

POLITIikka SUOSITUS / POLICY BRIEF

Mielenterveyshäiriöt ja monisairastavuus Pohjois-Savossa

Hyvinvoinnin eriarvoisuus on maailmanlaajuinen ongelma ja sen seuraukset yhteiskunnan eri tasoilla ovat laajoja ja kauaskantoisia. Hyvinvointi on keskimäärin lisääntynyt suurimmalla osalla suomalaista väestöä, mutta samalla pahoinvointi on kasautunut yhä enemmän heikommassa asemassa olevissa väestöryhmissä, esimerkiksi matalan koulutuksen ja tulotason väestöryhmissä. Kartoittamalla hyvinvoinnin tilaa ja muutoksia eri väestöryhmissä, voimme paremmin tunnistaa eriarvoisuuden mekanismeja ja kohdentaa sosiaali- ja terveystoimintia toimenpiteitä hyvinvointierojen kaventamiseksi.

Tämän raportin aineistona on HYPE-hankkeessa kerätty poikkileikkauskysely täysi-ikäisiltä Pohjois-Savolaisilta (n= 3133). Hyvinvointia tarkasteltiin tutkimuksessa mielenterveyshäiriöiden ja monisairaudeen esiintyvyyden avulla. Raportin tarkoituksena on selvittää väestön taustatekijöiden (ikä, sukupuoli), sosioekonomisten tekijöiden (koulutus, toimeentulo) ja päihteidenkäytön (tupakka, alkoholi) yhteyttä terveydentilaan.

Keskeiset tuloksemme ja aikaisempaan tutkimukseen perustuvat suositukset ovat:

1. Pohjoissavossa on eroja terveydentilassa iän, sukupuolen ja sosioekonomisen aseman mukaan.

Naiset raportoivat miehiä enemmän mielenterveyshäiriöistä ja monisairaudesta. Nuoret aikuiset raportoivat enemmän mielenterveyshäiriöistä, mutta vanhemmat ikäryhmät olivat useammin monisairaita. Matalampi koulutustaso ja heikompi taloudellinen toimeentulo lisäävät sairastavuuden esiintyvyyttä.

2. Päihteidenkäyttö lisää mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyttä, mutta ei monisairaudeen.

Päivittäin tai lähes päivittäin alkoholia juovat sekä päivittäin tupakoivat raportoivat useammin masennuksesta tai muusta mielenterveyshäiriöstä kuin vähemmän päihteitä käyttävät. Monisairaudeen esiintyvyydessä ei ollut merkittäviä eroja päihteidenkäytön suhteen.

3. Väestön terveyden eriarvoistumiskehitys edellyttää kiireellisiä toimenpiteitä, jotta hyvinvointieroja voitaisiin kaventaa.

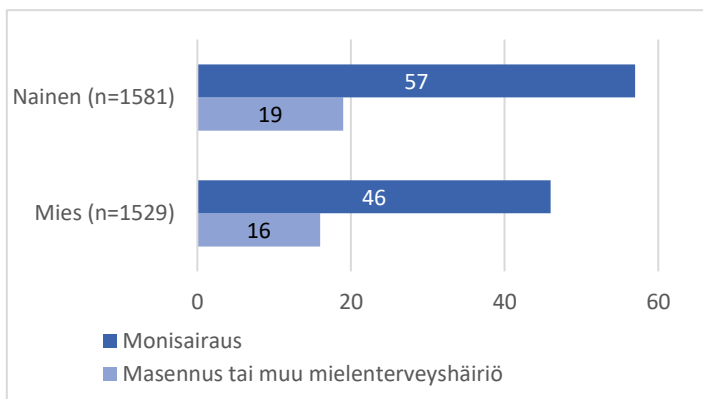
Pohjois-Savossa voitaisiin vahvistaa opetusta ja koulutusta sekä parantaa palveluiden saavutettavuutta. Lisäksi tulisi kiinnittää enemmän huomiota haavoittuvimpien väestöryhmien tarpeisiin, erityisesti nuorten ja nuorten aikuisten sekä heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevien.

