

Eduskunnan tulevaisuusvaliokunta
TuV@eduskunta.fi

Asiantuntijalausunto

Kelan asiantuntijalausunto teemasta kansanterveys, kansansairaudet ja ihmisten toimintakyky – erityisesti kehitys, ennusteet ja riskit

Kiitämme mahdollisuudesta antaa asiantuntijalausunto teemasta kansanterveys, kansansairaudet ja ihmisten toimintakyky. Erityisenä mielenkiinnon kohteena on ennakoitu kehitys, uudet kansansairaudet, muut kansanterveyteen ja hyvinvointiin liittyvät kehityskulut ja riskit, jotka voivat haastaa ihmisten toimintakyvyn ja hyvinvointivaltion perustan.

Lausunnossamme lähestymme teemaa hyödyntäen erityisesti tietoja, jotka perustuvat Kelan etuustilastoihin, esimerkiksi lääketilastot ja työkyvyttömyyseläkkeet, ennusteisiin ja eri väestöryhmien terveyttä, hyvinvointia ja toimeentuloa koskeviin tutkimuksiin, selvityksiin ja raportteihin. Tarkastelemme eri kehityskulkuja ja riskejä väestöryhmittäin sekä koko yhteiskuntaa koskettavien ilmiöiden tai uhkien kautta.

Painotamme lausunnossamme tiettyjä väestöryhmiä ja kansanterveyteen liittyviä teemoja, kuten kehitys sairausperusteisissa etuuksissa, joita saadaan yhä useammin mielenterveyden häiriöiden perusteella, lasten ja nuorten mielenterveys, ikääntyvien toimintakyky sekä köyhyyden, eriarvoisuuden ja terveyden kytkeytyminen toisiinsa. Lisäksi käsittelemme mm. globaaleja terveysuhkia, kuten epidemiat, lääkekustannusten nousu, lääkkeiden saatavuushäiriöt ja antibioottiresistenssi.

Lausunnon kirjoittajat ovat Karoliina Koskenvuo (tutkimuspäällikkö, FT, kansanterveystieteen dosentti) ja Ella Näsi (tutkija, FM). Lausunnon taustamateriaalia on saatu Kelasta tutkimuspäällikkö Leena Saastamoiselta (FaT, dosentti) ja Hanna Koskiselta (ryhmäpäällikkö, FT) ja Pertti Pykälältä (aktuaaripäällikkö, VTL).

Ystävällisin terveisin

Karoliina Koskenvuo

Ella Näsi

Yhteenveto lausunnosta

Vaikka moni kansanterveyteen ja hyvinvointiin liittyvä indikaattori näyttää positiivista kehitystä, eikä kansansairauksissamme ole odotettavissa äkillistä vaihtelua, on mm. Kelan tilastojen valossa havaittavissa huolestuttavia kehityskulkuja, joiden perusteella voidaan arvioida, mitkä sairaudet ja kehityskulut todennäköisesti ovat jatkossa entistä merkittävämpiä kansanterveydellisiä haasteita. Globaalit terveysuhat, kuten epidemiat ja pandemiat, lääkkeiden saatavuushäiriöt ja antibioottiresistenssi uhkaavat myös suomalaisten kansanterveyttä, hyvinvointia ja kansantaloutta.

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella työkyvyttömyyseläkettä saavien osuus väestössä kasvaa, kaikista nuorimmilla kasvua on tapahtunut erityisesti käytös- ja tunnehäiriöiden ja psyykkisen kehityksen häiriöiden perusteella myönnetyissä eläkkeissä, mutta myös masennuksen vuoksi yhä useampi nuori siirtyy eläkkeen saajaksi. Sama kasvava trendi näkyy sairauspoissaolojen syissä, joissa tuki- ja liikuntaelinsairauksien osuus on vähentynyt, mutta mielenterveysongelmien osuus kasvanut – ei pelkästään nuorilla vaan kaikissa ikäryhmissä, mitä on pidettävä työurien pidentämistavoitteiden kannalta huolestuttavana kehityskulkuna.

Mielenterveys ja hyvinvointi ovat monien jo varhaiseen lapsuuteen liittyvien tekijöiden yhteisvaikutuksen tulos. Tulevaisuuden kannalta huolestuttavana on pidettävä sitä, että eri aineistolähteisiin perustuvien tutkimusten ja asiantuntinäkemyksien mukaan ylisukupolvinen ja kumuloitunut huono-osaisuus on lisääntymässä. Osalla väestöstä ja perheistä menee hyvin, mutta osa lapsista ja nuorista on vaarassa jäädä pysyvästi syrjään opiskelu- ja työelämästä.

Nuorten keskuudessa alkoholinkulutus on vähentynyt, mutta mm. kannabiksen ja opioidien käyttö on lisääntynyt. Tuoreen tutkimuksen mukaan Suomessa on nuorten 15–24-vuotiaiden amfetamiinin ja opioidien ongelmakäyttäjien sukupolvi, joka on suurempi kuin koskaan aikaisemmin. Suomessa opioidiriippuvuus on jo nykyään yleisin syy päihdehoitoon hakeutumiselle, joten kehitystä voidaan pitää erittäin huolestuttavana. Lasten ja nuorten netti- ja peliriippuvuus on yleistynyt. Peli- ja some-riippuvuus taas ovat yhteydessä mielenterveyden häiriöihin ja heikompaan koulumenestykseen. Voi sanoa, että erilaiset ja osin uudet riippuvuussairaudet haastavat kansanterveyttä ja hyvinvointia lisääntyvässä määrin.

Väestömme ikääntyy ja myös hyvin iäkkäiden (80+) määrä ja suhteellinen osuus koko väestöstä kasvavat. Väestön ikääntymisen myötä erityisesti muistisairaudet lisääntyvät suhteessa nopeammin kuin muut sairaudet, samoin monisairastavuus. Esimerkiksi Kela maksoi eläkettä saavan hoitotukea viime vuonna 437,9 miljoonaa euroa, mikä on lähes 80 % kaikista vammaistukimenoista. Selvästi yleisin peruste eläkettä saavan hoi-

totuelle ovat muistisairaudet. Kuten muistisairaudet, myös monisairastavuus vaikuttaa merkittävästi toimintakykyyn, itsenäiseen arjessa pärjäämiseen ja elämänlaatuun ja haastaa nykyistä terveydenhuoltojärjestelmää ja sosiaalipalveluita.

Köyhyys, eriarvoisuus ja terveysongelmat kytkeytyvät toisiinsa. Lähes 400 000 henkilöä sai perustoimeentulotukea vuoden 2019 aikana. Toimeentulotukea saavat erityisesti nuoret ja ne, jotka eivät saa ensisijaisia etuuksia ja ne, joilla korkeiden asumiskustannuksen vuoksi perusturva-etuudet eivät takaa toimeentuloa sekä osa maahanmuuttajista (pakolais-taustaiset). Tutkimusten mukaan toimeentulotuen saajat sairastavat ja käyttävät julkisia terveyspalveluja muuta saman ikäistä väestöä enemmän.

Tilastoihin perustuvista kehityskuluista huomionarvoista on myös se, että työttömän perusturvan menot ovat ylittäneet ansioturvan menot ja vähimmäiseläketurvaa saavien määrät ovat nousseet. Eläkeköyhyys on uhkana, jos päätyy työkyvyttömyyseläkkeelle hyvin nuorena. Muita eläkeläisköyhyyden riskiryhmiä ovat osa maahanmuuttajista, itsensä työllistäjät ja mikroyrittäjät sekä henkilöt, jotka hoitavat omaisiaan pitkiä aikoja. Jos työsuhteet muuttuvat tilapäisemmiksi ja työurat silppumaisemmiksi ja maahan muuttajien kotoutuminen ja pääsy työelämään ei onnistu, yhä useampi saattaa päätyä vähimmäiseläketurvan saajaksi tulevaisuudessa. Maahan muuttajat eivät ole yhtenäinen ryhmä, mikä näkyy myös tarkasteltaessa maahan muuttajien terveyttä. Tutkimusten mukaan maahan muuttajilla on mm. muuhun väestöön verrattuna enemmän mielenterveyteen liittyviä ongelmia.

Lääkkeillä ja niiden saatavuudella sekä hinnoilla on merkitystä sekä terveydenhuollon kustannuksiin että potilaiden paranemiseen ja/tai oireiden lievittämiseen. Joissakin lääkeryhmissä, kuten syöpälääkkeissä, on tapahtunut viime vuosina huimaa kehitystä – samalla kustannukset ovat kasvaneet merkittävästi. Huolta herättää, että lääkkeiden saatavuusongelmat ovat lisääntyneet. Lääkemarkkinat ovat globaalit, joten Suomella on vain rajalliset mahdollisuudet vaikuttaa lääkkeiden saatavuuteen ja hintoihin. Lääkkeisiin liittyy myös toisenlainen globaali uhka eli antibioottiresistenssi. Antibioottien epätarkoituksenmukainen ja liiallinen käyttö luovat olosuhteita, joissa syntyy uusia lääkkeille vastustuskykyisiä taudinaiheuttajia. Jos asiaan ei puututa, resistenteistä infektioista johtuvien vuosittaisten kuolemien määrän on ennustettu nousevan jopa 10 miljoonaan vuoteen 2050 mennessä, jos asiaan ei puututa. Suomessa tilanne on toistaiseksi melko hyvä, mutta uhka tulee ottaa vakavasti, sillä antibioottiresistenssi vaikeuttaa monien aivan tavallistenkin sairauksien hoitoa.

Epidemiat tai ilmastonmuutos eivät tunne kansallisia rajoja ja globaalin talouden vaikutukset ulottuvat kaikkialle. Kiinan Hubein maakunnassa

joulukuussa 2019 löydetty uusi koronavirus (COVID-19) on ajankohtainen huolenaihe. Koronavirukseen on sairastunut lähes 110 000 ihmistä, ja virus on aiheuttanut paikallisia epidemioita Kiinassa, Etelä-Koreassa, Iranissa ja Italiassa. Suomessakin on jo 40 koronavirustartuntaa (tilanne 10.3.2020).

Globalisaation ja ilmastonmuutoksen vaikutukset ulottuvat kaikkialle, myös suomalaiseen yhteiskuntaan ja Suomessa asuvien ihmisten terveyteen. Vaikka suurin osa suomalaisten tautitaakasta liittyykin ei-tarttuviin tauteihin, on terveydenhuollon pystyttävä vastaamaan myös ennustamattomien tartuntatautien aiheuttamiin terveysuhkiin. Työhön ja vapaa-aikaan liittyvä matkustaminen on lisääntynyt jatkuvasti. Samalla ilmastonmuutos tulee lisäämään pakolaisuuteen perustuvaa liikkuvuutta. Pitkät kuivuusjaksot ja toisaalta entistä rankemmat tulvat heikentävät ruokaturvaa, joten ihmiset joutuvat lähtemään elinkelvottomiksi muuttuneilta kotiseuduiltaan. Tämä lisäänee maahanmuuttoa, mikä osaltaan tasoittaa väestörakenteen muuten voimakasta ikääntymistä.

Lääketieteen, lääkkeiden ja teknologian kehitys sekä digitalisaatio ovat omalta osaltaan vaikuttaneet siihen, että monella terveyden osa-alueella on tapahtunut myönteistä kehitystä kaikkialla maailmassa. Innovaatiot ja datan (big data) tehokkaampi hyödyntäminen tarjoavat uusia ratkaisuja vaikeisiin sairauksiin ja kansanterveydellisiin haasteisiin. Samalla on muistettava, että terveys ja hyvinvointi perustuvat tulevaisuudessakin samoihin perusasioihin kuin ennenkin: terveelliseen elinympäristöön ja elintapoihin, sairauksien ennaltaehkäisyyn, kaikkien saatavilla oleviin terveyspalveluihin, osallisuuteen ja perustoimeentuloon sekä yhteiskunnan vakauteen ja resilienssiin.

Sisällys

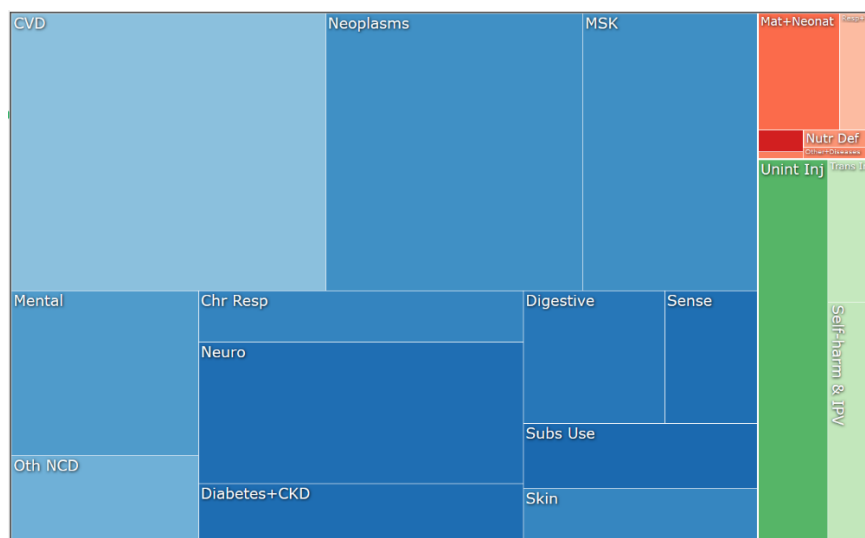
1	Johdanto	6
2	Ennuste väestörakenteen muutoksista	11
3	Ikääntyneiden hyvinvointi, terveys ja toimintakyky	13
4	Yhä useampi lapsi ja nuori saa etuuksia mielenterveyden häiriön perusteella	15
5	Kehityskulut sairauspoissaoloissa – mielenterveyssyyt yleistyneet kaikissa ikäryhmissä	19
6	Köyhyys, eriarvoisuus ja terveysongelmat kytkeytyvät toisiinsa	22
7	Heikommassa asemassa olevien ryhmien osallistaminen	25
8	Maahan muuttaneiden terveys ja hyvinvointi suomalaisessa yhteiskunnassa	26
9	Lääkkeiden kustannukset ja saatavuusongelmat kasvavat	27
10	Epidemiat ja pandemiat	29
11	Antibioottiresistenssi on maailmanlaajuinen terveysuhka	32
12	Lähteet	33
	Liite 1. Kansansairaudet Suomessa 2019	42
	Liite 2. COVID-19 eli koronavirus	44

1 Johdanto

Merkittävimpiä kansansairauksia ovat sairaudet, joilla on merkitystä koko väestön terveydentilalle eli kansanterveydelle. Suomessa merkittävimpiä kansantauteja ovat nykyään sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes, hengityselinsairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, syöpäsairaudet, mielenterveyden ongelmat ja muistisairaudet (ks. Liite 1 sekä kuvio 1). Joka seitsemännellä suomalaisella on oman arvionsa mukaan huomattavia toimintakykyyn liittyviä rajoitteita (Sainio ym., 2019, 255). Yksilön terveys ja toimintakyky vaikuttavat hänen opiskelu- ja työkykyynsä, mitkä puolestaan vaikuttavat hänen toimeentuloonsa. Kansanterveydellä ja kansantaloudella on kiinteä yhteys, ja ne yhdessä vaikuttavat yhteiskunnan hyvinvointiin ja vakauteen pitkällä tähtäimellä.

Kuvio 1 antaa yleiskatsauksen kansansairauksistamme ja niiden keskinäisistä painoarvoista haittapainotettuina elinvuosina (DALY, disability-adjusted life years). Siniset laatikot ovat ei-tartttuvia tauteja¹. Punaisen sävyillä on kuvattu synnytykseen ja raskauteen liittyvät sairaudet ja komplikaatiot, ravitsemukseen liittyvät sairaudet sekä tartuntataudit. Tapaturmat ja väkivalta on kuvattu vihreällä. Vaalea sävy kuvastaa laskevaa ja tumma sävy kasvavaa trendiä. (IHME, 2020.)

Kuvio 1. Sairauksien painoarvo Suomessa haittapainotettuina elinvuosina (IHME, 2020.)



¹ Siniset: sydän- ja verisuonitaudit (19%), syövät (16%), tuki- ja liikuntaelinsairaudet (11%), neurologiset sairaudet (10%), mielenterveyden häiriöt (7 %), diabetes ja munuaissairaudet (4%), krooniset hengityselinsairaudet (4%), ruoansulatuselinten sairaudet (4 %), päihteiden käyttö (3%), aistielinten sairaudet (3 %) sekä ihosairaudet (3%). Punaiset: Synnytykseen ja raskauteen liittyvät sairaudet ja komplikaatiot (2%), ravitsemus (0,3%), hengityselininfektiot ja tuberkuloosi (yhdessä 1%), ruoansulatuskanavan infektiot (0,2 %), HIV/AIDS (0,07%). Vihreät: itse-aiheutettu/toisen aiheuttama väkivalta (3%), tapaturmat (6%), liikenneonnettomuudet 1,5%).

