Lausunto

**Lukiokoulutuksen yleisiä tavoitteita ja tuntijakoa valmistelevalle työryhmälle**

Asia: Esitämme terveystiedon säilyttämistä kirjoitettavien reaaliaineiden joukossa ja terveystiedon kurssimäärän nostamista muiden reaaliaineiden tasolle.

Lukion tuntijakouudistus on merkittävä koulutus- ja yhteiskuntapoliittinen ratkaisu. Uudistuksen yhtenä tärkeänä lähtökohtana ovat kansallisessa ja kansainvälisessä toimintaympäristössä tapahtuvat muutokset. Toimintaympäristön suuria muutossuuntia ovat demografisten muutosten lisäksi muun muassa globalisaatio, ympäristön merkityksen laajeneminen ja terveyden painoarvon kasvu. Suomessa on painotettu erityisesti viime vuosina ihmisten omaa vastuuta terveydestään.

Terveysosaamisen kehittäminen on keskeinen kansanterveyden ja terveyden edistämisen päämäärä kaikkialla maailmassa. Vähäisen terveysosaamisen on todettu olevan maasta ja kulttuurista riippumaton itsenäinen terveydentilan riskitekijä. Terveysosaaminen lisää ihmisten valmiuksia tehdä tarkoituksenmukaisia terveyteen liittyviä päätöksiä ja kykyä tunnistaa ja muokata tekijöitä, jotka vaikuttavat omaan ja muiden terveyteen.

Lukion terveystiedon opetuksen ydintavoite on terveysosaamisen lisääminen. Terveystieto kehittää monitieteistä ymmärrystä terveydestä ja sairaudesta sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. Väestön terveysosaamisessa terveystiedon opetuksen vaikutukset voivat näkyä nopeastikin. Terveysosaamisen kehittäminen tukee osaltaan terveyserojen kaventamispyrkimyksiä. Tulevaisuuden tarpeet työkyvyn ylläpitämisestä, työurien pidentämisestä ja työhyvinvoinnista edellyttävät terveystietoista väestöä. Terveys- ja sosiaaliala on tulevaisuudessa merkittävä työllistäjä, ja terveystiedon luomat perusvalmiudet tukevat osaltaan terveysalan jatko-opintoihin hakeutumista ja niissä menestymistä. Terveystiedon reaalikokeesta saatavaa tietoa voidaan käyttää hyväksi yliopistojen ja korkeakoulujen terveysalan opiskelijavalintoja tehtäessä.

Terveystieto on monitieteinen oppiaine, joka perustuu lääketieteelliseen, terveystieteelliseen, yhteiskuntatieteelliseen ja käyttäytymistieteelliseen tutkimustietoon. Terveystiedon vähäinen kurssimäärä on saattanut vaikuttaa opiskelijoiden ratkaisuihin, kun he valitsevat kirjoitettavia aineita. Tarkoituksenmukaista on lisätä terveystiedon kurssimäärä muiden reaaliaineiden tasolle, jotta opiskelijat jakautuisivat nykyistä tasaisemmin eri reaaliaineiden kesken. Lisäksi terveystiedon opetussuunnitelmassa on tällöin mahdollista syventää oppiaineen lääke- ja terveystieteellistä perustaa sekä lisätä yhteiskunnallisen näkökulman laajempaa hahmottamista terveystiedon opetuksessa. Terveystiedon integrointi tuntijaon laajempiin kokonaisuuksiin on mahdollista. Tällöin luonteva kokonaisuus on yhteiskunnalliset aineet, vaikka terveystiedon tietoperusta nojaakin myös luonnontieteisiin.

Tarkemmat perustelut asialle ovat luettavissa liitteenä olevasta artikkelista.

Jyväskylässä ja Helsingissä 17.10.2013


Olli Paakkari
lehtori
Terveystieteiden laitos
Jyväskylän yliopisto

Osmo Saarelma
päätoimittaja, yleislääketieteen erikoislääkäri
Kustannus Oy Duodecim

Harri Vertio
pääsihteeri emeritus
Syöpäjärjestöt

# Tulevaisuuden sivistystä - Terveystiedon asema lukion tuntijakouudistuksessa

Olli Paakkari, lehtori, Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto

Osmo Saarelma, päätoimittaja, yleislääketieteen erikoislääkäri, Kustannus Oy Duodecim

Harri Vertio, pääsihteeri emeritus, Syöpäjärjestöt

Artikkeli on lähetetty julkaistavaksi tieteelliseen aikakauslehteen.

