

RAPORTTI 1/2025



Laura Kestilä & Sakari Karvonen (toim.)

# Ratkaisuja kestävä yhteiskunnan rakentamiseen

Väestön terveys- ja hyvinvointikatsaus 2025

Raportti 1/2025

# Ratkaisuja kestävä yhteiskunnan rakentamiseen

Väestön terveys- ja hyvinvointikatsaus 2025

Laura Kestilä & Sakari Karvonen (toim.)



Suomen Syöpärekisteri



Terveyden ja  
hyvinvoinnin laitos

© Kirjoittaja(t) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Anu Lindgren, THL

Kuviot: Mikko Airikka, THL

ISBN 978-952-408-444-4 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-444-4>

# Esipuhe

Hyvä lukija,

kädessäsi on runsas ja ajantasainen tietopaketti Suomen väestön hyvinvoinnista, terveydestä ja arjen turvallisuudesta. Ratkaisuja kestäväen yhteiskunnan rakentamiseen -raportti on laadittu THL:n johtamana yhdessä Kelan ja Suomen Syöpärekisterin kanssa. Se on tarkoitettu kaikille aihepiiristä kiinnostuneille, mutta erityisesti toivomme, että päättäjät hyödyntävät sitä tehdessään tietoon perustuvaa politiikkaa.

Suomessa vuosikymmeniä jatkunut väestön terveyden ja hyvinvoinnin kohentuminen on viime vuosina osin hiipunut. Lisäksi väestörakenteessa tapahtuu nopeita muutoksia, joista merkittävimmät ovat ikääntyneiden määrän kasvu ja matala syntyvyys. Ne yhdessä heikentävät huoltosuhdetta lähivuosina nopeasti.

Väestönkasvu on jo pitkään ollut maahanmuuton varassa, ja jos emme pysty lisäämään ikääntyvien terveyttä ja toimintakykyä, sosiaali- ja terveydenhuollon menot kasvavat samaa tahtia kuin keski-ikä nousee. Terveiden elinvuosien lisääminen vaatii johdonmukaisia yhteiskunnallisia päätöksiä.

Raportti käyttää tuoreinta mahdollista tietoa kuvaamaan, kuinka hyvin yhteiskuntamme pystyy takaamaan perustuslain mukaiset perusoikeudet, kuten yhdenvertaisuuden ja vapauden sekä elämän ja terveyden turvan. Se peilaa nykytilannetta jo toteutuneeseen ja pyrkii luomaan realistisen kuvan siitä, mihin kehitys johtaa, jos kielteisiin kehityskulkuihin ei puututa.

Raportissa tarkastellaan myös, mitä tapahtuisi, jos onnistumme vahvistamaan terveyden ja hyvinvoinnin kannalta myönteistä kehitystä tai kääntämään huonoa kehitystä paremmaksi.

Paljonko sairastumisia voisimme välttää, kuinka monta ennenaikaista kuolemaa estää? Kuinka paljon yhteiskunnan resursseja säästyisi tai olisi käytettävissä muihin tärkeisiin tarkoituksiin, jos ihmiset olisivat terveitä ja toimintakykyisiä mahdollisimman pitkään? Vastauksia näihin kysymyksiin on pyritty antamaan paitsi säästettyjen ja terveiden elinvuosien avulla, myös euromääräisesti, jos se on ollut mahdollista.

Raportissa esitetyt arviot osoittavat, että sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten hallitsemattomalle kasvulle on olemassa vaihtoehto. Se vaatii sosiaali- ja terveystalouden painopisteen siirtämistä selvästi nykyistä vahvemmin terveyden edistämiseen ja ennaltaehkäiseviin palveluihin sekä samanaikaisesti toteutettuja muita päätöksiä, jotka tukevat väestön terveellistä elämää. Paljon voidaan tehdä, jos nämä toimet vain nostetaan yhteiskunnan arvoasteikossa etusijalle ja jos päättäjät uskaltavat tehdä tarvittavia ratkaisuja.

Pelkästään jo raportin pinnallinen tarkastelu osoittaa, että melko suoraviivaisilla toimilla olisi mahdollista vähentää sairastavuutta ja saada merkittäviä kustannussäästöjä. Suurimmat todennäköiset terveys- ja hyödyt voitaisiin saavuttaa vaikuttamalla ravitsemukseen, päihteiden käyttöön ja liikuntaan tavoilla, jotka paitsi rohkaisevat terveellisten valintojen tekemiseen, myös mahdollistavat ne. Osittainkin muutos parempaan suuntaan tuottaisi maltillisestikin arvioiden yli 2 miljardin euron vuosittaiset säästöt sote-menoissa verrattuna siihen, että kehitys jatkuu nykyisellään.

Tarvitaan kuitenkin konkreettisia toimia. Pelkkä oikeista valinnoista kertominen ei riitä, ja liian holhoava äänensävy karkottaa kuulijat. Tuloluokkien väliset erot sekä sairastavuudessa että eliniässä ovat suurelta osin johdettavissa ravitsemuksellisiin valintoihin, joita hinta ohjaa hyvin voimakkaasti. Ravintoarvoltaan vähäisimmät ja kalorimäärältään usein korkeimmat elintarvikkeet ovat myös halvimpia. Päihteiden käytössä tärkeä tekijä hinnan lisäksi on laaja tarjonta, joka lisää kulutusta merkittävästi. Ilmaiset tai edulliset liikuntamahdollisuudet lähiympäristössä puolestaan mahdollistavat liikkumisen isolle joukolle.

Pidämme THL:ssä ensisijaisen tärkeänä, että yhteiskunnallisessa päätöksenteossa väestön terveys ja hyvinvointi asetetaan yksittäisten etupiirien näkemysten edelle. Esimerkiksi porrastamalla elintarvikkeiden verotusta voimakkaasti ravintoarvoihin (kovat rasvat, sokeri, suola) perustuen voitaisiin helpottaa terveellisten valintojen tekemistä ja samalla ohjata valmistajia kehittämään vaihtoehtoja epäterveellisille tuotteille. Tuoreiden kasvien, marjojen ja hedelmien vero voitaisiin puolestaan laskea mahdollisimman alas.

Samanaikaisesti tulisi kaikin keinoin välttää muutoksia, jotka hyvin todennäköisesti kasvattaisivat jo nykyisellään kuormittuneen julkisen sote-järjestelmän painetta ja lisäisivät yhteiskunnan kustannuksia. Siksi emme myöskään pidä järkevänä alkoholin myynnin laajentamista vähittäiskaupoissa.

Päättäjät, hyödynnä tämän raportin tarjoamaa tutkittua ja kattavaa laadukasta tietoa päätöksenteossa ja omassa vaikuttamistyössäsi! Monet ehdotetut toimet ovat terveystekojen lisäksi kestävyystekoja.

Jos haluat vielä syvempää porautumista yksityiskohtiin, asiantuntijamme ovat käytettävissäsi. Soita meille niin autamme. Olemme täällä sitä varten, että me kaikki voisimme hyvin. Nyt ja tulevaisuudessa.

*Mika Salminen*

Pääjohtaja

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

# Kirjoittajatiedot luvuittain

## 1 Tavoitteena terve ja hyvinvoiva väestö

### 1.1 Demografinen kehitys ja yhteiskunnan kestävyys

Laura Kestilä, johtava tutkija, tiimipäällikkö, Hyvinvointivaltion tutkimus, THL

### 1.2 Koettu hyvinvointi ja sen kehitys

Anna-Maria Isola, johtava tutkija, Palvelut, THL

Sakari Karvonen, tutkimusprofessori, Hyvinvointivaltion tutkimus, THL

Anna Keto-Tokoi, johtava asiantuntija, Palvelut, THL

Lars Leemann, tutkija, Palvelut, THL

### 1.3 Työ- ja toimintakyky, sairastavuus ja lihavuus

Sirpa Heinävaara, tutkimusjohtaja, Suomen Syöpärekisteri

Marja Holm, tilastotutkija, Hyvinvointiseuranta, THL

Päivikki Koponen, johtava asiantuntija, Hyvinvointiseuranta, THL

Seppo Koskinen, tutkimusprofessori, Hyvinvointiseuranta, THL

Terhi Kurko, erikoistutkija, Tutkimusyksikkö, Kela

Tiina Laatikainen, professori, Itä-Suomen yliopisto/THL

Jouni Lahti, tutkimuspäällikkö, Hyvinvointiseuranta, THL

Elsi Lindell, tilastotutkija, Hyvinvointivaltion tutkimus, THL

Annamari Lundqvist, johtava tutkija, Hyvinvointiseuranta, THL

Riitta Luoto, ylilääkäri, Tutkimusyksikkö, Kela

Päivi Mäki, kehittämispäällikkö, Elintavat ja elinympäristö, THL

Satu Männistö, tutkimuspäällikkö, Elintavat ja elinympäristöt, THL

Suvi Parikka, tutkimuspäällikkö, Hyvinvointiseuranta, THL

Jaakko Reinikainen, erikoistutkija, Hyvinvointiseuranta, THL

Päivi Sainio, erikoistutkija, Hyvinvointiseuranta, THL

Kati Sarnola, erikoistutkija, Tutkimusyksikkö, Kela

Karri Seppä, tutkimuspäällikkö, Suomen Syöpärekisteri

Katri Sääksjärvi, erikoistutkija, Hyvinvointiseuranta, THL

### 1.4 Terveystien eriarvoisuus

Sirpa Heinävaara, tutkimusjohtaja, Suomen Syöpärekisteri

Päivikki Koponen, johtava asiantuntija, Hyvinvointiseuranta, THL

Timo Koskela, erikoissuunnittelija, Hyvinvointiseuranta, THL

Elsi Lindell, tilastotutkija, Hyvinvointivaltion tutkimus, THL

Sonja Lumme, johtava tutkija, Hyvinvointivaltion tutkimus, THL

Suvi Parikka, tutkimuspäällikkö, Hyvinvointiseuranta, THL

Karri Seppä, tutkimuspäällikkö, Suomen Syöpärekisteri

### 1.5 Mielenterveys

Jenni Blomgren, tutkimusprofessori, Tutkimusyksikkö, Kela

Olli Kiviruusu, tutkimuspäällikkö, Edistävä ja ehkäisevä työ, THL

Suvi Parikka, tutkimuspäällikkö, Hyvinvointiseuranta, THL

Jaana Suvisaari, tutkimusprofessori, Edistävä ja ehkäisevä työ, THL

## 1.6 Terveelliset ja kestävät elintavat

Jaana Halonen, johtava tutkija, Elintavat ja elinympäristöt, THL  
Niina Kaartinen, erikoistutkija, Elintavat ja elinympäristöt, THL  
Jouni Lahti, tutkimuspäällikkö, Hyvinvointiseuranta, THL  
Satu Männistö, tutkimuspäällikkö, Elintavat ja elinympäristöt, THL  
Sari Niinistö, tutkimuspäällikkö, Elintavat ja elinympäristöt, THL

## 1.7 Päihteet ja riippuvuudet

Sari Castrén, tutkimuspäällikkö, Edistävä ja ehkäisevä työ, THL  
Teemu Gunnar, johtava asiantuntija, tiimipäällikkö, Oikeuskemia, THL  
Maria Heiskanen, erikoistutkija, Edistävä ja ehkäisevä työ, THL  
Sanna Kailanto, erityisasiantuntija, Edistävä ja ehkäisevä työ, THL  
Aino Kankaanpää, kehittämispäällikkö, Oikeuskemia, THL  
Karoliina Karjalainen, erikoistutkija, Edistävä ja ehkäisevä työ, THL  
Pirkko Kriikku, oikeuskemisti, Oikeuskemia, THL  
Kristiina Kuussaari, erikoistutkija, Edistävä ja ehkäisevä työ, THL  
Pia Mäkelä, tutkimusprofessori, Edistävä ja ehkäisevä työ, THL  
Hanna Ollila, erityisasiantuntija, Edistävä ja ehkäisevä työ, THL  
Otto Ruokolainen, erityisasiantuntija, Edistävä ja ehkäisevä työ, THL  
Sanna Rönkä, erityisasiantuntija, Edistävä ja ehkäisevä työ, THL  
Jani Selin, erikoistutkija, Edistävä ja ehkäisevä työ, THL  
Katariina Warpenius, erikoistutkija, Edistävä ja ehkäisevä työ, THL

## 2 Toimiva, yhdenvertainen ja kustannustehokas palvelujärjestelmä

### 2.1 Sote-järjestelmä

Tiina Hetemaa, ylilääkäri, Hyvinvointivaltion tutkimus, THL  
Jutta Nieminen, erityisasiantuntija, Palvelujärjestelmä, THL  
Satu Paatela, tutkija, Hyvinvointivaltion tutkimus, THL  
Timo Ståhl, johtava asiantuntija, Edistävä ja ehkäisevä työ, THL  
Liina-Kaisa Tynkkynen, johtava tutkija, Hyvinvointivaltion tutkimus, THL

### 2.2 Sosiaali- ja terveystoimen palveluittain ja hyvinvointialueittain

Juha Honkatukia, johtava tutkija, Hyvinvointivaltion tutkimus, THL  
Matti Pihlava, erikoistutkija, Hyvinvointivaltion tutkimus, THL

### 2.3 Sote-henkilöstötarpeen kehitys

Juha Honkatukia, johtava tutkija, Hyvinvointivaltion tutkimus, THL

### 2.4 Ikääntyneiden palvelut

Mari Aaltonen, johtava tutkija, Palvelut, THL  
Hanna Alastalo, johtava tutkija, Palvelut, THL  
Teija Hammar, johtava asiantuntija, Palvelut, THL  
Katja Ilmarinen, erikoistutkija, Hyvinvointivaltion tutkimus, THL  
Sari Kehusmaa, johtava asiantuntija, tiimipäällikkö, Palvelut, THL  
Elina Lindström, kehittämispäällikkö, Palvelut, THL  
Marjaana Pennanen, kehittämispäällikkö, Palvelut, THL  
Pia Pulkkinen, asiantuntija, Palvelut, THL  
Petra Saukkonen, erikoistutkija, Palvelut, THL  
Timo Sinervo, tutkimusprofessori, Hyvinvointivaltion tutkimus, THL

## 2.5 Vammaisten henkilöiden palvelut

Päivi Hömppi, erityisasiantuntija, Palvelut, THL  
Elina Lindström, kehittämispäällikkö, Palvelut, THL  
Päivi Nurmi-Koikkalainen, johtava asiantuntija, Palvelut, THL  
Iiro Toikka, kehittämispäällikkö, Palvelut, THL

## 2.6 Lastensuojelu

Pia Eriksson, erikoistutkija, Turva ja Suojelu, THL  
Martta Forsell, kehittämispäällikkö, Tieto ja tietotuotteet, THL  
Taina Laajasalo, tutkimusprofessori, Turva ja Suojelu, THL  
Jaana Tervo, erityisasiantuntija, Turva ja Suojelu, THL

