

State of Health in the EU Suomi

Maan terveystilanne 2023

Maaprofiilisarja

State of the Health in the EU profiileissa esitetään tiivis ja politiikan kannalta tarkoituksenmukainen katsaus EU:n ja Euroopan talousalueen terveystilanteeseen ja terveysjärjestelmiin. Niissä keskitytään tarkastelemaan kunkin maan erityispiirteitä ja -haasteita maiden välisten vertailujen perusteella. Tarkoituksena on tukea päättäjiä ja poliittisia vaikuttajia keskinäisen oppimisen ja vapaaehtoisen ajatustenvaihdon keinoin. Vuoden 2023 maaprofiileissa on ensimmäistä kertaa mukana myös mielenterveyteen keskittyvä luku.

Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö (OECD) ja European Observatory on Health Systems and Policies -seurantakeskus laativat profiilit yhteistyössä Euroopan komission kanssa. Työryhmä kiittää Health Systems and Policy Monitor -verkostoa, OECD:n terveystietokannaa ja EU:n terveydenhuoltojärjestelmien suorituskyvyn arvioinnin asiantuntijaryhmää arvokkaista kommentteista ja ehdotuksista.

Sisällysluettelo

1. PÄÄKOHDAT	3
2. SUOMEN TERVEYSTILANNE	4
3. RISKITEKIJÄT	7
4. TERVEYSJÄRJESTELMÄ	9
5. TERVEYSJÄRJESTELMÄN TOIMINTAKYKY	11
5.1 Vaikuttavuus	11
5.2 Saavutettavuus	14
5.3 Muutosjoustavuus	16
6. KATSAUS MIELENTERVEYTEEN	20
7. KESKEISET HAVAINNOT	22

Tietolähteet

Näiden maaprofiilien tiedot perustuvat pääasiassa Eurostatille ja OECD:lle toimitettuihin kansallisiin virallisiin tilastoihin, jotka on validoitu tietojen mahdollisimman hyvän vertailtavuuden varmistamiseksi. Lähteet ja menetelmät, joihin tiedot pohjaavat, on esitetty Eurostatin tietokannassa ja OECD:n terveystietokannassa. Lisätietoja on tämän lisäksi saatu Institute for Health Metrics and Evaluation -laitokselta (IHME), Euroopan tautienehkäisy- ja -valvontakeskukselta (ECDC), Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) -tutkimuksista

ja Maailman terveysjärjestöltä (WHO) sekä kansallisista lähteistä.

Lasketut EU:n keskiarvot ovat 27 jäsenvaltion painotettuja keskiarvoja, ellei toisin mainita. EU:n keskiarvot eivät sisällä Islannin ja Norjan lukuja.

Tämä profiili viimeisteltiin syyskuussa 2023 niiden tietojen perusteella, jotka olivat saatavilla syyskuun ensimmäisellä puoliskolla.

Suomen demografiset ja sosioekonomiset taustatiedot, 2022

Demografiset tekijät	Suomi	EU
Väestön koko	5 548 241	446 735 291
Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä (%)	23,1	21,1
Hedelmällisyysluku ¹ (2021)	1,5	1,5
Sosioekonomiset tekijät		
BKT asukasta kohti (EUR, ostovoimapariteetilla korjattuna ²)	38 679	35 219
Suhteellinen köyhyysaste ³ (%)	12,7	16,5
Työttömyysaste (%)	6,8	6,2

1. Syntyneiden lasten lukumäärä kutakin 15–49-vuotiasta naista kohti. 2. Ostovoimapariteetti määritellään valuutan muuntokurssiksi, joka tasoittaa eri valuuttojen ostovoiman poistamalla maiden väliset hintatasoerot. 3. Niiden henkilöiden osuus, joiden toimeentulo on alle 60 prosenttia ekvivalentista käytettävissä olevasta mediaanitulosta. Lähde: Eurostatin tietokanta.

Vastuuvapauslausekkeet: Tämä teos on julkaistu OECD:n pääsihteerin vastuulla. Tässä esitetyt mielipiteet ja perustelut eivät välttämättä vastaa OECD:n jäsenmaiden virallisia näkemyksiä. Euroopan terveysjärjestelmien ja -politiikkojen seurantakeskuksen julkaisuissa esitetyt näkemykset ja mielipiteet eivät välttämättä edusta osallistuvien organisaatioiden virallista politiikkaa. Jos englanninkielisen alkuperäisteoksen ja käännöksen välillä on ristiriitoja, ainoastaan alkuperäisteoksen tekstiä on pidettävä pätevänä.

Tämä teos on tuotettu Euroopan unionin taloudellisella tuella. Tässä esitettyjen näkemysten ei voida missään tapauksessa katsoa heijastavan Euroopan unionin virallista kantaa.

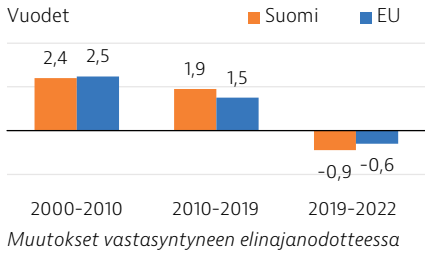
Tässä yhteisjulkaisussa käytetyt maiden ja alueiden nimet ja edustus noudattavat WHO:n käytäntöä.

OECD:hen sovellettavat alueelliset vastuuvapauslausekkeet: Tämä asiakirja sekä kaikki siihen sisältyvät tiedot ja kartat eivät vaikuta minkään alueen asemaan tai suvereniteettiin, kansainvälisten rajojen määrittämiseen eivätkä minkään alueen, kaupungin tai alueen nimeen. Muita erityisiä vastuuvapauslausekkeita on saatavilla [täällä](#).

WHO:hon sovellettavat alueelliset vastuuvapauslausekkeet: Käytetyt nimitykset ja tämän aineiston esitystapa eivät merkitse WHO:n minkäänlaista mielipiteen ilmaisevista minkään maan, alueen tai kaupungin oikeudellisesta asemasta tai sen viranomaisten oikeudellisesta asemasta tai sen rajojen määrittämisestä. Karttojen katkoviivat ja katkoviivat kuvaavat likimääräisiä rajalinjoja, joista ei välttämättä ole vielä täyttää yksimielisyyttä.

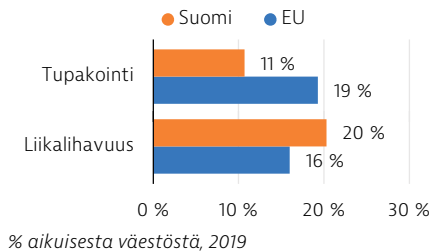
© OECD ja Maailman terveysjärjestö (joka toimii Euroopan terveysjärjestelmien ja -politiikkojen seurantakeskuksen isäntäorganisaationa ja sihteeristönä) 2023.

1 Pääkohdat



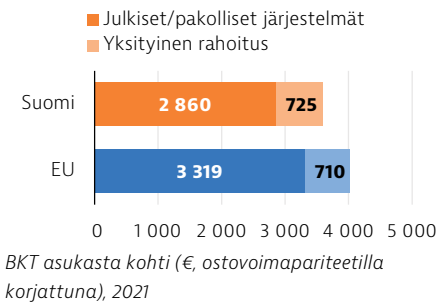
Terveydentila

Suomalaisten elinajanodote kasvoi EU:n keskiarvoa nopeammin koronaviruspandemiaa edeltäneellä vuosikymmenellä. Vaikka odote laski vain vähän pandemian kahtena ensimmäisenä vuotena, vuonna 2022 se laski merkittävästi – 81,2 elinvuoteen – ja oli noin vuotta alhaisempi kuin ennen pandemiaa. Lasku on sekä EU:n keskiarvoa että muiden Pohjoismaiden laskua suurempi.



Riskitekijät

Suomessa kolmannes vuoden 2019 kuolemista voidaan selittää käyttäytymiseen liittyvillä riskitekijöillä. Maassa on viime vuosina pyritty hillitsemään tupakointia ja alkoholin käyttöä yleisesti ja erityisesti nuorison parissa monin eri tavoin. Päivittäin tupakoivien aikuisten osuus onkin EU:n keskiarvoa pienempi, mutta liikalihavuus on lisääntynyt kahden viime vuosikymmenen aikana ja on nyt yleisempää kuin EU:ssa keskimäärin.

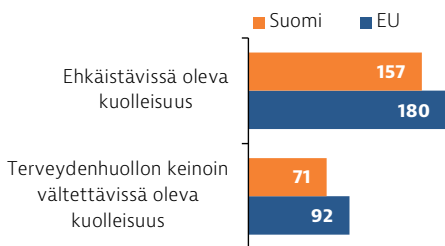


Terveysjärjestelmä

Suomi käyttää terveydenhuoltoon sekä EU:n keskiarvoa että muita Pohjoismaita vähemmän varoja asukasta kohti ja mitattuna osuutena BKT:stä. Suomen terveydenhuoltomenot kasvoivat kuitenkin 10,3 prosenttiin BKT:stä vuonna 2021 eli yli yhdellä prosenttiyksiköllä verrattuna pandemiaa edeltäneisiin vuosiin. Kotitalouksien maksettavaksi jäävät maksut ovat sekä EU:n keskiarvoa että muiden Pohjoismaiden osuuksia suurempia. Lääkkeiden ja hammashoidon kulujen osuus on puolet kotitalouksien terveydenhuoltomenoista.

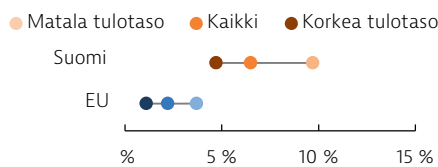
Vaikuttavuus

Kuolleisuus ehkäistävissä ja terveydenhuollon keinoin vältettävissä oleviin sairauksiin on Suomessa EU:n keskiarvoa vähäisempää mutta korkeampaa kuin muissa Pohjoismaissa. Itsemurhiin tai huumausainesten tai alkoholin väärinkäyttöön liittyvät ennenaikaiset kuolemat ovat Suomessa edelleen EU:n keskiarvoa huomattavasti yleisempiä, ja niiden ehkäiseminen vaatii lisää toimia ja tukipalveluita.



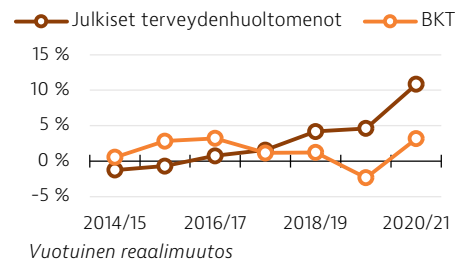
Saavutettavuus

Vuonna 2022 suomalaisten ilmoittamien tyydyttämättömän lääketieteellisen hoidon tarpeen määrä ylitti sekä EU:n keskiarvon että muiden Pohjoismaiden määrät. Suurituloisimman ja pienituloisimman viidenneksen välinen ero tyydyttämättömän hoidontarpeen määrässä oli suuri ja johtui pääasiassa odotusajoista. Terveyden- ja sosiaalihuollon kysynnän kasvaessa hoidon saatavuuden varmistamisesta on muodostumassa tärkeä poliittinen prioriteetti Suomessa.



Muutosjoustavuus

Suomen julkiset terveydenhuoltomenot kasvoivat viisi prosenttia vuonna 2020 ja 11 prosenttia vuonna 2021, kun taas BKT laski pandemian ensimmäisen vuoden aikana mutta elpyi vuonna 2021. Terveydenhuollon odotusaikojen pitenemisen hillitseminen ja digitaalisen siirtymän tukeminen ovat Suomen elpymis- ja palautumissuunnitelman kaksi keskeisintä tavoitetta terveydenhuollon investointeihin liittyen.



Mielenterveys

Mielenterveysongelmien merkittävimpiä syitä Suomessa vuonna 2019 olivat masennus, ahdistus sekä päihteiden väärinkäyttö. Kuten muissakin maissa, masennus on yleisempää matalimpaan tuloluokkaan kuuluvilla ja erityisesti naisilla. Itsemurhien määrä on pysynyt Suomessa EU:n keskiarvoa suurempana, vaikka se onkin laskenut viime vuosikymmeninä. Suomi on luopunut erillisistä itsemurhien ehkäisyyn tähtäävistä politiikoista ja omaksunut integroidumpia strategioita osana kansallista mielenterveysstrategiaansa kaudelle 2020–2030.

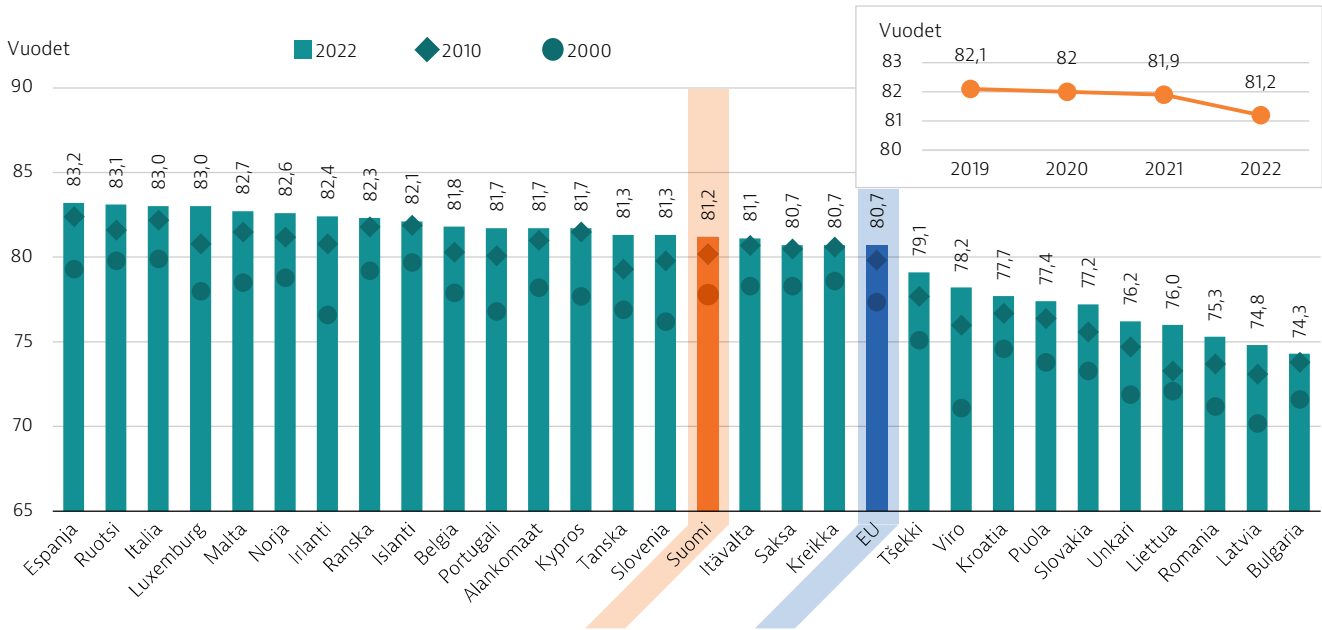
2 Suomen terveystilanne

Vuonna 2022 elinajanodote Suomessa oli vain hieman korkeampi kuin EU:ssa keskimäärin

Vuonna 2022 elinajanodote oli 81,2 vuotta eli puoli vuotta EU:n keskiarvoa korkeampi mutta silti muiden Pohjoismaiden odotetta matalampi (kuvio 1). Pandemian kahtena ensimmäisenä vuonna

elinajanodote laski Suomessa vain hieman, mutta vuonna 2022 se laski merkittävästi – lasku oli suurin 50 vuoteen (Tilastokeskus, 2023). Laskun taustalla oli pääasiassa COVID-19-taudin aiheuttamat kuolemat ja kuolemat, joihin COVID-19-tauti myötävaikutti, erityisesti yli 80-vuotiaiden keskuudessa.

Kuvio 1. Elinajanodote oli Suomessa puoli vuotta EU:n keskiarvoa korkeampi vuonna 2022



Huom. EU:n keskiarvo on painotettu. Vuoden 2022 tiedot ovat alustavia arvioita Eurostatilta. Ne voivat erota kansallisista tiedoista, ja niitä voidaan vielä tarkentaa. Irlannin tiedot ovat vuodelta 2021.

Lähde: Eurostatin tietokanta.

Suomalaisten miesten elinajanodote on lyhyempi kuin naisten, kuten muissakin Euroopan maissa. Sukupuolten välinen ero elinajanodotteessa oli 5,1 vuotta vuonna 2022 (miesten 78,7 vuotta ja naisten 83,8 vuotta), mikä on hieman EU:n keskiarvoa (5,4 vuotta) vähemmän.

Sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet, syövät ja Alzheimerin tauti ja muut muistisairaudet olivat yleisimpiä kuolemansyitä vuonna 2021

Vuonna 2021 yleisimmät kuolemansyöt Suomessa olivat sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet (erityisesti iskeemiset sydänsairaudet ja aivoverenkiertohäiriöt), syövät ja Alzheimerin tauti ja muut muistisairaudet. Yhteensä näihin sairauksiin kuolleiden määrä vastasi kolmea neljäsosaa kaikista kuolemista. Syövästä keuhkosityöpä oli yleisin kuolemansyy. Toiseksi yleisin oli paksu- ja peräsuolen syöpä ja kolmanneksi haimasyöpä (kuvio 2).