Mielenterveyshäiriöt ovat yleisiä nuorilla aikuisilla, mutta monisairastavuus lisääntyy iän myötä

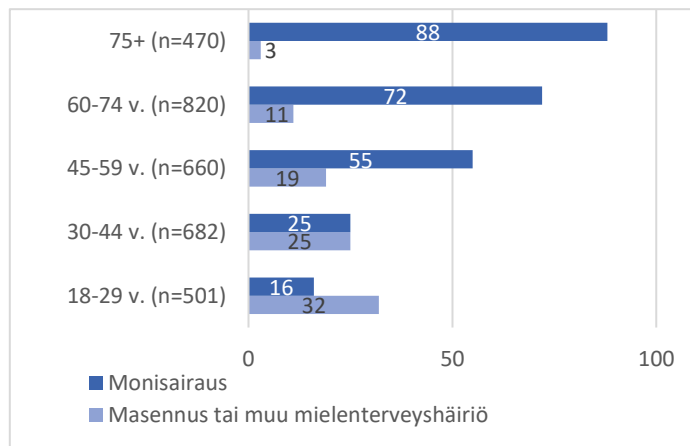
Kansallisessa vertailussa Pohjois-Savo on Suomen sairain maakunta, erityisesti mielen- terveyden häiriöiden ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien osalta¹. Tähän tutkimukseen vas- tanneista pohjoissavolaisista masennusta tai muuta mielenterveyshäiriötä sairasti 18,0 % (n=560). Monisairaita (vähintään kaksi pitkäaikaista somaattista¹ sairautta, esim. sydän- ja verisuonitauti, tuki- ja liikuntaelinsairaus, syöpä) pohjoissavolaisista oli 52 % (n=1617).

Pohjois-Savossa naiset raportoivat miehiä useammin masennuk- sesta ja muusta mielenterveyshäiri- östä sekä olivat useammin monisai- raita (kuva 1). Aiemmissa tutkimuk- sissa on osoitettu, että naisilla on miehiin verrattuna huonompi mie- len hyvinvointi läpi koko elämän, mutta sukupuolten väliset erot pie- nenevät iän myötä. Naisilla mielen hyvin- vointia heikentää erityisesti ahdistus- ja masennusoireilu. Tutkimuksissa sukupuolten vä- listä eroa on selitetty erilaisilla tekijöillä, kuten biologialla, lapsuuskokemusten vaikutuk- silla ja sosiokulttuurisilla olosuh- teilla.² Aiemmissa tutkimuksissa mo- nisairauden esiintyvyydestä suku- puolittain on saatu vaihtelevia tulok- sia: joissain tutkimuksissa on ha- vaittu monisairauden olevan ylei- sempää naisilla, toisissa miehillä ja joissakin tutkimuksissa sukupuolten välillä ei ole ollut eroa³.

Nuoremmat ikäryhmät raportoivat useammin masennuksesta tai muusta mielenterveyshäiriöstä kuin vanhemmat ikäryhmät. Monisairastavuus oli



Kuva 1. Sairastavuus sukupuolen mukaan, %



Kuva 2. Sairastavuus ikäryhmittäin, %

¹ Elimellinen tai ruumiillinen, ei psyykkinen

kuitenkin yleisempää vanhemmissa ikäryhmissä. (Kuva 2) Useimmat mielenterveyshäiriöt puhkeavat lapsuudessa, nuoruudessa tai nuorena aikuisena⁴, mikä voi yhtenä tekijänä selittää mielenterveyshäiriöiden yleisyyttä nuorilla aikuisilla. Vastaavasti ikääntymisen on havaittu lisäävän somaattisia sairauksia ja erityisesti monisairastavuutta muun muassa biologisten mekanismien kautta^{3,5}.

