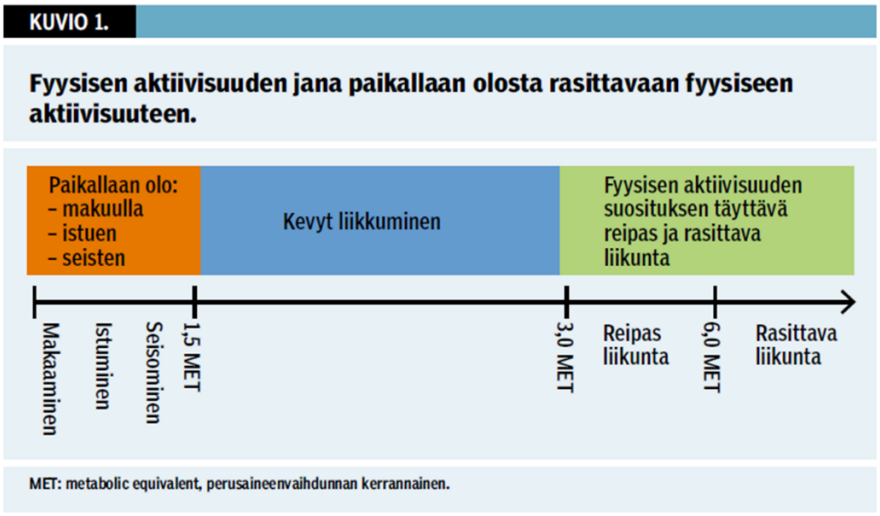
Liikkumattomuus maksaa Suomelle vähintään 3 miljardin kustannukset vuodessa

Anne-Mari Jussila, koulutus- ja kehittämisjohtaja, tohtorikoulutettava, UKK-instituutti
anne-mari.jussila@ukkinstituutti.fi, 044-2882123

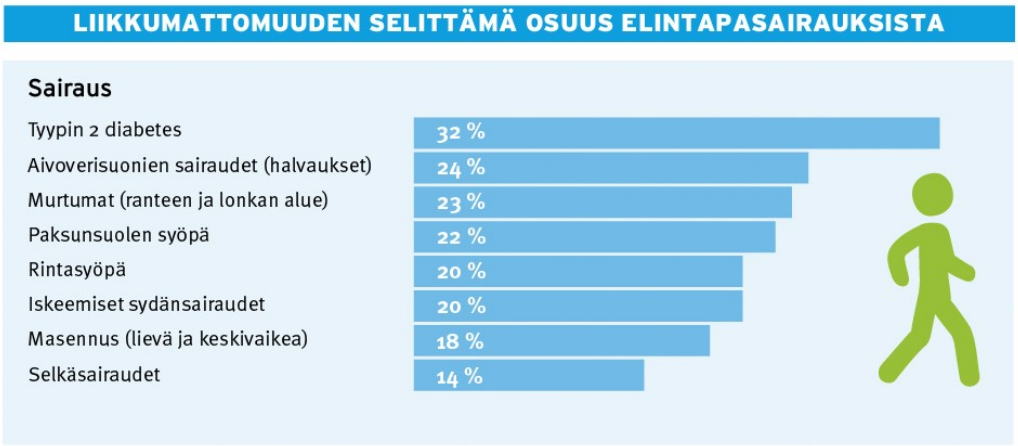
Fyysinen aktiivisuus

Fyysisen aktiivisuuden käsite on viime vuosina muuttunut, erityisesti se on aina laajentunut paikallaan olosta rasittavaan fyysiseen aktiivisuteen asti (Kuvio 1.). Tämän muutoksen on pitkälti mahdollistanut tutkimusmetodien kehittyminen, eli ennen kaikkea objektiivinen fyysisen aktiivisuuden mittaaminen.



