

Tulevaisuusvaliokunta
Eduskunta

10.3.2020

tuv@eduskunta.fi

Asiantuntijakutsu 13.2.2020, kuulemistilaisuus 11.3.2020 klo 9.00

KANSANTERVEYS, KANSANSAIRAUDET, IHMISTEN TOIMINTAKYKY; KANSANSAIRAUKSIEN ENNAKOITU KEHITYS, UUDET KANSANSAIRAUDET JA MUUT KANSANTERVEYTEEN JA HYVINVOINTIIN LIITTYVÄT KEHITYSKULUT JA RISKIT, JOTKA VOIVAT HAASTAA IHMISTEN TOIMINTAKYVYN JA HYVINVOINTIVALTION PERUSTAN

Työterveyslaitos kiittää mahdollisuudesta antaa lausunto tulevaisuusvaliokunnassa 11.3.2020.

Kansansairauksiksi luetaan sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, astma ja allergia, krooniset keuhkosairaudet, syöpäsairaudet, muistisairaudet, tuki- ja liikuntaelimestön sekä mielenterveyssairaudet. Näistä sairauksista kuolinsyytilastojen kärkipaikoilla näkyvät sydän- ja verisuonisairaudet, syöpäsairaudet ja muistisairaudet. Vaikka edellä mainittujen kuolinsyytilastojen yleisimpien sairauksien osalta on viime vuosina otettu isoja harppauksia diagnostiikan aikaistumisen ja hoitokeinojen kehittymisen myötä, niin niiden vaikutukset ovat edelleen merkittäviä kansanterveyteemme. Kansansairauksista Diabetes, astma ja allergia, krooniset keuhkosairaudet, tuki- ja liikuntaelin- sekä mielenterveyssairaudet eivät näy kärkipaikoilla kuolleisuustilastoissa. Niiden vaikutukset näkyvät varsinaisten kuolinsyiden aiheuttamien sairauksien synnyttäjinä, kuten esim. diabetes lisää riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauteen.

Osa kansansairauksien aiheuttamasta haitasta näyttäytyy kansanterveydessämme työkyvyn alentumisena kuten pitkäaikaisina sairauspoissaoloina tai työkyvyttömyyseläkkeinä. Pitkien sairauspoissaolojen lasku vuodesta 2006 alkaen on kestänyt aina vuoteen 2015 saakka, jonka jälkeen pitkät sairauspoissaolot ovat nousseet. Nousun syynä on pitkälti mielenterveyden häiriöistä johtuvat sairauspoissaolot vaikkakin tuki- ja liikuntaelinsairauksista johtuvat syyt ovat edelleen suurin sairauspoissaoloja aiheuttava sairausryhmä. Työkyvyttömyyseläkkeiden osalta pitkään jatkunut lasku on myös kääntynyt nousulinjalle. Tosin huomattava on samanaikainen osatyökyvyttömyyseläkkeiden hienoinen nousu, joka ei kuitenkaan yksinomaan ole nostamassa työkyvyttömyyseläkkeelle jäämistä. Osatyökyvyttömyyseläkkeiden nousu painottuu 60-64 vuotiaisiin. Kun taas esim. nuorissa ikäluokissa mielenterveyden häiriöistä johtuvat kaikki työkyvyttömyyseläkkeet ovat nousussa 20-44 vuotiailla ja tässä ryhmässä nousua eniten on 25-29 vuotiaiden ryhmässä.

Maamme väestöllinen huoltosuhde on kasvanut ja sen ennustetaan kasvavan tulevaisuudessa. Se johtuu ikääntyvien määrän kasvamisesta ja syntyvyyden vähentymisestä. Ikääntyvien määrän lisääntyminen on viime kädessä positiivinen ilmiö, joka kertoo eittämättä kansanterveyden kohenemisesta ja mm. sairauksien hoidon kehittymisestä. Keskimääräisen eliniän kasvamisen myötä joidenkin kansansairauksien ilmaantumisen todennäköisyys lisääntyy kuten esim. syöpäsairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä muistisairaudet. Näiden lisääntymisen seurauksena sairauksien hoitaminen vaatii niin käsi- ja jalkapareja sosiaali- ja terveydenhuoltoon

kuin vanhainkotipaikkoja ja omaishoitajia huolehtimaan hyvästä ikääntymisestä. Kaikki edellä mainitut tekijät kuormittavat hyvinvointiyhteiskuntaamme.

Hyvinvointivaltiomme vahva perusta on työikäisen väestön pysyminen työkykyisenä. Viimeaikaiset tilastot pitkäaikaisten sairauspoissaolojen lisääntymisenä ja ennen aikaisten työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuden nousuna nakertavat hyvinvointivaltiomme perustaa. Työkyvyttömyyden aiheuttamat kustannukset ovat merkittävä lovi hyvinvointivaltiomme taloudessa. Rissasen ja Kasevan 2014 (STM) tekemä selvitys osoitti työkyvyttömyyden aiheuttavan vuosittain 24,5 miljardin kustannuksen kansantalouteemme. Summa muodostui työkyvyttömyyttä aiheuttavien sairauksien hoitokuluista, työstä poissaolon kustannuksista ja työkyvyttömyyseläkkeistä.