Suomalaisten kansanterveys on kansainvälisesti hyvällä tasolla

Suomen kansanterveys on monella mittarilla mitattuna maailman huippuluokkaa. Alle 1-vuotiaiden kuolleisuus on maailman alhaisimpia (2,1/1000 elävänä syntynyttä) ja syntyneiden eliniänodote on yli yhdeksän vuotta pidempi kuin maailmassa keskimäärin (81,4 vs. 72,4 vuotta). Tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä sydän- ja verisuonitaudit ovat vähentyneet. Tilastojen valossa myönteistä kehitystä on tapahtunut myös niissä kansanterveyttä uhkaavissa asioissa, joista Suomi oli pitkään kuuluisa: Alkoholinkulutus on ollut laskusuuntaista viimeiset 10 vuotta, vaikkakin vuonna 2018 oli havaittavista pientä nousua edellisvuoteen verrattuna. Itsemurhat ovat kymmenen viime vuoden aikana vähentyneet 20 %. (Findikaattori ja World Bank Data.)

Mielenterveysongelmien merkitys on kasvanut

Vaikka moni indikaattori näyttää positiivista kehitystä, eikä kansansairauksissamme ole odotettavissa äkillistä vaihtelua, on mm. Kelan tilastojen valossa havaittavissa huolestuttavia trendejä, joiden perusteella voidaan arvioida, mitkä sairaudet ovat jatkossa entistä merkittävämpiä kansanterveydellisiä haasteita. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden osuus on selvässä kasvussa, kaikista nuorimmilla kasvua on tapahtunut erityisesti käytös- ja tunnehäiriöiden ja psyykkisen kehityksen häiriöiden perusteella myönnettyissä eläkkeissä, mutta myös masennuksen vuoksi yhä useampi nuori siirtyy eläkkeen saajaksi. Sama kasvava trendi näkyy sairauspoissaolojen syissä, joissa tuki- ja liikuntaelinsairauksien osuus on vähentynyt, mutta mielenterveysongelmien osuus kasvanut.

Elintapojen ja ikääntymisen vaikutus kansanterveyteen

Monien kansantautien riskiä voidaan vähentää terveyttä edistävillä elintavoilla. Tupakointi ja humalajuominen ovatkin jo vähentyneet työikäisessä väestössä, ja liikunta hieman lisääntynyt erityisesti miehillä. Kokonaiskolesterolitasot ovat myöskin kääntyneet laskuun. (Karvonen ym. 2019, 58.)

Haasteita kuitenkin on edelleen: Lihavuus (painoindeksi yli 30) on kasvanut melko tasaisesti viimeisen 40 vuoden aikana ja lihaviiden osuus on nyt noin 20 prosenttia 20–64-vuotiaista (Findikaattori). Kohonnut verenpaine on hyvin yleistä. (Karvonen ym. 2019, 58.) Alkoholit ja tupakka ovat edelleen kaksi merkittävintä elintapoihin liittyvää kansanterveydellistä riskitekijää Suomessa (IHME 2020/Lancet), vaikka humalajuominen ja tupakointi ovatkin vähentyneet työikäisessä väestössä. Sen lisäksi on havaittavissa, että erilaisten riippuvuuksien kirjo on lisääntynyt haitallisine seuraamuksineen. Huolestuttavaa on, että esimerkiksi nuorten kannabiksen ja opioidien käyttö ja peli- ja

nettiriippuvuus on lisääntynyt. Tuoreen tutkimuksen mukaan Suomessa on nuorten 15–24-vuotiaiden amfetamiinin ja opioidien ongelmakäyttäjien sukupolvi, joka on suurempi kuin koskaan aikaisemmin (Rönkä ym. 2020). Väestön ikääntyminen tarkoittaa myös väistämättä muutoksia eri kansasairauksien painoarvoon. Muistisairaudet lisääntyvät sitä mukaa, kun väestö ikääntyy. Samalla yleistyy monisairastavuus (Kosunen, 2019), mikä vaikuttaa merkittävästi toimintakykyyn, itsenäiseen arjessa pärjäämiseen ja elämänlaatuun.

Sukupuolen merkitys yksilön terveyteen

Sukupuolten välillä on eroja hyvinvoinnissa, terveydessä ja sairastavuudessa. Esimerkiksi miesten odotettavissa oleva elinikä on matalampi kuin naisilla ja työikäisinä kuolleista huomattava osa on miehiä. Samoin elintavat ja muut hyvinvointiin ja terveyteen liittyvät taustatekijät ovat naisilla ja miehillä erilaisia. Naisten kohdalla synnytysien nousulla voi olla vaikutuksia sekä lapsen että äidin terveyteen. On myös viitteitä siitä, että äidin korkealla iällä ensimmäisessä synnytyksessä on yhteyttä rintasyöpäriskiä. Kansanterveyden tulevaisuushaasteita pohdittaessa sukupuolinäkökulma sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyden ja oikeuksien tärkeys on hyvä pitää mielessä. Olisi myös syytä arvioida, liittyykö erityisesti gynekologisiin, mutta myös urologisiin, terveysongelmiin edelleen liikaa tabuja ja eriarvoisuutta palvelujen saatavuudessa ja saavutettavuudessa. Aiheutuuko yksityisasiaina pidettyihin terveyshaasteisiin enemmän työ- ja toimintakykyyn vaikuttavia haasteita kuin mitä on tiedossa ja tilastoista nähtävissä?

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden merkitys väestöön

Vaikka kansainvälisessä vertailussa seksuaali- ja lisääntymisterveys on Suomessa monilla mittareilla erinomainen (Klemetti ja Raussi-Lehto, 2016, 12), on tästä huolimatta syntyvyys viimeisen vuosikymmenen aikana sukeltanut. Suomen kokonaishedelmällisyysluku olikin vuonna 2019 mittaushistorian alhaisin, 1,35 (SVT, 2020). Samalla kun lapsiluku on laskenut, myös ensisynnyttäjien ikä on noussut (Roustaei, ym., 2019). Kaikkein suurin lisääntymiskykyyn vaikuttava asia on ikä, mutta moni ei sitä tiedä tai tiedosta. Iän ja elintapojen vaikutuksesta hedelmällisyyteen tulee puhua, muistuttaa THL:n tutkimuspäällikkö Reija Klemetti. (YLE, 2019b.)

Nuorten tulisi saada riittävästi hedelmällisyyttä koskevaa tietoa ja seksuaalikasvatusta lapsesta ja nuoresta lähtien. (YLE, 2019b.) Klemetin ja Raussi-Lehdon (2016, 16) mukaan seksuaalikasvatuksella ohjataan turvalliseen ja positiiviseen seksuaalisuuteen. Samalla voidaan vahvistaa lapsen ja nuoren omanarvontuntoa ja itsetuntemusta. Peruskoulun seksuaalikasvatus tavoittaa koko oppivelvollisuusikäisen väestön ja on näin ollen avainasemassa. Seksuaali- ja lisääntymisterveys on

perinteisesti liitetty naisiin eikä miesten ole ollut helppo hakeutua ehkäisy- ja äitiysneuvolapalveluihin, jotka on koettu naisten asiaksi. Palvelut tulisikin pyrkiä järjestämään niin, että myös miehet kokevat ne helposti lähestyttäviksi. (Emt.)

Eriarvoisuutta kuvaava GINI-indeksi on Suomessa toistaiseksi suhteellisen matala

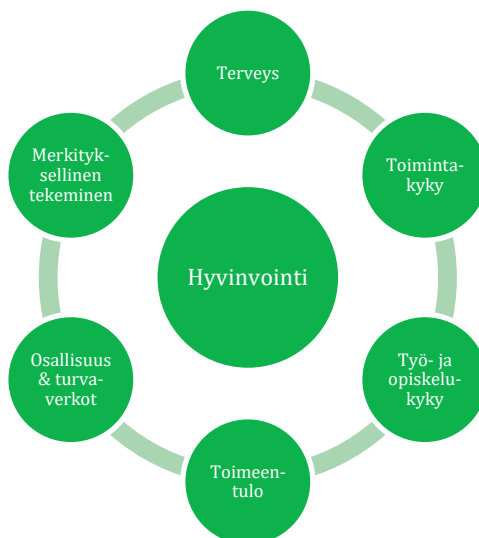
Perustuslaki takaa jokaiselle perusturvan, jonka myötä jokainen voi elää ihmisarvoista elämää. Yksi hyvinvointimme kulmakivistä on monien kansainvälisten arvioidenkin mukaan juuri siinä, että yhteiskuntamme on vakaa ja eriarvoisuus suhteellisen vähäistä. Suomen GINI-indeksi on 27,1, kun se esimerkiksi USA:ssa on 41,5 ja Meksikossa 48,3 (World Bank Data). Mitä pienempi arvo on, sitä vähemmän maassa on taloudellista eriarvoisuutta. Arvo 100 tarkoittaisi, että yksi tulonsaaja saa kaikki tulot (Findikaattori). Matala GINI-indeksi lienee yksi syy siihen, miksi väkivaltainen rikollisuus on ainakin toistaiseksi Suomessa suhteellisen vähäistä. Tuloerot ovat kuitenkin Suomessakin nousseet verrattuna 1980-lukuun, jolloin GINI-indeksi kävi 20:ssä.

Eriarvoistuminen haastaa väestön hyvinvointia

Taloudellinen ja alueellinen eriarvoistuminen sekä ihmisryhmien välisten arvomaailmojen polarisoituminen heijastelevat globaaleja megatrendejä, kuten kaupungistumista, globalisaatiota, työn ja teknologian murrosta, maahanmuuttoa ja ilmastokriisiä. Heikommissa asemassa olevien terveys, työkyky ja toimeentulo ovat sidoksissa keskenään ja ongelmien kasautuminen tietyille yksilöille tai ryhmille voi ennakoida syrjäytymistä sekä pitkäaikaista työttömyyttä ja köyhyyttä.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen tarvitaan kokonaisvaltainen ote

Hyvinvointi on laajempi käsite, joka koostuu keskenään vuorovaikutuksessa olevista osatekijöistä (ks. kuvio 2). Hyvinvointi liittyy tiiviisti terveyteen sekä toiminta- ja työkykyyn, aineelliseen elintasoon ja toimeentuloon sekä osallisuuteen, sosiaalisiin suhteisiin, itsensä toteuttamiseen (self-actualization) ja moniin ympäristötekijöihin. Terveydenhuollossa keskitytään usein yksinomaan lääketieteelliseen lähestymistapaan, vaikka sairastamisen biopsykososiaalinen malli on esitelty yli 40 vuotta sitten (Engel, 1977, WHO). Biopsykososiaalinen ajattelumalli on saanut paljon kannattajia, mutta siitä huolimatta kokonaisvaltainen suunnittelu ja toiminta ei kuitenkaan edelleenkään toteudu Suomessa sen enempää kuin useimmissa muissakaan länsimaissa (Borrell-Carrió, ym. 2004; Wade & Halligan, 2017).

Kuvio 2. Hyvinvoinnin osa-alueet**Monisairastavuus lisääntyy ja haastaa terveydenhuollon logiikan**

Viimeisen 10–15 vuoden aikana terveydenhuolto on kohdannut uuden haasteen, monisairastavuuden. Nykyiset järjestelmämme eivät vastaa potilaiden tarpeita, jotka liittyvät monitahoisiin terveydellisiin ja sosiaalisiin ongelmiin. Näiden potilaiden osuus kasvaa koko ajan väestön ikääntyessä. Vaikka perusterveydenhuoltomme on organisointu moniammatillisiin terveystieteisiin, se ei automaattisesti takaa monisairaiden potilaiden asianmukaista hoitoa. Erityisenä haasteena on erikoissairaanhoidon, joka on organisoitu lääketieteellisten erikoisalojen logiikalla: yhdellä käynnillä hoidetaan yhtä sairautta. Tarvitaan uusia integroidun hoidon malleja ja selkeät hoitopolut perus- ja erikoissairaanhoidon välille. (Kosunen, 2019.) Monisairastavuus näkyy myös sairausperusteisissa etuuksissa, hakijalla voi olla useita sairauksia ja diagnooseja. Tilastoissa huomioidaan pääsairaus, minkä vuoksi monisairastavuus ei suoraan tule esille etuustilastoihin perustuvissa tarkasteluissa.

Terveysnäkökulma mukaan kaikkeen päätöksentekoon

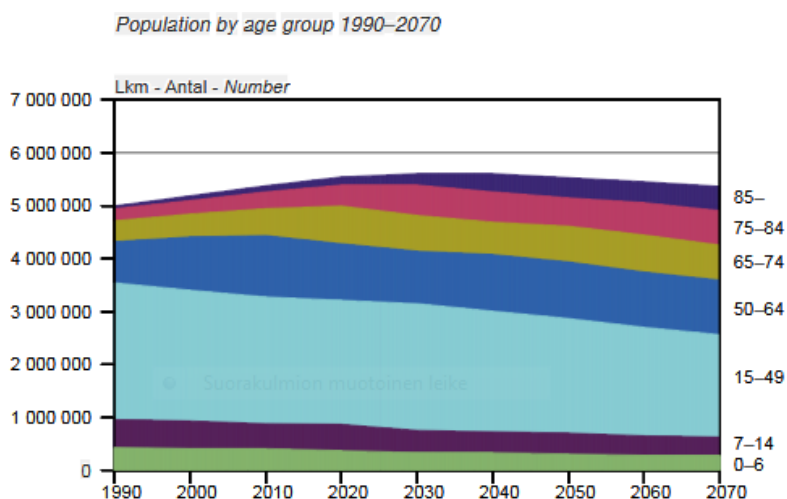
Keinoja terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja parantamiseksi on monia: mm. ennaltaehkäisevä terveydenhoito, sairaanhoito, kuntoutus, apuvälineet, koulutus ja neuvonta. Toimintakykyrajoitteita voidaan yhteiskunnassa poistaa kiinnittämällä huomiota ympäristötekijöihin. Esimerkiksi näkövammaisen tai pyörätuolia käyttävä henkilö voi kokea olevansa täysin toiminta- ja työkykyinen saatuaan tarvitsemansa kuntoutuksen ja apuvälineet ja toimiessaan ympäristössä, jonka saavutettavuudesta on huolehdittu (esim. Lehto, 2011, 11). Kun huomioidaan, että terveys ja toimintakyky ovat paljolti riippuvaisia

suotuisista ympäristötekijöistä, kannattaa terveys ottaa huomioon kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa (Health in All Policies, HiAP). Kun kaikessa politiikassa huomioidaan ihmisten kokonaisvaltainen, oikeudenmukainen hyvinvointi, tuetaan myös muita kestävä kehityksen tavoitteita (SDG's). Ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen eivät ole ristiriidassa planetaarisesti kestävä kehityksen kanssa, vaan ne tukevat toisiaan.

2 Ennuste väestörakenteen muutoksista

Väestömme ikääntyy (kuvio 3), mikä johtuu odotettavissa olevan eliniän kasvusta, syntyvyyden laskusta sekä vähäisestä maahanmuutosta. Kehityskulut ovat samansuuntaisia kaikissa länsimaissa, vaikkakin Suomessa ikääntyneiden osuus laahaa jonkin verran muiden Pohjoismaiden jäljessä. Yhteispohjoismainen vertailu kiinnittää huomiota siihen, että naisten ja miesten eliniänodotteissa on erityisesti Suomessa selvä ero naisten eduksi. Samainen raportti huomauttaa, että vaikka tupakointi on vähentynyt kaikissa Pohjoismaissa, se on edelleen yksi tärkeimmistä elinikään vaikuttavista haitallisista elintavoista. (Jørgensen, ym. 2019.) Toinen sairastavuuden, toimintakykyyn ja kuolleisuuteen vaikuttava mainittava tekijä on alkoholinkulutus, mikä on eläkeikäisillä aiempaa yleisempää – ja miehillä runsaampaa kuin naisilla. (Holstila, ym. 2019.)

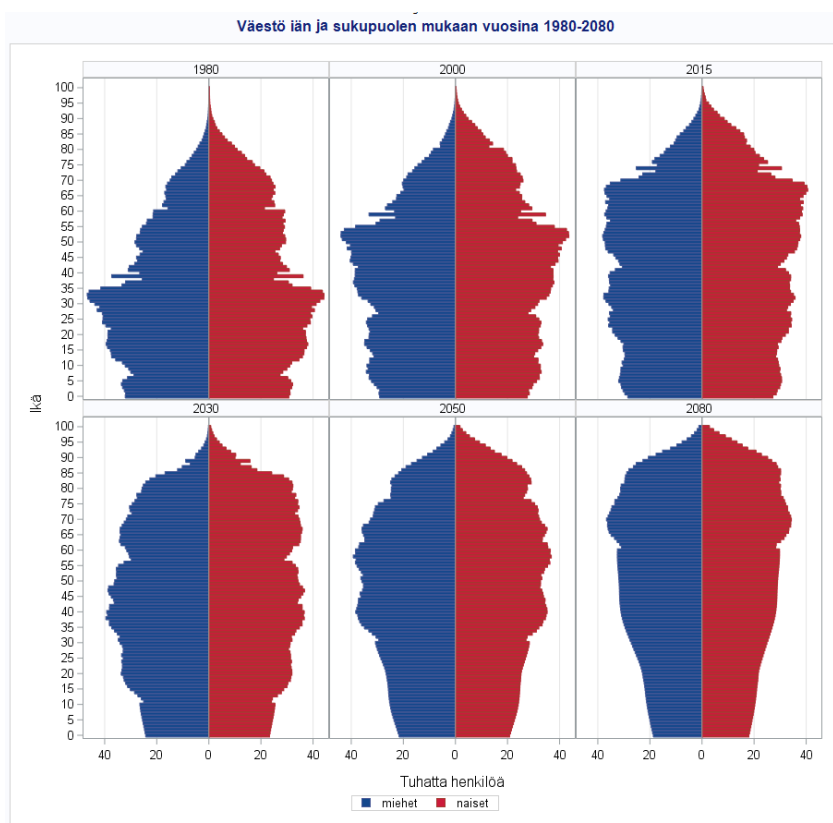
Kuvio 3. Suomalaisen väestön ikääntymistä kuvaava ennuste (THL, 2019c, 22.)



