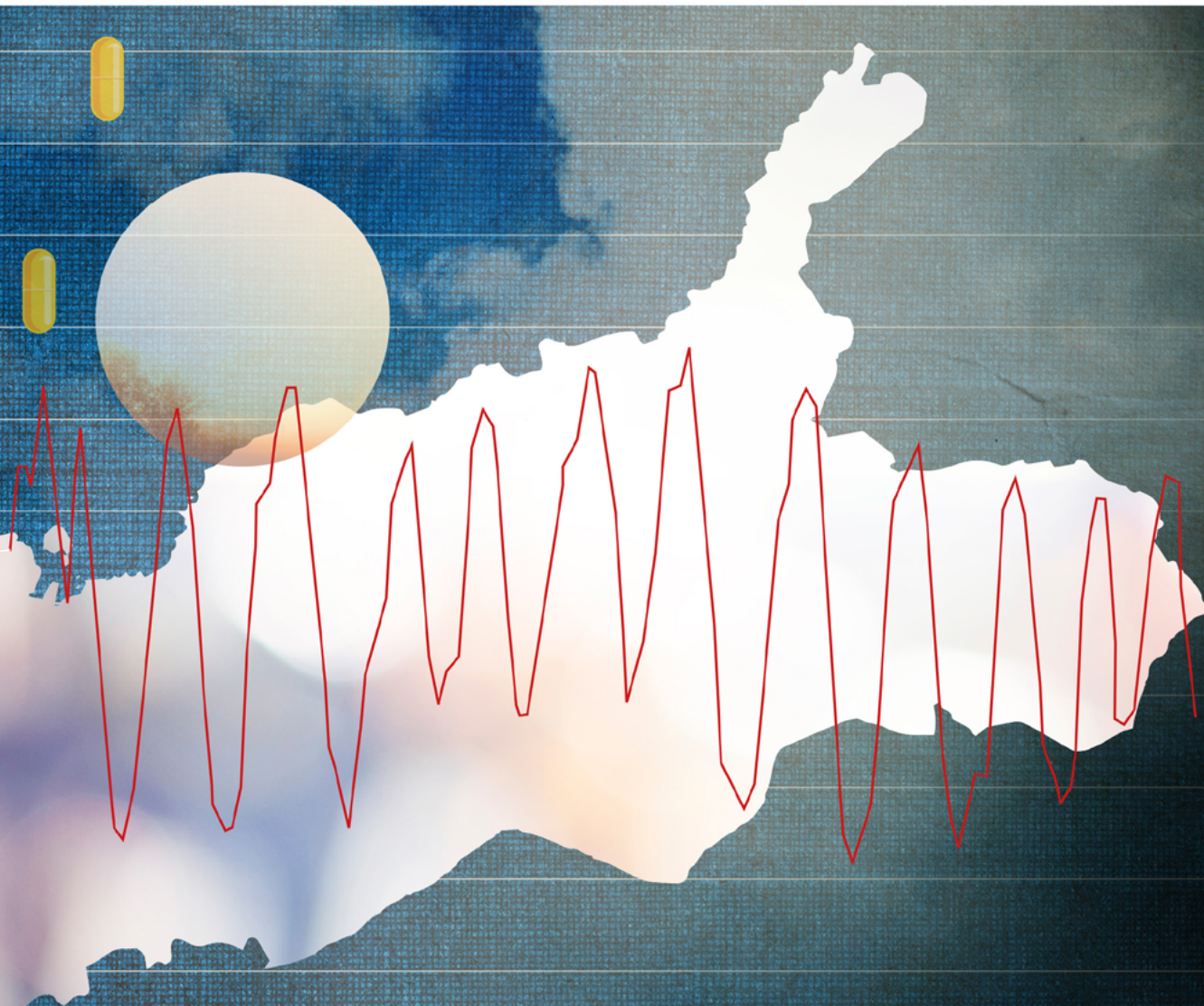


Miten Suomi voi nyt ja tulevaisuudessa?

NÄKÖKULMIA HYVIN- JA PAHOINVOINNIN
SEKÄ KANSANTAUTIEN KEHITYKSEEN



Eduskunnan tulevaisuusvaliokunta
00102 Eduskunta
www.eduskunta.fi

Paino Grano, Helsinki 2023

ISBN 978-951-53-3814-3 (nid.)
ISBN 978-951-53-3815-0 (pdf)
ISSN 2342-6594 (painettu)
ISSN 2342-6608 (verkkojulkaisu)

Miten Suomi voi nyt ja tulevaisuudessa?

**NÄKÖKULMIA
HYVIN- JA PAHOINVOINNIN
SEKÄ KANSANTAUTIEN
KEHITYKSEEN**

Sisällys

Tulevaisuusvaliokunnan esipuhe	6
OSA 1.	
Miksi hyvinvointi ja pahoinvointi näyttäisivät kasvavan samaan aikaan?	23
Hyvinvointiin omista lähtökohdista Jari Eilola	24
Avartuvien mielenmaisemien tuska - ajattelun työvälineitä woke-ilmiöön JP Jakonen ja Matti Kamppinen	32
Nuoruusikä tuuliajolla - miksi hyvin- ja pahoinvointi näyttäisivät kasvavan samaan aikaan? Riittakerttu Kaltiala	42
Mitä on kokonaisvaltainen mielen hyvinvointi? Katja Kokko	54
Uskonnollisuuden yhteys hyvinvointiin, onnellisuuteen ja pahoinvointiin Harri Koskela ja Markku Ojanen	63
Hyvinvointierojen kehityksestä - näkökulmia taloustieteestä Kaisa Kotakorpi, Matti Hovi ja Terhi Ravaska	74
Digihyvinvointi kasvattaa pahoinvointia - Lisääntyykö epätasa-arvo uusien digiteknologioiden myötä? Jaana Leikas	86
Hyvin- ja pahoinvointi evoluutiopsykologian näkökulmasta Markus J. Rantala ja Severi Luoto	97
Miksi hyvinvointi ja pahoinvointi näyttäisivät kasvavan samaan aikaan? Katariina Salmela-Aro	107
Kohti kestäväää hyvinvointia - Näkymiä hyvinvoinnin tulevaisuuteen suomalaisessa yhteiskunnassa Arto O. Salonen ja Antti-Jussi Kouvo	119
Hyvin- ja pahoinvoinnin maantiede kestävyysmurroksen aikakaudella Mikko Weckroth	129

OSA 2.

Tulevaisuuden kansantaudit	142
Planetaarinen terveys ja tulevaisuuden kansantaudit Jouni J. K. Jaakkola	143
Globaali ja paikallinen terveys kulkevat yhtä matkaa Jussi Kauhanen	156
Kansanterveyden nykyiset ja tulevat haasteet: Mitä ratkaisuja ja toimenpiteitä tulisi tehdä ja miksi? Tea Lallukka	172
Tulevaisuuden kansantaudit - Laajenevan vanhusväestön vaikutus kansanterveyteen ja -tauteihin Timo Strandberg ja Mika Kivimäki	196
Tulevaisuuden kansantaudit - Kansantautien ennaltaehkäisy aikuisiässä Mika Kivimäki, Joni V. Lindbohm ja Timo Strandberg	209
Kansanterveyden kehityssuunta ja toimenpide-ehdotukset Katja Wikström, Päivikki Koponen, Tuulia Rotko, Jaana Suvisaari ja Markku Pelttonen	224

Tulevaisuusvaliokunnan esipuhe

Arvoisa lukija

Tämä selvitys käsittelee kahta kansalaisten hyvinvoinnille ja hyvinvointiyhteiskunnan rahoitus pohjalle tärkeää kysymystä:

1. Miksi hyvinvointi ja pahoinvointi näyttäisivät kasvavan samaan aikaan? Miksi hyvinvointipalveluiden lisääminen ei ole poistanut yhteiskunnasta pahoinvointia?
2. Minkälaisia ovat tulevaisuuden kansansairaudet? Eri aikoina on ollut erilaisia kansansairauksia. Mistä niin kutsutut kansansairaudet johtuvat?

Nämä molemmat teemat ovat olleet tällä vaalikaudella tulevaisuusvaliokunnan erityisiä painopisteitä.

Tulevaisuusvaliokunta on yksi Suomen eduskunnan seitsemästätoista pysyvästä valiokunnasta. Tulevaisuusvaliokunta käsittelee samoja valtiopäiväasioita kuin muutkin valiokunnat, keskittyen erityisesti tulevaisuuden kehitykseen vaikuttaviin tekijöihin ja teknologiakehityksen vaikutuksiin. Valiokunnan tehtävänä on tunnistaa Suomen tulevaisuuteen merkittävästi vaikuttavat asiat niin aikaisessa vaiheessa, että niihin kyetään tarvittaessa vielä vaikuttamaan politiikan keinoin. Valtiopäiväasioista tulevaisuusvaliokunnan vastuulla ovat erityisesti mietinnöt valtioneuvoston tulevaisuusselonteosta ja Agenda 2030 -selonteosta.

Muut valiokunnat saavat valtiopäiväasiansa pääsääntöisesti omilta vastinministeriöiltään, mutta tulevaisuusvaliokunnalla on laaja vapaus valita käsiteltävät asiat oman harkintansa mukaan. Tätä on joissakin arvioissa kutsuttu näkemysvallaksi. Muodollisesti tulevaisuusvaliokunnan ”vastinministeriö” on valtioneuvoston kanslia ja vastinministeri pääministeri.

Uusi tulevaisuusvaliokunta aloittaa siis työnsä vaalien jälkeen käytännössä tyhjältä pöydältä ja kuulee laajasti erilaisia sidosryhmiä siitä, mihin valiokunnan tulisi vaalikauden aikana keskittyä. Näiden kuulemisten jälkeen valiokunta tekee itselleen toimintasuunnitelman, jonka perusteella valiokunta tekee laajempia kuulemisia ja selvityshankkeita erilaisista tulevaisuusteemoista.

Näin toimittiin myös tällä vaalikaudella. Tulevaisuusvaliokunta piti syysistuntokauden 2019 päätteeksi laajojen kuulemisten jälkeen sisäisen työpajan, jossa se valitsi painopistealueet vaalikaudelle 2019–2022. Toimintasuunnitelma sisälsi viisi varsinaista sisältöteemaa ja niiden alla lisäksi kahdeksan poikkileikkaavaa teemaa.

Sisältöteemoiksi valittiin

1. Reunaehdot.
2. Pelastetaan maailma.
3. Kaikki mukaan.
4. Mistä pahoinvointi johtuu?
5. Harkitaan vielä.

Reunaehtojen ideana oli hahmottaa esille kansakuntamme ja kansantaloutemme nykytila, joka samalla määrittelee myös tulevaisuutemme reunaehdoja. Esimerkiksi demografiset tekijät määrittelevät Suomen käytettävissä olevia taloudellisia ja inhimillisiä resursseja nyt ja tulevaisuudessa, samoin kuin kansantalouden rakenteet ja maapallon kestävyysrajat. Muun muassa nämä pullonkaulat asettavat Suomelle kaksitahoisien haasteiden: meidän on joko tehtävä politiikkaa näiden reunaehtojen rajoissa – tai muutettava innovatiivisesti peliä eli reunaehdoja.

Pelastetaan maailma -teeman tavoitteena oli tarttua keskeisimpiin kiperiin kysymyksiin ja reunaehtoihin, jotka pitää ratkaista Suomessa ja/tai globaalisti. Yksi näistä on vihreä siirtymä, jota päätettiin tarkastella muun muassa kysymyksenä siitä, miten saisimme uudet kestävät teknologiat nopeammin käyttöön – ja mitkä näitä kestäviä teknologioita ovat, ja mitä meidän pitäisi tehdä siinä tapauksessa, jos meidän olisi pakko ratkaista ilmastomuutos jo 2020-luvulla. Oma kysymyksensä on myös se, miten tekoäly ja tieto ylipäätään voivat auttaa meitä ratkaisemaan ongelmia.

Kaikki mukaan -teema liittyi esteettömyyteen ja osallistumisyhteiskuntaan. Hyvinvointiyhteiskunnassa ja erityisesti nopean rakenteellisen yhteiskunnallisen muutoksen hallinnassa on huolehdittava siitä, että mahdollisimman moni pysyy mukana ja että mahdollisimman harvat syrjäytyvät. Tämä tarkoittaa muun muassa demokratian ja vapaan median vahvistamista, yksilöiden osaamisen turvaamista sekä tasa-arvon ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden edistämistä niiden kaikissa ilmenemismuodoissa. Tällä kokonaisuudella on myös suuri merkitys hyvinvointivaltion menoihin: mitä vähemmän syrjäytyneitä, sitä suurempi hyvinvointi ja pienemmät kulut.

Mistä pahoinvointi johtuu? Neljäs painopistealue lähti kysymyksestä, miksi hyvinvointi ja pahoinvointi näyttäisivät kasvavan yhtä aikaa. Suomi on monella mittarilla hyvinvointiyhteiskuntana yksi maailman kärkimaista. Samaan aikaan kärsimme kuitenkin myös muun muassa masennuksesta, yksinäisyydestä, päihteistä, itsemurhista ja naisiin kohdistuvasta väkivallasta. Olemme myös joissakin näissä pahoinvoinnin ilmiöissä maailman kärkiluokkaa. Miten voimme olla maailmanluokkaa samaan aikaan sekä hyvinvoinnissa että pahoinvoinnissa? Jos pahoinvointi poistuisi hyvinvointia lisäämällä, eikö hyvinvointiyhteiskunnan hyvinvointipalveluiden olisi jo pitänyt poistaa pahoinvointi Suomesta? Miksi ihmiset voivat pahoin hyvinvointiyhteiskunnassa?

Tässä osiossa kysyttiin myös, mistä kansanterveys muodostuu – ja sitä, minkälaisia kansansairauksia meillä on ollut, on nyt ja on tulevaisuudessa ja mistä nämä kansansairaudet johtuvat. Myös hyvinvointi-investoinnit ja -mittarit kuuluvat tähän osioon. Tällä teemalla katsottiin olevan itseisarvo hyvinvointiyhteiskunnassa sekä suuri vaikutus ihmisten arkiseen hyvinvointiin ja hyvinvointiyhteiskunnan menoihin. Mitä paremmin ihmiset voivat, sitä pienemmät ovat hyvinvointiyhteiskunnan kulut.

Harkinnassa ja varovaisuudessa yksinkertaisimmillaan kyse voi olla erilaisista riskeistä ja uhista sekä varsinkin uusista kyber- ja hybridiuhista. Esille nousi myös tavoite nostaa Suomi teknologian eettisen arvioinnin kärkimaaksi. Tulevaisuusvaliokunta on jo aiemmin ottanut monesti kantaa teknologian etiikkaan ja uuteen teknologiaan liittyviin moraali-kysymyksiin. On lausuttu esimerkiksi siitä, miten tekoälyä ja digitalisaatiota kehitetään globaalisti kolmella eri tiellä: Kiinan valtiojohtoisella tiellä ("isoveli"), USA:n globaalien suur yritysten tiellä ja EU:n kansalaislähtöisellä tiellä. Yksi ja sama teknologia, kolme tausta-arvoa ja kolme täysin erilaista lopputulosta.

Valiokunta keskusteli myös siitä, voiko teknologialla ratkaista kestävän kehityksen ongelmat. Ratkaiseeko teknoevoluutio ihmiskunnan kestävän kehityksen haasteen? Teknoevoluutio on kertomus siitä, miten olemme tähän pisteeseen ylipäättään päätyneet, joten siitä löytyy myös nykyisten ongelmiamme syy. Voiko siis ongelmiamme syy olla myös niiden ratkaisu? Jos tätä kysymystä verrataan edellä esitettyihin kolmeen tiehen, teknologia voinee olla myös ratkaisu siinä tapauksessa, että teknologian kehitystä ohjaavia arvoja muutetaan. Tästä päädytään takaisin valiokunnan ensimmäiseen painopisteeseen, "pelastetaan maailma", jossa puhuttiin siitä, että tarvitsemme teknologisten innovaatioiden lisäksi myös sosiaalisia ja yhteiskunnallisia innovaatioita – uusia yhteiskunnallisia arvoja ja rakenteita, jotka vaikuttavat maailman kehityksen suuntaan. Tätä varten valiokunta päätti kuulla erityisesti sosiologeja, taloustieteilijöitä, muita yhteiskuntatieteilijöitä ja taiteilijoita yhteiskunnallisista innovaatioista ja yhteiskunnan luovuushypystä.

Valiokunnassa ajateltiin, että edellä kuvatut viisi teemaa yhdessä muodostavat systeemin katsauksen Suomen nykytilasta ja tulevaisuudesta.

Poikkileikkaavia teemoja olivat vastaavasti

1. systeminen ajattelu
2. yksilön kestävyys
3. toivon sanoitus
4. osaaminen
5. alueellisuus
6. kansainvälisyys.

Systeeminen ajattelu tunnistettiin erityiseksi poikkileikkaavaksi teemaksi: valiokunta halusi hahmottaa erilaisten asioiden väliset vuorovaikutussuhteet ja ymmärtää paremmin laajoja kokonaisuuksia politiikkajohdonmukaisuuden edistämiseksi. Eli mitä sitten tulevaisuusvaliokunta jatkossa selvittääkin, valiokunta voi aina tarkastella kaikkea myös näistä näkökulmista (yksilön tasolla, osaamisena, alueellisesti, kansainvälisesti ja niin edelleen). ”Toivon sanoituksella” tarkoitettiin sitä, että valiokunnan perussanomana pitäisi olla positiivinen. Valiokunnan on annettava ihmisille toivoa ja unelmia. Toivon sanoitukseen liittyy myös yksilön näkökulma: emme saa puhua esimerkiksi kestävästä kehityksestä vain sillä tasolla, mitä YK, EU tai hallitus sille tekevät. Tarvitsemme tekoja, joita voivat tehdä ihan tavalliset ihmiset omassa arjessaan.

Poikkileikkaavia teemoja olivat myös:

7. Menetelmät: Valiokunnan hankkeet voidaan toteuttaa eri tavoin, esimerkiksi digitaalisilla alustoilla tai taiteellisilla menetelmillä virtuaalitodellisuudessa. Tuloksena ei aina tarvitse olla raportti, vaan se voi olla esimerkiksi video, seminaari tai vaikkapa näytelmä. Yksi ja sama asia voidaan selvittää ja esittää monella eri tavalla.
8. Tulevaisuusvaliokunnan vastinvaliokuntien maailmankokous: Ajatuksena oli nostaa rimaa ja tehdä entistäkin vaikuttavampia asioita, ja tulevaisuusvaliokuntien maailmankokouksen ajateltiin olevan tällainen asia. Maailmankokous järjestettiin Helsingissä syksyllä 2022. Se oli suurin ponnistus tulevaisuusvaliokunnalta koskaan.

Näitä teemoja tulevaisuusvaliokunta on käsitellyt tällä vaalikaudella yhdessä ja erikseen eri näkökulmista lausunnoissaan, mietinnöissään ja selvityksissään.

Vaalikaudesta tuli varsin yllätyksellinen. Koronapandemia ja Venäjän hyökkäys Ukrainaan muuttivat matkan varrella painopisteitä ja varsinkin hankkeiden ja selvitysten toteuttamisjärjestystä. Tulevaisuusvaliokunnan jo vuonna 2019 valitsemista painopisteistä tuli vaalikauden aikana entistäkin tärkeitä.

Tämä julkaisu sulkee ympyrän ja päättää tulevaisuusvaliokunnan työn vaalikaudella 2019–2022. Selvitys palaa yksilön ja yhteiskunnan peruskysymyksiin: hyvinvoinnin ja pahoinvoinnin syihin ja seurauksiin sekä hyvinvointiyhteiskunnan ja -valtion rakenteiden uudistamistarpeisiin.

Julkaisua varten valiokunta pyysi lausuntoja siitä, miksi hyvinvointi ja pahoinvointi näyttäisivät kasvavan samaan aikaan. Lausuntoja varten etsittiin hyvinvointikysymysten tutkijoita eri tieteenaloilta, jotta saataisiin kattava ristivalotus hyvin- ja pahoinvoinnin erilaisista selitysmalleista. Vastaukseksi saatiin 11 lausuntoa, joita oli kirjoittamassa 17 eri alojen asiantuntijaa. Kirjoittajilta pyydettiin noin kymmenen sivun tekstejä, joissa pyydettiin kertomaan hyvin- ja pahoinvoinnin määrittelemisestä ja osatekijöistä oman tutkimusalan näkökulmasta, esittämään hyvin- ja pahoinvoinnin kehityskulkuja ja tilannekuvaa sekä muotoilemaan tulevaisuuskysymyksiä ja toimenpide-ehdotuksia. Nämä lausunnot on kerätty julkaisun osaan 1.

Lisäksi valiokunta pyysi eri yliopistojen kansanterveyskysymysten asiantuntijoilta lausuntoja tulevaisuuden kansansairauksista. Näitä lausuntoja saatiin kuusi, ja niitä kirjoittamassa oli yhteensä kymmenen asiantuntijaa. Kirjoittajilta pyydettiin tässäkin noin kymmenen sivun tekstejä. Niissä tuli esitellä tekstin tulokulma kansantauteihin, tarkastella meneillään tai ennakoitavissa olevia elämäntapojen ja elinympäristön muutoksia, pohtia, minkälaisiin kansantauteihin havaitut muutokset voisivat tulevaisuudessa johtaa, ja esittää lopuksi, mihin pitäisi vaikuttaa nyt, jotta mahdolliset ennakoituvat ongelmat voitaisiin ehkäistä. Nämä lausunnot löytyvät julkaisun osasta 2.

Saaduista lausunnoista on alle tiivistetty kaksi taulukkoa, julkaisun kummallekin osalle omansa. Niissä kuvaillaan kunkin tekstin näkökulma, keskeisimmät huomiot ja toimenpide-ehdotukset. Osa taulukon huomioista on kopioitu sellaisenaan teksteistä, osa on yksinkertaistettua tulkintaa kirjoittajien argumenteista. Taulukot on ensisijaisesti tarkoitettu auttamaan kokonaisuuden hahmottamista ja lähestymistapojen erojen ymmärtämisestä. Kirjoittajien varsinaisesti esittämät väitteet, perustelut ja yksityiskohtaisemmat toimenpide-ehdotukset lukija löytää itse teksteistä.

Miksi hyvinvointi ja pahoinvointi näyttäisivät kasvavan samaan aikaan?

Näkökulma	Huomioita nykytilanteesta	Tulevaisuus-kysymykset tai -huomiot	Johtopäätökset ja ehdotukset
<i>Hyvinvointiin omista lähtökohdista – Jari Eilola</i>			
Hyvinvointivaltion pitkän aikavälin kehittymisen vaikutukset hyvinvointiin ja sitä koskeviin muuttuviin tulkintoihin.	Terveyden, ravitsemuksen ja etenkin koulutuksen myönteiset vaikutukset tuottavuuteen, tuloihin ja talouskasvuun synnyttivät positiivisen kehän, jossa sukupolvesta toiseen paremmin ravitut ja terveemmät ihmiset tekivät enemmän ja tuottavampaa työtä. Ihmisten mahdollisuudet päästä positiiviselle kehälle riippuvat pitkälti niistä elinoloista ja ympäristöstä, joissa he elävät. Mitä vähemmän vaihtoehtoja heille on tarjolla, sitä todennäköisemmin kielteinen kehä toteutuu.	Miten kohdentaa toimenpiteet alueellisiin konteksteihin ja ihmisten elämäntilanteisiin?	Koulutus on tärkein hyvinvoinnin kehille pääsemisen keino. Koulutuksellinen monipuolisuus ja joustavat mahdollisuudet uudelleen kouluttautua saattavat olla pitkällä aikavälillä hyödyllisempi strategia kuin kapea-alaiseen erikoistumiseen panostaminen.

Näkökulma	Huomioita nykytilanteesta	Tulevaisuus-kysymykset tai -huomiot	Johtopäätökset ja ehdotukset
<i>Avartuvien mielenmaisemien tuska – Ajattelun työvälineitä woke -ilmiöön – JP Jakonen, Matti Kamppinen</i>			
Kasvavat mahdollisuudet tiedollisen ja emotionaalisen hyvinvoinnin saralla voivat luoda myös kapeakatseisuutta, fundamentalismia ja ymmärryksen pahoinvointia.	Lisääntynyt ymmärrys maailman epäkohdista voi ”tulehtuessaan” synnyttää ”woke-uskonnon”, joka jakaa ihmiset hyviin ja pahoihin ja siten rapauttaa yhteiskunnallista koheesiota.	Tunteiden ja identiteettien pohjalta tapahtuvan leimaamisen sijaan tarvitaan rationaaliseen argumentaatioon nojaavaa yhteiskunnallista keskustelua.	On tärkeää kehittää keskustelukulttuuria: opetella tunnistamaan virhepäätelmät ja kehittää integraalista ajattelua.
<i>Nuoruusikä tuuliajolla – Riittakerttu Kaltia</i>			
Mistä nuorisopsykiatristen palveluiden kysynnän pitkäaikainen kasvu johtuu?	Nuorilta edellytetään yhä suurempaa itseohjautuvuutta. Individualistinen kulttuuri ohjaa erityisyyden ja julkisuuden tavoitteluun. Tavallisuus tulkitaan epäonnistumiseksi, tyttömäisyys vääränlaisuudeksi. Identiteetin muodostuminen vaikeutuu vakaiden kiinnittymiskohtien puuttuessa.	Mitä tulisi tehdä, jotteivät yhä useammat nuoret tarvitsisi arjesta selviytyäkseen erityistä tukea?	Nuorten varhaiseen itseohjautuvuuteen kannustamisesta siirryttävä tukemaan vakautta koulunkäynnissä ja vanhemmuudessa.
<i>Kokonaisvaltainen mielen hyvinvointi – Katja Kokko</i>			
Näkökulmana mielen hyvinvoinnin näkeminen ihmisen kokemuksena hyvinvoinnistaan ja henkisestä tasapainostaan, ei vain pahoinvoinnin puuttumisena.	Myönteisten tunteiden ja käyttäytymisen puuttuminen voi olla toimintakyvyn kannalta yhtä haitallista kuin mielenterveyden häiriö.	Voivatko myönteiset hyvinvoinnin voimavarat katkaista pahoinvoinnin kehät? Puhe myönteisestä hyvinvoinnista ja voimavaroista vähentää ikään liittyviä kielteisiä mielikuvia ja syrjintää ja voi edistää toimintakyvyn ylläpitämistä, työuran pidentymistä ja vapaaehtoistoimintaa.	Mielen hyvinvoinnin näkökulma ja siihen liittyvät myönteiset voimavarat tulisi huomioida paremmin mielenterveytyössä, työterveydessä ja vanhustyössä.

Näkökulma	Huomioita nykytilanteesta	Tulevaisuus-kysymykset tai -huomiot	Johtopäätökset ja ehdotukset
<i>Uskonnollisuuden yhteys hyvinvointiin, onnellisuuteen ja pahoinvointiin - Harri Koskela, Markku Ojanen</i>			
Mikä yhteys uskonnollisuudella on hyvinvointiin, onnellisuuteen ja pahoinvointiin?	Uskonnollisuus on yksilötasolla yhteydessä onnellisuuteen ja hyvinvointiin. Sekularisaation lisääntyminen ja uskonnollisuuden väheneminen yhteiskunnassamme on voinut aiheuttaa hyvinvoinnin vähenemistä etenkin nuorilla.	Mitä tapahtuu keskinäiselle luottamukselle protestanttisissa maissa, joissa pienyhteisöjen keskinäinen luottamus on historiallisesti rakentunut uskontojen varaan mutta joissa tilanne on muuttumassa?	Erityisesti yksinäisyys ja nuorten ongelmat vaativat toimenpiteitä.
<i>Hyvinvointierojen kehityksestä - näkökulmia taloustieteestä - Kaisa Kotakorpi, Matti Hovi, Terhi Ravaska</i>			
Näkökulmana taloustieteen mittarit ja selitysmallit hyvinvoinnin ja pahoinvoinnin kehitykseen. Tuloerojen lisäksi tulee seurata myös muita hyvinvoinnin mittareita, kuten koettua hyvinvointia sekä terveyden ja terveyserojen kehitystä.	Hyvinvointi ja pahoinvointi voivat kasvaa samaan aikaan, jos tuloerot kasvavat tai köyhyys lisääntyy samalla kun keskimääräiset tai ylimmät tulot kasvavat. Artikkelisi esittelee hyvinvoinnin kehityskulkuja Suomessa useilla mittareilla.	Miten kestävyysvajetta korjaavat veronkorotukset ja menoleikkaukset suhteutuvat hyvin- ja pahoinvointiin? Miten sote-uudistuksen toimeenpano vaikuttaa terveyden eriarvoisuuteen?	Kestävyysvajetta korjattaessa on syytä huomioida, että työllisyyttä kohentavat toimet voivat parantaa niiden asemaa, jotka työllistyvät, kun taas edelleen työttömänä olevat henkilöt kärsivät sosiaaliturvan leikkauksista. Sopeutustoimista meno-leikkaukset koituvat yleensä heikommassa asemassa olevien maksettavaksi, kun taas veronkorotukset kohdistuvat tyypillisesti suurempituloisiin ryhmiin.

Näkökulma	Huomioita nykytilanteesta	Tulevaisuus-kysymykset tai -huomiot	Johtopäätökset ja ehdotukset
<i>Lisääntyykö epätasa-arvo uusien digiteknologioiden myötä? - Jaana Leikas</i>			
Näkökulmana digitalisaation mahdollisuudet ja uhat ikäihmisten hyvinvoinnin kannalta.	Yhteiskunnan digitalisoituessa monien palveluiden käyttö edellyttää sellaista hahmotuskykyä, näppäryyttä ja muistia, jossa ikäihmisillä voi ilmetä haasteita. Massadatan keruu, tekoäly ja voinnin automaattinen seuranta puolestaan tarjoavat mahdollisuuksia ikäihmisten hyvinvoinnin turvaamiseen.	Miten ikäihmiset osaavat huolehtia yksityisyyden suojastaan ja antaa informoidun suostumuksen heidän vointiaan automaattisesti seuraavien teknologioiden käyttöön? Miten varmistetaan, että toimenpiteiden suunnittelun pohjana olevaa dataa tullaan saamaan myös digiosattomista?	Ikääntyneet tulee nähdä aktiivisina ja tuottavina kansalaisina. Digipalvelut tulee suunnitella osallistavasti ja poikkihallinnollisesti. Innovaatiotukea tulee suunnata käyttöliittymien saavutettavuuden kehittämiseen. Ikäihmisten tekoälyosaamista tulee lisätä. Digitalkkari-konseptia tulee kehittää.
<i>Hyvin- ja pahoinvointi evoluutiopsykologian näkökulmasta - Markus Rantala, Severi Luoto</i>			
Vaikka suuri osa suomalaisista kokee itsensä hyvinvoiviksi ja Suomi menestyy onnellisuusmittauksissa, miksi pahoinvointi ja mielenterveysongelmat ovat melko yleisiä?	Nykyihmiset eivät ole sopeutuneet länsimaiseen elämäntyyliin, joka aiheuttaa matala-asteista tulehdusta ja kroonista stressiä, jotka puolestaan lisäävät riskiä moneen mielen-terveysongelmaan.	Mitä yhteiskunta voi tehdä mielen-terveysongelmien ehkäisemiseksi?	Lukuisia ehdotuksia lasten kasvuympäristön parantamiseksi, päihdehaittojen ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi, kulutuskäyttäytymisen ohjaamiseksi ja kaupunkisuunnittelun kehittämiseksi. Huomiota tasa-arvon lisäämiseen ja tuloerojen kaventamiseen. Lääkkeettömien hoitomuotojen tutkimusta ja kehittämistä. Evoluutiopsykologian opetusta mielen-terveysalan ammattilaisten koulutukseen.

Näkökulma	Huomioita nykytilanteesta	Tulevaisuus-kysymykset tai -huomiot	Johtopäätökset ja ehdotukset
Miksi hyvinvointi ja pahoinvointi näyttäisivät kasvavan samaan aikaan? – Katariina Salmela-Aro			
Hyvin- ja pahoinvoinnin kasvatus-tieteellinen tutkimus viite-kehyksessä, jossa yksilön voimavarat suhteutetaan häneen kohdistu- viin vaatimuksiin.	Nuorten hyvin- ja pahoinvoinnin polut ovat eriytyneet vuoden 2013 jälkeen. Tutkimus tunnisti viisi hyvin- ja pahoinvoinnin polkua, joista yhdelläkään hyvinvointi ei lisääntynyt yläkoulun alusta lukion loppuun. Joko hyvin- ja pahoinvointi pysyi ennallaan tai pahoinvointi lisääntyi. Pahoinvointi on yhteydessä suoritus-orientaatioon. Pahoinvoivien poluilla on enemmän tyttöjä kuin poikia. Pandemia kiihdytti pahoinvoinnin lisääntymisen kehitystä mutta toisaalta myös lisäsi jossain määrin hyvinvointia niillä, joilla oli hyvät resurssit, tuki ja hyvät akateemiset ja sosioemotionaaliset taidot ja korkea sosio-ekonominen tausta.	Miten pysäytetään hyvinvoinnin polarisaatio? Geopoliittinen tilanne, tulevaisuuden epävarmuus, taloudelliset haasteet ja energiakriisi heijastuvat erityisesti nuorten pahoinvointiin, mutta samalla kiihdyttävät entisestään polari- saatiota, sekä hyvin- että pahoinvointia.	Hyvinvoinnin polarisaatioon tulisi puuttua tukemalla perheitä, joissa on työttömyyttä ja maahanmuutto- status, etenkin jos perheissä on matala koulutustaso. Nuoriin kohdistuvaa suoritusorientaatiota tulisi vähentää. Tarvitaan tutkimus- perustaista näyttöä, miten tarveperus- tainen resurssien jako kouluille vaikuttaisi. Koulupsykologian palvelut tulisi varmistaa ongelmien ennalta- ehkäisemiseksi.

Näkökulma	Huomioita nykytilanteesta	Tulevaisuus-kysymykset tai -huomiot	Johtopäätökset ja ehdotukset
<i>Kohti kestävää hyvinvointia. Näkymiä hyvinvoinnin tulevaisuuteen suomalaisessa yhteiskunnassa</i> – Arto Salonen, Antti-Jussi Kouvonen			
Kestävän hyvinvoinnin näkökulmasta hyvinvoinnin ajattelun koostuvan esimerkiksi tyytyväisyydestä elämää kohtaan, elämän merkityksellisyyden ja tarkoituksellisuuden kokemuksesta, omaan elämänkulkuun vaikuttamismahdollisuuksien tunnistamisesta ja hyödyntämisestä sekä omien voimavarojen kehittämisestä.	Elämä uhkaa pelkistyä jatkuvan optimoinnin kohteena olevaksi suoritteeksi. Ilmiö on yhteinen teollistuneille yhteiskunnille ja saattaa osaltaan selittää mielen-terveydellisten kysymysten yhä vahvempaa yhteyttä valtavirtaistuneisiin elämäntapoihin. Tutkimusnäyttö viittaa siihen suuntaan, että ne suomalaiset, jotka ovat jo lähteneet muuttamaan elämäntapojaan kestävämpään suuntaan, ovat tyytyväisempiä itseensä kuin ne, jotka olemassa olevista mahdollisuuksista huolimatta jatkavat entiseen tapaan.	Haaste muodostuu siitä, että talouskasvupakon varaan rakentuvan hyvinvointiyhteiskunnan oletuksiin kuuluu tyytymätön kansalainen, joka haluaa jatkuvasti uutta ja enemmän. Miten rakentaa yhteiskunta, jossa kansalaisten hyvinvointikokemukset olisi mahdollista maksimoida samalla kun kuluttamista minimoidaan?	Työn verotuksesta kuluttamisen ja raaka-aineiden verotukseen. Hyvinvoinnin tavoittelun painopiste elintason parantamisesta aineettomamman elämänlaadun kohentamiseen. Käyttöoikeuden ja saatavuuden korostaminen omistamisen sijaan. Elinkaariajattelusta valtavirtaa, kun pitkät takuut yleistyvät, päivitettävyyden parantuu ja korjaamisesta tulee kannattavaa.

Näkökulma	Huomioita nykytilanteesta	Tulevaisuus-kysymykset tai -huomiot	Johtopäätökset ja ehdotukset
Hyvin- ja pahoinvoinnin maantiede kestävyysmurroksen aikakaudella - Mikko Weckroth			
Hyvinvointi toisaalta objektiivisena eli taloudellis-materiaalisena, toisaalta psykologisena koettuna hyvinvointina. Hyvin- ja pahoinvoinnin hahmottaminen keskiarvon sijaan eri tavoin eri alueille ja eri väestöryhmien välille jakaantuvina ilmiöinä.	Objektiivinen hyvinvointi keskittyy maantieteellisesti eri alueille kuin koettu hyvinvointi. Julkisessa keskustelussa kaupungistuminen esitetään usein väistämättömänä megatrendinä ja kaupunkikoon kasvun oletetaan lisäävän kaupunkien taloudellista tehokkuutta. Empiirinen talous-maantieteellinen tutkimus ei juurikaan tue näitä näkemyksiä.	Kestävyysmurros on välttämätön, mutta sillä on merkittävä hyvin- ja pahoinvointia uudelleen jakava - ja siten eriarvoisuutta joko kasvattava tai supistava - vaikutus. Murroksen edellyttämien politiikkatoimien hyväksyttävyyttä voidaan arvioida oikeudenmukaisuuden neljän ulottuvuuden avulla: - jako-oikeuden mukaisuus - tunnustava oikeudenmukaisuus - menettelytapojen oikeudenmukaisuus - hyvittävä oikeudenmukaisuus.	Suomessa tulisi ottaa käyttöön/seurantaan aidon kehityksen indikaattori (GPI), koetun hyvinvoinnin tietokanta sekä kansalaisten subjektiivista ja psykologista hyvinvointia kuvaava "seurantaikkuna" osana politiikkatoimien vaikuttavuuden arviointia ja seurantaa. Julkisten rahavirtojen alueellisen selvittämisen pohjalta tulee luoda mekanismeja, jotka tähtäävät tasapainoisempaan aluerakenteeseen. Kaupungin ja maaseudun välistä vastakkainasettelua ei tulisi hyödyntää tai rakentaa poliittisessa puheessa.

Kokonaisuudesta erottuu, että hyvin- ja pahoinvoinnin samanaikaisuutta selittää ainakin yleinen elintason ja hyvinvoinnin nousu, jonka myötä huono-osaisuutta kuitenkin kasautuu joillekin väestöryhmille ja alueille. Keskiarvoista hahmotettava hyvinvoinnin kasvu siis saattaa piilottaa polarisaatiokehityksen, jonka vallitessa pahoinvointi kasvaa tietyissä konteksteissa.

Useissa teksteissä tehdään myös ero ulkoisilla mittareilla mitatun hyvinvoinnin ja kyselyillä mitatun koetun hyvinvoinnin välille. Osa kirjoittajista käsittelee pahoinvointia erityisesti mielenterveyden ongelmana, ja tällöinkin joissain teksteissä todetaan, että mielenterveysongelmat eivät ole sama asia kuin koettu pahoinvointi vaan että myös mielenterveysongelmista kärsivä voi kokea hyvinvointia. Myös tällaiset määritelmäerot voivat luoda mielikuvan ristiriitaisesta kehityksestä.

Suuri osa kirjoittajista näkee hyvinvointierojen vähentämisen tienä pahoinvoinnin vähentämiseen. Usein johtopäätöksenä on tuen kohdistaminen nimenomaan heikoimassa asemassa oleville, olivat nämä sitten huonoimmin toimeentulevia, lapsia ja nuoria tai ikääntyneitä. Mutta tuen kohdentamiseksi peräänkuulutetaan myös tarkempaa

tutkimusta ja informatiivisempia mittaustapoja. Monissa artikkeleissa käsitellään myös kulttuurissamme esiintyviä pahoin- tai hyvinvointia tukevia piirteitä, kuten keskustelukulttuurin muutosta, digitalisaatiota, kulutuskeskeisyyttä, individualismia, suoritusorientaatiota, yksinäisyyttä ja sekularisaatiota. Myös näihin haasteisiin esitetään erilaisia toimenpide-ehdotuksia, joita on vielä vaikeampaa niputtaa. Kaikkein yleisimmällä tasolla erilaisissa kulttuuriin liittyvissä argumenteissa voi kenties nähdä hyvinvoinnin yhteisenä nimittäjänä merkityksellisen yhteyden muodostamisen kanssaeläjiin, jolloin pahoinvointia syntyy siellä, missä yhteys katkeaa tai merkityksellisyyden etsintä suuntautuu toisaalle.

Tulevaisuuden kansansairaudet

Näkökulma	Huomioita nykytilanteesta	Tulevaisuus-kysymykset tai -huomiot	Johtopäätökset ja ehdotukset
<i>Planetaarinen terveys ja tulevaisuuden kansantaudit – Jouni Jaakkola</i>			
Kasvun rajojen ylittämällä on vaikutuksia koko ihmiskunnan terveyteen ja hyvinvointiin. Planetaarisen terveyden näkökulmassa tarkastelukohteina ovat yksilö, väestöryhmät, kansalliset väestöt ja ihmiskunta kokonaisuutena. Planetaarisen terveyden keskeiset lähestymistavat ovat globaalisen muutoksen suorien ja epäsuorien vaikutusten tarkastelu, globaalisen muutoksen hillintä ja globaaliin muutokseen sopeutuminen.	Teksti käy läpi esimerkinomaisesti, millaisia terveysvaikutuksia seuraavat viisi megatrendiä tuottavat: – ilmastonmuutos ja luontokato – kaupungistuminen – maailmanlaajuinen väestöliikkuvuus ja pakolaisvirrat – pandemiat – sotilaalliset konfliktit.	Teksti käy läpi varautumistarpeet ja toimet, joita viiden megatrendin terveysvaikutusten suhteen on tekeillä tai tulisi huomioida. Nämä liittyvät esimerkiksi ilmanlaadun muutoksiin ja eri megatrendeistä johtuviin väestöliikkeisiin varautumiseen.	Globaaleja suomalaisen kansanterveyteen vaikuttavia ilmiöitä tulisi seurata ja analysoida järjestelmällisesti, jotta usein nopeasti muuttuvat uhkat voitaisiin tunnistaa ja niihin voitaisiin reagoida mahdollisimman nopeasti. Kestävään kehitykseen tähtäävään toimintaan tulisi aina kuulua terveysvaikutusten arviointi. Vuosisadan suurin kansanterveyshaaste vaatii kansanterveystieteen oppialan ja tutkimuskohteen laajentamista tai uuden planetaarisen terveyden oppialan syntyä.

Näkökulma	Huomioita nykytilanteesta	Tulevaisuus- kysymykset tai -huomiot	Johtopäätökset ja ehdotukset
<i>Globaali ja paikallinen terveys kulkevat yhtä matkaa</i> – Jussi Kauhanen			
Kansanterveyteen vaikuttavien tekijöiden globalisaatio. Terveyden sateen-kaarimalli, jonka mukaan ihmisen terveys muokkautuu systeemisesti kerrostuvien tekijöiden vuorovaikutuksessa: - yksilön geenit ja biologia - elintavat - sosiaaliset suhteet - koulutuksen, työn, asumisen ja vapaa-ajan rakenteet - ravinto - yhteiskunnan perusinfrastruktuuri - yhteiskunnan kulttuuri - makrotalous ja globaalit tapahtumat.	Suomalaisten keskimääräinen terveys ja toimintakyky on parantunut. Lähinnä vain ylipaino on kasvussa. Terveyserot edelleen ongelmana. Työikäisten sairastavuus lykkäytyy työelämän jälkeiseen aikaan. Perinteisten kuolinsyiden osuuden laskiessa muistisairauksien osuus on noussut. Globaalisti eri alueet näyttävät kohtaavan samoja terveyshaasteita (esim. diabetes), vain eri aikoina. Globaali köyhyys lisääntynyt pandemian vuoksi.	Lisääntyvätkö terveet elinvuodet eliniän pidetessä? Miten järjestetään ikäihmisten palvelut? Miten käsitellä lasten ja nuorten hyvinvoinnin kysymykset koko yhteiskunnan kattavana pohdintana, ei vain sote-sektorilla? Miten vahvistaa terveyden tasa-arvoa? Miten saada lisää maahanmuuttajia töihin Suomeen? Miten valmistautua ilmastonmuutoksen (Suomessa varsinkin epäsuoriin) terveysvaikutuksiin? Arvostammeko me kylliksi myös tulevien sukupolvien terveyttä?	Monipuolisen hyvinvointidatan hallinta ja hyödyntäminen, myös ennakkointiin ja myös tekoälyavusteisesti. Globaali yhteistyö ja globaalien terveyteen vaikuttavien megatrendien huomiointi myös kansallisissa suunnitelmissa, kuten sote-palvelujärjestelmän kehittämisessä. Hyviä käytäntöjä etsittävä ja tarjottava kansainvälisesti.

Näkökulma	Huomioita nykytilanteesta	Tulevaisuus- kysymykset tai -huomiot	Johtopäätökset ja ehdotukset
Kansanterveyden nykyiset ja tulevat haasteet: Mitä ratkaisuja ja toimenpiteitä tulisi tehdä ja miksi? – Tea Lallukka			
Ennaltaehkäisy on kansanterveyden edistämisessä parempi kuin sairauksien hoito. Erityisen tärkeää on panostaa perheiden tukeen ja lapsiin, jotta voidaan parhaiten pyrkiä vähentämään terveyseroja ja lisätä hyvinvointia: varhainen puuttuminen, suurempi vaikutus.	Elintavoissa, lihavuudessa ja unettomuudessa on sosiaalista eriarvoisuutta, joka on myös terveys-erojen juurisyy. Muistisairaiden määrä kasvussa. Suun terveys keskimäärin selvästi parempi korkeammin koulutetuilla. Nuorten mielen-terveysongelmat alkoivat lisääntyä jo ennen pandemiaa. Lapsuuden huono-osaisuus suuri selittävä tekijä. Pandemiasta ja sen vaikutuksista tulee oppia seuraavan pandemian varalle. Väestön kulttuurinen moninaistuminen moninaistaa myös terveyskysymyksiä ja -käsityksiä.	Miten valmistautua ilmastonmuutoksen aiheuttamiin terveysvaikutuksiin? Miten edistää terveellistä, kasvispainotteista ravitsemusta? Mitä ovat koronataudin jälkeisten pitkittyneiden oireiden vaikutukset väestötasolla? Tutkimusta tarvitaan. Miten ratkaista terveydenhuoltojärjestelmän kestävyys?	Perheiden tukeminen. Pidennetyn oppivelvollisuuden terveysvaikutusten tutkimus. Yksinäisyyden terveysvaikutusten huomiointi ja ehkäisy. Suun terveyden eriarvoisuuden vähentäminen. Terveyspolitiikan tutkimusta terveyserojen kaventamiseksi. Tutkimusta toimien kohdentamiseksi ja arvoimiseksi. Sosiaali- ja terveysrekisterien tutkimuskäyttöä koskevasta erillislaista luopuminen. Digieriarvoisuuden huomioiva palvelukehitys.

Näkökulma	Huomioita nykytilanteesta	Tulevaisuus-kysymykset tai -huomiot	Johtopäätökset ja ehdotukset
<i>Kansantautien ennaltaehkäisy aikuisiässä – Timo Strandberg, Joni V. Lindbohm, Mika Kivimäki</i>			
Miten ikääntymiseen kuuluvat sairaudet ja toimintakyvyn heikkeneminen saataisiin mahdollisimman lyhyeen ajanjaksoon elämän loppuun. Artikkelisi esittelee kolmitasoisen elämäntapastrategian, jossa on eri terveydenhoidon painopisteet nuoruusiälle, keski-ikäisille ja ikääntyneille.	Terveellisillä elintavoilla saavutetaan keskimäärin yhdeksän ylimääräistä tautivapaata elinvuotta. Myös ennaltaehkäisevällä lääkityksellä voidaan merkittävästi vaikuttaa sairauksien ilmaantuvuuteen. Artikkeli esittää pohjoismaista vertailutietoa väestön mielenterveysongelmista, elintapojen kehityksestä ja ennaltaehkäisevien lääkkeiden käytöstä.	Miten tukea terveellisiä elämäntapoja ja mielen-terveyttä lapsuus- ja nuoruusiästä lähtien väestötasolla? Miten edistää kroonisten sairauksien ja vanhuusiän oireyhtymien riskitekijöiden tunnistamista ja hoitoa varhaisessa vaiheessa, jotta vanhuusiästä tultaisiin mahdollisimman hyvässä kunnossa? Miten varmistaa heikoimmassa asemassa olevien henkilöiden ennaltaehkäisevä hoito?	Artikkeli sisältää taulukon tarkemmista toimenpide-ehdotuksista liittyen seuraaviin teemoihin: 1) terveellisten elintapojen parempi iskostaminen ja mielenterveyden ylläpito jo lapsuudessa 2) elinympäristön muokkaaminen – tarvittaessa lainsäädännöllä – niin, että terveellinen vaihtoehto olisi helppo ja edullinen vaihtoehto 3) elintapaintervention ja ennaltaehkäisevän lääkityshoidon mieltäminen toisiaan täydentävinä eikä vaihtoehtoisina keinoina lisätä terveitä elinvuosia sekä niiden paremman väestökattavuuden saavuttaminen.
<i>Laajenevan vanhusväestön vaikutus kansanterveyteen ja -tauteihin – Timo Strandberg, Mika Kivimäki</i>			
Miten ikääntymiseen kuuluvat sairaudet ja toimintakyvyn heikkeneminen saataisiin mahdollisimman lyhyeen ajanjaksoon elämän loppuun. Monisairastavuus ja geriatriset oireyhtymät ”uusina” kansantauteina.	Tarttumattomat sairaudet vähentyneet työikäisessä väestössä, mutta nuorten ja keski-ikäisten lihavuuden voimakas yleistuminen, fyysisen aktiivisuuden väheneminen ja niihin liittyen diabeteksen lisääntyminen haastavat tulevaisuuden vanhusten toimintakykyisyyttä.	Vaikka monisairastavuuteen ja geriatrisiin oireyhtymiin syntyy myös uusia hoitoja, niiden esiintyvyys väestössä tulee kasvamaan ikääntymisen myötä. Onnistuuko terveen eliniän pidentäminen vanhenemisprosessia hidastamalla (gerotiede)?	Ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitäminen tai parantaminen paremmalla lääkkeellisellä hoidolla sekä interventioilla (liikunta, ravitsemus, ystäväpiiri-toiminta, kognitiiviset harjoitukset).

Näkökulma	Huomioita nykytilanteesta	Tulevaisuus-kysymykset tai -huomiot	Johtopäätökset ja ehdotukset
<i>Kansanterveyden kehityssuunta ja toimenpide-ehdotukset</i> - Katja Wickström, Päivikki Koponen, Tuulia Rotko, Jaana Suvisaari, Markku Peltonen			
Suomessa väestön terveys ja toimintakyky kohenivat nopeasti 1970-luvulta 2010-luvun alkuun, kunnes kehitys pysähtyi ja jopa kääntyi huonompaan. Tilanne voi huonontua tällä vuosikymmenellä, mikäli siihen ei vaikuteta politiikalla.	Nyky päivässä väestön terveyteen vaikuttavat mm. pandemian seuraukset, yksinäisyyden yleistyminen, nuorten ja nuorten aikuisten psyykkisen kuormittuneisuuden ja ahdistuneisuuden lisääntyminen, digitaalisuus, unettomuus, lihavuuden yleistyminen, vähäinen liikunta-aktiivisuus ja tapaturmat sekä toisaalta tupakoinnin vähentyminen ja muutokset päihteiden käytössä.	Tulevaisuudessa hoivan ja palveluiden tarpeeseen ei pystytäkään vastaamaan vain palveluita lisäämällä, ellei ehkäisevällä toiminnalla kyetä vähentämään tarvetta. Omaishoitajien tai perheenjäsenen apua voi olla yhä vaikeampi saada, sillä yhä suurempi osa ikääntyneistä ihmisistä asuu yksin ja perheissä on vähemmän lapsia. Työikäisen väestön vähentyessä kaikesa päätöksenteossa tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota terveyden, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistämiseen ja varmistaa perusterveydenhuollon ja ennaltaehkäisyn resurssit.	Lukuisia väestön hyvinvointia ja toimintakykyä tukevia ehdotuksia eri sektoreille liittyen sosioekonomisiin eroihin, iäkkäiden toimintakykyyn, työkykyyn, lapsiin ja nuoriin, mielen-terveyteen, ruokaympäristöön, fyysiseen aktiivisuuteen, sote-uudistukseen, digitaaliseen eriarvoisuuteen, tupakointiin, alkoholiin, rahapelaamiseen, tapaturmiin, pandemioihin, mikrobilääke-resistenssiin, ilmastonmuutokseen ja tulevaisuuden yhteiskuntapolitiikkaan.

Tulevaisuuden kansansairauksia käsittelevässä kokonaisuudessa tulevaisuusteemoina korostuvat toisaalta ilmastonmuutoksen ja muiden globaalien kehityskulkujen vaikutus tulevaisuuden väestön terveyteen, toisaalta ikääntyneiden eliniän pidentyessä esiin uudenlaisessa mittakaavassa nousevat vanhuusikään kuuluvat tilanteet ja oireyhtymät, kuten muistisairaudet ja haurastuminen, joihin yhteiskuntamme tulisi valmistautua. Myös ylipainon ja nuorten mielenterveysongelmien kasvun seuraukset nostetaan useissa teksteissä esiin tulevaisuuden kansansairauksien kehittymässä olevina taustatekijöinä. Siinä missä yhteiskunnan ikääntymisen ja painon kasvun seurauksia on mahdollista ennakoida olemassa olevan tiedon varassa, ovat nuorten mielenterveysongelmat ja globaalien virtojen ja vuorovaikutusten verkottuneisuudesta syntyvät terveysvaikutukset tekijöitä, jotka voivat edelleen merkittävästi monimutkaistaa tulevaisuuden kansansairauksien kuvaa.

Teksteistä on kuitenkin helppo nostaa johtopäätöksiä yhdistävä tekijä: terveysongelmien ennaltaehkäisyyn ja väestön toimintakyvyn säilyttämiseen panostaminen. Se on välttämätöntä, koska asiaan puuttumatta jättäminen tulisi yhteiskunnallemme merkittävästi raskaammaksi ja kalliimmaksi. Tähän ennaltaehkäisyyn kirjoittajat esittävät lukuisia tapoja lääkehoidosta interventioihin sekä tutkimuksen uudenaikaisesta kohdentamisesta kaupunkisuunnitteluun ja verotukseen.

Tämän julkaisun merkitys tulevaisuusvaliokunnalle on ollut erityisesti näkemyksellisen tiedon kerääminen lähestyviä vaaleja ja hallitusneuvotteluita silmällä pitäen. Nämä tekstit on tarkoitettu näkökulmien laajentajiksi myös kaikille yhteiskuntamme hyvinvointipalveluita tuottaville ja yhteiskuntasuunnitteluun osallistuville, niin päättäjille, virkamiehille kuin kansalaisjärjestöillekin. Väestömme hyvinvointi tulevaisuudessa on Suomen tulevaisuuden ydinkysymyksiä.

Tulevaisuusvaliokunta kiittää lämpimästi kaikkia lausunnonantajia ja toivoo lukijalle monia uusia oivalluksia tämän teoksen parissa.

Helsingissä 18.1.2023

TULEVAISUUSVALIOKUNTA

Joakim Strand, puheenjohtaja (r.)

Pirkka-Pekka Petelius, varapuheenjohtaja (vihr.)

JÄSENET

Marko Asell (sd.)

Harry Harkimo (liik.)

Mari Holopainen (vihr.)

Katja Hänninen (vas.)

Ville Kaunisto (kok.)

Pasi Kivisaari (kesk.)

Ari Koponen (ps.)

Antti Lindtman (sd.)

Merja Mäkisalo-Ropponen (sd.)

Arto Pirttilahti (kesk.)

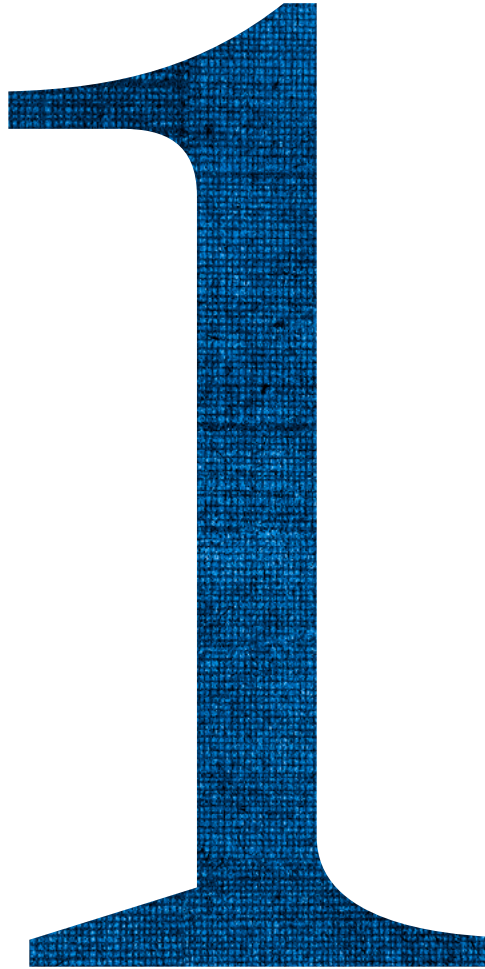
Kristiina Salonen (sd.)

Sari Tanus (kd.)

Sinuhe Wallinheimo (kok.)

Anu Vehviläinen (kesk.)

Jussi Wihonen (ps.)



**Miksi hyvinvointi
ja pahoinvointi näyttäisivät
kasvavan samaan aikaan?**

Hyvinvointiin omista lähtökohdista

Jari Eilola

Yliopistotutkija

Historian ja etnologian laitos

Jyväskylän yliopisto

Hyvin- ja pahoinvoinnin välinen suhde heijastelee sitä, miten ja kuinka laajana hyvinvointi on milloinkin ymmärretty. Käsitteen merkityksen muutokset ilmentävät myös yhteiskunnassa tapahtuneita sosiaalisia ja taloudellisia sekä myös arvopohjaisia muutoksia. Historiallisesti katsottuna ihmisten vaikeudet saavuttaa riittävä henkinen ja aineellinen hyvinvointi liittyvät niihin elinympäristöihin ja alueisiin, missä he elävät. Heitä voitaisiin auttaa ja tukea erilaisin palveluin, mutta se edellyttäisi heidän yksilöllisten elämäntilanteidensa ja tarpeidensa sekä paikallisten olosuhteiden tarkempaa huomiointia. Myös koulutus on historiallisesti tärkeä hyvinvointia vahvistava tekijä.

Historia ja hyvinvointi

Hyvinvointi on sumea käsite, jota määritellään eri tavoilla alasta tai jopa tilanteesta riippuen. Tämä pätee erityisesti historiantutkimukseen, joka ei ole perinteisesti ollut samalla tavalla käsite- ja teorialähtöistä kuin yhteiskuntatieteet. Hyvinvointia on kuitenkin historiantutkimuksessakin pyritty selvittämään objektiivisilla mittareilla, kuten esimerkiksi tulotaso ja toimeentulo, sikäli kuin säilyneet lähteet ovat antaneet siihen mahdollisuuden. Kiinnostus subjektiiviseen eli koettuun hyvinvointiin, eli niin sanottu onnellisuustutkimus, on virinnyt varsinaisesti 2000-luvulla¹ (Saari 2012), joskin 1980-luvun loppu ja 1990-luku näyttävät olleen aikaa, jolloin kiinnostus ihmisten kokemuksen tutkimukseen alkoi viritä yleisemmin. Silloin tultiin tietoisiksi myös siitä, että ihmiset saattoivat kokea esimerkiksi väkivallan uhan todelliseksi, vaikka henkirikos- ja väkivalta-tilastot kertoivatkin tapausten määrällisestä vähenemisestä. (Koskela 2009)

Hyvinvointia koskeva historiantutkimuksen painopiste on ollut hyvinvointivaltion kehityksen ja toiminnan tutkimuksessa. Sen piirissä on korostunut näkemys, että kansalaisten hyvinvoinnin ylläpito ja turvaaminen kuuluvat valtiolle ja julkiselle vallalle. Tutkimus on koskenut paljolti sitä kehitystä, jossa nämä velvoitteet ovat siirtyneet kirkolta ja järjestöiltä valtiolle ja kunnille, joskin tutkimusta on tietysti ulotettu koskemaan myös varhaisempia aikoja². Tällä tavalla asemoituneessa tutkimuksessa hyvinvointi on rakentunut sosiaalihuollon, terveydenhuollon, koulutuksen ja työn muodostamista osa-alueista. Omasta puolestani lisään myös vakaat yhteiskunnalliset olot ja niihin liittyvän turvallisuuden kokemuksen yhdeksi hyvinvoinnin ulottuvuudeksi.

Tutkimus on koskenut sitä, miten edellä mainittuja osa-alueita kehitetään, niiden kattavuutta lisätään sekä niistä vastaavia instituutioita ja järjestelmiä rakennetaan. Se on ulotunut myös siihen, miten ne – esimerkiksi terveyspalveluiden saatavuus, työsuojelun kehitys tai koulutustaso – ovat vaikuttaneet yksilöiden ja perheiden mahdollisuuksiin selviytyä itsenäisesti elämässä sekä saavuttaa hyvä elintaso ja hyvinvointi.

Eri osa-alueiden vuorovaikutusta voidaan kuvata pelkistäen näin: Inhimillinen pääoma – terveys, ravitsemus ja etenkin koulutus – vaikutti myönteisesti tuottavuuteen, tuloihin ja talouskasvuun. Se synnytti positiivisen kehän, jossa aina seuraava sukupolvi oli paremmin ravittu ja teki enemmän ja tuottavampaa työtä. Kun terveystilanteen kehitys alensi lapsikuolleisuutta, päädyttiin vähitellen tilanteeseen, jossa perhekohtaiset lapsimäärät alkoivat

1 Toki kysymys kansalaisten preferenssien ja yhteiskuntapolitiikan välisestä suhteesta on ollut keskustelussa viimeistään 1800-luvulta lähtien.

2 Taloushistoriassa käytetään käsitettä ”polkuriippuvuus”, jonka mukaan tehdyillä ratkaisuilla on seurauksia. Ratkaisut saattavat sulkea tulevaisuudessa joitakin vaihtoehtoja pois, eivätkä seuraukset ole aina ennakoitavissa. Ratkaisujen vaikutus saattaa tuntua vuosisatojen päähän. Eräänä tällaisena ratkaisuna voidaan pitää 1700-luvulla tehtyä päätöstä rakentaa suomalainen lääkilaitos valtiojohtoisesti. Sen seurauksena se koostuu pääsääntöisesti viranhaltijoista eikä vapaista ammattinharjoittajista, kuten Iossa-Britanniassa tai Saksassa. Tämä taas on sellainen rakennetekijä, joka vaikeuttanee laajamittaista omalääkärimalliin siirtymistä, vaikka se järjestelmänä saattaisi olla nykyistä toimivampi. Suomalaisen lääkilaitoksen varhaisvaiheista, ks. Kontturi (2021).

pienentyä ja panostuksia voitiin tehdä lasten tulevaisuuteen. Suomen tapauksessa talous näyttää olleen ovenavaajana koulutuksen seurattessa perässä. Vaikka muutokset alkoivat jo 1800-luvun jälkipuoliskolla, kehityksen huippu nähtiin 1960–1980-luvuilla poikkeuksellisen nopean talouskasvun, rakennemuutoksen sekä terveydenhuoltoon ja sosiaalipalveluihin tehtyjen tulosiirtojen vaikutuksesta. (Koponen & Saaritsa 2019, 19–20; Saaritsa 2019, 46–50; Hannikainen & Eloranta 2019, 20–25)

Näyttää myös siltä, että perinteisesti tarkkailluin köyhyyden muoto, pienituloisuudesta aiheutuva köyhyys, saatiin 1980-luvulla rajattua hyvin vähiin. Tässä eläkkeillä ja muilla tulonsiirroilla oli suuri merkitys. Samanaikaisesti syntyi uudenlaisia köyhyyden muotoja. Tätä kehitystä 1990-luvun lama vauhditti. Näitä köyhyyden muotoja oli vaikea havaita, koska elinkeinorakenteen muutos ja kaupungistuminen muuttivat köyhyyden alueellista ja sosiaalista kuvaa. Se ei enää keskittynyt tiettyihin sosiaalisiin ryhmiin eikä ilmennyt pienituloisuutena. Leimaa-antavaa oli pikemminkin elämänhallintaresurssien puutteet, menojen kasvu ja siitä seurannut velkaantuminen sekä toimeentulon epäsäännönmukaisuus. Ongelmat eivät myöskään olleet pysyviä, vaan tiettyyn elämänvaiheeseen liittyviä tai aika ajoin toistuvia. Tätä moniulotteista ilmiötä kuvaa köyhyyttä paremmin huonosuaisuus. (Ritakallio 1994, 172–173, 178, 180, 186–187; Wiens, Zitting & Kytölä 2021, 117)

Terveyden transitio, varsinkin kun puhutaan aikuisväestöstä, alkoi ensimmäisenä ja loppui viimeisenä. (Saaritsa 2019, 45, 50) Toisaalta elintason kohoamisen terveyttä lisäävällä vaikutuksella oli rajansa ja se saavutettiin 1960-luvulla, mikä on näkynyt sittemmin elintasosairauksien yleistymisenä. Sairastavuuden lisääntyminen on myös yhteydessä pidentyneeseen eliniänodotteeseen ja syntyvyyden laskuun, joiden seurauksena iäkkäiden osuus väestöstä on kasvanut. (Harjula 2015)

1990-luvun alun lama rajuine leikkauksineen oli käännekohta. Tosiasiassa lama muodosti vain sopivat olosuhteet pitkään kyteneille pyrkimyksille rajata julkista taloutta toiminnan tehostamisen ja kehittämisen nimissä. Taustalla oli muun muassa tarve kehittää uusia jälkiteollisen tuotannon haaroja julkisin varoin, julkisen vallan teoria ja markkinamekaniikan laajentaminen sekä hyvinvointivaltion byrokraattisuuteen ja jatkuvaan kasvuun sitoutumista koskeva kritiikki. Uudistusten keinoja olivat managerismi, joka juurrutti yksityisen sektorin johtamisoppeja, hajauttaminen sekä strategisen ja operationaalisen vallan erottelu toisistaan. Erottelu tapahtui siten, että valtio edusti strategista ja kunnat operationaalista valtaa. Yksi keino oli myös valtionosuusuudistus, joka myöhemmin mahdollisti kuntien varojen leikkaamisen. (Yliaska 2014)

Hyvin- ja pahoinvoinnin kehityskulkuja ja tilannekuva

Tuskin kenelläkään on tyhjentävää vastausta kysymykseen, miksi hyvinvoinnin lisääntyminen näyttää lisäävän myös pahoinvointia. Nostan kuitenkin esille joitakin seikkoja, jotka ilmentävät sitä historiallisesti ja joilla on nähdäkseni merkitystä myös tämän päivän maailmassa.

Kuten edellä todettiin, hyvinvointivaltion ja sen tarjoamien palveluiden perusta oli otollisessa väestönkehityksessä ja etenkin toisen maailmansodan jälkeisinä vuosikymmeninä myös suotuisassa taloudellisessa kehityksessä. Nyttemmin vanhusten osuus väestöstä on huomattavan suuri ja väestönkasvu hidastunut. Tilanne on pelkistettävissä kysymykseen hyvinvointipalveluiden ylläpidon kasvavista kustannuksista ja niiden karsimisesta, mutta todellisuudessa se on vielä ongelmallisempi. Lapsia ja vanhuksia sekä osittain myös sairaita hoidettiin entisaikoina kotiloissa, mutta modernissa yhteiskunnassa hoito on ulkoistettu, jotta se haittaisi mahdollisimman vähän työikäisten työssäkäyntiä.

Kysymys on paitsi kaikkien oikeudesta näihin palveluihin ja sukupuolten välisestä tasa-arvosta myös elämäntavasta, elintasosta ja työpanoksia koskevasta tarpeesta. Paluu lasten ja vanhusten kotihoitoon merkitsee sitä, että joku jää kotiin hoitamaan. Se tarkoittaa pienempiä tuloja ja matalampaa elintasoja perheelle siitäkin huolimatta, että valtio tai kunta kompensoisi. Se tarkoittaa myös yhteiskunnallisesti merkittävää muutosta työpanoksen kohdentumisessa. Esimerkiksi vaikeudet eettisesti riittävän hyvän vanhusten hoidon järjestämiseen synnyttävät painetta omaishoidon suuntaan. Se on silloin ratkaisu, johon päädytään ajan kuluessa. Tilanne usein myös kärjistyy jollakin tavalla sitä ennen. Lisäksi omaishoitajat kokevat oman elämänsäpiirinsä kaventuvaan kotiin ja pihapiiriin. Tässä suhteessa valintaa ei voi pitää vapaana, eikä kaikilla ole siihen välttämättä edellytyksiäkään. (Sointu 2022; Tikkanen 2022)

Köyhyys on suhteellinen käsite, jonka muutokset vaikuttavat hyvin- ja pahoinvointiin. Rajat yleisen toimeentulon tai köyhyyden kohdalla ovat nykyään aivan eri tasolla kuin vuonna 1905, kun Vera Hjelt määritteli käsitteitä ensimmäisen kerran Suomen historiassa. Syynä on yleinen elintason ja varallisuuden nousu, jonka myötä köyhyysrajaakin on vaihtanut paikkaa. (Parikka 1994, 57–60) Tämä selittää myös sitä, miksi kehittyvissä maissa saadaan merkittävämpiä tuloksia pienemmillä panoksilla kuin Suomen kaltaisessa pidemmälle kehittyneessä maassa. Tähän liittyy myös köyhyyden tai huono-osaisuuden kokemuksellinen ulottuvuus: se on helpompi sietää yhteiskunnassa, jossa varallisuus on kohtalaisen tasaisesti jakautunut. Jos siis hyvinvointi liitetään tyytyväisyyteen, tämä on merkittävä asia. Toisaalta suhteellinen köyhyys on siinä mielessä jännittävä mittari, että kansainvälisessä vertailussa menestyvät myös sellaiset valtiot, joiden toimeentulotukijärjestelmä on kattava mutta tuen määrä jää köyhyysrajan alapuolelle. (Ritakallio 1994, 170–173)

Ne mekanismit, jotka johtavat yksilön tasolla niin sanottuun hyvään kehään, saattavat toimia myös toiseen suuntaan. Tämä riippuu paljolti siitä ympäristöstä, johon ihminen syntyy ja jossa hän varttuu. Ympäristö pitää tässä sisällään ainakin perheen, ystävät, työmahdollisuudet, toimintatavat ja arvot. Mitä vähemmän vaihtoehtoja ympäristö tarjoaa ja hyväksyy, sitä todennäköisemmin hyvä kehä jää toteutumatta. Vaihtoehtoja karsii myös huono-osaisuus. Jo 1900-luvun alun työläisiä ja siirtolaisuutta koskevan tutkimuksen perusteella voidaan pelkistää sanoa, että ylisukupolvisen huono-osaisuuden kierteen katkaisemiseen tarvitaan kahta asiaa: mahdollisuutta irtautua huonoa kehitystä ylläpitävästä ympäristöstä sekä mahdollisuutta oppia uutta ja kykyä sopeutua uuteen. Tässä suhteessa nimenomaan koulutus on kannattava investointi niin henkilön itsensä kuin yhteiskunnan kannalta. Koulutus saattaa olla jopa se asia, joka mahdollistaa huonosta kehityksestä irrottautumisen ja jopa sosiaalisen nousun. Samankaltaisina ylöspäin suuntaavina tekijöinä voidaan nähdä myös parisuhde ja perheen perustaminen sekä

turvattu työsuhde, jotka ovat tuoneet vakautta etenkin miesten elämänselkkuun. (Parikka 1994, 69–72, 86–87; Rönkä 1994, 158–163; Pohjola 1994, 191–193; Salminen, Lehtonen, Rikala, Kuusisto, Luoma-Halkola, Puumala, Sointu, Wallin & Häikiö 2021, 93–94) Yhteiskunnan kehittyessä myös työtehtävien vaativuus on lisääntynyt, mikä korostaa entisestään koulutuksen merkitystä.

Eräänä näkökulmana voidaan pitää huono-osaisiin suhtautumista ja siihen liittyvää leimautumista. Saatamme helposti ajatella, että sosiaaliapua tai työttömyystukea tarvitseva ihminen ei sitä ansaitse, koska hänen ahdinkonsa on itse aiheutettua tai seurausta työn välttelystä. (Julkunen & Niemi 2002, 161) Tuollaiset kommentit liitetään usein markkinaliberalistiseen ”jokainen on oman onnensa seppä” -ajatteluun. Sillä on kuitenkin pidemmät historialliset juuret, jotka vaikuttavat myös siihen, miten viranomaisen näkee huono-osaisen, jonka asiaa hän on käsittelemässä. Ensinnäkin sen taustalla voidaan nähdä residuaalinen sosiaalipolitiikka (Karisto, Takala & Haapola 2009, 283–285), jota Suomessakin harjoitettiin vielä maailmansotien välisellä ajalla. Sen mukaan yhteiskunnallista aineellista tukea jaettiin mahdollisimman niukasti ja poikkeuksellisesti, koska sen ajateltiin houkuttelevan laiskuuteen. Ajattelun kristillismoralistista juurta ilmentää se, että avustuksen kohteen elämäntapaa arvioitiin myös moraalisesti. Näin huono-osaisuus on ollut mahdollista yhdistää köyhyyden lisäksi alkoholismiin, yleiseen siveettömyyteen tai rikollisiin taipumuksiin.

Toinen, edellisiä käsityksiä vahvistava ja selvästi viranomaisten toimintaan liittyvä seikka on pyrkimys ratkaista hyvinvointia ja huono-osaisuutta koskevat haasteet järjestelmätasolla. Toisin sanoen ne nähdään ongelmina, jotka voidaan ratkaista kehittämällä järjestelmää makrotason havaintojen perusteella. Tällöin huono-osaisuus nähdään essentialistisesti. Se siis oletetaan pysyväksi ominaisuudeksi ja siihen liitetään automaattisesti toisia sosiaalisia ongelmia, jolloin kaikki huono-osaiset nähdään samanlaisina. Kielteinen näkökulma välittyy asiakkaille ja syventää kielteistä kehää. (Pohjola 1994, 203–205; Salminen, Lehtonen, Rikala, Kuusisto, Luoma-Halkola, Puumala, Sointu, Wallin & Häikiö 2021, 89–90) Sama pätee myös muihin tukea ja hyvinvointipalveluja tarvitseviin ihmisiin, esimerkiksi erityislasten vanhempiin (Hämeenaho 2016). Tällöin ihmisen todellinen elämäntilanne ja tarpeet jäävät helposti huomiotta. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon kuormittuneisuus vahvistaa tällaista tulkintaa, kun yhtä asiakasta kohden ei ole riittävästi aikaa. Viimeistään koronapandemian aikana kävi selväksi, että näin mitoitettu järjestelmä kestää huonosti poikkeusolojen aiheuttamaa raskautta.

Järjestelmän kehittäminen ei puolestaan huomioi kohteen tai asiakkaiden valmiuksia käyttää palveluita. Näin yhteisiin resursseihin tulee marginalisoivia ja eriarvoistavia rakenteita. Digitalisointi tekee palvelujärjestelmän toimivaksi, mutta vain sellaisille, jotka ovat harjaantuneet digipalveluiden käyttöön ja tietävät, mitä tekevät. Samanlaisissa ongelmissa oltiin hyvinvointivaltion alkuvaiheissa, kun ihmiset joutuivat tekemisiin järjestelmän toiminnan kannalta käytännöllisten lomakkeiden kanssa. Kummassakin tapauksessa asioiden hoitaminen mutkistuu kovasti, jos asiakas ei syystä tai toisesta pysty olemaan odotetulla tavalla ”aktiivinen” ja seuraamaan ”palvelupolkua” eli hoitamaan asiaansa siinä järjestyksessä ja niitä kanavia pitkin kuin järjestelmän suunnittelija on ajatellut. Tähän saattaa olla monia syitä: tiedon ja osaamisen puute, rajoittava sairaus tai vamma, ikä ja siihen liittyvät vaikeudet omaksua uutta. (Salminen, Lehtonen, Rikala,

Kuusisto, Luoma-Halkola, Puumala, Sointu, Wallin & Häikiö 2021; Ahonen 2022, 74–75) Usein tässä asemassa olevat ovat haavoittuvia myös siinä mielessä, että juuri he tarvitsevat eniten tukea ja palveluita.

Työ ja sen vaikutukset terveyteen on ollut yksi keskeinen teema hyvinvointikeskustelussa. Historiallisesti se on liittynyt työturvallisuuden parantamiseen ja työterveydenhuollon kehittämiseen, toisaalta työ- ja työkyvyttömyyseläkkeen sekä sairaus- ja työtapaturmavakuutusjärjestelmien luomiseen. Vaikka työn aiheuttamasta henkisestä rasituksesta oltiin huolissaan jo maailmansotien välisellä ajalla (Eilola & Pietilä 2023) ja asiasta on säädetty työturvallisuuslaissa, työuupumusta ei edelleenkään mielletä samalla tavalla työtapaturmaksi kuin fyysistä vahingoittumista. Näin ollen myös korvauksien saaminen saattaa muodostua hyvinkin haastavaksi sellaiselle henkilölle, jolla on jo valmiiksi vajavainen kapasiteetti. (Karjalainen 2022) Ainakin yhtenä työuupumuksen syynä on tarve tehostaa ihmisten työskentelyä tavoilla, jotka ottavat huomioon ihmisten yksilöllisiä ja psyykkisiä ominaisuuksia. Tämän ajattelutavan juuria voi etsiä niinkin kaukaa kuin 1900-luvun alkukymmeniltä. (Kettunen 1997; Mannevuori 2020; Levä 2021)

Neljä historiallista fokusaluetta

Nykyhetkestä katsottuna tulevaisuus avautuu periaatteessa useina mahdollisina vaihtoehtoina. Koska nykyisyys on menneisyyden jatke – tai oikeammin piste, jossa menneisyydestä tulevat kehityslinjat yhtyvät – voisi ajatella, että menneisyyden tunteminen auttaisi arvioimaan tulevaisuuden vaihtoehtoja. Jos tehtävä olisi näin helppo, historiantutkijoita varmaan kuuluttaisiin enemmän kuin nykyisin on tapana.

Kun luin tätä kirjoitusta varten hyvinvointia koskevaa tutkimusta, esiin nousi neljä toistuvaa teemaa tai asiakokonaisuutta, joilla on ollut merkitystä niin viime vuosisadan alkupuolella kuin meidän omana aikanamme. Siksi niihin pitäisi mielestäni kiinnittää huomiota:

Ensinnäkin hyvinvointi on monimerkityksellinen käsite. Vaikka jakaisimmekin näkemyksen, että se tarkoittaa hyvän elämän mahdollistavia puitteita, kysymys sen sisällöstä – mitä hyvä elämä edellyttää, mitä siihen kuuluu – jää kiistanalaiseksi. Myös käsitteen käyttöyhteys vaikuttaa sen sisältöön, samoin aika. Hyvinvointia mitattiin pitkään aineellisilla mittareilla, mutta yhteiskunnan muuttuessa sen rinnalle on noussut muita indikaattoreita. Samalla, ja samoista syistä, käsitys siitä, mitä hyvinvointiin kuuluu ja mitkä ovat sen minimirajat, on muuttunut. Nämä tekijät synnyttävät helposti vaikutelman, että (aineellisen) hyvinvoinnin lisääntyessä myös pahoinvointi yleistyy, mutta silloin ei oteta huomioon, miten se jakautuu ihmisten kesken.

Erilaisilla pyrkimyksillä ratkaista hyvinvointiin liittyviä ongelmia järjestelmätason kysymyksinä on historia, joka ulottuu paljon 1990-luvun lamaa kauemmas menneisyyteen. Lähtökohta on sikäli virheellinen, että se muuttaa toimijat abstrakteiksi suoritteiksi, jotka

ovat olemassa vain hallinnollisesta ja palvelujärjestelmien näkökulmasta. Näin tuotetaan ratkaisuja, jotka ovat järjestelmän kannalta toimivia, mutta eivät huomioi sitä, että toimijat ovat ihmisiä. Se näkyy hyvin erilaisissa pyrkimyksissä tehostaa työelämää tai palveluiden tuottamista.

Kolmas kohta liittyy läheisesti edelliseen: Ihmisten mahdollisuudet päästä positiiviselle kehälle riippuvat pitkälti niistä elinoloista ja ympäristöistä, joissa he elävät. Mitä vähemmän vaihtoehtoja heille on tarjolla, sitä todennäköisemmin kielteinen kehä toteutuu. Tähän on kuitenkin mahdollista puuttua sosiaalisin ja yhteiskunnallisin keinoin, jos huomio ja toimenpiteet suunnataan alatasolle, lähtökohdaksi otetaan alueelliset olot ja niiden vaikutukset sekä kuunnellaan ja huomioidaan ihmisten elämäntilanteista nousevia tarpeita.

Neljänneksi koulutus näyttää olleen ja olevan edelleen yksilötasolla väylä kohti hyvinvointia, mutta myös yhteiskunnallista kehitystä eteenpäinvievä voima. Katsoisin niin, että panostukset kaikenlaiseen koulutukseen ovat paikallaan, sillä suomalainen yhteiskunta tarvitsee muitakin kuin akateemisesti koulutettuja tai insinöörejä. On myös käynyt selväksi, että emme pysty ennustamaan tulevaisuuden työvoimatarvetta riittävän tarkasti, jotta voisimme järkevästi kohdentaa panoksia jollekin koulutuksen sektorille, joten siitä arvailusta voisi luopua. Siksi koulutuksellinen monipuolisuus ja joustavat mahdollisuudet kouluttautua uudelleen saattaa olla pitkällä aikavälillä hyödyllisempi strategia kuin kapea-alaiseen erikoistumiseen panostaminen.

Kirjallisuus

Ahonen, Karoliina (2022) Miten potilaan toimijuus rakentuu historiallisesti suomalaisessa mielenterveyspolitiikassa? Teoksessa Marja-Liisa Honkasalo, Leila Jylhänkangas & Anna Leppo (toim.) *Haavoittuva toimijuus. Sairastuminen ja hoiva hyvinvointivaltion laitamilla*. Tampere: Vastapaino, 47–80.

Eilola, Jari & Pietilä, Pekka (2023) "Kuorman suuruus hevoselle täytyy laittaa sen mukaan, miten se jaksaa vetää." Työ, terveys ja kansalaisten hyvinvointi maailmansotien välisessä Suomessa. Teoksessa Jari Eilola, Johanna Eronen, Pilvi Hämeenaho & Annika Tammela (toim.) *Hyvinvointi kuvattuna, koettuna ja tulkittuna*. Käsikirjoitus, ilmestyy 2023.

Hannikainen, Matti & Eloranta, Jari (2019) [Palveluiden ja tulonsiirtojen yhteiskunta](#). Teoksessa Jaana Laine, Susanna Fellman, Matti Hannikainen & Jari Ojala (toim.) *Vaurastumisen vuodet. Suomen taloushistoria teollistumisen jälkeen*. Helsinki: Gaudeamus, 19–38.

Harjula, Minna (2015) [Hoitoonpääsyn hierarkiat. Terveyskansalaisuus ja terveyspalvelut Suomessa 1900-luvulla](#). Tampere: Tampere University Press.

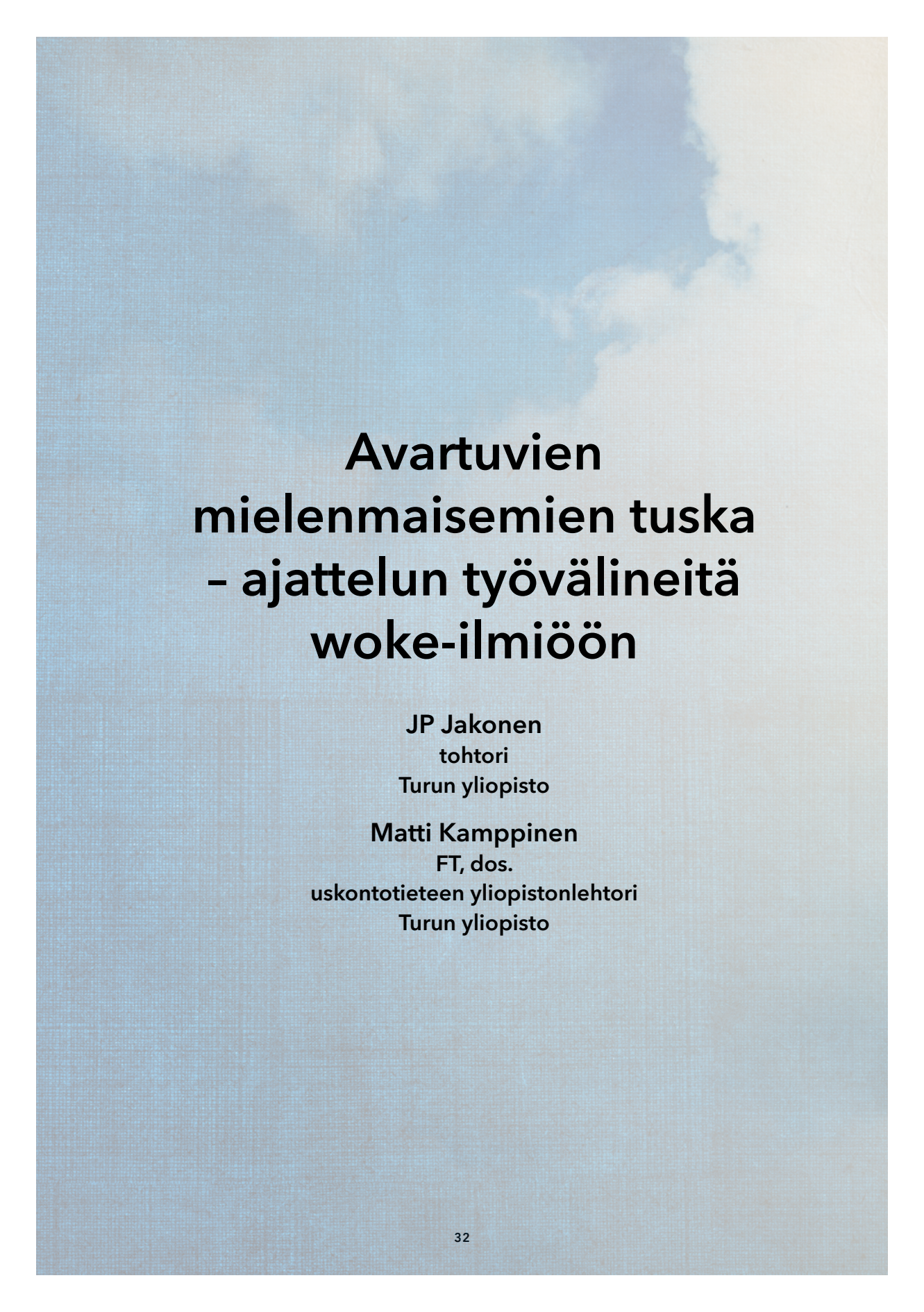
Hämeenaho, Pilvi (2016) [Tieto, valta ja vastuu erityislasten hoidossa](#). Elore, Vol. 23 (2), 1–24.

Julkunen, Raija & Niemi, Riikka (2002) Mihin luotamme, kun luotamme hyvinvointivaltioon? Teoksessa Petri Ruuskanen (toim.) *Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi. Näkökulmia sosiaali- ja terveysaloille*. Jyväskylä: PS-kustannus, 161–180.

Karisto, Antti; Takala, Pentti & Haapola, Ilkka (2009) *Matkalla nykyaikaan. Elintason, elintavan ja sosiaalipolitiikan muutos Suomessa*. Helsinki: WSOY.

Karjalainen, Merja (2022) *Jaksamisen rajat. Psykososiaalinen kuormitus, työuupumus ja työsuojelu*. Päivitetty 2. laitos. Helsinki: Basam Books.

- Kettunen, Pauli (1997) *Työjärjestys. Tutkielma työn ja tiedon poliittisesta historiasta*. Helsinki: Tutkijaliitto.
- Kontturi, Saara-Maija (2021) [Lääkärikunnan synty. Suomen lääkärit n. 1750–1850](#). Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Koponen, Juhani & Saaritsa, Sakari (2019) *Suomi, historia, kehitys*. Teoksessa Juhani Koponen & Sakari Saaritsa (toim.) *Nälkämäasta hyvinvointivaltioksi. Suomi kehityksen kiinniottajana*. Helsinki: Gaudeamus, 11–31.
- Koskela, Hille (2009) *Pelkokierre. Pelon politiikka, turvamarkkinat ja kamppailu kaupunkitilasta*. Helsinki: Gaudeamus.
- Levä, Ilkka (2021) [Sota Suomesta? Uusi työelämän psykologinen sopimus 1990-luvun laman lehdistöpuheessa](#). *Työelämän tutkimus*, Vol. 19 (1), 31–56.
- Mannevuori, Mona (2020) *Ihmiskone työssä. Sotienjälkeinen Suomi tehokkuutta tavoittelemassa*. Helsinki: Gaudeamus.
- Parikka, Raimo (1994) Pitkä varjo – Huono-osaisuus historiallisena jatkuvuutena. Teoksessa Matti Heikkilä & Kari Vähätalo (toim.) *Huono-osaisuus ja hyvinvoinnin muutos*. Helsinki: Gaudeamus, 51–89.
- Pohjola, Anneli (1994) Näemme köyhyyden, mutta emme köyhiä. Teoksessa Matti Heikkilä & Kari Vähätalo (toim.) *Huono-osaisuus ja hyvinvoinnin muutos*. Helsinki: Gaudeamus, 191–211.
- Ritakallio, Veli-Matti (1994) Köyhyyden muuttunut kuva Suomessa 1966–90. Teoksessa Matti Heikkilä & Kari Vähätalo (toim.) *Huono-osaisuus ja hyvinvoinnin muutos*. Helsinki: Gaudeamus, 169–190.
- Rönkä, Anna (1994) Nuoren aikuisen sosiaalinen selviytyminen. Teoksessa Matti Heikkilä & Kari Vähätalo (toim.) *Huono-osaisuus ja hyvinvoinnin muutos*. Helsinki: Gaudeamus, 149–168.
- Saari, Juho (2012) *Onnellisuuspolitiikka. Kohti sosiaalisesti kestävää Suomea*. Helsinki: Kalevi Sorsa -säätiö.
- Saaritsa, Sakari (2019) Miten Suomi lakkasi olemasta kehitysmäa? Taloudellinen ja inhimillinen kehitys 1800- ja 1900-luvulla. Teoksessa Juhani Koponen & Sakari Saaritsa (toim.) *Nälkämäasta hyvinvointivaltioksi. Suomi kehityksen kiinniottajana*. Helsinki: Gaudeamus, 33–50.
- Salminen, Jarkko; Lehtonen, Pauliina; Rikala, Sanna; Kuusisto, Anna-Kaisa; Luoma-Halkola, Henna; Puumala, Eeva; Sointu, Liina; Wallin, Antti & Häikiö, Liisa (2021) Osallisuuden kehät. Näkökulmia hyvinvoinnin muotoutumiseen. *Focus Localis*, Vol. 49 (3), 80–96.
- Sointu, Liina (2022) Koskevia ja tuntuja vastuita – omaishoivaa sidosten ehdoilla. Teoksessa Marja-Liisa Honkasalo, Leila Jylhäkangas & Anna Leppo (toim.) *Haavoittuva toimijuus. Sairastuminen ja hoiva hyvinvointivaltion laitamilla*. Tampere: Vastapaino, 257–285.
- Tikkanen, Ulla (2022) Omaishoitajat pakottavuuksien vietävänä – huokoisesta kiinnittävän hoivan arkeen. Teoksessa Marja-Liisa Honkasalo, Leila Jylhäkangas & Anna Leppo (toim.) *Haavoittuva toimijuus. Sairastuminen ja hoiva hyvinvointivaltion laitamilla*. Tampere: Vastapaino, 189–221.
- Wiens, Varpu; Zitting, Joakim & Kytölä, Liisa (2021) Katsaus: Hyvinvoinnin alueelliset ankeuttajat – muutosta hakemassa. *Focus Localis*, Vol. 49 (3), 116–124.
- Yliaska, Ville (2014) *Tehokkuuden toiveuni. Uuden julkisjohtamisen historia Suomessa 1970-luvulta 1990-luvulle*. Helsinki: Into Kustannus.



Avartuvien mielenmaisemien tuska - ajattelun työvälineitä woke-ilmiöön

JP Jakonen
tohtori
Turun yliopisto

Matti Kamppinen
FT, dos.
uskontotieteen yliopistonlehtori
Turun yliopisto

Aluksi

Yksi aikamme paradokseja on syventyvien käsitysten mukana tulevat mahdollisuudet loukkaantua eri aiheista. Loukkaantumisen mukana tulevat vaatimukset yliviritetystä sensitiivisyydestä, varovaisuudesta ja jopa vaikenemisesta. Tämä niin sanottu woke-ilmio on levinnyt myös yliopistokampuksille, jotka ovat perinteisesti olleet kyseenalaistamisen, perusteluiden etsimisen ja muun intellektuaalisen toiminnan tyyssijoja. Miten tähän on tultu? Miksi kasvavat mahdollisuudet tiedollisen ja emotionaalisen hyvinvoinnin saralla tuovat mukanaan kapeakatseisuutta, fundamentalismia ja ymmärryksen pahoinvointia? Tarjoamme ilmiön ymmärtämiseen ja sen kanssa toimeen tulemiseen integraalisen ajattelun työkaluja, joiden avulla ilmiö voidaan sijoittaa ihmisen kehitystä koskeviin yleisiin malleihin.

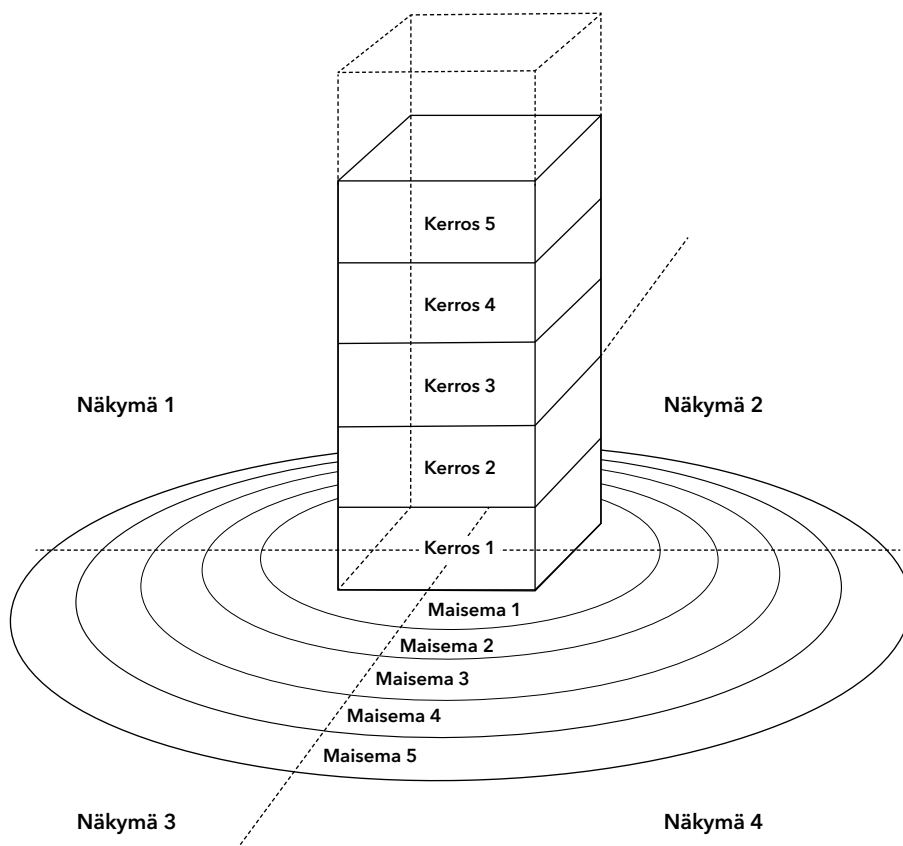
Kerrostalomalli ja mielenmaisemat

Tämä ihmisten maailma on kuin pesäpallokenttä, jolle on pystytetty kerrostalo. Kenttä kuvaa maailmamme ulkoista puolta: yhteiskuntaa, sen rakenteita ja pelaamisen sääntöjä. Kerrostalo kuvaa peliin osallistuvien ihmisten sisäistä puolta: mielenmaisemia, kulttuuria ja maailmankuvia. Hyvin toimiessaan nämä puolet muodostavat positiivisen tulevaisuus-kuvan. Tuota kuvaa kohti kulkemista voidaan kutsua kestäväksi henkiseksi kehitykseksi.

Jotta kehitys olisi henkisesti kestävä, on pelin oltava sekä toimivaa että mukavaa. Kaiken pelaamisen – niin leikin kuin yhteiskunnallisenkin – tarkoitus on tuoda yksilöitä yhteen jaetun kokemuksen ja toiminnan äärelle. Pelikentällä on oltava tilaa kaikille, jotka haluavat pelata sääntöjä noudattaen. Sen myötä toimiva yhteiskunta ja kulttuuri rakentuvat. Vaikka kaikki eivät näkisikään samanlaista mielenmaisemaa tai jakaisi samaa maailmankuvaa, on kaikille halukkaille oltava paikka pelissä. Jos potentiaalisia pelaajia ei kelpuuteta ulkoisten piirteiden tai sisäisten mielipiteiden vuoksi, ei saada peliä aikaan.

Oikeita mielipiteitä on toki ollut niin kauan kuin ihmisyhteisöjäkin. Ajattelun ja mielipiteiden normittaminen on kuulunut lajimme ominaisuuksiin aina. Sen viisaus on helppo nähdä, sillä niin kulttuurit muodostuvat: tätä *me* pidämme hyvänä, nämä ovat *meidän* arvomme. Samaan aikaan lajimme ominaisuuksiin kuuluu taipumus nähdä asiat eri tavalla riippuen siitä, missä kohtaa henkilökohtaista kasvua menemme. Voimme nähdä vain sen, minkä voimme nähdä – loput näemme sitten, kun kykenemme näkemään sen. Asiaa voidaan valottaa kerrostalomallin kautta (Jakonen 2023; Jakonen & Kamppinen 2021). Se auttaa myös ymmärtämään konfliktinratkaisun erilaisia strategioita, joita lajimme on eri aikoina ja eri kulttuuripiireissä kehittänyt (Campbell & Manning 2018).

Ensimmäinen kerros on itsekeskeisyyden aikaa. Näemme ”oman etupihamme”, koska ajattelumme on nostanut näkemämme maiseman vasta ensimmäiseen kehityskerrokseen. Tämän kerroksen avaama maisema kutsutaan kunniakulttuuriksi. Itsemääräämisoikeus on sen keskeisiä arvoja. Kunnianloukkauksiin vastataan aggressiolla, joka tässä maisemassa on keskeinen strategia konflikteissa. Länsimainen kulttuuri kasvoi tähän kerrokseen ja pysyi siinä vuosituhansien ajan. Kunniakulttuurin maisemaa tavataan edelleen useissa kulttuureissa. Globaalissa lännessä se on keskittynyt erilaisiin alakulttuureihin, katuengeihin ja lain ulkopuolelle. (Campbell & Manning 2018; Jakonen & Kamppinen 2021; Beck & Cowan 1996)



Toisesta kerroksesta näemme ”yhteisen pihan”. Ajattelusta tulee ryhmäkeskeistä ja etnosentristä. Kulttuuri muuttuu kohti staattisempaa arvojen ja arvokkuuden kulttuuria. Kunnianloukkausten kostamisen sijaan toisen kerroksen maiseman strategia painottaa resiliienttinä selviytymiskeinona asioiden selvittämistä juridiikkaan – siis korkeampaan ja yksilöitä yhdistävään auktoriteettiin – vetoamalla. (Jakonen & Kamppinen 2021; Campbell & Manning 2018)

Kolmas kerros avaa vapaan ajattelun, tieteen ja kokeilun maiseman. Sieltä näkyvät oman pihan sijaan kaikki maailman pihat. Ajattelusta tulee luonteeltaan modernia, universaalia ja tieteellistä. Mitään ei oteta annettuna, vaan asioita tulee testata. Kuten Immanuel Kant sanoi: *Sapere Aude*, eli on uskallettava ajatella itsenäisesti. Tämän kerroksen mielenmaiseman strategiana yhteiskunnallisissa konflikteissa on tieteellinen tutkimus, kuriositeetti ja rationaalisuus. (Jakonen & Kamppinen 2021)

Neljäs kerros näyttää, miten kaikilla pihoiden on varjoja. Niitä aiheuttaa kerrostalo itse, tuo suuri toteemi, joka näennäisen universaalina olentona jättää alleen pienet talot, pienet elämät, pienet marginaalit. Niiden olemassaoloon havahdutaan aidosti vasta neljännen kerroksen maisemassa. Kun postmoderni maisema korvaa kolmannen kerroksen modernin maiseman, syntyy jälleen uudenlainen kulttuuri. Sille on ykköskerroksen kunnia-kulttuurin tapaan tyypillistä herkkyyys loukatuksi tulemista kohtaan, mutta loukkauksiin

vastataan aggression ja voiman sijaan heikkouden osoituksilla. Tätä strategiaa voidaan kutsua uhriutumisen kulttuuriksi. (Jakonen & Kamppinen 2021; Pluckrose & Lindsay 2020, 229; Campbell & Manning 2018)

Viides kerros – integraalisen ajattelun maisema – avaa ensimmäisen maiseman, josta tämän kaiken *vääjäämättömyys* avautuu ilman tuomiota tai puolustelua. Maisemat eivät enää korvaa toisiaan, vaan rakentuvat yhtä aikaa toistensa lomaan holarkisesti eli ei-hierarkisena luonnollisena kokonaisuutena (Jakonen & Kamppinen 2021; Wilber 1995). Yhdenkään aiemman kerroksen maisemaa ei haluta kieltää, koska ne ovat kokonaisuuden osia. Tällaista vääjäämättömyyden ymmärrystä tai todellisuudentajua pidetään yleensä yhteiskunnallisen viisauden, empatian ja tasavertaisen päätöksenteon edellytyksenä. Viidennen kerroksen strategiaa voidaan kutsua kokonaisuuden näkemisen taidoksi (Jakonen & Kamppinen 2021), integraaliseksi ajatteluksi (Wilber 2000; 2018) tai integraaliseksi ymmärrykseksi (McIntosh 2007).

Kulttuurisodat ja woke-uskonto

Kun jokin mielenmaisema tulehtuu ja alkaa etsiä *syllisiä omassa maisemassaan näkyviin ongelmiin muista mielenmaisemista*³, syntyy kulttuurisodan nimellä tunnettu ilmiö. Siinä kulttuurista muodostuu kultti. Ensimmäisen kerroksen kunniakulttuuri tulehtuu kunniakultiksi. Toisen kerroksen ryhmäkeskeisyys tulehtuu etnonationalismiksi. Kolmannen kerroksen tieteellisyys muuttuu meidän jälkeemme – tai meidän aikanamme – vedenpaisumus-edistysuskonnoksi.