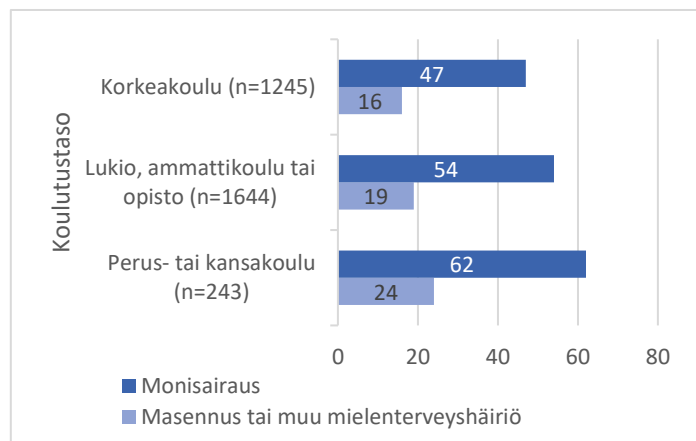
Matala koulutustaso ja taloudelliset vaikeudet lisäävät sairastavuutta

Tarkastelimme pohjoissavolaisten terveydentilaa sosioekonomisen aseman mukaan. Havaitsimme, että mielenterveyshäiriöt ja monisairaus olivat yleisempiä (Kuva 3; Kuva 4) matalammassa sosioekonomisessa asemassa olevilla.

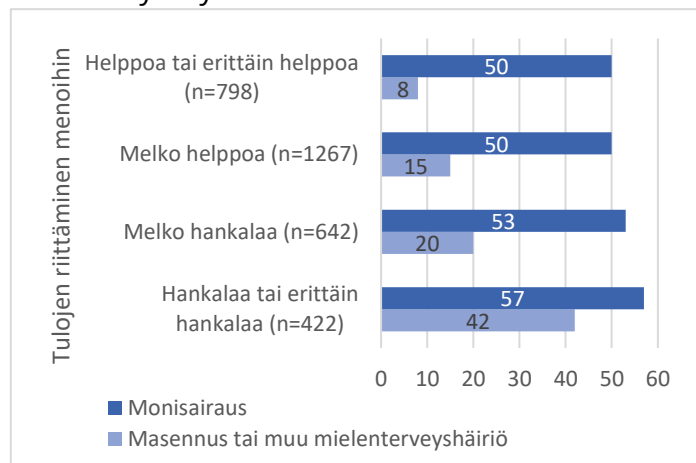
Koulutustason mukaan tarkasteltuna pohjoissavolaista eniten masennuksesta tai muusta mielenterveyshäiriöstä ja monisairaudesta raportoi pelkän perus- tai kansakoulun suorittaneet (Kuva 3).

Kokemus taloudellisesta toimeentulosta oli yhteydessä masennuksen tai muun mielenterveyshäiriön ja monisairauden esiintyvyyteen siten, että mitä vaikeampaa menojen kattaminen tuloilla oli, sitä enemmän raportoitiin masennusta tai muuta mielenterveyshäiriötä sekä monisairautta. Huomionarvoista on se, että ne, jotka kuuluivat heikoimpaan ryhmään tulojen riittämisen suhteen raportoivat huomattavasti enemmän masennuksesta tai muusta mielenterveyshäiriöstä (42 %) kuin paremmin toimeentulevat. (Kuva 4)

Suomalaisella väestöllä tehdyssä tutkimuksessa havaittiin matalan sosioekonomisen aseman olevan yhteydessä terveydentilaan ja erityisesti mielenterveyteen. Sosioekonomisella asemalla ja mielenterveyshäiriöillä oli keskeinen rooli sairastavuuden kehityksessä: matala sosioekonominen asema lisäsi erilaisten mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyttä, josta seurasi erilaisten fyysisten pitkäaikaissairauksien lisääntyminen.⁶ Matalan