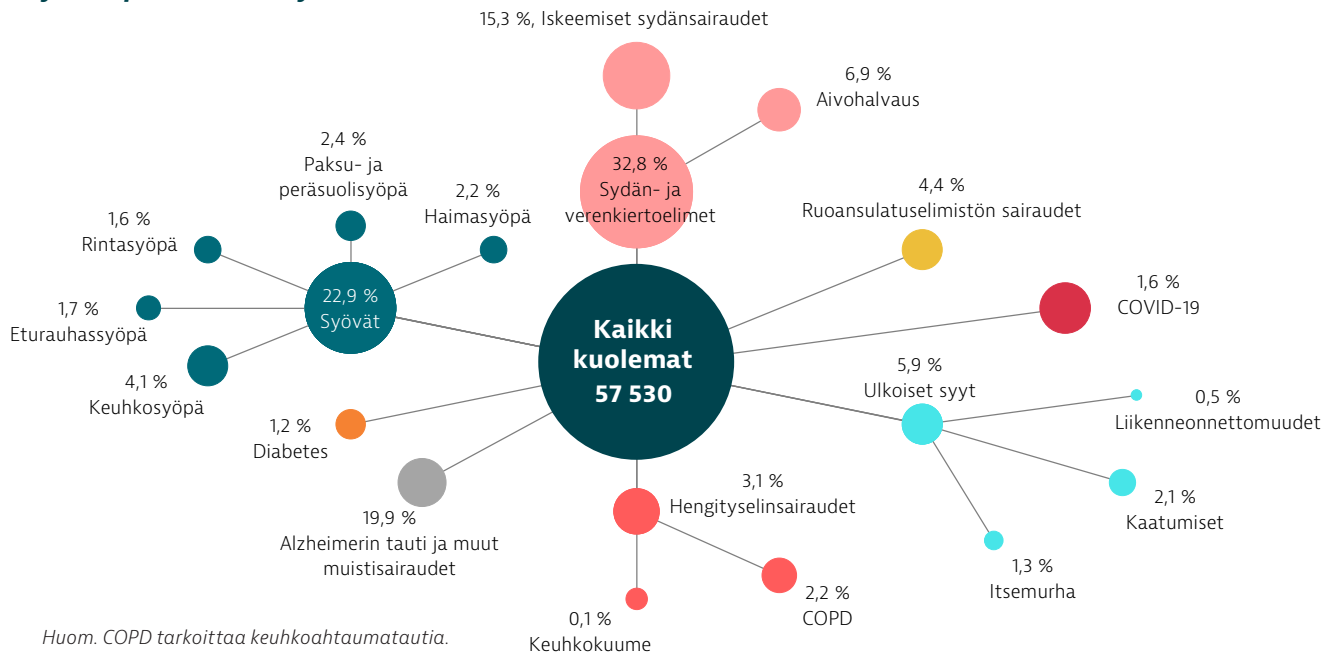
COVID-19-taudista johtuvien kuolemien määrä oli alle kaksi prosenttia kaikista kuolemista vuonna 2021, mutta siitä johtuvien kuolemien määrä nousi paljon vuonna 2022.

Laajempi kaikki kuolinsyöt huomioon ottava ylikuolleisuuden mittari näyttää ylikuolleisuuden lisääntyneen Suomessa vuonna 2022. Ylikuolleisuus oli vain kolme prosenttia korkeampi vuonna 2020 ja viisi prosenttia korkeampi vuonna 2021 viiteen koronapandemiaa edeltäneeseen vuoteen verrattuna, mutta vuonna 2022 se oli 15 prosenttia korkeampi (kuvio 3).

Noin kaksi kolmasosaa aikuisista kokee terveytensä hyväksi, mutta eri tuloryhmien välillä on merkittäviä eroja

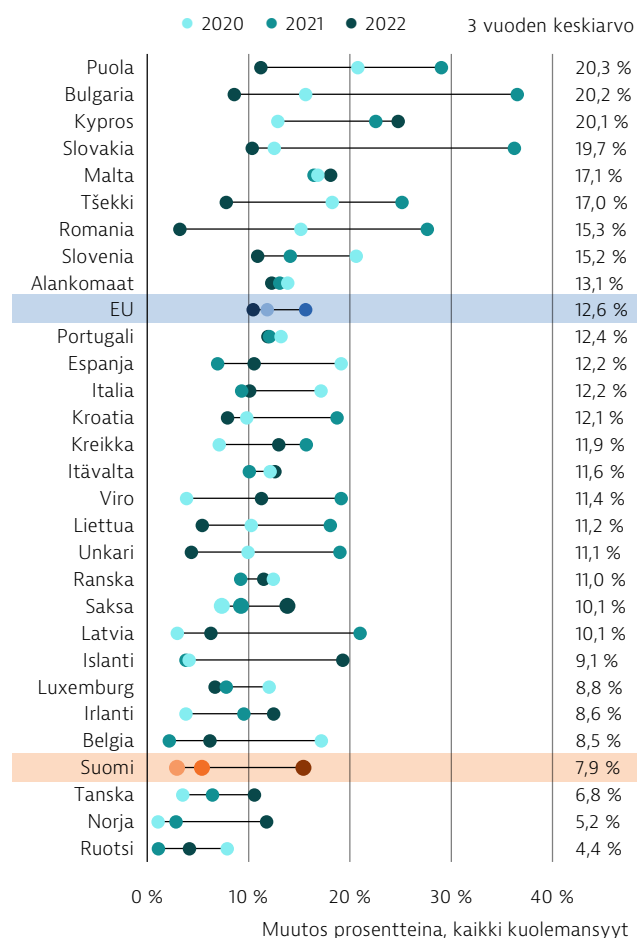
Vuonna 2022 65 prosenttia suomalaisista koki terveytensä hyväksi, mikä on hieman EU:n keskiarvoa matalampi määrä (68 %). Kuten muissakin maissa, matalan tulotason ryhmässä on kuitenkin huomattavasti epätodennäköisempää, että siihen kuuluvat kokevat terveytensä hyväksi: vain 53 prosenttia pienituloisimpaan viidennekseen kuuluvista koki terveytensä hyväksi, kun vastaava luku suurituloisimman viidenneksen keskuudessa oli 75 prosenttia (kuvio 4).

Kuvio 2. Sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet, syövät ja Alzheimerin tauti ja muut muistisairaudet olivat yleisimpiä kuolemansyitä vuonna 2021



Huom. COPD tarkoittaa keuhkoastumatautia.
Lähde: Eurostatin tietokanta (tiedot vuodelta 2021).

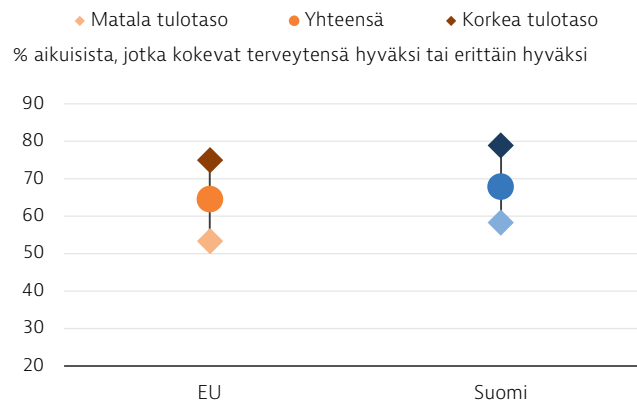
Kuvio 3. Ylikuolleisuus oli vähäistä Suomessa vuosina 2020 ja 2021 mutta kasvoi vuonna 2022



Huom. Ylikuolleisuudella tarkoitetaan sitä kaikista syistä johtuvien kuolemantapausten määrää, joka ylittää viiden koronapandemiaa edeltäneen vuoden (2015–2019) keskiarvoisen vuosittaisen kuolemien määrän.

Lähde: OECD:n terveystilastot 2023, perustuu Eurostatin tietoihin.

Kuvio 4. Tulotason perustuva eriarvoisuus koetussa terveydessä on suhteellisen suurta Suomessa



Lähde: Eurostatin tietokanta, perustuu EU-SILC-tutkimukseen (tiedot vuodelta 2022).

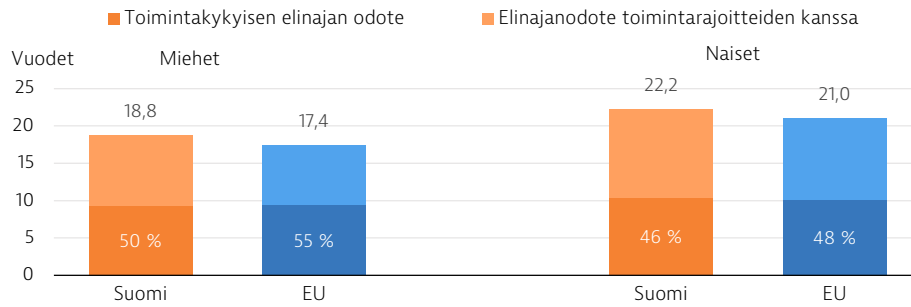
Naiset elävät 65. ikävuoden jälkeen suuremman osan elämästään toimintakykyä haittaavien sairauksien kanssa

Vuosina 2000–2020 65 vuotta täyttäneiden osuus Suomessa kasvoi 15 prosentista 22 prosenttiin. Tämä johtui kasvaneesta elinajanodotteesta, liian matalasta hedelmällisyysluvusta väestön uusiutumiseen vaadittavaan tasoon nähden sekä suurten ikäluokkien ikääntymisestä. Osuuden ennustetaan nousevan 28 prosenttiin vuoteen 2050 mennessä.

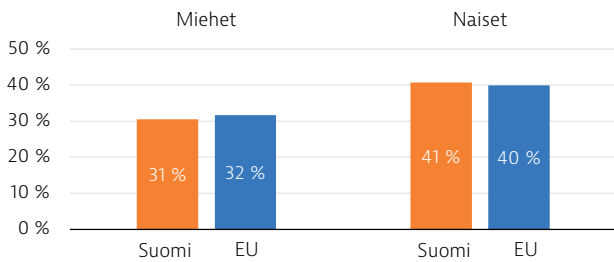
Vuonna 2020 65-vuotiaiden naisten jäljellä oleva elinajanodote oli 22,2 vuotta ja miesten 18,8 vuotta (kuvio 5). Terveiden elinvuosien odotteessa (nk. toimintakykyisen elinajan odote) sukupuolten välinen ero on huomattavasti pienempi (alle vuoden), koska naiset elävät 65. ikävuoden jälkeen suuremman osan elämästään toimintakykyä haittaavien sairauksien kanssa.

Kuvio 5. Sukupuolten välinen ero 65. ikävuoden jälkeisten terveiden vuosien määrässä on huomattavasti pienempi kuin sukupuolten elinajanotteiden välinen ero

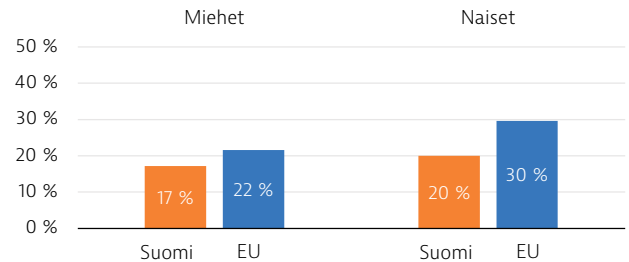
Elinajanodote ja toimintakykyisen elinajan odote 65-vuotiaana



Osuus yli 65-vuotiaista, joilla on useita pitkäaikaissairauksia



Yli 65-vuotiaat, joiden päivittäinen toimintakyky on rajoittunut



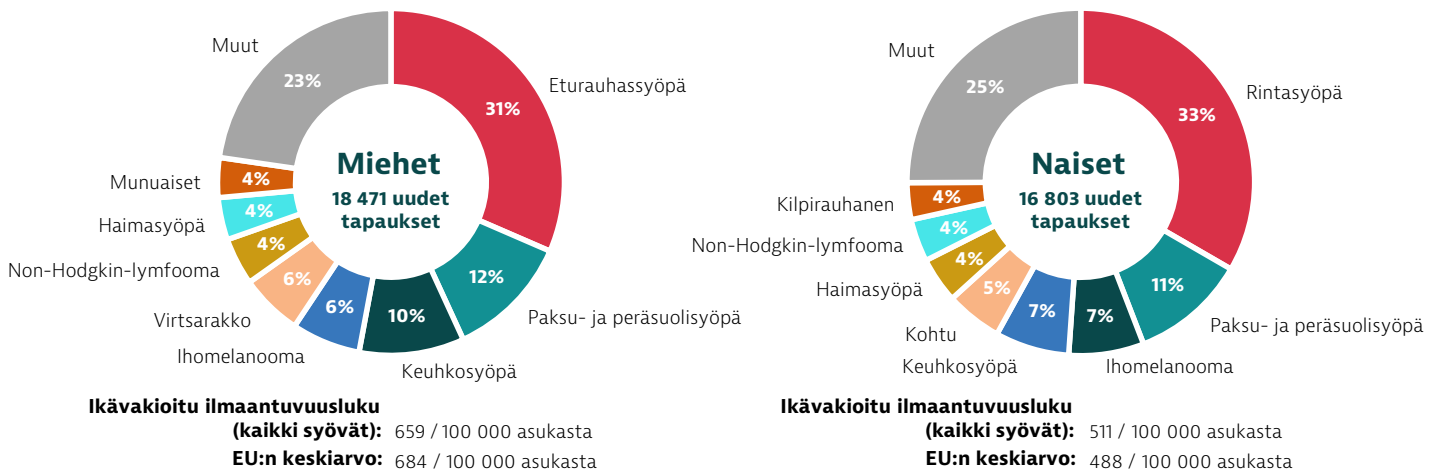
Lähteet: Eurostatin tietokanta (elinajanodote ja terveet elinvuodet) ja SHARE-kyselyn 8. kierros (krooniset sairaudet ja rajoitukset päivittäisissä toiminnoissa). Tiedot koskevat vuotta 2020.

Noin yksi kolmesta suomalaisesta yli 65-vuotiaasta miehestä ja kaksi viidestä saman ikäryhmän naisesta kertoi sairastavansa useampaa kuin yhtä pitkäaikaissairautta vuonna 2020. Luvut vastaavat EU:n keskiarvoja. Suurempi osa suomalaisista naisista (20 %) kuin miehistä (17 %) kertoi, että heillä on rajoitteita päivittäisissä toiminnoissa, mikä vastaa myös muiden EU-maiden tilannetta.

Suomessa syövän esiintyvyys on lähellä EU:n keskiarvoa

Yhteisen tutkimuskeskuksen (Joint Research Centre) viime vuosien ilmaantuvuuslukuihin perustuvien arvioiden mukaan Suomessa odotettiin diagnosoitavan jopa yli 35 000 uutta syöpätapausta vuonna 2022¹. Miesten yleisimmät syövät ovat eturauhassyöpä, keuhkosityöpä ja paksu- ja peräsuolen syöpä, kun taas naisilla yleisin syöpä on rintasyöpä ja sen jälkeen paksu- ja peräsuolen syöpä sekä keuhkosityöpä (kuvio 6). Vuonna 2022 aloitettiin uusi kansallinen paksu- ja peräsuolen syövän seulontaohjelma (ks. luku 5.1).

Kuvio 6. Suomessa odotettiin diagnosoitavan yli 35 000 uutta syöpätapausta vuonna 2022



Huom. Luvut eivät sisällä muita ihosyöpätapauksia kuin melanooman. Kohtusyöpä ei sisällä kohdunkaulan syöpää. Lähde: Eurooppalainen syöpätietojärjestelmä.

¹ Suomen uusimmassa syöpätilanteen katsauksessa raportoitiin 36 540 uutta syöpätapausta vuodelta 2021 (Seppä ym., 2023).

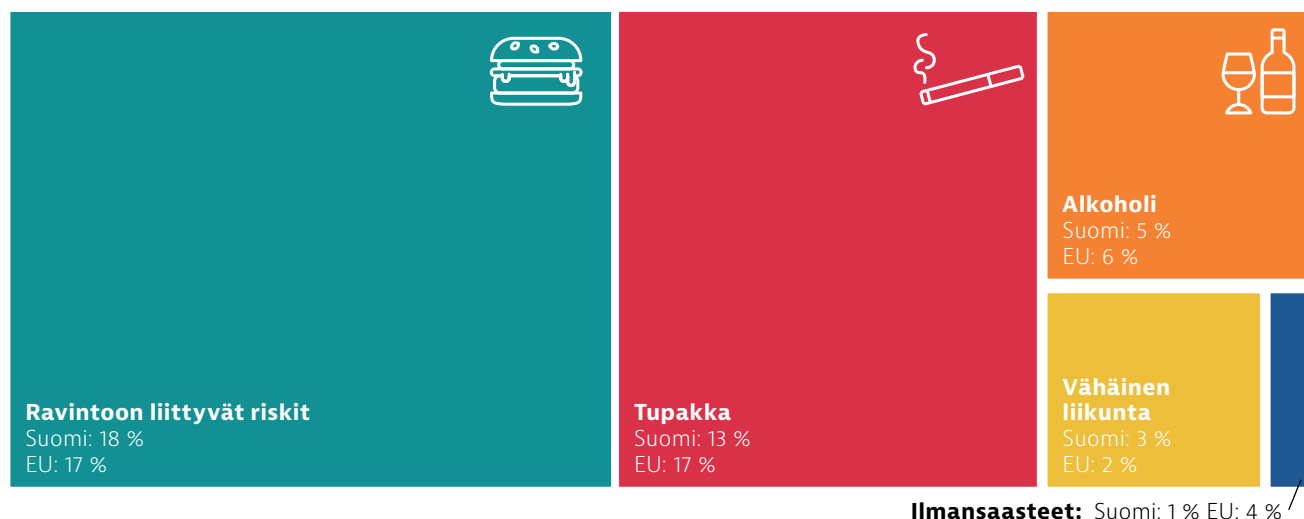
3 Riskitekijät

Suomessa yli kolmannes kuolemista voidaan selittää käyttäytymiseen liittyvillä riskitekijöillä

Arvioiden mukaan Suomessa 35 prosenttia vuonna 2019 tapahtuneista kuolemista voidaan selittää käyttäytymiseen liittyvillä riskitekijöillä, kuten ravintoon liittyvillä riskeillä, tupakoinnilla, alkoholin

käytöllä ja liikkumattomuudella (kuvio 7). Osuus on EU:n keskiarvoa pienempi (39 %). Pienhiukkasten (PM_{2,5}) muodossa esiintyvät ilmansaasteet ja otsonille altistuminen aiheuttivat Suomessa noin yhden prosentin kaikista kuolemista vuonna 2019, mikä on huomattavasti EU:n keskiarvoa vähemmän (4 %).

