

# Väestön terveys- ja hyvinvointikatsaus 2023: tavoitteena sosiaalisesti kestävä Suomi

Laura Kestilä, Sakari Karvonen,  
Signe Jauhiainen & Hennamari Mikkola (toim.)

Sosiaalisesti kestäväälle yhteiskunnalle hyvinvointi ja sen jakautuminen ovat olennaisia kysymyksiä. Väestöryhmien väliset terveyden ja hyvinvoinnin erot ovat Suomessa edelleen suuria, vuosikymmenten ponnisteluista huolimatta. Eriarvoisuuden kasvu rapauttaa yhtä yhteiskunnan kiinteyden kannalta kenties tärkeintä ominaisuutta: luottamusta eri instituutioihin ja toisiin ihmisiin. Sosiaalisesti kestävässä yhteiskunnassa sen jäsenet voivat elää hyvää elämää ilman köyhyyttä, syrjintää ja eriarvoisuutta.

Tämä väestön terveys- ja hyvinvointikatsaus 2023 keskittyy sosiaalisen kestävyuden näkökulmasta sellaisiin isoimpiin ajankohtaisiin kysymyksiin ja ongelmiin, joihin lähivuosina tulisi löytää yhteiskuntapoliittisia ratkaisuja. Kun näkökulmana on sosiaalinen kestävyys, tarkastelu rajautuu terveyden ja hyvinvoinnin tilaan, kehitykseen ja jakautumiseen sekä niihin liittyviin sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän kysymyksiin. Katsaus keskittyy siihen, mitä sosiaalisesti kestävämmän Suomen rakentamiseksi lähivuosina tulisi tehdä. Ekologisia ja ilmastonmuutokseen liittyviä yhtymäkohtia eritellään loppuluvussa, jossa näkökulmana on planetaarinen terveys ja hyvinvointi.

Katsaus on laadittu THL:n ja Kelan asiantuntijoiden yhteistyönä maaliskuussa 2023 ja se on tarkoitettu taustamateriaaliksi kevään 2023 hallitusohjelmaneuvoitteluja varten. Katsausta täydentää diasetti, jossa kuvattavia ilmiöitä havainnollistetaan ajankohtaisin tilasto- ja rekisteritiedoin.

# Sisältö

Johdanto: Tavoitteena sosiaalisesti kestävä Suomi .....	3
1 Demografinen murros koettelee yhteiskunnan kestävyttä .....	6
2 Väestön terveys koronapandemian jälkeisessä Suomessa .....	9
2.1 Väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys .....	9
2.2 Työ- ja toimintakyky .....	11
2.3 Kestävät ja terveelliset elintavat .....	13
2.4 Päihteet ja riippuvuudet .....	15
2.5 Lähisuhdeväkivalta .....	19
3 Köyhyys ja toimeentulo kriisien keskellä ja inflaation kiihtyessä .....	20
3.1 Pienituloisuus, minimibudjettiköyhyys ja toimeentulo .....	20
3.2 Lapsiperheköyhyys .....	22
3.3 Perusturvan riittävyys .....	24
4 Terveyden ja hyvinvoinnin eriarvoisuus edelleen suurta .....	26
4.1 Sosioekonomisen aseman mukaiset erot .....	26
4.2 Haavoittuvat väestöryhmät .....	28
4.3 Sukupuolten tasa-arvo, yhdenvertaisuus ja osallisuus .....	30
4.4 Alueellinen eriarvoisuus .....	32
4.5 Kaupunkiseutujen segregaatiokehitys .....	33
4.6 Asunnottomuus .....	35
5 Nuorten mielenterveyden ongelmiin ja hyvinvoinnin polarisoitumiseen puututtava pikaisesti ...	37
5.1 Nuorten mielenterveys ja mielenterveyspalvelut .....	37
5.2 Nuorten aikuisten mielenterveysperustainen työkyvyttömyys ja sairastavuus .....	40
5.3 Erityistä tukea tarvitsevien lasten, nuorten ja perheiden palvelujen alueellinen epätasa-arvo ....	41
6 Syntyperään ja etnisyyteen liittyvät eriarvoisuudet .....	43
7 Ikääntyminen, hoiva ja julkisen talouden kestävyys .....	46
7.1 Ikääntyneiden määrän ja palvelutarpeiden kasvu .....	46
7.2 Kotihoidon ja omaishoidon järjestäminen .....	47
7.3 Hoiva ja julkisen talouden kestävyys .....	49
8 Sote-henkilöstön riittävyys .....	51
9 Varautuminen: sosiaali- ja terveydenhuollon resilienssin vahvistaminen .....	55
9.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon resilienssi .....	55
9.2 Tartuntatautilain uudistaminen .....	58
Lopuksi: Planetaarinen terveys ja hyvinvointi päätöksenteon ytimeen .....	61
Asiantuntijat .....	63
Lähteet .....	65

# Johdanto: Tavoitteena sosiaalisesti kestävä Suomi

Sosiaalisesti kestävässä yhteiskunnassa sen jäsenet voivat elää hyvää elämää ilman köyhyyttä, syrjintää ja eriarvoisuutta. Sosiaalisesti kestävä yhteiskunta

- takaa jäsenilleen hyvän elämän edellytykset ja mahdollisuudet tarvittaviin palveluihin, koulutukseen, työllistymiseen ja toimeentuloon,
- kohtelee jäseniään yhdenvertaisesti ja tukee terveyttä ja toimintakykyä,
- takaa jäsenilleen mahdollisuuden osallistua yhteiskunnalliseen päätöksentekoon ja vaikuttaa yhteiskunnan kehitykseen,
- tunnistaa ja arvostaa monimuotoisuutta ja pyrkii torjumaan syrjintää kaikissa sen muodoissa,
- pyrkii takaamaan hyvinvoinnin edellytykset myös tuleville sukupolville ja
- on yhteiskunta, jossa vallitsee korkea luottamus toisiin ihmisiin ja eri instituutioihin.

Kestävän kehityksen tavoittelulla globaali kehitys on pyritty kääntämään suuntaan, jossa samanaikaisesti taataan taloudellinen vauraus, väestön hyvinvointi ja planetaaristen rajojen kunnioittaminen. Kestävyyden ytimessä ovat varannot ja se, miten hyvinvoinnin edellytykset ja hyvinvointia tukevat instituutiot taataan nyt ja tulevaisuudessa - planetaariset ekologiset rajat huomioiden. Oleellisia ovat kestävyiden ulottuvuuksien keskinäisriippuvuudet: kestävä talouskehitys ei toteudu ilman sosiaalisen kestävyiden tukea, taloudellisella tuotannolla on ekologiset rajansa ja ylikulutuksen hillintä edellyttää oikeudenmukaista vihreää siirtymää. Sosiaalisesti kestävä yhteiskunta on myös taloudellisesti kestävä. Se pyrkii luomaan taloudellista kasvua ja vaurautta, mutta se ei voi tapahtua tavalla, joka kuluttaa ihmisten hyvinvointia tai vahingoittaa ympäristöä. Ikääntyvässä suomalaisessa hyvinvointivaltiossa julkisen talouden kestävyttä tavoiteltaessa on siksi tärkeää huomioida sosiaalisen ja ekologisen kestävyiden ulottuvuudet. Kiteyttäen, sosiaalisesti kestävä yhteiskunta pyrkii tasapainoiseen kehitykseen, joka edistää ihmisten hyvinvointia ja ympäristön suojelua pitkällä aikavälillä.

Suomessa *väestömuutokset vaativat päätöksenteossa aivan erityistä huomiota*. Ikääntyvän väestön ja laskevan syntyvyyden vanavedessä huoltosuhteen heikkeneminen koettelee paitsi yhteiskunnan taloudellista kestävyttä, myös sukupolvien välistä oikeudenmukaisuutta. Työikäisen väestön määrä on vähentynyt viime vuosikymmenellä merkittävästi ja väheneminen jatkuu ennusteiden mukaan tulevina vuosikymmeninä. Työikäisen väestön vähetessä on yhä tärkeämpää huolehtia koko väestön työ- ja toimintakyvyn ylläpitämisestä ja edistämisestä. Työuria tulee kyetä pidentämään paitsi niiden loppupäästä, myös työurien alku- ja keskivaiheilla, esimerkiksi tukemalla nuorten työllistymistä, vahvistamalla työn ja perheen yhteensovittamisen käytäntöjä sekä mahdollistamalla osatyökykyisten ja maahan muuttaneiden työhön osallistumista entistä paremmin. Väestön ikääntyessä palvelutarpeet tulevat kasvamaan merkittävästi lähivuosikymmeninä. *Hoivan järjestäminen ja sote-henkilöstön riittävyys* ovat kriittisiä kysymyksiä, joihin tulisi löytää ratkaisumalleja pikaisesti.

Kestävän hyvinvoinnin kannalta on tärkeää, että väestö voi mahdollisimman hyvin, kykenee tekemään työtä, on toimintakykyistä ja löytää elämänsä merkityksiä. *Väestön fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky* onkin yhteiskunnan taloudellisen ja sosiaalisen kestävyiden tärkeä tukipilari. Väestön terveyden ja toimintakyvyn myönteinen kehitys kuitenkin pysähtyi 2010-luvulla: elinajanodotteen kasvu hidastui ja väestön toiminta- ja työkyvyn kohentuminen pysähtyi. Kehitys saattaa jatkua myös 2020-luvulla, mikäli terveyden ja toimintakyvyn määrittäjiin ei kyetä yhteis-

kunnallisin toimin puuttumaan. Erityisesti mielenterveyden merkitys yhteiskunnassa ja työelämässä on kasvanut. *Mielenterveyden häiriöt* heikentävät osallisuutta yhteisöihin ja yhteiskuntaan sekä lyhentävät kouluttautumista ja työuria. Myös kansantaudit ja monet epäsuotuisat elintavat ja riskitekijät, kuten lihavuus, huono ravitsemus, vähäinen liikunta, tupakointi ja päihteiden käyttö, heikentävät toiminta- ja työkykyä. Työ- ja toimintakyvyn ylläpitämisen ja edistämisen toimia on tärkeää kohdentaa niin murroksessa olevassa työelämässä kuin sen ulkopuolella oleviin, ja kaikkiin ikäryhmiin. Painopisteen tulisi olla ongelmien ennaltaehkäisyssä. Työelämässä kaivataan tätä tukevia uudistuksia.

Elintapojen suhteen tulisi siirtyä *tukemaan kestävästä elämäntapaa*, mikä näkyisi esimerkiksi terveellistä ja kestävästä ravitsemuksesta ja liikkumisesta edistävinä mahdollisuuksina ja toimenpiteinä. Kestävän elämäntavan edistäminen auttaa paitsi suojelemaan ympäristöä, kestävät valinnat myös tukevat yhteisöjä ja parantavat ihmisten terveyttä ja hyvinvointia. Olennaista on ymmärtää, että kestävästä elämäntapaan siirtymistä ei voi jättää yksilöiden valintojen varaan vaan muutoksen laajamittainen toteutuminen edellyttää yhteiskunnan mahdollistavan myönteisiä ratkaisuja. Kyse on pitkästä ja laajasta prosessista, jonka merkitys korostuu jatkuvasti ja joka on toteutettava eri hallinonalojen yhteisenä, määrätietoisena ponnistuksena. Kestävän elämäntavan edistäminen auttaa varmistamaan myös tulevaisuuden sukupolville terveen ympäristön ja hyvinvoinnin edellytykset.

Sosiaalisesti kestävälle yhteiskunnalle hyvinvointi ja sen jakautuminen ovat olennaisia kysymyksiä. *Väestöryhmien väliset terveyden ja hyvinvoinnin erot* ovat Suomessa edelleen suuria, vuosikymmenten ponnisteluista huolimatta. Lähes kaikki terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin ongelmat ovat yleisempiä vähän koulua käyneillä ja pienituloisilla kuin korkeasti koulutetuilla ja suurituloisilla. Lisäksi eroja havaitaan mm. alueen, sukupuolen, perherakenteen ja etnisen taustan mukaisesti. Yhteiskunnallinen eriarvoisuus heijastuu ihmisten elämään ja mahdollisuuksiin monin tavoin. Yksi sen ilmenemismuodoista on *köyhyys*, jonka vähentämisen tulee olla yksi yhteiskunnan päätavoitteista. Eriarvoisuus näkyy toimeentulon lisäksi myös esimerkiksi eroina väestöryhmien osallistumismahdollisuuksissa, terveydessä ja elämänlaadussa sekä kokemuksissa palvelujen saatavuudessa. Eriarvoisuuden kasvu rapauttaa yhtä yhteiskunnan kiinteyden kannalta kenties tärkeintä ominaisuutta: luottamusta eri instituutioihin ja toisiin ihmisiin. Toistaiseksi suomalainen yhteiskunta on osoittautunut tässä suhteessa poikkeuksellisen resilientiksi: vaikka lähes kaikkialla, myös Suomessa, luottamus instituutioihin heikkeni, koronakeväänä 2021 suomalaisten luottamus hallitukseen oli Tanskan jälkeen EU-maista toiseksi suurinta (Eurofound 2021).

Kaventamalla väestöryhmien välisiä terveys- ja hyvinvointieroja vähennetään sairastavuutta ja ennenaikaisia kuolemia, parannetaan väestön työ- ja toimintakykyä, vähennetään sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta sekä lisätään yhteiskunnan koheesiota. Eriarvoisuuden vähentäminen on monitahoinen tehtävä ja se edellyttää erilaisten toimenpiteiden ja toimijoiden yhteistyötä. Eriarvoisuutta voidaan vähentää parantamalla koulutuksen laatua ja saatavuutta ja kohdentamalla taloudellisia tukia siten, että köyhyyttä saadaan vähennettyä. Tämä edellyttää toimia muuun muassa tulonsiirroissa ja sosiaaliturvajärjestelmissä, verotuksen uudistamisessa sekä julkisissa investoinneissa. Palvelujärjestelmää tulisi kehittää tasa-arvoisemmaksi, vastustaa syrjintää lainsäädännöllä sekä edistää tasa-arvoisia mahdollisuuksia ja lähtökohtia. Haavoittuvassa asemassa olevien väestöryhmien huomioiminen on aivan olennaista, jotta yhteiskunnassa voidaan taata kaikille tasapuoliset mahdollisuudet ja perusoikeuksien toteutuminen. Eriarvoisuuden vähentäminen ja sosiaalisen kestävyuden takaaminen edellyttävät koko yhteiskunnan omistautumista ja sitoutumista kestävästä kehityksen tavoitteisiin.

Tämä väestön terveys- ja hyvinvointikatsaus 2023 keskittyy sosiaalisen kestävyysnäkökulmasta sellaisiin isoimpiin ajankohtaisiin kysymyksiin ja ongelmiin, joihin lähivuosina tulisi löytää yhteiskuntapoliittisia ratkaisuja. Kun näkökulmana on sosiaalinen kestävyys, tarkastelu rajautuu terveyden ja hyvinvoinnin tilaan, kehitykseen ja jakautumiseen sekä niihin liittyviin sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän kysymyksiin. Katsaus keskittyy siihen, mitä sosiaalisesti kestävämmän Suomen rakentamiseksi lähivuosina tulisi tehdä. Ekologisia ja ilmastonmuutokseen liittyviä yhtymäkohtia eritellään loppuluvussa, jossa näkökulmana on planetaarinen terveys ja hyvinvointi. Sosiaaliturvauudistus on pääosin jätetty tämän tarkastelun ulkopuolelle, koska siitä on erillinen tuore väliraportti. THL on julkaissut hiljattain myös sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kansallisen arviointiraportin sekä arviointiraportit hyvinvointialueittain. Covid-19-pandemian yhteiskunnallisista vaikutuksista THL on julkaissut neljä asiantuntija-arviota, viimeisimmän keväällä 2022.

Katsaus on laadittu THL:n ja Kelan asiantuntijoiden yhteistyönä maaliskuussa 2023 ja se on tarkoitettu taustamateriaaliksi kevään 2023 hallitusohjelmanneuvotteluja varten.

# 1 Demografinen murros koettelee yhteiskunnan kestävyyttä

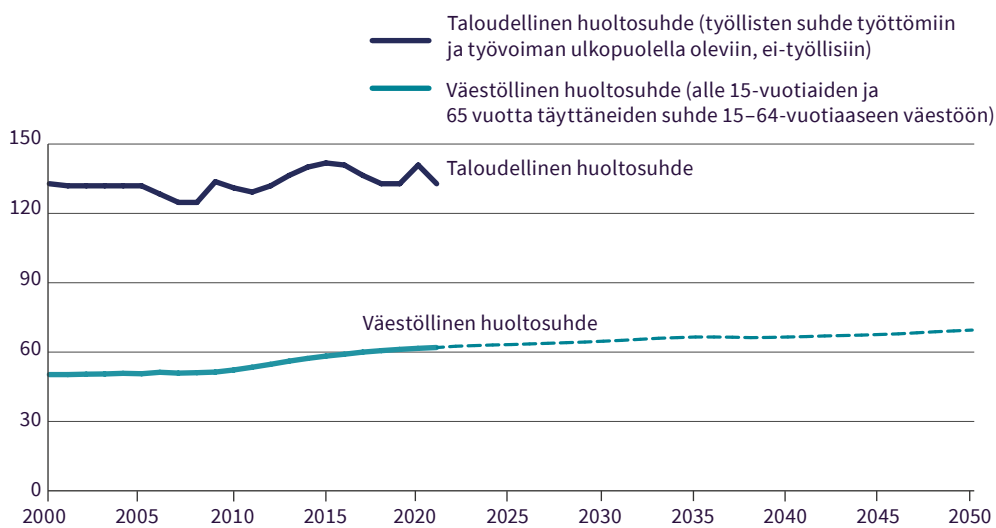
## Pääkohdat

- Väestön ikääntyminen ja syntyvyyden jyrkkä lasku heikentävät väestöllistä ja taloudellista huoltosuhdetta. Työikäisen väestön määrä väheni viime vuosikymmenen aikana yhteensä 136 000 henkilöllä ja vähenemisen on ennakoitu jatkuvan tulevana vuosikymmeninä.
- Syntyvyyden lasku näyttää liittyvän pääosin siihen, että ensimmäisiä lapsia syntyy aiempaa vähemmän. Syntyvyys vaihtelee kuitenkin koulutusryhmittäin.
- Suomen väestönkasvu on teollistuneiden maiden hitaimpia ja nettomaahanmuuton varassa. Maahanmuutto voi lieventää tai vahvistaa ikääntymisen vaikutuksia demografisiin ja taloudellisiin huoltosuhteisiin.
- Maan sisäinen ja kansainvälinen muuttoliike keskittävät väestöä suurille kaupunkiseuduille. Ulkomaalaistaustainen väestö ja korkeammin koulutetut ovat keskittyneet kaupunkimaisille alueille ja suuriin kaupunkeihin jossa ikääntynyttä väestöä asuu muita alueita vähemmän.

Suomalaisten kokonaishedelmällisyys oli vuonna 2022 kaikkien aikojen matalimmalla tasolla (ennakkotieto 1,32, Tilastokeskus). 2010-luvulla Suomessa tapahtunut syntyvyyden aleneminen on ollut poikkeuksellisen jyrkkä, mikä näkyy verrattaessa kehitystä esimerkiksi muihin Pohjoismaihin. Syntyvyyden lasku näyttää liittyvän pääasiassa siihen, että ensimmäisiä lapsia saadaan aiempaa vähemmän. Suomessa lapsettomaksi jäävien osuudet ovat kansainvälisesti korkeita. Syntyvyys on kuitenkin yhteydessä koulutukseen. Elinikäinen lapsettomuus on yleistynyt ennen kaikkea niillä miehillä ja naisilla, joilla ei ole korkea-asteen koulutusta. Samalla kuitenkin myös suuret lapsiluvut ovat yleistyneet enintään keskiasteen koulutuksen saaneilla. (Jalovaara & Miettinen 2022.) Suomen väestönkasvu on teollistuneiden maiden hitaimpia. Väkiluvun ennakoitaan kääntyvän laskuun vuonna 2034 ja se olisi 2050-luvulla jo pienempi kuin nykyään (Tilastokeskus, väestöennuste). Väestönkasvu johtui aiemmin pääasiassa syntyneiden enemmyydestä kuolleisiin nähden, mutta vuodesta 2007 lähtien nettomaahanmuutto on kasvattanut väkilukua enemmän kuin luonnollinen väestönlisäys (Kestilä & Karvonen 2022).

Suomessa on tällä hetkellä noin 0,62 alle 15-vuotiasta jokaista yli 65-vuotiasta kohden ja luvun ennustetaan kasvavan 0,7:ään vuoteen 2050 mennessä (Kuva 1). Vuosien 2010–2020 aikana työikäisten määrä on vähentynyt 136 000 henkilöllä. Seuraavan kahden vuosikymmenen vuoden aikana työikäisen väestön ennustetaan vähenevän hitaammin eli 76 000 henkilöllä vuoteen 2040 mennessä. (Tilastokeskus, väestöennuste). Väestöllisen huoltosuhteen kasvu on ollut voimakasta 2010-luvulla, kun suuret ikäluokat ovat saavuttaneet korkean iän ja syntyvyys on laskenut jyrkästi. Väestöennusteen mukaan 80 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa lähes 320 000 henkilöllä seuraavan 30 vuoden kuluessa. Elinajanodotteen ja terveiden elinvuosien määrän lisääntyminen kertoo hyvinvoinnin lisääntymisestä ja elinolojen kohentumisesta (Zechner ym. 2022), mutta laskevan syntyvyyden ja alati pienenevien ikäkohorttien vanavedessä huoltosuhteen muutokset väestössä aiheuttavat merkittäviä ongelmia ja järjestelmän rahoituksen vaikeudet tulevat ilmeisiksi. Huoltosuhteen heikkeneminen koettelee paitsi yhteiskunnan taloudellista kestävyyttä, myös sukupolvien välistä oikeudenmukaisuutta. (Kestilä & Karvonen 2022.)

Julkisen talouden kestävyuden kannalta taloudellinen huoltosuhde on väestöllistä huoltosuhdetta merkittävämpi. Taloudellinen huoltosuhde pysyi melko vakaana 2010-luvulla, sillä työllisyysaste kasvoi. Suomessa on nyt 1,3 ei-työllistä yhtä työllistä kohden (Kuva 1). Taloudellinen huoltosuhde vaihtelee alueittain ja oli vuonna 2021 matalin Uudellamaalla ja korkein Pohjois-Karjalassa (Tilastokeskus, työssäkäynti). Työikäisen väestön määrän vähentyessä on entistä tärkeämpää, että suurempi osa väestöstä kuuluu työvoimaan ja on työssä. Työllisyysaste on Suomessa matalampi kuin muissa Pohjoismaissa ja merkittävimpiä syinä siihen ovat opiskelijoiden korkeat valmistumisiät, pienten lasten äitien vähäisempi työssäkäynti ja 60 vuotta täyttäneiden varhainen siirtyminen pois työelämästä. Työllisyysasteessa on suuria eroja väestöryhmien välillä ja esimerkiksi maahan muuttaneiden väestöryhmien työllisyysasteet ovat muuta väestöä matalammat. (Kestilä & Karvonen 2022; Demography 2023.)



**Kuva 1.** Taloudellinen (musta) ja väestöllinen (vihreä) huoltosuhde Suomessa vuosina 2000–2021 ja väestöllisen huoltosuhteen ennuste vuoteen 2050 saakka (katkoviiva). Lähde: Tilastokeskus.

Maahanmuutto parantaa Suomen taloudellista huoltosuhdetta, jos maahan muuttaneiden enemmistö työllistyy. Työllistymisen edellytyksenä on, että maahanmuuttaneet voivat osallistua tasavertaisesti työelämään (ks. Luku 6). EU:n ulkopuolella syntyneiden 25–54-vuotiaiden työllisyysaste on kuitenkin noin 23 prosenttiyksikköä matalampi kuin Suomessa syntyneiden. Työllisyysaste vaihtelee myös taustamaaryhmittäin ja sukupuolittain ja erityisesti naisten tilanne on heikko. (Eurostat 2022; Demography 2023.) Suomessa asuvien ulkomailla syntyneiden henkilöiden määrä oli yli 442 000 vuonna 2021, eli kahdeksan prosenttia koko väestöstä (Tilastokeskus, ulkomailla syntyneet).

Maan sisäinen ja kansainvälinen muuttoliike keskittävät väestöä suurille kaupunkiseuduille. Kaupungistuminen on edennyt Suomessa tasaisesti viime vuosikymmeninä, ja muuttoliike on suuntautunut kasvukeskuksiin ja maantieteellisesti katsottuna pohjoisesta etelään. Kun vuosituhanen vaihteessa noin kaksi kolmasosaa Suomen väestöstä asui kaupunkimaisilla alueilla, on osuus nykyään lähes kolme neljännestä. Harvaan asutulla maaseudulla väkiluku on pienentynyt yli neljänneksellä ja alle 15-vuotiaiden määrä on puolittunut. Kaupungistuminen on yhteydessä muihin väestötrendeihin: ulkomaalaistaustainen väestö ja korkeammin koulutetut ovat keskittyneet kaupunkimaisille alueille ja suuriin kaupunkeihin. Ikääntynyttä väestöä asuu näillä alueilla vähemmän. Myös syntyneiden enemmisyys kuolleisiin nähden kasvattaa väestöä näillä alueilla. (Kestilä & Karvonen 2022; Demography 2023.)

Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan vuonna 2040 väestön määrä lisääntyy pääasiassa suurissa kaupungeissa ja niiden lähialueilla. Kun väestö keskittyy kaupunkeihin, on niillä alueilla, joissa väestö vähenee, haasteena palvelujen saatavuuden varmistaminen. Vastaavasti kasvavilla kaupunkialueilla asumisen kalleus ja palvelujen ylikuormittuminen voivat aiheuttaa ongelmia. Alueet eriytyvät väestörakenteeltaan myös kaupunkien sisällä (ks. Luku 4.5.), millä voi olla vaikutuksia esimerkiksi koulutuksen yhdenvertaisuuteen. (Tilastokeskus, väestöennuste; Demography 2023.)

Väestörakenteen muutoksiin on välttämätöntä varautua yhteiskunnan sosiaalisen ja taloudellisen kestävyuden säilyttämiseksi ja edistämiseksi. Päätöksenteolla voidaan vaikuttaa väestönkehitykseen ja sen seurauksiin. Entistä suuremman osan työikäisistä tulisi olla työssäkäyviä, jotta vanhenevan väestön lakisääteiset palvelut kyetään järjestämään ja eläkkeet maksamaan. Työurien pidentämiseen niiden loppupäästä voidaan vaikuttaa eri keinoin, mutta tärkeää on myös työurien alku- ja keskivaihe, esimerkiksi se, miten nuoret ja maahan muuttaneet kiinnittyvät työelämään, miten työn ja perheen yhteensovittaminen toteutuu, millaisia palveluja järjestetään lapsiperheille ja miten työ- ja toimintakyky ylläpidetään ja edistetään.

### Toimenpide-ehdotuksia

- Päätöksenteolla voidaan vaikuttaa väestönkehitykseen ja sen seurauksiin.
- Maahan muuttaneiden, nuorten, osatyökykyisten, eri tavalla toimintarajoitteisten ja eläkeikäisten mahdollisuuksia osallistua työelämään tulee edistää nykyistä vahvemmin.
- Työn ja ja perheen yhteensovittamista tulee helpottaa (ks. Luku 3.2.).
- Perheellistymistä suunnitteleville ja tuleville vanhemmille tulee taata riittävät julkiset palvelut. Tämä sisältää riittävän tuen niin raskausaikana kuin sen jälkeen.
- Nuorten kiinnittymistä työelämään tulisi edistää takaamalla perusasteen jälkeinen tutkinto kaikille nuorille.
- Väestön keskittyessä kaupunkeihin on vähenevän väestön alueilla huolehdittava palvelujen saatavuudesta.



## 2 Väestön terveys koronapandemian jälkeisessä Suomessa

### 2.1 Väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys

#### Pääkohdat:

- Väestön terveyden ja toimintakyvyn kehityksessä tapahtui käänne kielteiseen suuntaan 2010-luvulla: elinajanodotteen kasvu hidastui, ja väestön toiminta- ja työkyky ei enää jatkanut kohenemistaan. Vastaava kehitys saattaa jatkua myös 2020-luvulla.
- Kansantaudeista sydän- ja verisuonitaudit ovat suomalaisen väestön yleisin kuolinsyy ja niiden riskitekijätasot ovat varsin kaukana suositusten mukaisista tasoista. Lihavuuden yleistymisen myötä tyypin 2 diabetes, tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja tietyt syöpäsairaudet ovat yleistyneet.
- Lähes kaikki terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin ongelmat ovat yleisempiä vähän koulua käyneillä ja pienituloisilla kuin korkeasti koulutetuilla ja suurituloisilla.
- Koronapandemia vaikutukset kansanterveyteen näkyvät pitkälläkin aikavälillä mm. siksi, että joidenkin sairauksien varhainen toteaminen ja hoidon aloittaminen viivästyivät pandemia-aihana.
- Erilaisten kuntoutuspalvelujen kuten esimerkiksi psykoterapian tarve on kasvanut huomattavasti.

Suomessa väestön terveys ja toimintakyky kohenivat nopeasti 1970-luvulta 2010-luvun alkuun asti. Vastasyntyneen elinajanodote kasvoi kymmenen vuotta, useimpien kansantautien ilmaantuvuus pieneni, ja sekä työikäisten että erityisesti eläkeikäisten toimintakyky kohentui. Käänne kielteiseen suuntaan tapahtui 2010-luvulla: elinajanodotteen kasvu hidastui, ja väestön toiminta- ja työkyky ei enää jatkanut kohenemistaan.

Kansantaudeista sydän- ja verisuonitaudit ovat edelleen suomalaisen väestön yleisin kuolinsyy ja niiden riskitekijätasot ovat vieläkin varsin kaukana suositusten mukaisista tasoista. Lihavuuden yleistymisen voi jopa kääntää pitkään jatkuneen myönteisen kehityksen sairastavuudessa. Lihavuuden yleistymisen myötä tyypin 2 diabetes, tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja tietyt syöpäsairaudet ovat yleistyneet. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden jälkeen toiseksi yleisin syy pitkiin sairauslomiin ja työkyvyttömyyseläkkeisiin. Kun väestö ikääntyy, useiden kroonisten sairauksien, kuten muistisairauksien, tapausmäärät ja myös monisairastavuus lisääntyvät, mikä kasvattaa edelleen hoidon ja palvelujen tarvetta. Lääkekorvauksia maksettiin vuonna 2022 1,76 miljardia euroa. Korvaukset ovat olleet kasvusuunnassa, mikä selittyy esimerkiksi väestön ikääntymisellä, hoidon painopisteen siirtymisellä avohoitoon ja uusien, usein kalliiden, lääkkeiden käyttöönotoilla. Lääkkeet ovat myös saaneet uusia käyttötarkoituksia. (THL 2021; Tilastokeskus 2023; Wikström ym. 2023; Kela 2023.)

Lähes kaikki terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin ongelmat ovat yleisempiä vähän koulua käyneillä ja pienituloisilla kuin korkeasti koulutetuilla ja suurituloisilla. Valtaosaa kansantautista voidaan ehkäistä turvaamalla terveyden kannalta suotuisat elinolot, edistämällä terveyttä tukevia elintapoja, ja tarjoamalla hyvät peruspalvelut. Monet terveysongelmat vähenisivät koko väestössä noin puoleen nykyisestä, jos muut väestöryhmät saavuttaisivat sen terveyden tason, jonka korkea-asteen koulutuksen suorittaneet ovat jo saavuttaneet. Terveyden ja hyvinvoinnin eriarvoisuus on yhteiskunnan taloudellisen ja sosiaalisen kestävyyskannalta äärimmäisen suuri haaste, jonka korjaaminen on tulevaisuudessa entistäkin tärkeämpää (ks. Luku 4). Arviolta ainakin 80 000 henkilötyövuotta voitaisiin saada lisää, jos sairauksien esiintyvyys ja kuolleisuus laskisivat kaikissa sosiaaliryhmissä samalle tasolle, mitä ne nyt ovat korkeimmassa asemassa olevilla. (Koponen ym. 2017; Koskinen & Martelin 2007.)

Koronapandemia vaikutti kaikkien ikäryhmien terveyteen ja hyvinvointiin. Se lisäsi psyykkistä kuormittuneisuutta ja yksinäisyyttä ja vaikutti epäsuotuisasti erityisesti heikommassa asemassa olevien väestöryhmien elintapoihin. Toisaalta osalla väestöstä pandemia-ajan muutokset olivat terveyden kannalta myönteisiä: osa esimerkiksi lisäsi liikuntaa ja vähensi alkoholin käyttöä. Koronapandemian aikana palvelutarve kasvoi erityisesti lasten, nuorten ja perheiden palveluissa. Myös sairauksien hoidossa, mielenterveys- ja päihdepalveluissa, ikääntyneiden kotiin annettavissa palveluissa sekä työ- ja toimintakykyä ylläpitävissä ja tukevissa palveluissa kertyi hoito-, palvelu- ja kuntoutusvelkaa. Riskinä on, että ihmisten vaikeutuvat elämäntilanteet ja terveyden haasteet näkyvät monialaisena palvelutarpeiden kasvuna, työ- ja toimintakyvyn heikkenemisenä, etuisuuksien ja työkyvyttömyyseläkemenojen kasvuna sekä väestöryhmien välisen eriarvoisuuden lisääntymisenä. (Wikström ym. 2023; Kestilä ym. 2022; Kestilä ym. 2021.)

### Toimenpide-ehdotuksia:

- Terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi ja sairauksien ehkäisyssä tarvitaan monien eri yhteiskunnan toimijoiden yhteistyötä.
- Palvelujärjestelmää tulee kehittää niin, että se vastaa väestön sairauksien ennaltaehkäisy-, hoidon ja tuen tarpeita. Keskeistä on varmistaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen resurssit, toimivat palveluketjut sekä hoitoketjut, mukaan lukien digitaaliset palvelut.
- Elintapaohjauksen osaamista ja resursseja pitää edelleen vahvistaa, jotta näyttöön perustuvia elintapainterventioita pystytään tarjoamaan riskiryhmille.
- Jotta sosioekonomisia eroja voidaan kaventaa, on erityisen tärkeää edistää vaikuttaviksi osoitetuilla toimenpiteillä niiden väestöryhmien terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia, joille ongelmat kasautuvat.