Lähteet: Väestörakenne. SVT, Tilastokeskus; Väestöennuste. SVT, Tilastokeskus. - Källor: Befolkningsstruktur. FOS Statistiska centralen; Befolkningsprognos. FOS, Statistiska centralen. - Sources: Population structure. OSF, Statistics Finland; Population projection. OSF, Statistics Finland.

Kelassa on tehty arvioita siitä, miltä väestörakenne näyttää kymmenen, kolmenkymmenen ja kuudenkymmenen vuoden päästä (ks. kuvio 4). Väestörakennetta kuvaava pyramidi kääntyy pääläelleen ja muistuttaa uurnaa, sillä lasten, nuorten ja työikäisten ikäluokat pienenevät samalla kun eläkeiässä olevien ikäluokat pysyvät isoina. Huomionarvoista on, että myös hyvin iäkkäiden (80+) määrä ja suhteellinen osuus koko väestöstä kasvavat.

Kuvio 4. Väestörakenteen muutosta kuvaava ennuste



Vääjäämättömän väestön ikääntymisen vuoksi työhaluisten ja -kykyisten iäkkäämpien työikäisten resurssit pitäisi entistä selvemmin nähdä myönteisenä potentiaalina erityisesti työnantajien näkökulmasta. Tällä hetkellä ikääntyvä työikäinen väestö kokee työmarkkinoilla ikäsyrrintää (Riekhoff, 2018, 19). Työurien pidentäminen ja vanhemman väestön työssä jaksaminen edellyttää kuitenkin sekä työnantajien, työntekijöiden että yhteiskunnan panoksia elinikäiseen oppimiseen ja työkyvyn ylläpitoon. Lisäksi tarvitaan asennemuutosta. Myös vanhuuseläkeiän ylittäneiden hyväkuntoisten yksilöiden osa-aikatyötä, vapaaehtoistyötä

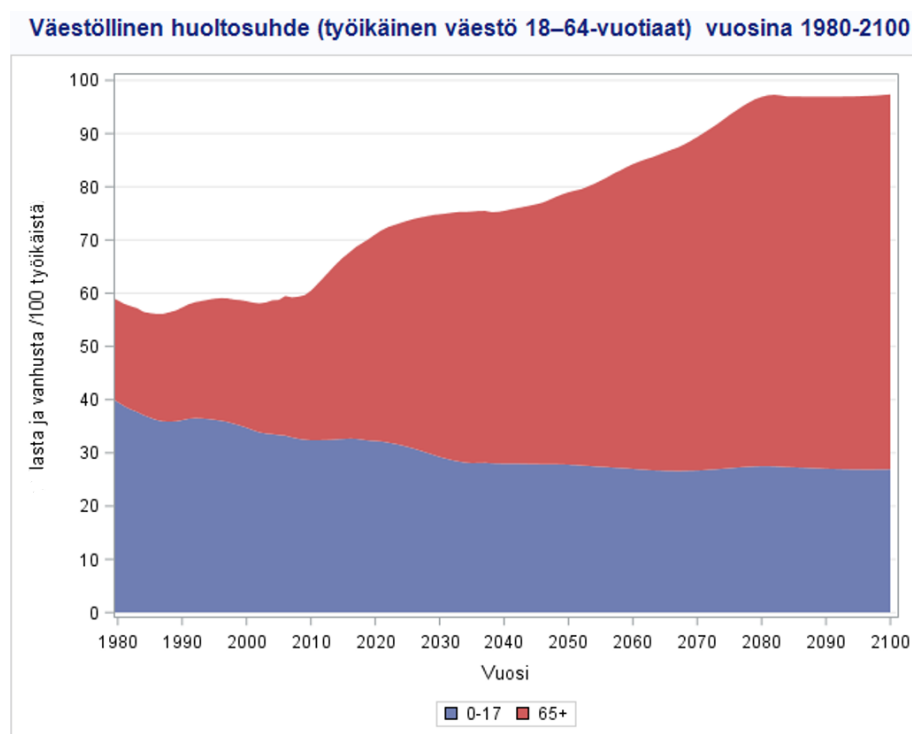
tai omaishoitajana toimimista tulisi huomioida, arvostaa ja tukea paitsi merkittävänä koko yhteiskuntaa palvelevana resurssina että yksilön omaa toimintakykyä ylläpitävänä mielekkäänä tekemisenä. (Ks. Tesch-Römer 2012; Lehto 2011, 21-24.)

3 Ikääntyneiden hyvinvointi, terveys ja toimintakyky

Aktiivista ikääntymistä (active ageing) tuetaan panostamalla hyvän toimintakyvyn ylläpitoon

Väestön ikääntymistä on hyödyllistä lähestyä aktiivisen ikääntymisen (active ageing) näkökulmasta (Tesch-Römer /YK:n Euroopan talouskomissio, 2012). Aktiivinen ikääntyminen -ajattelu huomioi ikääntyvien yksilöiden käytettävissä olevat voimavarat ja tukee ihmisiä pysymään aktiivisina toimijoina mahdollisimman pitkään. Fyysinen aktiivisuus, terveellinen ravinto, elinikäinen oppiminen ja osallisuus työelämään ovat elementtejä, jotka tukevat toimintakyvyn ylläpitoa, terveyttä ja hyvää elämänlaatua sekä ennaltaehkäisevät syrjäytymistä, yksinäisyyttä sekä raskaiden palvelujen tarvetta. Väestön huoltosuhte heikkenee tasaisesti ainakin vuoteen 2080 asti (ks. kuvio 5), mikä luo todellisia paineita sekä kestäväälle kansantaloudelle että terveys- ja hoivapalveluille (Jørgensen, ym. 2019).

Kuvio 5. Väestöllisen huoltosuhteen ennuste

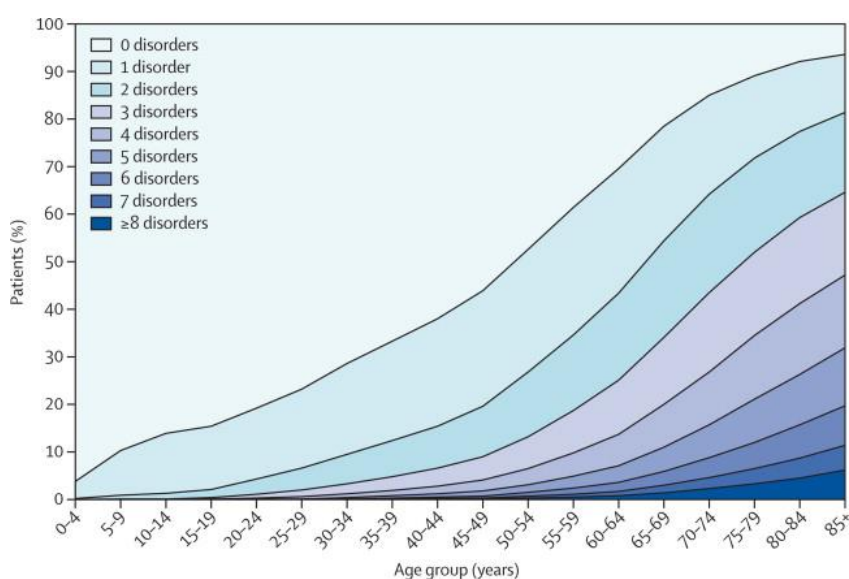


Terveyteen, toimintakykyyn, ja osallisuuden ylläpitoon kannattaa panostaa jo varhain

Panostukset hyvää ikääntymistä tukeviin palveluihin ja puitteisiin voidaan nähdä yhteiskunnallisina investointeina. Ikääntymisen mukanaan tuomien terveys- ja toimintakykyhaasteiden ilmaantumista voidaan myöhentää ja niiden vaikutuksia arjen toimintakykyyn voidaan vähentää panostamalla terveydenedistämiseen, elinikäiseen oppimiseen, sekä osallisuuden tukemiseen. Tutkimuksissa on osoitettu, että korkeampi sosioekonominen asema (Barnett ym. 2012) ja erityisesti koulutustaso (Tesch-Römer, 2012) korreloivat pidemmän työuran ja odotettavissa olevien terveiden elinvuosien kanssa. Monet tutkimukset korostavat, että panostamalla terveydenedistämiseen, oppimiseen ja (työ)hyvinvointiin koko ihmisten elinkaaren ajan, luodaan suotuisat lähtökohdat sille, että he jatkavat työssä vanhuuseläkeikään saakka ja voivat nauttia hyvästä elämänlaadusta eläkkeellä ollessaan.

Eläkkeellä oloaika on usein pitkä ajanjakso, jossa on erilaisia vaiheita. Eläköitymisen jälkeen monilla elämä on aktiivista ja yli puolet 65-69-vuotiaista koki terveytensä hyväksi vuonna 2017. Toisaalta on hyväksyttävä, että terveys ja toimintakyky heikkenevät hyvin iäkkäillä vääjäämättä, sillä esimerkiksi 80-84-vuotiaista enää 30 prosenttia koki terveytensä hyväksi. (THL, 2019c, 201.) Pitkäaikaissairaudet ja monisairastavuus (ks. kuvio 6 alla) lisääntyvät ikääntymisen myötä (Barnett ym., 2012; Halonen, ym. 2017). Kansalaisten pitäisi voida luottaa siihen, että he saavat tarvitsemansa laadukkaat terveys- ja hoivapalvelut niitä tarvitessaan. (Tesch-Römer, 2012.)

Kuvio 6. Ikääntymisen myötä monisairastavuus lisääntyy (Barnett, ym., 2012 / Lancet).



Hyvin vanhojen monisairastavuus ja erityisesti muistisairaudet ja masennus vaativat kokonaisvaltaista osaamista

Väestön ikääntymisen myötä erityisesti muistisairaudet lisääntyvät suhteessa nopeammin kuin muut sairaudet (THL 2019c, 144). Tervaskannot 90+ -tutkimus (Halonen ym., 2017) selvitti hyvin vanhojen terveydentilaa. Monisairastavuus on heillä enemmän sääntö kuin poikkeus. Muistisairaudet ja masennus ovat merkittäviä terveyshaasteita, sillä ne alentavat toimintakykyä ja itse arvioitua terveyttä ja esiintyvät usein yhdessä muiden pitkäaikaissairauksien kanssa. Niillä on suuri merkitys itsenäisen elämän kannalta, sillä monisairaat tarvitsevat muita enemmän apua liikkumisessa ja päivittäisissä toiminnoissa. Tervaskannot 90+ -tutkimusryhmän mukaan hyvin vanhojen paljon apua tarvitsevien ryhmä kasvaa nopeasti. Heidän hoidossaan tarvitaan kokonaisvaltaista toimintakyvyn ja terveydentilan sekä haurauden ja raihnaisuuden (frailty) arviointia ja niihin kohdistuvia toimia, mikä on suuri haaste sekä terveydenhuollolle että muillekin iäkkäitä ihmisiä hoitaville. (Halonen ym. 2017; Barnett, ym., 2012.) Väestön ikääntymistä lähestytään useimmiten yksinomaan negatiivisesti, mutta asiasta kannattaa viestiä myös positiivisesti (Tesch-Römer, 2012.). Pidentynyt eliniänodote on monelta osin hyvinvointivaltion ansiota ja toisaalta pitkä ikä on yksilön kannalta tavoiteltava saavutus.

Kela maksoi eläkettä saavan hoitotukea viime vuonna 437,9 miljoonaa euroa, mikä on lähes 80 % kaikista vammaistukimenoista. Selvästi yleisin peruste eläkettä saavan hoitotuelle ovat muistisairaudet. Vuonna 2019 33 % hoitotukimenoista johtui muistisairauksista. Yleisimpiin muistisairauksiin kuuluivat Alzheimerin tauti, verisuoniperäinen dementia ja määrittämätön dementia. Verenkiertoelinten sairauksista, kuten sydänsairauksista ja aivoverisuonien sairauksista, aiheutui 16 % hoitotukimenoista ja 11 % mielenterveyden häiriöistä (mm. skitsofreniat, mielialahäiriöt). (Kela 2020a.)

4 Yhä useampi lapsi ja nuori saa etuuksia mielenterveyden häiriön perusteella

Lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä, jos otetaan huomioon lievätkin häiriöt (THL 2019a; 2019b). Hoitoon ohjatuilla lapsilla yleisimmät diagnosoidut häiriöt ovat Suomessa aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö ADHD sekä käytöshäiriöt. Nuorilla on noin kaksi kertaa enemmän mielenterveyshäiriöitä kuin lapsilla ja monet mielenterveyshäiriöt ilmaantuvat ensi kertaa nuoruudessa. Väestötutkimusten mukaan noin puolet aikuisiän mielenterveyshäiriöistä on alkanut jo ennen 14 vuoden ikää ja noin kolme neljästä ennen 24. ikävuotta. Noin 20–25 prosenttia nuorista kärsii jostain mielenterveyden

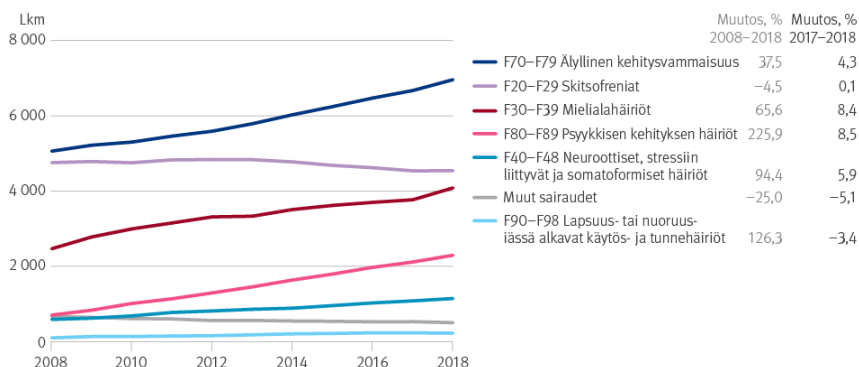
häiriöstä, yleisimmät häiriöt ovat mieliala-, ahdistuneisuus-, käytös- ja päihdehäiriöt. (Marttunen ja Karlsson 2013.)