Kuvio 7. Suomessa yli kolmannes kuolemista voidaan selittää käyttäytymiseen liittyvillä riskitekijöillä



Huom. Näihin riskitekijöihin liittyvien kuolemien kokonaismäärä on pienempi kuin yksittäisiin riskitekijöihin liittyvien kuolemien summa, koska yhteen kuolemaan voi liittyä useita riskitekijöitä. Ravintoon liittyvissä riskeissä on 14 osatekijää, kuten vähäinen hedelmien ja vihannesten syöminen sekä sokeroitujen virvoitusjuomien runsas käyttö. Ilmansaasteilla tarkoitetaan kokoluokkaan PM_{2,5} kuuluvia pienhiukkasia ja otsonia. Lähteet: IHME (2020), Global Health Data Exchange (arviot koskevat vuotta 2019).

Tupakointi ja alkoholin käyttö ovat vähentyneet

Vuonna 2020 noin 12 % aikuisista tupakoi päivittäin. Päivittäin tupakoivien osuus on pienentynyt vuodesta 2000, jolloin se oli 23 prosenttia, ja on nyt selkeästi pienempi kuin useimmissa muissa EU-maissa. Kansallisiin terveystutkimuksiin (FINRISKI ja FinTerveys) perustuvien ennusteiden mukaan tupakoinnin vähentymisen odotetaan jatkuvan sekä miesten että naisten keskuudessa, ja sen odotetaan laskevan yhdeksään prosenttiin molemmilla sukupuolilla vuoteen 2040 mennessä (Tolonen ym., 2022).

Alkoholin käyttö on myös vähentynyt vuodesta 2005 (yli 15 %) ja vuonna 2021 se oli vähäisempää kuin useimmissa muissa EU-maissa. Alkoholi juomien kokonaiskulutus laski Suomessa edelleen yhdellä prosentilla vuonna 2022 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2023a).

Nuorten ryhmässä 23 prosenttia 15-vuotiaista suomalaisista kertoi vuonna 2022 olleensa humalassa useammin kuin kerran elämässään. Heidän osuutensa on pienentynyt vuosikymmenen takaisesta mutta on silti EU:n keskiarvoa (18 %) suurempi. Teini-ikäisten

tupakointi ja alkoholin käyttö ovat vähentyneet kymmenen viime vuoden aikana sen jälkeen, kun kouluissa annettavaa terveystutkimusta parannettiin ja tupakan ja alkoholin myyntiä koskevia rajoituksia alettiin valvoa tiukemmin.

Ylipaino ja liikalihavuus lisääntyvät suomalaisten aikuisten ja nuorten keskuudessa

Vuonna 2019 yksi viidestä suomalaisesta aikuisesta (20 %) oli oman ilmoituksensa mukaan liikalihava, kun vuonna 2000 tämä osuus oli 11 prosenttia². Vuonna 2019 osuus oli suurempi kuin useimmissa muissa EU-maissa. Ennusteissa liikalihavuuden odotetaan lisääntyvän: vuoteen 2040 mennessä: suomalaisten miesten liikalihavuuden esiintyvyyden odotetaan nousevan 23 prosenttiin ja naisten 30 prosenttiin (Tolonen ym., 2022).

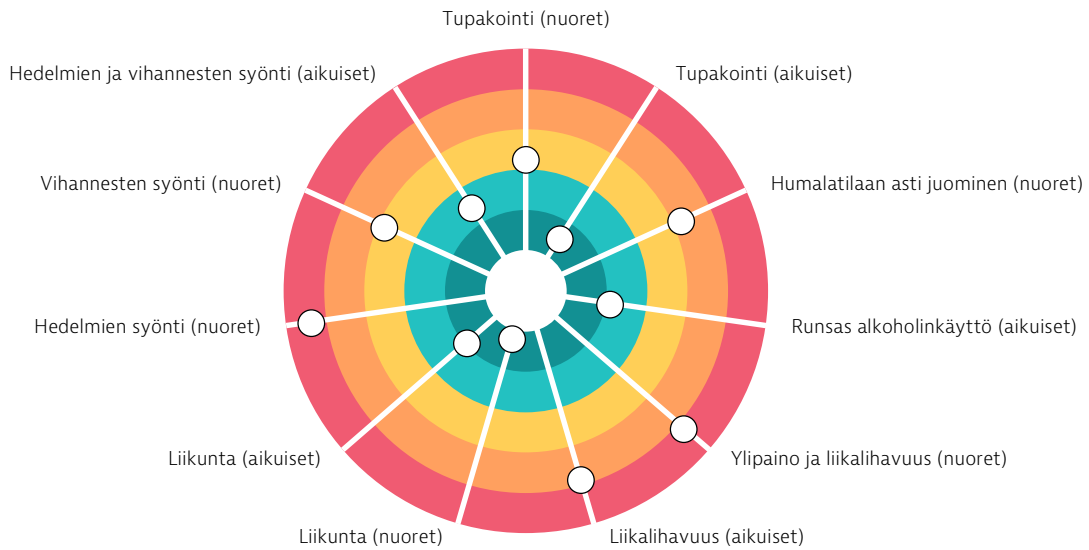
Melkein yksi neljästä 15-vuotiaasta (24 %) oli ylipainoinen tai liikalihava vuonna 2022. WHO-Koululais-tutkimuksen (HBSC) mukaan osuus on EU:n keskiarvoa (21 %) korkeampi (kuvio 8). Rekistereihin perustuvien kansallisten lähteiden mukaan ylipainoisten ja

² Suomalaisen todellisen painon ja pituuden perusteella mitattuna aikuisten liikalihavuusaste on vieläkin korkeampi: jopa 27 prosenttia vuonna 2017, kun vuonna 2000 se oli 23 prosenttia.

liikalihavien lasten osuus kasvoi vuosina 2014–2020. Vuonna 2020 2–6-vuotiaista pojista 27 prosenttia ja tytöistä 16 prosenttia olivat ylipainoisia tai liikalihavia.

Poikien ylipaino ja liikalihavuus oli yleisempää myös 7–12-vuotiailla ja 13–16-vuotiailla (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2022a).

Kuvio 8. Ylipaino ja liikalihavuus ovat kasvavia kansanterveysongelmia Suomessa



Huom. Mitä lähempänä piste on keskustaa, sitä parempi maan tilanne on verrattuna muihin EU-maihin. Yksikään maa ei ole valkoisella "tavoitealueella", vaan kaikilla mailla on kaikilla osa-alueilla parantamisen varaa.

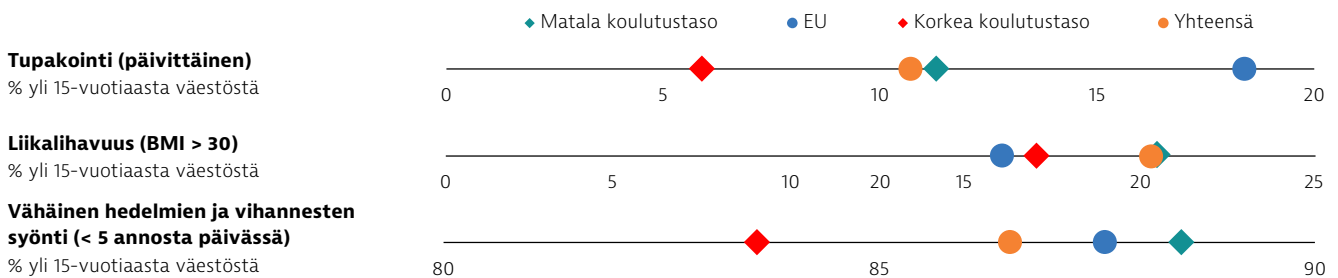
Lähteet: Nuoria koskevien indikaattoreiden osalta OECD:n laskelmat perustuvat vuoden 2022 WHO-Koululaistutkimukseen (HBSC) ja aikuisia koskevien indikaattoreiden osalta eurooppalaiseen terveyshaastattelututkimukseen (EHIS) vuodelta 2019 (lukuun ottamatta fyysistä aktiivisuutta, joka perustuu EHIS 2014 -tutkimukseen, ja alkoholin käyttöä, joka perustuu OECD:n terveystilastoihin vuodelta 2021).

Monet käyttäytymiseen liittyvät riskitekijät ovat yleisempiä heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevilla

Kuten muissakin maissa, Suomessa monet käyttäytymiseen liittyvät riskitekijät ovat yleisempiä ihmisillä, joiden koulutustaso on matala. Eurooppalaisen terveyshaastattelututkimuksen (EHIS) mukaan vuonna 2019 enemmän kuin yksi kymmenestä matalasti

koulutetusta aikuisesta (11 %) tupakoi päivittäin, kun taas korkeasti koulutetuista tupakoi päivittäin noin yksi kahdestakymmenestä (6 %) (kuviot 9). Matalammin koulutetut söivät myös epätodennäköisemmin viisi annosta hedelmiä ja vihanneksia päivässä ja olivat todennäköisemmin liikalihavia.

Kuvio 9. Matalasti koulutetut tupakoivat ja ovat liikalihavia todennäköisemmin kuin korkeasti koulutetut



Huom. Matala koulutustaso tarkoittaa määritelmän mukaan sitä, että henkilö ei ole suorittanut keskiasteen koulutusta (ISCED 0–2), ja korkea koulutustaso sitä, että henkilö on suorittanut korkea-asteen koulutuksen (ISCED 5–8).

Lähde: Eurostatin tietokanta (EHIS 2019 -tutkimukseen perustuen).

4 Terveysjärjestelmä

Uudet hyvinvointialueet ovat vastuussa terveyspalveluiden järjestämisestä

Kaksi vuosikymmentä kestäneen valmistelun jälkeen vuonna 2023 merkittävän rakenteellisen uudistuksen tuloksena keskittäminen lisääntyi ja hyvinvointialueista tuli Suomen sosiaali- ja terveyspalveluista vastaavia yksiköitä (Tynkkynen ym., 2023). Tammikuusta 2023 alkaen perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon sekä sosiaalipalvelut ovat toimineet 21 hyvinvointialueen ja Helsingin kaupungin järjestäminä. Hyvinvointialueet saavat rahoituksen valtion talousarviosta ja niitä hallinnoi vaaleilla valittu aluevaltuusto. Jokainen hyvinvointialue kuuluu yhteen viidestä yhteistyöalueesta, jotka tarjoavat pitkälle erikoistunutta sairaanhoitoa ja joita hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä koordinoivat. Sosiaali- ja terveysministeriö on vahvistanut rooliaan terveydenhuoltojärjestelmän ohjauksessa osallistumalla tiiviimmin vuotuisen toiminnan ja investointien suunnitteluun. Se voi myös tarvittaessa ohjata yhteistyöalueisiin kuuluvia hyvinvointialueita. On odotettavissa, että muutoksia ja mukautuksia tehdään vielä lisää, sillä vuosi 2023 on ensimmäinen tämän merkittävän rakenneuudistuksen täysimittaisen täytäntöönpanon vuosi.

Rakenneuudistuksen myötä myös terveydenhuollon tärkein rahoituksen lähde muuttuu, kun vastuu siirtyy kunnilta valtiolle. Muut rahoituskanavat ovat säilyneet ennallaan: kansallinen sairausvakuutusjärjestelmä, josta rahoitetaan lääkkeitä ja osa palveluista; työnantajien rahoitusosuus työterveyspalveluista; vapaaehtoinen sairausvakuutus; ja kotitalouksien maksamat asiakasmaksut.

Väestökattavuus on hyvällä tasolla, mutta työssäkäyvillä on paremmat mahdollisuudet käyttää palveluita

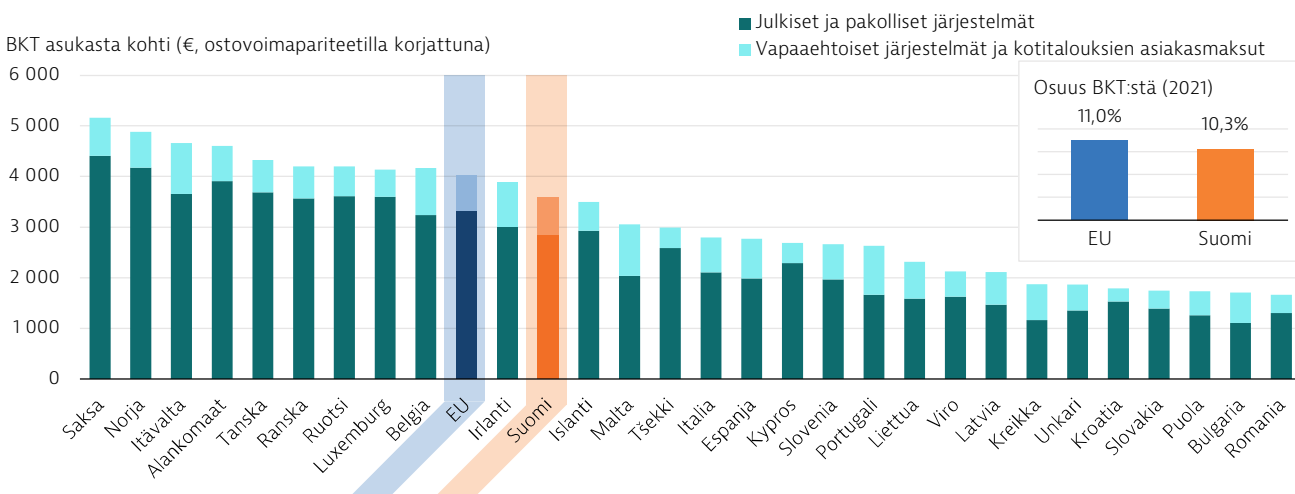
Suomessa kaikki asukkaat kuuluvat julkisen terveydenhuollon piiriin, mutta terveydenhuollon kattavuus on edelleen epätasaista, koska suurin osa työssäkäyvistä (85 %) voi lisäksi käyttää perusterveydenhuollon palveluita työterveyshuollon kautta, josta ei peritä asiakasmaksuja ja jonka kautta hoitoa saa usein nopeammin.

Hyvinvointialueet rahoitetaan valtion tuloista ja pienemmässä määrin asiakasmaksuilla. Hyvinvointialueiden rahoituksessa otetaan huomioon simuloitujen palveluntarpeiden kulut, hyvinvointialueen olosuhteet ja pelastustoimen tehtävät. Simulaatioissa käytettävät tiedot perustuvat väestön kokoon, sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeisiin, vieras- ja ruotsinkielisten väestöosuuteen, sekä väestön terveyteen ja hyvinvointiin.

Suomen julkiset terveydenhuoltomenot ovat kasvaneet mutta ovat yhä EU:n keskiarvoa matalammat

Suomen julkiset terveydenhuoltomenot olivat 10,3 prosenttia vuonna 2021, mikä on 3 584 euroa henkilöä kohden (korjattu ottamalla huomioon erot ostovoimassa). Ne ovat näin ollen EU:n keskiarvoa pienemmät (kuvio 10). Noin 80 prosenttia menoista katettiin julkisella rahoituksella, kun EU:ssa osuus on keskimäärin 81 prosenttia. Suomen julkiset terveydenhuoltomenot ovat kasvaneet vuodesta 2017, ja ne kasvoivat erityisesti pandemian kahtena ensimmäisenä vuotena. Asiakasmaksujen osuus on pienentynyt vähitellen vuoden 2016 huippulukemasta eli 19 prosentista, ja se oli 16 prosenttia vuonna 2021. Vapaaehtoisilla sairausvakuutuksilla rahoitettu osuus on säilynyt pienenä ja on neljä prosenttia nykyisistä terveydenhuoltomenoista.

Kuvio 10. Suomessa terveydenhuoltomenot ovat pienemmät kuin EU:ssa keskimäärin ja muissa Pohjoismaissa



Huom. EU:n keskiarvo on painotettu.