## 2.2 Työ- ja toimintakyky

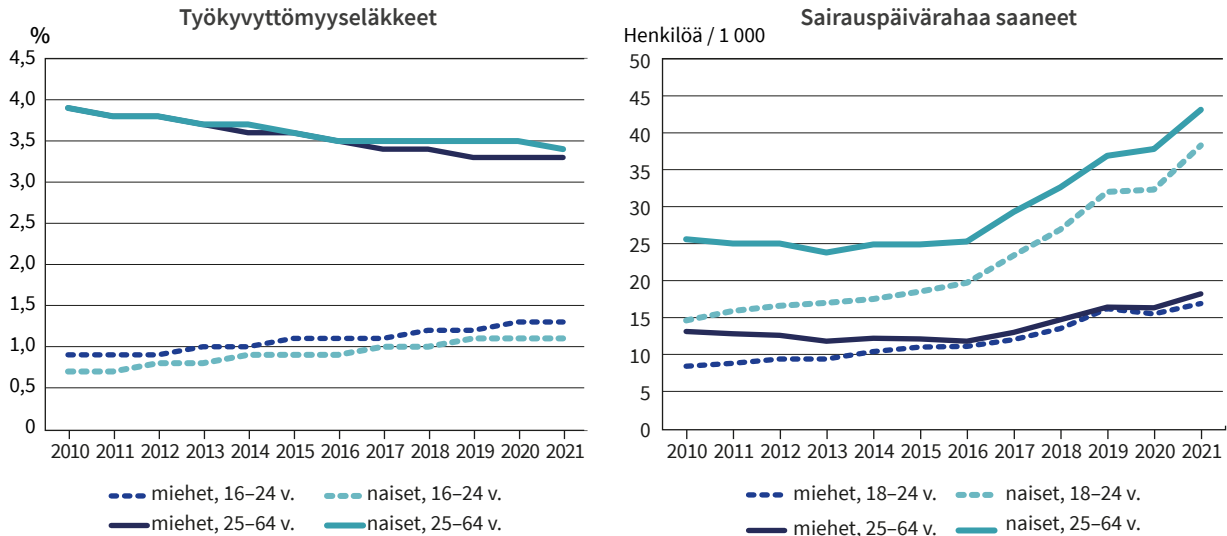
### Pääkohdat:

- Aikuisväestön toimintakyvyn positiivinen kehitys pysähtyi 2010-luvulla ja toimintarajoitteisten ihmisten määrä tulee väistämättä kasvamaan väestön ikääntyessä. Väestön työkyky ei ole enää parantunut, ja työkyky on jopa huonontunut työelämän vaatimusten samanaikaisesti kasvettua.
- Keskeiset kansantaudit ja monet epäsuotuisat elintavat ja riskitekijät, kuten lihavuus, huono ravitsemus, vähäinen liikunta, tupakointi ja päihteiden käyttö, heikentävät toimintakykyä.
- Mielenterveysoireiden määrä on kasvanut ja niiden aiheuttamien sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on poikkeuksellisen korkealla tasolla. Mielenterveyden häiriöt heikentävät osallisuutta sekä lyhentävät kouluttautumista ja työuria.
- Ahdistuneisuushäiriöt ovat nousseet masennushäiriöiden ohi sairauspäivärahaa saaneiden väestöosuudella mitattuna. Ahdistuneisuushäiriöihin perustuvien sairauspoissaolojen kasvu on ollut erityisen merkittävää 16–34-vuotiailla ja 35–49-vuotiailla naisilla.
- Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden jälkeen toiseksi yleisin syy pitkiin sairauslomiin ja työkyvyttömyyseläkkeisiin.

Väestön fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky on yhteiskunnan taloudellisen ja sosiaalisen kestävyuden tärkeä tukipilari. Aikuisväestön toimintakyvyn positiivinen kehitys pysähtyi kuitenkin 2010-luvulla ja toimintarajoitteisten ihmisten määrä tulee väistämättä kasvamaan väestön ikääntyessä. Väestön työkyky ei ole enää parantunut, ja työkyky on jopa huonontunut työelämän vaatimusten samanaikaisesti kasvettua. Työ- ja toimintakyvystä huolehtiminen tarjoaa suuren työvoiman lisäresurssimahdollisuuden yhteiskunnan käyttöön. Väestön työ- ja toimintakyvyn tukemiseen ja edistämiseen tarvitaan eri hallinnonalojen, työelämän ja koko yhteiskunnan toimenpiteitä ja tärkeää on erityisesti ongelmien ennaltaehkäisy.

Keskeiset kansantaudit ja monet epäsuotuisat elintavat ja riskitekijät, kuten lihavuus, huono ravitsemus, vähäinen liikunta, tupakointi ja päihteiden käyttö, heikentävät toimintakykyä. Sairaudet itsessään eivät ole hyvinvoinnin ja yhteiskunnan kestävyuden kannalta olennaisia vaan niiden seuraukset ja etenkin niiden vaikutukset toiminta- ja työkykyyn sekä elämänlaatuun. (Koskinen & Martelin 2007; Koponen ym. 2018; Karvonen ym. 2022.)

Mielenterveyden merkitys yhteiskunnassa ja työelämässä on kasvanut. Mielenterveyden häiriöt heikentävät osallisuutta ympäröivään yhteisöön ja yhteiskuntaan ja lyhentävät kouluttautumista ja työuria. Hyvä mielenterveys puolestaan parantaa niin yksilön, yhteisöjen kuin koko yhteiskunnan tasolla tuottavuutta sekä selviytymistä muutoksissa ja kriiseissä. (STM 2023a.) Vakavien mielenterveyshäiriöiden diagnoosien määrä ei ole absoluuttisesti lisääntynyt, mutta yleisesti mielenterveysoireiden määrä on kasvanut. Samalla on niiden aiheuttamien sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden määrä poikkeuksellisen korkealla tasolla (Kuva 2).



**Kuva 2.** Mielenterveysperustaiset työkyvyttömyyseläkkeet (% ikäryhmästä) ja mielenterveysperustaisesti sairauspäivärahaa saaneet (määrä 1 000 samanikäistä kohden) vuosina 2010–2021. Lähde: Kela.

Sairauspäivärahaa saaneiden eli pitkällä sairauspoissaolokausilla olleiden henkilöiden osuus työikäisistä on kasvanut viime vuosina, lukuun ottamatta ensimmäisen koronavuoden notkahdusta. Vuonna 2022 noin 10 prosenttia työikäisistä sai sairauspäivärahaa vähintään yhden maksupäivän verran. Vuoden 2016 jälkeinen kasvu sairauspäivärahaa saaneiden määrissä on johtunut pääasiassa mielenterveyden häiriöistä – tuki- ja liikuntaelinten sairauksista johtuvat pitkät sairauspoissaolot ovat edelleen vähentyneet. Mielenterveyden häiriöiden kasvu näyttäisi vuonna 2022 toistaiseksi tyrehtyneen. Vuonna 2022 koronavirus näkyi kuuden yleisimmän sairauspäivärahaa aiheuttaneen sairauden joukossa, ja sairauspäivärahaa saaneiden kasvu vuonna 2022 johtui suurimmalta osin koronaviruksen aiheuttamista sairauksista. (Blomgren 2023.)

Mielenterveyden häiriöistä pitkiä sairauspoissaoloja aiheuttavat yleisimmin masennushäiriöt ja ahdistuneisuushäiriöt. Ahdistuneisuushäiriöiden kasvu on jatkunut yhtäjaksoisesti jo seitsemän vuoden ajan, ja ahdistuneisuushäiriöt ovat nousseet masennushäiriöiden ohi sairauspäivärahaa saaneiden väestöosuudella mitattuna. Ahdistuneisuushäiriöihin perustuvien sairauspoissaolojen kasvu on ollut erityisen merkittävää 16–34-vuotiailla ja 35–49-vuotiailla naisilla. Useat mielenterveyttä kuormittavat tekijät sekä työelämässä että yleisemmin yhteiskunnassa, samoin kuin esimerkiksi hoitoon hakeutumisen ja diagnosointikäytäntöjen muutokset sekä mielenterveyshäiriöihin liittyvän stigman väheneminen ovat voineet myötävaikuttaa kehitykseen. (Blomgren 2023.)

### Toimenpide-ehdotuksia:

- Väestön työ- ja toimintakyvyn tukemiseen ja edistämiseen tarvitaan eri hallinnonalojen, työelämän ja koko yhteiskunnan toimenpiteitä. Työntekijän työkyvyn tukemisen lisäksi tarvitaan työelämän uudistamista.
- Panostukset kustannusvaikuttaviin toimiin perheiden tukemisessa, nuorten päihde- ja mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyssä ja varhaisessa hoidossa ovat investointeja tulevaisuuden työ- ja toimintakykyyn.
- Tarvitaan työ- ja toimintakykyä tukevia mielenterveys- ja kuntoutuspalveluja, joilla vaikutetaan työurien pidentämiseen ja osatyökykyisten työskentelymahdollisuuksien parantamiseen. Palvelujen vaikuttavuutta on arvioitava säännöllisesti.

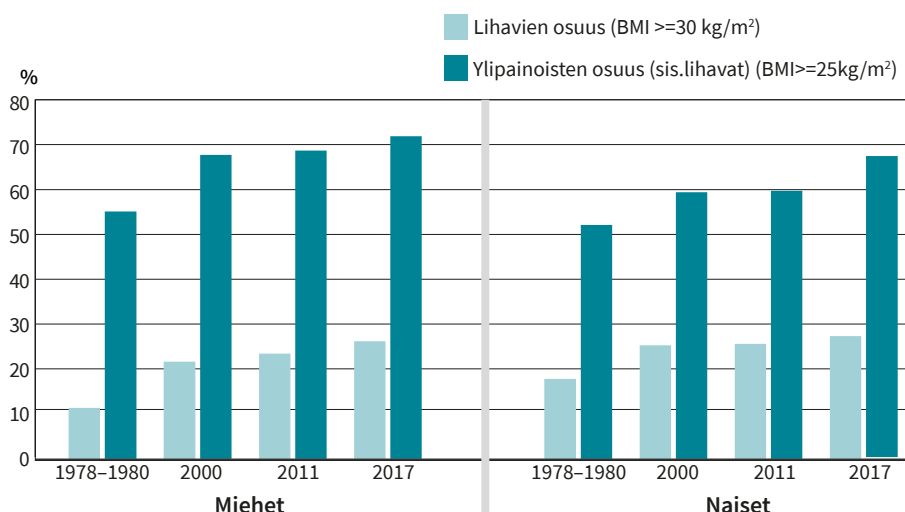
- Kansantaudit ja niiden riskitekijät vaikuttavat merkittävästi ihmisten toiminta- ja työkykyyn. Väestön terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia on tuettava pitkäjänteisellä yhteiskuntapolitiikalla sekä panostamalla sairauksien ehkäisyyn ja hyvään hoitoon.
- Koska tarttumattomien sairauksien riski- ja suojaavat tekijät ovat hyvin yhteneväisiä, Suomen tulisi valmistella toimialat ylittävä tarttumattomien sairauksien ohjelma olemassa olevan mielenterveysstrategian rinnalle.

## 2.3 Kestävät ja terveelliset elintavat

### Pääkohdat:

- Lihavuus on merkittävä kansanterveysongelma. Lihavuustrendin kääntymisellä laskuun olisi suuri vaikutus väestön terveyteen ja hyvinvointiin.
- Aikuisväestön ruokavalion suurimmat ongelmat ovat runsas suolan ja kovan rasvan saanti sekä suosituksia pienempi kasvien kulutus. Valtaosa miehistä kuluttaa liikaa punaista ja prosessoitua lihaa. Lapset ja nuoret kuluttavat runsaasti sokeripitoisia ruokia ja juomia sekä niukasti kalaa.
- Kaikissa ikäryhmissä liikutaan suosituksiin nähden liian vähän. Lapset ja nuoret alakoulusta lukioikään asti liikkuvat aiempaa vähemmän ja ovat enemmän paikallaan.

Lihavuus on merkittävä kansanterveysongelma. Suomalaisten lihavuus on yleistynyt 20 vuoden aikana, ja ennusteiden mukaan yleistyminen jatkuu (Kuva 3). FinTerveys 2017 -tutkimukseen osallistuneista naisista kaksi kolmesta ja miehistä kolme neljästä oli vähintään ylipainoisia. Myös lasten ja nuorten ylipaino on yleistä ja se on lisääntynyt viime vuosina. 2–16-vuotiaista pojista 29 prosentilla ja tytöistä 19 prosentilla oli ylipainoa (ml. lihavuus) vuonna 2021.



Kuva 3. Lihavuuden ja ylipainon kehitys 30 vuotta täyttäneillä miehillä ja naisilla. Lähde: THL.

Lihavuuden yleistymisen taustalla on yhteiskunnallisia tekijöitä, kuten ruokaympäristön ja -kulttuurin muutokset sekä istuvan elämäntavan yleistyminen. Runsasenergiisiä mutta ravitsemuslaadultaan köyhiä elintarvikkeita on tarjolla enemmän kuin ennen, pakkaus- ja annoskoot ovat kasvaneet, ja erityisesti epäterveellisiä elintarvikkeita markkinoidaan tehokkaammin. Suomalaisen aikuisväestön ruokavalio on viime vuosikymmeninä kehittynyt terveellisempään suuntaan, mutta suurimmat kompastuskivet ovat edelleen runsas suolan ja kovan rasvan saanti sekä suosituksia pienempi kasvisten kulutus. Miehistä valtaosakuluttaa liikaa punaista ja prosessoitua lihaa. Lapset ja nuoret kuluttavat runsaasti sokeripitoisia ruokia ja juomia sekä niukasti kalaa. (Koponen ym. 2017; Valsta ym. 2018; Mäki ym. 2021; THL 2021; Wikström ym. 2023.)

Näyttö liikunnan terveys- ja hyvinvointihyödyistä on kiistaton. Viime vuosikymmeninä vähän liikkuvien osuus on pysynyt lähes muuttumattomana, eikä suurta muutosta ole odotettavissa vuoteen 2040 mennessä. Liikuntaa tulisi lisätä kaikissa ikäryhmissä. Keski-ikäisten liikkumiskyky on heikentynyt ja aikuisista kestävyysliikunnan suositukset täyttää vain noin 50 prosenttia. Vapaa-ajan liikunta-aktiivisuudessa on ollut nähtävissä kasvua, mutta liikunnan harrastamisessa yhdenvertaisuus ei toteudu. Huomionarvoista on, että lapset ja nuoret alakoulusta lukioikään asti liikkuvat vähemmän ja ovat enemmän paikallaan. 9-vuotiaista 40 prosenttia ja 15-vuotiaista 15 prosenttia täyttää liikuntasuositukset. Ikääntyneen väestön toimintakyvyn pitkään jatkunut myönteinen kehitys näyttää myös pysähtyneen. (Kokko ym. 2021; Husu ym. 2022; Wikström ym. 2023.)

### Toimenpide-ehdotuksia:

- Yhteiskunnallisilla ja poliittisilla toimilla, kuten terveysperustaisella hintapolitiikalla ja verotuksella sekä epäterveellisten elintarvikkeiden markkinoinnin rajoituksilla, voidaan vähentää epäterveellisten elintarvikkeiden tarjontaa ja kulutusta.
- Ruokaympäristön muuttamisessa terveyttä ja kestävyyttä edistäväksi on keskeistä ruokalan toimijoiden, kuten päättäjien, tuottajien, teollisuuden, kaupan ja järjestöjen, välinen yhteistyö.
- Julkisilla ruokapalveluilla voidaan edistää tehokkaasti suomalaisten ravitsemusta ja terveyttä kaikissa ikäryhmissä sekä turvata myös heikoimmin toimeentulleille kansalaisille terveellinen ravitsemus. Julkisten ruokapalvelujen tarjoamien aterioiden ravitsemuksellinen laatu pitää varmistaa. Kasvisten, hedelmien ja marjojen sekä kotimaisen kalan osuutta tulee lisätä ja lihan osuutta vähentää julkisissa elintarvike- ja ruokapalveluhankinnoissa.
- Väestön fyysistä aktiivisuutta voidaan edistää sekä yhteiskunnallisin toimin että arkiympäristöihin vaikuttamalla, kuten lisäämällä liikuntaa lasten ja nuorten koulupäiviin ja mahdollistamalla lasten ja nuorten liikunnan harrastamista, kehittämällä yhdyskuntarakennetta kävelyä, pyöräilyä ja joukkoliikennettä tukevaksi sekä tukemalla hinta- ja veropolitiikalla kevyen- ja julkisen liikenteen toimivuutta ja houkuttelevuutta.
- Ikääntyvän väestön työ- ja toimintakykyä on mahdollista tukea esteettömällä ja liikkumiseen kannustavalla arkiympäristöllä, elintapaohjauksella, matalan kynnyksen liikuntapalveluilla sekä tunnistamalla psykososiaaliset haasteet varhain.

## 2.4 Päihteet ja riippuvuudet

### Pääkohdat:

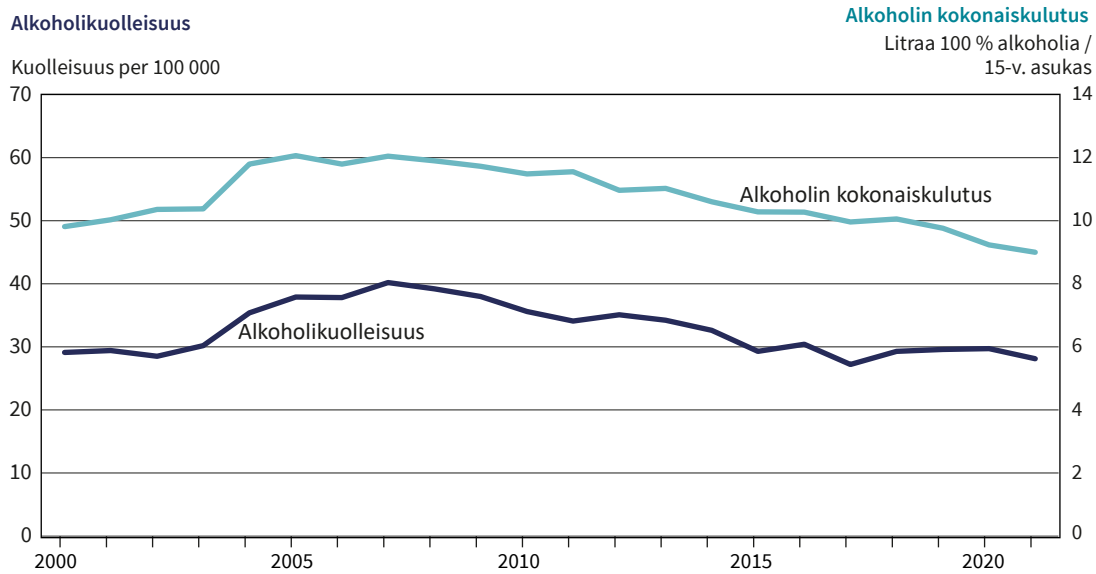
- Alkoholikuolleisuus laski voimakkaasti vuosina 2007–2017, mutta hyvä kehitys pysähtyi vuonna 2018. Alkoholihaitoissa kroonisten haittojen, erityisesti maksasairauksien, rooli on viime vuosikymmeninä korostunut.
- Viimeisen yli 10 vuoden aikana huumeiden käytön kasvu on ollut voimakasta. Huumeiden väestötason käytön pitkän aikavälin kasvu näkyy haittojen lisääntymisenä, kuten esimerkiksi huumemyrkytyskuolemina ja huumerattijuopumuksina.
- Tupakointi ja sen yhteiskunnalliset kustannukset ovat vähentyneet, mutta tupakointi aiheuttaa yhä noin 4600 ennenaikaista kuolemaa. Kansallinen tavoite siitä, että vuonna 2030 alle viisi prosenttia väestöstä käyttäisi tupakka- ja nikotiinituotteita, ei ennusteiden valossa toteudu ilman lisätoimia. Nuuskaaminen ja uudet nikotiinituotteet lisäävät haasteita.
- Riskitason rahapelaamisen yleisyys on laskussa, mutta verkkorahapelaaminen on yleistynyt viimeisen kymmenen vuoden aikana. Rajoitukset ovat vähentäneet erityisen haitallisiin peleihin kuuluviin rahapeliautomaatteihin kulutetun rahan määrää huomattavasti.

Päihteiden käytöstä ja riippuvuuksista aiheutuu merkittävä määrä akuutteja ja enenevässä määrin myös kroonisia terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja, joista kärsivät sekä käyttäjät että heidän läheisensä. Haittoja aiheutuu mm. kustannusten, alentuneen työllisyyden ja sosiaali- ja terveystalvelujen kuormituksen kautta.

### Alkoholi

Alkoholi on suomalaisten pääpäihde. Vuoteen 2007 asti erityisesti alkoholin aiheuttamat maksasairaudet ja -kuolemat lisääntyivät voimakkaasti. Vuoden 2008 jälkeen alkoholin kokonaiskulutus ja alkoholikuolleisuus vähenivät niin että työikäisten alkoholin aiheuttamia kuolemia on ollut vuosina 2008–2020 noin 8600 vähemmän verrattuna tilanteeseen, että alkoholikuolleisuus olisi jäänyt vuoden 2007 tasolle. Hyvä kehitys pysähtyi vuonna 2018 ja alkoholikuolemat jopa hieman lisääntyivät vuosina 2018–2020 verrattuna alkoholilakia edeltävään vuoteen 2017. (Warpenius ym. 2022.) (Kuva 4). Alkoholin aiheuttama kuolleisuus selittää merkittävän osan sosioekonomisten ryhmien välisistä elinajanodotteiden eroista ja niiden muutoksista 2000-luvulla (Mäkelä ym. 2017) (ks. Luku 4).

Alkoholin saatavuuden sääntely on yksi merkittävimmistä toimista, joilla alkoholinkulutukseen ja alkoholihaittojen määrään voidaan vaikuttaa. Kansainvälinen tutkimusnäyttö alkoholin vähittäismyyntimonopoliin vaikuttavuudesta alkoholinkulutuksen vähentämisessä on runsasta: ne ehkäisevät ja vähentävät alkoholijuomien ylenpalttista saatavuutta sekä myynninedistämistoimintaa, jotka lisäävät kulutusta ja sen kautta haittoja (Babor ym. 2022). Toteutuessaan aloite viinien tuomisesta myyntiin ruokakaappoihin varsin todennäköisesti kaataisi myös väkevien alkoholijuomien yksinoikeusjärjestelmän ja lisäksi haittoja ja terveyden eriarvoisuutta.



Kuva 4. Alkoholikuolleisuus ja alkoholin kokonaiskulutus vuosina 2000–2021. Lähde: THL.

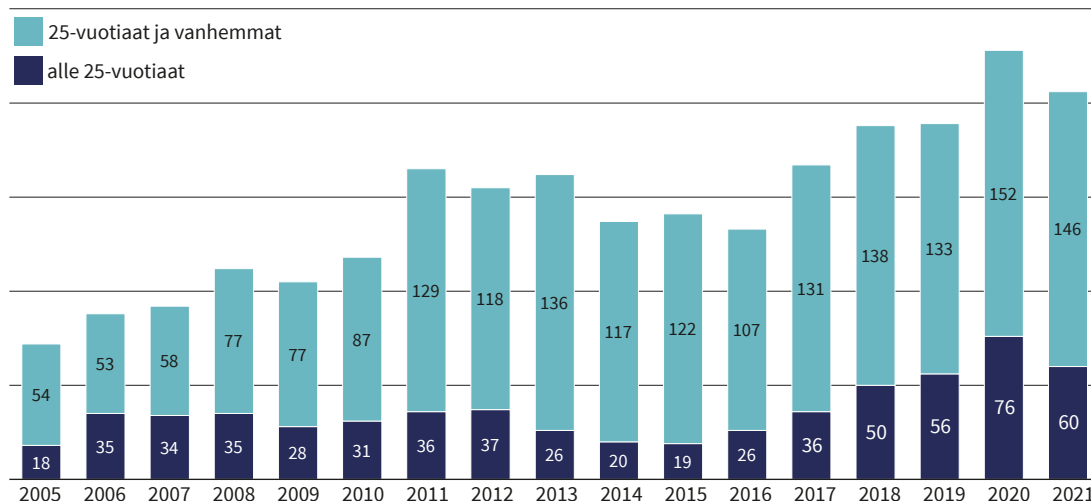
## Huumeet

Huumeiden käyttö on kasvanut Suomessa jo useamman vuosikymmenen ajan. 2010-luvulla edelleen voimakkaana jatkunut käytön kasvu näkyy laajalti eri tutkimuksissa ja tilastoissa, kuten esimerkiksi huumemyrkytyskuolemista, huumerattijuopumuksista, tehdyissä kyselytutkimuksissa ja ongelmakäyttöarvioissa, sekä lainvalvontaviranomaisten tekemissä huumeiden takavarikkomäärisä. Kannabis on yleisimmin Suomessa käytetty huume. Väestökyselyiden mukaan neljäsosa suomalaisesta aikuisväestöstä ja jopa lähes puolet 25–34-vuotiaista nuorista aikuisista on joskus elämänsä aikana kokeillut sitä. (Karjalainen ym. 2020.) Väestötason jätevesitutkimukset osoittavat, että yhteenlaskettu amfetamiinien, kokaiinin ja ekstaasin käyttö on lisääntynyt noin kolminkertaiseksi Suomessa viimeisen 10 vuoden aikana (THL, Jätevesitutkimus: väestötason huumeiden käyttö). Huumerattijuopumus on tällä aikavälillä kehittynyt lähes samaan tahtiin. Vuoden 2001 tasosta huumemyrkytyskuolemien määrä on noin kolminkertaistunut.

Uutena ilmiönä Suomen huumeetilanteessa on kokaiinin käytön yleistymisen. Käyttö painottuu viikonloppuihin, mikä viittaa satunnaiskäyttöön ja mahdollisesti uusiin käyttäjäryhmiin. Toinen merkittävä muutos on synteettisiin katinoneihin kuuluvien muuntohuumeiden yleistymisen. Muuntohuumeiden vaikutukset ja päihdehaitat saattavat olla ennakoimattomia. Yhdysvaltain kaltaista fentanyylijohdannaisten kuolemien pandemiaa ei puolestaan Suomessa eikä muuallakaan Euroopassa ole toistaiseksi nähty.

Pistämällä tapahtuva huumeiden ongelmakäyttö keskittyy Suomessa opioidi buprenorfiinin ja keskushermostoa kiihottavan amfetamiinin ympärille (THL, ruiskuhuumejäätutkimus). Huumemyrkytyskuolemia Suomessa aiheuttaa ennen muuta buprenorfiinin päihdekäyttö (THL, vainajien oikeuskemialliset tutkimukset). Tämä korvaushoidossa toimiva ja turvallinen lääke muuttuu hengenvaaralliseksi, kun sitä käytetään pistämällä ja yhdessä muiden keskushermostoa lamaavien aineiden kanssa. Huumemyrkytykseen kuollaan Suomessa jopa kymmenen vuotta nuorempana kuin Euroopassa keskimäärin ja alle 25-vuotiaiden huumemyrkytykset ovat lisääntyneet voimakkaasti viime vuosien aikana (Kuva 5) (Kriikku ym. 2022). Huumemyrkytykset tapahtuvat suurimmaksi osaksi henkilöille, joilla ei ole kontaktia huumehoitoon. Huumemyrkytyskuolema on lähes aina tapaturmainen, eli ainakin periaatteessa ehkäistävissä.





Kuva 5. Huumekuolemat Suomessa vuosina 2005–2021. Lähde: THL.

Huumehaittoja on pyritty Suomessa vähentämään erityisesti kontrollin avulla, minkä toimituksen huumeilanteen kehitys ainakin osin kyseenalaistaa. Suomi on muiden länsimaiden tavoin sitoutunut haittoja vähentävään huume politiikkaan. Tätä taustaa vasten on tärkeää selvittää, saataisiinko yksilöön ja yhteiskuntaan kohdistuvia huumehaittoja vähennettyä ottamalla käyttöön uusia toimenpiteitä.

## Tupakka

Säännöllisesti tupakoivien osuus on laskenut, ja laskun odotetaan jatkuvan. Myös tupakoinnin yhteiskunnalliset kustannukset ovat pienentyneet Suomessa (Viljakainen ym. 2022). Tupakan aiheuttamat, ehkäistävissä olevat sairaudet kuormittavat kuitenkin yhä merkittävästi yhteiskuntaa ja terveydenhuoltoa. Elintapaohjausta tupakasta vieroitukseen ei toteuteta järjestelmällisesti (THL 2022), vaikka tupakoinnin lopettaminen tukee hoitoa kaikissa keskeisissä kansansairauksissamme. Tupakointi aiheutti vuonna 2020 yhä noin 4600 ennenaikaista kuolemaa Suomessa (Viljakainen ym. 2022).

Tupakkalain tavoite siitä, että vuonna 2030 alle viisi prosenttia väestöstä käyttäisi tupakkatuotteita, ei ennusteiden valossa toteudu ilman lisätoimia. Lisätoimia on esitetty kattavasti STM:n tupakka- ja nikotiinipolitiikan kehittämistyöryhmän raportissa (STM 2023b). Eniten tupakointi on vähentynyt ylemmissä sosioekonomisissa ryhmissä. Nuuskaaminen on osin yleistynyt, myös ryhmissä, joissa sitä ei ole aiemmin esiintynyt kuten nuorilla naisilla. Sähkösavukkeiden käyttö on ollut Suomessa vähäistä kattavan sääntelyn ansiosta. Eritoten uusille, nuorille kohderyhmille kehitetään ja markkinoidaan kuitenkin jatkuvasti uusia tuotteita, joilla nykyistä sääntelyä kierretään. Esimerkiksi sähkösavukkeiden kaltaiset ns. kertakäyttöiset ”vapet” ja nuuskan kaltaiset nikotiinipussit ovat aiheuttaneet ongelmia kouluissa ja oppilaitoksissa eri puolilla Suomea.

## Rahapelit

Vuonna 2019 rahapelejä pelasi 78 prosenttia väestöstä, eikä osuus muuttunut vuosien 2015 ja 2019 välillä. Pelaaminen on aikaisempaa satunnaisempaa: viikoittainen ja kuukausittainen rahapelaaminen on vähentynyt. Verkkorahapelejä pelasi suomalaisista 36 prosenttia vuonna 2019, osuus kasvoi 13 prosenttiyksiköllä vuodesta 2015. (Salonen ym. 2020.) Muita kuin Veikkauksen verkkorahapelejä pelasi vuonna 2019 noin kuusi prosenttia suomalaisista, eikä osuus ole vuoteen 2023 mennessä kasvanut (Kinnunen ym. 2022; Salonen ym. 2020; THL 2023b).

Ongelmapelaamisen väestöosuus ei vuonna 2019 toteutetun väestötutkimuksen mukaan muuttunut vuosien 2007 ja 2019 välillä, mutta riskitason pelaaminen väheni vuodesta 2015 vuoteen 2019. Korkeimman rahapelikulutuksen ryhmässä 43 prosenttia rahapelikulutuksesta tuli riskitason pelaajilta ja noin kolmannes pelaajilta, joilla oli rahapeliongelma. (Salonen ym. 2020.) Niillä, jotka ovat hakeneet apua rahapeliongelman vuoksi, on tyypillisesti suuria velkasummia, ja he pelaavat usein muiden kuin Veikkauksen verkkorahapelejä (Heiskanen & Karlsson 2023). Itsemurhat ovat yleinen kuolinsyy niillä henkilöillä, joilla on diagnosoitu rahapeli riippuvuus (Salonen ym. 2022). Jopa 41 prosenttia 15–17-vuotiaista pelasi jotain rahapeliä vuonna 2019 (Salonen ym. 2020b). Suomalaisnuoret pelasivat rahapeliautomaateilla eniten Euroopassa (ESPAD Group 2020).

Veikkauksen peleihin kulutetun rahan määrä on laskenut 600 milj. euroa vuodesta 2019 ollen 1,1 mrd. euroa vuonna 2022. Lasku johtuu haitallisten rahapeliautomaattien määrän ja niihin kulutetun rahan vähenemisestä muun muassa pakollisen tunnistautumisen ja tappiorajojen myötä, jotka ovat toimivia keinoja ehkäistä ja vähentää rahapelihaittoja. Mikäli rahapelijärjestelmää muutettaisiin verkkopelaamisen osalta lisenssijärjestelmäksi, on vaarana, että haitallisimpien pelien saatavuus jälleen lisääntyy muodostaen riskin pelihaittojen kasvusta. (Selin 2023.)

### Toimenpide-ehdotuksia:

- Pidättäydytään päivittäistavara-kaupoissa myytävien alkoholijuomien korkeimman sallitun alkoholiprosentin korottamisesta.
- Helpotetaan ja nopeutetaan huumehoitoon pääsyä, ja kehitetään erityisesti nuorille suunnattuja päihdepalveluja.
- Edistetään myös muiden THL:n vetämän HEAR-ryhmän suositusten toimeenpanoa huume-kuolemien ehkäisyssä, esimerkiksi käynnistämällä käyttöhuonekokeilu.
- Tehdään huumeiden käytön dekriminälisoinnin vaikutusten arviointi.
- Lisätään poikkihallinnollista yhteistyötä huumeisiin liittyvien ongelmien ehkäisyssä ja hallinnassa.
- Varmistetaan riittäväillä resursseilla päihde- ja riippuvuusstrategian toimeenpano.
- Tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön ehkäisy ja lopettamisen tuki ovat kustannustehokkaita tapoja parantaa kansanterveyttä. Käytön aloittamisen ehkäisyn lisäksi tuetaan lopettamista hyvinvointialueilla, tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttöön pitää vaikuttaa lainsäädännöllisesti.
- Tupakan veronkorotukset ovat yksi merkittävimmistä keinoista vähentää väestön tupakointia. Ne vaikuttavat myös väestöryhmien välisiin eroihin tupakoinnissa ja vähentävät haavoittuvammassa asemassa olevien tupakointia enemmän. Tupakkalain tavoitteen saavuttaminen edellyttää kuitenkin lisätoimia, kuten esimerkiksi ikärajan nostoa ja myyntipaikkojen tavoitteellista vähentämistä. Uusien nikotiinituotteiden ennakoiva sääntely on tärkeä nuorten suojaamiseksi.
- Rahapelipolitiikan kulmakivenä tulee olla systemaattinen rahapelihaittojen ehkäisy ja vähentäminen, jotta rahapeliongelmiin yleisyys kääntyy laskuun.

## 2.5 Lähisuhdeväkivalta

### Pääkohdat:

- Lähisuhteissa tapahtuvan väkivallan määrä ei ole Suomessa laskussa ja se aiheuttaa inhimillisen kärsimyksen ja sosiaali- ja terveyshaittojen lisäksi merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle.
- Nuorten kokema parisuhdeväkivalta on myös yleistä.
- Lähisuhdeväkivallasta ja sen aiheuttamista kustannuksista tehdyn tutkimuksen perusteella pelkästään naisiin kohdistuneesta fyysisestä parisuhdeväkivallasta aiheutuu vuosittain 150 miljoonan euron suorat lisäkustannukset terveydenhuollolle Suomessa.

Lähisuhteissa tapahtuvan väkivallan määrä ei ole Suomessa laskussa. Nuorten kokema parisuhdeväkivalta on myös yleistä. Nuorista 16–17-vuotiaista parisuhteessa olleista tytöistä 45 prosenttia oli kokenut väkivaltaa kumppaninsa taholta. Lapsuusaikana koettu väkivalta on myös yleistä. Yleisesti 16–74-vuotiaista suomalaisista 75 prosenttia on kokenut henkistä, fyysistä tai seksuaalista lähisuhdeväkivaltaa ainakin kerran elämässään. (Siltala ym. 2022.)

Lähisuhdeväkivalta aiheuttaa inhimillisen kärsimyksen ja sosiaali- ja terveyshaittojen lisäksi merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle. Lähisuhdeväkivallasta ja sen aiheuttamista kustannuksista tehdyn tutkimuksen perusteella pelkästään naisiin kohdistuneesta fyysisestä parisuhdeväkivallasta aiheutuu vuosittain 150 miljoonan euron suorat lisäkustannukset terveydenhuollolle Suomessa. Terveydenhuollon kokonaiskustannukset ovat tätä suuremmat. Parisuhdeväkivallasta aiheutui sosiaalipalveluille 60–90 prosenttia ja oikeuspalveluille (ml. poliisi) 70 prosenttia lisäkustannukset vuosittain verrattuna ei parisuhdeväkivaltaa kokeneisiin. (Siltala ym. 2022.)

### Toimenpide-ehdotuksia:

- Lähisuhdeväkivallan ennaltaehkäisy ja puuttumisen järjestäminen kunnissa ja hyvinvointialueilla on varmistettava ottamalla käyttöön toimiviksi todettuja työtapoja ja palvelukokonaisuuksia. Valtio on antanut asiasta suosituksia kunnille ja alueille useita kertoja 2000-luvulla, joista viimeisimmät 06/2022 (October & Laitinen 2022) osana Oikeusministeriön koordinoiman Naisiin kohdistuvan väkivallan torjuntaohjelman toimenpiteitä. Suositusten täytäntöönpano on ollut kuitenkin (nykyisin hv-alueilla) aiemminkin heikkoa ja siksi tulisi lailla säätää lähisuhdeväkivaltatyön rakenteiden ja palvelujen järjestämisestä kunnissa ja hyvinvointialueilla.
- Väkivaltatyö on tärkeä järjestää moniammatillisesti ja koordinoitusti kansallisen ohjeen mukaisesti.
- Istanbulin sopimuksen toimeenpanosuunnitelmalle tulee varata riittävät resurssit ja ohjelman toimeenpanoa tulee seurata, mitata ja arvioida.