Opetus- ja kulttuuriministeriön asettama työryhmä valmistelee parhaillaan esitystä valtioneuvostolle lukiokoulutuksen tavoitteista ja tuntijaosta. Tuntijakouudistus on merkittävä koulutus- ja yhteiskuntapoliittinen ratkaisu. Se vaikuttaa lukioiden opetukseen vuosikymmenen ajan ja arviolta noin 350 000 nuoren tulevaisuuteen. Lukion perustehtävän, eri oppiaineiden ja aineryhmien kriittinen arviointi on siis ajankohtaista.

Tuntijakouudistus herättää monenlaisia näkemyksiä lukiokoulutuksen rakenteista ja painotuksista. Julkisessa keskustelussa terveystieto-oppiaine on saanut osakseen varsin värikkäitä kommentteja. Osa näistä puheenvuoroista sisältää ilmeisen tarkoitushakuista arviointia ja johtopäätöksiä sekä tietämättömyyttä terveystieto-oppiaineen luonteesta, opetuksen tavoitteista, oppisisällöistä ja reaalikokeen arvostelusta. Terveystieto-oppiaineen on esimerkiksi katsottu uhkaavan kansallista kilpailukykyämme, johtavan yleissivistyksen rapautumiseen sekä vääriin ammatinvalintoihin (Kotro 2012, Linnainmaa 2012, Nissilä ja Rutonen 2013, Salmenkivi 2013). Tällaisia nuoret-eivät-osaa-valita-oikein -kannanottoja on pidetty nuorten vähättelynä. Välijärven (2013) mukaan ”lukiolainen toki ymmärtää, että esimerkiksi pitkän matematiikan arvosanan käyttöarvo koulutusmarkkinoilla on paljon laaja-alaisempi kuin vastaavan arvosanan vaikkapa filosofiassa. Silti suotakoon filosofiasta kiinnostuneelle mahdollisuus osoittaa taitonsa filosofiassa.”. Innokkaimmat terveystiedon vastustajat ovat valmiita koko oppiaineen poistamiseen lukiosta. Tässä kohdassa on syytä muistaa, että lukiolain mukaan lukion oppimäärän tulee sisältää ”äidinkieltä ja kirjallisuutta, toista kotimaista kieltä ja vieraita kieliä, matemaattis-luonnontieteellisiä opintoja, humanistis-yhteiskunnallisia opintoja, uskontoa tai elämänkatsomustietoa, liikuntaa ja muita taito- ja taideaineita sekä terveystietoa” (Lukiolaki 629/1998, 7§). Tarkastelemme tässä tekstissä kahta kysymystä: miksi terveystieto-oppiaineen tulisi jatkossakin olla reaaliaineiden joukossa, ja millaisia muutoksia nykyisen tuntijaon rakenteisiin, terveystiedon opiskeluun ja reaalikokeeseen olisi perusteltua tehdä.

## Miksi terveystietoa reaaliaineena?

Tuntijakouudistuksessa yhtenä keskeisenä lähtökohtana on kansallisessa ja kansainvälisessä toimintaympäristössä tapahtuvien muutosten ja kehityssuuntien huomioinen. Merkittäviä tulevaisuuden

avaintrendejä Suomessa ovat demografiset muutokset, globalisaatio, ympäristöajattelu ja holistinen terveys (Wilenius 2012, Wilenius ja Kurki 2012). Ihmisten terveyteen vaikuttavien tekijöiden tiedetään rakentuvan ensisijaisesti muualla kuin varsinaisella terveyssektorilla eli terveydenhuollossa. Epidemiologisen siirtymän (tartuntataudeista kroonisiin tauteihin) taustalla on elämäntyyliin ja sosiaaliseen kontekstiin liittyviä tekijöitä. Näihin vaikuttaminen biolääketieteellisin keinoin on erittäin hankalaa. Jos kansanterveyttä halutaan edistää tehokkaammin, tulee huomiota kiinnittää näihin kontekstuaalisiin tekijöihin kuten terveysosaamisen (*health literacy*, terveyden lukutaito) ja sosiaalisen pääoman kasvattamiseen sekä terveellisen ympäristön turvaamiseen (McQueen 2007).

