



Koko väestön terveys on yhteiskunnan menestystekijä

Ratkaisuja terveyserojen vähentämiseksi

Koko väestön terveys on yhteiskunnan menestystekijä:

Ratkaisuja terveyserojen vähentämiseksi

Tieteellinen asiantuntijaryhmä terveyden eriarvoisuuden
vähentämiseksi

Toimittajat Tuulia Rotko, Satu Majlander
ja Merita Mesiäislehto

Julkaisujen jakelu

Distribution av publikationer

**Valtioneuvoston
julkaisuarkisto Valto**

Publikations-
arkivet Valto

julkaisut.valtioneuvosto.fi

Julkaisumyynti

Beställningar av publikationer

**Valtioneuvoston
verkkokirjakauppa**

Statsrådets
nätbokhandel

vnjulkaisumyynti.fi

Sosiaali- ja terveysministeriö
CC BY-NC-ND 4.0

ISBN pdf: 978-952-00-8413-4
ISSN pdf: 2242-0037

Taitto: Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto

Kannen kuvat: Tuula Holopainen, Irmeli Huhtala, Kuvatoimisto Rodeo, Shutterstock

Helsinki 2023

Koko väestön terveys on yhteiskunnan menestystekijä Ratkaisuja terveyserojen vähentämiseksi

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2023:16

Julkaisija	Sosiaali- ja terveysministeriö		
Toimittajat	Tuulia Rotko, Satu Majlander ja Merita Mesiäislehto		
Yhteisötekijä	Tieteellinen asiantuntijaryhmä terveyden eriarvoisuuden vähentämiseksi		
Kieli	suomi	Sivumäärä	43
Tiivistelmä	<p>Sosiaali- ja terveysministeriö asetti tieteellisen asiantuntijaryhmän tekemään tutkimukseen perustuvia lainsäädäntöön ja rahoitukseen liittyviä ehdotuksia terveyserojen vähentämiseksi.</p> <p>Sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot ovat Suomessa jyrkemmät kuin monissa muissa länsimaissa. Terveyden eriarvoisuus aiheuttaa kustannuksia ja ongelmia yhteiskuntapolitiikan eri lohkoilla. Vaikka terveyden tasa-arvon edistäminen on ollut kansallisen terveyspolitiikan päämäärä 40 vuotta, terveyserot ovat pysyneet suurina. Koko väestön terveys on yhteiskunnan menestystekijä.</p> <p>Asiantuntijaryhmä ehdottaa, että valtioneuvosto nimeää parlamentaarisen komitean terveyden eriarvoisuuden vähentämiseksi. Lisäksi ehdotamme terveyserojen vähentämiseksi seuraavia toimia, joiden toimeenpanon valmistelusta voitaisiin heti päättää.</p> <ol style="list-style-type: none">Lapsiperheköyhyyden vähentäminenKaikki lapset varhaiskasvatukseen 3-vuotiaasta alkaenVarmistetaan jokaiselle nuorelle perusasteen jälkeinen tutkintoTerveyttä edistävän ruokavaliosiiirtymän toteuttaminen joukkoruokailuun panostamallaTerveysperusteinen veroPidättäydytään kaupallisten intressien lisäämisestä alkoholimarkkinoillaPsykiatrisen avohoidon sijoittaminen kynnyksettömänä sote-palveluihin <p>Tässä julkaisussa perustellaan kyseiset ehdotukset sekä kuvaillaan niiden vaikutuksia ja vaihtoehtokustannuksia.</p>		
Asiasanat	terveyserot, eriarvoisuus, hyvinvointipolitiikka, yhdenvertaisuus		
ISBN PDF	978-952-00-8413-4	ISSN PDF	2242-0037
Asianumero	VN/33140/2022-STM-1		
Julkaisun osoite	https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8413-4		

Hela befolkningens hälsa är en framgångsfaktor för samhället

Lösningar för att minska hälsoskillnaderna

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2023:16

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet

Redigerare Tuulia Rotko, Satu Majlander ja Merita Mesiäislehto

Utarbetad av Vetenskaplig expertgrupp för att minska hälsoskillnaderna

Språk finska

Sidantal 43

Referat Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte en vetenskaplig expertgrupp med uppgift att lägga fram evidensbaserade förslag till lagstiftning och finansiering för att minska hälsoskillnaderna.

Hälsoskillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper i Finland är större än i många andra västländer. Hälsorelaterad ojämlikhet orsakar kostnader och problem inom olika sektorer i samhällspolitiken. Trots att målet för den nationella hälsopolitiken de senaste 40 åren har varit att främja jämlikheten i fråga om hälsa, är hälsoskillnaderna fortsatt stora. Hela befolkningens hälsa är en framgångsfaktor för samhället.

Expertgruppen föreslår att statsrådet utser en parlamentarisk kommitté för att minska hälsorelaterad ojämlikhet. Dessutom föreslår expertgruppen följande omedelbara åtgärder för att minska hälsoskillnaderna:

1. att fattigdomen i barnfamiljer ska minskas
2. att alla barn från och med 3 års ålder ska delta i småbarnspedagogik
3. att alla ungdomar ska säkerställas en examen efter grundstadiet
4. att en hälsofrämjande kostomställning ska genomföras genom satsningar på massbespisning
5. att en hälsoskatt ska införas
6. att ökade kommersiella intressen på alkoholmarknaden ska undvikas
7. att psykiatrisk öppenvård ska tillhandahållas utan tröskel som en del av social- och hälsovårdstjänster.

I denna publikation presenteras motiveringarna för dessa åtgärder. Dessutom redogörs det för åtgärdernas effekter och alternativa kostnader.

Nyckelord hälsoskillnader, ojämlikhet, välfärdspolitik, jämlikhet

ISBN PDF 978-952-00-8413-4

ISSN PDF 2242-0037

Ärendenr. VN/33140/2022-STM-1

URN-adress <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8413-4>

The health of the whole population is a success factor for society

Solutiontions to reducing differences in health

Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2023:16

Publisher The Ministry of Social Affairs and Health

Editor(s) Tuulia Rotko, Satu Majlander ja Merita Mesiäislehto

Group author Scientific expert group for reducing differences in health

Language Finnish

Pages 43

Abstract The Ministry of Social Affairs and Health appointed a scientific expert group to make research-based proposals concerning legislation and funding, with a view to reducing differences in health.

The differences in health between socio-economic groups are wider in Finland than in many other western countries. Inequality in health creates costs and problems in all sectors of social policy. Equality in health has been the goal of our national health policy for the last 40 years, but despite this, differences in health have remained large. The health of the whole population is a success factor for society.

The expert group proposes that the Government appoint a parliamentary committee to reduce inequality in health. In addition, the following measures for reducing differences in health should be implemented immediately.

1. Reducing poverty in families with children
2. Bringing all children from the age of three within the scope of early childhood education and care
3. Ensuring all young people complete a qualification or degree after comprehensive school
4. Implementing the transition towards a health-promoting diet by investing in mass catering services
5. Introducing a health-based tax
6. Refraining from increasing commercial interests on the alcohol market
7. Integrating psychiatric outpatient care as a no-threshold service into health and social services

This publication provides reasoning for the above proposals and describes their effects and alternative costs.

Keywords health differences, inequality, welfare policy, equality

ISBN PDF 978-952-00-8413-4

ISSN PDF 2242-0037

Reference no. VN/33140/2022-STM-1

URN address <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8413-4>

Sisältö

1	Miksi terveyseroja kannattaa vähentää	8
2	Lapsiperheköyhyyden vähentäminen.....	12
3	Kaikki lapset varhaiskasvatukseen 3-vuotiaana	16
4	Varmistetaan jokaiselle nuorelle perusasteen jälkeinen tutkinto	20
5	Terveyttä edistävän ruokavaliosiiirtymän toteuttaminen joukkoruokailuun panostamalla.....	22
6	Terveysperusteinen vero	26
7	Pidättäydytään kaupallisten intressien lisäämisestä alkoholimarkkinoilla	30
8	Psykiatrisen avohoidon sijoittaminen kynnyksettömänä palveluna hyvinvointialueiden sote-palveluihin.....	33
	Lähteet.....	36

LUKIJALLE

Terveyden tasa-arvon edistämistä on tavoiteltu kansallisessa terveystaloudessa pitkään. Silti terveyserot ovat pysyneet Suomessa suurina. Terveyden eriarvoisuus aiheuttaa kustannuksia ja ongelmia yhteiskuntapolitiikan eri lohkoilla.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti syksyllä 2022 tieteellisen asiantuntijaryhmän tekemään tutkimukseen perustuvia lainsäädäntöön ja rahoitukseen liittyviä ehdotuksia terveyserojen vähentämiseksi.

Puheenjohtajan professori, lääketieteen tohtori Erkki Vartiainen lisäksi terveyseroasiantuntijaryhmän jäseniä ovat ryhmän varapuheenjohtaja, työelämäprofessori, yhteiskuntatieteiden tohtori Elli Aaltonen; professori, filosofian tohtori Petri Böckerman; professori, filosofian tohtori Majjaliisa Erkkola; professori, valtiotieteiden tohtori Anne Kouvonen; tutkimusprofessori, lääketieteen tohtori Seppo Koskinen; professori, valtiotieteiden tohtori Juho Saari; tutkimusprofessori, valtiotieteiden tohtori Pia Mäkelä; professori, valtiotieteiden tohtori Petri Virtanen ja professori, lääketieteen tohtori Sakari Suominen. Ryhmän toimikausi oli 9.12.2022–15.4.2023.

Ryhmä teki lyhyessä ajassa muutamia keskeisiä ehdotuksia toimista, joilla terveyden eriarvoisuutta voidaan vähentää. Pelkästään näillä toimilla tämä ilkeä ongelma ei ratkea ja lukuisia terveyseroja vähentäviä toimia voidaan tehdä myös muiden toimijoiden voimin. Hallituskauden vaihtuessa olisi tärkeää huolehtia siitä, että terveyseroja ei ainakaan lisätä.

Veli-Mikko Niemi

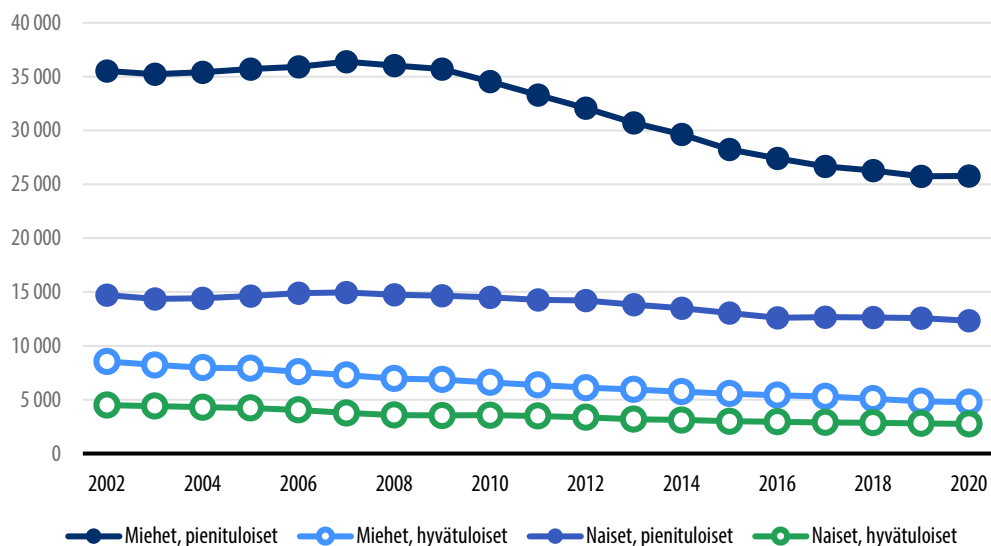
Kansliapäällikkö, Sosiaali- ja terveysministeriö
Huhtikuu 2023

1 Miksi terveyseroja kannattaa vähentää

Suomalaisten terveys on kehittynyt myönteisesti viime vuosikymmenten aikana. Sekä miesten että naisten elinajanodote on 1990-luvulta kasvanut yli viidellä vuodella. Väestön terveys vaihtelee kuitenkin merkittävästi esimerkiksi sosioekonomisen aseman, sukupuolen, siviilisäädyn, asuinalueen ja äidinkielen mukaan (Karvonen ym. 2022). Sukupuolten välillä terveyserot ilmenevät miesten naisia matalampana odotettavissa olevana elinaikana. Työikäisinä kuolleista huomattava osa on miehiä. Naisilla puolestaan on miehiä yleisemmin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma. Terveyserot ovat suuria myös eri maahanmuuttajaryhmien välillä. Pakolaisina tai turvapaikanhakijoina maahan tulleet sekä heidän perheenjäsenensä ovat usein heikoimmassa asemassa. Systemaattisia eroja eri väestöryhmien välillä ilmenee esimerkiksi riskitekijöissä, terveydentilassa, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. (Kuvio 1.)

Lähes kaikki terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin ongelmat ovat yleisimpiä vähän koulua käyneillä ja pienituloisilla (FinTerveys 2017; FinSote 2020, THL). Sosioekonomiset terveyserot ovat jyrkkiä muun muassa verenkiertoelinten sairauksissa, tuki- ja liikuntaelinten sairauksissa, suun sairauksissa, monissa mielenterveyden häiriöissä sekä koetussa terveydessä. Suuria eroja on myös toimintakyvyn eri osa-alueilla, kuten työkyvyttömyydessä, liikkumisvaikeuksissa ja arkiaskareista suoriutumisen vaikeuksissa. Terveyserot eivät ilmene ainoastaan sosiaalisen aseman ääripäiden vertailussa, vaan terveys huononee verrattain tasaisesti koko väestössä sosioekonomisen aseman heikentyessä: mitä pienemmät tulot ja mitä vähemmän koulutusta, sitä heikompi terveys.

