

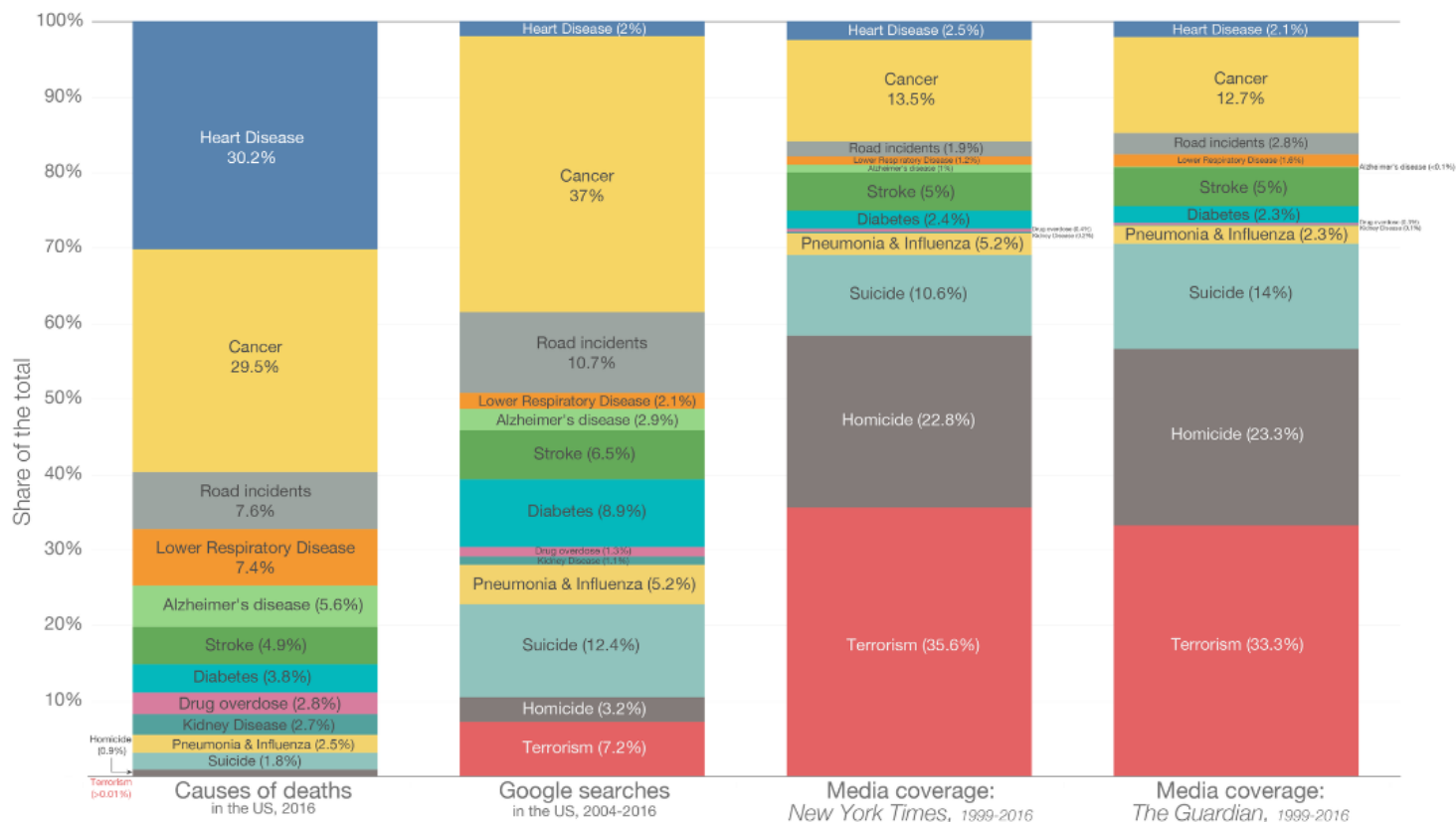
**Maakunnallinen
järjestöfoorumi
Rovaniemi 13.11.2020**

Järjestöt sote-uudistuksessa
Tuija Brax
Pääsihteeri
Suomen Sydänliitto ry



Causes of death in the US

What Americans die from, what they search on Google, and what the media reports on



Based on data from Shen et al (2018) – Death: reality vs. reported. All data available at: <https://owenshen24.github.io/charting-death>

Causes of death data refers to 2016; Google search data averaged over the period from 2004 to 2016; and NYT and Guardian data from 1999 to 2016.

Not all causes of death are shown: Shown is the data on the ten leading causes of death in the United States plus drug overdoses, homicides and terrorism.

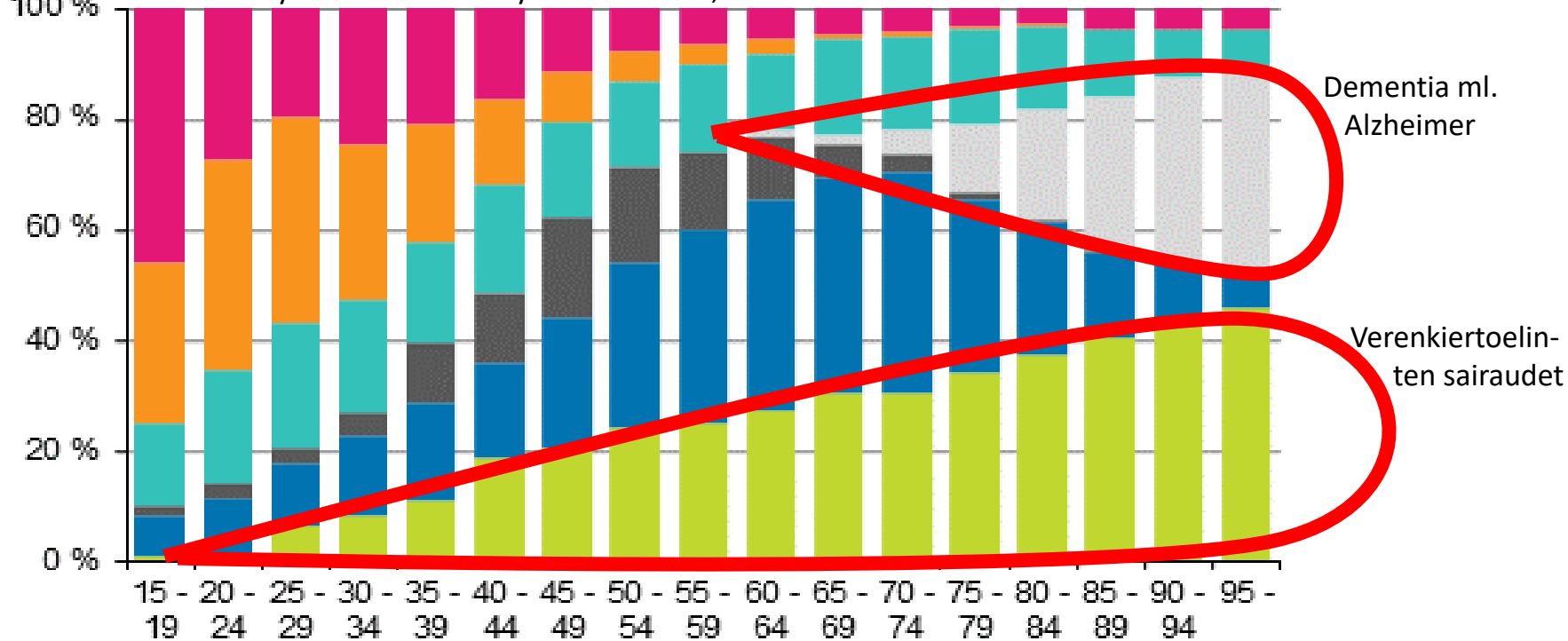
All values are normalized to 100% so they represent their relative share of the top causes, rather than absolute counts (e.g. 'deaths' represents each causes' share of deaths within the 13 categories shown rather than total deaths). The causes of death shown here account for approximately 88% of total deaths in the United States in 2016.