Sairausperusteisia toimeentuloturvaetuuksia, kuten työkyvyttömyyseläkettä, saaneiden nuorten osuus on 20 vuoden aikana tuplaantunut. Vuoden 2018 lopussa yhteensä 24 345 iältään 16–34-vuotiasta nuorta sai työkyvyttömyyseläkettä tai määräaikaista kuntoutustukea. Sairauspääryhmittäin tarkasteltuna kasvun selittää mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella saatavan työkyvyttömyyseläkkeen tai kuntoutustuen yleistyminen. Nuorten työkyvyttömyyseläkkeiden kasvu on ollut suhteellisesti suurempaa käytös- ja tunnehäiriöissä ja psyykkisen kehityksen häiriöissä kuin mielialahäiriöihin kuuluvassa masennuksessa. Ajalla 2008–2018 työkyvyttömyyseläkkeen perusteena psyykkisen kehityksen häiriöt (F80–F89) ovat kasvaneet 226 % ja käytös- ja tunnehäiriöt (F90–F98) 126 %, mutta myös masennuksen aiheuttama työkyvyttömyys on nuorilla yleistynyt. (Koskenvuo ym. 2019)

Kuvio 7. Työkyvyttömyyseläkettä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella saavat 16–34-vuotiaat nuoret vuosina 2008–2018, lukumäärät ja muutosprosentit

Yleisin syy nuoren työkyvyttömyyseläkkeelle on älyllinen kehitysvammaisuus

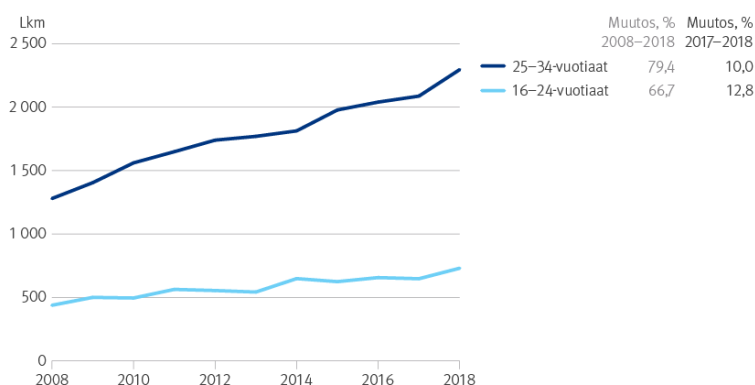
Työkyvyttömyyseläkettä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella saavat 16–34-vuotiaat nuoret vuosina 2008–2018, lukumäärät ja muutosprosentit



Kuvio 8. Työkyvyttömyyseläkettä masennuksen perusteella saavat nuoret ikäryhmissä 16–24-vuotiaat ja 25–34-vuotiaat vuosina 2008–2018, lukumäärät ja muutosprosentit

Masennuksen aiheuttama työkyvyttömyys yleistynyt myös nuorilla

Työkyvyttömyyseläkettä masennuksen (F32–F33) perusteella saavat nuoret ikäryhmissä 16–24-vuotiaat ja 25–34-vuotiaat vuosina 2008–2018, lukumäärät ja muutosprosentit



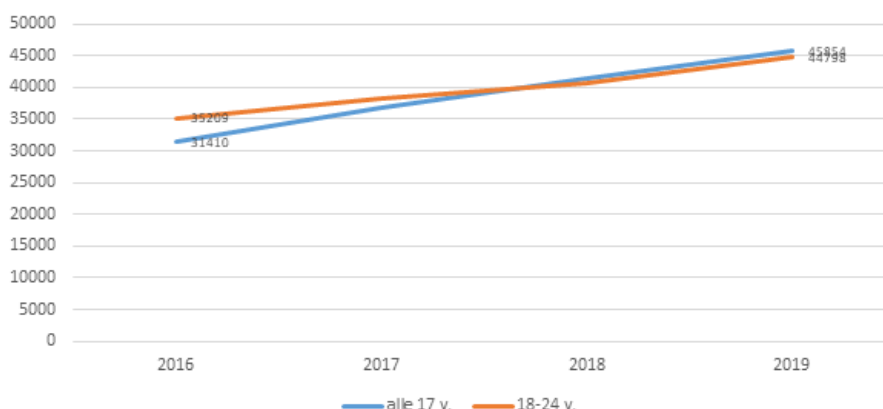
Kela, Tutkimusblogi

Alle 16-vuotiaan vammaistuen saajien määrä on lisääntynyt huomattavasti kymmenen vuoden aikana. Vuonna 2019 alle 16-vuotiaan vammaistukea Kela maksoi 77 miljoonaa euroa, mikä oli 14 % kaikista vammaistukimenoista. Yli puolet, 56 %, alle 16-vuotiaan vammaistuen menosta johtui mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä. Yleisimmät mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt olivat psyykkisen kehityksen häiriöt (20,4 miljoonaa euroa) ja lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt (12,9 miljoonaa euroa). Alle 16-vuotiaan vammaistukea F90 diagnoosin (ADHD) perusteella sai vuoden 2019 lopussa 4 135 henkilöä. 16 vuotta täyttäneen vammaistuen menot olivat vuonna 2019 36,4 miljoonaa euroa). Myös 16 vuotta täyttäneen vammaistuessa yleisin sairausryhmä ovat mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt. (Pösö 2018; 2020; Kela 2020a; 2020b)

Kuviossa 9 on kuvattu kehitystä lääkekorvausten saajamäärissä ATC-luokissa N05 ja N06 (psykoosi- ja neuroosilääkkeet sekä unilääkkeet; masennuslääkkeet ja keskushermostoa stimuloivat lääkeaineet) alle 25-vuotiailla lapsilla ja nuorilla (Kelan tilastotiedot 2020). Vuonna 2019 45 854 alle 17-vuotiasta nuorta sai lääkekorvauksia mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin liittyvissä lääkeryhmissä, vuoteen 2016 verrattuna määrä merkitsee 46 %:n kasvua. 18–24-vuotiaiden ikäryhmässä lääkekorvauksia sai vuonna 2019 44 798 nuorta, mikä tarkoittaa 27 prosentin kasvua vuoteen 2016 verrattuna. Mm. lasten ja nuorten ADHD-lääkehoito on yleistynyt, yhteensä 11 928 lasta (6–12-

vuotiaat) ja 8 239 nuorta (13–17-vuotiaat) sai sairausvakuutuskorvausta ADHD-lääkkeistä vuonna 2018 (Kela 2020a).

Kuvio 9. Lääkekorvausten saajat ATC-luokissa N05 ja N06 vuosina 2016-2019



Mielenterveys ja hyvinvointi ovat monien jo varhaiseen lapsuuteen liittyvien tekijöiden yhteisvaikutuksen tulos

Nuorten mielenterveysongelmien lisääntyminen on yleispohjoismaalainen ja jopa yleismaailmallinen ilmiö (esim. Helne, 2019). Suomalaisen, pitkään seurantaan perustuvan Health and Social Support -väestötutkimuksen mukaan vakavat ristiriitaisuudet lapsuuden perheessä, lapsuudessa koettu jatkuva pelko, päihdeongelmat perheessä ja huomattavat taloudelliset vaikeudet lisäävät riskiä mm. aikuisiän mielenterveyshäiriöihin ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen. Lapsuuden olosuhteiden terveysvaikutusten tutkimus on laajentunut yli puolessa vuosisadassa lähinnä sepelvaltimotaudista mielenterveyteen ja monitekijäisiin yhteiskunnallisiin ilmiöihin, kuten työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen (Koskenvuo 2010; Koskenvuo & Koskenvuo 2015). Yhdysvaltalaisen yli 20 vuotta käynnissä olleen Adverse Childhood Experiences Study eli ACE-tutkimuksen tulokset ovat systemaattisesti osoittaneet lapsuuden traumaattisten kokemusten olevan haitallisia myöhemmälle terveydelle ja hyvinvoinnille useilla eri mittareilla mitattuna. ACE-tutkimuksen tulokset osoittavat kuinka terveyteen ja hyvinvointiin kielteisesti vaikuttavat lapsuuden kokemukset ja olosuhteet ovat väestön merkittävimpien terveys- ja hyvinvointiongelmien juurisyytä. (Adverse Childhood Experiences (ACE) Study 2020.)

Huolestuttavaa on, että eri aineistolähteisiin perustuvien tutkimusten, tilastotarkastelujen ja asiantuntijoiden näkemysten mukaan lasten ja

nuorten mielenterveysoireilu ja hyvinvoinnin eri osa-alueisiin vaikuttavia riskitekijät Suomessa ovat yleisiä ja lisääntymässä. Vaikka nuorten keskuudessa alkoholinkulutus on vähentynyt, kannabiksen kokeilu ja säännöllinen polttaminen on yleistynyt erityisesti pojilla ja nuuskan käyttö tytöillä (YLE 2019a). Lasten ja nuorten netti- ja peliriippuvuus on yleistynyt. Peli- ja some-riippuvuus ovat yhteydessä mm. lisääntyneeseen ahdistukseen, masennukseen, uniongelmiin sekä heikompaan koulumenestykseen ja nuoret ovat erityisen herkkiä sekä hyväksynnälle että hylkäämisen kokemuksille somessa. (Kosola 2020.). Ns. some-vertailu altistaa huonommuuden kokemuksille ja muiden elämä saattaa näyttää täydelliselle. Vuoden 2019 Kouluterveyskyselyn mukaan mm. koulu-uupumus on lisääntynyt erityisesti tytöillä ja noin joka kuudes perusopetuksen 4. ja 5. luokkaa käyvistä lapsista ja useampi kuin joka neljäs 8. ja 9. luokkaa ja lukiota käyvistä nuorista ilmoitti kokeneensa viimeksi kuluneen vuoden aikana vähintään kerran vanhempansa tai muun huolta pitävän aikuisen taholta henkistä väkivaltaa. (THL 2019d; HS 2019).

Helsingin kaupungin Sosiaali- ja terveystoimen apulaispormestari Sanna Vesikansa järjesti marraskuussa 2019 pyöreän pöydän keskustelun lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöistä ja niiden syistä. Keskustelussa oli mukana asiantuntijoita sosiaali- ja terveystoimista, tutkijakunnasta ja muilta lasten ja nuorten elämän kannalta olennaisilta tahoilta. Vesikansa on kiteyttänyt keskustelun sisältöä kirjoituksessaan nostamalla esille seuraavat asiat ja kehityskulut: Nuorten lievät ja keskivaikeat mielenterveyden ongelmat ovat lisääntyneet, vaikkakin osa mielenterveyden häiriöiden lisääntymisestä selittyy paremmalla tunnistamisella. Nuoret eivät mahdu yhteen muottiin eivätkä siis ongelmatkaan. Nykynuorten kohtaama maailma on liian painostava ja nuorten maailmassa ja palveluissa tehokkuusvaatimukset ovat lisääntyneet laajasti. (Vesikansa 2019.) Pohjoismaiset tutkijat tarjoavat selittäviksi tekijöiksi myös ahdistavaa maailmantilannetta ja ilmastonmuutosta sekä osittain myös normaaliin elämään kuuluvien negatiivisten tunteiden ylimedikalisoimista (Helne, 2019).

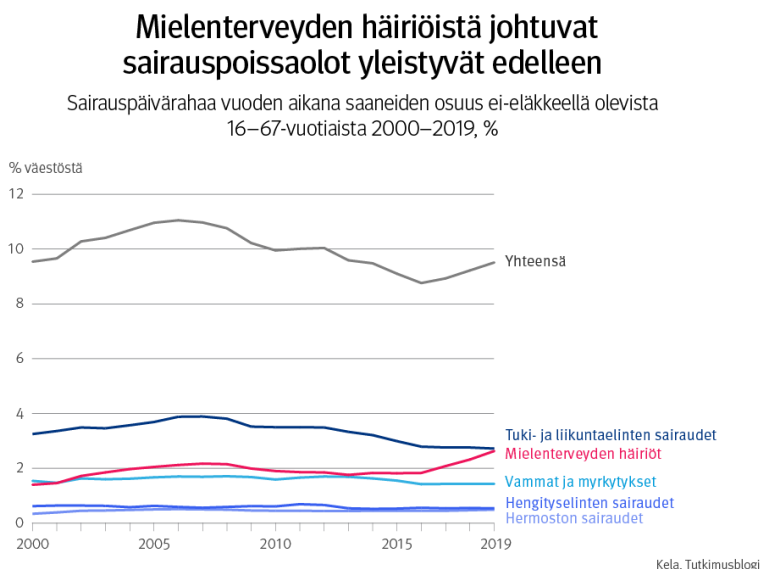
Keinoiksi tukea nuorten terveyttä ja hyvinvointia asiantuntijat näkevät lasten ja nuorten diversiteetin ja erilaisuuden ylistämisen, resilienssin kasvattamisen ja todellisen kohtaamisen ja kuulemisen. Lisäksi aikuisia autettaessa tulisi muistaa, että heillä voi olla lapsia kotona, mielenterveydestä tarvitaan tietoa ja matalan kynnyksen palveluita pitää kehittää. (Vesikansa 2019.)

5 Kehityskulut sairauspoissaoloissa – mielenterveyssyyt yleistyneet kaikissa ikäryhmissä

Sairauspoissaolot lisäävät pitkäaikaisemman työkyvyttömyyden ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen riskiä. Poissaoloihin ja niiden

syihin pitäisi pyrkiä puuttumaan jo varhaisessa vaiheessa. Sairauspäivärahan saajien määrä kasvoi edelleen vuonna 2019 ja ylitti 300 000 henkilöä. Kasvu johtui mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä. (Blomgren, 2020.)

Kuvio 10. Sairauspäivärahaa saaneet 2000–2019



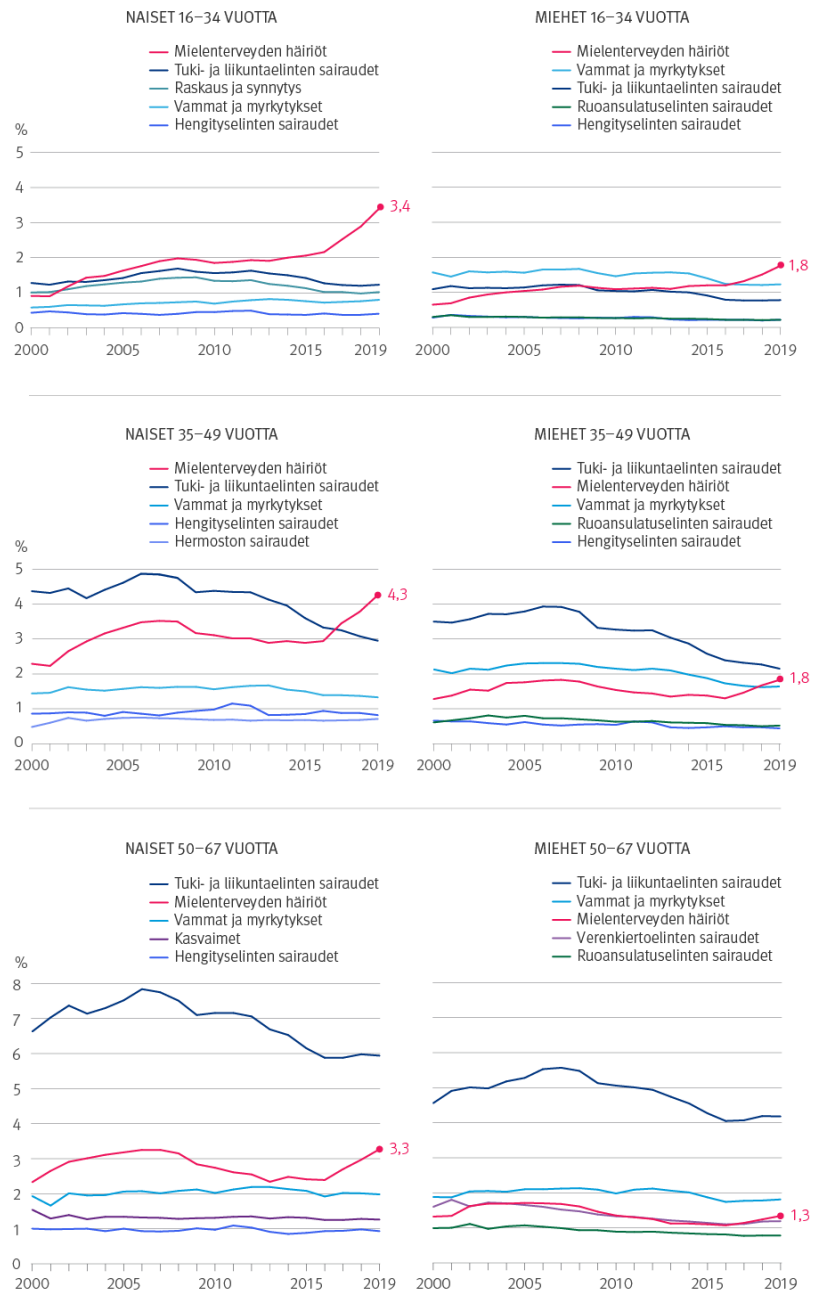
Mielenterveyden häiriöiden perusteella maksettavat päiväraha-kaudet ovat yleistyneet viime vuosina jyrkästi etenkin nuorilla ja varhaiskeski-ikäisillä naisilla. Erityisesti 16–34-vuotiailla kasvuvauhti on ollut hurja. Tämän ikäisillä naisilla sairauspäivärahaa saaneiden määrä suhteutettuna väestöön on kasvanut kolmessa vuodessa (2016–2019) jopa 57 %, miehillä vastaavasti 48 %. (Blomgren, 2020.)

Mielenterveyden häiriöistä johtuvien poissaolojen viimeaikaisen yleistymisen syitä ei varmuudella tunneta. Ilmiö on monimutkainen. Mahdollisia syitä ovat vaatimusten kasvu niin työelämässä, perhe-elämässä kuin vapaa-ajallakin sekä erilaisten oireiden diagnosointi aiempaa useammin mielenterveyden häiriöiksi. Myös mielenterveyden häiriöihin liittyvän stigman väheneminen ja toisaalta niiden näkyminen mm. mediassa ja sosiaalisessa mediassa voivat osaltaan vaikuttaa niiden yhä laajempaan ilmaantumiseen ja tunnistamiseen. (Blomgren, 2020.)