Neljännän kerroksen maisemaa määrittää hyvinvoinnin ja pahoinvoinnin paradoksi: mitä enemmän näemme, sitä enemmän näemme, mitä voi mennä pieleen. Näemme aiemmin näkemättömiä asioita. Näemme maiseman, jota moni muu ei vielä kykene näkemään. Näemme sortorakenteita ja valtahierarkioita, näemme vähemmistöjä enemmistöjen marginaaleissa, näemme mikroaggressioita ja alistusta. Ahdistuksen määrä on loputon ja monelle tämän maiseman näkijälle todellinen (ks. esim. Lukianoff & Haidt 2018).

Kun katse alkaa kiinnittyä enimmäkseen ongelmiin ja niiden syy–seuraus-suhteet alkavat saada fundamentalistisen oikea–väärä-tulkinnan, alkaa neljännelle kerrokselle tyypillinen tulehdus kehittyä. Uhrikulttuuri muuttuu uhrikultiksi, jossa väärintekijät on uhrattava. Neljännän kerroksen avara maisema supistuu ilmiöksi, jota voidaan kutsua nimellä ”woke-uskonto” (McWhorter 2021). Seuraavassa kuvailemme sen piirteitä ja vaikutusta tämän hetken suomalaisen yhteiskuntaan.

3 Jokainen maisema rajaa ja rakentaa ilmiöitä, joita kyseisessä maisemassa näkyy. Jokainen maisema toimii myös eräänlaisena todellisuuden suodattimena, joka päästää sisään vain tietyn verran kuvaa maailmasta. Mitä enemmän on ontologista pinta-alaa (kerroksen korkeus), sitä enemmän voidaan asioita, ilmiöitä ja todellisuutta nähdä (maiseman laajuus). Tämä tuottaa myös ongelmia, kuten nähdään: hyvinvointi ja pahoinvointi lisääntyvät samaan aikaan, kun ymmärrys kasvaa. Vasta viidennen kerroksen maisema avaa tunteen siitä, miten todellisuus koskettaa enemmän mutta satuttaa vähemmän.

Kun pelikenttä muuttuu ansakuopaksi

Suomalainen yhteiskunta on demokraattinen, yksilönvapauksia kunnioittava ja turvallinen pelikenttä. Pelikentällä tarvitaan myös tuomareita. Tuomarien funktio on kahtalainen: toisaalta tuomari valvoo pelin sääntöjä ja toisaalta uudistaa niitä. Staattiset tuomarit ovat yhteiskunnassa ylläpitäjiä eli konservaattoreita, ja dynaamiset tuomarit ovat yhteiskunnassa kehittäjiä, uudistajia ja vallankumouksellisia. Molempia tarvitaan.

Tälle kentälle ollaan kaivamassa kuoppaa. Piirroksiset ja lapiot kuopan kaivamiselle on tuotu Amerikan yhdysvaltojen dynaamisilta tuomareilta, neljännen kerroksen tulehdustilasta. Kuten Yhdysvalloissa, myös Suomessa tuon kuopan reunalle houkutellaan ja osittain siitä alas työnnetään kovalla äänellä niitä pelaajia, joiden tiettyjä ulkoisia tai sisäisiä piirteitä on alettu pitää peliin sopimattomina. Tämä kaikki on tapahtunut nopeasti, muutaman viimeisen vuoden aikana (ks. esim. McWhorter 2021; Pluckrose & Lindsay 2021; DiAngelo 2019; Goad 2017; 2018; Easton Ellis 2019; Kendi 2019; Tontti 2022; Lehtola 2021; Wilber 2018). Kuopan kaivaminen on tapahtunut ennätysvauhdissa, ja sen kaivajat ovat pitäneet kovaa ääntä. Koska he ovat useimmiten korkeasti koulutettuja, heidän ammattitaitonsa ja osaamisensa on sekoittunut siihen yksinkertaiseen tosiasiaan, että he kaivavat kuoppaa muille pelaajille.

Kun yhteiskunnan pelikentälle kaivetaan kuoppa, peliin käytettävä ala pienenee. Vaikka kyse olisi marginaalisesta ilmiöstä – osana akatemioita, älyllistä sapelinkalistelua tai puhdasta argumentaatiota – on monella marginaalisella ja *marginalisoivalla* ilmiöllä kauaskantoiset yhteiskunnalliset vaikutukset. Kun yhteistä pelikenttää aletaan rajaamaan tiettyjen pelaajien ihonvärin, sukupuolen tai sosiaalisen aseman perusteella, ei enää pelata demokraattisen, yksilönvapauksia kunnioittavan ja turvallisen yhteiskunnan kentällä. Silloin pelikentän radikaalin muokkaamisen seurauksena itse peli on muuttunut. Silloin ei kyse ole enää siitä, miten päästään mahdollisimman tehokkaasti ja kaikkia pelaajia miellyttävästi maaliin. Silloin kyse on siitä, ketkä ovat maaliin pääsemisen arvoisia. Silloin luodaan ”pyhimysten yhteiskuntaa”, jossa kärpästen rikoksista seuraa härkästen rangais-
tuksia, kun tavallisten ihmisten silmiin pieniltä vaikuttavat teot tuomitaan jyrkästi (Durkheim 1982, 60–84). Tämä ei ole enää peliä, vaan valittujen uskontoa.

Woke-kulttuuri, joka muuttui nopeasti tiedostavuuden kulttuurista oikeamielisyyden kultiksi ja uskonnolliseksi ajatteluksi (McWhorter 2021), on neljännen kerroksen mielenmaiseman ääriilikeeksi muodostunut tulehdustila. Ongelmana on, että se ei vaikuta ääriilikeeltä, vaikka se on määritelmällisesti juuri sitä. Se on noussut niin nopeasti, että sitä on ehditty sekä havaitsemaan että haastamaan liian hitaasti. Sen peruspäämäärä – yhteiskunnallisen sorron tiedostaminen – sekoittuu sen käyttämään puutteelliseen ja fundamentalistiseen epistemologiaan. Itse asiassa ”woke” tarkoittaa ”hereillä olemista” yhteiskunnallisesta sorrosta. Ongelman ydin on yksinkertaisesti se, että woke-ilmiö on uskonnollinen liike, ei kulttuurivirtaus tai diskurssi muiden joukossa.

Miksi woke-uskontoon tulee havahtua?

Fundamentalistisille uskonnon ilmentymille on tyypillistä tietty perheyhtäläisyys. Pohjois-Korean johtajan palvonnassa, aborttiklinikoiden pommittamisessa Yhdysvalloissa ja ääri-islamilaيسissa šaria-tulkinnassa Iranissa yhdistyy kolme eri tekijää:

1) oikean ja väärän moraalisen valinnan mustavalkoinen erottelu, 2) jako hyviin ja

pahoihin ihmisiin ja 3) dystooppinen tulevaisuudenkuva, jossa kaikille ei riitä tilaa eikä kaikille ole paikkoja. Nämä kolme ulottuvuutta ovat kaikki yhden ja saman ajattelutavan ilmentymiä – fundamentalistisen uskontokäsityksen – joka on ristiriidassa suomalaisen yhteiskunnan koheesiota ylläpitävien ja yksilönvapautta luovien arvojen kanssa.

Jos tällä uskonnollisella liikkeellä, woke-ismillä tai McWhorterin sanoin ”valittujen uskonnolla”, ei olisi yhteiskunnallista vaikutusta, tämä kirjoitus ei olisi tarpeen. Woke-uskonnolla on, valitettavasti, merkittävä ja potentiaalisesti yhteiskuntaa rapauttava, regressoiva ja polarisoiva vaikutus.

Woke-uskonnosta tekee fundamentalistisen uskonnollisen liikkeen muun muassa dikotominen jako uskoviin ja pakanoihin. Siinä vääräuskoisia vainotaan niin teoriassa (sosiaalinen media ja perinteinen media) kuin käytännössä (työpaikkojen menetys). Käytössä ovat myös häpeärangaistuksen ja heimosta ulkoistamisen menetelmät, kuten mustamaalaaminen ja niin sanottu ”cancellointi” eli eri mieltä olevien tuomitseminen ja todellisuudesta poistaminen. Eri mieltä olevat voidaan jopa pyrkiä hävittämään mielipiteiden pelikentältä. Tästä aiheesta voit lukea tarkemmin esimerkiksi Rushkoffilta (2022), joka kertoo Piilaakson teknologiamiljardöörien ajatusleikistä ”hävittäisikö Yhdysvaltojen äärioikeistoon kuuluvat ihmiset, jos voisit tehdä sen?”

Woke-uskonnon monista ilmiöistä yksi huolestuttavimpia on sen naamioituminen uskonnon sijaan yhteiskunnalliseksi keskusteluksi. Tavallisesti julkisen tilan pelikentälle pääseminen edellyttää, Jürgen Habermasia lainaten, tiettyä kommunikatiivista rationaalisuutta. Siinä argumentatiivisen puheen kautta luodaan käsitys yhteisestä, jaetusta elämämaailmasta, jossa yhteistä hyvää tavoitellaan järkipuheen kautta (Habermas 1984, 10). Suomeksi sanottuna siis voimme pelata yhdessä vasta sitten, kun kaikki ovat samaa mieltä siitä, että sääntöjä tarvitaan. Sääntöjen sisällöstä voidaan aina keskustella.

Woke-uskonnossa (ja sen taustalla olevassa reifioituneessa postmodernismissä) on astuttu ulos julkisesta tilasta. Sen säännöt on valittu sattumanvaraisen tiedonhankintamenetelmän mukaan. Terapeuttinen konteksti on korvannut kommunikatiivisen rationaalisuuden siinä, mitä pidämme pelikentälle päästettävänä tietona. Tämä tarkoittaa tunteiden ja identiteetin ylivaltaa ajattelun sääntöihin nähden.

Tilanne on vähän sama kuin jäädyttäisi keskelle pesäpallokenttää luistelukentän. Sivusta-seuraaja näkee kentällä olevan liikettä ja luulee sen olevan peliä siinä missä ennenkin. Lähempää tarkasteltuna kyse on kuitenkin kahdesta eri lajista *yhdellä pelikentällä*. Toisessa lajissa on yhteiset säännöt ja tavoite (yhteisymmärrys argumentaation kautta) ja toisessa luistellaan yksilöinä ympäri kenttää (henkinen tuulettuminen ja tuulettaminen).

Turvallinen tila ja klassiset virhepäätelmät

Woke-keskusteluissa on usein esitetty vaatimus ”turvallisesta tilasta.” Turvallisuus voidaan ymmärtää monella eri tavalla: fyysisenä turvallisuutena, oikeutena esittää oma mielipide tai oikeutena olla turvassa kelvottomalta kritiikiltä.

Turvallisuuteen ei ainakaan korkeakouluissa tai politiikassa kuulu suoja perustellulta kritiikiltä, ja siksi on olennaista erottaa kelvoton kritiikki kelvollisesta.

Kelvottoman kritiikin paraatiesimerkkejä ovat klassiset virhepäätelmät, joiden tunnistaminen ja porttikielto tarkoittavat tietyn järkevyyttä korostavan kulttuurin asettamista etusijalle: me haluamme, että keskustelulla on nämä ja nämä säännöt. Turvallisen tilan sijaan tarvitaan vaaran vyöhyke, jossa maksimoidaan episteemisiä hyveitä (avomielisyys, uteliaisuus, kriittisyys, perusteiden etsiminen) ja minimoidaan episteemisiä paheita (umpimielisyys, itsetyytyväisyys, virhepäätelmien käyttö). Voimme aloittaa tunnistamalla klassiset virhepäätelmät:

- **Argumentum ad hominem.** Ajatusta arvioidaan sen perusteella, millainen ihminen on: *Matti ei voi olla oikeassa, koska hän on valkoihoinen, myöhäiskeski-ikäinen mies.*
- **Geneettinen virhepäätelmä.** Ajatus ei voi pitää paikkaansa tai sitä ei voi ottaa vakavasti, koska se on lähtöisin perussuomalaisilta/vihervasemmistolta/kristillisdemokraateilta/kokoomukselta (valitse sopiva).
- **Olkiukkoargumentti.** Väännetään ajatus niin ääriasentoon, että se on helppo tyrmätä: kuten *Fukushiman onnettomuus osoittaa, ydinvoima ei ole riittävän turvallista.*
- **Red herring eli savuverhoargumentti** (oikeasti savusilliargumentti). Tuodaan keskusteluun sellainen emotionaalisesti ladattu aihe tai retoriikka, joka harhauttaa vastapuolen väärille poluille: *esimerkiksi Martin Heideggerin ajatuksia ei voi ottaa vakavasti, koska hän oli yhteistyössä natsien kanssa.*
- **Argumentum ad baculum.** Keppiin vetoaminen: *jos et ole samaa mieltä, niin löydät meidät hämärän tultua kotioveltaasi.*
- **Bifurkaatio- eli mustavalkoharha.** On vain kaksi vaihtoehtoa, eli joko olet meidän puolellamme tai meitä vastaan.
- **Argumentum ad populum.** Väkeen vetoaminen: *koska kaikki turkulaiset feministit ovat tätä mieltä, ajatus on oikea.*
- **Argumentum ad ignorantiam.** Tietämättömyyteen vetoaminen: *emme tiedä, mitä erilaiset näkökulmat saavat aikaan, joten ne ovat vaarallisia opiskelijoille.*

Ylimoitettut ja väärin kohdistetut vaatimukset turvallisesta tilasta samentavat eroa kelvollisen ja kelvottoman kritiikin välillä ja tuovat ”tunteet pintaan”. Kelvollinen kritiikki esimerkiksi maisteriseminaarissa saattaa aiheuttaa pahaa mieltä, mutta ymmärryksen kasvun myötä se menee ohi, jolloin voi nähdä kritiikin hyödyn.

Terapiakulttuurin vahvistuminen ja sen läpäisevä vaikutus tekevät viileän keskustelun vaikeaksi. Ja vaikeaa sen kuuluu ollakin, kun käsiteltävät aiheet ovat haastavia ja nostavat esiin tunteita. Silti keskustelussa pitää erottaa vellit puurosta ja nähdä, milloin on astuttu epistemologisesta kontekstista terapiakontekstiin.

Hyvän argumentaation sääntöjen mukana pitäminen ja ajattelun virhepäätelmien välttäminen ovat pääsylippu julkisessa tilassa käytävään keskusteluun. Jos näitä sääntöjä ei noudateta, keskustelusta puuttuu kommunikatiivinen rationaalisuus. Silloin puhutaan järkipuheen sijaan uskonnollista kieltä.

Woke-ilmiön paradoksi

Mielenmaisemat elävät yleensä sopusoinnussa keskenään. Tulehtuessaan sopusointi muuttuu kulttuurisodaksi. Pitkittynyt kulttuurisota voi johtaa kaiken fundamentalistisen toiminnan tavoin terrorismiin, sotaan ja sortoon. Woke-uskonto on siirtynyt kohti tätä vaihetta ajattelun, toiminnan ja puheen tasolla. Ongelmaa on nähty Yhdysvalloissa jo pitkään (ks. esim. Wilber 2018). Suomessa riski on vähäisempi, mutta aito ja vakavasti otettava. Jokainen intellektuelli, kadunihminen tai poliitikko, joka jättäytyy julkisesta keskustelusta pois kuoppaan joutumisen pelossa, on Suomen kokoisessa maassa menetys. Vakavampi uhka on kuitenkin se, että woke-uskonto luo oman agendansa vastakohtaan.

Woke-uskonnon fundamentaalinen laita ajaa ihmisiä evoluution liukuhihnalla takaisin-päin, kohti ”kultaisia aikoja” ja yksinkertaisempaa ajattelua. Tuo fundamentaalinen laita ajaa ihmisiä poliittisesti äärioikealle ollen itse poliittisesti äärivasemmalla. Se synnyttää yhteenkuuluvaisuutta juuri niiden identiteettiryhmien parissa, jotka se haluaa hävittää (ks. esim. Fukuyama 2018; Easton Ellis 2019). Se tarjoaa – omien ylilyöntiensä, olettamien ja totuusväittämiensä radikalisoituessa – siloitettua tien jokaiselle vastaavalla tavalla ääriajatteluun taipuvalle, joka kohtaa siinä oman vastakohtansa. Se luo yhteiskuntaa, jossa ei kyetä enää valitsemaan kuin kahden äärimmäisyyden väliltä. Se luo kieli-peliä vailla kommunikatiivisen rationaalisuuden harmaan sävyjä, nyansseja ja konteksteja. Se luo yhteiskunnan, jossa oikeus puhua oikeudenmukaisuudesta on vain niillä, jotka ovat hereillä. Se luo – ja on jo luonut – tilanteen, jossa ajattelu, puhe ja toiminta on sanktioitu keskiaikaisen ajattelun, puheen ja toiminnan mukaan. Se on riski, johon tulee reagoida, kuten kaikkeen fundamentalistiseen terrorismiin.

Miten mennään eteenpäin yhdessä?

Kun tunnetilat ja koettu identiteetti korvaavat rationaalisen keskustelun, kun ihmisiä jaetaan kahteen leiriin ja kun ongelmien syyt sekä yksinkertaistetaan että satanisoidaan, on yhteiskunta umpikujassa. Miten päästään tästä eteenpäin? Tähän on kolme ehdotusta:

1. Näe, että yhteiskunta koostuu ulkoisen pelikentän ohella sisäisistä maailmankuvista eli mielenmaisemista.
2. Huomaa a) kentälle syntyvät kuopat, joita kaivetaan, kun tulehtuneet mielenmaisemat haluavat haudata toisensa näkyvistä, ja b) kentälle jäädytettävät luistinradat, joita tehdään, kun halutaan muilta kysymättä julistaa uusi peli alkaneeksi.
3. Vastusta kuoppia ja varo luistinratoja, koska ne vievät pelitilaa yhteiseltä kentältämme, marginalisoivat ihmisryhmiä, lisäävät eriarvoisuutta, luovat polarisaatiota ja tekevät pelistä vähemmän mukavan, vapaan ja toimivan kaikille.

Näiden kolmen asian huomaaminen riittää jo pitkälle.

Kestävä henkinen kehitys Suomessa on sellaista, jossa kentälle kaivettu huonon argumentaation ja fundamentalismin kuoppa täytetään mahdollisimman pikaisesti. Sen jälkeen kentälle tehdään tilaa kaikille pelaajille, myös niille, joiden mielipiteet eivät tunnu moderneilta tai jälkimoderneilta.

Tällaista tilan tekemistä ja kaikkien pelaajien hyväksymistä – ulkoisesti ja sisäisesti – sanotaan integraaliseksi yhteiskunnaksi. Se integroi eli yhdistää polarisoinnin eli hajauttamisen sijaan. Siihen tarvitaan niin woke-ilmion kuin muiden vastaavien fundamentalismin muotojen näkemistä uskontona, ei teoriana. Siihen tarvitaan uusia rakenteita, jotka luovat kulttuuria, käytäntöjä ja puhetapoja eri näkökulmia ja eri maailmankuvia yhdistävälle pelikentälle. Siihen tarvitaan myös rajoja, jotka rajaavat pelin ulkopuolelle ne pelaajat ja tuomarit, jotka tuovat peliin omat sääntönsä ja tuomarinsa – muilta pelaajilta kysymättä. Sellainen peli ei vetele, eikä se peliä olekaan, vaan valtapeliä, uskonnollista fundamentalismia ja turvatonta tilaa – kaikkea sitä, mitä suomalainen tulevaisuuden yhteiskunta ei voi pitää sisällään.

Kirjallisuus

Beck, Don & Cowan, Christopher (1996) *Spiral Dynamics. Mastering Values, Leadership and Change*. Malden: Blackwell.

Campbell, Bradley & Manning, Jason (2018) *The Rise of Victimhood Culture. Microaggressions, Safe Spaces, and the New Culture Wars*. London: Palgrave Macmillan.

DiAngelo, Robin (2019) *White Fragility. Why It's So Hard for White People to Talk About Racism*. London: Allen Lane.

Durkheim, Emile (1982) *The Rules of Sociological Method and Selected Texts on Sociology and Its Method*. New York: Free Press.

Easton Ellis, Bret (2019) *White*. New York: Vintage Books.

Fukuyama, Francis (2018) *Identity. The Demand for Dignity and the Politics of Resentment*. New York: Farrar, Straus & Giroux.

Goad, Jim (2017) *The New Church Ladies. The Extremely Uptight World of "Social Justice"*. Portland: Obnoxious Books.

Goad, Jim (2018) *Whiteness. The Original Sin*. Portland: Obnoxious Books.

Habermas, Jürgen (1984) *The Theory of Communicative Action, Volume 1: Reason and the Rationalization of Society*. Boston: Beacon Press.

Jakonen, JP (2023) Konsensustodellisuuden harha. Kerrostalomalli systeemisen muutoksen pohjana. Teoksessa Petri Uusikylä & Harri Jalonen (toim.) *Epävarmuuden aika*. Helsinki: Into, 230–253.

Jakonen, JP & Kamppinen, Matti (2021) *Kokonaisuuden näkemisen taito. Johdatus integraaliseen ajatteluun*. Helsinki: Basam Books.

Kendi, Ibram X. (2019) *How to Be an Antiracist*. New York: One World.

Lehtola, Jyrki (2021) *Tunteista*. Helsinki: Siltala.

Lukianoff, Greg & Haidt, Jonathan (2019) *The Coddling of the American Mind. How Good Intentions and Bad Ideas Are Setting Up a Generation for Failure*. New York: Penguin Press.

McIntosh, Steve (2007) *Integral Consciousness and the Future of Evolution*. St. Paul: Paragon House.

McWhorter, John (2021) *Woke Racism: How a New Religion Has Betrayed Black America*. New York: Penguin/Portfolio.

Pluckrose, Helen & Lindsay, James (2020) *Cynical Theories. How Universities Made Everything About Race, Gender, and Identity – And Why This Harms Everybody*. Durham: Pitchstone Publishing.

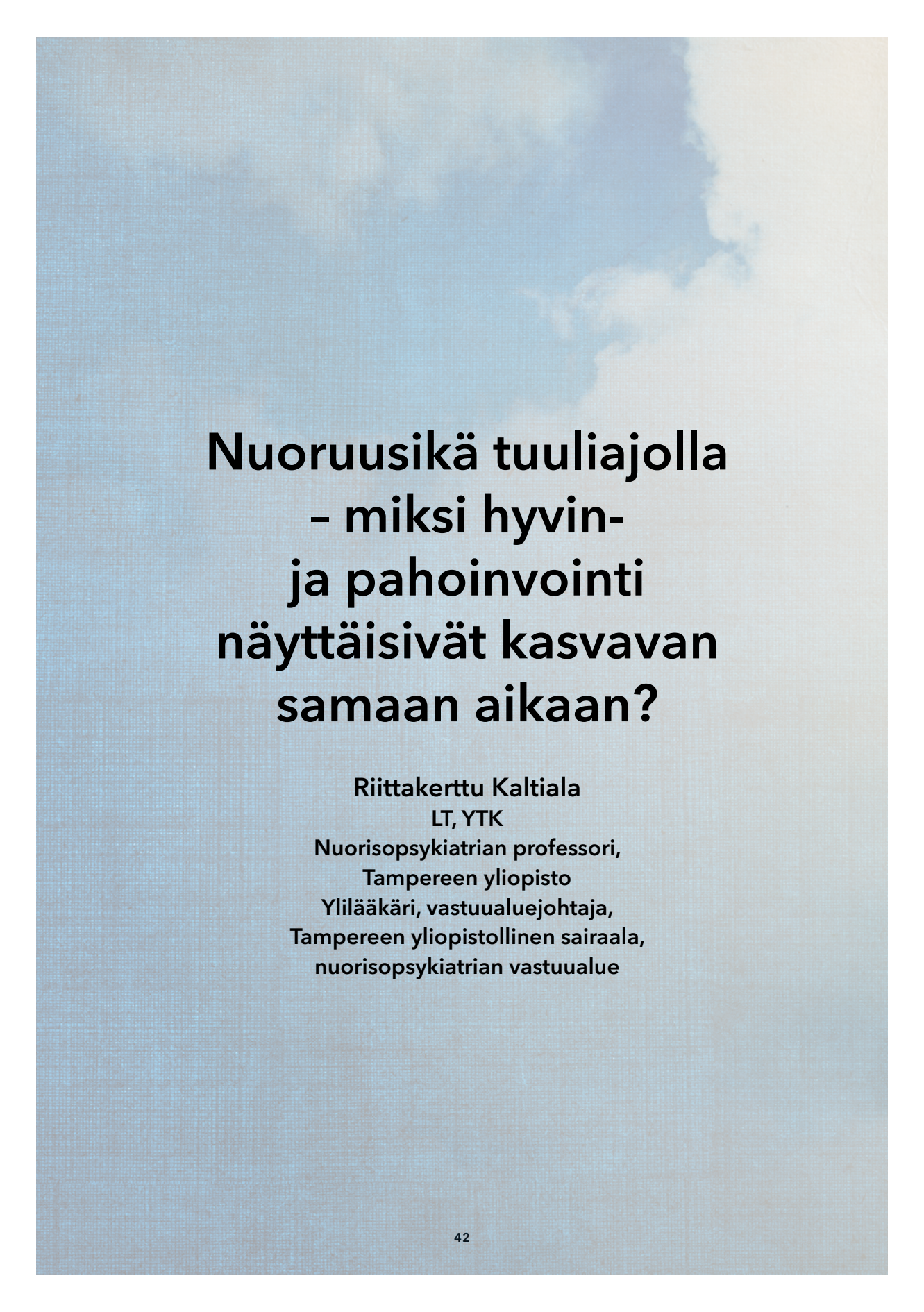
Rushkoff, Douglas (2022) *Survival of the Richest. Escape Fantasies of the Tech Billionaires*. New York: W. W. Norton & Company.

Tontti, Jarkko (2022) *Tarkoituksista ja keinoista*. Jyväskylä: Docendo.

Wilber, Ken (1995) *Sex, Ecology, Spirituality. The Spirit of Evolution*. Boston: Shambhala.

Wilber, Ken (2000) *A Theory of Everything. An Integral Vision for Business, Politics, Science, and Spirituality*. Boston: Shambhala.

Wilber, Ken (2018) *Trump ja totuuden jälkeinen maailma*. Suom. JP Jakonen. Alkup. 2017. Helsinki: Viisas elämä.



Nuoruusikä tuuliajolla - miksi hyvin- ja pahoinvointi näyttäisivät kasvavan samaan aikaan?

**Riittakerttu Kaltiala
LT, YTK
Nuorisopsykiatrian professori,
Tampereen yliopisto
Ylilääkäri, vastuualuejohtaja,
Tampereen yliopistollinen sairaala,
nuorisopsykiatrian vastuualue**

Suomalaisten nuorten mielenterveys on kriisissä. Kaikki mielenterveydellistä apua tarjoavat palvelut – perustasolta nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon suljetuille osastoille – pullistelevat tarvitsevia. Vuonna 2021 suomalaisista 13–17-vuotiaista nuorista 25 975 oli psykiatrisen erikoissairaanhoidon piirissä, karkeasti laskettuna noin 10 prosenttia kyseisestä ikäryhmästä. Lähes kolmetuhatta nuorta oli vuoden mittaan myös psykiatrisessa osastohoidossa. Määrät ovat kasvaneet ilman laskua 1990-luvulta alkaen. Viimeisten viiden vuoden aikana kasvu on vain kiihtynyt. Eri tavoin järjestetyt nuorten mielenterveyspalvelut myös perustasolla ovat tukossa.

Nuoruusikä

Nuoruusikä on kehitysvaihe, joka alkaa fyysisestä puberteetista ja päättyy noin kymmenen vuotta myöhemmin aikuisen persoonallisuuden rakenteiden vahvistumiseen. Nuoruusikää luonnehtii jatkuva muutos niin biologisen, psykologisen kuin sosiaalisenkin kehityksen alueilla. Nuoruusikäisen on ratkaistava lukuisia kehitystehtäviä, ja länsimaisissa yhteiskunnissa nuoruusiän kehitysvaiheeseen ajoittuu myös valtava määrä valintoja ja siirtymisiä, joilla on kauaskantoiset seuraukset aikuisuuteen.

Nuoret kypsyvät keskenään eri tahdissa, ja nuoruusiän aikana biologisen, kognitiivisen ja emotionaalisen kehityksen osa-alueet ovat keskenään epätahdissa. Biologisen kehityksen tavoite on turvallinen suvunjatkaaminen. Biologiselta kannalta nuoret ovat kypsiä paljon aikaisemmin kuin kognitiiviselta saati emotionaaliselta kannalta, ja tämä aiheuttaa nuoruusiän kehitysvaiheeseen jännitteitä. Nuoren pitäisi pystyä selvittämään ikään kuuluvat kehitystehtävät ja tekemään onnistuneita valintoja, mikä saattaa aiheuttaa erityisiä haasteita niin poikkeuksellisen aikaisin kuin poikkeuksellisen myöhään puberteettiin tuleville, koska he ovat kehityksellisesti eri viivalla kuin valtavirta. Toisaalta nuorille vaatimuksia asetettaessa saattaa unohtua, että fyysisesti kehittynyt nuori on vielä emotionaalisesti paljon aikuista epäkypsempi. Tunteita ja käyttäytymistä säätelee aivojen etuotsalohko, joka kypsyä vasta lähellä nuorta aikuisuutta.

Mielenterveys ja sen häiriöt

Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmän mukaan mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen pystyy näkemään omat kykynsä ja selviytymään elämään kuuluvissa haasteissa sekä työskentelemään ja ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan. Kehitysikäisten psyykkiset rakenteet, jotka tuottavat aikuisuuden mielenterveyttä, ovat vasta kypsymässä. Siksi lapset ja nuoret tarvitsevat erityistä huolenpitoa, ohjausta ja suojelua, joihin he myös ovat ikänsä ja kehitystasonsa perusteella oikeutettuja. Suomi on ratifoinut lapsen oikeuksien sopimuksen, jonka tarkoitus on turvata tämä huolenpito kaikille alaikäisille.

Mielenterveyden häiriöitä luonnehtivat erilaiset tunne-elämän, kokemusmaailman ja käyttäytymisen poikkeavuudet, jotka aiheuttavat yksilölle kärsimystä ja toimintakyvyn laskua sekä toisinaan haittaa tai vaaraa myös muille. Tunne-elämän, kokemusmaailman ja käyttäytymisen poikkeavuuksia suhteutetaan siihen, mikä on ympärillä olevan yhteiskunnan normatiivinen vaihteluväli, jonka puitteissa ihmisen katsotaan olevan toimintakykyinen. Nuorten tavallisia häiriöitä ovat esimerkiksi masennushäiriöt, ahdistuneisuus-häiriöt, syömishäiriöt ja käytöshäiriöt. Monien häiriöiden ydinoireet, kuten masentunut mieliala, ahdistunut olo tai huoli siitä, onko oma keho oikeanlainen ja hyvä, kuuluvat

lievinä arkikokemukseen. On tavallista tuntea ohimenevää masentumisen tunnetta, kun menettää jotain arvokasta tai ei saavuta jotain tärkeää; on tavallista tuntea itsensä ahdistuneeksi, jos vaatimuksia on liikaa tai edessä on tärkeä ja jännittävä haaste; ja kulttuuriimme kuuluu varsin mittavassa määrin vertaileva keskittyminen kehon kokoon ja muotoihin. Masennustiloissa ja ahdistuneisuushäiriöissä masennus tai ahdistus valtaavat mielen niin, että toimintakyky laskee, ja synkentävät kokemusta neutraaleista ja positiivisistakin asioista. Syömishäiriöt ovat esimerkki häiriöistä, joissa vääristynyt kehonkuva ja suhde ravintoon hallitsevat.

Mielenterveyden häiriöt ovat nuoruusikäisten keskeisin sairausryhmä, ja ne aiheuttavat globaalisti kaksi kolmasosaa nuoruusikäisten sairauskuormasta. Nuorten terveyspalveluissa on siis välttämättä oltava valmiuksia mielenterveyden häiriöiden hoitoon. Nuoruusiässä sairastetut mielenterveyden häiriöt haittaavat nuoruusiän kehitystehtävien etenemistä, ja se näkyy vaikeuksina nuoruusiän lukuisissa koulutuksellisissa valinnoissa, ikätoverisuhteissa, arjen taitojen saavuttamisessa, mielekkään vapaa-ajan viettämisessä ja itsensä suojelemisessa.

Suomessa on hyvä kasvaa

Itsenäisen Suomen satavuotisen taipaleen kunniaksi julkistettiin lukuisia mittareita, joiden valossa Suomi on erinomainen paikka kasvaa ja kehittyä. Suomi on maailman parhaita maita, kun ajatellaan esimerkiksi yhteiskunnan vakautta, rikollisuuden vähyyttä, päättäjien luotettavuutta, tasa-arvoa, puhtautta, asumista, koulutusta, oppimista, äitien ja lasten terveyttä ja väestön onnellisuutta. Kollektiivisesta itsetunto-ongelmasta kärsivänä kansakuntana meidän on ollut vaikea uskoa tutkimusten paljastamaan onnellisuuteemme, mutta muista saavutuksista varmasti uskallamme röyhistää rintaa. Tilaakin riittää, ja puhdasta luontoa. Suomalaisella nuorella ovat käytettävissään ilmainen koulutus, terveellinen kouluruoka ja laaja-alaiset opiskeluhuollon palvelut, jotka tuovat erilaisista lähtökohdista ponnistaville tasa-arvoa. Olemme varakas kansakunta ja pystymme antamaan jokaiselle koululaiselle älypuhelimien, joka tuo käyttäjänsä ulottuville koko maailman. Lasten ja nuorten terveyttä ja kehitystä seurataan ja tuetaan huolellisesti kohdusta kutsuntaikään. Ilmainen ehkäisy ja hyvät seksuaaliterveyspalvelut mahdollistavat sen, että perheellistyminen voi olla valinta eikä se katkaise tyttöjen opintietä, kuten heikompiosaisissa maissa saattaa käydä jo pian 10 ikävuoden jälkeen.

Suomalaisten nuorten hyvinvointia seurataan laajasti useissa kyselytutkimuksissa, joilla saadaan tietoa suoraan nuorilta. Tutkimukset kertovat, että valtaosalle nuorista kuuluu hyvää. Esimerkiksi kouluterveyskyselyn mukaan noin kaksi kolmasosaa nuorista kokee olevansa tärkeä osa eri yhteisöjä, kuten perhettä, luokkaa, koulua tai asuinalueitaan, pitää omia tekemisään merkityksellisinä, saa positiivista palautetta, kokee olevansa tarpeellinen muille ja ylipäättään kokee, että elämällä on tarkoitus. Valtaosa viihtyy hyvin koulussa, pitää koulunkäynnistä ja tuntee, että oppilaat viihtyvät hyvin yhdessä. Yli 90 prosenttia nuorista pystyy keskustelemaan vanhempiensa kanssa tärkeiksi kokemistaan asioista ja noin neljä viidestä nuoresta kokee perheensä taloudellisen tilanteen hyväksi. Lähes kolme neljäsosaa nuorista kokee terveydentilansa hyväksi tai erittäin hyväksi. Kokemus yhteisöihin kuulumisesta, merkityksellisyydestä ja vastavuoroisuudesta ovat psyykkistä hyvinvointia.

Nuorisopsykiatristen palveluiden kasvava kysyntä

Suomalainen nuorisopsykiatria nousi ensimmäisen kerran idulle 1959, kun Pitkäniemen sairaalaan perustettiin erillinen nuoruusikäisten psykiatrisen hoidon osasto. Nuorisopsykiatria lääketieteen erikoisalana perustettiin 1979. Vuonna 1987 Lääkintöhallitus ohjeisti kaikkia sairaanhoitopiirejä perustamaan nuorisopsykiatrian poliklinikan. Vuoden 1991 mielenterveyslaissa määritettiin alaikäisille laajemmat tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon kriteerit kuin aikuisille, tarkoituksena mahdollistaa varhaisempi puuttuminen vakaviin, mahdollisesti mielisairaudeksi kehittymässä oleviin oireisiin. Huolta esitettiin kuitenkin siitä, että kun tahdosta riippumatonta psykiatrista hoitoa säädeltäisiin väljemmin, tulisiko siitä menettely holtittomasti käyttäytyvien nuorten laittamiseksi kuriin. Pelko ei mahdollisesti ollut aiheeton, sillä nuoruusikäisten tahdosta riippumaton psykiatrinen hoito lähtikin suorastaan räjähdysmäiseen kasvuun 1990-luvun aikana ja viimeisen kymmenvuotiskauden aikana määrät ovat hiljalleen kasvaneet.

On esitetty, että 1970-luvulla alkanut ja seuraavalla vuosikymmenelläkin voimissaan ollut sosiaalipolitiikan ja sosiaalihuollon projekti, joka keskittyi yhteisöjen hyvinvointiin, muuttui 1990-luvulla terveyspolitiikan ja terveydenhuollon projektiksi, jonka keskiöön nostettiin yksilön terveys ja sairaudet tai häiriöt. Lasten ja nuorten kasvun ja kehityksen tukemisen fokus siirtyi yksilöllisiä korjaustoimenpiteitä vaativien häiriöiden tunnistamiseen ja hoitamiseen, kun aiemmin fokus oli ollut kasvua ja kehitystä tukevista yhteisöissä ja elinolosuhteissa. Tulkinta saattaisi olla selitys sille, miksi nuorten ohjaaminen psykiatriseen sairaalahoitoon muuttui valtavasti 1990-luvun puolivälissä. LL Timo Holttisen tarkastettavana olevan väitöskirjatutkimuksen mukaan nuorisopsykiatriseen sairaalahoitoon ensi kertaa otettujen nuorten määrä kasvoi rajusti 1990-luvun puolivälissä. Sen jälkeen kasvu on vain jatkunut. Samaan aikaan nuorisopsykiatriseen avohoitoon lisättiin runsaasti resursseja, ja avohoidon piirissä olevien nuorten määrä kasvoikin koko ajan. Vuodesta 2010 vuoteen 2020 nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon piirissä olleiden nuorten määrä kasvoi 38 prosenttia ja nuorisopsykiatrisen avohoidon hoitotapahtumien määrä 70 prosenttia. Psykiatrisessa sairaalahoidossa olleiden nuorten määrä kasvoi 35 prosenttia. Tämä on tapahtunut siitä huolimatta, että mielenterveyden ongelmia on samaan aikaan yritetty taklata: opiskeluhuoltoon on lisätty runsaasti resursseja varhaisen auttamisen mahdollistamiseksi ja peruspalveluihin on erilaisin ratkaisuin lisätty nuorten mielenterveystyöhön suuntautuvaa resurssia monilla alueilla. Esimerkiksi Pirkanmaalla on perustettu 2000-luvun aikana kaikkiin kuntiin nuorten mielenterveyden häiriöiden hoitoon keskittyvä työryhmä tai ainakin työpäri, ja monissa kunnissa kouluihin on tuotu mielenterveydellistä tukea varten psykiatrista sairaanhoitajaresurssia täydentämään terveydenhoitajan, kuraattorin ja koulupsykologin työtä. Tuorein huuto kuuluu nyt, että tarvitaan enemmän psykoterapiaa, jonka tarjontaa on lisättävä ja pääsyn kynnystä madallettava, ikään kuin kaikki tähän asti peruspalveluihin ja erikoissairaanhoidon lisätty resurssi ei olisi viimeisten 20 vuoden aikana jo koko ajan työskennellyt psykoterapeuttisin menetelmin.

Mielenterveyspalveluiden, kuten terveystalveluiden yleensä, kysyntää lisäävät lukuisat seikat, kuten muutokset häiriöiden ja niiden riskitekijöiden ja suojaavien tekijöiden esiintyvyydessä, muuttuvat tulkinnot siitä, mikä kaikki on häiriötä, palveluiden määrän ja valikoiman kasvu, tietoisuus palveluiden ja hoidon mahdollisuuksista sekä väestön ja nuorten parissa toimivien ammattihenkilöiden odotukset siitä, mitä voi ja tulee saada. Vaikutusta on myös mielenterveyshäiriöihin liittyvän leimaantumisen vähenemisellä.

Olosuhteissa, kuten nuorten kehitysympäristöissä, tapahtuneet muutokset taas vaikuttavat siihen, millaisin voimin ihminen voi selviytyä ja mitkä yksilön vaikeudet, haasteet tai oireet ovat niin merkittäviä, että apua tarvitaan.

Vakavat mielenterveyden häiriöt eivät ole lisääntyneet.

Mitkään epidemiologiset tutkimukset eivät ole osoittaneet, että nuoruusikäisen väestön vakavat mielenterveyden häiriöt tai mielisairaudet olisivat lisääntyneet länsimaissa 1990-luvulta tähän päivään. Nuorten aggressiivinen ja antisosiaalinen käyttäytyminen ovat koko 2000-luvun ajan väestön tasolla vähentyneet niin meillä kuin muissa länsimaissa, vaikka viime vuosina onkin havaittu vakavia nuorten väkivallantekoja. Suomessa tai muissa länsimaissa toteutetuissa tutkimuksissa ei liioin näkynyt lisääntymistä nuorten tunne-elämän oireissa, kuten masennuksessa ja ahdistuneisuudessa, ennen kuin 2010-luvun lopulla todennettiin tunne-elämän oireiden esiintyvyydessä selvä kasvu väestön tasolla. Tämä kasvu havaittiin kuitenkin vasta, kun mielenterveydellisten ja nuorisopsykiatristen palveluiden kysynnän kasvu oli jatkunut jo vuosia. Väestökyselytutkimukset, jotka parhaiten tavoittavat nuorten oman kokemuksen heidän välittömään elämänpääpiiriinsä liittyvistä tekijöistä, eivät liioin ole osoittaneet sellaisia riskitekijöiden kasvua tai suojaavien tekijöiden heikentymistä, joka voisi selittää jo 1990-luvun puolivälistä voimakkaasti kasvanutta ja vuoden 2015 jälkeen jatkuvaan uuteen nousuun kääntynyttä nuorisopsykiatristen hoidon kysyntää.

Nuorisopsykiatristen palveluiden kysynnän pitkäaikainen kasvu ei siis peilaa mitään todennettavissa olevaa psykiatristen sairastamisen esiintyvyyden kasvua nuoruusikäisessä väestössä. On pohdittava, onko kyseessä sitten yhä useammanlaisten arkisten ongelmien ja yhä lievempien negatiivisten tunnetilojen, kokemusten tai käyttäytymisen tulkitseminen hoitoa vaativiksi häiriöiksi eli medikalisaatio, onko häiriöiden luonne kenties muuttunut, vaikka määrä ei olisikaan, tai ovatko olosuhteet muuttuneet niin, että yhä useampi ei selviydy.

Huolipuhe, rikkinäinen yksilö ja terapiayhteiskunta

Vuonna 2010 järjestettiin Espoon Hanasaareissa konsensuskokous Nuorten hyvin- ja pahoinvointi. Päätös järjestää tuosta aiheesta konsensuskokous juuri silloin lienee heijastellut aiemmin mainittua fokuksen suuntaamista yhteisöjen hyvinvoinnista yksilön ongelmien tunnistamiseen, sillä konsensuskokouksen loppuraportissa ei nosteta esille mitään polttavaa kynnystapahtumaa tai -havaintoa, joka tarpeen olisi laukaissut. Konsensuskokouksesta eteenpäin huolipuhe nuorten psyykkisestä pahoinvoinnista ja mielen-terveydellisen avun tarpeesta ainakin on lisääntymistään lisääntynyt. Koko 2000-luvun ajan on erilaisissa erillismäärärahoihin toteutetuissa hankkeissa tunnistettu yhä uudenlaisia ongelmia ja niistä kärsiviä ryhmiä, joille pitäisi tarjota varhainen tunnistaminen, koordinoitua ja tasalaatuisia mutta yksilöllisiä hoitopoluita ja erityistä resurssia. Useimmista hankkeista ei ole jäänyt kuin loppuraportti ja uusi huolipuheen diskurssi. Jatkuva huoli- ja häiriöpuhe tuottaa uutta huolestumista ja palveluiden tarvetta, sillä puhe ei ole ainoastaan todellisuuden kuvaamista vaan mitä vahvimmin myös todellisuuden tuottamista.

Elämme terapiayhteiskunnassa. Huoli-, häiriö- ja terapiapuheen pyörteissä kollektiiviseen ymmärrykseemme muotoutuu uskomus, että oikeastaan ”terapia”, jolla yleensä tarkoitetaan psykoterapeuttista keskustelua, olisi suurimmalle osalle tarpeen ja voisi tehdä kenestä tahansa ainakin vahvemman ja paremman ihmisen. Yhä arksammat elämän ongelmat käsitteellistetään psykoterapeuttista ”käsitlemistä” vaativiksi. Psykoterapia-keskus Vastaamon tietomurron jälkimainingeissa ulkomainokset kirkuivat, että on älytöntä olla menemättä terapiaan. Ystäviä ei saa kuormittaa ikävillä asioilla, vaan niitä varten on terapia. Kaikella tällä on toki taloudellisesti hyödyllinen työllistävä merkitys. Mutta psykoterapia ei ole ”henkistä silittämistä” vaan mielenterveyden häiriöiden hoitoon tarkoitettua vuorovaikutuksellista työskentelyä, ja psykoterapiaprosessi on pitkäjänteistä psyykkistä työtä. Ainakaan veroeuroin ei liene tarkoituksenmukaista maksaa elämänlaadun parantamista tai ystävän sijasta kuuntelijaa. Psykoterapia ei liioin ole hoidon kuninkuuslaji kaikkien psykiatriin häiriöihin kaikissa tilanteissa, vaan se asettaa potilaan voimavaroille ja kokonaistilanteelle vaatimuksia, joiden nojalla sen ajankohtaisuutta arvioidaan.

Huolipuheen, muuttuneiden merkitysten ja lisääntyneen palveluiden tarpeen välinen suhde on vastavuoroinen, ja ilmiöt vahvistavat toisiaan.

Toisaalta elämme yleisemminkin vahvasti individualistista aikaa. Itsen tutkiskeleminen ja eritteleminen tuntuu tärkeältä. Mielenterveyden häiriön etsiminen itsestä on osaa tätä itsetutkiskelua. Tähän tarpeeseen vastaa verkossa tarjolla oleva valtava määrä itsearviointi- ja oirearviointimenetelmiä, joiden perusteella useilta löytyykin erilaisiin häiriöihin viittaavia piirteitä. Jostakin syystä jotkut häiriöt nousevat tavoiteltuun asemaan. Niiden tiimoilta kirjoitetaan henkilötarinoita, joissa vaikeuksien ja taistelun kautta henkilö viimein sai kaikki siihenastisen elämän vaikeudet selittävän diagnoosin, ja kannustetaan muitakin taistelemaan diagnoosinsa eteen. Paraikaa tavoitellussa asemassa ovat ADHD ja autismin kirjon häiriö. Sen sijaan en ole havainnut henkilötarinoita, joissa rankan luokulta toiselle heittelemisen, vähättelyn ja monien vastoinkäymisten jälkeen viimein löydettiin depressio, saati skitsofrenia, joka kuitenkin usein alkaa hiipien, monenkin häiriön oireita vaihdellen esiin nostavalla ennakkovaiheella. Eräistä psykiatrisista diagnooseista näyttää kuitenkin tulleen tärkeä osa omaa erityisyyttä etsivää narratiivia, ja erityisyys on tämän päivän individualistisessa kulttuurissa tärkeää.

Erikoissairaanhoidon potilaiden oirekuvan muuttuminen

Kaikista mielenterveyden häiriöistä on olemassa lieviä, vain vähän toimintakykyyn vaikuttavia, ja vaikeita, suurta kärsimystä ja merkittävää toimintakyvyn laskua aiheuttavia muotoja. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tehtävä on hoitaa vakavien mielenterveyden häiriöiden vaikeita muotoja. Olisi huolestuttavaa, jos nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon kysynnän kasvu johtuisi arjen medikalisaatiosta ja nuoruuden kasvukipujen uudelleentulkinnasta hoitoa vaativiksi häiriöiksi. Oman tutkimusryhmäni tutkimusten perusteella näin ei kuitenkaan ole. Vertasimme uusien erikoissairaanhoidon avohoidon potilaiden oirekuvaa 2000-luvun alussa ja 2010-luvun alussa ja loppupuolella. Samalla, kun uusien potilaiden määrä oli lähes kolminkertaistunut, nuorten oirekuva oli muuttunut tunnesäätelyn ja persoonallisuuskehityksen epävakauten viittaavaan suuntaan. Nuorilla olivat lisääntyneet masennus, itsetuhoiset ajatukset ja teot, psykoottiset oireet, raivokohtaukset ja impulssikontrollin ongelmat. Tuoreessa, vielä julkaisemattomassa

aineistossamme näkyy, että viime vuosina, kun osastohoitoon ohjautuneiden määrä on nopeasti kasvanut, osastohoitoon otettujen oirekuva ei ole ainakaan helpottunut – päinvastoin, epävakauden kasvu näkyy sielläkin.

Yhä useampi ei selviä arjesta

Samaan aikaan, kun nuorisopsykiatriseen erikoissairaanhoidon lähetettyjen nuorten määrä on kasvanut, myös koulumaailmassa yhä useammat oppivelvolliset tarvitsevat erityisiä tukitoimia. Vuonna 2020 useampi kuin joka viides peruskoulun yläasteen oppilas oli tehostetun tai erityisen tuen piirissä. Osuus oli kasvanut varsin reippaasti 2000-luvun alun alle viidestä prosentista. Lastensuojelun sijaishuollon asiakkaina olevien 13–15-vuotiaiden osuus koko ikäluokasta kasvoi 1990-luvun alusta 2010-luvun loppuun noin 0,7 prosentista noin 1,5 prosenttiin, siis kaksinkertaistui; 16–17-vuotiaiden osuus kasvoi alle yhdestä prosentista lähelle kahta ja puolta prosenttia. Yhä useampi nuoruusikäinen ei siis selviä arjesta luonnollisissa kehitysympäristöissään käyttäen vain universaalipalveluita. Arjen pitäisi olla sellaista, että vain harva tarvitsee siihen muita tukitoimia kuin tavallista vanhemmuutta, yleisen oppimissuunnitelman mukaista opetusta ja terveystarkastuksia. Olisiko yhteiskuntamme jo aika havahtua kysymään, millä kaikilla tavoilla nuoruusikäisten arki on viritetty väärin, kun aina vain useammat tarvitsevat siitä selviytyäkseen erityisiä, tehostettuja, erikois- ja erityispalveluita ja tukimuotoja?

Koulu

Nuoruusikäiset viettävät merkittävän osan valveillaoloajastaan koulussa. Koulun merkitys ei ole pelkästään opin tarjoaminen, vaan se on kehitysympäristö, jossa nuori harjaantuu sosiaalisissa taidoissa, huomaa vahvuutensa ja kehittymistarpeensa ja rakentaa identiteettiään. Mielenterveyden häiriöt näkyvät koulussa motivaation, keskittymisen, toiminnanohjauksen ja vuorovaikutustilanteiden ongelmina ja haittaavat usein sekä oppimista että sosiaalisia suhteita. Toisaalta oppimisen ongelmat altistavat itsetunnon laskulle ja turhautumiselle ja niiden kautta mielenterveyden ongelmien kehittymiselle.

Koulumaailmassa on 2010-luvulla tehty uudistuksia, jotka muodostavat uhkan nuorten mielenterveydelle. Yhä nuoremmilta vaaditaan itseohjautuvuutta, joka ei ole aivokehityksen kannalta mahdollista. Luokattomissa oppimismuodoissa monille nuorille ei synny yhteenkuuluvuuden tunnetta, kun ryhmä vaihtuu koko ajan. Nuorten odotetaan työskentelevän levottomissa avoimissa tiloissa, jollaisten tarjoaminen aikuisille oman työhuoneen sijaan aiheuttaa työpaikoilla kriisejä. Ammatillisissa oppilaitoksissa toteutetun reformin jälkeen nuoruuden erityispiirteitä ei huomioida, vaan kaikenikäiset opiskelevat samoissa ryhmissä. Ammatillisissa oppilaitoksissa on allokoitu liikaa aikaa itsenäisille projektitöille ja työpaikalla oppimiseen opettajan ohjaaman työskentelyn sijasta, vaikka ammatillisen koulutuksen valitsevien valmiudet itseohjautuvaan toimintaan ovat usein vaatimattomammat kuin lukiolinjan valinneiden valmiudet. Lukiolinjan valitsevia taas kuormittaa jo yläkoulun alkumetreiltä stressi ylioppilaskirjoituksista ja pelko vääristä valinnoista. Toteutettuja uudistuksia kannattaisi harkita uudestaan.

Nuoruusikäisen kehossa ja mielessä ovat kaikki osat liikkeessä. Siksi nuori tarvitsee kasvurauhaa ja ympärilleen pysyvyyttä. Nuoruusikäinen tarvitsee yhteenkuuluvuutta ikätoveriryhmän kanssa. Jos koulumaailma viritetään varhain kehittyneiden, terveimpien ja nokke-

limpien mukaan, liian moni jää viivan alle, kuormittuu ja alkaa oireilla. Koulun tulisi olla kehitysympäristö, jossa jokainen oppilas kokee olevansa tärkeä ja tervetullut osa yhteisöä riippumatta siitä, millaiseen opilliseen menestykseen yltää.

Aikaisemmin mainitsemani nuorten hyvin- ja pahoinvointia käsitelleen konsensuskokouksen suosituksissa mainittiin, että tärkeä nuorten hyvinvointia koulussa tukeva elementti on ryhmän pysyvyys ja riittävän pieni koko. Tätä suositusta ei ole nykykehityksessä huomioitu mitenkään. Konsensuskokous suositti, että radikaalien koulukokeilujen tulisi käydä läpi kehityopsykologinen ja tutkimuseettinen arvio. Tätäkään suositusta ei ole mitenkään huomioitu koulua kehitettäessä.

Kun oppilaan mielenterveyden ongelmat aiheuttavat kitkaa koulussa, alkaa usein keskustelu ”koulukuntoisuudesta”. Keskustelu on silloin täysin väärillä raiteilla. Koulu nuorelle ei ole sama asia kuin työpaikka aikuiselle. Aikuinen myy työnantajalle aikaansa ja työpanostaan, ja työnantajalla voinee olettaa olevan oikeus odottaa tuloksia. Oppivelvollinen nauttii opetusta ja kehittyy. Vaikka epäilenkin koulun arjen väärin viritetyksi, kun yli 20 prosenttia tarvitsee tehostettua tai erityistä tukea, niin vakavista kehityksellisistä vaikeuksista ja mielenterveyden häiriöistä kärsiville pitäisi tarjota niin vahva tuki, että he voivat osallistua, kuulua joukkoon ja suorittaa oppivelvollisuutensa. Äärimmäisissä tapauksissa se toki saattaa olla mahdollista vain sairaalakoulussa tai muussa erityisjärjestelyssä.

Vanhempien pois työntäminen ja aikuisen oikeudet

Yhteiskuntana olemme viime vuosikymmeninä määrätietoisesti toteuttaneet politiikkaa, jossa vanhemmat suljetaan pois nuoruusikäisen elämästä. Nuoren kasvava kyky ja tarve päättää itse henkilökohtaisista asioista on ymmärretty absoluuttiseksi itsemääräämisoikeuden tarpeeksi. On huolehditu nuoren yksityisyydestä erityisesti suhteessa vanhempiin niin, etteivät vanhemmat saa tietoa nuoren ainevalinnoista koulussa, koulupoissaoloista tai itsemurhapuheista kouluterveydenhuollossa. Jo 10 vuotta täyttäneen katsotaan tarvitsevan sellaista yksityisyyttä, etteivät vanhemmat ilman lapsen erillistä suostumusta saa tietoa hänen erikoissairaanhoidon tasoista tutkimusta ja hoitoa vaativan sairautensa hoidosta tai voi hakea hänen puolestaan lääkkeitä apteekista. Vanhempi ei saa varata 13-vuotiaalle lapselleen aikaa hammashuollosta ilman virallista puolesta-asiointisopimusta. Juridiikan asiantuntijat ovat vakavissaan ehdottaneet, että alaikäisen nuoren psykiatrisessa sairaalahoidossa olosta ei tulisi ilmoittaa tämän vanhemmille, jos nuori haluaa saada hoitonsa salassa. Alaikäisen lapsen vanhemmat saatettaisiin siis tilanteeseen, jossa lapsi katoaa muutamaksi viikoksi tai jopa kuukaudeksi viranomaisen hoiviin, mutta vanhemmille ei kerrottaisi lainkaan, missä lapsi on. Sairaalahoidon jälkeen perhe-elämä varmaankin jatkuisi kitkatta siitä, mihin oli jäänyt.

Koska varhaisnuoret tai edes toisen asteen opiskelijat eivät tosiasiaa kykene ottamaan näistä asioista itsenäistä vastuuta, tarvitaan ammattilaisten armeija hoitamaan vanhempien tehtäviä. Vanhemmuutta ei kuitenkaan voi hoitaa virka-ajan sisällä ja ajanvarauksella. Mikään resurssi ammattilaisia ei tule siihen riittämään.

Toisaalta tällaiset linjaukset toki vapauttavat vanhemmat vastuustaan alaikäisten lasten huoltajina. Vastuu on aikuisille liian raskasta ja siitä puhuminen vanhanaikaista syyllistämistä. Siinä, missä yhä nuoremmille sysätään vastuu asioista, joista päättämiseen ja joiden hoitamiseen he eivät ole aivojensa kehityksen kannalta kypsiä, kulttuurimme vaatii heidän vanhempiensa sukupolvelle loputonta oikeutta nauttia pitkitettyä nuoruutta, toteuttaa mielihalujaan ja olla vapaa. Lapsethan voivat paremmin, kun vanhempi on onnellinen tai ainakin tavoittelee onneaan velvollisuuksien hidastamatta.

Kuuluisuuden kulttuuri ja unelmahöttö

Olla tunnettu ja saada nimensä kaikkien huulille on aikamme länsimaaisessa kulttuurissa niin tärkeää, ettei ole väliä, vaikka kuuluisuus olisi negatiivista. Tarpeen olla kuuluisa ja kaikkien tuntema on esitetty olevan yksi merkittävä kulttuurinen taustatekijä esimerkiksi koulusurmille. Ihailua ja tunnettuutta on saatava riippumatta siitä, miten. Rikoksilla pääseekin kirjojen, elokuvien ja televisiosarjojen kohteeksi. Ei ole merkityksellistä, onko annettavaa vaikkapa tieteen, taiteen, urheilun tai yhteiskuntaelämän alueilla. Merkityksellistä on olla tunnettu.

Sosiaalinen media voi tarjota väylän kuuluisuuteen kenelle tahansa. Jokainen ainakin melkein tuntee someinfluensserin. Lähellä värjyvä mahdollisuus kuuluisuuteen kasvattaa myös potentiaalia epäonnistumisen ja mitättömyyden kokemiseen. Ennen kuuluisuudet olivat tavoittamattomissa jossakin kaukana eikä heidän ihailemisensa häirinnyt arkea. Nyt kuuluisuus voi olla naapurissa ja herättää kysymyksen, miksi en minä, jos hän. Samalla tavallinen hyvä elämä ja asiat, joita voisi saavuttaa, menettävät makunsa ja muuttuvat halveksittaviksi.

Työelämää koskeva keskustelu tarjoaa nuorille joko uupumisen pelkoa tai unelmahöttöä. Työntekohan on vallitsevan diskurssin mukaan vaarallista. Työ kuluttaa, uuvuttaa ja estää toteuttamasta unelmiaan. On oikeastaan väärin, että joutuu tekemään työtä. Tai sitten työn tarkoitus on löytää oma juttunsa ja toteuttaa itseään. Uupumiskurssin rinnalla elää keskustelu niin täynnä unelmahöttöä ja ”omaa juttua”, ettei työntoella ole lainkaan niin banaaleja tarkoituksia kuin ansaita leipää pöytään. Työn pitää olla luovaa ja trendikästä ja itseä toteuttavaa ja ihailtavaa. Ilma on sakeana kannustusta etsiä tinkimättä omaa juttua. Huomiota herättämätön kunniallinen ammatti ja siitä saatava toimeentulo ovat käsitteitä, joista nuori ei oikeastaan saa tietoa. Jos ei saavuta jotain erikoista ja hienoa, on epäonnistunut. Jos ei tavoittele jotain erikoista ja hienoa, on kokonaan vääränlainen.

Sosioekonomiset erot mielenterveydessä kasvavat

Mielenterveyden häiriöt ovat yleisimpiä sosioekonomisesti heikoimmassa asemassa olevien joukossa. Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen on ollut sosiaali- ja terveyspolitiikan kestopäätös jo vuosikymmeniä. Siitä huolimatta nuorten mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyden sosioekonomiset erot ovat 2000-luvun aikana kasvaneet. Paradoksaalinen trendi lienee yhä individuaalisemmaksi muuttuvan kulttuurin sivutuote. Mitä enemmän upeita yksilösuorituksia ihannoidaan ja ymmärretään yksilöllisen onnistumisen tuloksiksi, sitä enemmän vähäisempi menestys tai tavallisuus alkaa vaikuttaa yksilölliseltä epäonnistumiselta.

On vaikeaa olla tyttö

Suomi on maailman parhaita maita, mitä tulee tyttöjen mahdollisuuksiin kouluttautua, edetä työelämässä, osallistua yhteiskunnan päätöksentekoon, päättää itse parisuhteistaan ja seksuaalisuudestaan, saada lapsia turvallisesti tai olla saamatta lapsia jne. Tytöt menestyvät poikia paremmin lukutaidossa, luonnontieteissä ja matematiikassa (PISA) sekä digitaadoissa (ICILS) ja päätyvät harvemmin koulupudokkaiksi. Kuitenkin puberteetista alkaen tyttöjen mielenterveyden häiriöt ovat noin kaksi kertaa niin yleisiä kuin poikien mielenterveyden häiriöt, etenkin tunne-elämän häiriöt, kuten masennus ja ahdistuneisuus, puhumattakaan ruumiinkuvaan liittyvistä häiriöistä, kuten syömishäiriöistä. Niistä suomalaisista nuorista, jotka hakeutuvat sukupuoli-identiteetin erityisklinikoille toiveenaan korjaushoito sukupuoliahdistuksen takia, yli 85 prosenttia on biologisia tyttöjä. Nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaista kaksi kolmasosaa on tyttöjä, ja nuorisopsykiatrisen hoidon kysynnän kasvu 90-luvulta alkaen juontuu ennen kaikkea tyttöjen hoidon tarpeen kasvusta. Kun tarkastellaan melkein mitä tahansa nuorten arjesta hyvää kertovaa mittaria, kuten kokemusta osallisuudesta, vaikutusmahdollisuuksista, omasta merkityksellisyydestä, yhteenkuuluvuudesta ja tyytyväisyydestä, pojat arvioivat tilanteensa positiivisemmin kuin tytöt.

Mistä tämä huutava ristiriita johtuu? Puberteetissa, jossa psyykkisen sairastavuuden ja negatiivisten itsearvioiden sukupuolierot ilmaantuvat, tapahtuu toki sukupuolten hormonaalisen toiminnan eriytyminen. Vaikka tyttöjen ja naisten yleisempiä tunne-elämän häiriöitä ja poikien ja miesten yleisempiä aggressio-ongelmia ei voidakaan tyhjentävästi palauttaa hormonitasoihin, hormonaalisilla vaikutuksilla toki on selitysoosuutensa. Mutta ennen kaikkea tyttö ei ole nykykulttuurissa koskaan oikeanlainen. Tyttömäisinä pidettyjä kiinnostuksen kohteita, harrastuksia ja unelmia vähätellään. Jos tyttö on kiinnostunut tyttömäisinä pidetyistä asioista ja ilmentää itseään feminiinisesti, hän on naisten tasa-arvon petturi, aivopesty typerys ja kehityksen este. Jos hän on kiinnostunut asioista, joita julkisesti väitetään neutraaleiksi mutta tosiasiaa pidetään pojille ja miehille sopivampina, hän ei ole oikea tyttö. Tytön on siis joka tapauksessa epäiltävä itseään, pelättävä paljastumista vääränlaiseksi ja yritettävä olla jotain muuta, vaikkei oikein tietäisi, mitä.

Identiteetti

Nuoruusiän keskeisin kehitystehtävä on identiteetin kypsyminen. Identiteetti kehittyy nuoruusiässä lapsuuden annetusta identiteetistä etsivän, identiteettivaihtoehtoja kokeilevan ja vertailevan identiteettivaiheen kautta aikuisuuden saavutettuun identiteettiin. Identiteetti rakentuu yksilön biologisista ja psykologisista lähtökohdista sosiaalisessa vuorovaikutuksessa vanhempiin, ikätovereihin, muihin aikuisiin ja kulttuuriin. Itsenäistyminen lapsenomaisista riippuvuussuhteista vanhempiin, kasvaminen vastavuoroisesti palkitseviin ja vastuullisiin ihmissuhteisiin ja sukupuolisen ja seksuaalisen kehon halluunotto ovat kehityksen osa-alueita, jotka kaikki palvelevat identiteetin rakentumista. Saavutettu identiteetti on vakaa ja mahdollistaa yksilölle vakaana pysyvän itsekokeumuksen tilanteesta, kontekstista ja elämänvaiheesta toiseen sekä pysyvyyden tunteen ja psyykkisen toimintakyvyn säilyttämisen myös vastoinikäymisissä.

Keskeinen syy siihen, että nuorten mielenterveydellinen oireilu lisääntyy jatkuvasti, on identiteetin vakautumisen vaikeus. Liiallinen fokusoiminen yksilöön ja yksilöllisyyteen irrottaa vakauttavista yhteisöistä ja jaetuista todellisuuksista. Vanhemmuuden vastuun ja velvollisuuksien häivyttäminen, liiallisen vastuun sysääminen kehityksikäisille, kuulumisuuden kulttuuri ja tavallisesta halveksittavaa tekevä unelmahöttö johtavat siihen, ettei nuori osaa eikä voi kiinnittää mitään identiteetin osa-aluetta. On oltava kaikkea yhtäaikaa ja pysyttävä varautuneena hyppäämään kohti jotain vielä parempaa. Hidas kehitys kohti autenttista itseä vaihtuu salamannopeaksi itsen esittämiseksi sosiaalisen median foorumeilla, jotka ovat alati tarkkailuvalmiudessa.

Nuorisopsykiatristen potilaiden oirekuvassa nykyään painottuvat vellova masennus-ahdistus, tunnesäätelyn vaikeudet, psykoottiset läpilyönnit ja impulssikontrollin ongelmat kertovat persoonallisuuskehityksen epävakaudesta. Identiteettikehityksen vaurioituminen on epävakaa persoonallisuuskehityksen ydinongelma. Yhteiskuntamme ja kulttuurimme eivät tue nuoruusiän kehitystä kulttuurisella, yhteiskunnallisten ratkaisujen taikka perhe-elämän ja sosiaalisen vuorovaikutuksen tasolla. Siksi nuorten identiteettikehitys vaikeutuu ja pahoinvointi kasvaa.

Mitä pitäisi tehdä?

Nuoruusikäiset tarvitsevat enemmän aikuisten tukea ja vastuunottoa kuin mitä heille yhteiskunnassamme nyt on tarjolla. Koska nuoren kehossa ja mielessä kaikki liikkuu, kehitysympäristöjen on tarjottava vakautta. Jos olosuhteet sairastuttavat nuoren, on korjattava olosuhteita eikä nuorta itseään kestämaan olosuhteet tai jopa muuttamaan ne.

Koulumaailmassa pitäisi lisätä aikuisen ohjausta ja tukea ja järjestää opiskelu pääosin pysyvissä ryhmissä, jotka ovat riittävän pieniä, ja levollisissa, mieluiten pysyvissä tiloissa. On suunniteltava yhteisöjä, joissa kaikki pärjäävät ja kuuluvat joukkoon sen sijaan, että lähetetään aina vain suurempi osa oppilaista korjattavaksi sote-palveluissa. Nuoruusikäisiltä ei tule edellyttää sellaista toiminnanohjausta, itseohjautuvuutta ja pitkäjänteisyyttä, johon merkittävä osa aikuisistakaan ei kykene. Oppimissuunnitelmien ja -ympäristöjen pitäisi olla sellaisia, että lähes kaikki selviävät ilman erityisiä tukitoimia.

Ylioppilaskokeen merkitys on paisutettu liian suureksi, ja se aiheuttaa stressiä jo yläkoulussa. Nuoret tarvitsevat kasvurauhaa ja tilaa haaveilla ja ajelehtiäkin. Nuorten on voitava olla varmoja, etteivät valinnat 7-luokalla pilaa koko elämää. Pääsykoeuudistusta kannattaisi harkita uudestaan.

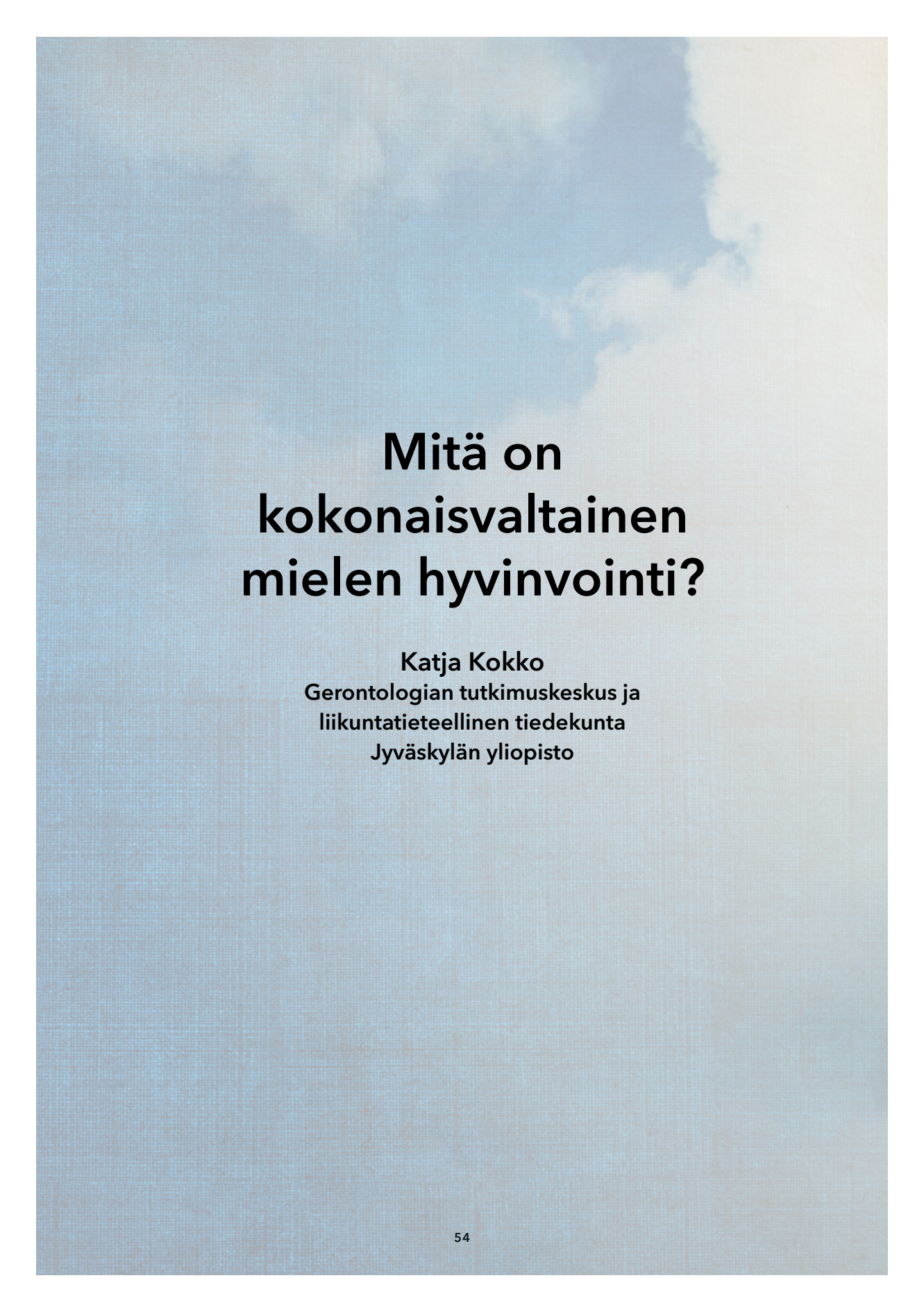
Sosiaalista mediaa ei voi enää poistaa nuorten elämästä, mutta aikuisten tulee tarjota nuorille enemmän suhteellisuudentajua kehittävää tukea someilmiöiden kohtaamiseen. Medialukutaidon kehittäminen ja keskustelu ovat keinoja, joilla autetaan nuoria laittamaan sosiaalisen median ilmiöt oikeisiin mittasuhteisiin, vaikkei läheinen aikuinen edes oikein ymmärtäisi, millaisesta mediasta nuori puhuu ja miten se toimii.

Julkista keskusteluumme vaivaa kollektiivinen trauma siitä, että yksilön tie ahdasmielissä yhteiskunnassa on joskus tuntunut olevan ennalta kivetty eikä poispääsyä ole ollut. Tämän päivän nuoria kuormittaa se, ettei mikään ole vakaata eikä identiteettiä niin ollen voi kiinnittää miltään osin. On oltava koko ajan valppaana parempien tilaisuuksien, paremman itsen mahdollisuuden varalta.

Identiteettikehityksen liiallinen huojuminen sairastuttaa nuoria. Vanhempien sukupolvien tulisi lopettaa omien pettymystensä ylikompensoiminen tuputtamalla nuoruusikäisille ajatusta kaiken mahdollisuudesta yhtäaikaan.

Meidän on yhteiskuntana tietoisesti mietittävä, onko vanhemmuudessa kyse aikuisen oikeudesta tulla halutessaan vanhemmaksi vai lapsen oikeudesta saada turvallista vanhemmuutta koko kehitysikänsä ajan. Lapsen oikeuksien sopimus todella viittaa siihen, että oikeudet ovat lapsilla ja velvollisuudet puolestaan vanhemmilla. Meidän tulee yhteiskuntana pohtia, onko tarkoituksenmukaista ja oikein, että velvollisuuksien ja vastuun edellyttäminen vanhemmilta on syyllistämistä mutta sen sijaan vastuun voi siirtää keskenkasvuisille nuorille. Tarvittaessa vanhempien kykyä vastuullisen arjen tarjoamiseen tulee tietenkin tukea.

Jos katsomme aikuisten pääsääntöisesti olevan liian hauraita vastuuseen omista lapsistaan, vastuu varmaankin kuuluu yhteiskunnalle. Muinainen Sparta kuuluu ottaneen lapsen vanhemmiltaan 7-vuotiaana. Minkä ikäiset lapset suomalainen yhteiskunta ottaa ensisijaisesti viranomaisten vastuulle?



Mitä on kokonaisvaltainen mielen hyvinvointi?

Katja Kokko
Gerontologian tutkimuskeskus ja
liikuntatieteellinen tiedekunta
Jyväskylän yliopisto

Mielen hyvinvoinnin tutkimisen taustaa

Mielen hyvinvoinnin tukeminen ja mielenterveyden ongelmien ehkäisy on paitsi inhimillisesti arvokasta myös yhteiskunnallisesti merkittävää, sillä noin 20 prosenttia suomalaisista kärsii jostain mielenterveyden häiriöstä (OECD/EU 2018). Osuus on huomattavasti suurempi, jos siinä otetaan huomioon ihmisten itsensä arvioima psyykinen kuormittuneisuus tai masentuneisuuden tuntemukset, jotka eivät ylitä klinisen diagnoosin kynnystä. Toisaalta FinTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan 86 prosenttia suomalaisista arvioi mielen hyvinvointinsa vähintäänkin kohtalaiseksi (Koponen ym. 2018). Mielenterveyden häiriöt ja ongelmat aiheuttavat yhteiskunnalle merkittäviä kustannuksia, kun yksilö joutuu jäämään työstään pois työkyvyttömyyden vuoksi ja saa siltä ajalta sairauspäivärahaa. Lisäksi mielenterveyden häiriöt voivat aiheuttaa niin sanottuja välillisiä kustannuksia, joita voi tulla esimerkiksi yksilön huonontuneiden elintapojen, kuten riittämättömän unen tai fyysisen passiivisuuden vuoksi.

Tässä julkaisussa esitän kokonaisvaltaisen mielen hyvinvoinnin määritelmän, jota olemme empiirisesti testanneet Lapsesta aikuiseksi -pitkittäistutkimuksen aikuisikäisillä osanottajilla (Kokko ym. 2013). Kokonaisvaltaisen mielen hyvinvoinnin määritelmässä huomioidaan mielen hyvinvoinnin myönteiset ulottuvuudet.

Kokonaisvaltaisen mielen hyvinvoinnin määritelmä

Mielen hyvinvointi, johon eri lähteissä viitataan myös termillä psyykinen hyvinvointi tai mielenterveys, kuvaa ihmisen omaa kokemusta hyvinvoinnistaan ja henkisestä tasa-painostaan (Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030). Kuten Kokko ja Heimonen (2022) kuvaavat, sitä on kuitenkin voittopuolisesti tarkasteltu pahoinvoinnin puuttumisena. Toisin sanoen on tutkittu esimerkiksi masentuneisuuden tai ahdistuneisuuden tuntemuksia sekä mielenterveyden häiriöitä tai mielialalääkkeiden käyttöä ja niiden uupumisen on tulkittu kertovan mielen hyvinvoinnista. Mielen hyvin- ja pahoinvointi eivät kuitenkaan ole saman ulottuvuuden eri ääripäitä, vaikka ne korreloivatkin kielteisesti keskenään. Sama ihminen voi kokea molempia. Täten pahoinvoinnin ulottuvuuksien puuttuminen ei kuvaa sitä, millaista on mielen hyvinvointi myönteisestä näkökulmasta.

Hyvinvoinnin myönteisten puolien ymmärtäminen ja voimavarojen tunnistaminen ja tukeminen olisi erityisen tärkeää nykyisessä maailmantilanteessa, jossa ahdistusta aiheuttavat ilmastonmuutokset ja kiihtyvään teknologisoitumiseen liittyvät kysymykset, pandemiat ja sodat.

Mielen hyvinvoinnista ei ole yhtä vakiintunutta määritelmää. Sen määrittelemineen olisi kuitenkin tärkeää, koska silloin pystyttäisiin myös arvioimaan sitä ja tekemään johtopäätöksiä siinä mahdollisesti tapahtuvista muutoksista. Sen lisäksi, että mielen hyvinvoinnin määritelmän tulee sisältää myönteisiä ulottuvuuksia, sen täytyy koskea nimenomaan mielen hyvinvointia, ei sitä selittäviä tekijöitä. Mahdollisia selittäviä tekijöitä voivat olla sosiaaliset suhteet ja fyysinen aktiivisuus. Useimmille ihmisille hyvät sosiaaliset suhteet ja liikunnallinen elämäntapa tuottavat mielen hyvinvointia, mutta haitalliset ihmissuhteet tai äärimmäinen fyysinen aktiivisuus voivat olla joillekin mielen hyvinvoinnin kannalta haitallisia.

Amerikkalainen tutkija Corey Keyes kollegoineen (2002) on esittänyt kokonaisvaltaisen mielen hyvinvoinnin määritelmän, joka on empiirisesti koeteltu. Se sisältää sekä mielen hyvinvoinnin myönteisiä ulottuvuuksia että pahoinvoinnin. Keyesin mukaan mielen hyvinvointi koostuu ihmisen myönteisestä kognitiivisesta arviosta koskien elämään tyytyväisyyttä sekä hyvästä psykologisesta toimintakyvystä ja rakentavasta käyttäytymisestä.

Jos mielen hyvinvointi on korkealla, ihminen arvioi, että hän on tyytyväinen elämänsä eri osa-alueisiin, kuten parisuhteeseen ja työhön, ja kokee enemmän myönteisiä kuin kielteisiä tunteita (Diener 1984). Tyytyväisyyden, positiivisten tunteiden ja vähäisten negatiivisten tunteiden muodostamaa kokonaisuutta on kuvattu onnellisuudeksi (Ryan & Deci 2001). Siihen on viitattu myös termillä subjektiivinen hyvinvointi (Land 1975; ks. myös Keyes ym. 2002) tai sittemmin termillä emotionaalinen hyvinvointi (Kokko ym. 2013). Tällaisella hyvinvoinnilla on juurensa niin sanotussa hedonistisessa hyvinvoinnissa, joka nousi psykologian alalla kiinnostuksen kohteeksi 1950-luvulla. Sen mukaan hyvinvoinnin päämääränä on henkilökohtaisen onnellisuuden maksimointi.

Eudaimoninen hyvinvointi on sitä, kun korostetaan hyvää psykologista toimintakykyä ja rakentavaa käyttäytymistä onnellisuuden maksimoinnin sijaan. Sen perusta on ihmisen kehitykseen ja eksistentiaaliin kysymyksiin liittyvissä näkökulmissa, jotka nousivat esiin psykologiassa 1950–1960-luvuilla (ks. Ryan & Deci 2001). Tällaista hyvinvointia, josta on myöhemmin käytetty nimeä psykologinen hyvinvointi, luonnehtivat esimerkiksi henkinen kasvu, itsensä löytäminen, toteuttaminen ja hyväksyminen sekä kokemus autonomiasta ja elämän tarkoituksellisuudesta (Ryff 1989). Näkökulman mukaan hetkellinen mielihyvä ei välttämättä tuo mukanaan pitempiketoista mielen hyvinvointia. Itsensä toteuttaminen ja pyrkimys henkiseen kasvuun voivat hetkellisesti jopa aiheuttaa stressiä ja täten vähentää mielen hyvinvointia, kuten positiivisia tunteita ja tyytyväisyyttä, vaikka ne pitkällä tähtäimellä tuovatkin hyvinvointia.

Sittemmin on tuotu esille, ettei mielen hyvinvointi ole vain ihmisen henkilökohtainen asia, vaan sen määritelmän täytyy sisältää myös yksilön suhde ympäristöönsä (Keyes 1998). Kokonaisvaltaisen mielen hyvinvoinnin malliin onkin tuotu sosiaalisen hyvinvoinnin ulottuvuus. Se kuvaa yksilön hyvää toimintakykyä ja rakentavaa käyttäytymistä suhteessa ympäristön tuottamiin sosiaalisiin haasteisiin ja tehtäviin. Sosiaalista hyvinvointia luonnehtivat muun muassa ympäristön hyväksyminen ja tunne siihen kuulumisesta sekä kokemus ympäristön johdonmukaisuudesta ja siitä, että voi myötävaikuttaa ympäristöönsä ja toteuttaa siinä itseään.

On kuitenkin mahdollista, että kaikki edellä mainitut mielen hyvinvoinnin myönteiset ulottuvuudet, kuten emotionaalinen, psykologinen ja sosiaalinen, ovat korkealla tasolla ihmisellä, joka kärsii mielenterveyden häiriöstä, kuten skitsofreniasta. Tämän takia on tärkeää, että kokonaisvaltaisen mielen hyvinvoinnin määritelmä sisältää myös mielen pahoinvoinnin ja mielenterveyden häiriöt, sillä ne eivät kuvaa mielen hyvinvoinnin toista ääripäätä, vaikka ne korreloivatkin kielteisesti myönteisiin ulottuvuuksiin.

Kokonaisvaltaisen mielen hyvinvoinnin arviointimenetelmät

Edellä kuvatussa viitekehyksessä mielen hyvinvoinnin myönteisiä ulottuvuuksia arvioidaan tyypillisesti itsearviointikyselyillä, joissa on eri määrä väittämiä. Tutkittavia pyydetään sitten arvioimaan näiden väittämien sopivuutta itseensä erilaisilla asteikoilla, esimerkiksi yhdestä (*täysin eri mieltä*) neljään (*täysin samaa mieltä*). Eri väittämiin annetuista vastausvaihtoehdoista lasketaan tavallisesta summapistemäärä. Seuraavaksi kuvailen esimerkkejä eri ulottuvuuksien arviointiin käytetyistä menetelmistä ja väittämistä. Vastavia menetelmiä on käytetty myöhemmin tässä artikkelissa esitettävässä analyysiesimerkissä, joka perustuu Lapsesta aikuiseksi -pitkittäistutkimukseen.

Tyytyväisyyteen ja tunteisiin liittyvää emotionaalista hyvinvointia tarkastellaan niin, että pyydetään tutkittavia arvioimaan tyytyväisyyttään elämän eri osa-alueisiin, kuten työhön, parisuhteeseen, toimeentuloon, vapaa-aikaan ja ystäviin (Kokko ym. 2013). Emotionaalista hyvinvointia voidaan tarkastella myös pyytämällä tutkittavia arvioimaan elämäänsä yleensä esimerkiksi vastaamalla seuraavaan väittämään: *Olen saavuttanut ne tärkeät asiat, joita olen tähän mennessä halunnut* (Diener ym. 1985). Positiivisia ja negatiivisia tunteita voidaan arvioida kysymällä tutkittavilta, kuinka hyvin erilaiset adjektiivit, kuten innostunut tai järkyttynyt, sopivat heihin (Thompson 2007). Myönteistä käyttäytymistä ja hyvää toimintakykyä kuvaavaa psykologista hyvinvointia tutkitaan niin, että esitetään esimerkiksi henkiseen kasvuun liittyviä väittämiä, kuten *elämäni on ollut jatkuvaa oppimista, muutosta ja kasvua* (Ryff 1989). Suhdetta sosiaaliseen ympäristöön arvioidaan niin, että esitetään väittämä esimerkiksi hallinnan tunteesta: *minulla on jotakin arvokasta annettavaa maailmalle* (Keyes 1998).

Edellä kuvattujen menetelmien on osoitettu mittaavan mielen hyvinvoinnin myönteistä puolta luotettavasti ja pätevästi eri-ikäisillä ihmisillä ja eri kulttuureissa. Kyselyt ovat lisäksi suhteellisen vaivattomia esittää ja helpoja vastata.

Toisin kuin mielenterveyden häiriöissä, jotka perustuvat lääkäreiden tekemiin kliinisiin diagnooseihin, myönteisiin ulottuvuuksiin ei ole olemassa vakiintuneita kriteereitä tai katkaisurajoja, joiden toteutuessa ihmisen voisi diagnosoida onnelliseksi tai tyytyväiseksi tai itseään toteuttavaksi. Sen sijaan silloin, kun mielen hyvinvoinnin ulottuvuuksien piste-määrät ovat suhteellisesti korkeampia, niiden yhteyksiä voidaan tarkastella suhteessa muihin toimintakyvyn osa-alueisiin, esimerkiksi parempaan fyysiseen terveyteen, tai voidaan tutkia, säilyykö tutkittavien järjestysasema mielen hyvinvoinnin ulottuvuuksissa ajankohdasta toiseen. Jos jälkimmäinen toteutuu, voidaan puhua ominaisuuden suhteellisesta pysyvyydestä.

Kokonaisvaltaisen mielen hyvinvoinnin analyysiesimerkki

Tässä julkaisussa käytän esimerkkinä kokonaisvaltaisesta mielen hyvinvoinnista suomalaisen Lapsesta aikuiseksi -pitkittäistutkimukseen (engl. *The Jyväskylä Longitudinal Study of Personality and Social Development*; Pulkkinen 2017) perustuvia analyysseja. Tutkimuksessa samojen ihmisten kehitystä on seurattu tähän mennessä aina 8-vuotiaasta 61-vuotiaaksi asti (taulukko 1). Professori Lea Pulkkinen johti tutkimusta vuosina 1968–2012, ja vuodesta 2013 alkaen tutkimusjohtaja Katja Kokko on vastannut tutkimuksesta. Tutkimukseen valittiin alun perin satunnaisesti 12 kansakoulun toista luokkaa Keski-Suomesta. Oppilaita oli 369 oppilasta, joista 173 oli tyttöjä ja 196 poikaa. Heistä 206

osallistui tutkimukseen edelleen 52 vuotta myöhemmin eli noin 61 vuoden iässä (Kokko ym. 2022). Kun tutkimukseen aikuisuudessa osallistuneiden tietoja verrattiin Tilastokeskuksen tietoihin muiden Suomessa vuonna 1959 syntyneiden perhe- ja työtilanteesta, selvisi, että he edustivat hyvin suomalaista vuonna 1959 syntynyttä ikäkohorttiaan (ks. Jyväskylän yliopisto 2022).

Lapsesta aikuiseksi (LAKU) -tutkimus (The Jyväskylä Longitudinal Study of Personality and Social Development, JYLS)			
Vuosi	Ikä	Osallistujat	Päämenetelmät
1968	8	196 poikaa 173 tyttöä	Toveriarviointi Opettaja-arviointi Persoonallisuus- kyselyt
1974	14	189 poikaa 167 tyttöä	Toveriarviointi Opettaja-arviointi
1986	27	166 miestä 155 naista	Postitettu elämän- tilannekysely Psykologinen haastattelu
1995	36	161 miestä 152 naista	Postitettu elämän- tilannekysely Psykologinen haastattelu
2001	42	151 miestä 134 naista	Postitettu elämän- tilannekysely Psykologinen haastattelu Terveystarkastus
2009	50	141 miestä 127 naista	Postitettu elämän- tilannekysely Psykologinen haastattelu Terveystarkastus
2020-2021	61	99 miestä 107 naista	Postitettu elämän- tilannekysely Psykologinen haastattelu Terveystarkastus Liikemittaritutkimus
Osajoukoille aineistonkeruu myös 1980 ja 1997-1999 sekä postitettu kysely 1992			

Tilastollisessa rakenneyhtälömallinnuksessa, jolla selvitimme sekä mielen hyvinvoinnin faktoria että sen pysyvyyttä, tuloksemme osoittivat, että sekä 42 että 50 vuoden iässä löytyi kokonaisvaltaisen mielen hyvinvoinnin faktori (Kokko ym. 2013; 2015). Tämän faktorin muodostivat psykologisesta ja sosiaalisesta hyvinvoinnista muodostetut summapistemäärät sekä emotionaalinen hyvinvointi, jota arvioitiin elämään tyytyväisyyteen ja positiivisiin ja vähäisiin negatiivisiin tunteisiin liittyvillä summapistemäärillä sekä yleiseen onnellisuuteen liittyvällä kysymyksellä. Nämä ulottuvuudet latautuivat hyvin kyseiselle mielen hyvinvoinnin faktorille eli faktori selitti niissä olevaa yhteistä vaihtelua.

Hyvinvoinnin eri ulottuvuuksien lataukset mielen hyvinvoinnin kokonaisfaktorille vaihtelivat välillä .59–.93, mikä kertoo siitä, että niillä oli yhteistä vaihtelua mutta myös jotain mielen hyvinvoinnin kannalta erityistä (Kokko ym. 2013). Toisaalta hyvinvoinnin myönteisten ulottuvuuksien korrelaatiot mielen pahoinvoinnin eli tässä tapauksessa masentuneisuuden tuntemusten kanssa olivat tilastollisesti merkitseviä mutta eivät suuruudeltaan kovin vahvoja (-.30–-.58). Se antaa empiiristä tukea sille oletukselle, että mielen hyvin- ja pahoinvointi liittyvät toisiinsa mutta eivät edusta saman jatkumon eri ääripäitä. Tämän puolesta puhuu myös suomalaisen *Aktiivinen vanhuus* -tutkimuksen analyysit. Professori Taina Rantasen johtamassa tutkimuksessa analysoitiin yli tuhatta 75-, 80- ja 85-vuotiasta osanottajaa. Tutkimuksessa elämään tyytyväisyyden ja masentuneisuuden tuntemusten välinen korrelaatio oli -.45 (Pynnönen ym. 2021). Keyesin (2005) *Midlife in the United States* -tutkimuksessa seurattiin noin 3000:a 25–74-vuotiasta yhdysvaltalaisista. Heihin perustuvat analyysit osoittivat puolestaan, että niilläkin tutkittavilla, joiden emotionaalinen, psykologinen ja sosiaalinen hyvinvointi oli korkealla, oli mielen-terveyden häiriöitä. Heillä oli näitä häiriöitä kuitenkin huomattavasti harvemmin kuin niillä, joilla mielen hyvinvoinnin myönteisiä ulottuvuuksia oli vähemmän. Esimeriksi masentuneisuusdiagnoosin sai ensin mainituista 5 prosenttia ja jälkimmäisenä mainituista 28 prosenttia.

Miksi mielen hyvinvoinnin myönteisellä määrittelyllä on merkitystä?

On aiheellista kysyä, miksi mielen hyvinvoinnin määrittelyssä pitäisi ottaa huomioon myönteisiä ulottuvuuksia, kun niistä harvemmin aiheutuu harmia. Kuten seuraavassa kuvataan, sen lisäksi, että mielen hyvinvointi on inhimillisesti arvokasta, myönteisten tunteiden ja myönteisen käyttäytymisen puuttuminen voi olla toimintakyvyn kannalta yhtä haitallista kuin mielenterveyden häiriö. Lisäksi myönteiset ulottuvuudet ennustavat hyvää toimintakykyä.

Keyesin (2005) tulosten mukaan hyvin matala myönteinen hyvinvointi, josta hän käyttää nimitystä riutuminen (engl. *languishing*), on toimintakyvyn kannalta monessa mielessä haitallisempaa kuin mielenterveyden häiriö. Riutumista esiintyi hänen tutkimuksessaan 10 prosentilla tutkittavista ja mielenterveyden häiriöitä ilman edellä kuvattua riutumista 16 prosentilla. Ihmisillä, joilla oli vain vähän myönteistä mielen hyvinvointia eli jotka riutuivat, oli mielenterveyden häiriöitä kokevia useammin toimintakyvyn rajoituksia ja avuttomuuden tuntemuksia sekä vähemmän läheisyyden tuntemuksia ja tulevaisuuden tavoitteita. Työstä poissaolojen suhteen ryhmien välillä ei ollut eroja. Keyesin mukaan paras toimintakyky oli yleisesti ottaen niillä ihmisillä, joilla myönteinen mielen hyvinvointi oli korkealla ja joilla ei ollut mielenterveyden häiriötä, eli niillä 17 prosentilla tutkittavista, jotka voivat hänen mukaansa kokonaisvaltaisesti hyvin. Heikoin toimintakyky oli

puolestaan niillä 7 prosentilla tutkittavista, joita luonnehti edellä kuvattu riutuminen ja joilla tämän lisäksi oli mielenterveyden pulmia. Suurimmalla osalla tutkittavista eli 51 prosentilla mielen hyvinvointi oli keskimääräistä. Heidän toimintakykynsä sijoittui muiden ryhmien välimaastoon.

Keyesin ohella hyvinvoinnin myönteisiä ulottuvuuksia ovat tutkineet esimerkiksi Fisher ym. (2004) ja Penninx ym. (2000). Heidän noin 60-vuotiaisiin ja vanhempiin yhdysvaltalaisiin tutkittaviin perustuvat analyysit osoittavat, että positiiviset tunteet ennakoivat sitä, että toimintakykyä pidetään paremmin yllä, ja sitä, että riski kuolla ennen aikaisesti on vähäisempi. Positiivisilla tunteilla oli masentuneisuudesta ja monista muista ennen aikaisen kuoleman tunnetuista riskitekijöistä riippumatonta vaikutusta elinikään. Myös elämään tyytyväisyys ennusti yli 65-vuotiaiden yhdysvaltalaisnaisten suotuisampaa fyysistä toimintakykyä ja päivittäisistä askareista selviämistä sekä pienensi sairaalaan joutumisen todennäköisyyttä (Ostir ym. 2002). Yli 16-vuotiaisiin tanskalaisiin tutkittaviin pohjautuvat tarkastelut osoittivat puolestaan, että ne ihmiset, joilla oli korkea myönteinen mielen hyvinvointi, käyttivät vähemmän terveyspalveluja ja olivat harvemmin sairauden takia pois töistä. Tutkijoiden mukaan nämä taas myötävaikuttivat siihen, että hyvinvointien ihmisten terveysmenot olivat vähäisempiä kuin mieleltään huonommin voivien (Santini ym. 2021).

Elämän tarkoituksellisuuden kokemuksen on osoitettu ennustavan kuoleman todennäköisyyttä. Brittitutkimuksessa seurattiin ikääntyneitä ihmisiä 8,5 vuoden ajan ja havaittiin, että kyseisellä seurantajaksolla kuoleman todennäköisyys oli 29 prosenttia niillä tutkittavilla, joiden elämän tarkoituksellisuuden arvio sijoittui jakauman alaneljännekseseen (Stephoe ym. 2015). Vastaava todennäköisyys oli 9 prosenttia niillä, joiden elämän tarkoituksellisuuden arvio oli jakauman yläneljänneksessä. Analyyseissa oli kontrolloitu useita muita ennen aikaiseen kuolemaan vaikuttavia tekijöitä, eli kun niiden vaikutus kuoleman todennäköisyyteen oli otettu huomioon, elämän tarkoituksellisuudella oli niistä riippumatonta, omaa ennustearvoaan.

Muodostimme Lapsesta aikuiseksi -tutkimuksessa mielen hyvinvoinnin myönteisten ulottuvuuksien eli emotionaalisen, psykologisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin perusteella erilaisia ryhmiä (Kokko & Feldt 2018). Ryhmien nimet kuvaavat mielen hyvinvoinnin ulottuvuuksien kehitystä 36-vuotiaasta 42-vuotiaaksi ja edelleen 50-vuotiaaksi asti: matalan hyvinvoinnin ryhmään kuului 3 prosenttia, keskimääräisen hyvinvoinnin ryhmään 22, suhteellisen korkean hyvinvoinnin ryhmään 47 ja korkean hyvinvoinnin ryhmään 29 prosenttia tutkittavista. Korkean hyvinvoinnin ryhmään kuuluvilla ihmisillä oli vähemmän sairauksia, he arvioivat terveytensä paremmaksi, olivat harvemmin yksinäisiä ja olivat suotuisammassa asemassa työelämässä kuin matalan hyvinvoinnin ryhmään kuuluvat ihmiset. Myös keskimääräisen ja suhteellisen korkean hyvinvoinnin ryhmiin kuuluvien terveys ja toimintakyky olivat varsin hyviä.

Tulevaisuuden kysymyksiä ja toimenpide-ehdotuksia

Tulevaisuudessa mielen hyvinvoinnin määritelmän soisi vakiintuvan. Yksi vaihtoehto on edellä esitetty Keyesin (2005) viitekehys, mutta se vaatii lisätutkimusta siitä, tavoittaako se esimerkiksi ikääntyvien ihmisten mielen hyvinvoinnin erityispiirteet. Lisäksi määritelmät perustuvat toistaiseksi pitkälti länsimaiseen tutkimusperinteeseen. Siksi ne

kaipaavat monikulttuurisempaa näkökulmaa ja testausta. Toisin sanoen tarvitaan tietoa siitä, kuuluuko mielen hyvinvoinnin myönteiseen puoleen muunkinlaisia kuin tässä katsauksessa kuvattuja ulottuvuuksia.

Vaikka mielen hyvinvoinnin on osoitettu olevan varsin pysyvää aikuisuuden aikana (Kokko ym. 2013; 2015), jatkossa olisi tärkeää tutkia, voivatko myönteiset hyvinvoinnin voimavarat katkaista pahoinvoinnin kehän. Tässä julkaisussa keskityttiin aikuisten mielen hyvinvointiin, mutta on syytä muistaa, että hyvinvoinnin perusta muodostuu lapsuudessa.

Kuten Kokko ja Heimonen (2022) kirjoittavat, mielen hyvinvoinnin myönteisen puolen tunnistaminen on välttämätöntä, jos sitä halutaan tukea. Myönteisestä hyvinvoinnista ja voimavaroista puhuminen vähentää erityisesti ikään liittyviä kielteisiä mielikuvia ja siihen liittyvää syrjintää. Kun huomio kiinnitetään myönteiseen, se voi edistää toimintakyvyn ylläpitämistä, työuran pidentämistä ja vapaaehtoistoimintaan osallistumista.

Mielen hyvinvointi ei synny tyhjiössä vaan vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Kun ympäristö erityisesti haastaa hyvinvointia, kuten silloin, kun yksilö sairastuu tai hänellä on taloudellisia vaikeuksia tai maailmalla on sotia tai pandemioita, myönteiset tunteet ja elämän tarkoituksellisuus voivat tuntua kaukaisilta. Silloin on kuitenkin tärkeää tunnistaa voimavaroja sen lisäksi, että hoidetaan pahoinvointia. Yhteiseen hyvään ja hyvinvointiin tähtääminen edellyttää monitieteistä ja tieteenalojen rajat ylittävää yhteistyötä ja ymmärrystä siitä, mitä hyvinvointi on ja kuinka sitä voidaan edistää.

Kirjallisuus

Diener, E. (1984) Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542–575.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985) The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.

Fisher, M. N., Snih, S. A., Ostir, G. V. & Goodwin, J. S. (2004) Positive affect and disability among older Mexican Americans with arthritis. *Arthritis Care & Research*, 51, 34–39.

Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030 (2020). *Tavoitteena ikäkyvykäs Suomi*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 31.

Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162053>

Keyes, C. L. (2005) Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539–548.

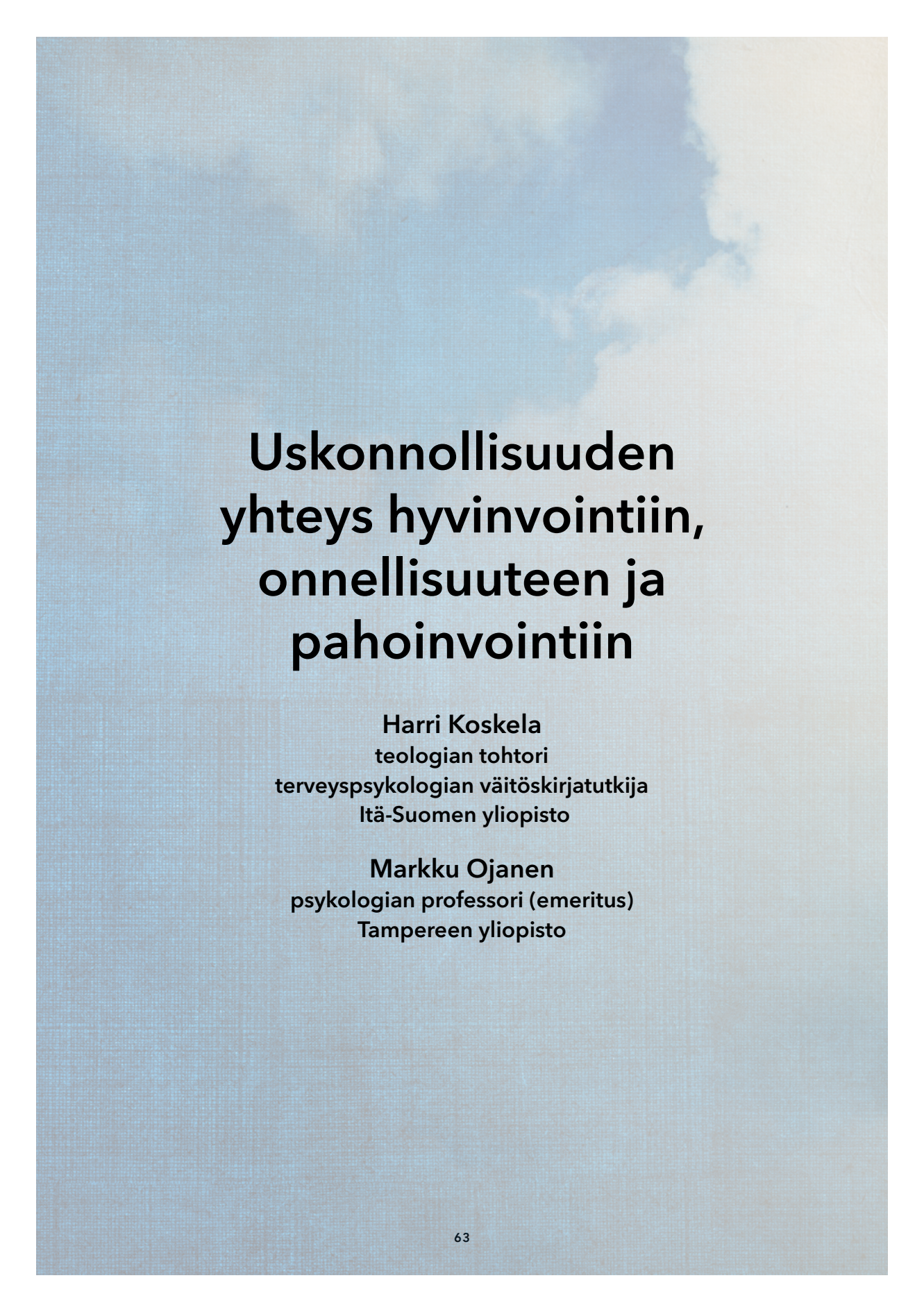
Keyes, C. L. M. (1998) Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121–140.