Epidemiologisen siirtymän ohella huomionarvoinen kehityskulku yhteiskunnassamme viimeisten vuosikymmenten aikana on valtion kollektiivisen vastuun väheneminen väestön terveydestä ja yksilön vastuun korostaminen terveyskysymyksissä (Selkälä 2013). Jos halutaan, että nykyiset nuoret pärjäävät tämänsuuntaista terveyspolitiikkaa harjoittavassa yhteiskunnassa, on heidän saatava rakennusaineita terveyteen liittyvissä asioissa aiempaa enemmän. Näyttää siltä, että asetetut terveyspoliittiset päämäärät ja kyky vastuun kantamiseen ovat osittain ristiriidassa väestön terveysosaamisen tason kanssa. Maailman terveysjärjestön (WHO 2013) mukaan Euroopassa vallitsee terveysosaamisen kriisi. Nykyinen elämänmuoto altistaa epäterveille elintavoille kuten fyysiselle passiivisuudelle, runsaalle energiansaannille ja psyykkiselle kuormitukselle. Lisäksi kompleksisen terveyteen liittyvän tiedon hallinta ja monimutkaisten terveydenhuollon järjestelmien käyttäminen ovat esimerkkejä tekijöistä, jotka vaativat ihmisiltä aiempaa enemmän resursseja, jotta oman ja muiden terveyden edistäminen onnistuisi. Väestöjen terveysosaamisen kehittäminen onkin yksi keskeisimmistä kansanterveyden ja terveyden edistämisen päämääristä maailmanlaajuisesti (Wharf-Higgins 2012, ks. myös Nutbeam 2000, Tassi 2004).

Eurooppalainen vertailututkimus (HLS-EU Consortium 2012) osoitti, että lähes joka toisella tutkimukseen osallistuneista oli merkittäviä puutteita terveysosaamisessaan. Alhaisella terveysosaamisella on monia kielteisiä seurauksia sekä yksilölle itselleen että yhteiskunnalle. Alhaisen terveysosaamisen on todettu olevan selkeä, maasta ja kulttuurista riippumaton itsenäinen riskitekijä heikolle terveydentilalle (Volandes ja Paashe-Orlow 2007). Terveysosaamisella on todettu olevan yhteyttä ihmisten terveystottumuksiin, terveyteen, elämänlaatuun sekä terveyseroihin (Berkman ym. 2011, Brown ym. 2007, Levin-Zamir ym. 2011; Sharif ja Blank 2010, Sun ym. 2013). Berkmanin ym. (2011) tekemän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan alhaisella terveysosaamisella on selkeä yhteys yksilön kykyyn tulkita terveyteen liittyvää tietoa, virheelliseen lääkkeiden käyttöön ja sairaalakäyntien määriin. Lisäksi heikon terveysosaamisen omaavilla ihmisillä on vaikeuksia ymmärtää saamaansa diagnoosia ja hoitaa itseään annettujen ohjeiden mukaisesti, eivätkä he osaa hyödyntää terveydenhuollon palveluja tilanteeseensa sopivalla tavalla (Pirisi 2000).

Yhteiskunnan tasolla edellä kuvatut tekijät näkyvät terveydenhuoltomenojen kasvuna (Howard ym. 2005; Kickbusch 2008).

Lukion terveystiedon opetuksen ydintavoite on opiskelijoiden terveysosaamisen kehittäminen. Terveysosaamisella tarkoitetaan ihmisen valmiuksia tehdä tarkoituksenmukaisia terveyteen liittyviä päätöksiä sekä kykyä tunnistaa ja muokata tekijöitä, jotka yhteisöissä ja ympäristössä vaikuttavat omaan ja muiden terveyteen (Abel 2007, Kickbusch 2008, Nutbeam 1998, Ratzan ja Parker 2000). Koulukontekstissa terveysosaaminen rakentuu terveyteen liittyvistä tiedoista (*theoretical knowledge*), taidoista (*practical knowledge*), kriittisestä ajattelusta (*critical thinking*), itsetuntemuksesta (*self-awareness*) ja eettisestä vastuullisuudesta (*citizenship*) (Paakkari ja Paakkari 2012). Kehitettäessä opiskelijoiden terveysosaamista tuetaan selkeästi myös tulevaisuuden kannalta olennaisia taitoja. Tulevaisuuden avaintaidoiksi on nostettu muun muassa kriittisen ja luovan ajattelun, ongelmanratkaisun, yhteistyön, tiedon hankkimisen ja arvioinnin sekä henkilökohtaisen ja sosiaalisen vastuullisuuden taidot (Häkkinen ym. 2011; Wagner 2008a; 2008b). Yliopistoissa ja korkeakouluissa poikkitieteellinen työskentely vahvistuu jatkuvasti. Rajoja ylittävää ajattelua arvostetaan myös työelämässä. Koska terveystieto on monitieteiseen tietoperustaan nojautuva oppiaine, mahdollistaa tämä tulevaisuudessa tarvittavan osaamisen kehittämisen autenttisissa tilanteissa.