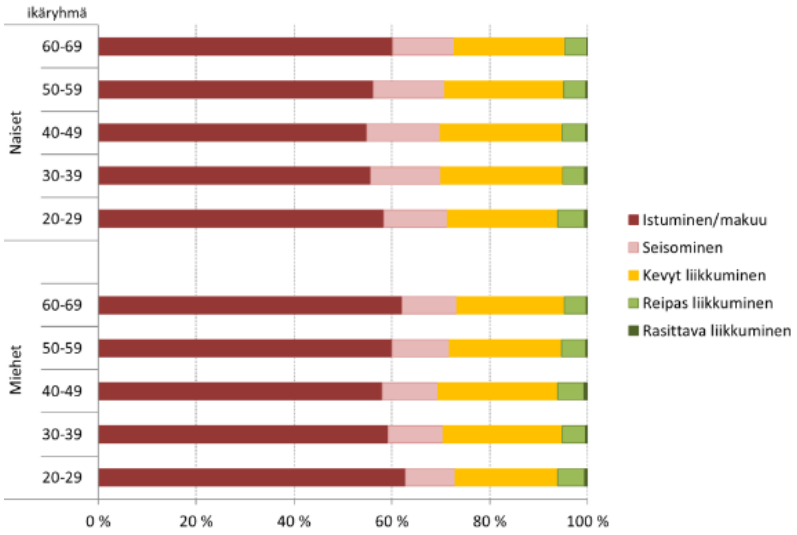
Fyysisen aktiivisuuden tiedetään olevan selkeässä yhteydessä moniin yhteiskunnallisiin haasteisiin, kuten mm. useiden elintapasairauksien sairastumisriskiin (Kuvio 2.), elämänlaatuun, koulumenestykseen ja vanhusten toimintakykyyn ja siten kotona selviytymiseen.

Kuvio2.



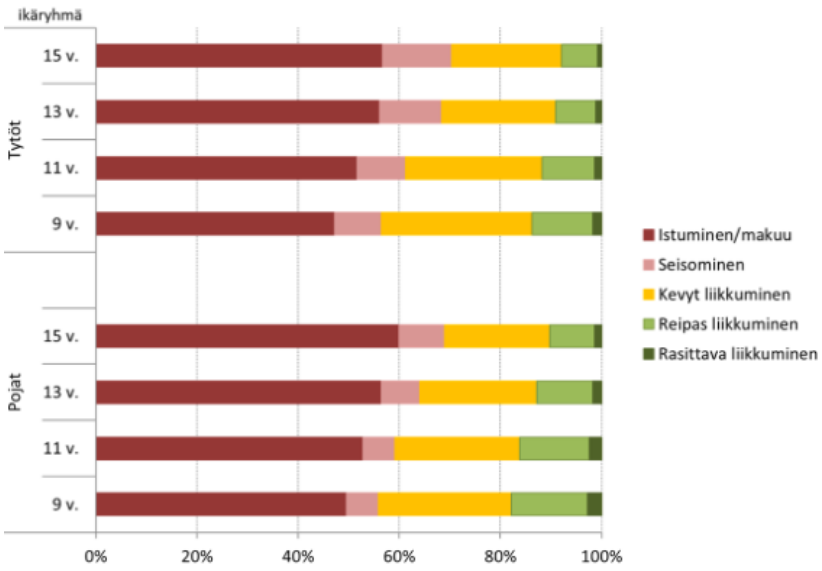
Nykyisen objektiivisen tutkimustiedon mukaan suomalaiset aikuiset viettävät valtaosan valveillaoloajastaan paikallaan, istuen tai makuulla, ja reippaampaan liikkumiseen käytetään alle tunti päivässä (Kuvio 3.). Terveyskuntotestien tulokset ovat keskimäärin parempia miehillä kuin naisilla, samoin nuorilla ikäluokilla verrattuna vanhempiin. Aikuisten liikkumisessa ja paikallaanolossa ei näyttäisi tapahtuneen kovin suuria muutoksia kuuden viime vuoden aikana.

Kuvio 3. Aikuisten fyysinen aktiivisuus hereilläoloaikana



Lapset ja nuoret puolestaan ovat paikallaan istuen tai makuulla keskimäärin puolet valveillaoloajastaan ja liikkuvat vähintään reippaasti vajaat 2 tuntia päivässä. (Kuvio 4.) Paikallaanolon aika lisääntyy iän myötä, arkipäivinä liikutaan enemmän kuin viikonloppuisin. Vähän liikkuvilla lapsilla merkittävä osa liikkumisesta arkisin tapahtuu koulupäivän aikana.