Keyes, C. L. M., Shmotkin, D. & Ryff, C. D. (2002) Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007–1022.

Kokko, K. & Feldt, T. (2018) Longitudinal profiles of mental well-being as correlates of successful aging in middle age. *International Journal of Behavioral Development*, 42, 485–495.

Kokko, K. & Heimonen, S. (2022) Mielen hyvinvointi ja positiivinen mielenterveys. Teoksessa T. Rantanen, K. Kokko, S. Sipilä & A. Viljanen (toim.) *Gerontologia* (5. painos). Helsinki: Duodecim, 299–305.

- Kokko, K., Korkalainen, A., Lyyra, A. L. & Feldt, T. (2013) Structure and continuity of well-being in mid-adulthood: A longitudinal study. *Journal of Happiness Studies*, 14, 99–114.
- Kokko, K., Rantanen, J. & Pulkkinen, L. (2015) Associations between mental well-being and personality from a life span perspective. Teoksessa M. Blatny (toim.) *Personality and well-being across the life-span*. New York: Palgrave Macmillan, 134–159.
- Kokko, K., Fadjukoff, P., Reinilä, E., Ahola, J., Kinnunen, M.-L., Kroger, J., Laakkonen, E. K., Pitkänen, T., Pulkkinen, L., Rantanen, T., Staudinger, U. M., Taipale, S., Törmäkangas, T., Kekäläinen, T. & Saajanaho, M. (2022). *Developmental perspectives on transitions at age 60: Individuals navigating across the lifespan (TRAILS) — latest data collection in a longitudinal JYLS study*. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Koponen P., Borodulin K., Lundqvist A., Sääksjärvi K., Koskinen S. (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus*. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>
- Land, K. C. (1975) Social indicators model: An overview. Teoksessa K. C. Land & S. Spilerman (toim.) *Social indicator models*. New York: Russell Sage Foundation, 5–36.
- OECD/EU. *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing 2018; 28. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Ostir, G. V., Simonsick, E., Kasper, J. D. & Guralnik, J. M. (2002) Satisfaction with support given and its association with subsequent health status. *Journal of Aging and Health*, 14, 355–369.
- Penninx, B. W., Guralnik, J. M., Bandeen-Roche, K., Kasper, J. D., Simonsick, E. M., Ferrucci, L. & Fried, L. P. (2000) The protective effect of emotional vitality on adverse health outcomes in disabled older women. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 1359–1366.
- Pulkkinen, L. (2017) *Human development from middle childhood to middle adulthood: Growing up to the middle-aged* (yhteistyössä Katja Kokon kanssa). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315732947>
- Pynnönen, K., Kokko, K., Saajanaho, M., Törmäkangas, T., Portegijs, E. & Rantanen, T. (2021). Do opposite ends of same factors underlie life satisfaction vs. depressive symptoms among older people? *Aging Clinical and Experimental Research*, 33, 2557– 2564.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001) On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166.
- Ryff, C. D. (1989) Happiness is everything or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.
- Santini, Z. I., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Nelausen, M. K., Meilstrup, C., Koyanagi, A., McDavid, D., Lyubomirsky, S., VanderWeele, T. J. & Koushede, V. (2021) Mental health economics: a prospective study on psychological flourishing and associations with healthcare costs and sickness benefit transfers in Denmark. *Mental Health & Prevention*, 24, 200–222.
- Stephens, A., Deaton, A. & Stone, A. A. (2015) Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385, 640–648.
- Thompson, E. R. (2007) Development and validation of an internationally reliable short-form of the Positive And Negative Affect Schedule (PANAS). *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38, 227–242.
- Jyväskylän yliopisto (2022) *Lapsesta aikuiseksi (LAKU) – Elämäntaakan aikana muotoutuvat yksilölliset kehityspolut elämänsiirtymiin 60-vuotiaana (TRAILS)*. <https://www.jyu.fi/sport/fi/tutkimus/hankkeet/laku>.



Uskonnollisuuden yhteys hyvinvointiin, onnellisuuteen ja pahoinvointiin

Harri Koskela
teologian tohtori
terveyspsykologian väitöskirjatutkija
Itä-Suomen yliopisto

Markku Ojanen
psykologian professori (emeritus)
Tampereen yliopisto

Johdanto

Ihmisen hyvinvointiin vaikuttavat monet toisiinsa kietoutuvat ulkoiset ja sisäiset tekijät, kuten fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja myös uskonnolliset seikat. Tässä artikkelissa käsitellään ensiksi uskonnollisuuden yhteyttä hyvinvointiin suomalaisen kirjallisuuden ja tutkimuksen sekä kansainvälisen tutkimuksen näkökulmasta. Sen jälkeen esitellään aiheeseen liittyvän psykologian väitöstutkimuksen tuloksia. Kolmanneksi tarkastellaan suomalaisten onnellisuutta selittäviä tekijöitä. Lopuksi esitetään kokoavia johtopäätöksiä.

Koenig, McCullough ja Larson (2001, 97) määrittelevät hyvinvoinnin mielenterveyden myönteiseksi puoleksi. Heidän mukaansa hyvinvointia voidaan kuvailla sanoilla onnellisuus, ilo, tyytyväisyys, täyttymys ja mielihyvä. Hyvinvoivan ihmisen elämä on ehyttä ja täyteläistä. Koettu hyvinvointi (*subjective well-being*) määritellään ihmisen kognitiiviseksi ja affektiiviseksi arvioinniksi omasta elämästään. Nämä arvoinnit sisältävät sekä emotionaaliset reaktiot tapahtumiin että kognitiiviset arviot tyytyväisyydestä ja täyttymyksestä. Koettu hyvinvointi sisältää paljon myönteisiä tunteita, tyytyväisyyttä elämään ja vähän kielteisiä tunteita (Diener & Oishi & Lucas 2009, 187). Henkiseen pahoinvointiin puolestaan liittyvät negatiiviset mielentilat kuten masennus, ahdistuneisuus, suru ja pelko sekä tyytymättömyys omaan elämään.

Eri tutkijaryhmät käyttävät sanoja koettu hyvinvointi, tyytyväisyys elämään ja onnellisuus tarkoittaen suunnilleen samaa. Kun niitä tutkitaan samassa tutkimuksessa, niiden väliset korrelaatiot ovat korkeita (Margolis, Schwitzgebel, Ozer & Lyubomirsky 2021). Kaikki nämä käsitteet kuvaavat kokonaisvaltaisesti hyvää elämää ja hyvinvointia.

Uskonnollisuuden ulottuvuuksiksi on mainittu muun muassa uskonnollinen sitoutuminen ja osallistuminen, uskonnolliset käsitykset ja uskomukset, uskonnon tiedollisen puolen ja kulttuurin tunteminen, uskonnon harjoittaminen julkisesti ja yksityisesti, uskonnolliset tunteet ja kokemukset sekä uskonnon vaikutukset elämässä (moraalikoodit ja käytösmallit). Uskonnollisuuteen liittyy myös merkityksen (uskomukset ja kokemukset) ja kuulumisen (rituaalit ja yhteisöt) kokemus. Subjektiiivisella uskonnollisuudella tarkoitetaan uskonnon sisäistä tärkeyttä yksilön elämässä. Tällöin henkilö arvioi itse, kuinka uskonnollinen hän on. (Koenig, McCullough & Larson 2001, 20–23) Uskonnollisuuden kognitiivisia tekijöitä ovat puolestaan sisälly, selkeys, kompleksisuus, joustavuus ja merkitys (Geels & Wikström 2009, 312–314).

Uskonnollisuuden ja hyvinvoinnin yhteys suomalaisessa tutkimuskirjallisuudessa

Uskonnollisuuden yhteyttä hyvinvointiin ja terveyteen on tutkittu Suomessa niukasti. Ainoa väitöskirjatasoinen tutkimus on Timo Teinosen (2005) *Uskonnollisuus ja terveys iäkkäillä*. Samaa tematiikkaa ovat käsitelleet artikkeleissaan ja kirjoissaan myös professorit Markku Ojanen Tampereen yliopistosta, Paavo Kettunen Itä-Suomen yliopistosta sekä Antti Räsänen ja Kirsi Tirri Helsingin yliopistosta.

Teinonen (2005) havaitsi, että uskonnollisuus on iäkkäillä ihmisillä voimavara vastoin-käymisistä selviytymiseen. Hän on todennut, että uskonnollisiin tilaisuuksiin osallistuvat ovat muita tyytyväisempiä ystävyyssuhteisiinsa. Räsänen (2011) mukaan uskonnollisuuden yhteys hyvinvointiin näkyy ihmissuhteissa, myönteisissä tunteissa sekä pelon ja ahdistuksen vähenemisenä. Hän toteaa, että eheyden eli koherenssin tunteen voimistuminen on tärkein uskonnon hyvinvointia kohentava tekijä ja että identiteettiä tukeva uskonnollinen yhteisö on myös keskeinen hyvinvoinnin lähde. Uskonnollisten nuorten positiivinen terveyskäyttäytyminen, kuten tupakoinnin sekä alkoholin ja huumeiden käytön välttäminen, edistää heidän hyvinvointiaan. Toisaalta Räsänen toteaa, että uskonto voi myös kuormittaa ihmistä ja ajaa kilvoittelemaan jaksamisen äärirajoille. Tällöin ihmisen jumalasuhde muuttuu irvikuvakseen ja ihmisen elämästä kaikkoavat turvallisuus, luottamus ja levollisuus (Räsänen 2009, 205, 211).

Kettunen on tarkastellut terveen ja epäterveen uskonnollisuuden ominaisuuksia. Hänen mukaansa ihmisen uskonnollinen ja psyykkinen olemus ovat sisäkkäisiä. Terveeseen uskonnollisuuteen kuuluu ihmisen kyky rakastaa itseään ja hyväksyä itsensä, mikä mahdollistaa kyvyn aidosti rakastaa ja kunnioittaa toisia ihmisiä. Kypsan uskonnollisuuden on nähty parantavan elämän laatua ja lisäävän kokemusta elämän merkityksestä. Kettunen toteaa, että epätervettä uskonnollisuutta puolestaan luonnehtivat autoritaarisuus, uskonnollisen yhteisön toiminnan mieltäminen jumalalliseksi ja synnittömäksi sekä vaatimukset kieltää tai torjua aikaisempi elämä tai vetää jyrkkä raja aikaisemman ja nykyisen elämän välille (Kettunen 2011, 439–448).

Ojanen toteaa, että tutkimusten mukaan usko ihmisten hyväntahtoisuuteen sekä uskonnollisuus lisäävät onnellisuutta ja hyvinvointia. Ojasen (2009, 32) mukaan rukoileminen ja psyykkinen hyvinvointi liittyvät yhteen. Voimakas uskonnollinen sitoutuminen onkin vahvin tunnettu nuorten masennusta ehkäisevä tekijä. Myös aikuisilla uskonnollisuus on käänteisesti yhteydessä masentuneisuuteen. Ojanen arvioi, että myös Suomessa uskonnollisuus hyvin eri tavoin määriteltynä on yhteydessä hyvinvoinnin, tyytyväisyyden tai onnellisuuden kokemiseen (Ojanen 2007, 247–248).

Suomalaisen tutkimuksen ja kirjallisuuden pohjalta voidaan todeta, että uskonnollisuuden vaikutus jakautuu. Yleensä se on yhteydessä henkiseen hyvinvointiin ja terveyteen, kun taas henkistä pahoinvointia esiintyy epäterveissä ja autoritaarisissa uskonnollisissa yhteisöissä.

Kansainvälistä uskonnollisuuden ja hyvinvoinnin yhteyksiin liittyvää tutkimusta

Kansainvälisesti aihetta on tutkittu varsin paljon. *Handbook of Religion and Health* -teoksen tekijät, Koenig, McCullough ja Larson (2001, 101–117), löysivät 100 tutkimusta, jotka käsittelivät uskonnon ja hyvinvoinnin suhdetta. Näistä tutkimuksista 79 prosentissa raportoitiin vähintään yksi positiivinen korrelaatio uskonnollisen sitoutuneisuuden sekä onnellisuuden, elämän tyytyväisyyden, moraalien tai positiivisten tunteiden välillä. Jäljelle

jääneistä 21 tutkimuksesta 13:ssa ei löydetty yhteyksiä, yhdessä löydettiin negatiivinen yhteys ja seitsemässä tutkimuksessa raportoitiin sekä positiivisia että negatiivisia yhteyksiä.

Handbook of Religion and Health -teoksen toisen laitoksen (2012) metatutkimuksessa tarkastellaan 224 uutta kymmenen vuoden sisällä julkaistua kvantitatiivista tutkimusta, jotka käsittelevät uskonnon ja hyvinvoinnin suhdetta. Niistä 175 tutkimuksessa (78 prosenttia) löydettiin positiivinen yhteys uskonnollisuuden ja koetun hyvinvoinnin välillä ja vain kahdessa negatiivinen yhteys (Koenig, King & Carson 2012, 130–134).

Näissä kahdessa teoksessa käytiin läpi 326 uskonnon ja hyvinvoinnin suhdetta käsittelevää tutkimusta. Näistä tutkimuksista 78 prosentissa raportoitiin vähintään yksi positiivinen korrelaatio uskonnollisen sitoutuneisuuden sekä onnellisuuden, elämän tyytyväisyyden tai positiivisten tunteiden välillä (Koenig, King & Carson 2012, 130–131).

Koenig, McCullough ja Larson (2001, 99–100) mainitsevat useita tekijöitä, jotka ovat yhteydessä hyvinvointiin uskonnollisuuden kautta. Uskonnolliset ihmiset eroavat muita harvemmin, ja heillä on todennäköisemmin ehyet ja vakaat perheet. Uskonnollisesti sitoutuneet käyttävät vähemmän alkoholia ja huumeita, ja heillä on parempi fyysinen terveys, mikä lisää henkistä hyvinvointia. Uskonnollinen aktiivisuus, kuten osallistuminen jumalanpalveluksiin, erilaisiin sosiaalisiin ryhmiin (esimerkiksi rukous- ja raamattupiireihin) ja vapaaehtoistoimintaan, lisää kaikenikäisten, mutta etenkin iäkkäiden ihmisten hyvinvointia. Uskonnolliset yhteisöt tarjoavat sosiaalista tukea. Useimmissa tutkimuksissa on uskonnollisilla ihmisillä havaittu elämän hallintaan liittyvä sisäinen kontrollikäsitys (*internal locus of control*). Monet uskonnolliset uskomukset edistävät optimismia ja myönteistä ajattelua. Uskonnollisuus lisää myös toivon sekä elämän tarkoituksen ja merkityksen kokemista.

George, Ellison ja Larson (2002) tarkastelevat potentiaalisia tekijöitä, jotka selittävät uskonnollisen osallistumisen ja terveyden välisiä yhteyksiä. He mainitsevat neljä empiirisesti tutkittua psykososiaalista tekijää: 1. terveyttä edistävä toiminta, 2. sosiaalinen tuki, 3. psykologiset resurssit, kuten itsetunto ja minäpystyvyys (*self-efficacy*), sekä 4. uskomusrakenteet, kuten eheyden eli koherenssin tunne.

Koenig mainitsee kolme mekanismia, joiden kautta uskonto voi tuottaa mielenterveyttä: 1) asenteet ja uskomukset, 2) sosiaalinen tuki ja vuorovaikutus ja 3) lähimmäisyyden ja pyhyiden merkitys. Hänen tutkimuksessaan kävi ilmi, että elämää uhkaavan fyysisen sairauden yhteydessä uskonnolliset selviytymiskeinot olivat potilaiden mielestä kaikkein tärkeimpiä – jopa perhettä ja ystäviä tärkeimpiä (Koenig 1997, 50–51, 55–70). Tuoreen tutkimuksen mukaan uskonto auttaa selviytymään elämän vastoinkäymisissä, koska se antaa mahdollisuuden tulkita niitä uudella, myönteisellä tavalla. Uskontoon turvautuminen vahvistaa psyykkistä kestävyyttä eli resilienssiä ja auttaa lievittämään vastoinkäymisten tuottamia psyykkisiä oireita (Dolcos, Hohl, Hu & Dolcos 2021).

Myös uudemmissa meta-analyyseissä tulokset ovat olleet samansuuntaisia. Garssen, Visser & Pool (2021) tekivät meta-analyysiin, jossa arvioitiin uskonnollisuuden ja spirituaalisuuden yhteyksiä mielenterveyteen. Mukana oli 48 tutkimusta. Yhteys oli positiivinen, mutta korrelaatiot olivat matalia. Poikkileikkaustutkimuksissa yhteys on ollut

vahvempi (Sawatzky, Ratner & Chiu, 2005; Newman & Graham 2018). Doug Oman ja Leonard Syme (2018) kävivät läpi 100 aikaisemmin tehtyä meta-analyysia ja päätyivät siihen, että ”kausaalinen yhteys voi nyt olla vakuuttava ja useimmissa tapauksissa uskonnollisuus ja spirituaalisuus ovat yhteydessä parempaan mielenterveyteen, vaikka myös negatiivisia tuloksia on olemassa”.

Kansainvälisten tutkimusten mukaan uskonnollisuudella on yleisesti ottaen myönteinen yhteys hyvinvointiin. Sisäistynyt uskonnollisuus ja uskonnollisten yhteisöjen tarjoama sosiaalinen tuki ovat merkittävimmät tekijät tämän yhteyden selittäjänä.

Pioneeritutkimus uskonnollisuuden yhteydestä koettuun henkiseen hyvinvointiin

Teologian tohtori Harri Koskelan psykologian väitöstudiumuksessa tarkastellaan uskonnollisuuden yhteyttä koettuun henkiseen hyvinvointiin laajalla suomalaisella aineistolla. Tutkimus kohdistui 18–75-vuotiaisiin, mutta rajattiin suomen kieltä puhuvaan väestöön. Väestörekisterikeskukselta tilattiin 3000 henkilöä käsittävä edustava otos, jossa huomioitiin sukupuoli, ikä, asuinmaakunta ja sosio-ekonominen asema. Heille lähetetyissä kyselylomakkeissa oli 111 taustatietoihin, uskonnollisuuteen ja hyvinvointiin liittyvää kysymystä.

Kyselyyn vastasi yhteensä 877 henkilöä, joista 59 prosenttia oli naisia ja 41 prosenttia miehiä. Uskonnolliselta taustaltaan evankelisluterilaisia oli 634 (noin 72 prosenttia) ja ortodokseja 8 (vajaan prosentti). Vapaakristillisiin yhteisöihin kuuluvista helluntailaisia oli 17 (noin 2 prosenttia), vapaakirkollisia 6 ja adventisteja 1. Muihin uskonnollisiin yhteisöihin kuuluvia oli yhteensä 17 (2 prosenttia). Mihinkään kirkkokuntaan tai uskonnolliseen yhteisöön kuulumattomia oli 196 (noin 22 prosenttia).

Uskonnollisuuteen liittyvistä kysymyksistä muodostettiin faktorianalyysin avulla kolme uskonnollisuuden ulottuvuutta: uskonnollinen osallistuminen (jumalanpalvelukset ja hengelliset tilaisuudet), sisäinen uskonnollisuus (uskon tärkeys ja rukous) ja yksityinen toiminnallinen uskonnollisuus (Raamatun lukeminen, uskonnollisen kirjallisuuden ja ohjelmien seuraaminen sekä internetin käyttö hengellisiin tarpeisiin). Hyvinvointiin liittyvistä kysymyksistä muodostettiin kuusi ulottuvuutta: 1. koettu hyvinvointi, 2. innostuneisuus ja elinvoima, 3. toiminnallinen hyvinvointi, 4. emotionaalinen hyvinvointi, 5. tukea antavat ihmissuhteet ja 6. yhteisöllinen hyvinvointi.

Aikaisempien kansainvälisten tutkimusten perusteella Koskelan tutkimuksessa tehtiin seuraava hypoteesi: uskonnollisuus on yhteydessä koettuun hyvinvointiin. Tutkimustulosten mukaan uskonnollinen osallistuminen oli tilastollisesti erittäin merkitsevästi tai merkitsevästi yhteydessä viiden koetun henkisen ulottuvuuden kanssa. Vain innostuneisuuden ja elinvoimaan se ei ollut yhteydessä. Yksityinen sisäinen uskonnollisuus korreloi tilastollisesti erittäin merkitsevästi tai merkitsevästi neljän koetun henkisen hyvinvoinnin ulottuvuuden kanssa (koettu hyvinvointi, innostuneisuus ja elinvoima, tukea antavat ihmis-

suhteet ja yhteisöllinen hyvinvointi). Yksityinen toiminnallinen uskonnollisuus oli merkittävästi yhteydessä vain yhden koetun hyvinvoinnin ulottuvuuden kanssa eli yhteisöllisen hyvinvoinnin kanssa.

Monimuuttujamenetelmällä suoritettussa jatkoanalyysissä saatiin muun muassa seuraavia tuloksia. Uskonnollinen osallistuminen ja sisäinen uskonnollisuus ovat positiivisessa yhteydessä koettuun hyvinvointiin suunnilleen saman verran kuin psykiatrinen sairaus, alkoholiriippuvuus tai liikunnan vähäisyys ovat negatiivisessa yhteydessä siihen. Lisäksi uskonnollinen osallistuminen on positiivisessa yhteydessä tukea antaviin ihmissuhteisiin yhtä paljon kuin korkea-asteen koulutus ja erittäin hyvä terveys. Sisäinen uskonnollisuus on puolestaan suuremmassa määrin positiivisessa yhteydessä yhteisölliseen hyvinvointiin kuin erittäin hyvä terveys.

Suomalaisten onnellisuutta selittävät tekijät

Niin ulkomailla kuin Suomessakin on ihmetelty maamme ykkössijaa Global Happiness raportin tuloksissa. Koska Suomessa itsemurhien määrä on huomattavan suuri, tulos on aiheellisesti herättänyt kysymyksiä. Ihmetellään, kuinka onnellisessa maassa voidaan tehdä niin paljon itsemurhia. Itsemurhien määrä ei kuitenkaan kerro kansakunnan onnellisuudesta. Suunta on pikemminkin se, että onnellisissa maissa tehdään enemmän itsemurhia (Daly, Oswald, Wilson & Wu 2011). Tämä tulos yllättää, sillä itsemurha on aina traaginen asia sekä yksilölle itselleen että hänen perheelleen. Siihen liittyy lähes poikkeuksetta vakavaa masennusta. Itsemurhat kuitenkin kertovat kulttuurin sallivuudesta sekä tilastoinnin luotettavuudesta. Missä uskonto jyrkästi kieltää itsemurhan, siellä niitä tehdään – ja rekisteröidään – vähemmän kuin maallistuneissa valtioissa.

Psykologian professori David Myers (2018) on katsauksessaan kiinnittänyt huomiota siihen, että hyvinvointia kuvaavien tekijöiden yhteydet eivät ole samanlaisia silloin, kun verrataan kansakuntia ja yksilöitä. Niissä valtioissa, joissa uskonnollisuus on yleistä, koettu hyvinvointi on heikompaa kuin valtioissa, joissa uskonnollisuus on vähäistä. Se tarkoittaa, että valtion keskimääräinen onnellisuus korreloi käänteisesti kansalaisten uskonnollisuuteen. Kun yksilöitä verrataan, uskonnollisuus on kuitenkin tutkimusten mukaan ollut yhteydessä onnellisuuteen. Yhteys on vahva niissä maissa, joissa länsimaisen kulttuurin vaikutus on ollut vähäisintä.

Uskonnon paradoksaalisia vaikutuksia selittää suurelta osin vauraus, koska sillä on valtioiden tasolla vahva yhteys koettuun hyvinvointiin. Kun maita verrataan uskonnollisuuden perusteella, samalla niitä verrataan myös vaurauden mukaan. Kun tämä huomioidaan tilastollisesti, uskonnollisuuden ja hyvinvoinnin yhteys katoaa (Diener, Tay & Myers 2011). Lisäksi varakkaat ja liberaalit maat, kuten Pohjoismaat, ovat olleet kauan protestanttisen kristinuskon piirissä. Maat, joilla on kristinuskon historia, ovat kansakuntien vertailussa olleet jatkuvasti parhaiden joukossa, olipa kyse koetusta hyvinvoinnista tai yhteiskunnan laatua kuvaavista tekijöistä.

Alussa kuvattu näennäinen ristiriita itsemurhien ja onnellisuuden välillä ei ratkaise vaikeutta sovittaa yhteen onnellisuutta ja pahoinvointia kuvaavia tekijöitä. Miten on mahdollista, että vaikka suomalaisilla on fyysisten sairauksien lisäksi taloudellisia, psykologisia ja sosiaalisia ongelmia, suomalaisten suuri enemmistö ilmoittautuu onnellisiksi? Eri kyselyjen mukaan 80–90 prosenttia suomalaisista kertoo olevansa melko onnellisia tai onnellisia (Ojanen 2018, 55–58). Vielä selvemmin tämä tutkimustulosten ristiriita näkyy siinä, että tutkimuksessa yleisesti käytettyjä vaihtoehtoja ”onneton” tai ”melko onneton” valitsee Suomessa vain muutama prosentti kyselyihin osallistuneista. Kun tähän rinnalle asetetaan psyykenlääkkeitä käyttävien tai jonkin psykiatrisen diagnoosin saaneiden lukuja, ne ovat selvästi suurempia kuin nuo onnettomiksi ilmoittautuneiden osuudet.

Vielä selvemmin tulosten ristiriita näkyy, kun verrataan väestökyselyistä saatuja tuloksia. Vakavia ongelmia kuvanneita on suhteessa paljon enemmän kuin itsensä onnettomiksi arvioineita. Tilastojen mukaan yli puoli miljoonaa suomalaista syö mielialalääkettä. Määrä on jo yksin selvästi enemmän kuin onnettomien osuus väestössä. Kun kootaan yhteen vakavista ongelmista kärsivien osuus väestössä, prosentuaalinen osuus saattaa nousta yli 20 prosenttiin. Mieli ry:n sivustolla arvioidaan, että 20–25 prosenttia aikuisista sairastaa vuosittain mielenterveyden häiriöitä. Miten näin vastakkaiset tiedot voidaan sovittaa yhteen? On turvauduttu seuraavanlaisiin selityksiin:

1. Suomalaiset – ja samoin muiden maiden kansalaiset – antavat itselleen ”hyvän naisen ja miehen lisää”, koska kyse on sekä psykologisesti että sosiaalisesti tärkeästä asiasta. Onnellisuutta on jo yli 2000 vuoden ajan Aristoteleen tavoin pidetty elämän suurimpana hyvänä. Ihmisten on vaikea myöntää, että suurin hyvä ei toteudu heidän elämässään. Harhoihin liittyvät tutkimukset ovat osoittaneet, että omien ominaisuuksien ja taitojen yliarviointia tapahtuu monissa muissakin arvostetuissa asioissa.
2. Onnellisuuskyselyt voivat johtaa pinnallisiin vastauksiin, eivätkä kuvaa ihmisten todellista tilaa. Niiden tulokset ovat kuin vastauksia kysymykseen ”Mitä sinulle kuuluu?” ”Kiitos ihan hyvää! Samaan tapaan vastataan kysymykseen ”Oletko onnellinen?” ”Kyllä olen, ainakin melko onnellinen.” Koska kyse on hyvin subjektiivisesta asiasta, koetun onnellisuuden vertailu on vaikeata. Toisen ”melko onnellinen” voi vastata toisen ”erittäin onnellista”. Ihmiset ymmärtävät onnellisuuden eri tavoin. Vastaukset eivät siis kerro ihmisten todellisesta tilasta.
3. Elämisen ongelmat ja onnellisuus eivät ole saman jatkumon ääripäitä vaan kertovat eri asioita ihmisenä olemisesta. Vakavasti sairas voi kertoa eläneensä onnellisen elämän, vaikka juuri nyt ei kokisi onnellisuutta. Ihmiselle luontainen toiveikkaus pitää yllä tyytyväisyyden ja onnellisuuden kokemusta vaikeissakin elämäntilanteissa. Uskonnollinen tulkinta tai muu vahva elämäntavotus on antanut monille toivoa ja luottamusta tulevaisuuteen.
4. Havainnot kaikkialta maailmasta kertovat, että riittävän turvallisissa olosuhteissa ihmiset ovat tyytyväisiä ja onnellisia. Tutkijat olettavat, että evoluution tuloksena ihmisestä on tullut keskimäärin melko onnellinen, koska se on edistänyt hänen sopeutumistaan (Diener, Kanazawa, Suh & Oishi 2015). Tuosta melko onnellisen

tilasta on varaa tulla huomattavasti ”alaspäin” ennen kuin onnellisuus muuttuu onnettomuuden kokemukseksi. Usein vasta erittäin vaikea elämäntilanne tai kielteisten elämäntapahtumien kasautuminen johtavat onnettomana olon kokemukseen. Onnellisuutta heikentää myös vakava masennus.

Arvioimme, että nämä neljä selitystä yhdessä kertovat, että kyse ei ole aidosta ristiriidasta vaan erilaisesta tavasta katsella ja kokea omaa elämää ja maailmaa. Vaikka elämässä on vaikeita ongelmia, se ei kuvaa koko elämää, koska silti voi kokea aitoa onnellisuutta siitä, että lähellä on ihmisiä, jotka välittävät, tukevat ja rakastavat. Lisäksi jokaisella on vahvuuksia, jotka auttavat vaikeissa elämäntilanteissa. Sellaisia voivat olla sitkeys, rohkeus, rakkaus, huumori, armeliaisuus ja monet muut hyveet ja vahvuudet, jotka auttavat elämässä eteenpäin.

Onnellisuudesta puhuttaessa unohtamme helposti sen, että kyse ei ole vain omasta onnellisuudesta vaan yhteisestä onnellisuudesta. Mitä paremman yhteiskunnan pystymme rakentamaan, sitä onnellisempia kaikki ovat. Tämä näkyy hyvin konkreettisesti kansainvälisissä vertailuissa. Suomen ja Pohjoismaiden asema onnellisuuskyselyjen kärjessä perustuu siihen, että uskomme hyvin rakennetun yhteiskunnan edistävän onnellisuuden ohella muitakin arvokkaita asioita, kuten turvallisuutta, luottamusta ja oikeudenmukaisuutta.

Näkemyksiä ja toimenpide-ehdotuksia

Sekä kansainvälisen että suomalaisen tutkimuksen mukaan uskonnollisuus on yhteydessä henkiseen hyvinvointiin. Mediassa huomio kohdistuu kuitenkin pääasiassa uskonnon ja uskonnollisuuden tuottamiin epäkohtiin ja ongelmiin. Tämä johtuu siitä, että negatiivisilla asioilla on enemmän uutisarvoa kuin positiivisilla asioilla. On totta, että epäterve ja autoritaarinen uskonnollinen johtaja tai yhteisö voi tuottaa suurestikin henkistä pahoinvointia. On kuitenkin tärkeää, että tiedostettaisiin uskonnollisuuden pääsääntöisesti hyvät vaikutukset erityisesti maissa, joissa uskonnottomiin ei kohdistu syrjintää.

Stavrova, Fetchenhauer ja Schlösser (2013) olettivat, että uskonto edistää koettua hyvinvointia etenkin silloin, kun sitä pidetään kulttuurissa luonnollisena ja normien mukaisena. Laajaa kansainvälistä aineistoa hyödyntävä tutkimus tuki aiemmin saatuja tuloksia, joiden mukaan uskonnolliset ihmiset ovat keskimääräistä onnellisempia. Tulos on selkein maissa, joissa suhtauduttiin kielteisesti ei-uskonnollisiin ihmisiin. Uskonnollisissa maissa uskonnollisiin ihmisiin suhtauduttiin kunnioittavasti. Tämä selitti tutkijoiden mukaan osaksi uskonnollisten ihmisten onnellisuutta ja tyytyväisyyttä elämään.

Yllä kuvattu tulos ei mairittele uskontokeskeisiä kulttuureita. Jos uskonnollisten onnellisuus perustuu siihen että ateistit, eriuskoiset ja uskonnottomat ovat toisen luokan kansalaisia, tämä havainto voi selittää, miksi uskovaisten ja uskonnottomien erot onnellisuu-

nessa ovat suvaitsevaisuutta korostavissa Pohjoismaissa vähäisiä. Valitettavasti vähemmistöjen tilanne on harvoin yhtä hyvä kuin enemmistön, oli paikka uskonnosta, politiikasta, ihonväristä tai kielestä.

Tutkimusten mukaan uskonnolliset ihmiset eroavat epätodennäköisemmin ja heillä on todennäköisemmin ehyet ja vakaat perheet. He myös käyttävät vähemmän alkoholia ja huumeita ja heillä on parempi fyysinen terveys, mikä lisää henkistä hyvinvointia. Uskonnollisten yhteisöjen tarjoama sosiaalinen tuki auttaa monia elämän haasteissa ja vaikeuksissa. Henkilökohtainen usko toimii myös selviytymiskeinona kriiseistä, kuten vakavasta sairastumisesta tai läheisen kuolemasta. Monet uskonnolliset uskomukset edistävät optimismia ja myönteistä ajattelua. Lisäksi uskonnollisuus lisää toivon sekä elämän tarkoituksien ja merkityksen kokemista ja uskontoon turvautuminen vahvista psyykkistä kestävyttä eli resilienssiä.

Sekularisaatio eli maallistuminen on ollut vahvaa kaikkialla länsimaissa, myös Suomessa. Suomen arvioidaan olevan 10–20 sekulaareimman maan joukossa maailmassa (Secular Countries 2022). Uskontojen merkitystä ja vaikutuksia on vaikea arvioida monesta eristä. Samalla kun traditionaaliset uskonnollisuuden muodot ovat heikentyneet, on tapahtunut suuria yhteiskunnallisia muutoksia. Kansainvälisten tutkimusten mukaan sekulaarit maat ovat hyvinvoinnin mittareilla kaikkein parhaita. Tästä on mahdollista tehdä johtopäätös, että uskontojen merkityksen väheneminen on jopa tavoiteltava asia. Silloin helposti unohtuu se, että lähes kaikki parhaat maat ovat olleet vuosisatojen ajan kristinuskon vaikutuspiirissä. Kristinuskon on syvällisesti vaikuttanut länsimaisten yhteiskuntien suotuisaan kehitykseen.

Sekularisaation edistäminen yhteiskunnan toimesta on vahingollista, minkä edellä kuvatut tutkimustulokset osoittavat. Yhteiskunta hyötyy monin tavoin siitä, että kristinuskon on edelleen monien elämässä merkittävä asia. Yhteiskunnan näkökulmasta kristinuskon ja muidenkin uskontojen keskeinen vahvuus on itsekontrollin vahvistaminen. Uskonnot suosivat terveitä elämäntapoja ja yhteisöllisyyttä, jotka vaikuttavat myönteisesti koettuun hyvinvointiin. On havaittu, että uskonnollinen kasvatus edistää onnellisuutta, vaikka uskonnosta muuten vieraannuttaisiin. Ed Dienerin ja Robert Biswas-Dienerin (2009) tutkimus osoitti, että uskonnollisen kasvatuksen saaneet mutta siitä vieraantuneet olivat onnellisempia kuin uskonnollisen kääntymyksen kokeneet mutta uskonnollista kasvatukselta vaille jääneet. Uskonnollisessa kasvatuksessa korostuvat terveet elämäntavat, yhteisöllisyys, moraalisuus ja myös kodin turvallisuudella on suuri merkitys. Uskovaisen kodin lapsi saa elämästä myönteisen kuvan, ellei kyseessä ole jokin kahlitseva ja tuomitseva uskonnollisuuden suunta.

Edellä esitettyjen tutkimustulosten mukaan uskonnollisuus on yksilötasolla yhteydessä onnellisuuteen ja hyvinvointiin. On mahdollista, että sekularisaation lisääntyminen ja uskonnollisuuden väheneminen yhteiskunnassamme on voinut aiheuttaa hyvinvoinnin vähenemistä. Etenkin nuorten ja nuorten aikuisten vieraantuminen uskonnosta sekä kristinuskon hyvinvointia ja elämää suojelevasta arvomaailmasta voi johtaa terveiden elämäntapojen ja elämänhallinnan vähenemiseen.

Yksilökeskeisissä kulttuureissa, kuten esimerkiksi Suomessa, uskonnollisia yhteisöjä usein arvostellaan liiallisesta jäsenten kontrollista. Samalla julkisessa keskustelussa kuitenkin kaivataan juuri sellaista tiivistä yhteisöllisyyttä, jota uskonnolliset yhteisöt tarjoavat. Yhteisöllisyys ei toimi ilman yhteisön jäseniä yhdistävää arvoperustaa. Moraalin tutkija Jonathan Haidt on kantanut huolta siitä, että korostuneen yksilökeskeisyyden mukana kadotetaan yhteinen moraalinen perusta. Yhteiskunta ei toimi, jos jokainen saa määrittää omat moraaliset periaatteensa.

Haidt (2012) tiivistää näkemyksensä toteamalla, että suuren mittakaavan yhteiskunnat ovat ihmeellisiä saavutuksia. Monimutkainen moraalinen psykologiamme syntyi uskontojen ja muiden kulttuurin keksintöjen (kuten heimot ja maanviljelys) yhteistuloksena. Evoluutio on tehnyt ihmisistä yhteistoiminnallisia, vaikka yksilön geenit ovat itsekkäitä. Meistä on tullut hyviä joukkuepelaajia. ”Me tarvitsemme ryhmiä, me rakastamme niitä ja meidän hyveemme kehittyvät ryhmissä, vaikka on totta, että samalla syntyy myös ryhmään kuulumattomia henkilöitä.” ”Jos tuhoat kaikki ryhmät ja niiden sisäisen rakenteet, tuhoat moraalisen pääomamme”. (Haidt 2012, 307)

Moraali vaatii tuekseen suuren määrän pieniä ryhmiä ja yhteisöjä, jotka rakentuvat keskinäisen luottamuksen varaan. Protestanttisissa maissa luottamus on pitkän historian kuluessa rakentunut uskontojen varaan, joskin tilanne on nyt muuttumassa. Sosiaalinen ja moraalinen pääoma liittyvät aina toisiinsa. Toista ei voi olla ilman toista. Ei ole uskotavaa, että erilliset, riippumattomat individualistit voisivat ylläpitää kestävästä moraalista pääomaa. On mahdollista, että on ihmisiä, jotka tuntevat yhteyttä kaikenlaisten ihmisiä erottavien rajojen yli, mutta sellainen on hyvin poikkeuksellista.

Vaikka olemme kiitollisia hyvästä yhteiskunnasta, se ei anna lupaa ”levätä laakereilla”. Erityisesti yksinäisyys ja nuorten ongelmat vaativat toimenpiteitä. Olemme yhteisestä hyvinvoinnista vastuussa sekä yksilöinä että kansakuntana. Yhteisen hyvinvoinnin eteen on tehtävä jatkuvasti työtä.

Lähteet

Daly, Mary C., Oswald, Andrew J., Wilson, Daniel, & Wu, Stephen (2011) Dark contrasts: The paradox of high rates of suicide in happy places. *Journal of Economic Behavior & Organization* 80, 435–442.

Diener, Ed & Biswas-Diener, Robert (2008) *Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth*. Malden, MA: Blackwell Publishing.

Diener, Ed, Kanazawa, Satoshi, Suh, Eunkook M. & Oishi Shigehiro (2015) Why people are in a generally good mood. *Personality and Social Psychology Review* 19, 235–256.

Diener, Ed, Oishi, Shigehiro & Lucas, Richard E. (2009) Subjective Well-Being: The Science of Happiness and Life Satisfaction. Teoksessa C. R. Snyder and Shane J. Lopez (toim.) *Oxford Handbook of Positive Psychology*, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 187–194.

Diener, Ed, Tay, Louis & Myers, David G. (2011) The religion paradox: If religion makes people happy, why are so many dropping out? *Journal of Personality and Social Psychology* 101, 1278–1290.

Dolcos, Florin, Hohl, Kelly, Hu, Yifan & Dolcos, Sanda (2021) Religiosity and resilience: Cognitive reappraisal and coping self-efficacy mediate the link between religious coping and well-being. *Journal of Religion and Health* 60, 2892–2905.

- Garssen, Bert, Visser, Anja & Pool Grietge (2021) Does spirituality or religion positively affect mental health? Meta-analysis of longitudinal studies. *The International Journal for the Psychology of Religion* 31, 4–20.
- Geels, Antoon & Wikström, Owe (2009) *Uskonnollinen ihminen. Johdatus uskontopsykologiaan*. Helsinki: Kirjapaja.
- George, Linda K., Christopher G. Ellison, & David B. Larson (2002) Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological Inquiry* 13, 190–200.
- Haidt, Jonathan (2012) *The righteous Mind. Why good people are divided by politics and religion*. NY: Pantheon.
- Kettunen, Paavo (2011) Terveen ja epäterveen uskonnollisuuden dilemma. Teoksessa Ilkka Huhta & Juha Meriläinen (toim.) *Kirkkohistorian alueilla*. Helsinki: Suomen kirkkohistoriallinen seura; Karjalan teologinen seura, 430–448.
- Koenig, Harold G. (1997) *Is Religion Good For Your Health? The Effects Of Religion On Physical And Mental Health*. New York: Haworth Pastoral Press.
- Koenig, Harold G., King, Dana E. & Carson, Verna B. (2012) *Handbook of Religion and Health*. Second edition. Oxford: Oxford University Press.
- Koenig, Harold G., McCullough, Michael E. & Larson, David B. (2001) *Handbook of Religion and Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Margolis, Seth, Schwitzgebel, Eric, Ozer, Daniel J., & Lyubomirsky, Sonja (2021). Empirical Relationships among Five Types of Well-Being, Teoksessa Matthew T. Lee, Laura D. Kubzansky & Tyler J. VanderWeele. *Measuring Well-Being. Interdisciplinary Perspectives from the Social Sciences and the Humanities*. New York: Oxford University Press, 377–407.
- Mieli ry. (2021) <https://mieli.fi/yhteiskunta/mielenterveys-suomessa/tilastotietoa-mielenterveydesta/>
- Myers, David G. (2018) Religious engagement and living well. Teoksessa J. P. Forgas & R. F. Baumeister (toim.), *The social psychology of living well*. New York: Psychology Press, 137–150.
- Newman, David B. & Graham, Jesse (2018). *Religion and well-being. Handbook of well-being*. Salt Lake City: DEF Publishers.
- Ojanen, Markku (2009) *Hyvinvoinnin käsikirja*. Helsinki: Kirjapaja.
- Ojanen, Markku (2007) *Positiivinen psykologia*. Helsinki: Edita.
- Ojanen, Markku (2019) *Onnellisuuksien oivaltaja. Mitä tiede kertoo onnesta*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Oman, Doug & Syme S., Leonard (2018) Weighing the evidence: what is revealed by 100+ meta-analyses and systematic reviews of religion/spirituality and health? Teoksessa Doug Oman (toim.) *Why religion and spirituality matter for public health. religion, spirituality and health: A social scientific approach 2*. Cham.: Springer, 261–281.
- Räsänen, Antti (2009) Uskonto ja hyvinvointi. Teoksessa Hannu Mustakallio (toim.) *Terve sielu terveessä ruumiissa*. Joensuu: Karjalan teologinen seura, 205–213.
- Räsänen, Antti (2011) *Sisäistynyt uskonnollisuus tukee mielenterveyttä*. <http://www.teologia.fi/tutkimus/uskonto-ilmiona/686-sisaistynyt-uskonnollisuus-tukee-mielenterveytta>.
- Sawatzky, Rick, Ratner, Pamela A. & Chiu, Lyren (2005) Meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Social Indicators Research* 72, 153–188.
- Stavrova, Olga, Fetchenhauer, Detlef & Schlösser, Thomas (2013) Why are religious people happy? The effect of the social norm of religiosity across countries. *Social Science Research* 42, 90–105.
- Secular Countries 2022 (2022) <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/secular-countries>
- Teinonen, Timo (2005) *Uskonnollisuus ja terveys iäkkäillä*. Turun yliopiston julk. Sarja C, Scripta lingua Fennica edita, 0082–6995; osa 225.

Hyvinvointierojen kehityksestä – näkökulmia taloustieteestä

Kaisa Kotakorpi

Verotutkimuksen huippuyksikkö FIT,
Tampereen yliopisto ja
Valtion taloudellinen tutkimuskeskus

Matti Hovi

Valtion taloudellinen tutkimuskeskus VATT
Verotutkimuksen huippuyksikkö FIT,
Tampereen yliopisto

Terhi Ravaska

Verotutkimuksen huippuyksikkö FIT,
Tampereen yliopisto ja
Valtion taloudellinen tutkimuskeskus VATT

Hyvin- ja pahoinvoinnin määrittelemisestä ja osatekijöistä

Taloustieteessä useimmiten ajatellaan hyvinvoinnin liittyvän siihen, kuinka paljon taloudellisia resursseja, kuten tuloja ja varallisuutta, henkilöllä on käytettävissä. Taloudelliset resurssit määrittävät henkilöiden mahdollisuuksia tehdä haluamiaan valintoja ja ovat sen vuoksi merkittävässä roolissa hyvinvoinnin määräytymisessä.

Taloudellisten resurssien kehitystä aggregaattitasolla mitataan henkilöä kohden tuotulla bruttokansantuotteella (BKT/capita). Yksilötasolla on mielekästä tarkastella henkilön, tai kotitalouden, käytettävissä olevia tuloja. Tässä kirjoituksessa keskitytään pääasiassa jälkimmäiseen, koska tarkastelun painopiste on hyvinvoinnin ja pahoinvoinnin samanaikaisessa kehityksessä eli siten hyvinvointi- ja tuloerojen kehityksessä. Henkilön hyvinvointi on sitä korkeampi, mitä enemmän resursseja hänellä on käytettävissä tavoitteidensa saavuttamiseksi. Tällöin vastaavasti pahoinvointi voi aiheutua vähäisistä käytettävissä olevista tuloista tai köyhyydestä. Hyvinvointi ja pahoinvointi voivat lisääntyä yhteiskunnassa samanaikaisesti, jos tuloerot kasvavat tai köyhyys lisääntyy samalla kun keskimääräiset tai ylimmät tulot kasvavat.

Taloudellisten resurssien ja yksilön hyvinvoinnin välinen yhteys voi mutkistua erityisesti silloin, jos yksilöiden kyvyssä tehdä taloudellisia päätöksiä on puutteita ja/tai jos markkinat eivät toimi hyvin. Tällöin yksilöiden valinnoista ei välttämättä seuraa suurinta mahdollista hyvinvointia käytettävissä olevien resurssien puitteissa. Tällaisissa tilanteissa taloudelliset resurssit eivät riitä hyvinvoinnin mittariksi ja on syytä tarkastella lisäksi muita mittareita: voidaan tarkastella rinnakkaisia yksilön kokonaisyhyvinvointiin liittyviä mittareita ja lisäksi hyvinvoinnin keskeisiä osa-alueita erikseen.

Taloustieteessä onkin tarkasteltu myös niin sanottuja subjektiivisen hyvinvoinnin mittareita, joilla pyritään mittaamaan suoremmin yksilön kokemaa kokonaisyhyvinvointia. Nämä ovat tyypillisesti laajoista kyselyistä saatuja vastauksia kysymyksiin, joissa vastaajaa on pyydetty arvioimaan, kuinka tyytyväinen hän on elämäänsä. Kyseessä on siis yksilön oma arvio yleisestä hyvinvoinnistaan. Tämänäyttypistien kyselyvastausten käyttökelpoisuudesta on käyty paljon keskustelua. On kuitenkin näyttöä esimerkiksi siitä, että kyselyvastaukset korreloivat muiden, objektiivisina pidettyjen mittareiden kanssa (Layard 2010), ja näitä kyselyvastauksia on käytetty laajasti taloustieteellisessä tutkimuksessa (Clark 2018). Pahoinvointiin vaikuttavia tekijöitä tarkasteltaessa on havaittu, että taloudellisten resurssien heikentyminen laskee elämäntyytyväisyyttä erityisesti sellaisilla henkilöillä, joiden tyytyväisyys on entuudestaan matalalla (Clark ym. 2021).

Kyselyvastausten käyttämiseen pahoinvoinnin mittaamiseen liittyy kuitenkin joitakin ongelmia. On mahdollista, että vaikeassa elämäntilanteessa olevat henkilöt eivät vastaa kyselyihin. Pahoinvointia ei myöskään välttämättä haluta raportoida haastattelutilanteissa, jotka eivät ole anonyymeja (Reisinger 2022).

Lisäksi voidaan tarkastella erikseen joitain tärkeitä hyvinvoinnin osa-alueita, kuten terveyttä ja terveyserojen kehitystä. Taloustieteessä tehdäänkin paljon terveyteen liittyvää tutkimusta. Terveys on kiinnostava hyvinvoinnin osa-alue senkin vuoksi, että terveydenhuollon markkinoilla on huomattavia epätäydellisyyksiä⁴. Tästä voi aiheutua hyvinvoinnin laskua, jos markkinoiden sääntely tai julkinen terveydenhuolto ei toimi hyvin.⁵ Terveyden ja erityisesti mielenterveyden ongelmat ovat yksi keskeisimmistä osatekijöistä myös alhaisen subjektiivisen hyvinvoinnin taustalla (Layard 2018). Tulot ja terveys ovat myös yhteydessä toisiinsa (ks. esim. Tarkiainen ym. 2014). Näin on myös Suomessa huolimatta siitä, että terveydenhuollossa julkisella rahoituksella ja julkisilla palveluilla on merkittävä rooli.

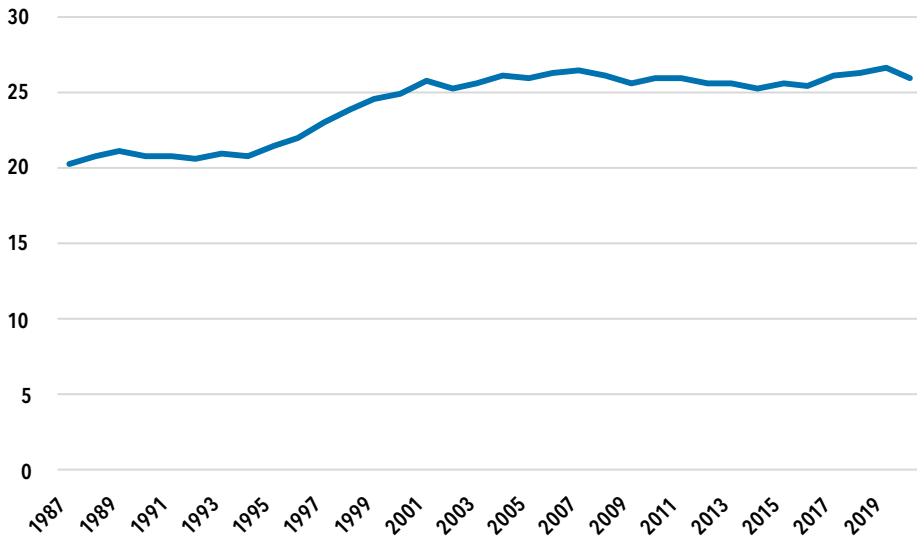
Hyvin- ja pahoinvoinnin kehityskulkuja ja tilannekuva

BKT/capita – taloustieteessä usein käytetty mittari keskimääräiselle hyvinvoinnille – ei ole Suomessa finanssikriisin jälkeisellä periodilla kasvanut. Toisaalta keskimääräiset käytettävissä olevat tulot ovat samalla ajanjaksolla kasvaneet. Näiden kehityskulkujen ero merkitsee velanoton lisääntymistä, mikä puolestaan voi asettaa rajoitteita jatkossa harjoitettavalle talouspolitiikalle ja tulo- ja hyvinvointierojen tasaamiselle. Palaamme tähän luvussa 3. Tämän kirjoituksen näkökulma on pääasiassa hyvinvointierojen tarkastelussa ja seuraavassa kuvataan hyvinvointierojen kehitystä eri mittareilla.

Kuvioissa 1 ja 2 tarkastellaan tuloerojen kehitystä Suomessa 1987–2020. Kuviossa 1 tuloeroja on mitattu käytettävissä olevien tulojen Gini-kertoimella. Gini-kerroin on yksi yleisimmin käytetyistä tuloerojen mittareista. Tuloerot kasvoivat Suomessa merkittävästi 1990-luvulla, jolloin tuloerojen kasvu oli Suomessa nopeampaa kuin muissa OECD-maissa. Sen jälkeen tuloeroissa ei ole tapahtunut merkittävää muutosta.

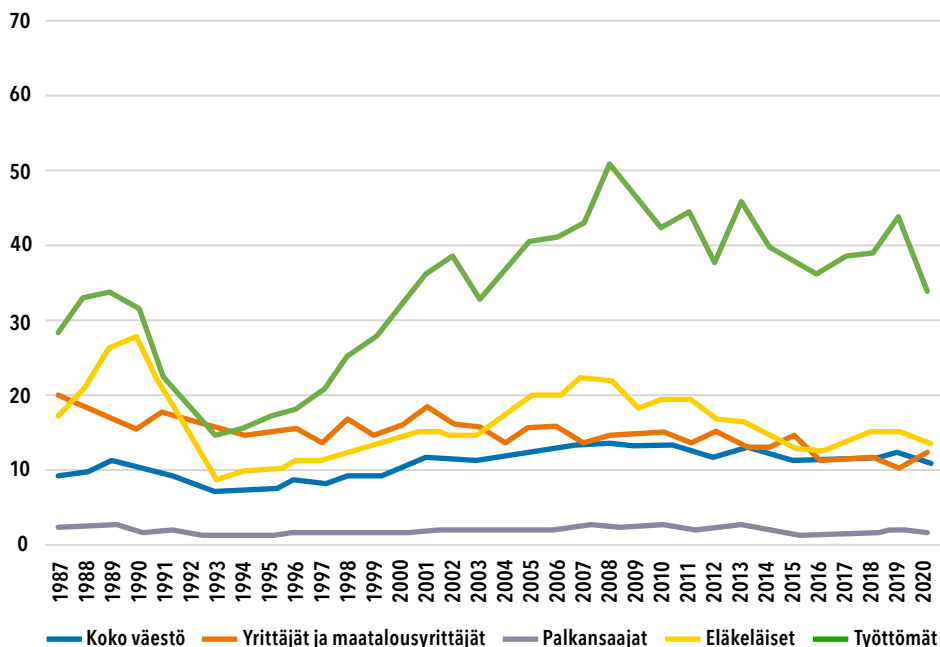
4 Aiheesta on runsaasti taloustieteen kirjallisuutta alkaen Arrow'n (1963) artikkelista. Kotakorpi ja Seuri (2019) ovat koonneet yhteen keskeisiä näkökohtia terveydenhuollon markkinoiden toiminnasta.

5 Samaan tapaan muut markkinahäiriöt, kuten ympäristöongelmien kasvu, voivat aiheuttaa merkittävää hyvinvoinnin laskua, eivätkä ne tule otetuiksi huomioon, jos hyvinvointia mitataan vain taloudellisilla resursseilla. Muita hyvinvoinnin osatekijöitä ei tässä kirjoituksessa tarkastella erikseen. Subjektiivisen hyvinvoinnin mittareiden pitäisi periaatteessa kattaa kaikki hyvinvoinnin kannalta merkitykselliset osa-alueet.



Kuvio 1: Gini-kertoimen kehitys Suomessa 1987–2020. Lähde: Tulonjakotilasto, Tilastokeskus.

Kuviossa 2 esitetään pienituloisuusasteen kehitys 1987–2020 koko väestössä ja sosio-ekonomisen aseman mukaan. Pienituloisuusaste kuvaa sellaisten kotitalouksien osuutta, joiden käytettävissä olevat tulot jäävät alle 60 prosenttiin mediaanituloista. Koko väestön tasolla myös pienituloisuusaste kasvoi 1990-luvulta finanssikriisiin asti, jonka jälkeen merkittäviä muutoksia ei ole tapahtunut. Väestötason tarkastelu kuitenkin peittää alleen sen, että joissakin ryhmissä kehitys on voinut olla keskimääräistä huonompaa. Kuviosta 2 havaitaan, että pienituloisuusaste ja näin ollen köyhyysriski erityisesti työttömien keskuudessa kasvoivat merkittävästi 1990-luvulta finanssikriisiin asti.



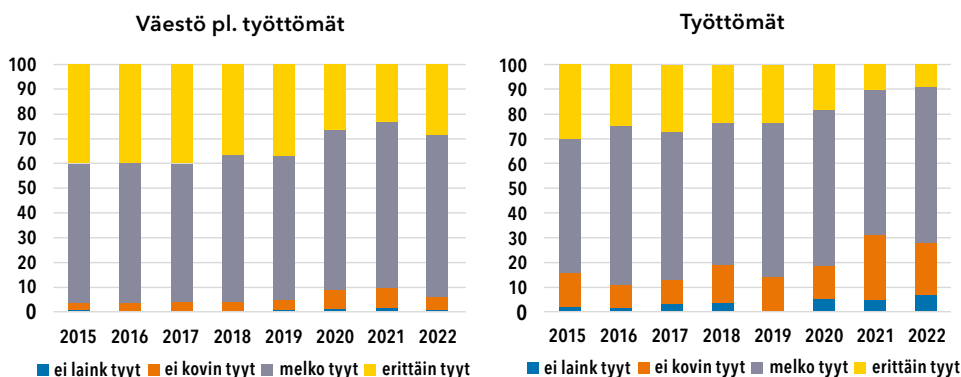
Kuvio 2: Pienituloisuusasteen kehitys Suomessa 1987–2020 sosioekonomisen aseman mukaan. Lähde: Tulonjakotilasto, Tilastokeskus.

Käytetyissä mittareissa ei kuitenkaan tule kovin selkeästi esiin varsinainen absoluuttinen köyhyys. Tulojakauman ääripäissä tapahtuvat muutokset eivät näy kovin herkästi Gini-kertoimessa, ja toisaalta pienituloisuusaste mitataan suhteessa mediaanituloihin. Tällöin esimerkiksi taantumissa, kun mediaanitulot laskevat, pienituloisuusaste saattaa laskea, vaikka pienituloisten henkilöiden määrä kasvaa.

Kauhanen ym. (2020) ovat tarkastelleet köyhyyden kehitystä vuosina 1995–2014 hienojakoisemmin kuin tässä kirjoituksessa voidaan tehdä. Heidän mukaansa sosioekonomisten ryhmien välillä on eroja sen suhteen, kuinka paljon pienituloisuuden rajan alapuolella ne ovat. Suuren köyhyysriskin ryhmistä esimerkiksi työttömillä ja muilla työmarkkinoiden ulkopuolella olevilla niin sanotut köyhyyskuilut ovat keskimääräistä suurempia. He ovat havainneet myös, että tutkitulla ajanjaksolla vuosittaisten köyhyysriskien kasvu johtui ennen kaikkea pitkittyneen köyhyyden lisääntymisestä, eli köyhyys on syventynyt sen keston suhteen (Kauhanen ym. 2020).

Kuten edellä luvussa 1 todettiin, tulojen kehitys ei välttämättä kerro kaikkea hyvinvoinnin kehityksestä. Kuviossa 3 esitetään subjektiivisen hyvinvoinnin kehitys Suomessa vuosina 2015–2022. Kuviossa on käytetty Eurobarometri-aineiston kysymystä ”Oletko elämääsi kaiken kaikkiaan erittäin tyytyväinen, melko tyytyväinen, et kovin tyytyväinen vai et lainkaan tyytyväinen?” Vasemmanpuoleinen paneeli kuvaa elämäntyytyväisyyden kehitystä muilla kuin työttömillä ja oikeanpuoleinen paneeli työttömillä.

Kuviosta nähdään esimerkiksi, että tyytyväisyys elämään on heikentynyt korona-aikana. Lisäksi tyytymättömyys on korkeampaa työttömillä koko tarkastelujakson ajan, mikä on linjassa työttömyyden ja subjektiivisen hyvinvoinnin yhteyttä tarkastelevien tutkimusten kanssa (Clark 2018). Tutkimuksissa on myös havaittu, että työttömyyden negatiivinen vaikutus hyvinvointiin ei liity pelkästään taloudellisten resurssien eli tulojen heikentymiseen (Winkelmann ja Winkelmann 1998). Muissa vastaajissa tyytymättömiä on melko vähän, mutta työttömien ryhmässä tyytymättömien osuus on huomattava, korona-aikana noin 30 prosenttia, ja erittäin tyytymättömiäkin on noin 5 prosenttia työttömistä vastaajista. Kuten edellä mainittiin, pahoinvoinnin havaitseminen kyselyvastauksista voi kuitenkin olla haastavaa, jos erityisen heikossa asemassa olevat henkilöt eivät vastaa kyselyyn.

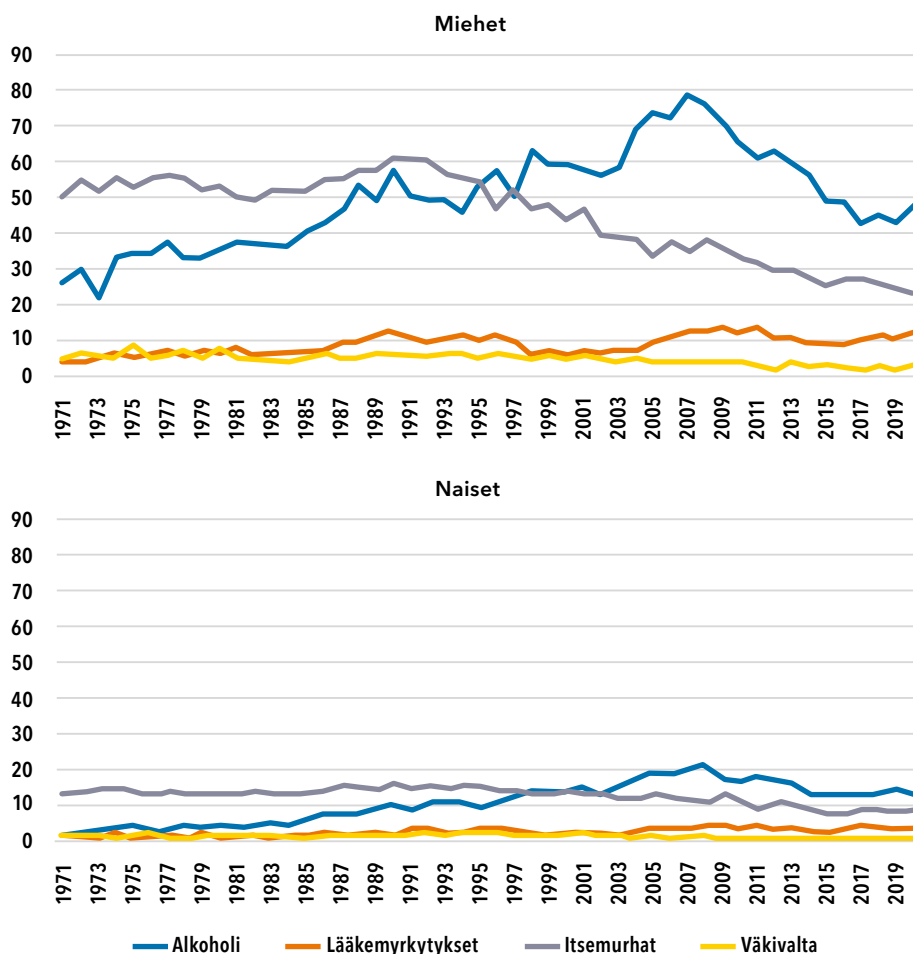


Kuvio 3: Subjektiivisen hyvinvoinnin kehitys Suomessa 2015–2022.

Lähde: Eurobarometri-kyselyt, Euroopan komissio.

Subjektiivista hyvinvointia arvioivien kyselyiden rinnalla onkin usein tarkasteltu myös suurempia pahoinvoinnin mittareita, kuten niin sanottujen epätoivon kuolemien (engl. *death of despair*) lukumäärää (Case ja Deaton 2020) tai mielenterveyshäiriöiden lukumäärää. Epätoivon kuolemat viittaavat itsemurhista, huumausaineiden yliannostuksista ja alkoholista aiheutuviin kuolemiin.

Kuviossa 4 esitetään väestömäärään ja ikärakenteeseen vakioitu kuolleisuus 15–64-vuotiaiden keskuudessa kuolinsyyn mukaan. Kuviosta 4 nähdään, että alkoholiin liittyvät kuolemat lisääntyivät etenkin miesten keskuudessa noin vuoteen 2005 asti ja ovat vähentyneet sen jälkeen voimakkaasti. Myös itsemurhissa nähdään voimakkaasti laskeva trendi. Tälläkään mittarilla huonovointisuus ei siis näytä viime vuosina lisääntyneen väestötasolla. Tätä kirjoitusta varten käytettävissä oleva aineisto ei kuitenkaan mahdollista kuolinsyiden erittelyä esimerkiksi sosioekonomisten ryhmien mukaan.

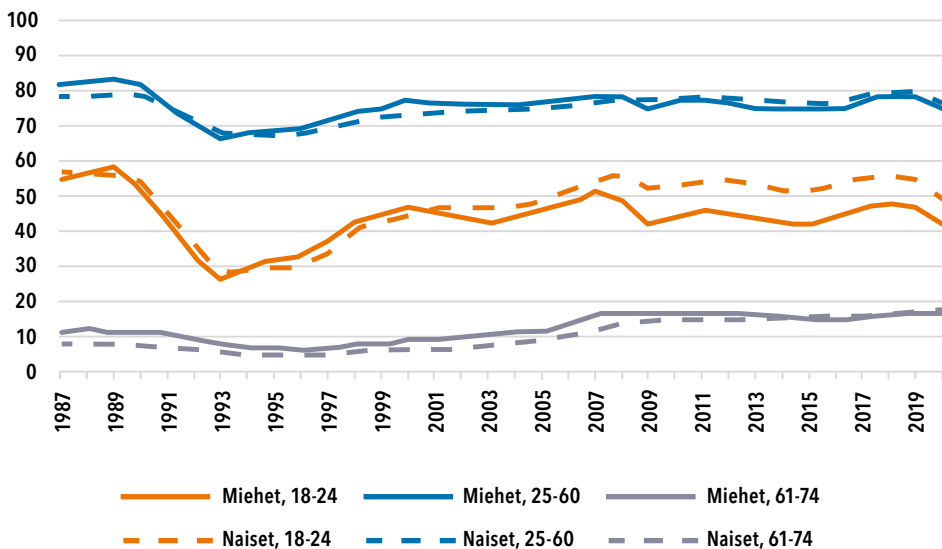


Kuvio 4: Alkoholista, lääkeyrkytyksistä ja itsemurhista aiheutuneet kuolemat Suomessa 1971-2020. Lähde: Kuolemansyyt-ilasto, Tilastokeskus.

Huttunen ja Lombardi (2021) ovat tarkastelleet kuolleisuuseroja pieni- ja suurituloisten alueiden välillä Suomessa. Heidän tulostensa mukaan kuolleisuuserot ovat pääasiassa melko pieniä. Alle 45-vuotiaiden miesten osalta kuitenkin löydetään merkittäviä tuloihin liittyviä eroja alueellisessa kuolleisuudessa, ja nämä erot eivät ole pienentyneet ajan saatossa. Kyseisessä ryhmässä itsemurhat, alkoholi ja onnettomuudet ovat merkittävä kuolinsyy.

Kohorttikohtaiset erot kuolleisuudessa merkitsevät eroja eliniänodotteessa. Tarkiaisen ym. (2017) mukaan ylimmän ja alimman tuloviidenneksen ero 25-vuotiaiden eliniänodotteessa kasvoi 2000-luvun alkupuolella, mutta kasvu vaikuttaa pysähtyneen vuoden 2010 jälkeen. Ero 25-vuotiaiden eliniänodotteessa ylimmän ja alimman tuloviidenneksen välillä oli vuosina 2011–2014 miehillä noin 10 vuotta ja naisilla noin 5 vuotta.

Tässä kirjoituksessa ei ole mahdollista eritellä tarkemmin yllä esitettyjen havaintojen syitä. Voidaan kuitenkin todeta, että nuorten miesten keskuudessa työllisyys on viime vuosina kehittynyt muita ryhmiä huonommin (kuvio 5). Yksi työllistymisen kannalta merkittävimmistä tekijöistä on koulutus, jolloin tärkeä havainto on myös se, että miehistä suurempi osa kuin naisista on vailla peruskoulun jälkeistä koulutusta (ks. esim. Talouspolitiikan arviointineuvosto 2018, 97). Heikon työmarkkina-aseman lisäksi toisen asteen koulutuksen ulkopuolelle jääminen on yhteydessä muihinkin epäsuotuisiin tulemiin kuten rikollisuuteen ainakin lyhyellä aikavälillä (Huttunen ym. 2019).



Kuvio 5. Työllisyyskehitys sukupuolen ja iän mukaan 1987-2020.

Lähde: Työvoimatutkimus, Tilastokeskus.

Henkilön heikon työtilanteen ja alhaisen subjektiivisen hyvinvoinnin taustalla ovat usein mielenterveydelliset syyt. Mielenterveyden ongelmien merkitys onkin kasvanut sekä työkyvyttömyyseläkkeiden että sairauspoissaolojen taustatekijänä. Etenkin masennus- ja ahdistuneisuushäiriön takia korvattujen sairauspäivien kasvu on ollut nopeaa varsinkin vuoden 2016 jälkeen. Vuonna 2020 kasvu kuitenkin taittui. Mielenterveyssyistä johtuvat sairauspoissaolot ovat lisääntyneet kaikissa ikäryhmissä mutta erityisesti alle 34-vuotiaiden ikäryhmässä (Blomgren ja Perhoniemi 2021). Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden määrä on yleisesti pienentynyt viime vuosikymmenten aikana. Nuoremmassa ikäluokassa eli alle 35-vuotiaissa mielenterveyssyistä, etenkin masennuksesta johtuen, työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on hieman yleistynyt (Laaksonen ym. 2021). Kaiken kaikkiaan hyvinvoinnin edistämisen ja hyvinvointierojen kaventamisen näkökulmasta keskeisiä olisivat siis todennäköisesti sellaiset toimet, jotka vaikuttavat heikossa asemassa olevien henkilöiden koulutukseen, terveyteen, kuten mielenterveyteen, sekä tulotasoon ja työllisyyteen.

Tulevaisuuskysymyksiä ja toimenpide-ehdotuksia

Talouspolitiikkakeskustelua on jälleen koronakriisin pahimman vaiheen laannuttua hallinnut tarve korjata julkisen talouden kestävyysvajetta. Sitä voidaan pyrkiä korjaamaan kolmella tavalla: (i) toteuttamalla rakenteellisia uudistuksia, jotka parantavat tuottavuutta ja tehostavat julkisten palveluiden tuotantoa, (ii) menoleikkauksilla tai (iii) veronkorotuksilla. Seuraavassa otetaan ensin kantaa keskusteluun menoleikkauksista ja veronkorotuksista. Lopussa käsitellään hyvin lyhyesti sosiaali- ja terveystalouden uudistusta, jolla pyritään sekä kaventamaan terveys- ja hyvinvointitietoja että hillitsemään kustannusten kasvua. Sote-uudistus on yksi merkittävimmistä viimeaikaisista rakenteellisista uudistuksista, ja se liittyy suoraan keskeiseen hyvinvoinnin osa-alueeseen, terveyteen.⁶

Kun kestävyysvajetta pyritään korjaamaan, hyvin todennäköisesti tarvitaan sekä budjetin meno- että tulopuolen keinoja. On siis tarpeen arvioida kriittisesti julkisia menoja ja samalla etsiä keinoja verotulojen kasvattamiseen. Vaikka veronkorotuksia on budjetin tasapainottamisen keinona usein haluttu vältellä, tälle ei ole selkeää, yksiselitteistä perustelua (ks. esim. Talouspolitiikan arviointineuvosto 2016, luvut 6 ja 7). Kun päätetään painopisteestä menoleikkausten ja veronkorotusten välillä, kyse onkin poliittisesta päätöksestä siitä, kuinka kattavat hyvinvointipalvelut ja sosiaaliturva yhteiskunnassa halutaan olevan. Yleisesti ottaen veronkorotukset useimmiten kasvattavat verotuloja ja parantavat hyvinvointivaltion rahoituspohjaa.⁷ Mikäli tulo- ja hyvinvointitietojen ei haluta kasvavan, ei ole syytä rajata veronkorotuksia keinovalikoiman ulkopuolelle.

Merkittävä ero meno- ja tulopuolen keinoissa liittyy niiden tulonjakovaikutuksiin eli siihen, kuka sopeutuksen maksaa. Talouspolitiikan arviointineuvosto (2016, 63 ja 64) on korostanut, että toimenpiteiden budjettivaikutuksiin keskittymisen ohella olisi tarpeen arvioida sopeutusohjelman tulonjakovaikutuksia systemaattisesti. Kärkkäinen ja Tervola (2018) ovat arvioineet edellisen vaalikauden 2015–2018 aikana tehtyjen talouspoliittisten toimenpiteiden tulonjakovaikutuksia. He mainitsevat keskeisinä tuloeroja kasvattaneina toimina indeksijäädytykset ja veronkevennykset. He ottavat huomioon myös politiikkamuutosten työllisyysvaikutukset ja toteavat, että tällöin edellisellä vaalikaudella toteutettujen toimien kokonaisvaikutus eriarvoisuuteen Gini-kertoimella mitattuna on pieni. Ollonqvist ym. (2021) ovat vastaavasti arvioineet vuonna 2020 voimaan tulneiden takuueläkkeen ja työttömyysturvan korotusten vaikutuksia ja todenneet niiden heikentävän työnteon kannusteita ja kaventavan tuloeroja hieman.

6 Esimerkiksi Talouspolitiikan arviointineuvosto (2022) ja tuottavuuslautakunta ovat analysoineet yleisemmin toimia, joilla tuottavuuskehitystä voidaan pyrkiä parantamaan. Tämä on tärkeä keskustelu, koska heikon tuottavuuskehityksen on katsottu olevan yksi merkittävimmistä tekijöistä henkilöä kohden tuotetulla bruttokansantuotteella mitattuna heikon yleisen tulokehityksen ja velkaantumisen taustalla. Tässä lyhyessä kirjoituksessa ei ole mahdollista arvioida tuottavuutta kohentavia toimenpiteitä yleisemmin.

7 Ylimpien tulojen verotuksen osalta tätä kysymystä ovat tarkastelleet esimerkiksi Kotakorpi ja Matikka (2017) ja viimeisimpänä Seuri (2022).

Kosonen ym. (2019) ovat esittäneet SISU-mikrosimulointimallilla lasketut vaikutukset käytettävissä oleviin tuloihin tuloluokittain, jos valtion tuloveroasteikkoa korotettaisiin 0,4 prosenttiyksiköllä tai jos kansaneläkeindeksiä leikattaisiin. Tarkastellut toimenpiteet ovat vertailukelpoisia siinä mielessä, että molemmissa toimenpiteissä valtion budjetti vahvistuisi 180 miljoonalla eurolla. Tulonjakovaikutukset ovat kuitenkin huomattavan erilaiset: indeksileikkaukset kohdistuvat voimakkaasti alimpiin tulonsaajakymmenyksiin, kun taas tuloveron korotukset kohdistuvat ylempiin tulokymmenyksiin. Kososen ym. (2019) mukaan kokonaiskuva muuttuu vain hieman, kun huomioidaan muutosten aiheuttamat työllisyysvaikutukset.

Yleisemminkin menoleikkaukset voivat osua heikko-osaisiin ryhmiin, joille julkisilla palveluilla ja sosiaaliturvalla on erityinen merkitys. Tällöin leikkaukset kasvattavat hyvinvointieroja. Keskustelu leikkauksista nousee usein esiin taloudellisesti vaikeina aikoina, jolloin kuitenkin sosiaaliturvan merkitys hyvinvointierojen tasoittajana korostuu erityisesti (ks. esim. Eerola ja Kotakorpi 2020). Sosiaaliturvan tarkoitus onkin juuri tasoittaa talouden heilahtelujen vaikutusta hyvinvointiin.

Toisaalta kun politiikkatoimilla pyritään lievittämään taloudellisten shokkien vaikutuksia, on syytä kiinnittää huomiota toimenpiteiden järkevään kohdentumiseen. Useat taloustieteilijät kritisoivat esimerkiksi yleisiä sähkön arvonlisäveron alennuksia, joilla pyrittiin vastaamaan viimeaikaiseen sähkön hinnannousuun. Vaikka heikoimmassa asemassa olevien kotitalouksien tukeminen vastaavissa tilanteissa voi olla perusteltua, yleinen veronalennus nähtiin kalliina ja tehottomana keinona (ks. esim. Paananen 2022).

Vaikka sosiaaliturvan leikkaukset parantavat työllistymisen kannustimia ja niiden myötä työllisyys keskimäärin paranee, työllistyminen riippuu myös työn kysynnästä. Kaikki eivät siis leikkausten seurauksena työllisty, ja näiden henkilöiden hyvinvointi laskee leikkausten vuoksi. Esimerkiksi perustulokeilussa työllistymisen kannusteet paranivat merkittävästi, mutta työllisyys ei kohentunut (Verho ym. 2022). Tutkimuksessa on havaittu myös, että työllistymiseen tähtäävien politiikkatoimien vaikutus voi olla pienempi juuri niiden kohdalla, jotka ovat valmiiksi heikossa asemassa (Hall ym. 2022).

Kuten edellä todettiin, terveyserot ja niihin vaikuttava politiikka ovat hyvinvoinnin kannalta tärkeä erityiskysymys. Sote-uudistuksen yhtenä tavoitteena on hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen. Samalla sote-uudistus on keskeinen rakenteellinen toimi, jolla pyritään myös hillitsemään julkisten menojen kasvua.

Julkisella sektorilla on keskeinen rooli sekä terveydenhuollon rahoituksessa että tuotannossa markkinoiden epätäydellisyyksien vuoksi (ks. esim. Kotakorpi ja Seuri 2019). Vahvaa julkista terveydenhuoltoa voidaan pitää terveyseroja kaventavana tekijänä. Tällä hetkellä on vaikea arvioida kattavasti sote-uudistuksen vaikutuksia terveyseroihin. Eri-arvoisuutta vähentävä tekijä uudistuksessa on esimerkiksi terveystalouden järjestämistä vastuun keskittäminen aiempaa suuremmille alueille. Toisaalta suunnitellut menoleikkaukset voivat toteutuessaan kasvattaa eriarvoisuutta terveydessä. Samaan suuntaan voi vaikuttaa se, että täyteen valtionrahoitukseen perustuva rahoitusmalli ei luo hyvinvointialueille riittäviä kannusteita panostaa ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon (Kortelainen ym. 2021).

Työterveyshuolto on merkittävä eriarvoisuutta lisäävä tekijä suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä, ja se voi myös kasvattaa terveydenhuollon kustannuksia päällekkäisten vakuutusten vuoksi (Talouspolitiikan arviointineuvosto 2019, luku 5.4). Terveys- ja hyvinvointierojen näkökulmasta oleellista olisi pohtia, miten ehkäistäisiin sitä, että työttömyys merkitsee alhaisempien tulojen lisäksi samalla heikompaan terveyspalveluiden saatavuutta. Laadukkaiden terveyspalveluiden saatavuus vaikuttaa yksilöiden hyvinvointiin sekä suoraan että myös epäsuorasti tukemalla työkyvyn ylläpitämistä ja työllisyyttä.

Lopuksi

Väestötason mittareilla hyvinvoinnin ja pahoinvoinnin samanaikaista kasvua ei ole havaittavissa. Pahoinvoinnin tarkastelemiseksi tarvitaan tarkempia mittareita ja keskittymistä riskiryhmiin. Sekä tulokehityksellä, kuten pienituloisuusasteella, että subjektiivisella hyvinvoinnilla mitattuna esimerkiksi työttömyys korostuu hyvinvointia heikentävänä tekijänä, ja työmarkkina-asema puolestaan on yhteydessä esimerkiksi koulutustasoon. Pienituloisuus on yhteydessä myös heikompiin terveystuloihin.

Huono-osaisuuden lievittämisessä julkisella sektorilla on merkittävä rooli. Kun valitaan julkisen vallan toimia esimerkiksi kestävyysvajeen korjaamiseksi, on hyvä ottaa huomioon, että erilaiset politiikkatoimet vaikuttavat hyvin eri tavalla tulonjakoon ja hyvinvoinnin jakautumiseen. Työllisyyttä kohentavat toimet voivat parantaa työllistyvien asemaa, kun taas edelleen työttömänä olevat henkilöt kärsivät sosiaaliturvan leikkauksista. Sopeutustoimista menoleikkaukset koituvat yleensä heikommassa asemassa olevien maksettaviksi, kun taas veronkorotukset kohdistuvat tyypillisesti suurempituloisiin ryhmiin.

Kirjallisuus

Arrow, K. J. (1963) Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review* 53(5), 941–973.

Blomgren, J. & Perhoniemi, R. (2021) Masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt aiheuttavat eniten mielenterveysperusteisia sairauspäivärahopäiviä. Kela, *Tutkimusblogi* 3.5.2021.

Case, A., & Deaton, A. (2020) *Deaths of despair and the future of capitalism*. Princeton: Princeton University Press.

Clark, A. E. (2018) Four decades of the economics of happiness: Where next? *Review of Income and Wealth* 64(2), 245–269.

Clark, A. E., d'Ambrosio, C., & Zhu, R. (2021) Living in the shadow of the past: Financial profiles and well-being. *The Scandinavian Journal of Economics* 123(3), 910–939.

Eerola, E. & Kotakorpi, K. (2020) [Muuttaako koronakriisi käsitystämme julkisen vallan tehtävistä?](#) *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 2/2020.

Hall, C., Kotakorpi, K., Liljeberg, L. & Pirttilä, J. (2022) Screening through activation? Differential effects of a youth activation program. *Journal of Human Resources* 57(3), 1033–1077.

Huttunen, K. & Lombardi, S. (2021) Mortality Inequality in Finland. *Fiscal Studies* 42(1), 223–244.

- Huttunen, K., Pekkarinen, T., Uusitalo, R. & Virtanen, H. (2019) Lost boys: Access to secondary education and crime. *IZA DP No.* 12084.
- Kauhanen, A., Riihelä, M. & Tuomala, M. (2020) Köyhyys ja köyhyyden pitkittyminen Suomessa. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 1/2020.
- Kortelainen, M., Kotakorpi, K. & Lyytikäinen, T. (2021) [Hyvinvointialueiden rahoitusmallin kannustinvaikutukset](#). *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 2/2021.
- Kosonen, T., Ravaska, T., Kanninen, O. & Suoniemi, I. (2019) Sopeuttamistoimien erilaiset vaikutukset tuloluokittain. *PT Policy Brief* 1/2019.
- Kotakorpi, K. & Matikka, T. (2017) Revenue-maximizing Top Earned Income Tax Rate in the Presence of Income-shifting. *Nordic Tax Journal* 1(1), 100–107.
- Kotakorpi, K. & Seuri, A. (2019) Yksityisen ja julkisen sektorin työnjako sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Talous & Yhteiskunta* 1/2019.
- Kärkkäinen, O. & Tervola, J. (2018) *Talouspolitiikan vaikutukset tuloeroihin ja työllisyyteen 2015–2018*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 59/2018.
- Laaksonen, M., Blomgren, J. & Perhoniemi, R. (2021) Mielenterveyssyistä alkavat eläkkeet ovat yleistyneet nuorilla mutta vähentyneet vanhemmissa ikäryhmissä. *Lääkärilehti* 76(36), 1889–1897.
- Layard, R. (2010) Measuring subjective well-being. *Science* 327(5965), 534–535.
- Layard, R. (2018) Mental illness destroys happiness and is costless to treat. *Global Happiness* 63, 19–31.
- Ollonqvist, J., Tervola, J., Pirttilä, J. & Thoresen, T. O. (2021) *The distributional effects of tax-benefit policies: A reduced form approach with application to Finland [Vero- ja etuusjärjestelmän tulonjakovaikutukset – käyttäytymisvaikutusten arviointimenetelmiä kehittämässä]*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 1/2021.
- Paananen, V. (2022) Masentavaa, vastuutonta: Taloustieteilijät moittivat hallituksen budjettiratkaisuja. *Helsingin Sanomat* 1.9.2022. <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000009040681.html>.
- Reisinger, J. (2022) Subjective well-being and social desirability. *Journal of Public Economics* 214(104745).
- Seuri, A. (2022) Kommentti Kirkko-Jaakkolalle ja Kotamäelle. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 3/2022.
- Talouspolitiikan arviointineuvosto (2016) *Talouspolitiikan arviointineuvoston raportti 2015*. https://www.talouspolitiikanarviointineuvosto.fi/wordpress/wp-content/uploads/2016/05/Economic_Policy_Council_Report_2015.pdf.
- Talouspolitiikan arviointineuvosto (2018) *Talouspolitiikan arviointineuvoston raportti 2017*. <https://www.talouspolitiikanarviointineuvosto.fi/wordpress/wp-content/uploads/2018/04/Raportti2017.pdf>.
- Talouspolitiikan arviointineuvosto (2019) *Talouspolitiikan arviointineuvoston raportti 2018*. <https://www.talouspolitiikanarviointineuvosto.fi/wordpress/wp-content/uploads/2019/04/Raportti2018.pdf>.
- Talouspolitiikan arviointineuvosto (2022) *Talouspolitiikan arviointineuvoston raportti 2021*. https://www.talouspolitiikanarviointineuvosto.fi/wordpress/wp-content/uploads/2022/01/Raportti_2021.pdf.
- Tarkiainen, L., Martikainen, P., Peltonen, R., & Remes, R. (2017) Sosiaaliryhmien elinajanodote-erojen kasvu on pääosin pysähtynyt. *Lääkärilehti* 72(9), 588–593.
- Verho, J., Hämäläinen, K. & Kanninen, O. (2022) Removing Welfare Traps: Employment Responses in the Finnish Basic Income Experiment. *American Economic Journal: Economic Policy* 14, 501–522.
- Winkelmann, L. & Winkelmann, R. (1998) Why are the unemployed so unhappy? Evidence from panel data. *Economica* 65(257), 1–15.



Digihyvinvointi kasvattaa pahoinvointia - Lisääntykö epätasa-arvo uusien digiteknologioiden myötä?

Jaana Leikas
dosentti, johtava tutkija
Teknologian tutkimuskeskus VTT Oy

Digihyvintointi lisää pahoinvointia

Lisääntykö epätasa-arvo uusien teknologioiden myötä?

Kun julkishallinnossa kehitetään digitaalisia ratkaisuja, otetaan samalla vahvasti kantaa siihen, millaista tulevaisuuden yhteiskuntaa halutaan rakentaa. Digitalisaatio ja teko-älyteknologiat luovat taloudellisia ja sosiaalisia mahdollisuuksia, mutta ne voivat myös muuttaa yhteiskuntarakenteita ja luoda sosiaalisia riskejä ja uhkia. Haavoittuvimmassa asemassa ovat ne, joilla ei ole kykyä tai mahdollisuutta digiteknologian hankintaan ja turvalliseen käyttöön. Suuri joukko ikäihmisiä kuuluu tähän ryhmään.

Siksi teknologian haltuun ottamisessa tarvitaan selkeitä eettisiä näkemyksiä, joiden perusteella teknologian päämäärät voidaan valita. Suomelle on linjattu kansallinen digitaalinen tahtotila, joka ulottuu vuoteen 2030. Sen mukaan Suomen digitaalista kehitystä ohjaavia arvoja ovat reilu ja vastuullinen datan hyödyntäminen sekä digitaalinen osallisuus ja yhdenvertaisuus: ketään ei jätetä jälkeen. Suomalaisten digitaaliset oikeudet kattavat muun muassa mahdollisuuden hallita omia tietoja.

Digitalisaatio edistää elämänhallintaa

Ikääntyminen luo yhä kasvavia mahdollisuuksia digipalveluiden markkinoille. Digiteknologialla voi olla moninainen mahdollistava ja voimaannuttava rooli ikäihmisten, heidän läheistensä ja hoitajien arjessa ja elämänlaadun parantamisessa. Digiteknologia voi monin tavoin voimaannuttaa ikäihmisiä ja heidän läheisiään ja hoitajiaan sekä parantaa heidän arkeaan. Etenkin kehittyvät tekoälyteknologiat tulevat lisäämään hyvinvointia monenlaisten palvelujen muodossa.

Älypuhelimesta ja tietokoneesta on nopeasti tullut jokapäiväisen elämän hallintalaitteita. Niiden käyttöön on sitouduttu myös julkisten palvelujen hyödyntämisessä. Lähes kaikissa julkisissa palveluissa ja suuressa osassa yksityisiä palveluja asioidaan digiteknologian avulla. Digitalisoitumisesta kertovat myös kauppojen asiakasetu- ja bonuskorttijärjestelmät, verkko- ja mobiilipankit sekä sosiaalisen median eri muodot ja alustat. Matka-, tapahtuma- ja varauspalvelut sekä terveys- ja neuvontapalvelut saavutetaan digiteknologian välityksellä. Digivälineiden avulla myös opiskellaan ja opitaan. Lisäksi teknologiaa hyödynnetään yhä enemmän sosiaalisten suhteiden luomisessa ja ylläpitämisessä. Ikäihmisiä koskevissa skenaarioissa on teknologialla vahva rooli yksinäisyyden vähentämisessä.

Kansalaiset ovat mukautuneet ja mukauttaneet elämäänsä sähköisen viestinnän luomaan digitaaliseen elämäntapaan. Digitaalisten laitteiden nivoutuminen osaksi elämäntapaa on ollut kaksisuuntainen prosessi: teknologiaa on sovitettu elämäntapaan, mutta myös

elämäntapa on muotoutunut teknologian myötä. Uusien palveluiden myötä kehittyvät uusia käyttötapoja, joiden avulla palvelujen haltuun ottaminen ja asioiden tekeminen muuttuvat monille helpommaksi.

Digipalvelujen käyttö edellyttää digiosallisuuden toteutumista. Digiosallisuus on tavoite-tila, jossa kaikilla yhteiskunnan jäsenillä on mahdollisuus ja kyky osallistua digitalisoituneen yhteiskunnan toimintaan. Asioiden hoitamisen edellytyksenä on, että järjestelmiin tunnistautuminen hoituu vaivattomasti. Onkin esitetty muun muassa digitaalista henkilöllisyystodistusta. Digitaalinen henkilöllisyystodistus nähdään vaihtoehtoksi julkisen sektorin asiointiin niille, jotka eivät halua käyttää tai eivät pysty käyttämään mobiili-sovellusta.

Digitaalisuus lisää avuttomuutta ja haavoittuvuutta

Digitaalisen siirtymän toteutumista varjostaa se, että moni ikäihminen ei pysty käyttämään digipalveluja. Monet ikäihmiset elävät jo digitalisaation katvealueella. Esimerkiksi julkisten tilojen ja palvelujen lisääntyvä automaatio vaikeuttaa ikäihmisten asiointia kodin ulkopuolella ja osallistumista sosiaaliseen elämään. Palvelujen saanti ja haltuunotto ovat vaikeutuneet, koska digipalvelujen käytön hahmottaminen ja omaksuminen poikkeavat aikaisemmasta kokemuksesta (Ruohonen, Mäkipää & Ingalsuo 2017).

Toki osa jo eläkkeellä jonkin aikaa olleista osaa hyödyntää internetiä ja mobiilipalveluja omassa arjessaan, mutta kohtuuttoman suuri osa ikääntyneistä on joutunut seuraamaan teknologian kehittymistä sivusta. Nämä ikääntyneet eivät surffaile internetissä, ja matkaksi tai älypuhelimella he käyttävät vain puhumiseen. Heitä teknologian nopea kehittyminen ahdistaa, ja monet heistä kokevat olevansa heikoilla jäillä uusien teknisten sovellusten suhteen. Monet näistä ikäihmisistä ovat yksin eläviä naisia tai pariskuntia ilman nuoremman sukupolven apua digipalvelujen käytössä.

On syntymässä levenevä kuilu osaavien ja ei-osaavien välillä. Puhutaan jopa teknologiasta syrjäytymisestä ja kokonaisten väestöryhmien sulkemisesta digipalvelujen ulkopuolelle. Ne ikääntyneet, jotka eivät osaa tai eivät voi hyödyntää digipalveluja, ovat vaarassa pudota oleellisten palvelujen saavuttamattomiin. Tämä ei ole vain tämän päivän ikääntyneiden ongelma, vaan teknologian nopean kehityksen vuoksi siitä tulee ongelma myös tulevaisuuden ikääntyneille.

Digitaalinen kuilu ei ole negatiivinen asia vain ikäihmisten näkökulmasta. Se vaikuttaa kielteisesti myös yhteiskunnan kehittymismahdollisuuksiin. Palvelujen piiriin pääsyn pitäisi olla jokaisen kansalaisen perusoikeus. Ilman sitä ei voi täysin osallistua yhteiskuntaan. Yhteiskunta ei myöskään pysty hyödyntämään ikääntyvien valtavaa elämäkokemusta, kun se estää heitä osallistumasta yhteiseen ja yhteisölliseen toimintaan liian vaikeasti saavutettavan teknologian vuoksi.

Useimpiin palveluihin vaaditaan digitaalinen tunnistautuminen. Asiointi ilman pankkitunnuksia ja internetiä on ikäihmiselle haastavaa, ja asioiden selvittäminen ilman näitä välineitä vaatii kohtuuttoman paljon aikaa. Asiakaspalvelua ei useinkaan saa ilman ajan-

varausta, ja useimmiten suositellaan joka tapauksessa varaamaan aika verkkopalvelun kautta. Vaikka ajanvarauksen pystyisikin tekemään puhelimitse, voi sekin olla esimerkiksi huonokuuloiselle hankalaa.

Vaikka tunnistautuminen onnistuisi, digipalvelujen käyttö vaatii verkkolukutaitoa ja sähköisiä viestintätaitoja. Ikäihmiset vierastavat vielä internetin hyödyntämistä monesti siksi, että sen käyttö koetaan vaikeaksi ja sen tarjoama sisältö sekavaksi. Valtavasta tietomäärästä on vaikea erottaa oleellista. Ikäihmiset, jotka eivät ole tulleet tutuiksi tietokoneen kanssa, myös usein pelkäävät kaikkea tietotekniikkaa tai sitä, että sovellusten käyttö tulee liian kalliiksi.

Suurin syy siihen, että digipalvelujen käyttö on ikäihmisistä vaikeaa, ovat kuitenkin huonosti suunnitellut käyttöliittymät, jotka eivät huomioi ikääntymisen mukanaan tuomia aistitoimintojen muutoksia: heikentynyt näkökyky, kuulo ja hienomotoriikka vaikeuttavat verkkosivujen käyttöä.

Silmät, sormet, korvat ja muisti

Ikääntymisen tuomat neurologiset muutokset ovat tärkein syy siihen, että ikääntyneiden ihmisten ajattelun ja tiedonkäsittelyn toiminnot heikkenevät. Kognitiivisen suoritustason muutokset liittyvät toisaalta oppimiseen, toisaalta hermoston toimintaan. Kokemuksen lisääntyminen parantaa suoriutumista, mutta toisaalta aiemmin omaksutut tiedot vanhe-nevat kulttuurin muutosten myötä, mikä taas usein heikentää suoriutumista.

Euroopan komission mukaan vuonna 2007 kuulon, näkökyvyn ja hienomotoriikan heikentymisestä kärsi jo yli 20 prosenttia yli 50-vuotiaista. Tuolloin yli 60 prosenttia 50–64-vuotiaista koki fyysisiä tai kognitiivisia ongelmia digiteknologian käytössä ja 14 miljoonalla Euroopan kansalaisella on vaikeuksia matkapuhelimen käytössä. Näiden arvioiden jälkeen Euroopan ikääntyneiden määrä on kasvanut. Tyypillisimmät ongelmat tieto- ja viestintäteknologian käytössä ovat niin sanottuja käyttöliittymäongelmia, joiden ratkaisu edellyttää paneutumista käytettävyyteen ja helppokäyttöisyyteen sekä ikääntymisen fysiologisiin ja kognitiivisiin prosesseihin. Näiden rinnalla oleellisia ovat myös käyttäjäkokemukseen liittyvät emotionaaliset tekijät, jotka vaikuttavat siihen, hyväksyykö ikääntynyt henkilö tuotteen käyttöönsä.

Digipalvelujen käyttäminen vaatii hyvää näkökykyä, sorminäppäryyttä ja joskus myös kuuloa. Näppäimistöt, hiiret, äly- ja matkapuhelimet, kortinlukijat, digitaaliset näytöt sekä julkisten päätelaitteiden kosketusnäytöt ovat kaikki välineitä, joiden käyttämisessä tulisi olla vähintäänkin suhteellisen hyvä sormien hienomotoriikka ja hyvä näkökyky.

Useimpien tieto- ja viestintäteknologian tuotteiden ja digipalvelujen käyttäminen vaatii myös toimivaa muistia. Usein ajatellaan, että laitteiden käytössä on tärkeää muistaa, mitä pitää tehdä ja milloin. Digipalvelujen käytössä on kuitenkin vähintään yhtä tärkeää muistaa, mitä on juuri aiemmin tehnyt. Tätä niin sanottua retrospektiivistä muistia vaaditaan etenkin erilaisten valikkojen käytössä. Ei riitä, että muistaa, mitä pitää valita seuraavaksi, vaan on muistettava myös, mitä on juuri äsken valinnut. Kun suunnitellaan

käyttöliittymiä, pitäisi arvioida uudelleen ja kyseenalaistaa, onko tämä valikkojen ja näppäinten käytön ominaisuus välttämätön, ja ottaa huomioon käyttäjän heikentyneet muistitoiminnot.

Silmän, sormien ja muistin merkitys korostuu, kun pitää samanaikaisesti käyttää pieniä painikkeita oikeassa järjestyksessä ja muistaa esimerkiksi salasanansa. Sirukortti on tästä esimerkki: pystyäkseen maksamaan ostoksensa kaupan kassalla asiakkaan täytyy nähdä pieneltä näyttöruudulta kortinlukijan esittämät vaihtoehdot, muistaa PIN-koodi ja näppäillä se käyttäen usein hyvinkin pieniä painikkeita.

Teknologiasukupolvet

Siihen, miten uusi, käyttöön tarjottavan teknologia mielletään, vaikuttaa kaksi tekijää: yhtäältä se ikävaihe, jolloin aletaan ensimmäisen kerran oppia teknologian käyttöä, ja toisaalta tuon ajankohdan teknologinen aikakausi, esimerkiksi analoginen tai digitaalinen (Docampo Rama 2001). Tämän päivän nuorille internet ja sosiaalinen media ovat osa jokapäiväistä elämää. Heidän vanhempiensa aikana näitä välineitä ei ollut, ja sen vuoksi näiden uusien välineiden käyttäminenkin ei aina ole vanhemmille yhtä luontevaa.

Teknologiasukupolvia koskevassa ajattelumallissa kyse ei ole vain siitä, että käyttäjät oppivat käyttämään yksittäisiä teknologiapalveluja, kuten verohallinnon verkkosivuja. Ihmiset oppivat teknologioita käyttäessään myös niiden käyttötapoja ja samalla luovat odotuksia, uusia käyttötapoja ja uusia käyttöidealeja. Näiden pohjalta he hahmottavat kohtaamansa teknologiat. Osa teknologioista voi tällöin tuntua tutuilta, mutta osa vieraalta, sillä aikoinaan hankittu tietotaito ei välttämättä olekaan enää siirrettävissä nykyisten tuotteiden ja laitteiden käyttöön. Aikoinaan tutuksi tullut käyttöympäristö on saattanut teknologisen kehityksen ja kulttuurisen muutoksen myötä muuttua tai kadota täysin. Tätä taustaa vasten pitäisi ikäteknologian suunnittelussa ymmärtää, miten eri teknologiasukupolvet eroavat toisistaan.

Suuret ikäluokat ovat oppineet esimerkiksi tekstiä kirjoittamisen mekaanisella kirjoituskoneella, mutta nuorten aikuisten ensimmäinen tekninen kirjoitusväline ovat olleet tietokoneiden tekstinkäsittelyohjelmat. Vastaavasti tämän päivän opiskelijat ovat saaneet työskennellä visuaalisten ja pelillisten käyttöliittymien kanssa, kun taas heidän vanhempansa aloittivat tietokoneen merkkipohjaisten käyttöliittymien kanssa. Nykyään dataa talletetaan muistiin langattomasti pilvipalveluun tai muistitikulle, mutta monet muistavat vielä hyvin levykkeet, jopa suuret kelanauhurit tiedon tallentamisen välineinä. Ikäihminen ei ole välttämättä tottunut tietokoneisiin vaan on tuottanut tekstinsä kirjoituskoneella, jossa teksti siirtyy ainoastaan kirjoituskoneen nauhalle ja paperille. Hänen on tällöin vaikea hahmottaa somemailmaa, jossa oma teksti voi levitä yhdellä painalluksella hetkessä ”koneen ulkopuolelle”, suuren ja tuntemattoman joukon luettavaksi. Samoin on ikänsä lankapuhelimen erillistä kiekkovalintaa ja puhelinluuria käyttäneen hankala hahmottaa vuorovaikutusmallia, joka koostuu älypuhelimen sisään rakennetusta näppäimistöstä, mikrofonista ja kuulokkeista.

