myös terveyden edistämisen koordinoinnin kokeilu.

10

POHDINTA

Sosiaalivakuutuslaitosten ja järjestöjen edustajat näkivät joko avoimesti tai varovaisen myönteisesti terveyden edistämisen merkityksen tulevaisuudessa. Muutamat teemat, kuten arvot toiminnan perustana ja yleiset tulevaisuuden visiot esimerkiksi ikääntyneiden osalta, antoivat aineksia terveyden edistämisen suotuisalle kehitymiselle. Sen sijaan teema, joka koski konkreettista sosiaalivakuutettujen roolien muuttamista nousi suurimmaksi uhaksi. Vastaajien oli ehkä vaikea mieltää terveyden edistämisen perusehtoa eli asiakkaiden osallistumista ja täysivaltaistamista, jotka kiinteästi liittyvät sosiaalivakuutettujen roolin kehittämiseen.

Primaaripreventiota korostavan terveyden edistämistyön peruslähtökohtina olivat yleisesti hyväksytyjen arvojen ja pohjoismaisen hyvinvointiyhteiskunnan säilyminen tulevaisuudessa. Sosiaalivakuutuslaitosten ja järjestöjen edustajat olivat kaikki yhtä mieltä siitä, että terveys arvona yleisesti ja myös sosiaalivakuutusjärjestelmässä oli vahvasti esillä. Kaikilla sosiaalivakuutusjärjestelmän tahoilla oli yhteinen tiedostettu tavoite – ennaltaehkäisyn ja terveyden edistämisen painottaminen ja ymmärrys sen käytännön merkityksestä. Yhtä mieltä oltiin myös siitä, että terveyden edistämiseen tulee ennakoida ja mahdollistaa riittävä rahoitus, koska terveyden edistäminen nähdään osana sosiaaliturvan kestävästä rahoituksesta.

Tarve terveyden edistämisen parempaan organisointiin sekä voimavarojen parempaan hallintaan oli sosiaalivakuutusjärjestelmässä ja yleisemminkin ilmeinen. Laadukkaaseen sosiaalivakuutustyöhön kuuluvat ennaltaehkäisevä työ, varhainen puuttuminen sekä sairauksien hoito ja kuntoutus. Terveyden edistämiseen suunnatut toimet ovat keskeinen osa laadukasta sosiaalivakuutustyötä, johon kuuluu myös sopiminen yhteisistä kaikille vakuutustahoille soveltuvista terveyden edistämisen alueista.

Sosiaalivakuutuslaitokset ovat tehneet yhteistyötä järjestöjen kanssa terveyden edistämiseksi. Kampanjoinnit ja niiden rahoitus ovat kuitenkin olleet satunnaisia. Terveyden edistämisen kehittämiseksi sosiaalivakuutuslaitosten toiminnassa tulisi järjestöjen kanssa tehtävä yhteistyö saada järjestelmälliseksi yhteisten synergiaetujen löytämiseksi osana laajaa valtakunnallista koordinaatiotyötä.

Suomalainen sosiaalivakuutustoiminta voi olla hyvin edelläkävijänä terveyden edistämiseen liittyvässä korvaustoiminnassa. Sosiaalivakuutuslaitokset voivat olla myös muuten terveyden edistämisen edelläkävijöitä ja konsultteja. Tähän vaadittaisiin laaja, valtakunnallinen kokeiluohjelma, johon osallistuisivat suomalaiset sosiaalivakuutustahot ja jossa ei pelkästään yksilöitäisi ja määriteltäisi terveyden edistämisen sisältöjä ja siihen liittyvää korvauskäytäntöä, vaan myös kehitettäisiin kriteeristö toiminnan onnistumisen arvioimiseksi.

Tulevaisuusskenaarioiden käyttö tutkimusta jäsentävänä ja haastateltujen sisältöä jäsentävänä ja avaavana menetelmänä oli käyttökelpoinen. Skenaariotyöskentelyn avulla voitiin tässä tutkimuksessa osoittaa, mitä voitaisiin tehdä toisin ja miten kielteiseen kehitykseen johtavia riskitekijöitä voitaisiin tunnistaa ja eliminoida. Ongelmaksi muodostui haastateltujen vastausten ja näkökulmien painottuminen kokonaisuudessaan terveyden edistämisen kehittymisessä melko myönteiseen suuntaan. Valitut teemat ja niihin liittyneet kysymykset edellyttivät sinänsä valistuneelta ja kehityksessä mukana olevalta vastaajalta laaja-alaista, kehitysmuotoista visiota. Johtohenkilöiden tulevaisuudenkuvat olivat myönteisiä usein jo heidän työtehtäviensä vuoksi. Uhkakuviksi muodostuneet teemat, kuten sosiaalivakuutettujen roolin kehittyminen tulevaisuudessa osoitti selkeästi vastaajien pyrkimystä realistiseen tulevaisuuden visioon. Mahdollinen kehityskulku antoi tietoa realistisista kehittämisalueista, joita tuntui olevan eniten vastaajien näkemyksissä.