Kuvio 1. Menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25–80 vuotta / 100 000 vastaavan ikäistä, pienituloisin 20 % vs. suurituloisimmat 40 %, sukupuolittain. Lähde: THL 2022



Perustuslain 6 §:n 1 momentin yleisen yhdenvertaisuussäännöksen katsotaan ulottuvan oikeudellisen yhdenvertaisuuden lisäksi myös yhteiskunnassa esiintyvään eriarvoisuuteen. Sosiaali- ja terveyspolitiikan ydintehtäviä ovat hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen koko väestössä sekä eriarvoisuuden vähentäminen erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien suhteellista asemaa parantamalla. Aiempien hankkeiden ja toimenpiteiden tulokset osoittavat, että terveyserojen kaventaminen vaatii erityisen tehokkaita ja pitkäjänteisiä toimia kaikilla hallinnonaloilla. Koronapandemia-aika on entisestään vauhdittanut eriarvoistumiskehitystä.

Sosioekonomisten terveyserojen kasvu on ollut nähtävissä jo 1970-luvun alusta lähtien. Suurituloisimpaan 40 prosenttiin kuuluva 25-vuotias mies voi odottaa elävänsä 8,6 vuotta pitempään kuin pienituloisimpaan viidennekseen kuuluva saman ikäinen mies. Naisilla vastaava ero on 4,3 vuotta. Koulutusryhmien välillä on lähes yhtä suuret erot. Nämä erot ovat 2000-luvulla kasvaneet 1–2 vuodella, ja ne ovat Suomessa suuremmat kuin useimmissa muissa Länsi-Euroopan maissa. Kuva eriarvoisuudesta kärjistyy entisestään, kun tarkastellaan 25-vuotiaan odotettavissa olevaa tervettä elinikää, jossa korkea-asteen tutkinnon suorittaneiden ja perusasteen koulutuksen saaneiden välinen ero on 13 vuotta.

Terveyden eriarvoisuuden taustalla ovat erot mm. elinoloissa ja elintavoissa. Asuinolot, työolot, ravitsemus, liikunta, tupakointi sekä alkoholinkäyttö aiheuttavat merkittävän osan sosioekonomisista terveyseroista. Myös palvelujärjestelmässä on piirteitä,

jotka ovat omiaan kärjistämään terveyseroja. Esimerkiksi työterveyshuolto, mahdollisuus työpaikkaruokailuun ja säännöllisesti hammaslääkärin tarkastuksessa käyminen ovat selvästi yleisempiä korkea-asteen tutkinnon suorittaneiden ryhmässä kuin enintään perusasteen koulutuksen saaneiden ryhmässä. Myös harjaantuneisuus sähköiseen asiointiin on voimakkaassa yhteydessä sosioekonomiseen asemaan.

Vaikka terveyden tasa-arvon edistäminen on ollut kansallisen terveystalouden päämäärä jo runsaat 40 vuotta, terveyserot ovat pysyneet suurina. (STM 2001; STM 2008; VN 2018; VN 2020) Sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot ovat Suomessa jyrkemmät kuin monissa muissa länsimaissa. Terveyden eriarvoisuus tarkoittaa suurta määrää ennen aikaisia kuolemia, sairastumisia sekä toiminta- ja työkyvyn menetyksiä. Suurten väestöryhmien huono terveys vaarantaa työvoiman riittävyyden ja työkyvyn, kuormittaa terveys- ja hyvinvointipalveluja sekä etuusjärjestelmää. Terveyden eriarvoisuus aiheuttaa suuria kustannuksia ja ongelmia lähes kaikilla yhteiskuntapolitiikan lohkoilla.

Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen vähentäisi siten merkittävästi sairauksien ja toimintarajoitteiden kuormaa ja siihen liittyvää palvelujen tarvetta väestössä. Jos terveyserojen kaventamisessa ei onnistuta, muun muassa palvelujen ja työvoiman riittävyys vaarantuvat.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti syksyllä 2022 tieteellisen asiantuntijaryhmän tekemään tutkimukseen perustuvia lainsäädäntöön ja rahoitukseen liittyviä ehdotuksia terveyserojen vähentämiseksi. Asiantuntijaryhmä katsoo, että edellä kuvatut haasteet edellyttävät pitkäjänteistä asiantuntijavalmistelua ja poliittista sitoutumista asetettaviin tavoitteisiin. Nopeallakin valmistelulla voidaan silti nostaa esiin tärkeitä yksittäisiä toimia, joilla saataisiin aikaan nopeita vaikutuksia. Asiantuntijaryhmä ehdottaa, että valtioneuvosto nimeää parlamentaarisen komitean terveyden eriarvoisuuden vähentämiseksi. Lisäksi asiantuntijaryhmä ehdottaa tässä julkaisussa esitetyjä toimia (7 kpl), joiden toimeenpanon valmistelusta voitaisiin heti päättää.

Valtioneuvoston nimittämän parlamentaarisen komitean tehtävänä on laatia hallituskausien ylitse ulottuva pitkäjänteinen suunnitelma terveyserojen merkittäväksi kaventamiseksi esittämällä tutkimusnäyttöön pohjautuvia eduskunnan päätettävissä olevia lainsäädäntö- ja rahoitustoimia, joilla väestön terveyseroja voidaan tehokkaasti vähentää. Komitean tukena tieteellinen asiantuntijaryhmä kokoaa tarvittavaa tietopohjaa.

Terveyden eriarvoisuuden vähentäminen on eri hallinnonalojen yhteinen haaste, jonka korjaamisesta hyötyvät kaikki.

Parlamentaarinen komitea terveyserojen vähentämiseksi

Sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot ovat Suomessa jyrkemmät kuin monissa muissa länsimaissa. Terveyden eriarvoisuus aiheuttaa kustannuksia ja ongelmia lähes kaikilla yhteiskuntapolitiikan lohkoilla. Terveyserot ovat pysyneet Suomessa suurina, vaikka kansallisesti on tavoiteltu niiden kaventamista jo pitkään.

Tieteellinen asiantuntijaryhmä ehdottaa perustettavaksi parlamentaarista komiteaa terveyserojen vähentämiseksi, joka laatii pitkäjänteisen suunnitelman terveyserojen merkittäväksi kaventamiseksi. Tämän komitean tehtävänä on esittää tutkimusnäyttöön pohjautuvia eduskunnan päätettävissä olevia lainsäädäntö- ja rahoitustoimia, joilla väestön terveyseroja voidaan tehokkaasti vähentää.

Terveyden eriarvoisuuden vähentäminen on eri hallinnonalojen yhteinen haaste, jonka korjaamisesta hyötyvät kaikki.

2 Lapsiperheköyhyyden vähentäminen

Lapsiperheköyhyyden vähentäminen

Lapsiperheköyhyys on pahentunut voimakkaasti vuonna 2022 muun muassa elinkustannusten kasvamisen, energian hinnan nousun ja muihin Ukrainan sotaan liittyvien asioiden johdosta. Lapsiperheköyhyys koskee tällä hetkellä jo noin 150 000–180 000 lasta.

Toimenpiteet:

1. Yhteisövaikuttamisen alueelliset kokeilut kuudella eri hyvinvointialueella eri puolilla Suomea. Kokeiluissa rakennetaan taloudellisissa vaikeuksissa oleville lapsiperheille uusia palveluintegraation perustuvia sosiaali-, terveys- ja sivistyspalvelujen järjestämismalleja.
2. Lapsiperheiden palvelujen ja sosiaaliturvan kokonaisvaltainen tarkastelu ja järjestäminen: uudenlaisten tätä kohderyhmää tukevien palvelujen ja interventioiden kokeilu, joiden ohjaus toteutetaan eri ministeriöiden yhteistoimintana
3. Lapsilisäjärjestelmän uudistaminen niin, että lapsilisät kohdistuvat paremmin vaikeassa asemassa oleville lapsiperheille.
4. Lasten harrastustoiminnan kohdennettu tukeminen
5. Taloudellisesti heikossa asemassa olevien lapsiperheiden terveyspalvelujen käytön turvaaminen.

Väestövaikutukset: Sosiaaliturva ja perhepalvelut kohdentuvat paremmin erityisesti tukea tarvitseviin lapsiperheisiin. Lapsiperheiden hyvinvointi kasvaa ja lapsiväestön terveydellinen tasa-arvo paranee.

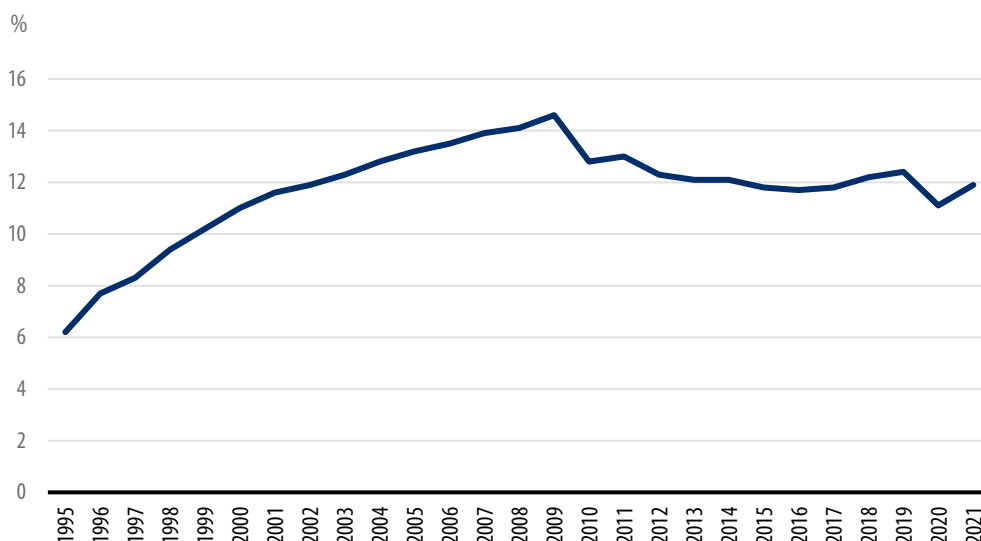
Talousvaikutukset: Vaihtoehtokustannukset voidaan hallituskauden ajanjaksolla laskea sadoissa miljoonissa euroissa.

Toimenpiteiden kustannukset: Hallitusohjelmakaudella toimenpiteen (lapsiperheiden palvelujen ja sosiaaliturvan kokonaisuus) kustannukset ovat selvitysten ja kokeilujen osalta noin 2 milj. €. Kaikkien toimenpiteiden suorat kustannusvaikutukset yhteensä noin 20,3 milj.

Taustaa

Lapsiperheköyhyys on kasvanut voimakkaasti muun muassa elinkustannusten kasvamisesta, energian hinnan noususta ja muista Ukrainan sotaan liittyvistä asioista. Lapsiperheköyhyys koskee tällä hetkellä laskutavan mukaan jo noin 150 000–180 000 lasta. Lapsiperheköyhyys ei ole vähentynyt viimeisten kolmenkymmenen vuoden aikana, vaikka asia on ollut esillä käytännössä kaikkien hallitusten ohjelmakirjauksissa (Smith ym., 2023, kuvio 2).

Kuvio 2. Pienituloisiin kotitalouksiin kuuluvien lasten osuus kaikista alle 18-vuotiaista lapsista. Lähde: Tilastokeskuksen tulonjakotilasto



Lapsiperheiden taloudelliset vaikeudet heijastuvat tutkimusten mukaan lasten sairastavuuteen ja valikoivaan terveystalouden käyttöön (Global Burden of Disease 2019). Useat tutkimukset osoittavat, että perheenjäsenten terveysongelmat aiheuttavat talousongelmia. Suomalaisen rekisteritutkimuksen mukaan lapsiperheen vanhempien erikoissairaanhoidon diagnoosi lisää selvästi riskiä siirtyä toimeentulotuelle. Noin kymmenys kaikista toimeentulotuelle siirtymisistä voi johtua vanhempien vakavasta sairastumisesta (Hiilamo ym., 2023). Samoin tutkimuksessa on tuotu ilmi, että lapsen sairastumisen on havaittu vähentävän erityisesti äidin tuloja, ja sitä kautta lisäävän lapsiperheköyhyyden riskiä. Tutkimusnäyttö on myös toisaalta erityisen vahvaa siitä, että perheen taloudellisilla ongelmilla on kausaalivaikutus perheen jäsenten terveyteen. Kausaalivaikutuksella tarkoitetaan tässä sitä, että köyhissä perheissä elävillä lapsilla ja vanhemmilla olisi parempi terveys vaihtoehtoisessa maailmassa, jossa sama perhe ei olisi köyhä.

Myös alueelliset tekijät, harrastusten ulkopuolelle jääminen sekä sosiaaliset verkostot voivat olla tärkeitä mekanismeja taloudellisen huono-osaisuuden ja sairastavuuden välillä. Lapsiperheköyhyys vähentää lasten mahdollisuutta harrastustoimintaan, millä on vaikutuksia lasten liikkumiseen. Lasten liikkumattomuus edistää muun muassa lasten ylipainoisuutta. Lapsiväestön liikkumattomuuden vaikutus kansantalouteen on vuositasolla satoja miljoonia euroja (vuositasolla kokoväestön osalta liikkumattomuuden hinnaksi on arvioitu Suomessa noin 3,2 miljardia euroa). Nuoruuden vapaa-ajan liikunnan määrä on tutkimusten mukaan yhteydessä sekä koulutustasoon että työmarkkina-asemaan myöhemmin aikuisuudessa.