This is a visualization from [OurWorldinData.org](https://ourworldindata.org), where you find data and research on how the world is changing.

Licensed under CC-BY by the authors Hannah Ritchie and Max Roser.



Kuolemansyiden rakenne ikäryhmittäin 2017, %



Tapaturmat pl. alkoholimyrk.

Muut syyt

Alkoholiperäiset syyt

Verenkiertoelinten sairaudet pl. alkoholi

Itsemurhat

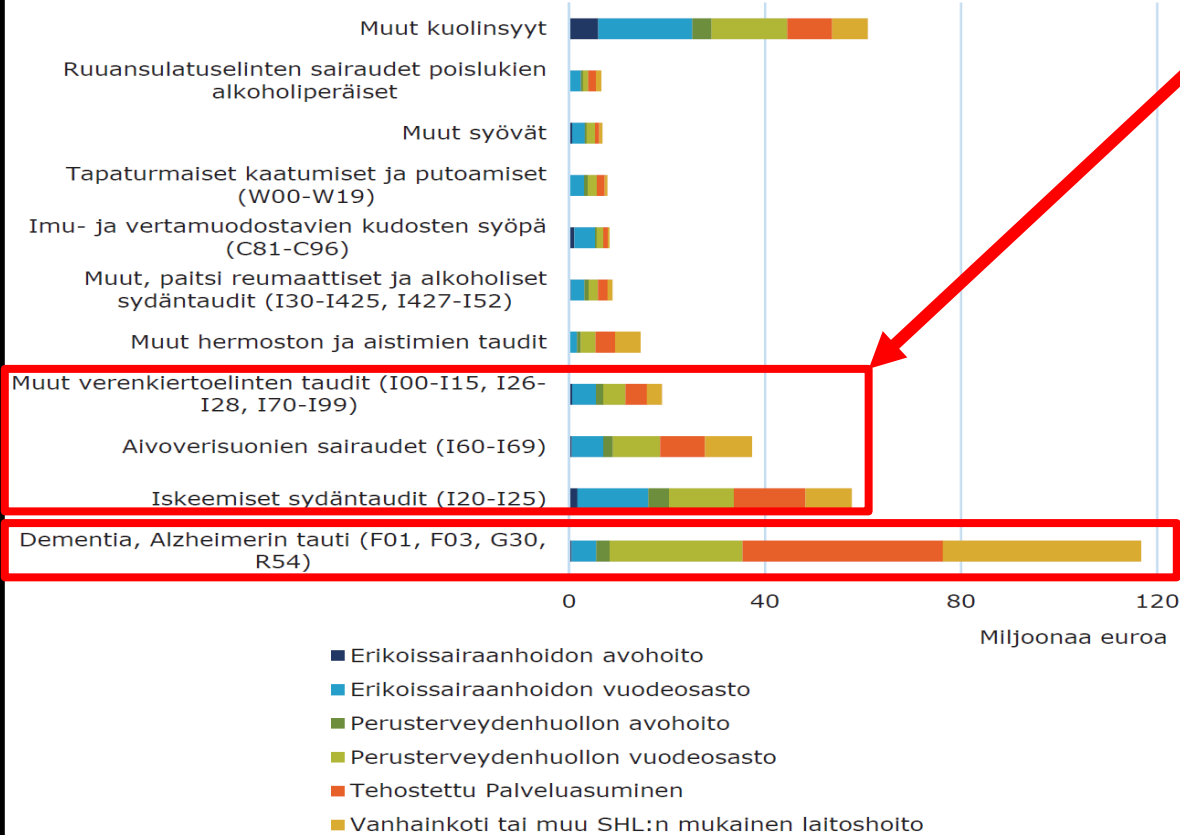
Dementia ml. Alz.

Kasvaimet

Lähde: Tilastokeskus



10 Kustannuksiltaan suurimman kuolinsyyän viimeisen elinvuoden kustannukset palvelutahoittain



Verenkiertoelinsairauksien kustannusosuus yhteensä muistisairauksien tasolla.

Perustuu v. 2013 kuolleiden Suomen 11 suurimman kaupungin (Espoo, Helsinki, Jyväskylä, Lahti, Kouvola, Kuopio, Oulu, Pori, Tampere, Turku ja Vantaa) vanhusten sosiaali- ja terveydenhuoltokuluihin kuolemaa edeltävältä kahdelta vuodelta.

Lähde: Halminen Olli, Koivuranta Päivi & Mikkola Teija (2018), Kuolemaa edeltävä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttö ja kustannukset. Kuntaliitto.

http://shop.kuntaliitto.fi/product_details.php?p=3549



Sydänsairaudet Suomessa



Sydän- ja verisuonisairaudet ovat suomalaisten **yleisin** kuolinsyy.



Peräti **80%** sairauksista voitaisiin ennaltaehkäistä tai siirtää eteenpäin hyvillä elämäntavoilla.



OECD:n mukaan Suomen terveydenhoitojärjestelmä on yksi länsimaiden **epätasa-arvoisimpia**. Erityinen ongelma on pitkäaikaissairaiden hoitoketjun katkonaisuus.



Suomessa on tällä hetkellä **yli 2 miljoonaa** ihmistä, jolla on kohonnut verenpaine.



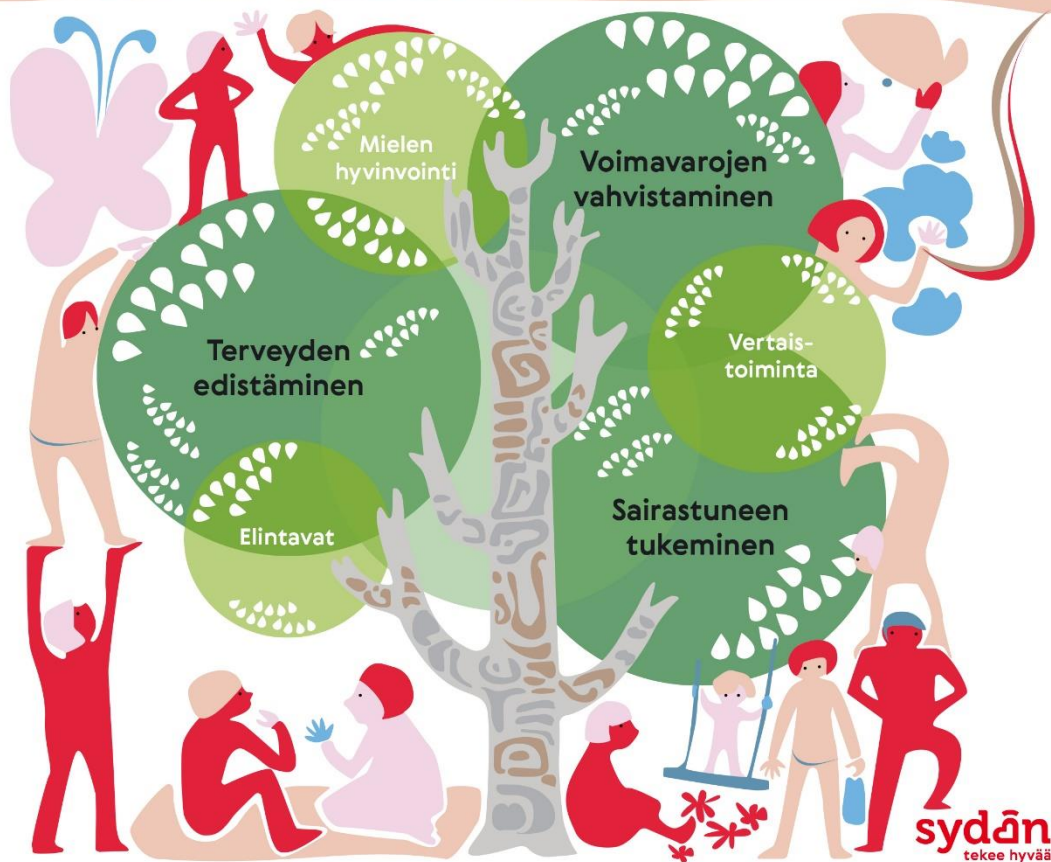
Noin **miljoonalla** on verenpainelääkitys, mutta vain **40 %:lla** heistä hoitotavoitteet täyttyvät.