Kuva 3. Sairastavuus koulutustason mukaan, %



Kuva 4. Sairastavuus koetun tulotason mukaan, %

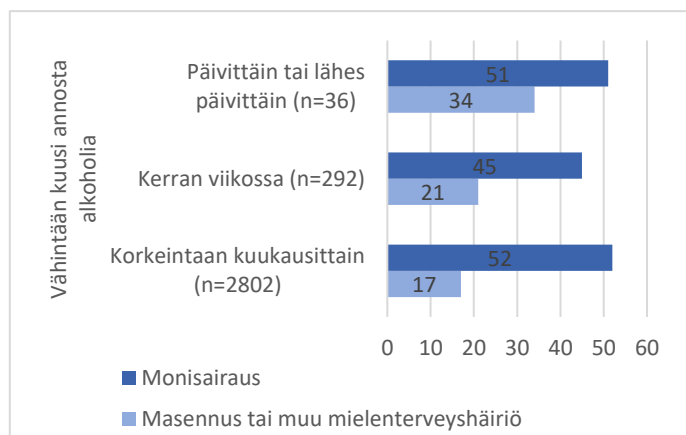
sosioekonomisen aseman, erityisesti alemman koulutus- ja tulotason, on aiemmissa tutkimuksissa todettu olevan yhteydessä lisääntyneeseen monisairastavuuteen^{3,5}.

Päihteidenkäyttö lisää mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyttä, mutta ei monisairautta

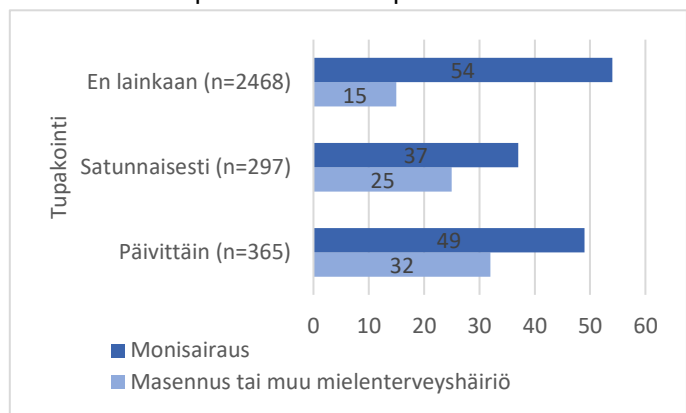
Päihteidenkäytön tiedetään olevan yhteydessä heikompaan mielen hyvinvointiin⁷. Myös Pohjoissavolaisten osalta havaitsimme selkeän eron mielen hyvinvoinnissa päihteiden käytön suhteen. Niistä vastaajista, jotka käyttivät alkoholia vähintään kuusi annosta päivittäin tai lähes päivittäin 34 prosenttia raportoi masennuksesta tai muusta mielenterveyshäiriöstä, kun korkeintaan kuukausittain vähintään kuusi annosta juovista masennusta tai muuta mielenterveyshäiriötä sairastavista vain 17 prosenttia. Myös satunnainen tai päivittäinen tupakointi lisäsi masennuksen ja muun mielenterveyshäiriön esiintyvyyttä huomattavasti verrattuna niihin, jotka eivät tupakoineet lainkaan. (Kuva 6)

Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu alkoholinkäytön yhteys huomppiin tuloksiin mielenterveydessä, erityisesti naisilla⁷. Alkoholiriippuvuus tai alkoholin väärinkäyttö esiintyy usein yhdessä yhden tai useamman muun mielenterveyshäiriön kanssa. Alkoholiriippuvuuden ja muiden mielenterveyshäiriöiden yhteys voi liittyä esimerkiksi siihen, että alkoholinkäytöllä saatetaan pyrkiä lievittämään jonkun muun psykiatrisen sairauden oireita. Toisaalta yhteys on osin kaksisuuntainen, sillä myös liiallinen alkoholinkäyttö voi aiheuttaa esimerkiksi masennus-, tai ahdistusoireita.⁸

Useissa aiemmissa tutkimuksissa on löydetty yhteys tupakoinnin ja heikomman mielen hyvinvoinnin välillä, mutta yhteyden suunta ei ole yksiselitteinen. Tutkimuksissa on löydetty yhteyksiä sekä siten, että tupakointi heikentää mielen hyvinvointia, mutta myös siten, että heikko mielen hyvinvointi lisää tupakointia.⁹