Lapsiperheköyhyydellä on myös vaikutuksia lapsiperheiden terveyspalvelujen käyttöön. Taloudellisesti vaikeassa tilanteessa olevien lapsiperheiden mahdollisuudet käyttää yksityisiä terveydenhuoltopalveluja on rajallinen ja liittyvät polarisoituvan aluerakenteeseen, mikä lisää terveyserojen kasvua.

Politiikkatoimet, jotka ovat parantaneet vanhempien tuloja ja vähentäneet köyhyyttä, ovat myös parantaneet lasten terveyttä ja hyvinvointia. Esimerkiksi vähimmäispalkkojen nosto on parantanut lasten terveyttä, ja verovähennykset ovat vähentäneet lastensuojelupalveluiden tarvetta (Cooper & Stewart, 2021).

Työryhmä ehdottaa seuraavia toimenpiteitä lapsiperheköyhyyden vähentämiseksi:

1. Lapsiperheiden arjen tukeminen uusilla palvelukonsepteilla palveluintegraatioon perustuen. Tutkimustiedon perusteella tiedetään, että vaikka lapsiperheiden palveluilla on merkitystä lapsiperheille, rakentuvat lasten arjen voimavarat ja terveyteen liittyvä hyvinvointi arjen ratkaisuihin. Keinona esitetään yhteisövaikuttamisen alueellisia kokeiluja kuudella (6) eri hyvinvointialueella eri puolilla Suomea. Kokeiluissa rakennetaan taloudellisissa vaikeuksissa oleville lapsiperheille uusia palveluintegraatioon perustuvia sosiaali-, terveys- ja sivistyspalvelujen järjestämismalleja. Sisällöllisenä tavoitteena on luoda toimintamalleja, joissa kaikki eri sektoreiden toimijat sitoutuvat huomioimaan lapsen elämäntilanteen kokonaisvaltaisesti ja toimimaan tavalla, joka vahvistaa lapsen kehitystä tukevaa ja terveellistä arkea.
2. Lapsiperheiden palvelujen ja sosiaaliturvan kokonaisvaltainen tarkastelu ja järjestäminen. Kokeillaan tällä kohderyhmällä ohjelmallisesti uudentyyppisiä palveluja ja interventioita, joiden ohjaus toteutetaan eri ministeriöiden yhteistoimintana. Kokeilun taustalla olisi ajatus sosiaaliturvan ja työllistymisen välisestä yhteydestä, jolloin nousisi näkyviin näkökulma, jossa halutaan turvata riittävä perusturva, mutta samalla tukea työllisyyttä (kokeilun aiheena voisi olla esimerkiksi henkilökohtaisen budjetin kokeilu).
3. Lapsilisäjärjestelmän uudistaminen niin, että lapsilisät kohdistuvat paremmin vaikeassa asemassa oleville lapsiperheille. Lapsilisäjärjestelmässä on nykyisellään neljä haastetta: (1) lapsilisän taso on laskenut merkittävästi edellisen 30 vuoden

aikana, eikä se vastaa kuin osaa lapsesta aiheutuvista minimikuluista. (2) lapsilisä huomioi huonosti monimuotoiset perheet; (3) lapsilisäjärjestelmä ei koske kodin ulkopuolelle sijoitettuja lapsia; ja (4) lapsilisä ei tue köyhien perheiden lasten itenäistymistä, koska sitä maksetaan vain 16-ikävuoteen asti. Lapsilisäjärjestelmän tarkoituksenmukaisuutta voidaan selvästi parantaa kustannusneutraalisti niin, että se kohdentuu paremmin lapsilisää tarvitseviin perheisiin, mikä vähentää tehokkaammin lapsiperheköyhyyttä ja vastaa neljään edellä mainittuun haasteeseen.

4. Lasten harrastustoiminnan kohdennettu tukeminen. Lapsiperheköyhyys vähentää lasten mahdollisuutta harrastustoimintaan, millä on vaikutuksia lasten liikkumiseen.
5. Taloudellisesti heikossa asemassa olevien lapsiperheiden terveystalouden turvaaminen. Taloudellisesti vaikeassa tilanteessa olevien lapsiperheiden mahdollisuudet käyttää yksityisiä terveydenhuoltopalveluja on rajallinen ja liittyvät polarisoituvaa aluerakenteeseen, mikä lisää terveyserojen kasvua. Palvelujen parempi kohdentuminen voidaan turvata priorisoimalla lapsiperheiden palvelutarjontaa julkisessa perusterveydenhuollossa, mikä edellyttää kokeilutoimintaa eri hyvinvointialueilla ja rahoituksellista positiivista erityiskohtelua alueilla, joilla esiintyy lapsiperheköyhyyttä.

Lapsiperheköyhyyttä vähentämällä voidaan parantaa keskipitkällä ja pitkällä aikavälillä kansanterveyttä ja vähentää terveystalousta aiheuttavia kuluja. Lisäksi on tärkeää minimoida lapsiperheköyhyyden vaikutukset terveyteen. Tässä oleellista on terveystalouksien saatavuus, palvelujärjestelmän toimivuuden parantaminen ja lasten resilienssin vahvistaminen (kasvua ja kehitystä tukevien resurssien aktivoiminen lapsen kasvu- ja kehitysympäristöissä).

3 Kaikki lapset varhaiskasvatukseen 3-vuotiaana

Kaikki lapset varhaiskasvatukseen 3-vuotiaana

Terveyserot saavat alkunsa jo varhaislapsuudesta. Korkeatasoinen varhaiskasvatus kohentaa myöhemmän iän terveyttä ja sen taustalla olevia tekijöitä kuten koulutustasoa. Suomalaislasten oppimistulokset ovat heikentyneet. OECD:n mukaan varhaiskasvatuksella on myönteinen vaikutus erityisesti maahanmuuttajataustaisten sekä puutteellisissa sosioekonomisissa olosuhteissa elävien lasten menestykselle PISA-tutkimuksissa. Inhimillisen pääoman vahvistamiseen satsatut eurot tuottavat tuplasti enemmän vaikuttavuutta kuin vasta nuoruudessa sijoitetut varat. Jotta varhaiskasvatuksesta saataisiin paras hyöty, se tulisi aloittaa riittävän aikaisin, ei vasta esiopetusiässä. Varhaiskasvatus on merkittävää suomen kielen oppimisen kannalta, se mahdollistaa terveelliset ateriat kaikille lapsille, ja sillä voi myös olla lähiperheen ongelmilta suojaava vaikutus. Suomessa 3-5-vuotiaiden varhaiskasvatukseen osallistumisen aste on viime vuosina noussut, mutta on edelleen selkeästi muita Pohjoismaita alhaisempi.

Toimenpiteet: Lainsäädäntöön varhaiskasvatukseen osallistumisen velvoittavuus 3-vuotiaasta alkaen. Samalla tulee panostaa varhaiskasvatuksen laatuun. Varhaiskasvatuksesta tulisi tehdä houkuttelevampi uravaihtoehto parantamalla systemaattisesti työoloja ja nostamalla alan palkkoja.

Väestövaikutukset: Varhaislapsuuden kognitiivisten ja sosiaalisten kykyjen kehittyminen on positiivisesti yhteydessä myöhempään koulumenestykseen, tulotasoon ja terveyteen. Lyhyellä tähtäimellä oppimistulokset paranevat.

Talousvaikutukset: Yhden ikäluokan osalta kustannukset yhteiskunnalle koulutuksen tai työn ulkopuolelle jäämisestä ovat yli 600 miljoonaa euroa. Peruskoulun varaan jäävät aiheuttavat elinaikanaan riskitekijöistä riippuen keskimäärin 230 000 – 370 000 euron menetyksen julkishallinnolle (nettomenetys vuoden 2017 veroasteikolla) verrattuna koulutuksen saaviin.

Toimenpiteiden kustannukset: 240 miljoonaa euroa per vuosi (loppujen 12 % eli n. 20 000 3-5-vuotiaan osallistumien varhaiskasvatukseen)

Taustaa

Terveyserot saavat alkunsa jo varhaislapsuudesta, tai itse asiassa jo ajalta ennen syntymää (Marmot 2010). Tästä syystä terveyserojen vähentämisessä kaikkein keskeisintä on, että jokainen lapsi saa elämälleen parhaan mahdollisen alun vanhempien sosioekonomisesta asemasta riippumatta (Marmot 2010).

Suomalaislasten oppimistulokset ovat heikentyneet. OECD:n (2020) mukaan varhaiskasvatuksella on myönteinen vaikutus erityisesti maahanmuuttajataustaisten sekä alhaisissa sosioekonomista olosuhteista elävien lasten oppimismenestykselle. Varhaiskasvatukseen osallistumisen aste on viime vuosina noussut, mutta edelleen Suomessa 3–5-vuotiaista lapsista varhaiskasvatukseen osallistuu selkeästi harvempi kuin Pohjoismaissa ja muissa Länsi-Euroopan maissa (Kuvio 3). Kaiken kaikkiaan varhaiskasvatuksen merkitystä korostetaan yhä enemmän kansainvälisessä keskustelussa ja tutkimuksessa. Kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet, että korkeatasoisella varhaiskasvatuksella on pitkäaikaisia vaikutuksia terveyteen ja muihin tärkeisiin terveyteen ja terveyseroihin liittyviin vasteisiin, kuten myöhempään koulutukseen. Vaikutukset näyttäisivät olevan suurimpia nimenomaan niillä lapsilla, jotka tulevat sosioekonomisesti heikoimmista lähtökohdista. (Marmot 2010; Stewart & Reader 2021.) 27 tutkimukseen perustuva katsaus osoitti, että korkeatasoiset varhaiskasvatusohjelmat paransivat tehokkaasti lasten itsetuntoa ja käyttäytymistä (Tennant et al. 2007). Aiemmissä tutkimuksissa on myös näytetty, että varhaislapsuuden kognitiivisten kykyjen kehittyminen on positiivisesti yhteydessä myöhempään koulumenestykseen, tulotason ja terveyteen. Samalla tavoin varhaiskasvatuksessa kehitettävät muut taidot kuten vaikkapa empatiakyky ja itsesäätely ovat yhteydessä näihin vasteisiin myöhemmin elämässä. Jotta varhaiskasvatuksesta saataisiin paras hyöty, se tulisi aloittaa riittävän aikaisin, ei vasta esiopetusiässä. Toinen tärkeä tekijä on korkeasti koulutettu ja ammattitaitoinen henkilökunta. (Marmot 2010.)

Tanskalaisessa tutkimuksessa varhaiskasvatukseen osallistuminen 3 vuoden iässä oli yhteydessä korkeampiin pisteisiin lukemisessa ja matematiikassa 11 vuoden iässä, ja tulokset indikoivat myös sitä, että yhteys olisi voimakkaampi nimenomaan alimpien tulo luokkien lapsilla (Esping-Andersen et al. 2012). Itävaltalaisessa tutkimuksessa (Fessler & Schneebaum 2019) varhaiskasvatukseen osallistuminen oli positiivisesti yhteydessä myöhempään koulutustasoon, todennäköisyyteen työkennellä kokoikäisesti sekä korkeampaan palkkatasoon. Yhteys oli selkein naisilla, ns. toisen polven maahanmuuttajilla sekä niillä, joiden vanhemmillä oli vain vähän koulutusta. Norjalaisessa tutkimuksessa universaali varhaiskasvatusohjelma puolestaan lisäsi pienituloisista perheistä tulevien lasten sosiaalista liikkuvuutta (Havnes & Mogstad 2015).

Vuonna 1987 syntyneitä suomalaisia koskevassa rekisteritutkimuksessa päivähoitoon osallistuminen 6-vuotiaana oli yhteydessä parempaan peruskoulun päättötodistukseen mutta ei toisen asteen koulutuksen suorittamiseen (Hiilamo et al. 2018). On kuitenkin huomattava, että tuo tutkimus sijoittuu jo lähes 30 vuoden takaiseen aikaan, jolloin kyseessä oli päivähoito eikä varhaiskasvatus, ja tutkittavat lapset olivat jo esiopetusikäisiä. Vuodesta 2015 alkaen esiopetus on ollut velvoittavaa. Myös kahdessa muussa aiheetta koskevassa suomalaistutkimuksessa (Karhula ym. 2017; Kosonen & Huttunen 2018) on saatu vastaava tulos: jos päivähoidolla on lapsiin pitkän aikavälin

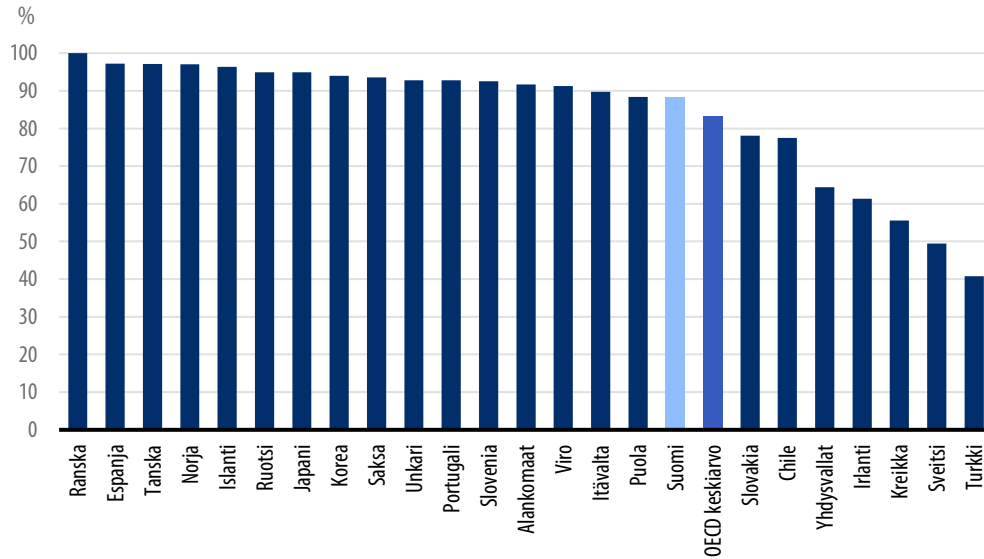
vaikutusta, on se pikemminkin positiivinen kuin negatiivinen, eikä yhteys eroa perhe-taustan mukaan. Tuoreessa suomalaistutkimuksessa (Gruber et al. 2022) mikään käytetyistä tutkimusmittareista ei viitannut siihen, että lasten kotihoidon tuen vaikutukset lapsiin olisivat positiivisia. Varhaiskasvatuksella voi myös olla lähiperheen ongel-milta suojaava vaikutus (Erola 2019).