Kohonnut kolesteroli on todettu lähes **60 prosentilla**.



Elinvoimainen sydänyhteisö edistää sydänterveyttä, näkyy, kuuluu ja vaikuttaa



Sydänliiton strategia

Ihmisen kunnioittaminen

Asiantuntemus

Luotettavuus

Rohkeus

Tavoitteellisuus

sydän
tekee hyvää





TEHTÄVÄMME

STEA vastaa osaltaan siitä, että Veikkauksen tuottoja käytetään tulokselliseen kansalaisjärjestöjen toimintaan.



PÄÄMÄÄRÄMME

Suomessa on maailman parasta kansalaisjärjestötoimintaa vahvistamassa kestävää hyvinvointia.

ARVOT

AVUSTETUN TOIMINNAN STRATEGISET TAVOITTEET



YHDENVERTAISUUTTA

Lisää yhdenvertaisuutta ja osallisuutta ihmisten elämäntilanteet ja taustat huomioiden, vähentää eriarvoisuutta

MITEN TOIMIMME

OIKEUDENMUKAISUUS

Olemme tasapuolisia. Huomioimme toimijoiden erilaiset tarpeet ja osaamisen. Toimintatapamme ovat yhdenmukaisia.

AVOIMUUS

Toimintatapamme ovat ennakoitavia. Olemme avoimia uusille tekemisen tavoille.



VOIMAVAROJA

Vahvistaa ihmisten voimavaroja, auttaa pitämään huolta itsestä, toisista ja ympäristöstä

YHTEISTYÖ

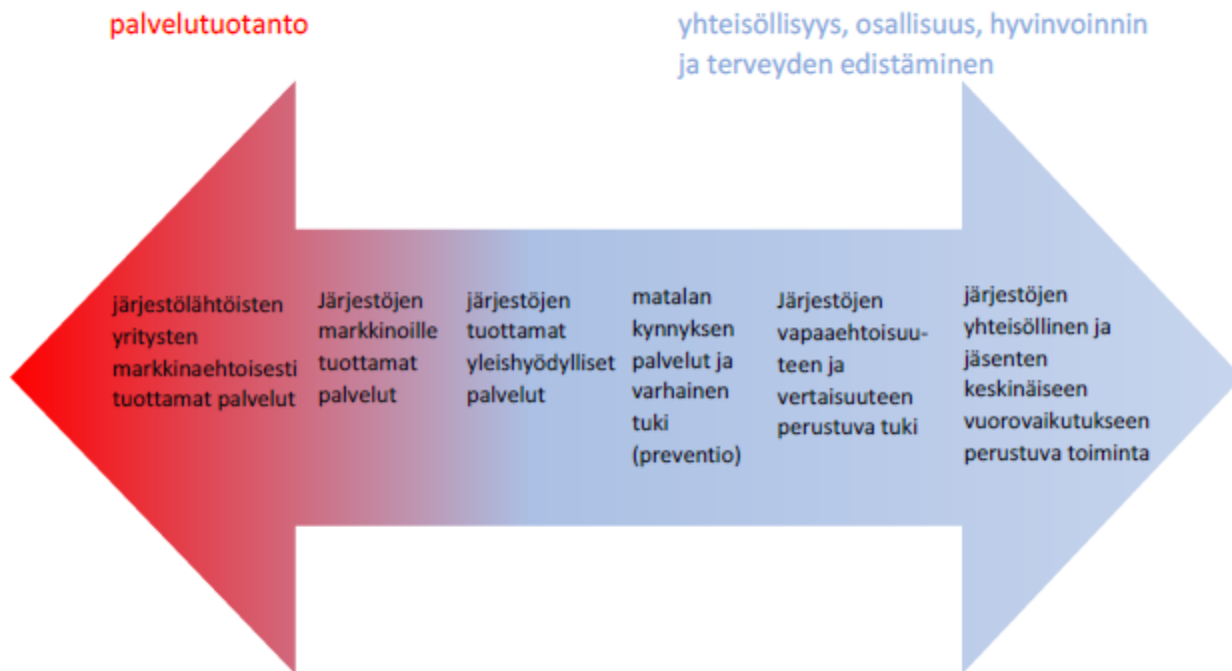


KOHTAAMISIA

Vahvistaa yhteisöllisyyttä ja suvaitsevaisuutta, lisää erilaisten ihmisten kohtaamista ja keskinäistä ymmärrystä

Teemme yhteistyötä hyödyntäen kaikkien osaamista. Tuomme avustetun toiminnan tuloksia yhdessä esille.

Järjestöjen tuottama lisäarvo



(Riitta Särkelä 2017 soveltaen alkuperäislähdettä Anne Knaapi 2016 ja Ritva Pihlaja 2008)





Pääkohdat

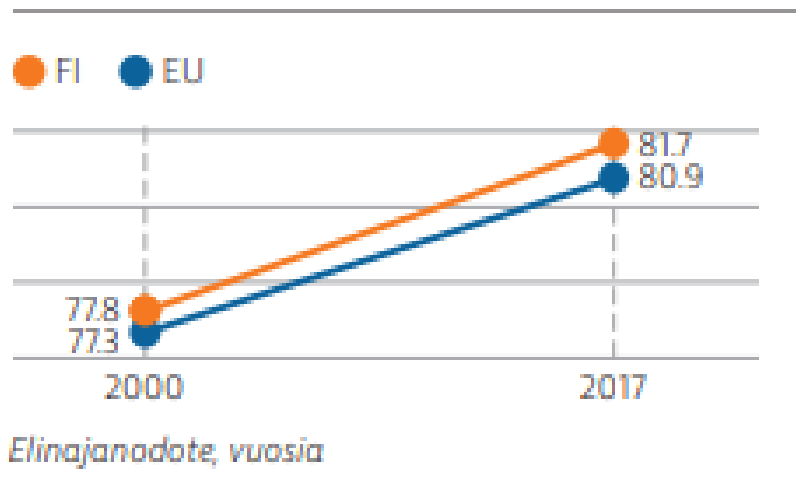
Suomen väestön elinajanodote on parantunut lupaavasti kahtena viime vuosikymmenenä. Monilla on kuitenkin odotettavissa olevina lisäelinvuosinaan kroonisia sairauksia ja toimintarajoitteita, jotka lisäävät terveydenhuollon ja pitkäaikaishoidon tarvetta.