Teknologiasukupolvijattelu paljastaa tuotteiden ja sovellusten alikäyttöön liittyvän problematiikan. Tämä tarkoittaa sitä, että ikäihmiset eivät pysty näkemään teknologian tarjoamia mahdollisuuksia, koska he eivät odota näkevänsä niitä. Jos ei ole tottunut

uuden teknologian toimintamalleihin, ei myöskään hahmota sen tarjoamia uusia mahdollisuuksia, sillä oma toimintatapa perustuu vanhoihin malleihin. Tämä tulee selvästi esille varsinkin älypuhelisten ja verkkosovellusten alikäytössä.

Tekoäly muuttaa ihmisen ja teknologian suhdetta

Suomessa tavoitellaan ihmiskeskeistä, ennakoitavuuksista ja tekoälyavusteista yhteiskuntaa. Ihmiset ovat yhä useammin vuorovaikutuksessa algoritmin kanssa. Massadatalle, ennakoivalla analytiikalla ja tekoälyllä voidaan löytää uusia tapoja helpottaa kansalaisten elämää ja muokata tulevaisuutta. Julkisella sektorilla toivotaan, että palvelut tehostuvat, kun tekoälyyn perustuvia sovelluksia otetaan käyttöön. Lupaavinta kehitys on ollut suurten tietomäärien keräämisessä ja käsittelyssä kehittyneen teknologian ja analytiikan avulla. Koneoppimisalgoritmit käyttävät massadataa luodakseen ennakoivia malleja tai tehdäkseen ennusteita nykyhetken ja tulevaisuuden hallinnan välineiksi.

Terveysdataa hyödyntävän analytiikan avulla ja erilaisia rekisteritietoja yhdistämällä pyritään kehittämään sairauksien diagnosointia, hoitoa ja ennaltaehkäisyä. Kun käytetään tekoälyn avulla luotuja työkaluja, voidaan tehdä objektiivisempia, kestävämpiä ja paremmin faktoihin perustuvia päätöksiä. Päättäjät odottavat, että tekoälyteknologiaa voidaan merkittävästi hyödyntää ikääntyvän väestön kokonaisvaltaisen toimintakyvyn ja sosiaalisten voimavarojen vahvistamisessa. Kun tekoälysovellukset ja erilaiset mittaus- ja analyysiteknologiat kehittyvät, vanhustenhoidosta toivotaan aiempaa ennakoivampaa niin, että palveluista voidaan tehdä asiakkaiden tarpeisiin sopivia ja heidän toimintakykyään ylläpitäviä.

Euroopan komission mukaan tekoälyä koskevien sääntöjen tulisi olla ihmiskeskeisiä, jotta ihmiset voivat luottaa siihen, että teknologiaa käytetään turvallisesti ja lainmukaisesti ja myös perusoikeuksia kunnioittaen. Euroopan komission riippumaton korkean tason tekoälyasiantuntijaryhmä AI HLEG toteaa asiakirjassa Ethics guidelines for trustworthy AI (AI HLEG 2019), että tekoälyjärjestelmien on oltava ihmiskeskeisiä ja niiden pitää nojautua ”sitoumukseen käyttää niitä ihmiskunnan ja yhteisen hyvän palveluksessa, tavoitteena parantaa ihmisten hyvinvointia ja vapautta”.

Massadata ja seurantateknologiat avaavat uusia mahdollisuuksia

Tutkimuksen, terveydenhuollon ja valtionhallinnon tietokannoissa on rekistereitä ja sähköisiä terveystietojärjestelmiä, joiden analysointi tarjoaa lukemattomia mahdollisuuksia vastata tärkeisiin kliinisiin ja ihmisten hyvinvointia koskeviin tutkimuskysymyksiin. Kun tähän lisätään kaupallisissa tietokannoissa ja älylaitteissa olevien valtavien tietomäärien eli big datan käytön mahdollisuus, puhutaan jo ennennäkemättömistä datan hyödyntämisen visioista. Esimerkiksi sosiaalinen media, terveysalustat, monitorointiteknologiat, internetin hakukoneet sekä eri mobiilisovellukset keräävät ja luovat terveysdataa, jota datanvälittäjät sitten myyvät erilaisiin käyttötarkoituksiin.

Teknologian edelläkävijäyksilöt keräävät itsestään dataa rannekeiden ja sormusten, patjojen ja muiden digitaalisten välineiden avulla ja hyödyntävät kerättyä dataa oman hyvinvointinsa seuraamisessa. Ikäihmisten osalta tällaisen datan kerääminen olisi ääret-

tömän arvokasta. Sen avulla voitaisiin seurata toimintakykyä ja hyvinvointia pitkällä tähtäimellä ja reagoida ajoissa ennalta ehkäisevästikin mahdollisiin muutoksiin toimintakyvyssä.

Uusi, kasvava kehityssuunta onkin tuoda dataa keräävä teknologia ikäihmisen kotiin ennalta ehkäisevänä seurantana ja kerätä näin tietoa esimerkiksi henkilön toimintakyvystä ja terveydentilasta. Toimintakykyä mittaavat tekoälypohjaiset seurantasovellukset kiinnostavat yhä enemmän myös yrityksiä. Pyrkimyksenä on kerätä mahdollisimman suuria määriä dataa, jotta pystytään tekemään arvioita henkilön toimintakyvystä. Tavoitteena on ennakoida kriittisiä tilanteita, varoittaa niistä ja hälyttää tarvittaessa apua sekä tehdä näkyviksi tekijöitä, jotka viittaavat mahdollisten sairauksien, kuten Alzheimerin taudin, puhkeamiseen.

Niin yksilön kuin yhteiskunnan kannalta on suuri etu, jos toimintakyvyn muutokset voidaan havaita mahdollisimman aikaisin (Leikas & Launiainen 2016). Tämä on mahdollista silloin, kun teknologian kehittämisen lähtökohtana on näkemys ikäihmisen toimintakyvystä, elämänmuodoista ja -tyyleistä sekä sosiaalisista verkostoista. Jos ongelmat pystytään huomaamaan riittävän ajoissa, niihin voidaan vaikuttaa tehokkaammin ja pysyvämmiin. Oikea-aikainen tuki ja hyvien elämäntapojen vahvistaminen voivat parantaa elämänlaatua ja pidentää elinikää. Siksi seurannassa olisi suuri hyöty siitä, että datan keräämiseen osallistuisi julkisen palvelutuottajan lisäksi ikäihminen itse. Koska digipalvelujen käyttö on kuitenkin ikäihmisille vaikeaa, vain pieni joukko ikä-ihmisistä pystyy hankkimaan, saati käyttämään hyvinvointisovelluksia.

Eettiset huolet 1: Verkkolukutaito ja yksityisyyden suoja

”Monien etujen ohella tekoälyteknologiat tuovat mukanaan myös riskejä ja haasteita, jotka johtuvat teknologian pahantahtoisesta käytöstä tai eriarvoisuuden ja kuilujen syvenemisestä.” Näin alkaa Unescon tekoälyn etiikkaa koskeva suositus Recommendation on the ethics of artificial intelligence, jonka Unescon yleiskonferenssi hyväksyi istunnossaan 24. marraskuuta 2021.

On tärkeää, että digipalveluiden suunnittelussa huomio kiinnitetään ihmisarvoa, haavoittuvuutta, autonomisuutta, oikeudenmukaisuutta, itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyden suojaa koskeviin kysymyksiin. Huoli ikäihmisten osaamisvajeesta liittyy teknologian toiminnan yleiseen hahmottamiseen ja omien tietojen hyödyntämiseen. Yhteiskunnassamme oletetaan kansalaisten ymmärtävän, mitä tietoa heistä kerätään ja mihin sekä miten ja millaisin suostumuksin tietoa käytetään. Kansalainen tarvitsee ymmärrystä varsinkin omista tietovirroistaan, suostumuksensa antamisesta tietojen käyttöön, automaattisen päätöksenteon mekanismeista ja tekoälyn toimintaperiaatteista.

Monilla ikäihmisillä ei ole verkkolukutaitoa, saati kykyä suojata yksityisiä tietojaan. Internet on tällä hetkellä ikäihmisten yksityisyyden suojan kannalta villi länsi, jossa käyttäjiltä kerätään jokaisen verkkovierailun aikana dataa kolmansien osapuolten palveluihin ja käyttäjiä profiloidaan kerätyn datan perusteella. Datan perusteella ikäihmisille kohdennetaan muun muassa epäilyttävää mainontaa ja markkinointia, johon

käyttäjät eivät välttämättä osaa reagoida. Tilastokeskuksen mukaan (2021) nuoret pystyvät hahmottamaan epäilyttäviä sisältöjä useammin kuin vanhat: 16–24-vuotiaista 84 prosenttia pystyi tähän, mutta 76–89-vuotiaista vain 21 prosenttia.

Eettiset huolet 2:

Digitaalinen eriarvoisuus datan tuottamisessa ja hyödyntämisessä

Yksi vastuullisen toiminnan kulmakivi on se, että digipalveluiden tuoma lisäarvo toteutuu myös yhteiskuntamme huono-osaisten ikäihmisten elämässä. Monet ikäihmiset kokevat digitaalista eriarvoisuutta. Joko heillä ei ole mahdollisuutta käyttää digiteknologiaa tai he eivät saa täyttä hyötyä teknologian kehityksen tarjoamista mahdollisuuksista.

Samaan aikaan kun esimerkiksi mahdollisuudet sosiaalisen kanssakäymisen lisäämiseen teknologian avulla lisääntyvät, ilmaantuu uusia esteitä digiteknologian turvallisen käytön tielle. Esimerkiksi kirjautumistietojen varastamiseen pyrkivä tietojenkalastelu uhkaa ikäihmisten yksityisyyttä ja turvallisuutta.

Kaikki ikäihmiset eivät myöskään ole tasa-arvoisessa asemassa datan tuottajina esimerkiksi silloin, kun dataa tuotetaan oman tietokoneen tai älypuhelimien avulla. Kaikilla ei ole tietokonetta, mobiililaitteita, sovelluksia, skanneria tai pääsyä kännykkäpohjaisiin palveluihin, jos käytössä on vanhanmallinen matkapuhelin. Jos tekoäly kerää tietoa vain hyväosaisesta väestöstä ja laatii tästä tiedosta palvelusuosituksia, suositukset eivät ole parhaita mahdollisia.

On tärkeää ymmärtää digitalisaation vaikutukset sosiaalisen kestävyuden kannalta: Onko kehitys demokraattista ja oikeudenmukaista? Mitkä ovat digipalveluiden kehittämisen, käyttöönoton ja hyödyntämisen tasa-arvoiset mahdollisuudet ja riskit?

Eettiset huolet 3: Tietoon perustuva suostumus

Kuten edellä on esitetty, yhä yleistävämpi skenaario on, että ikäihmisten kotiin asennetaan seurantateknologiaa, jonka avulla rakennettava älykäs ympäristö kerää tietoa henkilön toimintakyvystä. Tiedot täydentävät perinteistä terveyteen liittyvää tietoa ja tuottavat kokonaisvaltaisen käsityksen henkilön päivittäisestä suorituskyvystä. Tällaiseen palvelukenaarioon liittyy yleensä virallista ja usein myös epävirallista hoitoa ja useita eri sidosryhmiä, mikä herättää kysymyksiä koskemattomuudesta, autonomiasta ja yksityisyydestä.

Tietoon perustuva suostumus on perinteisesti ymmärretty tärkeäksi osaksi sääntelyä, jolla rajoitetaan datan keräämistä ja varmistetaan yksilön itsemääräämisoikeuden ja vapauden kunnioittaminen. Suostumus edellyttää, että henkilölle annetaan tietoa hänen vaihtoehdoistaan ja kunkin vaihtoehdon seurauksista, että suostumus on vapaaehtoinen eikä siihen pakoteta ja että henkilöllä on toimivalta päättää vaihtoehdoista. Suostumuksen antamiseksi henkilöllä on siis oltava tarvittavat tiedot. Henkilön on kyettävä ymmärtämään esimerkiksi kotiin asennettavan teknologian merkitys ja oman päätöksensä seuraukset.

Massadatan kerääminen ja analysointi tuovat mukanaan uudenlaisia näkökulmia tietoon perustuvaan suostumukseen. Onko todellinen tietoon perustuva suostumus edes mahdollista massadatan ja tekoälyn aikakaudella, kun tietoa kerätään valtavia määriä? Perinteisestihän suostumus annetaan yhtä tiettyä tutkimusta tai teknologian käyttötarkoitusta varten eikä useaa erilaista tiedon käyttöä varten. Massadatan keräämisellä ja yhdistelyllä taas pyritään yhdistämään lukuisia tietokantoja siten, että yhdistämisen tuloksena syntyvää dataa voidaan käyttää jopa hyvinkin kaukana datan alkuperäisestä käyttötarkoituksesta tai keräyskontekstista. Tällöin henkilö ei voi tietää, mihin kaikkeen datan käyttöön hän antaa suostumuksensa. ”Tietoon perustuva” suostumus on siis mahdoton siksi, että datan kerääjäkään ei välttämättä tiedä kaikkia datan hyödyntämistarkoituksia etukäteen.

Yksityisyyden suojankin kannalta tilanne saattaa muuttua tietokantoja yhdisteltäessä. Nykyiset datan anonymisointimenetelmät eivät välttämättä riitä varmistamaan sitä, että henkilöiden jakama terveysdata pysyy tunnistamattomana myös tulevaisuudessa. Kun tietokantoja yhdistellään, datan anonymisoinnin purkumenetelmillä voi olla mahdollista uudelleen tunnistaa yksilöt luovutettujen tietojen pohjalta.

Toimenpide-ehdotukset

Ikääntyneet tulee nähdä aktiivisina ja tuottavina kansalaisina. Ikäihmisiä ei tulisi nähdä objekteina vaan resursseina ja yhteiskunnan voimavarana. Yhteiskunnassamme ei ole koskaan aikaisemmin ollut näin paljon kokemukseen perustuvaa hiljaista tietoa eikä sitä ole hyödynnetty yhtä vähän. Ikääntymisen mukanaan tuoma fyysisten voimavarojen heikentyminen ei estä henkistä kasvua. Päinvastoin ikääntyminen tuo mukanaan henkisen kasvun tekijöitä, joita ovat muun muassa strateginen ajattelu, terävä-älyisyys, harkitsevaisuus, kyky pohdiskella ja perustella sekä kokonaisvaltainen, kokemukseen perustuva hahmottaminen. Kun yhteiskunta kehittää digiosallisuuden mahdollisuuksia, se samalla hyöttyy kuunnellessaan ikäihmisten viisautta.

Ikääntyneiden osallisuuden kasvattaminen tekoälykehityksen myötä on monitasoinen hallinnollinen haaste. Yhteiskunnan ja hallinnon eri aloilla on oltava yhteinen käsitys siitä, miten erityisesti tekoälyn tukemia digipalveluja toteutetaan. Tässä tarvitaan koordinaointia eri hallintotasojen välillä. Tekoälyllä tuettujen digipalvelujen kehityksessä tulee ymmärtää ikäihmisten palvelu- ja toimintaympäristön systeeminen luonne. Se edellyttää erilaisten toimijoiden sitouttamista ja heidän näkemystensä kuulemista, kun palveluja suunnitellaan. Kun eettinen pohdinta aloitetaan sidosryhmien kanssa heti palvelusuunnittelun alussa, se voi parhaimmillaan tuottaa ja edistää uusia innovaatioita.

On tärkeää ylläpitää ja helpottaa yhteiskunnallista keskustelua tekoälyn ja digipalvelujen toivottavuudesta ja ottaa ikääntyneet kansalaiset aktiivisesti mukaan. Ihmiskeskeisen digiyhteiskunnan pitää perustua päätöksenteon avoimuuteen ja kommunikaatioon. Oleellinen osa tätä avoimuutta ja kommunikaatiota on osallistava yhteiskuntakehitys: digipalvelujen kehittämisen ja käyttöönoton pitäisi nojata ajatukseen vastavuoroisuudesta viranomaisien ja eri toimijoiden välillä.

Osallistavien menetelmien käyttö digipalvelujen suunnittelussa on otettava osaksi demokraattisen ja inklusiivisen yhteiskunnan kehittämistä. Tämä tarkoittaa esimerkiksi julkisten palvelujen käyttöliittymien yhteiskehittämistä ja palvelusisältöjen hyväksyttävyyttä. Ikäihmiset tulisi aktiivisesti osallistaa digipalvelujen kehittämiseen, testaamiseen ja kokeiluun. On tärkeää myös edistää yritysten tuotekehityksen ja ikäihmisten välistä vuoropuhelua, jotta palaute käyttöliittymistä ohjautuu suoraan toteuttavalle taholle. Vaatimus kaikki ryhmät huomioivasta kehittämisestä kytkeytyy suoraan myös yhdenvertaisuuslakiin. Yhdenvertaisuuslain mukaan viranomaisilla on velvoite edistää kansalaisten yhdenvertaisuutta digitalisaatioon, asiointiprosesseihin ja yleensä palvelujen käyttöön liittyvissä asioissa.

Käyttöliittymäkehitystä on edistettävä suuntaamalla innovaatiokehitystä ja -tukea. Vaikka tulevaisuuden ikääntyvillä tulee olemaan jo nuoruudesta saakka hankittu kokemus tieto- ja viestintäteknologian, mobiililaitteiden ja digipalvelujen käytöstä, ei normaalin ikääntymisen mukanaan tuomien toiminnanrajoitteiden asettamia vaatimuksia käyttöliittymäsuunnittelussa voida sivuuttaa jatkossakaan. Tulevilla eläkkeelle siirtyvillä teknologinen osaaminen on luonnollisesti hallussa nykyisiä ikääntyneitä paremmin. Silti iän mukanaan tuomat toiminnan vajavuudet tulevat aina olemaan läsnä. Suurten ikäluokkien vanhetessa tulevat edellä esitetyt ongelmat näkymään huomattavina esimerkiksi liikenteessä, hyvinvointipalveluissa sekä kaupan, matkailun ja kulttuurin aloilla.

Digipalvelut tulisi suunnitella alusta alkaen ottaen huomioon aistitoimintojen toiminnanvajavuuksien kompensointi. Uudet teknologiat avaavat tässä mielenkiintoisia kehitysnäkymiä, joita pitäisi tukea tutkimus- ja kehitysrahoituksella. Asian voi kääntää myös toisin päin: ikääntymisen rajoitusten huomioiminen tuotteissa ja palveluissa voi olla huomattava kilpailuetu yrityksille. Jos saavutettavuus ja digiosallisuus on huomioitu erityisryhmien osalta, kaikki muutkin tulevat periaatteessa huomioiduiksi.

On edistettävä tekoälyn ja tekoälyn etiikan oppimista ja ymmärtämistä. Yksi ratkaisu osaamisen kuilun kaventamiseen on kehittää ikäihmisille vertaistukeen nojautuvia oppimisympäristöjä ja järjestää entistä enemmän valmennustapahtumia esimerkiksi älypuhelimien hallintaan, sosiaalisen median ja tekoälysovellusten toiminnan ymmärtämiseen sekä yksityisyyden suojan varmistamiseen.

Digitalikkari voi olla digiloikan mahdollistaja, joka tukee digiosaamisen syntymistä, auttaa digipalvelujen haltuun otossa ja teknologian päivityksissä ja tukee näin ikäihmisen elämänhallinnan ja turvallisuuden tunteen syntymistä. Digitalikkaripalvelussa toteutuu parhaimmillaan yhden napin toimintaperiaate. Se tarjoaa matalan kynnyksen palveluihin: digitalikkari on tuttu henkilö ja toiminta perustuu aidolle, joustavalle ja turvalliselle kohtaukselle. Palvelu ponnistaa hajautetun hoivan ideasta: se mahdollistaa uusien roolien toteutumisen ja uusien toimijoiden pääsyn hoiva-alalle. Teknologian kehittyessä digitalikkari voi olla apuna seuraamassa ikääntyneen ihmisen toimintakykyä ja reagoimassa avuntarpeeseen tarvittaessa.

Jos makaan sohvalle monta päivää
ilmoittaisiko pesukone,
ettei ole saanut pyykkiä pestäväkseen
pitkään aikaan, keskusteltuaan sohvan kanssa?
Ja kysyisi samalla saunalta,
onko siellä ollut kylpijää viime lauantaina?

Ottaisiko jääkaappikin osaa keskusteluun,
että hei, eipä täälläkään ole vierailtu vähään aikaan ja
jogurtti alkaa jo olla hapanta?

Ja keneen nämä huolissaan olevat laitteet sitten ottaisivat yhteyttä?
Robottilähimmäiseenkö, joka soittaisi ovikelloa ja kysyisi, että ”miten voin auttaa”?

Vai ihmiseen – digitalkkariin?

Viitteet

AI HLEG (2019) *Ethics guidelines for trustworthy AI. High-level expert group on artificial Intelligence.*
European Commission, April 2019. <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/ethics-guidelines-trustworthy-ai>.

Docampo Rama, M. (2001) *Technology generations – Handling complex user interfaces.*
Eindhoven: University of Eindhoven.

Leikas, J., & Launiainen, H. (toim.) (2016) *Anni ja Onni. Huomaamaton teknologia arjen apuna.*
Miina Sillanpään Säätiön julkaisusarja B:41.

Ruohonen, M., Mäkipää, M., & Ingalsuo, T. (2017) *Ketterä digitalisaatio: strateginen ketteruus verkostoissa ja ICT:n älykäs hyväksikäyttö.*
Ketterä digilisaatio -tiimi ja StrAgile-projektin tutkijat. Tampere: Alasin Media.

Tilastokeskus (2021) Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö -tutkimus 2021.

Hyvin- ja pahoinvointi evoluutiopsykologian näkökulmasta

Markus J. Rantala

Evoluutiopsykologian dosentti,

evoluutiobiologian dosentti

sekä ekologian ja ympäristönhoidon dosentti

Turun yliopisto

Severi Luoto

PhD

Associate Editor

Nature Communications

Nature Portfolio

Hyvin- ja pahoinvoinnin määrittely ja osatekijät evoluutiopsykologian näkökulmasta

Charles Darwinin teoria evoluutiosta ja luonnonvalinnasta on uskottavin selitysmalli orgaanisten elämänmuotojen esiintymiselle ja monimuotoisuudelle planeetallamme. Luonnonvalinta ei ole muokannut ainoastaan geenejämme ja fyysistä ulkomuotoamme, vaan on monella tavalla myös mielemme ja käyttäytymispiirteidemme taustavaikuttajana. Evoluutiopsykologia on tieteenala, joka pyrkii ymmärtämään ihmistä ja muita eläimiä holistisesti niiden evolutiivisen historian, genetiikan, aivotoiminnan, hormonien sekä muiden biologisten, ekologisten ja sosiaalisten vaikutusten kautta (Rantala 2019).

Yksi evoluutiopsykologian kulmakivistä on ymmärrys siitä, kuinka luonnonvalinta tuottaa organismeille fysiologisia, psykologisia ja käyttäytymiseen liittyviä adaptaatioita, joiden avulla niiden geenimuodot säilyvät tuleviin sukupolviin. Luonnonvalinta on esimerkiksi tuottanut sellaisia psykologisia ja käyttäytymiseen liittyviä adaptaatioita kuin romanttinen rakkaus, pitkäkestoinen kiintymys ja seksuaalinen halu, joiden tarkoituksena on seksuaalisen lisääntymisen edesauttaminen. Luonnonvalinta tuottaa geenimuotoja, jotka puolestaan tuottavat organismeja, jotka ovat luonnonvalinnan myötä kehittyneet säilymään hengissä ja lisääntymään mahdollisimman tehokkaasti (Dawkins 1976).

Evoluution kannalta yksilön lisääntymismenestys (eli kyky tuottaa lisääntymiskelpoisia jälkeläisiä) on siis se tekijä, johon luonnonvalinta kohdistuu. Luonnonvalinnan ja evoluution kannalta yksilön subjektiivisesti kokemalla hyvinvoinnilla ja pahoinvoinnilla ei ole mitään merkitystä, elleivät ne vaikuta yksilön lisääntymismenestykseen. Toki tietyissä tapauksissa hyvin- ja pahoinvoinnilla on vaikutus yksilön selviytymiseen ja lisääntymismenestykseen – etenkin nykyihmisillä. Näihin tekijöihin onkin paneuduttu evoluutiopsykologian eri osa-alueilla. Toisaalta evoluutiopsykologinen ajattelutapa myös viittaa siihen, että positiivisten tunteiden tavoittelun ja negatiivisten tunteiden välttelyn ei pitäisi sokeasti olla kriteeristömme hyvän elämän elämiseen, sillä negatiivisillakin tunteilla on paikkansa sekä evolutiivisessa historiassamme että nykyihmisten elämässä.

Evoluutiopsykologian kannalta kaikki ihmisten kokemat negatiiviset tunteet eivät välttämättä ole haitallisia. Esimerkiksi pelolla, vihalla ja ahdistuneisuudella on ollut selvät funktiot evolutiivisessa ympäristössämme. Siksi luonnonvalinta ei ole poistanut niihin altistavia geenejä ihmisten geenipoolista. Joissain tapauksissa negatiiviset tunteet eivät kuitenkaan enää täytä niitä evolutiivisia tarkoituksia, joihin luonnonvalinta on ne kehittänyt. Silloin voimme puhua evolutiivisesti maladaptiivisista tunnetiloista ja mielenterveyden häiriöistä, joiden hoitaminen on tärkeää sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta (Luoto ym. 2018; Rantala ym. 2019; Rantala ym. 2018).

Antiikin filosofit ovat analysoineet hyvinvointia hedonismin ja eudaimonian kannalta. He ovat jakaneet positiiviset tunteet lyhyen tähtäimen nautintoihin (hedonismi) ja merkityksellisiin pitkän tähtäimen tavoitteisiin, joiden odotetaan tuottavan pysyvämpää onnellisuutta (eudaimonia). Biologisen evoluution kannalta alkukantaiset ruokaan ja seksiin liittyvät lyhyen tähtäimen hedonistiset nautinnot ovat olennaisia geenien selviämiseksi, sillä ne ohjaavat organismeja sellaisten aktiviteettien pariin, joita ilman geenimme

eivät siirtyisi seuraaviin sukupolviin. Myös eudaimonisella pysyvämmällä onnellisuudella on tietysti paikkansa ihmisen kukoistuksessa, sillä se antaa elämälle syvemmän merkityksen ja voi auttaa ihmistä ymmärtämään paikkaansa yhteiskunnassa ja universumissa (Geher & Wedberg 2020; Grinde 2015).

Evoluutiopsykologian kannalta on olennaista ymmärtää ne tavat, joilla nyky-yhteiskunnat ja nykyaikaiset elämäntyylit poikkeavat niistä ympäristöistä ja elämäntyyleistä, jotka vallitsivat suurimman osan evolutiivisesta historiastamme. Tästä näkökulmasta on ensiarvoisen tärkeää ymmärtää niitä evolutiivisesti uusia tekijöitä nyky-yhteiskunnassa, jotka vaikuttavat negatiivisesti hyvinvointiimme. Näitä tekijöitä ovat muun muassa liikunnan puute, auringonvalon puute, yksinäisyys sekä huono ravinto ja sen mukanaan tuomat elintasosairaudet, liikalihavuus ja mielenterveysongelmat (Rantala ym. 2018; Rantala ym. 2019; Rantala ym. 2021; Rantala ym. 2022).

Hyvin- ja pahoinvoinnin kehityskulkuja ja tilannekuva

Hyvinvointi

FinTerveys 2017-tutkimuksen mukaan suomalaisten oma arvio elämänlaadustaan oli pääosin hyvä (74,3 prosenttia miehillä, 74,8 prosenttia naisilla). Elämänlaadun huonoksi koki 4 prosenttia suomalaisista miehistä ja 4,7 prosenttia naisista (Koponen ym. 2018). Kohtalainen elämänlaatu oli 21,6 prosentilla miehistä ja 20,4 prosentilla naisista. Vaikka iäkkäiden elämänlaatu on jo pitkään kohentunut, vanhemmilla ihmisillä elämänlaatu on silti matalampi kuin nuoremmilla. Työikäisillä muutokset elämänlaadussa ovat olleet vähäisiä (Koponen ym. 2018).

Aikaisempien tutkimustulosten mukaan 72 prosenttia miehistä ja 75,1 prosenttia naisista koki elämänlaatunsa hyväksi vuonna 2011 (Koskinen ym. 2012). Huonoksi elämänlaatunsa koki 5,1 prosenttia miehistä ja 3,4 prosenttia naisista, kun taas kohtalaiseksi elämänlaatunsa koki 22,9 prosenttia miehistä ja 21,5 prosenttia naisista. Vaikka naiset arvioivat oman elämänlaatunsa paremmaksi kuin miehet, miesten terveyteen liittyvä elämänlaatu oli parempi (Koskinen ym. 2012). Naisten korkeampi arvio omasta elämänlaadustaan ei siis selittyne terveydellisillä syillä.

Uusimman kansainvälisen World Happiness Reportin mukaan Suomi oli maailman onnellisin maa vuosina 2019–2021 (Helliwell ym. 2022). Tässä tutkimuksessa onnellisuutta mitataan niin kutsutulla *Cantril ladderilla*, jossa vastaajia pyydetään arvioimaan oman elämänsä laatua kymmenportaisella ”tikapuulla”, jossa 10 edustaa parhainta mahdollista elämää ja 0 huonointa mahdollista elämää. Suomi on ollut kyseisen raportin kärkipäässä jo useita vuosia, sillä olemme saavuttaneet ykkössijan raporteissa vuodesta 2018 asti ja sijoittuneet sitä ennen viidenneksi vuosien 2016 ja 2017 raporteissa.

Pahoinvointi

Yksi pahoinvoinnin osatekijä on psyykinen kuormittuneisuus. Suomalaisten psyykkistä kuormittuneisuutta on mitattu Mental Health Inventory (MHI5) -kysymyspatterilla. Se muodostuu viidestä kysymyksestä, jotka kartoittavat ahdistuneisuutta, masentuneisuutta ja positiivista mielialaa neljän viime viikon aikana. Vastaukset sijoittuvat jatkumolle, jonka toinen ääripää edustaa vakavaa psyykkistä kuormitusta ja toinen hyvää koettua mielenterveyttä ja onnellisuutta (Parikka ym. 2021b). Suomessa on alueiden välillä huomattavia eroja psyykkisessä kuormittuneisuudessa. Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus on vähäisintä Keski-Pohjanmaalla (10 prosenttia) ja yleisintä Helsingissä (17 prosenttia), Pirkanmaalla (16 prosenttia) ja Päijät-Hämeessä (15 prosenttia) (Parikka ym. 2021). Psyykinen kuormittuneisuus on lisääntynyt Suomessa vuosien 2018 ja 2020 välillä sekä miehillä että naisilla (Parikka ym. 2021).

Edustavissa väestötutkimuksissa masennushäiriöitä esiintyi 7,3 prosenttia vuonna 2000 ja 9,6 prosenttia vuonna 2011 (Markkula & Suvisaari 2018). Esiintyvyys kasvoi vuosina 2000–2011 merkittävästi naisilla mutta ei miehillä. FinTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan 8 prosentilla naisista ja 6 prosentilla miehistä on viimeisen vuoden aikana ollut lääkärin toteama masennus. Masennusoireet ovat yleistyneet huomattavasti vuoteen 2011 verrattuna sekä miehillä (6 prosentista 9 prosenttiin) että naisilla (9 prosentista 13 prosenttiin) (Koponen ym. 2018).

Uusimmassa THL:n toteuttamassa korkeakouluopiskelijoiden terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (KOTT) 13 prosentilla opiskelijoista oli todettu masennus ja 13,2 prosentilla ahdistuneisuushäiriö vuonna 2021. Kliinisesti merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta oli 34,8 prosentilla korkeakouluopiskelijoista, ja yksinäiseksi itsensä tunsivat 24,3 prosenttia (Parikka ym. 2021a). Nämä löydökset osoittavat, että vaikka suomalaiset ovat kansainvälisellä tasolla hyvinvoinnin kärkimaita, ovat pahoinvointi ja mielenterveysongelmat meillä melko yleisiä.

Miksi mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet?

Syy siihen, miksi mielenterveysongelmat ovat yleistyneet niin meillä kuin muissakin länsimaissa, selviää tarkastelemalla sellaisten ihmisten mielenterveyttä, joiden elämäntyyli on samanlainen kuin esi-isillämme oli vuosimiljoonien ajan. Kun länsimaiset tutkijat ovat asuneet vuosia metsästäjä-keräilijä-elämäntyyliä noudattavien kansojen parissa, he ovat raportoineet, että näissä populaatioissa on poikkeuksellisen vähän mielenterveysongelmia. Sen sijaan mielenterveysongelmat ovat hyvin yleisiä niillä metsästäjä-keräilijä-populaatioilla, jotka ovat hiljattain omaksuneet länsimaisen elämäntyylin (Rantala 2019). Esimerkiksi Edward Schieffelin eli yli kymmenen vuotta kivikautista elämäntapaa noudattavan kaluli-kansan parissa Papua-Uudessa-Guineassa ja haastatteli tuhansia kansan jäseniä, mutta löysi vain yhden henkilön, joka täytti kliinisen masennuksen diagnostiset kriteerit. Antropologit ovat myös seuranneet kaluli-kansan kuolinsyitä yli sadan vuoden ajan, eikä heiltä ole raportoitu ainoatakaan itsemurhaa (Schieffelin 1986).

Toinen hyvä esimerkki siitä, miten länsimainen elämäntyyli altistaa mielenterveysongelmille, tulee Yhdysvalloissa eläviltä amisseilta. Heillä on yhä samanlainen elämäntyyli kuin 1700-luvulla Amerikkaan saapuneilla esi-isillään. He käyttävät hevosta peltoihin ja liikkumiseen ja elävät suurperheissä. He eivät myöskään käytä sähköä. Tutkimuksissa on selvinnyt, että heillä on moninkertaisesti vähemmän mielenterveysongelmia kuin niillä amerikkalaisilla, joilla on länsimainen elämäntyyli (Rantala & Luoto 2022).

Nykyihmiset eivät yksinkertaisesti ole sopeutuneet länsimaiseen elämäntyyliin. Länsimainen elämäntyyli aiheuttaa matala-asteista tulehdusta ja kroonista stressiä, jotka lisäävät riskiä moneen mielenterveysongelmaan (Rantala 2019). Samat tekijät ovat myös ylipainon ja monen muun elintasosairauden taustalla. Me liikumme liian vähän, syömme liikaa, ruokamme on heikotasoista, suolistomme mikrobiomi on köyhtynyt, nukumme liian vähän, kärsimme yksinäisyydestä, emme liiku luonnossa ja vietämme suuren osan päivästä puhelimen tai muiden laitteiden näyttöjä tuijottaen. Viimeaikaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että riski sairastua moneen mielenterveysongelmaan pienenee laskeamalla matala-asteista tulehdusta ja vähentämällä stressiä. Tehokkaimmin matala-asteiseen tulehdukseen ja krooniseen stressiin voidaan vaikuttaa elintapoja muuttamalla. Näillä toimenpiteillä myös mielenterveysongelmien oireet heikkenevät (Rantala ym. 2018; Rantala ym. 2019; Rantala ym. 2021; Rantala ym. 2022).

Mitä yhteiskunta voi tehdä mielenterveysongelmien ehkäisemiseksi?

Evoluutiopsykologia ja neurotiede auttavat löytämään kustannustehokkaita keinoja mielenterveyden aiheuttamien valtavien yhteiskunnallisten kustannusten vähentämiseen ja samalla ihmisten elämänlaadun kohentamiseen. Mielenterveysongelmien tehokas hoitaminen vähentää valtavasti myös muita terveydenhoitokustannuksia, sillä kroonisen stressin ja matala-asteisen tulehduksen hoitaminen vähentää kaikkia länsimaisen elämäntyylin tuomia elintapasairauksia ja siten pidentää työuria ja parantaa merkittävästi ihmisten elämänlaatua.

Turvallisen ja terveellisen kehitysympäristön tukeminen

Lapsuudenaikaisen stressin ja traumaattisten kokemusten tiedetään altistavan monille mielenterveysongelmille, sillä ne heikentävät stressinsietokykyä vielä aikuisenakin. Pitkittynyt stressi myös heikentää suoliston mikrobistoa (Rantala 2019). Turvallisen ja stressittömän lapsuuden ympäristön tarjoaminen onkin tehokas keino pienentää todennäköisyyttä sairastua mielenterveysongelmiin myöhemmin elämässä. Tutkimuksissa kustannustehokkaimmaksi keinoksi on osoittautunut mielenterveysongelmista kärsivien vanhempien tukeminen. Sen on huomattu vähentävän lasten sairastumisriskiä peräti 40 prosenttia (Cuijpers ym. 2016). Muita kustannustehokkaiksi osoittautuneita keinoja ovat laadukkaan päivähoidon tarjoaminen, raskaana olevien ja synnyttäneiden äitien hyvinvoinnin tukeminen ja neuvolahenkilökunnan kouluttaminen tukemaan vanhemman ja lapsen vuorovaikutusta (Cuijpers ym. 2016).

Lapset viettävät huomattavan osan lapsuudestaan päiväkodissa ja koulussa, joten päiväkodin ja koulun sosiaalisella ympäristöllä ja niiden tarjoamalla ravinnolla voidaan hyvällä syyllä olettaa olevan kauaskantoisia vaikutuksia lapsen mielenterveyteen. Vaikka leikkamallalla koulujen ruokamenoja saadaankin lyhyen tähtäimen säästöjä, voi ruoan heikko laatu näkyä pidemmällä tähtäimellä lisääntyneinä mielenterveyskuluina ja muina terveysongelmina. Heikkolaatuinen kouluruoka voi myös monin tavoin heikentää oppimiskykyä sekä pitkällä että lyhyellä aikavälillä. Terveellisen ja suolistoystävällisen ravinnon merkitys mielenterveydelle ja yleiselle terveydelle tulisi huomioida paremmin opetuksessa ja kouluruokailussa.

Liikunnan tiedetään olevan tehokas hoito- ja ennaltaehkäisykeino masennukseen sekä ahdistuneisuuteen, mutta liikunta vähentää myös monien muiden länsimaisten elintapa-sairauksien riskiä. Koulupäivien pidentäminen liikuntaa lisäämällä voisi olla tehokas tapa lisätä lasten vuorokautista liikuntamäärää. Siitä hyötyisivät erityisesti vapaa-ajallaan vähän liikkuvat lapset. Koululiikunnan tulisi lisäksi olla sellaista, että se innostaisi lapsia liikkumaan myös koulun ulkopuolella ja omaksumaan liikunnallisen elämäntavan. Liikunta- ja erilaisten harrastusmahdollisuuksien tarjoaminen vähävaraisten perheiden lapsille on myös osoittautunut erittäin kustannustehokkaaksi mielenterveysongelmien vähentämiskeinoksi. Tästä on ollut hyvänä esimerkkinä Islannin pääkaupunki Reykjavik, jossa jokainen lapsi ja nuori sai 300 euron arvoisen harrastussetelin, jonka avulla nuori pystyi osallistumaan urheiluharrastuksiin. Hankkeen seurauksena niiden lasten osuus, jotka osallistuivat urheiluharrastuksiin vähintään neljä kertaa viikossa, nousi 24 prosentista 42 prosenttiin. Vaikutus näkyi lasten elintavoissa. Viikonloppuillat kaupungilla viettävien nuorten määrä romahti. Myös alkoholin käyttö, kannabiksen käyttö sekä tupakointi vähentyivät (Young 2017). Samansuuntaisia tuloksia on saatu vastaavissa kokeissa ympäri maailmaa (Young 2017). Liikuntasetelien antaminen syrjäytyneille ja työttömille sekä ryhmäliikuntamahdollisuuksien sosiaalinen tukeminen voisi olla tehokas keino vähentää masennusta ja muita mielenterveysongelmia myös Suomessa.

Päihdehaittojen ja riippuvuuksien ehkäisy

Alkoholin liikakäytön tiedetään voivan laukaista kliinisen masennustilan, mutta alkoholin käyttö pahentaa ja/tai aiheuttaa myös monien muiden mielenterveysongelmien oireita, terveysongelmia ja sosiaalisia ongelmia. Vanhempien alkoholin liikakäyttö voi vaikuttaa lasten henkiseen kehitykseen ja altistaa heitä myöhemmin mielenterveysongelmille (Repetti ym. 2002). Suomen Lääkäriliiton mukaan tehokkaimmat keinot vähentää alkoholin kulutusta ovat vaikuttaa sen hintaan, saatavuuteen ja markkinointiin (Lääkäriliitto 2016). Evoluutiopsykologian näkökulmasta katsottuna tehokkainta olisi kuitenkin vähentää alkoholin kysyntää. Jos haluamme vähentää laittomien huumeiden käyttöä, tulisi saatavuuden rajoittamisen lisäksi pyrkiä vähentämään ihmisten masennusta, ahdistusta ja yksinäisyyttä sekä tarjota sisältöä heidän elämänsä (Rantala 2019).

Syrjäytymisen ehkäiseminen

Syrjäytymiselle ei ole virallista määritelmää, mutta se voidaan ymmärtää yksilöä yhteisöön liittävien siteiden heikkenemisenä. Kuten yksin häkissä oleminen koe-eläimillä, myös syrjäytyminen ihmisillä lisää kaikenlaisten riippuvuuksien esiintymistä – myös sellaisia riippuvuuksia, joihin ei liity päihteitä. Syrjäytyminen on myös yhteydessä moniin

mielenterveysongelmiin ja rikollisuuteen. Syrjäytymisen estämisen tulisi olla keskeinen huomion kohde sekä huumepolitiikassa että mielenterveysongelmien ehkäisyssä ja hoitamisessa.

Evoluutiopsykologian näkökulmasta syrjäytyminen voi olla seurausta esimerkiksi elintasokilpailusta. Ne, jotka kokevat, etteivät pärjää elintasokilpailun aiheuttamassa oravanpyörässä, luovuttavat eli syrjäytyvät. Addiktiot ovat keino yrittää paeta tätä todellisuutta edes hetkeksi. Yhteiskunnan pitäisikin panostaa jatkuvan taloudellisen kasvun sijasta elämänlaadun parantamiseen. Elintason laskeminen ei merkitse automaattisesti elämänlaadun huonontumista. Tästä ovat esimerkkinä metsästäjä-keräilijät, joilla mielen-terveysongelmat ovat hyvin harvinaisia (Rantala 2019).

Syrjäytymistä tulisi estää usealla eri tasolla. Syrjäytymistä edistävien yhteiskunnan rakenteiden purkamisen tulisi olla keskeinen tehtävä. Myös yhteiskunnasta kadonnutta yhteisöllisyyden tunnetta tulee pyrkiä lisäämään. Syrjäytyneen tulisi saada tuntea kuuluvansa johonkin ryhmään sekä kokea, että omalla elämällä on jokin päämäärä ja tarkoitus (vrt. eudaimonia yllä). Vastikkeellisen taloudellisen tuen antaminen voi kannustaa syrjäytymisvaarassa olevaa nuorta vapaaehtoistyöhön, jossa hän voisi kokea olevansa hyödyksi. Tämä voi auttaa löytämään elämälle eudaimonista merkitystä ja päämäärää sekä tarjota ihmiskontakteja.

Terveellisten elämäntapojen edistäminen

Ylipaino sekä epäterveellinen ruokavalio aiheuttavat länsimaaisia elämäntapasairauksia ja lisäävät riskiä sairastua moneen mielenterveysongelmaan. Vastaavasti terveellinen ruokavalio vähentää riskiä sairastua mielenterveysongelmiin ja auttaa painonhallinnassa. Yhteiskunnan kannattaisi siis verotuksen avulla ohjata kulutuskäyttäytymistä terveelliseen suuntaan. Terveellisten ruoka-aineiden kuten kasvien arvonnäkökulmaa tulisi laskea, ja vastaavasti epäterveellisten ruokien kuten makeisten, sokerijuominen ja leivonnaisten arvonnäkökulmaa tulisi nostaa (Rantala 2019).

Evoluutiopsykologian hyödyntäminen kaupunkisuunnittelussa

Ihminen on vuosimiljoonien aikana sopeutunut elämään hyvin erilaisessa ympäristössä kuin missä kaupunkilaiset nykyään elävät. Tutkimusten mukaan mielenterveysongelmat ovatkin yleisempiä kaupungeissa kuin maaseudulla. Kaupungeissa on havaittu, että mitä enemmän vihreää luontoa kodin ympärillä on, sitä pienempi riski henkilöllä on sairastua mielenterveysongelmiin. Mielenterveysongelmien lisäksi kaupunkien puistot ja viheralueet myös vähentävät asukkaiden allergioita ja muita autoimmunitaattisairauksia (Hanski ym. 2012; Ruokolainen ym. 2015), parantavat ilmanlaatua ja lisäävät kaupunkilaisten onnellisuutta ja tyytyväisyyttä elämään (White ym. 2013). Kaupunkirakenteen on havaittu vaikuttavan asukkaiden liikkumiseen (Sallis ym. 2016). Oikeanlaisella kaupunkirakenteella voidaan vaikuttaa myös yhteisöllisyyden tunteeseen ja siten vähentää asukkaiden riskiä sairastua mielenterveysongelmiin.

Tutkimuksessa, jossa aktiivisuusrannekkeen avulla seurattiin eri puolilla maailmaa suur-kaupungeissa eläviä ihmisiä, selvisi neljä keskeistä tekijää, jotka kannustavat kaupunkilaisia liikkumaan omia lihaksia käyttäen (Sallis ym. 2016):

1. Asutuksen pitää olla riittävän tiheää.
2. Kauppojen, ravintoloiden ja pysäkkien pitää linkittyä hyvin toisiinsa.
3. Puistoja ja viheralueita pitää olla paljon.
4. Kaupungin tulee tarjota hyvät joukkoliikenneyhteydet.

Tämä ei vastaa Suomessa vallalla olevaa kaupunkisuunnittelua, jossa kaupungit pyrkivät levittäytymään omakotialueina ja nukkumalähiöinä ympäröivälle maaseudulle, mikä on johtanut siihen, että yhä useampi ihminen on riippuvainen omasta autostaan työ- ja kauppamatkoilla. Riippuvuutta omasta autosta lisää muihin maihin verrattuna kallis julkinen liikenne, jonka verkosto on myös kattavuudeltaan huono. Julkisen liikenteen tukeminen kannustaa ihmisiä luopumaan omasta autosta ja lisää siten arjen hyötyliikunnan määrää. Suomessa vallalla oleva korkean rakentamisen vastustaminen aiheuttaa sen, että kaupungit leviävät yhä laajemmalle alueelle ja mahdollisuudet liikkua työmatkalla vähenevät (Rantala 2019).

Kaupunkien viheralueita ja puistoja ei tule nähdä turhina rakentamattomina alueina, vaan kaupunkilaisten mielenterveyden ja fyysisen terveyden kannalta tärkeinä keitaina, jotka myös antavat korvaamattomia ekosysteemipalveluita kaupunkilaisille. Korkea rakentaminen mahdollistaa suuremman määrän puistoja samalle asukastiheydelle, joten kaupunkisuunnittelussa pitäisi suosia mahdollisimman korkeaa rakentamista. Rakennukset on kuitenkin sijoitettava riittävän harvaan, ettei ikkunasta näkyisi pelkästään vastakkaisen rakennuksen seinä.

Tasa-arvoisempi ja reilumpi yhteiskunta

Ihmisille on kehittynyt evoluution myötä voimakas oikeudenmukaisuuden tunne, sillä tehokas vastavuoroinen yhteistyö vaatii, että kumpikin osapuoli on halukas jakamaan yhteistyön saavutukset keskenään. Jos yhteistyökumppanimme ei ole valmis jakamaan reilusti yhteistyön tuomia hyötyjä tai tekemään myöhemmin vastapalvelusta, ei hänen kanssaan kannata jatkaa yhteistyön tekemistä. Meillä on myös voimakas halu rankaista epäoikeudenmukaisesti toimineita henkilöitä, vaikka rankaisusta koituisi meille itsellemme kustannuksia. Ihminen ei siis käyttäydy taloustieteen näkökulmasta rationaalisesti. Tämä johtuu siitä, että luonnonvalinta on suosinut yksilöitä, jotka ovat varoneet huijatuksi tulemista ja vaatineet oikeudenmukaisuutta (Rantala 2019).

Tutkimukset ovat osoittaneet, että jos koemme tullemme kohdelluksi epäoikeudenmukaisesti, stressijärjestelmämme aktivoituu (Tabibnia & Lieberman 2007). Pitkittyessään stressi altistaa meitä monelle mielenterveysongelmalle ja muille stressiperäisille sairauksille. Tutkimuksissa onkin havaittu, että yhteiskunnan tuloerot lisäävät rikollisuuden lisäksi mielenterveysongelmien esiintyvyyttä ja huonontavat ihmisten hyvinvointia (Wilkinson & Pickett 2009). Jos haluamme vähentää mielenterveysongelmia ja

lisätä onnellisuutta, tehokas keino on lisätä ihmisten välistä tasa-arvoa ja vähentää tuloeroja. Tämä ei kuitenkaan tarkoita kommunistisen yhteiskunnan tavoittelua vaan yhteiskuntaa, jossa kaikilla on samat mahdollisuudet ja jossa ahkeruudesta palkitaan, sillä se vähentää epäoikeudenmukaisuuden tunnetta (Rantala 2019).

Evoluutiopsykologian edistäminen

Evoluutiopsykologia on pystynyt antamaan selitysmallit niin masennuksen (Rantala ym. 2018), syömishäiriöiden (Rantala ym. 2019), kaksisuuntaisen mielialahäiriön (Rantala ym. 2021) kuin skitsofreniankin syntymekanismeiksi (Rantala ym. 2022). Selitysmallien pohjalta pystytään kehittämään yhä tehokkaampia hoitomuotoja sekä ehkäisemään mainittujen sairauksien syntyä. Evoluutiopsykologiset selitysmallit haastavat lääketieteellisessä psykiatriassa vallalla olevan virheellisen näkemyksen, jonka mukaan nämä sairaudet ovat pääosin geenien aiheuttamia. Evoluutiopsykologia myös haastaa nykyisen mielenterveysongelmien hoidon, joka pohjautuu pääosin oireiden lääkitsemiseen. Evoluutiopsykiatriassa pyritään sen sijaan hoitamaan sairauksien juurisyytä. Vain juurisyytä hoitamalla mielenterveyspotilaiden voidaan odottaa parantuvan pysyvämmiin sen sijaan, että he saisivat ainoastaan lyhyen tähtäimen hoitoa oireisiinsa.

Evoluutiopsykologiaan perustuvien hoitojen tutkimukseen on hankala saada rahoitusta akateemisessa maailmassa, sillä psykiatrikunta on suhtautunut nuivasti lääkkeettömiin hoitomuotoihin ja niiden tutkimukseen. Lääkefirmat eivät myöskään ole kiinnostuneita edistämään tällaista tutkimusta, sillä se ei tue heidän bisnestään. Yhteiskunnan kannattaisikin tukea lääkkeettömien hoitomuotojen tutkimusta ja kehittämistä. Jotta evoluutiopsykologiaa pystytään soveltamaan hoitotyössä, se vaatii evoluutiopsykologian opetuksen sisällyttämistä mielenterveysalan ammattilaisten koulutukseen. Evoluutiopsykologiaa voidaan soveltaa mielenterveysongelmien lisäksi myös hyvinvoinnin osatekijöiden ymmärtämiseen (Geher & Wedberg 2020). Se tarjoaa siten tieteellisen viitekehyksen ihmisen hyvinvoinnin edistämiseen ja pahoinvoinnin hoitamiseen.

Kirjallisuus

- Cuijpers, P., Shields-Zeeman, L., Hipple Walters, B. & Petrea, I. (2016) Prevention of depression and promotion of resilience – Consensus Paper European commission., https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/ev_20161006_co03_en.pdf.
- Dawkins, R. (1976) *The selfish gene*. Oxford University Press, Oxford.
- Geher, G. & Wedberg, N. (2020) *Positive evolutionary psychology: Darwin's guide to living a richer life*. Oxford University Press, New York, NY.
- Grinde, B. (2015) Evolution and well-being. Teoksessa *Genetics of psychological well-being: The role of heritability and genetics in positive psychology*. (toim. M. Pluess), 56–72. Oxford University Press.
- Hanski I., von Hertzen L., Fyhrquist N., Koskinen K., Torppa K., Laatikainen T., Karisola P., Auvinen P., Paulin L., Makela M. J., Vartiainen E., Kosunen T. U., Alenius H. & Haahtela T. (2012) Environmental biodiversity, human microbiota, and allergy are interrelated. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 109, 8334–9.
- Helliwell, F. J., Layard R., Sachs J., De Neve J.-E., Aknin L. B. & Wang S. (2022) World happiness report 2022. New York: Sustainable Development Solutions Network.
- Koponen, P., Borodulin K., Lundqvist A., Sääksjärvi K. & Koskinen S. (2018) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus.

- Koskinen S., Lundqvist A., & Ristiluoma N. (2012) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011.
- Luoto, S., Karlsson H., Krams I. & Rantala M. (2018) Depression subtyping based on evolutionary psychiatry: From reactive short-term mood change to depression. *Brain, Behavior, and Immunity* 69, 630.
- Lääkäriliitto. (2016) Suomen Lääkäriliiton kannanotto alkoholihaittojen vähentämiseksi. <https://www.laakariliitto.fi/uutiset/linjauksia/suomen-laakariliiton-kannanotto-alkoholihaittojen-vaehntamiseksi/>.
- Markkula, N. & Suvisaari, J. (2018) Onko masennus lisääntynyt suomalaisessa aikuisväestössä? *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 55, 3.
- Parikka, S., Holm N., Ikonen J., Koskela T., Kilpeläinen H. & Lundqvist A. (2021a) KOTT 2021 -tutkimuksen perustulokset 2021.
- Parikka, S., Koskela, T., Ikonen J. & Hedman L. (2021b) Aikuisväestön hyvinvointi, terveys ja palvelut – FinSote 2020: Aikuisien palvelukokemuksissa ja hyvinvoinnissa alueellisia eroja.
- Rantala, M. (2019) *Masennuksen biologia – evoluutiopsykologinen näkökulma mielialahäiriöihin*. Terra Cognita.
- Rantala, M. & Luoto, S. (2022) Evolutionary perspectives on depression. Teoksessa *Evolutionary Psychiatry: Current Perspectives on Evolution and Mental Health*. (toim. R. Abed & P. St John-Smith), 117–33. Cambridge University Press.
- Rantala, M., Luoto S., Borráz-León J. & Krams I. (2022) Schizophrenia: the new etiological synthesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 142, 104894.
- Rantala, M. J., Luoto S., Borráz-León J. I. & Krams I. (2021) Bipolar disorder: An evolutionary psychoneuroimmunological approach. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 122, 28–37.
- Rantala, M. J., Luoto S., Krama T. & Krams I. (2019) Eating disorders: An evolutionary psychoneuroimmunological approach. *Frontiers in Psychology* 10.
- Rantala, M. J., Luoto S., Krams I. & Karlsson H. (2018) Depression subtyping based on evolutionary psychiatry: Proximate mechanisms and ultimate functions. *Brain Behavior and Immunity* 69, 603–17.
- Repetti, R. L., Taylor S. E. & Seeman T. E. (2002) Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin* 128, 330–66.
- Ruokolainen, L., von Hertzen L., Fyhrquist N., Laatikainen T., Lehtomäki J., Auvinen P., Karvonen A. M., Hyvärinen A., Tillmann V., Niemela O., Knip M., Haahtela T., Pekkanen J. & Hanski I. (2015) Green areas around homes reduce atopic sensitization in children. *Allergy* 70, 195–202.
- Sallis, J. F., Cerin E., Conway T. L., Adams M. A., Frank L. D., Pratt M., Salvo D., Schipperijn J., Smith G., Cain K. L., Davey R., Kerr J., Lai P. C., Mitas J., Reis R., Sarmiento O. L., Schofield G., Troelsen J., Van Dyck D., De Bourdeaudhuij I. & Owen N. (2016) Physical activity in relation to urban environments in 14 cities worldwide: a cross-sectional study. *Lancet* 387, 2207–17.
- Schieffelin, E. (1986) The cultural analysis of depressive affect: An example from New Guinea. Teoksessa *Culture and depression: Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. (toim. Kleinman, A.M. & B. Good) pp. 101–33. University of California Press.
- Tabibnia, G. & Lieberman, M. D. (2007) Fairness and cooperation are rewarding – Evidence from social cognitive neuroscience. *Social Cognitive Neuroscience of Organizations* 1118, 90–101.
- White, M. P., Alcock I., Wheeler B. W. & Depledge M. H. (2013) Would you be happier living in a greener urban area? A fixed-effects analysis of panel data. *Psychological Science* 24, 920–8.
- Wilkinson, R. G. & Pickett, K. (2009) *The spirit level: why more equal societies almost always do better*. Allen Lane, London; New York.
- Young, E. (2017) Iceland knows how to stop teen substance abuse but the rest of the world isn't listening. Teoksessa *Mosaic the science of life*, <https://mosaicscience.com/storyiceland-prevent-teen-substance-abuse>.



Miksi hyvinvointi ja pahoinvointi näyttäisivät kasvavan samaan aikaan?

Katariina Salmela-Aro
Akatemiaprofessori
Helsingin yliopisto

Hyvin- ja pahoinvoinnin tutkimuksen lähtökohtia

Miksi hyvin- ja pahoinvointi näyttäisivät kasvavan samaan aikaan? Psykologinen tutkimus kohdistui pitkään pelkästään negatiivisten ilmiöiden tutkimukseen ja kuvaamiseen. Tutkimuskohteina olivat masennus, uupumus ja monet epäonnistumiseen ja pahoinvointiin liittyvät ilmiöt. Epäonnistumisen ja pahoinvoinnin psykologia olikin vallalla 1990-luvulla. Osaltaan tähän ovat voineet vaikuttaa myös haasteelliset yhteiskunnalliset ilmiöt, kuten lama-aika.

Vuonna 2000 oli kuitenkin käännekohta. Gallup järjesti Washington DC:ssä kokouksen, jossa oli monia keskeisiä johtavia kansainvälisiä psyykkisen hyvinvoinnin tutkijoita, kuten professorit Seligman, Csikszentmihalyi ja Peterson sekä nobelvoittaja Kahneman. Pääsin osallistumaan kokoukseen yhdessä väitöskirjanohjaajani professori Nurmen kanssa. Kokouksessa perustettiin positiivisen psykologian tutkimusparadigma. Psykologinen tutkimus alkoi kokouksen jälkeen suuntautua voimakkaasti hyvinvoinnin ja onnistumisen psykologian ilmiöihin, kuten flow:n, optimismin ja työn imun tutkimukseen. Hyvinvoinnin psykologinen tutkimus lisääntyi lineaarisesti seuraavan vuosikymmenen aikana 2000–2010. Pian kuitenkin tiedeyhteisö huomasi, etteivät positiivinen ja negatiivinen, hyvin- ja pahoinvointi, ole erillisiä ilmiöitä ja asioita vaan ne kulkevat usein käsi kädessä (esim. Salmela-Aro 2015). Näin alettiin entistä useammin tutkia samaan aikaan sekä hyvin- että pahoinvointia.

Vaatus-voimavaramalli (esim. Salmela-Aro & Upadyaya 2014) tarkastelee hyvinvointia vaatimusten ja voimavarojen välisen yhteensopivuuden avulla. Vaatimukset ja voimavarat voivat liittyä niin yksilön taustatekijöihin, kuten perhetaustaan, sukupuoleen, elämäntilanteeseen tai sosiaaliseen ympäristöön, kuten saatuun tukeen, ja taitoihin, kuten sosioemotionaalisiin taitoihin kuin myös keskeisen koulu- ja työympäristön vaatimuksiin ja voimavaroihin. Mitä enemmän yksilöllä on voimavaroja, kuten saatua tukea tai sosioemotionaalisia taitoja, ja mahdollisuuksia suhteessa vaatimuksiin, sitä parempi on hänen hyvinvointinsa. Voimavarat auttavat saavuttamaan psykologisia perustarpeita, kuten yhteenkuuluvuutta, vaikutusmahdollisuuksia ja onnistumisen kokemuksia, eli sellaista kompetenssia, joka lisää hyvinvointia, ja hyvinvointi taas parantaa edelleen menestystä perhe-elämän sekä koulu- ja työelämän poluilla. Sitä vastoin epäsuhta vaatimusten ja voimavarojen kesken lisää pahoinvointia ja riskiä esimerkiksi sille, että lapsi tai nuori masentuu, keskeyttää opintonsa tai laskee koulutustavoitteitaan.

Viime aikoina on myös yleistynyt uusi tutkimusmetodologinen lähestymistapa, niin sanottu henkilösuuntautunut lähestymistapa, jonka avulla voidaan tutkia ja tunnistaa erilaisia homogeenisia hyvin- ja pahoinvoinnin ryhmiä. Tällöin voidaan tutkia samalla sekä hyvin- että pahoinvointia ja usein näin tunnistetaan samanaikaisesti sekä positiivisia että negatiivisia tekijöitä. Esimerkiksi koulu- ja työuupumusprofileista tunnistetaan niin sanottu ”työppöys”-ryhmä, jolle on tyypillistä sekä voimakas sitoutuminen ja työn imu tai opiskeluinto mutta samanaikaisesti myös voimakas ekshaustio eli uupumusasteinen väsymys. Tämä ryhmä menestyy tyypillisesti hyvin lyhyellä tähtäimellä,

mutta pidemmällä tähtäimellä tällä suuntautumisella on hintansa ja se johtaakin usein pahoinvoinnin lisääntymiseen. Tällainen ryhmä on selkeästi lisääntynyt esimerkiksi pandemian aikana.

Hyvin- ja pahoinvoinnin tilannekuva ja kehityskulkuja

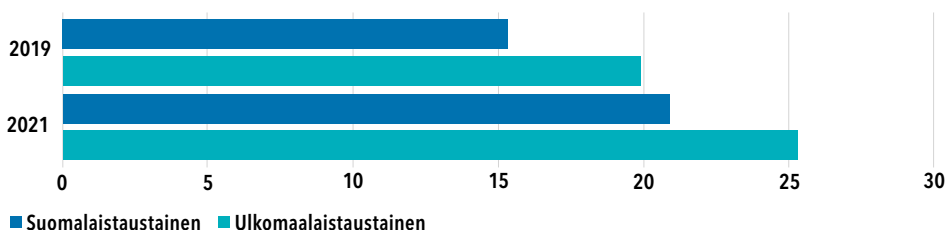
Tärkeä esimerkki siitä, miten hyvin- ja pahoinvointi näyttävät lisääntyvän samanaikaisesti, on yhteiskunnassamme lisääntyvä polarisaatio. Olemme tutkineet esimerkiksi nuorten hyvin- ja pahoinvointia erityisesti kouluissa ja opiskeluympäristöissä. Olemme keränneet laajoja pitkittäisaineistoja, joissa samat nuoret ovat täyttäneet kyselylomakkeet vuoden välein useiden vuosien ajan, sekä käyttäneet myös esimerkiksi kouluterveyskyselyaineistoa.

Kouluterveyskyselyssä on ollut kehittämäni lyhyt koulu-uupumusosio nyt jo vuodesta 2006. Koulu-uupumus määritellään kolmen tekijän perusteella, joita ovat uupumusteinen väsymys, kyyninen, negatiivinen suhtautuminen koulua kohtaan ja riittämättömyyden tunteet opiskelijana. Kouluintoa taas kuvastaa omistautuminen. Käytän tässä luvussa koulu- ja työuupumusta sekä kouluintoa ja työn imua esimerkkeinä pahoin- ja hyvinvoinnista. Koulu-uupumus ennustaa voimakkaasti masennusta, keskeyttämistä ja koulutuksellisten tavoitteiden laskua. Kouluinto taas ennustaa laajemminkin hyvinvointia, onnellisuutta ja menestystä koulupolulla. Kouluterveyskysely tehdään joka toinen vuosi peruskoulun lopussa, lukiossa sekä ammattikoulussa.

Nuorten hyvin- ja pahoinvoinnin muutokset Suomessa

Tutkimme koulu-uupumuksen muutoksia vuodesta 2006 vuoteen 2019 eli juuri ennen pandemiaa käyttäen kouluterveyskyselyaineistoa (Read, Hietajärvi & Salmela-Aro, 2022). Aineisto käsitti lähes miljoona suomalaisnuorta (n = 949 347 nuorta). Aineisto on erittäin laaja Suomen mittakaavassa, mutta myös kansainvälisesti. Tutkimme, missä määrin sekä nuorten taustatekijät eli sukupuoli, perheen sosioekonominen tausta ja maahanmuuttotilanne että kouluun liittyvät tekijät eli kouluaste ja koulun sijainti maaseudulla tai kaupungissa vaikuttivat koulu-uupumukseen.

Tutkimuksemme osoitti, että nuorten hyvin- ja pahoinvoinnin polut alkoivat selkeästi eriytyä vuoden 2013 jälkeen. Vanhempien korkea koulutustaso suojasi nuoria pahoinvoinnilta, erityisesti poikia. Koulun sijainti kaupungissa lisäsi riskiä koulu-uupumukseen tytöille mutta ei pojille. Vanhempien työttömyys ja perheen maahanmuuttotilanne olivat yhteydessä lisääntyneeseen koulu-uupumukseen ja erityisesti maahanmuuttoperheissä, joissa vanhemmilla oli alhainen koulutustaso (Kuva 1). Kaikki nuoret eivät ole enää samassa veneessä.



KUVA 1. Kouluterveyskysely koulu-uupumus, pandemia ja maahanmuuttostatus.

Tämä osoittaa, miten hyvin- ja pahoinvointi näyttävät lisääntyvän samaan aikaan. Osa nuorista voi hyvin, ja heillä hyvinvointi voi jopa lisääntyä, ja osalla menee huonosti ja pahoinvointi tuntuu vain voimistuvan. Tätä jakoa näyttävät lisäävän sukupuoli, perheen sosioekonominen tausta, maahanmuuttostatus ja asuminen kaupungissa. Tuloksista näkee esimerkiksi, miten erityisesti tyttöjen pahoinvointi lisääntyy kaupungissa, mutta heilläkin sosioekonominen tausta vaikuttaa. Pahoinvointi näyttää lisääntyvän erityisesti alhaisen sosioekonomisen taustan ryhmässä.

Peruskoulu vaikutti pitkään tasoittavan hyvinvointieroja, mutta nyt kehitys on muuttunut. Resurssit jakaantuvat Suomessa eriarvoisesti, ja syntyy toisaalta noidankehiä ja toisaalta onnistumisen oravanpyöriä, jotka molemmat kiihtyvät entisestään. Resurssija tulisikin jakaa enemmän tarpeiden mukaisesti, ja tähän meillä on suunnitelmia professori Matti Sarvimäen ryhmän kanssa. Tällä hetkellä tutkimme, pystyykö kaksivuotinen esikoulu estämään lasten eriarvoistumista ja miten se vaikuttaa lasten hyvinvointiin. Helsingissä on myös havaittu segregatioilmiötä: koulut alkavat erilaistua. Tällöin haasteena on, että syntyy niin sanottuja hyviä kouluja ja haasteellisia kouluja, mikä lisää entisestään sekä hyvin- että pahoinvointia.

Kun tutkimme nuorten sosiaalisia verkostoja ja niiden vaikutusta hyvin- ja pahoinvoinnin kehitykseen, selvisi, että kaveripiirillä ja perheellä sekä sosiaalisella verkostolla on voimakas vaikutus nuorten hyvin- ja pahoinvoinnin polkuihin (Wang, Salmela-Aro ym. 2018). Tämä tutkimus osoitti, että nuoret muodostavat kaveripiirejä usein samasta sosioekonomisesta taustasta tulevien nuorten kanssa. Kiinnostavasti kaveripiirit olivat myös samantyyppisiä hyvin- ja pahoinvoinnin suhteen. Näin edelleen muodostui kuplia, joissa hyvin- ja pahoinvointi kasaantuivat.

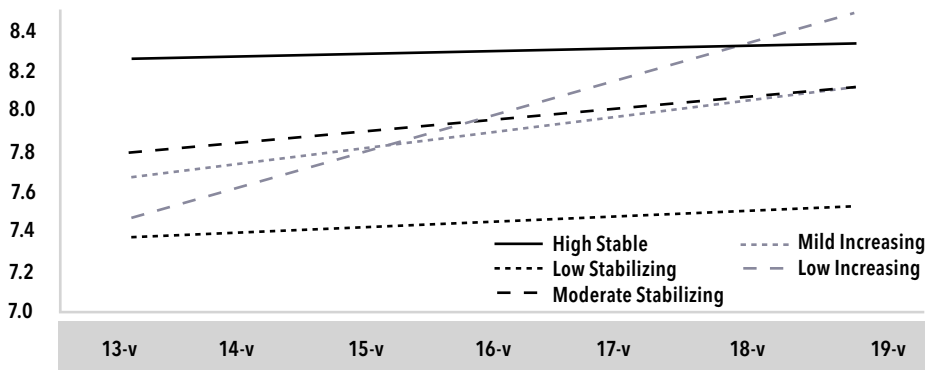
Kaveripiirissä myös tunteet tarttuvat, ja kaveripiiri muuttuu ajan kuluessa samanlaiseksi. Esimerkiksi uupumus tarttuu ryhmässä. Edelleen kaveripiiri näytti jakavan koulutukselliset tavoitteet ja myös tulevat sekä koulutus- että työelämäpolut. Tämä tutkimus tehtiin laajan FinEdu-pitkittäistutkimuksemme pohjalta, jossa olemme tutkineet hyvinvointia ja koulutuksellisia polkuja 15-vuotiaasta 35-vuotiaaksi 20 vuoden ajan.

FinEdu-tutkimus osoitti edelleen, että myös vanhemmat vaikuttavat siihen, miten erilaisiksi nuorten hyvin- ja pahoinvoinnin polut kehittyvät. Olemme esimerkiksi havainneet, kuinka perheissä äidit ja tyttäret jakavat työ- ja koulu-uupumuksen tason ja tunnistetaan ylisukupolvisia hyvin- ja pahoinvoinnin vaikutuksia (Salmela-Aro ym., 2011).

Nuorten viisi hyvin- ja pahoinvoinnin polkua

Tutkimme pitkittäistutkimuksen avulla Helsingin koulujen noin 2 700 oppilaan niin sanotun millenniumkohortin eli vuonna 2000 syntyneiden ryhmän masennus- ja koulu-uupumuspolkuja seitsemänneltä luokalta lukion loppuun vuosina 2013–2019. Nuoret osallistuivat tutkimukseen vuoden välein yhteensä kuusi kertaa. Pitkittäistutkimuksen tulokset osoittivat selkeästi, kuinka keskiarvotulos ei enää kerro kovin paljon, vaan tarvitaan henkilösuuntautunutta lähestymistapaa, jotta voidaan tunnistaa erilaisia hyvinvointipolkuja (Olivier, Morin & Salmela-Aro 2022). Tällaisen analyysin avulla päästään myös vastaamaan siihen, miksi sekä hyvin- että pahoinvointi ovat samaan aikaan lisääntymässä.

Tunnistimme viisi erilaista hyvin- ja pahoinvoinnin polkua 13-vuotiaasta 19-vuotiaaksi eli yläkoulun alusta lukion loppuun (KUVA 2). Ensimmäisessä tapauksessa nuoret voivat koko ajan hyvin eikä se muuttunut 13–19 vuoden välissä. Tähän ryhmään kuului 5 prosenttia nuorista. Edelleen havaitsimme, että 5 prosentilla nuorista pahoinvointi oli erittäin voimakasta eikä se muuttunut 13–19 vuoden välissä. Tämä pitkittäistutkimus osoitti, miten vain joka kymmenennen nuoren hyvin- tai pahoinvointi on pysyvää nuoruudessa.



KUVA 2. Viisi koulu-uupumus polkua (korkea pysyvä, alhainen voimakkaasti lisääntyvä, keskitaso tasaantuva, keskitaso lisääntyvä, alhainen pysyvä) Millennium pitkittäistutkimus vuodet 2013-2019 7-luokalta (13-vuotiaasta) lukion loppuun (19-vuotiaaksi).

Tämän lisäksi havaitsimme kolme ryhmää, joissa masennus ja koulu-uupumus lisääntyivät 13-vuotiaasta 19-vuotiaaksi eli yläkoulun alusta lukion loppuun. Ensimmäiseen ryhmään kuului 5 prosenttia nuorista. Heillä masennus ja koulu-uupumus lisääntyivät dramaattisesti yläkoulun lopussa ja edelleen lukion aikana. Yläkoulun alussa he voivat hyvin, mutta lukion lopussa he olivat jo kliinisesti masentuneita. Tätä ryhmää oli luonteeltaan hyvin suorituskeskeinen. Nuoret vertasivat menestystään muiden menestykseen, ja heille oli tärkeää suoriutua paremmin kuin muut nuoret. He myös pelkäsivät voimakkaasti epäonnistumista ja erityisesti epäonnistumista muiden edessä.

Pahoinvointi lisääntyi myös kahdessa muussa ryhmässä. Näistä ensimmäiseen ryhmään kuului vähän alle 40 prosenttia nuorista. Heillä masennus ja koulu-uupumus lisääntyivät erityisesti yläkoulussa ja ne alkoivat tasaantua lukiossa. Jälkimmäiseen ryhmään kuului 45 prosenttia oppilaista, ja heillä masennus ja koulu-uupumus lisääntyivät melko voimakkaasti lukiossa. Myös nämä ryhmät olivat luonteeltaan hyvin suorituskeskeisiä. Tyttöillä pahoinvointi oli poikia useammin pysyvää ja se myös paheni voimakkaammin kuin pojilla.

Tulokset osoittavat, miten nuoret ovat jakaantuneet hyvinvoinnin suhteen. Valitettavasti tulokset osoittivat, että emme kyenneet tunnistamaan yhtään ryhmää, jossa hyvinvointi olisi lisääntynyt nuoruudessa yläkoulun alusta lukion loppuun. Joko hyvin- ja pahoinvointi pysyivät ennallaan tai pahoinvointi lisääntyi.

Kun tutkimme pitkittäistutkimuksemme eri aineiden stressaavuutta yläkoulusta lukioon, havaitsimme myös, että matematiikka ja fysiikka alkoivat voimakkaasti stressata opiskelijoita. Sen sijaan kielet ja taito- ja taideaineet eivät juurikaan stressanneet nuoria yläkoulussa tai lukiossa. Näin nuorten erilainen ainekiinnostus myös näyttää osaltaan vaikuttavan stressaamiseen ja sen epätasaiseen jakautumiseen. Se, että matematiikasta saatavat arvosanat korostuvat ylioppilaskirjoituksissa, voi siten osaltaan lisätä koulu-uupumusta. Uusi tutkimus osoittaa, miten tasa-arvo itse asiassa lisää pikemminkin poikien kuin tyttöjen hyvinvointia. Se paljastaa sukupuolen tasa-arvoparadoksin (Guo ym., 2022), jonka mukaan tasa-arvoisissa maissa pojat voivat paremmin kuin tytöt.

Pandemian vaikutus lasten ja nuorten hyvinvointiin

Strateginen tutkimuksen neuvosto rahoitti erityisen EduRESCUEhankkeen, jossa tutkimme pandemian vaikutusta oppimiseen ja hyvinvointiin ja pyrimme luomaan tiekarttaa kriisinkestävään, resilienttiin kouluun. Pitkittäistutkimuksemme ansiosta pystyimme myös tutkimaan pandemian aiheuttamia muutoksia kouluhyvinvoinnissa. Tuloksemme osoittivat, että heterogeenisyys lisääntyi pandemian aikana ja peruskoulu-laisten lasten ja nuorten kouluhyvinvointi polarisoitui vahvasti.

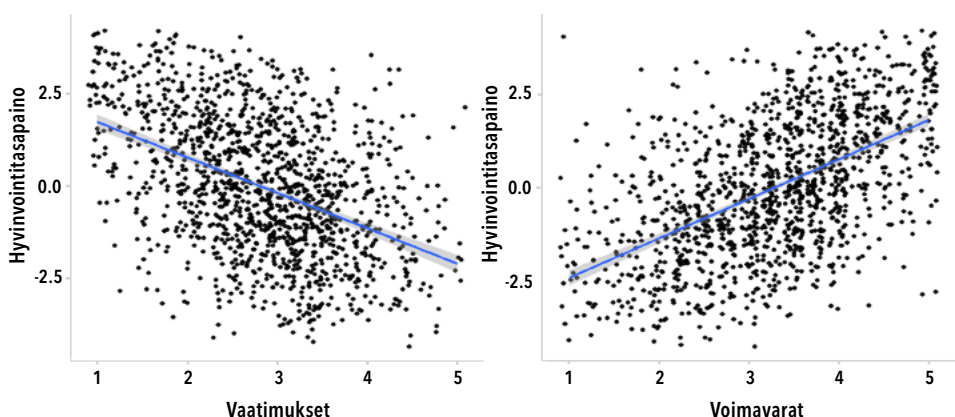
Tutkimme yhä meneillään olevassa ”Bridging the Gaps” pitkittäistutkimuksessa Helsingin kouluissa kahta kohorttia: 5–6-luokkalaista ja 7–8-luokkalaista. Tutkimme samoja lapsia ja nuoria ensin vuosina 2019–2020 eli ennen pandemiaa sekä myöhemmin sen aikana (Salmela-Aro ym., 2021).

Tunnistimme, että neljäsosalla 5–6-luokkalaisista koululaisista kouluhyvinvointi parani pandemian seurauksena ja lopuilla 75 prosentilla kouluhyvinvointi heikkeni (Salmela-Aro ym. 2022). Myös tämä tulos osoittaa selkeästi, miten sekä hyvinvointi että pahoinvointi lisääntyvät samaan aikaan. Sosioekonominen tausta suojasi lapsia ja nuoria pahoinvoinnin lisääntymiseltä, ja hyvä sosioekonominen tausta ja vanhempien tuki jopa lisäsivät hyvinvointia pandemian aikana.

Vanhempien yläkoululaisten eli 7–8-luokkalaisten kohortilla osoitimme, että peruskoulun lopussa 16 prosentilla nuorista kouluhyvinvointi lisääntyi ja 84 prosentilla nuorista laski. Tulokset osoittivat, että tässä kohortissa se ryhmä, jossa hyvinvointi

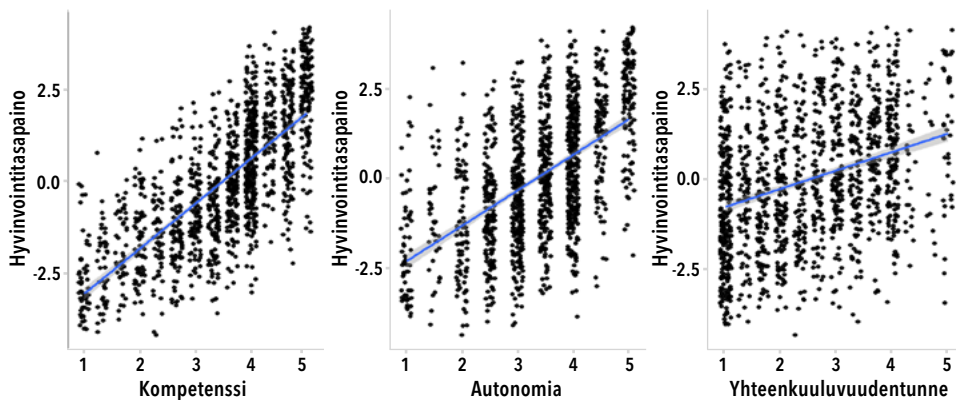
parani, oli valitettavasti huomattavasti pienempi kuin se ryhmä, jossa pahoinvointi lisääntyi, vaikka molemmat ilmiöt ovat tunnistettavissa samaan aikaan eli sekä hyvin- että pahoinvoinnin lisääntyminen.

”Bridging the Gaps” -pitkittäistutkimuksen tuloksemme osoittivat edelleen, että lasten ja nuorten voimavarat, hyvät sosioemotionaaliset taidot, kuten sisukkuus, resilienssi, yhteistyötaidot ja utelias mieli, suojasivat pahoinvoinnin lisääntymiseltä (KUVA 3). Valitettavasti sosioemotionaaliset taidot eivät itsestään kehity, ja siten koulussa tulisi akateemisten taitojen lisäksi auttaa lasta ja nuorta kehittämään sosioemotionaalisia taitoja. Nämä eivät ole persoonallisuuden piirteitä, vaan ne ovat taitoja, jotka muuttuvat ja kehittyvät, jos niiden kehittymiseen panostetaan. Koulu on hyvä ympäristö sosioemotionaalisten taitojen kehittymiselle. Ne ovat nykyään perustaitoja akateemisten taitojen ohella. Sosioemotionaalisten taitojen avulla lapsi tai nuori saa akateemiset taidot käyttöönsä.



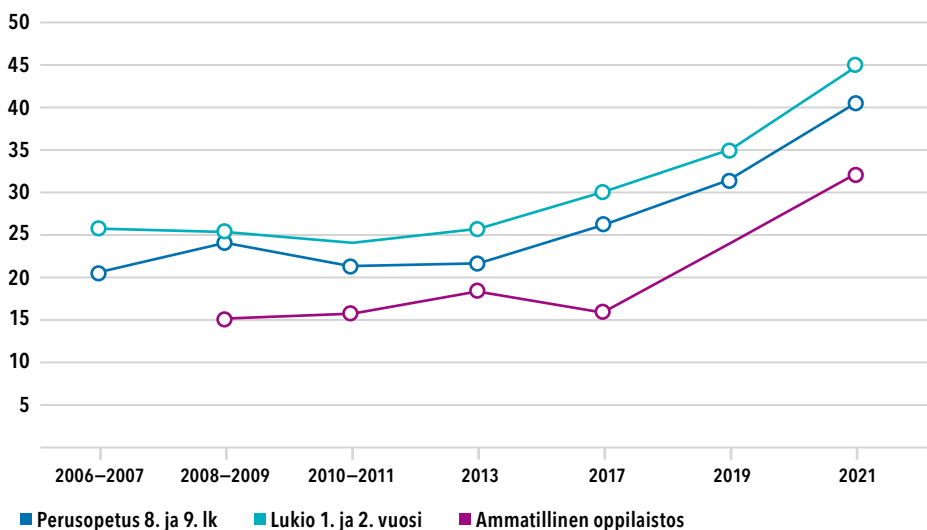
KUVA 3. Vaatimusten ja voimavarojen vaikutus nuorten hyvinvointiin

Pitkittäistutkimuksemme osoitti edelleen, että yksinäisyys lisääntyi ja yhteenkuuluvuus romahti kaikilla lapsilla ja nuorilla pandemian seurauksena (KUVA 4). Nyt onkin tärkeää panostaa siihen, että vähennetään yksinäisyyden ja ulkopuolisuuden kokemuksia. Meillä alkaa juuri uusi, laaja strategisen tutkimuksen neuvoston rahoittama ”Right to Belong” -hanke, jossa pyrimme taklaamaan tätä ongelmaa. Kaikilla lapsilla ja nuorilla on oikeus kuulua johonkin ja kokea osallisuutta. Lapset ja nuoret eivät saa olla yhteiskunnassamme näkymättömiä ja kokea siinä ulkopuolisuutta. ”Right to Belong” -hankkeen tavoitteena on, että entistä useampi lapsi tai nuori voisi kuulua ryhmään, jossa hyvinvointi lisääntyy lapsuudessa ja nuoruudessa.



KUVA 4. Psykologiset perustarpeet ja hyvinvointi pandemiassa.

Myös kouluterveyskyselyn avulla voidaan tarkastella kouluhyvinvoinnin trendejä ennen pandemiaa ja pandemian aikana. Koska kyseessä ei ole pitkittäistutkimus, tuloksista ei nähdä ilmiöiden kausaalisia suhteita. Pandemian aikana tehdyssä kouluterveyskyselyssä vuonna 2021 havaittiin, miten voimakkaasti nuorten koulupahoinvointi lisääntyi niin peruskoulussa kuin lukiossakin. Ennen pandemiaa koulu-uupumusta oli reilulla 15 prosentilla nuorista, mutta pandemian aikana lukiolaisista jo reilusti yli 20 prosenttia oli uupuneita. Nuorten keskuudesta voi myös havaita polarisaatiota. Esimerkiksi helsinkiläis-tytöistä jopa kolmannes oli uupunut, ja lähes joka toinen koki voimakasta riittämättömyyttä lukiossa (KUVA 5).



KUVA 5. Tyttöjen riittämättömyys Helsingissä - pandemian vaikutus.

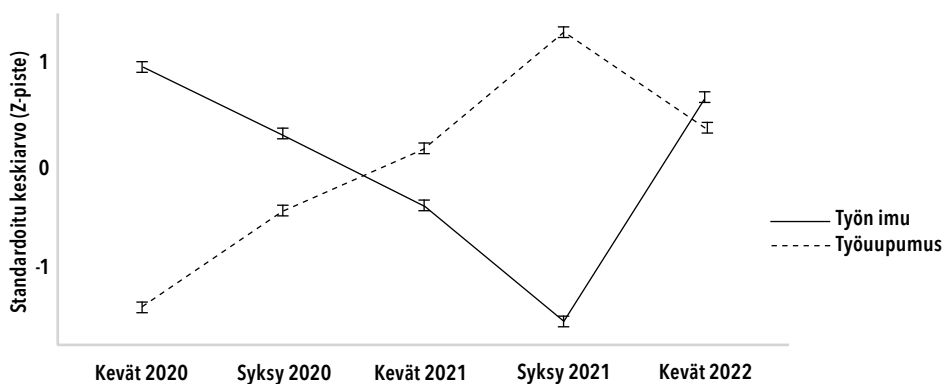
Myös kyyninen, negatiivinen suhtautuminen koulunkäyntiin lisääntyi voimakkaasti pandemian seurauksena. Se nostaa riskiä keskeyttää opinnot nelinkertaiseksi, ja edelleen se ennustaa sitä, että nuori laskee koulutuksellisia tavoitteitaan. Tähän ei meidän yhteiskunnassamme olisi varaa, jos tavoitteena on saada puolet ikäluokasta suorittamaan yliopistotutkinto. Lokakuussa 2022 julkaistu OECD:n koulutusraportti osoitti, että Suomessa oli korkeakoulutettujen 25–34-vuotiaiden määrä pysähtynyt paikalleen vuodesta 2000 vuoteen 2021. Muutoksen määrä oli nyt OECD-maiden alin. Tähän ei Suomessa ole varaa.

Pandemia heikensi voimakkaasti nuorten hyvinvointia ja erityisesti niillä nuorilla, joilla oli haasteita hyvinvoinnin kanssa jo ennen pandemiaa. Pandemia lisäsi pahoinvointia entisestään, mutta toisaalta se myös lisäsi jossain määrin hyvinvointia niillä, joilla oli tukea, hyvät resurssit, korkea sosioekonominen tausta ja hyvät akateemiset sekä sosio-emotionaaliset taidot. Kuilu haavoittuvassa asemassa olevien nuorten ja niiden nuorten välillä, joilla menee erittäin hyvin, syventyi pandemian seurauksena.

Opettajien ja rehtoreiden hyvin- ja pahoinvointi

Tutkimme opettajien ja rehtoreiden työhyvinvointia pandemian aikana. Opettajien tutkimus tehtiin puolen vuoden välein alkaen keväällä 2020. Ensimmäisessä mittauksessa opettajien ”työppöys”-ryhmään eli ryhmään, jossa opettajat kokivat erittäin voimakasta työn imua ja samaan aikaan voimakasta uupumusasteista väsymystä, kuului noin 10 prosenttia opettajista (Salmela-Aro ym. 2022). Vuotta myöhemmin eli syksyllä 2021 oli tämän opettajaryhmän koko kaksinkertaistunut.

Havaitsimme myös hopeareunuksen: Opettajien työuupumus lisääntyi pandemian aikana dramaattisesti aina kevästä 2020 loppuvuoteen 2021. Samana aikana opettajien työn imu romahti (KUVA 6). Havaitsimme kuitenkin, että keväällä 2022 opettajien työn imu alkoi palautua.



KUVA 6. Pandemia ja opettajien työuupumus ja työn imu.

Olemme tehneet vuosittain rehtoribarometrin vuodesta 2019 lähtien. Rehtoribarometrin tulokset perustuvat noin 700 rehtorin vastaukseen. Olemme tunnistanee erilaisia rehtorien hyvinvointiryhmiä (Upadyaya, Hietajärvi & Salmela-Aro, 2021). Ennen pandemiaa, vuonna 2019 valtaosa rehtoreista oli hyvin motivoituneita, voi hyvin ja koki työn imua. Vuonna 2019 joka kymmenes rehtori oli uupunut. Pandemian aikana vuosi vuodelta uupuneiden rehtoreiden ryhmä kasvoi ja työn imun ryhmä kutistui. Oli mielenkiintoista, että vuonna 2022 pystyimme myös rehtoreiden joukosta tunnistamaan tällaisen ”työpöys”-ryhmän, jolle oli tyypillistä hyvin korkea työn imu mutta samanaikaisesti myös hyvin voimakas ekshaustio, uupumusasteinen väsymys. Tällaista ryhmää ei rehtoreiden joukosta ollut ennen tunnistettu. Tämän ryhmän koko oli noin 10 prosenttia, eli joka kymmenes rehtori koki samanaikaisesti sekä voimakasta työhyvinvointia että työpahoinvointia. Tämä osoittaa sen, että hyvin- ja pahoinvointi voivat kulkea myös käsi kädessä eivätkä hyvin- ja pahoinvointi ole aina toisistaan irrallisia ilmiöitä. Ilmiö on kuitenkin haasteellinen, koska tällaisella profililla on usein hintansa pitkällä tähtäimellä, esimerkiksi riski masentua kasvaa.

Tulevaisuuskysymyksiä

Uusia haasteita hyvinvoinnille muodostavat digitaalisuus, ilmastonmuutos ja geopolittinen tilanne. Nuorten lisääntyvä ympäristöahdistus on myös yhteydessä nuorten pahoinvointiin (Vuolteenaho & Salmela-Aro, 2022). Kaikki nuoret eivät kuitenkaan koe näin, vaan voimme tunnistaa erilaisia hyvinvointiryhmiä. Yli puolet nuorista voi pahoin, eli 44 prosenttia nuorista oli ilmastoahdistuneita ja 14 prosenttia ylikuormittuneita ilmaston takia. Positiivinen tulos on, että ympäristöahdistus ja sen kasvu kulkevat käsi kädessä ympäristöstävällisen toiminnan kanssa. Uusi tekemämme 32 maan vertaileva tutkimus, jossa myös Suomi on mukana, antoi valonpilkahduksen tulevaisuuteen (Ogunbode ym. 2022). Vaikka Suomessa oli lähes eniten ympäristöahdistuneita nuoria, Suomessa oli myös eniten ympäristön hyväksi toimivia nuoria.

Viime aikoina on esitetty, että sosiaalinen media olisi keskeinen pahoinvoinnin lisääjä. Samaan aikaan kun nuorten pahoinvointi on lisääntynyt, nuoret ovat alkaneet myös käyttää enemmän digitaalista mediaa. On esitetty, että kännykät ovat tuhonneet nuorten sukupolven. Olemme kuitenkin pitkittäistutkimuksemme avulla tutkineet digitaalisen median vaikutusta nuorten hyvin- ja pahoinvoinnin kehittymiseen. Tulokset eivät osoita, että ruutuaika lisäisi nuorten pahoinvointia. Tulokset sen sijaan osoittavat, että masentuneet ja yksinäiset nuoret hakeutuvat käyttämään digilaitteita ja sosiaalista mediaa. Laitteista on tehty niin houkuttavia ja koukuttavia, että se edelleen lisää niiden käyttöä. Yksinäisyys ja masennus siis ennustavat liikkakäyttöä eikä toisinpäin. Voimakas addiktii- vinen käyttö lisää entisestään pahoinvointia ja ennakoi siten masennuksen kasvua ja arvosanojen laskua (Toth-Kiraly, Morin & Salmela-Aro 2022). Tämä on siis myös yksi esimerkki siitä, miten syntyy erilaisia hyvin- ja pahoinvoinnin kehiiä.

Edelleen tulevaisuuden epävarmuus, taloudelliset haasteet ja tämänhetkinen energiakriisi sekä geopoliittinen tilanne heijastuvat erityisesti nuorten pahoinvointiin, mutta samalla ne kiihdyttävät entisestään polarisaatiota, sekä hyvin- että pahoinvointia.

Toimenpide-ehdotuksia

Tutkimukset osoittivat, että Suomessa erityisesti noin kymmenen vuotta sitten hyvinvointi alkoi eriytyä voimakkaasti. Asuinalue, koulutustaso ja maahanmuuttostatus – erityisesti kaupungistuminen ja alhainen koulutustaso – kiihdyttävät hyvinvoinnin eriytymistä. Olisikin tärkeää tukea etenkin niitä perheitä, joissa on työttömyyttä ja/tai jotka ovat maahanmuuttajia, erityisesti jos samanaikaisesti perheen koulutustaso on alhainen.

Myös psykologiset tekijät vaikuttavat eriytymiseen. Suoritusorientaatio eli voimakas vertailu muiden arvosanoihin ja epäonnistumisen pelko vaikuttavat nuorten kehitykseen negatiivisesti. Suoritukseen keskittyminen heijastelee laajemminkin yhteiskunnan kovenivia arvoja. Tähän olisi tärkeää puuttua.

Pyrimme löytämään keinoja nuorten hyvinvoinnin lisäämiseksi strategisen tutkimuksen neuvoston rahoittamissa ”Right to Belong” ja EduRESCUE-hankkeissa.

Pandemia osaltaan kiihdytti hyvin- ja pahoinvoinnin polkujen eriytymistä. Nyt olisi tärkeää lisätä kouluille resursseja niiden erityisten tarpeiden mukaisesti. Tätä pitäisi ensin tutkia satunnaistetun asetelman avulla. Tarvitaan tutkimusperustaista näyttöä siitä, miten resurssien jako tarpeiden mukaisesti vaikuttaisi hyvin- ja pahoinvoinnin kehitykseen.

Lisäksi meidän täytyy saada koulupsykologiapalvelut kuntoon. Tutkimus osoittaa, miten selkeästi ne voivat lisätä nuorten hyvinvointia kriittisillä hetkillä. Mitä enemmän panostamme ennaltaehkäisevään toimintaan, sitä paremmin nuoret voivat.

Viitteet

Guo, J., Tang, X., Marsh, H., Parker, P., Basarkod, G., Sanhdra, B., Ranta, M. & Salmela-Aro, K. (2022). The roles of social-emotional skills in students' academic and life success: A multi-informant, multi-cohort Perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*.

Ogunbode, ym. (2022). Climate anxiety, pro-environmental action and wellbeing: antecedents and outcomes of negative emotional responses to climate change in 32 countries. *Journal of Environmental Psychology*.

Olivier, E., Morin A. & Salmela-Aro, K. (2022). The Interconnected development of depressive symptoms and school functioning from mid-adolescence to early adulthood: A Piecewise Growth Mixture Analysis. *Journal of Educational Psychology*.

Read, S., Hietajärvi, L. & Salmela-Aro, K. (2022) School burnout trends 2006–2019 in Finland. *Social Psychiatry and Epidemiology*.

- Salmela-Aro, K. (2015). Toward a new science of academic engagement. *Research in Human Development*, 12, 304–311. doi:10.1080/15427609.2015.1068038.
- Salmela-Aro, K., & Upadyaya, K. (2014). School burnout and engagement in the context of demands-resources model. *British Journal of Educational Psychology*, 84, 137–151. doi:10.1111/bjep.12018.
- Salmela-Aro, K., Upadyaya, K., Ronkainen I. & Hietajärvi L. (2022) Study burnout and engagement during COVID-19 among university students: The role of demands, resources and psychological needs. *Journal of Happiness Studies*.
- Salmela-Aro, K., Tynkkynen, L. & Vuori, J. (2011) Parents' work burnout and adolescents' school burnout: Are they shared? *European Journal of Developmental Psychology*, 8, 215–227. doi:10.1080/17405620903578060.
- Salmela-Aro, K., Upadyaya, K., Vinni-Laakso, J. & Hietajärvi, L. (2021) Adolescents' longitudinal school engagement and burnout before and during COVID-19: The role of socio-emotional skills. *Journal of Research on Adolescence*, 31, 796–807.
- Toth-Kiraly, I., Morin, A., Hietajärvi, L. & Salmela-Aro, K. (2021) Longitudinal Trajectories, Social Antecedents, and Outcomes of Problematic Internet Use among Late Adolescents. *Child Development*.
- Upadyaya, K., Toyama, H. & Salmela-Aro, K. (2021) School principals' stress profiles during COVID-19, demands and resources. *Frontiers in Psychology*, 12, 731929.
- Wang, M.-T., Kiuru, N., Degol, J. L. & Salmela-Aro, K. (2018) Friends, academic achievement and school engagement during adolescence: A social network approach to peer influence and selection. *Learning and Instruction*, 58, 148–160.
- Veijonaho, S. & Salmela-Aro, K. (2022) Lukiolaisten ilmastoahdistusprofiilit. *Psykologia*.



Kohti kestäväää hyvinvointia - Näkymiä hyvinvoinnin tulevaisuuteen suomalaisessa yhteiskunnassa

Arto O. Salonen
professori (kestävä hyvinvointi)
Itä-Suomen yliopisto

Antti-Jussi Kouvo
dosentti
Itä-Suomen yliopisto

Hyvinvoinnin lähtökohtia

Jokainen ihminen haluaa elää hyvän elämän. Nykyään hyvän elämän tavoitteluun viitataan käsitteellä *hyvinvointi*. Hyvinvointi on luonteeltaan moniulotteista. Sitä on mahdollista lähestyä universaalina, kaikkia ihmisiä yhdistävänä ilmiönä, yhteiskunnan tasolla tai yksilön näkökulmasta.

Yleisinhimillistä hyvää edustavat tekijät ovat universaaleja. Ne ylittävät yksilön subjektiivisen kokemuksen ja ovat sen vuoksi luonteeltaan objektiivisia. Hyvinvoinnin universaali, objektiivinen luonne johtuu siitä, että kaikilla ihmisillä kaikkialla maailmassa on samantlaisia tarpeita. Siksi objektiiviset hyvinvoinnin tekijät eivät ole vain välineitä hyvinvoinnin rakentamiselle, vaan ne ovat hyvinvoinnin välttämättömiä edellytyksiä.

Hyvän elämän välttämättömän perustan muodostaa riittävä elintaso (engl. *standard of living*). Kaikkialla maailmassa arvokas ihmiselämä edellyttää puhdasta vettä, ruokaa, suojaa, energiaa, mahdollisuutta huolehtia terveydestä sekä henkilökohtaisia kehittymismahdollisuuksia, kuten koulutuspalveluja. Hyvinvoinnin kannalta välttämättömien tekijöiden osalta on Suomessa edetty pitkälle.

Elämänlaadussa (*quality of life*) on kyse vaikeammin määrittyvästä, osin myös aineettomasta hyvästä. Aineettomissa hyvinvoinnin tekijöissä tapahtuvat muutokset ovat usein luonteeltaan subjektiivisia. *Subjektiivinen hyvinvointi* on ihmisen oma arvio elämästään. Me ihmiset emme pääse kiinni toistemme kokemuksiin, vaikka niin haluaisimme. Subjektiivinen hyvinvointi perustuu kokijan omaan elämismaailmaan kuten kokemukseen tyytyväisyydestä, elämän mielekkyydestä ja luottamuksesta muita kohtaan.

Sosiaalitieteilijä Stein Ringen (1995) on todennut, että hyvinvoinnista saatava informaatio riippuu siitä, tarkastelemmeko suoraan ihmisten valintojen seurauksia vai ko sitä, minkälaisia valintoja ihmiset ylipäänsä pystyvät kulloisessakin ympäristössään tekemään. Esimerkiksi tulotasoon keskittyminen edustaa kovin kapeaa hyvinvoinnin indikaattoria, joka on luonteeltaan *epäsuora*. Sen sijaan tulotason mahdollistama elämäntyyli voidaan ymmärtää *suoraksi* ja varsin laveaksi hyvinvoinnin osoittajaksi. Pohjimmiltaan elämä on kuitenkin omakohtaisesti koettua. Siksi vauras ihminen, joka on tuhlaille, voi kokea rahapulaa ja olla tyytymättömämpi elämäänsä kuin vähävarainen, joka on oppinut elämään niin, että rahat riittävät. Siksi on oleellista saada tietoa siitä, miten kansalaiset elämänsä yhteiskunnassa kokevat.

Hyvinvointia voidaan siis lähestyä monin eri tavoin kuten kiinnittämällä huomiota tulotasoon, tulotason mahdollistamaan elämäntyyliin tai ihmisen omakohtaiseen kokemukseen rahojen riittämisestä. Onkin perusteltua kysyä, ajattelemmeko hyvinvoinnista turhan suoraviivaisesti tai kapeasti. Filosofi Martha Nussbaum (2011) ja taloustieteilijä Amartya Sen (1985) tarjoavat ratkaisuksi näkemyksen, joka rakentaa siltaa objektiivisen ja subjektiivisen hyvinvoinnin välille. Toimintavalmiuksiin tai -mahdollisuuksiin (*capabilities*) perustuva lähestymistapa tarkastelee yhteiskunnan yksilölle tarjoamia mahdollisuuksia hyvinvoinnin tason tunnistamisen sijaan. Nussbaumin mukaan näitä valmiuksia ovat esimerkiksi mahdollisuudet ihmisarvoiseen elämään, terveyteen, koskemattomuuteen, ajatteluun, koulutukseen, tunne-elämään, autonomisiin päätöksiin, yhteenkuuluvuuteen,

elinympäristöstä huolehtimiseen ja oman elämän hallintaan. Oleellista on tarkastella näiden valmiuksien ja mahdollisuuksien edellytyksiä yhteiskunnassa. Ehkä juuri kansalaisten toimintavalmiuksiin tai -mahdollisuuksiin keskittymisessä on pohjoismaisen hyvinvointivaltion perusta, sillä niiden tarjoamisessa Pohjoismaat onnistuvat monia muita maita paremmin (Korhonen ym. 2017).

Kestävyysspyrkimyksistä on tullut aikakautemme imperatiivi, sillä ihmiselämä on kietoutunut osaksi muuta elämää esimerkiksi kasvien valmistaman hapen ja hyönteisten pölytysten ansiosta kasvavan ruuan osalta. Kyse on sukupolvien välisestä oikeudenmukaisuudesta, ”jotta meidän jälkeemme elävät ihmiset voivat nauttia samoista vapauksista ja mahdollisuuksista, joista me nykyihmiset nautimme” (Sen 2009, 251–252). Suomessa hyvinvoinnin ylläpitämisen ja parantamisen keskeisenä haasteena on sen huomattavan suuri ekologinen rasitus (Valtioneuvosto 2022). Ylikulutuspäivä (*Earth Overshoot Day*) osoittaa, kuinka paljon luonnonvaroja ja päästöjä kunkin maan kansalaisten hyvinvoinnin turvaamiseen kuluu. Suomalaisen elämäntavan osalta ylikulutuspäivä tulee vastaan jo alkuvuodesta – noin neljä kuukautta ennen maailman maiden keskiarvoa. Ylikulutuspäivä viestii siitä, että kansakunnan hyvinvoinnin ylläpitämisessä tarvittavat luonnon resurssit on käytetty loppuun tarkasteluvuoden osalta (www.overshootday.org). Tulevaisuuden keskeiseksi haasteeksi muodostuu hyvän elämän perustan säilyttäminen.