# 3 Köyhyys ja toimeentulo kriisien keskellä ja inflaation kiihtyessä

## 3.1 Pienituloisuus, minimibudjettiköyhyys ja toimeentulo

### Pääkohdat:

- Riippumatta mittarista köyhyys on hieman vähentynyt verrattuna vuoteen 2022.
- Köyhyysrajojen alapuolelle jäävät erityisesti työelämän ulkopuolella olevat ja yksin asuvat.
- Vuonna 2021 tuloeroja kuvaava Gini-kerroin oli korkeammalla tasolla kuin vuosiin (29,1).
- Hyvä työllisyyskehitys koronapandemian jälkeen on vähentänyt perustoimeentulotuen saajien määrää.

Köyhyyttä on tärkeää tarkastella erilaisilla mittareilla, jotka antavat köyhyyden yleisyydestä monipuolisemman kuvan. Viime aikoina inflaation kiihtyminen on nostanut esille tarpeen mitata köyhyyttä tai köyhyysriskin alla elämistä pienituloisuuden ohella myös menojen näkökulmasta tarkastelemalla esimerkiksi toimeentulokokemuksia tai toimeentulon riittävyttä suhteessa säälliseksi arvioituun vähimmäiselintasoon. Mikrosimulaatiomalleja käytetään ”ennustamaan” nykyhetkeä, tulojen osalta voidaan tehdä ennuste tämän hetken köyhyysasteesta, vaikka verotietoja ei ole vielä käytettävissä. Muuten jouduttaisiin tyytymään vuoden 2021 köyhystietoihin.

Mikrosimulaatiomalleihin perustuvien laskelmien mukaan köyhyys on edellisvuoteen verrattuna hieman vähentynyt useimmissa ikäryhmissä sekä pienituloisuusasteella että minimibudjetilla mitaten. Eri mittarit kuitenkin antavat eri kuvan köyhyyden tasosta. Vuonna 2023 pienituloisia on simulaatioiden mukaan koko väestössä 13,7 prosenttia, kun taas minimibudjetin rajan alle jää 7,9 prosenttia väestöstä. Luvut ovat samalla tasolla kuin ennen koronapandemiaa vuonna 2019.

Ikätarkastelu tuottaa hyvin erilaisen kuvan riippuen mittarista. Pienituloisia oli sekä alle 18-vuotiaista että yli 65-vuotiaista 12,9 prosenttia. Minimibudjettirajan alle sen sijaan jäi ikääntyneistä vain 1,3 prosenttia, mutta alle 18-vuotiaista kymmenkertainen osuus, 11,2 prosenttia. Erot johtuvat mittarien määrittelytapojen eroista. Minimibudjetti perustuu viitebudjettilaskelmaan siitä, minkä katsotaan kuuluvan kohtuulliseen vähimmäiskulutukseen, joka mahdollistaa osallistumisen yhteiskuntaan. Se siis huomioi asumiskustannukset, jotka vaikuttavat toimeentuloon merkittävästi. Ikääntyneillä omistusasuminen ja takuueläke vähentävät minimibudjettilaskelman mukaista köyhyyttä.

Väestöryhmittäin tarkasteltuna molempien mittarien mukaan köyhyysrajojen alapuolelle jäävät muuta väestöä useammin työelämän ulkopuolella olevat (pienituloisia 23,4 % ja minimibudjetin alla 34,6 % vuonna 2022) sekä yhden aikuisen kotitalouksissa asuvat (31,2 % ja 13,6 % vastaavasti). Sukupuolen mukaan mittarit antavat päinvastaisen tuloksen: naisista pienituloisia on suurempi osuus kuin miehistä, joista taas minimibudjettirajan alle jää suurempi osuus.

Väestön tulotasoa voidaan kuvata kotitalouksien käytettävissä olevien tulojen avulla. Vuonna 2020 kaikkien kotitalouksien mediaanitulo oli 31 908 euroa, mutta tulotaso vaihteli selvästi sosioekonomisten ryhmien välillä. Opiskelijat ovat tarkastelujaksolla 1987–2020 olleet pienituloisin ryhmä, mutta heidänkin mediaanitulonsa ovat yli puolitoistakertaistuneet 30 vuoden aikana, ja vuonna 2020 heidän mediaanitulonsa oli 13 083 euroa. Maatalousyrittäjiä lukuun ottamatta muiden yrittäjien tulotaso on puolestaan ollut lähes koko 2000-luvun parempi kuin palkansaajien. Eläkeläisten ja työttömien tulotaso on sen sijaan ollut selvästi koko väestön mediaanituloa matalampi koko tarkastelujakson ajan. Eläkeläisten mediaanitulo on ollut noin kaksi kolmasosaa palkansaajakotitalouksien tuloista, kun opiskelijoilla se on ollut vajaa puolet palkansaajien tasosta. (Kestilä & Karvonen 2022; Tilastokeskus.)

Tilastokeskuksen tulonjakotilaston mukaan tuloerot<sup>1</sup> kasvoivat Suomessa tasaisesti 1990-luvun puolivälistä 2000-luvun alkupuolelle aikaisemmalta Gini-kertoimen tasolta 22 noin 27:n tasolle. Tällä vuosituhannella tuloerot olivat korkeimmillaan vuonna 2007, Gini-kertoimen ollessa 29,5. Vuonna 2021 Gini-kerroin oli korkeammalla kuin vuosiin (29,1). Kasvu johtuu koronapandemian vaikutuksista työllisyyteen: monessa ammattiryhmässä tulot pienenevät merkittävästi erilaisten rajoitustoimien seurauksena. Kansainvälisessä vertailussa käytetään vähemmän kattavaa tulonjaon otosaineistoa, jonka mukaan Suomen Gini-kerroin (25,7) oli vuonna 2021 pienempi kuin Euroopan unionin maiden Gini-kertoimien keskiarvo (30,1) (Eurostat 2022).

Perustoimeentulotukea sai vuonna 2022 noin 252 000 kotitaloutta. Saajakotitalouksien määrä on pienimmillään sitten vuoden 2017, jolloin perustoimeentulotuki siirtyi Kelaan. Perustoimeentulotuen saajien määrä on vähentynyt lähes kaikissa ryhmissä iästä ja elämäntilanteesta riippumatta. Vuoden 2017 jälkeen perustoimeentulotukea on saanut noin vuosittain noin 260 000–280 000 kotitaloutta. Suurimmillaan saajamäärä oli ensimmäisenä koronapandemiavuonna 2020. Hyvä työllisyyskehitys koronapandemian jälkeen on vähentänyt saajien määrää. (Kela 2023.)

Perustoimeentulotuen saajista yli kaksi kolmasosaa on yhden hengen kotitalouksia. Lapsiperheitä on reilu viidennes. Perheistä suurin osa on yhden vanhemman perheitä. Perustoimeentulotuen tarve painottuu nuoriin ikäluokkiin. Erityisesti 18–24-vuotiaat ovat yliedustettuina tuen saajissa, sillä tuen hakija tai puoliso on alle 25-vuotias 20 prosentissa saajakotitalouksista. Nuoret saavat kuitenkin yleensä tukea vain lyhyen aikaa. Eläkeikäiset saavat muita ikäryhmiä harvemmin toimeentulotukea. Tukea maksetaan kotitalouksille silloin, kun tulot ja varat eivät riitä välttämättömiin jatkaväisiin menoihin. (Kela 2023.)

Perustoimeentulotuesta maksettujen lääkkeiden kustannukset ovat olleet vuosittain noin 37 miljoonaa euroa. Eniten vuonna 2021 perustoimeentulotuesta maksettiin masennuslääkkeiden ja muiden keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden, psykoosi- ja neuroosilääkkeiden, unilääkkeiden ja kipulääkkeiden kustannuksia. (Kela 2023.)

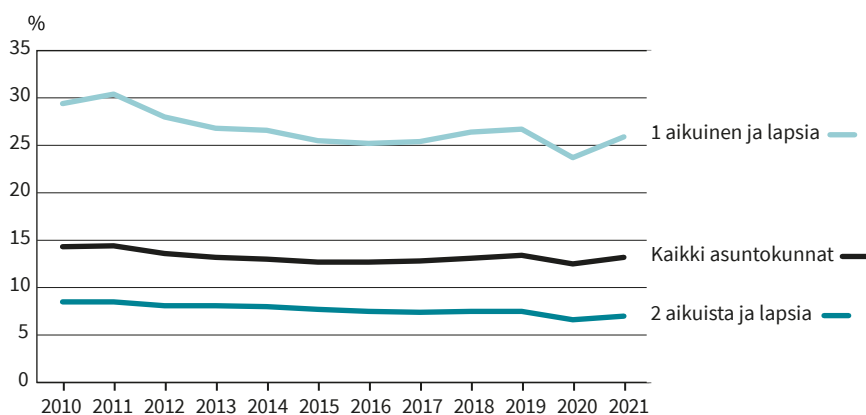
<sup>1</sup> Väestön tuloeroja kuvataan Gini-kertoimen avulla, joka on paljon käytetty mittari tuloerojen tutkimuksessa. Gini-kerroin saa arvoja nollan ja sadan välillä siten, että arvo nolla kuvaa täysin tasaista tulonjakoa ja arvolla sata kaikkein suurituloisin saa kaikki tulot.

## 3.2 Lapsiperheköyhyys

### Pääkohdat:

- Köyhissä perheissä asuvien lasten osuus ei ole 2000-luvulla merkittävästi pienentynyt. Pienituloisissa perheissä asui 12 prosenttia alle 18-vuotiaista lapsista vuonna 2021.
- Vuonna 2022 kiihtynyt inflaatio voi vaikeuttaa lapsiperheiden toimeentuloa, mutta muutos ei vielä näy köyhyysmittareissa.
- Toimeentulon ongelmia ja pienituloisuutta on muita lapsiperheitä useammin yhden huoltajan perheissä sekä monilapsisissa ja ulkomaalaistaustaisten vanhempien perheissä.
- Toimeentulovaikeudet heijastuvat monitahoisesti lasten ja vanhempien hyvinvointiin nykyhetkessä ja niillä voi olla kauaskantoisia vaikutuksia lasten hyvinvointiin ja mahdollisuuksiin tulevaisuudessa.

Pienituloisia oli kahden aikuisen ja lasten asutokunnista seitsemän prosenttia, yhden aikuisen ja lasten asutokunnista 26 prosenttia vuonna 2021 (Kuva 6). Pienituloisissa asutokunnissa asui 121 800 lasta vuonna 2021, mikä oli 11,9 prosenttia kaikista alle 18-vuotiaista. Vuotta aiemmin osuus oli 11,1 prosenttia ja vuonna 2010 12,8 prosenttia. (SVT, tulonjakotilasto 2022, ja tietokanta- taulukot.) Alle 18-vuotiaiden köyhissä perheissä asuvien lasten osuus kaikista alle 18-vuotiaista ei ole 2000-luvulla merkittävästi pienentynyt. Kansainvälisesti vertailtuna lapsiperheiden köyhyys on Suomessa melko vähäistä.



**Kuva 6.** Asuntoväestön pienituloisuusaste (60 % mediaanista) kaikissa asutokunnissa sekä lapsiperheissä asutokunnan aikuisten lukumäärän mukaan vuosina 2010–2021. Lähde: Tilastokeskus.

Toimeentulon ongelmia ja pienituloisuutta on muita lapsiperheitä useammin yhden huoltajan perheissä sekä monilapsisissa ja ulkomaalaistaustaisten vanhempien perheissä (Salmi 2020; Obucina & Ilmakunnas 2020; Lindroos ym. 2021). Köyhyysriskiä lisää myös vanhempien matala koulutustaso, työttömyys, opiskelu ja perhevapaalla olo. Toimeentulovaikeuksia kokeville perheille on usein tyypillistä vähäiset työtulot sekä sosiaaliturvaetuksien suuri merkitys. (Kallio & Hakovirta 2020; Ruotsalainen 2021; Karvonen & Salmi 2016.)

Vuonna 2022 perustoimeentulotukea maksettiin lähes 30 000 yksinhuoltajaperheelle ja runsaalle 17 000 kahden huoltajan perheelle. Toimeentulotukea saaneiden lapsiperheiden määrä on vähentynyt vuodesta 2020. Toimeentulotukea kalenterivuoden aikana vähintään 10 kuukauden ajan saaneiden lapsiperheiden osuus kaikista perustoimeentulotukea saaneista perheistä on kuitenkin pysynyt korkeana. Lähes kolmasosa perustoimeentulotukea saaneista kahden huoltajan perheistä ja noin 30 prosenttia yksinhuoltajaperheistä oli saanut kalenterivuoden aikana toimeentulotukea vähintään 10 kuukauden ajan. (Kela 2023.) Kelan perhe-etuuksien saajista toimeentulotuen saaminen on yleisintä vähimmäismääräistä vanhempainpäivärahaa saavien kohdalla. Vuonna 2022 noin viidesosa kaikista minimipäivärahan saajista sai myös perustoimeentulotukea. Elatustukea saavien kohdalla osuus oli noin 15 prosenttia ja kotihoidon tuen saajista hieman useampi kuin joka kymmenes sai samaan aikaan myös perustoimeentulotukea. (Kela 2023.)

Lasten kokema aineellinen puute on viimeisen reilun vuosikymmenen aikana vähentynyt. Vähintään yhdessä perustarpeessa (13:sta) aineellista puutetta koki 1–15-vuotiaista lapsista vuonna 2009 10,8 prosenttia, kun vuonna 2021 osuus oli enää 6,6 prosenttia, mikä on 57 000 lasta. Aineellisen puutteen kokeminen useammassa kuin yhdessä perustarpeessa on Suomessa vähäistä. (SVT, elinolotilasto 2021.) Myös toimeentulon huonoksi kokevien lapsiperheiden osuus on viimeisen kymmenen vuoden aikana hieman pienentynyt. Suurin vaikeuksien tai vaikeuksien toimeen tulevia kotitalouksia oli lapsiperheistä 6,2 prosenttia vuonna 2021, kun edellisenä vuonna osuus oli 7,5 prosenttia ja vuonna 2011 8,5 prosenttia. (SVT, elinolotilasto, tietokantataulukot.)

Lapsiperheiden toimeentulovaikkeudet korostuivat keväällä 2020 alkaneen koronapandemian myötä. Lapsiperheiden tulot laskivat vuonna 2020 enemmän perheissä, joissa oli ainakin yksi alle 7-vuotias lapsi (Sirniö ym. 2021), ja koronapandemian seuraukset, kuten työttömyys ja lomautukset, heijastuivat etenkin haavoittuvimmassa asemassa olevien lapsiperheiden toimeentuloon (Kestilä ym. 2021). Vuonna 2022 kiihtynyt inflaatio voi osaltaan vaikeuttaa lapsiperheiden toimeentuloa. Toimeentulovaikkeudet heijastuvat monitahoisesti lasten ja vanhempien hyvinvointiin nykyhetkessä ja niillä voi olla kauaskantoisia vaikutuksia lasten hyvinvointiin ja mahdollisuuksiin tulevaisuudessa (esim. Kallio & Hakovirta 2020).

Toimeentulovaikkeudet kuormittavat vanhempia, heikentävät tyytyväisyyttä elämään, arjen sujumiseen ja parisuhteeseen sekä lisäävät vanhempien huolta sekä vanhemmuudestaan että lapsen terveydestä, sosiaalisista suhteista ja oppimisesta (Salmi & Närvi 2022; Salmi ym. 2016; Halme & Perälä 2014). Taloudellinen eriarvoisuus saattaa johtaa lasten ja nuorten heikompiin harrastusmahdollisuuksiin sekä syrjimiseen, sosiaalisten ryhmien ulkopuolelle jäämiseen ja kiusaamiseen (Hakovirta & Rantalaiho 2012, Salmi & Närvi 2022). Lapsuuden perheen toimeentulo-ongelmat lisäävät myös todennäköisyyttä muiden ongelmien kasautumiseen elämänkulussa, mikä kasvattaa lasten ja nuorten syrjäytymisen riskiä (Kallio & Hakovirta 2020; Ristikari ym. 2018). Lapsuudessa koettu taloudellinen niukkuus lisää toimeentulo-ongelmien todennäköisyyttä aikuisena: pienituloisuus periytyy sukupolvelta toiselle muita tulotasoja vahvemmin (Sirniö ym. 2013).

### Toimenpide-ehdotuksia:

- Lapsiperheköyhyyden vähentämisen ja lapsiperheiden hyvinvoinnin edistämisen kannalta olennaista on paitsi lasten huoltajien työllisyyden parantaminen ja työn ja perheen yhteensovittamisen helpottaminen, myös sosiaaliturva- ja palvelujärjestelmän kyky vastata toimeentulovaikkeitä kokevien lapsiperheiden tilanteisiin.
- Työn ja perheen yhteensovittamista edistävät edullinen ja laadukas varhaiskasvatus ja vuorohoito sekä koululaisten aamu- ja iltapäivätoiminta. Sosiaaliturvassa on merkitystä etuukseen tasolla, indeksisidonnaisuudella sekä erilaisilla lapsikorotuksilla.
- Lasten osallisuutta ja yhdenvertaisuutta voidaan tukea maksuttomalla harrastustoiminnalla.

### 3.3 Perusturvan riittävyys

#### Pääkohdat:

- Perusturvan saajien tulotaso on kasvanut suhteessa yleiseen hinta- ja ansiotasoon hallituskauden 2019–2023 aikana.
- Työttömän, sairaan ja vanhempainvapaalla olevan perusturvan nykytaso ei mahdollista täysipainoista osallistumista yhteiskuntaan. Perusturvan nykytaso ei siis näissä elämäntilanteissa, ilman muita resursseja, riitä nostamaan kotitalouksia pois köyhyydestä.
- Suomen perus- ja vähimmäisturvan taso on ostovoimaltaan elämäntilanteesta riippuen vähintään ylempää keskitasoa muihin Euroopan maihin verrattuna.
- Perusturvaa saavat kotitaloudet ovat laskennallisesti oikeutettuja perustoimeentulotukeen pienilläkin asumismenoilla, mikä on pääsyy siihen, että monet saavat toimeentulotukea pitkäaikaisesti. Perustoimeentulotuki on kuitenkin tarkoitettu lyhytaikaiseen käyttöön eli tässä suhteessa järjestelmä ei toimi tarkoituksenmukaisesti.

Perusturva tarkoittaa perustoimeentuloa, jota henkilö saa työttömänä, sairaana, työkyvyttömänä, vanhuuden aikana, vanhempainvapaalla ollessaan sekä huoltajan menetyksen yhteydessä. Vähimmäisturvalla sen sijaan viitataan välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon, käytännössä kyse on toimeentulotuesta. On pitkälti poliittinen arvovalinta, mikä katsotaan riittäväksi perusturvan tasoksi.

Vuoden 2021 lopussa pelkkää työeläkettä sai 64 prosenttia omaa eläkettä saavista (ei perhe-eläke tai osa-aika-eläke) ja pelkästään kansaneläkettä (ja takuueläkettä) kuusi prosenttia eläkkeensaajista. Eläkeläisiä oli noin 1,6 miljoonaa. Takuueläkkeen taso vuonna 2023 oli 922,42 € kuussa. Se on vähimmäiseläke henkilölle, jonka kaikki eläkkeet ennen verotusta jäivät alle tuon tason. Hallituskauden aikana 2019–2023 etuuksien bruttomäärien ostovoima pääasiassa parantui hieman. Työttömyysetuuksiin, eläkeläisen perusturvaetuuksiin ja sairausvakuutuksen vähimmäismäärisiin päivärahoihin tehtiin erilliskorotus vuonna 2020. Kiihtyvä inflaatio vähensi kuitenkin etuuksien ostovoimaa loppukaudella, vaikka etuuksiin tehtiin lakisääteisiä indeksikorotuksia. Lapsilisä, jota ei ole sidottu indeksiin, menetti ostovoimaansa hallituskauden aikana.

Perusturvan riittävyyttä arvioitaessa on käytetty suuntaa antavana mittatikkuna erityisesti viitebudjetteja, jotka kuvastavat vähimmäiskulutustasoa Suomessa (ks. Luku 3.1). Myöskin köyhyys määritellään usein siten, että perheellä ei ole riittävästi resursseja osallistua yhteiskuntaan täysipainoisesti. Viitebudjetti on läpinäkyvä tapa asettaa kriteerejä riittäväälle osallistumiselle, mutta myös viitebudjetin taso riippuu jonkin verran käytetystä laatumismenetelmästä. Lokakuun 2022 tasolla laskettuna vähimmäiskulutustaso oli yksinasuvalla työikäisellä (alle 45 v.) naisella 623 euroa kuussa, samanikäisellä parilla 1148 euroa ja kahden vanhemman ja lapsen perheellä 1804 € ilman liikkumisesta aiheutuvia kuluja, joihin elämäntilanteesta riippuen lasketaan menevän 100–200 euroa. Miesten viitebudjetteihin lasketaan hiukan suuremmat ruokakulut.

Tehtyjen esimerkkilaskelmien perusteella työmarkkinatuki, peruspäiväraha ja vähimmäismääräiset sairaus-, kuntoutus- ja vanhempainpäivärahat yhdessä asumistuen ja mahdollisen lapsilisän ja elatustuen kanssa eivät riitä kattamaan viitebudjettien mukaista kulutustasoa (Perusturvan riittävyyden IV arviointiryhmä 2023). Eläkeläisen perusturva riittää kattamaan menot yleisimmissä tilanteissa, sillä se on tasoltaan jonkin verran korkeampi kuin esimerkiksi työttömän, sairaan tai vanhempainvapaalla olevan perusturva. Eri perhetyypeistä perusturva riittää parhaiten yksinhuoltajilla, ja heikommin kahden aikuisen ja kahden lapsen perheellä. Mitä vanhempia lapset ovat, sitä huonommin perusturva kattaa kulut. Muut perhetyypit sijoittuvat näiden kahden ryhmän väliin.



Alueellisesti perusturva riittää heikoimmin suurissa kaupungeissa, joissa on korkeat asumiskustannukset. Toimeentulotuki tasaa näitä alue-eroja, sillä se korvaa vähävaraisten kohtuulliset asumismenot kokonaan. Toimeentulotuki huomioidenkin useimpien perusturvaa saaneiden kotitalouksien tulot jäävät alle viitebudjetin. Asumismenot huomioiden työmarkkinatuen varassa elävä yksinasuva saa tuloja 89–90 prosenttia viitebudjetista. Kahden huoltajan ja kahden lapsen perheen tulot jäävät 85 prosenttiin viiterajasta, (yhden lapsen) yksinhuoltajan tulot sen sijaan ylittävät viiterajan, työmarkkinatuen varassakin tulot ovat 109 prosenttia viitebudjetista.

Perustoimeentulotuki on tarkoitettu lyhytaikaiseen käyttöön, minkä takia siitä ei korvata kotitalouden kestokulutushyödykkeitä kuten elektroniikkaa tai huonekaluja. Käytännössä kuitenkin perusturvan saajat ovat oikeutettuja perustoimeentulotukeen jo kohtuullisillakin asumismenoilla. Siksi iso joukko saa toimeentulotukea pitkäaikaisesti, mikä viittaa siihen, että järjestelmä ei toimi tarkoituksenmukaisesti. Käyttötarvikkeisiin voi hakea täydentävää toimeentulotukea, joka perustuu tarveharkintaan. Tällainen tarveharkintaan pohjautuva menettely ei ole järkevä tapa järjestää sosiaaliturvaa pitkällä aikavälillä.

Suomen perus- ja vähimmäisturvan taso on kansainvälisesti tarkasteltuna kärki- tai ylempää keskitasoa riippuen perhemuodosta ja elämäntilanteesta. Työttömän ja eläkeläisen vähimmäis- ja perusturvan taso sijoittuu vertailussa sijoille 2–7 riippuen kotitaloustyyppistä. Suomen sijoitus oli erityisen hyvä, kun tarkasteltiin nuoren eli 19-vuotiaan yksinasuvan työttömän vähimmäisturvan ostovoimaa. Esimerkkilaskelmissa Suomen sijoitus oli heikoin, kun tarkasteltiin 40-vuotiaan yksinasuvan työttömän vähimmäisturvan ostovoimaa. Vähimmäisturvasta erilliset perusturvaetuudet ovat suomalaiselle sosiaaliturvalle tyypillinen rakenne, jota ei löydy mistään muusta maasta yhtä laajasti. Perusturvaetuudet tarjoavat yleensä työkyvyttömyyden ja vanhuuden turvaa, muttei niinkään työttömyyden, sairauden tai vanhempainvapaan aikana (Iivonen ym. 2022).

Perusturvan vaje suhteessa viitebudjettiin johtuu ennen kaikkea asumismenoista. Perusturvaetus itsessään (mahdollisen lapsilisän ja elatustuen kanssa) kattaa viitebudjetin ilman asumismenoja melko hyvin lähes kaikissa esimerkkiperheissä. Vaje syntyy erityisesti siitä, että yleinen asumistuki kattaa asumismenoista korkeintaan 80 prosenttia ja tyypillisesti paljon vähemmän, koska enimmäisasumismenot ylittyvät valtaosalla kotitalouksista (perusturvaa saavissa esimerkkiperheissä asumistuen korvausaste on 39–74 %). Jäljelle jäävä osuus asumismenoista täytyy kattaa esimerkiksi perusturvaetuudella tai toimeentulotuella.

### Toimenpide-ehdotuksia:

- Yleisen asumistuen korottaminen esimerkiksi hyväksyttävien asumismenojen tasoja tai korvausastetta nostamalla parantaisi perusturvan riittävyttä, koska vaje suhteessa viitebudjettiin johtuu ennen kaikkea asumismenoista. Perusturvaetuuksien tason nostaminen kohdistuisi huonosti asumismenoihin, sillä korotus koskisi kaikkia perusturvan saajia. Ilman laajempaa rakenteellista uudistusta ongelma ei ratkea.
- Perusturvaetuuden tai yleisen asumistuen tason parantamisella on luonnollisesti kääntöpuolensa. Tason parantaminen heikentää työnteon kannustimia ja lisää etuuskustannuksia. Myös asumistukeen voitaisiin luoda sellaisia kompensoivia toimia, jotka eivät kohdistuisi kaikkein pienituloisimpiin talouksiin tai perusturvan saajiin. Näitä voisivat olla esimerkiksi yleisen asumistuen ansiotulovähennyksen tai perusomavastuun vähenemiskertoimen muutokset.

# 4 Terveyden ja hyvinvoinnin eriarvoisuus edelleen suurta

## 4.1 Sosioekonomisen aseman mukaiset erot

### Pääkohdat:

- Sosioekonomiset hyvinvointi- ja terveyserot eivät ole Suomessa ponnisteluista huolimatta vähentyneet.
- Lähes kaikki terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin ongelmat ovat yleisempiä vähän koulua käyneillä ja pienituloisilla kuin korkeasti koulutetuilla ja suurituloisilla.
- Suomessa oli selvät erot menetetyissä elinvuosissa tuloluokkien välillä 25–79-vuotiaassa<sup>1</sup> väestössä vuosina 2018–2020.
- Koulutusryhmäerot koetussa terveydessä ovat pysyneet merkitsevinä yli 30 vuoden aikatarendien tarkastelussa. Myös tulotason mukaiset terveyserot ovat useilla mittareilla arvioituna pysyneet Suomessa 2000-luvulla merkittävinä.
- 2010-luvulla havaitun sosioekonomisten ryhmien välisten elinajanodote-erojen kasvun pysähtyminen ja hienoinen kaventuminen johtui pääosin alkoholiperäisen, tapaturmaisen ja väkivaltaisen kuolleisuuden vähenemisestä alimmassa tuloviidenneksessä erityisesti työikäisillä miehillä.
- Suuret asiakasmaksut ja omavastuuosuudet rajoittavat pienituloisten terveys- ja sosiaalipalvelujen sekä lääkkeiden käyttöä. Tähän tulisi kiinnittää huomiota.

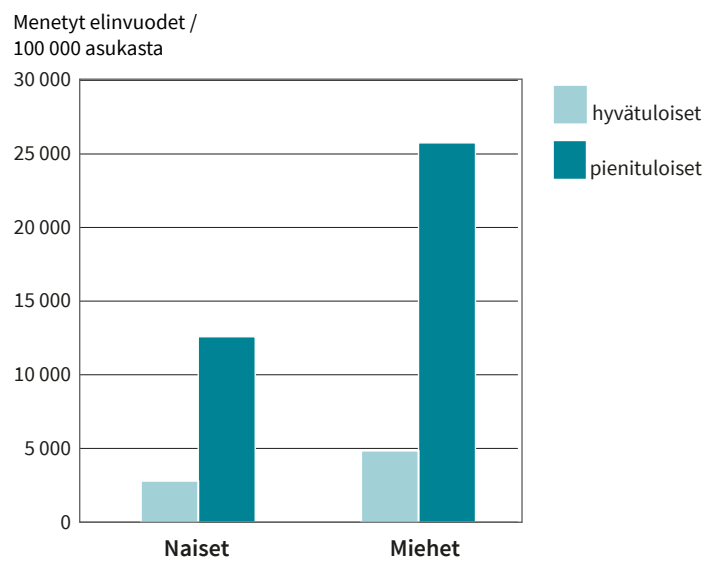
Sosiaalisen aseman mukaista eriarvoisuutta havaitaan mm. koetussa terveydessä, pitkäaikaisessa sairastavuudessa, toiminta- ja työkyvyssä sekä kuolleisuudessa (Koponen ym. 2018; Tarkkainen ym. 2017; Karvonen ym. 2022). FinTerveys 2017 -tutkimuksessa koulutusryhmien välillä on selviä eroja useimpien tarkasteltujen terveyden, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn mittareiden valossa. Erojen suunta on enimmäkseen samanlainen: useimmat ongelmat ovat yleisimpiä perusasteen koulutuksen saaneilla ja harvinaisimpia korkea-asteen koulutuksen saaneilla. Terveyden ja toimintakyvyn koulutusryhmäeroihin vaikuttaa se, että monet terveyden kannalta merkittävät elinoloihin ja työhön liittyvät asiat ovat yhteydessä koulutusasteeseen. (Koponen ym. 2017.)

Koulutusryhmäerot koetussa terveydessä ovat pysyneet merkitsevinä yli 30 vuoden aikatarendien tarkastelussa (Lahelma ym. 2019). Myös tulotason mukaiset terveyserot ovat useilla mittareilla arvioituna pysyneet Suomessa 2000-luvulla merkittävinä (Karvonen ym. 2019). Ennenaikainen kuolleisuus on pienentynyt miehillä kaikissa tuloryhmissä 20 viime vuoden aikana ja naisillakin muissa ryhmissä paitsi pienituloisimmassa viidenneksessä. Tuloryhmien välisten kuolleisuuserojen

<sup>1</sup> Koska alle 25-vuotiaiden sosioekonominen asema ei ole vielä vakiintunut, tarkastelun kohteena on yli 25-vuotiaat, vaikka PYLL-indeksiä usein tarkastellaan kaikissa alle 80-vuotiaiden ryhmissä. Tässä tarkastelussa pienituloisten ryhmään kuuluu alimpaan tuloviidennekseen kuuluvat ja hyvätuloisten ryhmään kuuluu kahteen suurituloisimpaan tuloviidennekseen kuuluvat. Kaksi ylintä tuloviidenneksestä on yhdistetty, jotta pieniin tapausmääriin liittyvän satunnaisvaihtelun vaikutus tuloksiin on voitu vähentää.

kasvu pysähtyi 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen loppupuolella, ja erot ovat sen jälkeen hieman kaventuneet. 2010-luvulla havaitun sosioekonomisten ryhmien välisten elinajanodote-erojen kasvun pysähtyminen ja hienoinen kaventuminen johtui pääosin alkoholiperäisen, tapaturmaisen ja väkivaltaisen kuolleisuuden vähenemisestä alimmissa tuloviidenneksessä erityisesti työikäisillä miehillä. (Tarkiainen ym. 2017.)

Suomessa oli selvät erot menetetyissä elinvuosissa tuloluokkien välillä 25–80-vuotiaassa väestössä vuosina 2018–2020 (Kuva 7). Tuloryhmien välinen ero PYLL-indikaattorilla<sup>2</sup> arvioituna oli naisilla 4,5- ja miehillä 5,4-kertainen suosien hyvätuloisten ryhmää. Tässä tarkastelussa pienituloisten ryhmään kuuluu alimpaan tuloviidennekseen kuuluvat ja hyvätuloisten ryhmään kuuluu kahteen suurituloisimpaan tuloviidennekseen kuuluvat. Kaksi ylintä tuloviidenneksestä on yhdistetty, jotta pieniin tapausmääriin liittyvän satunnaisvaihtelun vaikutus tuloksiin on voitu vähentää. Miesten odotettavissa oleva elinikä on lyhyempi kuin naisten.



**Kuva 7.** Menetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25–80 vuotta/100 000 vastaavan ikäistä vuosina 2018–2020 Suomessa tuloluokittain naisilla ja miehillä. Lähde: THL.

Terveys huononee verrattain tasaisesti koko väestössä sosioekonomisen aseman heikentyessä. Eriarvoistumisen kasvun ehkäisy ja sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen vähentävät palvelutarvetta ja luovat edellytyksiä kustannusten kasvun hillitsemiselle pitkällä aikavälillä.

<sup>2</sup> Eriarvoisuutta terveydessä voidaan tarkastella PYLL-indikaattorilla, joka kuvaa ennen aikaista kuolleisuutta (Potential Years of Life Lost, PYLL). Kuolleisuuteen pohjautuvana indikaattorina se on tärkeä, sillä tiedot saadaan koko väestöstä luotettavasti ja kattavasti. Lisäksi se painottaa erityisesti nuoremmalla iällä tapahtuvia kuolemia, joten se antaa yleistä kuolleisuutta tarkemman kuvan koko väestön terveyden tilasta. Indikaattori on käytössä kansainvälisissä vertailuissa esimerkiksi OECD:ssä ja EU:ssa.

### Toimenpide-ehdotuksia:

- Terveyserojen kaventamisen on jatkossakin syytä pysyä yhteiskuntapolitiikan keskeisenä tavoitteena. Se edellyttää toimenpiteitä eri tasoilla. Tärkeitä ovat kansalliset rakenteelliset ratkaisut, kuten verotukselliset keinot alkoholi-, tupakka-, liikunta- ja ravitsemuspolitiikassa sekä koulutus ja työllistymismahdollisuuksien tasa-arvon edistäminen.
- Kansallisten rakenteellisten toimien lisäksi myös alueelliset toimet elinolojen ja terveyttä edistävien elintapojen valinnan mahdollisuuksien parantamiseksi ovat olennaisia.
- Palvelujen oikeudenmukaisuuden vahvistamiseksi monialaiset palvelut sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhdenvertainen saatavuus ja saavutettavuus on taattava kaikille väestöryhmille ja erityisesti perusterveydenhuollon palveluja on vahvistettava. Tarvitsemme riittävästi terveydenhuollon kiireellisen ja kiireettömän ensikontaktin takaavia perusterveydenhuollon palveluja, vaativampaa hoitoa tarjoavaa erikoissairaanhoidon sekä erikoissairanhoidon jälkeisiä jatkohoitopaikkoja ja tuettuja asumispalveluja. Tiedon liikkuvuutta eri viranomaisten välillä tulisi vahvistaa.
- Eriarvoistumista tulee ehkäistä vahvistamalla heikommassa asemassa olevien kykyä selviytyä. Sosiaaliturvan tulee ottaa joustavasti vastaan silloin, kun ihmiset eivät itse kykene huolehtimaan itsestään tai läheisistään. Tukea on oltava saatavilla niin yksityisen, julkisen kuin kolmannen sektorin toiminnoista.
- Suuret asiakasmaksut ja omavastuuosuudet rajoittavat pienituloisten terveyspalvelujen ja lääkkeiden käyttöä. Erityisen korkeita asiakasmaksut ovat hammashoidossa. Näihin tulee kiinnittää huomiota.