Terveysjärjestelmä on monimutkainen, monitasoinen ja hajautettu. Terveysjärjestelmän kattavien uudistusten toteuttaminen on osoittautunut 15 viime vuoden aikana vaikeaksi. Yhdenvertaisen hoitoon pääsyn parantamiseksi ja kustannusten hillitsemiseksi on muun muassa ehdotettu vastuiden ja resurssien keskittämistä enemmän aluetasolle.

Lähde: State of Health in the EU · Suomi · Maan terveysprofiili 2019



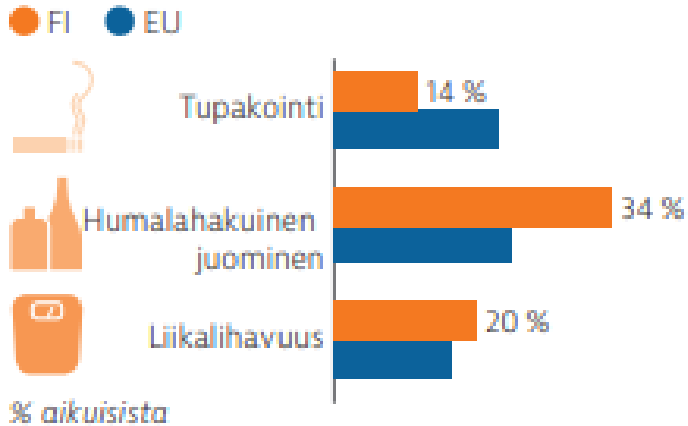
Terveydentila



Elinajanodote on pidentynyt vuodesta 2000 lähtien lähes neljä vuotta, ja sukupuolten välinen ero on kaventunut hieman, sillä miesten elinajanodote on noussut enemmän kuin naisten. Suomalaiset ilmoittavat kuitenkin muita eurooppalaisia enemmän toimintarajoitteista, joiden vuoksi heillä on vähemmän terveitä elinvuosia kuin muilla EU:n kansalaisilla.



Riskitekijät



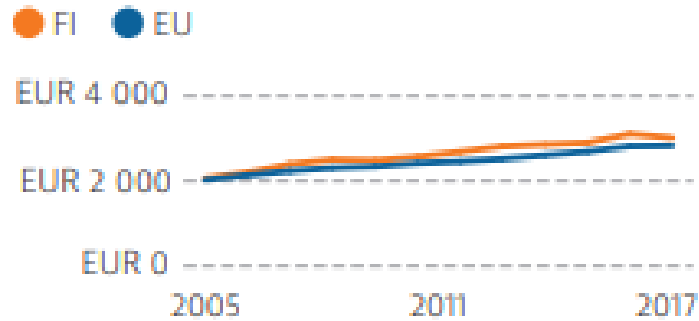
Vuonna 2018 aikuisista 14 prosenttia tupakoi Suomessa päivittäin – osuus on laskenut 23 prosentista vuonna 2000 ja alittaa EU:n nykyisen 19 prosentin keskiarvon.

Alkoholin kulutus on vähentynyt, mutta useampi kuin kolmasosa aikuisista (34 %) ilmoitti vuonna 2014 käyttävänsä kausittain runsaasti alkoholia. Määrä ylittää selvästi EU:n keskiarvon (20 %).

Lihavien aikuisten määrä on kasvanut: vuonna 2018 lihavien osuus oli 20 prosenttia eli yli EU:n keskiarvon (15 %).



Terveysjärjestelmä



Menot henkeä kohti (euroa, ostavoimapariteetti)

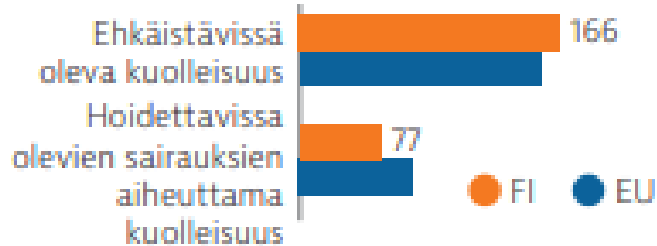
Terveydenhuoltomenot asukasta kohti ovat kymmenen viime vuoden aikana kasvaneet Suomessa kohtalaisesti. Ne nousivat 3 036 euroon vuonna 2017 ollen siten hieman EU:n keskiarvon (2 884 euroa) yläpuolella.

Terveydenhuoltomenojen osuus Suomen BKT:stä on 9,2 prosenttia eli vähän alle EU:n 9,8 prosentin keskiarvon. Julkinen rahoitus kattaa kaikista terveydenhuoltomenoista 75 prosenttia, mikä on vähemmän kuin EU:ssa keskimäärin (79 %).

Kotitaloudet maksavat itse suurimman osan jäljelle jäävistä menoista.



Vaikuttavuus

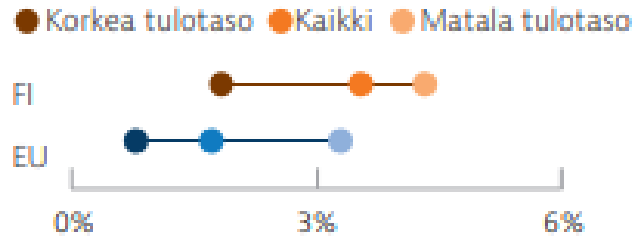


Ikävakioitu kuolleisuus 100 000:ta asukasta kohti, 2016

Kuolleisuus hoidettavissa oleviin sairauksiin on Suomessa EU:n keskiarvoa vähäisempää. Se osoittaa, että terveydenhuoltojärjestelmä toimii hyvin, silloin kun on kyse sellaisten ihmisten parantamisesta, joilla on mahdollisesti kuolemaan johtava sairaus. Sen sijaan kuolleisuus, joka olisi ollut ehkäistävissä kansanterveyden toimilla, on hieman yleisempää kuin EU:ssa keskimäärin.



Saavutettavuus



% ilmoittaa tyydyttämättömistä sairaanhoidon tarpeista, 2017

Työssä käyvät pääsevät työterveyshuollon ansiosta paremmin terveyspalveluihin kuin työttömät tai eläkeläiset.

Tyydyttämättömiä lääketieteellisen hoidon tarpeita ilmoittaneiden osuus on suurempi kuin EU:ssa keskimäärin, mikä johtuu pääasiassa pitkistä odotusajoista.



Muutosjoustavuus

Terveydenhuollon ja pitkäaikaishoidon menojen odotetaan kasvavan lähivuosina väestön ikääntymisen vuoksi, koska nämä palvelut maksavia työikäisiä ihmisiä on aiempaa vähemmän.

Sairaalahoito on tehostunut, mutta yksi suurimmista haasteista on perusterveydenhuoltoon pääsyn helpottaminen ja eri tahojen tarjoaman hoidon koordinoinnin parantaminen.



Suomen terveystilanne

Sosiaalinen eriarvoisuus elinajanodotteessa on suurta

Suomessa elinajanodotteessa on sekä sukupuoleen että sosioekonomiseen asemaan liittyvää eriarvoisuutta.