Spesifisti Suomen kontekstissa varhaiskasvatuksen merkitys terveyseroja ehkäise-vänä instrumenttina onkin monitahoinen: se mm. vaikuttaa positiivisesti suomen kie-len ja muiden kognitiivisten taitojen kehittymiseen, mahdollistaa terveelliset ateriat kai-kille lapsille ja ammattitaitoiset opettajat voivat identifioida riskissä olevia lapsia ja per-heitä. Esimerkiksi Helsingissä vuoden 2020 lopussa kaikista 0–6-vuotiaista helsinki-läislapsista jo 22 prosenttia oli vieraskielisiä. On huomattavaa, että kolme neljäsosaa näistä lapsista on syntynyt Suomessa. (<https://ulkomaalaistaustaisethelsingissa.fi/fi/opetusjakoulutus>). Suomen kielen (mm. koulun kannalta) riittävän kehitty-misen kannalta on aivan olennaista, että nämä lapset tulisivat varhaiskasvatuksen piiriin huomattavasti ennen nykyistä esiopetusikää. Se että varhaiskasvatus on ollut pienitu-loisille perheille ilmaista, ei ole kuitenkaan riittänyt saamaan kaikkia lapsia varhaiskas-vatuksen piiriin.

Isossa Britanniassa hallitukset investoivat vuosina 1997–2010 vahvasti alle kou-luikäisten (eli alle 5-vuotiaiden) lasten palveluihin: aloitettiin Sure Start -ohjelma, laa-jennettiin ilmainen osa-aikainen varhaiskasvatus koskemaan kaikkia 3–4-vuotiaita, sekä edistettiin varhaiskasvatuksen laadun parantamista. Näihin palveluihin investoi-tiin peräti neljä kertaa enemmän kuin aiemmin. Tuona aikajaksona lapsuusiän eriar-voisuudet kapenivatkin huomattavasti: esimerkiksi lapsiperheköyhyys väheni ja sosio-ekonomisten ryhmien erot alhaisen syntymäpainon suhteen kaventuivat. (Stewart & Reader 2021.)

Suomessa 3-5-vuotiaiden varhaiskasvatukseen osallistumisen aste on selvästi alhai-sempi kuin muissa Pohjoismaissa (OECD, 2022). Vuonna 2020 88 % 3–5-vuotiaista suomalaislapsista osallistui varhaiskasvatukseen, kun Tanskassa ja Norjassa luku oli 97 % ja Ruotsissa 95 %.

Kuvio 3. Varhaiskasvatukseen osallistuvien lasten osuus 3–5-vuotiaista vuonna 2020.
Lähde: OECD



Nobelisti James Heckmanin (2008) laskelmien mukaan inhimillisen pääoman vahvistamiseen satsatut eurot tuottavat tuplasti enemmän vaikuttavuutta kuin vasta nuoruudessa sijoitetut varat. Tällä hetkellä Suomen varhaiskasvatusta on erittäin pahassa kriisissä ja seuraukset voivat olla vakavat.

Varhaiskasvatuksesta tulisi tehdä houkuttelevampi uravaihtoehto parantamalla systemaattisesti työoloja ja nostamalla lastenhoitajien ja varhaiskasvatuksen opettajien palkkoja. Jos epäonnistumme varhaiskasvatuksessa, vaarana on, että terveyserot jatkavat kasvuun pitkälle vuosikymmenien päähän.

4 Varmistetaan jokaiselle nuorelle perusasteen jälkeinen tutkinto

Varmistetaan jokaiselle nuorelle perusasteen jälkeinen tutkinto

Koulutuksen keskeyttäminen ja tutkintotodistuksen puuttuminen ovat merkittäviä esteitä jatko-opinnoille ja vahvoja ennustajia tulevalle syrjäytymiselle muun muassa työelämästä. Toisen asteen koulutuksen keskeyttäminen ennustaa voimakkaasti syrjäytymistä. Se on myös yhteydessä heikkoon terveyteen ja matalaan odotettavissa olevaan elinikään.

Toimenpide: Erityismääräraha asuinalueiden ja ryhmien tunnistamiseen, joissa ongelma on suurin, ja tarvittavien lisäresurssien järjestämiseen.

Väestövaikutukset: Peruskoulun jälkeinen tutkinto on edellytys jatko-opinnoille ja työllistymiselle. Tavoite tukee korkeaa työllisyysastetta. Koulutuksen myönteinen vaikutus terveyteen on kiistattomasti osoitettu lukuisissa tutkimuksissa.

Talousvaikutukset: Peruskoulun varaan jäävät aiheuttavat julkishallinnolle elinaikanaan keskimäärin 370 000 euron lisäkustannukset verrattuna koulutuksen hankkiviin. Summa on minimiarvio, sillä tarkastelun ulkopuolelle jää vielä lukuisia kustannuksia, kuten rikollisuuden, kulutusverojen ja rahan kierron vaikutukset, työttömien aktivointitoimenpiteet sekä erikoissairaanhoidon ja vanhustenhuollon kustannukset.

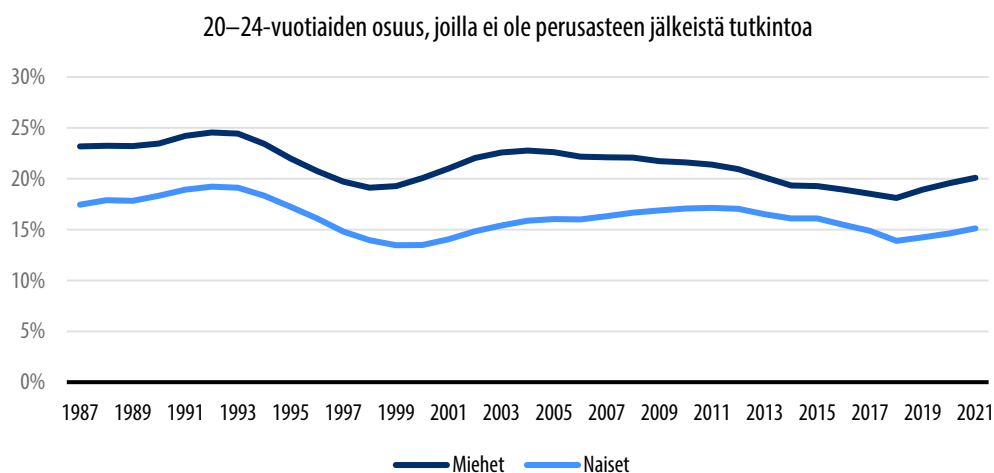
Taustaa

Koulutuksen keskeyttäminen ja tutkintotodistuksen puuttuminen ovat merkittäviä esteitä jatko-opinnoille ja samalla vahva ennustaja tulevalle syrjäytymiselle muun muassa työelämästä. Perusasteen jälkeisen tutkinnon puuttuminen ennustaa voimakkaasti taloudellista ja sosiaalista syrjäytymistä aikuisuudessa. Se on myös yhteydessä heikkoon terveyteen ja matalaan odotettavissa olevaan elinikään. Tutkinnon suorittamatta jättämiselle on useita esteitä. Aiemmin on mm. havaittu, että toisen asteen koulutuksessa mielenterveysongelmat ennustavat aikomuksia keskeyttää opinnot (Parvainen ym. 2020).

Tutkimusten mukaan koulutus ja työelämään kiinnittyminen niveltävät vahvasti toisiinsa ja koulutuksen loppuun suorittaminen ehkäisee merkittävästi syrjäytymisriskiä (Paananen ym. 2019). Toisen asteen koulutuksen keskeyttäneet ovat muita huomattavasti useammin työttömiä, pienituloisia ja toimeentulotuen saajia. Heillä on myös suurempi riski jäädä vakaan työuran ulkopuolelle (Paananen ym. 2019)

Alle 25-vuotiaiden perusasteen tutkintoa vailla olevien osuus ei ole laskenut Suomessa merkittävästi viimeisen 30 vuoden aikana (kuvio 4). Oppivelvollisuus laajeni vuonna 2020 koskemaan toisen asteen koulutusta. Vuonna 2021 15 prosenttia 20–24-vuotiaista naisista ja 20 prosenttia saman ikäisistä miehistä oli vailla perusasteen jälkeistä tutkintoa. Paanasen ym. (2019) rekisteritutkimuksessa havaittiin, että vuonna 1987 syntyneistä lähes 4 prosenttia oli 25-vuotiaina vielä vailla toisen asteen koulutusta ja työttöminä yhteensä 300 päivää tai enemmän seuraavien vuoden aikana.

Kuvio 4. 20–24-vuotiaiden osuus, joilla ei ole perusasteen jälkeistä tutkintoa vuosina 1987–2021. Lähde: Tilastokeskus



Tutkinnon varmistaminen kaikille nuorille on myös merkittävä taloudellinen investointi. Peruskoulun varaan jäävät aiheuttavat julkishallinnolle elinaikanaan keskimäärin 370 000 euron lisäkustannukset verrattuna koulutuksen hankkiviin (Hilli ym. 2017). Summa on minimiarvio, sillä tarkastelun ulkopuolelle jää vielä lukuisia kustannuksia, kuten rikollisuuden, kulutusverojen ja rahan kierron vaikutukset, työttömien aktivointitoimenpiteet sekä erikoissairaanhoidon ja vanhustenhuollon kustannukset. Perusasteen jälkeisen tutkinnon suorittamista edistävien toimien osalta on tärkeää, että samalla huolehditaan siitä, että nuorilla on riittävät mahdollisuudet koulutussuuntauksen muuttamiseen tutkintoa suoritettaessa.

5 Terveyttä edistävän ruokavaliosiiirtymän toteuttaminen joukkoruokailuun panostamalla

Terveyttä edistävän ruokavaliosiiirtymän toteuttaminen

Suomalaiset syövät sekä terveyden että ympäristövaikutusten kannalta liikaa lihaa ja niukasti kasviksia, ja ruokavalion laatu eroaa väestöryhmien kesken, mm. sukupuolen, koulutuksen ja tulojen mukaan. Ruoankäyttö on lähempänä suosituksia päiväkotijä ja kouluruokailussa sekä henkilöstöravintolan käyttäjillä kuin muilla. Pienituloisilla aloilla esiintyy myös vakavaa ruokaturvattomuutta. Pelkän perusasteen tutkinnon suorittaneista noin kolmasosalla oli ruokala käytettävissään, korkea-asteen tutkinnon suorittaneista kahdella kolmasosalla (FinTerveys 2017).

Toimenpiteet: 1) Julkisten ruokapalvelujen kestävyysiiirtymän tukeminen (mm. päiväkotijä kouluruokailuun kohdennettujen määrärahojen riittävyys varmistetaan ravitsemuskriteerien mukaisen laadun takaamiseksi.) ja 2) Työaikaisen ruokailun saavutettavuuden ja laadun kehittäminen: i) Työaikaisen ruokailun laajentamista selvitetään ja tuetaan erityisesti sellaisilla ammattialoilla, joilla on matalasti koulutettuja miehiä. ii) Työpaikkojen lounasetu ohjataan käytettäväksi vain ravitsemuskriteerit täyttäviin aterioihin. iii) Edistetään toimivia käytäntöjä ruokailijämäärän hyödyntämiseksi työelämän ulkopuolella olevien hyväksi.

Väestövaikutukset: Hyvä ravitsemus on merkittävä ihmisten ja ympäristön hyvinvoinnin edistäjä, jolla on keskeinen rooli sosioekonomisten sairastavuus- ja kuolleisuuserojen synnyssä. Väestön ruokatottumuksien muuttaminen kasvikuuntapainotteisemmaksi on keskeinen keino päästäksemme tavoitteeseen hiilineutraalista Suomesta. Ravitsemuskriteerit täyttävä ateria sisältää 1-2 g vähemmän suolaa kuin suomalaisten ateria keskimäärin.

Talousvaikutukset: Esimerkiksi suolansaannin 1 g päiväannoksen pudotus 30 % väestössä tarkoittaisi noin 26 M€ vuotuista säästöä terveysmenoihin. Koko väestön tavoitettava pudotus tuottaisi 51-87 M€ säästön vuodessa (Kiiskinen ym. 2008). Joukkoruokailun saavutettavuuden laajentaminen on tehokas keino lisätä kustannusvaikutuksia.

Toimenpiteiden kustannukset: Työpaikkojen lounasedun kriteeristön muuttaminen ei tuota lisäkustannuksia. Julkisten ruokapalvelujen kestävyysiiirtymän tukemisen kustannukset ovat sidoksissa ruoan hinnan, muun muassa kasvisten ja hedelmien hinnan vaihteluun. Kustannusvaikutukset ovat osin vastakkaisia: esim. lihan osuuden pienentäminen vähentää kustannuksia ja kalan lisääminen voi kasvattaa niitä. Tutkimuksissa ilmastoystävällisemmän ja terveellisemmän ruoan kustannukset ovat olleet jopa pienempiä, mutta kasvikuuntapainotteisten ruokien valmistamiseen tarvitaan tukea.