Kuvio 11. Sairauspäivärahaa saaneet ikäryhmittäin 2000–2009

Mielenterveyden häiriöiden kasvu näkyy kaikissa ikäryhmissä

Sairauspäivärahaa saaneiden osuus eri ikäisillä yleisimmissä sairausryhmissä 2000–2019, %



6 Köyhyys, eriarvoisuus ja terveysongelmat kytkeytyvät toisiinsa

Lähes 400 000 henkilöä sai perustoimeentulotukea vuoden 2019 aikana ja mm. takuueläkettä saavien määrät ovat nousseet. Kehitys on huolestuttavaa. Tutkimusnäyttö sosioekonomisista terveyseroista on vahvaa. Vähemmän koulutetut, alempiin tuloluokkiin kuuluvat ja matalammassa ammattiasemassa olevat väestöryhmät keskimäärin sairastavat enemmän, kuolevat nuorempina ja heillä on kohonnut riski alentuneeseen toimintakykyyn ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen verrattuna pidemmälle koulutettuihin ja korkeammassa ammattiasemassa oleviin väestöryhmiin. Suomessa esim. sydän- ja verisuonitaudit, alkoholiongelmat ja onnettomuudet ovat alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä suhteellisesti yleisempiä kuin ylemmissä sosioekonomisissa ryhmissä ja niillä on merkittävä osuus terveyserojen muodostumisessa. Sosioekonomiset terveyserot syntyvät useiden eri tekijöiden tuloksena ja ne ovat osoittautuneet luultua pysyvämmiksi sekä Suomessa että muissa maissa. (Mackenbach ym. 1997; THL 2008; Harkonmäki 2007; Lahelma 2017.)

On todettu, että suomalaisen köyhyystutkimuksen keskeinen ydin on toimeentulotuen tutkimus, jonka kautta voidaan kartoittaa sen väestöryhmän rakennetta ja asemaa, jolla hallinnollisen määritelmän mukaan on vaikeuksia saavuttaa ihmisarvoista elämää ilman toimeentulotukea (Ahola & Hiilamo 2013). Köyhyyttä Helsingissä – tutkimuksen mukaan eniten toimeentulotukea saivat yksin elävät, vain harva toimeentulotuen saajista oli töissä, tukea saatiin pitkään ja käyttökohteista toimeentulotukea maksettiin eniten asumiskustannuksiin sekä erilaisiin terveydenhuoltomenoihin (emt.). Tutkimusten mukaan toimeentulotuen saajat sairastavat ja käyttävät julkisia terveyspalveluja muuta saman ikäistä väestöä enemmän. Toimeentulotuen saajilla on ei-toimeentulotuen saajia useammin lääkekorvausoikeuksia sekä psyykensäirauksiin, astmaattisiin sairauksiin, diabetekseen ja sydän- ja verisuonisairauksiin liittyviä lääkkeitä. (Aaltonen ym. 2018.)

Vuonna 2019 toimeentulotukea sai lähes 400 000 henkilöä, mikä tarkoittaa väestöön suhteutettuna 7,2 prosenttia. Kelan, Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen ja Helsingin yliopiston osana valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoimintaa toteuttaman tutkimuksen mukaan neljännes perustoimeentulotukea saavista kotitalouksista ei saanut lainkaan ensisijaisia etuuksia, kuten työttömyysturvaa, sairauspäivärahaa tai eläkettä. Tutkimuksen aineistona oli Kelan perustoimeentulotuen rekistereistä ja muista rekisteritiedoista kootut kotitalous- ja henkilötason aineistot perustoimeentulotuen saajista kuukausitasolla. Aineistossa olivat mukana tuen kohdistumisen mukaan huhtikuun 2017 ja lokakuun 2018 välillä Kelasta perustoimeentulotukea saaneet kotitaloudet ja niihin kuuluvat henkilöt. Näiden kotitalouksien

tulot muodostuivat pääasiassa asumistuesta ja toimeentulotuesta. (Jauhiainen & Korpela 2019.)

Ilman ensisijaisia etuuksia olivat erityisesti nuoret, joille ei ollut syntynyt oikeutta työttömyysturvaan sekä työttömät, jotka olivat menettäneet oikeutensa työttömyysturvaan sanktion vuoksi. Toimeentulotuen saajista vain pieni osa sai ansiotuloja. Kaksi viidestä perustoimeentulotukea saavasta kotitaloudesta sai tukea vähintään 10 kuukautta seuraavan 12 kuukauden aikana. Keskimääräinen tukikuukausien määrä oli 7,2 kuukautta. Keskimääräistä pidempään tukea saivat kotitaloudet, joissa kotitalouden viitehenkilö oli 25–64-vuotias mies, 35–64-vuotias nainen, työtön tai vanhempainvapaalla. Yksin asuvien ja lapsiperheiden kotitaloudet saivat tukea keskimääräistä pidempään, samoin maahan muuttajien kotitaloudet, erityisesti ne, joilla oli pakolaistausta. (emt.)

Kuvio 12. Perustoimeentulotukikuukausien keskimääräinen lukumäärä aloituskuukaudesta seuraavan 12 kk aikana kotitaloudelle tukea hakeneen henkilön taustatekijöiden mukaan.

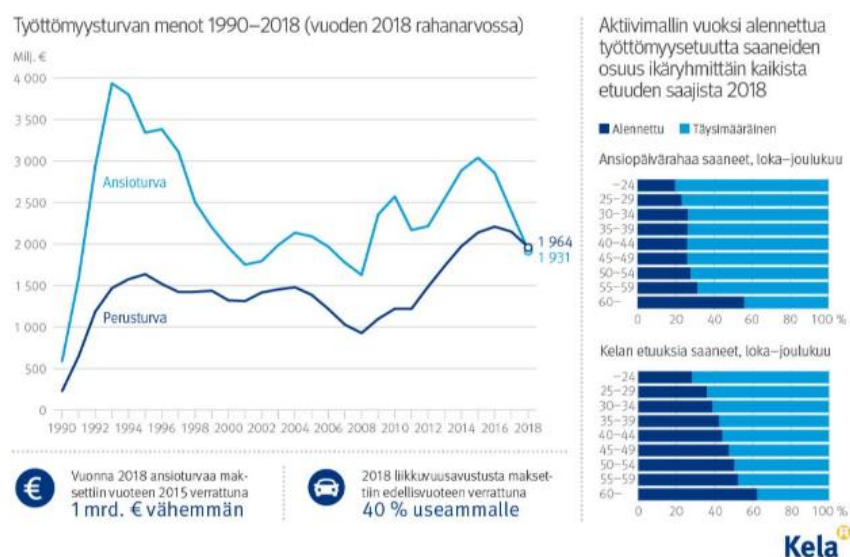
Kotitalouden viitehenkilö		Tukikuukausia keskimäärin (keskihajonta)
Kaikki		7,2 (4,0)
Mies, ikäluokka	18 v tai alle	6,7 (3,9)
	19–24 v	6,7 (3,9)
	25–34 v	7,7 (3,9)
	35–44 v	8,4 (3,7)
	45–64 v	8,1 (3,9)
	65 v tai yli	4,4 (3,6)
Nainen, ikäluokka	18 v tai alle	6,0 (3,8)
	19–24 v	6,1 (3,9)
	25–34 v	7,2 (3,9)
	35–44 v	7,6 (3,9)
	45–64 v	7,6 (4,0)
	65 v tai yli	4,5 (3,6)
Kotitaloustyyppi	Yksin asuva	7,6 (4,0)
	Muu yhden hengen kotitalous	6,3 (3,9)
	Vanhemman luona asuva	6,0 (3,8)
	Pariskunta, ei lapsia	5,6 (3,9)
	Pariskunta ja lapsi(a)	7,4 (3,9)
	Yksi aikuinen ja lapsi(a)	7,7 (3,8)
Pääasiallinen toiminta	Työtön	8,2 (3,7)
	Työtön, vailla etuuksia	7,6 (4,0)
	Opiskelija tai koululainen	6,0 (3,6)
	Työkyvyttömyyseläkkeellä tai pitkäaikaisesti sairas	5,7 (3,8)
	Työllinen	4,9 (3,6)
	Eläkeläinen	4,4 (3,6)
	Vanhempain- tai hoitovapaalla	8,0 (3,6)
	Muuten työvoiman ulkopuolella	6,5 (4,0)
Kansalaisuus	Suomi	7,0 (4,0)
	Pakolaismaa	9,4 (3,0)
	Viro tai Venäjä	7,4 (3,8)
	Muu tai tuntematon	7,9 (3,7)
	Muu EU-maa	7,0 (3,9)

Työttömän perusturvan menot ylittäneet ansioturvan menot ja vähimmäiseläketurvaa saavien määrät ovat nousseet

Työttömyysturvan menoissa tapahtui vuonna 2018 merkittävä käänne: Kela maksoi ensimmäistä kertaa työttömän perusturvaa enemmän kuin työttömyyskassat maksoivat ansioturvaa. Perusturvan menot olivat vuoden aikana vajaat 2 % ansioturvan menoja suuremmat. Vielä vuonna

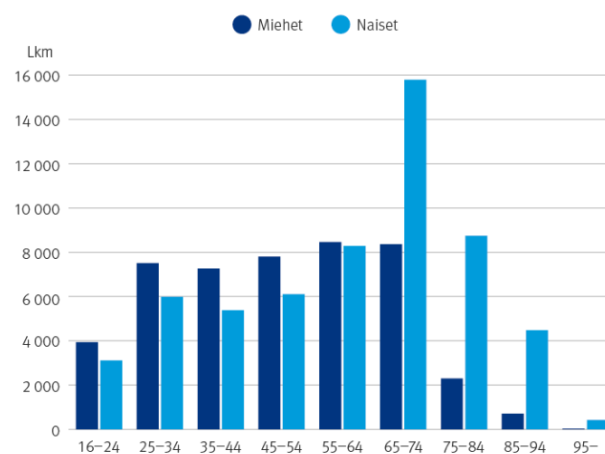
2010 ansioturva maksettiin yli kaksi kertaa enemmän kuin perusturva (Tuori 2019). Takuueläke turvaa Suomessa asuvalle henkilölle vähimmäiseläkkeen (834,52 e/kk). Loppuvuodesta 2019 julkaistun Kelan tilastokatsauksen mukaan takuueläkettä saavien määrät ovat nousseet: lokakuussa 2019 saajia oli jo lähes 105 000. Takuueläkkeen saajien määrä on kasvanut vuodesta 2015 alkaen, eniten 65–74-vuotiaiden ikäryhmässä. (Pösö 2019b.) Myös täyden kansaneläkkeen saajien määrä on kääntynyt kasvuun viime vuosina (Pösö 2018). Vuoden 2019 lopussa Suomessa asuvia täyden kansaneläkkeen saajia oli 77 683 (Kelasto 2020).

Kuvio 13. Työttömyyden perusturvan menot ensimmäistä kertaa ansioturvan menoja suuremmat 2018.



Kuvio 14. Takuueläkkeen saajat

Takuueläkkeen saajat ikäryhmän ja sukupuolen mukaan lokakuussa 2019



Keitä uhkaa köyhyys eläkkeellä?

Jos on päässyt työelämään ja työura jatkuu suhteellisen tasaisena eläkeikään saakka, elintason kohtuullinen säilyminen eläkeiässä on turvattu. Esimerkiksi osatyökykyisten nuorten on vaikea päästä työelämään ja palkkatulojen piiriin edes osittain, mitä kuvastaa myös kehitys nuorten työkyvyttömyyseläkkeissä: nuoria päätyy työkyvyttömyyseläkkeelle yhä enemmän mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi. Jääminen työelämän ulkopuolelle jo hyvin nuorena merkitsee niukkuutta jokapäiväisessä elämässä yleensä loppuelämän ajan. Eläkeköyhyys on uhkana, jos päätyy työkyvyttömyyseläkkeelle jo hyvin nuorena, muita riskiryhmiä ovat osa maahanmuuttajista, itsensä työllistäjät ja mikroyrittäjät sekä henkilöt, jotka hoitavat omaisiaan pitkiä aikoja (pitkät ja useat perhevapaajaksot, työikäiset omaishoitajat). Myös työsuhteiden pirstaleisuus voi altistaa eläkeläisköyhyydelle. Jos työsuhteet muuttuvat tilapäisemmiksi ja työurat silppumaisemmiksi, yhä useampi saattaa päätyä vähimmäiseläketurvan saajaksi tulevaisuudessa. Pienet eläkkeet eivät välttämättä turvaa elintasoa, mikä osaltaan taas voi kasvattaa tarvetta hakea toimeentulotukea. (Tela 2018.)

7 Heikommassa asemassa olevien ryhmien osallistaminen

Erityisesti osatyökykyisten ja vaikeasti työllistyvien ryhmien toimintakykyä ja osallisuutta kannattaa edistää huomioimalla ja vahvistamalla heidän olemassa olevia kyvykkyyksiään ja poistamalla fyysisiä ja sosiaalisia esteitä, kuten ennakkoluuloja. Tällaisia helposti syrjään jääviä ryhmiä ovat ikääntyvät työntekijät, maahanmuuttajat, NEET-nuoret sekä jostakin sairaudesta (ml. mielenterveyden häiriöt) tai toimintakyvyn rajoitteesta kärsivät henkilöt. Näiden ryhmien terveyteen, toimintakykyyn ja koulutukseen panostaminen vaikuttaa heidän työelämävalmiuksiinsa ja mahdollistaa heidän kyvykkyyksiensä hyödyntämisen. (Amartya Senin capability theory.)

Tutkimusten mukaan osa väestöstä päätyy ”etuuskierteeseen”. Kun henkilön työkyky on alentunut, hän ei ole välttämättä oikeutettu työkyvyttömyyseläkkeeseen. Toisaalta yhteiskunnan kannalta jäljellä oleva työkyky jää herkästi hyödyntämättä, sillä työnantajat palkkaavat vain terveimmät kandidaatit. Osatyökykyisen toimeentulo perustuu vaihdellen esimerkiksi sairauspäivärahaan, työttömyysturvaan ja/tai toimeentulotukeen. (Perhoniemi ym, 2019; Näsi, 2019)

8 Maahan muuttaneiden terveys ja hyvinvointi suomalaisessa yhteiskunnassa

Vuoden 2018 lopussa Suomessa asui lähes 258 000 ulkomaan kansalaista ja 403 000 ulkomaantaustaista henkilöä (Suomi 2020).

Ulkomaalaistaustaisen väestön määrän ja väestöosuuden ennustetaan lähivuosikymmeninä kasvavan. Maahan muuttajissa on hyvin monenlaisia ihmisiä korkeasti koulutetuista kielitaitoisista luku- ja kirjoitustaidottomiin henkilöihin sekä työn takia muuttavista pakolaisiin ja turvapaikanhakijoihin. Maahan muuttajien terveys, toimeentulo ja hyvinvointi vaihtelevatkin sen mukaan mistä maasta ja mistä syystä Suomeen on tultu, mikä on sukupuoli, koulutus- ja ammattitausta ja kuinka pitkään Suomessa on asuttu. (Castaneda ym. 2012.)

Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (Maamu) – tutkimuksessa (Castaneda ym. 2012; Ristelä & Räikkönen 2017) havaittiin mm. seuraavaa: maahanmuuttajien koettu terveys on heikompi kantaväestöön verrattuna, poikkeuksena somalitaustaiset, joiden koettu terveys oli itse asiassa jopa kantaväestöä parempi, maahanmuuttajataustaisesta ryhmästä riippuen pitkäaikaissairauksia on määrällisesti sekä vähän että paljon, poikkeuksena olivat mielenterveysongelmat, joita lähes kaikilla tutkittavilla maahanmuuttajataustaisilla oli huomattavasti enemmän kantaväestöön verrattuna ja tupakointi ja alkoholin käyttö olivat joko samalla tai jopa vähäisemmällä tasolla kantaväestöön verrattuna. Tutkimus toi esille huolenaiheita, kuten psyykkisen oireilun ja palvelujen saamisen esteet, mutta myös vahvuuksia kuten hyväksi koetun elämänlaadun ja luottamuksen palvelujärjestelmään.