Matalimmin koulutettujen 30-vuotiaiden miesten elinajanodote oli vuonna 2016 noin 5,5 vuotta lyhyempi kuin korkeimmin koulutettujen. Tämä koulutustasoon liittyvä ero keskimääräisessä eliniässä oli naisilla pienempi eli 3,5 vuotta (kuvio 2).

Matalimmin ja korkeimmin koulutettujen naisten välinen ero kuitenkin kasvoi kymmenen viime vuoden aikana (0,7 vuodella), kun miehillä se sen sijaan hieman supistui.



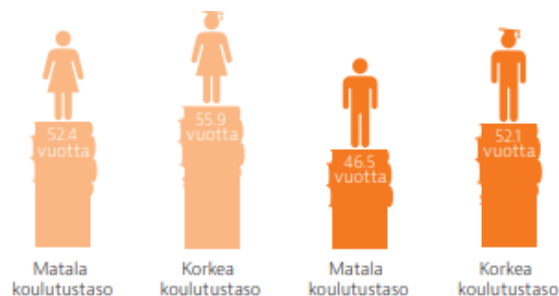
Ero johtuu ainakin osittain siitä, miten alttiita näiden eri ryhmien ihmiset ovat erilaisille riskitekijöille ja elämäntavoille, joita ovat matalammin koulutettujen miesten ja naisten ryhmissä yleisempi tupakointi, huonommat ruokailutottumukset ja suuremmat lihavuusluvut (ks. kohta 3).

Koulutukseen liittyvä elinajanodotteen ero on myös kytköksissä tulo- ja elintasoeroihin, jotka voivat vaikuttaa altistumiseen muille riskitekijöille ja terveydenhuollon piiriin pääsemiseen.

Kansalliset tilastot osoittavat eriarvoisuuden kasvaneen elinajanodotteessa tulotason mukaan sekä miehillä että naisilla 1990-luvulta lähtien (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2018a).



Koulutukseen liittyvä ero elinajanodotteessa on miehillä 5,6 vuotta ja naisilla 3,5 vuotta



Koulutukseen liittyvä ero elinajanodotteessa 30 vuoden iässä:

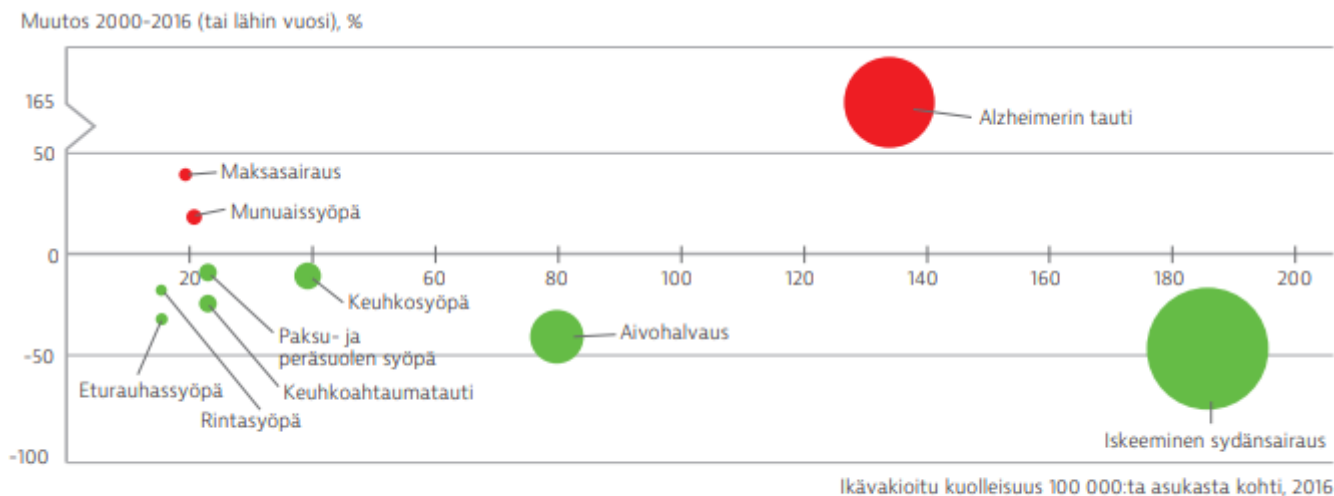
Suomi: 3,5 vuotta
EU 21: 4,1 vuotta

Suomi: 5,6 vuotta
EU 21: 7,6 vuotta

Huom. Tiedot koskevat 30-vuotiaan elinajanodotetta. Korkea koulutustaso tarkoittaa määritelmän mukaan sitä, että henkilö on suorittanut korkea-asteen koulutuksen (ISCED 5-8), ja matala koulutustaso sitä, ettei henkilö ole suorittanut keskiasteen koulutusta (ISCED 0-2).

Lähde: Eurostatin tietokanta (tiedot vuodelta 2016).

Iskeemisen sydänsairauden ja aivohalvauksen aiheuttama kuolleisuus vähenee, mutta Alzheimerin taudin aiheuttama kuolleisuus lisääntyy

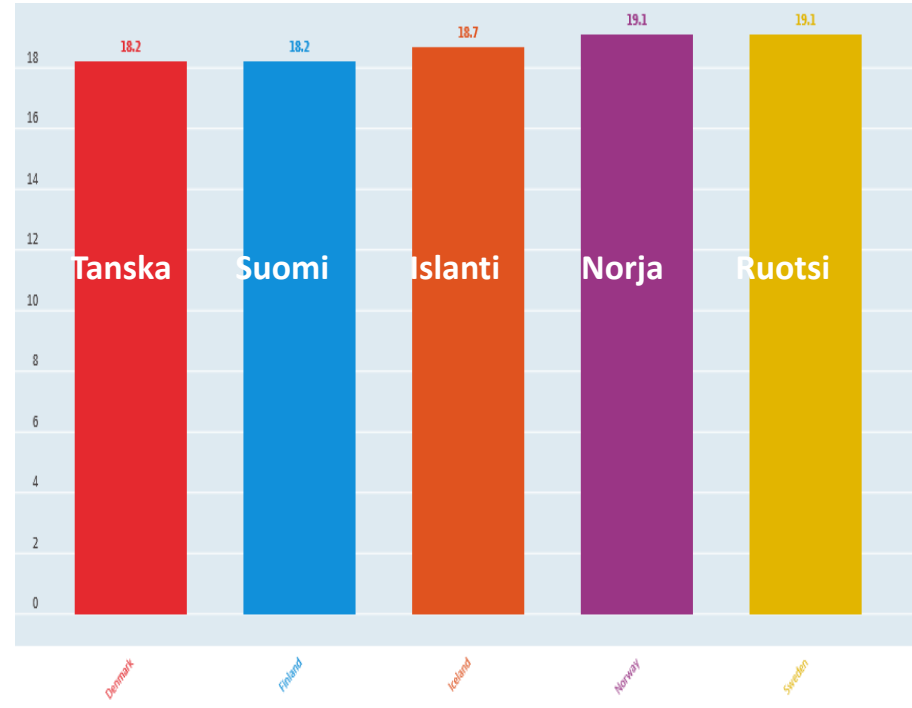
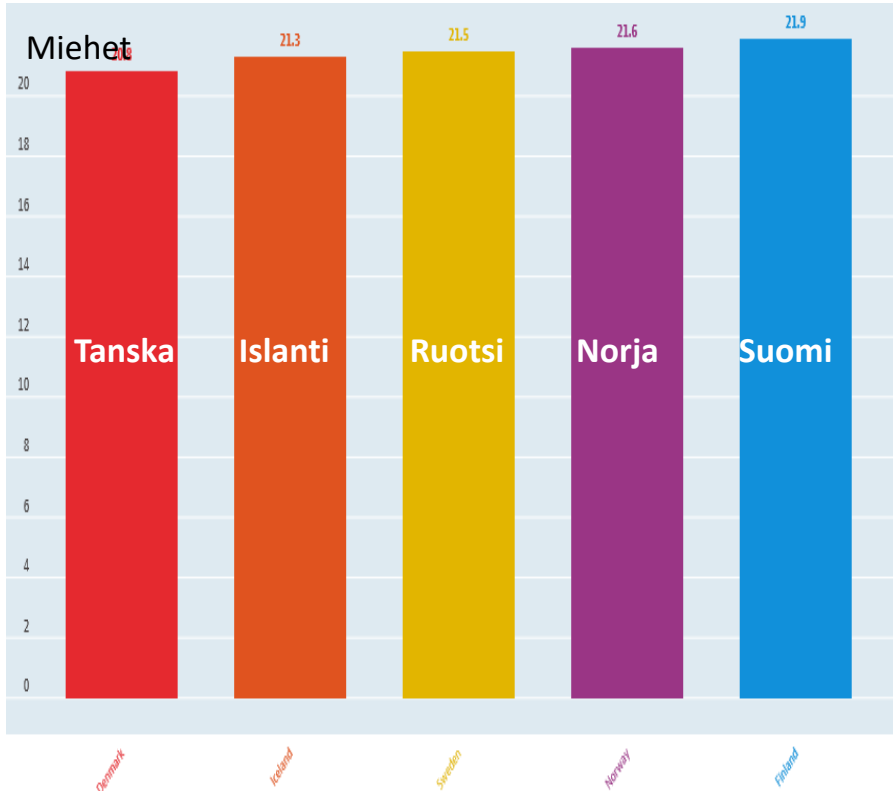