Kestävä hyvinvointi edustaa kokonaisvaltaista, integroitua ja systeemistä lähestymistapaa elintasoon, elämänlaatuun ja kestävyYTEEN. Siinä yhdistyvät hyvän elämän tavoittelun tavat ja kestävyyspyrkimykset yksilön, yhteiskunnan ja planeetan tasoilla. Kestävän hyvinvoinnin näkökulmasta oleellista on siirtää hyvinvoinnin tavoittelun painopistettä aineellisista elämän päämääristä kohti aineettomia. Silloin hyvinvointi koostuu esimerkiksi tyytyväisyydestä elämää kohtaan sekä elämän merkityksellisyyden ja tarkoituksellisuuden kokemuksesta. (Salonen & Konkka 2022.) Hyvinvointiin kuuluu myös se, että tunnistaa ja hyödyntää mahdollisuudet vaikuttaa omaan elämänsä kulkuunsa ja kehittää omia voimavarojaan. Nämä asiat edustavat aineetonta hyvinvointia, jonka perusta on luonteeltaan runsas, ehtymätön ja kaikkien ihmisten ulottuvilla oleva mahdollisuus parantaa elämänlaatua.

Hyvinvoinnin tilannekuva

Objektiivisen hyvinvoinnin näkökulmasta Suomi on yksi maailman parhaimmista paikoista elää. Suomi on poliittisesti maailman vapain yhteiskunta. Suomessa on maailman riippumattomin oikeuslaitos ja vakaimmat pankit. Suomi on myös erittäin turvallinen maa, sillä esimerkiksi järjestäytynyttä rikollisuutta on Suomessa vähemmän kuin muualla maailmassa. Suomalaisen neuvolajärjestelmän toimivuus ja maailman pienin äitiyskuolleisuus ei ole sekään vähäinen asia. (Fiertz 2021; Schwab 2019; Brandt ym. 2020; Miller & McKenna 2016; Ponce 2019; Brien 2019; Thow ym. 2018; World Health Organization 2019.)

Myös maine maailman onnellisimpana kansakuntana on levinnyt laajalle. Suomalaiset ovat pärjänneet huomiota herättävän hyvin erilaisissa kansainvälisissä hyvinvointivertailuissa (Helliwell ym. 2022; Kouvo & Räsänen 2015). Niin ikään kestävä hyvinvoinnin näkökulmasta Suomi edustaa maailman kärkeä, jos kestävyttä tarkastellaan kapeasti eli paikallisena, maan sisäisenä asiana. Asetelma muuttuu kuitenkin huomattavasti, kun

huomioidaan se tosiasia, että suomalainen hyvinvointi rakentuu maailmanlaajusten resurssien varaan (Salonen 2010, 73–75). Esimerkiksi älypuhelin koostuu 400 osasta ja sisältää 30:tä erimetallia, jotka tuotetaan eri puolilla maailmaa. Raaka-aineiden hankinta, tuotevalmistus ja logistiikka on monimutkainen ihmisiä, teknologioita ja luonnonvaroja yhdistävä kudelma, josta yksikään puhelinvalmistaja ei ole vielä kertonut yksityiskohtaisesti.

Viime vuosina hyvinvointiongelmiksi ovat Suomessa nousseet eriarvoisuuden lisääntyminen, elämänhallintaan liittyvät kysymykset sekä huono-osaisuuden kasaantuminen (Hämäläinen & Michaelson 2014; Laihiala 2018; Saari ym. 2020). Ilmiö on yhteinen teollistuneille yhteiskunnille, ja se saattaa osaltaan selittää mielenterveydellisten kysymysten yhä vahvempaa yhteyttä valtavirtaistuneisiin elämäntapoihin (OECD/EU 2018). Mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet Suomessa niin paljon, että voitaneen puhua uudesta kansansairaudesta. Masennus vie kymmenen suomalaista eläkkeelle joka päivä. Siitä on tullut suurin yksittäinen syy työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiselle. Alle 30-vuotiaiden työeläkkeelle jääminen on lisääntynyt kolmanneksella kymmenessä vuodessa ja mielenterveyssyistä eläkkeelle siirtyneiden keski-ikä on 45 vuotta. (Eläketurvakeskus 2019.) Tämä kehityskulku saattaa olla yhteydessä vallalla olevaan hyvinvointikäsitteeseen, jonka mukaan on oleellista kasvattaa talouden kokoa jatkuvasti. Talouskasvu edellyttää tuottavuuden, tehokkuuden ja kilpailukyvyn parantamista kuukausi kuukaudelta. Koke mus elämän täyteläisyydestä, merkityksekkäästä elämästä ja hyvistä olemassaolon syistä saattaa joutua koetukselle kiireen keskellä. Elämä uhkaa pelkistyä jatkuvan optimoinnin kohteena olevaksi suoritteeksi.

Elämän merkityssisällöt tyhjentyvät myös siksi, että maailmankuva pirstaloituu. Silloin hallinnan tunne heikentyy. Asioiden väliset yhteydet hämärtyvät, ja irrallisuus korostuu jokapäiväisenä kokemuksena. Kun kokemus elämästä on irrallisuuden läpäisemää, ei elämällä ole mitään sen suurempia tarkoituksia tarjottavana. Sen sijaan merkityksekkäs elämä edellyttää, että ihminen on elävässä yhteydessä sekä omaan minuuteensa että ulkopuoliseen todellisuuteen. Yksilö kokee olevansa tavalla tai toisella tärkeä ja arvokas eikä yhdentekevä olento: ”Minulla on jotakin väliä maailmalle, ja maailmalla on jotakin väliä minulle.” Toisin sanoen merkityksellisyys edellyttää yhteyden kokemista johonkin itselle tärkeään yhteisöön, ilmiöön tai asiaan. Merkityksellisyden kokemuksia tuottavasta kiinnittymisestä on kyse esimerkiksi silloin, kun romaania lukiessa eläytyy romaanin henkilöiden maailmaan niin vahvasti, että samastuu heihin ja kokee yhteenkuuluvuutta. Tällaiset taiteen avulla toteutuvat kiinnittymisen kokemukset lisäävät subjektiivista hyvinvointia ja voivat poistaa esimerkiksi yksinäisyyttä. (Salonen, Isola & Foster 2022.)

Hedoninen hyvinvointinäkemys korostaa ihmisen luontaista itsekkyyttä, egoismia ja *eudaimoninen* ihmisen luontaista epäitsekkyyttä, altruismia. Kestävä hyvinvointi ja elämän merkityssisältöjen rikastuminen kulkevat käsi kädessä, kun hyvän elämän tavoittelun painopiste siirtyy itsekkyydestä epäitsekkyyteen – hedonista eudaimoniaan. Painopisteen muutoksen seurauksena itsekkyyttä edustava hedoninen ajattelutapa – jonka mukaan *maailma on minua varten* – korvautuu yhä enemmän ajatuksella siitä, että *minä olen maailmaa varten*. Taulukossa 1 vertailemme hedonista ja eudaimonista hyvinvointia pelkistetyksi ja vastakkain asetellen. Tosielämässä hedonia ja eudaimonia kietoutuvat toisiinsa, sillä ihminen on pohjimmiltaan sekä itsekäs että epäitsekäs olento. (Salonen & Konkka 2022; Huta 2015; Baumeister ym. 2015.)

TAULUKKO 1. Subjektiiivinen hyvinvointi jakautuu hedoniseksi ja eudaimoniseksi kokemukseksi elämästä (mukaillen Huta 2015; Baumeister ym. 2015).

HEDONIA	EUDAIMONIA
maailma on minua varten	minä olen maailmaa varten
menestyminen	kukoistaminen
mielihyvää tavoitteleva käyttäytyminen	merkityssisältöjä rikastava käyttäytyminen
tyytyväisyys	merkityksellisyys
kapea perspektiivi elämään	leveä perspektiivi elämään
oikeuksiin keskittyminen	eettisyyteen keskittyminen

Hedoninen hyvinvointi viittaa mielihyvän ja aistinautinnon tavoitteluun. Se perustuu huomattavilta osin tunteisiin. Hetkittäiset onnen tunteet tuottavat mielihyvää, mutta eivät välttämättä kannattele elämää sen pidemmälle. Käytännössä kyse on esimerkiksi uuden tuotteen ostamisen tuoman mielihyvän rajallisuudesta. Sen tuoma mielihyvä on kiistatonta, mutta lyhytaikaista. Sen sijaan eudaimoniseen hyvinvointiin keskeisesti kuuluva kokemus elämän merkityksellisyydestä ja arvokkuudesta antaa suhteellisen vakaan pohjan hyvälle elämälle, sillä se edellyttää elämän suunnan määrittämistä. Elämän suunta viitoittaa periaatteet jokapäiväisille pienille ja suurille valinnoille. Elämän suunnan määrittäminen perustuu tärkeiden ja mitättömien asioiden erotteluun eli eettiseen puntarointiin.

Eudaimonisen hyvinvoinnin perustan muodostaa ihmisyyden toteutuminen siten, että yksilö on tunnistanut ja ottanut käyttöön omat vahvuutensa ja edistää niiden avulla yhteistä hyvää niissä toimintaympäristöissä, joissa hän elää. Silloin ihminen toimii sellaisten asioiden puolesta, joiden avulla on mahdollista yltää ihmisyydessä kaikkeen siihen, mihin oma tausta huomioiden on mahdollista yltää. Kun ponnistelee uljaiden asioiden puolesta jokapäiväisessä elämässä, on elämällä sellainen suunta, josta voi olla sopivasti ylpeä. Siksi eudaimoninen hyvinvointi on kiteytettävissä ajatukseen siitä, että on olemassa maailmaa varten. Toisin sanoen elämän täyteen tavoittaminen viittaa siihen, kuinka asetutaan rikastavaksi osaksi maailmaa, Suomea, oman paikkakunnan elämää, sukua, perhettä tai lähisuhdetta. Silloin olemassaoloa perustelee itsekkäiden pyrkimysten lisäksi myös oman itsen ulkopuolella olevaa maailmaa varten eläminen. (Salonen, Isola & Foster 2022; Salonen & Vesala-Varttala, painossa.)

Hyvinvoinnin tulevaisuus

Yhteiskunnan hyvinvointirakenteiden kehittämisessä ja ylläpitämisessä auttaa talouskasvu. Siksi pyrkimyksenä on maksimoida kansalaisen hyvinvointi siten, että tavoitellaan mahdollisimman suurta bruttokansantuotetta. Näyttää kuitenkin siltä, että kansalaisten kulutusmahdollisuuksien jatkuvaan lisäämiseen perustuva vipuvarsi ei enää toimi kuten aikaisemmin. On oleellista etsiä keinoja hyvinvoinnin rakentamiseksi ilman riippuvuutta talouskasvusta.

Hyvinvoinnin ja talouskasvun vahvan liitoksen kyseenalaistaminen on oleellista myös siksi, että bruttokansantuotteen antaman informaation ulkopuolelle jää paljon sellaista, mikä on hyvinvoinnin kannalta keskeistä. Näitä asioita edustavat esimerkiksi ihmisten välinen luottamus, tyytyväisyys elämää kohtaan, merkityksellisyyden ja arvokkuuden kokeminen sekä elämänilo.

Lisäksi bruttokansantuotteella on suoranaista kululuonteisuutta. Se ei huomioi ulkoisvaikutuksia (*externalities*), joita talouskasvuun liittyy. Jotta bruttokansantuotteen kululuonteisuus olisi mahdollista poistaa, tarvittaisiin läpinäkyvät hyödykemarkkinat, joissa ympäristöhaitat, ihmisoikeuksia polkevat tuotantotavat ja kansanterveydelliset kysymykset olisi huomioitu hinnoissa. (Salonen 2021a.) Kun esimerkiksi epäterveellisestä ruoasta johtuvat haitat saadaan hintoihin mukaan, tekee keskivertokansalainen parempia kulutusvalintoja. Tämä johtuu siitä, että silloin terveellinen ruoka on nykyistä halvempaa suhteessa epäterveelliseen ruokaan.

Yksi ratkaisu olisi kohdentaa verorasitusta luonnonvarojen hyödyntämiseen – etenkin uusiutumattomien luonnonvarojen käyttöön. Sen sijaan sitä, mitä halutaan lisää, ei kannata verottaa raskaasti. Työ on tällainen asia. Painopisteen siirtäminen työn verotuksesta kuluttamisen verottamiseen auttaisi tässä. Mutta vielä suurempi myönteinen muutos saataisiin, jos verorasituksen kohteena olisi raaka-aineiden verottaminen. Hiili-verokeskustelu on tervetullut avaus tähän suuntaan. Elintason ylläpitämisessä kuluu hiilen lisäksi kymmeniä muita uusiutumattomia luonnonvaroja. Uusiutumaton viittaa sellaiseen, jota ei tule planeetallemme lisää. Siksi uusiutumattomien luonnonvarojen varaan rakentuvassa hyvinvoinnissa on vuosi vuodelta enemmän kyse sukupolvien välisestä epäoikeudenmukaisuudesta – ellei siirtymää jätteettömään kiertotalouteen oleellisesti kiihdytetä.

Hyvinvointi koostuu niukoista ja runsaista asioista. Aineelliset asiat ovat niukkoja ja ehtyviä, sillä käytössämme on yksi planeetta, joka on suljettu systeemi. Sen sijaan aineettomat asiat ovat ehtymättömiä. Keskeinen ratkaisu on siinä, että hyvinvoinnin tavoittelu perustuu yhä enemmän niihin asioihin, jotka ovat runsaita. Esimerkiksi tieto on runsas resurssi, joka lisääntyy, kun sitä jakaa itseltä pois. Huomionarvoista on myös se, että aineettomia hyvinvoinnin lähteitä korostettaessa reiluus on itsestään selvää, sillä esimerkiksi tyytyväisyys elämään ja elämänilo ovat kaikkien ulottuvilla olevia mahdollisuuksia lisätä hyvinvointia. Aineettomat asiat ovat siis luonteeltaan sosiaalisesti oikeudenmukaisia.

Tulevaisuuden toivoa vahvistaa se tosiasia, että hyvinvoinniksi mielletyt asiat ovat vaivihkaa muuttuneet (Taulukko 2). Muutos johtuu siitä, että inhimillisiä perustarpeita on helpompi tyydyttää. Monet aineelliseen hyvinvointiin liittyvät haasteet on Suomessa jo onnistuttu taklaamaan. Tämän vuoksi kansalaiset arvostavat nykyään eri asioita kuin aikaisemmin. Omien toimintamahdollisuuksien hyödyntäminen, arvokkuuden kokeminen ja elämän rikkaat merkityssisällöt ovat yhä vahvemmin määrittämässä jokapäiväisiä valintoja. (Salonen ym. 2014; Salonen & Joutsenvirta 2018.) Elinkeinoelämän valtuuskunnan tutkimuksen mukaan valtaosa eli 70 prosenttia suomalaisista toivoo, että koronapandemia olisi alku pidemmän aikavälin kehityskululle, jossa kuluttaminen ja matkustaminen vähenevät pysyvästi (Haavisto 2020).

TAULUKKO 2. Jatkuvaan elintason parantamiseen liittyvä hedoniakeskeinen hyvinvointikäsitys ja elämänlaadun kohentamiseen tähtäävä eudaimoniakeskeinen hyvinvointikäsitys dikotomisessa eli vastakohtaisessa tarkastelussa (Salonen & Joutsenvirta 2018; Joutsenvirta & Salonen 2020)

	HEDONIAKESKEINEN HYVINVOINTIKÄSITYS	EUDAIMONIAKESKEINEN HYVINVOINTIKÄSITYS
Hyvinvoinnin lähtökohta	aineellinen, kulutuskeskeinen	aineeton, elämäkeskeinen
Elämän tarkoitus	aineellisen vaurauden maksimointi	arvokas ja merkitykselliseksi koettu elämä
Yhteiskunnallinen edistyminen	talouden koko, kuluttajien luottamus	huono-osaisuuden vähentyminen, hyvinvointikokemukset
Talouden toimintaperiaate	kilpailu, omistajien voittojen maksimointi	yhteistyö, luottamukseen perustuvat arvoverkostot
Luonto ja luonnonvarat	hyöty, kertakäyttöisyys	jatkuvuuden turvaaminen, jätteettömyys

Suomen kaltaisessa hyvinvointiyhteiskunnassa edistymisen ja eteenpäinmenemisen mittana ei ehkä enää olekaan aineellisen vaurauden lisääntyminen. Sen sijaan tärkeiksi asioiksi koetaan yhteyksien luominen muihin, merkitykselliseksi koettu arki ja elämänolon syveneminen. Hyvinvoinnissa saattaakin olla yhä enemmän kyse siitä, että tyytyväisyys ja elämän mielekkyys parantuvat. Painopisteen siirtäminen bruttokansantuotekeskeisestä päätöksenteosta kansalaisten hyvinvointikokemuksia ja toimintamahdollisuuksia huomioiviin tekijöihin voisi olla yksi ratkaisu tähän. Viimeistään silloin, kun ihmisen aineelliset perustarpeet on jo tyydytetty, on hyvinvoinnissa kyse elämän kokemusellisesta täyteydestä.

Tyytyväisyys on hyvän elämän keskeinen tekijä. Kestävän hyvinvoinnin valtavirtaistumisen mahdollisuus perustuu siihen, että ylikuluttamisen tuomat haasteet – luonnonvarojen riittäminen, ilmastonmuutos ja lajikato – on mahdollista ratkaista ilman niukuutta, tinkimistä tai luopumista. Tutkimusten mukaan suomalaiset, jotka ovat jo lähteneet muuttamaan elämäntapojaan kestävämpään suuntaan, ovat tyytyväisempiä itseensä kuin ne, jotka olemassa olevista mahdollisuuksista huolimatta jatkavat entiseen tapaan (Höysniemi & Salonen 2019; Salonen & Konkka 2022). Tyytyväisyys lisääntyy, kun tekee ratkaisuja hyvän tulevaisuuden suhteen ja kiinnittää huomiota jo olemassa oleviin asioihin eikä niinkään siihen, mitä puuttuu. Elämänsä tyytyväinen kansalainen on siis määrittänyt, minkä verran aineellista hyvää on riittävästi ja minkä verran ei. Haaste muodostuu siitä, että talouskasvupakon varaan rakentuvan hyvinvointiyhteiskunnan oletuksiin kuuluu tyytymätön kansalainen, joka haluaa jatkuvasti uutta ja enemmän. Tämän asian avaaminen on välttämätöntä paremman huomisen rakentamisessa.

Ilman luottamusta ei synny ehjää yhteiskuntaa. Korkea luottamus kansalaisten välillä korreloi monien sellaisten ominaisuuksien kanssa, joita pidetään yhteiskunnassa toivottavina (Rothstein 2010). Luottamuksen läpäisemässä yhteiskunnassa koetaan, että eletään yhdessä samaa elämää toisia kannatellen. Luottamuksen lisääminen ihmisten välille on pohjimmiltaan rauhan rakentamista. Se on myös keskeinen tekijä kiertotalouteen siirtäessä. Kun luotetaan, jaetaan paitsi elämän ilot ja surut myös jokapäiväiselle elämälle välttämättömiä hyödykkeitä. Jakamistaloutta tai osallisuustaloutta ei ole ilman ihmisten välistä luottamusta.

Kiertotalouteen perustuvassa yhteiskunnassa käsitettä *jäte* ei enää tarvita, koska talous rakentuu aineen kierron varaan. Kodin, kaupungin, maaperän tai kaatopaikan ei ajatella muodostuvan materiaalien loppusijoituspaikaksi vaan uuden materiaali kierron lähtökohdaksi. Jos jätettä syntyy, on jotakin mennyt pieleen tuotesuunnittelussa, tuotevalmistusprosessissa tai kulutuskäyttötymisessä. Samalla hyvän elämän painopiste siirtyy aineellisesta aineettomampaan, jolloin elämän sisällöllinen rikkaus ei lepää niukkojen luonnonvarojen varassa. Siksi yhteiskunnan on mahdollista dematerialisoitua siten, että kansalaisten kokema hyvinvointi säilyy hyvänä. (Salonen 2021b; Salonen, Kurenlahti & Jaaksi 2021.)

Kestävän hyvinvoinnin valtavirtaistumisen seurauksena tapahtuu seuraavia asioita:

- Hyvinvoinnin tavoittelun painopiste siirtyy elintason parantamisesta aineettomamman elämänlaadun kohentamiseen.
- Yhteiskuntaan tulee lisää palveluita, jolloin käyttöoikeuden ja saatavuuden merkitys korostuu omistamisen sijaan.
- Elinkaariajattelusta tulee valtavirtaa, kun pitkät takuut yleistyvät, päivitettävyyksensä parantuu ja korjaamisesta tulee kannattavaa.
- Tuottajan ja kuluttajan välinen raja hälvenee esimerkiksi hajautetun energiatuotannon vuoksi.

Talousskasvusta ei ole takeita tulevaisuudessa. Huomionarvoista on myös se, että luonnon näkökulmasta talousskasvu on pääasiassa luonnonvarojen muuttamista jätteiksi ja päästöiksi. Saattaakin olla, että tulevaisuuskestävässä yhteiskunnassa politiikan ensisijaisena tavoitteena tulisi olla merkitykselliseksi ja arvokkaaksi koetun elämän takaaminen kansalaisille. Sen tulisi tapahtua mahdollisimman pienillä kuluilla ja ilman riippuvuutta talousskasvusta. Tällöin yhteiskunnallisen edistymisen mittana olisivat kansalaisten toimintamahdollisuudet ja hyvinvointikokemukset. Oleellista olisi kääntää ajatus siihen, että kansalaisten kokema subjektiivinen hyvinvointi määrittää politiikkatoimia nykyistä enemmän.

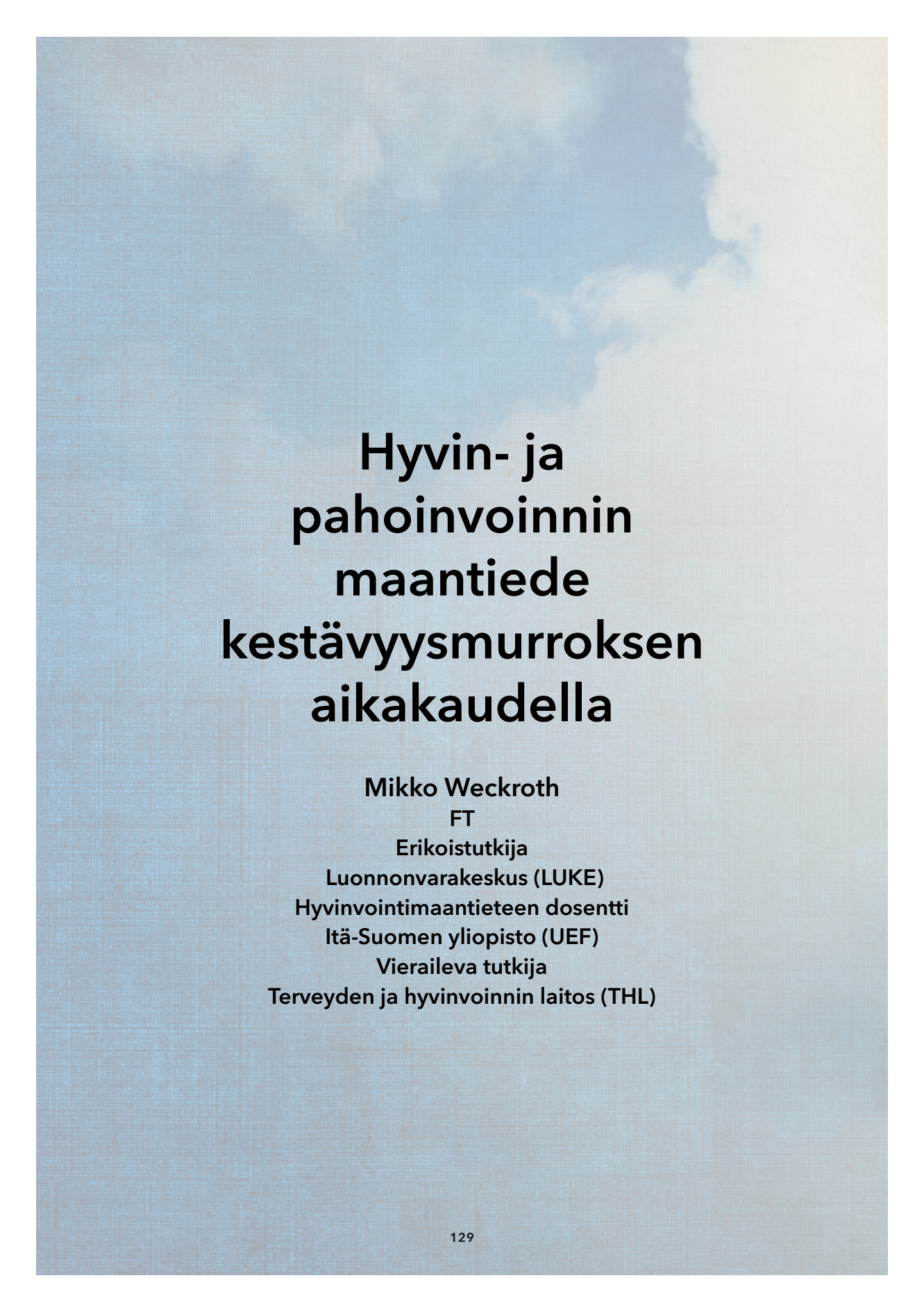
On rohkeaa mutta yhä ajankohtaisempaa kysyä, pitäisikö pyrkiä rakentamaan yhteiskunta, jossa kansalaisten hyvinvointikokemukset olisi mahdollista maksimoida samalla, kun kuluttamista minimoidaan. Onko sellainen mahdollista? Eikö kuitenkin loppujen lopuksi ole epäoleellista, kasvaako talous, säilyykö se vakaana vai laskeeko se, jos tiedämme varmuudella, että kansalaiset kokevat elämänsä mielekkääksi ja merkitykselliseksi.

seksi? Tämä ajattelutapa on radikaali, mutta se voi auttaa löytämään nykyistä avarampia lähestymistapoja ekologisesti kestävä ja sosiaalisesti oikeudenmukaisen hyvinvointi-yhteiskunnan rakentamiseksi.

Kirjallisuus

- Baumeister, Roy F., Vohs, Kathleen D., Aaker, Jennifer L. & Garbinsky, Emily N. (2013) Some key differences between a happy life and a meaningful life, *The Journal of Positive Psychology*, 8(6), 505–516.
- Brandt, Christopher & Linzer, Isabel & O'Toole, Shannon & Puddington, Arch & Repucci, Sarah & Roylance, Tyler & Schenckan, Nate & Shahbaz, Adrian & Slipowitz, Amy (2019) *Freedom in the World 2019*. New York: Freedom House.
- Brien, Stephen (2019) *The Legatum Prosperity Index 2018*. London: Legatum Institute.
- Eläketurvakeskus (2019) *Suomen työeläkkeensaajat*. Luettavissa: <https://www.etk.fi/wp-content/uploads/suomen-tyoelakkeensaajat-2018.pdf>
- Fiertz, Natalie (2021) *Fragile States Index 2021 – Annual Report*. Washington: The Fund for Peace.
- Haavisto, Ilkka (2020) Kansainvälisyyden kahtiajako. *EVA analyysi* 85. Helsinki: Elinkeinoelämän valtuuskunta. Luettavissa: https://www.eva.fi/wp-content/uploads/2020/07/no_85.pdf
- Helliwell, J. F., Layard, R., Sachs, J. D., De Neve, J.-E., Aknin, L. B., & Wang, S. (Eds.). (2022) *World Happiness Report 2022*. New York: Sustainable Development Solutions Network.
- Huta, Veronika (2015) The Complementary Roles of Eudaimonia and Hedonia and How They Can Be Pursued in Practice. Teoksessa Stephen Joseph, *Positive Psychology in Practice. Promoting Human Flourishing in Work, Health, Education and Everyday Life*. New Jersey: John Wiley & Sons, 159–184.
- Höysniemi, Sakari & Salonen, Arto O. (2019) Towards Carbon-Neutral Mobility in Finland: Mobility and Life Satisfaction in Day-to-Day Life. *Sustainability* 11(19), 5374.
- Hämäläinen, T. & Michaelson, J. (2014) *Well-being and Beyond – Broadening the Public and Policy Discourse*. Northampton: Edward Elgar Publishing.
- Joutsenvirta, Maria & Salonen, Arto O. (2020) *Sivistys vaurautena: radikaalisti, mutta lempeästi kohti kestävä yhteiskuntaa*. Helsinki: Basam Books.
- Laihiala, T. (2018) *Kokemuksia ja käsityksiä leipäjonoista. Huono-osaisuus, häpeä ja ansaitsevuus*. Kuopio: Itä-Suomen yliopiston yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunnan julkaisuja 163.
- Miller, John W. & McKenna, Michael C. (2016) *World Literacy: How Countries Rank and Why It Matters?* London: Routledge.
- Korhonen, S., Neuvonen, A. & Hokkanen, L. (2017) *The Nordic model is not about well-being – It is about capabilities*. Helsinki: Sitra.
- Kouvo, Antti & Räsänen, Pekka (2015) Foundations of subjective well-being in turbulent times: A comparison of four European countries. *International journal of sociology and social policy* 35(1/2), 2–17.
- Nussbaum, M. C. (2011) *Creating Capabilities*. Cambridge, MA and London: Belknap Press.
- OECD/EU. (2018) *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing, 2018. Luettavissa: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Ponce, Alejandro (2019) *Rule of Law Index 2019*. Washington: World Justice Project.
- Ring, Stein (1995) Well-being, measurement, and preferences. *Acta Sociologica* 38(1), 3–15.
- Rothstein, Bo (2010) Happiness and the welfare state. *Social research* 77(2), 441–468.

- Saari, Juho; Eskelinen, Niko & Björklund, Liisa (2020) *Raskas perintö. Ylisukupolvinen huono-osaisuus Suomessa*. Helsinki: Gaudeamus
- Salonen, Arto O. (2010) *Kestävä kehitys globaalin ajan hyvinvointiyhteiskunnan haasteena*. Väitöstutkimus. Tutkimuksia 318. Helsinki: Yliopistopaino.
- Salonen, Arto O. (2021a) Externalities. In: Idowu S., Schmidpeter R., Capaldi N., Zu L., Del Baldo M., Abreu R. (eds.) *Encyclopedia of Sustainable Management*. Cham: Springer.
- Salonen, Arto O. (2021b) Post-teollinen yhteiskunta. Millaiselta se tuntuu ja miltä se näyttää? Teoksessa *Uudenmaan tulevaisuuskirja. Polkuja vuoteen 2050*. Helsinki: Uudenmaan liitto, 58–61.
- Salonen, Arto O., Anna-Maria Isola & Raisa Foster (2022) Osallisuutta, mutta mihin? Planetaarisen kansalaisen osallisuuskäsitys. *UAS Journal* 3/2022.
- Salonen, Arto O. & Jyrki Konkka (2022) Kansalaisten hyvinvointi kestävyttä tavoittelevassa yhteiskunnassa. *Tiedepolitiikka* 47(4), 23–38.
- Salonen, Arto O., Mikko Kurenlahti & Ari Jaaksi (2021) *Rakkautta ja valoa – tie hyvään tulevaisuuteen*. Jyväskylä: Docendo.
- Salonen, Arto O. & Maria Joutsenvirta (2018) Vauraus ja sivistys yltäkylläisyyden ajan jälkeen. *Aikuiskasvatus* 38(2), 84–101.
- Salonen, Arto O. & Vesala-Varttala, Tanja (painossa). Purpose-Driven Business: In Search of a Common Language among Stakeholders. Teoksessa Liangrong ZU and Samuel Idowu (eds.) *The Elgar Companion to Corporate Social Responsibility and the Sustainable Development Goals*. London: Edward Elgar.
- Salonen, Arto O., Fredriksson, L., Järvinen, S., Kortenien, P. & Danielsson, J. (2014) Sustainable consumption in Finland – the phenomenon, consumer profiles and future scenarios. *International Journal of Marketing Studies* 6(4), 59–82.
- Sen, Amartya (2009) *Idea of justice*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Sen, Amartya (1985) *Commodities and Capabilities*. Oxford University Press, Oxford.
- Schwab, Klaus (2019) *The Global Competitiveness Report 2019*. Geneva: World Economic Forum.
- Thow, A. & Vernaccini, L. & Marin Ferrer, M. & Doherty, B. (2018) *Inform Global Risk Index Results 2018*. Luxembourg: Office of the European Union.
- Valtioneuvosto (2022) *Hallituksen kestävyystiekartta: Tiekartan edistyminen ja jatkovalmistelun kokonaisuudet*. Valtioneuvoston julkaisuja 2022:57.



Hyvin- ja pahoinvoinnin maantiede kestävyysmurroksen aikakaudella

Mikko Weckroth

FT

Erikoistutkija

Luonnonvarakeskus (LUKE)

Hyvinvointimaantieteen dosentti

Itä-Suomen yliopisto (UEF)

Vieraileva tutkija

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL)

Johdanto

Hyvinvointi on käsitteenä joko julkilausuttua tai rivien välistä luettavissa kaiken poliittisen puheen ja toiminnan taustalla. Edustuksellisissa demokratioissa kaikki hallinnon tasot hakevat politiikkatoimiensa legitimitettä eli oikeutettavuutta hyvinvoinnin käsitteen kautta. Tosin sanoen poliittiset toimet ja ohjelmat pyritään oikeuttamaan hyvinvoinnin lisäämisellä ja pahoinvoinnin poistamisella tai ainakin sen vähentämisellä. Kun otetaan huomioon hyvinvoinnin sisällöllinen moniulotteisuus, arvosidonnaisuus ja siten poliittisuus (Weckroth 2013), on ymmärrettävää, että sen käyttö julkisessa ja poliittisessa keskustelussa varsin laveaa ja epämääräistä. Käsitteen monitulkintaisuudella on toki poliittisessa puheessa oma tarkoituksensa ja käyttöarvonsa.

Yhteiskuntatieteellinen tutkimus sen sijaan pyrkii ainakin periaatteessa käsitteelliseen täsmällisyyteen eli sanojen mahdollisimman laajalti jaettuun yhteiseen merkitykseen. Tämä käsitteellinen tarkkuus mahdollistaa erilaiset analyttiset erittelyt ja tarkennukset. Siten hyvinvoinnin käsitettä ja mittaamista käsittelevästä akateemisesta näkökulmasta voidaan esittää hyvinvointipuheesta ja -politiikasta keskeisiä tarkentavia kysymyksiä. Ensinnäkin voidaan kysyä, minkälaista hyvinvointia – objektiivista eli taloudellismateriaalista vai psykologista eli koettua hyvinvointia – poliittisilla toimilla tai ohjelmilla pyritään edistämään. Toisaalta voidaan kysyä, puhutaanko vain keskiarvosta vai tunnustetaanko se, että hyvinvointi ja pahoinvointi jakautuvat väistämättä eri väestöryhmien välille. Kolmas kysymys on, tunnustetaanko ja tunnistetaanko se tosiasia, että kaikki sektoripolitiikka, kuten työllisyys- ja terveystalitiikka, kohdentuu eri tavoin eri alueille, esimerkiksi kaupunki- ja maaseuduille.

Käsittelen tässä tekstissä näitä kysymyksiä erityisesti objektiivisen ja subjektiivisen hyvinvoinnin sekä niiden alueellisten ja sosioekonomisten erojen suhteen. Kirjoitus rakentuu seuraavasti: Ensin avaan objektiivisen ja subjektiivisen hyvinvoinnin tutkimuskirjallisuutta yhteiskuntatasolla ja erityisesti Suomen osalta. Seuraavassa luvussa luon katsauksen eri hyvinvointiulottuvuuksien maan sisäiseen vaihteluun. Kiinnitän huomiota erityisesti koetun hyvinvoinnin eroihin kaupunkien ja maaseudun välillä ja toisaalta niin sanottuun *alueiden koston*, jossa poliittinen tyytymättömyys ja osattomuus – ja pahoinvointi – ovat suurta maaseudulla ja harvaan asutuilla alueilla. Tämän jälkeen seuraavassa luvussa kytken keskustelun oikeudenmukaisen kestävyysmurroksen kontekstiin. Toteutuessaan kestävyysmurros voi joko lisätä tai kaventaa alueiden ja ihmisryhmien välisiä hyvinvointieroja. Yhteenvetoa edeltävässä luvussa tiivistän käsitellyt osa-alueet toimintasuosituksiksi.

Hyvin- ja pahoinvoinnin määrittelemisestä ja osatekijöistä

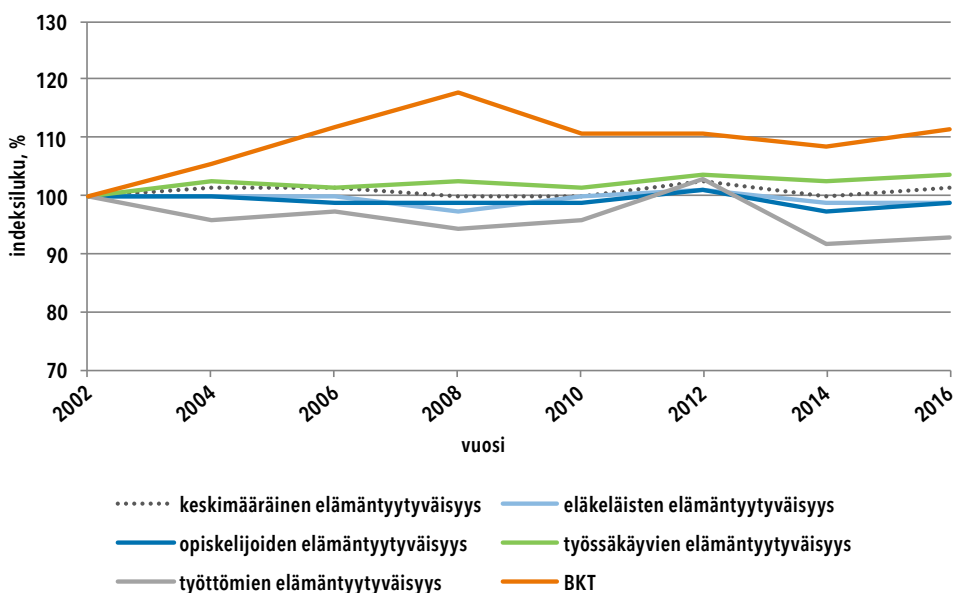
Hyvinvointitutkimuksessa keskeinen jako voidaan tehdä subjektiivisen ja objektiivisen hyvinvoinnin välillä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016). Objektiivinen hyvinvointi perustuu asiantuntijoiden, virkamiesten tai tutkijoiden ulkopuoliseen näkemykseen tekijöistä, joiden ajatellaan heijastavan yksilöiden tai kansakuntien hyvinvointia. Yksilötasolla näitä ovat esimerkiksi tulotaso, sairastavuus tai erilaiset määritelmät köyhyydestä tai sen uhasta. Väestötasolla tällaisia tekijöitä taas ovat esimerkiksi työttömyysprosentti tai kansantalouden osalta kaikkein vakiintunein hyvinvoinnin mittari eli bruttokansantuote. Subjektiivinen hyvinvointi taas viittaa kaikkiin niihin aineistoihin, jotka perustuvat yksilöiden ja kansalaisten itse arvioimaan hyvinvointinsa tasoon tai muotoon.

Viime vuosikymmeninä systemaattisiin ja edustaviin otoksiin perustuvien koettua hyvinvointia mittaavien aineistojen saatavuus on lisääntynyt voimakkaasti. Koetun hyvinvoinnin keskeisimmistä osatekijöistä on siten tutkimuksessa laajalti jaettu ymmärrys. Onnellisuus ja elämäntyytyväisyys rakentuvat materiaalsen niukkuuden puutteesta eli riittävästä toimeentulosta (Kainulainen 2018) mutta myös muun muassa merkityksellisuuden kokemuksesta, luottamuksesta ihmisiin ja instituutioihin ja posititiivisesta tulevaisuuskosta. Euroopassa koetun hyvinvoinnin tärkein tietovaranto on European Social Survey (ESS), joka on kahden vuoden välein toteutettava asenne-, arvo- ja hyvinvointikysely. Suomessa taas merkittävin vastaava tietokanta on vuosittain toteutettavan THL:n FinSote-tutkimuksen aineisto (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2022). Koska aineistojen saatavuus on parantunut, subjektiivista hyvinvointia koskevan datan käyttö tutkimuksessa ja politiikkaohjauksen välineenä on noussut kansainvälisesti merkittävään rooliin.

Objektiivisen ja subjektiivisen eroa voidaan jäsentää siten, että perinteinen, yhä julkista keskustelua hallitseva objektiivinen mittaustapa perustuu niin kutsuttuun sekundääriin aineistoon. Siihen on pitänyt turvautua, kun primääristä eli suoraan hyvinvointia kuvaavaa dataa ei ole ollut saatavilla. Tämä ei enää vuosikymmeniin ole ollut tilanne, vaan aineistoa on saatavilla kansainvälisesti ja Suomessa. Ehkä hiukan paradoksaalisesti Suomi on kansainvälisesti huippuluokkaa laadukkaana aineiston keräämisessä ja saatavuudessa, mutta sen hyödyntäminen politiikka-ohjauksessa on heikkoa (Martela 2022).

Kansainvälisesti koetun hyvinvoinnin mittareita hyödynnetään sen sijaan laajasti. Koetun hyvinvoinnin mittareita hyödyntävät nykyään aktiivisesti monet kansainväliset toimijat, kuten OECD (OECD 2013). Myös EU:n ohjelmat (Eurofound 2023) ja rahoitusinstrumentit vilisevät nykyään viittauksia elämänlaatuun (engl. *quality of life*). Ison-Britannian tilastokeskus Office for National Statistics (OSN) on kehittänyt hyvinvointia kuvaavan mittarin, jonka avulla voidaan seurata eri kansanryhmien hyvinvoinnin kehitystä ja arvioida erilaisia väestöryhmiä koskevien toimenpiteiden hyvinvointivaikutuksia. Esi-merkiksi koronapandemian aikana mittaukset osoittivat Ison-Britannian tapauksessa selkeästi, että hyvinvointi laski ja ahdistus lisääntyi. Oletettavasti tulokset olisivat samanlaiset myös Suomessa.

Suomi on yleisesti ottaen maailman vauraimpia, vakaimpia ja hyvinvoivimpia maita. Eri mittareita yhdistävä analyysi luo kuitenkin moniulotteisemman kuvan siitä, onko hyvinvointi enää viime vuosikymmeninä lisääntynyt. Eri hyvinvointimittareiden ja koetun hyvinvoinnin välinen kvantitatiivinen vertailu viime vuosikymmenien osalta eli vuosilta 2002–2016 näyttää, että väestön elämäntyytyväisyys on melko vakaalla tasolla (Lintunen 2020). Kuitenkin työttömien elämäntyytyväisyys on suhteellisesti laskenut jonkin verran. Samaan aikaan bruttokansantuote on noussut mutta aidon kehityksen mittari (GPI) on laskenut ja eri väestöryhmien väliset erot ovat hiukan kasvaneet (kuva 1).



Kuva 1. Bruttokansantuotteen ja eri väestöryhmien elämäntyytyväisyyksien indeksilukujen prosentuaalinen kehitys vuosina 2002–2016. Referenssi 2002. Lähde: Lintunen 2020.

Saman havainnon on tehnyt tilastotieteen dosentti Jukka Hoffrén, joka analysoi eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisussa vuonna 2018 erilaisten hyvinvointi- ja kestävyysmittareiden käyttökelpoisuutta yhteiskunnallisessa päätöksenteossa (Hoffrén 2018). Myös Hoffrén kiinnittää huomiota talouskasvun, koetun hyvinvoinnin ja ekologisen kestävyysnäkökulman yhteyksiin ja esittää, että GPI:n säännöllinen laskenta olisi tärkeä seuraava kehittämisaskel hyvinvointimittareiden päivittämisessä.

Lukuisista asiantuntijalausunnoista huolimatta hyvinvoinnin realistisemmassa mittaamisessa ei kuitenkaan ole Suomessa vielä siirrytty konkreettiseen tasolle. Lausuntoja ja puheenvuoroja hyvinvointimittareiden modernisoinnista on jo lukuisia (Martela 2022), mutta aloitteet hyvinvoinnin tarkemmasta mittaamisesta eivät ole vakiintuneet politiikkaohjelmiksi tai edes avauksiksi puoluepolitiikassa. Poikkeuksen muodostavat jotkin yksittäiset avaukset (ks. esim. Tynkkynen 2011). Toisaalta kuten aiemmin mainittiin määrittelymätön ja epätasallisen hyvinvointipuhe edesauttaa toistensa ohi puhumista ja mahdollistaa tahallisten väärinkäsitysten hyödyntämisen. Olisi toivottavaa, että Suomessa herätäisiin koetun hyvinvoinnin ja onnellisuuden mittaamisen rooliin yhteiskunta- ja sosiaalipoliittisena ohjauskeinona (Korhonen ym. 2022) sekä laajemmin yhteiskunnallisen kehityksen mittarina (Hoffrén 2018). Tämä mahdollistaisi sekä hyvin- että pahoinvoinnin muutosten seuraamisen nykyistä tarkemmin ja systemaattisemmin.

Edellä esitetyn pohjalta kysymystä siitä, miksi hyvinvointi ja pahoinvointi tuntuvat Suomessa lisääntyvän samaan aikaan, on tarkennettava. Ensinnäkin koetun hyvinvoinnin suhteen ei voida sanoa, että se olisi lisääntynyt väestössä keskimäärin viime vuosikymmeninä. Bruttokansantuote on kasvanut, mutta se ei enää heijasta väestön hyvinvointia ja

toisaalta se ei ota huomioon ekologista hyvinvointia. On myös huomioitava, että taloudellinen hyvinvointi on lisääntynyt eniten huipputuloisilla, mutta heidänkään osalta koetusta hyvinvoinnista ei ole selkeää kuvaa (Brzezinski 2019). Näin ollen vastaus hyvin- ja pahoinvoinnin lisääntymisen syistä liittyy väistämättä yhteiskunnalliseen eriarvoisuuteen ja polarisaatioon. Voidaan sanoa, että sekä hyvinvointi että pahoinvointi kasaantuvat eri väestöryhmille sosioekonomisen asteikon ääripäissä. Suomessa on pieni ryhmä, jolla menee erittäin hyvin yhdellä osa-alueella eli taloudellisesti (ks. Promillen projekti 2016). Toisaalla on ryhmä, jolla menee – lukuisilla tai kaikilla mittareilla – erittäin huonosti (Saari 2015). Hyvin- ja pahoinvoinnin polarisaatiota tapahtuu tällöin myös sitä kautta, että ensin mainitun ryhmän poliittinen painoarvo ja vaikutusvalta sosiaalipoliitiikan sisällössä ja rahoituspohjassa ovat kasvussa (Wass ym. 2021), kun taas jälkimmäinen ei ole lainkaan mukana yhteiskunnallisessa päätöksenteossa edes äänestämisen kautta (Erto 2023). Toisin sanoen hyvinvointi polarisoituu sosioekonomisesti ja -poliittisesti väestössä tavalla, joka ei heijastu taloudellisiin mittareihin, esimerkiksi GINI-indeksiin.

Lopuksi voidaan myös todeta, että suomalaisten, myös keskiluokan, hyvinvointia heikentävät yhteiskunnallista koheesiota ja tulevaisuuskasvua ylläpitävien suurten tarinoiden puute (Kantola ym. 2022) sekä yleinen epävarmuus ja elämänkulun ennustettavuuden heikentyminen. Kuten Kantola ja kumppanit ovat kuvanneet, markkinoiden avautuminen ja uudet teknologiat luovat uusia mahdollisuuksia mutta lisäävät myös yksilöiden painetta ja vaatimustasoa oman identiteetin ja merkityksellisuuden rakentamisessa. Lisäksi nykyinen pakkomielle jatkuvasta taloudellisesta kasvusta hyvinvoinnin edellytyksenä sekä innovaatio- ja startup-talouden eetos lisäävät yksilön kokemia paineita oman yhteiskunnallisen merkityksellisuuden tuottamisesta. Kuten Jouhki ja Oksanen esittävät (Tampereen yliopisto 2022), näistä ristiriidoista kumpuavat todellisuuspakaisuuden ja addiktioikäyttäytymisen kytkennät ja siten pahoinvoinnin lisääntyminen edellyttävät syvää ja rehellistä yhteiskunnallista keskustelua.

Viimeisenä huomiona hyvin- ja pahoinvoinnin osatekijöistä ja tilannekuvasta on syytä nostaa esille yksittäisenä väestöryhmänä nuoret ja opiskelijat. Opiskelijat on väestöryhmä, joka on kärsinyt eniten korona-ajasta (Karppi ja Kononen 2021). Opiskelijoihin myös kulminoituvat positiivisten tulevaisuusnäkyvien puute ja yksilön vastuulle jäävä hyvinvointi- ja elämänpolitiikka (Nummela 2001). Työelämän pirstaloituminen ja epävarmuus edelleen heikentävät erityisesti juuri työelämään siirtymässä olevien opiskelijoiden henkistä hyvinvointia ja jaksamista. Jos ajatus siitä, että nuorissa ja koulutuksessa on tulevaisuus, otetaan vakavasti, on tähän asiaan puuttuminen tärkeää. Tähän liittyen julkisuudessa on esitetty tilapäistä toimeentulotuen ja palkkatulon yhteensovittamista (Kantola 2022) etenkin syrjäytymisuhan alla olevilla nuorilla.

Hyvin- ja pahoinvoinnin kehityskulkuja ja tilannekuva - maantieteen näkökulma

Kuten kaikilla yhteiskunnallisilla ilmiöillä ja käsitteillä, myös hyvin- ja pahoinvoinnilla on oma maansisäinen alueellinen vaihtelunsa. Jos keskitytään objektiivisiin, väestön fyysiseen terveyteen liittyviin ja sosioekonomisiin tekijöihin, kuva väestön hyvinvoinnin maantieteestä on selkeä. Alueelliset terveyserot ovat sitkeässä: esimerkiksi länsirannikolla miehet elävät kolme neljä vuotta pitempään kuin Koillis-Suomessa. Lisäksi yleisessä sairastavuudessa ja toimintakyvyssä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022) on saman-

suuntaisia maantieteellisiä eroja. Sairastavuus on suurempaa maaseutumaisilla ja harvaan asutuilla alueilla. Alueiden väliset terveyserot johtuvat osittain väestön sosioekonomisen rakenteen eroista.

Jos puolestaan katsotaan koettua hyvinvointia ja yleistä elämäntyytyväisyyttä, kuva hyvinvoinnin maantieteestä kääntyy peilikuvaksi. Lukuisat laajoihin aineistoihin perustuvat tutkimukset sekä Suomessa että muissa länsimaissa näyttävät, että koettu hyvinvointi on isoissa kaupunkikeskuksissa muita alueita alhaisemmalla tasolla. Tuore THL:n FinSote-aineistolla toteutettu postinumerotason tutkimus Suomesta (Weckroth ym. 2022) kertoo, että negatiivinen vaikutus keskittyy nimenomaan sisempään kaupunkialueeseen ja selittyy osin sen asukkaiden alhaisemmalla psykologisella hyvinvoinnilla. Tämä tarkoittaa hermostuneisuutta, masennusta ja yksinäisyyttä. Kaupunkien keskimääräistä alhaisemmasta koetusta hyvinvoinnista vallitsee alan tutkijoiden keskuudessa vahva konsensus. Kuitenkaan asuinpaikan ja hyvinvoinnin välisen yhteyden kausaliteetista eli syy-seuraussuhteesta ei ole selvyyttä, ja asiasta tarvitaan lisää tutkimusta. Joka tapauksessa jo nykyinen havainto koetun hyvinvoinnin eroista kaupunkien ja maaseudun välillä kyseenalaistaa sen, että kaupungistuminen esitetään prosessina, joka välttämättä johtaa korkeampaan elämänlaatuun. Viime vuosina myös tietotyön tekijöiden lisääntynyt kiinnostus maaseutumaiseen elinympäristöön voi siten liittyä laajemmin talouden ja myös hyvinvoinnin maantieteen uudelleenjakautumiseen.

Kyselyaineistoihin perustuvan tutkimuksen lisäksi hyvinvointimaantieteellisessä tutkimuksessa mielenkiinto keskittyy myös kaupungistumiseen liittyviin mielikuviin ja niiden kautta luotuun yhteiskuntarakenteeseen. Tästä keskustelusta esimerkkinä toimii alueiden kosto -käsitteen (Moisio 2019) myötä Suomeen rantautunut akateeminen keskustelu, jonka ytimessä on havainto maaseutualueilla kasvavasta tyytymättömyydestä koko poliittiseen järjestelmään ja myös laajemmin hyvinvointivaltion rahoituspohjaan ja legitimitettiin (Wass ym. 2021). On esitetty, että tämä tyytymättömyys kanavoituu populististen puolueiden äänestämiseen ja että äänestyskäyttäytyminen kumpuaa alueellisen taantumisen kokemuksesta. Ilmiötä hahmotettaessa olisi ymmärrettävä, että puoluekananasta riippumatta yleinen poliittisen toimintakyvyn, osallisuuden ja politiikkatoimien legitimitetin maantieteellinen polarisoituminen on kansallisen koheesion kannalta huolestuttava ilmiö. Huolestuttavia ovat myös havainnot siitä, että mahdollisuus osallistua yhteiskunnalliseen päätöksentekoon eli poliittinen toimijuus koetaan maaseudulla ja kutistuvilla alueilla muuta maata heikompana (Luukkonen 2021). Ilmiön taustalla ovat epäilemättä toisaalta aluepolitiikan heikko resursointi ja kaupungistumisen vahvistuminen mutta toisaalta myös politiikkaohjelmien ja poliittisen puheen rivien välistä luettavissa oleva ”ideaalikansalaisen malli”, jolla on myös oma alueellinen ulottuvuutensa. Nykyisin ideaalikansalainen ja toivottava tuotannon tekijä on pääosin urbaani ”startup-yksilö” hyvinvointivaltion rakentamisen urbaanin tehdastyöläisen tai sitä edeltävän ajan maanviljelijän sijasta.

Voidaan siis sanoa, että hyvin- ja pahoinvointia rakennetaan ja jaetaan aluepolitiikan ja hyvinvointipolitiikan konkreettisilla toimilla mutta myös niihin liittyvillä narratiivilla ja mielikuvilla. Hyvinvointivaltion keskeinen eetos mahdollisuuksien tasa-arvosta ja universaaleista sosiaalietuksista elää vahvana Suomessa eri väestöryhmien keskuudessa. Näin ollen puheenvuorot, joissa kyseenalaistetaan niin kutsutun heikomman väestöaineksen lisääntyminen (Yle Uutiset 2012), on oikeutetusti tuomittu julkisuudessa, ja ne ovat

johtaneet yksilötasolla poliittisen uran katkeamiseen tai ainakin marginalisoitumiseen. Kuitenkin aluepolitiikan osalta poliittisille toimijoille on mahdollista julkaista vahvasti maaseutualueita ja niillä asuvia ihmisiä syyllistäviä – ja kiistatta pahoinvointia tuottavia – kommentteja (Waris 2017). Näiden puheenvuorojen voidaan katsoa edustavan niin kutsuttua omahyväistä urbanismia. Samalla on syytä huomioida, että niiden sisältö ei ole juurikaan kytköksissä talous- tai aluemaantieteen piirissä vallitsevaan ymmärrykseen jatkuvan kaupungistumisen välttämättömyydestä hyvinvoinnin lisääjänä.

Julkista keskustelua on pitkään hallinnut puhe kaupungistumisesta niin sanottuna megatrendinä. Tässä keskustelussa kaupungistuminen esitetään politiikan ulottumattomissa olevana luonnonvoimana (Luukkonen & Sirviö 2017). Tähän tarinaan liittyy usein kasautumisetujen lineaarisuus eli se, että kaupunkien taloudellinen tehokkuus kasvaa niiden koon myötä. Empiirinen talousmaantieteellinen tutkimus (Martin 2015) ei juurikaan tue näitä julkiseen keskusteluun vakiintuneita argumentteja alueellisen keskittämisen politiikan kansantaloutta kasvattavasta vaikutuksesta. Aluepolitiikkaa vastustavat argumentit eivät myöskään ole sisäisesti loogisia ja koherentteja. Ensin todetaan, että pääkaupungin kasvu on koko Suomen etu, mutta jo samaan hengenvetoon esitetään, että kaikki alueelliset tulonsiirrot ovat tehottomia, ja ehdotetaan niiden lakkautusta (Mokka 2018). Erityisen ongelmallista on, jos nämä puheenvuorot esitetään yhdenvertaisuuden, tasa-arvon ja suvaitsevuuden nimissä.

On siis selvää, että alueellinen eriarvoisuus on Suomessa myös sisäistä turvallisuutta heikentävä uhka. Monesti ulkoiset shokit nostavat esille pinnan alla kyteviä muutosvoimia. Korona-aikana alkanut pääkaupunkiseudun kasvun heikentyminen voikin viestiä isommasta muutoksesta ihmisten asumispreferensseissä. Aluepolitiikan tulee tukea sitä, että maallemuutolle luodaan edellytyksiä, joten kokeilut esimerkiksi opintolainan kompensoinnista osana muuttopäätöksiä ovat tervetulleita. Lisäksi monipaikkaisuuden merkitystä osana alue- ja sosiaalipolitiikkaa tulee jatkossa edelleen selvittää.

Nykyään tasapainoisen aluerakenteen puolesta puhutaan myös turvallisuuspolitiikan nimissä (Kinnunen ja Markkula 2022). Tähän kaivataan resursseja. On selvää, että täydentävyysperiaatteen vastaisesti EU:n rakennerahastot ovat korvanneet kansallisia resursseja maaseudun kehittämisessä ja yleisen aluepolitiikan toteuttamisessa. Siksi valtion tulisi ottaa laajempi kansallinen vastuu tasapainoisesta aluerakenteesta.

Tiivistetysti aluepolitiikka tulee ymmärtää luonnolliseksi osaksi poliittista hallintaa, kuten myös sen vastustaminen tai tekemättä jättäminen. Hyvin- ja pahoinvoinnin maantiedettä luodaan käytännön aluepolitiikalla ja myös sillä, miten alueista – kaupungeista ja maaseudusta – puhutaan. Yhteiskunnallisella polarisaatiolla on monia jakolinjoja, mutta alueiden eriarvoisuuden ja paikkaidentiteetin varaan muodostuvia jakolinjoja ei pitäisi tietoisesti edistää.

Tulevaisuuskysymyksiä - oikeudenmukainen kestävyysmurros ja hyvin- ja pahoinvoinnin uusjako?

Mitään yhteiskuntapoliittista keskustelua ei nykyään voi tai kannata käydä ilman sen kytkemistä kestävyysmurroksen vaateeseen. Kestävyysmurros tarkoittaa kaiken ihmisen toiminnan sovittamista globaalin ekologisen kantokyvyn rajoihin (Suomen ympäristökeskus 2021), ja se edellyttää syviä muutoksia kuluttamiseen, työhön ja asumiseen sekä energiantuotantoon. Siksi sillä on merkittävä hyvin- ja pahoinvointia uudelleen jakava – ja siten eriarvoisuutta joko kasvattava tai supistava – vaikutus.

Käyttökelpoinen kehys reiluun kestävyysmurrokseen tähtäävien politiikkatoimien arviointiin on laajalti käytetty jaottelu seuraaviin oikeudenmukaisuuden eri ulottuvuuksiin (Soini ym. 2021):

- jako-oikeudenmukaisuus (engl. *distributive justice*) eli se, miten luonnonvaroista koituvat hyödyt ja haitat jakautuvat
- tunnustava oikeudenmukaisuus (*recognitive justice*) eli eri osapuolten yhtäläisen arvokkuuden kunnioittaminen luonnonvaroihin liittyvissä kysymyksissä
- menettelytapojen oikeudenmukaisuus (*procedural justice*) eli ihmisten kuuleminen ja osallistaminen heitä koskevista kysymyksistä
- hyvittävä oikeudenmukaisuus (*restorative justice*) eli kohtuuttomien, mutta välttämättömien haittojen hyvittäminen tai lievittäminen.

Tämä käsitteellinen erottelu auttaa kestävyyspolitiikan legitimiteetin eli sen hyväksyttävyyden hahmottamisessa. Jaottelu sisältää ajatuksen, että kaikkien oikeudenmukaisuuden osa-alueiden pitää toteutua, eikä puutetta jollain alueella voida kompensoida toisella alueella. Esimerkiksi jos kestävyysmurroksesta aiheutuvat hyödyt jakautuvat tasan mutta menettelytapojen oikeudenmukaisuus ei toteudu, resurssien jako koetaan niin sanotusti armopaloiksi. Samalla vaikka osallisuus politiikkatoimissa varmistetaan kuulemisilla ja lausunnoilla, tunne koetusta oikeudenmukaisuudesta ei toteudu, jos itse aineellisten resurssien jakoa ei koeta oikeudenmukaiseksi prosessin seurauksena. Edelleen osapuolten yhtäläisen arvokkuuden tunnustaminen ja kunnioittaminen mahdollistaa kaikkien kestävyysmurrokseen tähtäävien poliittisten toimien hyväksyttävyyden.

Yleisesti sosiaalipolitiikan tutkijat esittävät, että pohjoismainen hyvinvointimalli talouskasvun ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden yhdistäjänä on osoittautunut ainakin fossiilitalouden aikakaudella toimivaksi malliksi. Tällä hetkellä keskustelua käydään ekohyvinvointivalttiosta (Hirvilampi ym. 2021), joka onnistuisi integroimaan ekologisen kestävyiden osaksi yhteiskuntamallia ja samalla irtautumaan pakkomiellestä jatkuvaan taloudelliseen kasvuun. Nykyinen talousajattelu sen sijaan näkee taloudellisen kasvun reunaehtona. Vasta sen toteuduttua voidaan tarkastella ekologisia ja planetaarisen kestävyiden kysymyksiä (Sirviö ym. 2020). Ekohyvinvointivaltion käsite sisältää ajatuksen sekä jatkuvan taloudellisen kasvun pakkomiellestä luopumisesta, että hyvinvoinnin ja yhteiskunnallisen kehityksen käsitteen päivittämisestä.

Näiden kahden ajatuksen – jatkuvan taloudellisen kasvun vaateesta irtautuminen ja hyvinvoinnin sekä kehityksen uudelleenmäärittely – valtavirtaistuminen on keskeisessä roolissa kestävyysmurrokseen tähtäävien poliittisten ohjelmien ja avausten elinkelpoisuuden suhteen.

Toimenpide-ehdotuksia

Hyvinvoinnin käsitteen päivittäminen ja ajankohtaisten mittareiden käyttöönotto

Suomessa on olemassa jo riittävästi aitoa koettua hyvinvointia mittaavaa tietovarantoa ja asiantuntemusta. Tämä tietokanta tulisi ottaa käyttöön osana politiikkatoimien vaikuttavuuden arviointia ja seurantaa. Tämä mahdollistaisi aidon ja tarkemman tilannekuvan luomisen hyvin- ja pahoinvoinnista ja sen ajallisista muutoksista.

Toimenpide-ehdotus 1

Sosiaalista sekä ekologista hyvinvointia kuvaavia aidon kehityksen indikaattoreita, kuten esimerkiksi GPI, tulisi ottaa kansallisella tasolla seurantaan myös Suomessa. Sektoritutkimuslaitosten, kuten Luonnonvarakeskuksen, Ympäristökeskuksen, Tilastokeskuksen sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, valmius ja resursointi aineiston tuottamiseksi tulisi selvittää.

Toimenpide-ehdotus 2

Kansalaisten subjektiivista ja psykologista hyvinvointia kuvaava seurantaikkuna (Office for National Statistics 2023) tulisi ottaa käyttöön myös Suomessa. Tämän myötä eri väestöryhmiin kohdistuvia politiikkatoimia voitaisiin seurata ja niiden vaikuttavuutta arvioida nykyistä paremmin ja reaaliaikaisemmin. Eri väestöryhmiä seuraava koetun hyvinvoinnin tietokanta olisi mahdollista integroida esimerkiksi VATT:n yhteydessä toimivan datahuoneen yhteyteen.

Aluepolitiikan kunnianpalautus ja uudelleenresursointi

Ihmisyhmien ja alueiden välinen eriarvoisuus ja polarisaatio on Suomessa keskeinen hyvinvointia vähentävä ja pahoinvointia lisäävä tekijä, joka uhkaa kansallista toimintakykyä ja resilienssiä. Tähän vastaaminen vaatii sekä aluepolitiikan ja kehittämisen vahvempaa resursointia että myös muutoksia aluepoliittiseen puheeseen ja mielikuvien rakentamiseen.

Toimenpide-ehdotus 1

Julkisten rahavirtojen alueellisen selvittämisen pohjalta (UEFConnect 2023) tulee luoda mekanismeja, jotka tähtäävät tasapainoisempaan aluerakenteeseen. Kansallista julkista rahoitusta ja poliittista ohjausta tasapainoisessa aluekehityksessä tulisi vahvistaa. Tätä tukevia pilotteja, kuten alueellisen opintolainahyvityksen kokeilu, tulee edelleen toteuttaa. Yhdyskuntarakenteen ja asuntokannan tulisi myös olla valmiina vastaamaan korona-aikana alkaneeseen maaseutumaisten asumispreferenssien kasvuun.

Toimenpide-ehdotus 2

Aluepolitiikan kunnianpalautukseen liittyy aluepolitiikan tunnistaminen poliittiseksi eli politiikan vaikutuspiirissä olevaksi yhteiskunnan ominaisuudeksi eikä sen ulkopuolella olevaksi luonnonvoimaksi. Tämän ymmärtäminen mahdollistaa sen, että tunnistetaan negatiivinen kehityskulku, jossa kaupungin ja maaseudun välistä vastakkainasettelua hyödynnetään ja osaltaan myös rakennetaan poliittisessa puheessa. Tällaiset puheen-vuorot ovat osaltaan heikentämässä kansallista koheesiota ja luomassa väestöryhmien sekä alueiden välistä vastakkainasettelua. Poliittisessa puheessa tulisikin pidättäytyä identiteettipolitiikan soveltamisesta kaupungeille ja maaseudulle ominaisiin elämäntapoihin ja elinkeinoihin.

Lopuksi

Kysymys siitä, ovatko hyvin- ja pahoinvointi Suomessa lisääntymässä, tarkentuu, kun otetaan huomioon erotellut objektiivisen ja subjektiivisen hyvinvoinnin välillä. Koettu hyvinvointi ei ole keskimääräisesti muuttunut viime vuosikymmeninä, mutta väestöryhmien väliset erot ovat jonkin verran kasvaneet. Moniulotteinen, myös materiaalista vajetta ja taloudellista niukkuutta sisältävä pahoinvointi on lukumääräisesti lisääntynyt ja keskittynyt jo entisestään haavoittuvassa asemassa olevalle väestöryhmälle. Voidaan myös sanoa psykologisen pahoinvoinnin lisääntyneen koko väestötasolla yleisen epävarmuuden kasvun, ennustettavuuden heikentymisen ja positiivisten tulevaisuusvisioiden puutteen vuoksi. Samalla nykyinen polarisaatiokehitys ja niin kutsuttu kuplaantuminen (Kantola ym. 2022) sekä tätä kehitystä hyödyntävä ja ruokkiva identiteettipolitiikka heikentävät yhteiskunnan koheesiota ja lisäävät pahoinvointia koko yhteiskunnan tasolla.

Hyvin- ja pahoinvoinnissa on yksinkertaisimmillaan kyse yhteiskunnallisten resurssien jakautumisesta eri väestöryhmien ja alueiden kesken. Materiaalisen jaon lisäksi kyse on kuitenkin myös riskien ja mahdollisuuksien kasautumisesta sekä julkisessa ja poliittisessa keskustelussa jaettavasta tunnustuksesta, yhteiskunnallisesta osallisuudesta ja kunniaista. Huonovointisuuden kokemukset selittyvät taloudellisen niukkuuden lisäksi pitkälti myös sillä, että edellä mainituista tunnustuksesta, osallisuudesta ja kunniaista on vajetta. Toisin kuin aineellisia rajattuja resursseja jaettaessa hyväksymisen ja osallisuuden jakaminen ei ole nollasummapeliä. Tunne osallisuudesta ja oikeudenmukaisuudesta ja sen varaan rakentuva luottamus yhteiskuntaan ja sen instituutioihin ovat myös tulevaisuudessa tärkeä taloudellinen tuotantotekijä ja yhteiskunnallisen ja yksilöllisen resilienssin lähde.

Näin ollen politiikkatoimissa tulisi entistä enemmän pyrkiä niiden oikeudenmukaisuuteen. Tämä vaatimus korostuu erityisesti kestävyysmurroksen aikakaudella, joka muokkaa yhteiskunnan toimintoja ja rakenteita suuresti. Samalla poliittisessa puheessa tulisi kaikin voimin pyrkiä välttämään nykyisen vastakkainasettelun hyödyntämistä ja voimistamista. Vaikka poliittinen ja sosioekonominen polarisaatio ei ole samalla tasolla kuin esimerkiksi Yhdysvalloissa, ei Suomi ole immuuni sitä rakentaville voimille. Näin ollen poliittinen vastuu pahoinvoinnin lisääntymisestä kuuluu konkreettisille politiikkatoimille ja niiden vaikuttavuudelle mutta myös politiikassa esitetyille puheenvuoroille ja keskusteluilmapirille.

On tärkeää ymmärtää, että kestävyysmurros ei voi demokratiaan perustuvissa yhteiskunnissa tapahtua muutoin kuin siten, että se koetaan oikeudenmukaiseksi ja siihen tähtäävät politiikkatoimet oikeutetuiksi. Kansainväliset esimerkit osoittavat, että jos kestävyysmurrokseen liittyvät toimet koetaan epäoikeudenmukaisiksi, valtaan äänestetään liikkeitä, jotka eivät pyri parantamaan toimien oikeudenmukaisuutta vaan sen sijaan kielivät kestävyysmurroksen vaatimuksen taustalla olevat tieteelliset tosiasiat kategorisesti. Kuitenkin suurin osa kansalaisista suhtautuu kestävyysmurroksen ja elämänlaadun vaihtosuhteeseen pragmaattisesti. Tässä ajattelussa kestävyysmurroksen tarve tunnustetaan mutta sen koetaan vaativan liian suuria uhrauksia, jotka kohdistuvat yksilöiden ja kotitalouksien elämänlaatuun ja hyvinvointiin. Tämän ajatuksellisen esteen purkamisessa auttaa osaltaan käsitteellinen erottelu koettuun ja taloudelliseen hyvinvointiin. Kestävyysmurros edellyttää materiaalisen kulutuksen vähentämistä, mutta etenkin keskiluokan osalta sen ei tarvitse vähentää koettua hyvinvointia. Päinvastoin kestävyysmurros voi lisätä sitä merkityksellisyyden ja osallisuuden kokemusten kautta.

Jos hyvinvoinnin käsitettä pystytään päivittämään ja avaamaan julkisessa ja poliittisessa keskustelussa, kestävyysmurroksen uhka hyvinvoinnille häviää. Tämä taas vahvistaa kestävyysmurrokseen tähtäävien toimien legitimitettä. Samalla on syytä ottaa ajantasaiset koetun hyvinvoinnin indikaattorit sekä ekologisen kestävyuden huomioivat mittarit politiikkatoimien seurantavälineiksi. Tällöin on mahdollista rakentaa tulevaisuusvisioita, joissa taloudellinen toiminta tapahtuu planeetan kestävyysrajoissa ja hyvinvointi rakentuu muuhun kuin fossiilitalouteen pohjaavien luonnonvarojen käytön varaan.

Kirjallisuus

Brzezinski, Michal (2019) Top incomes and subjective well-being. *Journal of Economic Psychology* 73, 60–65.

Erto (2023) Onko äänestäminen jo rikkaiden yksinoikeus? <https://www.erto.fi/palvelut/tyo-ja-elama/toissa/3777-onko-aaenestaaminen-jo-rikkaiden-yksinoikeus>.

Eurofound (2023) Subjective well-being. <https://www.eurofound.europa.eu/topic/subjective-well-being>.

Hirvilampi, Tuuli, Peltomaa, Juha & Mervaala, Erkki (2021) Kohti ekohyvinvointivaltiota. *Alue ja ympäristö*, 50(2), 1–7.

Hoffrén, Jukka (2018) Hyvinvointitalouden mittareiden käyttökelpoisuus päätöksenteossa. *Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisu 8/2018*. Helsinki: Tulevaisuusvaliokunta.

Kainulainen, Sakari (2018) Tulojen ja onnellisuuden välinen yhteys Suomessa. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 114(1), 57–70.

Kantola, Anu (2022) Putoamisen pelko radikalisoi, ja vastuu toivosta on meillä kaikilla. *Helsingin Sanomat* 8.11.2022. <https://www.hs.fi/mielipide/art-2000009184084.html>.

Kantola, Anu, Aaltonen, Sanna, Haikkola, Lotta, Junnilainen, Lotta, Luhtakallio, Eeva, Patana, Pauliina, Timonen, Joonas & Tuominen, Pekka (2022) *Kahdeksan kuplan Suomi – Yhteiskunnan muutosten syvät tarinat*. Helsinki: Gaudeamus.

Karppi, Tiina & Kononen, Heidi (2021) Korona-aika romutti opiskelijoiden henkistä hyvinvointia, eikä paluu kampuksille tuonutkaan helpotusta – mielenterveyspalveluiden kysyntä kasvoi. *Yle Uutiset* 4.11.2021. <https://yle.fi/a/3-12171750>.

- Kinnunen, Ville & Markkula, Essi (2022) Mika Aaltola itäisen Suomen turvallisuudesta: ”Suomi ei saa päästää itärajan alueitaan näivettymään, sillä se on turvallisuusriski”. *Yle Uutiset* 2.9.2022. <https://yle.fi/a/3-12606204>.
- Korhonen, Satu, Alanko, Leena, Jalonen, Kari, Hiilamo, Heikki, Ahokas, Jussi, Rouvinen-Wilenius, Päivi & Hirvelä, Aarni (2022) Kohti hyvinvointitalouden ohjausmallia – Hyvinvointilähtöisen politiikkaohjauksen ja hallinnan näkökulmia sosiaaliturvan kehittämisessä sekä yhteiskuntapolitiikassa. *Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja* 2022:49. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Lintunen, Jenni (2020) *Hyvinvointimittareiden ja koetun hyvinvoinnin välinen kvantitatiivinen vertailu Suomessa 2002–2016*. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto, matemaattis-luonnontieteellinen tiedekunta.
- Luukkonen, Juho, Weckroth, Mikko, Kemppainen, Teemu, Makkonen, Teemu & Sirviö, Heikki (2021) Urbanisation and the shifting conditions of the state as a territorial-political community: A study of the geographies of political efficacy. *Transactions of the Institute of British Geographers* 47(2), 409–425.
- Luukkonen, Juho & Sirviö, Heikki (2017) Kaupunkiregionalismi ja epäpolitisoinnin politiikka: talousmaantieteellinen imaginaari aluepoliittisten käytäntöjen vastaansanomattomana viitekohteena. *Politiikka: Valtiotieteellisen yhdistyksen julkaisu* 59(2), 114–132.
- Martela, Frank (2022) Hyvinvointia pitää Suomessa mitata entistä monipuolisemmin ja tarkemmin. *Helsingin Sanomat* 5.10.2022. <https://www.hs.fi/mielipide/art-2000009100505.html>.
- Martin, Ron (2015) Rebalancing the Spatial Economy: The Challenge for Regional Theory. *Territory, Politics, Governance* 3(3), 235–272.
- Moisio, Sami (2019) Houkutus populistien äänestämiseen kasvaa suurten kaupunkien väliin jäävillä reuna-alueilla. *Helsingin Sanomat* 27.4.2019. <https://www.hs.fi/mielipide/art-200006085516.html>.
- Mokka, Roope (2018) Vain suuret kaupungit synnyttävät kaikkia hyödyttäviä ideoita. *Yle Uutiset* 21.3.2018. <https://yle.fi/a/3-10125487>.
- Nummela, Sari (2001) *Elämänpoliittiset orientaatiot nuorten koulutusvalintojen taustalla*. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta, sosiologian laitos.
- OECD (2013) *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being*. Pariisi: OECD Publishing.
- Office for National Statistics (2023) Dashboard. <https://www.ons.gov.uk/visualisations/dvc490/dashboard/index.html>.
- Promillen projekti (2016) Promillen projekti. Irtoavatko talouden eliitit Suomesta? <https://blogs.helsinki.fi/promillenprojekti/>.
- Saari, Juho (2015) *Huono-osaiset – Elämän edellytykset yhteiskunnan pohjalla*. Helsinki: Gaudeamus.
- Sirviö, Heikki, Kellokumpu, Ville & Luukkonen, Juho (2020) Luonnon, työn ja talouksien materialismit. *Alue ja ympäristö*, 49(2), 1–3.
- Soini, Katriina, Svells, Kristina, Abernethy, Päivi, Jokinen, Mikko & Ojala, Ann (2021) Sosiaalinen ja kulttuurinen kestävyys luonnonvarojen hallinnassa: Socially and Culturally Sustainable Natural Resource Governance (SOCCA). *Luonnonvara- ja biotalouden tutkimus* 62/2021. Helsinki: Luonnonvarakeskus.
- Suomen ympäristökeskus (2021) On kestävyysmurroksen aika. *Näkökulmia ympäristöpolitiikkaan*. SYKE Policy Brief.
- Tampereen yliopisto (2022) Hannu Jouhkin ja Atte Oksasen artikkeli eskapismista ja addiktion yhteydestä palkittiin. <https://www.tuni.fi/fi/ajankohtaista/hannu-jouhkin-ja-atte-oksasen-artikkeli-eskapismista-ja-addiktion-yhteydesta-palkittiin>.
- Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (2016) Hyvinvoinnin mittaaminen. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi/hyvinvoinnin-mittaaminen>.
- Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (2022) FinSote-tutkimus. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/finnote-tutkimus>.

- Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (2022) THL:n sairastavuusindeksi.
<https://www.terveytemme.fi/sairastavuusindeksi/>.
- Tynkkynen, Oras (2011) Vihreä blogi: Miksi onnellisuus ärsyttää?
<https://www.orastynkkynen.fi/vihrea-blogi-miksi-onnellisuus-arsyttaa/>.
- UEFConnect (2023) Julkisten rahavirtojen kohdentuminen maaseutu- ja kaupunkialueille – RAVIT.
<https://uefconnect.uef.fi/tutkimusryhma/julkisten-rahavirtojen-kohdentuminen-maaseutu-ja-kaupunkialueille-ravit/>.
- Waris, Olli (2017) ”Ainut syy muuttaa metsään on insesti” – vihreiden valtuutettu pahoittelee someraivon herättänyttä kirjoitustaan. *Iltalehti* 4.11.2017. <https://www.iltalehti.fi/politiikka/a/201711042200511046>.
- Wass, Hanna, Weckroth, Mikko, Kantola, Anu, Kuusela, Hanna & Kemppainen, Teemu (2021) Tulot tai ulos? Tulotason yhteys suomalaisten asenteisiin tulo- ja varallisuuserojen hyväksyttävyydestä ja sosiaalietuuksien järjestämisestä. *Yhteiskuntapolitiikka* 86(3).
- Weckroth, Mikko (2013) Onnellisuus, raha ja arvovapaa hyvinvointitutkimus? *Yhteiskuntapolitiikka* 78(4).
- Weckroth, Mikko, Ala-Mantila, Sanna, Ballas, Dimitris, Ziogas, Thanasis & Ikonen, Jonna (2022) Urbanity, Neighbourhood Characteristics and Perceived Quality of Life (QoL): Analysis of Individual and Contextual Determinants for Perceived QoL in 3300 Postal Code Areas in Finland. *Social Indicators Research* 164, 139–164.
- Yle Uutiset (2012) Kokoomusnuorten vpj: Lapsilisät poistettava – ”järjenvastaista tukea heikomman aineksen lisääntymistä”. *Yle Uutiset* 2.11.2012. <https://yle.fi/a/3-6362497>.



Tulevaisuuden kansantaudit



Planetaarinen terveys ja tulevaisuuden kansantaudit

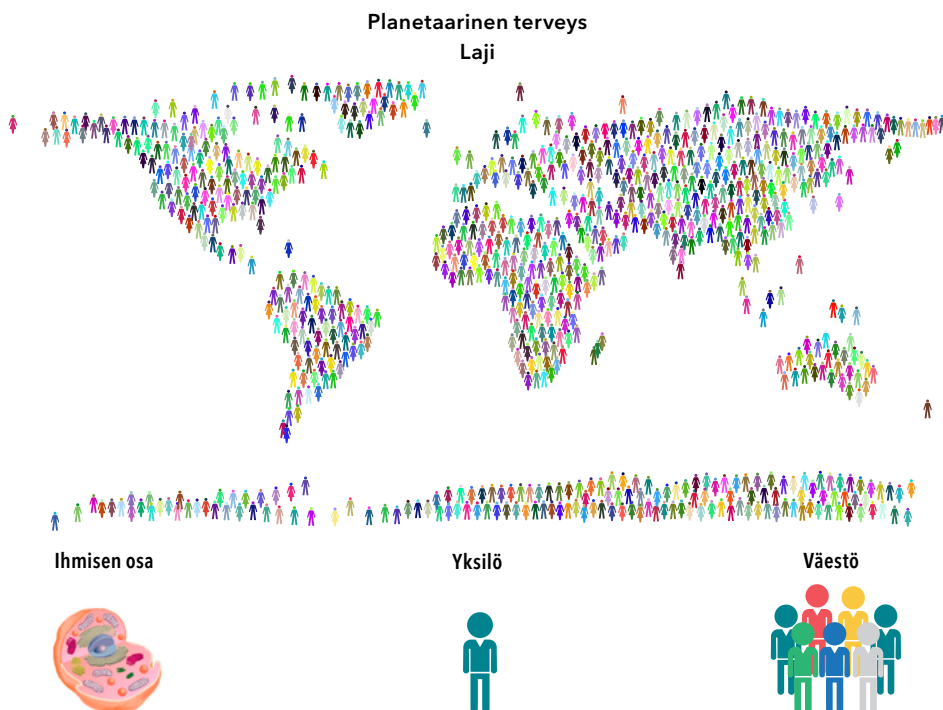
Jouni J. K. Jaakkola
kansanterveystieteen professori
Oulun yliopisto
tutkimusprofessori
Ilmatieteen laitos

Näkökulma: terveyden neljäs ulottuvuus

Terveyden ja sairauden ilmiöitä tutkitaan yleensä kolmella eri tasolla, jotka ovat molekuulaariset ja solutason ilmiöt, yksilön terveys ja väestötason ilmiöt (Kuva 1). Hippokrateen ajoista lähtien lääketiede on keskittynyt yksilön eli potilaan terveyteen ja hyvinvointiin. 1800-luvulta alkoi tieteellinen vallankumous, jonka seurauksena ihmisen elimiä ja toimintoja opittiin tuntemaan luonnontieteellisten menetelmien avulla ja sairauksia opittiin diagnosoimaan ja hoitamaan biolääketieteen pohjalta. Moderni kansanterveystiede (*public health*) syntyi 1840-luvulla Britanniassa tarpeesta ymmärtää sairauksien esiintyvyyttä ja syitä ja ennen kaikkea tartuntatautiin leviämistä. Kansanterveystieteen paradigmaan liittyy oleellisesti myös sairauksien ennaltaehkäisy eli preventio ja sairauksien riskiryhmien tunnistaminen. Suomessa kansanterveystieteet ja kansanterveystyö tulivat vahvasti terveydenhuoltoon 1970-luvulla. Vuoden 1972 kansanterveyslain mukaan ”kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä sairauksien ja tapaturmien ehkäisy mukaan lukien sekä yksilön sairaanhoitoa”. Kansanterveystyössä kiinnitettiin lisääntyvässä määrin huomiota elintapojen, ravinnon ja ympäristön terveysvaikutuksiin ja mahdollisuuksiin edistää terveyttä.

Aurelio Peccei ja Alexander King perustivat vuonna 1968 kansainvälisen tulevaisuuden-tutkimuksellisen keskustelufoorumin, joka sai nimekseen Rooman klubi. Rooman klubi tilasi ja julkaisi vuonna 1972 raportin Kasvun rajat, joka oli sukupolvikokemus. Massachusetts Institute of Technologyn eli MIT:n professorit [Donella H. Meadows](#), Dennis L. Meadows, Jørgen Randers ja William W. Behrens III analysoivat supertietokoneen avulla laajoja maailmanlaajuisia aineistoja. Niiden avulla alettiin globaalilla tasolla ymmärtää, että ihmiskunta kuluttaa enemmän kuin luonto tuottaa ja että uhkana on kriittisten materiaalien pula, talouden romahdus ja vakavat kansanterveydelliset vaikutukset. (Meadows ym. 1972). Rooman klubin alkuperäisissä analyyseissä osoitettiin jatkuvaa kasvua rajoittaviksi tekijöiksi uusiutumattomat luonnonvarat, ruoantuotanto, palveluiden saatavuus, teollinen tuotanto, väestönkasvu ja tuottavuus. Ympäristön saastuminen ja erityisesti ilmastonmuutos ovat saaneet lisääntyvää huomiota ihmiskunnan kehitystä rajoittavina tekijöinä ja vuosisatamme merkittävimpänä kansanterveydellisenä haasteena (Haines ym. 2009; Jaakkola 2012).

Nykyäikää on alettu kutsua antroposeeniksi (engl. *Anthropocene*) eli ihmisen vaikutuksen alaiseksi ajaksi (Crutzen 2006). Planeettamme muodostaa rajallisen kokonaisuuden, ja kasvun rajojen ylittämällä on vaikutuksia koko ihmiskunnan terveyteen ja hyvinvointiin. Tämä havainto on tuonut ihmisen hyvinvointiin ja terveyteen uuden, neljännen näkökulman eli koko ihmiskunnan tai lajin selviytymisen. Tämä planetaarinen näkökulma on välttämätön myöskin, kun tarkastellaan Suomen kansanterveyden tulevaisuuden haasteita. Planetaarisessa terveydessä tarkastelukohteina ovat yksilö, väestöryhmät, kansalliset väestöt ja ihmiskunta kokonaisuutena. Planetaarisessa terveydessä tarkastellaan erityisesti globaalin muutoksen suoria ja epäsuoria vaikutuksia, globaalin muutoksen hillintää ja globaaliin muutokseen sopeutumista. Käynnissä oleva globaali muutos vaikuttaa jokaisen kansallisen väestön terveyteen yhdessä ja erikseen, ja vaikutukset ovat joko suoria tai epäsuoria. Lähes kaikki tunnistavat ja tunnustavat nykyään vaikutukset, joita esimerkiksi fossiilisten polttoaineiden käytöllä on. Ilmansaasteilla, joita poltossa syntyy, on suoria, laaja-alaisia vaikutuksia terveyteen. Samalla syntyy



Kuva 1. Terveiden ja sairauden ilmiöitä tarkastellaan yleensä kolmella eri tasolla, joita ovat molekulaariset ja solutason ilmiöt, yksilön terveys ja väestötason ilmiöt. Planetaarinen terveys muodostaa uuden tason, jonka tutkimuskohteena on planeetan ja lajin selviytyminen.

hiilidioksidia, jonka seurauksena ilmasto lämpenee. Kun käytämme vähemmän fossiilisia polttoaineita, ilmansaasteiden terveysvaikutukset ovat pienemmät ja hillitsemme myös ilmastonmuutosta ja sen terveyshaittoja. Valitettavasti ihmisen aiheuttama ilmastonmuutos on ollut käynnissä ainakin 1950-luvulta lähtien. Se on jo aiheuttanut ja aiheuttaa terveyshaittoja, minkä vuoksi meidän täytyy panostaa myös siihen, että sopeudumme ilmastonmuutokseen ja minimoimme haittoja.

Huomioita nykypäivästä

Globaalin muutoksen ajurit

Ihmisen terveys riippuu elävistä luonnonjärjestelmistä ja niiden järkevästä käytöstä ja ylläpidosta. Ihmisen toiminta, myös energian ja ruoan tuotanto, aiheuttaa huomattavia globaaleja vaikutuksia luonnonjärjestelmiin (The Lancet Commission's Report 2015).

Väestönkasvu on merkittävä globaalin muutoksen ajuri, koska se lisää paineita globaalille ympäristön muutokselle, joka on ihmiskunnan aiheuttama. Tulevaisuuden kehityksen on oltava ekologisesti, sosiaalisesti, taloudellisesti ja kulttuurillisesti kestävä.

Thomas Robert Malthus (1766–1834) päätteli, että ihmislailla on taipumus lisääntyä eksponentiaalisesti eli geometrisesti mutta ruoantuotanto kasvaa vain lineaarisesti. Hänen mukaansa tämä johtaa siihen, että ihmiskunta lisääntyy, kunnes ravinnontuotannon rajat tulevat vastaan. Ravinnonpuute taas aiheuttaa äärimmäistä köyhyyttä, nälänhätää ja kulkutauteja. Sosiaalidarvinistisen näkökulman mukaisesti Malthus päätteli, että ”luonto” hoitaa väestönkasvun itsestään. (Malthus 1798)

15. marraskuuta 2022 maailman väkiluku saavutti 8 miljardin rajan. Väestönkasvu seitsemästä kahdeksaan miljardiin kesti 12 vuotta. Lisäyksen kahdeksasta yhdeksään miljardiin arvioidaan kestävän 15 vuotta, joten kasvu on hidastumassa. Väestötieteissä on havaittu, että silloin kun hyvinvointi lisääntyy, kuolleisuus kääntyy ensin laskuun, minkä seurauksena väestö kasvaa ensin voimakkaasti. Sen jälkeen väestönkasvu kuitenkin hidastuu, koska lapsia syntyy vähemmän, ja joissain tapauksissa väestö alkaa jopa pienentyä. Tätä ilmiötä kutsutaan demografiseksi transformaatioksi. Yhdistyneiden kansakuntien viimeisimmän ennusteen mukaan maailman väkiluku on 10,4 miljardia vuonna 2100. (United Nations 2022).

Gloaalien kansanterveyshaasteiden megatrendit

Globaaliin ympäristönmuutokseen kuuluu joukko monimutkaisia ilmiöitä, jotka muokkaavat elinympäristöjä ja käyttäytymistä. Globaaleja kansanterveyden haasteita voidaan tarkastella megatrendien kautta. Megatrendi on yleinen kehityssuunta, laaja muutoksen kaari, joka koostuu useista ilmiöistä, kuten ekologisesta kestävyyskriisistä (Sitra 2022). Megatrendit tapahtuvat usein globaalilla tasolla, ja kehityssuunnan uskotaan usein jatkuvan samansuuntaisena. Megatrendissä voidaan tunnistaa yksityiskohtaisempia kansanterveyteen vaikuttavia tekijöitä, ympäristöaltistuksia, sairastumisherkyyteen vaikuttavia tekijöitä tai käyttäytymismuotoja. Samalla voidaan pyrkiä tunnistamaan mahdollisia kausaalipolkuja tai -verkkoja, joiden kautta globaalit tai eri puolilla maailmaa todentuvat ilmiöt välittyvät suomalaisen väestön terveyteen. Käsittelen kirjoituksessani esimerkinomaisesti seuraavia viittä megatrendiä:

- ihmisen toiminnan aiheuttaman ilmastomuutoksen ja luontokadon terveysriskejä
- kaupungistumisen terveysvaikutuksia
- maailmanlaajuisen väestöliikkuvuuden ja pakolaisvirtojen terveysvaikutuksia
- pandemioita ja
- sotilaallisia konflikteja.

Antroposeeninen ilmastomuutos

Ihmisen toiminnasta aiheutuva ilmastomuutos on lisännyt maapallon ilmakehän keskilämpötilaa jo yli 1 °C:lla (IPCC 2018) yli esiteollisen kauden keskilämpötilan. Ilmaston lämpenemisen seurauksena napajäätiköt ovat sulaneet lisää ja valtamerien vedenpinta on noussut. Kaksi astetta muodostaa nykykäsityksen mukaan kriittisen rajan monille maailmanlaajuisille ympäristömuutoksille, jotka voivat vaikuttaa myös kansanterveyteen. Lämpeneminen on voimakkainta pohjoisilla leveysasteilla talvikaudella ja Välimeren alueella kesäkaudella. Graf ja Zanchetti (2012) esittivät arvion, jonka mukaan keskimääräisestä lämpötilan noususta huolimatta Pohjois-, Keski- ja Itä-Euroopassa voi esiintyä kylmiä jaksoja entistä useammin ilmastomuutoksen aiheuttamien ilmavirtausten vuoksi.

Vuonna 2009 Lontoossa kokoontui kansainvälinen asiantuntijaryhmä, jonka arvion mukaan ilmastomuutos on vuosisatamme suurin terveysuhka (Haines ym. 2009). Se kohdistuu joko suoraan tai epäsuorasti koko maapallon väestöön. Ilmastomuutos vaikuttaa kansanterveyteen kahdella tavalla: ensinnäkin siihen voivat vaikuttaa ilmasto-tekijät, kuten lämpötila ja ilmansaasteet, ja toiseksi ilmastomuutoksen hillintään tai siihen sopeutumiseen tähtäävät toimet, kuten väärin kohdennettu energiansäästö. Itse ilmastomuutokseen liittyvien ympäristömuutosten vaikutukset terveyteen voidaan jakaa suoriin tai epäsuoriin vaikutuksiin. Ilmastomuutoksen suoriin vaikutuksiin kuuluvat esimerkiksi kuolemat ja sairaudet, jotka johtuvat korkeasta lämpötilasta tai lisääntyneistä hellejaksoista. Epäsuorat vaikutukset välittyvät ekologisten muutosten ja/tai sosioekonomisten vaikutusten kautta, joita ilmastomuutos aiheuttaa. Esimerkiksi ilmaston lämpeneminen on lisännyt maaperän kuivuutta ja maasto- ja metsäpalojen riskiä monilla alueilla. Tulipalot aiheuttavat tapaturmia ja kuolleisuutta sekä lisäävät terveydelle haitallisten ilmansaasteiden määrää. Tuoreessa 43 maan 749 alueen analyysissä, joka pohjautuu ilmanlaatu- ja kuolleisuustietoihin, maastopaloihin liittyvät kohonneet hiukkaspitoisuudet lisäsivät sydän- ja verisuonisairauksista ja hengityselinsairauksista johtuvia kuolemia (Chen ym. 2021). Pitkäaikainen kuivuus lisää muutto-liikettä ja pakolaisuutta sekä niihin liittyviä kansanterveysongelmia.

Kaupungistuminen

Kaupungistuminen on globaali megatrendi, joka on kestänyt vuosikymmeniä. Vuonna 2008 kaupungeissa asui ensimmäistä kertaa enemmän ihmisiä kuin maalla ja kaupunkilaisten lukumäärä oli yli 3 miljardia. Vuonna 2050 kaupunkilaisia on ennusteiden mukaan yli 5 miljardia.

Nopeaan, hallitsemattomaan kaupungistumiseen liittyy suuri joukko kansanterveydellisiä haasteita, joista suurimpia ovat fossiilisten polttoaineiden käyttöön liittyvät ulkoilman ilmansaasteet, heikkoihin asuinoloihin liittyvät sisäilman saasteet ja vesi- ja jätehuolto-ongelmat. Kaupungistumista edistää työn hakeminen kaupungeista, mutta kehittyvien maiden megapolisten tyypillisenä ongelmana on korkea työttömyysaste, laaja harmaa talous ja heikot työolot, joista aiheutuu työterveysongelmia ja ammattisairauksia. Kaupungistumiseen liittyy useimmiten myös päihteiden ja huumeidenkäytön lisääntyminen ja väkivalta.

Julkaisin osana kansainvälistä yhteistyötä vuonna 2019 maailmanlaajuisen analyysin siitä, miten yhdyskuntailman päivittäiset pienhiukkaspitoisuudet vaikuttavat kuolleisuuteen. Käytimme MCC-tutkimuksessa kerättyjä 652 kaupungin ilmanlaatu- ja kuolleisuustietoja, myös Helsingin seudun aineistoa, vuosilta 1994–2014 (Liu ym. 2019). Tulosten perusteella 10 ug/m³ pienhiukkaspitoisuus (PM_{2,5}) lisää päivittäistä kuolleisuutta 0,68 prosenttia. Hälyttävintä näissä tuloksissa oli havainto siitä, että terveyshaittoja voitiin todeta kaikkien nykyisten ohjearvojen alittavilla pitoisuuksilla. Vastaavan kaltaisilla analyyseillä havaittiin kuolleisuuden olevan yhteydessä typpidioksidiin, hiilimonoksidiin ja otsoniin (WHO 2021). Kuolleisuus on tarkasti mitattava terveysvaste mutta muodostaa vain jäävuoren huipun ilmansaasteiden vaikutuksista sydän- ja verisuonisairauksiin, hengityselinsairauksiin, neurologisiin sairauksiin, kuten dementiaan, ja metabolisiin sairauksiin, kuten tyyppiin 2 diabetekseen (WHO 2021).

Muuttoliike ja pakolaiset

YK:n maailman siirtolaisraportin mukaan vuonna 2019 kansainvälisiä siirtolaisia oli 272 miljoonaa, joka vastaa 3,5:tä prosenttia maapallon väestöstä, mutta maan sisäisten siirtolaisten lukumäärä oli 740 miljoonaa. Valtaosa siirtolaisista muuttaa työn, opiskelun tai perhesyiden vuoksi, mutta yhteiskunnalliset konfliktit, vaino tai katastrofit aiheuttavat kriittisen osan muuttoliikkeestä pakolaisuuden muodossa (IOM 2019).

Ilmastonmuutoksella on vaikutusta myös muuttoliikkeeseen ja pakolaisuuteen. Pitkäaikainen kuivuus, tulvat ja muut luonnonkatastrofit lisäävät muuttoliikettä ja pakolaisuutta. Muuttoliike ja terveys muodostavat monimutkaisen yhteyden. Muuttoliike voi lisätä erilaisia terveysriskejä. Siirtolaisten työolot ovat usein tavallista heikommalla, ja erityisesti laittomilta maahanmuuttajilta joko puuttuu mahdollisuus ja kyky käyttää terveyspalveluita tai se on heikko. Kun sota- tai katastrofialueelta tulee suuri määrä pakolaisia, se lisää tarvetta terveydenhuoltopalveluille. Se voi lisätä myös kantaväestön terveysriskejä, erityisesti tartuntatauteja.

Pandemiat

Pandemia on tartuntatauti, joka leviää nopeasti koko maapallolle. Silloin väestö on tyypillisesti laajalti vastustuskyvytön ja sairaus on vaarallinen tai sen haittavaikutukset ovat tuntemattomia. Epidemiat tunnettiin jo antiikin kreikan ja muinaisen kiinan kirjoituksissa vuosisatoja ennen kuin Robert Koch vuonna 1876 osoitti pernaruton avulla, että tartuntataudit leviävät mikrobien välityksellä. Maailmanlaajuisia influenssapandemioita on esiintynyt ainakin 1700-luvulta lähtien 10–60 vuoden välein (Linnanmäki 2006). Viimeisen sadan vuoden aikana on esiintynyt useita influenssapandemioita. Vuosina 1918–1920 koettu ”espanjantauti” levisi useina aaltoina ja aiheutti maailmanlaajuisesti 30–50 miljoonaa kuolemaa. Vuosina 1957–58 esiintynyt ”aasialainen” ja vuonna 1968–1969 levinnyt ”hongkongilainen” levisivät molemmat kahtena aaltona. Käynnissä oleva COVID-19-pandemia on koronaviruksen aiheuttama. Johns Hopkins Corona Virus Resource Centerin seurannan perusteella maailmassa oli tätä kirjoittaessa diagnosoitu yli 600 miljoonaa tapautta ja yli 6 miljoonaa COVID-19-kuolemaa (Johns Hopkins University & Medicine 2022). Edellä mainittujen pandemioiden alkuperämaaksi on esitetty Kiinaa, espanjantaudissa on myös Yhdysvaltoja ja Ranskaa esitetty alkuperämaaksi.

Seuraavan pandemian alkamisajankohtaa ei voida ennustaa, mutta historiallisen tiedon perusteella uusia pandemioita syntyy lähes varmasti. Väestökasvun ja lisääntyvän liikkuvuuden vuoksi pandemiat todennäköisesti leviävät entistä nopeammin.

Tulevaisuuden infektiouhka voidaan jakaa neljään tyyppiin:

- uudet, aiemmin tunnistamattomat, vain eläimillä esiintyneet infektiot, kuten ebolaviruksen aiheuttama sairaus
- uusiutuvat, hävinneeksi uskotut infektiot, kuten denguekuume ja resistentti tuberkuloosi
- eläinperäinen infektio, joka alkaa levitä ihmisten välillä, ja
- antibiooteille resistenttien bakteerikantojen aiheuttamat superinfektiot.

Sotilaalliset konfliktit

Tämän hetken suurimpia sotilaallisia konflikteja ovat vuonna 1948 alkanut Myanmarin sisällissota, vuodesta 1978 jatkunut monivaiheinen Afganistanin sota, vuonna 2014 alkanut Venäjän hyökkäyssota Ukrainaan, vuonna 2014 alkanut Jemenin sisällissota ja vuodesta 2018 alkanut Etiopian sisällissota. Huumekartellien väliset aseelliset konfliktit parhaillaan Meksikossa vastaavat mittaluokaltaan edellä lueteltuja sotia.

Sotilaallisen konfliktin terveysvaikutukset ulottuvat päivistä vuosikymmeniin, ja niistä aiheutuu läpi elämän jatkuvia ja seuraavalle sukupolvelle välittyviä ongelmia (Garry & Checchi 2019). Sotilaallisella toiminnalla on suoria, akuutteja vaikutuksia taistelijoihin ja väestön terveyteen sota-alueella. Sotilaallisiin konflikteihin liittyvät sotarikokset ja kansanmurha laajentavat vaikutuksia sota-alueella. Pakolaisuuden lisääntymisen kautta myös vaikutukset kansanterveyteen laajenevat ympäröiviin alueisiin. Sotilaallinen konflikti vaikuttaa ruoka- ja vesihuoltoon yhteiskunnan infrastruktuurin vahingoittumisen kautta. Ensimmäisen kolmen kuukauden kuluessa heikentynyt hygienia, asuinolosuhteet ja ruoan ja veden laatu lisäävät infektiosairauksien riskiä ja vaikeuttavat pitkäaikaissairaiden hoitoa. Samalla epidemioiden riski sota-alueella lisääntyy ja epidemiat uhkaavat levitä pakolaisvirtojen mukana lähialueille. Sotilaallinen konflikti aiheuttaa akuutteja mielen-terveysongelmia, post-traumaattista stressiä, mutta sotaan liittyvät traumat ja menetykset lisäävät myös pitkällä aikavälillä mielenterveysongelmia. Suomen väestö on vasta toipumassa 80 vuotta sitten toisen maailmansodan kokeneiden mielenterveysongelmista. Sotilaallisen konfliktin epäsuoriin terveysvaikutuksiin kuuluu talouden militarisoituminen, jossa sodankäynti ja sotaan varustautuminen vievät voimavaroja terveydenhuollosta ja heikentävät kansanterveyttä kansallisella ja globaalilla tasolla. Lopuksi sodan laajeneminen ja muuttuminen ydinsodaksi uhkaavat koko ihmiskunnan terveyttä (Ruff 2022).