# 3 Arjen turva ja kriisien kohtaaminen

## 3.1 Eriarvoisuus ja osattomuus

Anu Castaneda, tutkimusprofessori, Palvelut, THL  
Pekka Karjalainen, erityisasiantuntija, Hyvinvointivaltion tutkimus, THL  
Sakari Karvonen, tutkimusprofessori, Hyvinvointivaltion tutkimus, THL  
Timo Kauppinen, johtava tutkija, Hyvinvointivaltion tutkimus, THL  
Eeva Liukko, erityisasiantuntija, Palvelujärjestelmä, THL  
Saida Mäki-Penttilä, kehittämispäällikkö, Palvelut, THL  
Johanna Närvi, tutkimuspäällikkö, Hyvinvointivaltion tutkimus, THL

## 3.2 Sosiaaliturva

Katri Aaltonen, erikoistutkija, Tutkimusyksikkö, Kela  
Tuija Korpela, tutkija, Tutkimusyksikkö, Kela  
Hennamari Mikkola, tutkimusprofessori, tutkimusyksikön päällikkö, Tutkimusyksikkö, Kela  
Susanna Mukkila, asiantuntija, Hyvinvointivaltion tutkimus, THL  
Joonas Ollonqvist, erikoistutkija, Hyvinvointivaltion tutkimus, THL  
Paula Saikkonen, tutkimuspäällikkö, Hyvinvointivaltion tutkimus, THL

## 3.3 Väkivalta

Johanna Hietämäki, erikoistutkija, Turva ja suojelu, THL  
Jenni Krogell, erityisasiantuntija, Turva ja suojelu, THL  
Jonna Laitonen, projektipäällikkö, Turva ja suojelu, THL  
Elisa Niklander, kehittämispäällikkö, tiimipäällikkö, Turva ja suojelu, THL  
Anneli Portman, erityisasiantuntija, Turva ja suojelu, THL

## 3.4 Kriisinkestävyys ja varautuminen

Jaana Halonen, johtava tutkija, Elintavat ja elinympäristöt, THL  
Anna Katz, johtava asiantuntija, yksikönpäällikkö, Terveysuhkien torjunta, THL  
Laura Kestilä, johtava tutkija, tiimipäällikkö, Hyvinvointivaltion tutkimus, THL  
Hannu Kiviranta, tutkimusprofessori, Väestö, THL  
Viljami Lampilinna, kehittämispäällikkö, Terveysuhkien torjunta, THL



# Tiivistelmä

Laura Kestilä, Sakari Karvonen (toim.). Ratkaisuja kestävästä yhteiskunnan rakentamiseen. Väestön terveys- ja hyvinvointikatsaus 2025. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 1/2025. 126 sivua. Helsinki 2025. ISBN 978-952-408-444-4 (verkkajulkaisu)

Väestön terveys- ja hyvinvointikatsaus 2025 on valmisteltu THL:n aloitteesta ja laitoksen, Kelan sekä Suomen Syöpärekisterin asiantuntijoiden yhteistyönä. Se tarkastelee suomalaisten hyvinvoinnin ja terveyden tilaa, kehitystä ja tulevaisuutta, sekä näihin liittyviä sosiaali- ja terveyspalvelujen, sosiaaliturvan ja kriisinkestävyyden kysymyksiä. Viitekehyksenä on sosiaalinen kestävyys, erityisesti tarkasteltuna monikriisin aikakautena. Katsauksessa nostetaan esiin **sellaisia tärkeimpiä haasteita ja ongelmia, joihin yhteiskuntapoliittisesti tulisi löytää ratkaisuja**. Katsaus sisältää käytännöllisiä yhteiskuntapoliittisia suosituksia ratkaisuksi näihin haasteisiin vastaamiseksi ja sosiaalisen kestävyden vahvistamiseksi. Soveltuvien osien on tuotettu arvioita pääasiassa ennaltaehkäisevien toimenpiteiden kustannussäästöistä.

Suomessa syntyvyys on vähäistä, ja väestö ikääntyy nopeasti. Kaupungistuminen jatkuu väestön keskittyessä suurille kaupunkiseuduille ja väestö maaseudulla vähenee ja vanhenee, mikä vaikeuttaa palvelujen järjestämistä harvaan asutuilla alueilla. Maahanmuutto on lisääntynyt: se moninaistaa yhteiskuntaa kulttuurisesti ja tuo kasvua sekä työvoimaa, mikä on tärkeää yhteiskunnan kestävyden kannalta. Suomeen muuttaneet ja etniset vähemmistöt kokevat kuitenkin runsaasti syrjintää ja vaikeuksia työelämässä. Päätöksenteolla voidaan sekä vaikuttaa että sopeutua väestönkehitykseen. Yhteiskunnan kestävyys vaatii maahanmuuttoa, syntyvyyden kasvua, työikäisten laajempaa osallistumista työelämään, työkyvyn tukemista sekä työurien pidentämistä.

Suurin osa suomalaisista kokee elämänsä turvalliseksi ja on toiveikas tulevaisuuden suhteen. Kokemus hyvinvoinnista on kuitenkin monilta osin heikentynyt viime vuosina: tyytyväisyys elämään ja onnellisuuden kokemukset ovat vähentyneet, erityisesti nuorilla aikuisilla. Monet kriisit, korkea inflaatio ja nousseet elinkustannukset ovat lisänneet koettuja toimeentulovaikeuksia. Yksinäisyys ja kokemus osattomuudesta syövät yhteiskunnan sosiaalista pääomaa ja rapauttavat luottamusta. Koettua hyvinvointia edistetään parhaiten varmistamalla turvallinen elinympäristö, riittävä toimeentulo, toimivat palvelut ja vahvat lähiyhteisöt yhdenvertaisesti kaikille.

Palvelutarpeiden ennakointi on tärkeää, jotta järjestelmän kykyä vastata niihin voidaan kehittää. Lihavuuden, monisairastavuuden, psyykkisen kuormittuneisuuden, muistisairauksien ja heikon työkyvyn ennakoitaan yleistyvän lähivuosisikymmeninä. Väestön ikääntyessä myös toimintakyvyn ongelmat ja avuntarve lisääntyvät. Sairastavuudessa on kuitenkin isoja sosioekonomisen aseman mukaisia ja alueellisia eroja. Merkittävä osa keskeisimmistä kansantaudeista ja monisairastavuudesta on ehkäistävissä vaikuttamalla niiden riskitekijöihin ja elintapoihin. Mielenterveysongelmat koskettavat koko väestöä, mikä näkyy mm. sairauspoissaolojen lisääntymisenä. Perustason mielenterveyspalvelujen kehittäminen on tärkeää, mutta resursseja tarvitaan myös tilanteisiin, joissa ongelmat pitkittyvät ja työkyky on uhattuna.

Alkoholiin liittyvät lakimuutokset ennakoivat väestössä alkoholiongelmien kasvua. Nuorissa ikäryhmissä alkoholinkäytön myönteinen kehitys on hidastunut ja raha- ja digipeli-ongelmat sekä haitallinen netin ja somen käyttö on yleisintä. Tupakointi vähenee edelleen, mutta uusien tupakka- ja nikotiinituotteiden terveysriskit ja houkuttelevuus vaativat kiireellisiä toimia. Nuorten mielenterveyden oireilu on myös edelleen korkealla tasolla ja nuorten huumekuolemien yleistyminen vahvistaa kuvaa siitä, että nuorten hyvinvoinnin edistäminen tarvitsee tehokkaampia toimia ja palveluja. Hyvin toimivilla peruspalveluilla on merkittävä ongelmia ennalta ehkäisevä rooli. Lastensuojelun kuormitus on lisääntynyt, mikä osaltaan koettelee palvelujärjestelmän kykyä vastata lasten ja nuorten tarpeisiin ajoissa. Nuorisorikkisuutta ja katuväkivaltaa ehkäistään myös parhaiten puuttamalla varhain ongelmien juurisyihin.

Köyhyys vaihtelee eri väestöryhmissä ja tuloerot ovat vuoden 2008 finanssikriisiä edeltävällä tasolla. Lapsiperheköyhyys on yleisintä yhden huoltajan sekä monilapsisissa ja ulkomaalaistaustaisten vanhempien perheissä. Sosiaaliturvan leikkaukset ja kotitalouksien terveydenhuollon maksuosuutta kasvattavat

toimenpiteet vaikeuttavat haavoittuvassa asemassa olevien ja pienituloisten kotitalouksien toimeentuloa. Toimenpiteet heikentävät perusturvan riittävyyttä ja kasvattavat pienituloisuutta merkittävästi. Toimeentulotuen kokonaisuudistuksen tavoite karkaa kauas, kun sosiaaliturvaleikkaukset lisäävät toimeentulotuen tarvetta.

Sote-järjestelmään liittyviä ajankohtaisia kysymyksiä ovat rahoituksen riittävyys, palvelujen saataavuus ja henkilöstöpula. Sote-uudistuksen tavoitteena on parantaa muun muassa hoitoon pääsyä ja hoidon jatkuvuutta, mutta näissä on edelleen kehitettävää. Digitalisaatio mahdollistaa sote-palvelujen saataavuuden parantamista, mutta voi lisätä digitaalista eriarvoisuutta ja digisyrjäytymistä. Painopistettä tulisi siirtää ennaltaehkäiseviin palveluihin. Ikääntyneiden palvelujen tarve kasvaa, ja palvelurakenteita on uudistettava: tässä esimerkiksi omaishoidon ja yhteisöllisen asumisen kehittämällä sekä teknologisilla ratkaisuilla on merkittävä rooli.

Kriisinkestävyys ja kokonaisturvallisuus ovat nousseet tärkeään asemaan monikriisin aikana. Covid-19-pandemia, energiakriisi ja geopoliittinen epävarmuus korostavat varautumista sekä yhteiskunnan rakenteiden ja väestön henkisen kriisinkestävyyden vahvistamista. Suomalaisten korkea luottamus muihin ihmisiin ja yhteiskunnallisiin instituutioihin, turvallisuuden kokemus ja tulevaisuuden usko vahvistavat kriisinkestävyyttä ja auttavat yhteiskuntaa myös palautumaan kriiseistä. Varautuminen edellyttää myös yhteiskunnan järjestelmien toimivuuden varmistamista kaikissa olosuhteissa. Erilaisiin terveysuhkiin tulee varautua pitkäjänteisellä tutkimuksella ja seurannalla, mikä mahdollistaa ennakoinnin, nopean reagoinnin, päätöksenteon tuen ja ennaltaehkäisyn. Kansainvälinen yhteistyö varautumisessa on tärkeää.

**Avainsanat:** sosiaalinen kestävyys, kestävä hyvinvointi, kriisinkestävyys, kokonaisturvallisuus, terveys, hyvinvointi, elinolot, luottamus, varautuminen, ennakointi, kustannukset, eriarvoisuus

## Sammandrag

Laura Kestilä, Sakari Karvonen (reds.). Ratkaisuja kestäväen yhteiskunnan rakentamiseen. Väestön terveys- ja hyvinvointikatsaus 2025 [Lösungen für ein nachhaltiges Gemeinwesen: Gesundheits- und Wohlfahrtsüberblick 2025]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 1/2025. 126 sidor. Helsingfors 2025. ISBN 978-952-408-444-4 (nätpublikation)

Befolkningens hälso- och välfärdsöversikt 2025 har beretts på initiativ av THL och i samarbete mellan institutets, Fpa:s och Finlands Cancerregisters experter. Den granskar situationen, utvecklingen och framtidsutsikterna för finländarnas hälsa och välfärd, samt frågor som gäller social- och hälsovårdstjänster, social trygghet och kriställighet i anslutning till dessa. Referensramen är social hållbarhet, särskilt i en tid av många kriser. I översikten lyfter man fram **de viktigaste utmaningarna och problemen som man bör hitta lösningar på samhällspolitiskt**. Översikten innehåller praktiska samhällspolitiska rekommendationer på lösningar för att svara på dessa utmaningar och stärka den sociala hållbarheten. I tillämpliga delar har man i huvudsak gjort uppskattningar av kostnadsbesparingarna med förebyggande åtgärder.

I Finland är nativiteten låg och befolkningen åldras snabbt. Urbaniseringen fortsätter då befolkningen koncentreras till stora stadsregioner och befolkningen på landsbygden minskar och åldras, vilket försvårar ordnandet av tjänster i glesbygden. Invandringen har ökat: den diversifierar samhället kulturellt och ger tillväxt och arbetskraft, vilket är viktigt för samhällets hållbarhet. Personer som flyttat till Finland och etniska minoriteter upplever dock mycket diskriminering och svårigheter i arbetslivet. Genom beslutsfattande kan man både påverka och anpassa sig till befolkningsutvecklingen. Samhällets hållbarhet kräver invandring, ökad nativitet, större deltagande i arbetslivet för personer i arbetsför ålder, stöd för arbetsförmågan samt förlängning av arbetskarriärerna.

Största delen av finländarna upplever sitt liv som tryggt och hoppfullt med tanke på framtiden. Upplevelsen av välfärd har dock försämrats på många sätt under de senaste åren: nöjdheten med livet och upplevelserna av lycka har minskat, särskilt bland unga vuxna. Många kriser, hög inflation och ökade levnadskostnader har ökat de upplevda utkomstsvårigheterna. Ensamhet och upplevelse av utanförskap åter upp samhällets sociala kapital och undergräver förtroendet. Upplevd välfärd främjas bäst genom att säkerställa en trygg livsmiljö, en tillräcklig utkomst, fungerande service och starka närgemenskaper på lika villkor för alla.

Det är viktigt att förutspå behovet av service för att systemets förmåga att svara på dem ska kunna utvecklas. Fetma, multisjuklighet, psykisk belastning, minnessjukdomar och svag arbetsförmåga förutspås bli vanligare under de närmaste årtiondena. När befolkningen åldras ökar också problemen med funktionsförmågan och hjälpbehovet. Sjukligheten varierar ändå mycket beroende på socioekonomisk ställning samt regionala skillnader. En betydande del av de viktigaste folksjukdomarna och multisjuklighet kan förebyggas genom att påverka deras riskfaktorer och levnadsvanor. Psykiska problem berör hela befolkningen, vilket syns bl.a. i form av ökad sjukfrånvaro. Det är viktigt att utveckla mentalvårdstjänsterna på basnivå, men resurser behövs också för situationer där problemen blir långvariga och arbetsförmågan är hotad.

Det förutspås att lagändringarna gällande alkohol kommer att öka alkoholproblemen bland befolkningen. I unga åldersgrupper har den positiva utvecklingen vad gäller alkoholkonsumtion bromsats upp och spelproblem och digitalt spelande samt skadlig användning av internet och sociala medier är vanligast. Rökningen minskar fortfarande, men hälsorisker och attraktivitet hos nya tobaks- och nikotinprodukter kräver brådskande åtgärder. Symtomen på psykiska ohälsa bland unga är fortfarande på en hög nivå och den allt vanligare narkotikadödligheten bland unga stärker bilden av att det behövs effektivare åtgärder och service för att främja de ungas välfärd. Välfungerande basservice har en betydande problemförebyggande roll. Belastningen på barnskyddet har ökat, vilket för sin del prövar service-systemets förmåga att svara på barns och ungas behov i tid. Ungdomsbrottslighet och gatuvåld förebyggs också bäst genom tidigt ingripande i de bakomliggande orsakerna till problemen.