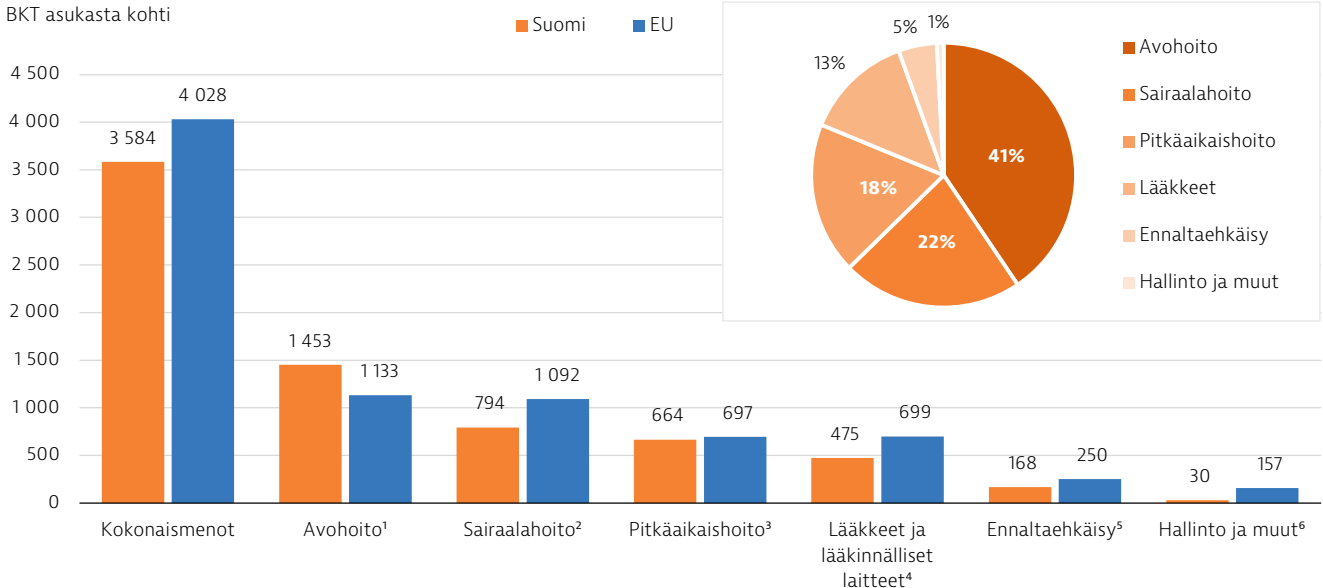
Lähde: OECD:n terveystilastot 2023 (tiedot vuodelta 2021 lukuun ottamatta Maltaa, jonka tiedot ovat vuodelta 2020).

Avohoito on jatkuvasti laajentunut Suomessa ja ennaltaehkäisyyn käytettiin enemmän varoja pandemian aikana

Nykyisistä terveydenhuoltomenoista yli 40 prosenttia kuluu avohoitoon. Muita suuria menoluokkia ovat sairaalahoito (22 %), pitkäaikaishoito (18 %) ja

lääkkeet ja lääkinnälliset laitteet (13 %) (kuvio 11). Kuten monissa muissakin maissa, ennaltaehkäisyyn käytettiin enemmän varoja pandemian aikana. Ennaltaehkäisyyn menojen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista oli noin viisi prosenttia vuonna 2021 – osuus oli noin neljä prosenttia ennen pandemiaa.

Kuvio 11. Avohoito on ylivoimaisesti suurin terveydenhuollon menoluokka Suomessa



Huom. 1. Sisältää kotihoitoa ja oheispalveluita (esim. potilaskuljetukset). 2. Sisältää hoidon ja kuntoutuksen sairaalassa ja muissa hoitopaikoissa. 3. Sisältää vain terveydenhuolto-osan. 4. Sisältää vain avohoitomarkkinat. 5. Sisältää ainoastaan järjestelmällisiin ennaltaehkäisyohjelmiin käytetyt menot. 6. Sisältää terveydenhuoltojärjestelmän hallinnon sekä muut menot. EU:n keskiarvo on painotettu. Lähde: OECD:n terveystilastot 2023 (tiedot vuodelta 2021).

Erikoissairaanhoidon keskittäminen kiihdytti sairaaloiden vuodepaikkojen määrän vähenemistä

Kymmenen viime vuoden aikana erikoissairaanhoidon keskittäminen on johtanut sairaaloiden yhdistämiseen ja osa pienemmistä osastohoitoa tarjonneista toimijoista on lopettanut toimintansa. Se myös vähensi selvästi sairaaloiden vuodepaikkojen määrää 2,8 vuodepaikkaan tuhatta asukasta kohti vuonna 2021, mikä vastaa muiden Pohjoismaiden tasoa ja on selvästi alle EU:n keskiarvon eli 4,8 vuodepaikkaa tuhatta asukasta kohti. Pandemian kahtena ensimmäisenä vuotena vuodepaikkojen määrä väheni edelleen, kun Suomi onnistui välttämään koronavirustapausten voimakkaan kasvun vuosina 2020 ja 2021.

Työvoimapula on kasvava huolenaihe, vaikka tehtävien jakamisessa on edistytty merkittävästi

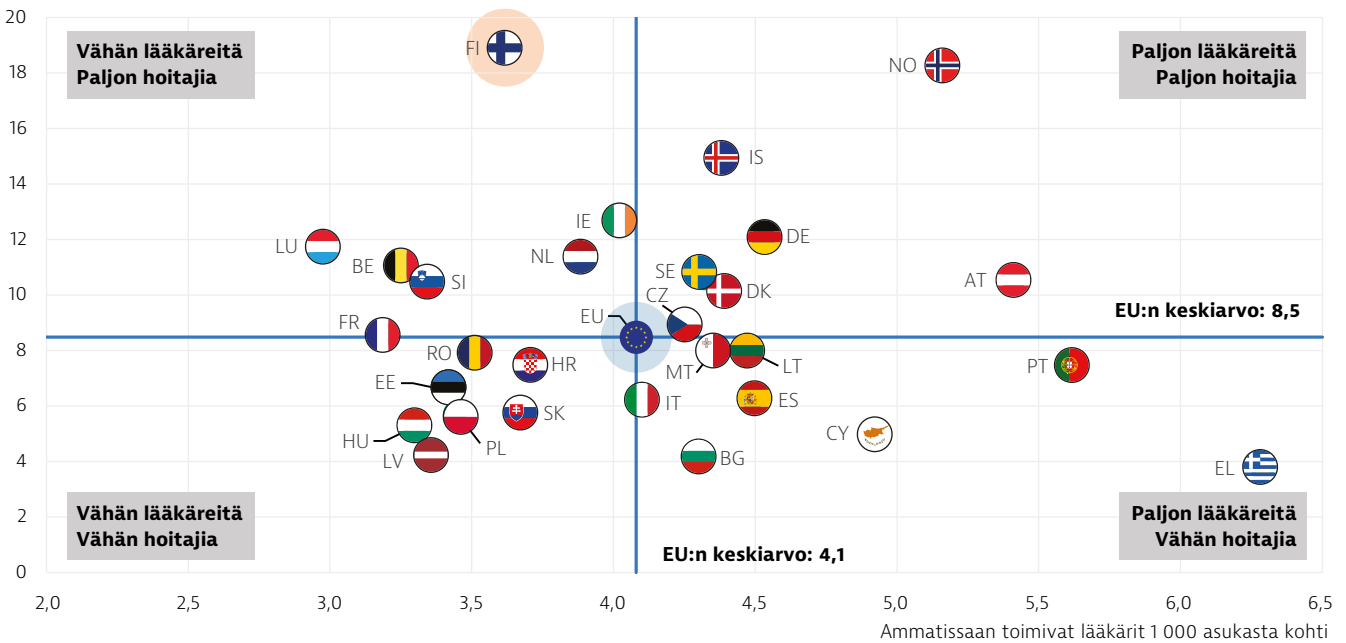
Suomessa on vähemmän lääkäreitä (3,6) ja paljon enemmän sairaanhoitajia (18,9) tuhatta asukasta kohti kuin EU:ssa keskimäärin (kuvio 12). Lääkärien jakautumisessa on huomattavia alueellisia eroja, ja pohjoisissa sairaanhoitopiireissä suhde on pienempi (alle kaksi lääkäriä tuhatta asukasta kohden) kuin eteläisissä sairaanhoitopiireissä. Lääkäripula on 2000-luvun alusta lähtien kannustanut siirtämään tehtäviä lääkäreiltä sairaanhoitajille. Sairaanhoitajille on siirretty esimerkiksi lääkemääräysten tekemistä,

vastaanottokäyntejä perusterveydenhoidossa ja aiempaa vaativampia tehtäviä sairaalahoidossa (ks. luku 5.3).

Vaikka sairaanhoitajien määrä jatkoi kasvua vuosina 2010–2020, on sairaanhoidon tarve myös kasvanut, ja hoitajapula on syventynyt viime vuosina. Kansallisen Ammattibarometrin mukaan vuoden 2022 ensimmäisen puoliskon aikana oli avoimena keskimäärin 8 051 sairaan- ja terveydenhoitajan paikkaa ja 15 495 lähihoitajan paikkaa (Työ- ja elinkeinoministeriö, 2022). Terveydenhuoltolaissa asetettu aikaraja hoitoon pääsulle lisää osaltaan painetta, joka kohdistuu terveydenhuollon työntekijöihin, joiden määrä on rajallinen (ks. luku 5.3).

Kuvio 12. Suomessa on enemmän hoitajia kuin muissa EU-maissa mutta vähemmän lääkäreitä

Ammatissaan toimivat sairaanhoitajat 1 000 asukasta kohti



Huom. EU:n keskiarvo ei ole painotettu. Hoitajia koskeviin tietoihin sisältyvät kaikki hoitajat (muutkin kuin EU:n ammattipätevyuden tunnistamista koskevan direktiivin alaiset). Portugalin ja Kreikan osalta tietoihin on laskettu mukaan kaikki henkilöt, joilla on lupa toimia lääkärinä, mistä seuraa, että lääkärin toiminta harjoittavien henkilöiden määrä on arvioitu paljon todellista suuremmaksi (esimerkiksi Portugalin osalta noin 30 %). Kreikan tiedoissa sairaanhoitajien määrä on arvioitu todellista pienemmäksi, sillä niissä on huomioitu vain sairaaloissa työskentelevät sairaanhoitajat.
Lähde: OECD:n terveystilastot 2023 (tiedot vuodelta 2021 suurimmalle osalle maista, mutta Suomen tiedot ovat vuodelta 2020).

5 Terveysjärjestelmän toimintakyky

5.1 Vaikuttavuus

Ehkäistävässä oleva kuolleisuus on Suomessa EU:n keskiarvoa matalammalla mutta muita Pohjoismaita korkeammalla.

Suomen ehkäistävässä ja terveydenhuollon keinoin vältettävissä oleva kuolleisuus oli matalampaa vuonna 2020 kuin suurimmassa osassa muista EU-maista mutta korkeampaa kuin muissa Pohjoismaissa (kuvio 13). Alkoholiin liittyvät kuolemat, joiden osuus on merkittävästi suurempi kuin muissa EU-maissa, ovat yleisin ehkäistävässä oleva kuolinsyy Suomessa, ja keuhkosityöpä on toiseksi yleisin. Tapaturmien ja itsemurhien osuudet ehkäistävässä olevista kuolemista ovat myös suuria. Terveysjärjestelmän keinoin vältettävissä oleva kuolleisuus oli enemmän kuin puolet matalampi kuin ehkäistävässä oleva kuolleisuus, ja se on laskenut 18 prosenttia viime vuosikymmenen aikana.

Suomessa on otettu käyttöön useita kansallisia politiikkoja, joilla ehkäistään riskitekijöitä

Vuonna 2016 voimaan tulleen tupakkalain (549/2016) kunnianhimoisen tavoite on, että enintään viisi

prosenttia Suomen väestöstä käyttäisi tupakkaa tai nikotiinituotteita vuonna 2030. Lakiin tehtiin muutoksia toukokuussa 2022. Suurin muutos oli myyntipakkausten yhdenmukaistaminen (tupakka- ja nikotiinituotteiden pakkauksissa ei saa enää olla mitään markkinointiin tai myynnin edistämiseen tarkoitettuja merkintöjä). Muita uusia toimenpiteitä oli esimerkiksi tupakointikiellon laajentaminen koskemaan myös leikkikenttiä ja yleisiä uimarantoja. Tämän tarkoituksena on vähentää tupakoinnin arkipäiväisyyttä.

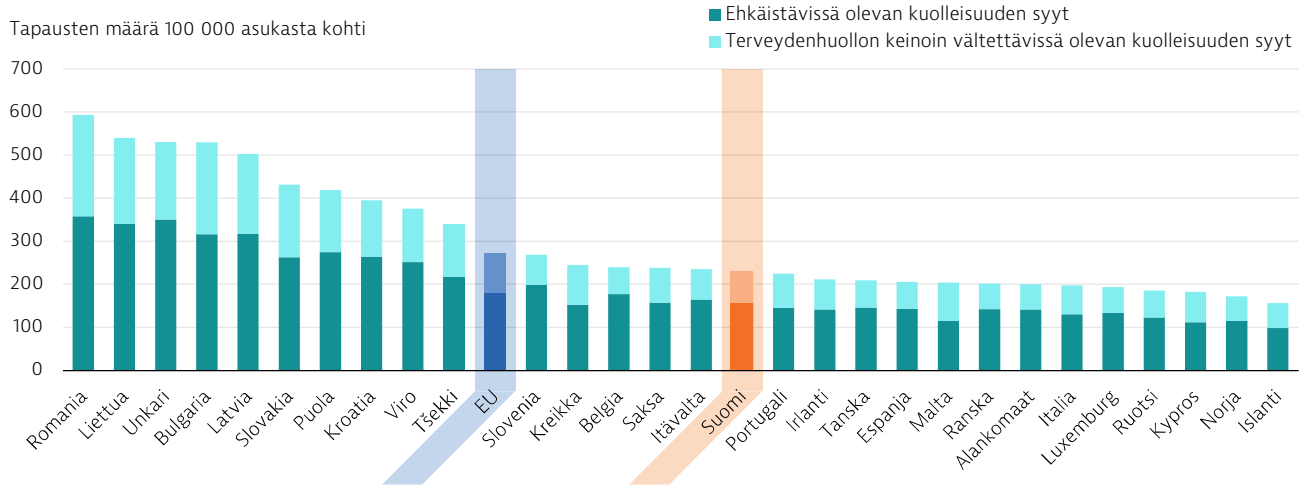
Kuten luvussa 3 todettiin, alkoholin kokonaiskulutus Suomessa on laskenut vuosittain vaihteesta. Suomi on säännellyt alkoholin mainontaa, myöntänyt monopolin valtion omistamalle yhtiölle yli 5,5 tilavuusprosenttia³ alkoholia sisältävien juomien vähittäismyyntiin sekä rajoittanut alkoholin myyntiaikoja niin vähittäiskaupassa kuin baareissa ja ravintoloissa.

Suomella on kansalliset rintasyövän, kohdunkaulan syövän sekä paksu- ja peräsuolen syövän seulo-ohjelmat

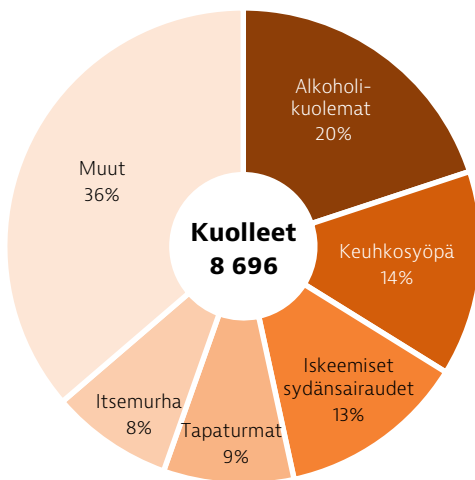
Seulo-ohjelmia on Suomessa tarjottu tietyn ikäisille naisille 1960-luvulta lähtien kohdunkaulansyövän osalta

3 Uusi hallitus on esittänyt tämän nostamista kahdeksaan tilavuusprosenttiin alkoholia.

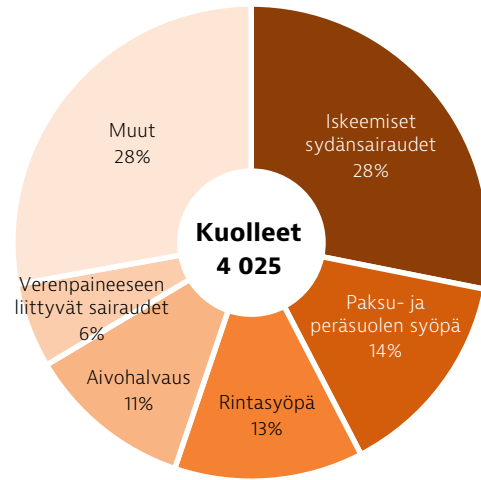
Kuvio 13. Ehkäistävissä oleva kuolleisuus oli Suomessa EU:n keskiarvoa matalampaa vuonna 2020



Ehkäistävissä olevan kuolleisuuden syyt



Terveysthuollon keinoin vältettävissä olevan kuolleisuuden syyt



Suomi

Huom. Ehkäistävissä olevalla kuolleisuudella tarkoitetaan kuolleisuutta, joka voidaan pääasiassa välttää kansanterveystyön ja primaarisen ehkäisyn toimilla. Terveysthuollon keinoin vältettävissä olevalla kuolleisuudella tarkoitetaan kuolleisuutta, joka voidaan pääasiassa välttää terveysthuollon keinoilla, esimerkiksi seulonnoilla ja hoidolla. Kumpikin indikaattori viittaa ennen aikaiseen (alle 75-vuotiaiden) kuolleisuuteen. Luetteloissa puolet tietyistä sairauksista johtuneista kuolemista (iskeeminen sydänsairaus, aivoverenkiertohäiriö, diabetes, verenpainetauti) on laskettu ehkäistävissä olevaan kuolleisuuteen ja puolet terveysthuollon keinoin vältettävissä olevaan kuolleisuuteen, joten kuolemia ei lasketa kahdesti. Lähde: Eurostatin tietokanta (tiedot vuodelta 2020).