Pohdintaa tulevaisuudesta

Globaalin muutoksen suunta: megatrendit

Edellä esitetyt megatrendit vaikuttavat tulevaisuuden elinympäristöön, ravintoon ja elintapoihin. Ympäristössä tapahtuvat muutokset saattavat olla nopeita, kuten äärisää-ilmiöt tai sotilaallinen konflikti, tai vuosikymmeniä kestäviä, kuten ilmaston lämpeneminen, eläimistä ihmiseen sairauksia välittävien vektorien leviäminen tai ruokahuoltoon vaikuttavat sääilmiöt.

Ilmastonmuutos

Ilmastonmuutoksella on erittäin laaja-alaisia suoria ja epäsuoria terveysvaikutuksia globaalisti (Haines ym. 2009; Jaakkola 2012). Lisäksi ilmastonmuutoksen hillintään ja siihen sopeutumiseen liittyy sekä terveyshyötyjä että terveyshaittoja. Maailman terveysjärjestön mukaan ilmastoherkkiä sairauksia tai terveysvaikutuksia ovat

- äärisääilmiöihin liittyvät vammat ja kuolemat
- lämpöhalvaus
- hengityselinsairaudet
- veden välittämät sairaudet
- zoonoosit eli eläimen ja ihmisen välillä tarttuvat taudit
- vektorivälitteiset sairaudet
- aliravitsemus ja ruoan välittämät sairaudet
- tarttumattomat krooniset sairaudet sekä
- mielenterveyden ja psykososiaalisen terveyden ongelmat.

Ilmastonmuutoksen terveysvaikutuksien kannalta keskeisiä ovat ne tekijät, jotka vaikuttavat herkkyyteen sairastua. Yksilötasolla imeväiset, vanhukset, kroonisia sairauksia sairastavat ja muistisairaat ovat herkkiä erilaisille ilmastonmuutokseen liittyvien ympäristötekijöiden vaikutuksille, koska heillä fysiologinen adaptaatio eli mukautuminen ja monimutkainen sopeutumiskyky altistuksille on heikentynyt. Myöskin heikko sosioekonominen asema heikentää sopeutumiskykyä ja lisää terveysriskejä. Väestötason herkkyyttä määrääviä tekijöitä ovat väestön ikäjakauma, varallisuus, maantieteelliset tekijät, sosiopoliittiset olosuhteet ja sosiaali- ja terveyspalveluiden kapasiteetti ja saatavuus.

Ilmastonmuutoksen paikalliset suorat ja epäsuorat vaikutukset kansanterveyteen Suomessa ovat todennäköisesti kansainvälisesti ottaen vähäiset, mikä johtuu toimivasta terveydenhuollosta. Toisaalta ilmastonmuutoksen vaikutuksilla Suomen ulkopuolella saattaa olla arvaamattomia epäsuoria vaikutuksia esimerkiksi rajat ylittävien pandemioiden ja epidemioiden tai ilmastopakolaisuuden vuoksi.

Hallitustenvälinen ilmastonmuutospaneeli (IPCC 2014) esitteli raportissaan kasvihuonekaasujen pitoisuuksien mahdollisia kehityskulkuja tällä vuosisadalla ja niiden perusteella neljä ilmastonmuutoksen skenaariota. Näiden pohjalta on tehty maailmanlaajuisia laskelmia lämpötilan muutoksesta vuoteen 2099 saakka. Skenaarioiden toisena ääripäänä on ilmastonmuutoksen hillinnän täydellinen onnistuminen, jolloin hiilidioksidipäästöt kääntyisivät jyrkkään laskuun jo 2020-luvulla ja pitoisuudet olisivat korkeimmillaan noin 440 ppm vuonna 2050. Toisena ääripäänä on ilmastopolitiikan täydellinen epäonnistuminen, minkä seurauksena hiilidioksidipitoisuudet ylittäisivät 1000 ppm.

Multi-Country Multi-City -tutkimuskonsortio eli MCC tutkii sään ja lämpötilan vaikutuksia kuolleisuuteen aineistolla, joka käsittää noin 100 miljoonaa tapausta 43 maan lähes 700 kaupungista tai alueelta. Ilmastonmuutoksen skenaariot ja epidemiologiset tutkimustulokset lämpötilan ja kuolleisuuden välisistä yhteyksistä mahdollistavat sen ennustamisen, mitkä ovat lämpötilojen kuolleisuusvaikutukset alueellisesti. Olemme osallistuneet Suomen skenaarioiden tuottamiseen. Ensimmäisessä vaiheessa analysoimme lämpötilaan liittyvän kuolleisuuden muutosta yhdeksällä maantieteellisellä alueella, joista Suomi kuului Pohjois-Euroopan muodostamaan alueeseen (Gasparrini ym. 2017). Kun päästöjen hillitseminen epäonnistuu, lämpötilan aiheuttama kuolleisuus lisääntyy erityisesti maapallon väestörikkaille alueilla, kuten Kaakkois-Aasiassa, jopa 14 prosenttia. Suomen leudossa ilmastossa, kuten myös Pohjois-Euroopassa ja Etelä-Australiassa, lämpötilan nousun ja kylmän sään kokonaisvaikutus aiheuttaa pahimmillaan vain marginaalisen, noin prosentin, kuolleisuuden lisäyksen 2090-luvulla.

Kaupungistuminen

Kaupungistumisen ennustetaan jatkuvan sekä kansainvälisesti että Suomessa. Toistaiseksi kaupungistumisen seurauksena yhdyskuntailmansaasteet lisääntyvät. Maailman terveysjärjestön tuoreimman arvion mukaan vuonna 2016 ulkoilman saasteet aiheuttivat 4,2 miljoonaa ylimääräistä kuolemaa (WHO). 58 prosenttia ilmansaasteiden aiheuttamista kuolemista johtui iskeemisistä sydänsairauksista ja aivohalvauksista, 18 prosenttia keuhko- ja ahtaumataudista ja akuuteista alahengitystieinfektioista ja 6 prosenttia keuhkosityöivistä. Suomalaisen riskinarvioinnin perusteella neljän tärkeimmän ilmansaastekomponentin eli pienhiukkasten (PM), otsonin (O₃), typpidioksidin (NO₂) ja rikkidioksidin (SO₂) altistus aiheutti vuonna 2015 noin 2 000 ylimääräistä kuolemaa. Sairauskuormaksi arvioitiin 34 500 haittapainotettua elinvuotta (*Disability Adjusted Life Years, DALY*) (Lehtomäki ym. 2018). Suomessa pienhiukkasten, typpidioksidin ja rikkidioksidin pitoisuudet ovat viimeisen kahden vuosikymmenen aikana laskeneet merkittävästi, ainoastaan otsonipitoisuudet ovat pysyneet aiemmalla tasolla. Niiden tavoitteiden vuoksi, joita Suomi on asettanut ilmastonmuutoksen hillinnälle, fossiilisten polttoaineiden käyttö tulee edelleen väheneään merkittävästi. Se vähentää samalla väestön altistumista ilmansaasteille ja niihin liittyviä terveyshaittoja. Toisaalta liikenteen sähköistymiseen liittyy avoimia kysymyksiä uusista terveyshaitoista.

Muuttoliike ja pakolaiset

Turvapaikanhakijoiden määrä Suomessa on vaihdellut 1 500 ja 6 000 vuotuisen hakijan välillä, mutta vuonna 2015 Lähi-idän pakolaiskriisin seurauksena hakijoiden määrä oli 32 476 henkilöä. Ukrainan sotaa pakoon lähteneiden määrä saavuttaa tänä vuonna 50 000 henkilön määrän ja ensi vuonna pakolaisten määrä voi ylittää 100 000.

Viimeiset vuodet ovat osoittaneet, että turvapaikanhakijoiden määrä voi nousta nopeasti, jolloin myös terveydenhuoltopalveluiden ja kansanterveydellisten haasteiden määrä lisääntyy. Euroopan unionin nykyisten säädösten mukaan turvapaikkaa haetaan siinä maassa, johon henkilö rantautuu, mutta tulevaisuudessa vastuuta voidaan jakaa jäsenmaiden kesken. Vastaanottokeskukset vastaavat turvapaikanhakijoiden terveyspalvelujen järjestämisestä. Vastuu hoidosta siirtyy Suomen julkiselle terveydenhuollolle sitten, kun Digi- ja väestötietovirasto eli entinen maistraatti on kirjannut heille kotikunnan. Oleskeluvan saaneet pakolaiset saavat sairausvakuutuksen Suomessa, jolloin he ovat oikeutettuja myös yksityisen terveydenhuollon, lääkkeiden ja matkojen Kela-korvauksiin.

Keskeinen kansanterveydellinen ja poliittinen kysymys liittyy pakolaisten hoitoon ja tukeen jo kriisialueella, jolloin pakolaiset voisivat saapua Suomeen suunnitelmallisemmin.

Pandemiat

Rokotukset ovat hillinneet COVID-19-pandemian kansanterveydellisiä vaikutuksia, vaikka koronakuolleisuus oli Suomessa joulukuussa 2022 Euroopan korkeinta luokkaa. Uutena COVID-19-pandemian kansanterveydellisenä vaikutuksena on nousemassa pitkäkestoinen COVID-19 (Parkkila 2021). Osalla infektion sairastaneista potilaista oireilu voi jatkua vielä kuukausiakin akuutin vaiheen jälkeen. Pitkäkestoisen COVID-19:n diagnostiset kriteerit eivät ole vielä vakiintuneet. Yleisiä pitkäaikaisoireita ovat esimerkiksi uupumus, hengitysvaikeudet, kuume, kurkkukipu, yskä, lihaskivut, pahoinvointi, päänsärky, haju- ja makuaistin vajaus sekä muut neurologiset oireet. Tauti muodostaa uudenlaisen kansanterveydellisen haasteen, jonka laatua ja laajuutta on vaikea ennustaa.

Tulevaisuuden pandemioiden kansanterveydellistä merkitystä on vaikea arvioida, mutta niihin varautumiseen täytyy panostaa riittävästi, jotta haitat voidaan minimoida.

Sotilaalliset konfliktit

Venäjän hyökkäyssodan laajeneminen Ukrainassa ja sen ulkopuolelle muodostaa tärkeimmän sotilaalliseen konfliktiin liittyvän kansanterveyshaasteen. Valmius vastaanottaa turvapaikanhakijoita on lisääntynyt merkittävästi vuoden 2015 pakolaiskriisin jälkeen. THL on kehittänyt yhtenäisen toimintamallin turvapaikanhakijoiden terveyden, hyvinvoinnin ja palvelutarpeiden kartoittamiseksi. Materiaaliin kuuluu muun muassa alkuterveystarkastuksen käsikirja, tarvittavat lomakkeet ja monipuolinen valikoima ohjeita ja vinkkejä pakolaisten vastaanottamiseen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022). Suomessa on myös käynnistynyt MoniSuomi-tutkimus, jossa kerätään tietoa Suomessa asuvan ulkomailla syntyneen aikuisväestön terveydestä, hyvinvoinnista ja sosiaali- ja terveyspalvelukokemuksista. Tutkimustiedon avulla voidaan paremmin arvioida, miten

Suomessa asuvat ihmiset voivat. Tulosten avulla voidaan myös kehittää palveluita, jotka tukevat väestön terveyttä ja hyvinvointia muuttuvassa maailmantilanteessa. Samalla voidaan arvioida pakolaisuuden kansanterveydellisiä vaikutuksia Suomessa.

Toimenpide-ehdotuksia

Planetaarisen näkökulman omaksuminen on väistämätöntä tulevaisuuden kansanterveyden edistämiseksi ja kansantautien ehkäisyssä ja hoidossa. Se on otettava osaksi kansanterveystiedettä ja kansanterveystyötä. Globaaleilla ilmiöillä on kansallisia ja paikallisia terveysvaikutuksia, ja samalla toimintamme vaikuttaa globaaleihin ilmiöihin joko suunnittelemattomasti tai suunnitelmallisesti. Suomen ilmastopaneeli muodostaa monitieteellisen asiantuntijaelimen, jossa myös terveystieteiden edustettuna (kirjoittaja on jäsenenä vuosina 2020–23). Kestävän kehityksen asiantuntijapaneeli eli Kestävyyspaneeli on toinen kansallisista tiedepaneeleista, joka tukee kestävään kehitykseen vaikuttavaa päätöksentekoa ja yhteiskunnallista keskustelua Suomessa (kirjoittaja on jäsenenä vuosina 2019–25). *Globaaleja suomalaisen kansanterveyteen vaikuttavia ilmiöitä tulisi seurata ja analysoida järjestelmällisesti, jotta usein ja nopeasti muuttuvat uhkat voitaisiin tunnistaa ja niihin voitaisiin reagoida mahdollisimman nopeasti.*

Yhdistyneiden kansakuntien raportissa (engl. *Global sustainable development report*; United Nations 2019), tunnistettiin kuusi aihealuetta, missä tarvitaan muutoksia kestävän kehityksen saavuttamiseksi:

- kansalaisten hyvinvointi ja toimintamahdollisuudet
- kestävä ja oikeudenmukainen talous
- kestävät ruokajärjestelmät ja terveelliset ruokatottumukset
- kestävän energian saanti kaikille
- kaupunkien ja kaupunkiseutujen kestävyys ja
- globaalien luonnonjärjestelmien turvaaminen.

Suomen kestävyyspaneeli on julkaissut näiden aihealueiden tarkastelun kautta evästyksiset systeemisen kestävyysmurroksen edistämiseksi Suomessa (Kestävyyspaneeli 2020). *Kestävään kehitykseen tähtäävään toimintaan tulisi aina kuulua terveysvaikutusten arviointi.*

Kestävän kehityksen toteuttaminen ja ilmastonmuutoksen hillintä edistää huomattavasti myös kansanterveyttä. Kasvispainotteiseen ruokaan siirtyminen vähentää lihan tuotannon hiilijalanjälkeä ja paineita siihen, että koskemattomia luontoa otetaan maatalouskäyttöön. Samalla muun muassa sydän- ja verisuonisairauksien riski pienenee. Kun ihmiset liikkuvat enemmän, myös fossiilista polttoainetta käyttäviä liikennevälineitä käytetään vähemmän.

Tällöin vähenevät myös fossiilisista polttoaineista aiheutuvat päästöt, niiden aiheuttama ilmastomuutos ja ilmansaasteiden suorat terveyshaitat. Samalla säännöllinen liikunta tuottaa tunnetusti terveyshyötyä ja hyvinvointia.

Kansanterveystiede akateemisena oppialana syntyi maassamme 1970-luvun alussa, jolloin sosiaalilääketieteen ja hygienian laitokset yliopistoissa muuttuivat kansanterveystieteen laitoksiksi ja lääketieteellisiin tiedekuntiin muodostettiin kansanterveystieteen oppiala ja professuuri. Suomalainen termi *kansanterveystiede* vastaa kansainvälisessä käytössä olevaa termiä *Public Health* tai *Public Health Medicine*. Suomen Akatemia tuki kansanterveyden tutkimusta erityisenä painoalana. Ranja Aukee (2007) on kuvannut seikka-peräisesti sosiaalilääketieteen muuttumista kansanterveystieteeksi. Kansanterveystieteen oppiala kaipaa näkökulman uudistamista niin, että se käsittäisi planetaarisen terveyden ulottuvuuden. Kyseessä on kansainvälinen ilmiö. Sydneyn yliopisto perusti maailman ensimmäisen planetaarisen terveyden oppituolin vuonna 2017, ja oppiala on laajenemassa voimakkaasti (Kirby 2018). *Vuosisadan suurin kansanterveyshaaste vaatii kansanterveystieteen oppialan ja tutkimuskohteen laajentamista tai uuden planetaarisen terveyden oppialan syntyä.*

Kirjallisuus

Aukee, R. (2007) Sosiaalilääketieteestä kansanterveystieteeksi.

Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 44, 176–190.

Chen, G., Guo, Y., Yue, X., Tong, S., Gasparrini, A., Bell, M. L., Armstrong, B., Schwartz, J., Jaakkola, J. J. K., ym. (2021) Mortality risk attributable to wildfire-related PM2.5 pollution: a global time series study in 749 locations. *The Lancet Planetary Health* 5(9), e579–e587. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(21\)00200-X](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(21)00200-X)

Crutzen, P. J. (2006) The “Anthropocene”. Teoksessa E. Ehlers, T. Krafft (toim.) *Earth System Science in the Anthropocene*. Heidelberg: Springer, Berlin. 13–18. https://doi.org/10.1007/3-540-26590-2_3

Garry, S. & Checchi, E. (2019) Armed conflict and public health: into the 21st century. *Journal of Public Health* 42, 287–297.

Gasparrini, A., Guo, Y., Sera, F. ym. (2017) Projection of temperature-related excess mortality under climate change scenarios. *Lancet Planet Health* 1(9), e360–e367. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(17\)30156-0](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(17)30156-0)

United Nations (2019) *Global Sustainable Development Report 2019: The Future is Now – Science for Achieving Sustainable Development*. New York: United Nations.

Graf, H. F. & Zanchettin, D. (2012) Central Pacific El Niño, the “subtropical bridge,” and Eurasian climate. *Journal of Geophysical Research: Atmospheres* 117(D1).

Haines, A., McMichael A. J., Smith, K. R., Roberts, I., Woodcock J., Markandya A., Armstrong B. G., Campbell-Lendrum D., Dangour A. D., Davies M., Bruce N., Tonne C., Barrett M. & Wilkinson P. (2009) Public health benefits of strategies to reduce greenhouse-gas emissions: overview and implications for policy makers. *The Lancet* 374(9707), 2104–2114. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61759-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61759-1).

IOM - UN Migration (2019) *World Migration Report 2020*.

https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf. Viitattu 29.11.2022.

IPCC (2014) *Climate Change 2014: Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change* [Core Writing Team, R.K. Pachauri and L.A. Meyer (eds.)]. Geneva, Switzerland: IPCC

IPCC (2018) *Summary for Policymakers. Teoksessa Global Warming of 1.5°C. An IPCC Special Report on the impacts of global warming of 1.5°C above pre-industrial levels and related global greenhouse gas emission pathways, in the context of strengthening the global response to the threat of climate change, sustainable development, and efforts to eradicate poverty* [Masson-Delmotte, V., P., Zhai, H.-O., Pörtner, D., ym. (eds.)]. Cambridge, UK and New York, NY, USA: Cambridge University Press, 3-24. <https://doi.org/10.1017/9781009157940.001>.

Jaakkola, J. J. K. (2012) Ilmastonmuutos – vuosisatamme suurin terveysuhka. Teoksessa J. Reivinen & L. Vähäkylä (toim.) *Kansan terveys, yksilön hyvinvointi*. Tallinna: Gaudeamus Helsinki University Press.

Johns Hopkins University & Medicine (2022) *COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)*. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Viitattu 29.11.2022.

Kestävyyspaneeeli (2020). *Kuusi polkua kestävyys: evästyksen systemaattisen kestävyysmurroksen edistämiseksi Suomessa*. Kestävyyspaneeelin julkaisuja 1/2020.

Kirby, T. (2018) Profile: Tony Capon: the world's first professor of planetary health. *The Lancet* 391(21).

Lehtomäki H., Korhonen A., Asikainen A., Karvosenoja N., Kupiainen K., Paunu V-V, Savolahti M., Sofiev M., Palamarchuk Y., Karppinen A., Kukkonen J. & Hänninen O. (2018) Health impacts of ambient air pollution in Finland. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15(4), 736. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040736>

Linnanmäki, E. (2006) Historian influenssapandemiat. *Duodecim* 122(16), 2023–2031.

Liu, C., Chen, R., Sera, F., Vicedo-Cabrera, A., Guo, Y. & Tong, S. (2019) Ambient particulate air pollution and daily mortality in 652 Cities. *The New England Journal of Medicine* 381, 705–715. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1817364>

Malthus, Thomas, R. (1798) *An Essay on the Principle of Population as It Affects the Future Improvement of Society, with Remarks on the Speculations of Mr. Goodwin, M. Condorcet and Other Writers* (1. painos). London: J. Johnson in St Paul's Church-yard.

Meadows, Dennis H., Meadows, Donella L., Randers, J. & Behrens, William W. III (1972) *The Limits to Growth*. Washington DC: Potomac Associates.

Parkkila, S. (2021) Pitkäkestoinen COVID-19. *Duodecim* 137(5), 457-463.

Ruff, T. A. (2022) Ending nuclear weapons before they end us: current challenges and paths to avoiding a public health catastrophe. *Journal of Public Health Policy* 43(1), 5-17.

Sitra (2022) *Tulevaisuussanasto: Megatrendi*. <https://www.sitra.fi/tulevaisuussanasto/megatrendi/>. Viitattu 29.11.2022.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2022) *Maahanmuutto ja kulttuurinen moninaisuus: Ukrainasta paenneiden terveyden ja hyvinvoinnin tukeminen*. <https://thl.fi/fi/web/maahanmuutto-ja-kulttuurinen-moninaisuus/ajankohtaista/ukrainasta-paenneiden-terveyden-ja-hyvinvoinnin-tukeminen>. Viitattu 1.12.2022.

The Lancet Commission's Report (2015). Health and climate change: policy responses to protect public health. *The Lancet* 386(10006).

United Nations (2019) *Global Sustainable Development Report 2019: The Future is Now – Science for Achieving Sustainable Development*. New York: United Nations.

United Nations (2022) *World Population Prospects*. <https://population.un.org/wpp/>. Viitattu 25.1.2023.

WHO (2021) *WHO global air quality guidelines: particulate matter (PM2.5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide: executive summary*. Geneva: World Health Organization.



Globaali ja paikallinen terveys kulkevat yhtä matkaa

**Jussi Kauhanen
LT, MPH
Kansanterveystieteen professori
Itä-Suomen yliopisto**

Tulokulmat

Globaali ja paikallinen taso

Maaailma on vuosituhannen vaihteen jälkeen globalisoitunut vauhdilla. Vaikka globalisaatiokehitystä ovat viime vuosina hidastaneet pandemia, Venäjän aloittama hyökkäyssota Ukrainassa sekä eräät muut kriisit, se on kuitenkin pysyvästi koskettanut kaikkia elämän-alueita. Tämä näkyy globaaleissa kulttuurivirtauksissa ja informaatioympäristössä, globaalitaloudessa ja ympäristöuhkissa, mutta yhtä lailla ihmisten tavallisessa arkielämässä eri puolilla maailmaa. Voidaan hyvin olettaa, että globalisaatiokehitys eri elämän-alueilla jatkuu ja jopa voimistuu tulevaisuudessa. Tämä on myös keskeinen lähtökohta, kun arvioidaan väestön hyvinvoinnin ja terveyden kehitystä pitkällä aikavälillä.

Kansanterveystieteen näkökulmasta globalisaation vaikutukset tuntuvat Suomessa jo nyt hyvin selvästi. Maailman yleinen kehitys on liittynyt suomalaisten terveyteen tavalla, jota ainakaan vielä 1990-luvulla ei voitu edes kuvitella. Covid-19 pandemia on tästä vain yksi esimerkki, toki poikkeuksellisen dramaattinen ja koko maailmaa koskettanut sukupolvikokemus.

Yhden sukupolven aikana maailmassa on tapahtunut muutakin. Siitä on tullut keskinäisriippuvuuksien verkosto, jossa informaatio ja ideat, tavarat, palvelut ja ihmiset liikkuvat yhä vilkkaammin. Tämän seurauksena erityisesti tartuntataudit mutta yhtä lailla monet kroonisten sairauksien tautitaakat näyttävät kulkevan samaa rataa maailman eri puolilla. Terveyttä heikentävät haasteet ja toisaalta terveyttä edistävät tekijät ovat enenevässä määrin globaalisti yhteisiä. Jaamme nyt, ja tulevaisuudessa vielä aiempaa selvemmin, monenlaisia terveystaakkoja muun maailman kanssa (Liamputtong, 2019).

Globaalin tulokulman ohessa kansanterveys tulee samalla jäsentää myös henkilökohtaisena, paikallisena ja alueellisena kysymyksenä (esim. CDC Foundation, 2022). On osattava ajatella tulevaisuuden kansanterveyttä Suomessa kaikilla näillä tasoilla.

Terveyden sateenkaarimalli ja One Health

Toiseksi lähtökohdaksi tarkasteluun on otettu kansanterveyden moninaisuus ja monikerroksisuus.

Terveyden kompleksisuuden ymmärtäminen on oleellista. Yksi varsin havainnollinen tie tähän lähestymistapaan on 1990-luvun alussa kehitetty terveyden sateenkaarimalli (Dahlgren & White 2021). Malli kuvaa sitä, kuinka yksilön ja sitä kautta koko väestön terveys määrittyy hierarkkisen systeemiajattelun pohjalta. Kaiken keskiössä on ihminen, mutta hänen päälleen ja ympärilleen kohoavat sateenkaaren tavoin monikerrokset terveyttä muovaavat kehät.

Aivan sisimmällä ydintasolla terveyttä määrittävät tekijät koostuvat ihmisten sisäsyntyisistä eli konstitutionaalisista tekijöistä. Niitä ovat vanhemmilta perityt geenit eli genomi sekä perimän säätelemät elimistön fysiologiset toiminnot. Samalla on tärkeää muistaa, että ihmisen biologia ei toimi irrallaan ympäristöstä, joka säättää ja muovaa geenien

toimintaa samoin kuin muita elimistön fysiologisia prosesseja. Ympäristön vaikutukset muuttavat geenien toimintaa koko ajan. Toisinaan muutos on pysyvä, jolloin elämänaikaiset ympäristövaikutukset geeneissä saattavat periytyä jälkeläisille. Tämä epigeneettinen prosessi on opittu tuntemaan 2000-luvulla (esim. Kere 2015).

Biologiset prosessit ovat lopulta vain pieni osa terveyden kokonaiskuvaa. Vanhastaan on ymmärretty, että ihmisten elintavat ja terveyskäyttäytyminen ovat myös keskeisiä terveyden heikkenemisen, ylläpidon tai edistämisen taustatekijöitä. Merkittävä osa terveyden edistämisen ohjelmista onkin perinteisesti suunnattu juuri terveyskäyttäytymiseen liittyvien riskitekijöiden hallintaan. Tämä näkyy myös uusien hyvinvointialueiden hyte-toiminnan eli hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen painopisteissä.

Terveyden sateenkaarimallin mukaan terveyskäyttäytyminen on lähin seuraava kerros ihmisen ympärillä, mutta ei riitä, että huomio keskitetään etupäässä vain näille kahdelle alimmalle systeemitasolle eli ihmisen biologiaan ja hänen elintapoihinsa. Terveyttä muovaavat voimakkaasti edellä mainittujen tekijöiden päälle kasautuvat muut kerrokset, sateenkaarimallin mukaiset ulommat systeemitasot.

Kuopiolaisittain havainnollistettuna Dahlgrenin ja Whiteheadin mallin voisi yhtä hyvin nimetä *kalakukkomalliksi*: monen sisäkkäisen kuoren sisään on leivottu ihminen. Kuhkan kuorikerrokseen hänen ympärillään käytetään erilaisia ainesosia.

Elintavat ovat lähin kuori, mutta sen päälle on leivottu merkittävästi erilaisia psykososiaalisia tekijöitä. Niitä ovat esimerkiksi läheiset ihmissuhteet ja muut tärkeät sosiaaliset kontaktit. Yhdessä lisäkuoressa on koulutukseen, työelämään, toimeentuloon, asumiseen ja vapaa-aikaan liittyviä rakenteellisia ja immateriaalisia tekijöitä.

Koulutus on merkittävä kerrostuma mallissa, eikä sen merkitystä terveyden muovaajana voi liioitella. Asiasta on kertynyt valtava kansainvälinen tutkimusnäyttö vuosikymmenten kuluessa. Vaikka yleinen koulutustaso itsessään on kansanterveyden peruskiviä, viime aikoina on lisäksi erityisesti korostettu terveyden lukutaidon merkitystä (WHO 2022b, Lancet 2022).

Suomessa itsestään selvänä pidetty toimiva perusinfrastruktuuri, kuten puhdas juomavesi, jätevesien käsittely ja jätehuolto, löytyy yhdestä kerroksesta, samoin riittävän ja terveellisen ravinnon saatavuus. Maailman kriisit ovat toistuvasti osoittaneet, että kehittyneessäkään yhteiskunnassa nämä asiat eivät tule itsestään annettuina, eivät nyt eivätkä tulevaisuudessa.

Alkuperäisen mallin mukaisesti jollain tasolla sijaitsevat omana lohkonaan sosiaali- ja terveyspalvelut. Suomessa uudet hyvinvointialueet tulee eittämättä nähdä laajemmin eri tasoja yhdistävänä ja läpileikkaavana toimintana, eikä vain omana eriytyneenä kerrokseenaan tai osastonaan. Ihmisten terveys ja hyvinvointi riippuvat joka tapauksessa kaikkien tasojen toiminnasta, oli sotepalvelut organisoitu millä tavalla tahansa.

Kalakukon aivan ylimpiin kuoriin on leivottu ympäröivä kulttuurimme. Senkin päälle on kasattu vielä kuorrutus, jonka aineksina ovat globaali makrotalous, nopeasti vaihtuvat kansainväliset kulttuuritrendit, yllättävät maailmantapahtumat sekä globaalit ympäristöuhkat.

Uloimman kaaren tekijät voidaan tiivistää käsitteisiin planetaarinen terveys (esim. Sote-uudistus -verkkosivusto 2022) ja holistinen One Health -ajattelu (Sukura & Hänninen 2016, One Health Sweden 2022). Niiden mukaan ihmisen terveys riippuu lopulta koko muun eliökunnan, ympäristön ja koko planeetan hyvinvoinnista.

Tässä kohtaa palataan siihen ajatukseen, että paikallisia ja globaaleja tasoja on pakko tarkastella yhdessä. Kestävää kehitystä ja planeetan tulevaisuutta koettelevat uhkat, kuten ilmastonmuutos ja luontokato, sekä muut globaalit epävakaudet heijastuvat vääjäämättä väestöjen ja lopulta yksittäisten pienten ihmisten terveyteen eri puolilla maapalloa.

Kansantautien käsitekritiikki

On aiheellista kysyä, vieläkö käsite *kansantaudit* on käyttökelpoinen tällaisessa tarkastelussa. Mikä kansa? Mitkä taudit?

Kansantauti on lähtökohtaisesti sairausperusteinen käsite. Terveysongelmat jäsennetään diagnosoitavina tauteina, sairauksina ja oireyhtyminä, joiden kriteerit on tarkoin määriteltä kansainvälisessä yhteistyössä. Uusin WHO:n alkuvuonna 2022 julkaisema kansainvälinen tautiluokitus ICD-11 sisältää peräti 17 000 koodia vammoille, sairauksille ja kuolemansyille sekä yli 120 000 muuta tarkentavaa termiä. Näiden yhdistelmillä voidaan kirjata yli 1,6 miljoonaa erilaista kliinistä sairautta tai muuta syytä olla yhteyksissä terveydenhuoltoon (Nummela 2022).

Potentiaalisia kansantauteja siis riittää. Olennaista kansanterveyden tarkastelussa on kuitenkin kysyä, mitkä kaikki näistä 17 000 sairaudesta ja terveysongelmasta tarkkaan ottaen kuuluvat kansantaudit-määritelmään. Mitkä diagnooseista täyttävät kansantauti-kriteerit? Ongelma on se, että tähän kysymykseen ei ole tarkkaa vastausta.

Mikäli käsitettä kansantauti kuitenkin halutaan käyttää, huomataan sen elävän ja muuttuvan ajan myötä. Tästä ovat suomalaisina esimerkkeinä muuttamat historiallisesti merkittävät sairaudet, kuten tuberkuloosi, sekä jotkin ravitsemukselliset puutostaudit, jotka olivat keskeisiä ongelmia vielä 1960-luvulla mutta koko väestön kannalta paljon marginaalisempia haasteita nykyisin.

Viimeisten noin 50 vuoden ajan suomalaisiksi kansantaudeiksi on laskettu etupäässä ei-tarttuvia, yleensä pitkäaikaisia sairauksia. Niitä ovat erityisesti sydän- ja verisuonisairaudet, syövät, astma ja allergiat, tupakoinnista tai ammatillisista syistä johtuvat krooniset keuhkosairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä vakavat mielenterveyden häiriöt, kuten psykoosit.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) määrittelee kansantaudit seuraavasti: ”Kansantaudit ovat sairauksia, joilla on suuri merkitys koko väestön terveydentilalle eli kansanterveydelle. Sairauden merkittävyydelle ei ole tarkkaa määritelmää. Kansantaudit ovat

kuitenkin yleisiä väestössä. Ne ovat myös yleisiä kuolleisuuden aiheuttajia. Kansantaudit vaikuttavat työkykyyn, ja niiden hoito vaatii terveydenhuollon palveluita. Siksi kansantaudit vaikuttavat suuresti myös kansantalouteen.” (THL 2019).

Olennaista THL:n mukaan on siis sairauden yleisyys väestössä sekä sen merkittävä vaikutus väestön työkykyyn, terveyspalvelujen tarpeeseen ja ennenaikaiseen kuolleisuuteen. Tällä perusteella käsite olisi edelleen käyttökelpoinen.

Masennus eli depressio alkoi 1980–1990-luvulta lähtien ilmestyä yhä useammin perinteisten kansantautien joukkoon. Yleisyyden ja kansanterveydellisen merkityksen vuoksi mielialahäiriöitä, joihin depressio kuuluu, voikin pitää THL:n kriteerien mukaisena kansantautina, jos tätä termiä halutaan käyttää (esim. Yle 2020).

Kaikista kansantaudeiksi nimetyistä terveyshaasteista ei voi olla yhtä selvästi samaa mieltä. Tuore esimerkki on pitkäkestoinen koronatauti (*long covid*), jonka merkityksestä väestötasolla tiedämme toistaiseksi varsin vähän. On joka tapauksessa esitetty, että pitkäkestoisesta koronasta olisi kenties syntymässä uusi kansantauti. Näin totesi taannoin muun muassa peruspalveluministeri Krista Kiuru (Uusi Suomi 2022).

Muitakin kuin suoraan terveyteen liittyviä sosiaalisia ja psykososiaalisia ongelmia nimeään ajoittain kansantaudeiksi. Viime vuosina kansantaudin statuksen on saanut esimerkiksi yksinäisyys (Viljanen 2016).

Vaarana tauti- tai sairauslähtöisessä tarkastelussa on se, että ajattelun painopiste siirtyy liiaksi tautien *hoitoon*, ei niinkään niiden taustatekijöihin, puhumattakaan kaukaisemmista juurisyistä. Silloin myös ongelmien ennalta ehkäisy jää liian vähälle huomiolle.

Suomessa THL kansanterveyden asiantuntijavirastona tunnistaa tämän. Väestön terveysongelmiin liittyvissä esityksissään THL tyypillisesti korostaa myös niihin liittyviä riskitekijöitä, suojatekijöitä sekä ennalta ehkäisyä (THL 2019). Viime vuosina THL on viestinnässään pyrkinyt pitämään esillä vanhan kansantauti-käsitteen sijaan laajempaa käsitettä väestön terveyseroista (Jokela ym. 2021).

Puhuttiinpa sitten kansantaudeista tai väestön terveyseroista, lähtökohta on usein enemmän tai vähemmän sairauskeskeinen. Kriittiset terveys sosiologian ja terveys antropologian tutkijat ovat huomauttaneet taustalla vaikuttavasta biolääketieteellisestä terveyskäsitteestä, jota on pidetty länsimaista rationaalista kulttuuria hallitsevana terveysparadigmaksi. Sen johdosta terveysongelmille pyritään antamaan kliiniset lääketieteelliset nimikkeet eli diagnoosit, jotta ne saadaan ikään kuin ontologisesti konkretisoitua. (Lock & Gordon 1988.)

Diagnoosiperusteinen luokittelu ja terveysongelmien jäsentely on monesta syystä perusteltu käytäntö. Kliininen lääketiede tarvitsee selkeän nomenklatuurin. Vain yhteisistä luokittelukriteereistä sopimalla voidaan luotettavasti verrata terveysongelmia eri maiden ja väestöjen kesken. Tarkkoja kriteerejä tarvitaan silloinkin kun tehdään pitkäjänteistä aikasarjatarkastelua oman maan väestön terveysongelmien muutoksista.

Tällainen käytäntö kuitenkin vaivihkaa ohjaa suhtautumistamme kansanterveyden kysymyksiin. Jos terveyserojen tarkastelussa huomio suunnataan etupäässä yksittäisiin diagnosoisiryhmiin, joita ovat kansantaudeiksi nimetyt diabetes, sepelvaltimotauti, nivelkulumia, keskivaikea mielialahäiriö ja niin edelleen, ja vaikka huomioitaisiin myös taustatekijöitä, näkökulma helposti kapenee tai ainakin rajautuu.

Voidaan väittää, että hyvinvoinnin ja terveyden sekä toisaalta sairastamisen ja vajaa-kuntoisuuden olemusta ei voi riittävän kattavasti kuvata ainoastaan sairauksista lähtevän ajattelun avulla. Kansanterveyden haasteisiin liittyy niin laajoja sosiaalisia, psykososiaalisia, sosioekonomisia, kulttuurisia ja joidenkin teorioiden (esim. Antonovsky & Sagy 2022) mukaan myös henkisiä ulottuvuuksia, että tautikeskeinen ajattelu ei niitä millään tavoita.

Kuvaavaa on, että englannin kielestä ei löydy merkitykseltään täysin suomen kielen kansantaudit-sanaa vastaavaa käsitettä. Käytössä on koko kirjo vastaavia mutta merkitykseltään yleensä hieman laajempia termejä (*public health challenges, common diseases, disease burden*). Mikään niistä ei aivan tarkkaan vastaa kansantaudit-käsitettä eikä toisaalta myöskään THL:n esittämää kansantautilistausta.

Tähän lienee monta syytä. Yleisten tautien kirjo vaihtelee eri väestöissä, ja myös käsite *kansa* voidaan ymmärtää eri tavoin. Esimerkiksi Britanniassa ja varsinkin Yhdysvalloissa väestö on aina ollut etnisesti huomattavasti heterogeenisempää kuin Suomessa. Erityisesti 1960–1970-luvuilla, jolloin Suomessa alettiin laajemmin käyttää kansantaudit-käsitettä väestön terveysongelmista puhuttaessa, maamme väestö oli kulttuurisesti ja jopa geneettisesti poikkeuksellisen homogeeninen. Voitiin puhua eräänlaisesta isolaatista: Suomessa asui yksi ”kansa”, jolla oli tietyt, tyypilliset ”taudit”.

Suomen etniseltä taustaltaan rikkaaseen ja monikulttuuriseen nykyväestöön ahdas luonnehdinta kansasta sopii varsin huonosti. Näin ollen ei myöskään sana ”kansantaudit” ole paras tapa jäsentää tulevaisuuden Suomessa asuvien ihmisten moninaisia terveyshaasteita.

Väestön keskeiset terveysongelmat on silti joskus mielekästä jäsentää sairausperusteisesti. Näin varsinkin silloin kun suunnitellaan sosiaali- ja terveyspolitiikkaa sekä sotepalvelujen järjestämistä, tuottamista ja optimointia. Näin tarkastellen painottuvat sairauksien ja vajaakuntoisuuden yleisyys ja haittaavuus nykyhetkellä sekä arviot lähitulevaisuuden kehityksestä. Työkyvyttömyyttä ja ennenaikaisia kuolemia kannattaa ilman muuta pyrkiä ehkäisemään. Mitä yleisempi ja painavampi terveystaakka on väestössä, sitä enemmän huomiota se vaatii yhteiskunnalta ja palvelurakenteilta. Tässä ei ole mitään epäselvää.

Tällainen näkökulma sopii varsinkin lyhyen (vuoden) ja keskipitkän (valtuustokauden tai vuosikymmenen mittaisen) ajanjakson tarkasteluun. Se on käyttökelpoinen myös hyvinvointialueiden sekä kuntien hyvinvointisuunnitelmien ja -kertomusten laadintaan. Voidaan valita sopivat terveys- ja hyvinvointi-indikaattorit sekä niitä vastaavat tunnusluvut, joita käytetään alueellisen tai paikallisen hyvinvoinnin seurantaan väestössä.

Pitkän ajanjakson tulevaisuustarkastelussa Suomen kansanterveyshaasteita on kuitenkin syytä tarkastella myös laajemmista näkökulmista. Strateginen tulevaisuustarkastelu vaatii ainakin osittain sairauslähtöisestä kansantautikehikosta irtautumista. Sen tueksi tarvi-

taan ongelmien taustojen monikerroksista ja systeemistä tarkastelua sekä viime kädessä myös globaalia näkökulmaa. Tässä artikkelissa kuljetaan kahta polkua: osin sairausläh- töisiä, osin väljempiä käsitteitä käyttäen.

Nykytilanteen kartoitusta

Vaikka terveyskysymykset ovat globalisoituneet, mikä näkyy myös Suomessa, perin- teinen pyrkimys eriyttää oma rajattu alue muun maailman terveysongelmista ei ole tyystin kadonnut. Ajoittain näkee yrityksiä määritellä rajat suppeamman alueellisen terveyskäsitteen *public health* ('kansanterveys, kansanterveystiede') ja toisaalta maailman- laajuisen käsitteen *global health* ('globaali terveys') välille.

Kuinka hyvin tämä sinänsä selkeä jaottelu toimii nyt ja etenkin tulevaisuudessa?

Otetaan esimerkki koronavirusten maailmasta. Sekä 2000-luvun alussa koetun sars-epide- mian että vuodenvaihteessa 2019–2020 käynnistyneen sars-CoV-2-viruksen aiheuttaman pandemian on katsottu saaneen alkunsa Kiinasta (esim. Anttila 2021).

Sars-1 oli vaarallinen tauti, johon liittyi noin kymmenen prosentin tapauskuolleisuus ja joka uhkasi koko maailmaa ennen kuin se onneksi saatiin kuriin. Covid-19-pandemiassa kaikki pahimmat uhkat kävivät toteen.

Myöhemmin on osoittautunut, että molempien koronaepidemioiden käynnistyessä Kiina pyrki alussa rajoittamaan tiedonkulkua ja käytännössä salasi asian muulta maailmalta. Taktiikka oli tuomittu epäonnistumaan, ja virukset alkoivat vääjäämättä levitä ympäri maapalloa. Asiantuntijoiden mukaan näin ei pitäisi nykyisin voida enää käydä. Omape- räinen oli myös Kiinan päätös toteuttaa ankaria covid-19-pandemiaan liittyviä rajoitus- toimia vielä vajaat kolme vuotta epidemian käynnistymisen jälkeen syksyn 2022 aikana, pitkälti muusta maailmasta poiketen.

Toiseuttavaa näkemystä, jonka mukaan globaali terveys on "kansanterveyttä muualla" (*public health somewhere else*) (King & Koski, 2020) on nykymaailmassa vaikea puolustaa. Se johtaa terveyden kysymyksissä helposti kansalliseen itsekkyyteen, kuten Kiinan esi- merkit osoittivat, tai etnosentrisyyteen, mikä näkyy monessa maassa esimerkiksi siirto- laisten syrjinnässä ja heidän terveystarpeidensa ohittamisessa. Nämä asenteet ylläpitävät globaaleja terveyden eriarvoisuuden rakenteita. (Turcotte-Tremblay ym. 2020.)

Terveystrendejä Suomessa

Suomalaisen väestön viime vuosikymmenten ja vuosien terveystrendit on melko hyvin tiivistetty THL:n tuottamiin aineistoihin, kuten vuonna 2021 julkaistuun raporttiin, jossa kuvaillaan sosiaalisia terveyseroja Suomessa sekä tehdään ehdotuksia terveyden seuranta- indikaattoreiksi sote-palvelujärjestelmän tarpeisiin (Jokela ym. 2021).

Seuraavassa lyhyt lainaus edellä mainitusta raportista:

”Suomalaisten terveys on kehittynyt myönteisesti viime vuosikymmenten aikana ja sekä miesten että naisten eliniän odotteen kasvu on jatkunut. Terveysterot ovat kuitenkin edelleen kansainvälisesti tarkasteltuna suuria. Terveysten eriarvoisuuden kasvun hillitsemiseksi on kehitettävä vaikuttavia keinoja, joilla terveyseroja voidaan kaventaa.”

Edelleen raportti toteaa, että useimmat kansantautien riskitekijät, kuten tupakointi, ovat vähentyneet. Suomalaiset myös kokevat terveytensä pääosin hyväksi, ja pitkäaikais-sairaiden osuus väestössä on pienentynyt.

Tiivistäen voi todeta, että suomalaisten terveydentila on keskimäärin parempi kuin koskaan. Toisaalta terveyden eriarvoisuus aiheuttaa ongelmien kasautumista eri väestö-ryhmiin. Tämä on keskeinen kansanterveyden haaste nyt ja myös jatkossa.

Riskitekijöistä esimerkiksi tupakointi on vähentynyt käytännössä kaikissa väestöryhmissä, ja suotuisan kehityksen ennakoidaan jatkuvan vielä ainakin vuoteen 2040 asti. Myös väestön keskimääräinen alkoholinkulutus on hitaasti laskenut jo noin 15 vuoden ajan (Tolonen ym. 2022).

Selvimmän riskitekijätasosta on kasvussa lähinnä ylipaino. Lähitulevaisuudessa ylipainon arvellaan muuttuvan monen kohdalla selväksi lihavuudeksi, mikä on omiaan lisäämään erityisesti tyyppin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonitautien riskiä näissä ryhmissä (Tolonen ym. 2022).

Useimpien tunnettujen riskitekijöiden väheneminen näkyy työikäisen väestön parantuneena terveytenä ja toimintakykenä. Se antaa yhä useammalle suomalaiselle mahdollisuuden ikääntyä rauhassa ja välttää aiemmin jo keski-ikäistä väestöä koetelleet ennenaikaiset kuolemat. Katoavatko silloin niin kutsutut perinteiset kansantaudit?

Kysymys on ehkä väärin asetettu. Työikäisten sairaustaakka kyllä kevenee, mikä on hieno saavutus. Mutta ei-tarttuvilla sairauksilla on taipumus ilmaantua lopulta jossain vaiheessa. Hieman yksinkertaistaen ne siis siirtyvät myöhempään ikään. Tautitaakan väheneminen työikäisessä väestössä tarkoittaa lisää elinvuosia, mutta silloin on merkitystä niin ikääntyvien hyvinvoinnin kuin myös ikäihmisten palvelujen kannalta sillä, lisääntyvätkö samalla terveet elinvuodet.

Tästä näkökulmasta katsoen terveyden edistäminen kannattaa aina, vielä korkeassakin iässä. Sen tulisi olla lähtökohta myös tulevaisuuden sote-palvelujen painopisteitä ja eri ikäryhmien tarpeita määriteltäessä. Sydän- ja verisuonitautien aiheuttama kuolleisuus on itse asiassa aidosti vähentynyt vanhemmissakin ikäryhmissä. Myös syöpäkuolleisuus, hienoisesti kasvaneista syöpien ilmaantuvuusluvusta huolimatta, on alentunut aiempaa paremman diagnostiikan ja parempien hoitojen ansiosta.

Aina kuitenkin ilmestyy tilastoihin kymmenen johtavaa kuolinsyytä. Viime aikoina perinteisten kuolinsyiden osuuden laskiessa muistisairaudet ja erityisesti Alzheimerin tauti ovat kivunneet merkittävimpien kuolinsyiden joukkoon Suomessa. Tämäkin tulee jo nyt ottaa huomioon suomalaisten tulevaisuuden kansanterveyttä visioitaessa.

Globalisoituvat taakat

Paikallista ja globaalia tasoa ei voi enää irrottaa toisistaan, kun pohditaan Suomen väestön terveyden tulevaisuusnäkyviä. Taudit eivät tunne rajoja, kuten viime vuosina on nähty. Viisumirajoituksilla ei pidemmän päälle estetä pandemioita.

Kun katsotaan historiaa taaksepäin sadan vuoden verran, on nähtävissä selviä muutoksia globaalissa tartuntatautien taakassa. Vuosina 1918–1920 maailmalla riehunut espanjan-tautia on pidetty maailmanhistorian kenties pahimpana pandemiانا. Seuraavat varsinaiset pandemiat koettiin vasta vuonna 1957, jolloin maailman yli pyyhki aasialainen influenssa sekä vuonna 1968, jolloin vuorossa oli hongkongilainen. Viimeisten parinkymmenen vuoden aikana WHO:n julistamien kansainvälisten terveysuhkien, potentiaalisten pandemiatilanteiden ja varsinaisten pandemioiden tahti näyttää kiihtyneen. Uusi vakava yllätys näyttää olevan edessä keskimäärin noin joka toinen vuosi (Baker ym. 2022).

Toisaalta eräiden mittareiden mukaan maailman tartuntatautilanne on kehittynyt hyvinkin suotuisaan suuntaan sen ajan kuluessa, jolta suhteellisen luotettavaa globaalia dataa ylipäättään on olemassa, eli noin vuodesta 1990 alkaen (Institute of Health Metrics and Evaluation 2022). Erityisesti tartuntatautien aiheuttama kuolleisuus on laskenut maailmanlaajuisesti. Poikkeuksen muodostivat lähinnä vain HIV-epidemian kasvu huippuunsa 1990-luvulla sekä vuonna 2020 käynnistynyt covid-19-pandemia. Selvimmin hyvä kehitys näkyy lapsikuolleisuuden selvänä laskuna.

Myös Suomen kansanterveyshistorian epäilemättä suurin saavutus oli lapsikuolleisuuden saaminen kuriin sotien jälkeen ja sen painaminen lähes alimmalle tasolle koko maailmassa. Globaalissa etelässä suotuisaan kehitykseen on päästy mukaan vasta kuluvan vuosisadan kuluessa (UN 2022). Sillä, että yhä useampi lapsi säilyy hengissä, on valtava merkitys väestönkasvun tasaantumisen ja globaalin kestävän kehityksen näkökulmasta.

Pienten lasten kuolleisuudessa vallitsee edelleen valtava globaali epätasa-arvo, jota ylläpitää ennen kaikkea köyhyys. YK:n kestävän kehityksen ohjelman mukaisesti absoluuttinen köyhyys maailmalla saatiin vuoden 2015 jälkeen kohtalaiselle lasku-uralle. Maailmanpankin arvion mukaan yli 200 miljoonaa ihmistä ajautui kuitenkin jälleen absoluuttiseen köyhyyteen covid-19-pandemian vuoksi, entisten noin 500 miljoonan köyhyudessa elävän ihmisen lisäksi (World Bank 2021). Globaali kestävä kehitys hyppäsi siis hetkessä viisi vuotta taaksepäin, ja sillä on ollut valtava vaikutus miljooniin lapsiin, heidän terveyteensä ja tulevaisuuteensa.

Globaalisti jaettujen taakkojen laki pätee nykyisin myös useimpiin kroonisiin ei-tarttuviin tauteihin. Esimerkiksi tyypin 2 diabetesta on yleisesti totuttu pitämään rikkaiden maiden elintasosairautena. Nopeimmin se kuitenkin yleistyy maailman matala- ja keskituloisissa maissa (WHO 2022). Diabetekseen liittyvä ennenaikainen kuolleisuus on viimeisten kolmen vuosikymmenen aikana kasvanut koko maailmassa arviolta noin kolme prosenttia.

Ongelma on keskimääräistä vaikeampi erityisesti matalan keskitulotason maissa, joita ovat Intia ja laajalti koko Etelä-Aasia, Iran, useat Pohjois-Afrikan maat sekä Euroopassa muun muassa Ukraina (Hamadeh ym. World Bank 2022). Diabeteskuolemat ovat tässä maaryhmässä lisääntyneet moninkertaisesti rikkaisiin maihin nähden (WHO 2022). Vastaavia esimerkkejä löytyy monista kroonisista sairauksista.

Laajalti näyttää siltä, että eri maissa koetaan suurin piirtein samanlainen väestön keskeisten terveysongelmien kehitys. Vain ajoitus vaihtelee. Työikäisten sydän- ja verisuonitautikuolleisuuden tuhoisa hidas epidemia nousuineen ja laskuineen koettiin Suomessa ja monessa vastaavassa vertailumaassa 1950–1980-luvuilla, itäisen Euroopan maissa hieman myöhemmin. Nyt ovat vuorossa muun muassa Keski-Aasian maat sekä useat Afrikan maat, joissa työikäisten ennenaikaiset sydän- ja verisuonikuolemat ovat monin paikoin jyrkässä nousussa (WHO 2022; Institute of Health Metrics and Evaluation 2022). Toiveissa on kuitenkin, että ei-tarttuvien tautien raskaimman taakan kausista rikkaissa maissa otettiin opiksi siten, että vastaavat huiput saadaan jäämään muualla maailmassa lyhyemmiksi kuin aikoinaan meillä.

Ilmastonmuutos ja terveys

Monien asiantuntijoiden mukaan vuosisadan lopun suurin uhka väestöjen terveydelle ja hyvinvoinnille koko maailmassa, asuinpaikasta riippumatta, on ilmastonmuutos seurauksineen.

Tämän johtopäätöksen voi tehdä myös järeästä 3 000-sivuisesta raportista, jonka hallitustenvälinen ilmastonmuutospaneeli IPCC alkuvuonna 2022 julkaisi (IPCC 2022). Raportti käsitteli aiempaa paljon yksityiskohtaisemmin ilmastonmuutoksen terveysvaikutuksia, varsinkin sen luvussa 7, ”Health, wellbeing and the changing structure of communities”. Ilmastonmuutoksen vaikutukset väestöjen terveyteen jakaantuvat raportin mukaan erittäin epätasaisesti. Kolme miljardia ihmistä asuu kaikkein haavoittuvimmissa olosuhteissa, mutta vaikutukset tuntuvat kaikkialla. Helleaallot, kuivuus ja metsäpalot sekä toisaalta myrskyt ja tulvat ovat yleistyneet ympäri maailman, mikä vaikuttaa kaikkiin luonnon ekosysteemeihin. Ruokaturva ja vesiturvallisuus ovat järkkäneet monilla alueilla. Samaan aikaan paikalliset tai laajemmat kansainväliset kriisit pahentavat tilannetta entisestään. Monet taudit siirtyvät endeemisiltä kotiseuduiltaan uusille alueille. Näin on käyttänyt kuluneen vuosikymmenen aikana esimerkiksi denguekuume.

Toinen ansiokas tietolähde ilmastonmuutoksen terveysvaikutuksista on lääketieteellisen aikakauslehti Lancetin suhteellisen tuore arviointiraportti (Romanello ym. 2021). Se on niin ikään julkisesti saatavilla avoimena verkkojulkaisuna.

Johtopäätöksenä voi todeta, että Suomessa asuva väestö ei ole immuuni nyt eikä varsinkaan tulevaisuudessa ilmastonmuutoksen terveysvaikutuksille. Osa niistä tulee olemaan suoria ja paikallisesti Suomen alueelle kohdistuvia, mutta merkittävimmät vaikutukset saattavat tulla epäsuorasti ilmastopakolaisuuden, ruoka- ja vesikriisien sekä muiden vastaavien globaalien makrotason ilmiöiden kautta.

Yhteenveto: mitä tulisi tehdä?

Informaation hallinta

Meillä on metafysiinen taipumus yksinkertaistaa mielessämme terveysongelmien taustoja, vaikka ne sekä yksilöiden että koko väestön tasolla ovat yleensä erittäin kompleksisia ongelmakimppuja. Etsimme terveysongelmien taustalta lineaarisia syyketjuja ja haemme helposti yhtä ainoaa ratkaisevaa tekijää, joka selittää ja mahdollisesti myös ratkaisee kulloinkin käsillä olevat ongelmat.

Ajattelun yksinkertaistamista edistää osaltaan kansanterveystieteen ja epidemiologian oma tutkimuslogiikka. Sairauksien syytekijöitä tutkitaan tyypillisesti yksi pala kerrallaan. Tutkimusasetelmien ja tilastomenetelmien avulla pyritään ikään kuin sulkemaan pois tutkimuskentästä ja siten myös mielestä kaikki muu kuin tutkimuksen hypoteesin kohteena oleva terveyden osatekijä. Sosioekonomiset, psykososiaaliset ja kulttuuriset tekijät, kaikki menevät roskakoriin nimikkeellä ”sekoittavat tekijät”. Tutkimusmetodien näkökulmasta tämä on usein pakon sanelemaa. Laajempaan strategiseen tulevaisuustarkasteluun tällä lähestymistavalla on kuitenkin hyvin vähän annettavaa. Meidän on osattava ajatella suurempia ajatuksia, mikäli aiomme tosissamme ottaa tulevaisuuden haasteet vastaan.

Datatietoa suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista on saatavilla runsaasti viranomaiskäyttöön, mutta sitä on tarjolla myös suurelle yleisölle avoimissa lähteissä. Suomen väestöstä on rekistereihin kerätty hyvinvointi-indikaattoreita suorastaan valtava määrä. Niitä löytyy esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Sotkanet-tietokannoista ([Sotkanet.fi](https://sotkanet.fi)).

Tulevaisuuden palvelujärjestelmissä yhä suurempana haasteena on hallittu tiedolla johtaminen. Hyvinvointialueilla on jo jättimäinen haaste tiivistää omaa aluetta koskevaa datamassaa palvelujen kehittämisen kannalta tarkoituksenmukaisesti. Vähänkin kauemaksi eteenpäin katsoen se tulisi kaiken lisäksi tehdä siten, että ajankohtaisten toimintalukujen lisäksi pyritään tekemään mahdollisimman valistuneita tietoon perustuvia arvioita tulevista muutoksista ja terveystrendeistä. Verovaroin ja virkavastuulla toimiva asiantuntijaorganisaatio THL on tässä keskeinen kansallinen tuki ja toimija (esim. Jokela ym. 2021). Jo nyt on selvää, että informaation hallinta tulevaisuudessa tulee vaatimaan lisääntyvästi muun muassa tekoälysovelluksia.

Globaalisti yhdessä

Avainasemassa kokonaisvaltaisessa terveyden edistämisessä on kansainvälinen yhteistyö. Suomi ja EU eivät yksin pysty turvaamaan edes omien alueidensa ihmisten terveyttä, saati kantamaan vastuuta globaalin terveyden ja hyvinvoinnin kehityksestä. Planetaarinen terveys ja One Health -ajattelu on syytä ottaa tosissaan.

Ihmisten terveyttä pitää tulevaisuudessakin edistää paikallisesti, mutta samalla yhä tiiviimmässä globaalissa yhteistyössä, maailmaa kuunnellen. Se tulee tehdä kaikilla tasoilla kustannustehokkaammin, aiempaa määrätietoisemmin ja aiempaa paremmin verkottuneena.

Ilmastonmuutoksen terveysvaikutuksissa ei ole kyse vain yksittäisten terveysongelmien lisääntymisestä tai totuttujen hyvinvointi-indikaattoreiden heilahteluista. Muutos on mahdollisesti paljon syvällisempi ja myös laaja-alaisempi kuin on tähän asti osattu ajatella. Pitkän aikavälin skenaarioissa ilmastonmuutos on tekijä, joka vaikuttaa potentiaalisesti kaikkeen kansanterveyteen liittyvään. Ennen kaikkea se tuo laajaa epävarmuutta sellaiseen ennustettavuuteen, johon esimerkiksi palvelujärjestelmän kehittäminen Suomessa vahvasti perustuu.

Hyvä puoli asiaa on se, että tietämys ilmastonmuutoksen terveysvaikutuksista lisääntyy ja tarkentuu koko ajan. Esimerkkeinä tästä ovat viime aikoina kansainvälisessä yhteistyössä toteutetut perusteelliset tutkimus- ja asiantuntijaraportit (Lancet 2021, IPCC 2022).

Yhtä lailla tärkeää on huomioida muut globaalit makrotason ilmiöt, kuten ilmansaasteet (Health Effects Institute 2022). Globaalien megatrendien merkitys on nähtävä taustalla silloinkin kun Suomessa tehdään lyhyen aikavälin suunnitelmia, oli sitten kyse hyvinvointisuunnitelmista tai sote-palvelujärjestelmän kehittämisestä. Nämä prosessit tulevat olemaan jatkuvaa toimintaa.

Meidän on varauduttava nopeasti ilmaantuviin ja yllättäviin globaaleihin terveyskriiseihin. Covid-19-pandemia oli tuskin viimeinen lajissaan. Tartuntatautien uhka maailmassa ei ole vähenemässä vaan päinvastoin, kuten tilastot viimeisten 20 vuoden ajalta antavat ymmärtää (Baker ym. 2022). Kansainvälisiä terveysuhkia, pandemiauhkia tai suoranaisia pandemioita on tullut tihenevään tahtiin. Siitä tulisi tehdä johtopäätöksiä myös mietittäessä Suomen väestön kansanterveyden tulevaisuutta.

Konkreettisena toimenpiteenä antimikrobiresistenssin pysäyttäminen vaatii akuutteja globaaleja toimia (World Bank & WHO 2022). Tarvitaan nopeasti kansainvälistä yksituumaista, jossa mukana ovat WHO:n ja Maailmanpankin lisäksi muut keskeiset kansainväliset järjestöt ja toimijat, terveysalan viranomaiset ja ammattilaiset järjestöineen eri maista, lääketeollisuus, maatalous, elintarviketeollisuus ja monet muut tahot.

Venäjän käynnistämä hyökkäyssota Ukrainassa laukaisi äkillisesti pahentuneen ruokakriisin ja energiapulan. Vaikutukset tuntuvat globaalien terveyden ja hyvinvoinnin kehityksessä laajalti Ukrainan ja Venäjän ulkopuolella. Vastaavilla kriiseillä on tapana jättää erittäin pitkät kansanterveysjäljet, kuten kokemukset Afganistanista, Irakista, Libyasta, Syyriasta, Libanonista ja monesta muusta maasta kertovat. Valitettavasti myöskään Ukrainan sodan kaltaiset tapahtumat eivät ole lajissaan maailmanhistorian viimeisiä.

Kriiseistä ja erilaisista poikkeustilanteista pitää ottaa kaikki mahdollinen oppi, eikä se itsessään vielä riitä. Valmiustasoa on nostettava, varautumissuunnitelmia terävöitettävä ja vaihtoehtoisia toimintamalleja mietittävä valmiiksi varastoon, ja niitä on myös koko

ajan päivitettävä. Kansanterveyden näkökulmasta kaiken takana on ajatus siitä, että meillä tällä hetkellä elävillä on jo käsissämme painava vastuu tulevan maailman ihmisten terveydestä ja hyvinvoinnista, oli tilanne mikä tahansa. Ajattelemme tulevia sukupolvia täällä Suomessa, mutta myös laajemmin koko jaetussa maailmassa.

Erityisesti Suomessa

Koska terveysongelmat ovat yhä enemmän globaalisti jaettuja huolia, eri maat ja alueet voivat aina oppia lisää toisiltaan. Hyväksi osoitettuja käytäntöjä terveyden edistämässä ja sote-palvelujen järjestämisessä on Suomessa syytä aktiivisesti etsiä muualtakin kuin omalta ja naapurin hyvinvointialueelta. Tarvittaessa niitä pitää uskaltaa ottaa käyttöön joustavasti ja ketterästi. Toisaalta täytyy olla uskallusta tarjota omia näyttöön pohjautuvia malleja muualle maailmaan sovellettaviksi, silloin kun se näyttää tarkoituksenmukaiselta.

Suomen omista laajoista, monikerroksisista ja monimutkaisista tulevaisuuden kansanterveyshaasteista on syytä mainita neljä pääkohtaa:

Yksi on ikäihmisten hyvinvointi ja palvelut. Näiden haasteiden kanssa Suomi ei tosin ole yksin, sillä väestöt ikääntyvät kaikkialla maailmassa. Useimmilla hyvinvointialueilla ikäihmisten hyvinvointi on jo lähtökohtaisesti yksi keskeisiä kehittämiskohteita. Mutta perusteellista uudelleen orientoitumista tarvitaan kaikilla tutkimuksen, suunnittelun, päätöksenteon ja palvelutuotannon tasoilla.

Toinen tulevaisuuden kannalta kriittinen kysymys koskee lasten ja nuorten hyvinvointia. Vaikka suomalaisten lasten terveys on tällä hetkellä keskimäärin parempi kuin koskaan, hyvinvointi ei jakaudu tasaisesti. Ongelmat liittyvät erityisesti mielenterveyteen ja henkiseen pahoinvointiin sekä sosiaaliseen syrjäytymiseen. Viime vuosina tapahtuneet nuorten aikuisten huumekuolemat Suomessa ovat eurooppalaisessa vertailussa jopa poikkeuksellisen vakava ilmiö. Ne tulee nähdä suuren ongelmavyöhyden yhtenä hälytysmerkkinä.

Nykyiset palvelujärjestelmät eivät tarjoa riittävästi tukea ja vastauksia lasten ja nuorten avuntarpeeseen. Tosin ongelmat ovat osin sen laatuisia, että ne juontavat juurensa sote-palvelujen ulottumattomiin. Nopeasti muuttuva yhteiskunta ja kulttuuri asettavat monille nuorille ylivoimaisia vaatimuksia. Tarvitaan koko yhteiskunnan kattavaa, hyvin laajapohjaista pohdintaa.

Kolmanneksi on määritetysti yritettävä estää sosiaalisten terveyserojen syventyminen Suomessa. Hyvinvointi ja terveys eivät tunnetusti jakaudu tasaisesti eri väestöryhmien kesken, mutta tähän asti Suomi on kuitenkin tunnettu melko tasa-arvoisena maana. Kansalaisten hyvinvoinnin yhtenä perustana on sosiaalinen oikeudenmukaisuus, ja pohjoismaisena hyvinvointivaltiona Suomi on ainakin periaatteessa pyrkinyt tarjoamaan turvaa ja tukea kaikille tarvitseville. Terveysongelmien kasautuessa yhä selvemmin osaan väestöä kuva Suomesta hyvinvointivaltiona uhkaa särkyä, ellei terveyden jonkinlaisen tasa-arvon ylläpitämistä edes tosissaan yritetä.

Neljäs kysymys on väestöpoliittinen. Se koskee huoltosuhdetta ja maan taloudellista kantokykyä. Tarvitsemme maahanmuuttajia, tarvitsemme lisää ihmisiä tekemään työtä Suomessa ja osaavaa väkeä sote-palveluihin. Alhaisen syntyvyyden maana emme muuten suoriudu tehtävistämme turvata ihmisille entistä parempi terveys ja hyvinvointi (esim. Kauppalehti 2022).

Globalisaatio on Suomessa ja koko maailmassa löydettävä uudestaan. Tällä kertaa pitää vain kaivaa esiin sen parhaat puolet. Tähän liittyen voi esittää vielä yhden esimerkin jo aiemmin mainitusta tartuntataudista, joka Suomessa on ehtinyt jo lähes unohtua.

Tuberkuloosi oli yleisyytensä vuoksi kiistaton kansantauti Suomessa aina 1960-luvulle asti. Sitten se putosi pois kansantautien listalta, mikä oli perusteltua sikäli, että näin voitiin ehkäisevän terveydenhuollon resursseja suunnata laajamittaisista mutta varsin turhaksi käyneistä tuberkuloosiseulonnoista uusien uhkien torjuntaan ja kustannus-vaikuttavampaan toimintaan.

Huonoa asiassa oli se, että jopa terveydenhuollon ammattilaiset ja kouluttajat unohtivat tuberkuloosin olevan edelleen maailmalla eräs merkittävimpiä ennenaikaisen kuolleisuuden syistä. Vasta aivan viime aikoina globaali tuberkuloositilanne on alkanut merkittävästi kohentua (Global Tuberculosis Report, WHO 2022).

Kun ajatus Suomen väestön kannalta merkittävästä terveysongelmasta katosi mielistä, samalla hiipui pois oma tietotaito taudin diagnosoinnista, hoitolinjoista ja ehkäisystä. Taitoja on myöhemmin pitänyt hakea uudestaan globalisoituvan maailman ja muutto- liikkeiden aiheuttamien muutosten myötä. Muitakin unohtuneita taitoja voidaan vielä joutua verestämään kansainvälisessä yhteistyössä.

Lopuksi päättäjille voi esittää yksinkertaisen kysymyksen, joka julkaistiin vastikään arvostetussa brittiläisessä lääketieteen ja terveystieteiden lehdessä: arvostammeko me kylliksi myös tulevien sukupolvien terveyttä? (Modi ym. 2022.)

Kirjallisuus

Antonovsky, Avishai & Shifra Sagy (2022) Aaron Antonovsky (1923–1994): *The Personal, Ideological, and Intellectual Genesis of Salutogenesis*. 2022 Jan 1. In: Mittelmark MB, Bauer GF, Vaandrager L. ym. (toim.). *The Handbook of Salutogenesis* [Internet]. 2nd edition. Cham (CH): Springer; 2022. Chapter 4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK584096/> doi: 10.1007/978-3-030-79515-3_4 (viitattu 18.11.2022).

Anttila, Veli-Jukka (2021) SARS ja MERS (2021). Lääkärikirja Duodecim 2.11.2021. Duodecim Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00603> (viitattu 17.11.2022).

Baker, R. E., A. S. Mahmud, I. F. Miller ym. (2022) *Infectious disease in an era of global change*. Nat Rev Microbiol 2022;20, 193–205. <https://doi.org/10.1038/s41579-021-00639-z>

CDC Foundation (2022) <https://www.cdcfoundation.org/what-public-health> (viitattu 1.11.2022).

Dahlgren G. & M. Whitehead (2021) *The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows*. Public Health. 2021 Oct;199:20–24. doi: 10.1016/j.puhe.2021.08.009. Epub 2021 Sep 14. PMID: 34534885.

Global tuberculosis report 2022. WHO (2022) <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022> (viitattu 18.11.2022).

- Hamadeh, Nada, Catherine Van Rompaey, Eric Metreau, Shwetha Grace Eapen (2022) *New World Bank country classifications by income level: 2022-2023*. <https://blogs.worldbank.org/opendata/new-world-bank-country-classifications-income-level-2022-2023> (viitattu 1.11.2022).
- Health Effects Institute (2022) *Air Quality and Health In Cities: A State of Global Air Report 2022*. Boston, MA: Health Effects Institute. https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2022/2022-soga-cities-report.pdf (viitattu 18.11.2022).
- Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME). <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> (Viitattu 18.11.2022).
- IPCC (2022) *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change* [H.-O. Pörtner, D. C. Roberts, M. Tignor, E. S. Poloczanska, K. Mintenbeck, A. Alegría, M. Craig, S. Langsdorf, S. Löschke, V. Möller, A. Okem, B. Rama (toim.)]. Cambridge University Press. Cambridge University Press, Cambridge, UK and New York, NY, USA, 3056 pp., doi:10.1017/9781009325844. <https://www.ipcc.ch/report/sixth-assessment-report-working-group-ii/> (viitattu 17.11.2022).
- Jokela, Satu ym. (toim.) (2021) *Terveysten eriarvoisuus Suomessa. Ehdotus seurantajärjestelmän kehittämiseen*. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, julkaisuja 5/2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-656-5> (viitattu 17.11.2022)
- Kauppalehti (2022) *Koronapomppu syntyvyydessä tasaantui – Kelan hakemustiedot ennakoivat syntyvyyden laskun jatkumista*. Kauppalehti 6.6.2022.
- King N. B., A. Koski (2020) *Defining global health as public health somewhere else*. BMJ Global Health;5:e002172.
- Kere, Juha (2015) *Epigenetiikka, evoluution vai tutkimuksen moottori?* Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, pääkirjoitus 2015;131(2): 113–114.
- Lancet Editorial (2022) *Why is health literacy failing so many?* Lancet 2022 Nov 12;400(10364): 1655. doi: 10.1016/S0140-6736(22)02301-7.
- Liamputtong, Pranee (toim.) (2019) 2nd ed. *Public health: local and global perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lock, Margaret, Deborah R. Gordon (toim.) (1988) *Biomedicine examined*. Kluwer Academic Publishers.
- Modi, Needa, Sonia Bhalotra, Flavia Bustreo, Mark Hanson (2022) *We must value and safeguard human health for a sustainable future*. BMJ 2022;379:o2699 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.o2699>
- Nummela, Maria (2022) *ICD-11 on julkaistu*. WHO:n järjestelmällä voidaan ilmoittaa yli 1,6 miljoonaa käyntisyytä. Lääkärilehti 14.2.2022. <https://www.laakarilehti.fi/terveydenhuolto/icd-11-on-julkaistu/> (viitattu 01.11.2022).
- One Health Sweden (2022) <https://www.slu.se/ohs> (viitattu 17.11.2022).
- Romanello, Marina ym. (2021) *The 2021 report of the Lancet Countdown on health and climate change: code red for a healthy future*. Lancet 2021; 398: 1619–62. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01787-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01787-6) (viitattu 17.11.2022).
- Sote-uudistus (2022) *Hanna Haveri: ”Ihmisen terveys on yhteydessä koko planeetan hyvinvointiin”*. Sosiaali- ja terveysministeriö 20.6.2022. <https://soteuudistus.fi/-/hanna-haveri-ihmisen-terveys-on-yhteydessa-koko-planeetan-hyvinvointiin-> (viitattu 17.11.2022).
- [Sotkanet.fi](https://sotkanet.fi). <https://sotkanet.fi/sotkanet.fi/index> (viitattu 18.11.2022).
- Sukura, Antti & Marja-Liisa Hänninen (2016) *One Health – ihmisten, eläinten ja ympäristön yhteinen terveys*. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2016;132(13): 1223–1229 <https://www.duodecimlehti.fi/duo13214> (viitattu 17.11.2022).
- THL (2019) *Yleistietoa kansantaudeista*. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista> (viitattu 01.11.2022).

Tolonen H., J. Reinikainen, Z. Zhou, T. Härkänen, S. Männistö, P. Jousilahti, L. Paalanen, A. Lundqvist, T. Laatikainen (2022) *Development of non-communicable disease risk factors in Finland: projections up to 2040*. Scand J Public Health. 2022 Jul 26;14034948221110025. doi: 10.1177/14034948221110025.

Turcotte-Tremblay, A., F. Fregonese, K. Kadio ym. (2020)
Global health is more than just 'Public Health Somewhere Else'. BMJ Global Health;5:e002545.

UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME) (2021) *Stillbirth and child mortality estimates*. <https://childmortality.org/2018/08/17/data-compilation/>, ilm. 12/2021 (viitattu 17.11.2022).

Uusi Suomi (2022) *Suomeen pelätään syntyvän uusi kansantauti – pitkäkestoisen koronan esiintyvyys 40–60 %, virus pääsee nenän kautta aivoihin*. Uusi Suomi 7.1.2022.

Viljanen Kaisa (2016) *Suomalaisten ylipainoon, juomiseen ja sydänvaivoihin voi olla sama syy – Todellinen kansantautimme on yksinäisyys, sanoo tutkija*. Helsingin Sanomat 28.9.2016.

WHO (2022) *World Health Report 2022. Monitoring health for SDGs*.
<https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics> (viitattu 18.11.2022).

WHO (2022b) *Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: Volume 1: Overview*. November 6, 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055339> (viitattu 18.11.2022).

World Bank & World Health Organization (2022) *Sustaining Action Against Antimicrobial Resistance: A Case Series of Country Experiences*. Washington, DC. World Bank and World Health Organization.
<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/38162> License: CC BY 3.0 IGO (viitattu 18.11.2022).

World Bank (2021). <https://blogs.worldbank.org/opendata/updated-estimates-impact-covid-19-global-poverty-turning-corner-pandemic-2021> (viitattu 17.11.2022).

Yle (2020) Heikki Valkama: *Masennus on kansantauti, joka vie varhaiseläkkeelle – vastaperustettu masennuskoalitio haluaa palauttaa ihmisten työkyvyn*. Yle verkkouutiset 2.3.2020.
<https://yle.fi/uutiset/3-11230652> (viitattu 01.11.2022).

Ympäristö.fi. Ympäristöhallinnon yhteinen verkkopalvelu (2022) *IPCC:n raportti: Ilmastomuutos on vaikuttanut vakavalla tavalla luontoon ja ihmisiin – vaikutukset jakautuvat epätasaisesti*. Uutinen 28.2.2022.
[https://www.ymparisto.fi/fi-FI/Ilmasto_ja_ilma/IPCCn_raportti_Ilmastomuutos_on_vaikutt\(62594\)](https://www.ymparisto.fi/fi-FI/Ilmasto_ja_ilma/IPCCn_raportti_Ilmastomuutos_on_vaikutt(62594)) (Viitattu 17.11.2022).

Kansanterveyden nykyiset ja tulevat haasteet:

**Mitä ratkaisuja ja toimenpiteitä
tulisi tehdä ja miksi?**

Tea Lallukka

**lääketieteellisen sosiologian professori
dosentti (ravitsemus ja kansanterveys)
Kansanterveystieteen osaston johtaja**

Näkökulma:

Kansanterveyden tila Suomessa

Kansanterveyden tila ja kehitys Suomessa ovat mielenkiintoisia ja paradoksaalisia: yhtäältä suomalaisten odotettavissa oleva elinikä on viimeisten vuosikymmenten aikana pidentynyt huomattavasti, mutta toisaalta meillä on edelleen erittäin suuret ja jopa kasvaneet terveyserot. Väestö vanhenee, mutta vanheneminen ei aina tai kaikille tarkoita hyvinvointia, eivätkä terveys ja hyvinvointi jakaudu tasaisesti. Mitä tämä tarkoittaa, ja mitä tulisi tehdä tulevaisuudessa? Jatkuuko sama kehitys?

Kansanterveyttä tai sen kehitystä ja vaikutusta yhteiskuntaan ei voi lähestyä huomioimatta sosiaalisia terveyseroja. Sosiaalisilla terveyseroilla tarkoitetaan sellaista eriarvoisuutta terveydessä, joka ei aiheudu ainoastaan yksilöiden omista valinnoista vaan johon vaikuttavat esimerkiksi yhteiskunnan rakenteet. Terveyserojen kaventaminen onkin ollut niin meillä kuin muualla hallitusohjelmien keskeinen tavoite, koska kansanterveys on sitä parempi, mitä pienemmät terveyserot ovat. Toisin sanottuna: jos voimme parantaa esimerkiksi pienituloisten terveyttä, koko kansanterveys paranee. Tehtävää on, koska edelleen Suomessa pienimpään tuloviidennekseen kuuluvien miesten elinajanodote on noin 11 vuotta lyhyempi kuin rikkaimman viidenneksen (Tarkiainen ym. 2017). Eriarvoisuus näkyy jo lapsilla: vaikka kaikille on sama ja maksuton terveydenhuolto, miksi matalammassa asemassa olevien vanhempien lasten todennäköisyys selvitä samasta syövästä on pienempi kuin korkeassa asemassa olevien vanhempien lapsilla (Tolkkinen ym. 2018; Sylva & Ignatius, 2022)?

Suomalaisten keskeisimpiä kansanterveysongelmia voi tarkastella monesta eri näkökulmasta. Niitä voi tarkastella esimerkiksi sen mukaan, mitkä ovat nyt yleisimmät ongelmat, millä on suurin vaikutus yhteiskunnan toimintaan ja terveydenhuollon kantokykyyn, millä on suurin vaikutus yksilöihin heidän koko elinkaarensa ajan, mihin suuntaan eri kansansairauksien riskitekijät ovat kehittymässä ja mitkä ovat ehkä keskeisimmät haasteet tulevaisuudessa.

Tässä tekstissä kuvaan kansanterveyden nykytilaa kuudesta tulokulmasta, jotka näen kaikista tärkeimmiksi kansanterveyshaasteiksi nyt ja tulevaisuudessa ja joihin olisi tärkeää kohdistaa toimenpiteitä. Näkökulman kantavana teemana on seuraava linjaus:

Ennaltaehkäisy on kansanterveyden edistämisessä parempi kuin sairauksien hoito. Siksi fokuksessa ovat elintavat ja niiden taustalla oleva eriarvoisuus.

Ennaltaehkäisy on myös inhimillisesti kestävämpi vaihtoehto. Lisäksi kun se kohdennetaan oikeudenmukaisesti ja tarpeen mukaan, myös terveyden sosiaalinen eriarvoisuus voi sen avulla kaventua. Näin kansanterveys paranee, yhteiskunta on turvallinen ja tuottava ja mahdollisimman monelle mahdollistetaan terve ikääntyminen nyt ja tulevaisuudessa.

Huomioita nykypäivästä

Elintapojen sosiaalinen eriarvoisuus ja vaikutukset kansanterveyteen

Ravitsemuksen sosiaalinen eriarvoisuus: keskeinen kansanterveyden kulkusuunnan ja terveyserojen selittäjä tulevaisuudessa?

Suomessa on ollut käytössä erinomaiset ja tutkimukseen pohjaavat ravitsemussuosituksot vuosikymmenten ajan (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014). Kuitenkaan suomalaisten ravitsemustilanne ei ole oleellisesti parantunut. Edelleen on siis paljon tehtävää, jotta useimpien ravitsemus olisi suositusten mukaista. Miehet jäävät suosituksista enemmän kuin naiset, erityisesti siinä, kuinka suuri on kasvisten osuus ruokavaliossa. (Valsta ym. 2018). Ravitsemussuosituksien toteutuminen on tärkeää, koska suositukset on laadittu niin, että väestön terveys olisi mahdollisimman hyvä ja keskeisten kansansairauksien riski pienenesi. Siinä, miten ravitsemussuosituksot toteutuvat, on kuitenkin erittäin suurta sosiaalista eriarvoisuutta niin Suomessa kuin muuallakin (Erkkola ym. 2022). Koska tupakointi on vähentynyt (Ruokolainen 2021), epäterveellisen ravitsemuksen osuus terveyserojen selittäjänä oletettavasti korostuu.

Jos halutaan edistää kansanterveyttä nyt ja tulevaisuudessa, on siis tärkeää miettiä uusia keinoja, miten ravitsemussuosituksien mukaisista, terveyttä edistävästä ruokatottumuksesta tulisi mahdollisia useammille ja miten estetään terveyserojen kasvu. Yksi suuri tällä tiellä oleva haaste on se, että ravitsemuspolitiikkaan ei ole Suomessa kiinnitetty vahvasti huomiota. Lisäksi ravitsemusterapeutteja koulutetaan vähän eikä työpaikkoja lisätä, vaikka tarvetta olisi erittäin paljon. Ravitsemusta ei myöskään opeteta kattavasti yliopistossa esimerkiksi lääkäreille, ja näin monessa keskeisessä kansansairaudessa ravitsemusasioiden huomioiminen ja tuki voivat jäädä esimerkiksi diabeteshoitajalle. Ravitsemuksella, erityisesti kasvispainotteisella ruoalla, on kuitenkin vahva merkitys paitsi useimpien tai lähes kaikkien keskeisten kroonisten kansansairauksien riskissä myös niiden ennusteissa (Dinu ym. 2017; Gibbs & Cappuccio, 2022).

Ehkäisemme ja hoidamme sairauksia usein lääkkeillä, mutta ravitsemusterapia jää monesti sivuun. Se voi myös olla tavoitettavissa vain hyväosaisille, joilla on varaa maksaa yksityisestä ravitsemusterapiasta. Iso osa suomalaisista aikuisista käyttää esimerkiksi verenpainelääkettä, mutta moni heistä voisi tulla toimeen ilman lääkettä terveyttä edistävien elintapojen ja painonhallinnan avulla. Ravitsemuksen erottaa kuitenkin muun muassa tupakoinnista ja alkoholista se, että meidän kaikkien pitää syödä. On siis oleellista pohtia, miten yhteiskunnassa voisi tehdä terveellisestä, terveyttä ja hyvinvointia edistävästä ravitsemuksesta helpompaa ja tavoitettavampaa mahdollisimman monelle.

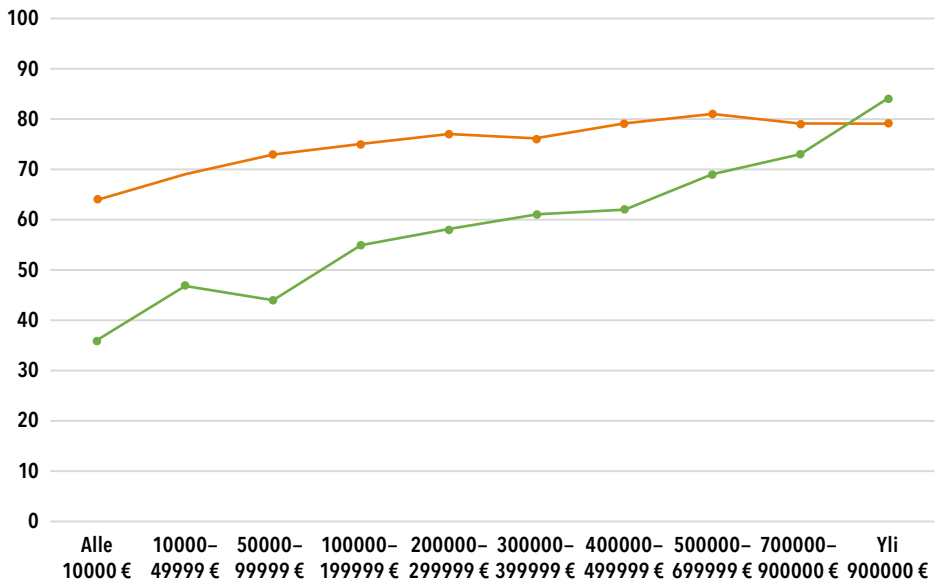
Verotukselliset keinot ovat menestyneet Suomessa pääosin melko heikosti. Näitä ovat olleet esimerkiksi lihavero ja makeisvero. Todennäköisesti epäonnistumisen syy ei ole ollut siinä, että keino olisi ollut väärä, vaan toteutustapa on jäänyt puutteelliseksi. Verotus on voinut olla liian rajattua, korotus liian pieni tai vaihtoehtoja on ollut liian vähän. Esimerkiksi Unkarissa epäterveellisten tuotteiden verotusta on lisätty huomattavasti enemmän, noin kolmanneksella, ja tällä on ollut vastaava vaikutus kulutukseen (Mustajoki

2022). Chilessä on ohjattu epäterveellisten elintarvikkeiden kulutusta varoitusmerkeillä, jotka kertovat tuotteiden sisältävän paljon esimerkiksi tyydyttyntä rasvaa, suolaa tai sokeria. Merkintöjen vaikuttavuutta on tutkittu jo melko paljon, ja on osoitettu, että merkinnöillä on pystytty ohjaamaan kulutusta terveellisempään suuntaan. Samalla on voitu lisätä tuotteita korkeamman verotuksen avulla (Colchero, Paraje & Popkin, 2021). Poliittisia toimia on siis mahdollista toteuttaa, ja niillä voidaan vaikuttaa paitsi terveyteen myös talouteen. Verotuksen vaikutuksia ja mahdollisuuksia vaikuttaa terveyseroihin on arvioitu myös kotimaassa (Kotakorpi ym. 2011).

Vahvempi ravitsemuspolitiikka ja panostus terveellisen ravinnon edistämiseen ja mahdollistamiseen voisivat tukea jo lasten ja koko väestön terveyttä. Ne voisivat myös ehkäistä keskeisiä kansansairauksia. Panostus terveyden ja terveellisen ravitsemuksen edistämiseen on erittäin todennäköisesti sijoitus, joka kannattaa ja maksaa itsensä takaisin terveempänä ja paremmin voivana väestönä. Asiat ovat olleet tiedossa jo kauan, mutta meillä on hyvinvointiyhteiskunnassa edelleen suurta sosiaalista eriarvoisuutta ravitsemuksessa ja sitä kautta terveydessä ja elinajanodotteessa.

Tiedon puute ei enää ole pääongelma ravitsemuksen eriarvoisuudessa. Ravitsemustilaa ja sitä kautta kansanterveyttä eivät siten nykytilanteessa parantane suuret valistuskampanjat, jollaisia tehtiin esimerkiksi 1970-luvulla Pohjois-Karjalassa. Nyt tarvitaan tukea ja mahdollistamista, jotta myös pienituloisille olisi saatavilla terveyttä edistävää ruokaa hintaan, joka on heille mahdollinen. Isossa-Britanniassa tutkittiin äskettäin, kuinka iso osuus tuloista menisi suositusten mukaiseen ruokaan, kun asumiskulut on vähennetty. Rikkaimmalla kymmenyksellä kuluisi käytettävissä olevista tuloistaan kuusi prosenttia suositusten mukaiseen ruokaan, mutta köyhin kymmenys joutuisi käyttämään suositusten mukaiseen ruokaan 74 prosenttia käytettävissä olevista tuloistaan (Food Foundation 2019). Kun ruoan ohella maksettavana on myös muita kuluja ja laskuja, pienituloisen energian tarve täyttyy epäterveellisillä valinnoilla. Energiatiheä ruoka, kuten runsaasti rasvaa ja sokeria sisältävät tuotteet, on usein edullista, kun taas ravintoainetiheä ruoka, kuten marjat ja hedelmät, ovat kalliimpia. Kuvassa 1 näkyy asuinkunnan varallisuuden yhteys kasvien päivittäiskäyttöön Helsingin kaupungin työntekijöillä. Kuva osoittaa, että mitä suurempi asuinkunnan varallisuus on, sitä isompi osuus on kasvien päivittäiskäyttäjii. Millään muulla sosioekonomisen aseman kuvaajalla ei havaita yhtä suurta osuutta kasvien päivittäjissä kuin kaikkein varakkaimmilla asuinkunnilla. Tulos on vielä julkaisematon ja hyvin alustava, mutta se on linjassa edellä annetun esimerkin kanssa. Myös Suomessa varakkaimpien asuinkuntien mahdollisuudet suositusten mukaiseen ruokaan ovat selvästi köyhempiä paremmat.

Venäjän helmikuussa 2022 Ukrainaa vastaan aloittaman hyökkäyssodan vaikutukset ovat olleet suuria Euroopassa ja koko maailmassa. Erityisesti energian hinnan nousu on vaikuttanut tuntuvasti yhteiskuntiin, ja ruoan hinnassa on tapahtunut nopeita muutoksia. On olemassa uhka, että lapsiperheköyhyys lisääntyy, ja tämä uhka on suuri erityisesti yksinhuoltajaperheissä (Hiilamo ym. 2022; Hiilamo & Lallukka, 2023). Lapsiperheköyhyydellä voi olla kauaskantoisia vaikutuksia lasten terveyteen ja siten myös kansanterveyden tulevaan kehitykseen. Kriisit edellyttävät yhteisiä toimia ja tuen kohdentamista eniten tarvitseville. Heikompiosaiten tuloista entistä suurempi osa kuluu nyt esimerkiksi sähkölaskuun, ja terveellisiä ruokatottumuksia on vaikeampi noudattaa kuin aiemmin.



Kuva 1. Asuinkunnan varallisuuden yhteys kasvien päivittäiskäyttöön Helsingin kaupungin työntekijöillä (y-akselilla päivittäiskäyttäjien osuus, %). Varallisuus kuvaa koko asuinkunnan varallisuutta, kun koko varallisuus (asunto, auto, kesämökki jne.) on muutettu käteiseksi ja kaikki velat, kuten asuntolaina, on vähennetty. Julkaisematon, alustava tulos: Helsinki Health Study/ Tea Lallukka

Tupakka ja alkoholi

Tupakointi on vähentynyt, mutta siihen liittyvä eriarvoisuus on kasvanut (Ruokolainen 2021). Tupakoinnin vähentyminen on kansanterveydelle erittäin myönteistä kehitystä, mutta samalla on tärkeää havaita, että vähentyminen on ollut nopeampaa hyväosaisilla ja hitaampaa matalasti koulutetuilla miehillä ja naisilla. Tämä voi näkyä terveyserojen kasvuna myöhemmin. Olisikin mietittävä tehokkaita keinoja tukea tupakoinnin lopettamista edelleen kaikissa ryhmissä, mutta erityisen tärkeää olisi tavoittaa matalasti koulutetut miehet. Tupakoinnin lopettaminen ei ole yksinkertaista, mutta Suomessa on tehty pitkäjänteistä työtä. Erityisen tehokasta on ollut esimerkiksi moniammatillinen yhteistyö. Moniammatillisuutta tarvitaan nyt ja jatkossa, jotta onnistutaan edistämään terveyttä ja useita terveellisiä elintapoja. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuudesta ja niiden hoidosta julkaistiin vuonna 2022 myös uusi, kattava kirja (Heloma ym. 2022).

Lukuisat tutkimukset ovat osoittaneet, että alkoholilla on keskeinen rooli kaikkien keskeisten kansansairauksien riskitekijänä. Yksikin annos alkoholia lisää terveysriskejä, eli suositeltava tai terveyttä edistävää käyttömäärä on 0 annosta. Olemme osoittaneet tämän maailman suurimmassa kansanterveyshankkeessa Global Burden of Disease (GBD) (Collaborators 2018). Hanke tuottaa tietoa kansanterveydestä ja riskeistä sovellettavaksi muun muassa poliittisessa päätöksenteossa. Osoitimme myös eri maiden aineistoja ja biopankki-dataa yhdistävässä tutkimuksessa, että alkoholin liikakäyttäjillä ja humalahakuisesti juovilla on keskimäärin 3–6 vuoden menetys odotettavissa olevissa terveissä elinvuosissa (Nyberg ym. 2022). Mikäli alkoholin kokonaiskulutusta onnistutaan vähen-

tämään ja pystytään vaikuttamaan erityisesti matalassa asemassa oleviin miehiin, voidaan myös huomattavasti vaikuttaa sosioekonomisiin kuolleisuuseroihin. Alkoholi selittää niistä edelleen miehillä ja naisilla merkittävän osan, vaikka myönteistäkin kehitystä on ollut (Mäkelä, Martikainen & Peltonen, 2017; Tarkiainen ym. 2017). Osoitimme myös, että suomalaiset miehet ja tanskalaiset miehet poikkeavat muista pohjoismaisista miehistä alkoholin kulutuksessa ja sen aiheuttamissa menetetyissä toimintakykyisissä elinvuosissa (lisääntynyt sairastavuus aiemmin elämän aikana/ ns. disability-adjusted life years, DALYs) (Nordic Burden of Disease Collaborators 2019).

Vaikka tupakointi ja alkoholinkäyttö käsitellään tässä tiiviisti, ne ovat erittäin keskeisiä riskitekijöitä kansantaudeille ja niihin liittyy suurta sosiaalista eriarvoisuutta. Tupakoinnin ja alkoholinkäytön nykytilaa ja kehittymistä on siksi tärkeää seurata. Terveelliset elintavat ovat tutkimuksemme perusteella yhteydessä vuosiin, jotka voidaan elää ilman kroonisia kansansairauksia (Nyberg ym. 2020). Tutkimuksessa oli mukana yli 160 000 osallistujaa eri maista. Osoituksena terveellisistä elintavoista pidettiin osallistujalla sitä, että hänen painoindeksinsä oli korkeintaan 25 ja hänellä oli vähintään kaksi seuraavista elintavoista: elinikäinen tupakoimattomuus, WHO:n suositusten mukainen määrä vapaa-ajan liikuntaa ja kohtuullinen alkoholinkäyttö. Tulokset korostavat, että kannattaa edistää terveellisiä elintapoja sekä erityisesti ehkäistä niihin liittyvää sosiaalista eriarvoisuutta.

Lihavuus – kansanterveysongelma mutta ennen kaikkea yhteiskunnan ongelma

Lihavuus on sekä ravitsemusongelma että terveysongelma: lihavuus liittyy useiden kymmenien eri sairauksien riskiin. Lihavuus on keskeinen kansanterveysongelma mutta ennen kaikkea yhteiskunnan ongelma, koska ratkaisut tulisi löytää yhteiskunnan rakenteita kehittämällä ja yhteiskunnan tuella. Lihavuuden yleistyessä myös esimerkiksi tyypin 2 diabetes on nopeasti lisääntynyt. Suomessa on tehty huipputasoisia diabeteksen ehkäisy-tutkimusta ja osoitettu, että tyypin 2 diabetes on ehkäistävissä elintavoilla, erityisesti välttämällä vyötärölihavuutta, harrastamalla liikuntaa ja syömällä ruokaa, joka sisältää runsaasti kuituja (Tuomilehto ym. 2001). Tutkimusta on siteerattu kansainvälisesti todella paljon: Google Scholarin mukaan artikkeliin oli viitattu 2.2.2023 yhteensä 13 916 kertaa. Artikkelia on myös perustellusti pidetty käännekohtana tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä (Lindström ym. 2021). Vahvaa näyttöä ei ole suoraviivaista saada käytäntöön. Kyseessä on yhteiskunnan ongelma, jonka taustalla on sosiaalinen eriarvoisuus.

Painoerot näkyvät jo varhain, ja vaikka geenit vaikuttavat lihavuusriskiin, myös ympäristön vaikutus on suuri. Olemme osoittaneet kansainvälisessä kaksostutkimuksessa, että liikunta muovaa lihavuuden riskiä henkilöillä, jotka ovat lihavuudelle geneettisesti alttiita (Silventoinen ym. 2009). Kun pyritään edistämään kansanterveyden hyväksi terveellisiä elintapoja, esimerkiksi liikuntaa, on samalla tärkeää ottaa huomioon, että tarjottavien palveluiden pitäisi olla saatavilla kaikille, erityisesti niille, jotka näitä palveluja eniten tarvitsevat ja siksi niistä eniten hyötyvät.

Työiässä jo työurien alku- ja keskivaiheilla olevilla on selkeät erot lihavuuden yleisyydessä sosioekonomisen aseman mukaan: mitä matalampi koulutus, sitä suurempi on ylipainoisten osuus (Silventoinen & Lallukka 2022). Erot ovat vastaavia koko väestössä. Lihavuuden on havaittu olevan yhteydessä myös heikkoon toimintakykyyn ja työkyvyttö-

myyteen, kun terveydentila on huomioitu (Roos ym. 2014; Svärd ym. 2017). Tämä korostaa lihavuuden ehkäisyn yhteiskunnallista merkitystä ja vaikutuksia kansanterveyden ja yksilöiden hyvinvoinnin lisäksi myös työpaikoilla.

Unettomuuden yhteys kansansairauksiin ja yhteiskunnan toimintaan

Unettomuusoireet ovat yleisiä. Ne ovat myös yleistyneet suomalaisessa väestössä viime vuosikymmenten aikana (Kronholm ym. 2016). Unettomuus on yksi suurimpia syitä esimerkiksi työterveyshuollossa käymiselle. Kyseessä on vakava kansanterveyden haaste, koska unettomuusoireet ovat yhteydessä keskeisten kansansairauksien riskiin, erityisesti sydän- ja verisuonisairauksiin (Schwartz ym. 1999; Sivertsen ym. 2014; Grandner ym. 2016). Unettomuuden on havaittu liittyvän myös painonnousuun (Lallukka, Haario ym. 2012) ja epäterveellisiin elintapoihin (Haario ym. 2013). Lisäksi unettomuusoireet ennustavat myöhempiä sairauspoissaoloja ja pysyvää työkyvyttömyyttä (Lallukka ym. 2011, 2014). Koska sairauspoissaoloja on unettomuuden ja muiden unihäiriöiden takia erittäin paljon, näillä on tutkimuksemme perusteella vaikutusta myös bruttokansantuotteen (Lallukka ym. 2014). Jos unihäiriöitä onnistutaan ehkäisemään ja niihin pystytään puuttumaan varhain, voidaan edistää kansanterveyttä, tukea yksilöiden hyvinvointia sekä suojata työpaikkojen ja koko yhteiskunnan normaalia toimintaa.

Iso osa työikäisten unihäiriöistä kytkeytyy erityisesti työstressiin. Olemme osoittaneet, että jos työstressi (Halonen ym. 2017) tai organisaatiossa koettu epäoikeudenmukainen johtaminen (Lallukka ym. 2017) vähenevät, unihäiriötkin helpottavat. Vastaavasti näiden psykososiaalisesti kuormittavien työolojen ilmaantuminen lisää riskiä myöhemmille unettomuusoireille ja sitä kautta epäterveellisille elintavoille, painonnousulle, sairauspoissaoloille ja kroonisille sairauksille. On siis hyviä perusteita kiinnittää huomiota työkuultuuriin ja sen muutoksiin. On myös tärkeää tunnistaa hyvää unta edistävät ja estävät tekijät työpaikoilla ja muualla yhteiskunnassa. Kun halutaan edistää kansanterveyttä, on toisin sanoen tunnistettava keskeisten sairauksien taustalla olevat tekijät, joihin on mahdollista vaikuttaa. Tärkeintä on puuttua juurisyihin ja vaikuttaa niihin mahdollisimman varhain.

Kuten elintavat ja lihavuus, myös unettomuus on yleisempää huono-osaisimmilla. Unikin on siis sosiaalisesti eriarvoista (Lallukka, Sares-Jäske ym. 2012). Ei siten ole tehokasta tai tasa-arvoista kiinnittää huomiota esimerkiksi unta edistäviin elintapoihin, koska elintapojen ja unihäiriöiden taustalla on sosiaalista eriarvoisuutta. Yhteiskunnan rakenteisiin vaikuttamalla voidaan pyrkiä kohti nykyistä tasa-arvoisempaa ja terveempää väestöä. Mielenkiintoista on, että jo teinien unettomuusoireissa on samankaltaiset sosioekonomiset erot kuin ne, mitä on havaittu aikuisväestössä: teinien unettomuusoireita selittävät voimakkaasti perheen muuta yhteisöä matalampi sosioekonominen asema ja heikompi taloudellinen tilanne (Hysing ym. 2017). Heikko kehitys todennäköisesti jatkuu muun muassa älylaitteiden valtavan nopean yleistymisen takia, koska älylaitteiden sinivalo ja laitteiden käytöstä aiheutuvat niskakivut voivat haitata unta (TEKO 2022).

Väestön ikääntymiseen liittyvät kansansairaudet

Väestö ikääntyy. Väestörakenteen muutokset ovat hyvin tiedossa: pian huoltosuhde on kestämaton, kun entistä suurempi osa väestöstä on työelämän ulkopuolella eläkkeellä ja syntyvyys on pientä (Rahkonen, Lahelma & Lallukka 2022). Ikääntymisellä on monesta syystä valtava merkitys myös kansanterveyden näkökulmasta. Useat krooniset sairaudet yleistyvät, ja niiden diagnostiikka ja hoito ovat kehittyneet. Kaikkiin sairauksiin ei kuitenkaan ole parantavaa hoitoa. Lisäksi joidenkin sairauksien kanssa eletään pitkään ja niiden vuoksi tarvitaan runsaasti terveyspalveluita. Tämä luonnollisesti kuormittaa yhteiskuntaa, kansantaloutta ja terveydenhuoltoa.