Terveystiedon opiskelun ja tiettyjen nuorten terveystottumuksissa tapahtuneiden muutosten välillä löytyy mielenkiintoinen ajallinen yhteys. Terveystiedosta tuli vuonna 2001 itsenäinen oppiaine perusopetukseen, lukioon ja ammatilliseen koulutukseen. Opetussuunnitelman perusteet valmistuivat lukioon vuonna 2003 ja perusopetukseen vuonna 2004. Nuorten terveystottumuksiin liittyviä kehityskulkuja tämän kymmenvuotiskauden aikana ovat olleet peruskoulun 8. ja 9. luokkien oppilailla sekä lukion 1. ja 2. vuosikurssin opiskelijoilla esimerkiksi raittiuden ja tupakoimattomuuden lisääntyminen, humalajuomisen ja päivittäisen tupakoinnin väheneminen sekä viikoittaisen energiajuomien ja makeisten käytön vähentyminen (Kouluterveyskysely 2013).

Väestön terveysosaamisen kehittäminen tukee osaltaan terveyserojen kaventamispyrkimyksiä (Mackenbach ym. 2008, Nutbeam ja Kickbusch 2000). Nuoruudessa luodaan perusta aikuisiän terveydelle, terveystottumuksille ja terveysosaamiselle, ja kansanterveyden näkökulmasta mahdollisimman monien tulisi saada perusymmärrys keskeisistä terveyteen liittyvistä aiheista. Lukiossa on myös niitä opiskelijoita, jotka eivät saa kotoa tukea terveysasioissa. Vähän koulutusta saaneilla nuorilla on aikuisena eniten terveysongelmia ja lyhin elinajanodote (Lahelma ym. 2009, Valkonen ym. 2009). Siksi terveystiedon tulee olla itsenäisenä reaaliaineena toisen asteen koulutuksessa. Terveyserojen kaventumisella on merkitystä eriarvoisuuden ja syrjäytymisen vähentämisessä, ja nämä teemat ovat voimassa olevan hallitusohjelman painopistealueita. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan terveystiedon opiskelu on erityisen

merkittävää niille opiskelijoille, jotka suuntautuvat matemaattiseen, luonnontieteelliseen tai tekniseen jatkokoulutukseen (Puska ja Uutela 2013).

Tutkimusten mukaan terveys luo perustan ihmisen työkyvylle (Ilmarinen ym. 2006). Yhteiskunnan tavoitteet työkyvyn ylläpitämisestä, työurien pidentämisestä sekä työpoissaolojen ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen vähentämisestä vaativat ponnisteluja väestön terveyden suhteen yhteiskunnan eri alueilla. Terveystiedon opetus lukiossa reaaliaineena on merkittävää ennaltaehkäisevää ja ihmiselle voimavaroja antavaa toimintaa. Tästä hyötyy sekä yksilö arkielämässään että yhteiskunta taloudellisesti työn tuottavuuden kasvaessa ja terveyspalvelujen käytön supistuessa. Yhteiskunnassamme tapahtuvat demografiset muutokset vaikuttavat tulevaisuuden työpaikkoihin. On arvioitu, että eniten uutta työvoimaa vuoteen 2025 mennessä tarvitaan terveys- ja sosiaalialalle. Kaikista työtehtävistä neljännes eli noin 250 000 työpaikkaa avautuu tältä sektorilta (Hanhijoki ym. 2011, 85-89), ja luonnollisesti koulutuspaikkoja suunnataan tämän skenaarion mukaan. Terveystieto-oppiaine antaa perusymmärryksen terveyteen ja sairauteen liittyvistä tekijöistä ja mekanismeista, joten terveysalan jatko-opinnoissa vaadittavan osaamisen ja tulevaisuuden työpaikkojen näkökulmasta terveystiedon pitäminen reaaliaineiden joukossa on järkevää. Tällä ratkaisulla voidaan varmistaa tietty perusosaamisen taso ja toisaalta käyttää reaalikokeesta saatavaa tietoa hyväksi jatkokoulutuksen opiskelijavalintoja tehtäessä. Terveystiedon opiskelu on väylä tutustua terveystieteiden rikkaaseen kenttään, ja opiskelun aikana tapahtuva perehtyminen tieteen tekemisen periaatteisiin voi parhaimmillaan olla sytyttämässä tutkimuksellista kiinnostusta ja houkutella hakemaan terveysalan yliopisto-opintoihin.