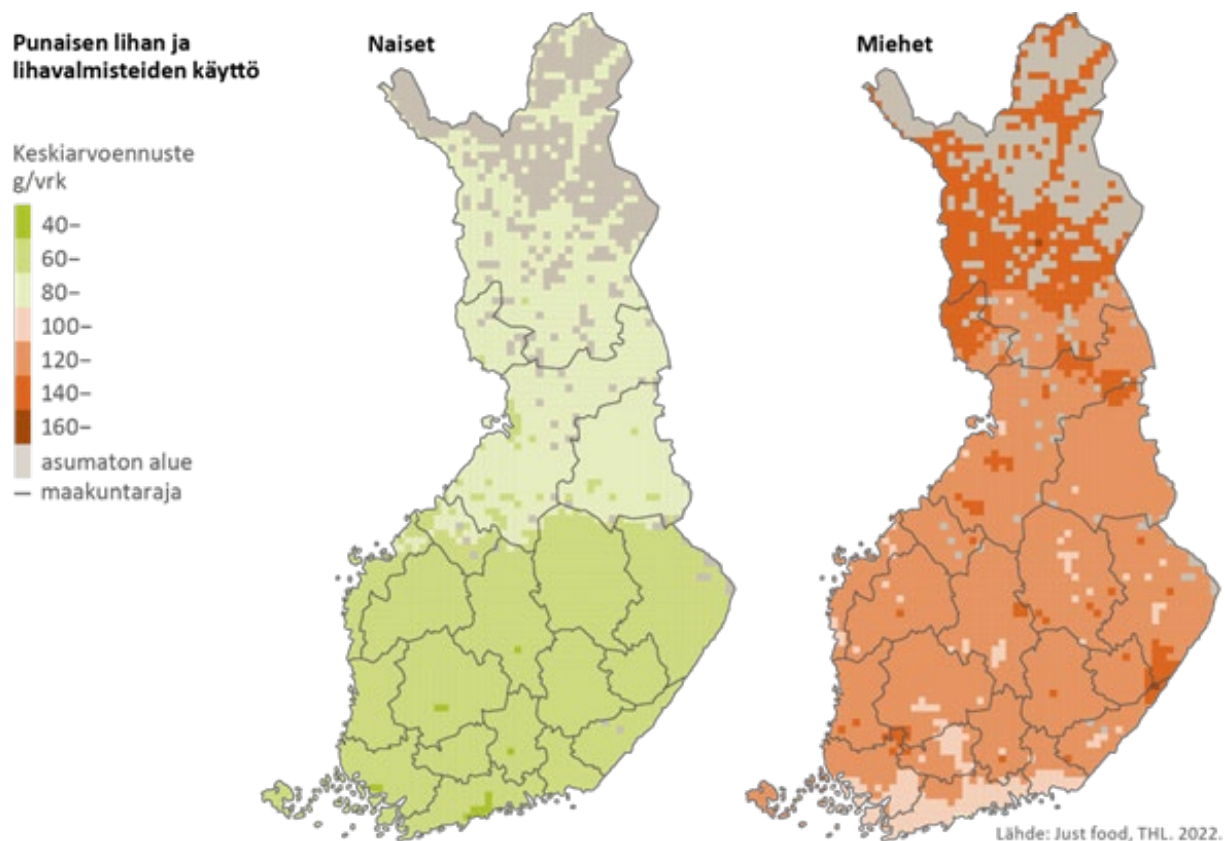
Taustaa

Suomalaiset syövät sekä terveyden että ympäristövaikutusten kannalta liikaa lihaa ja niukasti kasviksia ja ruokavalion laatu eroaa väestöryhmien kesken, mm. sukupuolen, koulutuksen ja tulojen mukaan (Erkkola ym. 2022, Kaljonen ym. 2022). Talouskasvun hidastuminen ja kuluttajahintojen kallistuminen ennakoivat entisestään lisääntyvää eriarvoisuutta lautasilla. Ruoantuotannolla ja -kulutuksella on suuri vaikutus meneillään olevaan kestävyyskriisiin (Clark ym. 2019). Suomalaisista miehistä vain joka viides ja naisista kolme neljästä käyttää punaista ja prosessoitua lihaa nykyisen suosituksen mukaan (enintään 500 g/vko) (Valsta ym. 2018). Suositusten mukaisen 500 g kasviksia, hedelmiä ja marjoja päivässä söi vain 14 % miehistä ja 22 % naisista. Li-hansyönnissä on sukupuolittaisten erojen lisäksi myös alueellisia eroja (Kuvio 5). Juuri julkaistussa ”Reilu ruokamurros”-raportissa esitetään proteiinimurrosta eli siirtymää kohti monipuolisempaa proteiinilähteiden hyödyntämistä ja kulutusta (Kaljonen ym. 2022). Tämä tasapainottaisi myös eläin- ja kasviproteiinien epäsuhtaa ruokavali-ossamme: proteiinin saannista kaksi kolmasosaa tulee eläinproteiinista sekä aikuisilla että lapsilla (Valsta ym. 2018, Korkalo ym. 2019). Vähän koulutettujen, pienituloisten ja miesten ruokavalio on kauimpana suosituksista, ja he lähtevät ruokavaliosiiirtymään takamatkalta koulutettuihin, suurituloisiin ja naisiin verrattuina (Kaljonen ym. 2022, Erkkola ym. 2022, Valsta ym. 2022). Ruoankäyttö on lähempänä suosituksia henkilös-töravintolan käyttäjillä kuin muilla ja pienituloisilla aloilla esiintyy myös vakavaa ruoka-turvattomuutta (Walsh ym. 2022). Henkilöstöravintoloiden saatavuus vaihtelee paikka-kunnittain, ammattialoittain ja sosioekonomisen aseman mukaan (Raulio & Roos 2012). Joukkoruokailun saavuttaa tällä hetkellä 30–50 % työssäkäyvistä tai opiskele-vista.

Työryhmä ehdottaa seuraavia toimenpiteitä terveyttä edistävän ruokavaliosiiirtymän toteuttamiseksi:

1. Julkisten ruokapalvelujen kestävyysiiirtymän tukeminen. Päiväkotij- ja kouluruo-kailuun kohdennettujen määrärahojen riittävyys varmistetaan ravitsemuskriteerien mukaisen laadun takaamiseksi. Hyvinvointialueet ja kunnat edellyttävät ruokapal-veluiden toimittajilta sitoutumista vastuullisuuteen esim. vastuullisen ruokapalve-lun hankintaoppaan mukaisesti (Maa- ja metsätalousministeriö 2021). Kuntien hy-vinvointikertomuksiin sisällytetään joukkoruokailun laadun seuranta ja raportointi ja tavoitteiden saavuttamista tuetaan. Maa- ja metsätalousministeriön (12/2022) julkaiseman kouluruoan kehittämissuunnitelman viemistä kuntien ja oppilaitosten käy-täntöön tuetaan, seurataan ja arvioidaan. Tarjontaa ohjataan enemmän kouluissa tarjottaville kasviksille, hedelmille ja marjoille. EU:n koulujakelujärjestelmää kehit-tään tukemaan selkeämmin lasten ja nuorten kestäviä ja terveellisiä ruokatottu-muksia (tällä hetkellä 1,4 milj. € kasviksille vs. 3,4 milj. € maidolle).

Kuvio 5. Punaisen lihan ja lihavalmistusten käyttö Suomessa Lähde: Kaljonen ym. (2022)



2. Työaikaisen ruokailun saavutettavuuden ja laadun kehittäminen. Työaikaisen ruokailun laajentamista selvitetään ja tuetaan erityisesti sellaisilla ammattialoilla, joilla on matalasti koulutettuja ja miehiä. Työpaikkojen lounasetu ohjataan käytettäväksi vain ravitsemuskriteerit täyttäviin aterioihin (esim. Sydänmerkki-aterioihin). Edistetään toimivia käytäntöjä ruokailijöiden hyödyntämiseksi työelämän ulkopuolella olevien hyväksi.

Julkiset ruokapalvelut (mm. päiväkotit, koulut, varuskunnat) sekä työaikainen ruokailu ovat merkittäviä ohjauskeinoja kestäviin ruokavalintoihin siirtymisessä (Kaljonen ym. 2022; Erkkola ym. 2019) ja tutkitusti tasoittavat väestöryhmittäisiä eroja ravitsemuksessa (Korkalo ym. 2019). Niiden merkitys kansanravitsemuksen turvaajana tulee entisestään kasvamaan ruoan hintojen noustessa. Olemme neljässä kunnassa toteutuksessa systeemitason interventiossa juuri osoittaneet, että suhteellisen pienillä muutoksilla päiväkotien ja koulujen ruokatarjontaa on mahdollista muuttaa sekä paremmin ravitsemussuosituksia vastaavaksi että ympäristövaikutuksiltaan pienemmäksi.

(<https://ruoka-askel.fi/>). Suomessa on vastikään laadittu useita laadukkaita joukkoruokailun kestävyteen ja vastuullisuuteen ohjaavia kansallisia selvityksiä ja ohjeita (esim. Maa- ja metsätalousministeriö 2021, 2022), jotka käytäntöön vietyinä tukevat tavoitteiden saavuttamista.

Hyvä ravitsemus on merkittävä ihmisten ja ympäristön hyvinvoinnin edistäjä (Clark ym. 2019), jolla on keskeinen rooli sosioekonomisten sairastavuus- ja kuolleisuuserojen synnyssä (Stringhini 2010). Kesäkuussa 2023 julkistettavat uudistetut pohjoismaiset ravitsemussuositukset luovat pohjan Pohjoismaiden ja Baltian maiden kansallisille ruoka- ja ravitsemussuosituksille sekä ruoka- ja ravitsemuspolitiikalle (Nordic Nutrition Recommendation 2022). Väestön ruokatottumusten muuttaminen kasvikutapainotteisemmaksi on keskeinen keino päästäksemme tavoitteeseen hiilineutraalista Suomesta (Clark ym. 2019) ja myös uudistettavien ravitsemussuositusten ydinsanoma.

6 Terveysperusteinen vero

Terveysperusteinen vero

Ruokaympäristömme on muuttunut ratkaisevasti viimeisten vuosikymmenien aikana. Tarjolla on yhä laajempi valikoima runsaasti energiaa, tyydyttynyttä rasvaa, suolaa ja lisättyä sokeria sisältäviä elintarvikkeita. Terveyttä edistävien valintojen tekeminen on nykyisessä, lihavuutta edistävässä elinympäristössä haastavaa. Fyysinen ja sosiaalinen ruokaympäristö ohjaavat erityisesti matalammassa sosioekonomisessa asemassa olevien sekä lasten ja nuorten ruokavalintoja. Terveysperusteisella verotuksella tuettaisiin kaikkien väestöryhmien mahdollisuutta ravitsemuksellisesti parempiin ruokavalintoihin. Epäterveellinen ravitsemus on kansantautien riskitekijä ja aiheuttaa viidenneksen kuolemista eli enemmän kuin tupakka ja alkoholi yhteensä.

Toimenpide: Valmistellaan Suomeen laaja-alainen (suola, tyydyttynyt rasva ja sokeri) terveysperusteinen vero. Hyvänä pohjana voidaan käyttää esim. SOSTE:n esitystä terveysperusteisen verotuksen mallista.

Väestövaikutukset: Lihavuuden kasvun taittaminen lisää hyvinvointia sekä työ- ja toimintakykyä. Seurauksena on korkeampi työllisyysaste ja vähemmän palvelutarvetta. Terveysveron hyödylliset terveysvaikutukset ovat suurimmat pienituloisille. Toimiva verotus vaikuttaa myös elintarvikkeiden tuotekehitykseen.

Talousvaikutukset: Suomessa ylipainon ja lihavuuden aiheuttamat suorat terveydenhuollon lisäkustannukset ovat vuosittain noin 330 miljoonaa euroa. Varhainen lihomiseen puuttuminen on helpompaa kuin lihavuuden hoito ja lihavuuden ehkäisyyn investoidun pääoman on arvioitu voivan maksaa itsensä takaisin jopa kuusinkertaisesti (OECD).