Vähäinen fyysinen aktiivisuus on merkittävä riskitekijä monen kansansairauden osalta. Vasankari ym. 2018 tekemän selvityksen mukaan liian vähäisen fyysisen aktiivisuuden, huonon kunnon ja runsaan paikallaanolon vaikutukset kroonisten kansansairauksien aiheuttamiin yhteiskunnalle muodostuviin suoriin terveydenhuollon kustannuksiin ja tuottavuuskustannuksiin arvioidaan olevan 3,2 - 7,5 miljardia euroa vuosittain. Suomalaisen väestön terveystilanteen parantamisen mukaisesta liikkumisesta on olemassa tutkimuksia, joissa arvioidaan yli 30-vuotiaista joka neljännen harrastavan terveyden kannalta riittävästi kestävyysliikuntaa (Mäkinen ym 2012). Samansuuntainen tulos oli terveys 2011 -tutkimuksessa ikäjakauman ollessa 18-85 -vuotiaat. Husu ym. 2016a selvittivät objektiivisilla mittauksilla (liikemittari) suomalaisten liikkumista. Suomalaiset viettävät liikemittarin käyttöajasta valvella ollessaan lähes 8,5 tuntia paikallaan, pääsääntöisesti istuen. Vasankari ym. kuvasivat haasteena Suomessa sen, että objektiivisiin mittauksiin perustuvista tutkimuksista ei ole vielä käytettävissä vertailuja eri vuosien välillä.

Osaamista terveydenhuoltojärjestelmästä ei puutu, mutta osaamisen kohdentaminen ja palveluiden yhteen nivominen ei vielä toimi hyvinvointiyhteiskuntamme vaativalla tavalla. Tarvitsemme yhteistyön lisäämistä osasten kesken luomaan yhtenäistä palvelukokonaisuutta kansalaisille. Yhteistyön tekemisen osalta ei riitä että suunnittelemme sitä vain lainsäädännön tai strategisen tason osalta. Yhteistyön tekeminen on ulotuttava niin toimintasektori ja organisaatio kuin käytännön toimijoiden tasolle.

Meidän terveydenhuoltojärjestelmämme on monimutkainen ja se muodostuu monesta osasta. Siitä huolimatta järjestelmämme tulisi kyetä vastaamaan väestön terveystarpeisiin koordinoitusti ja kansalaisten suhteen tasa-arvoisella tavalla. Perusterveydenhuollon kuuluisi olla ensisijainen taho ihmisten arjessa pärjäämisessä. Monesta asiasta paljon tietävä yleislääketieteen erikoislääkäri olisi keskeinen henkilö ideaalimaailmassa kohtaamaan ihmisten arkipäivän terveyshuolia nopealla saatavuudella. Nyt julkinen terveydenhuolto näyttäytyy monelle kansalaiselle lähinnä vaikeutena päästä terveyskeskuslääkärin vastaanotolle. Ratkaisuna on ollut monin mahdollisin keinoin lisätä väliportaita jollain muulla ammattilaisella tai palvelulla, joka ei välttämättä tunnista sairauksien ja arkielämän yhteyksien kuormaa. Vaikkakin esim. fysioterapeutin suoravastaanotolle on aito tarve, käynnistää lääkinnällinen kuntoutus mahdollisimman varhain.

Työterveyshuolto on joutunut ottamaan osan työikäisten perusterveydenhuollon vastuusta, vaikka työterveyshuollon erityisosaaminen painottuukin työkyvyn arviointiin sekä työn ja terveyden välisen suhteen arviointiin niin työpaikoilla kuin vastaanottohuoneissa. Tämän tehtävän lisäksi monen kansansairauden tunnistaminen työikäisillä tapahtuu käytännössä työterveyshuollossa. Joka sinällään ei ole huono asia, kun työterveyshuolto tapaa ison määrän ns. perusterveitä kansalaisia mm. terveystarkastuksissa. Ongelmana on se, että sairauksien jatkoahoito ei onnistu perusterveydenhuollossa, kun sinne ei pysty ohjaamaan resurssipulan vuoksi. Toki yritykset, jotka ovat sopineet sairaanhoidon laajasta palvelusta työterveyshuollon