## 4.2 Haavoittuvat väestöryhmät

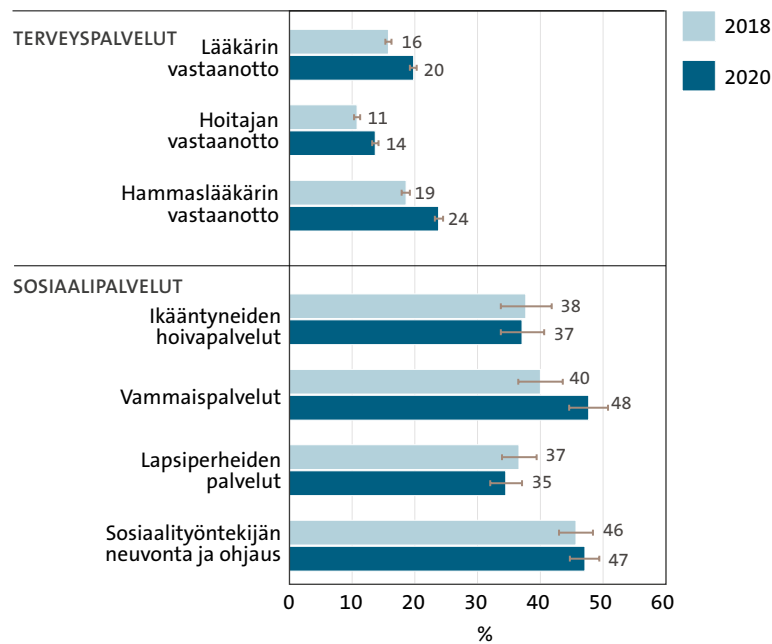
### Pääkohdat:

- Monet väestöryhmät ovat alttiimpia kärsimään erilaisista haitallisista elinoloista ja hyvinvoinnin vajeista kuten syrjinnästä, köyhyydestä, väkivallasta sekä monista terveysongelmista. Yhdenlainen haavoittuvuus voi yhdistyä muihin haavoittuvuuksiin, mikä lisää näiden ryhmien kohtaamia riskejä entisestään.
- Haavoittuvat väestöryhmät jäävät usein ilman riittäviä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja.

Monet väestöryhmät ovat alttiimpia kärsimään hyvinvoinnin vajeista ja ongelmista kuten syrjinnästä, köyhyydestä, väkivallasta sekä monista terveysongelmista. Näin voi olla esimerkiksi jonkin fyysisen vamman, iän, etnisen alkuperän, asunnon puutteen tai päihteiden käytön vuoksi. Tässäkin katsauksessa käsitellään useiden haavoittuvien ryhmien tilannetta. Haavoittuvia väestöryhmiä ovat mm. lapset ja nuoret (Luku 5), maahan muuttaneet ja pakolaiset (Luku 6), ikääntyneet (Luku 7), seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt (Luku 4.4.), köyhät ja pienituloiset (Luku 3), vammaiset ja toimintarajoitteiset henkilöt sekä asunnottomat (Luku 4.6) ja muissa vaikeissa sosiaalisissa tilanteissa olevat henkilöt. Lisäksi yhdenlainen haavoittuvuus linkittyy usein muihin haavoittuvuuksiin, mikä lisää hyvinvoinnin vajeiden riskejä entisestään.

Haavoittuvien väestöryhmien ja heidän tarpeittensa tunnistaminen yhteiskunnassa on ensiarvoisen tärkeää. Heidän hyvinvointiaan tulisi edistää eri keinoin sekä pyrkiä huolehtimaan heidän oikeuksistaan yhteiskunnassa. Ei ole riittävää, että oikeudet on turvattu perustuslaissa ja muussa sääntelyssä, vaan oikeuksien pitää realisoitua myös arkielämässä. Kaikilla ei ole yhtäläisiä valmiuksia perätä oikeuksiaan.

Huolimatta riittävien ja yhtäläisten sosiaali- ja terveyspalvelujen periaatteesta, erityisesti haavoittuvat väestöryhmät uhkaavat jäädä ilman tarvitsemiaan palveluja (Manderbacka ym. 2012;2017; Perälä ym. 2014; Kröger ym. 2019). Hoitoon pääseminen vaatii henkilöltä usein itseltään aktiivista toimintaa, mikä on helpompaa yksilöille, jolla on valmiuksia toimia ja hakeutua palveluihin. Haavoittuviin ryhmiin kuuluvilla ihmisellä ei välttämättä tällaisia valmiuksia ja mahdollisuuksia ole. Nopeasti edennyt palvelujen digitalisaatio ei hyödytä yhtäläisesti kaikkia käyttäjäryhmiä, ja erityisesti haavoittuvat väestöryhmät voivat olla vaarassa syrjäytyä palvelujen digitalisoituessa (Kaihlanen ym. 2021), jos heillä ei ole mahdollisuuksia, kykyjä tai taitoja käyttää niitä. Tämä kuvattu ongelma tuli erityisen näkyväksi koronapandemian aikana, kun palveluissa siirryttiin laajasti ja nopeasti etäpalveluihin (mm. Kestilä ym. 2022). Yleisesti tarkasteltuna palvelujen saatavuus on heikentynyt erityisesti terveyspalveluissa. Sosiaalipalveluissa tilanne on ollut heikko jo pitkään (Kuva 8) ja palvelujen saatavuudessa on selviä väestöryhmittäisiä eroja (Aalto ym. 2022).



**Kuva 8.** Tyydyttymätön palvelutarve terveys- ja sosiaalipalveluissa vuosina 2018 ja 2020. Lähde: FinSote, THL.

Monet yhteiskunnalliset shokit, joista tuoreimpina esimerkkinä koronapandemia, kohdistuvat usein voimakkaimmin heihin, jotka ovat jo valmiiksi haavoittuvimmassa asemassa yhteiskunnassa (mm. Kestilä ym. 2022). Siksi myös tulevaisuuden kriiseihin varautumisessa (Luku 9) tulisi miettiä erikseen sitä, miten heikossa asemassa olevien hyvinvointi ja palvelut turvataan poikkeustilanteessa.

**Toimenpide-ehdotuksia:**

- Palvelujen saatavuutta tulee kehittää siten, että haavoittuvat väestöryhmät saavat asianmukaisia ja heille sopivia ja soveltuvia palveluja.
- Useat haavoittuvat väestöryhmät hyötyvät koulutuksesta ja erilaisten taitojen kehittämisestä, mikä voi edesauttaa selviytymistä arjessa ja työelämässä.
- Haavoittuvassa asemassa olevat väestöryhmät ovat usein taloudellisesti epävakaassa asemassa, köyhiä tai pienituloisia. Sosiaaliturvan kehittäminen, taloudellinen tuki, työllisyyden parantaminen ja työpaikkojen saatavuuden lisääminen kohentavat elinoloja ja mahdollistavat hyvinvointia.
- Yhdenvertaista kohtelua ja osallistumisen mahdollisuuksia yhteiskunnassa tulee parantaa.

### 4.3 Sukupuolten tasa-arvo, yhdenvertaisuus ja osallisuus

**Pääkohdat:**

- Yhdenvertaisuus, sukupuolten tasa-arvo ja perus- ja ihmisoikeudet ovat sosiaalisen kestävyys- ja tukipilareita. Useat indikaattorit kertovat kuitenkin eriarvoisuudesta väestö- ja vähemmistöryhmien välillä.
- Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden tilannekuva eroaa ja erot osin kumuloituvat tarkasteltaessa niitä sukupuolen, koulutustaan, työmarkkina-aseman, syntyperän tai asunpaikan mukaan.
- Osallisuuden kokemus on yhteydessä hyvinvointiin. Sosioekonomisten ja -demografisten ryhmien välillä on eroja osallisuuden kokemuksessa.

Tasa-arvoa edistämällä ja kaikenlaista syrjintää estämällä luodaan sosiaalisesti kestävä, turvallista ja hyvinvoivaa yhteiskuntaa. Yhdenvertaisuus, sukupuolten tasa-arvo ja perus- ja ihmisoikeudet ovat sen tärkeitä tukipilareita. Eri väestö- ja vähemmistöryhmien eriarvoisuudesta kertovat kuitenkin useat indikaattorit. Eri sukupuoliin ja vähemmistöryhmiin kohdistuva välitön, välillinen ja rakenteellinen syrjintä näkyy valtuutetuille tulevien syrjintätapausmäärien kasvuna. Samaan aikaan lakiin perustuvat edistämistoimet jäävät kokonaan tekemättä tai heikoiksi. Esimerkiksi kunta vain noin puolella on toimintaansa koskevat edistämissuunnitelmat.

Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden tilannekuva eroaa ja erot osin kumuloituvat tarkasteltaessa niitä sukupuolen, koulutustaan, työmarkkina-aseman, syntyperän tai asunpaikan mukaan. Esimerkiksi tuloerojen vaikutus menettelyihin elinvuosiin on miehillä voimakkaampaa kuin naisilla. Tytöt raportoivat huomattavasti poikia enemmän mielenterveysongelmia, ja toisaalta pojat raportoivat tyttöjä useammin, etteivät ole yrittämisestä huolimatta päässeet kouluterveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolle. Sateenkaarinuoret voivat useilla mittareilla cis- ja heteronuoria huomattavasti huonommin ja terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolle pääsyn hankaluudet ovat vähemmistöryhmiin kuuluvilla nuorilla muihin verrattuna yleisempiä.

Osallisuuden kokemus jakautuu epätasaisesti. Osallisuuden kokemus on yhteydessä hyvinvointiin, terveyteen, siviilisäättyyn, ammattiasemaan ja koulutustasoon. Erityisesti vastentahtoinen joutuminen pois työelämästä heikentää osallisuutta. Työttömillä on huomattavasti heikompi osallisuuden kokemus kuin työssäkäyvillä tai yrittäjillä. Työttömistä noin 25 prosenttia ja työkyvyttömistä 21 prosenttia kokee erittäin heikkoa osallisuutta. Erittäin heikkoa osallisuutta kokevien osuudet väestöryhmissä kertovat ihmisten erilaisista mahdollisuuksista vaikuttaa omaan hyvinvointiinsa. (Leemann ym. 2022). Nuorilla, etenkin seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvilla, talou-

dellisiä vaikeuksia sekä heikompaa terveyttä kokevilla, on muita heikompi osallisuus. Lisäksi osallisuuden kokemus heikentyi koronapandemian aikana heillä muita nuoria enemmän (Leemann & Virrankari 2022). Myös koulussa muita kiusaavilla on todettu olevan muita heikompi osallisuuden kokemus (Virrankari ym. 2020).

### Toimenpide-ehdotuksia:

- **Yhdenvertaisuutta palveluissa ja etuuksissa edistettävä:** Sote-palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden, saavutettavuuden, laadun ja vaikuttavuuden parantaminen on sisällytettävä osaksi palvelujen kehittämistä ja arviointia. Hyvinvointialueiden yhdenvertaisuus- ja tasa-arvosuunnittelua tulee tukea ja kaikissa henkilöstöön vaikuttavissa muutoksissa toteuttaa sukupuolivaikutusten arviointi. Kuntia ja hyvinvointialueita tulee tukea palvelujen yhteiskiekkittämisessä asukkaiden ja asiakkaiden kanssa. Sosiaaliturvauudistuksessa tulee asettaa yhdenvertaisuutta ja sukupuolten tasa-arvoa koskevat konkreettiset tavoitteet ja edistää niitä aktiivisesti sekä huomioida osallisuuden edistäminen siten, että sosiaaliturva kannattelee ja tarjoaa näkymiä vaikeuksien yli, luoden kohtuulliset mahdollisuudet osallistua vallitsevaan elämäntapaan.
- **Risteävää eriarvoisuutta ja syrjintää vähennettävä:** Säännöllistä tiedontuotantoa ja analyysia risteävistä eroista ja syrjinnästä tulee vahvistaa osana tietoon perustuvaa päätöksentekoa. Tilannekuvan perusteella tulee luoda vaikuttavampia hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden eriarvoisuuden kaventamisen ratkaisuja sekä tavoitteellisia ja suunnitelmallisia toimia ja rakenteita yhdenvertaisuuden ja sukupuolten tasa-arvon edistämiseksi.
- **Tasa-arvo- ja yhdenvertaisuuspolitiikan vaikuttavuutta parannettava:** Tulee laatia vaikuttavampia yhdenvertaisuus-, tasa-arvo- sekä perus- ja ihmisoikeustoimintaohjelmia ja varmistaa, että ne muodostavat keskenään selkeän ja toimivan kokonaisuuden. Yhdenvertaisuus ja sukupuolten tasa-arvo tulee asettaa kansallisiksi prioriteeteiksi, jotka läpäisevät eri politiikka-alueet, yhteiskunnalliset uudistukset sekä säädösvalmistelun, budjetoinnin ja muut hallinnon avainprosessit. Yhdenvertaisuus- ja tasa-arvosuunnittelua sekä ihmisiin kohdistuvien vaikutusten ennakoarviointia on tärkeä tukea kaikilla hallinnon tasoilla. Työssä tulee ottaa huomioon erityisesti haavoittuvassa asemassa olevat väestöryhmät sekä intersektionaaliset tarkastelut.
- **Pitkäjärjestyksiä työtä sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen oikeuksien turvaamiseksi jatkettava:** Eduskunnan vahvistaman translain ulkopuolelle jäivät translapset ja -nuoret sekä intersukupuolisten ihmisten hoitokäytäntöjen arviointi. Heidän osaltaan työtä on tärkeää jatkaa riippumattomaan ja perusteelliseen asiantuntijatyöhön pohjautuen. Mahdollisuutta kolmannen juridisen sukupuolen käyttöönottoon osana väestötietojärjestelmää koskevaa uudistusta on tarkateltava. Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen aseman edistämiseksi tarvitaan koordinoitu ja vaikuttava sateenkaaripoliittinen toimintaohjelma tai toimenpiteitä osana muita ohjelmia.
- **Sääntelyn toimivuutta arvioitava:** Kansallista syrjinnän vastaisen lainsäädännön toimivuutta tulee arvioida ja kehittää hallinnonalojen rajat ylittäen kokonaisuutena ja tasatahtisesti. Yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolait eroavat nykyisellään toisistaan viranomaisten suunnittelu- ja edistämismittareiden osalta, mikä aiheuttaa epäselvyyttä toimeenpanoon ja sukupuolivähemmistöjen aseman edistämismittareita tasa-arvolaisissa on muita heikompi. Lakien toimivuutta arvioitaessa tulee tarkastella vaikutuksia ja lainsäädännön muutostarpeita myös suhteessa sellaisiin moniperusteista syrjintää koskeviin tilanteisiin, joissa sukupuoli on yksi syrjintäperusteista.
- **Sosiaalisesti kestävä yhteiskunnan rakentaminen edellyttää osallisuuteen panostamista.** Eriarvoisuuden kaventamisessa ja sosiaalisesti kestävä yhteiskunnan luomisessa on tärkeää edistää heikommassa asemassa olevien osallisuutta.

## 4.4 Alueellinen eriarvoisuus

### Pääkohdat:

- Terveyden ja hyvinvoinnin alue-erot ovat suuret ja noudattavat perinteistä Itä-Länsi -jakoa, vaikka suomalaisten terveys onkin keskimäärin parantunut 2000-luvulla.
- Terveimmät suomalaiset asuvat pääkaupunkiseudulla ja Pohjanmaalla ja sairaimmat Pohjois-Savossa, Pohjois-Pohjanmaalla ja Pohjois-Karjalassa. Suurimmat alue-erot ovat tuki- ja liikuntaelinsairastavuudessa ja mielenterveydessä.
- Alue-erot terveydessä ja hyvinvoinnissa heijastavat alueiden väestörakennetta ja heijastuvat palvelutarpeisiin.

Hyvinvointialueittain tarkasteltuna Suomessa oli edelleen vuosina 2019–2021 selvät alueelliset erot menetetyissä elinvuosissa ikävälillä 0–80 vuotta. Menetettyjä elinvuosia oli Itä- ja Pohjois-Suomen alueella pääsääntöisesti enemmän kuin Länsi- ja Etelä-Suomessa. Elinvuosia menetettiin miehillä eniten Itä- ja Pohjois-Suomen alueella ja PYLL-luvut<sup>3</sup> olivat korkeimmat Kymenlaakson, Pohjois-Karjalan, Etelä-Savon ja Kainuun hyvinvointialueilla. Naisilla PYLL-luvut olivat korkeimmat Kainuun, Kymenlaakson, Lapin ja Päijät-Hämeen hyvinvointialueilla. Menetettyjä elinvuosia oli miehillä selvästi enemmän kuin naisilla ja alueelliset erot olivat myös miehillä naisia suurempia.

THL:n sairastavuusindeksin avulla voidaan tarkastella sairausrhymittäisiä alue-eroja. Tuoreimmat hyvinvointialueiden eroja kuvaavat tiedot ovat vuosilta 2017–2019. Niiden mukaan suurimmat sairausrhymittäiset alue-erot havaitaan tuki- ja liikuntaelinsairauksissa, vakavissa mielenterveyden häiriöissä, sepelvaltimotaudissa sekä tapaturmissa, kun ikärakenteiden erot on otettu huomioon. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat yleisimpiä Pohjois-Savossa, jossa indeksi-arvo 157 (koko maa = 100) on yli kolmikertainen verrattuna matalimman tuki- ja liikuntaelinsairastavuuden alueisiin, Helsinkiin (50) ja Länsi-Uusimaahan (57). Myös Kainuussa (144), Pohjois-Pohjanmaalla (142) ja Pohjois-Karjalassa (141) tuki- ja liikuntaelinsairausindeksin arvo on korkea. Vakavat mielenterveyden häiriöt ovat yleisimpiä Pohjois-Savossa (145) ja vähäisimpiä pääkaupunkiseudun ja Pohjanmaan hyvinvointialueilla (Itä-Uusimaa 73, Länsi-Uusimaa 80, Pohjanmaa ja Helsinki 81 sekä Vantaa-Kerava 82).

Hyvinvointialueiden väliset erot ovat selkeät myös sepelvaltimotauti-indeksissä (vaihteluväli 76–133) ja tapaturmaindeksissä (vaihteluväli 79–132). Sepelvaltimotautia todetaan eniten Etelä-Karjalassa (133), Pohjois-Savossa (129) ja Keski-Pohjanmaalla (127). Sairaalahoittoa edellyttäviä tapaturmia on puolestaan eniten Pohjois-Karjalassa (132). Sen sijaan aivoverisuonitaudit ja syöpätaudit jakaantuvat melko tasaisesti koko maassa. Yli 50 000 asukkaan kaupunkien vertailussa sairastavuus on suurinta Kuopiossa (125), Oulussa ja Kotkassa (113), pienintä Espoossa (75) ja Helsingissä (80). Vaikka suurimman sairastavuuden kaupunkien tilanne näyttää johtuvan osittain eri sairauksista, yhteistä on se, että tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä vakavat mielenterveyden häiriöt ovat niissä keskimääräistä yleisempiä.

Sosiaaliseen hyvinvointiin, kuten sosiaalisiin suhteisiin tai identiteettiin liittyvät alueelliset erot ovat muutama vuosi sitten tehdyn kartoituksen perusteella pienemmät kuin terveyteen liittyvät erot (Karvonen 2019). Vertailussa tarkasteltiin maakuntien välisiä eroja. Toistaiseksi ei ole käytettävissä hyvinvointialueiden välisiä eroja kuvaavia tietoja sosiaalisessa hyvinvoinnissa.

<sup>3</sup> Eriarvoisuutta terveydessä voidaan tarkastella PYLL-indikaattorilla, joka kuvaa ennen aikaista kuolleisuutta (Potential Years of Life Lost, PYLL). Kuolleisuuteen pohjautuvana indikaattorina se on tärkeä, sillä tiedot saadaan koko väestöstä luotettavasti ja kattavasti. Lisäksi se painottaa erityisesti nuoremmalla iällä tapahtuvia kuolemia, joten se antaa yleistä kuolleisuutta tarkemman kuvan koko väestön terveyden tilasta. Indikaattori on käytössä kansainvälisissä vertailuissa esimerkiksi OECD:ssä ja EU:ssa.



Alue-erojen taustalla on todennäköisesti paitsi väestön terveydentilaan, terveystyytymiseen ja elinoloihin liittyviä alueellisia eroja, myös eroja palvelujärjestelmän toiminnassa sekä rakenteellisia tekijöitä, kuten alueen palvelujärjestelmään ja sosioekonomiseen rakenteeseen liittyviä eroja. Työttömyys, taloudellinen tilanne ja koulutustaso heijastuvat ihmisten hyvinvointiin ja terveyteen.

#### Toimenpide-ehdotuksia:

- Alueellisen eriarvoisuuden kaventaminen edellyttää, että resursseja suunnataan etenkin niille alueille, missä sairastavuuden ja kuolleisuuden taso sekä eriarvoisuus on suurinta.
- Palvelujärjestelmän kykyä tarjota väestölle tarpeenmukaisia palveluja yhdenvertaisesti on tarpeen kehittää riskiryhmien tunnistamiseksi ja sairauksien ennaltaehkäisyn ja hoidon tehostamiseksi.
- Palvelujärjestelmää on kehitettävä tehtyjen hallinnollisten integraatioiden lisäksi ja alueiden tulee kiinnittää huomiota myös toiminnallisiin muutoksiin sosiaali- ja terveystaloudellisuudessa.
- Menetettyjen elinvuosien määrän ja niissä esiintyvien erojen kehittyminen kertoo pidemmällä aikavälillä myös voimavarojen kohdentamisen ja tehtyjen toimien onnistumisesta.

## 4.5 Kaupunkiseutujen segregaatiokehitys

#### Pääkohdat:

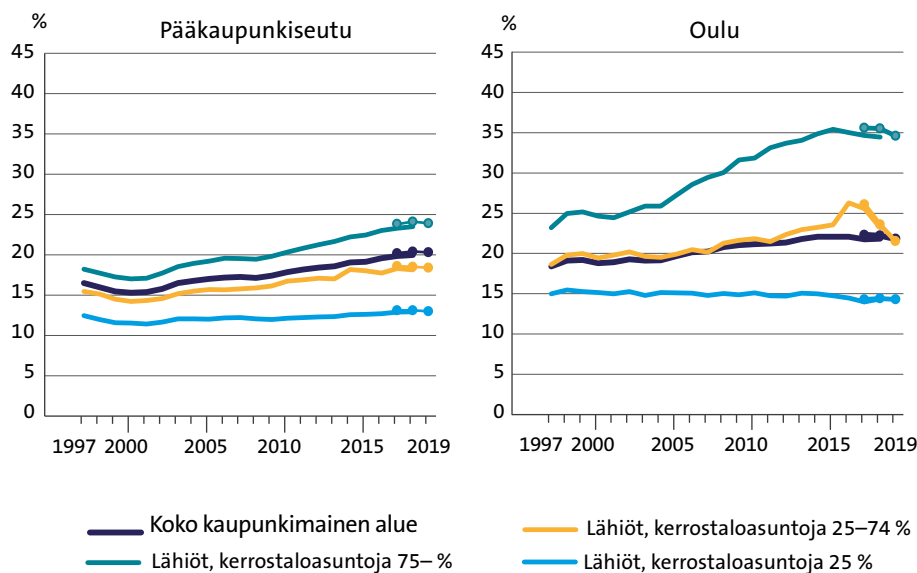
- Kuntien välillä pienituloisten osuus vaihteli viiden ja 30 prosentin välillä. Väestöstä pienituloisia oli 13 prosenttia vuonna 2021, kun pienituloisuus tarkoittaa asutokunnan käytettävissä olevien tulojen jäämistä alle 60 prosenttiin väestön mediaani- eli keskituloista.
- Pienituloisuuden erot kerrostalolähiöiden ja pientaloalueiden välillä ovat kasvaneet vuosi vuodelta 1997–2019. Kerrostalolähiöiden pienituloisuuden kasvu johtuu varsinkin muuttoliikkeestä. Nopeasti kasvaneen pienituloisuuden alueille erityistä on keski-ikäisten parempituloisten muuttotappio.
- Suurten kaupunkien sisällä pienituloisuuden kehitys on vahvassa yhteydessä asutokannan eroihin alueiden välillä.

Pienituloisten osuus väestöstä vaihtelee alueittain siten, että pienituloisuus on yleisempää Itä- ja Pohjois-Suomessa ja maaseutumaisilla alueilla kuin Etelä- ja Länsi-Suomessa ja kaupunkimaisilla alueilla (Ilmarinen & Kauppinen 2018). Myös yliopistokaupungeissa on paljon pienituloisia opiskelijoiden vuoksi. Pääkaupunkiseudu on tästä poikkeus siten, että opiskelijoiden määrä on suuri, mutta väestöosuus pienempi kuin muissa yliopistokaupungeissa. Kaikkiaan pienituloisia oli 13 prosenttia väestöstä vuonna 2021, kun pienituloisuus tarkoittaa asutokunnan käytettävissä olevien tulojen jäämistä alle 60 prosenttiin väestön mediaani- eli keskituloista (ks. Luku 3.1). Kuntien välillä pienituloisten osuus vaihteli viiden ja 30 prosentin välillä (Tilastokeskus 2023). Maaseutumaisten alueiden halvempi asuminen tasoittaa pienituloisuuden alue-eroja (Ilmarinen & Kauppinen 2018).

Pienituloisuus heijastuu lapsiperheiden ja sitä kautta lasten elämään monin tavoin. Lasten pienituloisuusaste oli vuonna 2021 koko maassa 12 prosenttia (ks. Luku 3.2). Kuntien väliset erot olivat suuria: pienituloisissa kotitalouksissa elävien lasten osuus vaihteli kolmen ja 30 prosentin välillä (Tilastokeskus 2023). Osuus oli yli viidenneksen 21 kunnassa

Ikäkkäiden tulotasolla on merkitystä esimerkiksi erilaisten palvelujen tarpeen ja käytön kannalta. Ikääntyneiden (65+ v.) pienituloisuudessa on selviä eroja hyvinvointialueiden välillä siten, että pienituloisuus on keskimäärin yleisempää alueilla, joilla ikääntyneiden osuus väestöstä on suuri (Nevanto ym. 2023). Yhteys selittyy luultavasti alueiden elinvoimaisuuteen liittyvillä tekijöillä, etenkin kaupunkimaisuudella: ikääntyneiden pienituloisuus on yleisempää maaseutumaisilla alueilla. Pienituloisten toimeentulo on erityisen tiukoilla kalliin asumisen alueilla, mikä lisää asumis- ja toimeentulotuen tarvetta.

Pienituloisuus vaihtelee huomattavasti myös kuntien *sisällä*. Tuoreita tietoja on suurten kaupunkien lähiöalueiden eroista. Pienituloisuuden erot kerrostalolähiöiden ja pientaloalueiden välillä ovat kasvaneet vuosina 1997–2019 (Kauppinen & Mukkila 2022). Kehitys kuitenkin vaihtelee kaupunkien välillä, joten kerrostalolähiöt eivät ole kaikkialla huono-osaistuneet samalla tavoin (Kuva 9). Taustalla ovat muun muassa kaupunkien ja kaupunginosien erot asuntokannan kerrostalovaltaisuudessa ja ARA-vuokra-asuntojen osuudessa. Maahan muuttaneet näkyvät suurten kaupunkien lähiöiden pienituloisuudessa yhä enemmän, mikä johtuu siitä, että maahan muuttaneita on aiempaa enemmän. Itse asiassa pienituloisuus on maahan muuttaneiden keskuudessa selvästi vähentynyt useimmilla nopeasti kasvaneen pienituloisuuden alueillakin.



**Kuva 9.** Alimpaan tuloviidennekseen kuuluvien osuus 25–59-vuotiaista pääkaupunkiseudulla ja Oulussa keskusta-alueen ulkopuolisilla kaupunkimaisilla alueilla vuosina 1997–2019 kerrostaloasuntojen osuuden mukaan. Lähde: Kauppinen & Mukkila 2022.

Kerrostalolähiöiden pienituloisuuden kasvu johtuu varsinkin muuttoliikkeestä (Kauppinen & Karhula 2023). Kerrostalolähiöihin muuttavat usein etenkin lapsettomat nuoret aikuiset, kuten opiskelijat, mikä lisää pienituloisuutta näillä alueilla. Halvemmat alueet ovat asumisuran alussa tärkeitä asuinpaikkoja. Pienituloisuus kasvaa kuitenkin nopeimmin niissä kerrostalolähiöissä, joissa koetaan keski-ikäisten työllisten muuttotappiota. Tässä on kyse erityisesti suomalaistaustaisista.

### Toimenpide-ehdotuksia:

- Pienituloisuuden alueellisiin eroihin voidaan pyrkiä vaikuttamaan kehittämällä alueita ja hillitsemällä tuloeroja. Alueellisen eriytymisen hillitseminen voi edellyttää tiettyjen pienituloisten alueiden kehittämistä mm. niiden vetovoimaisuuden edistämiseksi. Lisäksi tarvitaan toimenpiteitä esimerkiksi asuntotuotannossa, jotta eri väestöryhmillä olisi valinnan mahdollisuuksia asuinurallaan. Myös asumisuralla etenemisen esteitä, kuten asuntomarkkinoilla ilmenevää syrjintää, tulisi vähentää. Valinnan mahdollisuudet riippuvat olennaisesti myös tuloeroista, joiden kehitys vaikuttaa pitkällä tähtäimellä myös väestörakenteen alueellisten erojen muutoksiin.
- Tarveperusteisella resursoinnilla voidaan tasata väestörakenteen eroista johtuvia eroja palveluntarpeessa. Alueiden väliset erot väestön tulotasossa ilmenevät palveluntarpeiden eroina. Esimerkiksi sosiaali- ja terveystarpeiden resursointi on tasapuolisempaa, mikäli siinä otetaan – myös hyvinvointialueiden sisällä – väestörakenteeseen liittyvät haasteet huomioon, muutenkin kuin ikärakenteen osalta. Kouluissa ja varhaiskasvatuksessa puolestaan voi olla erilaisia haasteita väestörakenteesta riippuen, jolloin nämä haasteet huomioon ottaen resursointi voi tasoittaa eroja lapsille ja nuorille merkityksellisten ympäristöjen kyvyssä tukea heidän hyvinvointiaan.
- Asumisen kysyntä- ja tarjontatukiin tehtävät muutokset voivat vaikuttaa alueellisen eriytymisen voimakkuuteen, esimerkiksi rajoittamalla pienituloisten ulottuvilla olevia asuinpaikkoja. Tämän vuoksi alueellisen eriytymisen näkökulmaan olisi syytä kiinnittää huomiota suunniteltaessa näitä tukia koskevaa politiikkaa.

## 4.6 Asunnottomuus

### Pääkohdat:

- Vuoden 2022 marraskuussa Suomessa oli ARA:n kunnille suunnatun kyselyn mukaan 3686 yksin elävää asunnottomia ja 155 asunnottomia perhettä tai pariskuntaa. Asunnottomien kokonaismäärä on kyselyjen perusteella laskenut vuoden 2012 jälkeen joka vuosi.
- Asunnottomuusriskin on todettu laajentuneen 2010-luvulla koskemaan aiempaa useampia väestöryhmiä, esimerkiksi nuoria ja maahan muuttaneita.
- Asunnottomuus keskittyy suuriin kaupunkeihin.

Vuoden 2022 marraskuussa Suomessa oli Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARA:n kunnille suuntaaman kyselyn perusteella 3686 yksin elävää asunnottomia ja 155 asunnottomia perhettä tai pariskuntaa (ARA 2023). Pitkäaikaisasunnottomia oli 1133. Yli kaksi kolmasosaa yksinelävistä asunnottomista majoittuu tilapäisesti tuttavien tai sukulaisten luona. Asunnottomien kokonaismäärä on ARA:n kyselyjen perusteella laskenut vuoden 2012 jälkeen joka vuosi. Myös pitkäaikaisasunnottomien määrä on laskenut ainakin vuoden 2008 jälkeen vuosittain lukuun ottamatta vuotta 2020, jolloin määrä kasvoi. Vuosina 2018–2022 yksinelävien asunnottomien määrä on ARA:n tietojen perusteella vähentynyt neljänneksellä. Asunnottomuus keskittyy suuriin kaupunkeihin, ja vuonna 2022 yksinelävistä asunnottomista 42 prosenttia oli pääkaupunkiseudulla.

Asunnottomuusriskin on todettu laajentuneen 2010-luvulla koskemaan aiempaa useampia ihmisryhmiä, esimerkiksi nuoria ja maahan muuttaneita, ja liittyvän yhä enemmän taloudellisiin ongelmiin kuten ylivelkaantumiseen (Pitkänen ym. 2019). Asunnottomuuden kovassa ytimessä ovat

toisaalta Kaakisen (2023) mukaan viime vuosina olleet palvelujärjestelmän marginaalissa tai sen ulkopuolella olevat vakavasti syrjäytyneet moniongelmaiset ja huumeongelmaiset. Asunnottomuutta yleisempi ilmiö suurissa kaupungeissa on asunnon menettämisen uhka. Soveltuvien asuntojen puute on haasteena asunnottomuuden vähentämisessä suunnitellulla tavalla, mutta pelkkä asuntojen määrä ei riitä, vaan tarvitaan erityyppisiin tilanteisiin sopivia asuntoja sekä asumista ja elämähallintaa tukevia palveluja.

Asunnottomuuden vähentymisen taustalla on katsottu olleen Asunto ensin -mallin soveltamisen, laaja-alaisen yhteistyön ja panostuksen ennaltaehkäisevään toimintaan kuten asumisneuvontaan (Kaakinen 2023). Myös asuntoja on ollut aiempaa paremmin saatavilla. Asunnottomuutta on voitu vähentää järjestämällä sekä tuettua että itsenäistä vuokra-asumista. Viime vuosina *Yhteistyöohjelma asunnottomuuden puolittamiseksi vuoteen 2023 mennessä* ja *Asunnottomuutta vähentävien sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisohjelma* ovat luoneet foorumin keskustelulle ja kokemusten vaihdolle sekä kehittäneet toimenpiteitä. Myös asunnottomuuden tilastointia ollaan kehittämässä.

Asunnottomuuden profiilin muutos on korostanut etsivän ja jalkautuvan työn merkitystä marginaalissa elävien ja palvelujen ulkopuolella olevien asunnottomien tavoittamiseksi (Kaakinen 2023). Suurimmassa riskissä ovat ne ihmiset, jotka syystä tai toisesta eivät kykene hakeutumaan palvelujen piiriin.