Kuva 5. Sairastavuus alkoholinkäytön mukaan, %



Kuva 6. Sairastavuus tupakoinnin mukaan, %

Päihteidenkäytön ja monisairastavuuden osalta tuloksemme eivät osoita yhtä selkeää yhteyttä. Korkeintaan kuukausittain vähintään kuusi annosta alkoholia juovat raportoivat monisairaudesta hieman enemmän kuin päivittäin tai lähes päivittäin vähintään kuusi annosta juovista. Toisaalta ne vastaajat, jotka ilmoittivat juovansa vähintään kuusi annosta alkoholia kerran viikossa raportoivat vähiten monisairaudesta. (Kuva 5) Myös tupakoinnin osalta tulokset ovat samansuuntaisia: vähiten monisairastavuutta oli satunnaisesti tupakoivilla ja eniten niillä, jotka eivät tupakoi lainkaan (Kuva 6). Tulokset voivat kertoa yhtäältä siitä, että poikkileikkausaineiston perusteella emme saa selville syy-seuraussuhteita. On esimerkiksi mahdollista, että henkilö on lopettanut tupakoinnin ja alkoholinkäytön sairastuttuaan useampaan pitkäaikaissairauteen. Alustavissa jatkoanalyysissä havaitsimme, että pohjoissavolaisilla nuorilla aikuisilla (18–29 v.) monisairaus oli yleisempää päihteitä enemmän käyttävillä kuin vanhemmissa ikäryhmissä. Aiempien tutkimusten tulokset päihteidenkäytön ja monisairastavuuden osalta ovat ristiriitaisia: joissakin tutkimuksissa on todettu päihteidenkäytön lisäävän monisairauden riskiä, kun joissakin tutkimuksissa päihteidenkäyttö on ollut negatiivisessa yhteydessä monisairastavuuteen³.

Vaikuttavat keinot eriarvoisuuden vähentämiseksi

Keskimäärin suomalaisten hyvinvointi ja terveys on tilastojen mukaan parantunut, mutta samaan aikaan hyvinvoinnin jakautuminen on yhä eriarvoisempaa¹⁰. Mielenterveyden ja monisairauden taustalla on useita erilaisia tekijöitä, kuten geneettiset alttiudet, lapsuuden elinolot, fyysinen terveys ja sosiaaliset suhteet sekä ympäristötekijät^{5,7}, jotka muodostavat suoja- ja riskitekijöitä hyvinvoinnille. Usein erilaiset hyvinvointivajeet esiintyvät samanaikaisesti eli kasautuvat samoille henkilöille, mikä lisää hyvinvoinnin eriarvoistumista. Yleisesti ottaen hyvinvointi ja terveys jakautuvat eri tavalla sosioekonomisen aseman mukaan ja eriarvoisuutta lisää myös palvelujärjestelmän rakenteet ja alueelliset erot^{10,11}. Sosioekonominen asema kuvaa yksilön yhteiskunnallista asemaa sisältäen yleensä koulutustason, tulotason ja työmarkkina-aseman.

Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen vähentää ennenaikaisia kuolemia, sairastumista sekä toiminta- ja työkyvyn menetyksiä ja näiden ongelmien aiheuttamaa palvelujen tarvetta. Julkisen talouden näkökulmasta hyvinvointia vahvistavilla interventioilla ja terveyserojen kaventamisella voidaan saavuttaa merkittäviä säästöjä sosiaali- ja terveydenhuollon menoissa.¹⁰

Terveyden eriarvoinen jakautuminen on merkittävä ongelma Pohjois-Savossa ja edellyttää kiireellisiä toimenpiteitä niin valtakunnallisesti kuin paikallisesti. Terveyseroja voidaan kaventaa vaikuttamalla ilmiön taustatekijöihin: tasapainotetaan tulonjakoa, panostetaan lasten ja nuorten koulutukseen ja perheiden hyvinvointiin, varmistetaan riittävien ja oikea-aikaisten palveluiden saatavuus ja tarjotaan ennaltaehkäiseviä, matalan

kynnyksen palveluita entistä laajemmin¹⁰. Eriarvoisuuden vähentäminen edellyttää huomion kiinnittämistä haavoittuvimpiin väestöryhmiin ja heidän tarpeisiin¹¹.