Fattigdomen varierar mellan olika befolkningsgrupper och inkomstskillnaderna ligger på samma nivå som före finanskrisen 2008. Fattigdom i barnfamiljer är vanligast i familjer med bara en vårdnadshavare samt i familjer med flera barn och i familjer där föräldrarna har utländsk bakgrund. Nedsänkningarna i den sociala tryggheten och i de åtgärder som ökar betalningsandelen för hushållens hälso- och sjukvård försvårar utkomsten för utsatta och låginkomsthushåll. Åtgärderna försämrar grundtrygghetens tillräcklighet och ökar antalet låginkomsttagare betydligt. Målet med en totalreform av utkomststödet blir allt mer avlägset när nedsänkningarna i den sociala tryggheten ökar behovet av utkomststöd.

Aktuella frågor i anslutning till social- och hälsovårdssystemet är finansieringens tillräcklighet, tillgången till tjänster och personalbristen. Målet med social- och hälsovårdsreformen är bland annat att förbättra tillgången till vård och vårdens kontinuitet, men här finns det fortfarande utrymme för utveckling. Digitaliseringen gör det möjligt att förbättra tillgången till social- och hälsovårdstjänster, men kan öka den digitala ojämlikheten och marginaliseringen. Tyngdpunkten bör flyttas till förebyggande tjänster. Behovet av tjänster ökar bland äldre och servicestrukturerna måste förnyas: här har till exempel utvecklingen av närståendevården och gemenskapsboende samt tekniska lösningar en betydande roll.

Kriställighet och övergripande säkerhet har fått en viktig ställning i en tid av många kriser. Covid-19-pandemin, energikrisen och den geopolitiska osäkerheten gör beredskap samt stärkandet av samhällets strukturer och befolkningens mentala kriställighet allt viktigare. Finländarnas höga förtroende för andra människor och samhällsliga institutioner, trygghetsupplevelsen och framtidstro stärker kriställigheten och hjälper samhället att återhämta sig från kriser. Beredskap förutsätter också att man säkerställer att de samhällsliga systemen fungerar under alla förhållanden. Man behöver förbereda sig på olika hälsohot genom långsiktig forskning och uppföljning, vilket gör det möjligt att förutse, reagera snabbt, stöda beslutsfattandet och förebygga. Internationellt samarbete är viktigt då det kommer till beredskap.

**Nyckelord:** social hållbarhet, hållbar välfärd, kriställighet, övergripande säkerhet, hälsa, välfärd, levnadsförhållanden, tillit, beredskap, prognostisering, kostnader, ojämlikhet

## Abstract

Laura Kestilä, Sakari Karvonen (eds.). *Ratkaisuja kestävä yhteiskunnan rakentamiseen. Väestön terveyst- ja hyvinvointikatsaus 2025*. [Solutions for building a sustainable society. Population Health and Wellbeing Report 2025]. Finnish institute for health and welfare (THL). Report 1/2025. 126 pages. Helsinki, Finland 2025. ISBN 978-952-408-444-4 (online publication)

The Population Health and Wellbeing Report 2025 was initiated by THL and prepared in cooperation of experts from THL, Kela and the Finnish Cancer Registry. It examines the state, development and future of Finnish wellbeing and health, as well as related questions in health and social services, social security and crisis resilience. The framework is social sustainability, especially at the time of a polycrisis. The report highlights **the most important challenges and problems for which policy solutions should be found**. It contains practical health and socio-political recommendations as solutions to address these challenges and strengthen social sustainability. Where applicable, estimates of the cost savings of mainly preventive measures have been produced.

The birth rate in Finland is low and the population is ageing rapidly. Urbanisation will continue as the population concentrates in large urban areas, and the population in rural areas will decrease and age, making it more difficult to organise services in sparsely populated areas. Immigration has increased: it diversifies society culturally and brings growth and labour, which is important for the sustainability of society. However, immigrants and ethnic minorities experience a lot of discrimination and difficulties in working life. Decision making can both influence and adapt to demographic trends. The sustainability of society requires immigration, higher birth rates, greater participation of working-age people in working life, support for work ability and longer careers.

Most Finns feel that their lives are safe and are hopeful for the future. However, the experienced wellbeing has in many respects decreased in recent years: satisfaction with life and experiences of happiness have decreased, especially among young adults. Many crises, high inflation and rising living costs have increased the perceived income difficulties. Loneliness and the experience of exclusion undermine the social capital of society and erode trust. Perceived wellbeing is best promoted by ensuring a safe living environment, sufficient income, well-functioning services and strong local communities equally for all.

Anticipating service needs is important in order to improve the system's ability to respond to them. Obesity, multimorbidity, mental strain, memory disorders and poor work ability are expected to become more common in the next few decades. As the population ages, problems with functional capacity and the need for help will also increase. However, there are major socio-economic and regional differences in morbidity. A significant proportion of chronic diseases and multi morbidity can be prevented by influencing their risk factors and lifestyles. Mental health problems affect the entire population, which is reflected in, for example, an increase in sickness absences. Developing primary mental health services is important, but resources are also needed in situations where problems are prolonged and work ability is threatened.

Legislative changes related to alcohol predict an increase in alcohol problems in the population. In young age groups, the positive development in alcohol consumption has slowed down, and gambling and gaming problems as well as harmful web and social media use are the most common. Smoking continues to decrease, but the health risks and attractiveness of new tobacco and nicotine products require urgent action. Mental health symptoms in young people are also still high, and the increase in drug-related deaths among young people strengthens the impression that promoting young people's wellbeing requires more effective measures and services. Well-functioning basic services play an important preventive role. The load on child welfare services has increased, which tests the service system's ability to respond to the needs of children and young people in time. Youth crime and street violence are also best prevented by addressing the root causes of problems early on.

Poverty varies across population groups and income inequalities are at levels equal to those before the 2008 financial crisis. Poverty in families with children is most common among single-parent families,

families with multiple children and families with parents with a foreign background. Social security cuts and measures increasing the contribution rate of households to healthcare will make the livelihood of vulnerable and low-income households more difficult. The measures will weaken the adequacy of basic social security and significantly increase the low-income rate. The objective of the overall social assistance reform will slip far away as social security cuts increase the need for social assistance.

Current issues related to the social welfare and health care system include adequacy of funding, availability of services and shortage of personnel. The goal of the health and social services reform is to improve access to care and the continuity of treatment, but there is still room for improvement there. Digitalisation enables improving access to health and social services but may increase digital inequality and digital exclusion. The focus should be shifted to preventive services. The need for services for older people is increasing, and service structures must be reformed: for example, the development of informal care and communal living as well as technological solutions play an important role in this.

Crisis resilience and comprehensive security have become important during the polycrisis. The COVID-19 pandemic, the energy crisis and geopolitical uncertainty highlight preparedness and strengthening the crisis resilience of the structures of society and the population. Finns' high trust in other people and social institutions, the experience of security and faith in the future strengthen crisis resilience and help society to recover from crises. Preparedness also requires ensuring the functioning of the systems of society in all circumstances. Long-term research and monitoring should be utilised in preparing for various health threats, which enables anticipation, rapid responses, support for decision-making and prevention. International cooperation in preparedness is important.

**Keywords:** social sustainability, sustainable wellbeing, crisis resilience, comprehensive security, health, wellbeing, living conditions, trust, preparedness, anticipation, costs, inequality

# Sisällys

Esipuhe .....	3
Kirjoittajatiedot luvuittain .....	5
Tiivistelmä.....	8
Sammandrag .....	10
Abstract.....	12
Johdanto: Sosiaalinen kestävyys monikriisin aikana.....	16
<b>1 Tavoitteena terve ja hyvinvoiva väestö</b>	
1.1 Demografinen kehitys ja yhteiskunnan kestävyys .....	20
1.2 Koettu hyvinvointi ja sen kehitys.....	25
1.3 Työ- ja toimintakyky, sairastavuus ja lihavuus .....	29
Työkyvyn heikkeneminen jatkuu .....	29
Sairastavuudesta ja monisairastavuudesta aiheutuu merkittäviä haittoja ja kustannuksia.....	31
Lihavuuden yleistymisen pysäyttäminen vaatii välittömiä toimia.....	34
1.4 Terveysten eriarvoisuus .....	37
Miehillä naisia enemmän menetettyjä elinvuosia.....	37
Sosioekonomisen aseman mukaiset erot selkeitä ja pysyviä .....	38
Itä- ja Pohjois-Suomessa väestö sairaampaa kuin Länsi- ja Etelä-Suomessa.....	39
1.5 Mielen terveys.....	42
Nuorten ja nuorten aikuisten mielen terveyden oireilu edelleen yleistä .....	42
Psykkisen kuormittuneisuuden ennustetaan lisääntyvän työikäisessä väestössä ....	43
Mielen terveysperusteiset sairauspoissaolot yleistyneet merkittävästi.....	44
1.6 Terveelliset ja kestävät elintavat .....	47
Uudet ravitsemussuositukset edistävät terveyttä ja ympäristön kestävyttä .....	47
Liikkumisen suositukset toteutuvat heikosti kaikissa ikäryhmissä.....	48
1.7 Päihteet ja riippuvuudet.....	51
Alkoholiin liittyvät lakimuutokset ennakoivat alkoholiongelmien syvenemistä.....	51
Huumeiden käytön yleistymisen näkyy haittojen lisääntymisenä – kustannukset kasvaneet samalla merkittävästi .....	53
Tupakointi vähenee, mutta uudet tupakka- ja nikotiinituotteet tuovat merkittäviä haasteita .....	54
Rahapelihaitat kasvussa - erityisesti nuoria ja nuoria aikuisia suojaava muuttuvassa rahapeliympäristössä.....	55
<b>2 Toimiva, yhdenvertainen ja kustannustehokas palvelujärjestelmä</b>	
2.1 Sote-järjestelmä.....	60
Sote-uudistus vasta alussa, mutta rahoitus ja perusoikeudet ajautumassa ristiriitaan.....	60
Tavoitteena hoitoon pääsyn ja hoidon jatkuvuuden parantaminen.....	61
Painopistettä siirrettävä korjaavista palveluista ehkäiseviin .....	63

2.2 Sosiaali- ja terveysmenot palveluittain ja hyvinvointialueittain .....	66
2.3 Sote-henkilöstötarpeen kehitys .....	69
2.4 Ikääntyneiden palvelut.....	71
Ikääntyneiden määrä ja palvelutarpeet kasvavat .....	71
Palvelurakenteen on yhä muututtava.....	73
Tuottavuutta pyritään kasvattamaan eri keinoin .....	74
2.5 Vammaisten henkilöiden palvelut .....	76
Palvelutarpeet ja palvelujen käyttö vaihtelevat hyvinvointialueittain.....	76
Uudistuva lainsäädäntö ja siihen valmistautuminen haastavat hyvinvointialueita .....	77
2.6 Lastensuojelu.....	79
Lastensuojelua kuormittaa lastensuojeluilmoitusten määrän voimakas kasvu .....	79
Laitos- ja perhehoidon kentällä useita haasteita.....	80
<b>3 Arjen turva ja kriisien kohtaaminen</b>	
3.1 Eriarvoisuus ja osattomuus.....	83
Syntyperään ja etniseen taustaan liittyvä eriarvoisuus ilmenee monin tavoin .....	83
Alueellinen segregatio on voimistunut, mutta siihen voidaan vaikuttaa.....	85
Köyhyys vaihtelee väestöryhmittäin, tuloerot finanssikriisiä edeltävällä tasolla.....	87
Asunnottomien määrä vähenee edelleen, häädöt lisääntyneet.....	90
3.2 Sosiaaliturva.....	93
Sosiaaliturvan leikkaukset nakertavat pienituloisten toimeentuloa ja kohdentuvat osin samoille henkilöille .....	93
Perustoimeentulotuen menot ja saajien määrä on kääntynyt kasvuun .....	94
Toimeentulotukiudistus ei saavuttane tavoitteitaan .....	95
3.3 Väkivalta .....	98
Lähisuhde- ja seksuaaliväkivalta aiheuttavat inhimillistä kärsimystä ja yhteiskunnallisia kustannuksia.....	98
Nuorisorikollisuutta ja katuväkivaltaa ehkäistään parhaiten puuttamalla juurisyihin ...	99
3.4. Kriisinkestävyys ja varautuminen.....	101
Väestön henkisen kriisinkestävyden vahvistamisesta ja kriiseistä palautumisesta huolehdittava .....	101
Sote-järjestelmän kriisinkestävyys ja varautuminen parantuneet pandemian jälkeen.....	104
Terveystukia ennakoidaan, tunnistetaan ja torjutaan monin tavoin .....	105
Lopuksi: Miten edistää kestävää hyvinvointia? .....	108
Lähteet .....	112



# Johdanto: Sosiaalinen kestävyys monikriisin aikana

Tätä johdantoa kirjoitettaessa marraskuun lopulla 2024 eri puolilla maailmaa – Australiassa Perthissä ja Suomessa Helsingissä – ilmastonmuutoksen vaikutukset näkyvät konkreettisesti, mutta ilmentyen eri tavoin: Australian eri alueita koettelevat laajat pensaspalot ja sankka sumu, kun Suomessa talven saapumisen jälkeen äkillisesti sulanut lumi on aiheuttanut vaikeita tulvia. Ilmastonmuutos lisää sään ääri-ilmiöitä ja ympäristökatastrofeja ympäri maailmaa. Ne heijastuvat ihmisten elinolosuhteisiin, vesiturvaan ja elintarviketuotantoon, ja lisäävät usein myös geopoliittisia ja taloudellisia jännitteitä. Tämä näkyy hyvin konkreettisesti esimerkiksi Lähi-idässä ja Afrikassa, joissa ilmastonmuutoksen aiheuttama kuivuus heikentää elämisen ehtoja ja lisää resurssikamppailua, sekä ajaa yhä useampia ihmisiä liikkeelle ilmastopakolaisiksi - kuormittaen usein entisestään jo valmiiksi haavoittuvia alueita. Ilmastonmuutos luo myös olosuhteita, jotka edistävät tartuntatautien leviämistä ja lisäävät altistumista niille.

Samaan aikaan globaalit poliittiset ja yhteiskunnalliset kriisit voimistuvat, kietoutuvat toisiinsa ja löytävät uusia muotoja. Georgian ja Romanian vaalitulosten aiheuttamat kansalaisten protestit ilmentävät demokratian kriisiä ja Yhdysvaltain presidentinvaihdoksen vaikutukset heijastuvat Venäjän hyökkäyssotaan Ukrainassa sekä Lähi-idän kriisissä, erityisesti Israelin ja Gazan konfliktissa. Potentiaalinen kauppasota voi vaikuttaa toteutuessaan kansainvälisiin toimitusketjuihin, minkä vaikutukset ulottuisivat aina suomalaisten ruokapöytiin saakka. Monenkeskinen yhteistyö ja kansainvälinen sääntöpohjainen järjestelmä kohtaavat merkittäviä vaikeuksia. Samaan aikaan digitalisaation kiihtyminen ja kyberturvallisuushaasteet luovat uudenlaisia turvallisuushakia, jotka koskettavat niin valtioita, yrityksiä kuin yksilöitäkin.