Tutkimus oli laadullinen. Tästä syystä tulosten esittäminen vastaajatahoittain oli hankalaa, koska aineisto on siihen aivan liian pieni: viisi haastateltavaa kutakin tahoja kohti. Myöskään tarkka sisällön analyysi ei ole toimiva menetelmä, koska siihen aineisto olisi ollut liian suuri. Ennen haastatteluja varauduttiin siihen, että jokainen haastateltava on tietoinen tutkimuksessa esillä olevasta terveyden edistämisen viitekehiksestä ja näkemyksestä. Monimuotoisista käsitteistä huolimatta terveyden edistämisen yhteinen ymmärrys saattoi jäädä vajaaksi. Vastaajat saattoivat ilmaista näkemyksensä ensisijaisesti oman hiljaisen tietonsa pohjalta.

Tämä tutkimus on tietääksemme ainoa, jossa visionaarista skenaariotyöskentelyä on hyödynnetty terveyden edistämisen tutkimuksessa ja jossa terveyden edistämisen sisältö on pääasiallisena tutkimuskohteenä sosiaalivakuutuksen kontekstissa. Tämän tutkimuksen suurin anti olivat tutkimuksessa luodut tulevaisuusstrategiat, joita voidaan käyttää jatkokeskustelujen pohjana.

LÄHTEET

- Ewles, L. ja Simnett, I. 1995. Terveyden edistämisen opas. SHKS. Keuruu: Kustannusyhtiö Otavan painolaitokset.
- Kickbusch, I. 1999. Global public health: revisiting healthy public policy at the global level. *Health Promotion International*. Vol. 14, no.4: 285–288.
- Kosonen, P. 1999. Globalisaatio sosiologisenä käsitteenä. *Sosiologia* 3: 181–192.
- Lahtinen, E. 2000. Sosiaalivakuutuksen rooli terveyden edistämisessä. Luento 20.3.2000 asiantuntijakokouksessa. Kela.
- Lee, M-S., Shannon, W.J. and Green, L.W. 1995. Community participation in a health promotion survey: a case study of the Korean-Canadian community in British Columbia. 15 th World Conference of the International Union for Health Promotion and Education. Japan, August 1995.
- Lehtonen, H. 2000. Voiko suomalainen hyvinvointivaltiomalli muuttua? *Sosiologia* 2: 130–141.
- Linturi, R., Mannermaa, M. ja Hannula, I. 1998. Tietoyhteiskunta 2005. Muuttajat ja skenaariot. SITRA 184.
- Mannermaa, M. 1999. Tulevaisuuden hallinta – skenaariot strategiatyöskentelyssä. Porvoo: WSOY. Ekonomia-sarja.
- Niemelä, J. 2000. Ehkäisevän päihdetyön ohjelmien arviointi. Kommentointi 15.10.2000. Terveyden edistämisen keskus ry.
- Pietarinen, J. 2000. Markkinavoimat ja me. *Ryhmätyö* 2: 26–30.
- Rubin, A. 2000. Growing up in social transition in search of a late-modern identity. Turun yliopiston julkaisuja, sarja B, 234. Humaniora.
- Sihvola, J. 2000. Globaalit verkostot, kilpailu ja yhteisvastuu. *Ryhmätyö* 2: 31–37.

- Sosiaali- ja terveystietokertomus 1998. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisu 1998:3.
- Sosiaaliturvan suunta 1999–2000. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisu 1999:27.
- Sosiaalivakuutuksen rooli terveyden edistämässä. 2000. Asiantuntijakokous 20.3.2000. Käsikirjoitukset. Moniste.
- Valtioneuvoston tulevaisuusselonteko eduskunnalle, osat II–IV. Reilu ja rohkea – vastuun ja osaamisen Suomi. 1997. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 2.

Tulevaisuuden strategiat ja niihin rakennetut skenaariot haastatteluteemoittain.