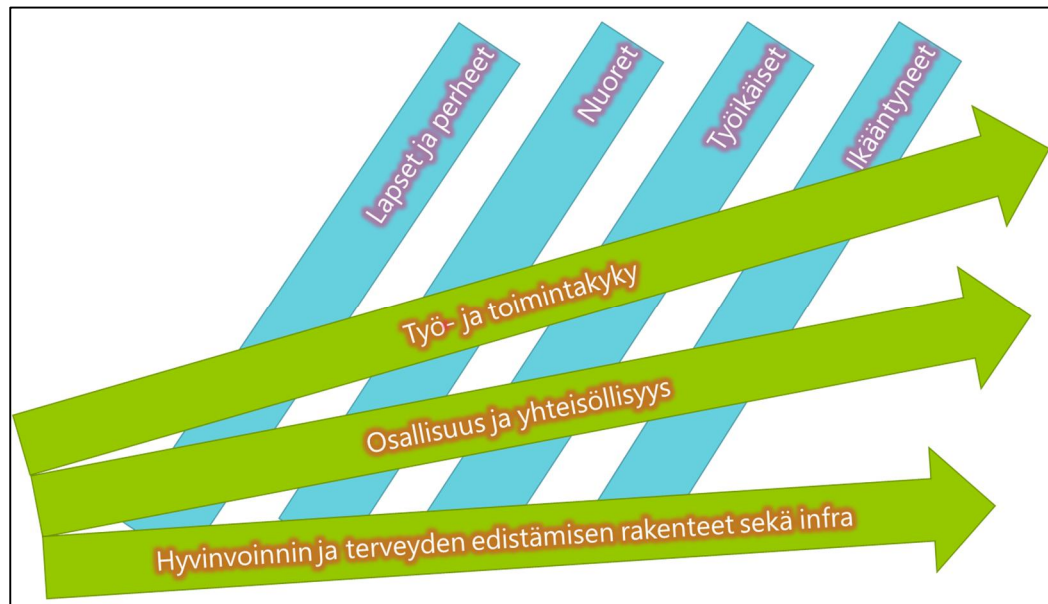
kanssa voivat konsultoida työterveyshuoltosopimuksen sisällä erikoislääkäriä. Tällaisissa tilanteissa olevat työkäiset ovat jatkohoidon osalta hyvässä asemassa. Näin ei kuitenkaan ole kaikilla. Monella pienellä tai keskisuurella yrityksellä on lakisääteinen tai rajoitettu sairaanhoidon sopimus, joka ei mahdollista esim. tarvittavia tutkimuksia tai erikoislääkärikonsultaatioita. Vuodenvaihteessa voimaan tullut Työterveyshuollon KELA korvausuudistus painottaa ehkäisevien palveluiden korvaamista sairaanhoidon sijaan. Se on tarpeellinen muutos työterveyshuollon ydinosaamisen näkökulmasta, mutta samanaikainen perusterveydenhuollon palveluiden saatavuuden niukkuus on aiheuttamassa lisää polarisoitumista työkäiseen väestöön, painetta perusterveydenhuoltoon ja kansansairauksien hoidon hankaloitumista.

Ratkaisuja kansanterveyden edistämiseen, kansansairauksien ehkäisyyn ja samalla hyvinvointivaltiomme perustaan

- Tarvitsemme ikäryhmäkohtaisia palvelukokonaisuuksia, joissa työkäisillä on oma palvelukokonaisuus. Hyviä käytäntöjä on jo olemassa <https://www.ttl.fi/tyoikaisten-sote-palvelukokonaisuus-hyvia-kaytantoja/>. Niiden jalkauttamiseksi tarvitaan paikallista sopimista alueen toimijoiden kesken sekä fasilitointia.
- Työkyvyn tukeminen tulisi olla mukana yhtenä keskeisenä tavoitteena kaikissa työkäisiä koskevissa palveluissa, linjauksissa ja suunnitelmissa
- Terveystenhuollon kansallisia laaturekisteripilotteja rakennetaan. Niihin tulisi nivoa mukaan työterveyshuolto ja sen kontaktit työkäiseen väestöön
- Mielenterveysstrategia koskettaa työkäisiä ja työelämää tulevia merkittävästi, työterveyshuollon yhteensovittaminen muuhun sosiaali- ja terveydenhuoltoon on huomioitava strategian toimeenpanossa
- SOTE keskushankkeiden onnistumiseksi työterveyshuollon yhdyspinta työkäisen palveluihin tulee huomioida, jotta kansasairauksien hoito- ja kuntoutusketjut olisivat yhtenäisiä
- Työkykyohjelmassa pureudutaan haasteellisimmassa tilanteessa olevien työkykyongelmiin, sitä tarvitaan.
- Tarvitsemme tietojärjestelmiä, joissa potilas- ja asiakastieto on häntä hoitavan tai kuntouttavan ammattilaisen käytettävissä asiakkaan luvalla. "Tieto seuraa ihmistä" - ideaalimalli <https://www.ttl.fi/tyoikaisten-sote-palvelukokonaisuus-hyvia-kaytantoja/>

Lopuksi

Kansanterveyden edistämisessä ja kansansairauksien ehkäisyssä tarvitsemme koko yhteiskunnan läpi ulottuvia selkeitä tavoitteita, joihin kaikki toimijat ja kansalaiset voivat sitoutua (kuva). Liian monimutkaiset ja vaikeasti asetetut tavoitteet hukkuvat bittivaruuteen. Kokonaisuuden tavoittelussa ikäryhmäkohtainen jaottelu helpottaa toimenpiteiden kohdentamista. Lisäksi elämän jatkumo auttaa näkemään kuinka merkityksellistä on tukea esim. lasten liikuntaa, kulttuuria ja osallistumista erilaisiin aktiviteetteihin. Ne voivat kantaa koko työelämän ajan ulottuen oman toimintakyvyn ylläpitämiseen eläkeiässäkin.



Antti Koivula
pääjohtaja

Kimmo Tarvainen
ylilääkäri