Huom. Ympyröiden koot ovat suhteessa kuolleisuuslukuihin vuonna 2016. Alzheimerin taudin aiheuttamien kuolemien lisääntyminen kattaa vain vuodet 2006–2016. Tämä johtuu suurelta osin diagnostiikan ja kuolemansyyrekisteröintikäytäntöjen muutoksista.
Lähde: Eurostatin tietokanta.



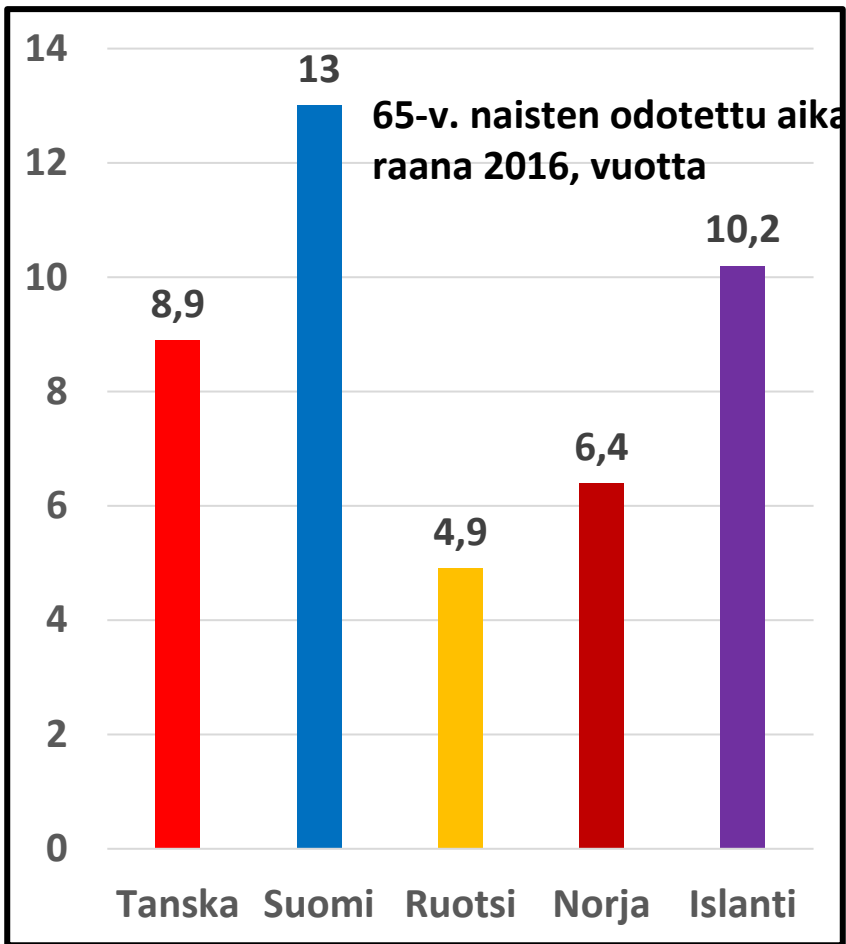
Elinajan odote 65-vuotiaana v. 2016, vuotta