Lukion tuntijako heijastelee yhteiskunnassa vallitsevia arvoja ja käsityksiä siitä, millaista osaamista pidetään hyödyllisenä opiskelijoiden senhetkisen ja tulevan elämänkulun kannalta. Edellä esitettyjen näkökulmien pohjata voidaan todeta, että terveystieto-oppiaineen säilyttäminen muiden reaaliaineiden joukossa on perusteltua. Terveys on keskeinen voimavara, jonka varaan monet muut hyvinvoinnin ja hyvän elämän osatekijät rakentuvat (Allardt 1999).

## Miten tuntijaon rakenteita ja terveystieto-oppiainetta tulisi uudistaa?

Lukiokoulutuksen tavoitteena on muun muassa tukea opiskelijoiden kasvua sivistyneiksi ja tasapainoisiksi yhteiskunnan jäseniksi sekä antaa opiskelijoille tarpeellisia tietoja ja taitoja jatko-opintojen, työelämän ja itsensä kehittämisen kannalta (Lukiolaki 629/1998, 2§). Tuntijakoa tulee suunnitella sen mukaan, millaista osaamista opiskelijat tarvitsevat nyt ja tulevaisuudessa. Nuoret elävät elämäänsä aiempaa monimutkaisemmassa ja moniarvoisemmassa ympäristössä sekä muutoksen, tietotulvan ja osin ristiriitaisenkin tiedon sävyttämässä maailmassa.

Yleissivistyksen määritteleminen yksiselitteisesti on hankalaa. Yleinen sivistyneisyys sisältää ainakin perinteistä akateemista sivistystä kuten eri oppiaineiden sisältötietojen hallintaa sekä kykyä tiedon hankkimiseen, muokkaamiseen, arvioimiseen ja käyttämiseen. Olennaista on myös niin sanottu sydämen sivistys, esimerkiksi itsensä arvostaminen ja muiden kunnioittaminen, kyky asettautua toisen asemaan, korrekti käyttäytyminen, eettisesti kestävien valintojen tekeminen sekä yhteisen hyvän edistäminen tiedon avulla. Perinteisesti yleissivistystä on pyritty turvaamaan sillä, että jokainen opiskelija lukee vähän kaikkea lukiokoulutuksen aikana. Yleissivistys ei kuitenkaan rapaudu, vaikka kaikilla ei olisikaan täsmälleen samansisältöistä tutkintoa taskussaan. Olennaista on, että opiskelijat voivat rakentaa aiempaa joustavammin erilaisia ”yleissivistyksiä” omien tulevaisuuden tavoitteidensa suunnassa. Tämä voisi osaltaan lisätä lukion houkuttelevuutta ja opiskelijoiden motivoitumista opiskeluun. Ylioppilaskokeissa sitten koetellaan riittävän usean aineen tai aineryhmän tuottamaa osaamista tämän valinnaisuuden pohjalta. Yhtenäiskulttuurien aika on mennyttä; sellaisen tasapaksun, kaikille samanlaisen yleissivistyksen luominen, joka toimisi yleisavaimena moniarvoisessa ja monimutkaisessa maailmassa, tuntuu keinotekoiselta.