Vaikka globaalissa toimintaympäristössä on edellä kuvattua valoisampiakin sävyjä ja myös myönteisiä kehityskulkuja, muuttuneen turvallisuusympäristön vaikutuksia ja monien yhtäaikaisten kriisien aikakautta ei voi sivuuttaa (Niinistö 2024; Muench ym. 2024; Tähkää ym. 2024). Valtioneuvoston kanslian (VNK) tuore strateginen toimintaympäristöanalyysi (2024a) tukee myös edellä kuvattua. Siinä arvioidaan ajankohtaisiksi päähaasteiksi mm. geopoliittinen jännitteisyys, ilmastonmuutos, teknologian nopea kehitys ja väestön ikääntyminen. Monialaiset kriisit vaikuttavat samanaikaisesti yhteiskunnan rakenteisiin, talouteen ja turvallisuuteen: ne nivoutuvat yhteen, ruokkivat toisiaan sekä koettelevat kykyä sopeutua ja varautua. Kasvatvat ongelmat edellyttävät tarvetta uudistaa yhteiskuntia kestävä kehityksen ja resilienssin suuntaan. (Valtioneuvosto 2024a.)

## Näkymätön selkäranka

Yhteiskunnan sosiaalisen kestävyuden merkitystä on alettu ymmärtää yhä paremmin muuttuvassa ja monikriisissä toimintaympäristössä. Se on eräänlainen ”näkymätön selkäranka”, joka ilmenee yhteiskunnan kykyä huolehtia jäsenistään, ylläpitää luottamusta ja tasa-arvoa sekä turvata jokaisen mahdollisuus selviytyä vaikeuksista. Ilman sosiaalista kestävyyttä yhteiskunnan hauraat kohdat paljastuvat uhka- ja kriisitilanteissa nopeasti: eriarvoisuus kasvaa, jännitteet voimistuvat ja kyky sopeutua sekä varautua heikkenee. Sosiaalisesti kestävät yhteiskunnat ovat vakaampia, oikeudenmukaisempia ja paremmin varautuneita kohtaamaan uhkia ja kriisejä, mutta myös sisäisesti turvallisempia (Yrttiaho ja Kestilä 2024; Yrttiaho ym. 2023). Ne eivät ainoastaan selviä kriiseistä paremmin, vaan pystyvät palautumaan tehokkaammin ja rakentamaan entistä kestävämpiä ja vahvempia rakenteita. Globaalisti Suomi sijoittuu kärkimaiden joukkoon yhteiskuntana, jota luonnehtii moni sosiaalisen kestävyuden kannalta olennainen piirre. Suomen vahvuuksia ovat muun muassa kattava sosiaaliturvajärjestelmä, vahva luottamus muihin ihmisiin ja yhteiskunnallisiin toimijoihin, korkea koulutustaso ja vahva kansalaisyhteiskunta. Mutta kuten tämä katsauksemme suomalaisten terveyteen ja hyvinvointiin osoittaa, laakereille

ei Suomessakaan voida jäädä lepäämään, vaan sosiaalisen kestävyuden ylläpitäminen ja kehittäminen edellyttävät aktiivisia yhteiskuntapoliittisia toimia jatkossakin.

Sosiaalisen kestävyuden vahvistaminen on pitkäjänteistä työtä: väestön ja sen osaryhmien hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, eriarvoisuuden vähentämistä, toimivien ja yhdenvertaisten palvelujen ja kattavan sosiaaliturvan kehittämistä, väestön luottamuksen vahvistamista ja taloudellisen oikeudenmukaisuuden edistämistä. Covid-19-pandemia osoitti erityisen selvästi näiden osa-alueiden tärkeyden, ja kriisit ovat paljastaneetkin eriarvoisuuksia ja haavoittuvuuksia, joita on pyrittävä korjaamaan. Kriisinkestävyttä vahvistetaan varmistamalla yhteiskunnallisten rakenteiden toimintakyky kaikissa olosuhteissa, huolehtimalla väestön terveydestä, hyvinvoinnista ja henkisestä kriisinkestävydestä sekä tukemalla yhteisöjen toimivuutta ja osallisuutta. Syytä on pitää mielessä paikallisyhteisöt ja kansalaisjärjestöt, joiden rooli yhteisöjen resilienssin kasvattamisessa ja tukena kriisien aikana on merkittävä, erityisesti monien haavoittuvassa asemassa olevien väestöryhmien näkökulmasta.

Sosiaalinen kestävyys on olennainen osa kokonaisturvallisuutta (Yrttiaho ja Kestilä 2023; Yrttiaho ym. 2023), joka tuo yhteen kriisien hallinnan ja niihin varautumisen eri ulottuvuudet ja kattaa laajan turvallisuuskäsityksen mukaisesti paitsi fyysisen, myös sosiaalisen, taloudellisen sekä ympäristö- ja kyberturvallisuuden. Kokonaisturvallisuus edellyttää koko yhteiskunnan aktiivista osallistumista, yhteisöjen resilienssin vahvistamista ja kykyä hallita ja torjua erilaisia uhkia. Monet kriisit ovat korostaneet kokonaisturvallisuuden ja huoltovarmuuden merkitystä, mikä on olennaisen tärkeää Suomen kaltaiselle maalle. Se on sitä paitsi kansallisesti, myös globaalisti, sillä kriisit alleviivaavat kansainvälisen järjestelmän keskinäisriippuvuuksia, jossa monenkeskinen yhteistyö ja kokonaisturvallisuuden vahvistaminen ovat entistä tärkeämpiä. Kokonaisturvallisuus (YTS 2017; YTS 2025) on Suomen turvallisuusajattelun perusta ja tavoitetilä, jossa yhteiskuntaan suuntautuvat uhat ovat hallittuja – olivat ne sitten pandemiaita, luonnonkatastrofeja, terrorismin uhkaa tai kyberhyökkäyksiä. Sosiaalinen kestävyys varmistaa, että yhteiskunta, sen rakenteet ja väestö ovat vahvoja ja yhtenäisiä ja siten valmiita kohtaamaan erilaisia uhkia ja kriisejä. Kriisien hallinta ja niihin varautuminen ei ole pelkästään fyysisen infrastruktuurin turvaamista, vaan myös henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä, joka vahvistaa yhteisöjen kykyä sopeutua muuttuviin olosuhteisiin ja toipua niistä.

## Katsauksen sisältö ja rakenne

Väestön terveys- ja hyvinvointikatsaus 2025 on valmisteltu loppuvuodesta 2024 THL:n, Kelan ja Suomen Syöpärekisterin yhteistyönä. Tuloksena on tiivis ja jäsenelty kokonaisuus väestön terveydestä ja hyvinvoinnista sekä niihin liittyvistä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän, sosiaaliturvan ja kriisinkestävyuden teemoista - paikantaen erityisesti sellaisia kaikkein suurimpia ongelmia ja haasteita, joiden ratkaisemiseen yhteiskuntapoliittisesti tulisi keskittyä sosiaalisesti kestävä yhteiskunnan ylläpitämiseksi ja edistämiseksi.

Muodoltaan katsaus jatkaa edellistä, keväällä 2023 julkaistua katsausta, mutta sisällöltään uudistuneena. Rakenteessa painottuvat pääluvuittain sosiaalisesti kestävä yhteiskunnan kannalta tärkeät teemat. Niistä ensimmäinen, **Tavoitteena terve ja hyvinvoiva väestö**, kattaa väestönkehitykseen sekä väestön terveyteen, hyvinvointiin, elintapoihin ja niiden eriarvoisuuteen liittyviä ajankohtaisia teemoja ja toinen, **Toimiva, yhdenvertainen ja kustannustehokas palvelujärjestelmä** sote-palvelujärjestelmän osalta eräitä ajankohtaisia palvelujärjestelmän, sen rahoituksen, henkilöstötarpeen ja joidenkin haavoittuvien väestöryhmien palvelujen erityiskysymyksiä. Kolmannessa luvussa, **Arjen turva ja kriisien kohtaaminen**, on laaja näkökulma arjen turvaan. Yhtäältä sillä tarkoitetaan esimerkiksi toimeentulon turvaa ja osallistumisen mahdollisuuksia yhteiskunnassa, toisaalta asuinympäristön ja arjen turvallisuutta väkivallan, rasmin ja syrjinnän teemojen kautta, ja kolmanneksi sekä väestön että järjestelmän kriisinkestävyttä ja varautumista erilaisiin turvallisuusuhkiin. Tällaisen laajan käsityksen ytimessä on ajatus siitä, että arjen turvallisuus syntyy yhteiskunnassa erilaisten järjestelmien ja palvelujen tuottamasta turvasta toimeentuloon, terveyteen ja hyvinvointiin sekä turvallisista lähiyhteisöistä ja asuin- ja elinympäristöistä.

Katsauksessa on noudatettu yhtenäistä rakennetta: kustakin teemasta esitetään tilannekuva pääviesteineen, tärkeimmät kehityssuunnat, mahdolliset ennusteet ja toimenpidesuosituksset. Näiden lisäksi on mahdollisuuksien mukaan esitetty arvioita siitä, kuinka paljon kustannussäästöjä syntyisi, jos jonkin ilmiön epäsuotuisa kehityssuunta saataisiin pysäytettyä tai käännettyä myönteiseksi. Paikoin kyse on vain hyvin karkeista arvioista, joissa olennaista on mittaluokka, ei niinkään tarkka euromäärä. Tämä koskee etenkin ennaltaehkäisyä koskevia kustannusarvioita, sillä ymmärrettävästi jonkin ilmiön tapahtumatta jäämisestä koituvia säästöjä on vaikea tarkkaan arvioida, ainakaan ilman kokeellista asetelmaa.

Katsaus tarjoaa ajankohtaisen tilannekuvan sekä käytännöllisiä yhteiskuntapoliittisia suosituksia, joiden avulla on mahdollista edistää sosiaalista kestävyttä ja vahvistaa siten myös sekä yhteiskunnan kriisinkestävyttä että kokonaisturvallisuutta muuttuvassa toimintaympäristössä. Väestön terveys ja hyvinvointi, toimivat ja yhdenvertaiset palvelut sekä arjen turva laajasti ymmärrettynä luovat perustan, jonka avulla voidaan rakentaa parempaa, turvallisempaa ja kriisinkestävämpää tulevaisuutta – myös tuleville sukupolville.

Toimittajat kiittävät laajaa joukkoa asiantuntijoita eri organisaatioista arvokkaasta panoksesta julkaisun valmisteluun.

# 1

## Tavoitteena terve ja hyvinvoiva väestö

# 1.1 Demografinen kehitys ja yhteiskunnan kestävyys

## Pääviestit

- Kokonaishedelmällisyysluku oli vuonna 2023 1,26 (vuoden 2024 ennakkotieto 1,25). Tämä heijastaa syntyvyyden historiallisen matalaa tasoa ja jatkuvaa laskutrendiä, joka alkoi 2010-luvulla.
- Vuonna 2023 Suomeen muutti lähes 72 000 henkilöä: suurin lähtömaa oli Ukraina, toiseksi suurin Venäjä ja maahanmuutto Aasiasta jatkoi kasvuaan. Kasvavan muuttovoiton ennustetaan nostavan Suomen väkiluvun 6,5 miljoonaan vuoteen 2075 mennessä.
- Ikääntyneiden määrä kasvaa nopeasti: 65 vuotta täyttäneiden osuuden arvioidaan nousevan nykyisestä 23 prosentista 31 prosenttiin vuoteen 2070 mennessä.
- Väestöllisen huoltosuhteen (62) ennakoidaan pysyvän nykytasolla 2040-luvulle saakka, jonka jälkeen se alkaa heiketä.
- Maan sisäinen ja kansainvälinen muuttoliike kasvattavat kaupunkialueita, joissa asuu jo lähes kolme neljäsosaa väestöstä. Kaupunkeihin keskittyvät ulkomaalaistaustaiset ja korkeasti koulutetut, maaseudulla väkiluku vähenee ja väestö ikääntyy.

Suomalaisten kokonaishedelmällisyysluku oli vuonna 2023 1,26 (vuoden 2024 ennakkotieto 1,25). Tämä on vuodesta 1776 alkaneen tilastoinnin matalin syntyvyyden taso ja vahvistaa laskevaa trendiä, joka alkoi 2010-luvulla ja on ollut jyrkkä. Syntyneiden määrä laski 43 383 lapseen vuonna 2023. Maahanmuuttaneiden syntyvyys nostaa kokonaishedelmällisyyttä hieman, sillä ulkomailla syntyneiden ulkomaalaistaustaisten kokonaishedelmällisyysluku oli vuonna 2023 1,4<sup>1</sup>. Useissa maahanmuuttaneiden ryhmissä ja etenkin toisen sukupolven maahanmuuttajilla syntyvyys on kuitenkin matalaa ja lapsettomuus yleistä. (Tilastokeskus 2024a.)

Suomen syntyvyys on Pohjoismaiden matalin<sup>2</sup> ja synnyttäjien keski-ikä korkein<sup>3</sup>. Yhä harvemmat päättävät hankkia ensimmäisen lapsensa ja lapsettomuus on kansainvälisesti katsottuna yleistä. Koulutustaso vaikuttaa: elinikäinen lapsettomuus on kasvanut erityisesti niillä, joilla ei ole korkeakoulutusta ja suuret perheet ovat yleisempiä matalammin koulutetuilla (Jalovaara ja Miettinen 2022; Rotkirch 2024). Myös alueelliset erot ovat merkittäviä<sup>4</sup>. Väestöpoliittiseen ohjelmaan<sup>5</sup> liittyvä tuore selvitys paikantaa syntyvyyden laskun taustalla olevia syitä ja tekee linjauksia kestävästä väestönkehityksen turvaamiseksi. Tällaisia ovat esimerkiksi hedelmällisyydetietoisuuden lisääminen, arjen hallintaa helpottavat palvelut, perheystävällisyyden edistäminen työelämässä sekä hedelmöityshoitojen<sup>6</sup> taloudellisen tuen parantaminen, jotta suomalaiset voivat helpommin saavuttaa toivotun lapsiluvun. (Rotkirch 2024.)

Ikääntyneiden määrä kasvaa nopeasti: 65 vuotta täyttäneitä oli vuoden 2023 lopussa 1,3 miljoonaa. Ennusteen mukaan määrä ylittäisi 1,5 miljoonaa 2040-luvun alussa, 1,75 miljoonaa 2060-luvulla ja

1 Syntyneistä lapsista 16,2 prosenttia syntyi vieraskielisille äideille vuonna 2023.

2 Tanska, Ruotsi, Norja ja Islanti ovat hieman edellä Suomea syntyvyyden tasossa, mutta kaikissa Pohjoismaissa on havaittu syntyvyyden laskua.