Naiset



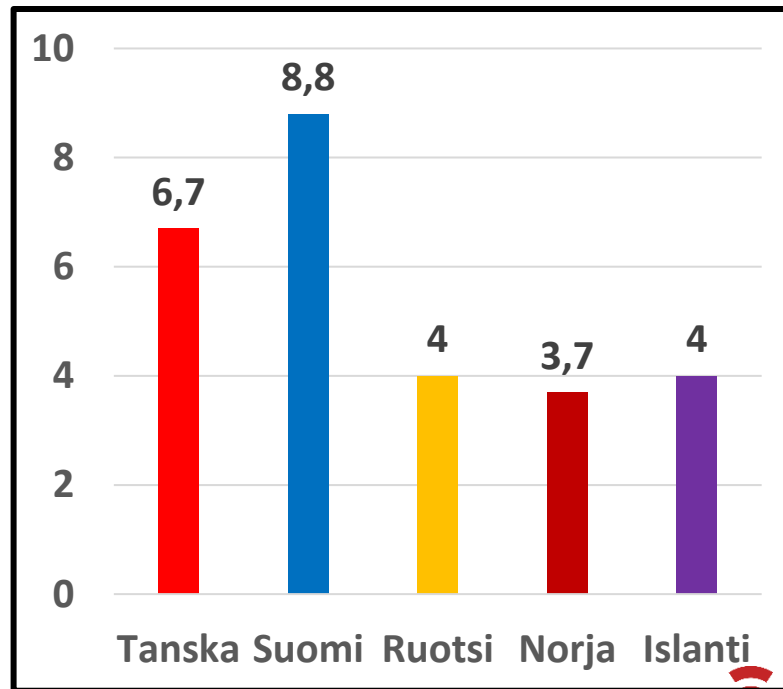
Lähde: OECD





Lähde: Eurostat

65-v. miesten odotettu aika sairaana 2016 (Islanti 2015), vuotta

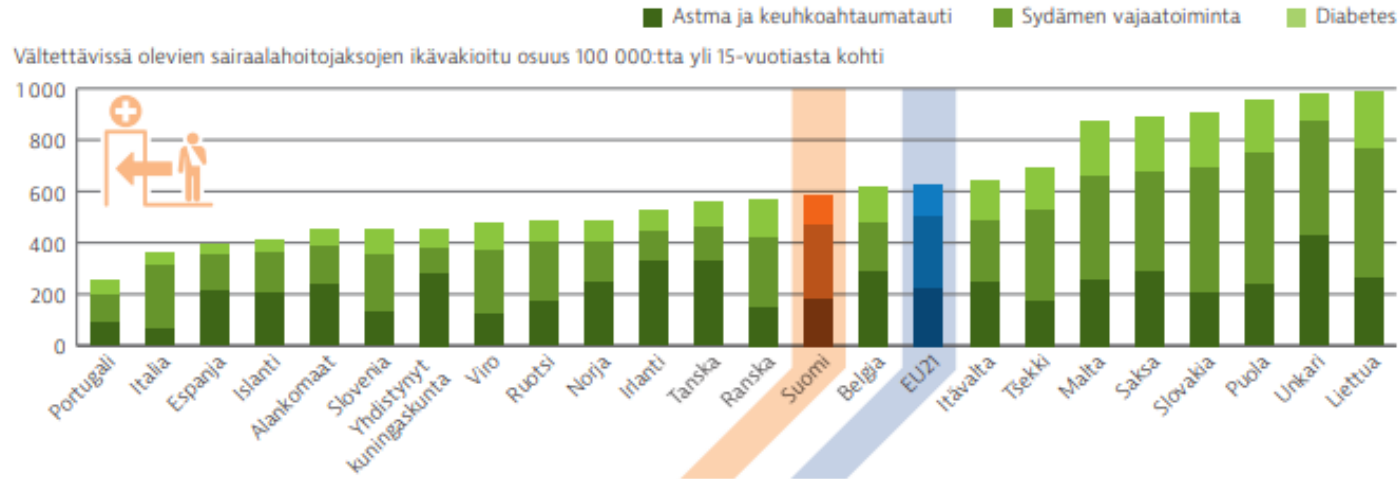


Lähde: Eurostat



Terveysjärjestelmän toimintakyky

Kroonisten sairauksien aiheuttamia vältettävissä olevia sairaalahoitajaksoja voitaisiin edelleen vähentää



INTERHEART –tutkimus

52 maata; 15152 **sydäninfarkti**potilasta, 14820 verrokkihenkilöä

Tekijä	Riskisuhde (odds ratio)
Tupakointi	2,87
Diabetes	2,37
Lipidihäiriö	3,25
Kohonnut verenpaine	1,91
Vyötärö-lantio suhde (waist hip ratio)	1,12-1,62
Psykososiaaliset tekijät	2,67
Alkoholi	0,91
Päivittäiset hedelmät ja vihannekset	0,70
Liikunta	0,86

Yusuf et al. Lancet 2004



INTERHEART-tutkimus

Alaryhmä-analyysi psykososiaalisista tekijöistä
(11 119 potilasta; 13 648 verrokkia)

Tekijä	Riskisuhde (odds ratio)
Työpaineet (jaksottainen/ pysyvä)	1,38/ 2,14
Stressi kotona (jaksottainen/ pysyvä)	1,52/ 2,12
Stressi yleensä (jaksottainen/ pysyvä)	1,45/ 2,17
Taloushuolet	1,33
Stressaavat tapahtumat (viimeisen vuoden aikana)	1,48
Masennus	1,55

Rosengren et al. Lancet 2004



Tulevaisuuden sote-keskus



Muut kehittämis- hankkeet



Kansalais- yhteiskunnan moninaiset muutokset

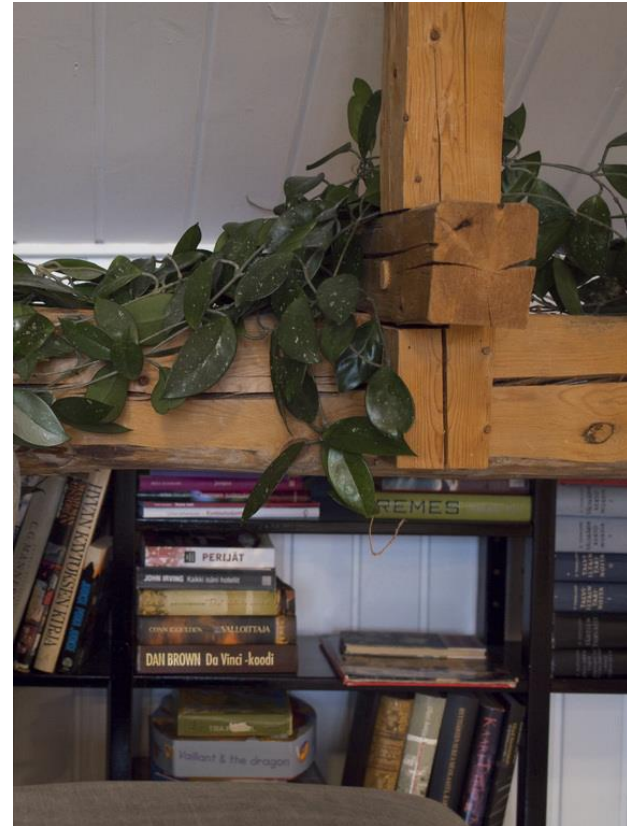


Kulttuurilla ja taiteella

on tutkitusti monia hyvinvointia, terveyttä ja oppimista edistäviä vaikutuksia, jotka ovat keskeisiä vaikeuksiensietokykymme kanssa.

Koska positiiviset vaikutukset esimerkiksi mielenterveyteen, aivoterveysteen ja sydänterveysteen ovat niin vankkoja, WHO suosittelee käyttämään kulttuuria ja taidetta sosiaali- ja terveystalveissa ja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä.

Kulttuuri ja taide vahvistavat kognitiivista suorituskykyä, kommunikointitaitoja, lisäävät itseymmärrystä, kykyä ymmärtää muita ja mielen joustavuutta. Näitä taitoja tarvitaan erityisesti muutoksen ja kriisien keskellä.



1. Jatkuvuuden hallinta Kulttuuriperintö, kuten laulut, antavat meille tunteen siitä, että täällä on ollut ihmisiä meitä ennen ja tulee meidän jälkeemme.

2. Kyky oppia

Taideharrastus vahvistaa elinikäisen oppimisen avaintaitoja, kuten aloitteellisuutta ja ilmaisukykyä. Se myös parantaa kognitiivista suorituskykyä.

3. Vahvistaa mielenterveyttä Taide parantaa mielialaa ja vähentää negatiivisia tunteita, kuten ahdistuneisuutta, masentuneisuutta ja surullisuutta.

4. Kuvittelukyky

Utooppinen ajattelu auttaa hahmottamaan, että tulevaisuus voi olla aivan toisenlainen kuin nykyisyys.

5. Epävarmuuden sietäminen Taide auttaa pärjäämään monimutkaisuuden kanssa ja hyväksymään sen, ettei kaikkea voi ymmärtää.



Metsä lisää terveyttä

Viime vuoden lopussa päättynyt Terveysmetsä-hanke hyödynsi luontoa hyvinvointitoiminnassa kolmella alueella Uudellamaalla. Sipoossa terveyttä edistävien metsäretkien organisoinnissa oli mukana kunnan terveystoimen henkilökuntaa.

Tutkimusten mukaan monimuotoisessa luonnossa koetaan suurempaa hyvinvointia kuin lajistoltaan vähemmän rikkaassa ympäristössä, vaikka luonnossa liikkuja ei itse osaisi tunnistaa lajeja.