Eri oppiaineiden arvon tai vaikeuden vertailu vaikuttaa kestämättömältä tieltä. Jokainen aine rakentaa osaltaan monipuolista yleissivistystä. Oppiaineet itsessään, kuten historia, maantiede, filosofia, yhteiskuntaoppi, terveystieto, psykologia tai uskonto, eivät ole ”helppoja” tai ”vaikeita”. On ilmeistä, että näistä kaikista löytyy riittävästi haasteita lukiolaisen kognitiivista kapasiteettia ajatellen, opiskellaanhan näitä samoja aihepiirejä yliopistoissa vuosikausia.

Sekä terveystiedon että muiden reaaliaineiden kannalta olisi toivottavaa, että kokelaat jakautuisivat nykyistä tasaisemmin eri oppiaineiden kesken. Miten tähän voitaisiin päästä? Tällä hetkellä terveystiedossa on vain kolme kurssia. Muita reaaliaineita alhaisempi kurssimäärä saattaa houkutella osaa kokelaista valitsemaan terveystiedon. Voimassaolevan tuntijaon rakenteellinen ongelma tulee poistaa uudistuksen yhteydessä nostamalla terveystiedon kurssimäärä samalle tasolle muiden reaaliaineiden kanssa. Runsaampi kurssimäärä antaa mahdollisuuden asettaa haasteellisempia tavoitteita tulevassa opetussuunnitelmassa, ja tämä taas ohjaa opettajakuntaa aikaisempaa laajempaan ja syvempään terveyskysymysten käsittelyyn. Sisällöllisessä mielessä laajennusmahdollisuuksia löytyy helposti. Terveystieteiden laajasta kentästä lukioon sopivia sisältöaineksia voi koota esimerkiksi kansanterveystieteen, gerontologian, terveyssosiologian, fysioterapian, terveyskasvatuksen, ergonomian, ravitsemustieteen, terveysteknologian tai terveystaloustieteen saralta. Sähköistämisen myötä terveystiedon reaalikokeen haasteellisuus tulee lisääntymään. Muun muassa aineistojen hyödyntäminen sekä selityksiä etsivät ja päättelyä testaavat tehtävät vaativat kykyä monipuoliseen tiedonkäsittelyyn, kriittiseen ajatteluun ja syvälliseen oppiaineen asiatietojen hallintaan. Edellä kuvatut tekijät (valinnaisuus, terveystiedon kurssimäärän lisääminen, vaativammat tavoitteet,

laajemmat oppisisällöt, haastavampi koe) sekä arvosanojen tasokorjaus ovat keskeisimpiä keinoja, joilla voidaan vaikuttaa terveystiedon kirjoittajien määrään ja tasoittaa kokelaiden jakautumista eri reaaliaineisiin.

Tuntijakotyöryhmällä on haasteellinen tilanne osin ristiriitaisten vaatimusten yhteensovittamisessa. Yhtäältä lukion yleissivistävää luonnetta tulisi vahvistaa, eli sivistystä tulisi kerryttää mahdollisimman monelta elämän osa-alueelta laajasti. Toisaalta pyrkimyksenä on päästä syvälle mahdollisimman monessa eri oppiaineessa. Koska käytössä on vain tietty määrä aikaa ja opiskelijoiden voimavarat ovat rajalliset, jostain joudutaan tinkimään. Oppiaineiden yhdistäminen laajemmiksi kokonaisuuksiksi (ns. oppiainekorit) ja joustavuus valinnaisuudessa näiden sisällä tarjoavat tien kompromissiin. Luontevia kokonaisuuksia muodostavat esimerkiksi luonnontieteet, yhteiskunnalliset aineet, kieliaineet, katsomusaineet sekä taito ja taideaineet. Tässä jaottelussa terveystiedolle ominaisin paikka löytyy yhteiskunnallisten aineiden joukosta, vaikka osa terveystiedon tietoperustasta muodostuukin luonnontieteellisen (mm. biotieteet, lääketiede) tutkimuksen pohjalta. Äidinkielen pitäminen omana kokonaisuutenaan on perusteltua. Nykyisessä tuntijaossa pakolliset eri oppiaineiden kurssit on määritelty, mutta uudistuksessa pakollisuus voitaisiin asettaa koskemaan eri aineiden muodostamia laajempia kokonaisuuksia. Lukiolaisella tulisi olla mahdollisuus valita - tietyn säätelyn rajoissa - laajemmista kokonaisuuksista ne oppiaineet, joista hän suorittaa pakollisia kursseja. Vapautuvan ajan ja henkiset voimavarat opiskelija voisi käyttää parhaaksi katsomallaan tavalla, esimerkiksi syventyä tiettyjen aineiden opiskeluun tai toisaalta opiskella monia eri aineita, aivan kuten nykyisinkin.