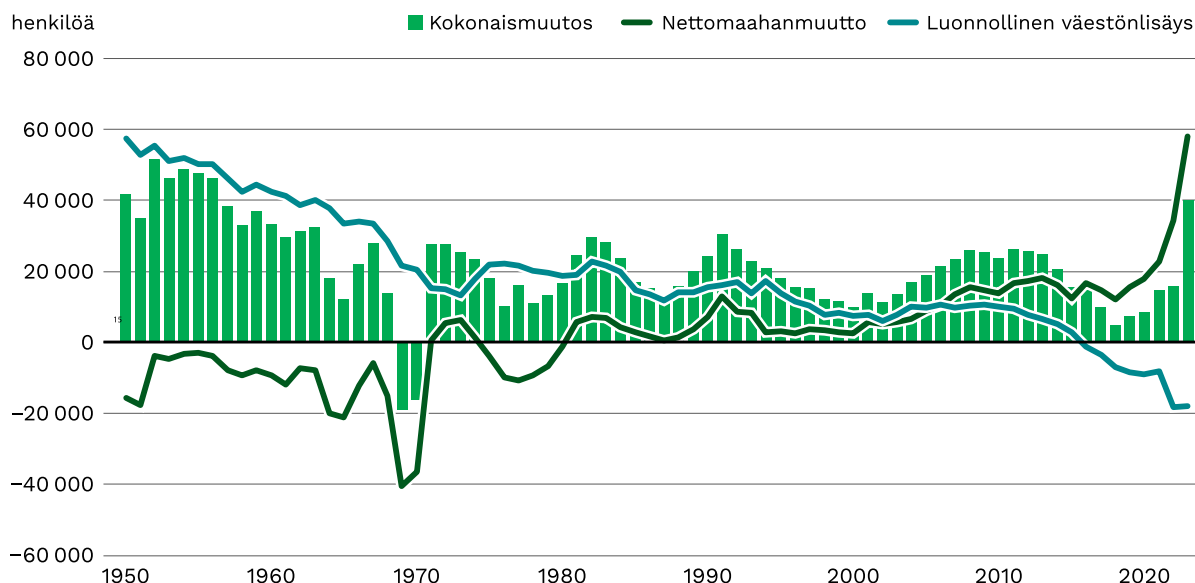
3 Vuonna 2023 synnyttäjien keski-ikä oli Suomessa noin 31,6 vuotta, mikä on korkeampi kuin muissa Pohjoismaissa. Kaikissa Pohjoismaissa synnyttäjien keski-ikä on kuitenkin noussut viime vuosikymmeninä.

4 Kokonaishedelmällisyysluku oli vuonna 2023 pienin Kymenlaaksossa (1,01), Pohjois-Karjalassa (1,14) ja Etelä-Karjalassa (1,16). Suurin syntyvyys oli Keski-Pohjanmaalla (1,7), Ahvenanmaalla (1,58) ja Pohjanmaalla (1,57).

5 Pääministeri Orpon hallitus laati väestöpoliittisen ohjelman, jossa haetaan konkreettisia ratkaisuja vastaamaan väestörakenteen muutoksen tuomiin haasteisiin sekä alhaisen syntyvyyden juurisyyhin.

6 Hedelmöityshoitoja annetaan Suomessa muita Pohjoismaita vähemmän. Ilman hedelmöityshoitoja Suomen syntyvyys olisi ollut vuonna 2023 alle 1,20. (Tilastokeskus 2024a.)

vuoteen 2070 mennessä määrä kasvaisi kahteen miljoonaan. 65 vuotta täyttäneiden osuuden väestöstä ennustetaan nousevan nykyisestä 23 prosentista 31 prosenttiin vuoteen 2070 mennessä. (Tilastokeskus 2024b.)



**Kuvio 1.1.1. Väestömuutokset vuosina 1950–2023. Lähde: Tilastokeskus, väestö.**

Tuoreimman väestöennusteen mukaan Suomen väkiluku nousisi 6,5 miljoonaan vuoteen 2075 mennessä, kun edellisten ennusteiden mukaan sen odotettiin lähtevän laskuun 2030-luvulla. Ennusteiden eroa selittää lisääntynyt maahanmuutto (ks. Kuvio 1.1.1) (ks. myös Luvut 2.2 ja 2.3). Ennusteessa oletetaan, että Suomi saisi muuttovoittoa ulkomailta 40 000 henkilöä vuosittain vuodesta 2025 lähtien, tosin pienen syntyvyyden vuoksi alle 15-vuotiaiden määrä laskisi: nykyisestä 832 000 runsaaseen 700 000 nuoreen vuoteen 2070 mennessä<sup>7</sup>. (Tilastokeskus 2024b.) Suomen väkiluku oli syyskuun 2024 lopussa 5 628 931<sup>8</sup>.

## Väestöllinen ja taloudellinen huoltosuhde

Väestöllinen huoltosuhde<sup>9</sup> on tällä hetkellä 62<sup>10</sup> (Kuvio 1.1.2), mutta sen alue-erot ovat selviä<sup>11</sup>. Huoltosuhteen ennustetaan pysyvän nykyisellä tasolla vuoteen 2040 asti, jonka jälkeen se alkaisi heiketä (72 vuonna 2070). Nykyisen tasoinen nettomaahanmuutto lykkäisi huoltosuhteen heikkenemistä, mutta ei estäisi sitä, ja matalan syntyvyyden seuraukset ikärakenteelle tulisivat nykyisellä väestökehitykselläkin eteen viimeistään 2060-luvulla. (Tilastokeskus 2024b.) Matala syntyvyys vähentää nuorten ikäluokkien kokoa, mikä pitkällä aikavälillä johtaa työikäisen väestön osuuden supistumiseen ja heikentää väestön ikärakennetta.

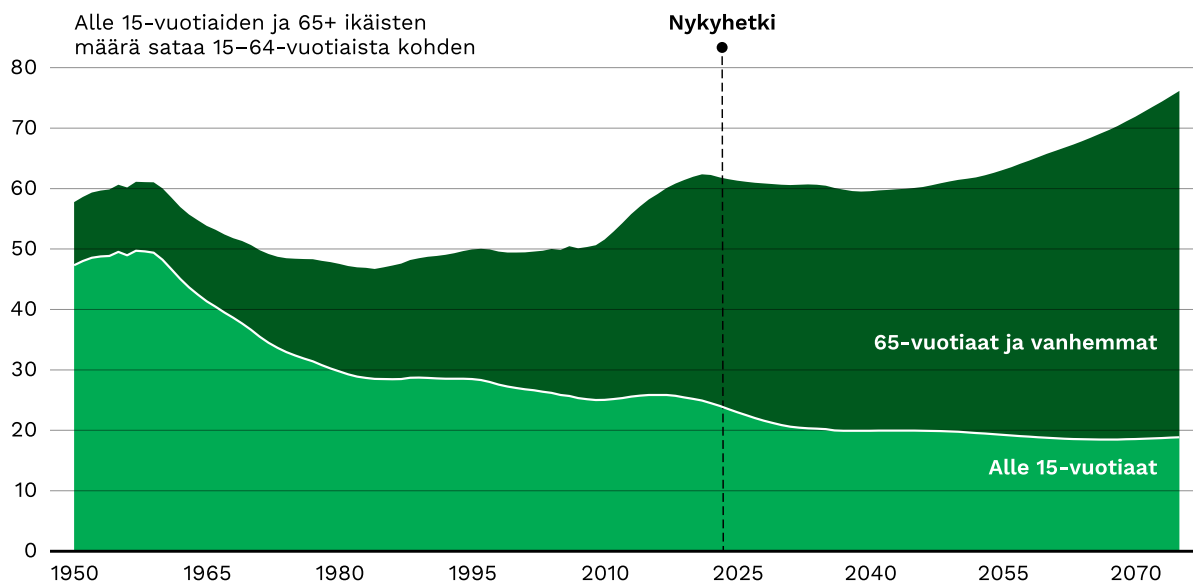
<sup>7</sup> Tilastokeskuksen väestöennusteet perustuvat esimerkiksi muuttoliikkeen kehitykseen edellisinä vuosina, joten niihin liittyy merkittävää epävarmuutta. Väestöennusteet antavat käyttökelpoisen kuvan kehityksestä silloin, jos nykyhetken trendit jatkuisivat muuttumattomina. Sitä täydentämään tarvittaisiin erilaisia skenaarioita tulevasta (Valtioneuvosto 2024a).

<sup>8</sup> Väkiluku kasvoi tammi–syyskuun 2024 aikana 25 080 hengellä. Väestönkasvua ylläpiti muuttovoitto ulkomailta.

<sup>9</sup> Alle 15-vuotiaiden ja 65 vuotta täyttäneiden määrä sataa työikäistä (15–64-vuotiaat) kohti.

<sup>10</sup> 62 ei-työikäistä henkilöä 100 työikäistä kohti.

<sup>11</sup> Väestöllinen huoltosuhde oli vuonna 2023 suurin Etelä-Savon maakunnassa (82,3) ja pienin Uudenmaan maakunnassa (51,3). Nykyisellä väestökehityksellä Uudenmaan väestöllinen huoltosuhde pysyy maakunnista matalimmalla ja Etelä-Savon korkeimmalla tasolla koko ennustekauden ajan.



**Kuvio 1.1.2. Väestöllinen huoltosuhte vuosina 1950–2023 ja ennuste vuosille 2024–2075. Lähde: Tilastokeskus, väestörakenne- ja väestöennustetilastot.**

Väestöllisen huoltosuhteen pitkän aikavälin heikkeneminen korostaa tarvetta uudistaa työmarkkinoita, koulutusta ja perhepolitiikkaa sukupolvien välisen oikeudenmukaisuuden ja julkisen talouden kestävyys turvaamiseksi (Kestilä ja Karvonen 2022). Julkisen talouden kestävyys kannalta taloudellinen huoltosuhte<sup>12</sup> on kuitenkin merkityksellisempi. 2010-luvulla taloudellinen huoltosuhte pysyi suhteellisen vakaana työllisyyden kasvun ansiosta. Vuonna 2022 Suomessa oli 130 työtöntä tai työvoiman ulkopuolista henkilöä sataa työssäkäyvää henkilöä kohden. Alueelliset erot ovat kuitenkin suuria<sup>13</sup> (Tilastokeskus 2023a).

Väestön ikääntyessä entistä suurempi osa väestöstä olisi saatava työmarkkinoille, jotta julkinen talous pysyy kestävällä pohjalla. Suomessa työllisyysaste on ollut pitkään pienempi kuin muissa Pohjoismaissa<sup>14</sup>, mikä johtuu muun muassa opiskelijoiden pitkästä opiskeluajasta, äitien matalasta työllisyysasteesta pienten lasten kanssa ja yli 60-vuotiaiden varhaisesta eläköitymisestä. Työllisyysastetta pyritäänkin nostamaan erilaisin toimenpitein, kuten työperäisen maahanmuuton edistämällä. Ulkomaalaistaustaisen väestön työllisyysaste on noussut kymmenen viime vuoden aikana<sup>15</sup>. Erityisen nopeaa nousu oli vuodesta 2021 vuoteen 2022, minkä jälkeen se laski kaksi prosenttiyksikköä vuonna 2023. Ulkomaalaistaustaisten naisten työllisyysaste on ollut muita matalampi, mutta myös noussut voimakkaimmin viime vuosina. (Baumgartner 2024.) Työikäisen väestön väheneminen korostaa työperäisen maahanmuuton merkitystä erityisesti alueilla, joissa työvoimapula uhkaa julkisten ja yksityisten palvelujen järjestämistä.

12 Työttömien ja työvoiman ulkopuolella olevien yhteenlaskettua määrää suhteessa työllisten määrään.

13 Vuonna 2022 Uudellamaalla taloudellinen huoltosuhte oli matalin ja Pohjois-Karjalassa korkein.

14 Suomen työllisyysaste on noussut viime vuosina, mutta jää edelleen hieman esimerkiksi Ruotsin tasosta.

15 Muutoksia on tapahtunut myös ammatti- ja toimialarakenteessa: vuonna 2023 ulkomaalaiset työskentelivät useammin erityisasi-  
antuntijoina ja harvemmin työntekijäammateissa kuin vuonna 2016. Sote- ja teollisuusala ovat määrällisesti myös ulkomaalaistaus-  
taisten suurimmat työllistäjät, lisäksi majoitus- ja ravitsemistoiminnan työllisistä joka neljäs on ulkomaista syntyperää (Sutela 2024).  
Ulkomaalaistaustaiset työskentelevät useammin ns. epätyypillisissä työsuhteissa: niin määräaikaisten kuin osa-aikaisten työsuhteiden,  
vuokratyön kuin nollatuntisopimusten osuus on suurempi ulkomaalaistaustaisilla kuin suomalaistaustaisilla palkansaajilla (Leskinen  
ja Hannula 2023; Sutela 2023). (ks. myös Luku 3.1).

## Maahanmuutto ja Suomen sisäinen muuttoliike

Maahanmuutto Suomeen on lisääntynyt jo pitkään ja nettomaahanmuutto oli peräti 58 000 henkilöä vuonna 2023 (Kuvio 1.1.1). Suurin lähtömaa oli Ukraina (lähes 20 000 muutttoa), toiseksi suurin Venäjä. Maahanmuutto Aasiasta jatkoi kasvua, erityisesti muutettiin Sri Lankasta, Intiasta, Filippiineiltä, Bangladeshista ja Kiinasta. (Tilastokeskus 2024c). Vuonna 2023 Suomessa asui noin 571 000 ulkomaalaistaustaista<sup>16</sup> henkilöä (n. 10 % väestöstä) (Tilastokeskus 2024d). Maahanmuutto lisää väestön monimuotoistumista ja eri kulttuureihin, vakaumuksiin ja erilaisiin elämäkokemuksiin perustuvien yhteisöjen määrää yhteiskunnassa (Valtioneuvosto 2024a) (ks. myös Luku 3.1).

Sisäinen muuttoliike Suomessa on jatkunut tasaisena ja keskittänyt väestöä suuriin kaupunkeihin ja eteläiseen Suomeen. Suomen aluerakenne on pysynyt kuitenkin monikeskuisena, ja pääkaupunkiseudun lisäksi monet suuret kaupunkikeskukset, kuten esimerkiksi Tampereen, Turun, Oulun ja Jyväskylän seudut, ovat kasvaneet. Samalla monet pienemmät maakunta- ja seutukeskukset ovat menettäneet väestöään. (Valtioneuvosto 2024a.) Vuonna 2023 Uusimaa ja Pirkanmaa saivat eniten muuttovoittoa muualta Suomesta (Tilastokeskus 2024c).

Kaupungistuminen on siis jatkunut vakaasti: 2000-luvun alussa noin kaksi kolmasosaa suomalaisista asui kaupunkimaisilla alueilla, kun nykyisin osuus on lähes kolme neljännestä. Kaupunkiseudut houkuttelevat nuoria ja työikäisiä, kun harvaan asutulla maaseudulla ja pienissä kunnissa väestö vähenee muuttotappion ja alhaisen syntyvyyden vuoksi. Monissa pienissä kunnissa väestö ikääntyy ja työikäisten määrä vähenee. Maaseudulla asuu siis suhteellisesti enemmän iäkästä väestöä, kun taas monilla kaupungistuneilla alueilla väestönkasvua tukee syntyneiden enemmisyys kuolleisiin nähden. Kaupunkialueiden kehitystä ohjaa myös ulkomaalaistaustaisen väestön ja korkeasti koulutettujen keskittyminen suuriin kaupunkeihin, joihin työpaikat ja palvelut ovat keskittyneet. (Tilastokeskus 2024c; Kestilä ja Karvonen 2022; Demography 2023; Valtioneuvosto 2024a.)