TERVEYDEN EDISTÄMI- SEN MYÖNTEINEN KEHITYSKULKU (++)	TERVEYDEN EDISTÄMI- SEN MAHDOLLINEN KEHITYSKULKU (+-)	TERVEYDEN EDISTÄMI- SEN UHKAAVA KEHITYS- KULKU (—)
TERVEYDEN EDISTÄMI- SEN JA POHJOISMAISEN HYVINVOINTI- YHTEIS- KUNNAN VIITEKEHYS	NYKYTILASSA PITÄYTY- MINEN JA TERVEYDEN EDISTÄMISEN ORAALLA OLEVAA AJATTELUA JA/ TAI TOTEUTUSTA	MARKKINAEHTOISIN MALLI JA/TAI KIELTEISIM- MÄT KEHITYSNÄKYMÄT TERVEYDEN EDISTÄMI- SEN KANNALTA
1. Toiminnan (sosiaalivakuutusjärjestelmä) perusta ja arvot.		
<p>Perusarvona on ihmisarvo ja tämän yhteiskunnan perustana olevat arvot. Muita tärkeitä arvoja ovat pohjoismaisen hyvinvointiyhteiskunnan arvot kuten yhteisvastuu, oikeudenmukaisuus, tasa-arvo, itsemääräämisoikeus, terveys, hyvinvointi ja turvallisuus. Tärkeinä arvoina pidetään myös inhimillisyyttä, rehellisyyttä ja avoimuutta.</p> <p>Näkökulma toiminnassa on ennaltaehkäisyssä. Ihminen nähdään aktiivisena toimijana. Toiminnan perustana on vaikeuksissa olevien ihmisten auttaminen ja myös niistä huolehtiminen, jotka ovat kaikkein vaikeimmassa asemassa. Riskit pyritään jakamaan ja tuloeroja tasaamaan. Lainsäädäntö antaa sosiaalivakuutuslaitoksille toiminnan perustan. Kansallista sosiaalivakuutustoimintaa kehitetään vastuullisesti. Liberalistisen lähtökohdan mukaan yksilön vapauksiin on lupa puuttua vain kaikkien yhtäläisten vapauksien turvaamiseksi. Yksilön vapaa toiminta ei saa aiheuttaa oleellista haittaa kenellekään toiselle. Sosiaaliturvaa edistetään parantamalla</p>	<p>Pohjoismaissa pyritään säilyttämään hyvinvointiyhteiskunnan malli, mutta erilaiset arvomaailmat kohtaavat vakuutustoiminnan kehittämisessä EU:ssa. EU:n sisällä on erilaisia näkemyksiä: pohjoismainen hyvinvointimalli, anglosaksinen malli ja Välimerenmaiden malli. EU pyrkii harmonisoimaan sosiaalivakuutustoimintaa ja sen lainsäädäntöä. EU:n pyrkimys tehokkaaksi kotimarkkina-alueeksi asettaa omat paineensa. Kansallista sosiaalivakuutustoimintaa ei kehitetä riittävästi. Yhteiskuntamoraalista huolehtiminen jää vapaan kansalaistoiminnan vastuulle.</p> <p>Terveys on hyvinvoinnille alisteinen eikä sitä ole kirjoitettu näkyviin. Terveys nähdään välinearvona ja suppeasti yhden tai muutaman ulottuvuuden kautta. Ihmisten eriarvoisuutta sosiaali- ja terveystalouden saatavuuden sekä ehkäisevien toimintojen suhteen esiintyy melko runsaasti. Esim. työterveyshuollon ja työsuojelutoiminnan järjestämisessä isoilla ja pienillä työpaikoilla on suuria eroja. Esim. TYKY-toiminnan osalta</p>	<p>Yrittämaailmassa vallitsevat yhä enemmän globaalitalouden arvot. Ensisijaisina arvoina pidetään taloudellisuutta ja tuloksellisuutta, jotka vallitsevina murtavat hyvinvointiyhteiskunnan arvoja ja arvostuksia. Veropohja murenee. Sosiaalivakuutustoiminnassa asiakas nähdään passiivisena korvauksen saajana. Yksilötasolla korostuvat raha, materia, viihtyminen ja aineellinen hyvinvointi. Verkottuminen mahdollistaa korruption ja kansainvälisen rikollisuuden lisääntymisen ja tekee valvonnan mahdottomaksi. Moraalista huolehtiminen jää markkinavoimille.</p> <p>Terveys nähdään markkinavoimien arvona. Terveys on alisteinen taloudelle ja tuloksellisuudelle. Medikalisaatio ja tarpeiden luominen markkinoinnin keinoin on yleistä. Ihmiset ovat eriarvoisessa asemassa sosiaali- ja terveystalouden suhteen. Ilmenee sekä alueellista että taloudellista epätasa-arvoa. Terveiden epätasa-arvoa esiintyy runsaasti myös yritystasolla: isot yritykset tekevät yhteistyötä keskenään – esimerkiksi</p>

hyvinvointitalouden edellytyksiä. Markkinoiden ja yhteiskunnan moraalinen ohjaus ja valvonta on valtion tehtävä.