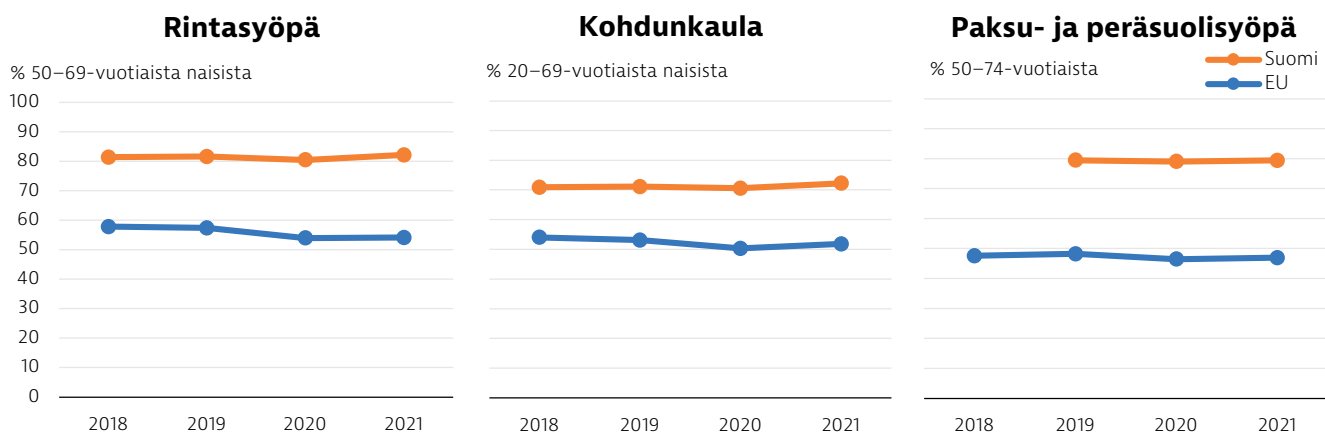
ja 1980-luvulta rintasyövän osalta. Vuonna 2022 Suomessa otettiin käyttöön 60–68-vuotiaille naisille ja miehille suunnattu kansallinen paksu- ja peräsuolen syövän seulontaohjelma. Seulontaa suoritetaan kahden vuoden välein, ja ohjelman laajentamista 56–74-vuotiaisiin vuonna 2031 suunnitellaan.

Suomen pitkäaikainen kokemus kohdunkaulan syövän ja rintasyövän seulonnasta näkyy verrattain korkeana kattavuutena. Vuonna 2021 rintasyöpäseulontoihin osallistuneiden osuus kohdeväestöstä (82 %) oli paljon EU:n keskiarvoa (54 %) korkeampi (kuvio 14). Vaikka kohdunkaulan syövän seulonnan kattavuus on hieman matalampi kuin rintasyövän seulonnan (72 %), oli se silti 20 prosenttiyksikköä EU:n keskiarvoa korkeampi vuonna 2021. Paksu- ja peräsuolen syövän seulonnan kattavuus oli myös EU:n keskiarvoa korkeampi jo ennen uuden ohjelman käyttöönottoa vuonna 2022. Pandemiolla ei ollut merkittävää vaikutusta seulontaohjelmien kattavuuteen Suomessa vuosina 2020 ja 2021, vaikka kaikki kunnat keskeyttävätkin kutsujen

lähettämisen paksu- ja peräsuolen syövän seulontoihin pandemian ensimmäisen aallon aikana eli maaliskuussa 2020 (OECD, 2023a).

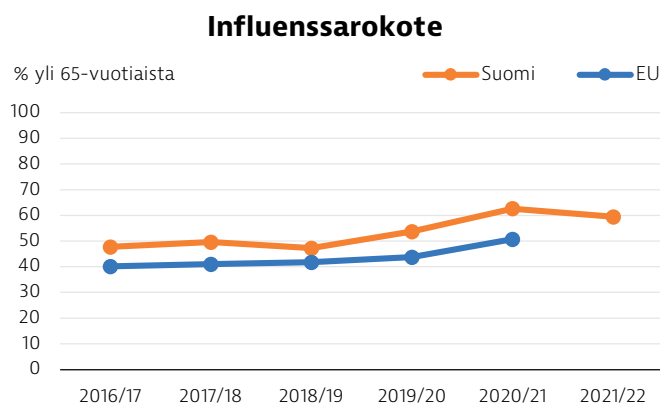
Influenssarokotteen ottaneiden ikääntyneiden määrä on kasvanut merkittävästi vuodesta 2020

Koronaviruspandemia osoitti, että on tärkeää kasvattaa influenssarokotekattavuutta, jotta voidaan vähentää sairaaloihin kohdistuvaa painetta. Pandemian aikana hallitus kannusti erilaisilla tiedotuskampanjoilla riskiryhmiin kuuluvia ottamaan rokotteen. Yli 65-vuotiaiden influenssarokotekattavuus nousi yli 60 prosenttiin kauden 2020–2021 rokotuskampanjan aikana. Se laski hieman ennen kauden 2021–2022 rokotuskampanjaa mutta pysyi silti pandemiaa edeltäneiden vuosien kattavuutta korkeammalla tasolla (kuvio 15). Kattavuus oli myös EU:n keskiarvoa korkeampi.

Kuvio 14. Suomi on syöpäseulonnassa useita muita EU-maita edellä

Huom. Osuudet ovat se osuus kohderyhmästä, joka on osallistunut seulontaan viimeisen kahden vuoden aikana (tai kunkin maan suosittelman seulonta-aikavälin sisällä).

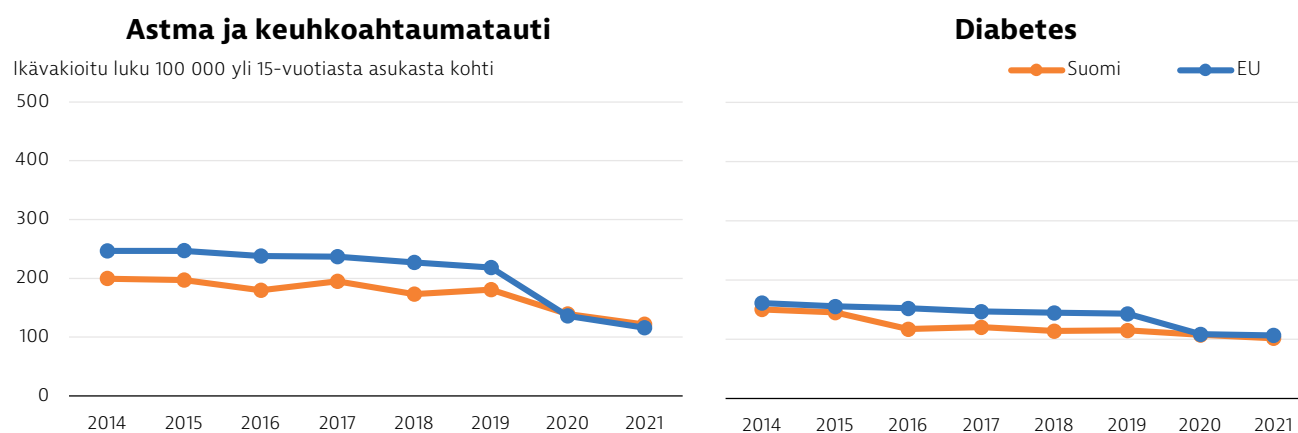
Lähde: OECD:n terveystilastot 2023 (perustuen kansallisten ohjelmien tietoihin, paitsi paksu- ja peräsuolen syövän seulonnan osalta pilottitutkimuksiin).

Kuvio 15. Ikääntyneiden influenssarokotekattavuus kasvoi merkittävästi pandemian aikana

Lähteet: OECD:n terveystilastot 2023 ja Eurostatin tietokanta.

Mahdollisesti vältettävissä olevat kroonisten sairauksien aiheuttamat sairaalahoitojaksot ovat lähellä EU:n keskiarvoa

Useiden sairauksien aiheuttamat sairaalahoitojaksot voidaan välttää saatavilla olevalla ja tehokkaalla perusterveydenhuollolla. Astman, keuhkohtaumataudin ja diabeteksen aiheuttamia sairaalajaksoja oli Suomessa hieman EU:n keskiarvoa vähemmän ennen pandemiaa (kuvio 16). Vuonna 2020 nähtyä selkeää laskua sairaalahoitojaksojen määrässä tulee tulkita koronaviruspandemian kontekstissa: pandemia vaikutti koronaviruspandemian liittymättömään sairaalatoimintaan ja ihmisten hoitoon hakeutumiseen (ks. luku 5.3). Laskun ei tule tulkita merkitsevän näiden sairauksien perushoidon saatavuuden tai laadun parantumista avohoidossa.

Kuvio 16. Vältettävissä olevien hengityselinten sairauksiin ja diabetekseen liittyvien sairaalahoitojaksojen määrä oli EU:n keskiarvoa pienempi ennen pandemiaa

Huom. Sairaalahoitojaksojen määriä ei ole korjattu ottamaan huomioon maiden välisiä eroja sairauksien esiintyvyydessä.

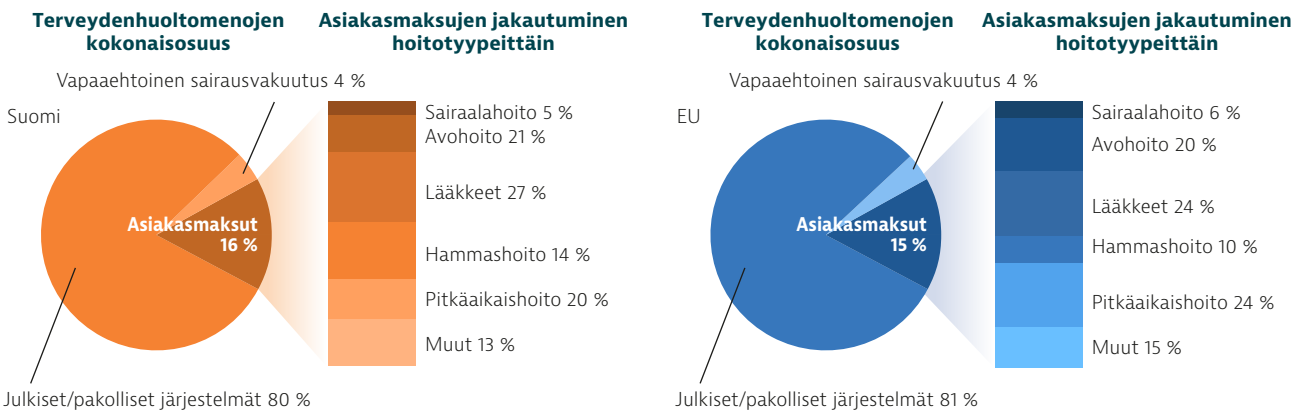
Lähde: OECD:n terveystilastot 2023.

5.2 Saavutettavuus

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä kattaa lähestulkoon koko väestön, mutta kattavuudessa ja sen asteessa on joitakin aukkoja

Kaikki Suomessa vakituisesti asuvat kuuluvat julkisen terveydenhuollon piiriin, johon kuuluu laajasti terveydenhuollon palveluja. Suomalaiset työntekijät kuuluvat myös työterveyshuollon piiriin. Työterveyden kautta tarjottavat palvelut päättää työnantaja (vähimmäisvaatimukset on kuitenkin säädetty laissa). Työterveyshuolto muodostaa rinnakkaisen järjestelmän: sen kautta työssäkäyvät pääsevät hoitoon nopeammin

Kuvio 17. Asiamaksujen osuus on Suomessa hieman EU:n keskiarvoa korkeampi



Huom. Vapaaehtoiset sairausvakuutukset sisältävät myös vapaaehtoiset ennakkomaksujärjestelmät. EU:n keskiarvo on painotettu. Lähde: OECD:n terveystilastot 2023; Eurostatin tietokanta (tiedot vuodelta 2021).

Tyydyttämättömästä lääketieteellisen hoidon tarvetta on edelleen paljon, mikä johtuu pääosin odotusajoista

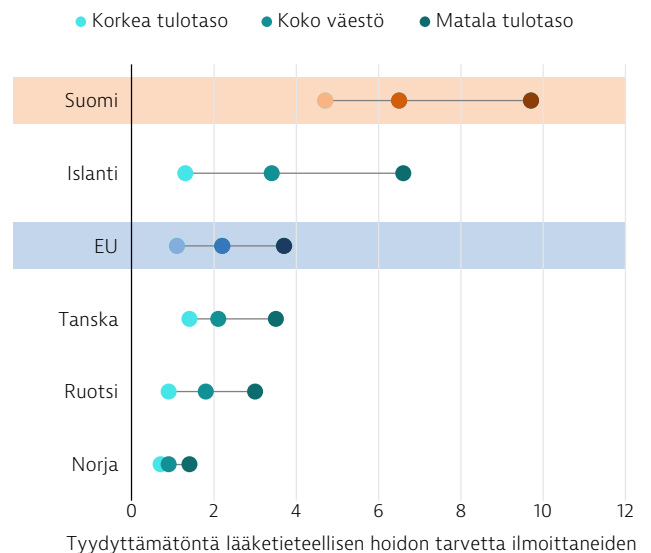
Suomessa tyydyttämättömästä lääketieteellisen hoidon tarpeesta ilmoittaneiden henkilöiden osuus väestöstä vuonna 2022 oli 6,5 prosenttia, joka on lähestulkoon kolme kertaa suurempi kuin EU:ssa keskimäärin (2,2 %) ja vielä suurempi kuin vastaava osuus muissa Pohjoismaissa Islantia lukuun ottamatta (kuvio 18). Tyydyttämättömän lääketieteellisen hoidon tarpeesta on suuret tuloerot: vuonna 2022 pienituloisimpaan viidennekseen kuuluvat kertoivat yli kaksi kertaa todennäköisemmin (9,7 %), että heidän lääketieteellisen hoidon tarpeitaan ei ole tyydytetty, kuin suurituloisimpaan viidennekseen kuuluvat (4,7 %). Suurin osa tyydyttämättömästä tarpeesta johtui odotusajoista.

Koronaviruspandemia lisäsi tyydyttämättömästä lääketieteellisen hoidon tarvetta ainakin osittain palvelujen tilapäisten häiriöiden vuoksi. Eurofoundin "Living, Working and COVID-19" -tutkimuksen perusteella niiden suomalaisten osuus, jotka kertoivat tyydyttämättömästä lääketieteellisen hoidon tarpeesta (sairaanhoidon lisäksi myös mm. hammashoido, mielenterveyspalvelut ja muut palvelut), kasvoi 15 prosentista 25 prosenttiin kevään 2021 ja kevään 2022

ja ilmaiseksi, kun taas muu osa väestöstä joutuu maksamaan asiakasmaksuja ja odottamaan hoitoon pääsyä (Tervola ym., 2021).

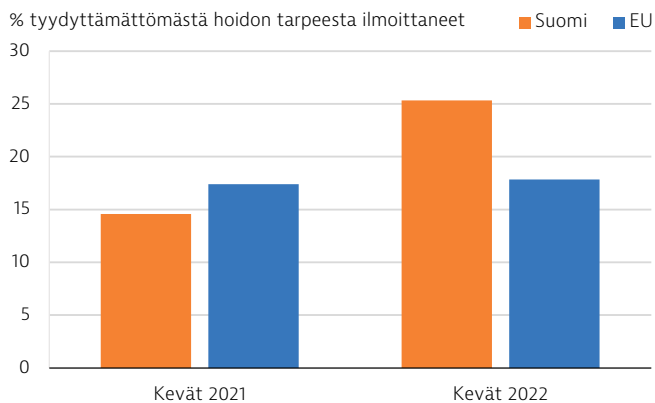
Asiakasmaksut ovat edelleen tärkeä kysymys monille suomalaisille kotitalouksille. Julkisen rahoituksen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista oli 80 prosenttia vuonna 2021, mikä on hieman EU:n keskiarvoa vähemmän (81 %) ja paljon vähemmän kuin muissa Pohjoismaissa (joissa osuus on yli 85 %). Kotitaloudet maksavat itse suurimman osan yksityisistä menoista. Suuri osa asiakasmaksuista Suomessa käytetään lääkkeisiin (27 %) ja hammashoittoon (14 %) (kuvio 17).

Kuvio 18. EU:n keskiarvoa suurempi osa suomalaisista kertoo tyydyttämättömästä lääketieteellisen hoidon tarpeesta, ja havaittavissa on suurta tulotason perustuvaa eriarvoisuutta



Huom. Tiedot koskevat tarvetta lääkärintarkastuksiin tai hoitoihin, jotka eivät ole toteutuneet kustannusten, etäisyyksien tai odotusajojen takia. Lähde: Eurostatin tietokanta, perustuu EU-SILC-tutkimukseen (tiedot vuodelta 2022 lukuun ottamatta Norjaa, jonka tiedot ovat vuodelta 2020, ja Islantia, jonka tiedot ovat vuodelta 2018).