### Toimenpide-ehdotuksia:

- Asunto ensin -mallin tulee olla edelleen ensisijainen kansallinen ratkaisu. Sen mukaan asunnon tarjoaminen on aina ensisijainen tukitoimi ja vasta sitten seuraavat asumisen onnistumista turvaavat tukipalvelut. Asumisen pysyvyys on edellytyksenä sille, että asunnosta syntyy koti ja toipumisprosessi saattaa alkaa.
- Asunnottomuustyössä kunnissa ja hyvinvointialueilla tulee tähdätä erityyppisten asumisratkaisujen riittävään saatavuuteen, kohtuuhintaisten asuntojen saatavuuden turvaamiseen ja laaja-alaiseen eri toimijoiden väliseen yhteistyöhön.
- Palvelujärjestelmän kehittämisessä oleellista ovat
  - asunnottomille ja asunnottomuuden uhkaa kokeville tarjottavat riittävät palvelut (mm. asumisneuvonta, talous- ja velkaneuvonta, kotiin vietävät palvelut, jalkautuva ja etsivä moniammatillinen työ)
  - proaktiivinen ja etsivä ennaltaehkäisevä työ
  - erityisryhmät huomioon ottava palvelujen kehittäminen
  - hyvinvointialueiden ja kuntien välinen saumaton yhteistyö

# 5 Nuorten mielenterveyden ongelmiin ja hyvinvoinnin polarisoitumiseen puututtava pikaisesti

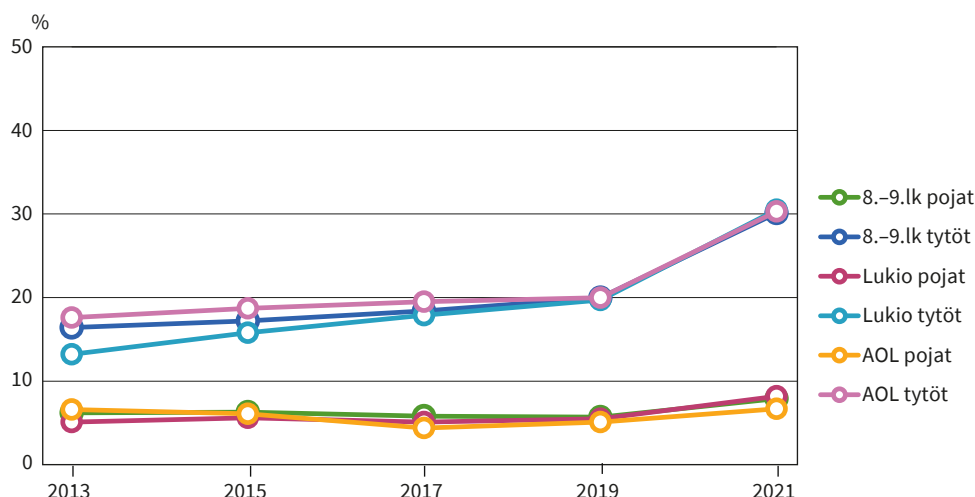
## 5.1 Nuorten mielenterveys ja mielenterveyspalvelut

### Pääkohdat:

- Nuorten masennus- ja ahdistuneisuusoireilu on lisääntynyt ja huumausainekuolemien lisääntyminen (Luku 2.4.) viittaa vakavien päihdeongelmien lisääntymiseen. Kehityskulku alkoi jo ennen koronapandemiaa, mikä vaikeutti tilannetta entisestään.
- Vaikka perusterveydenhuollossa on tehty aktiivista kehittämistyötä, palvelujen saatavuutta heikentävät nuorten perustason mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalveluja tuottavien organisaattiorakenteiden kirjavuus ja heikko koordinaatio. Mielenterveys- ja päihdepalveluja on lisäksi kehitetty erillisinä palveluina, vaikka nuorten vakavat päihdehäiriöt edellyttävät aina kokonaisvaltaista lähestymistapaa.
- Nuorten ikäryhmässä palveluvaje on erityisen suurta. On syytä parantaa nuorisopsykiatrian kapasiteettia, tarjota yhteistyötä ja jakaa osaamista muille tahoille, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon, oppilaitosten, somaattisen sairaanhoidon, aikuispsykiatrian, perhesosiaalityön ja lastensuojelun suuntaan.

Nuorten pahoinvoinnin ja mielenterveysongelmien oletetaan yleisesti lisääntyneen viime vuosina. Väestötutkimuksissa erityisesti tyttöjen masennus- ja ahdistusoireilun on havaittu yleistyneen, kun taas käytös- ja päihdeoireilun esiintyvyys on pysynyt ennallaan tai jopa vähentynyt. Nuorten huumausainekuolemien lisääntyminen viittaa kuitenkin vakavien päihdeongelmien lisääntymiseen. Hoitoon hakeutuminen neuropsykiatristen oireiden vuoksi ja ADHD-lääkityksen käyttö on yleistynyt voimakkaasti. NEET-nuorten (koulutuksen ja työelämän ulkopuolella olevat nuoret) (ks. Luku 5.3) mielenterveysongelmat ovat huomattavan yleisiä.

Kouluterveyskyselyssä havaittiin jo ennen Covid-19-pandemiaa edeltävästi tyttöjen ahdistus- ja masennusoireilun sekä koulu-uupumuksen lisääntyminen (Kuva 10). Pandemia ja siihen liittyneet rajoitustoimet kuormittivat nuorten hyvinvointia ja mielenterveyttä entisestään. Kevään 2021 Kouluterveyskyselyssä tytöistä noin 30 prosenttia ja pojista noin kahdeksan prosenttia raportoi kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuutta. Myös masennusoireilua raportoi yhä useampi nuori. Myös lasten mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet alle 16-vuotiaan vammaistuen valossa. Viimeisen kymmenen vuoden aikana alle 16-vuotiaan vammaistuen saajien määrä on kasvanut huomattavasti sairausryhmässä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt.



Erratum

12.4.2023

Tämä väärä kuvio

on aiemmin ollut kuvio 10 kohdalla.

**Kuva 10.** Kohtalaisen tai vaikean ahdistuneisuuden yleisyys vuosina 2013–2021. Lähde: Kouluterveyskysely.

Koronapandemian aikana nuorten ja nuorten aikuisten *psykkinen kuormittuneisuus ja ahdistuneisuus* lisääntyivät entisestään (Aalto-Setälä ym. 2021, Suvisaari ym. 2022, Linnaranta ym. 2022). Myös opinnot ja työelämä ovat aikaisempaa vaativampia, ja itseohjautuvuutta korostetaan jo peruskoulussa. Lasten ja nuorten kehityksellisistä häiriöistä etenkin aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön eli ADHD:n ja autismitietämisen diagnosointi on yleistynyt huomattavasti 20 vuoden aikana (Altadottir ym. 2015). Myös aikuisia hakeutuu ADHD-tutkimuksiin enenevästi.

Vaikka perusterveydenhuollossa on tehty aktiivista kehittämistyötä, palvelujen saatavuutta heikentävät nuorten perustason mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalveluja tuottavien organisaatioiden kirjavuus ja heikko koordinaatio. Mielenterveys- ja päihdepalveluja on lisäksi kehitetty erillisinä palveluina, vaikka nuorten vakavat päihdehäiriöt edellyttävät aina kokonaisvaltaista lähestymistapaa.

Palvelujärjestelmä huomioi puutteellisesti myös sijoitetut nuoret, joilla mielenterveyspalvelujen tarve ja päihteiden käyttö on muita yleisempää (Kekkonen ym. 2019) sekä NEET-nuoret, jotka eivät ole opiskelu- tai työterveydenhuollon palvelujen piirissä (Karjalainen ym. 2022). Opiskeluhuollon rooli on ristiriitainen: toisin kuin toisen asteen opiskelijoilla, mielenterveyshäiriöiden hoito ei lain mukaan kuulu peruskouluikäisten nuorten opiskeluhuollon tehtäviin. Palvelujärjestelmä ohjaa lisäksi nuoret aikuisten palveluihin kategorisesti täysi-ikäisyyden, ei nuorten kehitystarpeiden perusteella. Perustason palvelujen puutteelliset resurssit heijastuvat erikoissairaanhoidon, jossa nuorten käyntimäärät ovat lisääntyneet huomattavasti viimeisen 10 vuoden aikana.

Mielenterveys pohjautuu pitkälti lapsuuteen ja nuoruuteen, joten etenkin kasautuneet ja vakavat mielenterveyden haasteet elämänsä alussa voivat vaikuttaa myöhempään sosioekonomiseen asemaan ja terveyteen. Eriarvoistumisen kielteinen kierre alkaa usein jo lapsuudessa ja nuoruudessa, ja siksi juuri tähän kehitykseen tulisi puuttua ajoissa. (Vorma ym. 2020.) Lapsuuden mielenterveyden häiriöt ovat yhteydessä sekä äidin että isän koulutustasoon. Korkeammin koulutettujen lapsilla on selvästi vähemmän häiriöitä kuin matalamman koulutuksen saaneiden vanhempien lapsilla. Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys pienenee tuloluokan kasvaessa. Kotitalouden tulojen ja mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyden yhteys on kuitenkin heikompi kuin koulutuksen mukaan. Köyhin viidennes eroaa lineaarisesta yhteydestä, sillä siinä mielenterveyden häiriöitä on vähemmän kuin tuloiltaan toiseksi pienimmässä viidenneksessä. (Niemi & Vaalavuo 2022.)

Vähentämällä lapsiköyhyyttä ja syrjäytymistä sekä muilla tavoin parantamalla haavoittuvassa asemassa olevien lasten ja nuorten tilannetta voidaan vahvistaa lasten ja nuorten mielenterveyttä ja hyvinvointia. Toisaalta havainto siitä, että koulutus on tuloja vahvemmin yhteydessä mielenterveysongelmiin, voi osoittaa, ettei vain perheiden taloudellisen tilanteen parantaminen yksin riitä. Vahva yhteys vanhempien mielenterveysongelmien ja lasten mielenterveysongelmien välillä osoittaa, että perheitä kannattaisi hoitaa kokonaisuutena ja tukea erityisesti mielenterveysongelmista kärsiviä vanhempia. (Niemi & Vaalavuo 2022.)

#### Toimenpide-ehdotuksia (Huikko ym. 2023, ks. myös Aalto-Setälä ym. 2023):

- Mahdollistetaan lakimuutoksien lievien mielenterveyden häiriöiden hoito myös kouluterveydenhuollossa ja varmistetaan siihen tarvittavat resurssit. Muutoksella lisätään matalan kynnyksen hoidon saavutettavuutta ja oikea-aikaisuutta.
- Yhtenäistetään nuorten perus- ja erityistason mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelujen yläikäraja 24 vuoteen. Muutoksella edistetään hoidon saavutettavuutta ja estetään hoitoprosessin ennenaikainen katkeaminen ikävaiheessa, johon liittyy paljon erilaisia kuormitustekijöitä.
- Edistetään näyttöön perustuvaa toimintaa palvelujärjestelmän kaikilla tasoilla (terveydenhuolto, sosiaalipalvelut, KELA). Tuodaan koordinoitusti perus- ja erityistason sotepalveluihin vaikuttavuusnäyttöä omaavia tuki- ja hoitomenetelmiä sekä edistetään menetelmien juurruttamista ja ylläpitoa.
- Vahvistetaan nuorten mielenterveyden lähipalveluja. Perustetaan hyvinvointialueille nuorille (13–24 v) perusterveydenhuollon mielenterveys-, päihde- ja riippuvuushäiriöiden hoidosta vastaavia moniammatillisia työryhmiä. Perustetaan sijoitettujen nuorten mielenterveys- ja päihdepalveluihin keskittyneitä moniammatillisia asiantuntijatyöryhmiä suunnittelemaan ja tukemaan paitsi sijoitettujen nuorten hoitoa, myös heidän kanssaan työskenteleviä ammatillaisia perus- ja erityistasolla.
- Kehitetään NEET-nuorille matalan kynnyksen liikkuva, monialainen ja etsivää työtettä ja omatyöntekijämallia hyödyntävä mielenterveys-, riippuvuus- ja päihdehoidon palvelumalli, joka toimii suunnitelmallisesti yhteistyössä viranomaisten (Kela, TE-toimistot ja TYP), kolmannen sektorin ja paikallisten sivistystoimen palvelujen kanssa.

## 5.2 Nuorten aikuisten mielenterveysperustainen työkyvyttömyys ja sairastavuus

### Pääkohdat:

- NEET-aste on Suomessa korkeampi kuin muissa Pohjoismaissa.
- Pitkään jatkunut kasvu työkyvyttömyyseläkettä saaneiden nuorten määrissä pysähtyi ja kääntyi laskuun vuonna 2021.
- Vuonna 2022 nuoren kuntoutusrahaa sai yhteensä 15 106 henkilöä, mikä oli noin puolet enemmän kuin vuonna 2018. Nuoren kuntoutusrahaa maksetaan eniten mielenterveyteen liittyvien syiden perusteella.

OECD:n tilastojen mukaan NEET-aste<sup>1</sup> 15–29-vuotiailla oli Suomessa vuonna 2021 11,9 prosenttia. Muihin Pohjoismaihin verrattaessa NEET-aste Suomessa oli korkeampi kuin Norjassa (8,4 %), Islannissa (9,4 %) ja Tanskassa (10,9 %) ja samalla tasolla kuin Ruotsissa. NEET-aste Suomessa ja muissa Pohjoismaissa jäi alle OECD-maiden keskiarvon (14,5 %). Työn ja koulutuksen ulkopuolella olevat nuoret ovat heterogeeninen väestöryhmä ja heidän elämäntilanteensa vaihtelevat. Syrjäytymisen riskitekijät ovat tässä väestöryhmässä kuitenkin selvästi yleisempiä, sillä heillä on muita ikäisiään useammin sekä fyysisiä pulmia että mielenterveys- ja päihdeongelmia. Lisäksi NEET-nuoret kohtaavat usein arjen hallinnan, työllistymisen ja toimeentulon vaikeuksia.

Nuoremmissa ikäryhmissä mielenterveysperusteiset sairauspäivärahat ja työkyvyttömyyseläkkeet ovat yleistyneet viimeisen vuosikymmenen aikana. Vuonna 2021 liki 3 000 alle 35-vuotiaasta henkilöä siirtyi työkyvyttömyyseläkkeelle mielenterveyssyistä, mikä tarkoittaa keskimäärin kahdeksaa nuorta joka päivä. Pitkään jatkunut kasvu työkyvyttömyyseläkettä saaneiden nuorten määrissä pysähtyi ja kääntyi laskuun vuonna 2021. Kääntekehyksenä näkyy erityisesti kaikista nuorimmassa, 16–24-vuotiaiden ikäryhmässä. Vuoden 2021 lopussa 1,39 prosenttia 16–24-vuotiaista nuorista sai työkyvyttömyyseläkettä tai määrärahaista kuntoutustukea. Alle 35-vuotiailla vastaava osuus oli 2,01 prosenttia. Vuoden 2022 lopussa 1,35 prosenttia 16–24-vuotiaista nuorista sai Kelasta työkyvyttömyyseläkettä tai kuntoutustukea. Nuorten pääsyä ammatilliseen kuntoutukseen on viime vuosina helpotettu lakimuutoksilla ja yhä useampi nuori on myös ohjautunut Kelan kuntoutusetuuksien saajaksi. (Kela 2023.)

Kelan maksaman kuntoutusrahan saajamäärien kasvua selittää erityisesti vuoden 2019 alusta voimaan tullut lainmuutos nuoren ammatillisesta kuntoutuksesta, joka on helpottanut nuorten pääsyä Kelan järjestämään ammatilliseen kuntoutukseen. Erityisesti matalan kynnyksen NUOTTI-valmennukseen, jossa nuori saa tuekseen henkilökohtaisen valmentajan, on ohjautunut paljon nuoria. Vuonna 2021 nuoren ammatillisen kuntoutuksen palveluja sai 8 406 nuorta. Kuntoutusrahaa nuoren ammatilliseen kuntoutukseen sai vuonna 2021 yhteensä 6 966 nuorta. Kuntoutusrahan saajamäärien kasvua selittää myös nuoren kuntoutusrahan saajien määrän lisääntyminen. Vuonna 2022 nuoren kuntoutusrahaa sai yhteensä 15 106 henkilöä, mikä oli noin puolet enemmän kuin vuonna 2018. Nuoren kuntoutusrahaa maksetaan eniten mielenterveyteen liittyvien syiden perusteella. (Kela 2023.)

Nuoren kuntoutusrahan tavoitteina on varmistaa nuoren ammatillisen kuntoutumisen käynnistyminen ja toteutuminen, parantaa nuoren työllistymisedellytyksiä sekä turvata toimeentuloa. Nuoren kuntoutusrahan myöntämisen sairausperusteet liittyvät yleisimmin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin, hermoston sairauksiin ja synnynnäisiin epämuodostumiin ja kromo-

1 NEET-asteella kuvataan niiden nuorten osuutta ikäluokasta, jotka ovat koulutuksen ja työelämän ulkopuolella.



somipoikkeavuuksiin. Nuoren kuntoutusrahaa saaneista noin neljänneksellä oli vuoden 2021 aikana vähintään yksi voimassa oleva erityiskorvausoikeus, mikä koskee tiettyjä vaikeita ja pitkäaikaisia sairauksia. Nuoren kuntoutusrahan saajien muiden etuuksien ja palvelujen käytön tarkastelu osoittaa, että etuus kohdistuu niille, joille se on tarkoitettukin eli nuorille, joilla on merkittävässä määrin tuen, sairausperusteisten etuuksien ja terveys- ja sosiaalipalvelujen tarvetta. Nuoren kuntoutusrahan saajat käyttävät muita sosiaaliturvaetuksia ja sote-palveluja merkittävästi yleisemmin kuin muut saman ikäiset nuoret. (Kela 2023.)

#### Toimenpide-ehdotuksia:

- Taataan perusasteen tutkinto kaikille nuorille.
- Kehitetään edelleen matalan kynnyksen opiskelu- ja työllistymisvalmiuksia tukevia palveluja ja joustavia palveluihin hakeutumisen prosesseja.
- Tehostetaan nuorten pääsyä terveydenhuollon palveluihin, kuntoutustarpeen tunnistamista ja kuntoutuspalveluihin ohjaamista.
- Seurataan ja tutkitaan tehtyjen nuorten ammatillista kuntoutusta koskevien lainmuutosten ja uudistusten vaikutuksia eri näkökulmista ja monimenetelmällisesti.
- Nostetaan nuoren kuntoutusrahan ikärajaa 30 vuoteen, jotta nuoren toimeentulo olisi turvattu koko kuntoutusprosessin ajan.

### 5.3 Erityistä tukea tarvitsevien lasten, nuorten ja perheiden palvelujen alueellinen epätasa-arvo

#### Pääkohdat:

- Yksinäisyys, ahdistuneisuus ja itsetuhoisuus ovat kodin ulkopuolelle sijoitetuilla selvästi yleisempiä kuin muulla tavoin asuvilla.
- Lastensuojelun asiakkailta on muita suurempi riski syrjäytyä koulutuksesta ja työelämästä.
- Erityistä tukea tarvitsevien lasten, nuorten ja perheiden palveluissa on suurta alueellista epätasa-arvoa.

Kouluterveyskyselyn (2021) mukaan yksinäisyys, ahdistuneisuus ja itsetuhoisuus ovat kodin ulkopuolelle sijoitetuilla selvästi yleisempiä kuin muulla tavoin asuvilla. Sijoitetuista 8.- ja 9.-luokkalaisista 42 prosenttia kokee terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi. Seksuaalisen häirinnän ja seksuaaliväkivallan sekä henkisen ja fyysisen väkivallan kokemukset ovat sijoitetuilla nuorilla yleisempiä kuin muilla, ja vuonna 2021 yleisempiä kuin vuonna 2019. (Saariluoma ym. 2021a; Saariluoma 2021b.) Erot näkyvät myös koulunkäynnissä. Esimerkiksi alakoululaisista sijoitetuista lapsista 9,8 prosentilla oli paljon vaikeuksia oppimiseen liittyvissä taidoissa, kuten kirjoittamisessa, lukemisessa ja/tai laskemisessa, vanhempansa kanssa asuvista vain 3,7 prosenttia (Saariluoma ym. 2021b). Sijoitusten yhteydessä usein esimerkiksi koulu ja muut tukea antavat ammattilaiset vaihtuvat. On huolehdittava siitä, että lapsella tai nuorella on aina mahdollisuus saada tukea luotettavilta aikuisilta ja että tieto kulkee toimijoiden välillä.

Lastensuojelun asiakkailta on muita suurempi riski syrjäytyä koulutuksesta ja työelämästä, joten heidän tarvitsemaansa tukea sekä palvelujen laatua ja saatavuutta on parannettava systemaattisesti läpi koko palvelujärjestelmän. Palvelutarpeen arviointeja sekä lasten ja nuorten avun ja tuen saamista tulee nopeuttaa ja vahvistaa. Erityisenä huolenaiheena on alueellinen eriarvoisuus erityistä tukea tarvitsevien lasten kohdalla. Lastensuojelun palveluntarpeenarvioinnista jonotetaan joillakin alueilla lastensuojelun suunnitelmalliseen työhön (jopa lähes 300 lasta jonossa). Näin ollen lasten hätä voi jäädä piiloon, eikä palveluja voida tarjota oikea-aikaisesti. Tämä lisää kiireellisten sijoitusten määrää ja viimesijaisten palvelujen (huostaanottojen) tarvetta, vaikka kansallisella tasolla uusien huostaanottojen määrä on hieman vähentynyt (Lastensuojelu 2021). Samoilla alueilla työntekijöiden työmäärä ylittää lakisääteiset rajat, mikä lisää kuormitusta, työntekijöiden vaihtuvuutta ja palvelujen laadun heikkenemistä (Suojelu NYT! -hanke 2023). Lastensuojeluun kohdistuvan paineen taustalla on näillä alueilla matalankynnyksen palvelujen ja erityispalvelujen toimimattomuutta, lapsiperheköyhyttä ja puutteita kotoutumisen käytännöissä.

### Toimenpide-ehdotuksia:

- Kehitetään ja varmistetaan kohdennettujen matalankynnyksen palvelujen saatavuus erityistä tukea tarvitseville lapsille, nuorille ja perheille valtakunnallisesti.
- Tulonsiirtoja lapsiperheille ja kotoutumispolitiikan kehittämistä tarvitaan.
- Lastensuojelun palveluprosesseja ja monialaisia toimintatapoja (mm. systeeminen toimintamalli lastensuojelussa (THL 2023a)) kehitetään tutkimusperustaisesti ja levitetään kansallisesti lapsiperhepalveluissa.
- Sijaishuollossa olevien lasten erityispalvelujen (erityisesti päihde- ja mielenterveys) saatavuus ja saavutettavuus varmistetaan.
- Lastensuojelussa työskentelevien pitovoimatekijöitä kehitetään ja vahvistetaan (esim. Lastomalli, Yliruka ym. 2020)
- Palvelutarpeen arviointeja sekä lasten ja nuorten avun ja tuen saamista tulee nopeuttaa ja vahvistaa.

## 6 Syntyperään ja etnisyyteen liittyvät eriarvoisuudet

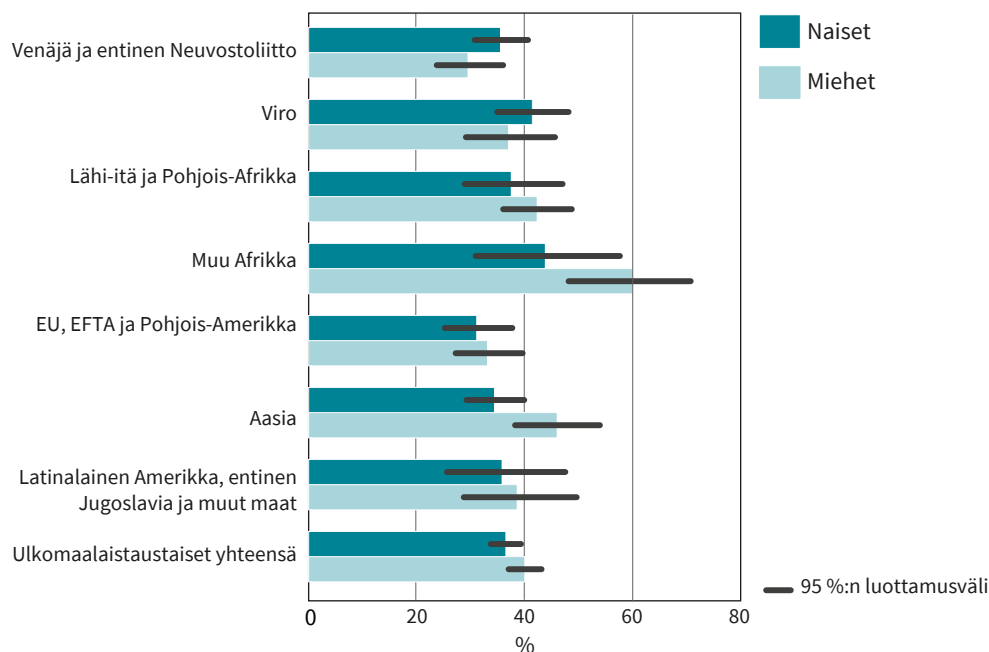
### Pääkohdat:

- Etniset vähemmistöt kokevat runsaasti syrjintää, mikä kuormittaa terveyttä ja hyvinvointia ja aikaansaa monenlaisia kielteisiä yhteiskunnallisia vaikutuksia.
- Ulkomaista syntyperää olevan väestön ja etnisten vähemmistöjen on vaikeampi päästä tiettyjen terveyspalvelujen piiriin, ja niihin päästessään he saavat heikompilaatuisia palveluja muuhun väestöön nähden. Samalla monet palvelutarpeet ovat ulkomaista syntyperää olevalla väestöllä ja etnisillä vähemmistöillä korostuneita ja palvelutarve jää useammin tyydyttymättä.
- Suomi tarvitsee työvoimaa sekä tänne muuttavista että täällä jo asuvista alityöllistyneistä väestöryhmistä. Suomeen muuttaneiden ja etnisten vähemmistöjen työelämään pääsyssä ja siellä mielekkäästi olemisessa sekä yhteiskunnallisen osallisuuden kokemisessa on kuitenkin haasteita.

### Syrjintä ja yhteiskunnan vastaanottavuus

Suomen väestö on kulttuurisesti ja etnisesti moninainen ja tulee moninaistumaan kasvavasti myös tulevaisuudessa. Tuoreen tutkimuksen mukaan 39 prosenttia ulkomailla syntyneestä aikuisväestöstä oli kokenut syrjintää Suomessa viimeksi kuluneen vuoden aikana (Kuva 11). Afrikasta Suomeen muuttaneista osuus oli peräti 55 prosenttia. Suomeen muuttaneista yläkouluikäisistä nuorista peräti viidennes raportoi olevansa koulukiusattuina vähintään kerran viikossa, kun vastaava osuus suomalaista syntyperää olevista nuorista oli muutama prosentti. Suomen romaniväestön terveyttä ja hyvinvointia hiljattain selvittäneessä tutkimuksessa epäoikeudenmukaista kohtelua tuntemattomilta ihmisiltä julkisilla paikoilla viimeksi kuluneen vuoden aikana raportoi joka toinen aikuinen.

Syrjintäkokemukset ovat vahvasti yhteydessä esimerkiksi heikompaan terveyteen, mielen-terveysoireisiin, heikompaan elämänlaatuun, turvattomuuteen, yksinäisyyteen, sekä heikompaan luottamukseen eri viranomaisia kohtaan. Syrjivät käytännöt ovat usein myös näkymättömämpiä, esimerkiksi erilaisissa yhteiskunnan rakenteissa, tuottaen yksilöille erilaisia mahdollisuuksia ja esteitä esimerkiksi kouluttautua, työllistyä, edetä tavoitteissaan, tai kokea osallisuutta tai itsensä riittävänä ja pystyvänä. Yhteiskunnan tulisi panostaa siihen, että jokainen ihminen kulttuurisesti moninaisessa Suomen väestössä voi elää turvallista, terveyttä ja hyvinvointia tukevaa elämää ja arkea.



**Kuva 11.** Syrjintää vuoden aikana kokeneiden osuudet miehillä ja naisilla taustamaaryhmittäin (%). Lähde: FinMonik 2018–2019.

### Syntyperään ja etnisyyteen liittyvät eriarvoisuudet palveluissa ja niihin pääsystä

Ulkomaista syntyperää olevan väestön ja etnisten vähemmistöjen on vaikeampi päästä tiettyjen terveyspalvelujen piiriin, he saavat heikompaa hoitoa ja heillä on useammin tyydyttymätöntä hoidon tarvetta muuhun väestöön nähden. Esimerkiksi siinä missä koko Suomen väestön mielenterveysoireilevista aikuisista 43 prosenttia oli ollut mielenterveyspalvelujen piirissä, olivat vastaavat osuudet venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista vain 11–23 prosenttia. Edelleen niistä, jotka olivat päässeet psykiatristen palvelujen piiriin, korkean intensiteetin hoitoa oli saanut suomalaista syntyperää olevista potilaista 31 prosenttia siinä missä ulkomaista syntyperää olevista potilaista vain 24 prosenttia. Suomeen muuttaneista yläkouluikäisistä nuorista neljännes ei ollut päässyt koulukuraattorin palveluihin yrityksistä huolimatta, siinä missä suomalaista syntyperää olevista nuorista vastaava osuus oli vain muutama prosentti. Toisaalta taas tietyissä palveluissa ulkomaista syntyperää oleva väestö on yliedustettuna, kuten lastensuojelupalveluissa.

Tulokset ovat hälyttäviä, sillä monet terveyspalvelujen tarpeet ovat korostuneita ulkomaista syntyperää olevassa väestössä verrattuna muuhun väestöön. Esimerkiksi mielenterveysoireiden esiintyvyys on ulkomaista syntyperää olevassa väestössä huomattavasti korkeampi, esimerkiksi kurditaustaisilla naisilla 50 prosenttia koko väestön naisten kymmeneen prosenttiin nähden. Palveluihin pääsystä tai niiden laadussa ei tulisi olla syntyperän mukaisia eroja, sillä tuolloin terveyspalvelujen toteutumisen mekanismit kasvattavat terveys- ja hyvinvointieroja niiden kaventamisen sijaan.

### Työelämän, kotoutumisen ja osallisuuden tuki

Suomi tarvitsee työvoimaa, sekä jo täällä asuvista että tänne muuttavista, ja tulevaisuudessa heidän jälkeläisistään. Työperäisen maahanmuuton vahvistaminen on tärkeää, mutta työllisyyden tukeminen on tärkeää myös muista syistä Suomeen muuttavien ja muuttaneiden sekä vaikeuksia työelämässä kohtaavien väestöryhmien, kuten romanivähemmistön, osalta. Työelämän, kotoutumisen ja osallisuuden tuki on tärkeää.

Tutkimukset osoittavat monenlaisia haasteita Suomeen muuttaneiden ja etnisten vähemmistöjen työelämään pääsyssä ja siellä mielekkäästi olemisessa. Erityisesti naisista työssä olevien osuus on koko väestön naisia matalampi (ks. Luku 1.). Myös vaikeudet päästä koulutusta vastaavaan työhön ovat suurempia: esimerkiksi korkeakoulutetuista työllisistä ulkomaista syntyperää olevista miehistä 30 ja naisista 36 prosenttia oli ylikoulutettuja työhönsä nähden siinä missä vastaavat osuudet suomalaista syntyperää olevassa väestössä olivat 14 ja 20 prosenttia. Siinä missä ulkomaista syntyperää olevista miehistä ne, joilla suomen kielen taito oli vähintään edistynyt ja joilla oli Suomessa suoritettu tutkinto osuus, lähenei suomalaista syntyperää olevia miehiä (15 %), naisilla osuus pysyi kaukana suomalaista syntyperää olevista naisista (30 %). Ulkomaalaistaustaiset naiset eivät siis pääse etenemään työurillaan korkeaa koulutustaan vastaaviin ammatteihin kielitaidosta ja Suomessa suoritetusta tutkinnosta huolimatta.

Suomen tulee kehittyä yhteiskunnaksi, jossa aktiivisesti tuetaan yhteiskuntaan osalliseksi pääsyä, jotta Suomeen muuttavan väestön ja etnisten vähemmistöjen on mahdollista voida mahdollisimman hyvin ja haluta myös jäädä. Maahanmuutto parantaa Suomen taloudellista huoltosuhdetta, jos maahan muuttaneiden enemmistö työllistyy.

### Toimenpide-ehdotuksia:

- Syrjiviä käytäntöjä yhteiskunnan rakenteissa ja arjessa tulee aktiivisesti purkaa.
- Palvelujärjestelmää tulee kehittää inklusiivisemmaksi huomioimaan paremmin eri väestöryhmiä, jotta palvelut kaventavat syntyperään tai etnisyyteen liittyviä terveyseroja niiden kasvattamisen sijaan. Eri väestöryhmien korostuneita palveluntarpeita tulee ymmärtää paremmin ja niihin tulee vastata kohdennetuilla toimilla.
- Yhteiskunnallista osallisuutta, työhön pääsyä, tulee aktiivisesti tukea. Työelämäsyrijintää tulee aktiivisesti purkaa ja työelämädiversiteettiä vahvistaa.

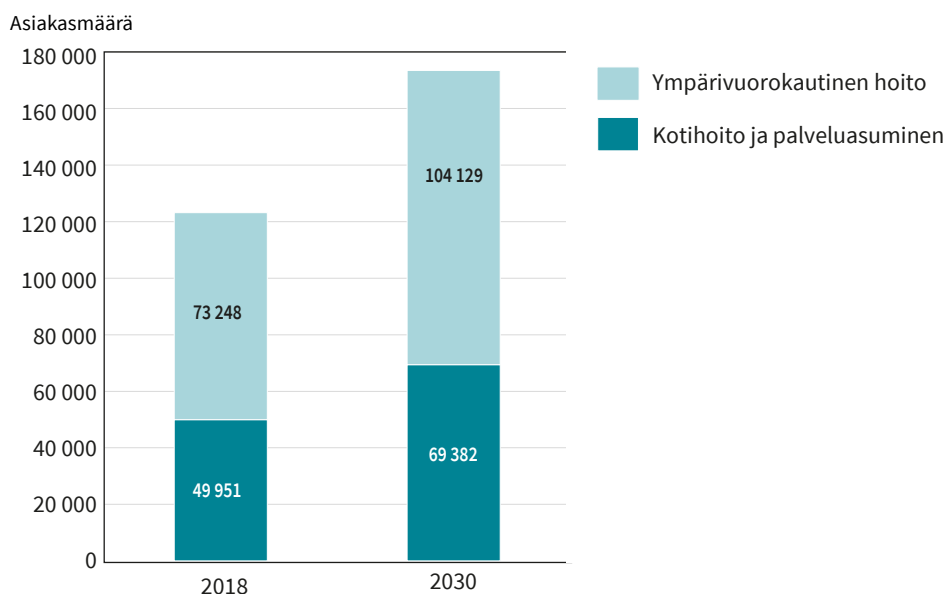
# 7 Ikääntyminen, hoiva ja julkisen talouden kestävyys

## 7.1 Ikääntyneiden määrän ja palvelutarpeiden kasvu

### Pääkohdat:

- Iäkkäiden henkilöiden ja palvelutarpeiden piirissä olevien määrä tulee kasvamaan voimakkaasti seuraavan kahden vuosikymmenen aikana. 85 vuotta täyttäneiden määrä kaksinkertaistuu nykyisestä vuoteen 2035 mennessä. Tämä lisää sote-palvelujen tarvetta, ja samalla niiden parissa työskentelevän henkilöstön tarve kasvaa (ks. Luku 8).
- Suurin palvelujen ja avun tarve keskittyy kahteen viimeiseen elinvuoteen.
- Iäkkäiden palvelujen tarpeeseen vaikuttaa ikääntyneiden määrän kehityksen lisäksi väestön toimintakyvyn ja terveyden kehitys.

Iäkkäiden henkilöiden määrä ja osuus väestöstä tulee kasvamaan voimakkaasti seuraavien kahden vuosikymmenen aikana (ks. Luku 1). Koko maassa 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä oli noin kymmenen prosenttia vuonna 2021 ja määrän ennustetaan kasvavan 14 prosenttiin vuonna 2030 ja 16 prosenttiin vuonna 2040. Vuonna 2022 75 vuotta täyttäneitä oli Suomessa n. 600 000, vuonna 2030 heitä ennustetaan olevan n. 780 000 ja vuonna 2040 jo noin 900 000. Iäkkään väestön osuus vaihtelee hyvinvointialueittain nyt ja tulevaisuudessa. Tilastokeskuksen väestöennusteen perusteella 85 vuotta täyttäneiden määrä kaksinkertaistuu nykyisestä vuoteen 2035 mennessä (Tilastokeskus, väestöennuste.). Tämä lisää sosiaali- ja terveystalouden tarpeessa olevien ikääntyneiden määrää (Kuva 12).



**Kuva 12.** Asiakasmäärä vuonna 2018 sekä arvio asiakkaiden määrästä vuonna 2030 kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa. Lähde: THL.