Yksilöiden näkökulmasta on tärkeä tavoite lisätä erityisesti terveitä elinvuosia ja hyvinvointia, jotta eläkkeellä olosta mahdollisimman suuri osa kuluu mahdollisimman terveenä. Vaikka ikääntyminen on ollut tiedossa, muutoksilla on suuri vaikutus kansanterveyteen, eikä kaikkea ole ehkä osattu vielä ennakoida. Vuoden 2022 lopussa ilmestyi *Gerontologia*-kirjan 5. painos, joka kuvaa kattavasti päivitettyä tietoa ikääntymiseen liittyvistä kysymyksistä ja haasteista, kuten eriarvoisuuden lisääntymisen ja kasvavan palveluiden tarpeen (Rantanen ym. 2022).

Kun väestö ikääntyy, lisääntyvät erityisesti muistisairaudet (Kulmala, Jämsen & Ngandu 2022). Muistisairaudet ovat jo nyt varsin yleisiä, ja mitä vanhemmasta väestönosasta on kyse, sitä yleisempiä ne ovat. Tämä on oleellista, koska muistisairauksista yleisimpään, Alzheimerin tautiin, ei edelleenkään ole parantavaa hoitoa ja hoivan tarve lisääntyy voimakkaasti sairauden edetessä. Arvioiden mukaan iäkkäimmässä väestönosassa, yli 90-vuotiailla, muistisairaus on jo noin 40 prosentilla. Kun tämän ikäryhmän koko kasvaa, muistisairaiden ja hoivaa tarvitsevien määrä kasvaa voimakkaasti, mihin on tärkeää varautua. Alzheimer-raportissa vuodelta 2015 arvioidaan, että maailmassa on 46,8 miljoonaa muistisairautta sairastavaa henkilöä, vuoteen 2035 mennessä määrä noin tuplaantuu ja vuoteen 2050 mennessä se lähes kolminkertaistuu (Prince ym. 2015). Arviota on nostettu vuoden 2009 raportin ennusteesta.

Elintavoilla on selkeä yhteys muistisairauksien riskiin, ja eniten on tutkittu liikuntaa (Kulmala, Jämsen & Ngandu 2022). *Cardiovascular Risk factors, Aging and Dementia* (CAIDE) on suuri väestötutkimus, jonka tulokset ovat osoittaneet liikunnan pienentävän muistisairauksien riskiä keski-ikässä ja sen jälkeen. Tämä korostaa, että on keskeinen kansanterveyttä parantava toimi edistää terveellisiä elintapoja niin, että otetaan huomioon elintapojen ja terveyden sosiaalinen eriarvoisuus. Olemme myös osoittaneet, että hyvän unen laadulla on yhteys muistioireiden yleisyyteen eläkkeellä (Etholén ym. 2022). Elintapojen ja unen lisäksi merkitystä on myös työoloilla: osoitimme vuonna 2021 monen eri maan aineistoja yhdistäneessä tutkimuksessa, että dementian riski on ikääntyneillä pienempi, jos heillä on ollut stimuloivat työolot työuran aikana (Kivimäki ym. 2021).

Muistisairaudet ovat myös keskeinen ikääntyneiden kuolinsyy. Vaikka Alzheimer on yleisin muistisairaus, myös muut muistisairaudet on tärkeää huomioida, koska niihin liittyy vielä korkeampi kuolleisuus ja lyhyempi elinajanodote (Liang ym. 2021).

Suomessa väestö ikääntyy erityisen nopeasti, ja meillä on jo nyt naapurimaitamme suurempi osuus iäkkäitä henkilöitä. Vuodesta 2001 vuoteen 2018 Suomessa on tuplaantunut kaikkein iäkkäimpien eli yli 90-vuotiaiden osuus väestöstä (Enroth ym. 2021).

Heidän toimintakykynsä on hieman aiempaa parempi, mutta lukumäärällisesti iäkkäimmässä väestönosassa on koko ajan enemmän ihmisiä, jotka tarvitsevat apua ja hoitoa erilaisiin sairauksiin.

Suun terveyden yhteys keskeisiin kansansairauksiin

Jo pitkään on tiedetty, että suun terveys on oleellinen ja erottamaton osa kansanterveyttä, koska suun terveydellä on yhteys useimpien keskeisten kansansairauksien riskiin (Huttunen 1995). Tätä ei kuitenkaan ole huomioitu edelleenkaan tarpeeksi. Lisäksi eriarvoisuus suun terveydessä on erityisen suurta. Hammashoidon palveluihin on vaikea päästä, ja jonot ovat pitkiä. Kustannukset vaikuttavat voimakkaasti monen pienituloisen mahdollisuuksiin parantaa suunsa terveyttä ja sitä kautta pienentää riskiä sairastua kansansairauksiin.

Suun terveydessä on kuitenkin tapahtunut valtava muutos noin 50 vuoden aikana. Vielä 1950-luvulla saatettiin saada rippilahjaksi tekohampaat (Suominen-Taipale 2001). Suurin muutos on tapahtunut 2000-luvulla, ja ennaltaehkäisyn rooli on ollut keskeinen. Jos kaikkien suomalaisten suun terveys olisi samalla tasolla kuin korkeasti koulutetuilla, meillä olisi arviolta 80 prosenttia vähemmän hampaattomuutta (Koskinen & Martelin 2009). Myös muut kansanterveysongelmat sekä sairauspoissaolot vähenisivät huomattavasti, jos koko väestön terveys olisi sama kuin korkeasti koulutetuilla (Kaikkonen ym. 2015).

Hammasterveyden paranemista on esitetty yhdeksi kansanterveyden menestystarinoista yhdessä muun muassa työikäisten sydäntautikuolleisuuden vähenemisen kanssa (Huttunen 1995). Silti suun terveydessä on vielä paljon kehitettävää. Sillä on näin myös merkittävä potentiaali vaikuttaa kansanterveyteen ja terveyseroihin. Suomalaistutkimus vuodelta 2021 osoitti vahvan sosiaalisen eriarvoisuuden hammashuollon käyntimäärissä: alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä hammashuollon palveluita käytetään selvästi vähemmän kuin ylemmissä (Nurminen, Blomgren & Mikkola, 2021). Tutkimuksen johtopäätös korosti, että vaikka Suomessa hammashuolto on periaatteessa tarjolla kaikille, sen käytössä on silti havaittavissa suuri eriarvoisuus. Tämän vuoksi järjestelmää on tarvetta kehittää ja suunnitella uudelleen hammas- ja kansanterveyden edistämiseksi ja eriarvoisuuden kaventamiseksi. Päätöksentekijöillä on tässä keskeinen rooli. Järjestelmässä voisi kokeilla esimerkiksi alennettujen maksujen vaikutusta. Aiemmin julkaistu kotimainen tutkimus (Kallio ym. 2013) on toisaalta korostanut, että tuloerot vaikuttavat suun terveyteen myös muuta kautta. Siksi pelkästään hammashuollon kehittäminen tuskien on yksin riittävä toimi. Kirjoittajat korostavat, että kyseessä on sosiaali- ja terveyspoliittinen haaste ja suun terveyden sosioekonomisiin eroihin tulisi vaikuttaa kaventamalla sekä koulutus- että tuloeroja.

Yksityisen puolen palveluihin on pääosin mahdollisuus vain varakkaammalla väestönosalla, mikä osin selittää havaittua eriarvoisuutta. Kuten muissakin terveyteen ja terveyserojen kaventamiseen tähtäävissä toimissa, myös suun terveydessä on tärkeää saada palvelut kohdennettua paremmin tarpeen mukaan ja tavoittaa riskiryhmät. Yksi keskeisistä suomalaisten haasteista suun terveydessä on hammaseroosio, jota on arviolta noin puolella suomalaisista (Alaraudanjoki 2018). Eroosio pitäisi havaita ajoissa, koska sillä on haitallisia vaikutuksia suun terveyteen eikä sen vaikutuksia voida hoitamalla peruuttaa.

Mielenterveysongelmat

Maailman isoimman kansanterveyshankkeen (GBD) tuoreet tulokset osoittavat, että samalla kun muiden ei-tarttuvien sairauksien aiheuttama kuolleisuus nuorilla on EU-alueella huomattavasti vähentynyt kahden viime vuosikymmenen aikana, jo ennen pandemiaa oli havaittavissa kasvua mielenterveyden häiriöissä 10–24-vuotiailla (Armocida ym. 2022; Castelpietra ym. 2022). Tutkimustemme johtopäätökset korostavat ennaltaehkäiseviä toimia sekä tarvetta kehittää terveydenhuoltojärjestelmiä niin, että nuorten tarpeet otetaan huomioon.

Mielenterveysongelmat ovat suuri kansanterveyden haaste, koska ne voivat alkaa jo hyvin nuorena ja pahimmillaan ne heikentävät mahdollisuuksia kouluttautua ja osallistua työelämään (Lallukka, Mittendorfer-Rutz, ym. 2020; Virtanen ym. 2020). Siksi niiden ehkäisyyn ja varhaiseen tukeen kannattaa todella panostaa: kyse on yksilöiden koko elämästä. Vanhempien ja perheen merkitys on tärkeä, sillä tekemiemme suomalaisten syntymäkohorttitutkimusten mukaan lapsuuden huono-osaisuus ja vanhempien mielen-terveysongelmat selittävät ison osan nuoren omasta mielenterveydestä ja vaikuttavat esimerkiksi kuntoutustarpeeseen (Halonen ym. 2019) ja pitkäaikaistyöttömyyteen (Lallukka ym. 2019) nuorena aikuisena. Mielenterveysongelmat ovat hyvin yleisiä myös työurien eri vaiheissa, mikä heijastuu esimerkiksi sairauspoissaoloina ja työurien varhaisena katkeamisena (Hiilamo ym. 2018; Lallukka, Pietiläinen ym. 2020).

Susanna Alakoski kirjoittaa teoksessaan *Köyhän lokakuu* (2013):

Sosiaalikorkeakoulussa opin, että jos onnistui sosiaalityöntekijänä koko ammattiuransa aikana pelastamaan yhden ainoan ihmisen joutumasta hunningolle, oli ansainnut yhteiskunnalle koko elinaikaiset tulonsa. Huikaiseva ajatus. Yksi ainoa ihmiselämä – koko elinaikaiset tulot.

Jos yhden pelastaa, on ansainnut kaikki tulonsa – mitä jos pelastaa useita? Yhteisin ja oikein kohdennetuin toimin tämä on mahdollista. Kun yksikin välttyy syrjäytymiseltä, tehdään jotain merkityksellistä. Varhainen tuki auttaa yksilöä, ja vaikutukset ulottuvat suuressa kuvassa kansanterveyteen, terveydenhuoltoon ja yhteiskunnan toimintaan. Väestön ikääntyessä on entistä keskeisempää, että tuetaan mahdollisuuksia mahdollisimman terveeseen ja toimintakykyiseen ikääntymiseen. Hyvinvoinnin lisääntyessä terveyspalveluja tarvitaan vähemmän.

Pandemia(t) ja kansanterveys

Terveys on parantunut, monien sairauksien ennuste on hyvä, ja diagnostiikka on kehittynyt. Hoidot ovat parempia, seulonnat tehoavat, ja sairaudet havaitaan usein varhain. Kaikki tämä on johtanut elinajanodotteen kasvuun ja terveyden paranemiseen. On hämmästyttävää, että vain noin 160 vuodessa (1840–2000) elinikä on pidentynyt keskimäärin noin 40 vuodella ja pisimpään elävät japanilaiset voivat odottaa elävänsä noin tuplasti yhtä kauan kuin aiemman ennätyksen pitäjät eli ruotsalaiset 1800-luvulla (Oeppen & Vaupel 2002). Kun imeväiskuolleisuus ja useiden infektioautien akuutti uhka oli voitettu muun muassa rokotteiden ja antibioottien ansiosta, krooniset sairaudet olivat

pitkään pääasiallinen uhka kansanterveydelle ja elinajanodotteelle länsimaissa. Niiden torjuntaan ja tunnistamiseen sekä muun muassa geenitutkimukseen on panostettu huomattavasti.

Koko maailman yllätti uusi, kansanterveyttä koetteleva pandemia: koronavirustauti (COVID-19), jota aiheuttaa virus SARS-CoV-2. Virus lähti kiertämään maapalloa todennäköisesti Kiinan Wuhanista syksyllä 2019. Pitkään on tiedetty, että jokin uusi virus voi aiheuttaa pandemian, ja pandemiasta varoitettiin keskeisimpänä tulevaisuuden uhkana vuotta ennen sen alkua (Rosling, Rosling & Rönnlund Rosling 2018).

Pandemiaan olikin tietyllä tasolla varauduttu. Esimerkiksi uuden rokotteen kehitys onnistui osin siksi niin nopeasti, että taustatyötä oli tehty. Kuitenkin pandemia jatkuu edelleen, eikä kukaan tiedä, ilmaantuko pian uusi, rokotteet kiertävä virusmuunnos tai milloin alkaa kokonaan uusi pandemia. Näihin pitää varautua, ja virusallot, epidemiat ja pandemiat vaikuttavat kansanterveyteen nyt ja jatkossa.

Olemme nähneet pandemian vuoksi elinajanodotteen laskua eri puolilla maailmaa ensimmäistä kertaa pitkään aikaan, vaikka viitteitä elinajanodotteen suotuisan kehityksen hidastumisesta ja jopa laskusta on ollut jo ennen pandemian alkua esimerkiksi USA:ssa (Woolf & Schoomaker 2019). Kuolleisuus on pandemian aikana ollut koholla erityisesti iäkkäillä (Aburto ym. 2022). Mallinsimme ylikuolleisuutta Suomessa ja muissa Pohjoismaissa vuosien 2020 ja 2021 aikana uudessa, 4.11.2022 julkaistussa tutkimuksessamme (Kepp ym. 2022). Tuloksemme osoittavat ylikuolleisuuden arvioinnin haasteet – osa paljon esillä olleista arvioista on ollut liian korkeita. Jotta päätöksenteko ja toimet ovat oikeita, on tärkeää saada mahdollisimman tarkka käsitys ylikuolleisuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä, kuten väestön ikärakenteesta, sen muutoksista ja aiempien vuosien kuolleisuudesta. Samaan aikaan viruksen torjumiseen käytetyt keinot ovat eri tavoin haastaneet kansanterveyttä, ja osa vaikutuksista nähdään vasta myöhemmin: viivästyneet muiden sairauksien diagnoosit, yksinäisyyden aiheuttamat ongelmat, ahdistus ja masennus, sekä taloudelliset vaikeudet ovat pandemian mahdollisia seurauksia ja haasteita kansanterveydelle.

Pandemian torjumiseksi tehdyt toimenpiteet voivat tehokkaasti vähentää viruksen kiertoa, mutta kustannukset pitää arvioida kokonaisuudessaan. Aiemmin tehtyjen rajoitustoimien kokonaisvaikutukset kansanterveydelle selviävät vasta vähitellen. Jos kansanterveyttä halutaan turvata, olisi tärkeää miettiä, mitä voimme oppia nykyisestä pandemiasta, koska uusia varmasti tulee. Kertyneen tiedon avulla keinot torjua uusien virusten aiheuttamia riskejä voisivat olla mahdollisimman oikein kohdennettuja ja aiheuttaa mahdollisimman vähän muita haittoja. Pandemia osuu koko väestöön, joten tarvitaan monialaista asiantuntemusta, jotta vältetään haitalliset seuraukset ja suojataan kansanterveyttä.

Koronavirustaudin jälkeen pitkittyneet oireet ja niiden kansanterveydelliset vaikutukset ovat aiheuttaneet erityisen paljon julkistakin keskustelua. Pitkittyneistä oireista on käytetty nimitystä *long covid*, mutta nykyään suositellaan yleisesti käytettävän termiä *post-acute sequelae SARS-CoV-2 infection (PASC)*, koska alkuperäinen koronatauti ei varsinaisesti jatku vaan kyse on koronan jälkeen jatkuvista oireista. Tästä aiheesta on hyvin vaihtelevia arvioita, ja edelleenkin on paljon epäselvyyttä, mikä on oireiden yleisyys

eri ikäryhmissä, mikä on rokotusten merkitys ja miten pitkittyneitä oireita pitäisi hoitaa. Suomessa on toistaiseksi vain yksi pitkäaikaisiin oireisiin keskittyvä poliklinikka, ja siellä voidaan hoitaa vain vaativimmat tapaukset. Virallisesti diagnoosi on noin 20 000:lla, mutta todennäköisesti huomattavasti useampi on kärsinyt pitkittyneistä oireista.

Pandemian hallinta on vaativaa. Päätöksenteko on ollut tutkimustiedon puuttuessa erityisen haastavaa, ja ennakointi on ollut melkein mahdotonta. Vaikka tietoa koronastakin tarvitaan lisää, on tärkeä varautua jo seuraavaan pandemiaan. On keskityttävä erityisesti niihin kohtiin, jotka on havaittu tässä pandemiassa kaikista heikoimmin hoidetuiksi ja joilla on ollut suurimmat kielteiset tai myönteiset vaikutukset. Esimerkiksi osin ristiriitaiset sekä pandemian eri vaiheissa muuttuneet ohjeistukset sekä asiantuntijoiden erimielisyys ovat varmasti hämmentäneet monia. Terveystieteiden resurssitilanne oli heikko jo ennen pandemiaa, mutta pandemia toi haasteet ehkä selvemmin esiin ja myös laajemmalle yleisölle. Osin ristiriitaisuus on ymmärrettävää, koska tiedon karttuessa ohjeita on voitu tarkentaa ja näin on pitänytkin tehdä. Tästä olisi kuitenkin voitu viestiä johdonmukaisemmin. Näin luottamus asiantuntijoihin ja tutkimukseen voi säilyä vahvana, kuten Suomessa on ollut. Oppimalla tästä pandemiasta voimme toivottavasti suojata entistä paremmin riskiryhmiä ja kansanterveyttä pitkäaikaisvaikutuksilta, jotka voivat olla muita kuin itse viruksen aiheuttamia.

Marraskuun alussa arvostettu tiedelehti *Nature* julkaisi artikkelin, jossa peräti 386 eri alan asiantuntijaa 112 maasta ja alueelta esitti suosituksia, miten voisimme yhdessä päättää COVID-19:n aiheuttaman kansanterveysuhan (Lazarus ym. 2022). Suositukset kattavat laajasti ihmisten hallinnassa olevia keinoja ja korostavat muun muassa luottamusta tieteeseen ja päätöksentekijöihin. Artikkelin johtopäätöksiä kritisoitiin pian julkaisemisen jälkeen esimerkiksi sosiaalisessa mediassa, mutta tieteellinen kritiikki on välttämätön osa tieteen edistymistä kaikilla tieteen alueilla.

Mielenkiintoisia jatkoaskeleita ovat lisäksi muun muassa tartuntoja ehkäisevä nenäsumute sekä mahdollisuus kotimaiseen rokotustuotantoon, joka vähentäisi riippuvuutta kansainvälisistä lääkeyrityksistä ja patenteista. On myös kiinnostavaa seurata edistystä koronan vakavien tautimuotojen riskiryhmien tunnistamisessa, toimivissa hoitokeinoissa, pitkittyneiden oireiden ehkäisyssä ja hoidossa sekä eriarvoisuuden vähentämisessä myös virustautien kohdalla.

Monikulttuurinen väestö

Suomessa on esimerkiksi Ruotsia ja Norjaa vähemmän muualta muuttanutta väestöä. Tilanne voi kuitenkin olla nopeasti muuttumassa. Erityisesti Helsinki ja pääkaupunkiseutu ovat jo kulttuurisesti moninaista aluetta: noin neljännes Suomen ulkomaalaistaustaisista väestöstä asuu Helsingissä, ja jopa yli neljänneksellä helsinkiläisistä lapsista ja nuorista vähintään jompikumpi vanhemmista on kotoisin Suomen ulkopuolelta (Tilastokeskus 2021). Kun suuret ikäluokat ovat jääneet ja jäämässä eläkkeelle, kantaväestö ei riitä kattamaan työvoimapolua ja maahan muuttaneet ovat tärkeässä roolissa.

Kulttuuritausta vaikuttaa myös terveyteen mutta hyvin monella tapaa. On huomioitava ihmisen tausta: Onko kyseessä Suomessa syntynyt suomalainen, jonka vanhemmista toinen tai molemmat ovat maahan muuttaneita henkilöitä? Vai onko kyseessä äskettäin

Suomeen saapunut pakolainen tai henkilö, joka ei esimerkiksi osaa suomea tai ruotsia? Myös tavat puhua terveydestä vaihtelevat eri kulttuureissa, ja elintavat, jotka osin selittävät terveyttä, ovat monella tavalla kulttuurisidonnaisia. Kun edistetään terveyttä, onkin entistä useammin välttämätöntä huomioida maahan muuttaneet: heidän taustansa, kielitaitonsa ja esimerkiksi kykynsä käyttää erilaisia digitaalisia sovelluksia, joita terveyspalveluissa asioimiseen yhä enemmän tarvitaan.

Kulttuurisen moninaisuuden yhteydessä on melko vähän puhuttu ikääntymisestä, mutta se on tärkeä kysymys, koska käsitykset ikääntymisestä vaihtelevat ja sosioekonominen (Rahkonen, Lahelma & Lallukka 2022) ja kulttuurista vaikuttavat oleellisella tavalla terveydentilaan läpi elämän. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on koonnut sivuilleen laajan määrän tieteellisiä tutkimuksia sekä muita lähteitä, jotka liittyvät muun muassa kulttuuriseen moninaisuuteen, maahan muuttaneisiin ja turvapaikanhakijoihin sekä paperittomiin (THL 2022a).

Pohdintaa tulevaisuudesta

Kun pohditaan kansanterveystieteen tulevaisuutta, on vaikea ohittaa ilmastonmuutokseen liittyviä kysymyksiä. **Ilmastonmuutos** vaikuttaa jo nyt kansanterveyteen, mutta on odotettavissa, että edellä kuvattujen elintapojen ja niissä tapahtuvien muutosten lisäksi ilmastonmuutoksen vaikutukset kansanterveyteen korostuvat tulevaisuudessa. Seuraavien vuosikymmenten aikana myös täällä pohjoisessa ilmasto lämpenee mahdollisesti parilla asteella, millä on suuria vaikutuksia paitsi luonnon monimuotoisuuteen ja eliökuntaan myös ihmisten terveyteen. Arvostetussa epidemiologisessa tiedelehdessä 13.10.2022 julkaistu tutkimus korostaa, että erityisesti hengityselinten sairaudet voivat yleistyä (Tong ym. 2022). Astma ja allergiat ovat jo nyt yleisiä, mutta jos ilmastonmuutos jatkuu, ne oletettavasti yleistyvät lisää. Ennakointi ja valmistautuminen ilmastonmuutoksen aiheuttamiin terveysvaikutuksiin ovat tärkeitä myös terveydenhuollon resurssien näkökulmasta. Kun ikääntyneiden osuus kasvaa samanaikaisesti, kun ilmasto lämpenee, muun muassa kuumuuden vaikutukset hauraimpaan väestönosaan korostuvat. On häkellyttävää, että niinkin lähellä meitä kuin Saksassa oli vuonna 2022 loka-marraskuun vaihteessa 29 astetta lämmintä.

Kasvispainotteinen ravitsemus parantaa terveyttä (Dinu ym. 2017; Gibbs & Cappuccio 2022), joten toimenpiteet sen edistämiseksi ovat kansanterveyden näkökulmasta erittäin kannattavia. Lisäksi toimet, jotka mahdollistavat kasvispainotteisen ruokavalion mahdollisimman monelle, voivat tukea myös kestävästä kehityksestä periaatteita ja auttaa ilmastonmuutokseen liittyvissä haasteissa. Erityisesti lihaa ja maitotuotteita vähentämällä voidaan paitsi tuottaa parempaa terveyttä myös tukea kestäviä valintoja ympäristölle (Gibbs & Cappuccio 2022). Terveellisen ravitsemuksen edistäminen on siis monella tavalla keskiössä, kun mietimme tulevaisuuden tarpeita ja sitä, mihin nykykehitys voi johtaa, jos emme tee tehokkaita toimenpiteitä suunnan kääntämiseksi tai muutosten hillitsemiseksi.

Pitkittyneiden koronaoireiden merkitys tulevaisuuden kansanterveydelle on herättänyt paljon keskustelua ja huolta. Tutkimuksia aiheesta on tehty melko paljon, mutta on vielä epäselvää, kuinka isolla osuudella koronaan sairastuvista oireet pitkittyvät, miten esimerkiksi rokotukset suojaavat ja mitkä keinot toimivat parhaiten pitkittyneiden oireiden ehkäisyssä ja hoidossa. Lääkärikirja *Duodecim* tarjoaa aikuisten pitkittyneistä koronaoireista kattavan kuvauksen vuodelta 2021 (Liira 2021). Arviot oireiden yleisyydestä lapsilla ovat vaihdelleet todella paljon. Vaikuttaa siltä, että pitkittyneet oireet ovat lapsilla yleisesti harvinaisia, mutta kun suuret joukot sairastuvat, pitkittyneitä oireita esiintyy myös monilla lapsilla. Pitkittyneitä oireita vaikuttaa esiintyvän erityisesti niillä lapsilla, joilla koronatauti on ollut vakava (THL 2022b).

Myös aiemmin eri virukset ovat aiheuttaneet osalle pitkittyneitä oireita, joten ilmiö ei ole uusi. Kuitenkin mittakaava on nyt eri, koska pandemia on kestänyt pitkään, moni on sairastunut koronatautiin useammankin kerran ja tautia aiheuttava virus on jäämässä kiertämään maapallolle. Vielä ei uskalla esittää varmaa arviota siitä, miten tilanne kehittyy, mutta lisätutkimusta ehdottomasti tarvitaan. Näin varmistetaan, mistä pitkittyneissä oireissa on kyse, voidaanko niitä ehkäistä ja miten voidaan parhaiten auttaa oireista kärsiviä sekä tukea työkykyä. Mikäli pitkittyneet oireet yleistyvät ja vaivaavat useiden tartuntakierrosten jälkeen yhä useampia väestössä, tämä olisi ilman muuta erittäin merkittävä kansanterveyshaaste. Lisätutkimuksilla selvitetään, mistä pitkittyneet oireet aiheutuvat, mitkä ovat riskiryhmiä ja miltä osin oireet kuormittavat tulevaisuudessa kansanterveyttä ja asettavat haasteita jo tällä hetkellä hyvin kuormittuneelle terveydenhuollolle.

Terveydenhuoltojärjestelmämme tilanne ja esimerkiksi hoitajapula ovat suuria haasteita kansanterveydelle nyt ja vieläkin enemmän tulevaisuudessa, jos asioihin ei löydetä kestäviä ratkaisuja. Kriisi on nähty jo pitkään, ja se on kehittynyt jopa vuosikymmenten aikana, mutta se on tullut nyt paremmin kaikkien tietoisuuteen pandemian keskellä hoitajien lakkouhan ja esimerkiksi joukkoirtisanoutumisten uhan takia. Tilanteeseen ei ole yhtä yksinkertaista ratkaisua, mutta keinoja on, jos tahtotila on oikea. Riittävä palkkaus, hyvät työolot ja eettisesti kestävät toimintamallit olisivat varmasti tärkeitä veto- ja pitovoimatekijöitä tällä kriittisellä toimialalla. Hoidon kohdentaminen tarpeen mukaan tasa-arvoisesti on myös ratkaisevan välttämätöntä. Koska väestö ikääntyy, kansanterveysongelmia kertyy ja hoivan tarve kasvaa voimakkaasti, kuten edellä kuvasin. Yhä useampi elää entistä pidempään, mutta ikääntyessä myös krooniset sairaudet yleistyvät. Muistisairaudet ovat vakava kansanterveyshaaste, koska muistisairas ei taudin pahentuessa selviä yksin vaan hoivan tarve on suuri. Koska monet muutkin krooniset sairaudet yleistyvät väestön ikääntyessä, terveydenhuollon on oltava vahvalla pohjalla, jotta voimme hoitaa ajoissa ja tasa-arvoisesti kaikki hoitoa tarvitsevat ja tukea tervettä ikääntymistä. Tilanteeseen on varauduttava ajoissa, koska muutokset ovat suuria ja nopeita ja ikääntyneiden osuus väestöstä kasvaa koko ajan. Tämä ryhmä on tarttuvien tautien yhteydessä myös haurain ja eniten suojelua tarvitseva.

Toimenpide-ehdotuksia

Terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen ja kansanterveyden edistäminen: mitä tehdä?

Tämän artikkelin aiemmissa luvuissa on jo viitattu mahdollisiin toimenpiteisiin ja suosituksiin tutkimusnäytön pohjalta. Kokoaan tähän vielä joitakin keskeisiä alueita ja tuon esiin, mitä haasteita ja uhkia terveystutkimuksen tekoon liittyvä lainsäädäntö aiheuttaa. Koska toimenpiteiden tulee perustua parhaaseen, ajantasaiseen ja luotettavimpaan tutkimusnäyttöön, tutkimuksen teko ainutlaatuisella suomalaisella rekisteriaineistolla on jatkossakin turvattava. Näin voidaan tuottaa uutta ja päivittyvää tietoa kaikista keskeisistä kansanterveyttä vaarantavista tekijöistä, kansanterveyden kehittymisestä, pandemian moninaisista vaikutuksista sekä ikääntyneiden hoivan tarpeesta. Kuvaan seuraavassa tarkemmin suositukset ja niiden perustan.

Lasten ja perheiden tuki

Terveyserot alkavat kehittyä jo lapsuudessa. Kuormittavissa oloissa kasvavat lapset ovat erityisen haavoittuvassa asemassa. Lapsuuden huono-osaisuudella ja perheiden kuormituksella on usein kauaskantoisia vaikutuksia lasten myöhempään sosiaaliseen asemaan, terveyteen ja työllisyyteen (Ristikari ym. 2016; Halonen ym. 2019; Lallukka ym. 2019). Siksi isoimmat toimet kannattaa kohdentaa perheisiin ja kaikessa politiikassa pitää pyrkiä esimerkiksi ehkäisemään vanhempien kuormittumista ja tukemaan lapsia ja nuoria. Monet perheet ovat hyvin kuormittuneita, ja erot ovat kärjistymässä sodan vaikutuksesta ja energian ja ruoan hinnannousun takia. Yhä useammat lapset joutuvat elämään lapsiperheköyhyydessä, ja tämä korostuu yksinhuoltajaperheissä (Hiilamo ym. 2022). Lisäksi Suomessa kymmenet tuhannet lapset elävät perheissä, joissa on esimerkiksi alkoholi- tai mielenterveysongelmia. Näistä syistä on ensisijaisen tärkeää kohdentaa toimia perheisiin sosiaalisen eriarvoisuuden vähentämiseksi, lasten ja nuorten terveyden edistämiseksi sekä mielenterveysongelmien ehkäisemiseksi. Nämä toimet edistävät parempaa kansanterveyttä tulevaisuudessa.

Korkea koulutus mahdollistaa usein korkean ammattiaseman ja tulot, mutta tukea tarvitaan jo ennen kuin lapset siirtyvät kouluun. Juuri voimaan tullut pidennetty oppivelvollisuus voi olla sekä riski että mahdollisuus, kun mietimme kansanterveyden kehitystä tulevaisuudessa. Oleellista on, että vaikka on arvokasta tarjota kaikille maksuton koulutus, se ei yksin riitä tasaamaan eriarvoisuutta, jonka juurisyyt ovat varhaislapsuudessa ja perheitaustassa. Näiden vaikutukset heijastuvat kansanterveysongelmina myöhemmin. Lisäksi on varottava, ettei tapahdu entistä suurempaa eriytymistä eri koulutuspoluille päätyvien välillä (Härkönen & Sirniö 2020).

Kasvatustieteen professori Kristiina Brunila on todennut haastattelussa seuraavasti: ”Koulutus on etuoikeutetuimpien asialla, se uusintaa eriarvoisuutta” (Nykänen 2020). Perhetausta vaikuttaa hyvin paljon siihen, miten lapset menestyvät koulutuspoluilla, eikä koulutusjärjestelmämme ole niin tasa-arvoinen kuin ehkä haluamme ajatella. Jos eriarvoisuutta perhetaustassa ei huomioida, vaarana on, että oppilaita syyllistetään erilaisesta menestyksestä. Sama pätee elintavoissa: tietoa on, mutta yksilöiden resurssit ovat erilaiset. Siksi tarvitaan yhteiskunnan tukea syyllistämisen sijaan. Koska koulutuksen

yhteys terveyteen on systemaattinen ja sen voi havaita elintavoissa ja kaikissa keskeisissä kansansairauksissa, ei ole yhdentekevää, miten kehitämme koulutusjärjestelmää jatkossa. Tulevaisuudessa kannattaa seurata tarkasti, miten pidennetty oppivelvollisuus vaikuttaa paitsi koulutuspolkuihin ja työelämään myös kansanterveyteen.

Perheiden ja parisuhteiden tuki voi edistää paitsi lasten myös vanhempien terveyttä. Siviilisäädyn suojaavat vaikutukset ovat pitkään tutkittu alue: naimisissa oleva mies selviää sydänkohtauksesta todennäköisemmin kuin yksin elävä (Kilpi ym. 2015). Parisuhteessa olevilla myös elintavat ovat usein muita terveellisemmät. Yksinäisyys voidaan nähdä kansanterveysongelmana, jota ei tulisi jättää huomiotta. Sydän- ja verisuonitaudit ovat edelleen suurin kuolinsyy Suomessa, ja kun väestö ikääntyy, erityisesti aivohalvaukset todennäköisesti yleistyvät (GBD 2019 Stroke Collaborators 2021). Näiden sairauksien riskiä lisäävät myös muun muassa edellä kuvatut epäterveelliset elintavat, lihavuus ja kohonnut verenpaine. Toimenpiteitä tarvitaan, jotta näihin muokattavissa oleviin riskitekijöihin voidaan vaikuttaa kansanterveyttä edistävästi.

Suun terveyden edistäminen

Vaikka suun terveys on parantunut, tulevaisuudessa on erityisen tärkeää keskittyä vähentämään siihen liittyvää eriarvoisuutta, koska palvelut eivät nyt tavoita kaikkia. Palvelut pitäisi kohdentaa paremmin tarpeen mukaan. Poliittisella ohjauksella sekä esimerkiksi mainonnalla ja markkinoinnilla kannattaisi pyrkiä vaikuttamaan esimerkiksi erilaisten hapotettujen juomien käyttöön. Hapotetut juomat voivat lisätä hammaseroosiota, mutta monia niistä voidaan markkinoida terveysvaikutteisudella. Mielikuva terveellisyydestä ei kuitenkaan välttämättä pohjaa tutkimukseen, vaan hammaskiille voi pitkällä aikavälillä vaurioitua pysyvästi.

Terveyden eriarvoisuuden vähentäminen

Vaikka omiin geeneihinsä ei voi vaikuttaa, onneksi monikaan perimään liittyvä riski ei ole suoraan määräävä, vaan ympäristötekijöillä on paljon vaikutusta siihen, kuka sairastuu tai pysyy terveenä. Geenitutkimukseen on sijoitettu paljon, mutta geenitutkimus ei korvaa kansanterveyden tutkimusta eikä tavoitteita vähentää eriarvoisuutta ja edistää terveellisiä elintapoja. Perusteluja terveyden eriarvoisuuteen puuttumiselle ja kansanterveyden kohentamiselle on paljon, ja eri hallitusohjelmien tavoitteena on jo pitkään ollut kaventaa terveyden sosiaalista eriarvoisuutta. Keinot näiden tavoitteiden saavuttamiseksi eivät kuitenkaan ole suoraviivaisia eivätkä yksinkertaisia. Koska ongelma on laaja ja moniteki-jäinen, tarvitaan monialaista yhteistyötä, jotta terveyseroihin voidaan puuttua entistä paremmin.

Monialaisen yhteistyön lisäksi tarvitaan terveyden vahvempaa ja kokonaisvaltaisempaa huomioimista eli terveys kaikissa politiikoissa -lähestymistapaa ja periaatetta (engl. *health in all policies, HiAP*). Terveys ja terveysvaikutukset on siis tärkeä ottaa huomioon kaikilla politiikan alueilla ja eri toiminna. Näin voidaan jatkossa pyrkiä entistä paremmin tukemaan erityisesti huonoimmassa asemassa olevien olosuhteita, jotta ne suojaavat paremmin terveyttä. Sosiaali-, koulutus-, työ- ja veropolitiikka voivat olla terveyspoliittisten toimien tukena terveyden edistämässä ja sosiaalisen eriarvoisuuden kaventamisessa. Kun terveyspolitiikan tutkimus yhdistetään laajasti sosiaali- ja terveystieteiden

alueella tehtävään tutkimukseen, voidaan tuottaa uutta tietoa siitä, miten voitaisiin jatkossa kaventaa terveyseroja ja tunnistaa tarkemmin riskiryhmiä. Näin voidaan parantaa myös kansanterveyttä. Koska terveyseroihin vaikuttavat monet eri tekijät, erojen kaventamisessakin huomion pitäisi olla laajasti monissa altistavissa tekijöissä. Mekanismit eriarvoisuuden taustalla tunnetaan kuitenkin puutteellisesti. Lisäksi on tärkeää kiinnittää huomio siihen, että palvelut ovat yhdenvertaisesti saatavilla ja niitä kohdennetaan tarpeen mukaisella tavalla.

Tutkimusta terveystieteiden tueksi

Päätöksenteon tueksi ja toimenpiteiden pohjaksi tarvitaan jatkuvasti päivittyvää ja korkeatasoista tutkimustietoa, jotta kansanterveyden tilasta ja kehityksestä ja uusista riskeistä on ajantasainen käsitys. Tutkimustietoa tarvitaan myös, jotta eriarvoisuuden kaventamiseen tähtäävät toimet voidaan kohdentaa oikein ja tarkoituksenmukaisesti ja niiden vaikuttavuutta voidaan arvioida luotettavasti. Yhden haasteen muodostaa se, ettei meillä ole tietoa erityisistä riskiryhmistä: esimerkiksi maahan muuttaneiden tietoja ei voi seurata kattavasti rekistereistä. Lisäksi syrjäytyneet nuoret, jotka eivät ole koulutuksessa tai töissä, eivät välttämättä näy missään rekistereissä ja. Heitä voi olla vaikea tavoittaa, jolloin on myös vaikeaa tuottaa tietoa, joka auttaisi kohdentamaan toimia tehokkaasti.

Jotta kansanterveyttä voidaan edistää ja terveyseroja kaventaa, pitää siis miettiä uusia tapoja tavoittaa kaikki väestöryhmät. Tulevaisuudessa voisikin olla avuksi hyödyntää kehittyneempiä menetelmiä, kuten koneoppimista (Neittaanmäki ym. 2019). Koneoppimisen mallien avulla voidaan mahdollisesti tunnistaa jatkossa entistä paremmin uusia riskiryhmiä. Koneoppimista hyödyntämällä voidaan ehkä tunnistaa muun muassa ryhmiä, joilla on riskitekijöitä mutta jotka eivät ole käyneet missään terveystarkastuksissa tai hammashuollossa. Näin voitaisiin kohdentaa kutsuja tarkemmin niille, jotka saattaisivat erityisesti hyötyä ennaltaehkäisevistä ja varhaisen vaiheen hoitotoimista. Terveiden lisäksi tämä edistäisi terveyden tasa-arvoa.

Väestötutkimus- ja rekisteriaineistot

Laadukkaat väestötutkimus- ja rekisteriaineistot mahdollistavat kansanterveyden kehityksen ja siihen vaikuttavien tekijöiden seurannan (Lallukka & Rahkonen 2022). Sosiaali- ja terveystietorekisterimme kattavat todella laajat ja pitkät seurantatiedot kaikista suomalaisista, ja tiedot ovat yhdistettävissä henkilötunnuksen avulla (Gissler & Haukka 2004). Rekisterien lisäksi kansanterveydestä saadaan arvokasta tietoa kyselyseurantatutkimusten avulla. Ne täydentävät rekisterien tietosisältöä, koska rekistereissä ei ole tietoa esimerkiksi elintavoista, unesta tai työoloista. Kun kyselytiedot yhdistetään rekisteritietoihin, saadaan kansainvälisesti ainutlaatuiset asetelmat tutkia tässä tekstissä kuvattuja kansanterveyteen vaikuttavia tekijöitä ja niiden muutoksia. Lisäksi tarvitaan laadullista tutkimusta, joka voi antaa syvempää ymmärrystä siitä, miksi esimerkiksi elintavoissa on sosiaalista eriarvoisuutta, mitä on nuorten mielenterveysongelmien taustalla ja miten eriarvoisuuteen voitaisiin tehokkaammin vaikuttaa.

Suomalaisen rekisteritutkimuksen turvaaminen

Suomen muusta Euroopasta poikkeava erillislainsäädäntö, erityisesti niin sanottu toisio-laki sosiaali- ja terveysrekisterien tutkimuskäytöstä, haastaa tällä hetkellä myös kansan-terveystutkimuksen tulevaisuutta. Laki kaventaa mahdollisuuksia tuottaa kattavaa tietoa kansanterveyden kehityksestä esimerkiksi pandemian aikana ja sen jälkeen. Lain vuoksi on myös vaikeaa esimerkiksi selvittää ikääntymisen vaikutusta kansanterveyteen ja enna-koida terveydenhuollon kuormitusta. Tutkimus ainutlaatuisten rekisterien avulla on ollut Suomen keskeinen vahvuus, koska vastaavia rekistereitä on lähinnä Pohjoismaissa. Nyt uhkana on, että emme toisio-lain takia voi samalla tavalla hakea esimerkiksi eurooppa-laista tutkimusrahoitusta tai tehdä yhteistyötä muiden maiden kanssa, koska aineistojen käyttö on vaativalla lainsäädännöllä lähes estetty.

Suomalaiset tasokkaat rekisteritutkimukset ovat vuosikymmenet tuottaneet korkea-tasoista tieteellistä tutkimustietoa muun muassa kaikista keskeisistä kansansairauksista, niiden riskitekijöistä ja riskiryhmistä. On erityisen tärkeää, että tällainen tutkimus voisi jatkua, koska rekisterien avulla voidaan tutkia harvinaisia sairauksia. Aineistojen avulla voidaan myös tehdä pitkittäistutkimusta, jossa voidaan esimerkiksi seurata kroonisten tautien kehittymistä ja tunnistaa piileviä riskitekijöitä jo lapsuudesta alkaen. Olisi kaikin tavoin perusteltua sekä korkeatasoisen tutkimus-, kehitys- ja innovaatiotoiminnan ja suomalaistutkimusten kilpailukyvyn etu, että lainsäädäntöä Suomessa muokattaisiin ja erillislainsäädännöstä luovuttaisiin. Näin voisimme jatkossakin kilpailla parhaista tutkimusrahoituksista ja tuottaa korkeatasoista, luotettavaa tutkimustietoa kansan-sairauksista muun muassa poliittisen päätöksenteon pohjaksi ja luotettavien toimen-pidesuosittelujen varmistamiseksi.

Kattaviin väestörekistereihin pohjaavaa terveystutkimusta ei voi korvata millään muulla tutkimusasetelmalla. Koska rekisteritietoja on Suomessa kerätty jo vuosikymmeniä (Gissler & Haukka 2004), ne tuovat erityisen arvokkaan mahdollisuuden laadukkaaseen tutkimukseen. Väestö ikääntyy, ja meillä on koko ajan enemmän kansalaisia erilaisista kulttuurisista taustoista. Tämän vuoksi meillä voi olla myös uusia kansanterveysongelmia tulevien pandemioiden ja ilmastomuutoksen lisäksi. Rekisteritutkimuksen tulevaisuus olisi siten välttämätöntä turvata. Arvokkaiden tutkimushankkeiden rahoituskautet kuluvat nyt jopa suurilta osin aineistopyyntöjen tekoon, toisio-lain vaatimuksiin vastaami-seen ja asiointiin Findatan kanssa. Samalla tutkimusrahoitusta siirtyy Findatalle aineis-tojen tekoon ja säilytykseen tehottomassa ja hankalassa ympäristössä. Tämä ei ole Suomen tutkimuksen, kilpailukyvyn tai kansanterveyden eikä lopulta kenenkään etu.

Digitaalinen eriarvoisuus

Tuleviin kansanterveyshaasteisiin ja niihin liittyviin toimenpidesuosituksiin liittyy myös digitaalinen eriarvoisuus. Kun palvelut ovat saatavilla pääosin sähköisessä muodossa, voi olla vaarana, että useat erityisryhmät jäävät niiden ulkopuolelle ja terveyserot esimerkiksi maahan muuttaneiden ja Suomessa syntyneiden välillä kasvavat. Ongelmat eivät välttä-mättä liity aina kykyyn käyttää digitaalisia palveluita tai laitteita, vaan niiden taustalla voivat olla myös kielitaito sekä ikääntymisen tuomat haasteet. Lisäksi on eri asia osata esimerkiksi käyttää älypuhelinla pelämisessä, sosiaalisessa mediassa tai videoiden katso-

misessa kuin toimia Kanta-järjestelmässä. Suosituksena onkin kehittää palveluita niin, että ne ovat jatkossakin kaikkien saatavilla – erityisesti niiden, jotka näitä palveluita eniten tarvitsevat.

Yhteenveto

Terveiden sosiaalinen eriarvoisuus on kansanterveyden ja koko yhteiskunnan ongelma. Terveyserojen kehitystä on seurattava jatkuvasti, ja tämä edellyttää yhteistyötä päättäjien ja eri alojen asiantuntijoiden välillä. Laadukkaan tiedon tuottamiseksi on ratkaisevan tärkeää, että kaikkia väestöryhmiä edustavat aineistot ovat saatavilla tutkimustarkoituksiin. Tämä tutkimustieto antaa välttämätöntä tukea päätöksentekoon ja poliittisille toimille terveyden edistämiseksi ja eriarvoisuuden kaventamiseksi. Nämä toimet tulee perustaa laadukkaaseen tutkittuun tietoon.

Väestö ikääntyy, ilmasto muuttuu, ja uusia pandemioita voi syntyä. Siksi kansanterveyden tukemiseen kannattaa panostaa ennakoivasti aina varhaislapsuudesta lähtien. Näin tuetaan paitsi kansanterveyttä myös yhteiskunnan toimintaa, terveydenhuollon kantokykyä ja kansantaloutta. Terveyttä edistävät interventiot ovat tärkeitä, mutta jos niissä ei huomioida sosiaalista eriarvoisuutta esimerkiksi elintapojen taustalla, ne voivat epäoikeudenmukaistaa tai pahimmillaan kasvattaa terveyseroja. Kansanterveyden edistäminen tukee yhteiskunnan toimintaa, mutta terveys on myös ihmisoikeus. Hyvinvointiyhteiskunta voi tehdä paljon, jotta mahdollisimman monen terveys olisi mahdollisimman hyvä ja terveyden sosiaalinen eriarvoisuus olisi pientä kaikissa elämän vaiheissa. Näin paranee kansanterveys, tuottavuus ja turvallisuus koko yhteiskunnassa. Toimenpiteet ovat siksi kannattavia monesta eri näkökulmasta.

Kirjallisuutta

Aburto, J. M. ym. (2022) 'Quantifying impacts of the COVID-19 pandemic through life-expectancy losses: a population-level study of 29 countries', *International Journal of Epidemiology*, 51(1), 63–74. doi: 10.1093/ije/dyab207.

Alakoski, S. (2013) *Köyhän lokakuu*. Suom. Katriina Huttunen. Alkup. 2012. Helsinki: Schildts & Söderströms.

Alaraudanjoki, V. (2018) *Erosive tooth wear and associated factors in Northern Finland Birth Cohort 1966*. University of Oulu Graduate School; University of Oulu, Faculty of Medicine; Medical Research Center Oulu; Oulu University Hospital Acta Univ. Oul. D 1445, 2018 University of Oulu, Finland. Saatavilla: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526217802.pdf>.

Armocida, B. ym. (2022) 'Burden of non-communicable diseases among adolescents aged 10–24 years in the EU, 1990–2019: a systematic analysis of the Global Burden of Diseases Study 2019', *The Lancet. Child & Adolescent Health*, 6(6), 367–383. doi: 10.1016/S2352-4642(22)00073-6.

Castelpietra, G. ym. (2022) 'The burden of mental disorders, substance use disorders and self-harm among young people in Europe, 1990–2019: Findings from the Global Burden of Disease Study 2019', *The Lancet Regional Health - Europe*, 16, p. 100341. doi: 10.1016/J.LANEPE.2022.100341.

Colchero, M. A., Paraje, G. and Popkin, B. M. (2021) 'The impacts on food purchases and tax revenues of a tax based on Chile's nutrient profiling model', *PloS One*, 16(12), p. e0260693. doi: 10.1371/journal.pone.0260693.

- Collaborators, G. 2016 A. (2018) 'Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016.', *Lancet* (London, England), 392(10152), 1015-1035. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31310-2.
- Dinu, M. ym. (2017) 'Vegetarian, vegan diets and multiple health outcomes: A systematic review with meta-analysis of observational studies.', *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 57(17), 3640-3649. doi: 10.1080/10408398.2016.1138447.
- Enroth, L. ym. (2021) 'Trends of Physical Functioning, Morbidity, and Disability-Free Life Expectancy Among the Oldest Old: Six Repeated Cross-Sectional Surveys Between 2001 and 2018 in the Vitality 90+ Study', *The Journals of Gerontology: Series A*, 76(7), 1227-1233. doi: 10.1093/gerona/glaa144.
- Erkkola, M. ym. (2022) 'Teemanumero: Eriarvoisuus lautasella', Vol 59 Nro 2.
- Etholén, A. ym. (2022) 'Trajectories of Insomnia Symptoms Among Aging Employees and Their Associations With Memory, Learning Ability, and Concentration After Retirement - A Prospective Cohort Study (2000-2017).', *Journal of Aging and Health*, 34(6-8), 916-928. doi: 10.1177/08982643221078740.
- Food Foundation (2019) *The Broken Plate*. Lontoo. Saatavilla: www.foodfoundation.org.uk.
- GBD 2019 Stroke Collaborators (2021) 'Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019.', *The Lancet Neurology*, 20(10), 795-820. doi: 10.1016/S1474-4422(21)00252-0.
- Gibbs, J. and Cappuccio, F. P. (2022) 'Plant-Based Dietary Patterns for Human and Planetary Health.', *Nutrients*, 14(8). doi: 10.3390/nu14081614.
- Gissler, M. and Haukka, J. (2004) 'Finnish health and social welfare registers in epidemiological research', *Norsk Epidemiologi*, 14(1), 113-120.
- Grandner, M. A. ym. (2016) 'Sleep: important considerations for the prevention of cardiovascular disease', *Current Opinion in Cardiology*, 31(5), 551-565. doi: 10.1097/HCO.0000000000000324 [doi].
- Haario, P. ym. (2013) 'Bidirectional associations between insomnia symptoms and unhealthy behaviours', *Journal of Sleep Research*, 22(1), 89-95. doi: 10.1111/j.1365-2869.2012.01043.x; 10.1111/j.1365-2869.2012.01043.x.
- Halonen, J. I. ym. (2017) 'Change in Job Strain as a Predictor of Change in Insomnia Symptoms: Analyzing Observational Data as a Non-randomized Pseudo-Trial.', *Sleep*, 40(1). doi: 10.1093/sleep/zsw007.
- Halonen, J. I. ym. (2019) 'Pathways from parental mental disorders to offspring's work disability due to depressive or anxiety disorders in early adulthood-The 1987 Finnish Birth Cohort', *Depression and Anxiety*, 36(4), 305-312. doi: 10.1002/da.22847.
- Härkönen, Juho and Sirniö, O. (2020) 'Educational Transitions and Educational Inequality: A Multiple Pathways Sequential Logit Model Analysis of Finnish Birth Cohorts 1960-1985', *European Sociological Review*, 36(5), 700-719. doi: 10.1093/esr/jcaa019.
- Härkönen, J and Sirniö, O. (2020) 'Koulutuksen ylisukupolvinen eriarvoisuus on kasvanut'. *Tackling Inequalities in Time of Austerity (TITA)*, 1-3.
- Heloma, Antero ym. (2022) *Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus*. Toim. A. Heloma ym.
- Hiilamo, A. ym. (2018) 'Common mental disorders and trajectories of work disability among midlife public sector employees - A 10-year follow-up study', *Journal of Affective Disorders*, 247, 66-72. doi: S0165-0327(18)31298-9 [pii].
- Hiilamo, A. ym. (2022) *Hintojen nousun vaikutuksia lapsiperheköyhyyteen voidaan lieventää vain vähän lapsilisäjärjestelmän muutoksilla*, Kela. Tutkimusblogi. Saatavilla: <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/6774>.
- Hiilamo, A. and Lallukka, T. (2023) 'Child poverty is exacerbated by the current war-induced cost-of-living crisis in Europe: need for new European wide measures. Editorial', *European Journal of Public Health*, Painossa.

- Huttunen, J. (1995) 'Suun ja hampaiston terveyden merkitys', *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 111(14), 1326.
- Hysing, M. ym. (2017) 'The social gradient of sleep in adolescence: results from the youth@hordaland survey', *European Journal of Public Health*, 27(1), 65–71. doi: 10.1093/eurpub/ckw200.
- Kaikkonen, R. ym. (2015) 'Explaining educational differences in sickness absence: a population-based follow-up study', *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 41(4), 338–346. doi: 10.5271/sjweh.3499.
- Kallio, Jouko ym. (2013) 'Hammashoitopalvelujen käyttämättömyys. Voiko syynä olla muutakin kuin terveet hampaat?', *Yhteiskuntapolitiikka*, 78(1), 20–34.
- Kepp, K. P. ym. (2022) 'Estimates of excess mortality for the five Nordic countries during the COVID-19 pandemic 2020–2021', *International Journal of Epidemiology*, p. dyac204. doi: 10.1093/ije/dyac204.
- Kilpi, F. ym. (2015) 'Living arrangements as determinants of myocardial infarction incidence and survival: A prospective register study of over 300,000 Finnish men and women.', *Social Science & Medicine* (1982), 133, 93–100. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.03.054.
- Kivimäki, M. ym. (2021) 'Cognitive stimulation in the workplace, plasma proteins, and risk of dementia: three analyses of population cohort studies.', *BMJ (Clinical research ed.)*, 374, p. n1804. doi: 10.1136/bmj.n1804.
- Koskinen, S. and Martelin, T. (2009) Skenaarioita sosiaalimenoista - terveyden edistämisen vaikutukset ja analyysimallin esittely. Saatavilla: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72861/SELV2009_7.pdf?sequence=1.
- Kotakorpi, K. ym. (2011) Terveysperusteisen elintarvikeverotuksen vaikutukset kansalaisten terveydentilaan ja terveyseroihin.
- Kronholm, E. ym. (2016) 'Prevalence of insomnia-related symptoms continues to increase in the Finnish working-age population', *Journal of Sleep Research*. doi: 10.1111/jsr.12398.
- Kulmala, J., Jämsen, E. and Ngandu, T. (2022) 'Aivojen vanheneminen ja muistisairauksien ehkäisy', teoksessa, Rantanen, T., ym. (toim.) *Gerontologia*, 5. uudistettu painos. Duodecim, 179–189.
- Lallukka, T. ym. (2011) 'Sleep problems and disability retirement: a register-based follow-up study', *the American Journal of Epidemiology*, 173(8), 871–881.
- Lallukka, T., Haario, P., ym. (2012) 'Associations of relative weight with subsequent changes over time in insomnia symptoms: A follow-up study among middle-aged women and men', *Sleep Medicine*, 13(10), 1271–1279.
- Lallukka, T., Sares-Jäske, L., ym. (2012) 'Sociodemographic and socioeconomic differences in sleep duration and insomnia-related symptoms in Finnish adults', *BMC Public Health*, 12(1), p. 565. doi: 10.1186/1471-2458-12-565.
- Lallukka, T. ym. (2014) 'Sleep and sickness absence: a nationally representative register-based follow-up study', *Sleep*, 37(9), 1413–1425. doi: 10.5665/sleep.3986.
- Lallukka, T. ym. (2017) 'Change in organizational justice as a predictor of insomnia symptoms: longitudinal study analysing observational data as a non-randomized pseudo-trial', *International Journal of Epidemiology*, 46(4), 1277–1284. doi: 10.1093/ije/dyw293.
- Lallukka, T. ym. (2019) 'Determinants of long-term unemployment in early adulthood: A Finnish birth cohort study', *SSM - Population Health*, 8, p. 100410. doi: 10.1016/j.ssmph.2019.100410 [doi].
- Lallukka, T., Pietiläinen, O., ym. (2020) Kuka jaksaa töissä? Työolot, työolojen muutokset ja työkyky nuorilla, keski-ikäisillä ja ikääntyvillä työntekijöillä. Loppuraportti.2020. Helsinki. Helsingin yliopisto.
- Lallukka, T., Mittendorfer-Rutz, E., ym. (2020) 'Unemployment Trajectories and the Early Risk of Disability Pension among Young People with and without Autism Spectrum Disorder: A Nationwide Study in Sweden', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), p. 2486. doi: 10.3390/ijerph17072486. doi: 10.3390/ijerph17072486.

- Lallukka, T. and Rahkonen, O. (2022) 'Terveyden sosiaaliset tekijät ja eriarvoisuus. Luku 8', teoksessa Patja, K., Absetz, P., and Rautava, P, T. (toim.) Terveyden edistäminen. Duodecim, 125–133. Saatavilla: <https://verkkokauppa.duodecim.fi/60244.html>.
- Lazarus, J. V ym. (2022) 'A multinational Delphi consensus to end the COVID-19 public health threat', Nature. doi: 10.1038/s41586-022-05398-2.
- Liang, C.-S. ym. (2021) 'Mortality rates in Alzheimer's disease and non-Alzheimer's dementias: a systematic review and meta-analysis.', The Lancet. Healthy Longevity, 2(8), e479–e488. doi: 10.1016/S2666-7568(21)00140-9.
- Liira, H. (2021) Koronavirusinfektion (COVID-19) pitkäaikaisoireet, "pitkä korona", "long Covid". Lääkärikirja Duodecim, 25.8.2021. Saatavilla: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01295?s=03>.
- Lindström, J. ym. (2021) 'Mitä suomalainen tyyppi 2 diabeteksen ehkäisy tutkimus DPS on opettanut?', Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 137(22), 2399–406.
- Mäkelä, P., Martikainen, P. and Pelttonen, M. (2017) Sosioekonomiset erot alkoholi-kuolleisuudessa ja alkoholin käytössä. Tutkimuksesta tiiviisti 4.3.2017, THL, Helsinki. Saatavilla: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132025/TUT12017_4_Sosioekonomiset_erot_alkoholikuolleisuus_web_28_2_2017_2.pdf?sequence=1.
- Mustajoki, P. (2022) 'Ylipaino ja terveyden eriarvoisuus - molempien vähentämiseen tarvitaan yhteiskunnan säädöksiä', Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti, 59(2). Saatavilla: <https://doi.org/10.23990/sa.115291>.
- Neittaanmäki, P. ym. (2019) Tekoäly ja terveydenhuolto Suomessa. Loppuraportti Vol. 1. Jyväskylä. Saatavilla: https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/63324/1/Tekoaly_Vol1FINAL.pdf.
- Nordic Burden of Disease Collaborators (2019) 'Life expectancy and disease burden in the Nordic countries: results from the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2017', The Lancet Public Health, 4(12), e658–e669. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30224-5.
- Nurminen, M., Blomgren, J. and Mikkola, H. (2021) 'Socioeconomic differences in utilization of public and private dental care in Finland: Register-based evidence on a population aged 25 and over.', PloS one, 16(8), p. e0255126. doi: 10.1371/journal.pone.0255126.
- Nyberg, S. T. ym. (2020) 'Association of Healthy Lifestyle With Years Lived Without Major Chronic Diseases.', JAMA Internal Medicine, 180(5), 760–768. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.0618.
- Nyberg, S. T. ym. (2022) 'Association of alcohol use with years lived without major chronic diseases: A multicohort study from the IPD-Work consortium and UK Biobank.', The Lancet Regional Health. Europe, 19, p. 100417. doi: 10.1016/j.lanepe.2022.100417.
- Nykänen, A.-S. (2020) 'Korkeasti koulutettujen kukkoilu lietsoo populismia, mutta on siinä muitakin vaaroja', Helsingin Sanomat 13.9.2020. Saatavilla: <https://www.hs.fi/sunnuntai/art-2000006632594.html>.
- Oeppen, J. and Vaupel, J. W. (2002) 'Demography. Broken limits to life expectancy', Science, 296(5570), 1029–1031. doi: 10.1126/science.1069675.
- Prince, M. ym. (2015) World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia An Analysis of prevalence, Incidence, cost And Trends. London. Saatavilla: <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2015.pdf>.
- Rahkonen, O., Lahelma, E. and Lallukka, T. (2022) 'Sosiaaliset tekijät ja vanheneminen', teoksessa Rantanen, T. ym. (toim.) Gerontologia, 5. uudistettu painos. Duodecim, 37–45. Saatavilla: https://www.terveysportti.fi/xmedia/www/esittelyt/60246_esittely.pdf.
- Rantanen, T. ym. (2022) Gerontologia, 5. uudistettu painos (Rantanen T, Kokko K, Sipilä S, Viljanen A (toim.) Gerontologia, 5. uudistettu painos. Duodecim. Saatavilla: <https://verkkokauppa.duodecim.fi/60246.html>.
- Ristikari, T. ym. (2016) Suomi nuorten kasvuympäristönä (Finland as a growth environment for young people). 25-year follow up of those born in Finland in 1987. National Institute for Health and Welfare (THL) and the Finnish Youth Research Network. Saatavilla: <https://www.julkari.fi/handle/10024/131119>.

- Roos, E. ym. (2014) 'Weight change and sickness absence-a prospective study among middle-aged employees', *European Journal of Public Health*, Jul 4 [Epu. doi: cku087].
- Rosling, H., Rosling, O. and Rönnlund Rosling, A. (2018) *Faktojen maailma. Asiat ovat paremmin kuin luulet*. Helsinki: Otava.
- Ruokolainen, O. (2021) *Socioeconomic differences in the use of tobacco: Finnish population-based studies (Tupakkatuotteiden käytön sosioekonomiset erot)*. Doctoral dissertation. University of Helsinki. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-6864-1>.
- Schwartz, S. ym. (1999) 'Insomnia and heart disease: a review of epidemiologic studies', *Journal of Psychosomatic Research*, 47(4), 313–333. doi: S002239999900029X.
- Silventoinen, K. ym. (2009) 'Modification effects of physical activity and protein intake on heritability of body size and composition', *The American Journal of Clinical Nutrition*. doi: 10.3945/ajcn.2009.27689.
- Silventoinen, K. and Lallukka, T. (2022) 'Terveyteen vaikuttavien yhteiskunnallisten tekijöiden tutkimus. Luku 40', teoksessa Patja, K., Absetz, P., and Rautava, P. (toim.) *Terveyden edistäminen*. 1. painos. Duodecim, 361–369. Saatavilla: <https://verkkokauppa.duodecim.fi/60244.html>.
- Sivertsen, B. ym. (2014) 'Insomnia as a risk factor for ill health: results from the large population-based prospective HUNT Study in Norway', *Journal of Sleep Research*, 23(2), 124–132. doi: 10.1111/jsr.12102 [doi].
- Suominen-Taipale, L. (2001) 'Hampaattomuus vähenee - hammashoidon tarve kasvaa', *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 117(21), 2101–2103.
- Svärd, A. ym. (2017) 'Obesity, change of body mass index and subsequent physical and mental health functioning: a 12-year follow-up study among ageing employees', *BMC Public Health*, 17(1), 744–748. doi: 10.1186/s12889-017-4768-8.
- Sylva and Ignatius, A. (2022) *Seitsemän lasta sadasta*. Saatavilla: <https://www.sylva.fi/julkaisu/seitsemän-lasta-sadasta/>.
- Tarkiainen, L, Martikainen, P, Peltonen, R, Remes, H. (2017) 'Sosiaaliryhmien elinajanodote-erojen kasvu on pääosin pysähtynyt', *Suomen Lääkärilehti*, 72(9), 588–593.
- TEKO. Terve koululainen (UKK-instituutti) (2022) *Someniska ja muita mobiililaitteiden runsaan käytön haittoja*. Saatavilla: <https://www.tervekoululainen.fi/ylakoulu/terveydenhoito/someniska/>.
- THL (2022a) *Maahanmuutto ja kulttuurinen moninaisuus*. Saatavilla: <https://thl.fi/fi/web/maahanmuutto-ja-kulttuurinen-moninaisuus/tyon-tueksi/julkaisut>.
- THL (2022b) *Lapset ja koronavirus*. Saatavilla: <https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit-ja-rokotukset/ajankohtaista/ajankohtaista-koronaviruksesta-covid-19/lapset-ja-koronavirus>.
- Tilastokeskus (2021) *Maahanmuuttajat väestössä*. Saatavilla: <https://www.stat.fi/tup/maahanmuutto/maahanmuuttajat-vaestossa.html>.
- Tolkkinen, A. ym. (2018) 'Impact of parental socioeconomic factors on childhood cancer mortality: a population-based registry study', *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*, 57(11), 1547–1555. doi: 10.1080/0284186X.2018.1478125.
- Tong, S. ym. (2022) 'Compound impacts of climate change, urbanization and biodiversity loss on allergic disease', *International Journal of Epidemiology*, p. dyac197. doi: 10.1093/ije/dyac197.
- Tuomilehto, J. ym. (2001) 'Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance', *The New England Journal of Medicine*, 344(18), 1343–1350.
- Valsta, L. ym. (2018) *Ravitsemus Suomessa: FinRavinto 2017 -tutkimus*. Helsinki. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-238-3>.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta (2014) *Terveyttä ruoasta: Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014* (In Finnish). Helsinki: National Nutrition Council; Valtion ravitsemusneuvottelukunta.

Virtanen, M. ym. (2020) 'Neurodevelopmental disorders among young adults and the risk of sickness absence and disability pension: a nationwide register linkage study', *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 46, 410–416. doi: 10.5271/sjweh.3888.

Woolf, S. H. and Schoomaker, H. (2019) 'Life Expectancy and Mortality Rates in the United States, 1959-2017', *JAMA*, 322(20), 1996–2016. doi: 10.1001/jama.2019.16932.



Tulevaisuuden kansantaudit – Laajenevan vanhusväestön vaikutus kansanterveyteen ja -tauteihin

Timo Strandberg
emeritusprofessori
Helsingin yliopisto, Clinicum
HUS, Sisätaudit ja kuntoutus
Oulun yliopisto, Elinikäisen terveyden tutkimuslaitos

Mika Kivimäki
professori
Helsingin yliopisto, Clinicum
University College London, United Kingdom,
Brain Sciences

Tausta

Useat ihmiset elävät nykyisin pitempään kuin koskaan historian aikana. Syynä on toisaalta lapsuus- ja nuoruusiän kuolleisuuden väheneminen, mutta kehittyneissä maissa eliniän piteneminen liittyy nimenomaan vanhuusiän pitenemiseen. Kun samaan aikaan syntyvyys laskee, yhteiskunnalliset muutokset ovat lähivuosikymmeninä dramaattisia: WHO:n mukaan vuonna 2050 maailman väestöstä noin 22 prosenttia eli 2 miljardia on yli 60-vuotiaita. Suomi on nopeimmin ikääntyvien yhteiskuntien joukossa (yleisesitysissä ks. WHO 2015, Strandberg & Heikkinen 2021).

Toisin kuin monet muut maailman muutokset ikääntymisen vaikutukset ovat ennustettavia, ja niihin voidaan yhteiskunnassa ennalta varautua. Ikääntyneet kansalaiset vaikuttavat kuluttajina mutta myös monin muin positiivisin tavoin suvussaan, paikallisyhteisössään ja laajalti yhteiskunnassa. Vaikutukset riippuvat voimakkaasti siitä, miten terveitä ja toimintakykyisiä ikääntyneet ovat. Jos elämän lisävuodet ollaan hyvässä kunnossa, toimintakyvyn rajoituksia ei ole tai ne ovat vähäisiä. Jos lisävuodet vietetään fyysisesti tai henkisesti heikentyneessä tilassa, yhteiskunnalliset vaikutukset ovat suuria – myös taloudellisesti.

Ei ole näköpiirissä toimenpiteitä, joilla ihmisen lajityypillistä elinikää (engl. *life span*), jonka maksimi on tällä hetkellä 122 vuotta, voitaisiin pidentää, eikä se liene toivottavaakaan. Realistinen ja toivottava tavoite sen sijaan on terveen ja toimintakykyisen elinkaaren maksimointi (*health span*, Newman ym. 2020). Se, voidaanko sairaudet ja toimintakyvyn heikentyminen siis pakata mahdollisimman lyhyeen ajanjaksoon elämän loppuun ("*compression of morbidity*", Fries 1980), on keskeinen yhteiskunnallinen kysymys.

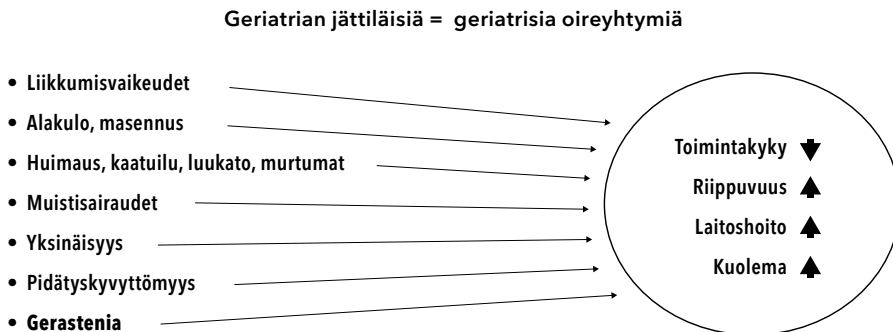
Uskomme sen olevan mahdollista, mutta toimenpiteistämme riippuu, käykö niin. Uhkakuvia on nähtävissä, ja niitä on yritettävä torjua. Tähän voidaan pyrkiä kolmitasoisella elämänkulkustrategialla (*life course*, Strandberg ym. 2016):

1. Edistetään terveellisiä elämäntapoja lapsuus- ja nuoruusiästä lähtien väestötasolla.
2. Tunnistetaan ja hoidetaan kroonisten sairauksien ja vanhuusiän oireyhtymien – gerastenian, kaatuilun tai murtumien – riskitekijät, kuten dyslipidemia, kohonnut verenpaine tai lihavuus ja tupakointi, mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta vanhuusikään tultaisiin mahdollisimman hyvässä kunnossa.
3. Hoidetaan ilmenneet krooniset sairaudet ja vanhuusiän oireyhtymät tehokkaasti, jottei synny toiminnanvajeita. Tässä hyvä gerontologinen ja geriatrinen tieto ja hoito ovat avainasemassa.

Aiheen laajuuden takia olemme jakaneet näiden kysymysten käsittelyn tässä julkaisussa kahteen osaan. Ensimmäisessä osassa käsitellään aikaa ennen vanhuusikää eli edellä mainittua kohtaa 1 ja osin kohtaa 2. Tässä toisessa osassa tarkastellaan eläkeikään ja varsinaiseen vanhuusikään liittyviä kysymyksiä eli osin kohtaa 2 sekä koko kohtaa 3.

Näkökulma kansantauteihin

Kun tuberkuloosin kaltaiset yleiset infektioaudit ovat kadonneet kohonneen elintason ja kehittyneen lääketieteen myötä, kansantaudeiksi ovat muodostuneet krooniset, tarttumattomat sairaudet (*non-communicable diseases*). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen sairastavuusindeksissäkin suomalaisten kansantauteihin ovat viime vuosikymmeninä nousseet syövä, sepelvaltimotauti, aivoverisuonisairaudet, tapaturmat, mielenterveyden ongelmat sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet (www.thl.fi). Näistä etenkin kolmen ensimmäisen syntyyn vaikuttavat erilaiset elämäntapatekijät, ja ne ovat myös keskeisiä kuolemansyitä. Psyykkiset sairaudet sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet vaikuttavat työ- ja toimintakykyyn mutta eivät välttämättä kuolleisuuteen. Tehokkaalla, etenkin elämäntapoihin kohdistuvalla kansanterveystyöllä on pystytty vähentämään varsinkin työikäisten miesten sydän- ja verisuonisairauksia. Kun elinikä on pidentynyt, tarttumattomat taudit ilmaantuvat aiempaa myöhemmin ja toisaalta iän tuomien vaivojen ja sairauksien määrä on lisääntynyt. Näitä ovat etenkin muistisairaudet (Käypä hoito 2022) ja muut geriatriset oireyhtymät (Inouye ym. 2007), jotka eivät suoraan liity perinteisiin kansantauteihin mutta jotka kuitenkin kuormittavat sosiaali- ja terveydenhuoltoa merkittävästi [kuva 1].



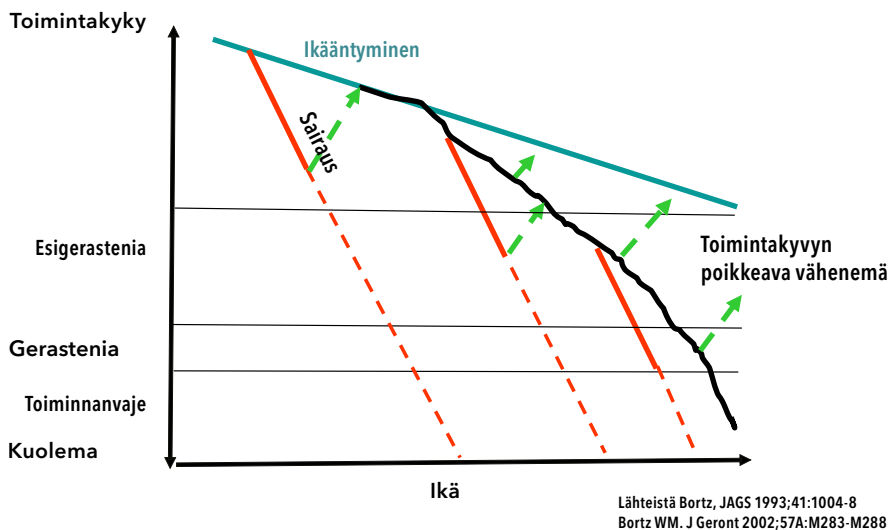
Kuva 1. Esimerkkejä geriatrisista oireyhtymistä ja niiden keskeisiä seurauksia.

Monisairastavuutta (Käypä hoito 2020) ja geriatrisia oireyhtymiä voidaanakin pitää nykyisen pitkäikäisen väestön uusina kansantauteina. Sairauksiin liittyvien piirteiden lisäksi niiden ilmiasuun vaikuttavat kuluma- ja vanhenemismuutokset, jotka kehittyvät yksilöllisesti. Tämä johtaa puolestaan siihen, että vanhusväestö, yli 75-vuotiaat, on terveydentilaltaan ja toimintakyvyltään hyvin heterogeeninen. Samalla näkökulma geriatriassa on siirtynyt perinteisistä yksittäisistä sairauksista yksilön kokonaisuuteen, hyvään vanhenemiseen (*successful ageing*) ja toimintakyvyn säilyttämiseen.

Huomioita nykypäivästä

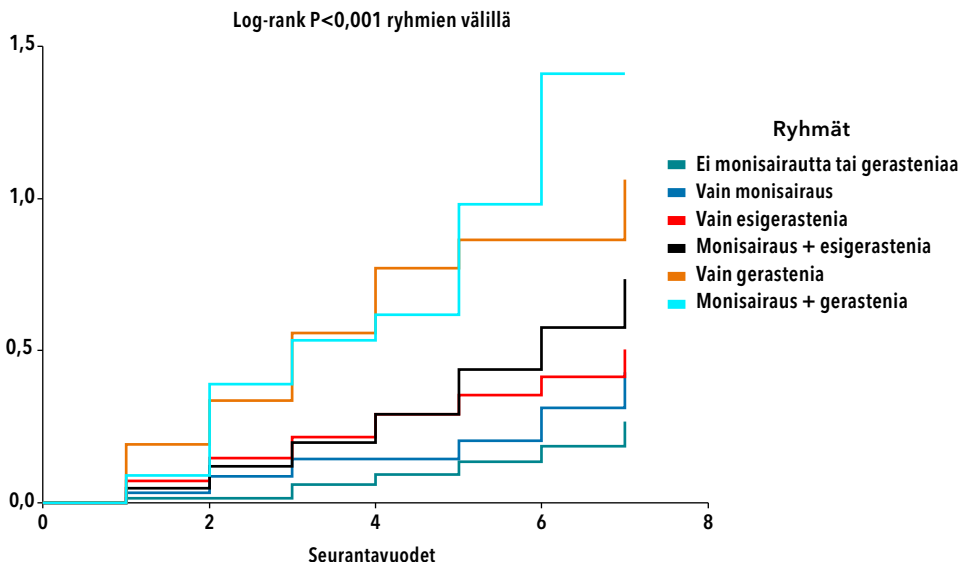
Tarttumattomia sairauksia on työikäisellä väestöllä nykyään aiempaa vähemmän, mikä on erinomainen kansanterveystyön saavutus. Tämä vähentää todennäköisesti myös tarttumattomien tautien ilmaantuvuutta vanhuusiässä, vaikka sairauksien kokonaiskuorma tuleekin kasvamaan, koska vanhusväestön määrä nousee. Tietyin välein tehdyt epidemiologiset kartoitukset ovat viitanneet siihen, että myös vanhusväestön toimintakyky on ajan myötä kohentunut. Tämä johtuu toisaalta siitä, että vanhuusiikään tullaan paremmassa kunnossa, toisaalta vanhuusiän geriatrian keinoin tapahtuneesta medikalisaatiosta (Ebrahim 2002).

Näiden trendien jatkuminen ei ole kuitenkaan itsestäänselvää. Nuoruus- ja keski-iän, jopa lapsuusiän lihavuuden voimakas yleistyminen, fyysisen aktiivisuuden väheneminen ja niihin liittyen diabeteksen lisääntyminen heikentävät toimintakykyä jo ennen vanhuusiikää, eikä näiden vaikutuksia voida vielä havaita nykyisiä vanhuskohortteja tutkimalla. Toisaalta lääketieteen kehitys varmasti vaikuttaa siihen, miten suunta muuttuu. Esimerkiksi diabeteksen parempi hoito voi vähentää kuolemanvaaraa mutta ei välttämättä estä toimintakyvyn tavanomaisesta ikääntymisestä poikkeavaa heikentymistä ja vanhuusiikään usein liittyvän haurastumisoireyhtymän, gerastenian, kehittymistä (Strandberg ym. 2011, Glegg ym. 2013, Alakare & Strandberg 2021), [kuva 2]. Koska hoitoa tähän kuten moniin geriatriisiin oireyhtymiin ollaan vasta kehittämässä, ulkopuolisen avun tarve lisääntyy tulevaisuudessa. Viimeaikaisten tutkimustulosten perusteella gerastenian pidetään kuitenkin sellaisena, että sen etenemistä toiminnanvajeiksi voidaan ehkäistä. Sitä esiintyy australialaisen väestötutkimuksen mukaan keskimäärin 10–12 prosentilla yli 70-vuotiaista ja 2 prosentilla 40–75-vuotiaista mutta gerastenian esiaste on todettavissa 39 prosentilla ihmisistä, jotka ovat keskimäärin 60-vuotiaita (Gordon ym. 2020).



Kuva 2. Gerastenian ei ole tavanomaista ikääntymistä ja altistaa toiminnanvajeille (disability).

Gerastenian ja jo gerastenian esiasteen eli esigerastenian selkeä riski jopa riippumatta monisairastavuudesta käy selvästi ilmi Helsingin Johtajatutkimuksen pitkäaikaisseurannassa (Strandberg ym. 2022), [kuva 3].



Kuva 3. Kuolemanvaara keskimäärin 80-vuotiailla kotona-asuvilla miehillä monisairastavuuden (vähintään 2 merkittävää sairautta), esigerastenian ja gerastenian mukaan.

Yksi monisairastavuuden seuraus on monilääkitys (Pitkälä ym. 2006, Pazan & Wehling 2021), joka yleensä nähdään terveydellisenä mutta myös taloudellisenä ongelmana. Oleellista ei kuitenkaan ole lääkkeiden lukumäärä sellaisenaan vaan se, onko hoito rationaalista ja perustuuko se lääketieteelliseen näyttöön. Hoidon oikeassa kohdistamisessa ja haittojen vähentämisessä auttavat nykyään yhä enemmän erilaiset digitaaliset työkalut. Paradoksaalisesti kuitenkin myös alilääkitys vaatii huomiota (Lombardi ym. 2021): esimerkiksi sydän- ja verisuonitautien ehkäisyyn ja hoitoon löytyy tehokkaita lääkkeitä, jotka ovat myös hyvin edullisia ja säästävät kustannuksia, koska niiden patenttisuoja on poistunut, mutta koska näitä lääkkeitä ei vielä tällä hetkellä käytetä laajasti, se aiheuttaa merkittäviä taloudellisia menetyksiä (Chowdhury ym. 2013, Huupponen & Strandberg 2020).

Talvesta 2020 lähtien sairaanhoitoon on myös Suomessa vaikuttanut voimakkaasti COVID-19-pandemia, joka on aiheuttanut hoitovajetta. Samaan suuntaan vie myös kasvava henkilökuntapula muun muassa vanhustenhoidossa. Lopullisia vaikutuksia ei ole vielä arvioitu, mutta tämäkin korostaa, miten tärkeitä ennaltaehkäisevät toimet ovat, vaikka niistä helposti karsitaankin terveydenhuollossa ensimmäisenä, kun kuormitus kasvaa.

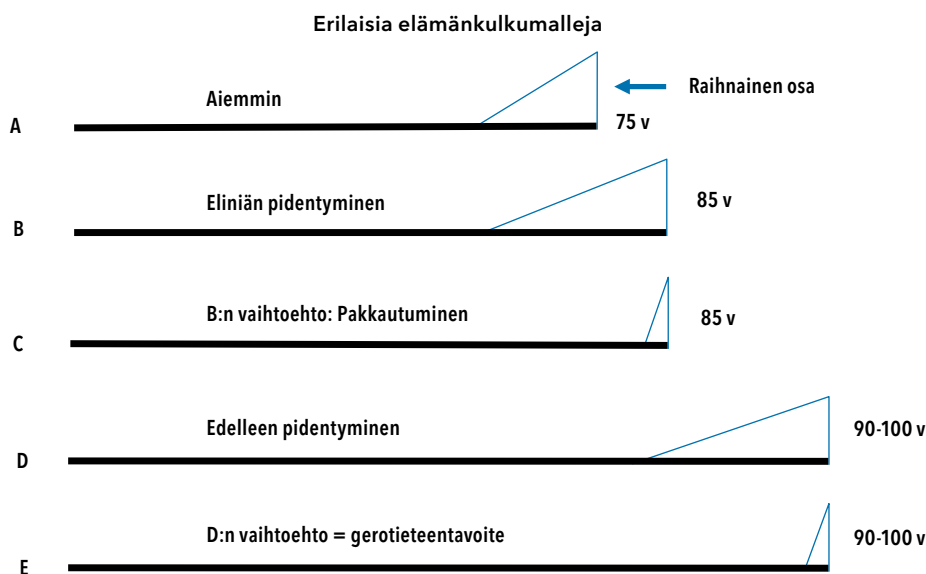
Pohdintaa tulevaisuudesta

Kun vanhusväestön määrä edelleen lisääntyy tulevina vuosikymmeninä, johtaa se väistämättä siihen, että monisairastavuutta ja geriatriasia oireyhtymiä esiintyy yhä enemmän. Näin käy siitä huolimatta, että riskitekijöiden, kuten verenpainetaudin, parempi hoito ja väestön koulutustason nousu voivat myöhäistää muistisairauksien puhkeamista (Mayer ym. 2021). Vaikka kroonisia sairauksia ja oireyhtymiä pystyttäisiin paremmin ehkäisemään tai lykkäämään ja hoitamaan, jossain vaiheessa vanhenemismuutokset alkavat haurastuttaa elimistöä. Tämä näkyy etenkin yli 90-vuotiailla ja johtaa lisääntyvään avun ja hoivan tarpeeseen (Jylhä ym. 2019). Toisaalta tämänikäiset eivät useinkaan tarvitse hoitoa pitkään.

Vanhuusikä on alettu hyväksyä sellaisenaan ”sairaudeksi” ja kuolinsyyksi (Anonymous 2018). Uusimmassa kansainvälisessä tautiluokitusjärjestelmässä ICD-11:ssä (*International Classification of Diseases*) on muun muassa WHO:n aloitteesta annettu lisäkoodi XT9T sairauksille, joissa ikääntymiseen liittyvillä patologisilla muutoksilla on merkittävä osa. Samalla aiemman tautiluokituksen ”vanhusmaisuuks” eli R54 (*senility*) on korvattu koodilla MG2A, ”vanha ikä” (*old age*). Viimeksi mainittu oli kirjattu esimerkiksi 95-vuotiaana kuolleen kuningatar Elisabet II:n kuolinsyyksi. Nämä muutokset ovat merkittäviä ja horjuttavat medikalisaation vastustajien ajatusta siitä, että vanheneminen ei olisi sairaus. Ne toivottavasti kiihdyttävät myös tieteellisiä ja sen myötä kaupallisia ponnistuksia löytää keinoja itse vanhenemisprosessin hidastamiseen. Tämän tutkimuslinjan, gerotieteen, tavoitteena ei ole niinkään ikuisen elämän tavoittelu vaan mahdollisuus estää useita ikääntymiseen liittyviä kroonisia sairauksia ja oireyhtymiä niin, että vaikutetaan samanaikaisesti vanhenemisen perusmekanismeihin (Kulkarni ym. 2022). Samalla voidaan myös varmistaa vanhuusiän hyvä elämänlaatu.

Toimenpide-ehdotukset

Toimenpide-ehdotuksia pohdittaessa on tärkeä määritellä niiden tavoite. Kuvassa 4 [kuva 4] on esitetty erilaisia elämänkulkumalleja, joista B–E havainnollistavat tilanteita, joita pyritään saavuttamaan seuraavaksi esiteltävillä toimenpiteillä (Strandberg & Heikkinen 2021).



Kuva 4. Elämänkulumalli C kuvaa Friesin (1980) ajatusta sairauksien pakkautumisesta elämän loppuvaiheeseen. Odotettavissa olevan eliniän edelleen pidennettyä pakkaaminen vaatii kuitenkin gerotieteen tuomia mahdollisuuksia (malli E).

Tarttumattomien sairauksien ehkäisyä, primaaripreventiota, on käsitelty tarkemmin toisessa tämän julkaisun artikkelissa (Kivimäki ym.). Sydän- ja verisuonisairauksien pahenemista, joita ovat aivovaltimotauti, sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta ja krooninen eteisvärinä, voidaan ehkäistä sekundaaripreventiolla, johon on jo olemassa hyviä ja edullisia hoitoja ja kuntoutustoimenpiteitä (Pitkälä & Strandberg 2018). Näitä on kattavasti käsitelty eri Käypä hoito -suosituksissa. Lääkehoidon mahdollisuudet, kunhan niitä vain käytetään, ovat kehittyneet huomasti viime vuosikymmenien aikana, ja tämä selittää osaltaan, miksi monisairastavuuden taakka on vähentynyt. Alilääkityksen on kuitenkin arvioitu aiheuttavan 9 prosenttia valtimotautien hoidon kustannuksista (Huupponen & Strandberg 2020).

On lukuisia toimenpiteitä, joilla erityisesti ikääntyneiden kroonisten sairauksien ja vanhuusiän oireyhtymien riskitekijöitä voidaan vähentää ja jo kehittyneiden kroonisten tautien hoitoa parantaa [taulukko 1]:

Lääkehoito: Vanhusväestöä pystytään hoitamaan tällä hetkellä aiempaa paremmin, koska tarjolla on sekä lääkkeitä että ohjeistusta (Laurila ym. 2022, Käypä hoito -suositukset, Pitkälä & Strandberg 2018). Digitalisaatio ja karttuva tutkimustieto auttavat tunnistamaan alilääkityksen ja lääkehaitat sekä lääkkeiden yhdysvaikutukset mutta myös poistamaan tarpeettomat lääkkeet käytöstä. Niitä olisi pyrittävä hyödyntämään entistä tarmokkaammin.

Interventiot, joilla ehkäistään geriatriasia oireyhtymiä (kuva 4, vaihtoehdot C ja E): UK Biobank ja Clinical Practice Research Datalink keräsivät yhteensä yli 400 000 britin aineiston, josta selvitettiin 60–69-vuotiaiden valtimotautien riskitekijöiden eli LDL-kolesterolin, verenpaineen, painoindeksin, glukoosin, tupakoinnin ja fyysisen aktiivisuuden yhteyttä geriatrinen oireyhtymien ilmaantumiseen seuraavan kymmenen vuoden aikana. Niillä, joilla riskitekijäkertymä oli pieni, oli merkittävästi pienempi riski kaatua, saada luunmurtuma tai pitkäkestoista kipua, tulla pidätyskyvyttömäksi, dementoitua tai kehittää gerastenia kuin niillä, joilla kertymä oli suuri (Atkins ym. 2020). Kaatumisia ja niistä aiheutuvia murtumia voidaan ehkäistä myös muilla tavoin ja haurastunutta luustoa vahvistaa käytettävissä olevilla osteoporoosilääkkeillä (Käypä hoito, Osteoporoosi 2020).

Kansainvälisesti paljon huomiota saaneessa suomalaisessa satunnaistetussa ja kontrolloidussa FINGER-tutkimuksessa osoitettiin, että monitekijäisellä kaksi vuotta kestäneellä interventiolla voitiin hidastaa kognitiivisten toimintojen eli aivojen tietojenkäsittelyn heikkenemistä lähtövaiheessa yli 70-vuotiailla henkilöillä (Ngandu ym. 2015). Interventio koostui elintapaohjelmasta, joka koski liikuntaa ja ravitsemusta, kognitiivisesta harjoittelusta ja valtimotautien riskitekijöiden hallinnasta. Pitkäaikaiset havainnoivat seurantatutkimukset tukevat näiden tekijöiden yhteyttä muistisairauksiin (Livingston ym. 2020). FINGER-tutkimuksen tulosten perusteella on myös kehitetty kustannusvaikuttava hoitomalli käytäntöön sovellettavaksi (Kivipelto ym. 2019, Wimo ym. 2022).

Myös verenpainetaudin hoito ehkäisee muistisairauksia (Livingston ym. 2020). Biomarkkeritutkimuksen avulla voidaan seuloa joukosta ne, joilla on riski saada Alzheimer-tyyppinen muistisairaus (van der Flier & Scheltens 2022), mutta pitkäaikaisen turvallisen lääkehoidon kehitys on vasta alussa.

Vaikka kehittyneeseen muistisairauteen ei ole toistaiseksi olemassa parantavaa hoitoa, ajoissa tehdyllä diagnoosilla voidaan käynnistää oireenmukainen hoito tukemaan potilasta ja hänen läheisiään. Suomalaisessa satunnaistetussa ja kontrolloidussa FINALEX-tutkimuksessa testattiin mahdollisuuksia vaikuttaa muistisairauteen ja sen oireisiin tehokkaan liikunnan keinoin (Pitkälä ym. 2015). Liikunnalla voitiin kohentaa kotona asuvien muistisairaiden fyysistä toimintakykyä, joskin kognitiiviseen toimintaan voitiin edenneessä muistisairaudessa vaikuttaa odotetusti vain vähäisesti (Öhman ym. 2016).

Yksinäisyys on merkittävä nykyajan ilmiö, joka johtaa myös moniin terveyshaittoihin (Perissinotto ym. 2012). Yksinäisyyden lievittäminen onkin tärkeää sosiaaligerontologista toimintaa. Aikanaan Vanhustyön keskusliiton käynnistämän tutkimusohjelman perustella on kehitetty Ystäväpiiri-toiminta, jonka on satunnaistetuissa tutkimuksissa osoitettu tuovan monia terveyshyötyjä ja säästävän myös terveydenhuollon kustannuksia (Pitkälä ym. 2009, Jansson & Pitkälä 2021).

Eurooppalaisessa satunnaistetussa ja kontrolloidussa SPRINTT-tutkimuksessa oli mukana myös suomalaisia keskimäärin 79-vuotiaita kotona asuvia miehiä ja naisia (n = 1 519, Bernabei ym. 2022). Kaikilla oli lähtövaiheessa merkkejä fyysisestä haurastumisesta ja lihaskadosta eli gerasteniaa ja sarkopeniaa mutta ei vielä liikunnallista toiminnanvajetta. Interventoryhmään kuuluvat saivat vähintään kahden vuoden ajan tehokasta,

viikoittaista liikuntakuntoutusta ja yksilöllistä ravitsemusneuvontaa. Kontrolliryhmään verrattuna interventoryhmässä kehittyi merkitsevästi vähemmän liikunnallista toiminnanvajetta seurannan aikana.

Kaatumisten, luunmurtumien ja osteoporoosin ehkäisyyn ja hoitoon on jo olemassa monia mahdollisuuksia, kunhan ne vain täysimittaisesti otetaan käyttöön (Käypä hoito, Osteoporoosi 2020; Käypä hoito, Lonkkamurtuma 2017).

Edellä mainitut tutkimukset antavat konkreettisia mahdollisuuksia vaikuttaa ikääntyvän väestön toimintakykyyn. Tämä on erittäin tärkeää, sillä vaikka akuuttien, vakavien turmien jälkeen, kuten aivohalvauksen tai lonkkamurtuman, kuntoutus pääsääntöisesti toimii Suomessa hyvin, on hitaasti etenevien, edellä mainittujen geriatrinen oireyhtymien, kuten gerastenian ja alkavan muistihäiriön, kuntoutus huomattavasti heikompaa. Esitetyt mallit edellyttäisivät jonkin verran lisäpanostusta terveydenhuoltoon, mutta ne voisivat tuoda myös merkittäviä kustannushyötyjä, etenkin jos liikunnallista ja ravitsemuksellista kuntoutusta voidaan toteuttaa television ja etäneuvonnan avulla. Jos malleja kokeiltaisiin sote-alueilla rajoitetusti, pystyttäisiin selvittämään niiden kustannusvaikuttavuutta.

Vanhenemisprosessin hidastaminen (kuva 4, vaihtoehto E): Seuraavassa esitellään lyhyesti tällä hetkellä vielä pitkälle perustutkimukseen pohjaavaa vaihetta eli itse vanhenemisprosessin mekanismeihin vaikuttamista (Kananen & Marttila 2019). Biogerontologia ja gerotiede (*geroscience*) pyrkivät muokkaamaan keskeisiä tekijöitä, jotka yhteisesti vaikuttavat elinikään. Gerotieteen visio on, että näin voidaan paremmin ja keskitetysti ehkäistä vanhuudessa tavallisia kroonisia sairauksia ja toimintakykyä heikentäviä tiloja, kuten geriatria oireyhtymiä.

Gerotieteen tutkimuskohteita ovat solujen aineenvaihdunta ja ravinnon saantiin liittyvä signaali, soluille tärkeiden proteiinirakenteiden ylläpito, solurakenteiden vauriot, krooninen tulehdustila, stressivasteet, epigenetiikka ja kantasolujen uudistuminen. Näihin kohdistuvilla toimenpiteillä on jo pystytty pidentämään koe-eläinten elinikää. Esimerkiksi tiettyjen geenien esto tai signaalireittien, kuten SIRT6:n, vahvistaminen samoin kuin jo yli 80 vuotta tunnettu ravinnon kalorimäärän vähentäminen vaikuttavat näin. Gerotieteessä pyritään hyväksikäyttämään näitä havaintoja, kun etsitään parempia tapoja ehkäistä vanhenemiseen liittyviä sairauksia ja patologisia vaivoja. Lähtökohta on, että vanhenemiseen liittyvät muutokset ovat otollinen maaperä erilaisille sairauksien riskitekijöille. Tämän takia hyvin korkeaan ikään päässeet eli 90–100-vuotiaat ovat alttiita sairauksille ja fyysiselle sekä henkiselle raihnautumiselle, vaikka elintavat olisivat olleet ihanteelliset.

Lajityypillisen eliniän pidentämisen sijasta gerotiede pyrkii ensisijaisesti terveen ja aktiivisen eliniän (*health span*) pidentämiseen. Yhdysvaltain elintarvike- ja lääkevirasto FDA hyväksyi ikääntymiseen kohdistuvat kliiniset lääketutkimukset vuonna 2019, ja Yhdysvalloissa on nyt käynnistetty Longevity Dividend Initiative -tutkimusohjelma. Myös liike-elämä on herännyt sijoittamaan tähän tutkimukseen, ja American Federation for Aging Research eli AFAR on aktiivisesti tukemassa varojen hankkimista. Yhdysvaltain kansallinen ikäinstituutti NIA testaa useita kymmeniä lääkeaineita, joilla voitaisiin vaikuttaa vanhenemisen mekanismeihin. Jotkut näistä lääkkeistä, kuten diabeteksen hoitoon tarkoitettu metformiini, ovat olleet jo pitkään aivan muussa lääketieteellisessä käytössä. Indikaation eli virallisen hoitoaiheen saaminen viranomaisilta vanhuuden hoitoon vaatii

sitä, että vanhuus määritellään ”sairaudeksi”, kuten kerrottu edellä. Vanha ikä on jo diagnoosina ICD-11:ssä, mutta FDA ei ennen asiaa koskevia tutkimuksia hyväksy vanhuutta indikaatioksi, jolle voitaisiin kehittää lääkkeellistä hoitoa. Koska Yhdysvallat on lääketeollisuuden kannalta merkittävin markkina, FDA:n kanta vaikuttaa globaalisti siihen, miten pitkää ja tervettä elinikää tukevia lääkkeitä kehitetään.

Tällä hetkellä puuttuu näyttö siitä, miten tehokkaita, turvallisia ja arvokkaita ikääntymisprosessia mahdollisesti hidastavat lääkkeet ja yhdisteet ihmisille ovat. Tämän alan tutkimus avaa kuitenkin näköaloja uusille, aiempaa täydentäville tavoille ehkäistä kroonisia tauteja ja parantaa ikääntyvien ihmisten elämänlaatua ja toimintakykyä.

Taulukossa 1 on lueteltu toimenpiteitä, joilla ennakoituihin ikääntymiseen liittyviin kansanterveyshaasteisiin voidaan vastata. Kyseessä on pääosin sekundaaripreventio.

Taulukko 1. Toimenpiteitä, joilla ennakoituihin ikääntymiseen liittyviin kansanterveyshaasteisiin voidaan vastata (pääosin sekundaaripreventio).

Toimenpide	Tavoite	Vaikutuksen suuruus	Kohderyhmä	Kustannus-vaikuttavuus
Terveysten- huollon digisovellukset lääkehoidon optimoinnille iäkkäillä	Ali- ja yllälääki- tyksen vähene- minen, hoitoon sitoutumisen edistäminen, haitallisten lääkeyhdys- vaikutusten parempi tunnistaminen	Suuri	Kaikki iäkkäät	Potentiaalisesti suuri
FINGER hoitomalli	Kognitiivisen heikentymisen - muistisairauden ehkäisy riskissä olevilla	Kohtalainen- suuri	>70 vuotiaat muistisairaus- riskissä olevat	Kohtalainen
FINALEX liikunta- interventio	Muistisairaus- potilaan toimin- takyvyn ylläpito	Kohtalainen- suuri	Kotona asuvat muistisairaat	Kustannus- neutraali
Ystäväpiiri- toiminta	Yksinäisyyden ja siihen liittyvien ongelmien ehkäisy- lievittäminen	Kohtalainen- suuri	lääkkäät yksi- näisyydestä kärsivät	Kustannuksia säästävä
SPRINTT interventio	Liikunnallisen toiminnanvajeen ehkäisy riskissä olevilla	Kohtalainen- suuri	>70 vuotiaat, joilla fyysisen gerastenian merkit ilman liikunnallista toiminnan- vajetta	Ei vielä arvioitu
Ikääntymiseen vaikuttavat lääkitykset	Kroonisten sairauksien ja toiminnan- vajausten ehkäisy ikään- tymisprosessia hidastamalla	Potentiaalisesti suuri	lääkkäät yleisesti	Ei voida tässä vaiheessa arvioida

Kirjallisuus

- Alakare, J. & Strandberg, T. (2020) Gerastenia – kuinka tunnistan ja miksi? *Suomen Lääkärilehti* 75, 1369–1372.
- Anonymous (toim.) (2018) Opening the door to treating ageing as a disease. *Lancet Diabetes & Endocrinology* 6, 587.
- Atkins, J. L. ym. (2019) Impact of low cardiovascular risk profiles on geriatric outcomes: evidence from 421,000 participants in two cohorts. *Journals of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 74, 350–357.
- Bernabei, R. ym. (2022) SPRINTT consortium. Multicomponent intervention to prevent mobility disability in frail older adults: randomised controlled trial (SPRINTT project). *BMJ* 377, doi: 10.1136/bmj-2021-068788.
- Chowdhury, R. ym. (2013) Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *European Heart Journal* 34, 2940–2948.
- Clegg, A. ym. (2013) Frailty in elderly people. *Lancet* 381, 752–762.
- Ebrahim, S. (2002) The medicalisation of old age – Should be encouraged. *BMJ* 324, 861–863.
- Fries, J. F. (1980) Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine* 303, 208–232.
- Gordon, S. J. ym. (2020) Pre-frailty factors in community-dwelling 40–75year olds: opportunities for successful ageing. *BMC Geriatrics* 20, 96. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1490-7>.
- Huupponen, R. & Strandberg, T. (2020) Miten auttaa potilasta sitoutumaan lääkehoitoonsa? *Duodecim* 136, 223–227.
- Inouye, S. K. ym. (2007) Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *Journal of the American Geriatrics Society* 55, 780–791.
- Jansson, A. & Pitkälä, K. H. (toim.) (2021) Circle of Friends, an encouraging intervention for alleviating loneliness. *Journal of Nutrition, Health & Aging* 25(6), 714–715.
- Jylhä, M. ym. (2019) Vanhoista vanhimpien terveys ja toimintakyky. *Duodecim* 135, 1085–1091.
- Kananen, L. & Marttila, S. (2019) Vanhenemisen biologiset mekanismit ja miten niihin voi vaikuttaa. *Duodecim* 135(11), 1098–1106.
- Kivipelto, M. ym. (2019) FINGER-elintapaohjelma: toimintamalli kognitiivisen toimintakyvyn tukemiseen. *Suomen Lääkärilehti* 73, 183–186.
- Kulkarni, A. S. ym. (2022) Geroscience-guided repurposing of FDA-approved drugs to target aging: A proposed process and prioritization. *Aging Cell* 21(4), doi: 10.1111/ace.13596.
- Käypä hoito -suositus, Lonkkamurtuma (2017) Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
- Käypä hoito -suositus, Osteoporoosi (2020) Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
- Käypä hoito -suositus, Kohonnut verenpaine (2020) Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
- Käypä hoito -suositus, Dyslipidemia (2020) Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
- Käypä hoito -suositus, Monisairas potilas (2021) Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
- Laurila, J. ym. (2022) Miten arvioidaan iäkkään potilaan lääkityksen? *Suomen Lääkärilehti* 77, 311–313.
- Livingston, G. ym. (2020) Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet* 396, 413–446.
- Lombardi, F. ym. (2021) Underprescription of medications in older adults: causes, consequences and solutions – a narrative review. *European Geriatric Medicine* 12, 453–462.
- Lunney, J. R. ym. (2003) Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA* 289, 2387–2392.