Kuvio 19. Tyydyttämättömästä lääketieteellisen hoidon tarpeesta ilmoittaneiden suomalaisten osuus kasvoi vuonna 2022



Huom. EU:n keskiarvo on painotettu.

Lähde: Euroopan elin- ja työolojen kehittämisyhtiö (Eurofound) (2022).

välillä. Kasvu on paljon EU:n keskiarvoa suurempi (kuvio 19)⁴.

Suomen olemassa olevat terveydenhuollon etäpalveluita koskevat politiikat auttoivat ylläpitämään hoidon saatavuutta pandemian aikana

Terveydenhuollon etäpalvelut tarjosivat vaihtoehdon hoidon saatavuuden ylläpitämiselle pandemian aikana, mutta ne voivat myös normaalioloissa parantaa maaseudulla ja syrjäisillä alueilla asuvien hoitoon pääsyä. Tosiaikaiset vastaanotot ja etänä toteutettavat potilaiden seurantapalvelut kuuluvat Suomen julkiseen terveydenhuoltojärjestelmään. Terveydenhuollon etäpalvelujen korvaukset ovat yhtä suuria kuin henkilökohtaisten palveluiden, ja etäpalvelujen kustannusten jakaminen on myös samanlaista kuin vastaavien henkilökohtaisten palvelujen kustannusten jakaminen. Suomi oli yksi harvoista maista, jotka olivat toteuttaneet terveydenhuollon etäpalveluja koskevia linjauksia jo ennen pandemiaa, mikä auttoi nopeuttamaan näiden palvelujen käytön laajentamista pandemian aikana (OECD, 2023b).

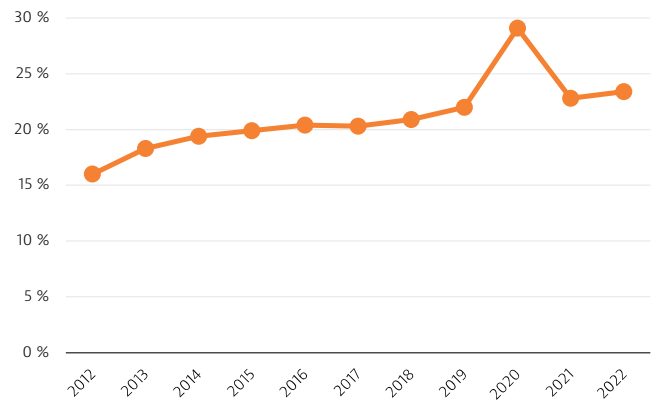
Terveydenhuollon etäpalvelujen käyntien määrä Suomen perusterveydenhuollossa kasvoi seitsemän prosenttia pandemian ensimmäisenä vuotena 2020. Sen jälkeen kasvukäyrä tasoittui aikaisemmalle tasolle vuosina 2021 ja 2022 (kuvio 20).

Terveydenhuollon ja pitkäaikaishoidon työntekijöiden pula on kasvava ongelma

Kuten luvussa 4 mainittiin (ks. kuvio 12 edellä), Suomessa on EU:n keskiarvoa vähemmän lääkäreitä ja enemmän hoitajia tuhatta ihmistä kohden. Vuoden 2022 Ammattibarometrissä todettiin, että kolme neljäsosaa niistä 15 ammatista, joissa työvoimapula on suurin, olivat sosiaali- ja terveydenhuollon alalla. Pulaa on muun muassa yleislääkäreistä, sairaan- ja terveydenhoitajista, lähihoitajista, kotihoitajista, psykologeista ja hammaslääkäreistä (Työ- ja elinkeinoministeriö, 2022).

Kuvio 20. Terveydenhuollon etävastaanotto- palveluiden käyttö perusterveydenhuollossa oli huipussaan ensimmäisen pandemiavuoden aikana

Etäpalveluiden osuus (%) kaikista perusterveydenhuollon vastaanottokäynneistä



Lähde: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2022).

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö aloitti marraskuussa 2021 viisivuotisen ohjelman, jonka tarkoituksena on varmistaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten riittävä tarjonta, kun väestö ikääntyy ja hoitoa tarvitaan erilaisissa tilanteissa. Ohjelmalla pyritään puuttumaan sosiaali- ja terveydenhuollon alan työntekijäpulaan useilla toimenpiteillä, kuten varmistamalla, että opiskelijoita otetaan riittävästi sisään terveystieteiden koulutusohjelmiin; tarkastelemalla uudelleen ammattien välistä tehtävien ja vastuiden jakoa ja työn organisointia; hyödyntämällä digitaalisia ratkaisuja paremmin; ja parantamalla työoloja, jotta voidaan houkutelua sosiaali- ja terveydenhuollon alalle lisää työntekijöitä ja säilyttää nykyiset työntekijät.

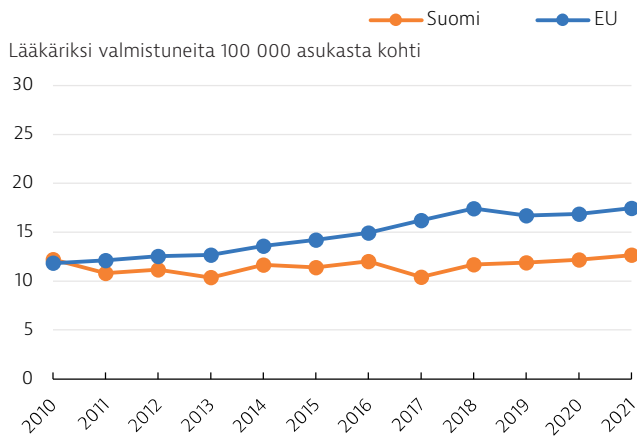
Uusia lääkäreitä ja hoitajia rekrytoidaan pääasiassa Suomessa lääketieteen tai hoiva-alan tutkinnon suorittaneiden parista, ja muualla tutkintonsa suorittaneiden rekrytointi on toissijaista. Vuodesta 2010 lähtien uusien lääketieteen alalle valmistuneiden määrä suhteessa väestön kokoon on ollut alle EU:n keskiarvon, koska määrä on kasvanut hitaammin kuin useimmissa muissa maissa (kuvio 21). Hoiva-alan tutkinnon suorittaneita on enemmän kuin EU:ssa keskimäärin, mutta määrä on vähentynyt vuodesta 2018.

Hallitus päätti muutama vuosi sitten lisätä lääketieteen ja hoiva-alan tutkintoihin otettavien opiskelijoiden määrää. Valmistuneiden määrä siis kasvaa tulevina vuosina, jos opiskelijat suorittavat opintonsa loppuun. Lääketieteen opiskelijoiden määrä kasvoi hieman vuosina 2019–2022 (730 opiskelijasta 779 opiskelijaan), kun taas hoiva-alan opiskelijoiden määrä lisääntyi huomattavasti saman ajanjakson aikana (4 037 opiskelijasta 5 330 opiskelijaan). Määrien odotetaan kasvavan edelleen vuonna 2023.

Uusien lääkäreiden ja sairaanhoitajien kouluttaminen on ratkaisevan tärkeää, jotta voidaan korvata suuri määrä seuraavan vuosikymmenen aikana alalta eläköityviä ammattilaisia. Yhtä tärkeää on kuitenkin

⁴ Eurofoundin kyselytutkimuksen tiedot eivät ole vertailukelpoisia EU-SILC-tutkimuksen tietojen kanssa, koska niiden menetelmät eroavat toisistaan.

Kuvio 21. Suomessa on vähemmän lääketieteen alalle valmistuneita kuin EU:ssa keskimäärin



Huom. EU:n keskiarvo ei ole painotettu.

Lähteet: OECD:n terveystilastot 2023; Eurostatin tietokanta.

pitää sairaanhoitajat ja muut terveydenhuollon työntekijät työelämässä. Suomen Sairaanhoitajien ensimmäisen pandemiavuoden aikana tekemän kyselyn mukaan noin kolme neljäsosaa nuorista sairaanhoitajista harkitsi ammatin vaihtamista suuren työmäärän ja matalan palkkatason vuoksi. Useat tuhannet sairaanhoitajat ja muut terveydenhuoltoalan työntekijät lakkoilivat huhtikuussa 2022 ja vaativat parempia työoloja ja parempaa palkkausta. Maaliskuussa 2023 tehtiin lopullinen palkkasopimus, johon sisältyi 20,9 prosentin vähimmäispalkankorotus vuosina 2022–2027.

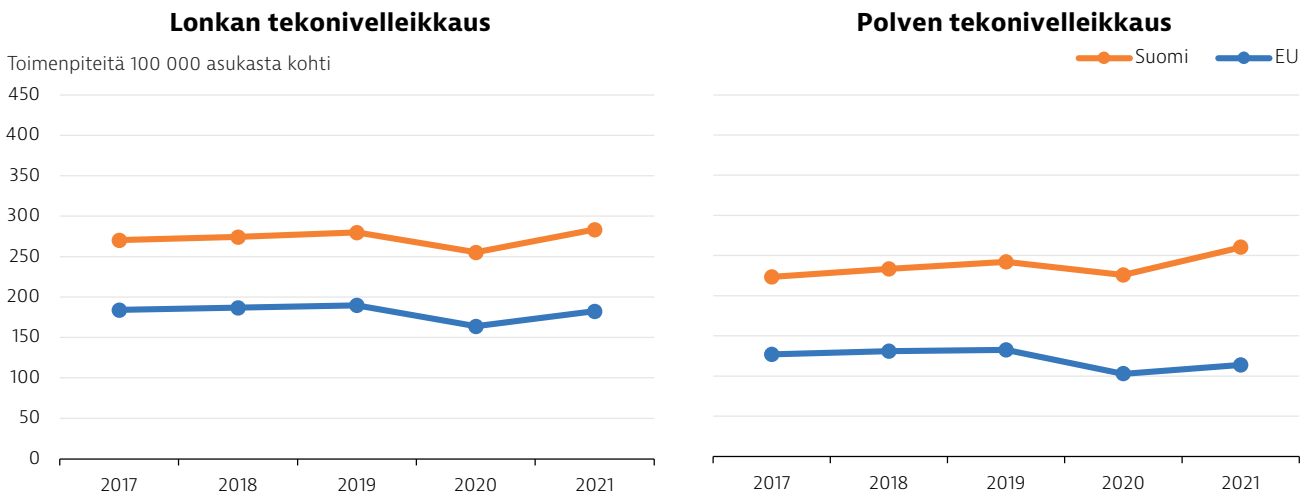
5.3 Muutosjoustavuus

Koronaviruspandemia osoittautui suurimmaksi haasteeksi, jonka terveydenhuoltojärjestelmät ovat kohdanneet viime vuosikymmeninä. Se on antanut tietoa maiden valmiusstrategioiden haavoittuvuuksista ja haasteista sekä niiden kyvystä tarjota terveydenhuoltopalveluja väestölleen. Vastauksena pandemian edelleen jatkuviin vaikutuksiin ja muihin viimeaikaisiin kriiseihin, kuten elinkustannusten nousuun ja Venäjän Ukrainassa aloittaman hyökkäyssodan kaltaisten konfliktien vaikutuksiin, maat panevat täytäntöön politiikkoja, joilla lievennetään palvelujen tarjontaan kohdistuvia jatkuvia vaikutuksia, investoidaan terveydenhuoltojärjestelmien elpymiseen ja palautumiskykyyn, parannetaan terveysalan kriittisiä aloja ja vahvistetaan valmiuksia reagoida tuleviin häiriöihin⁵.

Kiireettömien leikkausten määrä väheni merkittävästi vuonna 2020 ja odotusajat pitenivät sen jälkeen

Pandemian alussa vuonna 2020 Suomi lykkäsi suuria määriä kiireettömiä sairaalahoitoja, jotta käyttöön jäävistä voimavaroista (sängyt, henkilökunta ja laitteet) voitiin luoda puskuri, jonka avulla voitiin vastata koronaviruspotilaiden määrän mahdolliseen äkilliseen kasvuun ja vähentää sairaalaepidemioiden riskiä (OECD, 2023b). Nämä varotoimenpiteet vähensivät sairaalaan sisään otettujen potilaiden määrää vuonna 2020 erityisesti kiireettömien kirurgisten toimenpiteiden, kuten lonkan ja polven tekonivelleikkausten, osalta, mutta aktiivisuus elpyi vuonna 2021. Lonkan tekonivelleikkausten määrä laski yhdeksän prosenttia vuonna 2020 ja kasvoi 11 prosenttia vuonna 2021. Polven tekonivelleikkausten määrä laski hieman vähemmän (7 %) vuonna 2020 ja kasvu vuonna 2021 oli suurempi (15 %) verrattuna lonkan tekonivelleikkausten määrien muutoksiin (kuvio 22).

Kuvio 22. Kirurgisten toimenpiteiden määrä väheni Suomessa pandemian ensimmäisenä vuotena, mutta alkoi palautua vuonna 2021



Huom. EU:n keskiarvo ei ole painotettu.

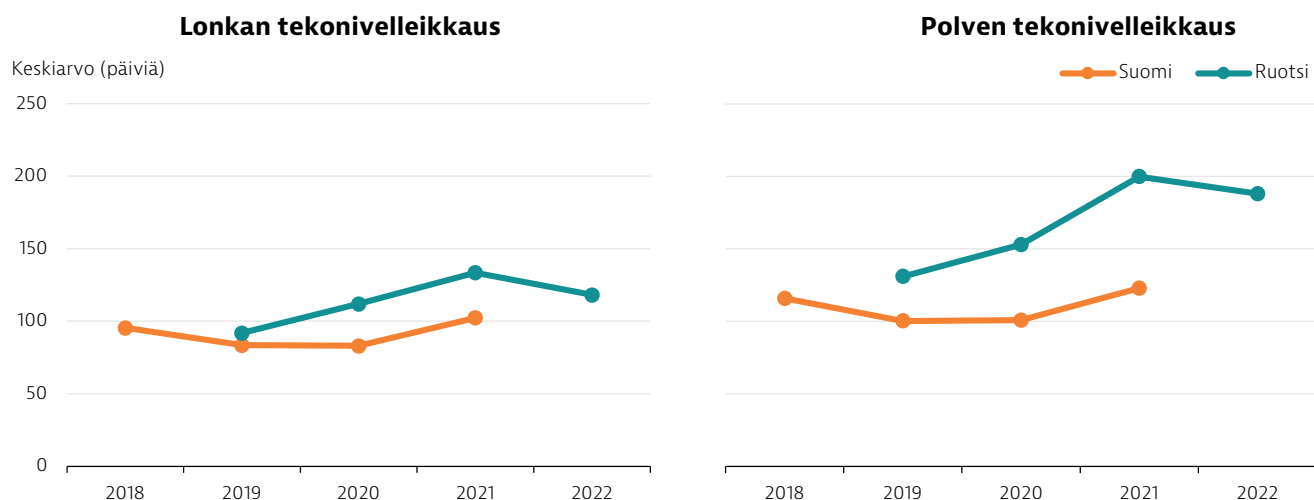
Lähde: OECD:n terveystilastot 2023.

⁵ Tässä yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmien muutosjoustavuudella tarkoitetaan määritelmän mukaan järjestelmän kykyä varautua häiriöihin, hallita niitä (vaimentaa niitä, mukautua niihin ja muuntautua) sekä oppia niistä (EU Expert Group on Health Systems Performance Assessments, 2020).

Lonkan ja polven tekonivelleikkausten vuonna 2020 vähentynyt määrä alkoi vaikuttaa seuraavana vuonna. Lonkan tekonivelleikkausta odottavien potilaiden keskimääräiset odotusajat pitenevät vuoden 2020 83 päivästä 112 päivään vuonna 2021, kun taas

polven tekonivelleikkauksen odotusajat nousivat 101 päivästä 114 päivään. Odotusaikojen pidentyminen ei kuitenkaan ollut yhtä voimakasta kuin Ruotsissa (kuvio 23).

Kuvio 23. Odotusajat lonkan ja polven tekonivelleikkauksiin pitenevät merkittävästi vuonna 2021



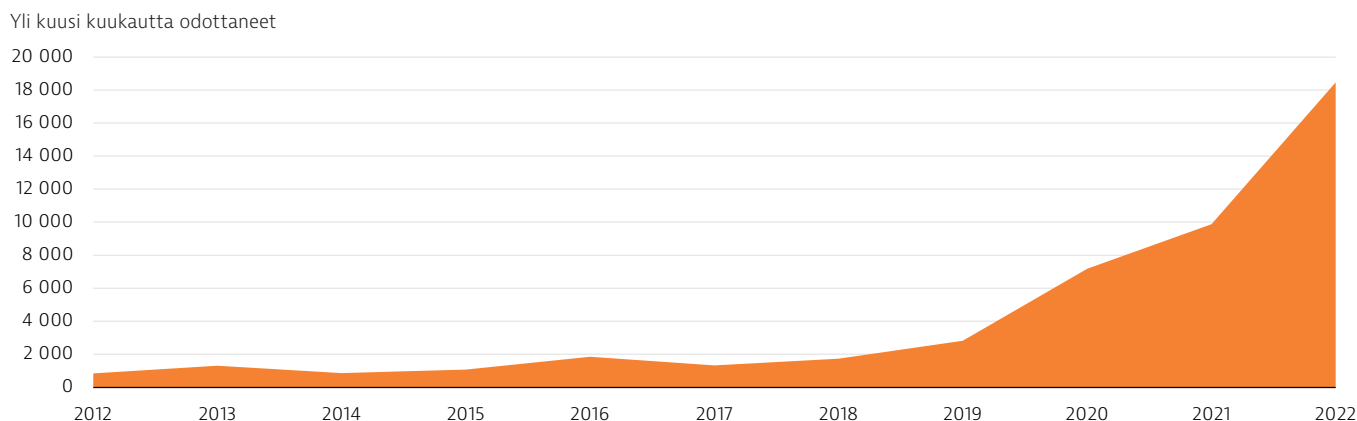
Lähde: OECD:n terveystilastot 2023.