Muuttoliike ja kaupungistuminen vahvistavat alueiden välisiä ja alueiden sisäisiä eroja. Väestö muuttanee jatkossakin suuriin kaupunkeihin<sup>17</sup> ja niiden ympärysalueille, mikä vaikeuttaa palvelujen järjestämistä väkiluvultaan vähenevillä alueilla. Harvaan asutulla maaseudulla väestökato vaikuttaa paitsi palvelutarjontaan, myös esimerkiksi osaavan työvoiman saatavuuteen ja asuntojen hintakehitykseen. Kasvukeskuksissa korkeat asumiskustannukset ja ylikuormittuneet palvelut voivat muodostua ongelmiksi. (Esim. Valtioneuvosto 2024a.) Kaupunkien sisälläkin väestörakenne eriytyy, mikä voi kärjistyessään johtaa alueellisiin eroihin palvelujen tarpeessa ja sosiaalisissa ongelmissa, väestöryhmittäisiin eroihin asuinympäristön laadussa ja sosiaalisen eriytymisen vahvistumiseen. (ks. Luku 3.1).

16 Ulkomaalaistaustaisia ovat henkilöt, joiden molemmat vanhemmat tai ainoa tiedossa oleva vanhempi on syntynyt ulkomailla. Ulkomaalaistaustaisia ovat myös ne ulkomailla syntyneet, joiden kummastakaan vanhemmasta ei ole tietoa väestötietojärjestelmässä.

17 Väestön ikääntyminen voi kuitenkin hidastaa kaupungistumista, kun muuttoalttiiden nuorten aikuisten ikäluokkien osuus väestöstä pienenee. Väestön ennakoitu kaupungistumisaste nousee 73 %:sta 79 %:iin ja työpaikkojen 80 %:sta 85 %:iin vuosina 2020–2050. (Airikkala ym. 2022.)



## Toimenpidesuosituksset

- Päätöksenteolla voidaan vaikuttaa ja sopeutua väestönkehitykseen ja sen seurauksiin. Väestöpoliittisen ohjelmaan liittyvän selvityksen suosituksia<sup>18</sup> kestävä väestönkehityksen turvaamiseksi (Rotkirch 2024) tulee huomioida.
- Perheystävälliset politiikat, joustava työelämä, lastenhoitopalvelut ja taloudelliset tukitoimet auttavat toteuttamaan lapsitoiveita ja vahvistavat väestökehitystä.
- Yhteiskunnan kestävyys vaatii työikäisten laajempaa osallistumista työelämään ja työurien pidentämistä sekä nuorten, osatyökykyisten, eri tavoin toimintarajoitteisten ja maahan muuttaneiden työllistymistä nykyistä tehokkaammin.
- Nuorten kiinnittymistä työelämään tulee edistää jo opiskeluaikana, takaamalla perusasteen jälkeinen tutkinto kaikille sekä tukemalla koulutuksesta työelämään siirtymistä ja työelämätaitoja eri tavoin.
- Työperäistä maahanmuuttoa voidaan lisätä sujuvoittamalla lupaprosesseja, vahvistamalla kansainvälisten osaajien rekrytointeihin tähtäviä ohjelmia ja tarjoamalla perheille kokonaisvaltaisia palveluja, jotka tukevat kotoutumista.
- Työikäisten työssä jaksamista ja työ- ja toimintakykyä tulee edistää ja ikääntyvän väestön palveluissa painopistettä siirtää ennaltaehkäisyyn.
- Väestön keskittyessä kaupunkeihin on vähenevän väestön alueilla huolehdittava palvelujen saatavuudesta.

<sup>18</sup> Syntyvyyttä tulee tukea esimerkiksi lisäämällä perheystävällisiä työelämän joustoja, parantamalla perheiden taloudellista tukea, kehittämällä varhaiskasvatusta, edistämällä hedelmällisyystietoisuutta ja hoitojen saavutettavuutta sekä vahvistamalla yhteiskunnan lapsimyönteisyyttä.

## 1.2 Koettu hyvinvointi ja sen kehitys

### Pääviestit

- Aikuisväestön koettu hyvinvointi on heikentynyt pitkän tasaisen jakson jälkeen. Esimerkiksi elämään tyytyväisyys ja onnellisuus ovat heikentyneet. Eniten on heikentynyt nuorten aikuisten hyvinvoinnin kokemus.
- Koettu hyvinvointi vaihtelee selvästi eri väestöryhmissä esimerkiksi iän, sukupuolen, työmarkkina-aseman ja koulutuksen mukaan.
- Kriisit, korkea inflaatio ja sen myötä nousseet kuluttajahinnat ja korot ovat lisänneet koettuja toimeentulovaikeuksia. Sosiaaliturvaan kohdistuneet leikkaukset vaikeuttavat todennäköisesti tilannetta entisestään.
- Yksinäisyyttä kokee joka kymmenes aikuisista, samoin heikkoa osallisuutta. Koululaisilla ja opiskelijoilla pandemian jälkeinen yksinäisyyden yleistymisen näyttää pysähtyneen.

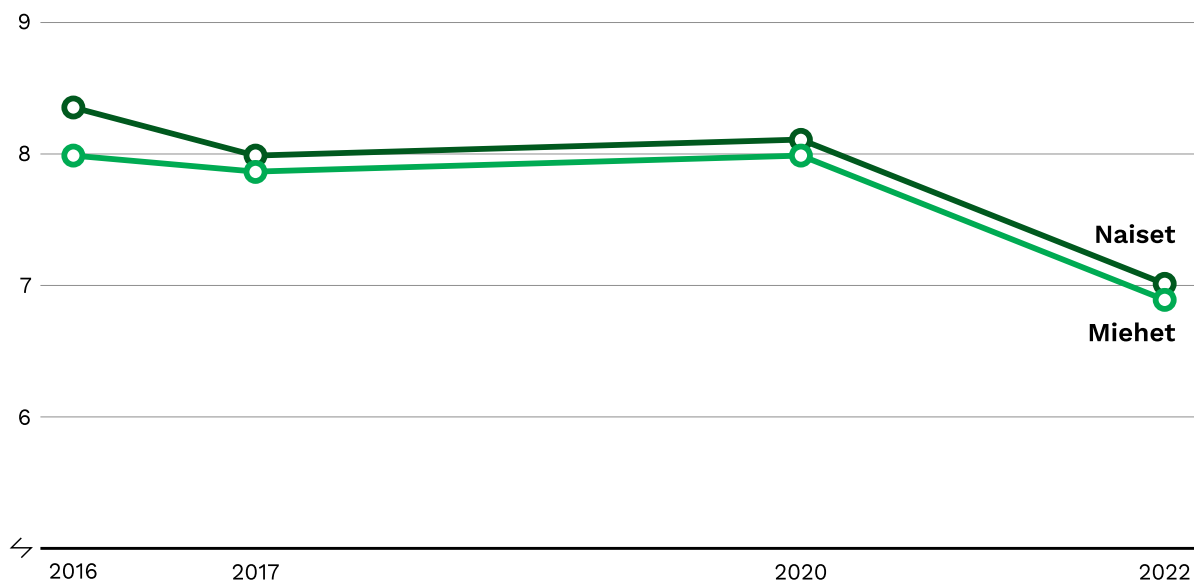
Väestön hyvinvointi voi rakentua monin tavoin. Objektiiivisesti hyvinvointia mittaavien tietojen ohella on kuitenkin tarkasteltava ihmisten omaa kokemusta hyvinvoinnistaan. Tuoreita tietoja väestön hyvinvoinnin kokemuksen kehityksestä ja jakautumisesta on saatavissa eri lähteistä (esim. Koskinen ym. 2023; Leemann ym. 2022; Niemelä ja Laaninen 2024). Koettua hyvinvointia voidaan mitata eri mittareilla, joista vakiintuneimmat ovat elämään tyytyväisyys, onnellisuuden kokemus, kokemus toimeentulon riittävydestä, koettu terveys ja erilaiset elämänlaatua tai sosiaalisia suhteita, kuten yksinäisyyttä, mittaavat tiedot. Myös kokemus osallisuudesta on yhteydessä hyvinvoinnin ulottuvuuksiin.

### Elämään tyytyväisyys ja onnellisuus heikentyneet

Väestön tyytyväisyyttä elämään voidaan tarkastella vertailukelpoisesti vuodesta 1976 alkaen. Kokonaisuutena suomalaisten koetun hyvinvoinnin pitkän ajan muutokset ovat olleet maltillisia ja tyytyväisyys elämään melko vakaa<sup>1</sup>. Vuosina 2020–2022 väestön onnellisuus ja tyytyväisyys elämään ovat kuitenkin heikentyneet (Kuvio 1.2.1). Jatkuvasti onnellisiksi itsensä arvioineiden osuus pieneni 19 prosentista vajaaseen seitsemään. Vastaavasti elämään tyytyväisyyden keskiarvo (asteikolla 0–10) oli enää 6,9 kun se vuonna 2020 oli 8,0. Heikentyminen havaittiin kaikissa väestöryhmissä ja väestöryhmien väliset suuret erot säilyivät. (Nieminen ja Laaninen 2024.)

Suurin muutos on tapahtunut 18–29-vuotiailla nuorilla aikuisilla, joiden tyytyväisyys elämään heikkeni 8,1:stä (v. 2016) 6,3:een (v. 2022). Muissa väestöryhmissä tyytyväisyys on heikentynyt eniten niissä ryhmissä, jotka olivat jo aiemmin olleet muita vähemmän tyytyväisiä elämäänsä. Näitä ovat esimerkiksi ne, joilla on taloudellisia vaikeuksia, kuten työttömät, opiskelijat ja perheet, joissa on vain yksi tulonsaaja. (Niemelä ja Laaninen 2024.)

<sup>1</sup> Koko 2000-luvun ajan keskiarvo on ollut noin kahdeksan (asteikolla 0–10), vaikka viimeisten 20 vuoden aikana on tapahtunut myös jonkin verran muutoksia. Suuremmat muutokset tapahtuivat kuitenkin viime vuosisadalla. Vuosina 1976 ja 1981 elämään tyytyväisyyden keskiarvo oli noin 7,6. 1990-luvun alussa suomalaisten keskimääräinen elämään tyytyväisyys heikentyi, mutta lähti 1990-luvun kuluessa nousuun. (Eskelinen ym. 2022.)



**Kuvio 1.2.1. Elämään tyytyväisyyden keskiarvo (asteikolla 0–10) miehillä ja naisilla vuosina 2016–2022. Lähde: Niemelä ja Laaninen 2024.**

75 vuotta täyttäneillä koettu elämänlaatu on heikompi kuin nuoremmissa ikäryhmissä (Koskinen ym. 2023). Sekä miesten että naisten elämänlaatu hieman paranee 75. ikävuoteen saakka alkaen vasta sen jälkeen heikentyä. Koulutusryhmien väliset erot ovat melko suuret: ylimmässä koulutusryhmässä elämänlaatu on tuntuvasti parempi kuin alimmassa. Eläkeikäisten elämänlaatu kohentui vuosina 2018–2020, mutta heikkeni jaksolla 2020–2022. Työikäisten elämänlaatu oli vuonna 2022 selvästi heikompi kuin kaksi ja neljä vuotta aiemmin.

Väestön koettu terveys koheni 2010-luvun alkuun saakka, minkä jälkeen suotuisa kehitys pysähtyi. Viime vuosina terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus ei ole muuttunut. Koettu terveys heikkenee kuitenkin iän myötä: 20–39-vuotiaista yli kaksi kolmasosaa pitää terveytään hyvänä tai melko hyvänä, mutta 75 vuotta täyttäneistä alle puolet. Koettu terveys vaihtelee koulutusryhmittäin<sup>2</sup> (Koskinen ym. 2023) (ks. myös Luku 1.3).

## Kriisit ja inflaatio lisänneet koettuja toimeentulovaikeuksia

Noin viidennes aikuisväestöstä ilmoitti vuonna 2022 joutuneensa tinkimään ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana, naiset miehiä useammin. Osuudet pienevät siirryttäessä nuoremmista ikäluokista vanhempiin. (Kestilä ja Karvonen 2023.) Tämä johtunee osittain siitä, että ikääntyneillä on säästöjä ja usein velaton asunto (Ilmakunnas ym. 2024). 20–39-vuotiaista naisista lähes kolmannes ja miehistäkin reilu neljännes on joutunut tinkimään ainakin yhdestä edellä mainituista rahanpuutteen vuoksi. Matalasti koulutetut kokevat toimeentulovaikeuksia korkeasti koulutettuja useammin. (Kestilä ja Karvonen 2023.)

Eurooppalaisessa vertailussa toimeentulovaikeuksien kokeminen on Suomessa suhteellisen harvinaista (Ilmakunnas ym. 2024). Vuosien 2020–2022 aikana on kuitenkin viitteitä erityisesti naisten lisääntyneistä toimeentulovaikeuksista. (Kestilä ja Karvonen 2023.) Vuonna 2023 noin 7,5 prosenttia henkilöistä kuului kotitalouksiin, jotka kokivat suuria vaikeuksia tai vaikeuksia kattaa tuloillaan tavanomaiset menot. Henkilöosuus oli merkittävästi suurempi kuin edellisvuosina. Vuonna 2022 osuus oli 6,2 prosenttia ja vuonna 2021 noin 5,9 prosenttia. Suurin vaikeuksin tai vaikeuksin toimeen

<sup>2</sup> Korkeasti koulutetut kokevat terveytensä keskimäärin paremmaksi kuin matalasti koulutetut. Kaksi kolmesta korkeasti koulutetusta pitää terveytään hyvänä tai melko hyvänä, kun matalasti koulutetuista näin kokee vain runsas puolet. (Koskinen ym. 2023.) (ks. myös Luku 1.4).

tulevien kotitalouksien osuus on kasvanut lähes kaikissa kotitaloustyypeissä. Korkein osuus (18,6 %) on yhden huoltajan talouksissa ja yhden hengen talouksissa (12,1 %). Verrattuna vuoteen 2020 yhden huoltajan talouksien toimeentulovaikkeudet ovat nousseet 4,5 prosenttiyksiköllä. (Tilastokeskus 2024e.) Koronapandemia, Venäjän hyökkäyssota Ukrainaan sekä voimistunut inflaatio ja kuluttajahintojen nousu ovat vaikuttaneet todennäköisesti ainakin osaltaan erilaisiin kokemuksiin toimeentulovaikkeuksista. Sosiaaliturvaan kohdistuneet ja kohdistuvat leikkaukset vaikeuttanevat tilannetta entisestään.