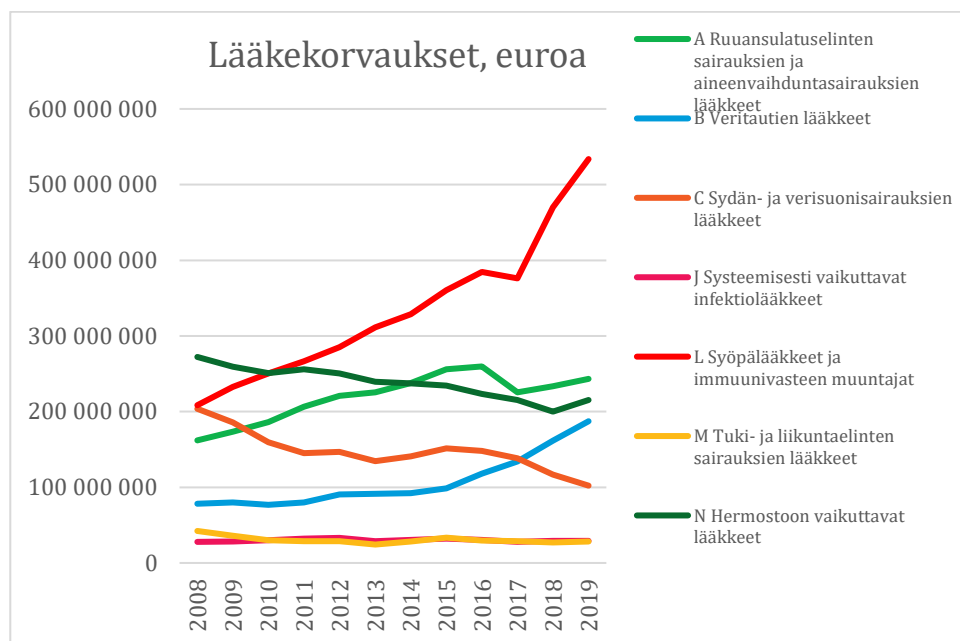
Kelassa 23.1.2020 pidetyssä seminaarissa Miten tukea kotoutumista? – Maahanmuuttajat ja sosiaaliturva käsiteltiin myös maahanmuuttajien terveyttä ja hyvinvointia (Castaneda 2020). Monet terveysongelmat kasaantuvat Lähi-itä-taustaisille, vahvuuksia ovat mm. luottamus, tyytyväisyys ja tietyt elintavat, huolenaiheita erityisesti psyykkiset oireet (kidutus-/väkivaltakokemuksia), syrjintäkokemukset ja se, että sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ei täysin vastaa tarvetta. Maahan muuttajat saavat Suomessa syntyneisiin verrattuna enemmän Kelan etuuksia (vuoden 2018 Kelan rekisteritiedot): esimerkiksi asumistukia sai 34 % (vrt. Suomessa syntyneistä 17 %), työttömyysturvaa 26 % (7 %) ja toimeentulotukea 22 % (6 %). Maahan muuttajat saavat myös useammin lapsiperheille maksettavia etuuksia, mutta harvemmin mm. opintorahaa ja sairauspäivärahaa. Eniten etuuksia maksettiin vasta maahan muuttaneille. Tulevaisuuden haasteina ovat koulutukseen osallistuminen ja eläkkeet – nuorille maahanmuuttajataustaisille maksetaan huomattavasti vähemmän opintotukea kuin Suomessa syntyneille ja

eläkeikäisille merkittävästi useammin kansaneläkettä ja takuueläkettä kuin Suomessa syntyneille. (Jauhiainen 2020.)

9 Lääkkeiden kustannukset ja saatavuusongelmat kasvavat

Vaikka kustannuksia on pyritty hillitsemään monin eri tavoin (Koskinen 2018), lääkekustannusten kasvu tulee uusista markkinoille tulevista lääkkeistä, jotka ovat paljon entisiä kalliimpia ja jotka tulevat entistä pienemmille potilasryhmille entistä spesifimpiin käyttöaiheisiin. Erityinen haaste tässä ovat harvinaislääkkeet (Pelkonen, 2016). Syöpälääkkeisiin tulee jatkuvasti uusia, entistä kalliimpia lääkkeitä. Syöpälääkkeissä potilaskohtaiset kustannukset ovat suuria, joten kokonaiskustannusten kasvu on ollut lähes eksponentiaalista viime vuosina. Veritautien lääkkeissä ollaan siirtymässä uudempiin verisuonitukoksia estäviin lääkkeisiin, joille tulee korvausjärjestelmään koko ajan lisää käyttöaiheita, joten myös käyttäjämäärä on kasvanut voimakkaasti viime vuosina. Sydän- ja verisuonitautilääkkeiden kustannusten lasku johtuu siitä, että lähes kaikki tämän ryhmän lääkkeet ovat lääkevaihdon ja viitehintajärjestelmän piirissä.

Kuvio 15. Lääkekorvaukset 2008–2019 (euroa)



Iäkkäiden lääkehoidoissa on lukuisia ongelmia. Jopa neljännes iäkkäiden erikoissairaanhoidon päivystyskäynneistä johtuu lääkehaitoista (Laatikainen, 2020). Rauhoittavien ja unilääkkeiden (Puustinen, 2014) käyttö on yhteydessä alentuneeseen kognitiiviseen toimintakykyyn. Iäkkäillä vältettäväksi suositeltujen lääkkeiden käytön aloittaa jopa yli kolmannes iäkkäistä 12 vuoden aikana, ja näiden lääkkeiden käyttö on yhteydessä sairaalahoitoa vaativien murtumien ja kuoleman riskin lisääntymiseen, sekä kasvaneisiin sairaalahoidon kustannuksiin. (Hytinen, 2018.) Iäkkäiden lääkehoitojen ongelmia voidaan pyrkiä hallitsemaan erilaisilla suojaustoimenpiteillä, esim. lääkehoitojen arvioinneilla (esim. Leikola, 2012) ja annosjakelulla (Sinnemäki ym. 2017 + julkaisematon väitöskirja). Lääkealalla on tehty rationaalisen lääkehoidon toimeenpano-ohjelma (STM, 2020) ja muita hyviä raportteja siitä, miten asiat olisi hyvä tehdä (esim. STM, 2019).

Lääkkeiden saatavuushäiriöt ovat kasvava ongelma

Lääkkeiden saatavuushäiriöt ovat jatkuvasti kasvussa oleva maailmanlaajuinen ongelma (Council of the European Union 2019) ja myös Suomessa kasvussa oleva ilmiö. Suomessa tehtiin vuonna 2010 saatavuushäiriöilmoituksia yhteensä 73, mutta vuonna 2019 ilmoitusten määrä oli jo 1 694 (Fimea 2020).

Lääkkeen saatavuushäiriöllä tarkoitetaan hankintaongelmaa, joka vaikuttaa potilaan hoitoon ja jonka johdosta tavanomaisia hankinta- ja toimintatapoja joudutaan muuttamaan (Besançon ja Chaar 2013). Saatavuusongelmat voivat vaikuttaa potilasturvallisuuteen, lääkkeen vaihtoon, hoidon tehoon ja kustannuksiin (esim. Pauwels ym. 2014). Potilaan hoidon kannalta erityisen kriittisiä ovat lääkkeet, jotka on tarkoitettu henkeä uhkaavan tai peruuttamattomasti etenevän taudin hoitoon tai ehkäisyyn, ja joille ei ole saatavilla korvaavaa vaihtoehtoa, tai korvaava vaihtoehto ei sovi potilaalle (EMA 2016). Kriittisinä lääkkeinä pidetään myös lääkkeitä, joiden saatavuuden häiriöt voivat aiheuttaa vakavaa haittaa väestölle.

Saatavuushäiriöt ovat koskeneet Euroopassa tyypillisesti sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeitä, systeemisesti vaikuttavia infektio-lääkkeitä, syöpälääkkeitä ja immuunivasteen muuntajia, sekä hermostoon vaikuttavia lääkkeitä. Noin kolmannes raportoiduista saatavuushäiriöistä on koskenut WHO:n luokittelun mukaan välttämättömiä lääkkeitä. Yli puolet saatavuushäiriöistä koski patenttisuojan alaisia valmisteita. (Pauwels ym. 2014.) Suomessa tammi-syyskuussa 2019 yleisimmät saatavuushäiriöilmoitukset koskivat hermostoon vaikuttavia lääkkeitä, sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeitä, sukupuoli- ja virtsaelinsairauksien lääkkeitä ja

sukupuolihormoneja, sekä ruoansulatuselinten sairauksien ja aineenvaihduntasairauksien lääkkeitä (Pelkonen 2019).

Koronavirusepidemia kasvattaa lääkkeiden saatavuusongelmariskiä

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea on kehottanut lääkealan yrityksiä tekemään perusteelliset riskiarviot siltä varalta, että koronavirus leviää ja pitkittyy. Koronavirus ei ole toistaiseksi kuitenkaan vaikuttanut lääkkeiden saatavuuteen Suomessa. (Yle 2020a; Yle 2020b.)

WHO:n mukaan tämän hetkinen tilanne on, että vaikka joitakin lääkkeitä ei Kiinasta ole saatu, on lääkkeillä kuitenkin vaihtoehtoisia toimittajia, ja monissa maissa on riittäviä valmiusvarastoja. (WHO:n Twitter-online tiedotustilaisuus 6.3.2020.) Pitkittyessään koronavirusepidemia saattaa johtaa lääkepulaan eri puolilla maailmaa. Pula voi tulla peruslääkkeistä, kuten parasetamolista ja antibiootista. Saatavuusongelmat voivat liittyä myös esimerkiksi diabetes- ja verenpainelääkkeisiin. Kiina on johtava lääkkeiden ja niiden vaikuttavien ainesosien valmistaja.

Koronavirusepidemian takia Kiinassa suljettiin tehtaita, mikä laski maan tuotannon helmikuussa alimmilleen pitkään aikaan. Tuotantoa on osin käynnistetty jo uudelleen. Vaikka lääke valmistettaisiin muualla, ainesosat voivat olla kiinalaisia. Tästä syystä myös johtava rinnakkaislääkkeiden valmistajamaa Intia on jo rajoittanut 26 lääkeaineen ja niistä valmistettavien lääkkeiden vientiä. (Yle 2020a; Yle 2020b.)

Lääkkeiden saatavuuden lisäksi tulee kiinnittää huomiota myös lääketieteellisten laitteiden, kuten lisähapen antamiseen tarvittavien laitteiden ja hengityskoneiden, saatavuuteen. Lisäksi hallitusten tulee varmistaa, että saatavilla on suojatarvikkeita sekä muita hoitovälineitä ja -tarvikkeita. Lääkkeiden saatavuuden osalta WHO korostaa ”equity and access” –periaatetta. Sen mukaan kaikkien tulee varmistaa, että ne, jotka tarvitsevat lääkkeitä, saavat niitä. Toisin sanoen, ei ole suositeltavaa hamstrata lääkkeitä niille, jotka eivät niitä tarvitse. (WHO:n Twitter-online tiedotustilaisuus 6.3.2020.) Tämän ohjeen voitaneen olettaa koskevan sekä COVID-19-virustartunnan oireita lievittäviä lääkkeitä että kaikkia muitakin lääkkeitä.

10 Epidemiat ja pandemiat

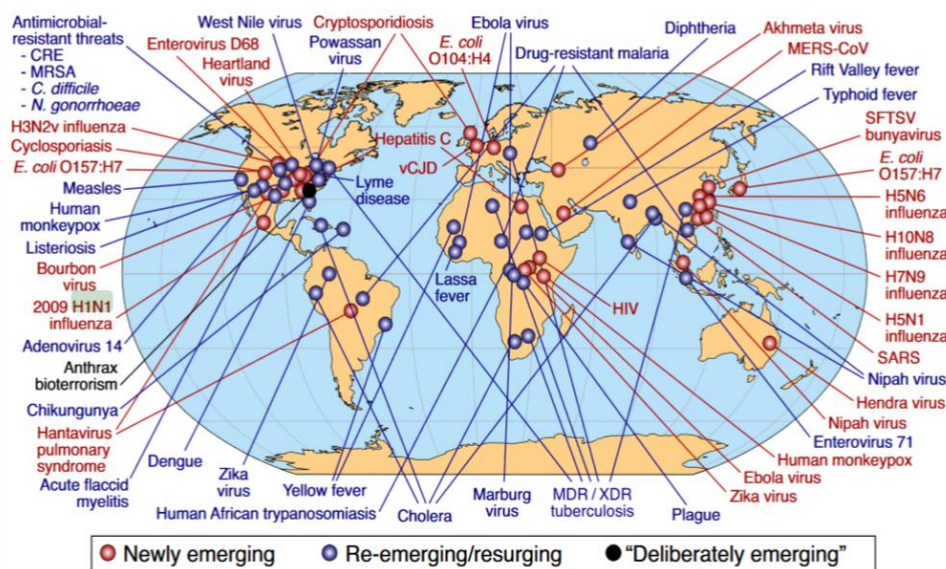
Epidemiat tai ilmastonmuutos eivät tunne kansallisia rajoja. Samalla globaalin talouden vaikutukset ulottuvat kaikkialle. Nämä kehityskulut muuttavat ihmisten elinoloja, elintapoja ja ajattelua ja muovaavat yhteiskunnallisia rakenteita ja kulttuureja. Lisääntynyt liikkuvuus on yksi

iso tekijä, mikä vaikuttaa terveyden kehitykseen globaalisti ja alueellisesti. Ne myös muuttavat dynamiikkaa, jolla terveys- ja hyvinvointierot jakautuvat yksilöiden, väestöryhmien, kansakuntien ja alueiden välillä. (Lahelma, 2017.) Lääketieteen ja teknologian kehitys ovat omalta osaltaan vaikuttaneet siihen, että monella terveyden osa-alueella on tapahtunut myönteistä kehitystä kaikkialla maailmassa. Samalla matkustaminen nopeuttaa tartuntatautien liikkeitä, ja toisaalta globaali markkinatalous ei välttämättä takaa hyvinvoinnin tasaista jakautumista vaan alueiden hyvinvointierot ovat edelleen suuria.

WHO ja Maailmanpankki kehottivat varautumaan uuteen epidemiaan viime syksynä

Vaikka merkittävimmät kansanterveyttä uhkaavat sairaudet ovatkin jo vuosikymmenten ajan olleet ei-tarttuvia tauteja, myös uusia tartuntatauteja ilmenee aika ajoin maailmassa ilman ennakkovaroitusta. WHO huomauttaa, että uudet tartuntataudit voivat ilmaantua missä päin maailmaa tahansa: esim. viimeisin H1N1-virus alkoi Amerikasta vuonna 2009, Ebola Afrikasta 2014 ja nyt koronavirus Kiinasta vuoden 2019 lopulla. (WHO:n Twitter-online tiedotustilaisuus 6.3.2020.). Alla olevaan kuvaan (GPMP, 2019, 12) on merkitty esimerkkejä eri puolilla maailmaa vaikuttaneista epidemioista.

Kuvio 16. Esimerkkejä ilmenneistä ja uudelleen ilmenneistä tartuntataudeista (GPMP, 2019, 12).



WHO:n ja Maailmanpankin perustama Global Preparedness Monitoring Board (GPMP) arvioi viime vuoden syksyllä ilmestyneessä raportissaan, että jopa 50–80 miljoonaa ihmistä voi kuolla, mikäli ilmenee uusi,

hengitystieinfektion aiheuttava, pandemia. Pandemia voi lisäksi aiheuttaa paniikkia, horjuttaa yleistä turvallisuutta ja lamauttaa taloutta. (GPMP, 2019, 15.) Siinä mielessä asiantuntijoiden voidaan sanoa olleen hyvin oikeassa, että pian raportin ilmestymisen jälkeen ilmaantui tällä hetkellä leviävä koronavirus (Liite 2), joka aiheuttaa nimenomaan hengitystieoireita. Pandemiasta ei vielä ole kyse, mutta virus on jo aiheuttanut epidemioita eri puolilla maailmaa eli Manner-Kiinassa, Iranissa, Etelä-Koreassa ja Italiassa. Raportti (GPMP, 2019) vertaa mahdollista pandemiaa vuonna 1918 riehuneeseen Espanjan tautiin, johon kuoli maailmanlaajuisesti 50 miljoonaa ihmistä (emt.) Hoidot ovat sittemmin kehittyneet, mutta toisaalta maailman väkiluku ja liikkuvuus lisääntyneet.

GPMP:n (2019) raportti peräänkuuluttaa kansallisilta hallituksilta johtajuutta ja panostuksia etukäteisvarautumiseen. Terveystieteiden järjestelmän tulee olla kunnossa ja katastrofivalmiuden hyvällä tasolla. Kansainvälinen yhteistyö, jossa WHO:lla on keskeinen rooli, on välttämätöntä. Raportti varoittaa myös vahingoittamistarkoituksessa tehtäiltujen uusien taudinaiheuttajien mahdollisuudesta (GPMP, 2019, 27).

Varautuminen ja vastuunjako Suomessa

Suomessa on käytössä valtionneuvoston koordinoima monisektoraalinen varautumisen malli, jossa jokainen sektori vastaa omasta varautumisestaan. Tartuntatautien torjunnan yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. THL:n tehtävänä on tukea asiantuntemuksellaan sosiaali- ja terveysministeriötä ja aluehallintovirastoja sekä ohjata tartuntojen torjuntaa kunnissa, sairaanhoitopiirien kuntayhtymissä ja sosiaalihuollon ja terveydenhuollon toimintayksiköissä. THL esimerkiksi laatii toimintaohjeita terveydenhuollon toimijoille ja antaa väestölle etenkin matkailuun liittyviä ohjeita tartunnan välttämiseksi ja leviämisen ehkäisemiseksi. (Tartuntatautilaki; THL, 2020.)

THL ylläpitää kansainvälistä tilannekuvaa koronaviruksesta ja arvioi koronavirukseen liittyviä terveysriskejä sekä laatii arvioita siitä, mihin suuntiin koronavirustilanne voi kehittyä ja suunnittelee niihin varautumista. THL myös kehittää ja koordinoi koronaviruksen laboratoriodiagnostiikkaa. (THL, 2020.)

Kelan tartuntatautipäiväraha

Kela maksaa tartuntatautipäivärahaa, kun työntekijä tai yrittäjä on määrätty olemaan poissa työstään jonkin tartuntataudin, esimerkiksi koronaviruksen, leviämisen estämiseksi. Myös alle 16-vuotiaan huoltajalla on oikeus tartuntatautipäivärahaan, jos lapsi on määrätty karanteeniin ja huoltaja ei siksi voi tehdä työtä.