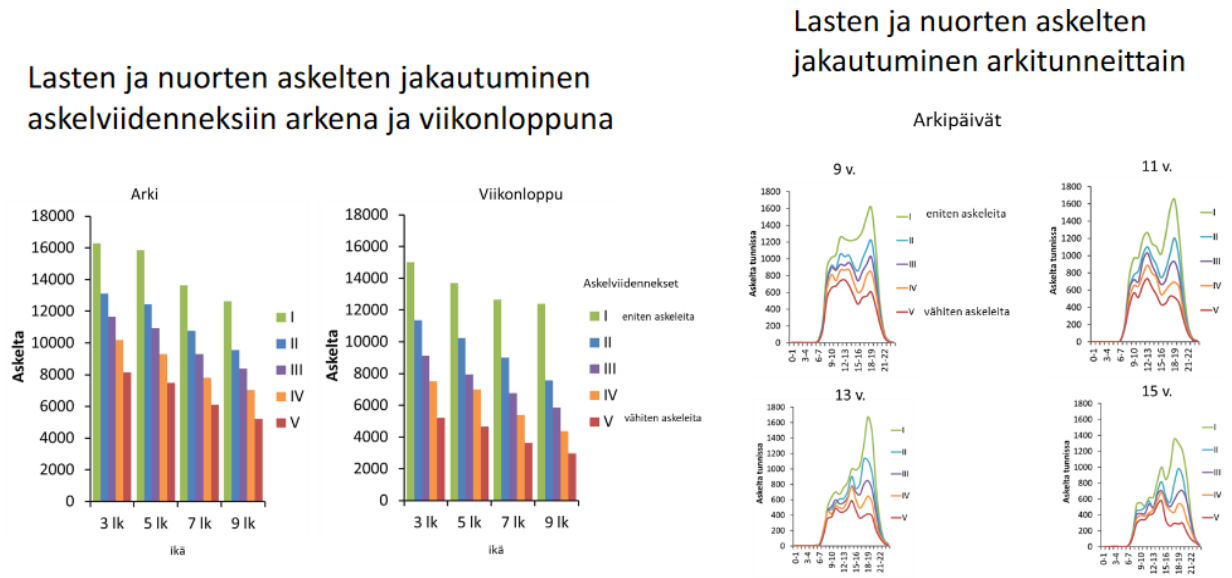
Kuvio 4. Lasten ja nuorten fyysinen aktiivisuus hereilläoloaikana



Noin joka neljä suomalaisista aikuisista täyttää nykyisen liikuntasuosituksen. Lapsilla alakouluikäisistä oman suosituksensa täyttävät noin puolet alakouluikäisistä, mutta enää alle 20% yhdeksäsluokkalaisista.

Objektiivinen liikkumisen mittaaminen mahdollistaa myös aineiston syvemmän analyysin. Tarkasteltaessa lasten ja nuorten liikkumista neljänneksittäin (Kuvio 5.) pystytään kohdentamaan liikkumisen edistämisen toimia tarkemmin niitä tarvitseville.

Kuvio 5. Lasten a nuorten askelviidennekset ja arkituntijakaumat



Uuden objektiivisen tutkimustiedon karttuessa fyysisen aktiivisuuden suosituksia ollaan parhaillaan uusimassa Suomessa kaikille ikäryhmille ja myös soveltavat liikuntasuositukset uusitaan samalla. Päivitystyötä tehdään laajalla kansallisella yhteistyöllä, mutta niiden pääkoordinointivastuu on UKK-instituutilla. Suositusten uudistuksesta tiedetään kansainvälisiltä kentiltä jo se, että 10 minuutin yhtäkestoisen liikkumisen raja poistuu ja kevyen liikkumisen merkitys kasvaa. Myös paikallaanolon monipuolinen vähentäminen tulee korostumaan. Näillä uudistuksilla on varmasti merkitystä myös suomalaiseen liikuntapolitiikkaan.