## Yksinäisyyttä kokee joka kymmenes, kuten myös heikkoa osallisuutta

Yksinäisyyden kokemukset ovat yleistyneet koko aikuisväestössä vuosina 2018–2022, mutta kokemukset ovat yleisimpiä 20–39-vuotiaiden ja 85 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä ja matalammin koulutetuilla (Castaneda ym. 2023; Sainio ym. 2024). Lisäksi yksinäisyyden on havaittu olevan naisilla miehiä yleisempää, etenkin opiskelijoilla. Työssäkäyvillä ja eläkeläisillä sukupuolten erot ovat pieniä (Laaninen ja Niemelä 2024).

Koululaisilla ja opiskelijoilla yksinäisyyden yleistymisen näyttää jo pysähtyneen: noin joka viides korkeakouluopiskelija kokee yksinäisyyttä melko usein tai jatkuvasti (Parikka ym. 2024). Perusopetuksen 4. ja 5. luokkien tytöistä viisi prosenttia ja pojista kolme prosenttia ilmoitti tuntevansa itsensä usein yksinäiseksi. Noin viidesosa tytöistä perusopetuksen 8. ja 9. luokalla (21 %) ja lukioissa (20 %) sekä neljäsosa tytöistä ammatillisissa oppilaitoksissa (26 %) koki itsensä yksinäiseksi melko usein tai jatkuvasti. (THL, Kouluterveyskysely 2023.)

Vuonna 2022 erittäin heikkoa osallisuutta<sup>3,4</sup> koko aikuisväestöstä koki noin joka kymmenes (9,6 %), mikä on hieman vähemmän kuin kolme vuotta aiemmin (10,1 %). Kokemus vaihteli kuitenkin pääasiallisen toiminnan mukaan: erittäin heikon osallisuuden kokemus oli yleisintä työttömillä (28,9 %) ja työkyvyttömällä (26,5 %). Molemmissa ryhmissä kokemus oli yleistynyt, kun muissa ryhmissä se oli harvinaisempaa kuin 2019. Osuus oli pienin ja pienentynyt eniten perhevapaalla olevien joukossa (5,0 %) (Taulukko 1.2.1).

**Taulukko 1.2.1. Erittäin heikko osallisuuden kokemus (%) pääasiallisen toiminnan mukaan vuosina 2019–2022. Lähteet: FinSote 2019 ja Terve Suomi 2022-aineistot, THL.**

Pääasiallinen toiminta	2019	2022	Muutos
Työssä	7,6	6,5	-1,1
Eläkkeellä iän perusteella	8,0	7,3	-0,7
Perhevapaalla, kotiäiti tai -isä	12,8	5,0	-7,8
Opiskelija tai opintovapaalla	16,3	10,6	-5,7
Työkyvytön (esim. työkyvyttömyyseläkkeellä)	20,2	26,5	+6,3
Työtön tai lomautettu	24,5	28,9	+4,4
Jokin muu	25,6	20,9	-4,7

3 Osallisuuden kokemuksella tarkoitetaan omaa arviota siitä, millaiseksi henkilö kokee mahdollisuutensa käyttää valtaa elämässään (esim. mahdollisuus neuvotella sosiaalihuollossa omista hoitosuunnitelmista), itselle tärkeissä yhteisöissä (esim. olla mukana päättämässä harrasteryhmän yhteisistä tavoitteista) ja yhteiskunnassa (esim. äänestäminen, resurssien jako, aktivismi).

4 Osallisuusindikaattori mittaa osallisuuden kokemusta. Alle 50/100 pistettä tarkoittaa erittäin heikkoa osallisuuden kokemusta. Sen on havaittu olevan yleisempää erilaisissa heikossa asemassa olevissa väestöryhmissä (Leemann ym. 2022).

## Toimenpidesuosituks

- Koettua hyvinvointia on tuettava tehokkaimmin huolehtimalla siitä, että elämisen puitteet ovat kunnossa. Kattava sosiaaliturva ja oikea-aikaiset palvelut turvaavat ihmisten toimeentulon, mielekkään työn ja toimeliaisuuden sekä mahdollisuuden toteuttaa itseään. Valtiovallan, alueiden ja kuntien tulisi välttää toimia, jotka nakertavat näitä elämän perusteita.
- Toimeentulon ongelmat heijastuvat koettuun hyvinvointiin. Sosiaaliturvan leikkaukset tulee kohdentaa niin, että ne eivät kuormita kohtuuttomasti jo ennestään heikossa asemassa olevia väestöryhmiä.
- Etenkin nuorten mielialaa ja mielenterveyttä tukevia palveluja tulee kehittää niin, että oikea-aikaista ja osaavaa apua on saatavilla tarvittaessa.
- Sosiaali- ja terveyspalvelujen tulee sisältää ohjelmia, jotka tunnistavat ja tukevat yksinäisiä ihmisiä. Esimerkiksi matalan kynnyksen palvelut, joissa voi keskustella asiantuntijoiden kanssa, voivat olla hyödyllisiä.

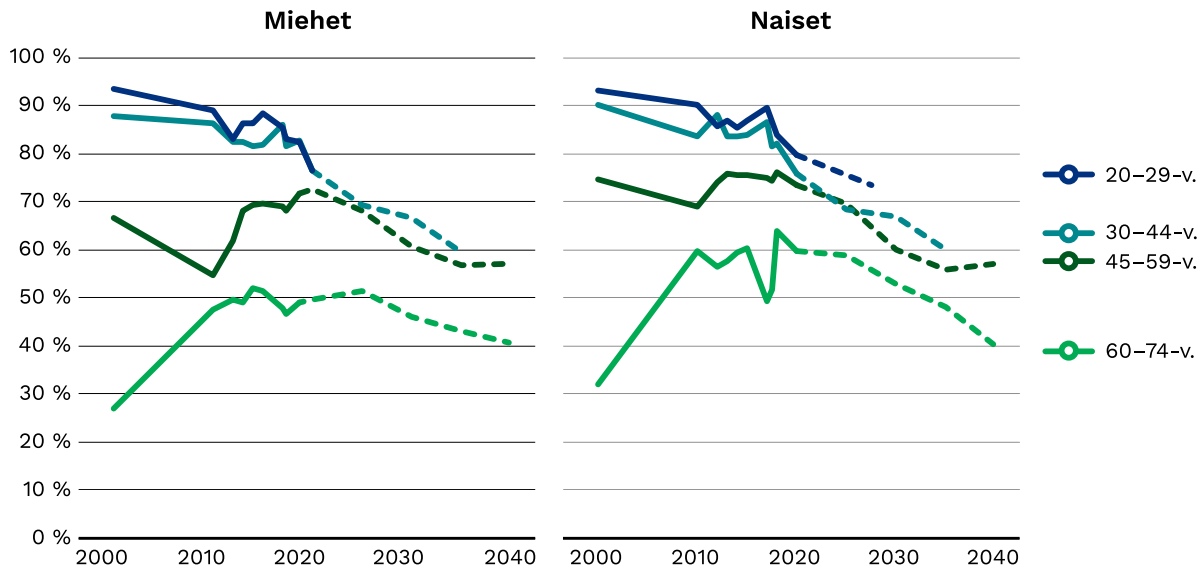
## 1.3 Työ- ja toimintakyky, sairastavuus ja lihavuus

### Pääviestit

- Ennusteen mukaan koetun työkyvyn heikkeneminen jatkuu.
- Erityisesti nuoret aikuiset arvioivat aiempaa useammin olevansa ainakin osittain työkyvyttömiä.
- Väestön ikääntyminen tulee lisäämään erityisesti muistisairaiden, syöpään sairastuvien sekä liikkumisrajoitteisten henkilöiden määrää lisäten merkittävästi hoivan ja palvelujen tarvetta.
- Lähes kolmanneksella aikuisista on lihavuutta, ja osuuden ennustetaan kasvavan. Myös vaikea lihavuus on yleistynyt, erityisesti nuorilla aikuisilla (20–44-vuotiaat) kolminkertaiseksi 20 vuoden aikana. Lihavuuden lisääntymisellä on selkeä kytös lisääntyneisiin aivoverisuonien sairauksiin, diabetekseen, sepelvaltimotautiin ja kroonisiin keuhkosairauksiin.
- Jos lihavuuden kasvu saadaan pysäytettyä tai käännettyä laskuun, yhteiskunta voi säästää miljardeja euroja.
- Sairaustaakkaa aiheuttavat myös vakavat mielenterveyden häiriöt, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, alkoholisairaudet ja tapaturmat.
- Monisairastavuus on yleistynyt kaikissa ikäryhmissä 2000-luvun aikana.
- Sairausvakuutusetuksina maksetuissa lääkekorvauksissa korostuvat syöpä- ja autoimmuunisairauksien lääkehoidot. Lääkekorvauksia maksettiin 1,8 miljoonaa euroa vuonna 2023.

### Työkyvyn heikkeneminen jatkuu

Koettu työkyky koheni 2010-luvun alkuun saakka, minkä jälkeen myönteinen kehitys pysähtyi. Vuonna 2023 työikäisistä (20–64-vuotiaista) naisista joka viides ja miehistä joka kuudes koki olevansa osittain tai täysin työkyvyttömiä. Erityisesti 20–39-vuotiaat naiset kokevat aiempaa yleisemmin olevansa ainakin osittain työkyvyttömiä. Toisaalta yli puolet 65–74-vuotiaista naisista ja miehistä kokee olevansa täysin työkykyisiä. (Koponen ym. 2023.) Ennusteiden mukaan aiempi työkyvyssä havaittu tasainen kehitys keski-ikäisillä ja myönteinen kehitys vanhemmissa ikäluokissa kääntyy laskuun ja 30–44-vuotiailla työkyvyn heikkeneminen jatkuu (Kuvio 1.3.1).



**Kuvio 1.3.1. Hyvän työkyvyn yleisyys ikäryhmittäin vuosina 2000–2020 ja ennusteet vuoteen 2040 asti. Lähde: Lahti ym. 2024.**

Työssäkäyttävillä työkykyyn vaikuttavat monet työoloihin, työn fyysiseen, psyykkiseen ja kognitiiviseen kuormittavuuteen, työn epävarmuuksiin ja ennakoimattomiin muutoksiin liittyvät tekijät. Ne vaihtelevat sosioekonomisen aseman ja sukupuolen mukaan. Ylemmistä toimihenkilöistä yhdeksän kymmenestä uskoo pystyvänsä työskentelemään vanhuuseläkeikänsä asti, kun työntekijäryhmään kuuluvista vain kaksi kolmesta. (Väänänen ym. 2024.)

Työkyvyttömyyden alueelliset erot ovat melko suuria (THL 2024a; Luoto ym. 2023). Työkyvyttömyyseläkettä saaneiden määrä on viimeisen 30 vuoden aikana vähentynyt puoleen (179 731 henkilöä vuonna 2023) samaan aikaan kun vanhuuseläkkeellä olevien määrä on kaksinkertaistunut (1,4 milj. vuonna 2023). Työkyvyttömyyseläkkeiden vähentymisen taustalla on mm. lisääntynyt ammatillinen kuntoutus ja siirtyminen vanhuuseläkkeelle. 2020-luvulla myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden yleisin syy on ollut mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriö, kun aiemmin se oli tuki- ja liikuntaelinten sairaus. (Kela 2024a.). Sairauspäivärahakustannukset ovat kasvaneet 30 vuoden aikana (762 milj. euroa vuonna 1993, 1041 milj. euroa vuonna 2023) eikä kasvua ole saatu taittumaan. Mielenterveysperusteisten pitkien sairauspoissaolojen takia menetettiin vuonna 2023 arviolta 5,8 miljoonaa työpäivää. Menetetyn työpanoksen arvona tästä koitui vähintään miljardin euron kustannukset, jotka ovat reaalisesti lähes kaksinkertaistuneet vuosina 2013–2023. (Kela 2024b ja c.) (ks. myös Luku 1.5).

## Heikentyneestä toimintakyvystä aiheutuva hoivan ja palvelujen tarve lisääntyy väestön ikääntyessä

Fyysisen toimintakyvyn ongelmat ovat aikuisväestössä yleisempiä naisilla kuin miehillä. Valtaosalla alle 75-vuotiaista koettu liikkumiskyky on hyvä ja vaikeuksia raportoidaan enemmän vasta tätä vanhemmissa ikäryhmissä. 75 vuotta täyttäneistä miehistä reilulla viidenneksellä ja naisista kolmanneksellä on suuria vaikeuksia puolen kilometrin kävelyssä tai he eivät suoriudu siitä lainkaan. Vakavat kävelyvaikeudet yleistyivät eläkeikäisessä väestössä vuosina 2018–2020, mutta kielteistä kehitystä ei havaittu vuonna 2022. (Stenholm ym. 2023.) Ennusteiden mukaan vakavia kävelyvaikeuksia kokevien määrä tulee lähes kaksinkertaistumaan vuoteen 2040 mennessä 55 vuotta täyttäneessä väestössä. Vuonna 2022 vakavia kävelyvaikeuksia oli noin 265 000 henkilöllä, ja vuonna 2040 niitä ennustetaan olevan jopa noin 416 000 henkilöllä. Vakavat kävelyvaikeudet lisääntyvät erityisesti 75 vuotta täyttäneillä, kun väestö ikääntyy. (Sainio ym. 2025; Härkänen ym. 2019.) Muistiin, keskittymiskykyyn ja oppimiskykyyn liittyvät vaikeudet rajoittavat kognitiivista toimintakykyä. Oppimiskyvyn kokeminen huonoksi

ja muistivaikeudet ovat yleisimpiä 75 vuotta täyttäneillä (noin 15 %). Muistisairastavuuden ennustetaan yleistyvän merkittävästi (ks. Luku 2.4).

Iäkkäiden kyky huolehtia päivittäisistä perus- ja arkitoiminnoista näyttää kohentuneen, etenkin naisilla vuosina 2020–2022, mikä voi osittain johtua mm. yleistyneestä lääkkeiden annosjakelukäytännöstä ja muista arkitoimia helpottavista palveluista ja tuotteista. Yleisimmin suuria vaikeuksia tuottaa peseytyminen. 85 vuotta täyttäneistä joka neljäs nainen ja joka kuudes mies kokee asunnosta ulos lähtemisessä suuria vaikeuksia. (Sääksjärvi ym. 2023.) Iäkkäiden ja erityisesti kaikkein vanhimpien määrän lisääntyessä on varauduttava palvelutarpeen huomattavaan kasvuun. Digiosaamisen merkitys arkitoiminnoista suoriutumisessa kasvaa nopeasti, ja digitaalisesta yhteiskunnasta syrjäytyminen koskettaa isoa osaa iäkkäitä. 75 vuotta täyttäneistä naisista lähes puolet ja miehistä kolmannes ei käytä lainkaan sähköistä asiointia edes avustettuna, ja yli puolet arvioi digitaalisen osaamisensa vähäiseksi tai olemattomaksi.