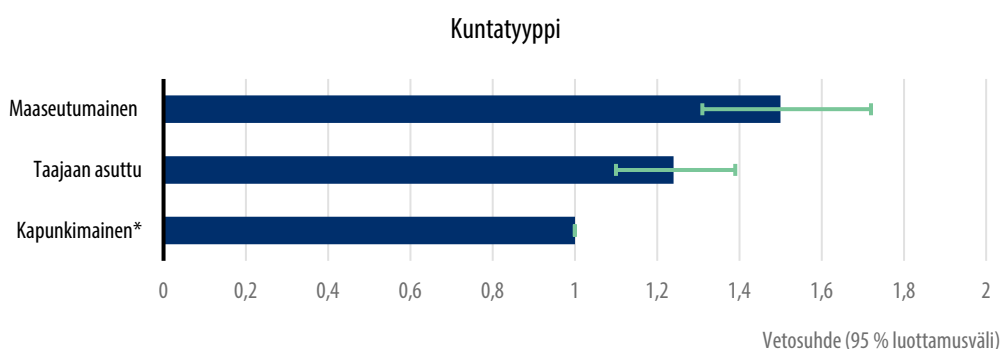
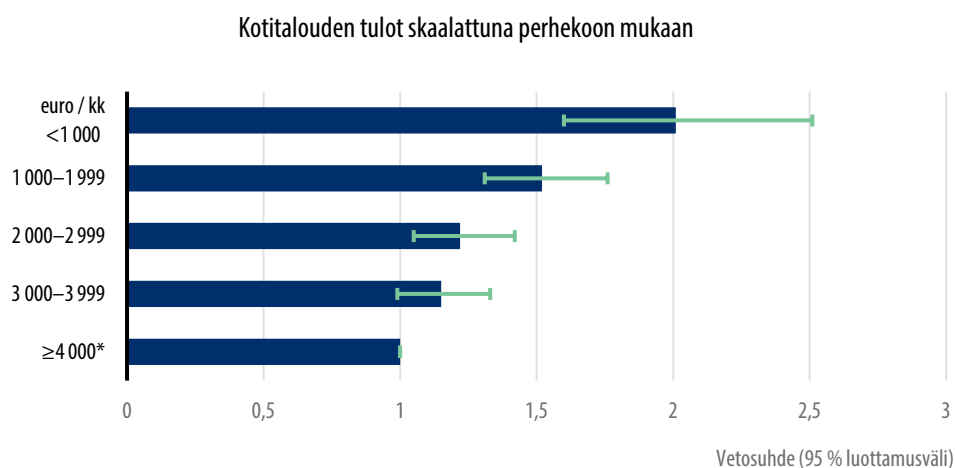
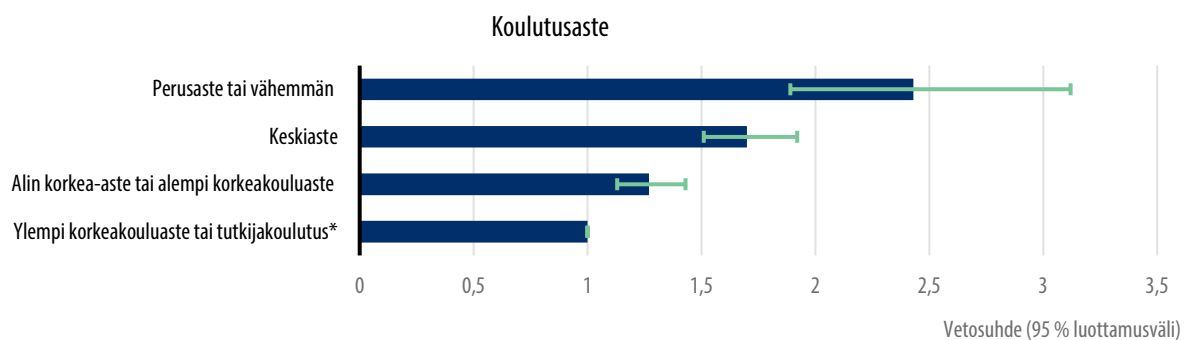
Toimenpiteiden kustannukset: Lakivalmistelun kustannukset.

Taustaa

Ruokaympäristömme on muuttunut ratkaisevasti viimeisten vuosikymmenien aikana (Mustajoki 2015). Tarjolla on yhä laajempi valikoima runsaasti energiaa, tyydyttynyttä rasvaa, suolaa ja lisättyä sokeria sisältäviä elintarvikkeita, joiden annos- ja pakkaus- koot, tarjonta ja saavutettavuus ovat lisääntyneet. Terveyttä edistävien valintojen te- keminen on nykyisessä, lihavuutta edistävässä elinympäristössä haastavaa. Erityi- sesti lapset ja aikuiset kohtaavat sosiaalisen median kanavissa runsaasti epäterveel- listen elintarvikkeiden markkinointia (Fogelholm ym. 2021). Lisäksi sosiaalisen median markkinointi kannustaa alaikäisiä kuluttajia tuottamaan omaa sisältöä epäterveellisistä elintarvikkeista ja niiden kuluttamisesta (Fogelholm ym. 2021).

Lapsiin ja nuoriin kohdistuva epäterveellisten elintarvikkeiden markkinointi rikkookin nykyisellään lasten oikeuksia, erityisesti sosiaalisen median alustoilla. Kansainväliset organisaatiot, kuten WHO ja Unicef, ovat vedonneet eri maihin rajoitusten laatimiseksi (Clark ym. 2020). Ongelmana on, että nykyinen itsesääntely ei myöskään kata 13–17- vuotiaita ollenkaan. Tutkimustieto osoittaa, että suomalaiset kotitaloudet eroavat toi- sistaan epäterveellisten elintarvikkeiden ostokäyttäytymisessä. Matalampi koulutus- taso, vähäisemmät tulot, suurempi perhekoko sekä asuminen maaseudulla ovat yh- teydessä suurempaan epäterveellisten elintarvikkeiden ostamiseen (Fogelholm ym. 2021, kuvio 6).

Kuvio 6. Lapsiperheiden taustatekijöiden yhteys epäterveellisten elintarvikkeiden ostoihin; todennäköisyys epäterveellisten elintarvikkeiden suurelle osuudelle (> 30 %) kokonaisostoista. Lähde: EPELI-hanke 2021, n = 11 705 perhettä



*referenssiluokka

Tiedetään, että fyysinen ja sosiaalinen ruokaympäristö ohjaavat erityisesti matalamassa sosioekonomisessa asemassa olevien (Zimmerman 2014, WHO 2015) sekä lasten ja nuorten ruokavalintoja ja lasten oikeuksien toteutumista. Terveysperusteisella verotuksella tuettaisiin kaikkien väestöryhmien mahdollisuutta ravitsemuksellisesti parempiin ruokavalintoihin (WHO 2015). Useiden tutkimusten mukaan sokeripitoisten juomien terveysverolla on voitu vähentää niiden kulutusta (Cabrera ym. 2013, Nakhimovsky ym. 2016). Britanniassa virvoitusjuomavero vähensi sokerin saantia virvoitusjuomista keskimäärin 10 % (Pell ym. 2021). Laajemmat terveysverot ovat vähentäneet epäterveellisten elintarvikkeiden kulutusta esimerkiksi Unkarissa (Bíró 2015) ja Meksikossa (Maurico ym. 2019).

Epäterveellisten elintarvikkeiden markkinoinnin sääntelyä tarvitaan erityisesti koulutuksen, tulojen, perheeseen ja asuinalueen mukaisten erojen tasaamiseksi epäterveellisten elintarvikkeiden ostoissa (Fogelholm ym. 2021). Näillä tekijöillä on välillisiä vaikutuksia työn tuottavuuteen, oppimiseen ja kansanterveyteen. Suomessa joka neljäs poika ja joka viides tyttö on vähintään ylipainoinen ja ylipainon yleisyydessä on alueellisia eroja (THL 2021). Markkinoinnin rajoittaminen on tutkimusten mukaan vaikuttava keino puuttua lasten kasvavaan ylipaino-ongelmaan (WHO 2013, SOSTE). Valtioneuvoston selvitys- tutkimustoiminnan julkaisusarjassa on ilmestynyt kaksi nykyisen ruokaympäristön perusteellista selvitystä (Erkkola ym. 2019, Rantala ym. 2020) ja raportti elintarvikkeiden markkinoinnista lapsille (Fogelholm ym. 2021). Ne suosittelevat terveysperusteisen verotuksen käyttöönottoa ja epäterveellisten elintarvikkeiden markkinointikieltoa alle 18-vuotiaille. Epäterveellinen ravitsemus on kansantautien riskitekijä ja aiheuttaa viidenneksen kuolemista eli enemmän kuin tupakka ja alkoholi yhteensä (Suomi ym. 2019).

Asiantuntijaryhmä ehdottaa, että Suomessa käynnistetään lainvalmistelu epäterveellisten elintarvikkeiden markkinoinnin rajoittamiseksi. Suomessa markkinoinnin rajoittaminen voi lähteä liikkeelle WHOEuro-mallista (WHO 2013), joka on kehitetty epäterveellisten elintarvikkeiden markkinoinnin kieltämiseen ja rajaamiseen. Mallia voidaan tarvittaessa muokata soveltaen Sydänmerkin ravitsemuskriteerejä. Lakiin perustuvien rajoitusten tulisi koskea alle 18-vuotiaisiin kohdistuvaa epäterveellisten elintarvikkeiden markkinointia. Erityisen tärkeä ryhmä ovat 13–15-vuotiaat, eli nuorimmat siitä ikäryhmästä, jota nykyinen markkinoinnin rajoittamisen itsesääntely ei kata. Lisäksi asiantuntijaryhmä ehdottaa, että Suomeen saadaan laaja-alainen (suola, tyydyttynyt rasva ja sokeri) terveysperusteinen vero. Hyvänä pohjana voidaan käyttää esim. SOSTE:n esitystä terveysperusteisen verotuksen mallista (SOSTE).

7 Pidättäytytään kaupallisten intressien lisäämisestä alkoholimarkkinoilla

Pidättäytytään kaupallisten intressien lisäämisestä alkoholimarkkinoilla

Alkoholin saatavuuden sääntely on yksi merkittävimmistä toimista, joilla alkoholinkulutukseen ja alkoholihaittojen määrään voidaan vaikuttaa. Alkoholimonopoli on väline, jolla voidaan vaikuttaa merkittävästi alkoholin saatavuuteen sekä yksityisen omistuksen mukana tulevaan myyninedistämistoimintaan, jotka molemmat vaikuttavat alkoholin kulutukseen. Tutkimusnäyttö alkoholin vähittäismyyntimonopoliin vaikuttavuudesta alkoholinkulutuksen vähentämisessä on hyvä.

Toimenpide: Pidetään kiinni valtion yli 5,5-prosenttisten alkoholijuomien yksinoikeusjärjestelmästä.

Väestövaikutukset: Alkoholin kulutuksesta aiheutuu sekä yksilölle että yhteiskunnalle merkittävää terveydellistä ja sosiaalista haittaa, erityisesti väestön työikäisessä osassa. Alkoholin aiheuttama kuolleisuus selittää merkittävän osan sosioekonomisten ryhmien välisistä elinajanodotteiden eroista. Alkoholisista kuolevien työllisyysurat lähtevät erkaantumaan muun väestön työllisyysurista jo 17 vuotta ennen kuolemaa alentaen työllisyysastetta väestössä.

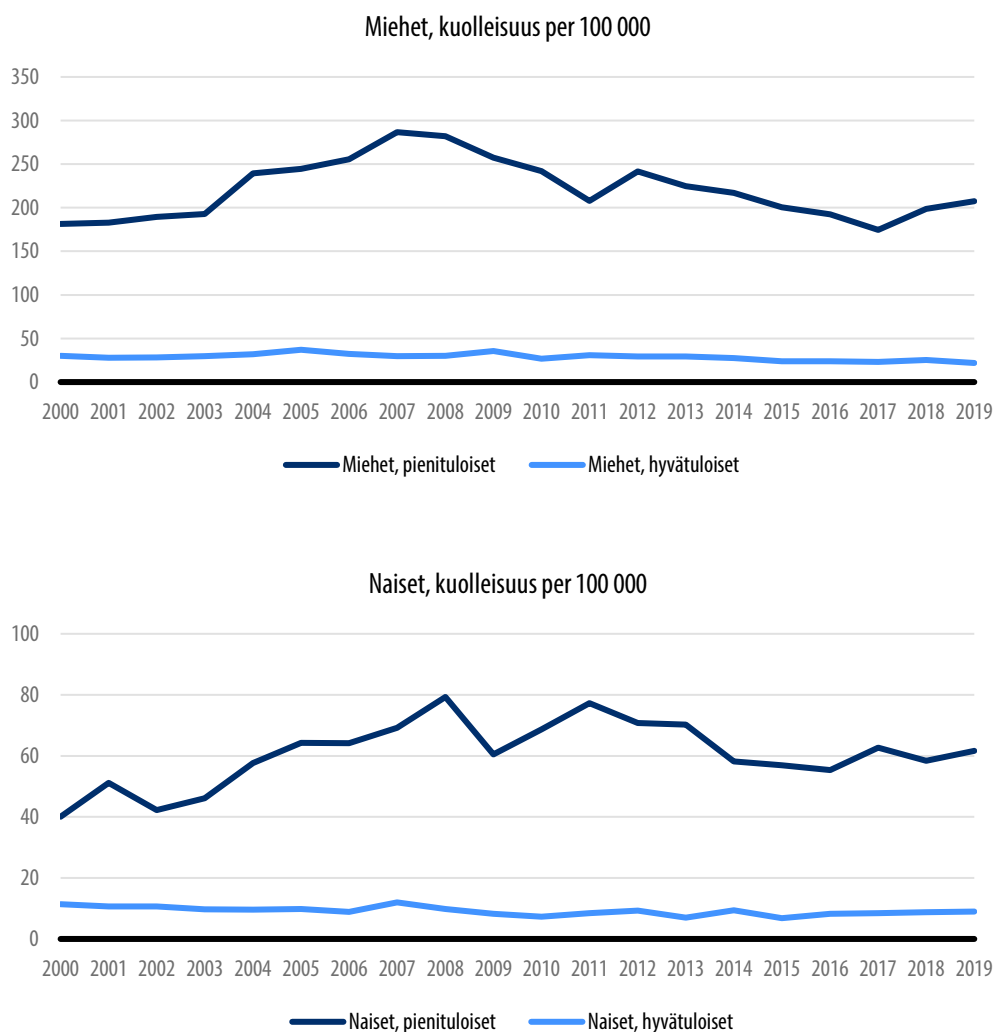
Talousvaikutukset: Alkoholin kulutuksen aiheuttamien haittojen kustannus on arvioitu yli 1,6 miljardiksi euroksi, ja alkoholimonopolista luopumisen on arvioitu lisäävän haittakustannuksia 271 miljoonalla eurolla.

Toimenpiteiden kustannukset: Tämä ei aiheuta valtion budjettiin ylimääräisiä kuluja eikä vaadi muutoksia lainsäädäntöön.