Aineisto ja menetelmät

Tässä raportissa hyvinvoinnin tilaa kartoitettiin mielenterveyshäiriöiden ja monisairastavuuden kautta. Mielenterveyshäiriön sairastaminen tulkittiin, mikäli vastaaja oli raportoinut sairastavansa masennusta tai muuta mielenterveyshäiriötä. Vastaavasti monisairastavuus tulkittiin, mikäli vastaaja oli raportoinut sairastavansa vähintään kahta seuraavista somaattisista pitkäaikaissairauksista: kohonnut verenpaine, kohonnut veren kolesterolili, muistisairaus, astma, keuhkohtaumatauti, tyypin 1 diabetes, tyypin 2 diabetes, kilpirauhasen vajaatoiminta, migreeni tai muu krooninen päänsärky, ihosairaus, sydänsairaus, aivohalvaus, maha- tai suolikanavan sairaus, silmänsairaus, reumasairaus, selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus, polven tai lonkan kulumavika, nivelrikko, syöpä, muu pitkäaikaissairaus.

Osana Kansallisen vaikuttavuusverkoston rahoittamaa HYPE-hanketta (Hyvinvoinnin edistämisen ja perustason sote-palveluiden integraation vaikuttavuuden parantaminen Pohjois-Savossa) toteutimme poikkileikkaustutkimuksena hyvinvointikyselyn täysi-ikäisille suomalaisille vuonna 2024. Aineisto kerättiin yhteistyössä Innolinkin ja Bilendin kanssa. Kansallinen aineisto sisälsi 4003 vastaajaa ja Pohjois-Savolaisille kohdennettu kiintiöimätön lisäotos 3082 vastaajaa. Hanke on rahoitettu Euroopan Unionin kertaluonteisesta elpymisvälineestä (Next Generation EU). Tässä raportissa on tarkasteltu kaikkia kyselyyn vastanneita pohjoissavolaisia (n=3133). Pohjois-Savon otoksen osalta olemme hyödyntäneet analyyseissä painoja, jotka huomioivat puutteet edustavuudessa sukupuolen ja iän mukaan. Erityisesti naisia oli otoksessamme runsaasti ja nuorimmat ikäluokat olivat aliedustettuja. Kyselyaineiston muuttujiin sisältyvät taustatekijät ikä, sukupuoli, koulutus, ammattiasema ja tulot, kokemus toimeentulosta, tiedot perussairauksista ja terveyskäyttäytymisestä, sekä valituista hyvinvointi- ja terveysmittareista (CALY-SWE (Capability-Adjusted Life Years Sweden), EQ-5D-5L, HLS-Q12 (terveydenlukutaito), Capabilities (toimijuus), PSS-10 (stressi) ja WPAI (The Work Productivity and Activity Impairment)).

Kyselyn toteuttamisen yhtenä tavoitteena oli toimia lähtöpiistemittauksena hyvinvointialueiden integraation vaikutusten arvioimiseen ja selvittää Pohjois-Savon väestön hyvinvoinnin tila sote-uudistuksen alussa. Kiinnitimme tarkastelussa huomiota erityisesti hyvinvoinnin epätasaiseen ja eriarvoiseen jakautumiseen sekä tutkimme väestön taustatekijöiden, sairauksien ja terveyskäyttäytymisen yhteyttä koettuun hyvinvointiin ja terveyteen. Kysely mahdollisti myös eri vointimittareiden vertailun toisiinsa sekä vertailun hyvinvointialueiden välillä, kansallisesti ja muihin maihin verrattuna. Vastaava aineisto on kerätty kansallisesti edustavana myös vuonna 2021 kahdelta tuhannelta

suomalaiselta, ja tarkoituksenamme oli tällä kyselyllä kerätä seuranta-aineistoa aiem-
malle aineistolle.