Oppiainepohjaisen opiskelun ohella lukiossa tulisi olla laajojen asiakokonaisuuksien hallintaa vahvistavia ”integraatiokursseja”. Nämä tavallisia kursseja kestoltaan pidemmät kurssit rakentuisivat kulloinkin ajankohtaisen ilmiön tai teeman ympärille, jota tarkasteltaisiin eri oppiaineiden näkökulmasta. Yksi integraatiokurssi voisi rakentua kunkin oppiainekorin sisältämien aineiden kesken ja toinen eri oppiainekorien välillä. Kurssit ohjaisivat tiedon hankintaan, arviointiin, yhdistelyyn, päättelyyn sekä argumentointiin, ja kurssien aikana opiskelijat tekisivät laajan oppiainerajat ylittävän työn. Tällainen rakenteellinen ratkaisu ohjaisi opettajia tiimiopetukseen ja uudistaisi osaltaan lukion opetuskulttuuria aidosti ilmiölähtöiseen, tutkivan ja ongelmaperustaisen oppimisen suuntaan.

Lähteet


Abel, T. (2007). Cultural capital in health promotion. Teoksessa D. V. McQueen & I. Kickbusch (toim.), Health and modernity. The role of theory in health promotion. New York: Springer. 43—73.

Allardt, E. (1999). Filosofinen ja sosiologinen hyvää elämää koskeva keskustelu terveystutkimuksen kannalta. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 36(3), 203—212.

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Annals of Internal Medicine, 155(2), 97—107.

Brown, S. L., Teufel J. A, & Birch, D. A. (2007). Early adolescents perceptions of health and health literacy. Journal of School Health, 77(1), 7—15.

Hanhijoki, I., Katajisto, J., Kimari, M. & Savioja, H. (2011). Koulutus ja työvoiman kysyntä 2025. Ennakointituloksia tulevaisuuden työpaikoista ja koulutustarpeista. Raportit ja selvitykset 25. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.

HLS-EU consortium (2012). Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU. http://www.health-literacy.eu

Howard, D. H., Gazmararian, J., & Parker, R. M. (2005). The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. The American journal of medicine, 118(4), 371—377.

Häkkinen, P., Juntunen, M. & Laakkonen, I. (2011). Tulevaisuuden oppimisympäristöt? Yksilölliset ja yhteisölliset oppimisen tilat. Teoksessa K. Pohjola (toim.) Uusi koulu. Oppiminen mediakulttuurin aikakaudella. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino. 51—63.

Ilmarinen, J., Gould, R., Järvikoski, A. & Järvisalo, J. (2006). Työkyvyn moninaisuus. Teoksessa R. Gould, J. Ilmarinen, J. Järvisalo & S. Koskinen (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Hakapaino. 17—34.

Kickbusch, I. (2008). Health literacy: an essential skill for the twenty-first century. Health Education, 108(2), 101—104.

Kotro, A. (2012). Paras mahdollinen koulu. Opettaja 107(37), 12.

Kouluterveyskysely (2013). http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset

Lahelma, E., Rahkonen, O., Koskinen, S., Martelin, T. & Palosuo, H. (2009). Socio-economic health inequalities: causes and explanatory models. Teoksessa H. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, E. Kostiainen, R. Prättälä, T. Martelin, A. Ostamo, I. Keskimäki, M. Sihto & E. Linnanmäki (toim.) Health inequalities in Finland. Trends in socioeconomic health differences 1980-2005. 21—37.

Levin-Zamir, D., Lemish, D., & Gofin, R. (2011). Media Health Literacy (MHL): development and measurement of the concept among adolescents. Health Education Research, 26(2), 323—335.

Linnainmaa, L. (2012). Lukiolainen: älä rajoita ammatinvalintaasi. Turun sanomat 23.9.2012.

Lukiolaki (1998). http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980629
Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A. J. R, Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. E. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. New England Journal of Medicine, 358(23), 2468—2481.