Tartuntatautipäivärahassa ei ole omavastuuaikaa, ja se korvaa täysimääräisesti eristyksen tai karanteenin aiheuttaman ansionmenetyksen. Kela tarvitsee tartuntatautipäivärahan maksamista varten kunnan tai sairaanhoitopiirin tartuntataudeista vastaavan lääkärin päätöksen työstä poissaolosta, eristämisestä tai karanteenista. Tartuntatautilain mukaan päivärahaa ei makseta, jos henkilö on määrätty ulkomailla karanteeniin tai eristettäväksi. EU-maiden osalta tilannetta kuitenkin selvitetään yhä. Toistaiseksi Kelaan ei ole tullut karanteeneihin liittyviä hakemuksia. (Kela 2020b.) **Vuonna 2019** tartuntatautipäivärahaa sai **120 henkilöä** ja sitä maksettiin yhteensä 324 749 euroa eli noin 2700 euroa per saaja. (Kela 2020b).

11 Antibioottiresistenssi on maailmanlaajuinen terveysuhka

Kansainvälisen terveysjärjestö WHO:n mukaan antibioottiresistenssi on yksi merkittävistä maailmanlaajuisista terveysuhista. Resistenteistä infektioista johtuu vuosittain maailmassa yli 700 000 kuolemaa ja määrän on ennustettu nousevan 10 miljoonaan vuoteen 2050 mennessä, jos asiaan ei puututa. (WHO 2018; <https://www.antibioottiresistenssi.fi/>). Antibioottiresistenssiä aiheuttavat antibioottien ylikäyttö ja epätarkoituksenmukainen käyttö.

Lisääntyvää määrää infektioita, kuteen keuhkkokuumetta, tuberkuloosia, tippuria, salmonelloosia ja sepsistä on yhä vaikeampi hoitaa antibioottiresistenssin vuoksi. Vaikka Suomessa antibioottiresistenssi on vielä vähäinen ongelma, tilanne voi muuttua nopeasti. Ottaen huomioon mm. lisääntyneen matkustamisen, antibioottiresistenssi on globaali terveysongelma, joka vaatii toimenpiteitä yhteiskuntien eri tasoilla ja sektoreilla. (Elo 2017; WHO 2018.)

Antibioottiresistenssi vaikeuttaa monien tavallistenkin sairauksien hoitoa, lisää terveydenhuollon kustannuksia, lääkekustannuksia, kuolleisuutta ja rasittaa kansantaloutta. Esim. syöpähoidot tai tavalliset leikkaukset eivät onnistu ilman toimivia antibiootteja, koska niihin liittyy vaikeasti hoidettavien infektioiden riski. Jos suun kautta otettavat antibiootit eivät enää tehoa, myös virtsatietulehduksen kaltaiset tavalliset sairaudet vaativat yhtä useammin sairaalahoitoa. Antibioottien tehottomuuden vuoksi uhkana on, että myös tavallisista infektioista ja pienistä vammoista tulee tappavia. (emt.)

12 Lähteet

Adverse Childhood Experiences (ACE) Study 2020.

<https://web.archive.org/web/20151221214305/http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/index.html> Viitattu 7.3.2020.

Ahola & Hiilamo (toim.) Köyhyyttä Helsingissä

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/38938/Tutkimuksia127.pdf?sequence=1>

[Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. \(2012\). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. The Lancet, 380\(9836\), 37-43. Saatavissa verkossa: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60240-2/fulltext](#)

Besançon L, Chaar B: Report of the international summit on medicines shortage. International Pharmaceutical Federation (FIP). Toronto 2013.

Blomgren, J. (2018). Maakuntien välillä on suuret terveyserot, ja se näkyy Kelan etuuksissa. Saatavissa verkossa:

<https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/4743>

Blomgren, J., (2019). Mielenterveyden häiriöt ohittivat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet sairauspoissaolopäivien määrässä. Kelan tutkimusblogi. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/5011>

Blomgren, J., Laaksonen, M., & Perhoniemi, R., (2019). Harva palaa töihin hylkäävän työkyvyttömyyseläkepäätöksen jälkeen. Kelan tutkimusblogi. Saatavissa verkossa: <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/4992>

Blomgren, J., (2020). Mielenterveyden häiriöistä johtuvien sairauspoissaolojen kasvu jatkuu jyrkkänä. Kelan tutkimusblogi. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/5168>

Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. The Annals of Family Medicine, 2(6), 576-582. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466742/>

Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M., Koskinen, S., (toim.) (2012). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Terveiden ja hyvinvoinnin

laitoksen raportteja 61/2012.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90907/THL_RAP2012_061_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Castaneda, A. (2020). Maahan muuttaneiden terveys ja hyvinvointi. Esitys Kelan seminaarissa 23.1.2020 Miten tukea kotoutumista? – Maahanmuuttajat ja sosiaaliturva.

<https://www.slideshare.net/kelantutkimus/maahan-muuttaneiden-terveys-ja-hyvinvointi>

Council of the European Union. Note from the general secretariat of the council to permanent representatives committee. Preparation of the Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council session on 9 December 2019 European pharmaceutical policy - strengthened cooperation and coordination with the aim to improve access to medicines – policy debate. 22 November 2019.

Elo, E. (2017). Antibioottiresistenssi on todellinen terveysuhka myös Suomessa. Apteekkari 17.11.2017.

<https://www.apteekkari.fi/uutiset/antibioottiresistenssi-on-todellinen-terveysuhka-myos-suomessa.html>

EMA 2016. European Medicines Agency. EMA/24304/2016. Criteria for classification of critical medicinal products for human and veterinary use.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, 196(4286), 129-136.

FIMEA (2020). Saatavuushäiriöt.

https://www.fimea.fi/laakehaut_ja_luettelot/saatavuushairio-uusi

Findikaattori (2020). Indikaattorit aiheittain. <https://findikaattori.fi/>

GPMB (2019). A world at risk: annual report on global preparedness for health emergencies. Global Preparedness Monitoring Board. Saatavissa verkossa:

https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_annualreport_2019.pdf

[Halonen, P., Enroth, L., Jylhä, M., & Tiainen, K. \(2017\).](#)

[Pitkäaikaissairaudet ja monisairastavuus hyvin vanhoilla sekä niiden yhteys toimintakykyyn ja itse arvioituun terveyteen – Tervaskannot 90+-tutkimus. Gerontologia 31\(4\), pp. 265–277.](#)

<https://doi.org/10.23989/gerontologia.65943>

Harkonmäki, K. (2007). Predictors of disability retirement: From early intentions to retirement. Academic dissertation. Department of Public Health, University of Helsinki; The Local Government Pensions institution, Helsinki, Finland.

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/20313/predicto.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Helne, T., (2019). Nuorten ”normaali” paine johtuu yhteiskunnasta. Kelan tutkimusblogi. Saatavissa verkossa:
<https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/5065>

Holstila, A., Lahti, J., Salonsalmi, A., Lahelma, E., & Rahkonen, O. (2019). Eläkkeelle siirtyminen ja alkoholinkäytön Yhteiskuntapolitiikka. 84:1. Saatavissa verkossa:
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137611/YP1901_Holstila.pdf?sequence=2

HS (2019). Kouluterveyskysely: Koululaisten kokema uupumus ei ole taittunut – Katso kuntakohtaiset tulokset 17.9.2019
<https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000006242134.html>

Hyttinen, V., (2018). Health and economic aspects of potentially inappropriate medications in older people. Diss. Itä-Suomen yliopisto.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2955-6>

IHME (2020). Global Burden of Disease / GBD Compare. The Institute for Health Metrics and Evaluation. Datatyökalu verkossa:
<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

Jauhiainen, S. (2020). Maahanmuuttajat Kelan asiakkaina. Esitys Kelan seminaarissa 23.1.2020 Miten tukea kotoutumista? – Maahanmuuttajat ja sosiaaliturva.
<https://www.slideshare.net/kelantutkimus/maahanmuuttajat-kelan-asiakkaina>

Jørgensen, T. S. H., Fors, S., Nilsson, C. J., Enroth, L., Aaltonen, M., Sundberg, L., ... & Jylhä, M. (2019). Ageing populations in the Nordic countries: mortality and longevity from 1990 to 2014. Scandinavian journal of public health, 47(6), 611-617.
<https://doi.org/10.1177/1403494818780024>

Karvonen, S., Kestilä, L., Makkila, S., (2019). Väestön elinolot ja sairastavuus. Teoksessa L. Kestilä & S- Karvonen: Suomalaisten hyvinvointi 2018. Saatavissa verkossa:
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137498/THL_Suomalainen%20hyvinvointi%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kela. (2020a). Kolmasosa hoitotuen kustannuksista johtui muistisairauksista. https://www.kela.fi/ajankohtaista-vammaistuet/-/asset_publisher/I7X3vuEkReGH/content/kolmasosa-hoitotuen-kustannuksista-johtui-muistisairauksista

[Kela. \(2020b\). Lasten ja nuorten ADHD:n lääkehoito yleistyy edelleen Suomessa. https://www.kela.fi/-/lasten-ja-nuorten-adhd-n-laakehoito-yleistyy-edelleen-suomessa](https://www.kela.fi/-/lasten-ja-nuorten-adhd-n-laakehoito-yleistyy-edelleen-suomessa)

[Kela. \(2020c\). Tartuntatautipäiväraha korvaa ansionmenetyksen karanteenin aikana. Kelan tiedote 2.3.2020. Saatavissa verkossa: https://www.kela.fi/ajankohtaista-tyonantajat/-/asset_publisher/Y8xAYtXxE3Kt/content/tartuntatautipäiväraha-korvaa-ansionmenetyksen-karanteenin-aikana](https://www.kela.fi/ajankohtaista-tyonantajat/-/asset_publisher/Y8xAYtXxE3Kt/content/tartuntatautipäiväraha-korvaa-ansionmenetyksen-karanteenin-aikana)

Kelasto (2020). Kelan tilastotietokanta

Klemetti, R., & Raussi-Lehto, E., (2016). Edistä, ehkäise, vaikuta - Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2014–2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116162/THL_OPAS33_VERKKO9.3.2016.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Koskenvuo, K. (2010). Lapsuudentapahtumat, terveys ja elämäntyytyväisyys. Julkaisussa: Olli Kangas, Ulla Hämäläinen, toim. Perhepiirissä. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 294-318 <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/17471/Perhepiirissa.pdf>

Koskenvuo, K & Koskenvuo, M. (2015). Childhood adversities predict strongly the use of psychotropic drugs in adulthood: a population based cohort study of 24 284 Finns. J Epidemiol Community Health; 69: 354-360. Online First doi: 10.1136/jech-2014-204732.

Koskinen, H. (2018). Pharmaceutical expenditures, the reference price system and competition in the pharmaceutical market: A register study. Diss. Helsinki. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/235341>

Kosola, S. (2020). Lasten ja nuorten netti- ja peliriippuvuus: pitääkö olla huolissaan? Lääkärilehti 6/2020 vsk 75 s. 324 – 329. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/lasten-ja-nuorten-netti-ja-peliriippuvuus-pitaako-olla-huolissaan/?public=f55be634c6143d31e85f7683b3ea87fd>

Kosunen, E., (2019). Multiprofessional primary healthcare and challenges of multimorbidity. Eur J Gen Pract. 25(3): 164–175. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6713084/> doi: 10.1080/13814788.2019.1643166

Laaksonen, M., (2019). Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden määrä kääntyi kasvuun 2018. Eläketurvakeskus. Saatavilla verkossa: <https://www.etk.fi/blogit/tyokyvyttomyyselakkeelle-siirtyneiden-maara-kaantyi-kasvuun-2018/>

Laatikainen, O., (2020). Jopa neljännes iäkkäiden potilaiden erikoissairaanhoidon päivystyskäynneistä johtuu lääkehaitoista. Väitöstiedote 25.2.2020. <https://www oulu.fi/yliopisto/node/199036>

Lahelma, E. (2017). Sosioekonomiset terveyserot 100-vuotiaassa Suomessa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti, 54(1). Noudettu osoitteesta: <https://journal.fi/sla/article/view/60619>

Lehto, M. (2011). Kaikki mukaan! Osatyökykyiset työmarkkinoilla! Selvityshenkilön raportti. Available online: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72539/URN:NBN:fi-fe201504225679.pdf?sequence=1>

Leikola, S., (2012). Development and Application of Comprehensive Medication Review Procedure to Community-Dwelling Elderly. Diss. Helsingin yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-7698-5>

Mackenbach, JP., Kunst, AE., Cavelaars, AE., Groenhouf, F., Geurts, Jj. (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU working group on socioeconomic inequalities in health. Lancet 349:1655-1659.

Marttunen, M., Karlsson, L. Nuoruus ja mielenterveys (2013). Teoksessa Marttunen, M., Huurre, T., Strandholm, T., Viialainen, R. (toim.): Nuorten mielenterveys. Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110484/THL_OPA025_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Näsi, E., (2019). Miksi osatyökykyisen on vaikea palata työhön? Telan tutkimusblogi. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/4840>

Pelkonen E. Näkökulmia saatavuushäiriöihin – Fimea. Lääkealan saatavuusfoorumi 8.11.2019. Esitys. Saatavissa: <https://www.laaketeollisuus.fi/media/tiedostot/laakealan-saatavuusfoorumi-eija-pelkonen.pdf>

Pauwels K, Huys I, Casteels M, Simoons S. Drug shortages in European countries: a trade-off between market attractiveness and cost containment? BMC Health Serv Res 2014; 14: 438.

Pelkonen, L. (2016). Harvinaislääkkeet ja Kela-korvattavuus. Sic! Lääketietoa Fimeasta 4/2016. https://sic.fimea.fi/arkisto/2016/4_2016/harvinaissairaudet/harvinaislakkeet-ja-kela-korvattavuus

Perhoniemi, R., Blomgren, J., & Laaksonen, M., (2018). Mitä hylkäävän työkyvyttömyyseläkepäätöksen jälkeen? Yhteiskuntapolitiikka, 83 (2018):2. <http://www.julkari.fi/handle/10024/136252>

Puustinen, J., (2014). Benzodiazepines and Cognitive Functioning in Older Adults. With Emphasis on Long-Term Use and Withdrawal. Dss. Turun yliopisto. <https://www.utupub.fi/handle/10024/96586>

Pösö, R. (2018a). Yhä useampi lapsi saa alle 16-vuotiaan vammaistukea psyykkisen kehityksen häiriön vuoksi. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/235432/Yha_useampi_lapsi_saa_alle_16_vuotiaan_vammaistukea_psyykkisen_kehityksen_hairion_perusteella.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pösö, R. (2018b). Täyden kansaneläkkeen saajien määrän lasku pysähtyi. Kelan tilastokatsaus 15.11.2018 https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/261749/Tayden_kansanelakkeen_saajien%20maaran_lasku_pysahytyi.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pösö, R. (2019). Takuueläkkeen saajia jo lähes 105 000. Kelan tilastokatsaus 11.12.2019. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/308052/Takuuelakkeen_saajia_jo_lahes_105000.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pösö, R. (2020). Suullinen tiedonanto 13.1.2020.

Riekhoff, A.-J., (2018). Retirement trajectories in the Netherlands and Finland. Institutional change, inequalities, de-standardisation and destabilization. Finnish Centre for Pensions. University of Tampere. Diss. Helsinki: Juvenes. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-691-296-0>

Roustaei, Z., Räisänen, S., Gissler, M., & Heinonen, S. (2019). Fertility rates and the postponement of first births: a descriptive study with Finnish population data. BMJ open, 9(1), e026336. <https://bmjopen.bmj.com/content/9/1/e026336.full>

Rönkä, S., Ollgren, J., Alho, H., Brummer-Korvenkontio, H., Gunnar, T., Karjalainen, K., Partanen, A. & Väre, T. (2020). Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa vuonna 2017. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 5.3.2020. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15450>

Sainio, P., Parikka, S., Pentala-Nikulainen, O., Ahola, S., Aalto, A.-M., Muuri, A., Nurmi-Koikkalainen, P., Martelin, T., Koskela, T., & Koskinen, S. (2019). Toimintarajoitteisten ihmisten kokemuksia terveystalvemuista. Teoksessa L. Kestilä & S- Karvonen: Suomalaisten hyvinvointi 2018. Saatavissa verkossa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137498/THL_Suomalainen%20hyvinvointi%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

STM (2019). Näkökulmia lääkehoitoon ja lääkkeiden jakeluun liittyvistä muutostarpeista. Virkamiesmuistio. Sosiaali- ja terveysministeriö.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4027-7>

STM (2020). Julkaisut ja raportit rationaalisesta lääkehoidosta. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://stm.fi/rationaalinen-laakehoito/julkaisut>

SVT (2020). Väestön ennakkotilasto [verkkojulkaisu]. Suomen virallinen tilasto. ISSN=1798-8381. Joulukuu 2019. Päivitetty 23.01.2020. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 10.3.2020]. Saantitapa:

http://www.stat.fi/til/vamuu/2019/12/vamuu_2019_12_2020-01-23_tie_001_fi.html

Suomi, J.-P. (2020). Ajankohtaista kotouttamisesta. Esitys Kelan seminaarissa 23.1.2020 Miten tukea kotoutumista? – Maahanmuuttajat ja sosiaaliturva. <https://www.slideshare.net/kelantutkimus/ajankohtaista-kotouttamisesta>

Tarnanen, K., Harju, T., & Meinander, T. (2019). Keuhkohtaumatauti – salaa etenevä kansantauti. Käyvän hoidon potilasversiot.