Liikkumattomuuden kustannukset Suomessa

Keväällä 2018 valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan sarjassa julkaistun Liikkumattomuuden lasku kasvaa -selvityksen mukaan vähäinen fyysinen aktiivisuus, runsas istuminen ja huono kunto aiheuttavat yhteiskunnalle vähintään 3 miljardin euron vuotuiset kustannukset, kun laskelmissa huomioidaan terveyden- ja sosiaalihuollon kustannukset, tuottavuuskustannukset, tuloverojen menetys, maksetut työttömyysturvaetuudet ja syrjäytymisen kustannukset. Selvitystä lukiessa tulee kuitenkin huomioida, että selvityksessä käytetty kustannuslista ei ole aukoton. Se perustuu kansainväliseen kustannusvaikuttavuustutkimukseen ja sen kautta saatuihin kustannusten laskentasuosituksiin.

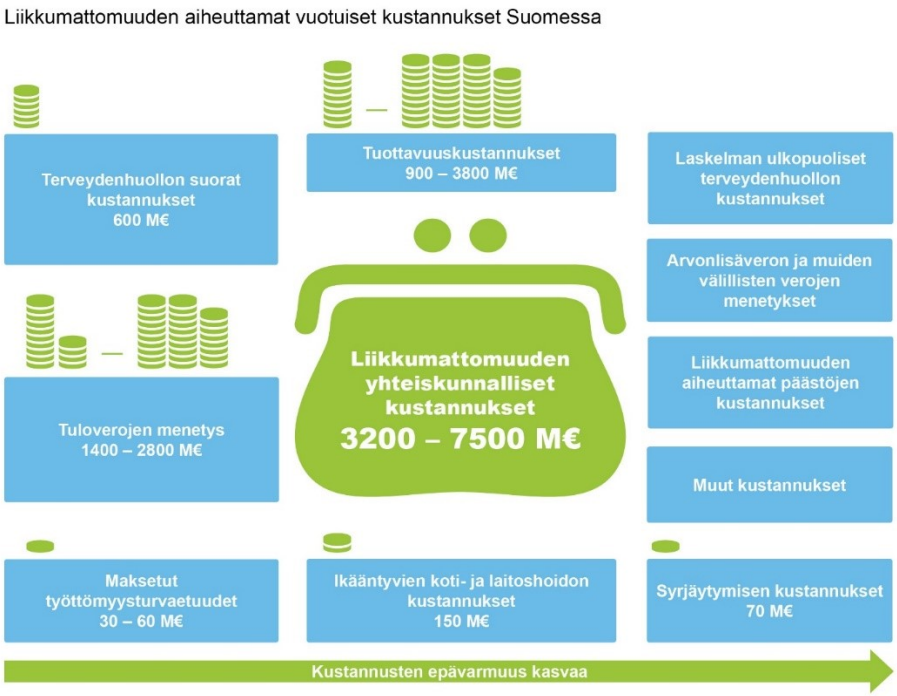
UKK-instituutin koordinoimassa selvityksessä arvioitiin liikunta-, terveys- ja taloustieteellisen yhteistyön avulla, että liikkumattomuus aiheuttaa vuosittain seuraavia kustannuksia:

- sairauksien aiheuttamat terveydenhuollon (terveyspalveluiden käyttö, lääkkeet) ja tuottavuuden kustannukset menetettyjen työpanosten osalta
    - 1,5–4,4 miljardia euroa
- ikääntyvän väestön koti- ja laitoshoidon kustannukset
    - 150 miljoonaa euroa
- tuloverojen menetys
    - 1,4–2,8 miljardia euroa
- työttömyysturvaetuudet
    - 30–60 miljoonaa euroa
- syrjäytymisen kustannukset
    - 70 miljoonaa euroa.
    -

Yhteensä nämä vuosittaiset kustannukset ja tuottavuuden menetykset ovat 3,2–7,5 miljardia euroa laskentatavasta riippuen (Kuvio 5.). Jos laskennassa käytettäisiin pienimmän kustannusten laskennan mallia, päädytään 3,2 miljardin euron vuosittaisiin kustannuksiin ja tuottavuuden menetyksiin.

Liikkumattomuuden oikeana hintalappuna ei voida kuitenkaan esittää yhtä yksittäistä ja kaikki kustannukset kattavaa summaa. Sen sijaan voidaan sanoa, että Liikkumattomuuden vuosittaiset yhteiskunnalliset kustannukset ovat useita miljardeja euroja. Kustannukset tulevat vielä kasvamaan vuosittain suomalaisen väestön ikääntymisen ja sairastavuuden kasvun takia. Suomen terveydenhuollon suorien kustannusten on arvioitu kasvavan 29 % vuoteen 2030 ja 58 % vuoteen 2040 mennessä vuoden 2014 kustannuksiin verrattuna.