McQueen, D. V. (2007). Critical issues in theory for health promotion. Teoksessa D. V. McQueen, I. Kickbusch, L. Potvin, J. Pelikan, L. Balbo & T. Abell (toim.) Health and modernity. New York: Springer. 21—42.

Nissilä, M-L. & Rutonen, M. (2013). Ojasta allikkoon. Opettaja 107(37), 15—18.

Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary 1. Health promotion international, 13(4) 349—364.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health promotion international, 15(3), 259—267.

Nutbeam, D. & Kickbusch, I. (2000). Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. Health Promotion International, 15(3), 183—184.

Paakkari, L. & Paakkari, O. (2012). Health literacy as a learning outcome in schools. Health Education, 112(2), 133—152.

Pirisi, A. (2000). Low health literacy prevents equal access to care. The Lancet, 25, 1828.

Puska, P. & Uutela, A. (2013). Kuulemistilaisuus lukiolaissa tarkoitetun koulutuksen valtakunnallisista tavoitteista ja tuntijaosta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
http://www.hare.vn.fi/upload/Asiakirjat/19021/198924_Terveyden_ja_hyvinvoinnin_laitos_Lausunto.pdf

Ratzan, S. C. & Parker, R. M. (2000). Introduction. Teoksessa C. R. Selden, M. Zorn, S. C. Ratzan, & R. M. Parker (toim.), Current Bibliographies in Medicine — Health Literacy, National Library of Medicine, Bethesda. v—vi.

Salmenkivi, E. (2013). Ylioppilastutkinnon rakenne- ja reaalikoeuudistusten vaikutuksia: miten lisääntynyt valinnaisuus ohjaa lukiolaisia. Kasvatus ja aika 7(3), 24—39.

Selkälä, A. (2013). Kansalaisuuden hallinta suomalaisessa sosiaali- ja terveyspolitiikassa. Acta Universitatis Lapponiensis 248. Lapin yliopistokustannus: Rovaniemi.

Sharif, I. & Blank, A. E. (2010). Relationship between child health literacy and body mass index in overweight children. Patient education and counseling, 79(1), 43—48.

Sun, X., Shi, Y., Zeng, Q., Wang, Y., Du, W., Wei, N., & Chang, C. (2013). Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. BMC public health, 13(1), 261. http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/261

Tassi, A. (2004). The emergence of health literacy as a public policy priority: from research to consensus to action. Literacy Harvest, 11(1), 5—10.

Valkonen, T., Ahonen, H., Martikainen, P. & Remes, H. (2009). Socio-economic health inequalities and how they have changed. Teoksessa H. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, E. Kostiainen, R. Prättälä, T. Martelin, A. Ostamo, I. Keskimäki, M. Sihto & E. Linnanmäki (toim.) Health inequalities in Finland. Trends in socioeconomic health differences 1980-2005. 39—60.

Volandes, A. E. & Paasche-Orlow, M. K. (2007). Health literacy, health inequality and a just healthcare system. The American Journal of Bioethics, 7(11), 5—10.

Välijärvi, J. (2013). Voiko yleissivistystä mitata yhdellä kokeella? Helsingin sanomat 25.1.2013.

Wagner, T. (2008a). Rigor redefined. Educational Leadership, 66(2), 20—24.

Wagner, T. (2008b). The global achievement gap: Why even our best schools don't teach the new survival skills our children need—and what we can do about it. New York: Basic Books.

Wharf-Higgins, J. (2012). Preface: A health literacy syllabus. Teoksessa R. Marks (toim.) Health literacy and school-based health education. Bingley: Emerald Group Publishing Limited, xi—xvi.

WHO (2013). Health literacy: Solid facts. Copenhagen.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf

Wilenius, M. (2012). Tulevaisuuden megatrendit ja työurien pidentäminen. Esitys KEVA-päivillä 30.5.2012. http://www.keva.fi/SiteCollectionDocuments/Tiedotteet/Keva_paiva_Wilenius_2012.pdf

Wilenius, M. & Kurki, S. (2012). Surfing the sixth wave. Exploring the next 40 years of global change. Finland futures research centre. FFRC eBook 10. http://www.utu.fi/fi/yksikot/ffrc/julkaisut/e-tutu/Documents/eBook_2012-10.pdf