Terveys- ja hoivapalvelujen tarve kasvaa väestön ikääntymisen myötä ja suurin palvelujen ja avun tarve keskittyy kahteen viimeiseen elinvuoteen. Iäkkäiden palvelujen tarpeeseen vaikuttaa ikääntyneiden määrän kehityksen lisäksi väestön toimintakyvyn ja terveyden kehitys. Tutkimuksessa ikääntyneen väestön toimintakyvyssä ja terveydentilassa on havaittu myönteistä kehitystä viimeisten vajaan kymmenen vuoden aikana. (Kauppinen ym. 2023.) Kun väestö ikääntyy, useiden kroonisten sairauksien, kuten muistisairauksien, tapausmäärät ja myös monisairastavuus kuitenkin lisääntyvät, mikä kasvattaa edelleen hoidon ja palvelujen tarvetta. (Wikström ym. 2023.)

## 7.2 Kotihoidon ja omaishoidon järjestäminen

### Pääkohdat:

- Henkilöstöpula voimistuu vanhuspalveluissa: mikäli palvelurakenne ei muutu ympärivuorokautiseen hoitoon tarvittaisiin 20 000 lisähoitajaa vuoteen 2030 mennessä. Palvelurakennetta on uudistettava, koska näin suurta hoitajatarvetta ei pystytä toteuttamaan.
- Kotihoidon käyntitilaston ja toteutuneiden rekrytointien perusteella voi päätellä, että kotihoidon saatavuus on koko maan tasolla heikentynyt.
- Omaishoidon tuen kattavuudessa on alueellisia eroja. Uusin tilasto on vuodelta 2021, jolloin 75 vuotta täyttäneiden omaishoidon tuen kattavuus vaihteli 2,5 ja 8 prosentin välillä hyvinvointialueittain.
- Palvelujärjestelmässä omaishoito on osa pitkäaikaishoidon kokonaisuutta, ja tutkimusten mukaan omaishoito vähentää merkittävästi sosiaalipalvelujen menoja.

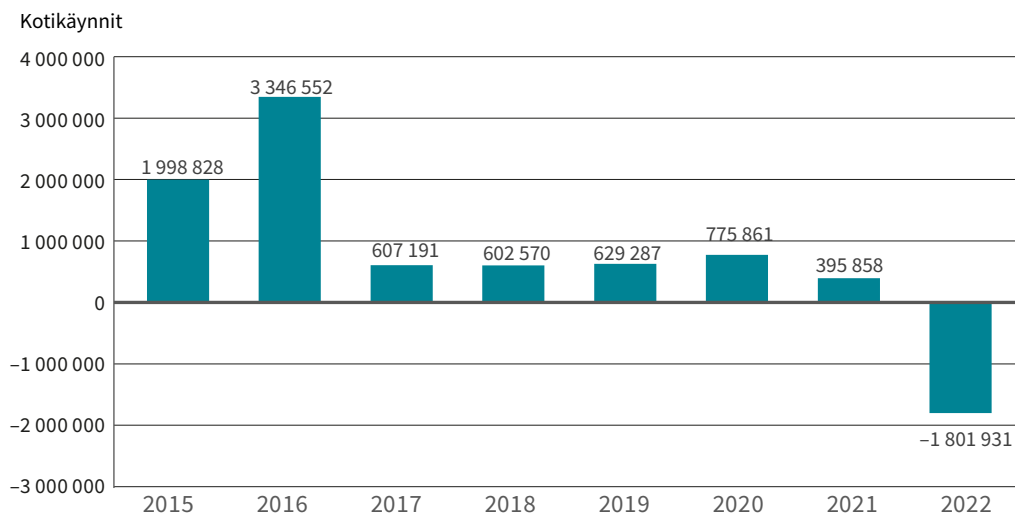
Vuoden 2020 lopussa kahdeksan prosenttia yli 75-vuotiaista sai ympärivuorokautista hoivaa (vanhainkodit, terveyskeskusten vuodeosastot ja tehostettu palveluasuminen). Kymmenen viime vuoden aikana osuus on pienentynyt, kun palveluihin pääsyn kriteereitä on tiukennettu. Samaan aikaan säännöllisen kotihoidon tarve on lisääntynyt, mutta sen saatavuus ei. Henkilöstöpula voimistuu vanhuspalveluissa (ks. Luku 8) ja mikäli palvelurakenne ei muutu, ympärivuorokautiseen hoitoon tarvittaisiin 20 000 lisähoitajaa vuoteen 2030 mennessä. Palvelurakennetta on uudistettava, koska näin suurta hoitajatarvetta ei pystytä toteuttamaan.

### Kotihoito tarvitsee lisää resursseja

Kotihoidon käyntitilaston ja toteutuneiden rekrytointien perusteella voi päätellä, että kotihoidon saatavuus on koko maan tasolla heikentynyt. Vanhusten kotihoidossa sote-koulutettujen työntekijöiden rekrytoinnit vähenivät 18 prosenttia toukokuun ja marraskuun 2022 välisenä aikana. Lisäksi kotihoidon asiakkaiden luokse tehtyjen käyntien määrä laski ensimmäistä kertaa viime vuonna. Määrä tippui 1 800 000 käynnillä edellisvuodesta (Kuva 13, ennakkotieto Avohilmo).

Vanhuspalvelujen tila -seurannan mukaan kotihoidossa tehdään paljon ylityötä, 25 prosenttia kotihoidon yksiköistä tekee viikoittain töitä liian vähällä henkilöstöllä. Vaikeimmista henkilöstön saatavuusongelmista kärsivät kotihoidon yksiköt (6 %) tekivät töitä vajaalla henkilöstöllä joka päivä tai lähes joka päivä. Lähes kaikki kotihoidon asiakaskäynnit on keskitetty eniten apua tarvitseville. Tilastoseurannan mukaan paljon palveluja käyttävien säännöllisen kotihoidon asiakkaiden osuus kaikista kotihoidon käynneistä oli 98 prosenttia.

Kansallisesti pitäisi selvittää, tehdäänkö alueilla riittävästi palvelutarpeen arviointeja ja toimii-ko asiakasohjaus kotihoitoon. Esimerkiksi asiakasohjauksen takaisinsoittopalvelun toimimattomuus voi jättää avuntarvitsijoita ilman palveluja. Riittämätön kotihoidon palvelu osaltaan lisää painetta terveydenhuoltoon, esimerkiksi päivystykseen.



**Kuva 13.** Kotikäyntien muutos edelliseen vuoteen (75 vuotta täyttäneet). Lähde: Avohilmo.

### Yhteisöllisen palveluasumisen määrää pitää lisätä – helpottaa henkilöstön lisätarvetta vanhuspalveluissa

Vanhuspalvelulain muutoksen yhteydessä arvioitiin, että mikäli palvelurakenne ei muutu ympärivuorokautiseen hoitoon tarvittaisiin 20 000 lisähoitajaa vuoteen 2030 mennessä. On selvää, että palvelurakennetta on uudistettava, koska näin suurta hoitajatarvetta ei pystytä toteuttamaan. Henkilöstöpulan helpottamiseksi erityisesti yhteisöllistä palveluasumista tulee kehittää voimakkaasti nykyisestä.

Vuoden 2023 alussa voimaantuleva lakiuudistus mahdollistaa yhteisöllisen palveluasumisen luomisen niin, että iäkkäille henkilöille voidaan tarjota joustavia, yhteisöllisiä ja toimintakyvyn säilymistä tukevia asumis- ja palveluratkaisuja kotona asumisen ja nykyisen tehostetun palveluasumisen väliin. Tällä hetkellä vastaavassa palveluasumisessa on vain noin 5000 yli 65-vuotiasta.

Asumisratkaisu sopii erityisesti muistisairaille, joita on suurin osa vanhuspalvelujen käyttäjistä. Iäkkäiden asumispalvelut vaativat kuitenkin investointeja, joten on selvitettävä tarkkaan, millaisille asukkaille palvelu sopii ja mihin näitä yksiköjä tulisi ensi sijassa rakentaa. Valtion tulisi tukea yhteisöllisen asumisen lisäämistä.

Palvelut yhteisölliseen asumiseen voidaan tuottaa kokonaan tai osin kotihoitona. Yhteisöllinen asuminen helpottaa myös kotihoidon järjestämistä, esimerkiksi yö-kotihoitoa pystytään tarjoamaan enemmän ja osa palveluista voidaan tuottaa ryhmämuotoisina.

### THL:n ehdotus: Omaishoidon tukeen lakisääteiset myöntämisperusteet

Omaishoiva on Suomessakin keskeisin vanhushoivan muoto. On arvioitu, että 44 prosenttia suomalaisista auttaa jotakuta läheistään pitkäaikaissairauksien, vammaan tai korkean iän vuoksi. Miltei joka kuudes ikääntyneistä, jotka tarvitsevat apua päivittäisiin toimiin, ei saa sitä riittävästi. (Demography 2023.)



Omaishoidon tuen kattavuudessa on alueellisia eroja. Uusin tilasto on vuodelta 2021, jolloin 75 vuotta täyttäneiden omaishoidon tuen kattavuus vaihteli 2,5 ja kahdeksan prosentin välillä hyvinvointialueittain. Myös maksetuissa palkkioissa on suuria eroja eri puolilla maata. Palvelujärjestelmässä omaishoito on osa pitkäaikaishoidon kokonaisuutta, ja tutkimusten mukaan omaishoito vähentää merkittävästi sosiaalipalvelujen menoja.

THL selvitti viime vuonna tarkemmin omaishoidon myöntämisperusteita ja maksettuja palkkioita keräämällä kunnista ja kuntayhtymistä voimassa olevat omaishoidon tuen myöntämisperusteet ja niiden toteutumisen. Samalla kunnilta pyydettiin arvio siitä, millaisia ongelmia heidän käyttämiinsä kriteereihin liittyy ja mitkä on todettu toimiviksi käytännöksi. Lisäksi selvitettiin lasten, vammaisten henkilöiden, mielenterveyskuntoutujien ja iäkkäiden henkilöiden näkökulmat omaishoidon nykytilanteeseen ja odotukset tuleville myöntämisperusteille sekä arviot yhtenäistämisen vaikutuksista.

Selvityksen perusteella THL on tehnyt ehdotuksen omaishoidon kansallisesti yhtenäisistä myöntöperusteista. Esitys sisältää kolme sopimusomaishoidon palkkioluokkaa sekä yhden hyvinvointialuekohtaisen kevyen tuen palkkioluokan. Palkkioluokat määräytyvät omaishoidon sitovuu- den perusteella.

Ehdotuksessa omaishoitajien määrä kasvaa maltillisesti, mikä nostaa tuen menoja. Ehdotus kuitenkin parantaa omaishoitajien yhdenvertaisuutta, kun palkkioissa ja myöntämisperusteissa ei ole alueellista vaihtelua. Nykytilanteessa 70 prosenttia omaishoitajista saa alinta hoitopalkkiota. Tässä joukossa on myös ympärivuorokautisesti omaistaan hoitavia. Ehdotuksessa nämä omaishoitajat siirtyisivät nykyistä korkeampaan palkkioluokkaan. Lisäksi kaikkein raskaimmassa tilanteessa olevat omaishoitajat saisivat yhden vapaavuorokauden lisää, mikä tukisi heidän jaksamistaan.

Viime vuoden tilanteen perusteella arvioituna esitys nostaa menoja 100–130 miljoonaa euroa. Lopulliset kustannukset on kuitenkin arvioitava uudelleen, koska hyvinvointialueet ovat muuttaneet omaishoidon kriteerejä vuoden alusta. Kustannukset todennäköisesti laskevat arvioidusta.

## 7.3 Hoiva ja julkisen talouden kestävyys

### Pääkohdat:

- Väestön ikääntyminen kasvattaa julkisia menoja ja muuttaa tulonjakoa.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen arvioidaan kasvavan lähivuodet yli prosentin vuosivauhtia. Sote-palvelujen tarve kasvaa tämän mukaisesti lähes viidenneksen 2020- ja 2030-lukujen aikana. Kasvun takana on ikääntyminen: noin puolet palvelutarpeen kasvusta kohdistuu ikääntyneiden palveluihin.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kehitykseen vaikuttavat väestön ikärakenteen ohella muutkin tekijät, kuten yksinasuminen, sosioekonominen asema, sairastavuus ja digitalisaatio.
- On arvioitu, että ikäriippuvien menojen kansantuoteosuus nousee 2030-luvulle asti: 2030-luvun puolivälissä sen ennakoitaan olevan lähes 36 prosenttia kansantuotteesta, kun se vuonna 2019 oli 34,2 prosenttia.

Väestön ikääntyminen on siis ainakin kahtalainen haaste kansantaloudelle. Ikääntyminen asettaa julkisen talouden kestävyyskoetukselle. Tämä heijastuu pyrkimyksinä tehostaa hoivapalvelujen tuottamista ja toisaalta myös huolena eläkkeiden rahoituksen riittävydestä ja valtiontalouden kestävydestä. Ilmassa on samanaikaisesti hoivamenojen kasvun hillitseminen, eläkemaksujen tason tarkistus ja kulutus pohjaiseen verotukseen siirtyminen. Ikääntyminen vaikuttaa siten monin tavoin sukupolvien väliseen tulonjakoon.

Väestön ikääntyminen kasvattaa julkisia menoja ja muuttaa tulonjakoa. Ikääntymisen vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin arvioidaan THL:n malleilla ja ikääntymisen vaikutuksia tulonjakoon ikäryhmätilinpidon avulla. Mallinnuksessa ovat mukana eläkkeistä aiheutuvat kulut, sosiaaliturvamenot sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset, toisin sanoen laskenta pitää sisällään julkisen sote-järjestelmän kattamat menot. Näiden mallinnusten mukaan ikäriippuvien menojen kansantuoteosuus nousee 2030-luvulle asti: 2030-luvun puolivälissä sen ennakoitua olevan lähes 36 prosenttia kansantuotteesta, kun se vuonna 2019 oli 34,2 prosenttia. Osuus riippuu kuitenkin myös itse kansantuotteen koosta: kun työikäinen väestö pienenee, myös kansantuote on vaarassa pienentyä.

Julkisten menojen kasvu johtuu useasta trendistä. Ensinnäkin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen arvioidaan kasvavan lähivuodet yli prosentin vuosivauhtia. Sote-palvelujen tarve kasvaa tämän mukaisesti lähes viidenneksen 2020- ja 2030-lukujen aikana. Kasvun takana on ikääntyminen: noin puolet palvelutarpeen kasvusta kohdistuu ikääntyneiden palveluihin.

Palvelutarpeen kehitys vaihtelee sukupuolen mukaan. Miehillä erikoissairaanhoito muodostaa suurimman menoerän, kun taas naisilla suurin menoerä on ikääntyneiden hoiva. Tämä johtuu ikärakenteiden sukupuolierosta. Vuosina 2022–2030 palvelutarpeen kasvu on kaikkiaan 8,8 prosenttia, josta 3,4 prosenttiyksikköä on peräisin naisten ja 2,2 prosenttiyksikköä miesten ikääntyneiden hoivatarpeen kasvusta. Loput kasvusta johtuu lähinnä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoiton tarpeen kasvusta. 2030-luvulla kasvu on yhtä suurta kuin 2020-luvulla ja johtuu vielä selvemmin ikääntyneiden hoivan tarpeen kasvusta.

Ikääntyneiden hoiva on lisäksi hyvin työvoimaintensiivistä. Jos hoiva-alojen kasvavaan työvoimatarpeeseen ohjautuu enemmän työvoimaa, talouden muiden sektoreiden työvoiman saatavuus heikkenee. Talouden kannalta tämä näkyy menojen kansantuoteosuuden kasvuna samaan aikaan, kun talouden kasvupotentiaali – ja siten myös verotulojen kasvu – heikentyy.

Ikääntyminen kasvattaa myös eläkemenoja, joiden kansantuoteosuuden arvioidaan myös kasvavan. Eläkemenojen osuus kansantuotteesta on ETK:n ja THL:n laskelmien mukaan kasvussa 2020- ja 2030-luvuilla tasaantuaakseen 2060-luvulla, jolloin se kääntyy uudestaan nousuun.

Lakisääteiset eläkemenot olivat vuonna 2019 30,4 miljardia euroa, mikä on viimeisin vuosi, jolta tiedot kaikista sosiaalimenoista on kootusti tuotettu. Tuolloin eläkkeet muodostivat 71 prosenttia julkisen sektorin tulonsiirroista ja 42 prosenttia kaikista sosiaalimenoista (THL 2022). Vuodesta 2017 alkaen on alinta 63 vuoden eläkeikää asteittain nostettu 65 vuoteen. Vuonna 1962 syntyneet on ensimmäinen ikäluokka, jonka alin vanhuuseläkeikä on 65 vuotta. Vuoden 2030 jälkeen vanhuuseläkeiän kehitys riippuu elinajanodotteen muutoksesta.

Tulonsiirtojen ja koulutuksesta aiheutuvien menojen kansantuoteosuuden sen sijaan arvioidaan vähenevän. Koulutusmenojen osuus pienenee koulutettavien ikäluokkien pienentyessä, kun oletetaan, että koulutuksen ikärakenne säilyisi nykyisellään. Myös monien tulonsiirtojen osuus pienenee siksi, että työllisyysasteen ennakoitua nousevan, mikä pienentää työttömyyteen liittyvien tulonsiirtojen kasvua.

## 8 Sote-henkilöstön riittävyys

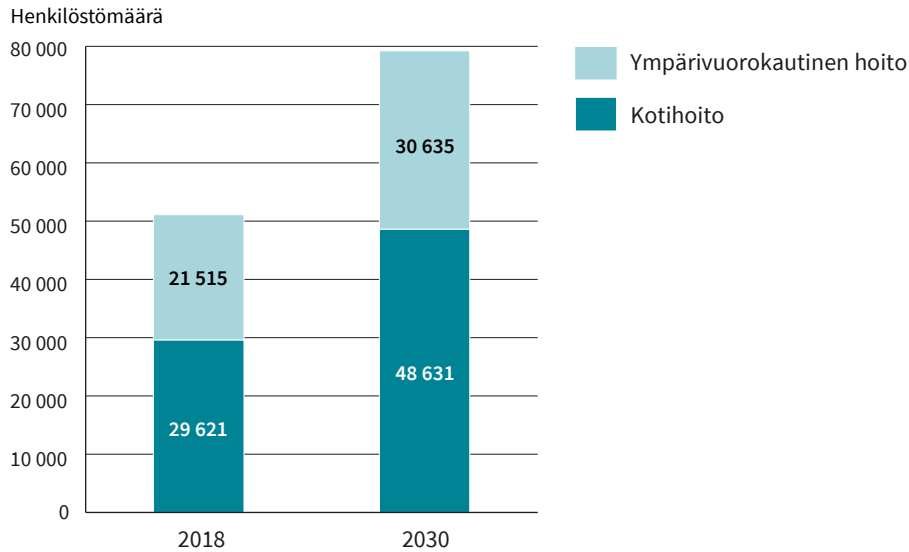
### Pääkohdat:

- Iäkkäiden määrän ja palvelutarpeen kasvaessa pelkästään vanhuspalveluihin tarvitaan noin 30 000 lisähoitajaa, mikäli palvelurakennetta ei muuteta.
- Sairaanhoidajien, lähihoitajien, ylihoitajien ja osastonhoitajien, sosiaalityöntekijöiden sekä yli- ja yleislääkärien osalta avoimia työpaikkoja on tällä selvästi työnhakijoita enemmän.
- Kolmannes julkisen sektorin työntekijöistä on eläköitymässä vuoteen 2030 mennessä.
- Henkilöstötarpeeseen ei voida vastata pelkästään koulutusta lisäämällä, koska työvoimaa tarvitaan myös muille yhteiskunnan sektoreille.
- Tilanne on äärimmäisen vaikea: työvoimapolitiikassa on kehitettävä rakenteellisia ratkaisuja ja toimintamalleja, joilla parannetaan yhtäältä työn tuottavuutta ja toisaalta työelämän ja palvelun laatua.
- Jos sote-alan työvoimatarpeen kasvua ei kyetä hillitsemään, palvelujärjestelmää ei voida ylläpitää nykytuotoisena.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuus ja riittävyys on heikentynyt viime vuosina voimakkaasti koko maassa ja henkilöstövaje koskee lähes kaikkia ammattiryhmiä. Lisäksi reilu kolmannes julkisen sektorin työntekijöistä on eläköitymässä vuoteen 2030 mennessä. Ainoastaan iäkkäiden palvelujen (kotihoito ja ympärivuorokautinen hoito) asiakasmäärien kasvu merkitsee lähitulevaisuudessa merkittävää lisähenkilöstötarvetta (Kuva 14). Mikäli sosiaali- ja terveydenhuollon ennakoitu palvelutarpeen kasvu toteutuisi ilman palvelurakenteen muutosta eikä alalla tapahdu merkittäviä työvoiman tarvetta vähentäviä innovaatioita, tarvitaan työikäisestä väestöstä yhä kasvava osuus sosiaali- ja terveydenhuollon alalle, mutta työvoimaa on tulevaisuudessa riitettävä myös muille toimialoille. (Kirkonpelto & Mäntyranta 2023.)

Kaikkiaan sote-aloilla työskenteli vuonna 2020 noin 409 000 työntekijää, terveydenhuollon puolella noin 181 000 ja sosiaalihuollon puolella noin 228 000. Vuodesta 2018 sote-alojen työllisten määrä on kasvanut noin viidellätoista tuhannella, hieman toista prosenttia vuodessa. THL on arvioinut, että väestön palvelutarve kasvaa lähivuosinakin reilun prosentin vuosivauhtia. Kasvusta noin puoli prosenttiyksikköä syntyy ikääntyneiden hoivapalvelujen tarpeen kasvusta, jolloin kasvu suuntautuu erityisesti sosiaalialan palveluihin, mutta myös ikääntyneiden kotihoitoon ja ympärivuorokautiseen hoivaan.

Sote-alojen työntekijät ovat hieman vanhempia kuin työlliset keskimäärin, erityisesti julkisella sektorilla. Sote-alojen työllisistä vajaa 53 prosentti oli alle 45-vuotiaita vuonna 2020, kun kaikista työllisistä alle 45-vuotiaita oli reilu 55 prosenttia. Sosiaalialan työntekijöistä 52 prosenttia puolet oli alle 45-vuotiaita, kun taas terveydenhuollon työntekijöistä 54 prosenttia oli alle 45-vuotiaita. Perus- ja lähihoitajista alle 45-vuotiaiden osuus oli noin 52 prosenttia, kun sairaanhoitajien ja erityisasiantuntijoiden sekä lääkäreiden kohdalla alle 45-vuotiaiden osuus oli 54–55 prosenttia. Sosiaalialan erityisasiantuntijoista yli puolet oli yli 45-vuotiaita ja sosiaali- ja terveydenhuollon johtajista noin 70 prosenttia.



**Kuva 14.** Henkilöstömäärä vuonna 2018 ja arvio henkilöstömäärästä vuonna 2030 vanhusten koti- hoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa, jos palvelurakennetta ei muuteta. Lähde: THL.

Suurin osa sote-alojen avoimista työpaikoista koskee sairaanhoitajia, mutta työtä hakevien sairaanhoitajien määrä on vain noin kolmannes avoimien työpaikkojen määrästä. Myös lähihoitajien, ylihoitajien ja osastonhoitajien, sosiaalityöntekijöiden sekä yli- ja yleislääkärien osalta avoimia työpaikkoja on selvästi työnhakijoita enemmän. Kevan työvoimaennusteen mukaan kuntasektorilla sairaanhoitajien vaje on noin 16 500 (vuonna 2022). Lähihoitajien vaje kuntasektorilla on noin 8 800 työntekijää. Lähihoitajien vaje on kuitenkin kokonaisuudessaan todennäköisesti suurempi, koska puolet ikäihmisten ympärivuorokautisesta hoidosta on yksityiselle sektorille ulkoistettua. Yleislääkäreiden vaje on noin 2 500 työntekijää ja sosiaalityöntekijöiden vaje noin 4 200 työntekijää. Vajeiden oletetaan säilyvän vuoteen 2032 likimain samalla tasolla. Pula vammaispalvelujen sosiaalityöntekijöistä on kriisiytynyt osalla alueista. Avoinna olevia virkoja ei ole saatu täytettyä ja niitä on tästä syystä muutettu sosiaaliohjaajien toimiksi.

Henkilöstön riittävyyteen ja saatavuuteen on tulevilla hallituskaudella panostettava vahvasti. Henkilöstövajeeseen voidaan kuitenkin vain rajallisesti ja suhteellisen hitaasti vastata koulutuspaikkoja lisäämällä. Koulutuksen keinoin voitaisiin vastata eläköitymisen aiheuttamaan poistumaan alalta, jos palvelutarve pysyisi ennallaan. Nuorisoikäluokkien pieneneminen johtaa kilpailuun koulutettavista. Väestörakenteen kehityksen myötä myös palvelutarve ja siten henkilöstötarve kuitenkin tulevat kasvamaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyyden haasteisiin on käytettävä myös muita toimenpiteitä. On parannettava alan vetovoimaa sekä vähennettävä sairauspoissaoloja ja ennen- aikaista eläköitymistä. Erityisesti lähihoitajilla on runsaasti sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyseläkkeitä. Mikäli näitä saadaan alennettua, voidaan arvioida, että saavutetaan useamman tuhannen henkilötyövuoden verran työntekijöitä alalle.

Työvoimapulatilanteessa on lisäksi kehitettävä rakenteellisia ratkaisuja ja toimintamalleja, joilla parannetaan yhtäältä työn tuottavuutta ja toisaalta työelämän ja palvelun laatua. Erityisesti valmentavalla ja oikeudenmukaisella johtamisella sekä työntekijöiden ja tiimien itsenäisyyden lisäämisellä tiedetään olevan myönteisiä vaikutuksia työelämän kannalta. Työntekijöiden itsenäisyyden lisääminen kuitenkin edellyttää riittävän tuen ja konsultointimahdollisuuksien takaamista etenkin uusille työntekijöille. Digitaalisten palvelujen kehittämisessä voi olla suuria mahdollisuuksia, mutta niiden käytössä on huomioitava haavoittuvassa asemassa olevat asiakkaat, joille palvelu ei sovellu.

Palveluintegraatiolla tiedetään olevan myönteisiä vaikutuksia palvelujen tuottavuuteen, saataavuuteen ja palvelujen laatuun. Integraatiota on kuitenkin tutkittu suhteellisen vähän henkilöstön näkökulmasta. Integraatiolla sekä työnjaon ja tehtäväarakenteen kehittämällä voi olla myönteisiä vaikutuksia henkilöstön hyvinvointiin ja työn mielekkyyteen. Tutkimustietoa tarvitaan lisää siitäkin, mitkä toimintamallit ovat vaikuttavia ja lisäävät henkilöstön hyvinvointia ja työssä pysymistä. Koska elämme henkilöstöpulan aikaa seuraavina vuosikymmeninä, on nyt erityisesti panostettava tietopohjan kehittämiseen, jotta voidaan seurata ja arvioida, miten henkilöstön ja palvelujen saataavuus toteutuu eri alueilla.

## Toimenpide-ehdotuksia:

### Henkilöstöpulaan tarvitaan lyhyellä ja pitkällä aikavälillä vaikuttavia keinoja

Vanhuspalvelujen henkilöstö koostuu pääasiassa lähihoitajista (68 %), sairaanhoitajista (9 %) ja hoiva-avustajista (6 %). Muun henkilöstön osuus on vähäinen. Vanhuspalveluissa suurin hoitajatarpeen nousu aiheutuu vanhusväestön määrän kasvusta. Henkilöstömitoituksen noston vaikutus on suhteessa tähän pieni. Mitoituksen nosto edellyttää THL:n laskelman mukaan 2900 lisähoitajaa (arvio päivitetty marraskuussa 2022). Sen sijaan, jos palvelurakennetta ei muutettaisi, vuonna 2030 tarvittaisiin lähes jo lähes 30 000 hoitajaa lisää vanhuspalveluihin. Tätä tarvetta on mahdollista laskea seuraavin keinoin:

1. Palvelurakennetta muutetaan esimerkiksi lisäämällä yhteisöllistä palveluasumista, jossa henkilöstön tarve määräytyy asiakkaiden palvelutarpeen perusteella. Tällä hetkellä noin 5000 asiakasta saa tätä palvelua. Toimenpide vaikuttaa useamman vuoden viiveellä, koska se edellyttää sopivan asuntokannan lisäämistä ja mm. ARA-rahoituksen ohjaamista näihin hankkeisiin.
2. Ryhmämuotoinen palvelu laskee henkilöstötarvetta. Lisätään ryhmäpalveluja, kuten päivätoimintaa, kotihoitoa tarvitseville iäkkäille. Ryhmäpalvelulla voidaan korvata kasvavaa kotihoitoa ja se tukee hyvin mm. omaishoitajan jaksamista. Omaishoito vähentää muiden palvelujen tarvetta, tutkimusten mukaan se mm. myöhentää tehostetun palveluasumisen käyttöä. Ryhmäpalvelujen lisääminen on nopeasti vaikuttava keino.

### Nykyiseen henkilöstöön vaikuttaminen on nopeavaikutteinen keino:

3. Vaikutetaan nykyisen henkilöstön sairauspoissaolojen määrään ja ennenaikaiseen eläköitymiseen. Lähihoitajilla nämä ovat noin 30 % korkeammalla tasolla kuin naisilla keskimäärin. Mikäli sote-alan sairauspoissaolot ja työkyvyttömyyseläkkeet saataisiin laskettua muiden alojen keskimääräiselle tasolle, tämä vastaisi THL:n arvion mukaan 3000–5000 työntekijän työpanosta vuodessa. Myönteisiä vaikutuksia tiedetään olevan mm. oikeudenmukaisella ja valmentavalla johtamisella sekä itseohjautuvalla tiimityöllä. Tiedetään esimerkiksi, että oikeudenmukaisesti johdetuilla työpaikoilla on 30–50 % vähemmän sairauspoissaoloja kuin epäoikeudenmukaisesti johdetuilla. Koska olemme seuraavat vuosikymmenet henkilöstöpulatilanteessa, lisää tutkimusta tarvitaan kuitenkin siitä, minkälainen johtamisen ja toimintamallien kehittäminen on vaikuttavaa.
4. Lisätään eläkkeelle jääneiden, osa-aikaisten ja osatyökykyisten henkilöiden työpanosta. Tilastokeskuksen Palkkarakenne-tilaston mukaan vuonna 2017 ikääntyneiden hoitolaitokset ja ikääntyneiden palveluasuminen toimialojen työntekijöistä oli osa-aikaisia 17 prosenttia. Lisäksi tulisi käydä läpi työttömänä olevien tilanne ja huomioida työvoimapulasta kärsivät alat TE-palvelujen tarjonnassa.
5. Muissa kuin koulutuksensa mukaisissa töissä työskenteli 4–5 prosenttia niistä palkkatyössä olevista henkilöistä, joiden viimeisin suoritettu tutkinto on hoitajan tutkinto. Heidän lukumääränsä vaihtelee tilastosta riippuen 6 800–9 700.

### **Koulutuksen lisääminen vaikuttaa viiveellä ja alan hakijamäärät ovat laskeneet**

6. Koulutuksen lisäämiseen on jo panostettu voimavaroja, mutta pelkästään koulutuspaikkoja lisäämällä ongelma ei ratkea. Koulutuksen vaikutusta lopulta työllistyyviin voidaan nykyisestä kuitenkin tehostaa esimerkiksi lähi- ja sairaanhoitajien valintamenettelyjä kehittämällä, parantamalla tukitoimia, jotta useampi valmistuu koulutuksesta sekä helpottamalla hoivaavustajien ja oppisopimuskoulutuksen opiskelupolkuja.

### **Työvoiman rekrytointi ulkomailta vaikuttaa viiveellä**

7. Monet palvelujen tuottajat ovat aktiivisesti tehostaneet kansainvälistä rekrytointia. Ulkomaistaustaiset hoitajat ja lääkärit sijoittuvat Suomessa usein sektoreille, joissa työvoimapula on suuri, kuten vanhusten huoltoon (erityisesti hoitajat) ja perusterveydenhuoltoon (erityisesti lääkärit). Ammattitutkintojen tunnustaminen, riittävä kielitaito, hyvä perehdytys sekä työyhteisön asenteet ovat tärkeitä tekijöitä ulkomaalaistaustaisten ammattilaisten integroitumisessa suomalaiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Kansainvälinen rekrytointi ei ole kovin nopea eikä tehokas keino työvoimapulaa helpottamiseksi, sillä Suomi pienenä kielialueena on vaikeassa kilpailuasetelmassa tilanteessa kansainvälisestäkin vähenevistä sote-alan resursseista.

### **Digitalisaatio ja teknologian käytön lisääminen on nopea keino vaikuttaa henkilöstötarpeeseen**

8. Teknologian ja apuvälineiden hyödyntäminen erityisesti vaativimmissa ja fyysisesti raskaimmissa töissä tulee edistää, tämä vähentää työn kuormitusta tukee työssä jaksamista. Valvonnan korvaaminen teknologisilla ratkaisuilla vähentää työvoiman tarvetta näissä tehtävissä. Digitaalisten palvelujen kehittäminen niihin palveluihin ja niille käyttäjäryhmille, joille ne soveltuvat vapauttaa henkilöstöä tehtäviin, joissa ammattilaisten läsnäolo on välttämätöntä. On kuitenkin huolehdittava siitä, että palveluja on saatavana myös lähipalveluina niille käyttäjille, jotka joko osaamisensa tai puutteellisten välineiden vuoksi eivät pysty niitä hyödyntämään. Teknologian käytön tehostaminen edellyttää lisää teknologian arviointitutkimusta, koska teknologioiden vaikutuksista on usein tietoa vain heikosti raportoiduista pilottitutkimuksista, mutta vahvempi vaikuttavuusnäyttö puuttuu.

# 9 Varautuminen: sosiaali- ja terveydenhuollon resilienssin vahvistaminen

## 9.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon resilienssi

### Pääkohdat:

- Ennen koronapandemiaa Suomen kyvyn varautua ja vastata erilaisiin terveystilanteisiin arvioitiin olevan erinomaisella tasolla, mutta pandemia osoitti, että varautumisessa oli puutteita, joita ei ollut osattu ennakoita.
- Tulevaisuuden kriisien varalta sosiaali- ja terveydenhuollon resilienssiä tulee vahvistaa. Varautumista varten koronapandemian opit on kerättävä talteen.
- Laajat ja pitkittyneet kriisit edellyttävät jatkossa entistäkin vahvempaa poikkihallinnollista yhteistyötä.

Koronapandemia muistutti siitä, miten nopeasti tartuntataudit voivat levitä tiiviisti verkottuneessa maailmassa. Koronatartuntojen hoito koetteli sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän kestävyttä. Tartuntojen leviämistä hidastavien toimien kääntöpuolena on ollut laajoja ja pitkäkestoisia epäsuoria vaikutuksia hyvinvointiin (Kestilä ym. 2021; Kestilä ym. 2022.) Terveysjärjestelmien kyky kohdata uhkia on yhteiskunnalle kriittistä. Sosiaali- ja terveydenhuolto on osa yhteiskuntien kriittistä infrastruktuuria. Resilienssi eli muutosjoustavuus tarkoittaa kykyä varautua ja vastata kriiseihin, muokata toimintaa kriiseissä ja lopulta oppia niistä.

Koronapandemia oli koko yhteiskuntaa koskettava ja pitkittynyt kriisi, joka edellytti yhteistyötä eri sektoreiden ja järjestelmän eri tasojen välillä. Johtamisen ja päätöksenteon keskittäminen Suomessa sosiaali- ja terveysministeriöön (esimerkiksi valtioneuvoston kanslian sijaan) kehysti koronapandemian terveystilanteeksi eri hallinnonalojen vastuulle kuuluvan laajan kriisin sijaan. Rajoituspäätöksiä tehtiin ennen kaikkea erikoissairaanhoidon tilannetta peilaten, jolloin sosiaaliset, taloudelliset ja kulttuuriset vaikutukset eri väestöryhmiin jäivät vähemmälle huomiolle. (Kihlström ym. 2023.)