Terveys nähdään tärkeänä ja laaja-alaisena arvona yhteiskunnassa. Ihmiset ovat tasa-arvoisessa asemassa sosiaali- ja terveyspalvelujen saatuuden suhteen. Yksittäisten toimintojen kohdalla toiminta on ennaltaehkäisevää, kokonaisvaltaista ja laaja-alaisesti terveyttä tukevaa. Johdon, henkilöstöhallinnon, keski johdon ja muun henkilökunnan asennoituminen terveyden edistämiseen on vastuullista ja sitoutunutta. Toiminta ulottuu läpi koko organisaation ja kohdistuu koko henkilöstöön. Toimijoilla itsellään on aktiivinen rooli.

toiminnan painopiste on vain iäkkäimmissä ja/tai huonokuntoisimmissa työntekijöissä. Asennoidutaan siten, että tukemalla jotakin osiota tai toimintoa on panostettu riittävästi työntekijöiden terveyteen, eikä enempää tarvitsekaan tehdä. Koetaan, että esim. kylpyläkuntoutusjakso pyhittää työilmapiiriin ja ylipitkät työajat.

sosiaalivakuutusyhtiöiden konsultaatiopalvelut suurille yrityksille – ja pieniin yrityksiin ei riitä kiinnostusta eikä henkilöresurssejakaan. On jäänyt pohtimatta, olisiko tämä isoille yrityksille tuleva tieto-taito siirrettävissä jollakin tavalla myös pienten yritysten käyttöön.

2. Terveyden edistäminen sosiaalivakuutuslaitoksissa.

Terveyden edistäminen on aktiivista ja systemaattista toimintaa. Painopiste on ennaltaehkäisyssä. Terveyden edistämisen nähdään myös sosiaalivakuutusjärjestelmän tehtävänä eikä vain terveysalan ammattilaisten tehtävänä. Terveyden edistäminen kirjoitetaan näkyviin organisaation politiikassa ja strategioissa. Terveyden edistämisestä tehdään kokonaisuunnitelma. Sosiaalivakuutuslaitokset rahoittavat kuntien ja kolmannen sektorin toteuttamaa terveyden edistämistoimintaa sekä lisäävät myös omassa toiminnassaan terveyden edistämisen resursseja. Ensijaisena tavoitteena pidetään sitä, että edut ja yhteiskunnalliset palvelut tarjotaan niin, että kaikki kansalaiset kokevat ne omikseen.

Toiminta on lakisääteistä eikä vapaaehtoista terveyden edistämisen toimintaa ole juuri nähtävissä. Osa sosiaalivakuutusetuuksista on muutettu harkinnanvaraisiksi. Terveyden edistämisen toiminnot ovat hajanaisia ja niihin on panostettu melko vähän. Ollaan valmiita panostamaan yhteen toimintaan tai sen osaan, esim. TYKY-toimintaan. Työelämässä toiminta painottuu iäkkäimpiin työntekijöihin. Uskotaan vahvasti terveysvalistukseen. Sosiaalivakuutuslaitokset rahoittavat vain esim. työterveyshuollossa toteutettua terveyden edistämistoimintaa.

Sosiaalivakuutuslaitosten toiminnassa keskitytään pääasiallisesti vain yhdelle areenalle. Terveyden edistämässä keskitytään lähes pelkästään heihin,

Sosiaalivakuutusjärjestelmä on passiivinen terveyden edistämisen toimisaan. Rajanvetokiistoja esiintyy runsaasti, kun maksajaa halutaan etsiä muualta. Etuisuuksia harkinnanvaraistetaan yhä enemmän. Siirryttäessä kaikenkattavasta sosiaalipolitiikasta täysin tarveharkintaiseen sosiaalipolitiikkaan ollaan siirtymässä takaisin sadan vuoden takaiseen sosiaalipolitiikan tehtävään; vähäosaisista huolehtimiseen eli köyhäinhoitoon. Sosiaalisen häpeän stigman merkitys on paljolti riippuvainen siitä, miten suuri osuus väestöstä kuuluu edunsaajiin. Pääpaino sosiaalivakuutuslaitosten toiminnassa on tertiäripuolella. Sosiaalivakuutuslaitokset rahoittavat valikoiden sairauden hoitoa ja kuntoutusta.