”Luonnossa oleskelun terveyshyödyt ovat ilmeiset, vaikka tarkkoja vaikutusmekanismeja ei vielä kokonaan tunneta”, Terveysmetsä-yhteistoimintaverkostohankkeen vetäjä Adela Pajunen sanoo.

Luontoaltistus muun muassa alentaa verenpainetta, laskee sykettä ja vähentää stressihormonien eritystä. Vaikutukset eivät selity pelkästään liikunnalla, vaan luonto elvyttää myös silloin, kun kulkija on paikoillaan. Luonnon ja liikunnan yhteisvaikutus on puolestaan oikea superlääke.

”Luonnossa liikkuminen myös koetaan helpommaksi kuin yhtä vaativan liikuntasuorituksen toteuttaminen sisätiloissa”, toteaa Pajunen.



© Kuva: Marko Leppänen



Kuntakenttä eriytyy monista eri syistä ja monilla eri tavoilla



Järjestämislaki 6 ja 7 §



6 § Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa

Kunnan on edistettävä asukkaidensa hyvinvointia ja terveyttä.

Kunnalla on ensisijainen vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä siltä osin, kun tämä tehtävä kytkeytyy kunnan muihin lakisääteisiin tehtäviin.

Kunnan on strategisessa suunnittelussaan asetettava hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi tavoitteet ja määriteltävä tavoitteita tukevat toimenpiteet. Sen on **arvioitava ennakkoon** ja otettava huomioon päätöksensä vaikutukset ihmisten hyvinvointiin ja terveyteen väestöryhmittäin. Kunnan eri toimialojen on tehtävä yhteistyötä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Kunnan on nimettävä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen **vastuutaho**.



Kunnan on seurattava kuntalaisten elinoloja, hyvinvointia ja terveyttä sekä niihin vaikuttavia tekijöitä alueittain ja väestöryhmittäin.

Sen on raportoitava kuntalaisten hyvinvoinnista ja terveydestä, niihin vaikuttavista tekijöistä sekä toteutetuista toimenpiteistä kunnanvaltuustolle vuosittain.

Lisäksi kunnan on valmisteltava valtuustolle valtuustokausittain **hyvinvointikertomus ja -suunnitelma** edellä mainituista asioista.

Sen on toimitettava hyvinvointikertomus ja -suunnitelma hyvinvointialueelle ja julkaistava se julkisessa tietoverkossa. Kunnan on toimittava hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä yhteistyössä hyvinvointialueen kanssa ja tuettava sitä asiantuntemuksellaan.



Lisäksi kunnan on tehtävä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä yhteistyötä kunnassa toimivien hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä tekevien muiden julkisten toimijoiden, yksityisten yritysten ja yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa.

Sen on myös edistettävä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä tekevien järjestöjen toimintaedellytyksiä ja vaikutusmahdollisuuksia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä.



7 § Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen hyvinvointialueella

Hyvinvointialueen on edistettävä asukkaidensa hyvinvointia ja terveyttä.

Hyvinvointialueella on ensisijainen vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä siltä osin, kun tämä tehtävä kytkeytyy hyvinvointialueen muihin lakisääteisiin tehtäviin. Hyvinvointialueen on strategisessa suunnittelussaan asetettava hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi tavoitteet ja määriteltävä tavoitteita tukevat toimenpiteet. Sen on **arvioitava ennakkoon** ja otettava huomioon päätöksensä vaikutukset ihmisten hyvinvointiin ja terveyteen väestöryhmittäin.



Hyvinvointialueen on nimettävä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen **vastuutaho**.

Hyvinvointialueen on seurattava asukkaittensa elinoloja, hyvinvointia ja terveyttä sekä niihin vaikuttavia tekijöitä alueittain ja väestöryhmittäin. Sen on raportoitava asukkaidensa hyvinvoinnista ja terveydestä, niihin vaikuttavista tekijöistä sekä toteutetuista toimenpiteistä aluevaltuustolle vuosittain.

Lisäksi hyvinvointialueen on valmisteltava valtuustolle valtuustokausittain alueellinen **hyvinvointikertomus ja -suunnitelma** edellä mainituista asioista.

Hyvinvointialue laatii hyvinvointikertomuksen ja -suunnitelman yhteistyössä alueen kuntien kanssa.



Sen on julkaistava hyvinvointikertomus ja -suunnitelma julkisessa tietoverkossa. Hyvinvointialueen on toimittava hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä yhteistyössä alueen kuntien kanssa ja tuettava niitä asiantuntemuksellaan.

Lisäksi hyvinvointialueen on tehtävä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä yhteistyötä hyvinvointialueen alueella toimivien hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä tekevien muiden julkisten toimijoiden, yksityisten yritysten ja yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa.



Sen on myös edistettävä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä tekevien järjestöjen toimintaedellytyksiä ja vaikutusmahdollisuuksia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä. Hyvinvointialueen on neuvoteltava vähintään vuosittain yhdessä alueen kuntien sekä muiden edellä mainittujen hyvinvointialueen alueella hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä tekevien toimijoiden kanssa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevista tavoitteista, toimenpiteistä, yhteistyöstä ja seurannasta.

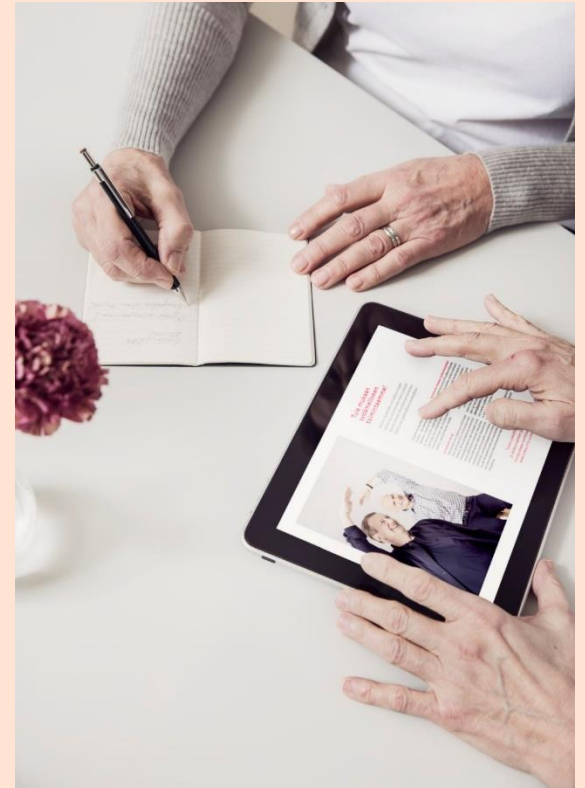
Sen lisäksi, mitä edellä tässä pykälässä säädetään, kukin Uudenmaan hyvinvointialue laatii hyvinvointikertomuksen ja -suunnitelman yhteistyössä HUS-yhtymän kanssa.



Jos hoitoketjujen
laatua ei seurata,
mahdollisuudet
onnistua hyvin
pienet.



Jos palveluohjaus ei perustu tietoon parhaista käytänteistä ja tuotannoista, mahdollisuudet onnistua hyvin pienet.



Laaturekisterit tarvitaan heti!

- <https://www.mynewsdesk.com/fi/sydan/pressreleases/soteen-vahvemmin-sairauksien-ennaltaehkaisy-3037378>
- www.swedeheart.se





Kiitos