Ennen koronapandemiaa Suomen kyvyn varautua ja vastata erilaisiin terveystilanteisiin arvioitiin olevan erinomaisella tasolla (Kihlström ym. 2022a). Globaalissa vertailussa näin ehkä olikin, mutta koronapandemia kuitenkin osoitti, että varautumisessa oli merkittäviä puutteita, joita ei ollut osattu ennakoita, sillä Suomessa ei ollut kohdattu laajamittaisia kriisejä vuosikymmeniin.

Koronapandemian alussa riittämätön suojavarusteiden määrä oli ilmeinen varautumiseen liittyvä haavoittuvuus. Myös monien muiden tarvikkeiden, kuten laboratoriotarvikkeiden varastot olivat riittämättömiä koronapandemian kaltaisen kriisin tarpeisiin. Kriiseihin varautumisen ja resilienssin vahvistamisen näkökulmista materiaalin varautuminen on kuitenkin vain jäävuoren huippu. Varautumiseen liittyviä teemoja, joihin tulevaisuudessa olisi kiinnitettävä huomiota, ovat esimerkiksi henkilöstön motivaation ja jaksamisen tukeminen pitkittyneissä kriiseissä ja kaikilla hallinnontasoilla, laaja-alainen osaamisen kartuttaminen järjestelmän kaikilla tasoilla, lainsäädännön ja sen soveltamisosaamisen kehittäminen, viestintä (sekä viranomaisten välillä että kansalais-

ten suuntaan) moninaisessa mediaympäristössä, eri kulttuurien ja kielten huomioiminen kansalaisviestinnässä sekä viranomaisviestinnän ja -yhteistyön kehittäminen. Myös perusterveydenhuollon resurssit, terveydensuojelujärjestelmän hajanaisuus, hoitohenkilöstön saatavuus ja verrattain alhainen tehohoitokapasiteetti näyttäytyivät koronapandemiassa haasteina. (Kihlström ym. 2022a; Kihlström ym. 2022b; Karreinen ym. 2023.) Koronapandemia osoitti, että myös sosiaalipalveluissa on tehtävä jatkossa monipuolista varautumista. Toimintamallien kehittäminen erilaisiin kriisitilanteisiin on tärkeää. Tärkeää on mm. erilaisten ohjeiden konkreettisuus, selkeys ja soveltuvuus erilaisien asiakasryhmien tarpeisiin.

Huolimatta kuormituksesta, tehohoidon saatavuus kyettiin Suomessa turvaamaan läpi pandemian. Usean vuosikymmenen yhteistyö sairaanhoitopiirien teho-osastojen johdon välillä todennäköisesti helpotti tehohoitopotilaiden siirtoja sairaanhoitopiirien välillä. STM:n ohjauksesta syksyllä 2020 perustetut alueelliset koronakoordinaatioryhmät olivat alueellisen toiminnan koordinaation kannalta toimivia ratkaisuja, sillä ne tukivat alueellista yhteistyötä ja paikallisen tason tilannekuvan välittämistä kansalliselle tasolle. Koronakoordinaatioryhmien perustaminen ja toiminta olivat kuitenkin ristiriidassa lainsäädännön antamien toimivaltuuksien kanssa. (Huhtakangas ym. 2023.) Jatkossa olisi pohdittava, miten tämänkaltaisia rakenteita olisi mahdollisuus hyödyntää niin, että ne olisivat myös lainsäädännön valossa asianmukaisia.

Uuden infektiotaudin hengitystievirusinfektion ilmaantuessa merkittävä haaste on erottaa sairastuneet muista samalla tavalla oireilevista, mutta jotakin lukuisista jo tunnetuista virustaudeista sairastavista. Tätä ei kuitenkaan usein voida tehdä pelkästään oireiden perusteella. Tietoa tarvitaan, jotta uuteen tautiin sairastuneet ja altistuneet voidaan eristää ja asettaa karanteeniin tartuntaketjujen katkaisemiseksi ja leviämisen estämiseksi tai ainakin hidastamiseksi. Tätä varten tarvitaan mikrobiologista laboratoriodiagnostiikkaa (spesifisiä testejä), jonka kehittäminen ja kapasiteetin kasvattaminen ei tapahdu hetkessä, ellei asiaan ole varauduttu. Lisäksi pandemiassa globaali kysyntä testimateriaaleille kasvaa lähes välittömästi niin suureksi, ettei tuotanto ehdi vastaamaan tarpeeseen.

Suomessa kliinistä mikrobiologista diagnostiikkaa tuottavat sekä yksityiset yritykset että yliopisto- ja keskussairaaloiden keskuslaboratoriot. Nämä toimivat liiketaloudellisin perustein ja tuottavat niitä testauspalveluja, joiden kysyntä ja näin ollen volyyymi ovat riittävän suuria ollakseen kaupallisesti kannattavia. Laboratoriota on useita kymmeniä ympäri maata ja ne kuuluvat noin kymmeneen emoyhtiöön. Toiminta on luvanvaraista ja luvat myöntää aluehallintoviranomainen. Näiden laboratorioiden toimintaan ei sovellu suoraan laajamittainen varautuminen ennakoimattomien ja uusien taudinaiheuttajien aiheuttamien epidemioiden varalta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella toisaalta on olemassa asiantuntijalaboratoriot, joissa on riittävä osaaminen ja kansainväliset verkostot, mutta ei riittäviä resursseja tai selkeää mandaattia kehittää ja ylläpitää varautumista nopeasti skaalautuvan ja maanlaajuisen kapasiteetin luomiseen kriisitilanteessa.

Esimerkiksi koronapandemian kokemusten pohjalta tiedetään, että kun tilanteen vakavuuteen oli herätty ja koronapandemian syntyminen oli tosiasia, kysyntä tartunnan tunnistavalle laboratoriotestille kasvoi välittömästi erittäin suureksi. Nopeaan kysynnän lisääntymiseen koko maailmassa ei ollut Suomessa varauduttu. Testauskapasiteettia voitiinkin kasvattaa varsin hitaasti, koska laitteiden ja materiaalien tarjonta alitti kysynnän moninkertaisesti. Kysyntää vastaavan kapasiteetin rakentamiseen kului yli kuusi kuukautta. Koronapandemiassa käytettiin testausta väestön laajamittaiseen seulontaan tartuntojen leviämisen rajoittamiseksi, ja hajautetussa ja liiketaloudellisin perustein toimivassa järjestelmässämme käytössä oli lukuisia eri laboratoriosovelluksia. Tämä hidasti huomattavasti testauskapasiteetin rakentamista, vaikka STM perustikin koordinaatioelimen auttamaan eri toimijoita hankinnoissa ja koko maan tarpeiden seuraamiseen.



Tulevaisuuden varautumisen kehittämiseksi olisikin tarpeen tunnistaa kansallinen taho, jolle osoitettaisiin vastuu ja resurssit sekä nopean skaalautumisen kriisisuunnittelusta että käytännön väestölaboratoriotoiminnan toimintakyvyn ylläpidosta, varautumisesta ja materiaalisesta varastoinnista yllättävien ja globaalisti merkittävien epidemioiden ja pandemioiden varalta. Jos ennakkoon olisi olemassa valmiit suunnitelmat, riittävä alkukapasiteetin laitteisto ja ydinhenkilöstö, toimittajasopimukset ja selkeä vastuu toiminnasta, kattavan kapasiteetin luominen voisi tulevaisuudessa tapahtua muutamassa kuukaudessa, kun koronapandemiassa se kesti yli puoli vuotta. Esimerkiksi Tanskassa on toteutettu tämän kaltainen väestötestausmalli. Koronapandemiassa sen käynnistäminen täyteen kapasiteettiinsa kesti noin kaksi kuukautta. Varautuminen diagnostiikan keskitettyyn kasvattamiseen voisi säästää huomattavan määrän ihmishenkiä tilanteissa, joissa on keskeistä saada uutta infektiota sairastavat erotettua muusta väestöstä ja joissa vaikeat tautimuodot ovat väestössä yleisiä. Tämän lisäksi nopeasti skaalattava väestötestaus todennäköisesti myös vähentää taloudellisia haittoja, joita vaihtoehtoiset toimet pandemian rajoittamiseksi usein aiheuttavat. Keskitetyllä varautumisella olisi myös muita etuja, sillä koronapandemian aikana kliinisen mikrobiologian laboratoriot joutuivat käytännössä lähes kokonaan lopettamaan monien muiden diagnostisten testien tuotannon, laite- ja henkilökapasiteetin ollessa suurelta osin sidottuna koronatyöhön. THL on tehnyt esityksen väestölaboratoriotoiminnan rakentamiseksi osaksi laitoksen toimintaa. Kriisien välillä kapasiteettia voisi myös käyttää laitoksen lakisääteisiin tehtäviin kuuluvien väestötutkimusten laboratoriotutkimuksiin. Toiminnan ei tulisi kilpailla markkinoilla liiketaloudellisin perustein toimivien kliinisen mikrobiologian laboratorioden kanssa.

EU:n yhteistyössä toteuttamat rokotehankinnat turvasivat todennäköisesti rokotteiden nopean saatavuuden Suomessa. Ilman EU:n yhteishankintaa Suomi ei välttämättä olisi ollut yhtä hyvässä asemassa rokotehankintojen osalta. (Kihlström ym. 2022a.) Tulevaisuudessa kansainvälisen yhteistyön vahvistaminen ja kansainvälisten organisaatioiden kyky toimia kriisitilanteissa on varmistettava entistä paremmin. Esimerkiksi lääkkeiden saatavuusongelmiin ja erilaisten teknologioiden saatavuuteen liittyviin häiriöihin sekä nopeasti kasvavaan erilaisiin materiaaleihin liittyvään kansainväliseen kysyntään on varauduttava tulevaisuudessa entistä paremmin. Muun muassa lääkehuollon suhteen Suomi ja Eurooppa ovat hyvin riippuvaisia vain muutamista tuottajamaista.

Laajat ja pitkittyneet kriisit edellyttävät jatkossa entistäkin vahvempaa poikkihallinnollista yhteistyötä. Varautumisen ja resilienssin mittaamiseen käytettyjen indikaattorien määrittelyssä enakoimattomien ja inhimillisten tekijöiden (esim. osaaminen, luottamus, ihmisten jaksaminen, yksilöiden resilienssi) huomioiminen on tärkeää materiaalisten ja taloudellisten tekijöiden lisäksi. Esimerkiksi koronapandemia toi varautumisen osalta esiin lainsäädännön monitulkintaisuutta, toimijoiden välisen yhteistyön haasteita sekä osaamisen ja suojavarusteiden riittämättömyyttä (Huhtakangas ym. 2023, Kihlström ym. 2022a).

Sosiaali- ja terveysjärjestelmien varautumista ja resilienssiä kehitettäessä on huomioitava, että myös sosiaaliturvajärjestelmillä on tärkeä rooli laajojen terveyskriisien hallinnassa. Laajojen epidemioiden ja muiden terveyskriisien leviämisen hallitsemiseksi käytetyt keinot voivat vaikuttaa ihmisten toimeentuloon ja mahdollisuuksiin hankkia välttämättömiä hyödykkeitä. Laajat yhteiskuntien kriittiseen infrastruktuuriin (esimerkiksi sähkö, vesi, maksuliikenne) ulottuvat uhat edellyttävät varautumista myös sosiaaliturvan osalta. Tästä esimerkkinä on valmiuslain muutos (1.8.2022 lukien), jonka mukaan Kela voi poikkeusoloissa maksaa tukea henkilöille, jotka eivät maksuliikenteen häiriön vuoksi voi käyttää varojaan välttämättömien hyödykkeiden hankkimiseen. Tuki on tarkoitettu välttämättömiin elintarvikkeisiin, lääkkeisiin sekä vastaaviin välttämättömiin hyödykkeisiin. Tuen luonteen vuoksi sen piirissä voi olla satoja tuhansia hakijoita ja se suoritetaan lähtökohtaisesti maksusitoumuksella. Samankaltaisiin sosiaaliturvan ja sosiaali- ja terveydenhuollon häiriötilanteisiin tulee varautua tulevaisuudessa aiempaa paremmin ja huomioida myös uhat, jotka eivät välttämättä ole ennalta arvattavia.

Väestön terveyttä ja hyvinvointia voivat tulevaisuudessa muovata huomattavasti erilaiset ympäristöön liittyvät uhat, kuten ilmastonmuutoksen ja luontokadon eteneminen, jotka vaarantavat kansainvälisen ruokaturvan ja lisäävät tartuntatauti-epidemioiden ja -pandemioiden esiintyvyyttä. Tavanomaisten infektioiden hoitoa uhkaa mikrobilääkeresistenssi eli se, että mikrobien vastustuskyky antibiootteja vastaan kasvaa. Sote-uudistuksen toimeenpanon alettua terveydensuojelun ja kansanterveystyön kokonaisuus tulisi huomioida aina käytännön viranomais- ja palvelutoiminnasta tutkimus- ja kehitystoiminnan rahoitukseen. Suomalaisessa terveysjärjestelmässä terveydensuojelu ja väestöterveystyö eivät ole tällä hetkellä riittävällä tasolla. Kun hyvinvointialueet ovat nyt käynnistäneet toimintansa, olisi syytä tarkastella sitä, miten terveysjärjestelmä Suomessa on varautunut erilaisiin uhkiin.

### Toimenpide-ehdotuksia:

- Koronapandemian oppien kerääminen ja niistä tehtävä kokonaisarvio tulee toteuttaa yhteistyössä eri hallinnonalojen kesken. Työhön tulee ottaa mukaan toimijoita myös järjestelmän eri tasoilta.
- Perustetaan kansallisen väestötetauslaboratorio THL:ään, jolle annetaan kansallinen vastuu ennakkovarautumisesta (logistinen ja materiaallinen) ja skaalautuvien valmius- ja varautumissuunnitelmien laatimisesta ja ylläpidosta tulevien kriisien tarpeisiin.
- Sote-uudistuksen onnistumisen varmistaminen edellyttää sitä, että uudistusta ja sen vaikutuksia palvelujärjestelmän toimintaan tutkitaan ja arvioidaan. Tämän voisi toteuttaa laajana tutkimusohjelmalla, jossa sote-uudistuksen tavoitteiden toteutumista arvioidaan yleisesti mutta myös resilienssin ja varautumisen näkökulmista.
- Palvelujärjestelmän varautumista ja resilienssin vahvistamista ei tulisi tarkastella irrallisina toimintoina palvelujärjestelmän perustehtävistä. Esimerkiksi inhimillisiin resursseihin ja osaamiseen investoiminen ovat tekijöitä, jotka todennäköisesti parantavat järjestelmän suorituskykyä niin normaaliaikoina kuin kriiseissä.
- Hyvinvointialueiden aloitettua toimintansa myös terveydensuojelujärjestelmä (public health services) tulee uudistaa.

## 9.2 Tartuntatautilain uudistaminen

### Pääkohdat:

- Covid-19-pandemia osoitti, että tartuntatautilain toimivaltuuksilla ja säännöksillä voidaan selvittää normaalitilanteessa ja pienien tartuntatauti-epidemiatapauksien hoitamisessa, mutta laajan, pitkäkestoisen, koko yhteiskuntaa koskevan ja paljon sairastumista ja kuolleisuutta aiheuttavan epidemian tai pandemian hoitoon nykyinen laki ei soveltunut kaikilta osin.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on jo käynnistänyt tartuntatautilain laajan uudistamisen työn valmistelemalla muistion lainsäädännön kehitystarpeista seuraavan hallituksen lainvalmistelua silmällä pitäen.

Tartuntatauti-epidemioiden saattavat häiritä vakavasti nykyaikaisen, häiriöille alttiin yhteiskunnan toimintaa. Vakavia häiriöitä syntyy, jos työvoimasta, esim. terveydenhuoltoalalla, iso osa on yhtä aikaa sairaana. Tartuntataudin leviämisen ehkäisemiseksi tehtävät toimet voivat myös vakavasti häiritä yhteiskunnan toimintaa. Hyvä tartuntatautilainsäädäntö kuvaa eri tartuntataudin torjunnan vastuutahot ja niiden oikeudet selkeästi, määrittää ihmisten perusoikeuksiin puuttuvia rajoitustoimia niin, että väestö kokee ne oikeudenmukaisiksi. Mahdollisille korvauksille rajoitustoimista kärsiville on oltava säädetty, selkeä lainsäädäntöpohja. (STM 2023.)

Nykyinen tartuntatautilaki (tt-laki) on uudistettu kokonaisuudessaan 2016 ja tuolloin keskeisenä tavoitteena oli antaa lainsäädännöllinen pohja sekä normaalitilanteessa tapahtuvalle torjuntatyölle että poikkeuksellisten epidemioiden hoitamiseksi. Covid-19-pandemia osoitti kuitenkin, että tt-lain toimivaltuuksilla ja säädöksillä voidaan selvitä normaalitilanteessa ja pienien tartuntatauti-epidemioiden hoitamisessa, mutta laajan, pitkäkestoisen, koko yhteiskuntaa koskettavan ja paljon sairastumista ja kuolleisuutta aiheuttavan pandemian tai epidemian hoitoon nykyinen tt-laki ei soveltunut kaikilta osin. Tämän johdosta tt-lakiin jouduttiin tekemään Covid-19-pandemian aikana lukuisia väliaikaisia muutoksia, joilla pandemiaa pyrittiin saamaan hallintaan yhteiskunnassa. Näitä olivat mm. tilojen terveysturvallinen käyttö, yleisötilaisuuksien ja ravitsemusliikkeiden toiminnan ja asiakasmäärän rajoitukset, koronatodistuksen kansallinen käyttö ja tartuntojen torjunta rajat ylittävissä liikenteessä sekä koronarokotuksen tai sairastetun taudin antaman suojan edellyttäminen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnalta.

Tehtävien muutosten johdosta tt-lain rakenne on kärsinyt ja laki on tullut vaikeasti hahmotettavaksi ja tulkittavaksi. Tartuntatautilainsäädännössä oli muutostarpeita jo ennen pandemiaa, mutta se on toiminut tärkeänä lainsäädäntötyön uudistamisen ajurina. Tartuntatautilaki ei myöskään ole riittävän selkeä tehtäväjaon suhteen, minkä vuoksi pandemian aikana oli epäselvyyttä mm. ministeriön, alueellisten viranomaisten ja asiantuntijalaitosten työnjaossa. Tämä johti viestinnällisiin haasteisiin erityisesti päätöksenteon perusteiden kommunikoinnissa. Viestinnässä usein hämärtyivät toisaalta yhteiskuntapoliittisiin valintoihin perustuvat ja toisaalta tutkittuun tai kokemusperäiseen tietoon tukeutuvan asiantuntija-arvion perusteella tehdyt päätökset. Molemmat ovat sinänsä legitiimejä perusteita, mutta niiden sekoittaminen toisiinsa on omiaan rapauttamaan väestön luottamusta päätöksentekijöihin ja viranomaisiin.

Kriisiaikoina on myös usein välttämätöntä tehdä nopeita ja kohdennettuja hankintapäätöksiä ihmishenkien säästämiseksi. Tätä varten hankintalain kilpailutusvaateisiin tulisi saada riittävän laajat poikkeukset suorahankintoja varten.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on jo käynnistänyt tartuntatautilain laajan uudistamisen työn valmistelemalla muistion lainsäädännön kehitystarpeista seuraavan hallituksen lainvalmistelua silmällä pitäen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on lausunut (mm. THL/3109/4.00.00/2022) osaltaan lainsäädännön kehitystarpeista STM:lle.

### Toimenpide-ehdotuksia:

THL:n nostamia lainsäädännön kehitystarpeita on tunnistettu mm. seuraavilla osa-alueilla (ei kaikkia em. lausunnossa mainittua):

#### 1. Yleiset säännökset

Yleisvaarallisten ja ilmoitettavien tautien kriteerit ja miten niiden ajantasaisuudesta huolehditaan mm. tilanteessa, jossa kerran yleisvaaralliseksi todettu tauti ei enää täyttäisi yleisvaarallisuuden määritelmää.

#### 2. Torjuntatyön järjestäminen ja viranomaiset

Yksityisen toimijan rooli torjuntatyössä ja suhde viranomaisiin, esim. velvollisuudet ja valvonta sekä tartuntatautiin torjuntaan liittyvät kustannukset.

- 3. Sairastuneiden ja sairastuneeksi perustellusti epäiltyjen tunnistaminen ja tartunnan jäljitys**  
Nykyisessä tartuntatautilaissa ei ole juurikaan spesifisiä rajojen terveysturvallisuuteen liittyviä sääntöjä. Koronapandemian aikana useat maat Suomi mukaan lukien toteuttivat maasta lähtöön ja maahantuloon liittyviä toimenpiteitä ja myös rajoittivat merkittävästi matkustajaliikennettä. Laki mahdollistaa terveystarkastukset rajoilla, mutta niiden osalta vastuutahoja ja kustannuksia koskevia säännöksiä on syytä selkiyttää.
- 4. Tartuntatautiin ilmoittaminen, tietojen luovuttaminen, rekisterit ja tiedonsaantioikeudet**  
Rekisteripohjainen tiedonkeruu mahdollistaminen nykyistä laajemmin, eri osa-alueiden (esim. sairastuneiden ja satunnaisesti poimittujen vertailuhenkilöiden ostamista tuotteista, rokotusten tehon, vaikuttavuuden tai turvallisuuden seuraamiseksi ja kansainvälinen epidemia tai kansainvälisesti seurattava tilanne ilman varsinaista epidemiaa Suomessa) tiedonsaantioikeuksiin tarvitaan muutoksia sekä potilasnäytteitä käsittelevien laboratoriodien normaalitoiminnasta yli jääviä verinäytteitä (nk. ylijäämäseerumeita) epidemian seuranta ja rokotusten vaikuttavuuden seuranta varten.
- 5. Rokotukset**  
Kansallisen rokotusohjelman rokotusten (TTL 44 §), muiden vapaaehtoisten rokotusten (TTL 45 §) ja pakollisten rokotusten (TTL 47 §) järjestämisvastuu on hyvinvointialueilla. Kaikkien rokotusten osalta on syytä huolellisesti tarkastella lainsäädännön mahdollisia kehitystarpeita koskien hyvinvointialueen vastuulla olevia julkisia palveluja ja niissä järjestettävää rokotustoimintaa. Lainsäädäntöä uudistettaessa tulisi huomioida rokotustoiminnan järjestämisen kaikki osa-alueet mukaan lukien henkilöstön osaaminen, rokotusten toteuttaminen, rokotteiden hankinta, rokotejakelu, käytön ja hävikin seuranta sekä rokotustoiminnan järjestämiseen ja toteuttamiseen liittyvien kulujen jakautuminen eri toimijoiden kesken.
- 6. Tartunnan leviämistä rajoittavat toimenpiteet**  
Tartuntatautilain 7–12 § pykälien määrittelemien torjuntatyön vastuutahojen lisäksi/ vahvistamiseksi olisi hyvä harkita etukäteen muodostettavia alueellisia pandemiayhteistyöryhmiä tai neuvoa-antavia työryhmiä, jotta toimiva työkalu olisi valmiina käytössä tilanteen niin vaatiessa.  
  
Nykyinen tartuntatautilaki mahdollistaa tartunnan saaneen eristämisen tai karanteenin käytön ainoastaan yksilökohtaisen tarkastelun perusteella ja edellyttää aina virkavastuulla toimivan tartuntatautilääkärin tekemää hallintopäätöstä, tämä ei toimi laajamittaisessa epidemiassa tai pandemiassa.
- 7. Maksut ja korvaukset**  
Kokonaisuutta on hyvä tarkastella, kun kyseessä on ulkomaisen henkilön testaamisen kulujen korvaamista tai matkaa varten hankittavien todistusten hankintakuluja epidemiatilanteissa.

Yllä oleva listaus ei ole kattava listaus niistä nykyisen tt-lain puutteista, joita Covid-19-pandemian aikana ilmeni, mutta kuvaa lain tarvitsevan seuraavalla hallituskaudella laaja-alaisen uudistuksen ja ehkä pohdinnan erillisen pandemialainsäädännön luomisesta tt-lain rinnalle käyttöön otettavaksi laaja-alaisessa pandemiatilanteessa. Myös tehtäväjako ja viranomaisten ja asiantuntijalaitosten työnjako ja toimivaltuuksia normaaliaikoina, häiriö- ja erityistilanteissa sekä kriisitilanteissa olisi selkeytettävä. Nykyisellään toimivalta ja työpako ovat osin päällekkäisiä esim. alueellisten ja kansallisten viranomaisten välillä. Ministeriön ja sen alaisten asiantuntijalaitosten tehtäväjako olisi selkeytettävä erityisesti asiantuntijatehtävissä.

# Lopuksi: Planetaarinen terveys ja hyvinvointi päätöksenteon ytimeen

**S**osiaalisesti ja taloudellisesti kestävä yhteiskunta on mahdollinen ainoastaan, mikäli ekologinen kestävyys toteutuu. Ekologinen kestävyys viittaa ympäristön ja luonnonvarojen käyttöön siten, että maapallon resursseja ei ylikuluteta eikä aiheuteta ympäristön tuhoutumista. Ihmisen toiminnalla on ollut merkittäviä vaikutuksia planeettamme tilaan, ja vaikutukset ovat vain voimistuneet viime vuosikymmeninä. Tällaisia epäsuotuisia vaikutuksia ovat ilmastonmuutos ja luonnon monimuotoisuuden väheneminen. Ihmisen toiminta on muuttanut merkittävästi maan käyttöä, mikä on johtanut maaperän köyhtymiseen. Saasteet ovat johtaneet vesistöjen, ilman ja maaperän tuhoutumiseen. Ihmiskunta käyttää alati enemmän luonnonvaroja kuin mitä maapallo voi tuottaa kestävällä tavalla. Tämä johtaa lopulta resurssien ehtymiseen. Lisäksi nämä ympäristöön kohdistuneet moninaiset muutokset luovat vakavia uhkia ja riskejä ihmisten terveydelle ja hyvinvoinnille, sekä nyt että tulevaisuudessa. Tulevien sukupolvien terveyden suojeleminen edellyttää siis myös ympäristömme suojelua. (Myers 2017.)

**Planetaarisen terveyden ja hyvinvoinnin** käsitteellä viitataan siihen, että ihmisen ja luonnon terveys muodostavat kokonaisuuden, joka vaikuttaa merkittävästi hyvinvointiimme ja yhteiskunnan toimivuuteen. Se korostaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin sekä maapallon ekosysteemin ja luonnon monimuotoisuuden välistä vuorovaikutusta. Olennaisia ovat keskinäisyhteydet, sillä ihmisten terveys ja hyvinvointi ovat vahvasti sidoksissa ympäristöön, mutta vastaavasti ihmisten toiminta vaikuttaa merkittävästi ekosysteemiin ja sen kykyyn tuottaa hyvinvointia. Planetaarinen terveys ja hyvinvointi -ajattelu korostaa ihmisten terveyden ja ympäristön välistä yhteyttä globaalilla tasolla. Se huomioi ilmastonmuutoksen, ympäristön saastumisen, luonnon monimuotoisuuden vähenemisen ja muiden ympäristöön liittyvien kehityskulkujen vaikutukset ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin. Tutkimuksellisesti planetaarinen terveys ja hyvinvointi on monitieteinen lähestymistapa, jossa lääketieteen, ympäristötieteen ja esimerkiksi biologian asiantuntemus yhdistyvät sosiaali- ja taloustieteiden ja myös muiden alojen asiantuntemukseen tavalla, joka edistää ihmisten terveyttä ja hyvinvointia pitkällä aikavälillä, tukien samalla ympäristön kestävyttä.

Ilmastonmuutos vaikuttaa väestön terveyteen ja hyvinvointiin ja niiden ehtoihin monin tavoin jo nyt ja yhä enenevässä määrin tulevaisuudessa. Ympäristön muutokset jo sinällään vaarantavat väestön terveyttä ja hyvinvointia myös Suomessa. Esimerkiksi helleaallot lisäävät sairaaläkäyntejä ja kuolemia, ja ne lisäävät myös epidemioiden riskiä. (Meriläinen ym. 2021; THL 2022b.) Ilmastonmuutoksen ja saastumisen rinnalla etenee luonnon monimuotoisuuden kuihtuminen eli luontokato, joka oli teemana vuoden 2022 lopussa järjestetyssä YK:n biodiversiteettikonferenssissa. Luontokadon suurin syy on elinympäristöjen hävittäminen, mutta sen rooli myös terveyden ja hyvinvoinnin määrittäjänä voimistuu koko ajan.

Terveyteen, hyvinvointiin ja niiden jakautumiseen vaikuttavat myös ilmastonmuutoksen hillintä ja siihen sopeutumiseen liittyvät toimet ja politiikat (Rekola ym. 2019). Ne muuttavat yhteiskunnallisten kysymysten tärkeysjärjestystä ja rakenteita, mahdollisesti jopa kokonaisia yhteiskuntajärjestelmiä, kun yhteiskunnan sisäiset jakolinjat piirtyvät uusiksi. Tämä johtuu siitä, että toteutuessaan nopeat sopeutumis- ja hillintätoimet koskettavat eri tavoin eri väestöryhmiä. Esimerkiksi liikkumiseen, asumiseen, ravintoon ja elinkeinoihin liittyvät muutokset kohdistuvat eri ryhmiin eri tavoin. Vaikka ihmisten motivaatio ilmastonmuutoksen kannalta kestäviin ja samalla terveyttä edistäviin elintapavalintoihin kasvaisi, esimerkiksi liikkuminen jalan tai pyörällä ja kasvispainotteinen ruokavalio eivät ole tosiasiallisesti kaikille mahdollisia samalla tavoin. Maailmanlaajuisesti ruokajärjestelmä on herkkä ilmastonmuutokselle. Se, että ruokaturva heikkenee, vaarantaa ihmisten terveyttä ja hyvinvointia erityisesti kehittyvissä maissa, mikä voi kasvattaa muuttoliikettä.

Suomen sisälläkin eri ihmisryhmien haavoittuvuus ilmastonmuutosten vaikutuksille vaihtelee suuresti. Sään ääri-ilmiöt kohdentuvat erityisesti tietyille alueille ja eri tavoin eri ikä-, sosiaali- ja etnisiin ryhmiin. Helteet kuormittavat etenkin vanhuksia ja paikallisten olosuhteiden muutokset muuttavat alkuperäiskansamme saamelaiden elinoloja ja elinkeinojen, etenkin poronhoidon edellytyksiä. Edelleen pienituloisten haavoittuvuus ilmastonmuutoksen aiheuttamille haitallisille terveysvaikutuksille voi vahvistua, mikäli heillä ei ole resursseja varautua muutoksiin kuten muut. Välilliset vaikutukset elinkeinoihin, elintarvikkeiden hintoihin ja työpaikkoihin voivat niin ikään tuottaa eriarvoisuutta ja koetella yhteiskunnan sosiaalista kestävyttä.

Planetaarinen, systeeminen näkökulma painottaakin toimien kohdentamista niin, että ympäristön, terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vaikutukset toteutuvat oikeudenmukaisesti. Tämä tarkoittaa haavoittuvimpien yhteisöjen huomioimista niin, että toimenpiteet hyödyttävät etenkin näitä yhteisöjä. Sosioekonominen tausta on otettava huomioon siksikin, että toimet eivät tule lisänneeksi eriarvoisuutta. Esimerkiksi, energiatehokkuusohjelmat tulisi suunnata pienituloisille talouksille, joilla on vähemmän resursseja energiansäästöinvestointeihin. Toimenpiteet on myös kohdentava ottaen huomioon eri kulttuurit ja elämäntavat, jotta ne ovat tehokkaita ja hyväksyttäviä, ja edistävät globaalin vastuun jakamista. Ympäristöongelmat vaikuttavat koko maailmaan, ja on tärkeää, että kaikki maat ottavat vastuun ympäristön tilan parantamisesta. Vauraampien maiden tulisi ottaa enemmän vastuuta ympäristön tilan parantamisesta, sillä ne ovat yleensä vastuussa suuremmasta osasta kasvihuonekaasupäästöistä ja vahvistavat osaltaan globaalia eriarvoisuutta. Päätöksentekoon olisi toisin sanoen saatava osallistumaan niitä yhteisöjä, joihin muutokset selvimminkin kohdistuvat. Näiden yhteisöjen ja eri väestöryhmien edustajien tulee olla mukana päätöksentekoprosesseissa, jotta päätökset ovat oikeudenmukaisia ja ne vastaavat yhteisöjen tarpeita ja arvoja. Tälläin toimenpiteiden implementointi myös ruohonjuuritasolla toteutuu varmemmin ja vaikutukset ympäristön ja terveyden edistämässä ovat tasa-arvoisempia.

Suomea sitovien kunnianhimoisten kansanterveys-, ilmasto- ja luontotavoitteiden toteuttaminen edellyttää planetaarisen terveyden ja hyvinvoinnin näkökulmasta toimenpiteitä valtionhallinnon kaikilla tasoilla, jokaisella hallinnonalalla ja laajamittaisessa yhteistyössä, myös globaalisti. Planetaarisuus viittaa niin ikään systeemiseen järjestelmätason tarkasteluun, jonka avulla pystytään eristämään yhteiskunnan ongelmallisimmat käytännöt ja edistämään ratkaisuja, jotka sekä hyödyttävät tehokkaasti luontoa että kohdistuvat ihmisiin oikeudenmukaisesti. Eräiden arvioiden mukaan mikään yhteiskunta ei tällä hetkellä kykene tyydyttämään väestönsä perustarpeita luonnonvarojen kannalta kestävästi. Planetaariset rajat huomioden kuitenkin periaatteessa olisi nykyisilläkin kaupan ja tuotannon järjestelyillä mahdollista taata hyvän elämän vähimmäisedellytykset koko maailman väestölle (Järvensivu ym. 2019).

On selvää, että julkisen talouden kestävyden kysymykset ovat lähivuosina ja lähivuosisikymmeninä kriittisiä. Keinot ja ratkaisut talouden tasapainottamiseksi on kuitenkin arvioitava **hyvinvointitaloudellisin perustein**, ottaen huomioon toimenpiteiden taloudelliset, sosiaaliset ja ekologiset vaikutukset. Palvelujärjestelmän uudistaminen kestäväällä tavalla on olennaista. Palvelujen uudistamisen lisäksi myös etuusjärjestelmä kaipaa uudistamista. Kaksi eduskuntakautta kestävänsosiaaliturvauudistuksen tavoitteena on ihmislähtöinen, sosiaalista kestävyttä ja hyvinvointia lisäävä järjestelmä, jossa yhteensovitetut palvelut ja etuudet tukevat joustavasti ihmisten arkea eri elämäntilanteissa ja elämänvaiheissa. Uudistuksessa tavoitellaan ihmisen kannalta selkeää ja ymmärrettävää järjestelmää, joka edistää tasa-arvoa.

Tämän ja tulevien vastaavien uudistusten tueksi tarvitaan tutkittua tietoa. Tutkimuslaitosten ja yliopistojen osaamista tulisi hyödyntää jo uudistusten suunnitteluvaiheessa niin, että luodaan riittävät edellytykset uudistusten tieteelliselle arvioinnille. Vaikka arvoalinnat ovat poliittisen päätöksenteon piirissä, planetaariset ehdot huomioiva hyvinvointipolitiikka vaatii toteutuakseen selkeät tutkimukselliset perusteet.