<p>Sosiaalivakuutuslaitokset toimivat terveyden edistämisen toimituksessaan laajalaisesti ihmisen arkielämän eri areenoilla. Terveyden edistäminen ei ole yksittäinen suorite, vaan toimintaa ja mukanaoloa ihmisen arjen ympäristöissä. Ihminen nähdään kokonaisuuksina. Asiakkaan elämäntilanteen kokonaisvaltaiseksi huomioimiseksi on luotu verkostoja, joissa asiakas on mukana.</p>	<p>joilla muutenkin on paljon edunvalvoja ja jotka yleensä ottaen pärjäävät hyvin kuten työelämässä mukana olevat.</p>	<p>Terveyden edistämiseen ja ihmisen arjen ymmärtämiseen ei ole riittävää kiinnostusta. Toiminta ei ole kokonaisvaltaista, vaan terveyden edistäminen on jälkikäteistoimintaa ja se nähdään tuotteena tai palveluna, joka annetaan asiakkaalle.</p>
<p>Ennaltaehkäisevän toiminnan painopiste on nuorissa ja nuorissa työikäisissä. Työikäisten kohdalla painopistettä varhaistetaan nykyisestä sekä ongelmiin puuttumisen osalta että kohdistamalla terveyden edistämisen myös nuorempiin työikäisiin.</p>	<p>Ennaltaehkäisevä toiminta on sektorikohtaista. Painopiste on iäkkäimmissä työikäisissä tai oman toimenkuvan kannalta olennaisissa ikäryhmissä. Henkilökohtaiset sosiaaliturvatilit ja hoitovakuutus ovat yhteiskunnan uusia työkaluja. Uusien, vapaaehtoisten vakuutus tuotteiden yleistyminen ei vaikuta julkisen sektorin resurssihin sosiaali- ja terveydenhuollossa.</p>	<p>Eläkeikä yksilöllistyy ja vaihtelee. Maksullisten hyvinvointipalvelujen kysyntä on kasvanut, mikä on vaikuttanut myös julkisten palvelujen supistuksiin. Ihmisillä on paljon yksilöllisiä eläke-, henki- ja muita vakuutuksia, joiden vuoksi kasvaneet yksilölliset erot tulotasoissa pysyvät myös eläkkeellä oltaessa. Terveyden edistämisen toiminta on jälkikäteistä. Ihmiset ovat jakautumassa menestyjiin, sinnittelijöihin ja häviäjiin. Terveyden edistäminen on sosiaalivakuutuslaitoksissa jälkikäteistoimintaa. Asiakas on passiivinen. Resurssit ovat pääosin hyödyntämättä. Julkisella sektorilla on rajanvetokiistoja siitä, kenen tulee kustantaa palvelut. Vähäosaiset nähdään puhtaasti julkisen sektorin asiakkaina.</p>
<p>Terveyden edistäminen nähdään toimintapolitiikkana ja se on kokonaisvaltaista, aktiivista ennaltaehkäisevää toimintaa. Myös asiakkaat ovat aktiivisia toimijoita. Terveyden edistäjät ymmärtävät ihmisen arkielämää sekä kantavat vastuuta huonompisaisista. Terveyden edistämiseen panostetaan taloudellisesti huomattavasti nykyistä enemmän.</p>	<p>Sosiaalivakuutuslaitoksissa on nähtävissä terveyden edistämisen oraalla olevaa ajattelua, joka ei ole vielä konkretisoitunut. Terveyden edistämisen mahdollisuuksia mietitään, mutta kokonaisvaltainen ja systemaattinen ote puuttuu.</p>	

3. Yhteistyö terveyden edistämässä.

<p>Lait ohjaavat sosiaalivakuustoimintaa. Yhteistyötä tehdään kokonaisvaltaisesti. Rajanvetokiistoihin puututaan ja liian tiukat tulkinnot puretaan. Yhteistyötä tehdään yli sektorirajojen. Verkostoituminen on yksi yhteistyön muoto.</p>	<p>Verkostoitumisen aste ja luonne on nykyisen kaltainen. Verkostot eivät synny kuitenkaan terveyden edistämisen tarpeista, vaan itsekkäistä lähtökohdista. Yhteistyötä tehdään enemmän tai vähemmän sirpaleisesti ja se liittyy yksittäisiin toimintoihin. Yhteistyötä tehdään eniten oman sektorin kanssa. Asiakkaan oma asiantuntemus ei riitä, vaan hän joutuu turvautumaan</p>	<p>Yhteiskunta ylläpitää hierarkisuutta ja staattisuutta. Yhteistyö terveyden edistämässä on vähäistä tai lähes olematonta. Jokainen tekee irrallaan työnsä tai yhteistyötä tehdään pelkästään oman sektorin sisällä. Rajanvetokiistat jatkuvat. Yhteistyötä terveyden edistämässä ei nähdä riittävän hyödyllisenä.</p>
<p>Ihminen nähdään kokonaisuutena. Yhteistyötä tehdään laajalaisesti yli sektorirajojen. Yhteistyötä tehdään aktiivisesti huono-</p>		

<p>osaisten kanssa, jotta katkaistaisiin syrjäytymisen kierre. Puututaan taustatekijöihin. Yhteistyön merkitys ihmisen elämänhallinnan vahvistamisessa on ymmärretty. Yhteistyötä tehdään maanlaajuisesti ja kansainvälisesti. Ei suuria alueellisia eroja.</p> <p>Terveyden edistämiseen pyritään luomaan täydelliset verkostot – jopa ylikansalliset. Omaa osaamista täydennetään verkostoista. Voimavaroja yhdistetään.</p>	<p>asianajajaan tai muuhun neuvonantajaan.</p> <p>Yhteistyötä tehdään edelleen paloiteltuna. Kaikki tarvittavat tahot eivät ole vielä mukana yhteistyössä. Terveyden edistämisen yhteistyötä pyritään tekemään myös maanlaajuisesti.</p> <p>On verkostoiduttu vain muutamien kanssa omista lähtökohdista käsin eikä terveyden edistämisen tarpeista käsin.</p>	<p>Yhteistyötä tehdään oman sektorin sisällä. Toiminta rajoittuu korvausasioihin eikä ennaltaehkäisyyn. Terveyden edistämisen yhteistyössä on suuria alueellisia eroja.</p> <p>Kukin taho tekee työtä omalla sektorillaan eikä voimavaroja yhdistetä.</p>
--	--	---