Taustaa

Päihteiden käytön aiheuttamat haitat ovat Suomessa yksi merkittävä terveyden ja hyvinvoinnin eriarvoisuuteen vaikuttava tekijä. Alkoholin aiheuttama kuolleisuus selittää huomattavan osan sosioekonomisten ryhmien välisistä elinajanodotteiden eroista ja erityisesti näiden erojen muutoksesta 2000-luvulla, ensin kasvusta ja sitten supistumisesta. (Kuvio 7.) Alkoholikuolleisuuden vähentäminen onkin ollut yksi keskeinen tavoite terveyden eriarvoisuuden kaventamiseksi Suomessa. Siihen on pyritty muun muassa alkoholi- ja hintapolitiikalla. Lisäksi tarvitaan myös universaaleja sosiaalipoliittisia keinoja ja riskiryhmille suunnattuja toimia. (Mäkelä ym. 2017.)

Kuvio 7. Ikävakioitu kuolleisuus alkoholiperäisiin tauteihin ja tapaturmisiin alkoholimyrkytyksiin 25 vuotta täyttäneillä / 100 000 vastaavan ikäistä vuosina 2000–2019, tulo- viidenneksittäin (pienituloisimmat 20 % vs. suurituloisimmat 40 %), sukupuolittain. Lähde: Tilastokeskus ja THL 2021



Alkoholisyyistä kuolleiden työllisyysurat ovat lähteneet erkaantumaan muun väestön työllisyysurista jo 17 vuotta ennen kuolemaa (Mäkelä & Paljärvi 2015) ja tämä on vain yksi esimerkki niistä ongelmista, jotka kietoutuvat yhteen päihteiden käytön kanssa. Alkoholilla on valtapäihde, mutta muiden päihteiden käytöllä on samanlaisia ja yksilötasolla vielä merkittävämpiäkin vaikutuksia. Vuoden 2018 alkoholilain lisätyä alkoholin saatavuutta alkoholikuolleisuus lisääntyi jonkin verran keskimääräistä enemmän alimmissa tuloryhmissä (Warpenius ym. 2022).

Alkoholin saatavuuden rajoittaminen luetaan tutkimuskirjallisuudessa yhdeksi merkittävimmistä toimista, joilla alkoholinkulutukseen ja alkoholihaittojen määrään voidaan vaikuttaa (Babor ym. 2022, WHO 2017). Alkoholimonopoli on väline, jolla voidaan vaikuttaa merkittävästi alkoholien saatavuuteen sekä lisäksi yksityisen omistuksen mukana tulevaan kilpailuun ja myynninedistämistoimintaan, jotka ovat myös omiaan vaikuttamaan kulutukseen. Tutkimusnäyttö alkoholin vähittäismyyntimonopoliin vaikuttavuudesta alkoholinkulutuksen vähentämisessä on hyvä (Hahn ym. 2012, Mäkelä & Karlsson 2019). Babor ym. (2022) luokittelivat ”welfare oriented alcohol monopoly” alkoholihaittojen vähentämiseksi parhaiden käytäntöjen luokkaan ”best practice”. Koska esimerkiksi alkoholikuolemat ovat noin viisi kertaa yleisempiä alimmissa tulo-kvintiilissä ylimpään verrattuna, alkoholin kulutuksen ja alkoholihaittojen tehokkaat vähentämistoimenpiteet ovat omiaan pienentämään sosioekonomisia terveyseroja.

Tällä perusteella asiantuntijaryhmä ehdottaa, että pidetään kiinni valtion yli 5,5-prosenttisten alkoholijuomien yksinoikeusjärjestelmästä. Tämä ei aiheuta valtion budjettiin ylimääräisiä kuluja eikä vaadi muutoksia lainsäädäntöön.

8 Psykiatrisen avohoidon sijoittaminen kynnyksettömänä palveluna hyvinvointialueiden sote-palveluihin

Psykiatrisen avohoito kynnyksettömänä sote-palveluihin

Tutkimusten mukaan heikommassa taloudellisessa asemassa olevat psykiatrista hoitoa tarvitsevat potilaat saavat yksipuolisempaa, sairaalahoitoa painottavaa hoitoa, kuin parempituloiset. Tätä eriarvoisuutta synnyttävät sekä erilaiset taloudelliset lähtökohdat että taloudellista asemaa heikentävä psykiatrisen sairastaminen. Kansalaisilla on taloudelliseen asemaan liittyen erilaiset mahdollisuudet juuri nykyaikaisten, hoitosuosituksen mukaisten palveluiden käyttöön.

Toimenpiteet: Hyvinvointialueita velvoittava asetus psykiatristen konsultaatioiden välittömästä saatavuudesta perustasolla ja tähän liittyvistä voimavaroista huolehtimisesta. STM:n PALKO:n suositus psykososiaalisten hoitojen kuulumisesta kansalaisten palveluvalikoimaan on pantava toimeen perustasolla jalkauttamalla psykiatrista osaamista sote-keskuksiin.

Väestövaikutukset: Perustason mielenterveyspalveluiden ja erityistason suora kytkentä poistaa mielenterveyspotilaiden muita huonomman terveydenhuollon ongelmaa ja hyödyttää samalla sote -keskusten toimintaa laajemminkin. Vanhanmalliset lähete ja jonokäytännöt ovat asettaneet eriarvoiseen asemaan niitä potilasryhmiä, joiden asiakasvalmiuksissa on puutteita. Toimenpiteellä edistetään ihmisten terveyttä sekä toiminta- ja työkykyä.

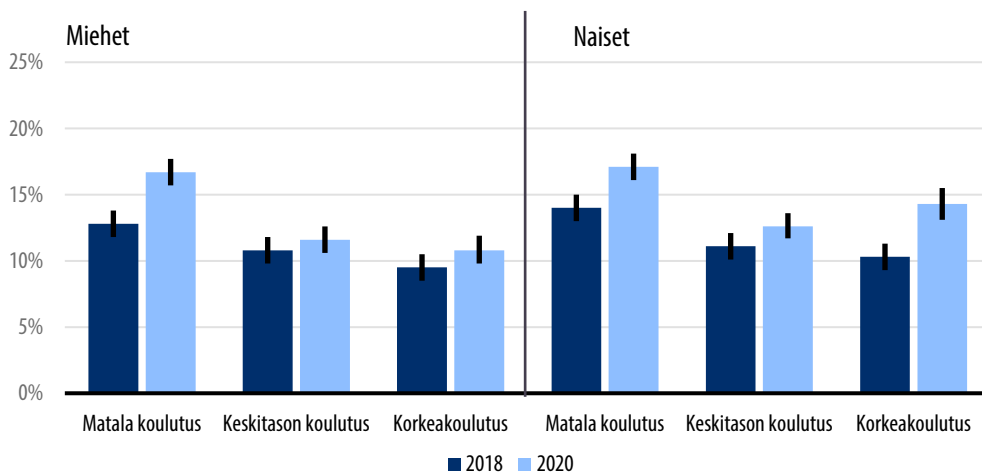
Talousvaikutukset: Vaihtoehtokustannuksena työkyvyn menetyksiä sekä psykiatristen potilaiden somaattisia sairastumisia hoitokuluineen ja kuolleisuutena. Taloudellisten vaikutusten riittävän yksityiskohtainen arviointi edellyttää systemaattista tutkimusta, jota ei tässä yhteydessä ole ollut käytettävissä.

Taustaa

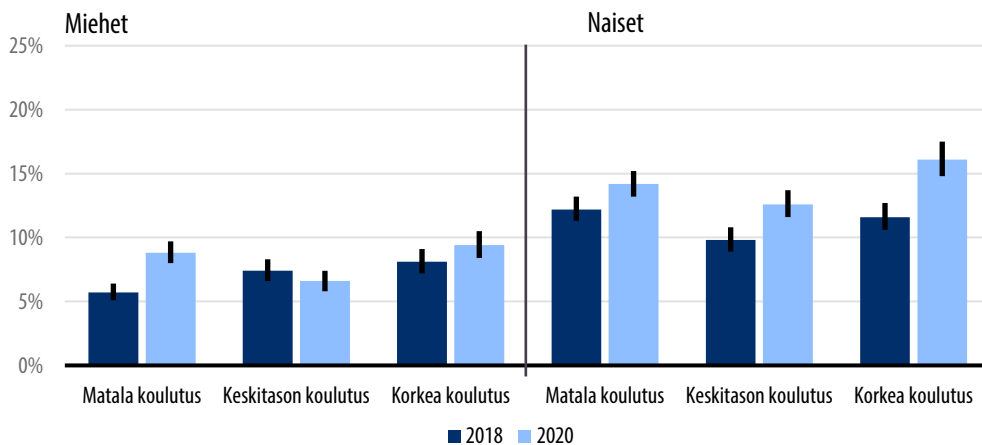
Koulutusryhmien ja sukupuolten välillä ilmenee eroja psyykkisessä kuormittuneisuudessa ja terveyspalveluita mielenterveysongelmien vuoksi käyttäneissä (kuvio 8. ja 9.) Lisäksi tutkimusten mukaan heikommassa taloudellisessa asemassa olevat psykiatrista hoitoa tarvitsevat potilaat saavat yksipuolisempaa, sairaalahoitoa painottavaa hoitoa, kuin parempituloiset. (kts. esim. Bauer ym. 2019; Suokas ym. 2019 ja 2022)

Tätä eriarvoisuutta synnyttävät sekä erilaiset taloudelliset lähtökohdat että taloudellista asemaa heikentävä psykiatrinen sairastaminen. Kansalaisilla on taloudelliseen asemaan liittyen erilaiset mahdollisuudet juuri nykyaikaisten, hoitosuositusten mukaisien palveluiden käyttöön. Työterveyshuolto ja yksityisten palveluiden käyttöä edellyttävä KELA:n kuntoutuspsykoterapia ovat esimerkkejä palveluista, jotka eivät ole kansalaisille yhdenvertaisesti tarjolla, vaan niiden saanti riippuu taloudellisesta asemasta. (Kts STM; 2018; Vormo 2020)

Kuvio 8. Psykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus (%) koulutusryhmittäin ja sukupuolittain, 95% luottamusväli. Lähde: FinSote 2017-2018, FinSote 2020, THL



Kuvio 9. Terveyspalveluita mielenterveysongelmien vuoksi käyttäneiden osuus (%) koulutusryhmittäin ja sukupuolittain, 95% luottamusväli. Lähde: FinSote 2017-2018, FinSote 2020, THL



Psykiatrasta avohoitoa tulee saattaa kynnyksettä perustason sote-palveluihin. Sosiaali- ja terveysministeriön PALKO:n suositus psykososiaalisten hoitojen kuulumisesta kansalaisten palveluvalikoimaan on pantava toimeen perustasolla jalkauttamalla psykiatrasta osaamista sote-keskuksiin. Se tarkoittaa perinteisen psykiatrisen erikoissairaanhoidon henkilökunnan ja toimintakäytäntöjen sijoittamista fyysisesti sote-keskuksiin. Tällöin ajanmukaiset hoitokäytännöt ja esimerkiksi Käypä hoito -suositusten mukaiset hoidot ovat yhdenvertaisesti kansalaisten saavutettavissa. Toimenpiteenä tarvitaan hyvinvointialueita velvoittava asetus psykiatristen konsultaatioiden välittömästä saatavuudesta perustasolla ja tähän liittyvistä voimavaroista huolehtimisesta.

Perustason mielenterveyspalveluiden ja erityistason suora kytkentä poistaa mielenterveyspotilaiden muita huonomman terveydenhuollon ongelmaa ja hyödyttää samalla sote-keskusten toimintaa laajemminkin. Vanhanmalliset lähete ja jonokäytännöt ovat asettaneet eriarvoiseen asemaan niitä potilasryhmiä, joiden asiakasvalmiuksissa on puutteita.

Lisäksi suureen osaan mielenterveyden häiriöksi luokiteltavista tiloista liittyy spontaania paranemis-taipumusta, jota voi edelleen tehostaa varhaisin tehokkaiksi todetuin interventioin. Siten erityisesti varhaiset interventiot voivat parantaa potilaiden kokonaisennustetta.

Suhtautumisessa mielenterveyden häiriöihin tapahtuneesta myönteisestä kehityksestä huolimatta tämän tyyppisiin terveysongelmiin liittyy edelleen stigmaa, joka voi hidastaa tai jopa kokonaan estää potilaan hakeutumista hoitoon, mikä taas huonontaa potilaan ennustetta. Matalan kynnyksen mielenterveyspalvelut voivat toimia tämän stigmaton keventäjinä ja tuoda suhtautumista mielenterveyden häiriöihin lähemmäksi suhtautumista terveysongelmiin yleensä.

Lähteet

Miksi terveyseroja kannattaa vähentää

FinTerveys 2017; FinSote 2020, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Karvonen S, Kestilä L, Saikkonen P (toim.) (2022). Suomalaisten hyvinvointi 2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Luettavissa:
<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-996-2>

STM (2001). Terveys 2015 –kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansanterveyden neuvottelukunta. Esitteitä 2001:8. Luettavissa:
<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201309236226>

STM (2008). Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. ISSN 1236-2050.

Valtioneuvosto (2018). Eriarvoisuutta käsittelevän työryhmän loppuraportti. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1/2018. Luettavissa:
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-557-0>

Valtioneuvosto (2020). Hyvinvoinnin ja tasa-arvon vahvistaminen koronakriisin aikana ja sen jälkeen. Sosiaali- ja terveysministeriön ja työ- ja elinkeinoministeriön asettama ryhmä Valtioneuvoston julkaisuja 2020:19. Luettavissa:
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-875-5>

Lapsiperheköyhyyden vähentäminen

Cooper K & Stewart K (2021). Does household income affect children's outcomes? A systematic review of the evidence. *Child Indicators Research*, 14(3), 981–1005.

Hiilamo A, Hiilamo H, Ristikari T, & Virtanen P (2021). Impact of the Great Recession on mental health, substance use and violence in families with children: A systematic review of the evidence. *Children and Youth Services Review*, 121, 105772.