# Asiantuntijat

## Demografiset muutokset:

Johtava tutkija Laura Kestilä (THL)  
Johtava tutkija Timo Kauppinen (THL)  
Tutkimuspäällikkö Merita Mesiäislehto (THL)

## Väestön terveys, työ- ja toimintakyky, elintavat:

Tutkimusprofessori Markku Peltonen (THL)  
Erikoistutkija Katja Wikström (THL)  
Tutkimuspäällikkö Jenni Blomgren (Kela)  
Johtava asiantuntija Ville Grönberg (THL)  
Tutkimusohjelmajohtaja Päivikki Koponen (THL)  
Tutkimuspäällikkö Karoliina Koskenvuo (Kela)  
Tutkimuspäällikkö Jaana Lindström (THL)  
Tutkimusprofessori Hennamari Mikkola (Kela)  
Kehittämispäällikkö Päivi Mäki (THL)

## Päihteet ja riippuvuudet:

Laboratoriopäällikkö Teemu Gunnar (THL)  
Tutkimusprofessori Pekka Hakkarainen (THL)  
Erityisasiantuntija Sanna Kailanto (THL)  
Kehittämispäällikkö Aino Kankaanpää (THL)  
Erikoistutkija Karoliina Karjalainen (THL)  
Johtava asiantuntija Thomas Karlsson (THL)  
Oikeuskemisti Pirkko Kriikku (THL)  
Tutkimusprofessori Pia Mäkelä (THL)  
Erityisasiantuntija Hanna Ollila (THL)  
Erityisasiantuntija Sanna Rönkä (THL)  
Erikoistutkija Jani Selin (THL)

## Lääkekorvaukset:

Erikoistutkija Heini Kari (Kela)  
Ryhmäpäällikkö Hanna Koskinen (Kela)  
Erikoistutkija Terhi Kurko (Kela)  
Erikoistutkija Hanna Rättö (Kela)  
Erikoistutkija Kati Sarnola (Kela)

## Lähisuhdeväkivalta:

Kehittämispäällikkö Elisa Niklander (THL)

## Köyhyys ja perusturvan riittävyys:

Tutkimuspäällikkö Jussi Tervola (THL)  
Tutkimusprofessori Sakari Karvonen (THL)  
Tutkimuspäällikkö Signe Jauhiainen (Kela)  
Asiantuntija Susanna Mukkila (THL)

## Lapsiperheköyhyys:

Tutkimuspäällikkö Johanna Lammi-Taskula (THL)  
Erikoistutkija Anneli Miettinen (Kela)  
Erikoistutkija Johanna Närvi (THL),

## Terveyden ja hyvinvoinnin sosioekonomiset ja alue-erot:

Tutkimusprofessori Sakari Karvonen (THL)  
Johtava tutkija Laura Kestilä (THL)  
Johtava tutkija Sonja Lumme (THL)  
Tilastotutkija Elsi Lindell (THL)  
Kehittämispäällikkö Suvi Parikka (THL)

## Haavoittuvat ryhmät, sukupuolten tasa-arvo, yhdenvertaisuus ja osallisuus:

Johtava asiantuntija Reetta Siukola (THL)  
Erikoissuunnittelija Anni Hyvärinen (THL)  
Kehittämispäällikkö Anna Keto-Tokoi (THL)  
Kehittämispäällikkö Satu Majlander (THL)  
Erikoistutkija Marko Nousiainen (THL)  
Kehittämispäällikkö Mia Teräsaho (THL)  
Projektisuunnittelija Johanna Vihtari (THL)  
Johtava tutkija Laura Kestilä (THL)  
Johtava asiantuntija Anna-Mari Aalto (THL)  
Kehittämisjohtaja Anu Muuri (THL)  
Johtava asiantuntija Päivi Nurmi-Koikkalainen (THL)

## Kaupunkiseutujen segragaatiokehitys:

Johtava tutkija Timo Kauppinen (THL)

## Asunnottomuus:

Johtava tutkija Timo Kauppinen (THL)  
Erityisasiantuntija Pekka Karjalainen (THL)  
Erityisasiantuntija Eeva Liukko (THL)

## Nuorten mielenterveys ja hyvinvoinnin eriarvoisuus:

Tutkimusprofessori Jaana Suvisaari (THL)  
Ylilääkäri Tehi Aalto-Setälä (THL)  
Tutkimuspäällikkö Olli Kiviruusu (THL)  
Tutkimuspäällikkö Karoliina Koskenvuo (Kela)  
Johtava tutkija Maria Vaalavuo (THL)

## Lastensuojelu ja erityistä tukea vaativat lapset ja nuoret:

Kehittämispäällikkö Jenni Helenius (THL)  
Kehittämispäällikkö Laura Yliruka (THL)  
Yksikönpäällikkö Joonas Peltonen (THL)

**Syntyperään ja etnisyyteen liittyvät eriarvoisuudet:**

Tutkimuspäällikkö Anu Castaneda (THL)  
Erikoisuunnittelija Saida Mäki-Penttilä (THL)  
MONET

**Ikääntyneiden hyvinvointi, palvelut ja talous:**

Johtava asiantuntija Sari Kehusma (THL)  
Tutkimusprofessori Timo Sinervo (THL)  
Johtava asiantuntija Teija Hammar (THL)  
Tutkimuspäällikkö Juha Honkatukia (THL)

**Sote-henkilöstön riittävyys:**

Johtava asiantuntija Sari Kehusma (THL)  
Tutkimuspäällikkö Juha Honkatukia (THL)  
Tutkimusprofessori Timo Sinervo (THL)  
Johtava asiantuntija Anna-Mari Aalto (THL)

**Varautuminen ja sote-sektorin resilienssi:**

Johtaja Mika Salminen (THL)  
Tutkimuspäällikkö Liina-Kaisa Tynkkynen (THL)  
Tutkimusprofessori Hannu Kiviranta (THL)  
Johtava asiantuntija Carita Savolainen-Kopra (THL)  
Erikoistutkija Kristiina Janhonen (THL)  
Erikoistutkija Laura Kihlström (THL)



# Lähteet

- Aalto-Setälä T, Huikko E & Peltola K (2023) Vaikuttavammat mielenterveyspalvelut lapsille ja nuorille - toimenpidesuositus. Päätösten tueksi 4/2023. Helsinki, THL. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-070-5>
- ARA (2023). Asunnottomat 2022. Selvitys 2/2023. Lahti: Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus. [https://www.ara.fi/fi-FI/Tietopankki/Tilastot\\_ja\\_selvitykset/Asunnottomuus/Asunnottomat\\_2022\(64974\)](https://www.ara.fi/fi-FI/Tietopankki/Tilastot_ja_selvitykset/Asunnottomuus/Asunnottomat_2022(64974))
- Babor T, Casswell S, Graham K, Huckle T, Livingston M, Österberg E, Room R, Rossow I & Sornpaisarn B (2022) Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy. (3. laitos). Oxford: Oxford University Press.
- Berg N, Huurre T, Kiviruu O & Aro H (2011) Nuoruusiän huono-osaisuus ja sen kasautumisen yhteys kuoleisuuteen. Seurantatutkimus 16-vuotiaista nuorista. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 48, 168–181. <https://journal.fi/sla/article/view/4499>
- Blomgren J (2023) Sairauspäivärahat jatkavat kasvu-uralla – vuonna 2022 koronavirus näkyi aiempaa selvemmin sairauspäivärahaa saaneiden määrässä. Kelan tutkimusblogi. Saatavissa: <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/553967/sairauspaivarahat-jatkavat-kasvu-uralla-vuonna-2022-koronavirus-nakyi-aiempaa-selvemmin-sairauspaivarahaa-saaneiden-maarassa>
- Demography (2023) Demography-ohjelman kokoama tietopaketti: Väestörakenteen muutos haastaa yhteiskunnan kestävyttä. Demography-ohjelman kokoama tietopaketti. [https://storage.googleapis.com/vaestoliitto-production/2023/01/afd88237-demography-tietopaketti\\_digi\\_sivuittain.pdf](https://storage.googleapis.com/vaestoliitto-production/2023/01/afd88237-demography-tietopaketti_digi_sivuittain.pdf)
- ESPAD Group 2020 (2019). Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. EMCDDA Joint Publications. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Eurofound (2021) Living, working and COVID-19 (Update April 2021): Mental health and trust decline across EU as pandemic enters another year, Publications Office of the European Union, Luxembourg. <https://euagenda.eu/publications/living-working-and-covid-19-mental-health-and-trust-decline-across-eu-as-pandemic-enters-another-year>
- Eurostat (2022) Gini-coefficient of equivalized disposable income – EU-SILC survey. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tessi190/default/table>
- Forsell M (2022) Lasten ja nuorten mielenterveysperusteinen tutkimus ja hoito 2020. Tilastoraportti 21/2022. Helsinki: THL. <https://www.julkari.fi/handle/10024/144513>
- Hakovirta M & Rantalaiho M (2012) Taloudellinen eriarvoisuus lasten arjessa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 124. Helsinki: Kela. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37848/Tutkimuksia124.pdf>
- Halme N & Perälä M-L (2014) Lapsiperheiden huolet ja avunsaanti. Teoksessa Lammi-Taskula, J. & Karvonen, S. (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Helsinki: THL, 216–226. <https://www.julkari.fi/handle/10024/116712>
- Heiskanen M & Karlsson N (2023) Rahapelihaittojen ehkäisystä tuskin tulisi helpompaa, jos järjestelmä muuttuisi lisenssipohjaiseksi. <https://blogi.thl.fi/rahapelihaittojen-ehkaisyta-tuskin-tulisi-helpompaa-jos-jarjestelma-muuttuisi-lisenssipohjaiseksi/>
- Hietaniemi L (2016) Lapsiköyhyysriski Helsingissä koko maata korkeampi. Kvartti 19.1.2016. <https://www.kvartti.fi/fi/artikkelit/lapsikoyhyysriski-helsingissa-koko-maata-korkeampi>
- Honkatukia J (2022) Ikääntyminen, hoivatarve ja julkisen talouden kestävyys. Teoksessa: Karvonen S, Kestilä & Saikkonen P. Suomalaisten hyvinvointi 2022. THL, Helsinki 2022. Teema 35. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-996-2>
- Huhtakangas M, Paananen H, Kihlström L, Rautiainen P, Keskimäki I, Karreinen S & Tynkkynen L-K (2023) ”Peruskehikko on olemassa, mutta sitä ei seurattu” – kansanterveysjärjestelmän toiminta ja ketterä hallinta COVID-19-pandemiassa vuosina 2020–2021. Hallinnon tutkimus 42, 2. <https://doi.org/10.37450/ht.122290>
- Huikko E, Peltola K & Aalto-Setälä T (2023) Lasten ja nuorten mielenterveytyön vaikuttavuuden lisääminen. Kansallisen lapsistrategian toimenpiteen 13 loppuraportti. Työpapere 3/2023. Helsinki, THL. <https://www.julkari.fi/handle/10024/146096>
- Husu P, Tokola K, Vähä-Ypyä H & Vasankari T (2022) Liikuntaraportti: Suomalaisten mitattu liikkuminen, paikallaanolo ja fyysinen kunto 2018–2022. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2022:33. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164370>
- Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa – TEA 2021. THL. Tilastoraportti 41/2021. <https://www.julkari.fi/handle/10024/143390>
- Ilmarinen K, Kauppinen TM (2018) Pienituloisuus ennen ja jälkeen asumiskustannuksia – alueellinen näkökulma. Yhteiskuntapolitiikka 83:1, 73–83. <https://www.julkari.fi/handle/10024/136018>
- Jalovaara M & Miettinen A (2022) Korkeasti koulutetut saavat usein kaksi lasta – enintään keskiasteen koulutuksen saaneilla yleistyvät sekä lapsettomuus että suuret lapsiluvut. FLUX Tietoa päätösten tueksi 1/2022. <https://fluxconsortium.fi/fi/korkeasti-koulutetut-saavat-usein-kaksi-lasta-enintaan-keskiasteen-koulutuk->

- [sen-saaneilla-yleistyvat-seka-lapsettomuus-etta-suuret-lapsiluvut/](#)
- Järvensivu P, Hakala E, Lummaa K, Lähde V, Majava A, Toivanen T, Vadén T & Eronen J (2019). Ilmastokriisiin sopeutuminen on kansanterveydellinen kysymys. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 56(4). <https://doi.org/10.23990/sa.83011>
- Kaakinen J (2023) Kotiin. Selvitysraportti tarvittavista toimenpiteistä asunnottomuuden poistamiseksi vuoteen 2027 mennessä. <https://ym.fi/-/selvitys-asunnottomuuden-poistaminen-on-mahdollista-tiiviilla-yhteistyolla>
- Kallio J & Hakovirta M (toim.) (2020) Lapsiperheet, köyhyys ja huono-osaisuus. Tampere: Vastapaino.
- Karjalainen K, Pekkanen N & Hakkarainen P (2020) Suomalaisen huumeiden käyttö ja huumeasenteet – Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2018. Raportti 2/2020. Helsinki: THL. <http://www.julkari.fi/handle/10024/139059>
- Karjalainen P, Huikko E, Appelqvist-Schmidlechner K, Jahnukainen J, Manninen M, Eväsoja M & Kautto T (2022) Koulutuksen ja työn ulkopuolella olevien nuorten ja nuorten aikuisten mielenterveys- ja päihdehoito: Suosituksia perusterveydenhuollon toimijoille. Ohjaus 15/2022. Helsinki: THL. <https://www.julkari.fi/handle/10024/145867>
- Karreinen S, Paananen H, Kihlström L, Janhonen K, Huhtakangas M, Viita-aho M & Tynkkynen L-K (2023) Living through uncertainty: A qualitative study on leadership and resilience in primary healthcare during COVID-19. *BMC Health Services Research*, 23: 233. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09223-y>
- Karvonen S (2019). Koetun hyvinvoinnin erot maakuntien välillä. Teoksessa: Kestilä L & Karvonen S (toim.) (2019) Suomalaisen hyvinvointi 2018. Helsinki: THL. <https://www.julkari.fi/handle/10024/145867>
- Karvonen S & Salmi M (toim.) (2016) Lapsiköyhyys Suomessa 2010-luvulla. Työpäpaperi 30/2016, Helsinki: THL. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-742-8>
- Karvonen S, Kestilä L & Saikkonen P. (toim.) (2022) Suomalaisen hyvinvointi 2022. Helsinki: THL. Teema 35. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-996-2>
- Karvonen S, Martelin T, Kestilä, L & Junna L (2019) Tulotason mukaiset terveyserot. Teoksessa Kestilä L & Karvonen S (toim.) (2019) Suomalaisen hyvinvointi 2018 (ss. 101–119). Helsinki: THL. <https://www.julkari.fi/handle/10024/145867>
- Kauppinen TM & Karhula A (2023) Contributions of residential and income mobility in different life stages to increasing low-income rates in suburban neighborhoods. Artikkelikäsitkirjoitus.
- Kauppinen TM & Mukkila S (2022) Lähiöalueiden väestörakenteen kehitys suurissa kaupungeissa vuosina 1995–2019. Työpäpaperi 38/2022. Helsinki: THL. <https://www.julkari.fi/handle/10024/144980>
- Kekkonen V, Tolmunen T, Markkanen M, Koskinen T & Laukkanen E (2019) Nuorten psyykkiset ongelmat ja psykososiaaliset hoitomenetelmät sijaishuollossa. Järjestelmällinen katsaus. *Suomen Lääkärilehti* 2019; 74:599–603.
- Kestilä L & Karvonen S (2022) Katsaus Suomen väestöön ja väestön hyvinvointiin tilastojen valossa. Teoksessa: Karvonen S, Kestilä L & Saikkonen P. Suomalaisen hyvinvointi 2022. Helsinki: THL. Teema 35. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-996-2>
- Kestilä L, Jokela M, Härmä V & Rissanen P (toim.) (2021) COVID-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen Asiantuntija-arvio, kevät 2021. THL Raportti 03/2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-649-7>
- Kestilä L, Kapiainen S, Mesiäislehto M & Rissanen P (toim.) (2022): Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Asiantuntija-arvio, kevät 2022. Raportti 4/2022. Helsinki: THL. <https://www.julkari.fi/handle/10024/144268>
- Kihlström L, Huhtakangas M, Siemes L, Keskimäki I & Tynkkynen L-K (2023) Power and politics in a pandemic: Insights from Finnish health system leaders during COVID-19. *Social Science and Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115783>
- Kihlström L, Huhtakangas M, Karreinen S, Keskimäki I & Tynkkynen L-K (2022a) ”Kenenkä vastuulla tää nyt sitten on? Ei ehkä ainakaan meidän”: COVID-19-pandemian hallinta ja johtaminen Suomessa. Helsinki: THL. Tutkimuksesta tiiviisti 27/2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-872-9>
- Kihlström L, Huhtakangas M, Karreinen S, Keskimäki I, Viita-aho M & Tynkkynen L-K (2022b) “Local cooperation has been the cornerstone.” facilitators and barriers to resilience in a decentralized health system during COVID-19 in Finland. *Journal of Health Organization and Management*. <https://doi.org/10.1108/JHOM-02-2022-0069>
- Kinnunen J, Taskinen K, & Mäyrä F (2022) Pelaajabarometri 2022. Kohti uutta normaalia. Trim Research Reports 29. Tampere: Tampereen yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-2732-3>
- Kirkonpelto T-M & Mäntyranta T (2023). Tiekartta 2022–2027. Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2023:8. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164634>
- Kokko S, Hämylä R, & Martin L (toim.) (2021) Nuorten liikuntakäyttäytyminen Suomessa. LIITU-tutkimuksen tuloksia 2020. Valtion liikuntaneuvoston julkaisu 2021:1. <https://www.liikuntaneuvosto.fi/wp-content/>

- [uploads/2021/05/Nuorten-liikuntakayttaytyminen-Suomessa-LIITU-tutkimuksen-tuloksia-2020.pdf](#)
- Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K & Koskinen S (toim.) (2018) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Finterveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: THL. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap\\_4\\_2018\\_FinTerveys\\_verkko.pdf](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf)
- Koskinen S & Martelin T (2007). Nykyiset kansanterveysongelmat ja mahdollisuudet niiden torjumiseen. Teoksessa: [Terveystuhojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys. Osa 2. Terveystuhojen edistämisen ja sairauksien ehkäisyn vaikutukset ja kustannusvaikutukset](#). Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja, s. 78–92.
- Kriikka P, Tikkanen J & Ojanperä I (2022) Nuoren huume- ja myrkytystuhojen taustalla on useimmiten buprenorfinin, bentsodiatsepiinien ja amfetamiinin päihdekäyttö. *Duodecim* 138: 1251–1256. <https://www.julkari.fi/handle/10024/145354>
- Kröger T & Van Aerschoot L & Mathew Puthenparambil J (2019) Ikääntyneiden hoivaköyhyys. *Yhteiskuntapolitiikka* 84(2), 124–134. <https://www.julkari.fi/handle/10024/137957>
- Lahelma E, Pietiläinen O, Pentala-Nikulainen O, Helakorpi S & Rahkonen O (2019) 36-year trends in educational inequalities in self-rated health among Finnish adults. *SSM Popul Health* 9:100504
- Lastensuojelu 2021. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/lapset-nuoret-ja-perheet/lastensuojelu/lastensuojelu>
- Leemann L, Nousiainen M, Keto-Tokio A & Isola, A-M (2022) Osallisuuden kokemus aikuisväestössä. Teoksessa: Karvonen S, Kestilä L & Saikkonen P (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2022*. Helsinki: THL. s 94–113. <https://www.julkari.fi/handle/10024/145692>
- Leemann L & Virrankari K (2022) Nuorten osallisuuden kokemus ja siinä tapahtuneet muutokset vuosina 2019–2021: ovatko erot kasvaneet koronaepidemian aikana? Teoksessa: Kokkonen M, Gissler M, Känkänen P & Isola A-M (toim.) *Poikkeuksellinen nuoruus korona-aikaan. Nuorten elinolosuhteet -vuosikirja 2022*. Helsinki: THL. s. 152–166. <https://www.julkari.fi/handle/10024/145465>
- Lindroos E, Sirniö O & Vaalavuo M (2021) Lapsiköyhyys koko väestön köyhyyttä yleisempää Euroopassa: Suomessa lapsiköyhyyttä esiintyy etenkin yksinhuoltaja- ja maahanmuuttajaperheissä. *INVEST Policy Brief* 25.10.2021. *INVEST Research Flagship*, Turun yliopisto. <https://www.julkari.fi/handle/10024/145116>
- Manderbacka K, Muuri A, Keskimäki I, Kaikkonen R & Elovainio M (2012) Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveyspalvelujen saatavuudesta? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49(1), 4–12. <https://journal.fi/sla/article/view/9341>
- Manderbacka K, Muuri A, Aalto A-M, Kestilä L, Muuri A & Häkkinen U (2017) Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa. *Tutkimuksesta tiiviisti* 9/2017. Helsinki: THL. <https://www.julkari.fi/handle/10024/132346>
- Manderbacka K, Lindell E, Suomela T, Lumme S, Koskinen S, Martelin T & Parikka S (2021) Sosiaalinen asema ja menetetyt elinvuodet Suomessa 2017–2019. *Tutkimuksesta tiiviisti* 56/2021. Helsinki: THL. [Sosiaalinen asema ja menetetyt elinvuodet Suomessa 2017–2019 \(julkari.fi\)](#)
- Majlander S, Vihtari J, Kekkonen M, Sankalahti K, Turu P & Rautiainen S (2023) Lasten ja nuorten palvelujen yhdenvertainen saavutettavuus. Helsinki: THL. Helsinki 2023. ISBN 978-952-408-027-9 (verkkojulkaisu) [julkaisuprosessissa].
- Majlander S, Lehtonen J, Luopa P, Sares-Jäske L, Teräsaho M, Vihtari J, Nenonen T, Hyvärinen A & Klemetti R (2022) Sateenkaarinuoret poikkeusaikana. Teoksessa: Kekkonen M, Gissler M, Känkänen P, Isola A-M (toim.) *Poikkeuksellinen nuoruus korona-aikana. Nuorten elinolosuhteet -vuosikirja 2022. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, THL, Valtion nuorisoneuvosto. Punamusta Oy, Vantaa*. <https://www.julkari.fi/handle/10024/145465>
- Majlander S, Kilpeläinen K & Tuunainen S (2022) Väestöryhmät, joiden tilanne heikkeni koronaepidemian aikana: Miten ottaa huomioon haavoittuvassa asemassa olevat hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi? *Työpäpaperi* 61/2022. Helsinki: THL. Luettavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-013-2>
- Mukkila S, Moisio P, Mäkinen L & Nykänen E (2022) ”Paljonko on riittävästi? Köyhyys ja perusturvan riittävyys”. Teoksessa Karvonen S, Kestilä L & Saikkonen P (toim.): *Suomalaisten hyvinvointi 2022*. Helsinki: THL, 194–207. <https://www.julkari.fi/handle/10024/145692>
- Myers S (2017) Planetary health: protecting human health on a rapidly changing planet. *Lancet* 2017; 390: 2860–68.
- Mäkelä P, Martikainen P & Peltonen M (2017) Sosioekonomiset erot alkoholikuolleisuudessa ja alkoholin käytössä. *Tutkimuksesta tiiviisti* 4, maaliskuu 2017. THL, Helsinki. <https://www.julkari.fi/handle/10024/132025>
- Mäki P, Puska P, Rissanen A & Mustajoki P (2021) Yhteiskunnalliset toimet välttämättömiä lihomiskehityksen kääntämiseksi. *Suomen Lääkärilehti* 50–52, 3051–3055.
- Nevanto M, Ilmarinen K & Kauppinen TM (2023) Alueelliset erot väestön ikärakenteessa ja ikääntyneiden elinoloissa. *Artikkelikäsikirjoitus*.
- Niemi R, Vaalavuo M & Suvisaari J (2022) Sosioekonomiset erot mielenterveyden häiriöissä ilmenevät jo elämänsä alkuun lapsilla ja nuorilla. *Tutkimuksesta tiiviisti* 38/2022, Suomen sosiaalinen tila 4/2022. THL, Helsinki. <https://www.julkari.fi/handle/10024/145156>
- Obućina O & Ilmakunnas I (2020) Poverty and Overcrowding among Immigrant Children in an Emerging Destination: Evidence from Finland. *Child Ind Res*

- 13, 2031–2053 (2020). <https://doi.org/10.1007/s12187-020-09743-7>
- October M & Laitinen H-L (2022) Ohjeet kunnille ja hyvinvointialueille lähisuhdeväkivallan ehkäisyn koordinaattiorakenteiden ja lähisuhdeväkivallan vastaisen toiminnan järjestämiseksi. THL THL. <https://www.julkari.fi/handle/10024/144538>
- Perälä M-L, Halme N & Kanste O (2014) Lapsiperheiden kokemus palvelujen saatavuudesta ja tuen riittävydestä. Teoksessa: Lammi-Taskula J & Karvonen S (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Helsinki: THL, 228–239. <https://www.julkari.fi/handle/10024/116712>
- Pitkänen S, Harju H, Törmä S, Huotari K, Mayer M & Pyykkönen S (2019) Asunnottomuusohjelmien arviointi. Ohjelmista asunnottomuustyön vakiinnuttamiseen. Ympäristöministeriön julkaisuja 2019:11. Helsinki: Ympäristöministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-361-014-9>
- Poliisihallitus (2022) Manner-Suomen rahapelimarkkinoiden kehitys. <https://poliisi.fi/rahapelimarkkinoiden-kehitys>
- Rekola A, Kaljonen M, Terämä E, Aro R, Vainio A, Vikström S & Paloniemi R (2019) Ilmasto-oikeudenmukaisuus suomalaisessa hyvinvointi- ja terveyspolitiikassa-Suuntaviivoja tutkimukselle. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti, 56(4). <https://doi.org/10.23990/sa.82621>
- Ristikari T, Keski-Säntti M, Sutela E, Haapakorva P, Kii-lakoski T, Pekkarinen E, Kääriälä A, Aaltonen M, Huotari T, Merikukka M, Salo J, Juutinen A, Pesonen-Smith A & Gissler M (2018) Suomi lasten kasvu-ympäristönä. Kahdeksantoista vuoden seuranta vuonna 1997 syntyneistä. THL Raportti 7/2018. Helsinki: THL ja Nuorisotutkimusverkosto <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-152-2>
- Ruotsalainen P (2021) Lapsia elää tulojakauman kaikissa luokissa – köyhyysriski suurin nuorissa ja isoissa perheissä. Tieto&Trendit, Tilastokeskus. <https://www.stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2021/lapsia-ela-tulojakau-man-kaikissa-luokissa-koyhyysriski-suurin-nuorissa-ja-isoissa-perheissa/>
- Saariluoma L, Heino T, Eriksson P & Utriainen S (2021a) Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja teini-ikäisten väkivaltakokemukset sekä päihteiden käyttö. Tutkimuksesta tiiviisti 73/2021. THL, Helsinki. <https://www.julkari.fi/handle/10024/143531>
- Saariluoma L, Heino T, Eriksson P & Utriainen S (2021b) Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja nuorten koulunkäynti ja hyvinvointi koronan varjossa vuonna 2021. Tutkimuksesta tiiviisti 72/2021. THL, Helsinki. <https://www.julkari.fi/handle/10024/143471>
- Salmi M & Närvi J (2022) Toimeentulokokemukset ja hyvinvoinnin erot nelivuotiaiden perheissä. Äitien arviointa perheen taloudellisesta tilanteesta ja hyvinvoinnista FinLapset 2018 -kyselyssä. Työpaperi 9/2022. Helsinki: THL. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-831-6>
- Salmi M (2020) Lapsiperheiden köyhyys pitää yllä köyhyyden kierrettä. Teoksessa J. Kallio & M. Hakovirta (toim.) Lapsiperheiden köyhyys ja huono-osaisuus. Tampere: Vastapaino, 37–71.
- Salmi M, Närvi J & Lammi-Taskula J (2016) Köyhyys, toimeentulo ja hyvinvointi lapsiperheissä. Julkaisussa Karvonen S & Salmi M (toim.) Lapsiköyhyys Suomessa 2010-luvulla. Työpaperi 30/2016. Helsinki: THL, 13–44. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-742-8>
- Salonen A, Castrén S, Latvala T, Grönroos T, Levola J & Vuori M (2022) Gender- and age-stratified analyses of Gambling Disorder in Finland between 2011 and 2020 based on administrative registers. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 39(6), 623–633.
- Salonen A, Lind K, Hagfors H, Castrén S & Kontto J (2020) Rahapelaaminen, peliongelmat ja rahapelaamiseen liittyvät asenteet ja mielipiteet vuosina 2007–2019. Suomalaisen rahapelaaminen 2019. Helsinki: THL. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-594-0>
- Selin J (2023) Rahapelihaittojen ehkäisyn ja vähentämisen tulee säilyä rahapelipolitiikkaa ohjaavana periaatteena. Päätösten tueksi 5/2023. Helsinki: THL. <https://www.julkari.fi/handle/10024/146377>
- Siltala H, Hisasue T, Hietamäki J, Saari J, Laajasalo T, October M, Laitinen H-L & Raitanen J (2022) Lähisuhdeväkivallasta aiheutuva palvelujen käyttö ja kustannukset terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluissa. Valtioneuvoston julkaisuja. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164292>
- Sirniö O, Martikainen P & Kauppinen TM (2013) Intergenerational determinants of income level in Finland. *Social Forces* 92(2): 463–490.
- Sirniö O, Kärkkäinen S & Kauppinen TM (2021) Palkkatulojen kehitys lapsiperheissä COVID-19-epidemian aikana. THL Tutkimuksesta tiiviisti 11/2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-610-7>
- Sorsa T (toim.) (2020) Kestävän väestökehityksen Suomi. Väestöliiton väestöpoliittinen raportti 2020. Väestötutkimuslaitos katsauksia E54. Helsinki: Väestöliitto ry. <https://www.vaestoliitto.fi/uploads/2020/11/c847b683-kvs-saavutettava.pdf>
- STM (2023a). Kestävää hyvinvointia. Sosiaali- ja terveysministeriön virkapuheenvuoro tulevan hallituskauden haasteista ja ratkaisujen suunnista. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2023:6. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164631>
- STM (2023b). Tupakka- ja nikotiinipolitiikan kehittämissuositusten mietintö. Työryhmän toimenpide-ehdotukset 2023. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2023:5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2023. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5664-3>
- Suojelu NYT! -hanke, Lastensuojelulain asiakasmitoituksen vaikutukset. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/suojelu-nyt-lastensuojelulain-asiakasmitoituksen-vaikutukset>
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Muuttoliike [verkköjulkaisu]. Viiteajankohta: 2021. ISSN=1797–6766. Helsinki: Tilastokeskus [Viitattu: 1.11.2022]. Saantitapa:

- [https:// www.stat.fi/julkaisu/cku3xexx4b9s60b5049fb-n9wj](https://www.stat.fi/julkaisu/cku3xexx4b9s60b5049fb-n9wj)
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Syntyneet [verkkojulkaisu]. Viiteajankohta: 2021. ISSN=1798–2391. Helsinki: Tilastokeskus [Viitattu: 1.11.2022]. Saantitapa: <https://www.stat.fi/julkaisu/cku2ehapc8hl90c58br8mqkkj>
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste [verkkojulkaisu]. ISSN=1798–2391. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 1.11.2022]. Saantitapa: [http://www.stat.fi/til/vaenn/2021/vaenn\\_2021\\_09-30\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/vaenn/2021/vaenn_2021_09-30_tie_001_fi.html)
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Elinolotilasto [verkkojulkaisu]. Viiteajankohta: 2021. Helsinki: Tilastokeskus [Viitattu: 27.2.2023]. <https://stat.fi/julkaisu/clbksh4p-py1y20bum4uh8ngbg>
- Tarkiainen L, Martikainen P, Peltonen R & Remes H (2017) Sosiaaliryhmien elinajanodote-erojen kasvu on pääosin pysähtynyt. *Suomen Lääkäril* 2017;72:588–593. <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/0/09/07/074/sll92017-588.pdf>
- THL, Jätevesitutkimus: väestötason huumeiden käyttö. <https://www.thl.fi/jatevesitutkimus>
- THL, Ruiskuhuumejäämätutkimus. <https://www.thl.fi/ruiskuhuumejaamatutkimus>
- THL, Vainajien oikeuskemialliset tutkimukset. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/vainajien-oikeuskemialliset-tutkimukset>
- THL (2021) Lihavuuteen liittyvä sairastuvuus -karttapalvelu. <https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/lihavuus/lihavuuteen-liittyva-sairastuvuus-karttapalvelu>
- THL (2022) Terveydenedistämistäktiivisuus (TEA) perusterveydenhuollossa 2022. Terveydenhuollon palveluvalikoima-neuvoston suositukset. Elintapaohjaus ja omahoidon tuki tupakoinnin aiheuttaman sairastumisriskin pienentämiseksi. Saatavilla osoitteessa: [www.teaviisari.fi](http://www.teaviisari.fi)
- THL (2023a). Systeeminen toimintamalli lastensuojelussa. <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/kehittyvat-kaytannot/systeeminen-toimintamalli-lastensuojelussa>
- THL (2023b). Yksinoikeusjärjestelmän ulkopuolisen rahapelaamisen seuranta. <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/rahapelit/yksinoikeusjarjestelman-ulkopuolisen-rahapelaamisen-seuranta>
- Tilastokeskus [Viitattu: 27.2.2023]. Saantitapa: <https://stat.fi/julkaisu/ckw4oly001gb20b58rgaywm6f>
- Tilastokeskus (2023b). StatFin-tietokanta osoitteessa <https://www.stat.fi/tup/statfin/index.html> (käyty 27.2.2023).
- Tilastokeskus (2023). StatFin-tietokanta osoitteessa <https://www.stat.fi/tup/statfin/index.html> (käyty 27.2.2023).
- Tilastokeskus (2023), Ulkomailla syntyneet. <https://www.stat.fi/tup/maahanmuutto/maahanmuuttajat-vaestosa/ulkomailla-syntyneet.html>
- Tilastokeskus, Työssäkäynti. <https://www.stat.fi/julkaisu/cktv58zx41ip90b61u1iq0lidd>
- Valsta L, Kaartinen N, Tapanainen H, Männistö S & Sääksjärvi K (toim.) (2018) Ravitsemus Suomessa: FinRavinto 2017 -tutkimus. THL 12/2018. Helsinki: THL. <https://www.julkari.fi/handle/10024/137433>
- Viljakainen A, Jääskeläinen M, Ruokolainen O, Ollila H & Laatikainen T (2022) Tupakoinnin yhteiskunnalliset kustannukset vuonna 2020 ja vertailu vuoteen 2012. Tutkimuksesta tiiviisti 52/2022. Helsinki: THL, 2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-975-7>
- Virrankari L, Leemann L & Kivimäki H (2020) Osallisuuden kokemus ja koulukiusaaminen: Kouluterveyskyselyn 2019 tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 35/2020. Helsinki. THL. <https://www.julkari.fi/handle/10024/140804>
- Vorma H, Rotko T, Larivaara M & Kosloff A (2020). Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7>
- Warpenius K, Mäkelä P & Karlsson T (2022) Vuonna 2018 voimaan tulleen alkoholilain jälkiarviointi: Vaikutukset alkoholin saatavuuteen, kulutukseen ja haittoihin. Raportti 7/2022. Helsinki: THL. <https://www.julkari.fi/handle/10024/145635>
- Wikström K, Koponen P, Rotko T, Suvisaari J & Peltonen M (2023). Kansanterveyden kehitysuinta ja toimenpide-ehdotuksia. Teoksessa: Miten Suomi voi nyt ja tulevaisuudessa? Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisu 6/2922. Helsinki. <https://www.eduskunta.fi/FI/naineduskuntatoimii/julkaisut/Documents/TU-VJ-6-22.pdf>
- Yliruka L, Petrelius P, Alho S, Jaakola A-M, Lunabba H, Remes S, Keränen S, Teiro S & Terämä A-M (2020) Osaminen lastensuojelun sosiaalityössä: Esitys asiantuntijuutta tukevasta urapolkumallista (LASTO-malli). <https://www.julkari.fi/handle/10024/146108>.
- Zechner M, Vaalavuo M, Linnosmaa I, Kyyrä T & Kauppinen T (2022). Taloudellinen ja sosiaalinen kestävyys ikääntyvässä yhteiskunnassa. *Gerontologia*, 36(3), 317–324. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.117120>