4. Sosiaalivakuutettujen rooli.

<p>Sosiaalivakuutettujen rooli on aktiivinen. Asiakkaat osallistuvat itseään koskevaan päätöksentekoon ja pääsevät mukaan jo suunnitteluvaiheessa. Kuluttajaliike on nousussa ja ihmiset ovat kriittisempiä. Terveys- ja turvallisuushakuisuus korostuu. Ihminen on hyödyksi itselleen ja muille. Yksilö kokee olevansa vastuullinen muita kohtaan. Ihmiset odottavat yhteiskunnalta perusturvaa ja erityispalveluja niitä tarvitessaan. Koko sosiaalivakuutusjärjestelmä ja yksilöt ovat yhä tietoisempia terveyteen liittyvistä kysymyksistä. Terveyden edistäminen on koko yhteiskunnan toimintapoliittinen perusta. Ketään ei jätetä oman onnensa nojaan.</p>	<p>Sosiaalivakuutettujen rooli on pääsääntöisesti maksajan rooli. Ihmiset haluavat panostaa omaan itseensä ja kysyntää löytyy vapaaehtoisille vakuutuslille. Tämä on hyvä asia edellyttäen, että se ei johda taloudellisten resurssien vähenemiseen julkisella sektorilla. Terveyteen liittyvissä asioissa tietoisuus on sirpaleista sekä sosiaalivakuutusjärjestelmissä että yksilötasolla. Päätöksenteon ylätasolla sitä on tietyillä tahoilla, välipor-taan hallinnon ja keskijohdon tietoisuudessa puutteita.</p>	<p>Sosiaalivakuutettujen rooli on passiivinen. Taloudelliset näkökohdat ohjaavat sosiaalivakuutuslaitosten ja -yhtiöiden toimintaa. Rakenteiden murentuessa on vaarana, että vakuuttamisen idea häviää. Itsekkyys on lisääntynyt. Yksilötasolla nähdään, että ihminen on vain itseään varten; jokainen on oman onnensa seppä. Terveyteen liittyvistä asioista ei olla tietoisia eikä niistä juurikaan olla kiinnostuneita. Kiinnostus kohdistuu ongelmien hoitamiseen maksatusjärjestelmän kautta. Mielenkiinto kohdistuu kuntoutukseen ja muuhun jälkikäteishoitoon. Säädösten runsaus vaikeuttaa asioiden hoitoa. Pelkkä tiedon jakaminen ja valistus koetaan riittäväksi asiakkaiden aktivointikeinoksi.</p>
---	---	---

5. Terveyden edistäminen päätöksenteon eri tasoilla.

<p>Terveyden edistäminen näkyy selkeästi ja systemaattisesti kaikilla päätöksenteon tasoilla sekä puheissa, kirjoitettuna että myös käytännön toimina. Terveyden edistäminen on konkretisoitu kaikkien</p>	<p>Terveyden edistäminen näkyy joillakin päätöksenteon tasoilla hajanaisesti. Se näkyy puheissa ja usein kirjoitettunakin, mutta se jää pääsääntöisesti konkretisoitumatta. Terveys on hyvinvointipoli-</p>	<p>Terveyden edistäminen on edelleen vain terveysalan ammattilaisten asia. Muualla se näkyy vain juhlapuheissa satunnaisesti. Talous ohjaa päätöksentekoa ja terveys jää jalkoihin. Terveyden edis-</p>
--	---	---

<p>tahojen ymmärrettävään muotoon. Myös kaikki muu tieto (myös tutkimustieto) on saatettu ymmärrettävään muotoon. Päätökset ovat läpinäkyviä ja ne perustuvat tutkimustietoon.</p> <p>Terveyspolitiikkaan vaikuttamiseen on mahdollisuuksia, resursseja, kiinnostusta ja tahtoa.</p>	<p>tiikan alla. Terveyden edistäminen näkyy liian harvoin käytännössä.</p> <p>Terveyspolitiikkaan vaikuttamiseen on mahdollisuuksia ja resursseja, mutta vaikuttaminen tapahtuu satunnaisesti ja tapauskohtaisesti. Osaaminen ja kiinnostus on toiminta-ajatukseen liittyvissä toimissa perinteisellä tavalla.</p>	<p>täminen jää erilliseksi, asiaan vihkiytyneiden asiaksi. Terveyttä ei huomioida päätöksenteossa.</p> <p>On mahdollisuuksia ja resursseja vaikuttaa, mutta asiaan ei ole riittävää kiinnostusta. Pääpaino on ”perusbisneksessä”, johon terveyden edistäminen ja terveyspolitiikkaan vaikuttaminen eivät kuulu.</p>
--	--	---