Lähteet

1. Lindell, E. & Koponen, P. & Sarnola, K. & Luoto, R. (2024) Kansallinen terveysindeksi 2020–2022. *Kuntien väliset erot sairastavuudessa ja työkyvyttömyydessä ovat suurimmat maan-
tieteellisesti laajoilla hyvinvointialueilla*. Tilastoraportti 23/2024. Helsinki: Terveiden ja hy-
vinvoinninlaitos. URN: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2024051430269>
2. Kiely, K. M., Brady, B., & Byles, J. (2019) Gender, mental health and ageing. *Maturitas* 129, 76–84. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.09.004>
3. Tazzeo, C., Zucchelli, A., Vetrano, D.B., Demurtas, J., Smith, L., Schoene, D., Sanchez-Ro-
drigues, D., Onder, G., Balci, C., Bonetti, S., Grande, G., Torbahn, G., Veronese, N. & Maren-
goni, A. (2023) Risk factors for multimorbidity in adulthood: A systematic review. *Ageing
Research Reviews* 91, 102039. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2023.102039>
4. Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Shin, J., Kirkbride,
J., Jones, P., Han Kim, J., Yeob Kim, J., Carvalho, A., Seeman, M., Correl, C. & Fusar-Poli, P.
(2022) Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epide-
miological studies. *Molecular psychiatry* 27 (1), 281–295. [https://doi.org/10.1038/s41380-
21-01161-7](https://doi.org/10.1038/s41380-
21-01161-7)
5. Skou, S., Mair, F., Fortin, M., Guthrie, B., Nunes, B., Miranda, J., Boyd, C., Pati, S., Mtenga, S.
& Smith, S. (2022) Multimorbidity. *Nature Reviews Disease Primers* 8 (1), 48.
<https://doi.org/10.1038/s41572-022-00376-4>
6. Kivimäki, M., Batty, G. D., Pentti, J., Shipley, M. J., Sipilä, P. N., Nyberg, S. T., Suominen, S. B.,
Oksanen, T., Stenholm, S., Virtanen, M., Marmot, M. G., Singh-Manoux, A., Brunner, E. J.,
Lindbohm, J. V., Ferrie, J. E. & Vahtera, J. (2020) Association between socioeconomic status
and the development of mental and physical health conditions in adulthood: a multi-cohort
study. *The Lancet Public Health* 5 (3), e140–e149. [https://doi.org/10.1016/
S2468-2667\(19\)30248-8](https://doi.org/10.1016/
S2468-2667(19)30248-8)
7. Salmela, J., Lallukka, T., Mäki-Opas, T., Vähäsarja, L. & Salonsalmi, A. (2024) The mediating
role of behavioral risk factors in the pathway between childhood disadvantage and adult
psychological distress in a Finnish employee cohort. *Scientific Reports*, 14 (1), 23422.
8. Häkkinen, M. (2023) Alkoholiriippuvuus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 24.3.2025. Saata-
vissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00196#refs>
9. Fluharty, M., Taylor, A.E., Grabski, M. & Munafò, M.R. (2016) The association of cigarette
smoking with depression and anxiety: a systematic review. *Nicotine & Tobacco Re-
search*, 19 (1), 3–13. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw140>
10. Rotko, T., Majlander, S. & Mesiäislehto, M. (2023) Koko väestön terveys on yhteiskunnan
menestystekijä: Ratkaisuja terveyserojen vähentämiseksi. Tieteellinen asiantuntijaryhmä
terveyden ja eriarvoisuuden vähentämiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8413-4>
11. Rajavuori, A. (2024) Monikriisi ja eriarvoisuus. Teoksessa Eriarvoisuuden tila Suomessa
2024 (toim. Anna Rajavuori). Kalevi Sorsa -säätiö.