Suomessa hyvinvointialueet ovat vastuussa diagnoosien ja hoidon oikea-aikaisesta saatavuudesta. Terveystilastoissa todetaan, että potilaan tulee voida saada arkipäivisin virka-aikana saman päivän aikana yhteys perusterveydenhuoltoon ja että erikoissairaanhoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön. Syyskuun ensimmäiseen päivään 2023 asti hoitoa tuli saada kolmen kuukauden sisällä arvioinnista (hammashoidossa 6 kk). Syyskuun ensimmäisestä päivästä 2023 lähtien hoitoon pääsyn odotusaika on perusterveydenhuollossa lyhennetty kahteen viikkoon (hammashoidossa 4 kk). Terveystilasto

ja hyvinvoinnin laitos julkaisee kolmesti vuodessa raportin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon saavutettavuudesta.

Joulukuun 2022 lopussa yli 160 000 ihmistä odotti pääsyä kiireettömään erikoissairaanhoidon ja näistä 12,7 prosenttia oli odottanut yli kuusi kuukautta (Terveystilasto ja hyvinvoinnin laitos, 2023b). Yli kuusi kuukautta hoitoa odottaneiden määrä kasvoi huomattavasti vuosina 2021 ja 2022 (kuvio 24).

Kuvio 24. Yli kuusi kuukautta hoitoa odottaneiden määrä kasvoi huomattavasti vuosina 2021 ja 2022

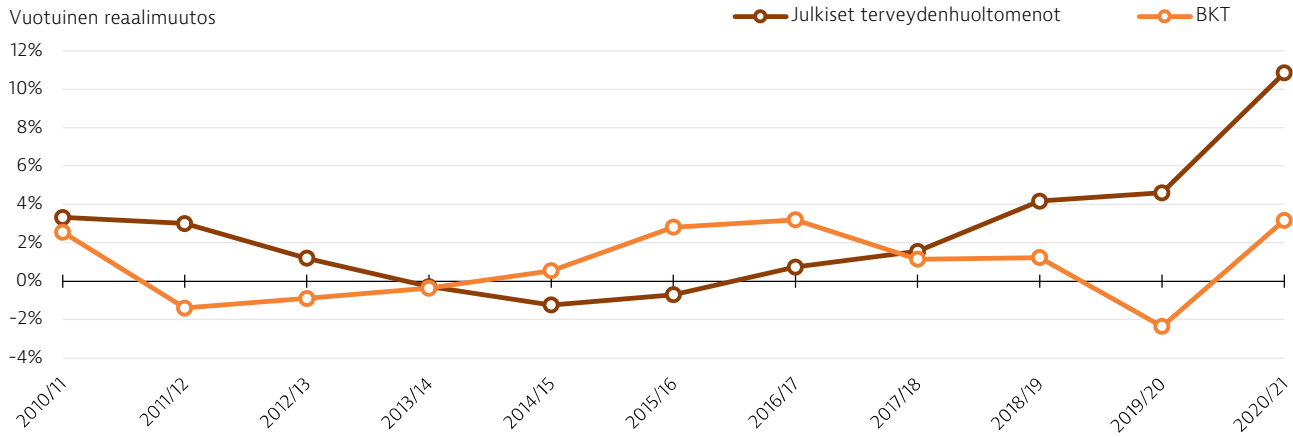


Lähde: Terveystilasto ja hyvinvoinnin laitos (2023b).

Julkiset terveysmenot alkoivat kasvaa ennen pandemiaa, ja kasvu kiihtyi vuosina 2020 ja 2021

Vuosien vaatimattoman tai jopa negatiivisen reaalisen kasvun jälkeen julkiset terveysmenot alkoivat kasvaa Suomessa nopeammin. Menot kasvoivat neljä prosenttia vuonna 2019 ja kasvoivat edelleen lähes viisi prosenttia vuonna 2020 ja lähes 11 prosenttia vuonna 2021 (kuvio 25). Voimakkaaseen kasvuun vuonna 2021 vaikutti terveydenhuoltotoimien ”kiinnikuro-misvaikutus” vuonna 2020 tapahtuneen vähenemisen jälkeen sekä koronavirustestauksen ja rokotuskampan-joiden kustannukset.

Kuvio 25. Julkiset terveysmenot alkoivat kasvaa juuri ennen pandemiaa, mutta kasvu kiihtyi vuosina 2020 ja 2021



Lähde: OECD:n terveystilastot 2023.

Suomen elpymis- ja palautumissuunnitelma keskittyy odotusaikojen lyhentämiseen ja terveydenhuoltojärjestelmän digitaaliseen muutokseen

Suomen alkuperäisessä elpymis- ja palautumissuunnitelmassa vahvistettiin terveydenhuollon investointeja 372,8 miljoonaa euroa (20 % kokonaisbudjetista). Suurin osa tästä on tarkoitettu sairaaloiden ja perusterveydenhuollon odotusaikojen lyhentämiseen ja kiireettömän

hoidon saatavuuden parantamiseen. Toinen tärkeä tavoite on tukea sosiaali- ja terveyspalvelujen digitalisaatiota ja siten hyvinvointialueuudistuksen täytäntöönpanoa. Muita painopisteitä ovat ennaltaehkäisevän hoidon vahvistaminen ja lääketieteen opiskelijoiden määrän lisääminen (kuvio 26).

Kuvio 26. Suomen elpymis- ja palautumissuunnitelmassa odotusaikojen lyhentäminen ja terveydenhuoltojärjestelmän digitaalinen muutos ovat etusijalla



Huom. Luvut ovat alkuperäisestä elpymis- ja palautumissuunnitelmasta. Suunnitelman meneillään oleva tarkistaminen saattaa vaikuttaa lukuihin ja niiden kohdistukseen. Osa elementeistä on ryhmitelty yhteen kaavion luettavuuden parantamiseksi. Yliopistojen opiskelijamäärien kasvattamiseen suunnatussa rahoituksessa on mukana uusia paikkoja lääketieteen koulutusohjelmiin, mutta myös tieto- ja viestintätieteiden (ICT) ja insinöörityöalojen ohjelmiin.

Lähde: Euroopan komission elpymisen ja palautumisen tulostaulu.

Digitaaliseen terveydenhuoltoon tehtäviä investointeja täydennetään EU:n koheesiopolitiikan ohjelmakaudella 2021–2027, ja Suomi suunnittelee investoivansa noin 15 miljoonaa euroa terveydenhuollon etäpalveluiden ja -sovellusten kehittämiseen, mistä EU yhteisrahoittaa 58 prosenttia⁶.

Muiden kansanterveysuhkien riskien vähentäminen: Suomen varautuminen mikrobilääkeresistenssiin

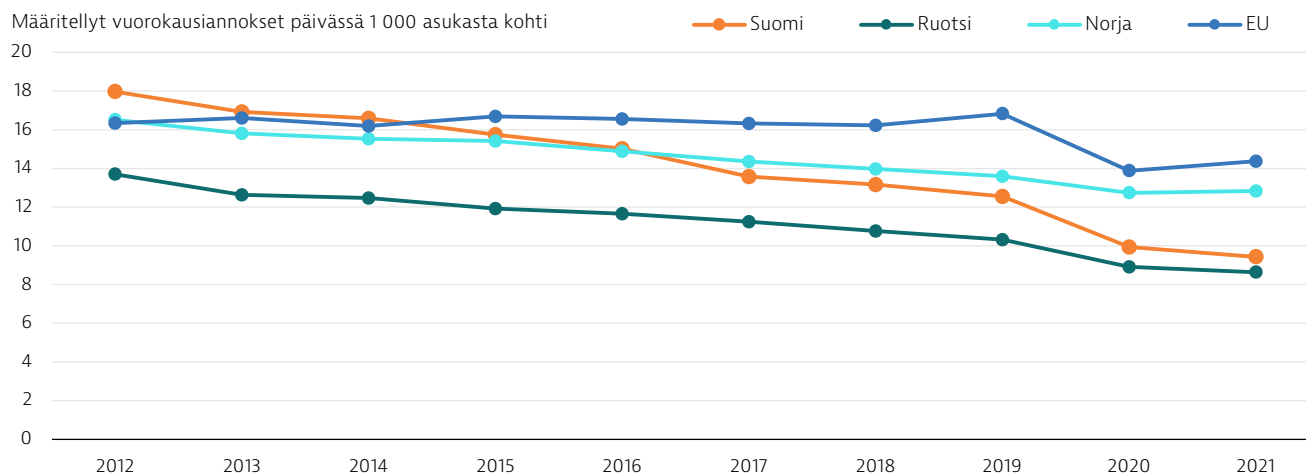
Mikrobilääkeresistenssi on merkittävä kansanterveydellinen huolenaihe EU:ssa, sillä antibiootiresistentit infektiot aiheuttavat vuosittain noin 35 000 kuolemantapausta (ECDC, 2022) ja noin 1,1 miljardia euroa kustannuksia terveydenhuollolle (OECD/ECDC, 2019). Koska antibioottien liiallinen määrääminen ja käyttö ihmisillä vaikuttavat merkittävästi antibiootiresistenttien bakteerien kehittymiseen, antibioottien kulutusta koskevat tiedot ovat hyödyllisiä, kun arvioidaan mikrobilääkeresistenssin riskiä ja antibioottien asianmukaista käyttöä edistävien ohjelmien tehokkuutta.

Suomen viimeisin mikrobilääkeresistenssin torjunnan kansallinen toimintaohjelma koskee vuosia 2017–2021. Siihen kuuluu viisi toiminta-aluetta, joilla torjutaan mikrobilääkeresistenssiä: a) ammattilaisten koulutus

ja kansalaisvalistus; b) kansallisesti koordinoitu One Health -seuranta, johon kuuluu mikrobilääkeresistenssin ja antibioottien käytön seuranta; c) infektioiden ehkäisy ja moniresistenttien bakteerien leviämisen estäminen; d) mikrobilääkekäytön ohjaus ammattilaisille; ja e) tutkimustoiminnan tukeminen (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017).

Suomen antibioottien kulutuksen tilanne on suhteellisen hyvä verrattuna useimpiin muihin EU-maihin. Suomessa kulutus (sairaaloiden ulkopuolella) on vähentynyt viimeisten kymmenen vuoden aikana huomattavasti enemmän kuin EU:n laajuisesti, mikä seurauksena kulutus oli 35 prosenttia alhaisempi kuin EU:n keskiarvo vuonna 2021 (kaavio 27). Koronaviruspandemian aikana antibioottien käyttö Suomessa laski lähes 25 prosenttia vuosien 2019 ja 2021 välillä, mikä on EU:n laajuista laskua suurempi pudotus. Tämä valtava lasku johtuu osittain tartuntojen vähenemisestä pandemiaan liittyvien toimenpiteiden vuoksi.

Kuvio 27. Koronaviruspandemia siivitti antibioottien kulutuksen vähentymistä niin Suomessa kuin monissa muissakin EU-maissa



Huom. EU:n keskiarvo ei ole painotettu. Aineisto sisältää vain väestön kulutuksen (sairaaloiden ulkopuolella).
Lähde: ECDC:n ESAC-Net.

Suomen tilanne mikrobilääkeresistenssin torjunnassa on myös hyvä, mikä on johdonmukaista vähäisemmän antibioottien kulutuksen kanssa. Esimerkiksi vuonna 2021 vain 2,6 prosentilla sairaalapotilaista oli verenkiertoinfektioita metisilliiniresistentin *Staphylococcus aureuksen* (MRSA) vuoksi, mikä on huomattavasti vähemmän kuin EU:n keskiarvo, joka on yli 15 prosenttia (ECDC, 2023).

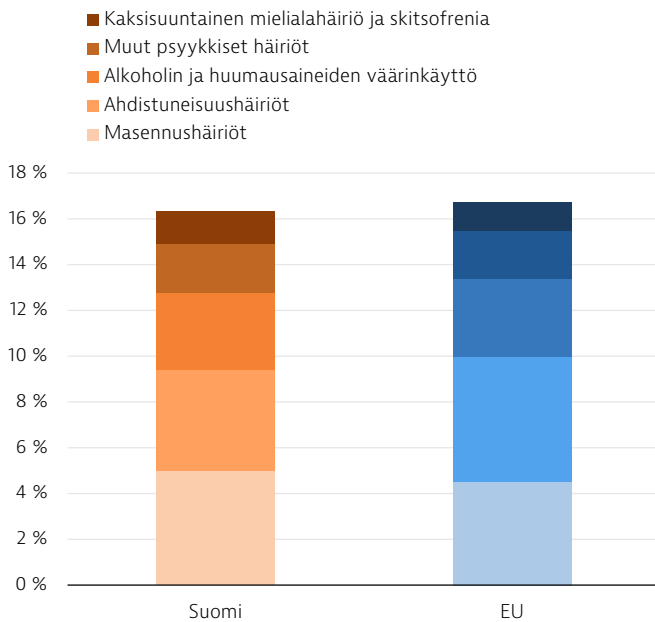
⁶ Nämä EU:n koheesiopolitiikan luvut kuvastavat tilannetta syyskuussa 2023.

6 Katsaus mielenterveyteen

Jo ennen pandemiaa mielenterveysongelmien kuormitus oli Suomessa merkittävä ja koski satoja tuhansia ihmisiä. Mielenterveysongelmien taloudelliset kustannukset ovat huomattavat, ja suorien ja välillisten kustannusten arvioidaan olleen yli viisi prosenttia BKT:stä tai 11 miljardia euroa vuonna 2015 (OECD/EU, 2018).

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) -laitoksen arvioiden mukaan vuonna 2019 16 prosentilla suomalaisista oli mielenterveysongelma, mikä on lähellä EU:n keskiarvoa (kuvio 28). Mielenterveysongelmien merkittävimpiä syitä Suomessa olivat masennus, ahdistus sekä alkoholin ja huumausaineiden väärinkäyttö.

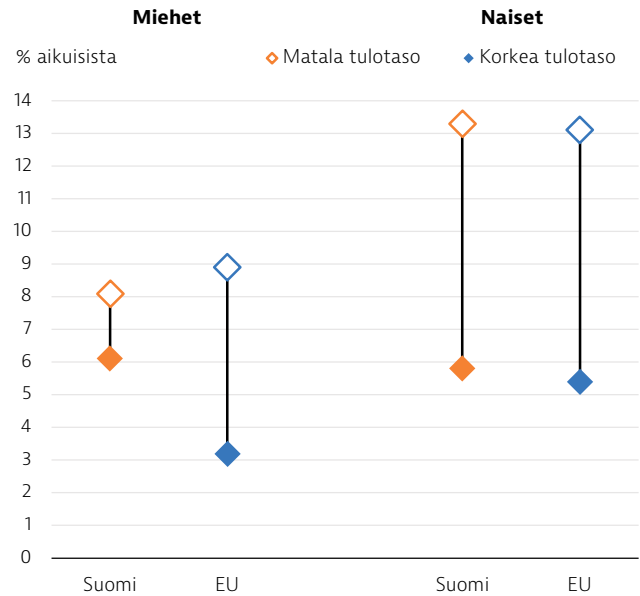
Kuvio 28. Suomessa noin joka kuudennella oli mielenterveysongelma ennen pandemiaa



Huom. EU:n keskiarvo ei ole painotettu.
Lähde: IHME (tiedot vuodelta 2019).

Kuten muissakin maissa, Suomessa masennuksesta kertoneiden naisten osuus vuonna 2019 oli huomattavasti suurempi kuin miesten. Naisten väliset tuloryhmäerot olivat suurempia kuin miehillä, ja pienituloisimpaan viidennekseen kuuluvat naiset kertoivat kärsineensä masennuksesta yli kaksi kertaa todennäköisemmin kuin suurituloisimpaan viidennekseen kuuluvat naiset (kuvio 29).

Kuvio 29. Masennusluvut ovat erityisen korkeita pienituloisimpien naisten keskuudessa



Huom. Suurilla tuloilla tarkoitetaan suurituloisinta viidenneksestä (20 %:n osuus väestöstä, jolla on suurimmat tulot), kun taas pienillä tuloilla tarkoitetaan pienituloisinta viidenneksestä (20 %:n osuus väestöstä, jolla on pienimmät tulot).

Lähde: Eurostatin tietokanta (EHIS 2019 -tutkimukseen perustuen).