6. Terveyden edistäminen osana sosiaalivakuutuslaitosten laadun ja arvioinnin kehittämistä.

<p>Terveyden edistäminen on keskeisenä elementtinä mukana sosiaalivakuutuslaitosten laadun ja arvioinnin kehittämisessä. Laadun ja arvioinnin kehittämien on yksi avaintoiminnoista.</p>	<p>Laatujärjestelmissä on orastavia aineksia terveyden edistämisestä mukana, mutta on usein vielä vaikea tietoisesti osoittaa, miten TE on laatujärjestelmissä mukana. Laadun ja arvioinnin kehittäminen ei ole systemaattista.</p>	<p>Terveyden edistämisen näkökulma ei ole laatujärjestelmissä mukana tai laatua ei arvioida lankaan.</p>
--	---	--

7. Tuki muiden tahojen terveyden edistämistoiminnalle.

<p>Muiden tahojen terveyden edistämistoimintaa tuetaan aktiivisesti – myös taloudellisesti. Omia voimavaroja annetaan muiden tahojen käyttöön. Tuettavia tutkimuskohteita valitaan myös terveyden edistämisen näkökulmasta.</p>	<p>Taloudellinen tuki kohdistuu pääasiallisesti tutkimuksiin, muu tuki vähäistä. Tukea kohdistetaan perustutkimukseen; ei niinkään terveyden edistämisen tukemiseen. Tuki suunnataan omista lähtökohdista käsin eikä terveyden edistämisen näkökulmasta.</p>	<p>Muiden tukeminen ei kuulu toimintapolitiikkaan. Terveyden edistämisen tahoja ei nähdä riittävän hyödyllisinä yhteistyökumppaneina.</p>
---	--	---

8. Tulevaisuuden visiot.

<p>EU:ssa vallitsee nykyisen kaltainen tilanne. Lähialueiden integraatiota on tapahtunut. EU on edelleen monivauhtinen. Sosiaalivakuutusjärjestelmissä on tapahtunut jonkin verran keskittymistä; lähinnä kansallisella tasolla.</p> <p>Vaihdanta virtualistuu. Pääosa verkkokanssakäymisestä on maksutonta. Verkostot painottuvat harrastuksiin, elämäntapoihin ja kulttuureihin. Tietoyhteiskunnan</p>	<p>EU on harmonisoinut lainsäädäntöä merkittävästi. Finanssitavarataloja ja fuusioita on muodostunut sekä kotimaassa että EU:n sisällä.</p> <p>Palveluiden vaihdanta yleistyy verkossa. Osa palveluista on maksullisia, mutta suuri osa on kuitenkin vielä ilmaisia. Ammattiverkostot yleistyvät. Tietoyhteiskunnan ja tekniikan kehitys tuo jonkun verran uusia mahdollisuuksia.</p>	<p>On siirrytty suuri askel kohti avointa globaalitaloutta. Maailmanlaajuisia fuusioita ja keskittymiä on runsaasti tai ne ovat Euroopan tasolla huomattavan suuria. Suuntana on pohjoismaisen mallin hylkääminen ja veropohjan rappeutuminen sekä perusturvan alasajo. Peruspalveluista (terveydenhoito, koulutus jne.) on tarkoitus tarjota vain perustaso. Lisäpalvelut tuotetaan markkinaehtoisesti.</p>
--	---	--

kehittyminen tuo lisää mahdollisuuksia ihmisten ulottuville ja tekninen kehitys lisää turvallisuutta.

Väestön ikärakenne on muuttumassa suurten ikäluokkien ikääntymisen myötä. Ikääntyneet ovat kuitenkin entistä terveempiä ja toimintakykyisempiä. Huoltosuhde on heikentynyt jonkin verran. Väestörakenne on monipuolinen ja eri ikäiset ovat vuorovaikutuksessa keskenään.

Pohjoismainen hyvinvointiyhteiskunta säilyttää asemansa. EU:ssa kehitys etenee nykytietämyksen mukaisesti. Sosiaalivakuutusjärjestelmät ovat siirtyneet painottamaan terveyden edistämistä. Yksilön rooli korostuu ja tietoisuus omista vaikutusmahdollisuuksista kasvaa. Hyvinvointivaltiosta puhuminen lopetetaan ja sen sijaan puhutaan hyvinvointiyhteiskunnasta, jossa julkisen sektorin lisäksi vastuuta ottavat koko yksityinen sektori sekä yksittäiset henkilöt yhä enemmän omien valintojensa osalta. Vastuu yksilöillä omista valinnoista on kuitenkin vain voimavarojensa puitteissa. Vakuutussektori ja muu yksityinen sektori ottavat vastuuta selkeästi nykyistä enemmän. Käynnistetään keskustelu ihmisen itsemääräämisoikeudesta, esim. eutanasian, aikuisten itsemurhien ehkäisyn osalta. Ympäristöterveysasioihin kiinnitetään yhä enemmän huomiota ja ne nielevät runsaasti taloudellisia resursseja. Eettiset kysymykset ovat pinnalla, esim. sosiaalivakuutuslaitosten sijoitustoiminnassa.