<https://www.kaypahoito.fi/khp00012>

TELA (2018). Keitä uhkaa köyhyys eläkkeellä?

https://www.tela.fi/uutiskirje/artikkeli/1/0/keita_uhkaa_koyhyys_elakkeella

THL (2008). Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103115/Yleinen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

THL (2019a). Lasten mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt.

<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/lasten-mielenterveys-ja-mielenterveyden-hairiot>

THL (2019b). Nuorten mielenterveyshäiriöt.

<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/nuorten-mielenterveyshairiot>

THL (2019c). Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2018.

Suomen virallinen tilasto. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki:

Punamusta. Saatavilla verkosta:

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137595/Sosiaali-%20ja%20terveysalan%20tilastollinen%20vuosikirja_2018_verkkoon.pdf?sequence=1&isAllowed=y

THL (2019d). Lasten ja nuorten hyvinvointi – Kouluterveyskysely 2019

Tilastoraportti 33/2019, 17.9.2019. THL.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138562/Tilastoraportti_33_Kouluterveyskysely.pdf?sequence=2&isAllowed=y

THL (2020). Usein kysyttyä koronaviruksesta COVID-19. Saatavissa verkossa: <https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit-ja-rokotukset/ajankohtaista/ajankohtaista-koronaviruksesta-covid-19/usein-kysyttya-koronaviruksesta-covid-19>

Tesch-Römer, C. (2012). Active ageing and quality of life in old age. [United Nations Economic Commission for Europe. Geneva: United Nations.](#)

Tuori, S. (2018). Työttömyyden perusturvan menot vuonna 2018 ensimmäistä kertaa ansioturvan menoja suuremmat. Kelan tilastokatsaus 5/2019.

https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/299979/Tyottomyyden_perusturvan_menot_vuonna_2018_ensimmaista_kertaa_ansioturvan_menoja_suuremmat.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vesikansa, S. (2019). Kuinka lasten ja nuorten mielenterveysongelmien syihin voidaan puuttua? Blogikirjoitus 26.11.2019.

<https://www.hel.fi/blogit/fi/kirjoitukset/sanna-vesikansa/kuinka-lasten-ja-nuorten-mielenterveysongelmien-syihin-voidaan-puuttua?siteareas=%2FblogitV2%2Ffi%2Fkirjoitukset%2Fsanna-vesikansa>

Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Ann Fam Med.* 2004 Nov; 2(6): 576–582. doi: 10.1370/afm.245

WHO (2018). Antibiotic resistance. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance>

WHO (2019). Essential medicines and health products. Saatavissa: https://www.who.int/medicines/services/essmedicines_def/en/ (viitattu 7.12.2019).

WHO (2020). Coronavirus disease (COVID-2019) R&D. Saatavissa verkossa: <https://www.who.int/blueprint/priority-diseases/key-action/novel-coronavirus/en/>

World Bank Data

YLE (2019a). Tutkimus: Puolet nuorista ei usko, että kannabiksen kokeilussa on riskejä. Yle 12.11.2019. <https://yle.fi/uutiset/3-11057543>

YLE (2019b). Kaikilla on mielipide synnytystalkoista, mutta tiesitkö näitä asioita hedelmällisyysterveystestistä? Yle 19.12.2019. Saatavissa verkossa: <https://yle.fi/uutiset/3-11100351>

YLE (2020a). Fimea kehottanut lääkealan yrityksiä tekemään riskiarvion koronaviruksen varalle – kriittisille lääkkeille 6–10 kuukauden varastot. Yle 5.3.2020. <https://yle.fi/uutiset/3-11241263>

YLE (2020b). Koronavirus toi valokeilaan lääkealan riippuvuuden Kiinasta: Maailmalla voi tulla pula esimerkiksi parasetamolista, antibiooteista ja hiv-lääkkeistä. Yle 5.3.2020. <https://yle.fi/uutiset/3-11242555>

Liite 1. Kansansairaudet Suomessa 2019

Sydän- ja verisuonisairaudet

Sydän- ja verisuonitaudit ovat vähentyneet, mutta ne ovat edelleen merkittävä sairausryhmä erityisesti iäkkäässä väestössä, sillä niillä on merkittäviä toimintakykyä alentavia seurauksia. Ne ovat yleisempiä miehillä kuin naisilla. Samoin vähemmän koulutetuilla on suurempi riski kuin korkeammin koulutetuilla. Jopa joka toisella 60-69-vuotiaalla on kohonnut riski sairastua vakavaan sepelvaltimotautiin tai aivohalvaukseen. (Karvonen ym. 2019, 57–58.)

Diabetes

Kakkostyypin diabetes on yleistynyt tasaisesti. Suomessa 15 % miehistä ja 10 % naisista on diabeetikkoja. Lisäksi joka neljännellä on vähintään kohtalainen riski sairastua 10 vuoden sisällä. Osa sairastaa diabetesta tietämättään. (Karvonen ym. 2019, 57–58.)

Hengityselinsairaudet

Astma ja allergiset nenä- ja silmäoireet ovat lisääntyneet nopeasti, erityisesti nuorilla. Allergiaa (nenä-, silmä- ja/tai iho-oireita) on joka kolmannella. Astma on todettu joka kymmenennellä miehellä ja joka seitsemännellä naisella. (Karvonen ym. 2019, 57–58.)

Keuhkohtaumatauti sen sijaan on yleensä iäkkäämpien sairaus, joka heikentää elämänlaatua ja lisää kuolleisuutta. Yli 60-vuotiaista miehistä sitä sairastaa 6 %, naisilla sen esiintyvyys on puolet harvinaisempaa. (Karvonen ym. 2019, 57–58.) Tupakointi on keuhkohtaumataudin tärkein riskitekijä – pölyinen työ moninkertaistaa riskin tupakoitsijoilla (Tarnanen ym. 2019).

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat merkittävä tautiryhmä, joka heikentää toiminta- ja työkykyä. Esimerkiksi selkä- ja niskakipua ilmaisee poteneensa noin 40–50 % väestöstä vuonna 2017. Osa oireista on kuitenkin harvinaistunut vuoden 2011 jälkeen, minkä arvellaan johtuvan parantuneesta työergonomiasta sekä koulutustason ja yleisten elinolojen kohentumisesta. (Karvonen ym. 2019, 59.) Suurin osa kaikista, erityisesti miesten, sairauspoissaoloista johtuu tuki- ja liikuntaelinsairauksista. (Blomgren, 2020).

Syöpäsairaudet

Yhä useampi sairastuu syöpään, mutta samalla myös yhä useampi selviää sairaudesta. Ilmaantuvuuden kasvu liittyy väestön ikääntymiseen, sillä syöpätaudit ovat yleisempiä ikääntyneessä väestössä.

Syöpäkuolleisuuden ennustetaan laskevan edelleen. Miesten yleisimpiä syöpiä ovat eturauhassyöpä, keuhkosyöpä ja paksu- ja peräsuolisyöpä.

Naisilla yleisimpiä syöpiä ovat rintasyöpä, paksu- ja peräsuolisyöpä ja keuhkosityöpä. (Karvonen ym. 2019, 58.)

Mielenterveyden ongelmat

Mielenterveysongelmat ovat merkittäviä terveysongelmia kaikissa ikäryhmissä, ja vain osa niistä kärsivistä ihmisistä hakee apua.

Mielenterveyden häiriöt ovat suurin työkyvyttömyyseläkkeiden syy ja toiseksi suurin sairauspoissaolojen syy. (esim. Pekkala 2018, 12.)

Masennusoireet ovat yleistyneet koko väestössä vuosina 2011–2017.

Mielenterveyden ongelmia on erityisesti työikäisillä naisilla ja 80 vuotta täyttäneillä. (Karvonen ym. 2019, 59.) Mielenterveyden häiriön perusteella sairauspäivärahaa saaneiden lukumäärä on kasvanut vuosien 2016 ja 2019 välillä peräti 43 % (Blomgren, 2020).

Muistisairaudet

THL:n sairastavuusindeksien perusteella kansansairauksistamme erityisesti dementia on lisääntynyt selvästi vuosien 2005–2015 välillä. (THL, 2019c, 144). Dementian ikävakioitu indeksi oli 68,4 ja ikävakioimaton indeksi oli 69,2 vuosina 2003–2005 (vs. 100 vuonna 2013–2015).

Liite 2. COVID-19 eli koronavirus

Joulukuussa 2019 Kiinan Hubein maakunnassa havaittiin uusi COVID-19-virus eli koronavirus, joka aiheuttaa hengitystieinfektion oireita, kuten yskää ja hengenahdistusta (WHO, 2020). Tartuntoja on tähän mennessä löydetty 88 maassa, mutta varsinaisiksi epidemia-alueiksi määritellään tällä hetkellä Manner-Kiina, Iran, Etelä-Korea ja Italia. Varmistettuja tapauksia on lähes 114 000 ja kuolleita on yli 4000 (tilanne 10.3.2020). Taudin todellista kuolleisuutta ei vielä tiedetä, sillä kaikkia altistuneita, sairastuneita ja kuolleita ei ole vielä varmuudella rekisteröity ja tauti jatkaa leviämistään. (WHO:n Twitter-online tiedotustilaisuus 6.3.2020.)

Maailman terveysjärjestön pääsihteeri Dr. Tedros pitää tilannetta syvästi huolestuttavana ja pelkää, että matalan tulotason maat tulevat kärsimään pahimmin. Useimmat vakavasti sairastuneet ovat olleet yli 40-vuotiaita. Kuolleisuusriski kasvaa iäkkäillä sekä niillä, joilla on perussairauksia. Vaikka lapset eivät näyttäisi yleensä saavan vakavia oireita, on silti olemassa riski, että esimerkiksi huonoissa olosuhteissa asuvien pakolaislasten keskuudessa tauti olisi kohtalokas. Tedros pyytääkin kiinnittämään erityistä huomiota haavoittuvassa asemassa olevien suojaamiseen tartunnoilta ja sairastuneiden hyvään hoitamiseen. (WHO:n Twitter-online tiedotustilaisuus 6.3.2020.)

WHO kannustaa taudin torjunnassa noudattamaan ”aggressiivista” lähestymistapaa. Nyt, kun taudin leviäminen monissa maissa on vielä varhaisessa vaiheessa, tulee panostaa taudin leviämisen hidastamiseen ja vähentämiseen kaikin keinoin. Näin voidaan ostaa aikaa varautumiselle sekä terveydenhuollossa että yhteiskunnassa muuten. Keinoina mainitaan kohdennettu seulonta, tartunnan saaneiden tunnistaminen, testaaminen, hoitaminen ja eristäminen sekä altistuneiden asettaminen karanteeniin. Näin voitettulla lisäajalla hallitukset ja terveydenhuolto saavat aikaa laatia tarkemmat, kyseiseen epidemiaan soveltuvat, varautumissuunnitelmat ja viestiä epidemiatilanteesta ja siihen varautumisesta. Samalla voidaan kehittää testimenetelmiä, rokotetta, hoitomenetelmiä ja lääkkeitä. (WHO:n Twitter-online tiedotustilaisuus 6.3.2020.)

WHO korostaa, että jokaisen maan tulee tehdä omat riskiarvionsa perustuen kunkin maan perusvalmiuteen, varautuneisuuteen ja muihin olosuhteisiin. Pääsihteeri esitti huolensa siitä, että osaa sairaaloita on johdettu tiukalla lean-periaatteella, jossa erilaisten epidemioiden ja katastrofien aiheuttamaa lisäkapasiteetin tarvetta ei ole riittävästi huomioitu. Osassa sairaaloita esimerkiksi eristystilat on mitoitettu alle 10 potilaalle. (WHO:n Twitter-online tiedotustilaisuus 6.3.2020.)

WHO on laatinut tartuntojen tunnistamista varten ohjeiston (Surveillance Guidance). Siinä määritellään, mitä asioita hoitavan lääkärin tulee huomioida arvioidessaan, tulisiko potilas testata COVID-19-viruksen osalta. WHO:n edustaja kuitenkin huomauttaa, että hoitavalla lääkäriä tulee olla mahdollisuus määrätä henkilö testattavaksi myös oman harkintansa perusteella. Kaikkia, vähäisimmästäkin oireesta kärsiviä ei kuitenkaan voida testata, jotta testauskapasiteetti riittää niille, joilla on selvempiä oireita. (WHO:n Twitter-online tiedotustilaisuus 6.3.2020.)

Lääke- ja rokotetutkimusta tehdään kiivaasti erityisesti Kiinassa, mutta myös muualla. Tutkimuksen osalta tehdään tiivistä kansainvälistä yhteistyötä ja maiden välistä tiedonjakoa tapahtuu. WHO toimii tutkimuksen ja kehittämisen koordinoijana ja ilmoitti perustavansa Data Monitoring Board:in, joka kokoaa kaiken uuden tutkimustiedon yhteen. Myös aiempien epidemioiden, kuten MERS- ja SARS-virusten, aikana kertynyttä tietoa hyödynnetään. (WHO 2020.)

**"Meidän pitää toimia yhtenäisenä rintamana.
CoVID-19 on yhteinen vihollinen, joka voidaan voittaa vain yhteistyöllä."**

(Dr. Tedros, WHO:n pääsihteeri, tiedotustilaisuudessa 6.3.2020.)

Ei tiedetä, miten laajalle epidemia leviää

WHO:n mukaan vielä ei tiedetä, miten viruksen leviäminen etenee lähitulevaisuudessa, joten on syytä varautua sekä tilanteen pahenemiseen että kohentumiseen. Ei ole esimerkiksi viitteitä siitä, että virus automaattisesti laantuisi kesään mennessä kuten kausi-influenssa yleensä tekee. Kaikkien tulee siis aktiivisesti jatkaa toimia, jotka ehkäisevät tai vähentävät tartunnan mahdollisuutta. Näitä ovat erityisesti käsien huolellinen peseminen ja aivastaminen hihaan tai vaihtoehtoisesti nenäliinaan, joka hävitetään suljettuun roska-astiaan. Lisäksi jokaisen kannattaa varmistaa, että läheiset ihmiset, kuten perheenjäsenet, naapurusto ja työyhteisö ovat tietoisia koronaviruksen tarttumista hillitsevistä toimista. (WHO:n Twitter-online tiedotustilaisuus 6.3.2020.)

"Facts, not fear. Solidarity, not stigma."

(Dr. Tedros, WHO:n pääsihteeri, tiedotustilaisuudessa 6.3.2020.)

WHO:n edustaja otti kantaa myös matkustusrajoituksiin. Niiden tulisi olla tarkasti harkittuja, lyhytaikaisia, ja kansanterveydellisesti perusteltuja. Joitakin kokouksia ja yleisötapahtumia on peruttu ja erilaisia virtuaalikokouksia sen sijaan lisätty. (WHO:n Twitter-online tiedotustilaisuus 6.3.2020.)

Suomen ulkoministeriö suosittelee välttämään kaikkea matkustamista Hubein maakuntaan ja tarpeetonta matkustamista Manner-Kiinaan.

Lisäksi ulkoministeriö suosittelee noudattamaan erityistä varovaisuutta, kun matkustetaan Etelä-Koreaan, Iraniin tai Italiaan ja välttämään tarpeetonta matkustamista Emilia-Romagnan, Lombardian, Piemonten ja Veneton alueille. THL ohjeistaa yleisötapahtumien järjestäjiä huomioimaan tartuntatautiriskit ja sisällyttämään ne riskienhallintasuunnitelmaansa. Suunnitelmassa on hyvä arvioida, mitkä hygieniatoimet ovat tarpeellisia ja antaa toimintaohjeet sairastapausten varalle. Lisäksi THL ohjeistaa tapahtumajärjestäjiä korostamaan osallistujille, että tapahtumaan osallistumista tulisi sairaana välttää. (THL, 2020.)

WHO:n pääsihteeri Dr. Tedros kommentoi virtuaalikokouksiksi muutettujen kokousten suotuisia ilmastovaikutuksia: ”Elämän täytyy jatkua ja innovaatioita tarvitaan. On hyvä, että voimme löytää uusia tapoja kommunikoida, jos niillä lisäksi on suotuinen vaikutus ilmastonmuutokseen alhaisemman hiilijalanjäljen myötä.” Hän korosti, että ensisijainen tavoitteemme tässä kohtaa on koronavirusepidemian voittaminen. Siitä huolimatta on hyvä, jos arvioimme kaikkien kokoustemme tarpeellisuuden ja arvioimme, pitääkö meidän todella tavata kasvatusten vai voimmeko käyttää muita viestintäkanavia. Samalla hän peräänkuulutti yritysten esiinmarssia avuksi taistelussa koronavirusta vastaan. (WHO:n Twitter-online tiedotustilaisuus 6.3.2020.)