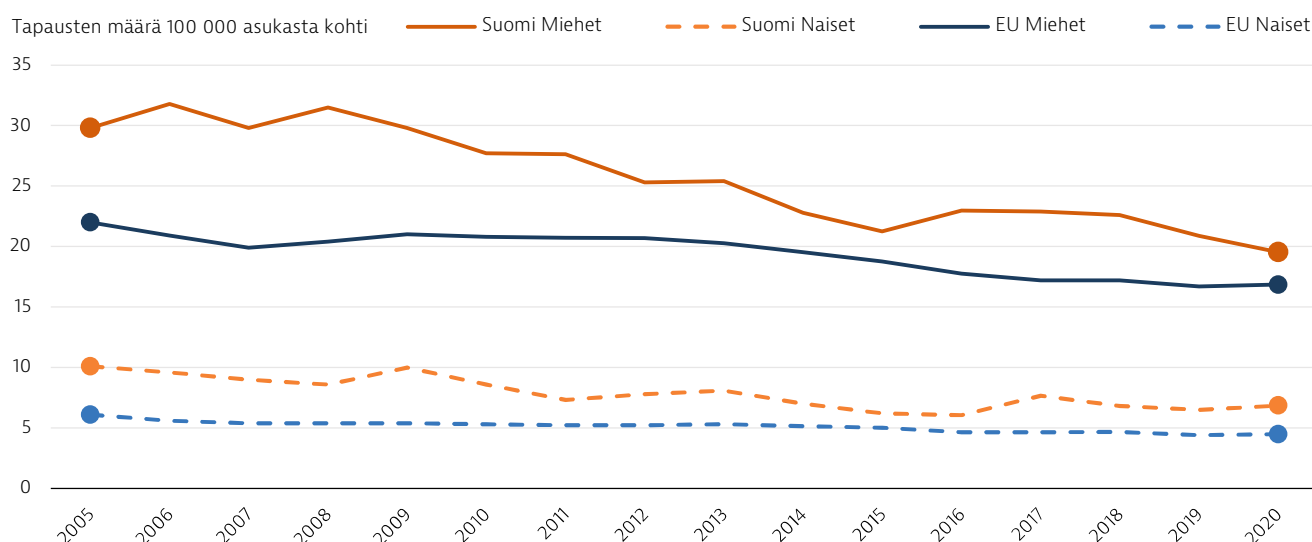
”Epätoivon kuolemien” määrä on säilynyt suurempana kuin muissa EU-maissa, vaikka itsemurhat ovat vähentyneet

”Epätoivon kuolemien” (eli itsemurhista, alkoholin väärinkäytöstä ja huumausaineiden yliannostuksista johtuvat kuolevat) määrä Suomessa on reilusti EU:n keskiarvoa ja muiden Pohjoismaiden määrää korkeampi, vaikka itsemurhat ovatkin vähentyneet viimeisen 15 vuoden aikana. Vuonna 2018 tässä kategoriassa johtava kuolemansyy oli akuutti alkoholin väärinkäyttö, ja sen jälkeen tulivat itsemurha ja huumausaineiden yliannostus (Fleischer & Stokenberga, 2023).

Vaikka itsemurhien määrä on vähentynyt viimeisen 15 vuoden aikana, vuonna 2020 miesten itsemurhien määrä oli edelleen lähestulkoon kolme kertaa naisten itsemurhien määrää korkeampi ja hieman EU:n keskiarvoa suurempi (kuvio 30).

7 Vuonna 2021 itsemurhien määrä säilyi samana miehillä, mutta kasvoi naisilla, mikä tasoitti hieman miesten ja naisten välistä eroa.

Kuvio 30. Itsemurhien määrä on vähentynyt Suomessa viimeisen 15 vuoden aikana, mutta määrä on edelleen EU:n keskiarvoa suurempi



Lähde: Eurostatin tietokanta.

Ahdistusta ja masennusta kokeneiden osuus kasvoi pandemian aikana

Kuten muissakin maissa, masennus- ja ahdistuneisuusoireista kertoneen väestön osuus kasvoi merkittävästi pandemian aikana, kun sosiaalinen eristyneisyys sekä taloudellinen ja terveydellinen turvattomuus heikensivät merkittävästi ihmisten mielenterveyttä. Varsinkin nuorten ja erityisesti nuorten naisten ahdistuneisuus lisääntyi. Yleisistä ahdistuneisuusoireista kertoneiden 13–20-vuotiaiden naisten osuus kasvoi 20 prosentista 30 prosenttiin vuosien 2019 ja 2021 välillä, kun taas nuorten miesten osuus kasvoi maltillisemmin kuudesta prosentista kahdeksaan prosenttiin (Kiviruuus ym., 2023). Kouluterveyskyselyn tuoreimmat tiedot osoittavat, että ahdistuneisuusoireet ovat kasvaneet edelleen 8.–9.-luokkalaisilla vuosina 2021–2023, vaikkakin hitaammin kuin kahtena edellisellä vuonna (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2023c).

Suomen mielenterveyspalvelut ovat yhteisölähtöisiä

Mielenterveyspalvelut perustuvat Suomessa yhteisö- ja avohoitoon, joita sosiaalitoimi tukee. Järjestelmässä on viimeisten 30 vuoden aikana tapahtunut useita suuria muutoksia, kun esimerkiksi laitoshoidon määrä on vähentynyt ja avohoitopalvelujen kapasiteetti kasvanut (Korkeila, 2021). Mielenterveyspalveluita tarvitsevat voivat hakeutua perusterveydenhuoltoon, paikallisiin terveyskeskuksiin, avohoit-osastoille ja sairaaloiden mielenterveystoimistoihin, mutta erikoissairaanhoidon pääsy edellyttää lähetettä.

Avohoidossa otettiin vuonna 2009 käyttöön etävas-taanotot, kuten Helsingin yliopistollisen sairaalan nettipsykoterapia. Palveluun kuuluu erityisesti nuorille suunniteltu osa, mikä heijastaa viimeaikaisia poliittisia tavoitteita parantaa lasten ja nuorten mielenterveyttä (Tynkkynen ym., 2023).

Uudet hyvinvointialueet ovat vastuussa sekä mielen-terveyspalveluiden että sosiaalipalveluiden järjestämisestä, minkä odotetaan parantavan näiden palveluiden integrointia ja koordinoimista mielenterveysongelmia kokevien ihmisten osalta. Hyvinvointialueet ja kunnat koordinoivat yhdessä ennaltaehkäiseviä toimia paikallisiin tarpeisiin perustuen.

Suomi on ryhtynyt toteuttamaan uutta mielenterveysstrategiaa

Uuden kymmenvuotisen kansallisen mielenterveysstrategian ja itsemurhien ehkäisyohjelman toimeenpano aloitettiin vuonna 2020. Strategiassa tunnustetaan mielenterveyden merkitys voimavarana, jota tulee tukea (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2020). Mielenterveysstrategiassa on viisi painopistettä: a) mielenterveyden tunnustaminen inhimillisenä pääomana; b) lasten ja nuorten mielenterveyden edistäminen; c) mielenterveyden tunnustaminen ihmisoikeutena; d) tarpeiden mukaisten ja laaja-alaisten mielenterveyspalveluiden edistäminen; ja e) hyvän mielenterveysjohtamisen varmistaminen, johon lukeutuu myös eri alojen väliset toimet ja säännöllinen edistymisen seuranta. Strategian tavoitteena on lisätä perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelujen resursseja ja vahvistaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteensovittamista.

7 Keskeiset havainnot

- Pandemian kahtena ensimmäisenä vuotena elinajanodote laski Suomessa vain hieman, mutta vuonna 2022 se laski merkittävästi ja lasku oli suurin 50 vuoteen. Laskun taustalla oli pääasiassa erityisesti yli 80-vuotiaiden suurempi kuolleisuus, johon COVID-19-tauti vaikutti.
- Noin 35 prosenttia kaikista kuolemista Suomessa vuonna 2019 voidaan selittää käyttäytymiseen liittyvillä riskitekijöillä. Tupakan ja alkoholin kulutuksen vähentämisessä on edistytty, mutta liikalihavuus ja ylipaino ovat kasvavia kansanterveydellisiä huolenaihteita. Vuonna 2019 20 prosenttia aikuisista oli liikalihavia (vrt. 11 % vuonna 2000), ja ylipainoisten aikuisten osuus oli korkeampi kuin suurimmassa osassa muista EU-maista. Nuorten liikalihavuus ja ylipaino olivat myös yleisempiä Suomessa vuonna 2022 (24 %) kuin EU:ssa keskimäärin (21 %).
- Suomen terveydenhuoltomenot nousivat 10,3 prosenttiin vuonna 2021. Nousu on merkittävä verrattuna vuoteen 2019 ja johtuu pääasiassa kahden ensimmäisen pandemiavuoden vuoksi kasvaneista terveydenhoitokuluista. Terveydenhuoltomenojen osuus BKT:stä säilyi kuitenkin EU:n keskiarvoa (11 %) matalampana vuonna 2021.
- Kaikki asukkaat kuuluvat terveydenhuoltojärjestelmän piiriin, mutta useimmat työntekijät saavat lisähyötyä työterveyshuollosta, jonka kautta he pääsevät tiettyjen palveluiden piiriin nopeammin ja ilmaiseksi, kun taas muu osa väestöstä joutuu maksamaan asiakasmaksuja ja odottamaan hoitoon pääsyä. Vuonna 2022 suurempi osuus Suomen väestöstä (6,5 %) kertoi tyydyttämättä jääneestä sairaanhoidon tarpeesta kuin EU:ssa keskimäärin (2,2 %). Tämä johtui pääasiassa odotusajoista.
- Vaikka kiireettömien kirurgisten toimenpiteiden odotusajat eivät pidentyneet merkittävästi ensimmäisenä pandemiavuotena, ne pitenevät merkittävästi vuosina 2021 ja 2022 huolimatta siitä, että kirurgisten toimenpiteiden määrä palautui vuoden 2020 vähentymisen jälkeen. Esimerkiksi lonkan tai polven tekonivelleikkaukseen pääsyä yli kuusi kuukautta odottaneiden määrä nousi jyrkästi vuosina 2021 ja 2022. Suomen elpymis- ja palautumissuunnitelman päätavoite on lyhentää hoitojonot mahdollisimman nopeasti.
- Terveydenhuollon ja pitkäaikaishoidon työntekijäpula on kasvava huolenaihe, ja työnantajilla on vaikeuksia löytää työntekijöitä useisiin eri tehtäviin, kuten yleislääkäreiksi, hoitajiksi tai kotihoitajiksi. Sosiaali- ja terveysministeriö aloitti marraskuussa 2021 viisivuotisen ohjelman, jonka tarkoituksena on lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten määrää, jotta voidaan vastata ikääntyvän väestön tarpeisiin. Pääasiallisia toimenpiteitä ovat terveydenhuollon opiskeluohjelmien aloituspaikkojen lisääminen, terveystaloiden ammattilaisten roolien ja vastuiden uudelleentarkastelu, digitaalisten ratkaisuiden käytön parantaminen ja työolojen parantaminen, jotta voidaan houkuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon alalle lisää työntekijöitä ja säilyttää nykyiset työntekijät.
- Tammikuussa 2023 toteutettiin suuri uudistus, jonka myötä Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut järjestettiin uudelleen perustamalla hyvinvointialueita (21 hyvinvointialuetta ja Helsingin kaupunki). Hyvinvointialueet saavat rahoituksen valtion talousarviosta ja niitä hallinnoi vaaleilla valittu aluevaltuusto. Sosiaali- ja terveysministeriö on vahvistanut rooliaan terveydenhuoltojärjestelmän ohjauksessa osallistumalla tiiviimmin vuosittaiseen toiminnan ja investointien suunnitteluun.
- Jo ennen pandemiaa mielenterveysongelmien sairaustaakka oli Suomessa merkittävä: arvioiden mukaan joka kuudennella suomalaisella oli mielenterveysongelma vuonna 2019. Yleisimpiä ongelmia olivat masennus ja ahdistus sekä alkoholin ja huumausaineiden käyttö. Itsemurhien määrä on Suomessa edelleen EU:n keskiarvoa suurempi, vaikka määrä onkin vähentynyt merkittävästi viimeisten 15 vuoden aikana. Suomen kansallisen mielenterveysstrategian ja itsemurhien ehkäisyohjelman tavoitteena on edistää lasten ja nuorten mielenterveyttä, lisätä perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluiden resursseja ja vahvistaa perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon välistä koordinaatiota.

Keskeiset lähteet

Keskimäki I ym. (2019), Finland: health system review, Health Systems in Transition, 21(2):1-166.

OECD/EU (2022), Health at a Glance: Europe 2022 – State of Health in the EU Cycle. Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>.

Tynkkynen LK ym. (2023), Finland: Health system summary, 2023. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Viitteet

ECDC (2022), Health burden of infections with antibiotic-resistant bacteria in the European Union and the European Economic Area, 2016-2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/health-burden-infections-antibiotic-resistant-bacteria-2016-2020>.

ECDC (2023), Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2023 – 2021 data, Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2023 - 2021 data (europa.eu)

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessments (2020), Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement.

Eurofound (2022), Living, working and COVID-19 survey, rounds three and five (spring 2021 and spring 2022). <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/living-working-and-covid-19-e-survey>.

Fleischer L & Stokenberga L (2023), Well-being in Finland: bringing together people, economy and planet, OECD Papers on Well-being and Inequalities, No. 14. OECD Publishing.

Health Behaviour in School-aged Children study (2023), Data browser (findings from the 2021/22 international HBSC survey): <https://data-browser.hbsc.org>

Kiviruusu O ym. (2023), Generalized anxiety among Finnish youth from 2013 to 2021-Trend and the impact of COVID-19. Journal of Affect Disorders, Jun 1; 330:267-274.

Korkeila J (2021), Organization of community psychiatric services in Finland, Consortium Psychiatricum, 2(1):55-64.

OECD (2023a), EU Country Cancer Profile: Finland 2023.

OECD (2023b), Ready for the next crisis? Investing in health system resilience, OECD Health Policy Studies.

OECD/ECDC (2019), Antimicrobial resistance, Tackling the burden in the European Union, Briefing note for EU/EEA countries.

OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle.

Seppä K ym. (2023), Cancer in Finland 2021. Cancer Society of Finland.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2017), National Action Plan on Antimicrobial Resistance 2017–2021.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2020), The National Mental Health Strategy and Programme for Suicide Prevention 2020–2030.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2022), Finland's Report Card 2022 -- Physical Activity for Children and Youth.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2023a), Consumption of alcoholic beverages 2022, Statistical report OSF 20/2023.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2023b), Access to treatment in specialised medical care, Statistical report 14/2023.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2023c), Sotkanet Statistics and Indicator Bank, Results table - Sotkanet.fi, Statistics and Indicator Bank.

Tilastokeskus (2023), Life expectancy decreased due to clear increase in mortality in 2022, 21 April 2023.

Tervola J ym. (2021), Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Finland. WHO Regional Office for Europe.

Tolonen H ym. (2022), Development of non-communicable disease risk factors in Finland: projections up to 2040, Scandinavian Journal of Public Health.

Työ- ja elinkeinoministeriö (2022), Occupational Barometer.

Maiden lyhenteet

Alankomaat	NL	Italia	IT	Liettua	LT	Ranska	FR	Suomi	FI
Belgia	BE	Itävalta	AT	Luxemburg	LU	Romania	RO	Tanska	DK
Bulgaria	BG	Kreikka	EL	Malta	MT	Ruotsi	SE	Tšekki	CZ
Espanja	ES	Kroatia	HR	Norja	NO	Saksa	DE	Unkari	HU
Irlanti	IE	Kypros	CY	Portugali	PT	Slovakia	SK	Viro	EE
Islanti	IS	Latvia	LV	Puola	PL	Slovenia	SI		

State of Health in the EU

Maan terveystilaprofiili 2023

Maakohtaiset terveystilaprofiilit ovat keskeinen osa Euroopan komission *Terveystilan tila EU:ssa -sykliä*, Euroopan unionin taloudellisella tuella kehitettyä tietämyksen välityshanketta.

Nämä profiilit ovat tulosta Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestön (OECD) ja Euroopan terveystilajärjestelmien ja -politiikkojen seurantakeskuksen välisestä yhteistyökumppanuudesta, joka on toteutettu yhdessä Euroopan komission kanssa. Analyysi perustuu johdonmukaiseen menetelmään, jossa käytetään sekä määrällisiä että laadullisia tietoja, ja se kattaa terveystilapolitiikan viimeisimmät haasteet ja kehityksen kussakin EU-/ETA-maassa.

Vuoden 2023 maakohtaisissa terveystilaprofiileissa esitetään yhteenveto useista kriittisistä näkökohdista, joita ovat muun muassa seuraavat:

- maan nykyinen terveystila;
- terveyteen vaikuttavat tekijät kiinnittäen erityistä huomiota käyttäytymiseen liittyviin riskitekijöihin;
- terveydenhuoltojärjestelmän rakenne ja organisaatio;
- terveydenhuoltojärjestelmän vaikuttavuus, saavutettavuus ja muutosjoustavuus;
- ensimmäistä kertaa sarjassa selvitys mielenterveyden tilasta ja siihen liittyvistä palveluista maassa.

Maakohtaisten terveystilaprofiilien keskeisiä havaintoja täydentää Euroopan komission yhteenvetoraportti.

Lisätietoja on osoitteessa ec.europa.eu/health/state

Suosittelava viittaustapa:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023),

Suomi: Maan terveystilaprofiili 2023, State of Health in the EU,

OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264317017 (PDF)

Series: State of Health in the EU

SSN 25227041 (online)