Kuvio 5.



Erityishuomiota tulevaisuuden liikkumisen edistämisessä ja elintapaohjauksessa tulisi kiinnittää vähiten liikkuviin kansalaisiin ja erilaisiin riskiryhmiin – kaikki suunniteltava toiminta tulisi olla aidosti poikkihallinnollista

Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti (VESOTE) -hanke oli yksi STM:n rahoittamista hallituksen kärkihankkeista Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta -kärkihankkeen Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön -projektissa vuosina 2017–18.

VESOTE-hanke vahvisti ja kehitti sosiaali- ja terveydenhuollossa vaikuttavaa ja tavoitteellista elintapaohjausta. Hankkeen kehittämistoimet painottivat liikkumista, ravitsemusta ja unta. Lopullisena hankkeen päämääränä oli, että suomalaiset lisäävät liikkumista, vähentävät istumista, syövät monipuolisesti ja terveellisesti sekä nukkuvat paremmin.

VESOTE-hankkeen tavoitteet

- elintapaohjauksen vaikuttavien ja laadukkaiden toimintamallien käyttöönotto tai vahvistaminen
- elintapaohjauksen osaamisen kehittäminen
- olemassa olevien hyvien käytäntöjen hyödyntäminen ja levittäminen
- elintapaohjauksen moniammatillisuuden ja poikkihallinnollisuuden vahvistaminen
- kolmannen sektorin osaamisen ja kokemuksen hyödyntäminen elintapaneuvonnassa

VESOTE-hankkeen toimenpiteet

- lähi- ja verkkokoulutusten tuottaminen ammattilaisille (Kuvio 6.):
  - elintapojen puheeksi ottaminen

- liikuntaneuvonta
- ravitsemusohjaus
- unettomuuden lääkkeetön hoito - uniterveys
- elintapaohjauksen kirjaamiskäytänteet

Kuvio 6. Verkkokoulutuksen keskeiset teemat ja karkea oppimispolku



- hoito- ja palveluketjujen kehittäminen ja vahvistaminen
- alueellisten yhteistyöverkostojen luominen
- liikkumisen sekä unen objektiivinen seuranta ja tiedon hyödyntäminen
- elintapaneuvonnassa
- elintapaneuvonnan vaikuttavuuden arviointi

Hankkeen monipuoliset toimenpiteet toteutuivat useilla eri tasoilla samanaikaisesti. Alueelliset toimijat määrittelivät omat elintapaneuvontansa kohderyhmät (Kuvio 7.) ja kehittämistoimenpiteet. Osa toimenpiteistä toteutettiin tiiviissä yhteistyössä muiden kärkihankkeiden kanssa.

Kuvio 7. VESOTE-hankkeen kohderyhmävalinnat 11 sairaanhoitopiirin alueella

EKSOTE	**Työikäiset vuorovuorotyötä tekevät, korkeakouluopiskelijat, perheet, koululaiset APPsin osalta**
EPSHP/PLU	**Tyypin 2-diabeetikot. Alueella n. 15 000 diabeetikkoa, osuus väestöstä 7,6%. , Mielenterveysasiakkaat. Alueella 3958 (2017), osuus väestöstä 2%, vaikeita mielenterveyshäiriötä sairastavaa henkilöä.**
ESSOTE	**Työttömät, mielenterveys- ja päihdepuolen asiakkaat, 0-tason liikkujat**
HUS	**Mielenterveyskuntoutujat, 2-tyypin diabeetikot, muistisairaat, kipupotilaat, lapsiperheiden vanhemmat, lapsettomuustutkimuksiin ja hoitoihin hakeutuvat pariskunnat**
Kainuun sote	**Kutsuntaikäiset nuoret miehet. Ikäluokat 2017-2018 yhteensä 791 miestä. Keski-ikäiset kainuulaiset miehet. Alueella 37171 (2017) keski-ikäistä miestä.**
PPSHP	**Lihavat aikuiset (BMI>30) ja valtimopotilaat /korkeassa riskissä sairastua valtimosairauteen. Lihavia aikuisia (BMI>30) 30-64v 52 680. Sairastuvuusindeksi sairastua valtimosairauksiin 120,8.**
PSHP	**Mielenterveyspotilaat, COPD-asiakkaat**
Satasote	**Tyypin 2 diabeetikot ja muut valtimotautia sairastavat. Alueella n. 15 500 T2D-potilasta. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujat. 45% miehistä käyttää liikaa alkoholia, päivittäin tupakoivia 17,2%. COPD-asiakkaat. 151,7 sairaalan hoitojaksoa 15-v täyttäneillä 100 000 asukasta kohden.**
Siun sote	**Tyypin 2-diabeetikot, raskausdiabeetikot, prediabeetikot**
VSSHP	**Työikäiset ylipainoiset tyypin 2 diabeetikot ja raskausdiabeetikot. Alueella n. 34 000 diabeetikkoa.**
PHLU	**Liikuntaneuvonnan asiakkaat; terveytensä kannalta liian vähän liikkuvat, terveysriskissä olevat.**