- Mayer, F. ym. (2021) Decreasing trend in the incidence and prevalence of dementia: a systematic review. *Minerva Medica*. PMID: 33881282.
- Newman, A. B. ym. (2020) Accelerating the Search for Interventions Aimed at Expanding the Health Span in Humans: The Role of Epidemiology. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 75, 77–86.
- Ngandu, T. ym. (2015) A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet* 385, 2255–2263.
- Pazan, F. & Wehling, M. (2021) Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. *European Geriatric Medicine* 12, 443–452.
- Perissinotto, C. M. ym. (2012) Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Archives of Internal Medicine* 172, 1078–83.
- Pitkälä, K. ym. (2006) Vanhuksen lääkehoidon karikoita. *Duodecim* 122, 1503–1512.
- Pitkälä, K. H. ym. (2009) Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness: a randomized, controlled trial. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 64, 792–800.
- Pitkälä, K. & Strandberg, T. (2018) Sairauksien ehkäisy kannattaa vielä vanhanakin. *Duodecim* 134, 1141–1148.
- Pitkälä, K. H. ym. (2013) Effects of the Finnish Alzheimer disease exercise trial (FINALEX): a randomized controlled trial. *JAMA Internal Medicine* 173, 894–901.
- Ritchie, C. S. (2013) Symptom burden. In need of more attention and more evidence. *JAMA Internal Medicine* 173, 1541–1542.
- Strandberg, T. & Heikkinen, E. (toim.) (2021) Suomiko onnellisen vanhuuden maa? Into kustannus.
- Strandberg, T. E. ym. (2016) Healthy ageing requires a triple strategy. *Aging clinical and experimental research* 28, 369–70.
- Strandberg, T.E. ym. (2011) Frailty in older people. *European Geriatric* 2, 344–355.
- Strandberg, T. ym. (2022) Gerastenia, monisairastavuus ja kuolemanvaara yli 80-vuotiailla miehillä. *Suomen Lääkärilehti* 78. www.laakarilehti.fi/e32832.
- WHO (2015) World Report on Ageing and Health. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>.
- van der Flier, W. M. & Scheltens, P. (2022) The ATN Framework – Moving preclinical Alzheimer disease to clinical relevance. *JAMA Neurology* 79, 968–70.
- Wimo, A. ym. (2022) Dementia prevention: The potential long-term cost-effectiveness of the FINGER prevention program. *Alzheimer's & Dementia*, doi: 10.1002/alz.12698.
- Öhman, H. ym. (2016) Effects of exercise on cognition: The Finnish Alzheimer Disease Exercise Trial: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 64, 731–738.



Tulevaisuuden kansantaudit – Kansantautien ennaltaehkäisy aikuisiässä

Mika Kivimäki

Helsingin yliopisto, Clinicum

UCL Brain Sciences, University College London, UK

Joni V. Lindbohm

Helsingin yliopisto, Clinicum

Timo Strandberg

Helsingin yliopisto, Clinicum

HUS, Sisätaudit ja kuntoutus

Oulun yliopisto, Elinikäisen terveyden tutkimuslaitos

Näkökulma

Kansanterveystyön keskeisenä tavoitteena on eliniän pidentäminen, mutta myös se, että sairaudet ja toimintakyvyn heikentyminen rajoittuisivat mahdollisimman lyhyeen ajanjaksoon elämän lopussa. Uskomme sen olevan mahdollista, mutta toimenpiteistämme riippuu, käykö niin. Tavoitteeseen voidaan pyrkiä kolmitasoisella elämäntapustrategialla (Strandberg ym. 2016):

1. Edistetään terveellisiä elämäntapoja ja mielenterveyttä väestötasolla lapsuus- ja nuoruusiästä lähtien. Tuetaan haavoittuvimmassa asemassa olevia lapsia ja nuoria varhaisessa vaiheessa.
2. Tunnistetaan kroonisia sairauksia ja vanhuusiän oireyhtymien riskitekijöitä (esim. lihavuus ja kohonnut veren kolesterolipitoisuus) mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja tarjotaan pitkäjänteistä hoitoa tehokkaasti eri väestöryhmien saata-ville, jotta taataan vanhuusikään tuleminen mahdollisimman hyvässä kunnossa.
3. Hoidetaan kehittyneitä kroonisia sairauksia ja vanhuusiän oireyhtymiä tehokkaasti, jotta saadaan estettyä toimintavajeita.

Olemme jakaneet näiden kysymysten käsittelyn aiheen laajuuden takia kahteen osaan: Tässä osassa tarkastellaan aikuisuutta ennen vanhuusikää (edellä mainitut kohdat 1 ja osin 2) (Kivimäki, Strandberg 2022). Pohdimme sitä, mitkä tekijät Suomessa ja muissa länsimaissa suojaavat parhaiten pitkäaikaissairauksilta ja millä toimenpiteillä ennalta-ehkäisyä olisi tulevaisuudessa mahdollista tehostaa. Tarkastelemme sekä elintapoja että sairauksia ennaltaehkäiseviä lääkkeitä, mutta jätämme tässä pois ikääntymisprosessia mahdollisesti hidastavat lääkkeet ja yhdisteet, koska näyttö niiden tehokkuudesta ja turvallisuudesta ihmisillä puuttuu ainakin toistaiseksi. Erillisessä raportin toisessa osassa nimeltään ”Laajenevan vanhusväestön vaikutus kansanterveyteen ja -tauteihin” tarkastelemme eläkeikään ja vanhuusikään liittyviä kysymyksiä (osin kohta 2 ja kohta 3).

Huomioita nykypäivästä

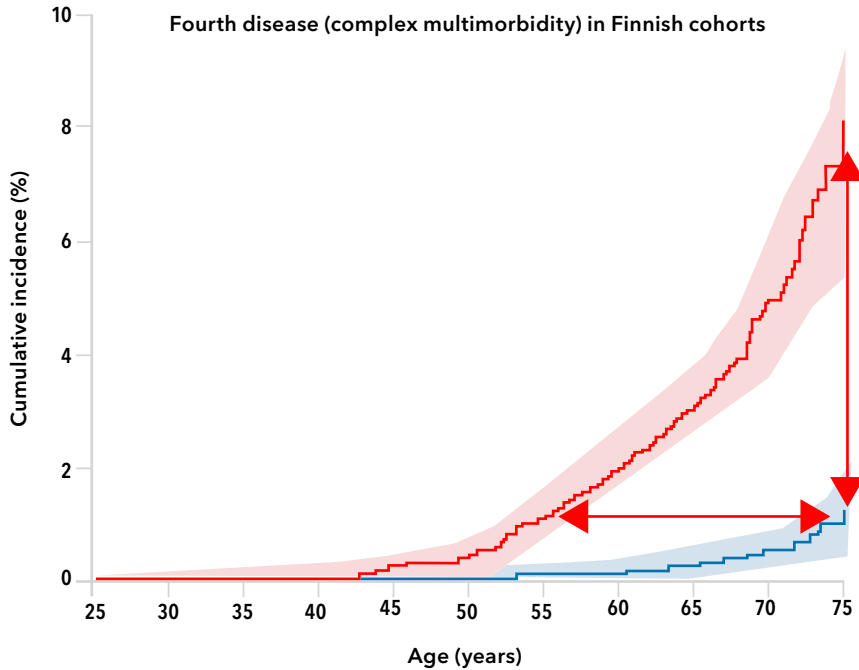
THL:n sairastavuusindeksi sisällyttää kansantauteihin muun muassa sydän- ja verisuonisairaudet, syövät, tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä nykyisin myös muistisairaudet. Näiden samoin kuin kroonisten ahtauttavien keuhkosairauksien ja tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuuteen voidaan vaikuttaa ympäristö- ja elämäntapatekijöitä muuttamalla. Sydän- ja verisuonisairauksien sekä muistisairauksien ilmaantuvuutta voidaan myös vähentää ajoissa aloitetulla ennaltaehkäisevällä lääkityksellä.

Elintapojen merkitys tautien ennaltaehkäisyssä on varsin suuri. Suomalaisia ja eurooppalaisia kohorttitutkimuksia yhdistäneessä meta-analyysissä selvitettiin tupakoinnin, liikunnan, alkoholinkulutuksen ja painonhallinnan yhteyttä tautivapaisiin elinvuosiin

(Nyberg ym. 2020). Tutkimuksen mukaan terveellisistä elintavoista kertyi keskimäärin yhdeksän ylimääräistä tauditonta vuotta. Ero parhaan ja huonoimman ryhmän välillä on tätäkin suurempi, jos alkoholinkulutuksen lisäksi huomioidaan humalahakuinen juominen. Se vähentää terveitä elinvuosia myös niillä, joilla alkoholin keskikulutus on kohtuullinen.

Laajan yhdysvaltalaisen seurantatutkimuksen tulokset vahvistavat näitä havaintoja (Li ym. 2020) Elämäntavoiltaan parhaaseen ryhmään kuuluneet elivät keskimäärin 6–11 vuotta kauemmin ilman sydän- ja verisuonitauteja, diabetesta ja syöpää kuin huonoimman ryhmään kuuluneet. Lisäksi epäedullisten elintapojen on osoitettu lisäävän myös muistisairauksien ilmaantuvuutta. Lancet 2020 -komission julkaisema raportti dementiaan ennaltaehkäisystä arvioi, että noin kahdeksan prosenttia muistisairauksista aiheutuu tupakoinnista, liiallisesta alkoholinkäytöstä ja ylipainosta (Livingston ym. 2020).

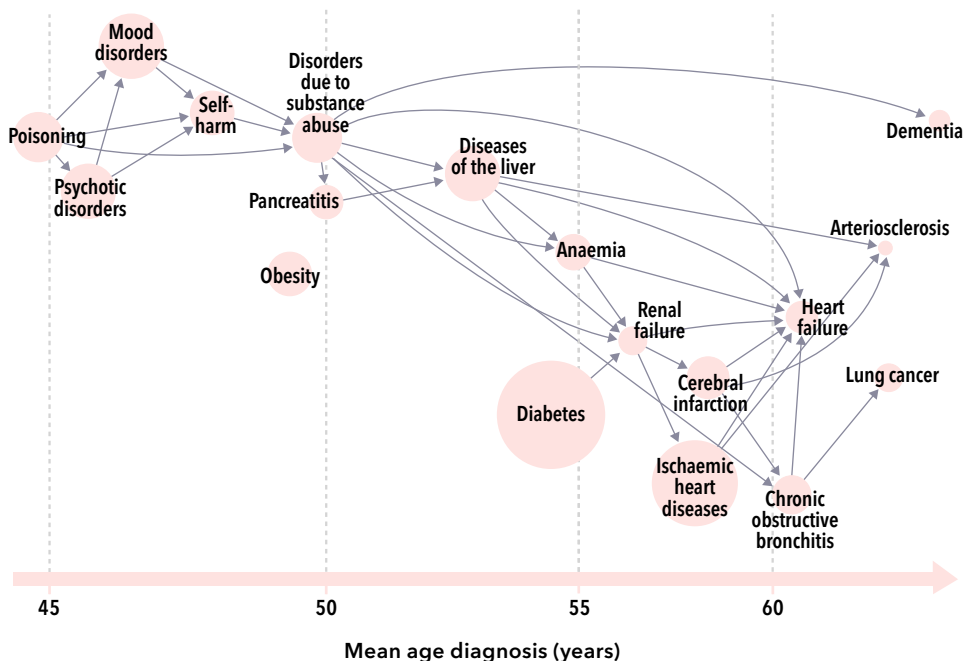
Elintapariskeistä lihavuus on erityisen olennainen. Se lisää lukuisien kansantautien vaaraa ja osittain kumoo niitä myönteisiä vaikutuksia, joita on viime aikoina saavutettu muiden riskitekijöiden vähenemisellä. Vuonna 2022 julkaistun suomalaisaineistoihin perustuneen tutkimuksen mukaan lihavuus yli kymmenkertaistaa riskin monisairastuvuudelle, joka yleistyy 45 ikävuoden jälkeen. Monisairauksien osuus lihavilla on 55 vuoden iässä sama kuin normaalipainoisilla 75-vuotiaana (kuva 1) (Kivimäki ym. 2022). Monisairastuvuus tarkoittaa, että ihmisellä on neljä tai useampia pitkäaikaissairauksia samanaikaisesti.



Kuva 1: Monisairastavuus lihavilla (oranssi kuvaaja) ja normaalipainoisilla (sininen kuvaaja) henkilöillä (Lähde: Kivimäki ym. 2022).

Elintapojen muokkaamisen lisäksi sairauksia on mahdollista vähentää merkittävästi ennaltaehkäisevällä lääkityksellä. Verenpainetaudin lääkehoidolla pyritään ehkäisemään ennenaikaista kuolemaa sekä sydämen, aivojen, munuaisten, silmän verkkokalvon ja verisuoniston elinvaurioita. Satunnaistetut lääkekokeet ovat osoittaneet, että kohonneen verenpaineen asianmukainen hoito vähentää aivohalvauksen ja sydäninfarktin riskiä noin viidenneksellä. Riskivähennys on noin viisi prosenttia jokaista 5 mmHg matalampaa systolista verenpainelukemaa kohti (Luo ym. 2020, Blood Pressure Lowering Trialists 2021). Muistisairauksia ehkäisevä vaikutus näyttäisi myös olevan merkittävä, joskin jonkin verran vähäisempi. Veren suurentuneen kolesterolipitoisuuden hoito statiinilääkityksellä vähentää sydän- ja verisuonitautien ilmaantuvuutta neljänneksellä tai viidenneksellä (Collins ym. 2016), mutta statiinilääkityksen ei ole havaittu vähentävän muistisairauksien riskiä (Livingston ym. 2020). Verenpainetta ja kolesterolia alentava lääkehoito on yleensä turvallista, mutta siihen voi liittyä haittavaikutuksia. Haittavaikutuksia voidaan kuitenkin vähentää, kun tiedostetaan tekijät, jotka altistavat tämän lääkeryhmän haittoille.

Kansantauteihin luokitellaan nykyisin myös mielenterveyden häiriöt. Elintapojen ohella myös ne voivat olla riskikäyttäytymisen ja valtimotaudin taustatekijöitä ja optimaalisen hoidon esteitä. Kuvassa 2 on esitetty mielenterveyden ja käyttäytymishäiriöiden keskeinen rooli sairaalahoitoa vaativia ruumiillisia sairauksia edeltävänä tekijänä (Kivimäki ym. 2020). Aineistona on käytetty Kuntasektorin työntekijöiden seurantatutkimusta.



KUVA 2. Mielenterveys- ja käyttäytymishäiriöiden yhteys somaattisten sairauksien kehittymiseen iän mukaan. Nuolet yhdistävät ne tautiparit, joissa riski sairastua jälkimmäiseen tautiin on yli 5-kertainen henkilöillä, joilla on edellinen tauti verrattuna niihin, joilla ei sitä ole. Ympyrän koko kuvaa sairauden yleisyyttä (Lähde: Kivimäki ym. 2020).

Tilanne Suomessa

Mielenterveys: Kansainvälinen Global Burden of Disease (GBD) -tutkimus on suurin eri väestöjen terveyttä seuraava tutkimus maailmassa. Vuoden 2019 GBD-tulosten mukaan nuorten (10–24-vuotiaat) mielenterveyshäiriöt ovat Norjassa jonkin verran muita pohjoismaita yleisempiä (Castel Pietra ym. 2022). Suomessa ne ovat toiseksi yleisimpiä. Tanskassa ja Suomessa nuorten päihdekäyttöhäiriöt (alkoholi ja huumeet) ovat jonkin verran vähentyneet viime vuosina, mutta niitä on edelleen enemmän kuin Ruotsissa ja Norjassa ja ne korostuvat alemmissa sosiaaliryhmissä.

Nuorten itsemurhat ja itsensä vahingoittaminen ovat vähentyneet kaikissa pohjoismaissa vuodesta 1990 lähtien, mutta ne ovat vuoden 2019 GBD-tietojen mukaan Suomessa muita pohjoismaita yleisempiä (Castel Pietra ym. 2022). Ero ilmaantuvuudessa Suomen ja tässä suhteessa parhaan maan eli Tanskan välillä on merkittävä, sillä Suomessa tapauksia oli sataatuhatta nuorta kohti 186, Tanskassa 70. Myös näiden häiriöiden kohdalla korostuvat väestöryhmien väliset erot. Eläketurvakeskuksen mukaan mielenterveyden ja käytännön häiriöt olivat vuonna 2021 suurin työkyvyttömyyseläkkeiden syyluokka Suomessa. Toisena olivat tuki- ja liikuntaelinsairaudet.

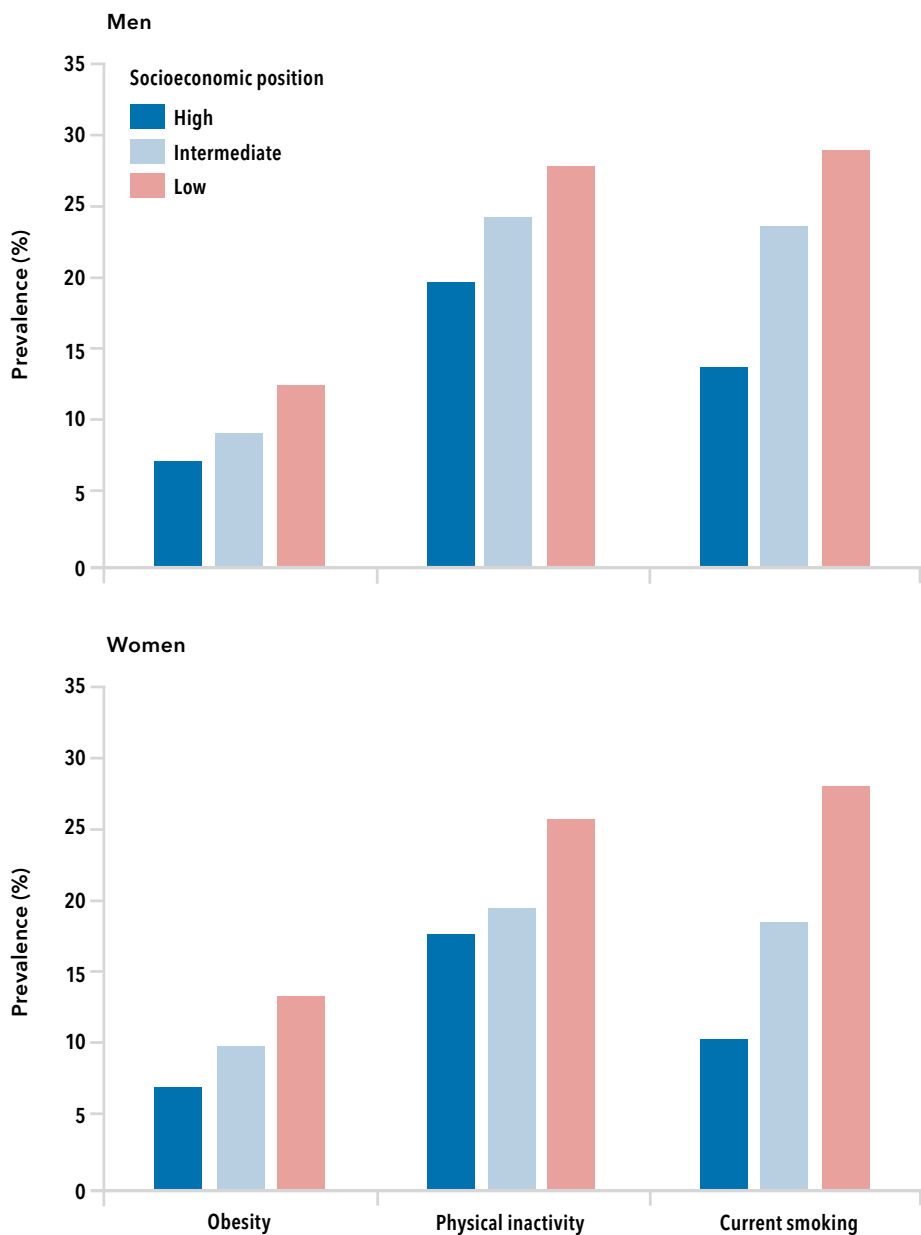
Elintapojen kehitys: Muihin pohjoismaihin verrattuna suomalaisten elintavoissa on väestötasolla parantamisen varaa. Global Burden of Disease -tutkimuksen perusteella lihavien ja vähän liikuntaa harrastavien osuus on Suomessa suurempi kuin esimerkiksi Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa (vizhub.healthdata.org/gbd-results/). Liiallinen alkoholi- ja tupakointi on Suomessa yleisempää kuin Ruotsissa ja Norjassa, mutta ei aivan yhtä yleistä kuin Tanskassa.

Suomalaisten elintavoissa on tapahtunut sekä myönteisiä että kielteisiä muutoksia. THL:n Finrisk- ja FinHealth-seurantatutkimusten mukaan tupakointi on vähentynyt selvästi vuosien 1997 ja 2017 välillä ja verenpaine ja kokonaiskolesteroli ovat laskeneet jonkin verran. Sen sijaan lihavien ja diabetesta sairastavien osuus on selvästi noussut (Tolonen ym. 2022).

Ennaltaehkäisevän lääkeyksen käyttö: THL:n arvion mukaan joka toisen 40–79-vuotiaan suomalaisen verenpaine on koholla. Heistä 75 prosenttia on tietoisia asiasta ja lähes 60 prosenttia saa hoitoa, mutta alle 30 prosenttia hoidetuista saavuttaa hoitotavoitteen alle 140/90 mmHg (Koponen ym. 2018). Suomalaisten huonon verenpaineen hoitotasapainon on ajateltu liittyvän osittain verenpainelääkkeiden käytön liian myöhäiseen aloitukseen ja liian pieniin lääkeannoksiin (Laatikainen ja Niiranen 2019).

Suuri osa niistä suomalaisista, jotka hyötyisivät statiinilääkityksestä, ei sitä käytä. FinTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan keskimääräinen kokonaiskolesterolipitoisuus on yli 30-vuotiailla miehillä 5,1 millimoolia per litra ja saman ikäisillä naisilla 5,4, kun väestötason tavoite on alle 5 (Koponen ym. 2018). Kokonaiskolesterolipitoisuus oli kuitenkin vähintään 5 millimoolia per litra 54 prosentilla miehistä ja 60 prosentilla naisista.

Kelan ja Tilastokeskuksen rekisterejä yhdistänyt tutkimus osoitti, että verenpaine- ja statiinilääkitystä käyttävillä potilailla kuolemaan johtavien aivohalvausten vaara kasvoi kaksinkertaiseksi niinä vuosina, kun lääkitys jäi ottamatta (Herttua ym. 2016).



Kuva 3: Lihavien, vähän liikkuvien ja tupakoivien henkilöiden osuus johtajilla ja erityisasiantuntijoilla (sininen pylväs), asiantuntijoilla ja toimitustyöntekijöillä (harmaa pylväs) sekä työntekijöillä (punainen pylväs)(lähde: Nyberg ym. 2018).

Väestöryhmien väliset erot: Elintapariskiteijät, mielenterveyden ongelmat ja terveyspalvelujen tarvetta vähäisempi käyttö eivät jakaannu tasaisesti väestössä, vaan ne ovat yleisempiä sosiaalisesti heikoimmassa asemassa olevilla. Kuvasta 3 ilmenee, että lihavuus (painoindeksi 30 tai korkeampi), liikunnan puute ja tupakointi ovat selvästi yleisempiä matalamman sosioekonomisen aseman ryhmissä (Nyberg ym. 2018). Sama ilmiö on nähtävissä myös humalahakuisessa alkoholinkäytössä. THL:n tutkimukset osoittavat myös, että vaikka sairastavuus ja kuolleisuus korostuvat alemmissa sosiaalisissa ryhmissä, suurituloiset käyttävät Suomessa terveyspalveluja tarpeeseen suhteutettuna selvästi pienituloisia enemmän (Manderbacka ym. 2017).

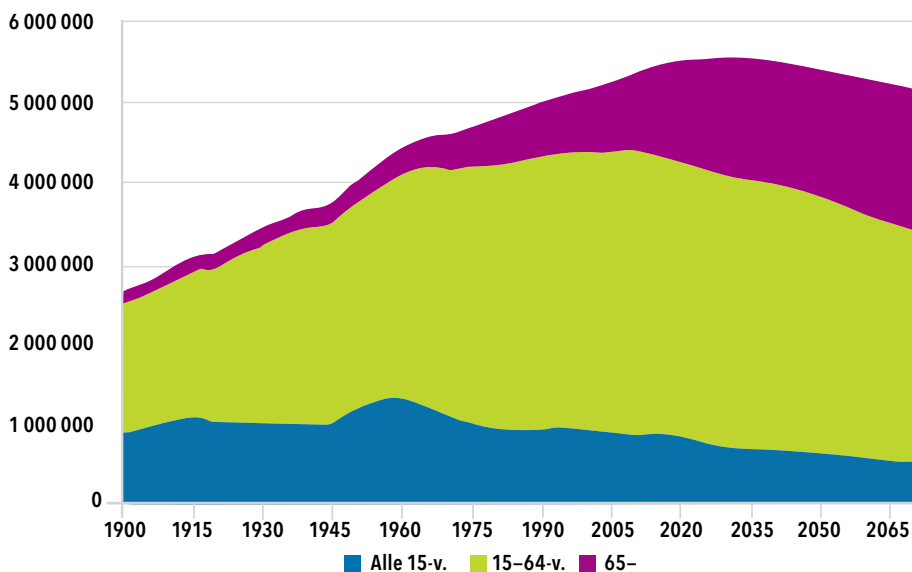
Yhteenveto: Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt nuorilla (10–24-vuotiailla) ovat Suomessa yleisempiä kuin naapurimaassa Ruotsissa. Aikuisilla ne ovat yleisin työkyvyttömyyden syy. GBD-tutkimuksen pohjoismaisessa vertailussa Suomi sijoittuu viimeiseksi aikuisten painonhallinnassa ja liikunnassa. Lihavuus näyttäisi meillä lisääntyvän entisestään. Lisäksi mielenterveyden häiriöissä, elintavoissa ja ennaltaehkäisevien lääkkeiden käytössä on suuret väestöryhmien väliset erot. Vain osa ennaltaehkäisevistä lääkkeistä hyötyvistä suomalaisista käyttää niitä. Suomalaisien terveitä elinvuosia on mahdollista lisätä, jos onnistumme ratkaisemaan nämä kansanterveysongelmat paremmin.

Pohdintaa tulevaisuudesta

Tilastokeskuksen tiedoista ilmenee, että suomalaisväestö ikääntyy nopeasti. Vaikka väkiluvun arvellaan alkavan supistua 2030-luvulla, yli 65-vuotiaiden määrä jatkaa kasvua tämän jälkeenkin (kuva 4, violetti sektori). Koska ikä on voimakkain sairastuvuuteen vaikuttava tekijä, väestön ikääntymisellä on suuri merkitys kansanterveydelle.

Monet pitkäaikaissairaudet yleistyvät jyrkästi iän myötä. 70–79-vuotiailla perusterveydenhuollossa tehdyissä diagnooseissa korostuvat sydän- ja verisuonisairaudet, metaboliset sairaudet (tyypin 2 diabetes), infektiot, syöpä ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet (Kuan ym. 2019). Yli 80-vuotiailla näiden sairauksien osuus kasvaa, samoin muut elämänlaatua heikentävät terveysongelmat, kuten muistisairaudet ja kaihi.

Kun väestö ikääntyy, sairastuvuus lisääntyy ja toimintavajauksista kärsivien ihmisten määrä kasvaa. Tämä tulee pyrkiä minimoimaan tehokkaalla ennaltaehkäisyllä. Näihin kuuluu terveellisten elämäntapojen ja mielenterveyden edistäminen väestötasolla lapsuudesta nuoruusiästä lähtien sekä kroonisten sairauksien ja vanhuusiän oireyhtymien riskitekijöiden (kuten tupakoinnin, lihavuuden, vähäisen liikunnan, kohonneen verenpaineen ja suurentuneen veren kolesterolipitoisuuden) tunnistaminen ja hoito varhaisessa vaiheessa, jotta vanhuusiäkin tulisi mahdollisimman hyvässä kunnossa. Lisäksi heikoimmassa asemassa olevien henkilöiden ennaltaehkäisevään hoitoon tulee keskittää erityistä huomiota, jotta terveyseroja voidaan vähentää.



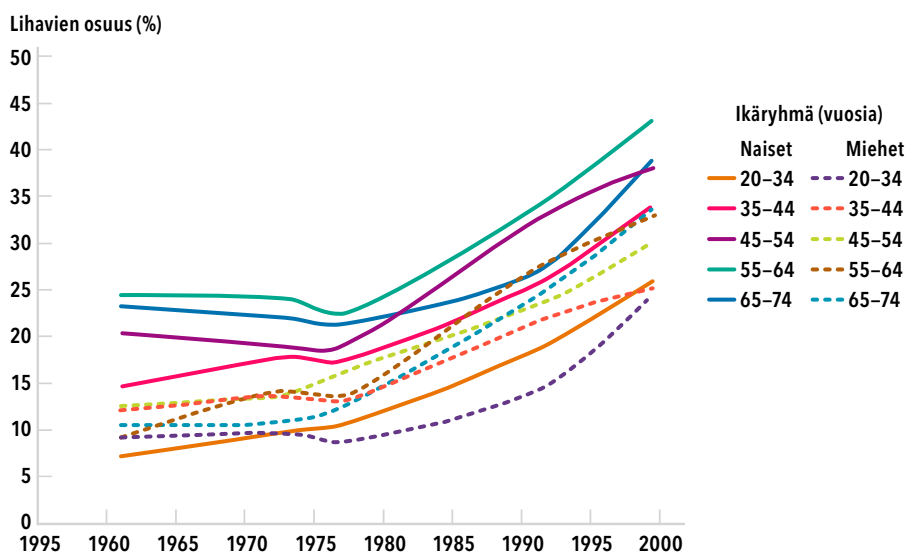
Lähde: Väestö- ja oikeustilastot, Tilastokeskus

Kuva 4. Suomen väestö iän mukaan vuosina 1900-2018 ja ennustettu väestön kehitys vuosina 2019-2070 (Väestö- ja oikeustilastot, Tilastokeskus).

Toimenpide-ehdotukset

Elämäntapainterventiot ja menetelmät, jotka ovat tutkimusoloissa olleet tehokkaita yksilön painonhallinnassa ja diabeteksen ennaltaehkäisyssä, kehitettiin jo vuosikymmeniä sitten. Kasvava diabetesta sairastavien määrä väestötasolla kuitenkin osoittaa, ettei yksilötason menetelmillä ole onnistuttu pysäyttämään lihavuusepidemiaa eikä siihen liittyvien tautien lisääntymistä (Chatterjee ym. 2017). Kalliilla, resurssi-intensiivillä elämäntapainterventioilla aikaansaatu painonlasku häviää usein muutamassa vuodessa, ja paino nousee takaisin alkuperäiselle tasolle (Hall ym. 2018).

Kuvassa 5 näytetyistä amerikkalaistutkimuksen tuloksista ilmenee, että lihavuusepidemia kehittyi samaan aikaan kaikissa ikäryhmissä (Rodgers ym. 2018). Lihavuuden äkillinen lisääntyminen ei siten voinut johtua eroista sukupolvien välillä, koska tällöin muutos olisi tapahtunut eri aikaan eri ikäryhmissä. Kehitys on myös ollut liian nopea johtuakseen geneettisistä muutoksista. Yhtäaikainen ja nopea muutos kaikissa väestöryhmissä viittaa siihen, että ympäristötekijöillä, kuten epäterveellisellä ruokavaliolla ja vähäisesti liikuntaan kannustavalla ympäristöllä on keskeinen merkitys. Näiden vaikutus näkyy vahvimmin henkilöillä, joilla on geneettinen alttius lihavuuteen.



Kuva 5. Lihavien osuus ikäryhmittäin ja sukupuolittain Yhdysvalloissa vuosina 1960-2000 (lähde: Kivimäki & Strandberg 2022).

Lääketieteen ohella tilannetta voidaan muuttaa parempaan suuntaan muokkaamalla poliittisia, yhteiskunnallisia, taloudellisia ja ympäristötekijöitä. Tupakoivien määrä pieneni miesten joukossa yli 28 prosenttia ja naisten joukossa 38 prosenttia vuosien 1990 ja 2019 välillä, mikä osoittaa, että valituksella, verotuksella ja viime kädessä lakiin perustuvilla rajoituksilla riskikäyttämistä on mahdollista vähentää tehokkaasti (GBD Collaborators 2021). Maailman terveysjärjestö WHO korostaa lisäksi omien lihaksien avulla liikkumista, myös arkiliikuntaa, suosivan kaupunkisuunnittelun tärkeyttä. Viimeaikaiset tutkimustulokset antavat tukea sille, että epäterveellisten ruokavalmisteiden verotuksella saavutetaan terveyshyötyjä (Miranda ym. 2022). Paras hyöty liikunnasta ja terveellisestä ravinnosta saavutetaan, kun niitä suosivat elintavat omaksutaan varhain (Raitakari ym. 2022). Miksei esimerkiksi päivittäistä liikuntaharrastusta voisi ottaa osaksi koulujen lukujärjestystä, jolloin se olisi helpompi juurruttaa läpi elämän säilyväksi tavaksi?

Terveellisten elintapojen lisäksi sairauksia voidaan ehkäistä lääkkeillä. Koko väestön rokottaminen on ollut tehokas ja laajasti hyväksytty toimenpide monien tarttuvien tautien torjunnassa. Valtimotaudit – joihin sisältyy myös merkittävä osa muistisairauksista – ovat edelleen johtava kuolinsyy länsimaissa (Strandberg ja Koivisto 2022). Terveiden elinvuosien lisäämiseen on saatavilla tehokkaita ja turvallisia valtimotauteja ehkäiseviä lääkkeitä, joista yleisimmät ovat nykyisin hyvin edullisia. Keski-ikässä aloitettu korkean verenpaineen lääkehoito ehkäisee myös muistisairauksia (Ding ym. 2020, Peters ym. 2022). Näitä lääkkeitä käyttää kuitenkin vain osa niistä ihmisistä, jotka voisivat niistä hyötyä (Herttua ym. 2016).

Valtimotauteja ehkäisevien lääkkeiden nykyistä laajempi käyttö olisi kustannustehokasta, kun hyödyt ja turvallisuus otetaan huomioon (Lamy ym. 2021, Yusuf ym. 2016, 2021). Perusterveydenhuollossa ei kuitenkaan ole riittäviä voimavaroja tehdä koko väestölle sydän- ja verisuonitautiriskin kliinisiä kartoituksia, joita nykyisin suositellaan ennen ennaltaehkäisevän statiini- ja verenpainelääkityksen aloittamista (Dylipidemia – Käypä hoito 2022, Kohonnut verenpaine – Käypä hoito 2020). Jos statinilääkitys aloitettaisiin matalammalla kynnyksellä pelkästään iän (esimerkiksi yleensä kaikille yli 50–60-vuotiaille) ja sairaanhoitajan tekemän mittauksen perusteella, tämä pullonkaula olisi mahdollista välttää. Matalampaa kynnystä puoltaisi myös se, että nykyinen kliininen riskikartoitus ei tunnista kaikkia suuren riskin potilaita ja peräti puolet infarkteista ja aivohalvauksista tapahtuu henkilöille, joiden riski ei kartoituksen perusteella ole suuri (Hingorani ym. 2011, Lindbohm ym. 2019). Lääkkeiden käyttö valtimotautien ehkäisyssä voisi myös yleistyä, jos ne olisi mahdollista antaa pitkävaikutteisina rokotusten tapaan.

Vaikka kokonaisriskin arviointiin perustuvassa interventoiden määrittämisessä on puutteita, se on osoittautunut tehokkaaksi menetelmäksi ennaltaehkäistä valtimotauteja. Suomessa paljon käytetyssä kymmenen vuoden riskiin perustuvassa FINRISK-laskurissa on huomioitu keskeiset lääketieteelliset riskitekijät kuten ikä, sukupuoli, tupakointi, verenpaine, kokonais- ja HDL-kolesterolitaso, diabetes ja vanhempien tautihistoria. Uusimmissa kokonaisriskilaskureissa otetaan kuitenkin huomioon myös kymmentä vuotta pitempi aika, osassa myös henkilön sosioekonominen asema asuinpaikan perusteella (Hippisley-Cox ym. 2017, Scottish Intercollegiate Guideline 2017). Viime mainitun tyyppiset kokonaisriskilaskurit ovat jo kliinisessä käytössä Isossa-Britanniassa. Niiden käyttö olisi suositeltavaa myös Suomessa, sillä meillä väestöryhmien väliset terveyserot sydän- ja verisuonitauheissa ovat huomattavat ja erot näiden sairauksien aiheuttamassa kuolleisuudessa ovat kaventuneet vähemmän kuin esimerkiksi Englannissa (Di Girolamo ym. 2020). Sosioekonomisen aseman huomioiminen riskiarvioinnissa on perusteltavissa myös biologisesti, sillä psykososiaalinen stressi, joka liittyy vahvasti matalampaan sosioekonomiseen asemaan, voi laukaista sydän- tai aivoinfarktin (Kivimäki ym. 2018, 2022).

Sosioekonominen asema tulisi myös huomioida terveystarkastusten seurantaväleissä, jotta varmistetaan oikea-aikaiset interventiot. Vuonna 2019 julkaistussa brittitutkimuksessa arvioitiin, että jos terveystarkastusten frekvenssi määriteltäisiin yksilöllisesti kokonaisriskin perusteella nykyisten viisivuotistarkastusten sijaan, tautitapaukset vähenisivät noin kymmenen prosenttia. Kun suuremman riskin potilaita seurataan tiheämmin kuin vähäisemmän riskin potilaita, viivästyksiä ennaltaehkäisevien hoitojen aloituksessa saadaan vähennettyä ilman että seurantojen kokonaismäärä ja kustannukset kasvavat (Lindbohm ym. 2019).

Kokonaisriskin arviointi ja ennakoiva työkyvyn tukeminen ovat viime aikoina saaneet jalansijaa myös suomalaisessa työterveyshuollossa. Tavoitteena on tunnistaa työntekijät, jotka hyötyisivät varhaisista työkykyä tukevista toimenpiteistä. Aivan kuten sydän- ja verisuonitautien preventioon, myös tähän tarkoitukseen on kehitetty erilaisia riskilaskureita (esim. Työterveyslaitoksen Työkykyindeksi ja Mehiläisen Työterveystutka) (Airaksinen ym. 2017, 2018). Tässä vaiheessa on saatavilla vain vähän tutkittua tietoa ennakoivan työterveyshuollon hyödyistä toimintakykyä haittaavien sairauksien ehkäisyssä.

Taulukkoon 1 on koottu edellä esitettyjen pohdintojen pohjalta erilaisia toimenpide-ehdotuksia. Taulukossa on esitetty myös karkea arvio ehdotusten vaikuttavuudesta ja kustannuksista. Toimenpide-esimerkkeihin sisältyy ehkäiseviä väestöstrategioita, joilla pyritään vähentämään vaaratekijöitä koko väestössä vaikuttamalla elintapa- ja ympäristötekijöihin. Lisäksi mukana on esimerkkejä tavoista, joilla väestöstrategiaa voidaan täydentää kohdistamalla erityisiä toimenpiteitä niihin, joiden sairastumisriski on suuri.

Tiivistetysti resepti terveiden vuosien lisäämiselle voisi olla varsin yksinkertainen ja perustua kolmeen keskeiseen teesiin:

1. Iskostetaan terveelliset elintavat ja ylläpidetään mielenterveyttä paremmin jo lapsuudessa
2. muokataan elinympäristöä – tarvittaessa lainsäädännöllä – niin, että terveellinen vaihtoehto olisi helppo ja edullinen, ja
3. mielletään elintapainterventiot ja ennaltaehkäisevä lääkehoito vaihtoehtoisuuden sijaan toisiaan täydentäviksi keinoiksi terveiden elinvuosien lisäämiseen ja parannetaan niiden väestökattavuutta (Kivimäki ja Strandberg 2022).

Taulukko 1. Esimerkkejä toimenpiteistä, joilla ennakoituihin kansanterveyshaasteisiin voidaan vastata (pääosin primaariprevention toimenpitein).

Toimenpide	Tavoite	Vaikutuksen suuruus	Kohderyhmä	Kustannus-vaikuttavuus
Väestöstrategiat:				
Päivittäisen liikunnan lisääminen kouluissa liikunta-suosituksia vastaavaksi	Liikunnan juurruttaminen osaksi arkea koko elämän ajaksi	Kohtalainen-suuri	Kaikki koulu-laiset	Kohtalainen-hyvä
Epäterveellisten ruokavalmisteiden tiukempi verotus	Ravinto-tottumusten muuttaminen terveellisemmiksi ja painonhallintaa tukeviksi.	Kohtalainen	Koko väestö	Hyvä
Liikuntaa ja omien lihaksien avulla liikkumista suosiva kaupunki-suunnittelu	Yhteiskunnan muokkaaminen siten, että terveellinen vaihtoehto on helposti toteutettava.	Suuri	Kaikki asukkaat	Kohtalainen
Ikäperusteinen valtimotauteja ennaltaehkäisevä lääkitys	Kohonneen verenpaineen ja veren kolesterolipitoisuuden alentaminen monipilleri (polypill)-tyyppisellä, geneerisesti hyvin edullisella lääkityksellä	Suuri	Yli 55-vuotiaat oireettomat henkilöt	Hyvä

Toimenpide	Tavoite	Vaikutuksen suuruus	Kohderyhmä	Kustannusvai-kuttavuus
Suuren riskin strategiat:				
Ennakoiva työ-terveyshuolto ja terveellisten elintapojen tukeminen työpaikalla	Työ- ja toiminta-kyvyn ylläpito ja tukeminen varhaisella puuttumisella	Pieni-kohtalainen	Henkilöt, jotka työterveys-huollon piirissä	Kohtalainen
Sosioekonomi-sen tilanteen huomioiminen primaari-preventiossa lääketieteellisten tekijöiden ohella	Väestöryhmien välisten terveys-erojen vähentäminen	Kohtalainen-suuri	40-vuotta täyttänyt aikuis-väestö	Kustannuksia säästävä
Ennalta-ehkäisevästä lääkityksestä hyötyvien parempi tunnistaminen ja varhainen hoito	Oikea-aikainen hoidon aloituksen ja hoitoon sitoutumisen edistäminen	Kohtalainen	40-vuotta täyttänyt aikuis-väestö	Kustannuksia säästävä

Kirjallisuus

Airaksinen, J. ym. (2017) Development and validation of a risk prediction model for work disability: multicohort study. *Scientific Reports* 7(1), 13578.

Airaksinen, J. ym. (2018) Prediction of long-term absence due to sickness in employees: development and validation of a multifactorial risk score in two cohort studies. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 44(3), 274–82.

Blood Pressure Lowering Treatment Trialists Collaboration (2021) Pharmacological blood pressure lowering for primary and secondary prevention of cardiovascular disease across different levels of blood pressure: an individual participant-level data meta-analysis. *Lancet* 397(10285), 1625–36.

Castelpietra, G. ym. (2022) The burden of mental disorders, substance use disorders and self-harm among young people in Europe, 1990–2019: Findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Regional Health – Europe* 16(100341).

Chatterjee, S. ym. (2017) Type 2 diabetes. *Lancet* 389(10085), 2239–51.

Collins, R. ym. (2016) Interpretation of the evidence for the efficacy and safety of statin therapy. *Lancet* 388(10059), 2532–61.

Di Girolamo, C. ym. (2020) Progress in reducing inequalities in cardiovascular disease mortality in Europe. *BMJ Journals Heart* 106(1), 40–9.

Ding, J. ym. (2020) Antihypertensive medications and risk for incident dementia and Alzheimer's disease: a meta-analysis of individual participant data from prospective cohort studies. *Lancet Neurology* 19(1), 61–70.

Dyslipidemia. Käypä hoito -suositus. (2004) Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Sisätautilääkärin Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [päivitetty 31.3.2022].

GBD Collaborators (2021) Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 397(10292), 2337–60.

Hall K. D., Kahan, S. (2018) Maintenance of lost weight and long-term management of obesity. *Medical Clinics of North America* 102(1), 183–97.

Herttua, K. ym. (2016) Poor adherence to statin and antihypertensive therapies as risk factors for fatal stroke. *Journal of the American College of Cardiology* 67(13), 1507–15.

Hingorani, A. D., Hemingway, H. (2011) How should we balance individual and population benefits of statins for preventing cardiovascular disease? *BMJ* 342, c6244.

Hippisley-Cox, J. ym. (2017) Development and validation of QRISK3 risk prediction algorithms to estimate future risk of cardiovascular disease: prospective cohort study. *BMJ* 357, j2099.

Kivimäki, M. ym. (2023) The multiple roles of life stress in metabolic disorders. *Nature Reviews Endocrinology* 19(1):10–27.

Kivimäki, M. ym. (2020) Association between socioeconomic status and the development of mental and physical health conditions in adulthood: a multi-cohort study. *Lancet Public Health* 5(3), e14–e149.

Kivimäki, M., Steptoe, A. (2018) Effects of stress on the development and progression of cardiovascular disease. *Nature Reviews Cardiology* 15(4), 215–229.

Kivimäki, M. ym. (2022) Body-mass index and risk of obesity-related complex multimorbidity: an observational multicohort study. *Lancet Diabetes & Endocrinology*.

Kivimäki, M., Strandberg, T. (2022) Yhdeksän tervettä vuotta lisää – miten saavutetaan? *Duodecim*.

Koponen, P. ym. (2018) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 tutkimus. Helsinki.

Kuan, V. ym. (2019) A chronological map of 308 physical and mental health conditions from 4 million individuals in the English National Health Service. *Lancet Digital Health* 1(2), e63–e77.

Käypä hoito suositus (2020) Kohonnut verenpaine. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [päivitetty 10.9.2020].

Laatikainen, T., Niiranen, T. (2019) Verenpainetta ei vieläkään oteta vakavasti. *Suomen Lääkäriliitto* 74, 2566–7.

Lamy, A. ym. (2021) The cost implications of a polypill for primary prevention in the TIPS-3 Trial. *European Heart Journal – Quality of Care and Clinical Outcomes*.

Li, Y. ym. (2020) Healthy lifestyle and life expectancy free of cancer, cardiovascular disease, and type 2 diabetes: prospective cohort study. *BMJ* 368, l6669.

Lindbohm, J. V. ym. (2019) 5-year versus risk-category-specific screening intervals for cardiovascular disease prevention: a cohort study. *Lancet Public Health* 4(4), e18–e99.

Livingston, G. ym. (2020) Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet* 396(10248), 41346.

Luo, D. ym. (2020) Association between high blood pressure and long term cardiovascular events in young adults: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 370, m3222.

Manderbacka, K. ym. (2017) Eriarvoisuus somaattisissa terveystilanteissa. Helsinki: Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos.

- Miranda, J. J. ym. (2022) Nutrition-related health taxes: setting expectations. *The Lancet Diabetes & endocrinology* 10(2), 93–4.
- Nyberg, S. T. ym. (2018) Obesity and loss of disease-free years owing to major non-communicable diseases: a multicohort study. *Lancet Public Health* 3(10), e490–e7.
- Nyberg, S. T. ym. (2020) Association of healthy lifestyle with years lived without major chronic diseases. *JAMA Internal Medicine* 180(5), 760–8.
- Peters, R. ym. (2022) Blood pressure lowering and prevention of dementia: an individual patient data meta-analysis. *European Heart Journal*.
- Raitakari, O. ym. (2022) Prevention of atherosclerosis from childhood. *Nature Reviews Cardiology* 19(8), 543–54.
- Rodgers A. ym. (2018) Prevalence trends tell us what did not precipitate the US obesity epidemic. *Lancet Public Health* 3(4), e162–e3.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2017) Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease – A national guideline. SIGN 149. Edinburgh.
- Strandberg T., Koivisto, A. (2022) Muistisairaudet ovat kasvava kansanterveysongelma. *Suomen Lääkäriliitto* 77, e31704.
- Strandberg, T. ym. (2016) Healthy ageing requires a triple strategy. *Aging Clinical and Experimental Research* 28(3), 369–70.
- Tolonen, H. ym. (2022) Development of non-communicable disease risk factors in Finland: projections up to 2040. *Scandinavian Journal of Public Health*, 14034948221110025.
- Yusuf, S. ym. (2021) Polypill with or without aspirin in persons without cardiovascular disease. *New England Journal of Medicine* 384(3), 216–28.
- Yusuf, S. ym. (2016) Blood-pressure and cholesterol lowering in persons without cardiovascular disease. *New England Journal of Medicine* 374(21), 2032–43.

Kansanterveyden kehityssuunta ja toimenpide- ehdotukset

Katja Wikström
erikoistutkija

Päivikki Koponen
johtava asiantuntija

Tuulia Rotko
johtava asiantuntija

Jaana Suvisaari
tutkimusprofessori

Markku Peltonen
tutkimusprofessori
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Näkökulma väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitykseen

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. Käänteiseksi suuntaan tapahtui 2010-luvulla: elinajanodotteen kasvu hidastui, ja väestön toiminta- ja työkyky ei enää jatkanut kohenemistaan. On hyvin mahdollista, että vastaava kehitys jatkuu myös 2020-luvulla ja että koronapandemian vaikutukset korostavat sitä, mikäli kielteisiin kehityssuuntiin ei vaikuteta politiikan keinoin.

Väestön fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakykyisyys on hyvinvointiyhteiskunnan taloudellisen ja sosiaalisen kestävyuden tärkeä tukipilari. 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.)

Terveyden ja hyvinvoinnin eriarvoisuus on vakava ongelma. Väestön terveys sekä työ- ja toimintakyky vaihtelevat merkittävästi esimerkiksi sosioekonomisen aseman, sukupuolen, siviilisäädyn, asuinalueen ja äidinkielen mukaan. Miesten odotettavissa oleva elinikä on matalampi kuin naisten. Lähes kaikki terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin ongelmat ovat yleisempiä vähän koulua käyneillä ja pienituloisilla kuin korkeasti koulutetuilla ja suurituloisilla. Terveys huononee verrattain tasaisesti koko väestössä sosioekonomisen aseman heikentyessä. Pandemia-aika on entisestään vauhdittanut eriarvoistumiskehitystä. Erot johtuvat pääosin syistä, joihin yhteiskunnassa voidaan vaikuttaa, kuten eroista elinoloissa, elintavoissa ja palveluiden saannissa. (Karvonen ym. 2022, Jokela ym. 2021, Manderbacka ym. 2021.)

Väestön terveyttä ja hyvinvointia voivat tulevaisuudessa muovata huomattavasti erilaiset ympäristöön liittyvät uhat, kuten ilmastonmuutoksen ja luontokadon eteneminen, jotka vaarantavat muun muassa kansainvälisen ruokaturvan ja lisäävät tartuntatauti-epidemioiden ja -pandemioiden esiintyvyyttä. Tavanomaisten infektioiden hoitoa uhkaa mikrobi-lääkeresistenssi eli se, että mikrobien vastustuskyky antibiootteja vastaan kasvaa.

Sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes, hengityselinsairaudet, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, syöpä- ja muistisairaudet sekä mielenterveys-, päihde- ja riippuvuushäiriöt ovat Suomessa merkittäviä kansantauteja. Kun väestö ikääntyy, monisairastavuus lisääntyy. Lisäksi hammas- ja suun sairaudet lisäävät muun muassa sydän- ja verisuonisairauksien riskiä. Vaikka kansantautitilanne voi muuttua, edellä mainitut kansantaudit ja niiden riskitekijät määrittävät tulevaisuudessakin merkittävästi toiminta- ja työkykyä sekä hyvinvointia. Vain niiden painoarvo esimerkiksi kuolleisuuden, työkyvyttömyyden ja hoidon tarpeen sekä kustannusten aiheuttajina muuttuu ajan kuluessa, kun hoito kehittyy ja väestön ikärakenne muuttuu. Kuitenkin lähes kaikilla merkittävimmillä

kansantaudeilla on yhteisiä elintapoihin ja elinoloihin liittyviä riskitekijöitä, joihin voidaan merkittävästi vaikuttaa. (Koskinen & Martelin 2007, Koponen ym. 2018, Karvonen ym. 2022, Parikka ym. 2022.)

Huomioita nykypäivästä

Koronapandemia on vaikuttanut kaikkien ikäryhmien terveyteen ja hyvinvointiin (Kestilä ym. 2022, Haario ym. 2021, Suvisaari ym. 2021). Epidemia lisäsi psyykkistä kuormittuneisuutta ja yksinäisyyttä. Lisäksi se vaikutti epäsuotuisasti erityisesti heikommassa asemassa olevien elintapoihin. Epidemia esimerkiksi vähensi ikääntyneiden liikuntaa, kun harrastetoiminta keskeytyi. Toisaalta osalla väestöstä epidemia-ajan muutokset olivat terveyden kannalta myönteisiä ja näkyivät esimerkiksi lisääntyneenä vapaa-ajan liikuntana. Pandemia-aika voi vaikuttaa kansanterveyteen pitkälläkin aikavälillä muun muassa siksi, että joidenkin sairauksien varhainen toteaminen ja hoidon aloittaminen viivästyi.

Läikkäiden ja nuorten yksinäisyys yleistyi korona-aikana. Yksinäisyyteen ja sosiaalisen toimintakyvyn vaikeuksiin liittyvä masennus, ahdistuneisuus ja käyttäytymisen häiriöt voivat lisääntyä tulevaisuudessa ja vaikuttaa paitsi elämänlaatuun myös myöhempään palvelujen tarpeeseen tai päihteiden käyttöön. Mielenterveyshäiriöitä sairastavat kokevat arjessaan syrjintää. He kokevat myös, että heidän yhteiskunnallinen asemansa heikentyy sairauden vuoksi. (Linnaranta ym. 2022.)

Pandemian aikana nuorten ja nuorten aikuisten *psyykkinen 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 autismikirjon diagnosointi on yleistynyt huomattavasti 20 vuoden aikana (Atladottir ym. 2015). Myös aikuisia hakeutuu ADHD-tutkimuksiin enenevästi.

Monilla nykypäivän ilmiöillä on vaikutuksia mielenterveyteen ja mahdollisuuksiin tehdä terveyttä edistäviä valintoja elintavoissa. Monikanavainen *digitaalisuus* on lisännyt arjen kognitiivista kuormitusta sekä opinnoissa ja työelämässä että vapaa-ajalla. Digitalisaatio voi myös vähentää liikkumista ja ylipäättään osallisuutta yhteiskunnassa, mikä lisää väestön eriarvoisuutta ja terveyseroja. Myös etenkin työikäisten suomalaisten *unetto-muusoireet* ovat yleistyneet viimeisten 25 vuoden aikana, ja niiden osuus, jotka eivät nuku tarpeeksi, on kasvanut.

Lihavuuden yleistymisen taustalla on ennen kaikkea 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 kompastus-

kivet ovat edelleen runsas suolan ja kovan rasvan saanti sekä suosituksia pienempi kasvis-ten kulutus. Tietoa lasten ja nuorten sekä ikääntyvien ruoankäytöstä on niukasti. Korona-pandemia ja -rajoitukset vaikuttivat arkisiin tottumuksiin, kuten ostokäyttämiseen ja asiointitapoihin. Elintarvikkeita ja valmiita ruoka-annoksia tilataan yhä useammin koti-ovelle, jolloin säästyy aikaa mutta myös askeleita. (Valsta ym. 2018, Mäki ym. 2021, THL 2021.)

Vähäiseen liikunta-aktiivisuuteen liittyy terveysongelmia, kuten lihavuus, mielenterveys-ongelmat ja alentunut työkyky. Useat näistä ongelmista yleistyvät, ja etenkin nuorilla ja nuorilla aikuisilla kehityssuunta on huolestuttava. Huomionarvoista on myös, että lapset ja nuoret alakoulusta lukioikänsä asti liikkuvat vähemmän ja ovat enemmän paikallaan. Digipelaaminen on fyysisesti passiivista paikallaanoloa, ja kun pelaamiseen käytetään runsaasti aikaa, se vähentää mahdollisuuksia harrastaa liikuntaa. (Kokko ym. 2021, Husu ym. 2022.)

Tupakointi on pääsääntöisesti vähentynyt viime vuosikymmeninä, mutta väestöryhmien välillä on eroja tupakoinnin lopettamisessa. Eniten tupakointi on vähentynyt ylemmissä sosioekonomisissa ryhmissä. Nuuskan käyttö on yleistynyt viime vuosina nuorilla ja nuorilla miehillä. Samoin sähkösavukkeiden käyttö on lisääntynyt erityisesti nuorilla. Sekä nuuskan että sähkösavukkeiden käyttö on liitetty moniin terveyshaittoihin. Esimerkiksi nuuskan käyttäjillä on suurentunut riski sairastua erilaisiin syöpiin, ja jos käyttö on jatkunut pitkään, heillä on myös suurempi riski kuolla ennenaikaisesti. Uusille tupakka- ja nikotiinituotteille yhteistä on niiden sisältämä nikotiini, joka jo itsessäänkin on terveydelle haitallista ja aiheuttaa voimakkaan riippuvuuden. (Jääskeläinen & Virtanen 2020, Martikainen ym. 2014.)

Nykyisin *alkoholi* aiheuttaa paitsi perinteisiä akuutteja haittoja, kuten järjestyshäiriöitä ja myrkytyksiä, myös merkittävässä määrin kroonisia ongelmia, jotka johtuvat pidempiaikaisesta alkoholinkäytöstä. Vuodesta 2008 alkaen alkoholin kokonaiskulutus ja alkoholi-kuolleisuus kääntyivät laskuun. Alkoholikuolemien määrä kääntyi jälleen kasvuun, kun uusi alkoholilaki tuli voimaan vuonna 2018. Alkoholilaki (1102/2017) lisäsi alkoholijuomien saatavuutta ja mahdollisti enintään 5,5-prosenttisten alkoholijuomien myynnin päivittäistavarakaupoissa.

Nuorten aikuisten alkoholin kulutus on vähentynyt, mutta muun muassa kannabiksen ja opioidien käyttö on lisääntynyt, ja käytön kasvu on ollut jatkuvaa. Esimerkiksi amfetamiinin, metamfetamiinin, MDMA:n ja kokaiinin yhteenlasketut käyttömäärät ovat kolminkertaistuneet vuodesta 2012. Kun käyttö lisääntyy, lisääntyvät myös haitat. Erityisen suurta huolta herättää se, että nuorten *huumekuolleisuus* on lisääntynyt nopeasti. Esimerkiksi 15–24-vuotiaiden huumemyrkytyskuolemat kolminkertaistuivat vuosina 2015–2020. Huumekuolemat ovat tällä hetkellä toiseksi yleisin alle 40-vuotiaiden miesten kuolinsyy. (Karjalainen ym. 2020, Warpenius 2021.)

Sydän- ja verisuonisairauksien aiheuttama sairastavuus, työkyvyttömyys ja ennenaikainen kuolleisuus on vähentynyt merkittävästi viime vuosikymmeninä (Parikka ym. 2022). *Kansantaudeista* sydän- ja verisuonitaudit ovat kuitenkin edelleen suomalaisen väestön yleisin kuolinsyy, ja niiden riskitekijätasot, mukaan lukien verenpaine ja kolesterolit, ovat vieläkin varsin kaukana suositusten mukaisista tasoista. Lihavuuden yleistymisen voi

jopa kääntää pitkään jatkuneen myönteisen kehityksen. Lihavuuden yleistymisen myötä muun muassa tyyppin 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. Myös maksasairaudet ovat lisääntyneet voimakkaasti viime vuosikymmeninä, niiden tärkeimmät riskitekijät ovat alkoholin käyttö ja lihominen. Kun väestö ikääntyy, useiden kroonisten sairauksien, kuten muistisairauksien, tapausmäärät ja myös monisairastavuus lisääntyvät. Se taas kasvattaa edelleen hoidon ja palvelujen tarvetta. Yleisiä kroonisia sairauksia ovat suun sairaudet, joilla on samoja riskitekijöitä kuin useilla kansantaudeilla. Suun sairaudet lisäävät riskiä muun muassa diabetekseen, sydän- ja verisuonisairauksiin, aivoinfarktiin, muistisairauksiin sekä ennen aikaiseen syntymään. Vanhuksille voi aiheutua jopa vakavia ravitsemusongelmia, jos suun terveys romahtaa, kun oma toimintakyky heikkenee ja suu ja infektiot jäävät kokonaan hoitamatta. (Koponen ym. 2018, Tolonen ym. 2022.)

Tapaturmakuolemat ovat vähentyneet tällä vuosituhanella lähes neljänneksen. Nykyisin Suomessa tapaturmissa kuolleista noin kaksi kolmannesta on miehiä. Tapaturmakuolemissa korostuvat myös yli 65-vuotiaiden kaatumistapaturmista johtuvat kuolemat. Tapaturmaisesti kuolleista suurin osa kuolee koti- ja vapaa-ajan tapaturmissa. Lasten ja nuorten tapaturmakuolemat ovat merkittävästi vähentyneet viimeisten vuosikymmenten aikana. Itsemurhakuolleisuus ei ole yleisesti lisääntynyt. (Impinen 2018, Partonen ym. 2022.)

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä ja sairauksien ehkäisyssä tarvitaan monien eri yhteiskunnan toimijoiden yhteistyötä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa painopiste pitää siirtää hoidollisista ja korjaavista toimista hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn, mikä on yksi *sote-uudistuksen* tavoitteista (Valtioneuvosto 2019). Uudistuksen tavoitteena on myös turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kansalaisille sekä hillitä kustannusten kasvua. Uudistuksessa erityinen haaste on kehittää hyvinvointialueiden ja kuntien yhteistyötä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä. Jotta voidaan ehkäistä merkittävimpiä kansantauteja ja tehostaa hoitoa, sote-uudistuksessa on tärkeää varmistaa myös perusterveydenhuollon palvelujen yhdenvertainen saatavuus ja hoidon jatkuvuus (Eskola ym. 2022). Jos avohoidon keinoin pystytään välttämään sairaalahoitojaksoja, sillä voitaisiin saavuttaa merkittäviä säästöjä (OECD 2021).

Globaali huolenaihe *ilmastonmuutos* tulee vaikuttamaan väestön terveyteen ja hyvinvointiin monin tavoin. Toisaalta ihmisten motivaatio ilmastonmuutoksen kannalta kestäviin ja samalla terveyttä edistäviin elintapavalintoihin voi kasvaa. Tällaisia valintoja ovat esimerkiksi aktiivinen liikkuminen jalan tai pyörällä ja kasvispainotteinen ruokavalio. Maailmanlaajuisesti muun muassa ruokajärjestelmä on herkkä ilmastonmuutokselle. Se, että ruokaturva heikkenee, vaarantaa ihmisten terveyttä ja hyvinvointia erityisesti kehittyvissä maissa, mikä voi kasvattaa muuttoliikettä. Ympäristön muutokset vaarantavat väestön terveyttä ja hyvinvointia myös Suomessa. Esimerkiksi helleaallot lisäävät sairaaläkäyntejä ja kuolemia, ja ne lisäävät myös epidemioiden riskiä. (Meriläinen ym. 2021, THL 2022.)

Pohdintaa tulevaisuudesta

Väestön *toimintakyvyn* myönteinen kehitys on pysähtynyt, ja samanaikaisesti on viitteitä epäsuotuisista kehityskuluista monissa sairauksissa ja elintavoissa. Lisäksi koronapandemian kaikkia vaikutuksia, ml. pitkäkestoinen COVID-19-oireyhtymä, ei vielä tunneta. Yhdessä väestön *ikäntymisen* kanssa muutokset johtavat siihen, että toimintarajoitteisten ihmisten määrä sekä hoivan ja palveluiden tarve kasvaa huomattavasti tulevaisuudessa. Kun työikäinen väestö ikääntyy ja vähenee, lisääntyy työvoimatarve sekä sote-palveluissa että muilla aloilla. Väestön *työkyky* ei ole enää parantunut, ja työkyky on jopa huonontunut. Lisäksi työelämä on aiempaa vaativampaa. Kaikessa poliittisessa päätöksenteossa tuleekin kiinnittää entistä enemmän huomiota siihen, että edistetään terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä ja varmistetaan perusterveydenhuollon ja ennaltaehkäisyn resurssit. Erityisen tärkeää on kohdistaa toimenpiteitä heikommassa asemassa olevaan väestöosaan. (Koponen ym. 2018, Karvonen ym. 2022.)

Kehityskulut, jotka vaikuttavat kielteisesti *mielenterveyteen*, on saatava katkaistua, tai muuten yhä useampi syrjäytyy ja yhä useamman toiminta- ja työkyky heikkenee ennenaikaisesti. Mielenterveyden edistämisen tavoitteena on lisätä mielen hyvinvointia vahvistavia ja suojaavia tekijöitä. Mielenterveyttä voidaan edistää yksilö-, yhteisö- ja rakenteiden tasolla. Vaikka on tunnistettu jo vuosien ajan, että mielenterveyshäiriöt korostuvat kansanterveysongelmina, tällä hetkellä päihde-, riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujen järjestämistavat vaihtelevat ja niiden pirstaleisuus aiheuttaa eriarvoisuutta niin palvelujen tarjonnassa, palveluihin pääsyssä kuin niissä kustannuksissa, jotka palveluista asiakkaalle aiheutuvat. (Linnaranta ym. 2022.)

Lasten ja nuorten liikunta-aktiivisuus on keskeistä, kun ennakoidaan tulevaisuuden terveysongelmia, jotka liittyvät riittämättömään liikkumiseen. Runsas paikallaanolo yhdessä vähäisen liikunta-aktiivisuuden kanssa on yhteydessä muun muassa lasten ja nuorten lisääntyneeseen ylipainoon, mikä puolestaan heikentää myöhempää työ- ja toimintakykyä. Työikäisen ja iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kannalta riittävä liikunta on tärkeää monien kansantautien ehkäisyssä ja sen lisääntyvän palvelutarpeen ja hoidon kustannusten kasvun hillitsemisessä, joka niistä aiheutuu. (Kokko ym. 2021, Husu ym. 2022.)

Nykyinen *elinympäristömme* on muuttunut suuntaan, joka voi heikentää ihmisten fyysistä toimintakykyä. Esimerkiksi sähköpotkulautojen voimakas yleistyminen voi vähentää erityisesti nuoremman väestöosan fyysistä aktiivisuutta ja siten heikentää kuntoa sekä lisätä tapaturmia. Toinen esimerkki on liian tiivis asuntorakentaminen, jossa lähiluonnon merkitystä virkistys- ja ulkoiluympäristönä, joka edistää toimintakykyä ja terveyttä, ei riittävästi arvosteta. Kaupunkien lähiluonto voi toimia myös sään ääri-ilmiöiden vaimentajana muun muassa siten, että se hillitsee helteen terveyshaittoja. Myös ruokaympäristön muutokset ja ruokavalinnat vaikuttavat terveyteen ja hyvinvointiin. Jos ruokavalio muutetaan kasvispainotteisemmaksi, vain kohtuullisesti lihaa sisältäväksi, sillä voidaan ehkäistä monia kansansairauksia ja niiden riskitekijöitä sekä pienentää ruoan ilmastovaikutuksia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2018, Mäki ym. 2021.)

Mikäli *tupakointi* jatkaa vähenemistään väestössä, vähentyvät tupakoinnista johtuvat sairaudet. Kun muiden tupakkatuotteiden, kuten nuuskan, käyttö yleistyy, se voi kuitenkin osittain kumota positiivisia terveysvaikutuksia, joita tupakoinnin vähenemisellä on. Koska tuotteita käytetään eri tavoilla, niiden välillä on mahdollisia siirtymiä ja tuotekehitys kasvaa alati, on vaikea ennakoida, miten tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön yleisyys ja käyttötavat vaikuttavat kansanterveyteen tulevaisuudessa. (Markkula ym. 2021.)

Suomessa on tehty aloitteita siitä, että enintään 15-prosenttisia *alkoholijuomia*, kuten viinejä, voitaisiin myydä ruokakaupoissa. Tämä uudistus hyvin todennäköisesti kaataisi Alkon vähittäismyynnin yksinoikeusjärjestelmän, ja se koskisi myös väkeviä alkoholijuomia. Jos alkoholijuomien saatavuus kasvaisi merkittävästi, se olisi vahingollista erilaisten alkoholihaittojen ja myös maksasairauksien ja -kuolemien kehityksen kannalta. Jos suomalaiset ruokajuomat korvattaisiin edes osittain viinillä, se todennäköisesti lisäisi erityisesti juuri maksasairauksia ja -kuolemia. Tulevaisuudessa on varauduttava myös siihen, että huumausaineiden käyttö ja kokeilu lisääntyy. Asenteiden lieventyminen voi laskea kynnystä kokeilla huumeita. Se voi myös ennakoida sitä, että jatkuvampi käyttö ja siihen liittyvät haitat yleistyvät. (Karjalainen ym. 2020, Markkula ym. 2021, Mäkelä ym. 2022.)

Riskialttiin ja riippuvuustason digipelaamisen oirekuvan tunnistaminen on tärkeää ja mahdollista uusien diagnostisten kriteerien myötä, mutta tukea ja hoitoa on vielä saatavilla varsin vähän tai ei lainkaan. Rahapelaamista ja rahapelihaittoja koskevien asenteiden muuttuminen, tietoisuuden lisääntyminen *raha- ja digipelaamisesta* sekä pelihaittoihin ja -riippuvuuksiin liittyvän kielteisen leiman vähentäminen ovat tulevaisuudessa merkittävässä roolissa haittojen ehkäisyn kannalta. (Warpenius 2021, Kotovirta ym. 2021, Castrén ym. 2022.)

Tulevaisuudessa *hoivan ja palveluiden tarpeeseen* ei pystytä vastaamaan vain palveluita lisäämällä, ellei *ehkäisevällä toiminnalla kyetä vähentämään tarvetta*. Väestöennusteiden mukaan väestö keskittyy entistä voimakkaammin suuriin kaupunkeihin, perheyhteisöt pirstaloituvat maantieteellisesti eri alueille ja asukkaiden palvelutarpeet muuttuvat monin tavoin. Omaishoitajien tai perheenjäsenten apua voi olla yhä vaikeampi saada, sillä yhä suurempi osa ikääntyneistä ihmisistä asuu yksin, ja perheissä on vähemmän lapsia. (Vaarama & Jylhä 2020.)

Erilaiset *etäpalvelut ja digitaaliset sovellukset* ovat yleistyneet, ja ne tarjoavat aiempaa kustannusvaikuttavampia toimintatapoja sekä kansalaisille että palvelujärjestelmälle ja muille toimijoille, jotka vaikuttavat väestön hyvinvointiin. On kuitenkin otettava huomioon, että ihmisten taidot ja taloudelliset mahdollisuudet käyttää digitaalisia laitteita vaihtelevat. Digitaalisesta yhteiskunnasta syrjäytyminen koskettaa isoa osaa väestöstä – etenkin iäkkäitä ja vähemmän kouluja käyneitä. (Vehko ym. 2022, Virtanen ym. 2022.)

Eri kansantautien *geneettisestä taustasta* saadaan jatkuvasti lisää tutkimusnäyttöä. Se voi tuoda yksilöllistetylle lääketieteelle uusia mahdollisuuksia, joilla voidaan tehostaa sekä sairauksien ehkäisyä että hoitoa. (STM 2023.)

Infektioiden hoitotuloksia uhkaa *mikrobilääkeresistenssi*. Sen yleistymisen pelätään vievän meidät takaisin aikaan, jolloin tavanomaisiin infektioitauteihin ei ollut hoitoa. Mikrobilääkeresistenssin aiheuttama tautitaakka kohdistuu valtaosaltaan hoitolaitoksiin. Suomessa antibioottien teho on edelleen hyvä, mutta resistenssin torjuntaan on syytä suhtautua vakavasti. (Hakanen ym. 2017.)

Kun ilmasto muuttuu, rankkasateet tuulisissa olosuhteissa voivat lisätä rakennusten kosteusvaurioita ja sisäilmaongelmia sekä tulvia erityisesti kaupunkialueilla ja juomavesilähteiden saastumisen riskiä. Ilmaston lämpeneminen voi lisätä pilvisyyttä ja lumettomia talvia, mitkä vähentävät globaalin säteilyn määrää. Siten etenkin talvet voivat pimetä, mikä voi pahentaa mielialaongelmia. Liukkaat kelit yleistyvät, kun lämpötila vaihtelee useammin nollan molemmiin puolin, mikä voi lisätä liukastumistapaturmia. Kun ilmasto lämpenee, myös uusia vakavia tartuntatautiepidemioita tulee esiintymään enemmän. Ne voivat sekä suoraan että välillisesti heikentää väestön terveyttä ja hyvinvointia. Useisiin virusinfektioihin liittyy myös pitkiä, jopa elämänkestoisia, ja oireiltaan vaihtelevia tiloja. Jos *ilmastonmuutosta* ei kyetä oleellisesti hidastamaan, myös sään ääri-ilmiöt yleistyvät entisestään, luonnon monimuotoisuus kärsii, kansainvälistä muuttoliikettä on hankalampi hallita ja maailmantalouden kriisit voivat voimistua. (Meriläinen ym. 2021, THL 2022.)

Toimenpide-ehdotuksia

Väestön hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä tukevat toimenpiteet eivät ole tautikohtaisia, sillä valtaosaa kansantaudeista, myös mielenterveyshäiriöitä ja päihdeongelmia, voidaan ehkäistä samoilla keinoilla:

- turvaamalla terveyden kannalta suotuisat elinolot, kuten toimeentulo, asuminen, ympäristö, esteettömyys, osallisuus
- edistämällä terveyttä tukevia elintapoja, kuten ravitsemusta, liikuntaa, unta, päihteettömyyttä ja tupakattomuutta ja
- tarjoamalla hyvät peruspalvelut.

Kun vahvistetaan peruspalveluja, kehitetään hoidon jatkuvuutta sekä palvelu- ja kuntoutusketjuja ja kuntoutusprosesseja, se mahdollistaa myös työ- ja toimintakyvyn tuen kaikille riippumatta työmarkkina-asemasta tai tuloista. Kun ongelmia ilmenee, varhainen tuki on tärkeää.

Jotta *sosioekonomisia eroja* voidaan kaventaa, on erityisen tärkeää edistää vaikuttaviksi osoitetuilla toimenpiteillä niiden väestöryhmien terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia, joille ongelmat kasautuvat. Monet suurimmista terveyden ja toimintakyvyn ongelmista vähenisivät jopa puoleen nykytasolta koko Suomen väestössä, jos saavuttaisimme Euroopan kärjessä olevien maiden tason tai jos koko väestössä tilanne olisi yhtä hyvä kuin korkea-asteen koulutuksen saaneilla. Syrjinnän ja eriarvoisuuden torjunta,

maahan muuttaneiden kotoutumisen tuki ja heikommassa asemassa olevien osallisuuden edistäminen ovat tärkeitä myös sosioekonomisten erojen kaventamiseksi. (Jokela ym. 2021.)

Iäkkäiden ihmisten toimintakykyä, hyvän elämän edellytyksiä ja edellytyksiä selviytyä itsenäisesti voidaan merkittävästi parantaa yhteiskunnan eri sektoreilla (STM 2020a). Esimerkkejä on monia:

- terveysliikuntaa lisäävä Voimaa vanhuuteen -ohjelma
- ystäväpalvelut
- iäkkäiden mielen hyvinvoinnin vahvistaminen
- edulliset asiakasmaksut terveydenhuollossa
- asuntojen hissi- ja muutostyöavustukset
- yhteisölliset asumisratkaisut
- julkisten tilojen ja liikennevälineiden esteettömyyden parantaminen
- liikkuvat palvelut harvaan asutuilla alueilla
- ennalta ehkäisevät kotikäynnit ja
- minimieläkkeiden korotus.

Vastaavasti ihmistä auttaa suoriutumaan työssä se, että tunnistetaan ja korjataan *työkykyä heikentävät tekijät*, tuetaan jäljellä olevaa työkykyä ja sovitetaan työ työntekijän edellytyksiin. Työkykyohjelman (STM 2020b) ja työelämän mielenterveysohjelman puitteissa on käynnissä hankkeita, joiden hyviä käytäntöjä ollaan ottamassa laajaan käyttöön. Muuttuva ja yhä vaativampi työelämä aiheuttaa ongelmia työn ja perhe-elämän yhteensovittamisessa. Se edellyttää työelämän joustavuutta. Erityisesti tämä koskee työntekijöitä, joilla on lapsia, ja niitä, joiden panos omaishoitajana ja läheisten tukena on tärkeää. Kognitiivisella ergonomialla voidaan tukea työ- ja opiskelukykä. Tällöin työn tai opiskelun puitteet ja käytännöt pyritään sovittamaan mahdollisimman yksilöllisesti ja myös aivoterveyttä edistäviksi. Myöskään työkykyä heikentäviä fyysisiä riskejä ei saisi unohtaa. Uusia haasteita myös työsuojelun ja työkyvyn tuen kannalta tuo se, että työprosesseja eriytetään yrityksiin, jotka vastaavat eri tehtävistä, ja siten, että osa niistä toteutetaan ostopalveluina. Osatyökykyisten ja ikääntyneiden työelämäosallisuutta voidaan tukea monin keinoin.

Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä sekä sote-palveluissa on tärkeää ottaa lähtökohdaksi lapsistrategian linjaukset ja poikkihallinnolliset toimenpiteet (Valtioneuvosto 2021). Lapsuus ja nuoruus on otollista aikaa vaikuttaa elintapojen kehittymiseen, kuten ruoka- ja liikuntatottumusten kehittymiseen.

Toimenpide-ehdotuksia väestön *mielenterveyden* edistämiseksi (Vorma ym. 2020, Linnaranta ym. 2022):

- Kehitetään lasten ja nuorten arjen ympäristöjä, erityisesti koulua, siten, että ne tukevat lasten ja nuorten mielenterveyttä.
- Toteutetaan mielenterveyshäiriöihin liittyvän syrjinnän vastainen ohjelma.
- Vahvistetaan mielenterveyshäiriöiden hoidon osaamista ja resursseja perusterveydenhuollossa.
- Luodaan toimivia hoitopolkuja ja yhteistyömalleja hyvinvointialueille.
- Jalkautetaan näyttöön perustuvia psykososiaalisia hoitomenetelmiä systemaattisesti perustason palveluihin.
- Ylläpidetään pysyvästi koulutusta ja osaamista.
- Edistetään mielenterveyden häiriöihin sairastuneiden henkilöiden työmarkkinoille pääsyä, paluuta ja siellä pysymistä.
- Jalkautetaan ja juurrutetaan vaikuttavia, näyttöön perustuvia menetelmiä, kuten Sijoita ja valmenna (Raivio ym. 2020).

Jos *lihavuustrendi* kääntyisi laskuun, sillä olisi suuri vaikutus väestön terveyteen ja hyvinvointiin. *Ruokaympäristöä pitää kehittää* terveyttä edistäväksi, ja *terveellisiä elintapavalintoja pitää tukea*. Yhteiskunnallisilla ja poliittisilla toimilla, kuten terveysperustaisella hintapolitiikalla ja verotuksella sekä epäterveellisten elintarvikkeiden markkinoinnin rajoituksilla, voidaan vähentää epäterveellisten elintarvikkeiden tarjontaa ja kulutusta. Nämä toimet ovat suositeltavia myös painoon liittyvän stigman näkökulmasta, koska ne kohdistuvat koko väestöön eivätkä vain yksilöihin, joilla on painonhallinnan ongelmia. Julkiset ruokapalvelut tavoittavat varhaiskasvatuksen kautta joka arkipäivä valtaosan alle kouluikäisistä lapsista ja koulujen kautta kaikki peruskoulun ikäluokat taustasta riippumatta. Tarjotulla ruoalla ja opetukseen linkittyvällä ruokakasvatuksella on iso mahdollisuus vaikuttaa lasten ja nuorten ravitsemukseen ja ruokaosaamiseen. Niiden aterioiden ravitsemuksellinen laatu pitää varmistaa, jotka tarjotaan julkisissa ruokapalveluissa. Tämä onnistuu, kun ruokapalveluiden kilpailutuksessa ja toteuttamisessa käytetään ravitsemuslaadun vähimmäisvaatimuksia ehdottomina hankintakriteereinä. (WHO 2017, Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2018.)

Kun *ruokaympäristö muutetaan* terveyttä ja kestävyyttä edistäväksi, keskeistä on yhteistyö ruoka-alan toimijoiden kesken, joita ovat päättäjät, tuottajat, teollisuus, kauppa ja järjestöt. Julkisilla ruokapalveluilla on merkittävä rooli kaikissa ikäryhmissä, kun tuodaan uusia, ilmastoystävällisiä raaka-aineita osaksi arkiruokailua. Työnantajia tulee kannustaa siihen, että he kehittävät työympäristöjä terveyttä edistäväksi esimerkiksi mahdollistamalla terveellisen ruokailun työaikana. Kuluttajille tärkeitä ruokaympäristön muutostekijöitä ovat selkeät pakkausmerkinnät, elintarvikkeiden laadun parantaminen, annos- ja pakkauskoot ja markkinointi. Kestävästi tuotettu ruoka edistää terveyttä ja hyvinvointia

kolmella tavalla: se ehkäisee ja korjaa virheravitsemusta, se ehkäisee ja parantaa sairauksia, jotka aiheutuvat huonosta ravinnosta, ja samalla se ennallistaa luontoympäristöä. (WHO 2017, Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2018.)

Eri-ikäisen väestön fyysistä aktiivisuutta pitää edistää sekä yhteiskunnallisin toimin että arkiympäristöihin vaikuttamalla (Husu ym. 2022, WHO 2017, WHO 2018). Tällaisia ovat esimerkiksi

- kattava ja turvallinen kevyen liikenteen verkosto
- liikkumiseen kannustava päiväkotij- ja kouluympäristö
- maksuttoman liikuntaharrastuksen tarjoaminen kaikille lapsille ja nuorille sekä
- terveyttä ja liikkumista edistävä työ- ja asuinympäristö.

Sen lisäksi, että edistetään liikuntaa vapaa-ajalla ja työ- tai koulumatkalla, voidaan tautata istumista työ- tai koulupäivän aikana ja lisätä aktiivisia taukoja ja lyhyitä liikkumishetkiä. Ikääntyvän väestön fyysistä työ- ja toimintakykyä tuetaan muun muassa

- arkiympäristöllä, joka on esteetön ja liikkumiseen kannustava
- elintapaohjauksella
- matalan kynnyksen liikuntapalveluilla sekä
- tunnistamalla psykososiaaliset haasteet varhain.

Käynnissä olevassa sote-uudistuksessa on tärkeää, että palvelujärjestelmää kehitetään niin, että se vastaa väestön sairauksien ennaltaehkäisyä, 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. Lisäksi kuntien vastuulla olevien palvelujen, kuten varhaiskasvatuksen, opetus-, liikunta- ja kulttuuritoimen, ruokapalvelujen ja yhdyskuntasuunnittelun ja kunnissa toimivien järjestöjen pitää tehdä saumattomasti yhteistyötä hyvinvointialueilla. Kun kehitetään asukas- ja asiakasosallisuutta sekä järjestöyhteistyötä, on erinomaisia mahdollisuuksia vahvistaa terveyden edistämisen, myös mielenterveyden edistämisen, edellytyksiä.

Digitaalisen eriarvoisuuden vähentämiseksi vanhusasiavaltuutettu Päivi Topo on esittänyt seuraavia toimia:

- Säädetään kuntien velvollisuudesta koordinoida digitukea alueellaan.
- Luodaan digipalveluja käyttämättömille kansallisesti keskitetty asiointikanava, ja

- selkeytetään lainsäädännön avulla sähköistä asiointia toisen puolesta asioinnissa tai tuetussa asioinnissa.
- Lisäksi digipalveluja pitää kehittää niin, että kehittämistyössä ovat osallisina myös ne palvelujen käyttäjät, joilla on haasteita digiosaamisessa. (Vanhusasiavaltuutettu 2022.)

Tupakoinnin ehkäisy ja lopettamisen tuki ovat kustannustehokkaita tapoja parantaa kansanterveyttä. Hyvinvointialueilla pitää tukea ja koordinoita tupakasta vieroitusta ja varmistaa, että tupakasta vieroituksen toteutumista seurataan osana kansansairauksien hoidon laadun arviointia. Sen lisäksi, että ehkäistään tupakan käytön aloittamista ja tuetaan lopettamista, tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttöön pitää vaikuttaa lainsäädännöllisesti. Tupakan veron- ja hinnankorotusten on todettu olevan yksi merkittävimmistä keinoista vähentää väestön tupakointia. Veronkorotukset vaikuttavat myös väestöryhmien välisiin eroihin tupakoinnissa ja vähentävät haavoittuvammassa asemassa olevien tupakointia enemmän. Muita tehokkaita toimia on esimerkiksi nostaa ikäraja ja vähentää myyntipaikkoja. (Kotovirta ym. 2021, WHO 2017.)

Kansanterveyden kannalta olisi todella tärkeää, ettei koroteta päivittäistavarakaupoissa myytävien *alkoholijuomien* korkeinta sallittua alkoholiprosenttia. Huumausainepolitiikan suunnasta on käyty vilkasta julkista keskustelua. Sääntelytoimien perustana on kuitenkin se, että halutaan vähentää päihde- ja riippuvuushaittoja sekä edistää terveyttä, turvallisuutta ja hyvinvointia. Avainasemassa ovat ennaltaehkäisy, varhainen tunnistaminen ja tuki sekä matalan kynnyksen haittoja vähentävät palvelut ja hoitopalvelut. Varhaista tunnistamista ja tukea olisi vahvistettava laajasti eri palveluissa niin, että huolehditaan sujuvista yhdyspinnoista ja vaikutetaan nuorten riskikäsitteisiin. Lisäksi haittoja vähentävien palvelujen pitäisi olla saavutettavia. Tämä onnistuu vain laajalla yhteistyöllä ja purkamalla negatiivisia asenteita päihteitä käyttäviä ihmisiä kohtaan sekä vahvistamalla inhimillistä kohtaamista. (Kailanto & Viskari 2022, Kotovirta ym. 2021, Markkula ym. 2021, WHO 2017)

Riittävän alhaisilla ja pakollisilla kulutusrajoilla ehkäistään ja vähennetään *rahapelaamisen haittoja*. Kaikilla säänneltyjä rahapelejä pelaavilla pitäisi olla yksilökohtainen kulutusraja, joka määrittäisi rahapeleihin kulutetun rahan enimmäismäärän. Lisäksi rahapelien saatavuutta rajoittamalla voidaan ehkäistä haittoja. Saatavuuden rajoitukset pitää kohdistaa sääntelyn ulkopuoliseen pelaamiseen ja haitallisimpiin säänneltyihin peleihin. Pelaamista pitäisi ohjata yksinoikeusjärjestelmän sisäpuolelle kestäväällä tavalla ja vähentämällä haittoja. Sääntelyllä vähennetään myytävien rahapelien haitallisia piirteitä. Sekä rahapelaamisen että digipelaamisen haittojen varhaiseen tunnistamiseen ja ehkäisevään työhön on panostettava tulevaisuudessa niin, että turvataan ammattilaisten ja kasvattajien osaaminen. Lisäksi on varmistettava raha- ja digipelaamisen hoidon ja tuen alueellinen saatavuus, saavutettavuus ja laatu. (Kotovirta ym. 2021, STM 2022.)

Tällä hetkellä valtaosa lievistä ja vakavista *tapaturmista* sekä tapaturmakuolemista tapahtuu muualla kuin liikenteessä tai työssä, vaikka nykylainsäädäntö ohjaa voimavaroja ja ehkäisevää työtä liikenne- ja työturvallisuuden parantamiseen. Päihdepolitiikan ja ehkäisevän päihdetyön keinoin voidaan ehkäistä myös päihtyneenä tapahtuvia tapaturmia. (Korpilahti ym. 2020, Kotovirta ym. 2021.)

Ihmiselle uuden taudinaiheuttajan tuottamiin *pandemioihin* varautuminen edellyttää ajan tasalla olevia laboratoriotiloja ja -välineitä ja menetelmällistä osaamista, jotta uudet taudinaiheuttajat tunnistetaan sekä tietojärjestelmiä niiden seuraamiseksi. Myös automaatiota tartuntojen jäljityksessä pitää kehittää ja hyödyntää joukkoistamista. Jotta pandemian vaikutuksia voidaan hallita, olisi vahvistettava väestöterveyden puolesta työskentelevää terveysjärjestelmää kautta Suomen. Tähän tarvitaan myös terveydenhuoltohenkilökunnan täydentävää koulutusta sekä rekisteri- että kliinistä tutkimusta.

Mikrobilääkeresistenssin torjunta, resistenssitilanteen seuranta ja ohjaustoimet lähtevät paikalliselta tasolta, mutta sitä tehdään myös kansallisella ja kansainvälisellä tasolla. Kaikkein kustannustehokkaimpia keinoja torjua mikrobilääkeresistenssiä on parantaa käsihygieniää ja tartuntojen torjuntaa hoitolaitoksissa sekä ohjata paremmin niissä tapahtuvaa mikrobilääkekäyttöä. Lisäksi tarvitaan kansalaisille suunnattua valistusta siitä, miten mikrobilääkkeitä käytetään oikein ja mitkä tekijät vaikuttavat resistenssin leviämiseen.

Suomessa on välttämätöntä kehittää ja ottaa käyttöön *ilmastonmuutoksen* sopeutustoimia erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa, missä hoidetaan muun muassa kroonisesti sairaita ja ikääntyneitä, jotka ovat helleaalloille herkimpiä. Lisäksi kun esimerkiksi tuetaan joukkoliikennettä ja kasvispainotteisempia ruokavalintoja, voidaan samanaikaisesti hillitä ilmastonmuutosta ja edistää kansanterveyttä. Nykyinen ruokajärjestelmä tuottaa kolmanneksen kaikista maapallon hiilidioksidipäästöistä. Päästöjä voitaisiin vähentää siirtymällä kasvikunnan tuotteisiin painottuvaan ruokavalioon, joka sisältäisi pääasiassa kasvi- ja kalaperäistä tyydyttymätöntä rasvaa ja joka edistää terveyttä ja pienentää lukuisien sairauksien riskiä. YK:n asettamat kestävän kehityksen mukaiset ilmastonmuutos- ja monimuotoisuustavoitteet eivät voi toteutua ilman merkittävää ja nopeaa muutosta globaalissa ruokajärjestelmässä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2018, Meriläinen ym. 2021, THL 2022)

Tulevaisuudessa kansanterveyteen vaikuttavat sekä perinteiset kansantaudit että uudet ilmiöt. Kaikki kansanterveyden kehityssuunnat eivät ole ennakoitavissa, mutta kansantaudit ja niiden riskitekijät eivät ole poistumassa väestöstä. Ne vaikuttavat merkittävästi ihmisten toiminta- ja työkykyyn sekä hyvinvointiin, ja niistä aiheutuu yhteiskunnalle merkittäviä kustannuksia. Siksi tarvitaan terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia edistävää pitkäjänteistä yhteiskuntapolitiikkaa. Suomi on ollut tässä suhteessa edelläkävijä, kun se on korostanut ”terveys kaikissa politiikoissa” -näkökulmaa ja vahvistanut ”hyvinvointitalous”-ajattelua, jonka mukaan väestön hyvinvointi ja talous tukevat toisiaan. Terve, toiminta- ja työkykyinen ja hyvinvoiva väestö on kaikkien hallinnonalojen päämäärien kannalta välttämätön voimavara sekä kestävän hyvinvoinnin perusta. Kun tähän pyritään, on huolehdittava siitä, että terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia edistävä toiminta tavoittaa etenkin ne isot väestöryhmät, joissa ongelmat ovat yleisimpiä.

Kirjallisuus

Aalto-Setälä T., Suvisaari J., Appelqvist-Schmidlechner K., Kiviruu O (2021) *Pandemia ja nuorten mielenterveys: Kouluterveyskysely 2021*. Tutkimuksesta tiiviisti 51/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Alkoholilaki (1102/2017). <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/20171102>

Atladdottir H. O., Gyllenberg D., Langridge A. ym. (2015) The increasing prevalence of reported diagnoses of childhood psychiatric disorders: a descriptive multinational comparison. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 24:173–183.

Castrén, S., Raisamo, S. & Alho, H. (2022) Rahapeliriippuvuuden varhainen tunnistaminen on tärkeää - uusia suuntaviivoja diagnostiikkaan, tukeen ja hoitoon. *Lääkärilehti* 77(32); 1259–1262. <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/rahapeliriippuvuuden-varhainen-tunnistaminen-on-tarkeaa/>

Eskola P., Tuompo W., Riekkä M., Timonen M., Auvinen J. (2022) *Hoidon jatkuvuusmalli Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:17. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9884-1>

Haario, P., Koponen, P., Parikka, S. ym. (2021) Koronaepidemian ja sen rajaamistoimien vaikutukset elintapoihin ja arkielämään koulutusryhmittäin. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 58(3), 209–219.

Hakanen A., Jalava J. & Kaartinen L. (2017) *Mikrobilääkeresistenssin torjunnan kansallinen toimintaohjelma 2017–2021*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:4.

Husu P., Tokola K., Vähä-Pyyä H. & Vasankari T. (2022) *Liikuntaraportti: Suomalaisten mitattu liikkuminen, paikallaanolo ja fyysinen kunto 2018–2022*. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2022:33.

Impinen A. (2018) *Tapaturmat erikoissairanhoidossa 2018: Kaatumiset merkittävien tapaturmasyy sairaalahoitossa*. Tilastoraportti 41/2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020101984499>

Jokela S., Kilpeläinen K., Parikka S., Sares-Jäske L., Koskela T., Lumme S., Martelin T., Koponen P., Koskinen S. & Rotko T. (2021) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa – Ehdotus seurantajärjestelmän kehittämiseen*. Raportti 5/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-656-5>

Jääskeläinen M. & Virtanen S. (2020) *Tupakkatilasto 2020 – Tupakointi vähenee mutta väestöryhmien välillä eroa*. Tilastoraportti 38/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Kailanto S. & Viskari I. (toim.) (2022) *Huumekuolemien ehkäisy Suomen malli: Suosituksia huumekuolemien ehkäisemiseksi*. Työpäperi 06/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143786/URN_ISBN_978-952-343-819-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Karjalainen K., Pekkanen N. & Hakkarainen P. (2020) *Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet – Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2018*. Raportti 2/2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139059/URN_ISBN_978-952-343-441-7.pdf?isAllowed=y&sequence=1

Karvonen S., Kestilä L. & Saikkonen P. (toim.) (2022) *Suomalaisten hyvinvointi 2022*. Teema/tietokirja. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-996-2>

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: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-865-1>

Kokko, S., Hämylä, R., & Martin, L. (toim.) (2021) *Nuorten liikuntakäyttäytyminen Suomessa*. LIITU-tutkimuksen tuloksia 2020. Valtion liikuntaneuvoston julkaisuja 2021:1.

Koponen P., Borodulin K., Lundqvist A., Sääksjärvi K. & Koskinen S. (toim.) (2018) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus*. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Korpilahti, U., Koivula, R., Doupi, P., Jakoaho, V. & Lillsunde, P. (toim.) (2020) *Turvallisesti kaiken ikää: Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisy ohjelma 2021–2030 sekä selvitys kustannuksista*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:33. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8343-4>

- Koskinen S. & Martelin T. (2007) Nykyiset kansanterveysongelmat ja mahdollisuudet niiden torjumiseen. Teoksessa M. Pekurinen, P. Puska ym. (toim.) *Terveydenhuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyyn merkitys*. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia. https://vnk.fi/documents/10616/622950/J0407_Terveysdenhuollon_menojen_hillint%C3%A4.pdf/cdc63122-e275-4212-82a0-8d7c2c6f8226?version=1.0
- Kotovirta E., Markkula J., Pajula M., Paavola M., Honkanen R. & Tuominen I. (2021) *Päihde- ja riippuvuusstrategia. Yhteiset suuntaviivat vuoteen 2030*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9891-9>
- Linnaranta O., Strand T., Suvisaari J., Partonen T. & Solin P. (2022). *Mielenterveysstrategia 2020–2030 – toimeenpanon ensimmäiset vuodet ja yhteisen tekemisen tahto*. Työpaperi 55/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-990-0>
- 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: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-739-5>
- Markkula J., Rapeli S., Kemppainen J. & Kotovirta E. (2021) *Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma. Väliarviointi ja jatkossa tehostettavat toimet vuoteen 2025*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2021:13. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9887-2>
- Martikainen P., Mäkelä P., Peltonen R. & Myrskylä M. (2014) Income Differences in Life Expectancy – The Changing Contribution of Harmful Consumption of Alcohol and Smoking. *Epidemiology* 25(2), 182–190. <https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000000064>
- Meriläinen, P., Paunio, M., Kollanus, V. ym. (2021) *Ilmastonmuutos sosiaali- ja terveyssektorilla – Sosiaali- ja terveysministeriön ilmastonmuutokseen sopeutumisen suunnitelma (2021–2031)*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:20. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163160>
- Mäkelä P., Warpenius K. & Karlsson T. (2022) *Alkon yksinoikeusjärjestelmä on tehokas keino ehkäistä alkoholihaittoja*. Tutkimuksesta tiiviisti 17/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-842-2>
- Mäki P., Puska P., Rissanen A. & Mustajoki P. (2021) Yhteiskunnalliset toimet välttämättömiä lihomiskehityksen kääntämiseksi. *Suomen Lääkärilehti* 50–52, 3051–3055.
- OECD (2021). *State of health in the EU. Suomi: Maan terveysprofiili 2021*. <https://doi.org/10.1787/8bbe2ecb-fi>
- Parikka S., Koskela T., Pietilä A., Koponen P. & Koskinen S. (2022) *THL:n sairastavuusindeksi 2019. Sairastavuuden alueittaiset erot ovat suuria*. Tilastoraportti 13/2022. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022042530303>
- Partonen T., Kiviruu O., Grainger M., Eklin A. & Suvisaari J. (2022) *Itsemurhakuolemat Suomessa vuosina 2016–2021*. Tutkimuksesta tiiviisti 47/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-941-2>
- Raivio H. & Appelqvist-Schmidlechner K. (2020) *IPS – Sijoita ja valmenna! -kehittämishanke*. Ohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:12. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9870-4>
- STM (2020a). *Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030. Tavoitteena ikäkyvykäs Suomi*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:31 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-6865-3>
- STM (2020b). *Työkykyohjelma 2020–2022: Ohjelma ja hakuopas*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:11, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9866-7>
- STM (2022) *Rahapelipoliittinen ohjelma*. Valtioneuvoston julkaisuja 2022:40. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-871-0>
- STM (2023) *Genomistrategia*. <https://stm.fi/documents/1271139/2013549/FIN-Genomistrategia-final-verkko.pdf/6aad944-e268-4b46-4187-5812fdd4f101/FIN-Genomistrategia-final-verkko.pdf?t=1675245291191>

- Suvisaari J., Appelqvist-Schmidlechner K., Solin P., Ristiluoma N., Pietilä A., Koskinen S. & Koponen P. (2021) *Psyykkisen kuormittuneisuuden ja positiivisen mielenterveyden muutokset suomalaisessa aikuisväestössä vuosina 2017–2020: FinTerveys 2017 -seurantatutkimuksen tuloksia*. Tutkimuksesta tiiviisti 26/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-691-6>
- Suvisaari J., Aalto-Setälä T., Kiviruusu O., Parikka S., Koskela T. (2022) *Mielenterveys*. Teoksessa L. Kestilä, S. Kapiainen, M. Mesiäislehto ja P. Rissanen (toim.) *Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen: Asiantuntija-arvio*, kevät 2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 24–33.
- THL (2021) *Lihavuuteen liittyvä sairastuvuus -karttapalvelu*. <https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/lihavuus/lihavuuteen-liittyva-sairastuvuus-karttapalvelu>
- THL (2022) *Ilmastonmuutoksen terveysvaikutukset*. THL:n verkkosivut. <https://thl.fi/fi/web/ymparistoterveys/ilmasto-ja-saa/ilmastonmuutoksen-terveysvaikutukset>
- Tolonen H., Reinikainen J., Zhou Z. ym. (2022) *Development of non-communicable disease risk factors in Finland – projections up-to 2040*. Scandinavian Journal of Public Health 2022. <https://doi.org/10.1177/14034948221110025>
- Vaarama, M. & Jylhä, M. (2020) Syrjintä pois ja palvelut kuntoon - kohti tietoon perustuvaa ikääntymispolitiikkaa. *Gerontologia* 34(4), 317–322.
- Valsta L., Kaartinen N., Tapanainen H., Männistö S. & Sääksjärvi K. (toim.) (2018) *Ravitseminen Suomessa: FinRavinto 2017 -tutkimus*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 12/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Valtioneuvosto (2019) *Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma: Osallistava ja Osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta*. Valtioneuvoston julkaisuja 2019:31. Helsinki: Valtioneuvosto.
- Valtioneuvosto (2021) *Kansallisen lapsistrategian toimeenpanosuunnitelma – Valtioneuvoston periaatepäätös*. Valtioneuvoston julkaisuja 2021:81. Helsinki: Valtioneuvosto.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta (2018) *Terveyttä ruoasta – Suomalaiset ravitsemussuosituksien 2014*. 5. korjattu painos. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta.
- Vanhusasiavaltuutettu (2022) Tiedote. <https://vanhusasia.fi/-/iakkaiden-ihmisten-syrjajytyminen-digihteiskunnasta-on-ollut-tiedossa-pitkaan-vanhusasiavaltuutettu-ehdottaa-kolmea-ratkaisua-paattajille-yhdenvertaisuuden-edistamiseksi>
- Vehko T., Kaihlanen A.-M., Kainiemi E., Kyytsönen M., Nadav J., Saukkonen P., Virtanen L. & Heponiemi T. (2022). *Väestön mahdollisuudet hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisiä palveluja*. Teoksessa S. Karvonen, L. Kestilä & P. Saikkonen (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2022*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 251–267. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-996-2>
- Virtanen L., Kaihlanen A.-M., Kouvonen A., Safarov N., Laukka E., Valkonen P. & Heponiemi, T. (2022). *Hyvinvointiyhteiskunnan digitaaliset palvelut yhdenvertaisiksi — 9 kriittistä toimenpidettä haavoittuvassa asemassa olevien huomioimiseksi. Päätösten tueksi 1/2022*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-811-8>
- Vorma H., Rotko T., Larivaara M. & Kosloff A. (toim.) (2020) *Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6.
- Warpenius K. (toim.) (2021) *Alkoholi-, tupakka-, huumausaine- ja rahapelitilanne Suomessa: Päihde- ja riippuvuusstrategian taustaselvitys*. Työpaperi 04/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.julkari.fi/handle/10024/141160>
- WHO (2017) *Tackling NCDs – ‘Best Buys’ and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259232/WHO-NMH-NVI-17.9-eng.pdf>
- WHO (2018) *Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272722>



EDUSKUNTA RIKSDAGEN

ISBN 978-951-53-3814-3 (NID.) | 978-951-53-3815-0 (PDF)
ISSN 2342-6594 (PAINETTU) | ISSN 2342-6608 (VERKKOJULKAISU)