Eläkeikää pyritään nostamaan ja sitä on jo hie-man nostettu, mutta yhä useampi jää edelleen varhais- tai sairaseläkkeelle. Tarve erilaisille terveys- ja hoitopalveluille on kasvanut. Uudenlaisille palveluille on myös kasvavaa kysyntää. Yksilölliset veronluonteiset ja maksulliset vakuutukset (tai niiden osat) ovat yleistyneet.

Rikkaat rikastuvat ja köyhät köyhtyvät hyvinvointiyhteiskunnassa. EU:ssa kehitys etenee nykytietämyksen mukaisesti. Terveyden edistäminen ei juurikaan lisäännä sosiaalivakuutustoiminnassa. Terveyden edistämässä rajoitetaan lähes puhtaasti työikäisiin. Asiantuntijan rooli korostuu. Rahoja sijoitettaessa otetaan liian suuria riskejä. Media ei ole mukana riittävästi terveyden edistämisen kannalta.

Lähes kaikki palvelut verkossa ovat maksullisia. Yleisverkot ovat vallitsevina. Tietoyhteiskunnan kehitys tuo sekä mahdollisuuksia että uhkia.

Ihmisillä on jo melko paljon yksilöllisiä eläke- ja hoitoym. vakuutuksia, mikä on jo vähentänyt julkisen sektorin voimavaroja. Ihmiset on pakotettu turvautumaan yksilöllisiin vakuutuksiin. Varakkaat elävät terveenä huomattavasti aiempaa pidempään, mutta huono-osaisemmat eivät säilytä työkykyään eläkeikään asti. Erot hyvinvoivien, pärjäävien ja syrjäytyvien välillä ovat kasvaneet. Tarveharkintaiset palvelut ovat yleistyneet. Runsaasti ikääntyneitä on jäänyt hajasutusalueille. Ikääntyneet ovat eriytyneet omiksi ryhmiksi ja vuorovaikutus eri ikäryhmien välillä on vähentynyt.

Hyvinvointiyhteiskuntaa puretaan, verovarvoja suunnataan muualle ja pysyvästi syrjäytyneiden määrä on kasvussa. Ollaan menossa voimakkaasti kohti avointa globaalitaloutta. Sosiaalivakuutusjärjestelmissä ei painoteta eikä tueta taloudellisesti terveyden edistämistä. Nykyinen arvopohja murenee. Heikoimmassa asemassa olevista ei huolehdi. Byrokratia vaikeuttaa toimintaa sosiaalivakuutusjärjestelmissä. Tekniikkaan luotetaan liikaa ja se pettää. Isot maailmanlaajuiset organisaatiot ovat hallitsemattomia.

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN JULKAISUJA
SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS
PUBLIKATIONER
ISSN 1236-2050

- 2001: 1 Margita Lukkarinen. Omakielisten palvelujen turvaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa.
ISBN 952-00-0931-0
- 2 Margita Lukkarinen. Vård på eget språk.
ISBN 952-00-0950-7
- 3 Sosiaali- ja terveystalitiikan strategiat 2010.
ISBN 952-00-0953-1
- 4 Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta.
ISBN 952-00-0973-6
- 5 Statsrådets principbeslut om folkhälsoprogrammet Hälsa 2015.
ISBN 952-00-0981-7
- 6 Government Resolution on the Health 2015 Public Health Programme.
ISBN 952-00-0982-5
- 7 Trends in Social Protection in Finland 2000-2001.
ISBN 952-00-0992-2
- 8 Terttu Nupponen. Sosiaalinen näkökulma lähiöuudistuksessa.
ISBN 952-00-0997-3
- 9 Miikka Pyykkönen. Tuumasta toimeen. ARA:n lähiöuudistusprojektien kehittämissuunnitelmien ja -ohjelmien tavoiteanalyysi.
ISBN 952-00-0998-1
- 10 Elämisen alkuun -projekti. Äitiyshuollon joustavan verkko-palvelun, Nettineuvolan, kehittäminen Internetissä.
ISBN 952-00-1005-X
- 11 Esko Hänninen, Mari Koivunen, Pia Paaso. Hyvinvointia tietoteknologiahankkeilla. Hyviksi arvioitujen toimintamallien ja teknisten ratkaisujen käyttöönotto ja juurrutus.
ISBN 952-00-1008-4
- 12 Strategies for Social Protection 2010. Towards a socially and economically sustainable society.
ISBN 952-00-1014-9
- 13 Sosiaalivakuutus ja terveyden edistäminen.
Toim. Jorma Järvisalo, Eero Lahtinen, Pirjo Koskinen-Ollonqvist.
ISBN 952-00-1032-7