Vaikuttavista ja laadukkaista elintapaohjauksen kehittämistoimenpiteistä muodostuu alueille virtuaalinen elintapaohjauksen poliklinikka, jossa on ammattilaisille mm. elintapaneuvonnan työkaluja ja menetelmiä. Alueet myös jatkokouluttavat ammattialaisia antamaan elintapaohjausta erilaisten kohderyhmien kanssa. Poliklinikoille luodaan myös elintapaohjauksen palvelutarjottimia, jotka auttavat ammattilaista ohjaamaan asiakasta alueellisille ja kunnallisille elintapaohjauksen poluille. Kärkihankkeen siltaustoimenpiteet jatkuvat kaikilla alueilla kiinteänä osana maku-/sote-uudistusta. Viidellä alueella kärkihankkeen kautta on saatu palkattua organisaatioihin myös pysyviä elintapaohjuksen koordinaattoreita tai ohjaajia. VESOTE-hankkeen aikana luodut elintapaohjauksen verkostot tukevat tulevaisuuden kehittämistyötä liikuntaneuvonnassa, ravitsemusohjauksessa ja uniterveydessä.

Hankkeen päävastuu ja hallinnointi oli UKK-instituutilla. Sisältöyhteistyökumppaneina toimivat Helsingin Uniklinikka ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ravitsemusasiantuntijat. VESOTE-hanketta toteutettiin 11 sairaanhoitopiirin alueella ja sen vaikutusalueella asui yli 4 miljoona suomalaista.

Kuntatasolla kärkihankkeissa tuotetut hyvät ja vaikuttavat käytännöt tulisi valtakunnallisesti perata tarkasti läpi ja valita omaan ympäristöön sopivat kehittämis- ja toimintamallit. Hyvinvointi ja terveys (HYTE) -kärkihankkeiden pääperiaatteena on ollut alusta alkaen poikkihallinnollisuus ja moniammatillisuus. Tätä verkostomaista työotetta tulisi lisätä terveyden edistämisen toimintojen vaikuttavuuden lisäämiseksi sekä rahoituksen että toiminnallisen tuloksellisuuden näkökulmasta.

Lähteet:

Husu P, Sievänen H, Tokola K, Suni J, Vähä-Ypyä H, Mänttäri A, Vasankari T. Suomalaisten objektiivisesti mitattu fyysinen aktiivisuus, paikallaanolo ja fyysinen kunto. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2018:30.

www.ukkinstituutti.fi/liikuntaraportti

Vasankari T, Kolu P, toim. Liikkumattomuuden lasku kasvaa – vähäisen fyysisen aktiivisuuden ja heikon fyysisen kunnon yhteiskunnalliset kustannukset. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 31, 2018.

http://www.ukkinstituutti.fi/tutkimus/liikuntatutkimus_suomessa/liikkumattomuuden-kustannukset

Jussila A-M, Kivimäki S., Vasankari T. Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti (VESOTE) -hankkeen 31.12.2018 jätetty, vielä hyväksymätön, loppuraportti.

http://www.ukkinstituutti.fi/vesote