Hiilamo A, Keski-Santti M, Rasanen S, Niemelä M, Lallukka T, & Ristikari T (2023). The contribution of parental health to the subsequent social assistance entry of the family with children: A nationwide register-linked birth cohort study in Finland. *MedRxiv*, 2023.

INVEST (2022, November 28). Lapsen vakava sairastuminen kasvattaa äitien ja isien välistä eriarvoisuutta työmarkkinoilla – INVEST Blog. Luettavissa:

<https://blogit.utu.fi/invest/tag/lapset/>

Kaarakainen S.S, Virtanen P, Ristikari T, Miettinen A, Saarikallio-Torp M & Niemelä M (2022). Suomalainen perhepolitiikka vuosituhaten vaihteen jälkeen. Itsenäisyyden juhlavuoden lastensäätiö.

Koivusilta L, Nupponen H & Rimpelä A.H (2012). Adolescent physical activity predicts high education and socio-economic position in adulthood. *European Journal of Public Health* 22(2), 203–209.

Kolu P, Kari J.T, Raitanen J, Sievänen H, Tokola K, Havas E, Pehkonen J, Tammelin, T.H, Pahkala K, Hutri-Kähönen N, Raitakari O.T & Vasankari T (2022). Economic burden of low physical activity and high sedentary behaviour in Finland. *Journal of Epidemiological Community Health*, 76(7), 677-684.

Rittenhouse K (2023). Income and child maltreatment: Evidence from a discontinuity in tax benefits. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=4349231>

Smith C.J, Virtanen P, Hiilamo A & Ristikari T (2023). Framing child poverty in Finland as a ‘wicked problem’. Complexity, capacity, and service integration in the context of multilevel governance. In: Lippi A & Tsekos T.N (eds.). *Wicked policies and policy coherence in the sustainable development framework: a comparative analysis of cases and national trajectories*. Emerald. Forthcoming in 2023.

Vasankari T & Kolu P (toim.). (2018). Liikkumattomuuden lasku kasvaa – vähäisen fyysisen aktiivisuuden ja heikon fyysisen kunnon yhteiskunnalliset kustannukset. *Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 31/2018*. Helsinki.

Wehby G.L, Dave D.M & Kaestner R. (2020). Effects of the Minimum Wage on Infant Health. *Journal of Policy Analysis and Management*, 39(2), 411–443.

Wehby G. L, Kaestner R, Lyu W, & Dave D.M (2022). Effects of the Minimum Wage on Child Health. *American Journal of Health Economics*, 8(3), 412–448.

Kaikki lapset varhaiskasvatukseen 3-vuotiaasta alkaen

Erola J. (2019). Luettavissa: <https://tutkittuavarhaiskasvatuksesta.com/2019/02/22/miten-paivahoito-voi-hyodyttaa-lapsia-pitkalla-aikavalilla/>

Esping-Andersen G, Garfinkel I, Han WJ ym. (2012). Child care and school performance in Denmark and the United States. *Children and Youth Services Review, Comparative Child and Family Policy* 34:3, 576–589.

Fessler P & Schneebaum A (2019). The educational and labor market returns to preschool attendance in Austria, *Applied Economics*, 51:32, 3531-3550.

Gruber J, Huttunen K, Kosonen T (2022). Paying moms to stay home: short and long run effects on parents and children. VATT Working papers 151. Luettavissa: <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/186210/vatt-working-papers-151-paying-moms-to-stay-home--short-and-long-run-effects-on-parents-and-children.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Havnes T & Mogstad M (2015). Is universal child care leveling the playing field? *Journal of Public Economics* 127: 100–114.

Heckman J (2008). Schools, skills and synapses. *Economic inquiry* 46: 3,289-324

Hiilamo H, Merikukka M, Haataja A (2018). Long-term educational outcomes of child care arrangements in Finland. *SAGE Open* 8: 2, 2158244018774823.

Karhula A, Erola J, Kilpi-Jakonen E (2017). Home sweet home? Long-term educational outcomes of childcare arrangements in Finland. Hans-Peter Blossfeld, Nevena Kulic, Jan Skopek & Moris Triventi (toim.) *Childcare, Early Education and Social Inequality – A Cross-national Perspective* 268–285. Edward Elgar, Cheltenham.

Marmot M (2010). Fair society, healthy lives. The Marmot Review. Luettavissa: <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>

OECD (2022) Education at a glance. Luettavissa: <https://www.oecd.org/education/education-at-a-glance/>

Tennant R, Goens C, Barlow J, Day C (2007). A systematic review of reviews of interventions to promote mental health and prevent mental health problems in children and young people. *Journal of Public Mental Health* 6(1):25–32

Varmistetaan jokaiselle nuorelle perusasteen jälkeinen tutkinto

Hilli P, Ståhl T, Merikukka M, Ristikari T (2017). Syrjäytymisen hinta– case investoinnin kannattavuuslaskemasta. *Yhteiskuntapolitiikka* 82, 663–675.

Paananen R, Surakka A, Kainulainen S, Ristikari T, Gissler M (2019). Social exclusion in early adulthood, related factors and the timing of the social and health care services. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 56, 114–128.

Parviainen M, Aunola K, Torppa M, Poikkeus A-K, Vasalampi K (2020). Symptoms of psychological ill-being and school dropout intentions among upper secondary education students: A person-centered approach, *Learning and Individual Differences* 80, 101853.

Terveyttä edistävän ruokavaliosiiirtymän toteuttaminen joukkoruokailuun panostamalla

Clark M.A, Springmann M, Hill J, Tilman D (2019). Multiple health and environmental impacts of foods. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2019;116:23357-62.

Erkkola M, Kinnunen S, Vepsäläinen HR ym. (2022). A slow road from meat dominance to more sustainable diets: An analysis of purchase preferences among Finnish loyalty-card holders. *PLOS Sustainability and Transformation* 2022;6.

Erkkola M, Fogelholm M, Konttinen H ym. (2019). Ruokaympäristön osatekijät, ohjaukset ja vaikuttavuus. Valtioneuvoston tutkimus- ja selvitystoiminnan julkaisuja 2019. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 2019.

Kaljonen M, Karttunen K, Kortetmäki T (toim.) (2022). Reilu ruokamurros. Polkuja kestävään ja oikeudenmukaiseen ruokajärjestelmään. Suomen ympäristökeskuksen raportteja 38.

Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen T ym. (2008). Terveiden edistämisen mahdollisuudet – Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2008:1.

Korkalo L, Nissinen K, Skaffari E, ym. (2019). The contribution of preschool meals to the diet of Finnish preschoolers. *Nutrients* 2019;11.

Maa- ja metsätalousministeriö. (2021) Vastuullisten ruokapalveluiden hankintaopas. ISBN 978-952-366-379-4 (verkkopublication).

Maa- ja metsätalousministeriö. (2022). Kouluruuan kehittämisohjelma. Maa- ja metsätalousministeriön julkaisuja 2022:10. ISBN pdf: 978-952-366-201-8.

Nordic Nutrition Recommendation. (2022) Verkkosivu: <https://www.helsedirektora-tet.no/english/nordic-nutrition-recommendations-2022> [viitattu 3.4.2023].

Raulio S, Roos E. Työaikaisen aterioinnin väestöryhmäerot ja yhteys ruokavalion laatuun. *Sosiaalilääketiet Aikakauslehti* 2012;9:140–147.

Stringhini S, Sabia S, Shipley M, ym. (2010). Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. *JAMA* 2010;303(12):1159–66.

Valsta L, Tapanainen H, Kortetmäki T, ym. (2022). Disparities in nutritional adequacy of diets between different socioeconomic groups of Finnish adults. *Nutrients* 2022;147: 1347.

Valsta L, ym. (toim.) (2018). Ravitsemus Suomessa – FinRavinto 2017 -tutkimus. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 12/2018.

Walsh H, Nevalainen J, Saari T, ym. (2022). Food insecurity among Finnish private service sector workers: validity, prevalence, and determinants. *Public Health Nutr* 2022;25:829-840.

Terveysperusteinen vero

Bíró A. (2015). Did the junk food tax make the Hungarians eat healthier? *Food Policy* 2015;54:107-15.

Cabrera Escobar MA, Veerman JL, Tollman SM (2013). Evidence that a tax on sugar sweetened beverages reduces the obesity rate: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2013 Nov 13;13:1072.

Clark H, Coll-Seck A, Banerjee A ym. (2020). A future for the world's children. A WHO-UNICEF-Lancet Commission. *The Lancet* 2020;395.

Erkkola M, Fogelholm M, Kontinen H ym. (2019). Ruokaympäristön osatekijät ja ohjaukeinot. Valtioneuvoston selvitys- tutkimustoiminnan julkaisusarja 2019:51.

Fogelholm M, Närvänen E, Erkkola M ym. (2021). Epäterveellisten elintarvikkeiden markkinointi lapsille ja nuorille. Tilanne Suomessa ja pelisääntöjämarkkinoinnin säätelyyn. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2021:57. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 2021.

Maurico H-F, Batis C, Rivera JA ym. (2019). Reduction in purchases of energy-dense nutrient-poor foods in Mexico associated with the introduction of a tax in 2014. *Prev Med* 2019;Jan:118: 16-22.

Mustajoki P. (2015). Ruokaympäristön muutos selittää pääosan väestöjen lihomisesta. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*; 2015;131(15):1345–52.

Nakhimovsky S.S, Feigl A.B, Avila C (2016). Taxes on sugar-sweetened beverages to reduce overweight and obesity in Middle-Income Countries: a systematic review. *PloS One* 2016;11(9):e0163358.

Pell D, Mytton O, Penney TL ym. (2021). Changes in soft drink purchased by British households associated with the UK soft industry levy: controlled interrupted time series analysis. *Br Med J* 2021;372:254.

Rantala E, Martikainen J, Lakka T ym. (2020). Suomalaisten lasten ja nuorten ruokaympäristö ja toimenpide-ehdotukset sen kehittämiseksi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja. 2020:19.

SOSTE. Jatkoselvitys terveysperusteisesta valmisteverosta. Verkkolähde: https://www.soste.fi/wp-content/uploads/2021/02/Terveysvero_SOSTE_Jatkoselvitys-1.pdf [viitattu 3.4.2023].

Suomi J, Haario P, Asikainen A ym. (2019). Ruokajärjestelmän kansanterveydellisten vaikutusten kustannukset ja riskinarviointi. Valtioneuvoston selvitys ja tutkimustoiminnan julkaisusarja. 2019.

THL (2021). Lasten ja nuorten ylipaino ja lihavuus Verkkolähde: <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/> [viitattu 3.4.2023].

WHO (2013). Marketing of foods high in fat, salt and sugar to children: update 2012–2013. Copenhagen Ø, Denmark. ISBN 978 92 890 009 3.

WHO (2015) Assessment of the impact of a public health product tax. Final report. Budapest, Nov. 2015. Copenhagen Ø, Denmark.

Zimmerman FJ, Shimoga SV. (2014). The effects of food advertising and cognitive load on food choices. *PMC Public Health* 2014;14;342.

Pidättäydytään kaupallisten intressien lisäämisestä alkoholimarkkinoilla

Babor TF, Casswell S, Graham K ym. (2022). Alcohol: no ordinary commodity. research and public policy, 3rd edition. Oxford: Oxford University Press; 2022.

Hahn RA, Middleton JC, Elder R ym. (2012). Effects of alcohol retail privatization on excessive alcohol consumption and related harms: a community guide systematic review. *Am. J. Prev. Med.* 42, 418–427.

Mäkelä P, Karlsson T (2019). Miten alkoholimonopolit vaikuttavat väestön alkoholinkulutukseen? Katsaus tutkimuskirjallisuuteen. *Yhteiskuntapolitiikka* 2019 (5-6):618-628. Luettavissa: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019051615817>

Mäkelä P, Martikainen P, Peltonen M (2017). Sosioekonomiset erot alkoholikuolleisuudessa ja alkoholin käytössä. Tutkimuksesta tiiviisti 4/2017. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, Helsinki. Luettavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-830-2>

Mäkelä P, Paljärvi T (2015). Alkoholiongelmat ja työmarkkinoilla pysyminen: varhaista puuttamista tarvitaan. Tutkimuksesta tiiviisti 32/2015. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, Helsinki. Luettavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-534-9>

Warpenius K, Mäkelä P, Karlsson T (toim.) (2022). Vuonna 2018 voimaan tulleen alkoholilain jälkiarviointi : Vaikutukset alkoholin saatavuuteen, kulutukseen ja haittoihin. Raportti 7/2022. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, Helsinki. Luettavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-893-4>

WHO (2017). Tackling NCDs: “best buys” and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. World Health Organization [Internet]. Tackling NCDs 2017. Geneva: WHO; 2017. Luettavissa: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259232>. [viitattu 3.4.2023].

Psykiatrisen avohoidon sijoittaminen kynnyksettömänä sote-palveluihin

Suokas K, Hakulinen C, Sund R, Kampman O, Pirkola (2022). Mortality in persons with recent primary or secondary care contacts for mental disorders in Finland. *World Psychiatry.* 2022 Oct;21(3):470–471.

Suokas K, Koivisto A, Hakulinen C (ym) (2019). Association of income with the incidence rates of first psychiatric hospital admissions in Finland, 1996–2014. *JAMA Psychiatry.* 2019 Dec;18. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3647>.

Bauer MS, Weaver K, Kim B ym. (2019). The collaborative chronic care model for mental health conditions: From evidence synthesis to policy impact to scale-up and spread. *Med Care* 2019; 57:S221-7.

Vorma H, Rotko T, Larivaara M, Koslof A. (2020). Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja* 2020:6.

STM (2018). Palveluvalikoimaneuvosto: Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa. Hyväksytty kokouksessa 1.11.20218.

Patel V, Chisholm D, Parikh R ym. (2016). Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *Lancet* 2016; 387: 1672–85. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00390-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00390-6).