Lähes miljoona Suomessa asuvaa henkilöä kokee tarvitsevansa apua arkipäivän askareissa heikentyneen toimintakyvyn vuoksi. Vajaa viidennes alle 65-vuotiaista tarvitsee apua, 75 vuotta täyttäneistä miehistä 40 prosenttia ja naisista 50 prosenttia. Kokemus avun tarpeesta on yleistynyt vuodesta 2020 lähtien 55 vuotta täyttäneillä. Iäkkäimpien henkilöiden määrän kasvu lisää toimintakyvyn rajoitteista johtuvaa avun tarvetta. (Ilmarinen ym. 2023.)

Toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen on tärkeää kaikissa ikäryhmissä riippumatta siitä, onko henkilöllä todettu jokin sairaus tai vamma. Toimintaympäristöjen esteettömyys mahdollistaa osallisuutta ja vähentää erityisen tuen, hoivan ja hoidon tarvetta. Toimintakykyä rajoittavat fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja kognitiiviset vaikeudet aiheuttavat erityisesti ikääntyvillä hoivan ja palvelujen tarvetta. Nuoremmillakin mm. yleistyvät keskittymiseen liittyvät vaikeudet edellyttävät riittävää hyvinvointialueiden ja Kelan rahoittamaa kuntoutusta ja valmennusta sekä järjestöistä saatavaa tukea. (Holm ym. 2024; Koskinen ym. 2024.)

## Sairastavuudesta ja monisairastavuudesta aiheutuu merkittäviä haittoja ja kustannuksia

Yleisimmät syyt toimintakykyisten elinvuosien menetykselle Suomessa ovat sepelvaltimotauti, selkä- ja niskakivut, Alzheimerin tauti ja muut dementiaat, kaatumiset, aivohalvaus, diabetes, masennushäiriöt, hengityselinten syövät, hypertensiivinen sydänsairaus sekä maksakirroosi (Global Health Estimates 2021). Työkykypainotettujen elinvuosien menetyksiä aiheutuu eniten masennuksesta ja muista mielenterveysongelmista, tuki- ja liikuntaelimestön sairauksista sekä sydän- ja verisuonisairauksista (Lavikainen ym. 2024). Kuva sairauksien yleisyydestä riippuu kuitenkin siitä, mitä tilastoja ja millaisia haittoja tarkastellaan. Kaikesta sairastavuudesta ei aiheudu merkittävää haittaa yksilölle, kun hoitokäytäntöjen kehittyessä (mm. omaseuranta, itsehoito, lääkitys, kuntoutus, toimenpiteet ja palvelut) pystytään ylläpitämään toimintakykyä ja välttämään ennenaikaisia kuolemia.

Kun sairauksista aiheutuvia haittoja painotetaan niistä aiheutuvalla ennenaikaisella kuolleisuudella, työkyvyttömyydellä, sote-kustannuksilla sekä koettuina elämänlaatuvaikutuksina (Kansallinen terveysindeksi, Taulukko 1.3.1), merkittävimmät sairausryhmät ovat vakavat mielenterveyden häiriöt, syövät sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet, alkoholisairaudet, tapaturmat, aivoverisuonien sairaudet, muistisairaudet, diabetes, sepelvaltimotauti ja krooniset keuhkosairaudet. Elämänlaatuvaikutuksiltaan näistä merkittävimpiä ovat mielenterveyden häiriöt, alkoholisairaudet, diabetes sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (Jääskeläinen ym. 2025). Lähes kaikkien kuormittavimpien sairauksien ja niihin vaikuttavien tekijöiden yleisyydessä on myös selkeitä alueellisia, sosioekonomisia ja sukupuolten välisiä eroja (ks. myös Luku 1.4).



**Taulukko 1.3.1. Kansalliseen terveysindeksiin valituista, merkittävistä kansantaudeista aiheutuvat menetetyt elinvuodet, työkyvyttömyys ja kustannukset (tiedot vuodelta 2019, Lähde: THL 2024a)**

Sairausryhmä	Osuus kaikista menetetyistä elinvuosista (PYLL) <sup>1</sup>	Osuus kaikista työkyvyttömyyseläkkeistä <sup>2</sup>	Osuus kaikista kustannuksista <sup>3</sup>
Syövät	29,2	2,9	6,3
Sepelvaltimotauti	10,8	0,9	1,0
Aivoverisuonien taudit	3,5	2,0	4,7
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	0,3	20,1	4,9
Mielenterveyden häiriöt	9,7	40,2	13,0
Tapaturmat	9,5	3,3	6,6
Muistisairaudet	2,7	1,2	12,9
Kehkosairaudet	1,9	0,8	0,9
Diabetes	1,5	1,0	3,3
Alkoholisairaudet	9,6	1,2	1,7
Muut syyt	21,3	26,3	44,7
	(mm. muut verenkiertoelinten sairaudet, huumekuolemat)	(mm. hermoston sairaudet, muut verenkiertoelinten sairaudet)	(mm. muut verenkiertoelinten sairaudet, infektioaudit, suolistosairaudet, neurologiset ja gynekologiset sairaudet jne.)

<sup>1</sup>Sairausryhmittäin laskettu menetettyjen elinvuosien osuus kaikista ikävälillä 0–80 vuotta menetetyistä elinvuosista.

<sup>2</sup>Työ- tai kansaneläkejärjestelmästä työkyvyttömyyseläkettä saaneet, ml. kaikki vuoden aikana osa- ja täysiaikaisena sekä toistaiseksi voimassa olevana ja määräaikaisena myönnettyä työkyvyttömyyseläkettä saaneet henkilöt.

<sup>3</sup>Kustannusjakauma on määritetty sote-rahoituksen tarvevakiointissa kootun vuoden 2019 sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunkäyttöä ja sairastavuutta kuvaavan aineiston perusteella (Holster ym. 2022). Määrittäessä huomioitiin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käytön lisäksi avohoidon reseptilääkekustannukset, Kelan korvaama kuntoutus sekä Kela-korvausten piiriin kuuluvan yksityisen terveydenhuollon palvelunkäytön kustannukset.

Sepelvaltimotaudin ja aivoverisuonien sairauksien ilmaantuvuus ja kuolleisuus ovat vähentyneet 1970-luvulta alkaen ja hyvä kehitys näyttää jatkuvan, mutta hidastuvan. Vakavien mielenterveysongelmien ja alkoholisairauksien esiintyvyys näyttää viime vuosina säilyneen ennallaan. Vaikeudet mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuudessa voivat vähentää palveluista kertyvään tietoon perustuvia esiintyvyysslukuja. Kroonisten keuhkosairauksien (erityisesti keuhkohtauman ja uniapnean) ja diabeteksen esiintyvyys on lisääntynyt, osin riskitekijöiden (mm. lihavuuden) yleistyessä, mutta osin myös tarkentuneen diagnostiikan vuoksi. (Parikka ym. 2022; THL 2024a.) Väestön ikääntyminen lisää erityisesti muistisairaiden ja syöpään sairastuvien henkilöiden määrää. Muistisairaiden henkilöiden määrän ennakoidaan kasvavan nykyisestä runsaasta 150 tuhannesta 250 tuhanteen vuoteen 2040 mennessä (Roitto ym. 2024), millä on merkittäviä vaikutuksia hoivan ja muiden palvelujen tarpeeseen. (Ks. Luku 2.4).

Suomalaisten syöpätaakka kasvaa väestön ikääntyessä. Ennusteen mukaan vuonna 2040 uusia syöpätapauksia todetaan vuosittain lähes 50 000, kun niitä vuonna 2022 todettiin 38 000. Väestön ikääntymisen lisäksi syöpätaakka kasvaa myös syöpäpotilaiden parantuneen eloonjäämisen takia. Vuoden 2022 lopussa Suomessa oli elossa 323 000 henkilöä, joilla oli aiemmin todettu syöpä. Näistä 106 000:lla syövän toteamisesta oli kulunut alle viisi vuotta. (Pitkäniemi ym. 2024; Suomen Syöpärekisteri 2024.) Alkoholien kulutus ja ylipaino aiheuttivat joka kymmenennen syövän 40 viime vuoden aikana todetuista syöivistä. Miehillä seitsemän prosenttia ja naisilla neljä prosenttia kaikista syöivistä aiheutui alkoholinkäytöstä ja miehillä 23 prosenttia ja naisilla kahdeksan prosenttia tupakoinnista (Seppä ym. 2024).

## Lääkekorvauksia maksettiin 1,8 miljardia euroa vuonna 2023

Lääkekorvaukset ovat Kelan suurin sairausvakuutusetus, niin saaja- (n. 3 milj. henkilöä vuonna 2023) kuin euromäärältään (1,8 mrd. euroa). Korvattavat lääkkeet muodostavat noin 70 prosenttia kaikesta avohoidon lääkekäytöstä. Lääkekorvaustilastojen perusteella käyttäjämäärältään tai kustannuksiltaan suuret lääkeryhmät kuvaavat myös sairastavuutta ja yhteiskunnan resurssien käyttöä sairauksien hoidossa. (Tilastotietokanta Kelasto 2024.)

Henkilömääräisesti eniten lääkekorvauksia maksettiin vuonna 2023 kipulääkkeistä (1,2 milj. henkilölle), masennuslääkkeistä (yli 600 000 henkilölle) sekä sydän- ja verisuonisairauksien<sup>1</sup> hoidon lääkkeistä (yhteensä 1,8 milj. henkilölle), euromääräisesti eniten monien autoimmuunisairauksien<sup>2</sup> hoidossa käytettävistä immunosuppressanteista (yli 300 milj. euroa), ja syöpälääkkeistä (lähes 300 milj. euroa). Monet immunosuppressanteista ja syöpälääkkeistä ovat uusia kalliita lääkkeitä ja niiden käyttö ja kustannukset ovat kasvaneet merkittävästi. Näistä korvauksia sai kuitenkin vain pieni osuus (5 %) lääkekorvauksien saajista. Näissä lääkeryhmissä lääkkeiden kalliiden hintojen takia sairausvakuutus maksaa suurimman osan lääkekustannuksista, jotka useimmiten ylittävät lääkkeiden käyttäjän vuosiomavastuun eli lääkekaton.

Sekä käyttäjämäärältään että kustannuksiltaan<sup>3</sup> merkittäviä lääkeryhmiä ovat diabeteslääkkeet, sisältäen insuliinit ja pääasiassa tyyppin 2 diabeteksen hoidossa käytettävät lääkkeet (korvauksia saaneita 456 000 hlöä/275 milj. euroa vuonna 2023) sekä verenhyytymisen estossa, esimerkiksi eteiväriinään liittyvän aivoinfarktin estossa, käytettävät lääkkeet (lähes 430 000 hlöä/216 milj. euroa vuonna 2023). Vaikka sairausvakuutus korvaa näiden lääkkeiden kustannuksista merkittävän osan, myös potilaat maksavat lääkkeistä huomattavan osan. (Tilastotietokanta Kelasto 2024.)

## Monisairastavuus yleistynyt – väestön ikääntyminen vain yksi syy

Monisairastavuus on yleistynyt tasaisesti 2000-luvulla. Riski on vahvasti yhteydessä ikään, joten väestön ikääntyessä myös monisairaiden määrä ja osuus kasvavat. Tämä ei kuitenkaan yksin selitä kasvua, vaan monisairastavuus on yleistynyt kaikissa ikäryhmissä ja yleistymisen ennustetaan olevan nopeampaa 65 vuotta täyttäneillä kuin sitä nuoremmilla (Kuvio 1.3.2).

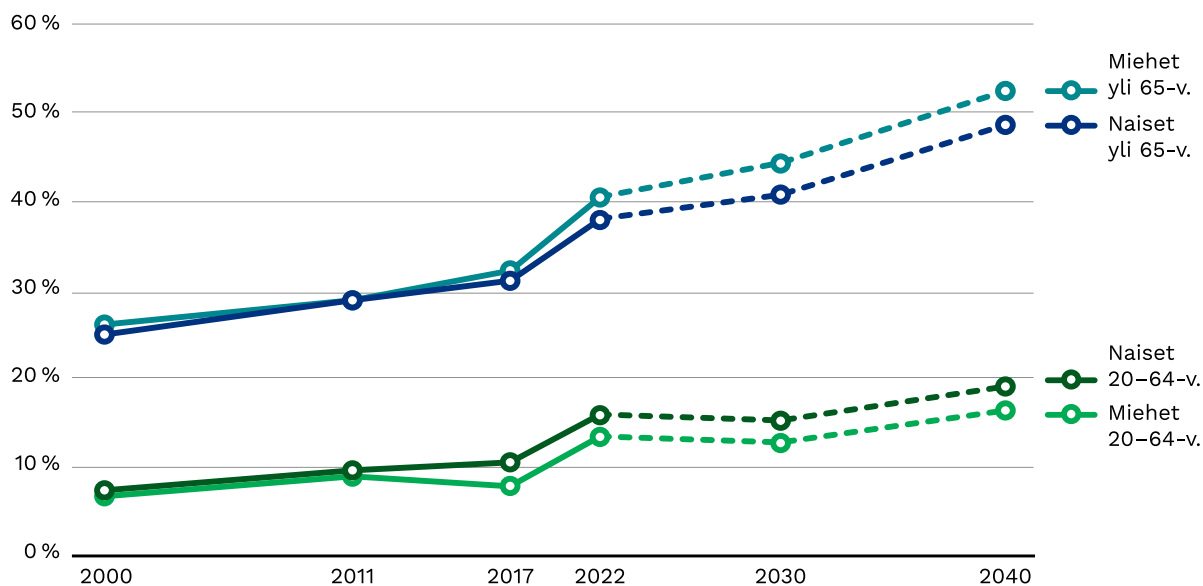
Monisairastavuus<sup>4</sup> on 2000-luvun aikana yleistynyt naisilla 11,3 prosentista 19,9 prosenttiin ja miehillä 9,4 prosentista 18,2 prosenttiin 20 vuotta täyttäneessä väestössä. Monisairaiden osuuden ennustetaan kasvavan vuoteen 2040 mennessä naisilla 28,7 prosenttiin ja miehillä 26,2 prosenttiin (Reinikainen ym. 2024). Monisairastavuus lisää merkittävästi terveydenhuollon käyttöä ja kustannuksia. Noin kaksi kolmasosaa terveydenhuollon kustannuksista aiheutuu monisairaiden potilaiden hoidosta (Wikström ym. 2023).

1 Kuten sepelvaltimotaudin, rytmihäiriöiden, kohonneen verenpaineen ja kolesterolin

2 Esimerkiksi reuma-, iho-, tai tulehduksellisten suolistosairauksien tai MS-taudin.

3 Sisältäen sairausvakuutuksen maksaman ja potilaan itse maksaman osuuden.

4 Monisairastavuus on tässä määritelty siten, että henkilöllä on vähintään kaksi julkisten palveluntuottajien erikoissairaanhoidon tai vuodeosasto- tai pitkäaikaissairaanhoitoa eri sairausryhmistä.



**Kuvio 1.3.2. Monisairastavuuden esiintyvyys (%) vuosina 2000–2022 ja ennusteet vuosille 2030 ja 2040. Lähde: Reinikainen ym. 2024.**

## Lihavuuden yleistymisen pysäyttäminen vaatii välittömiä toimia

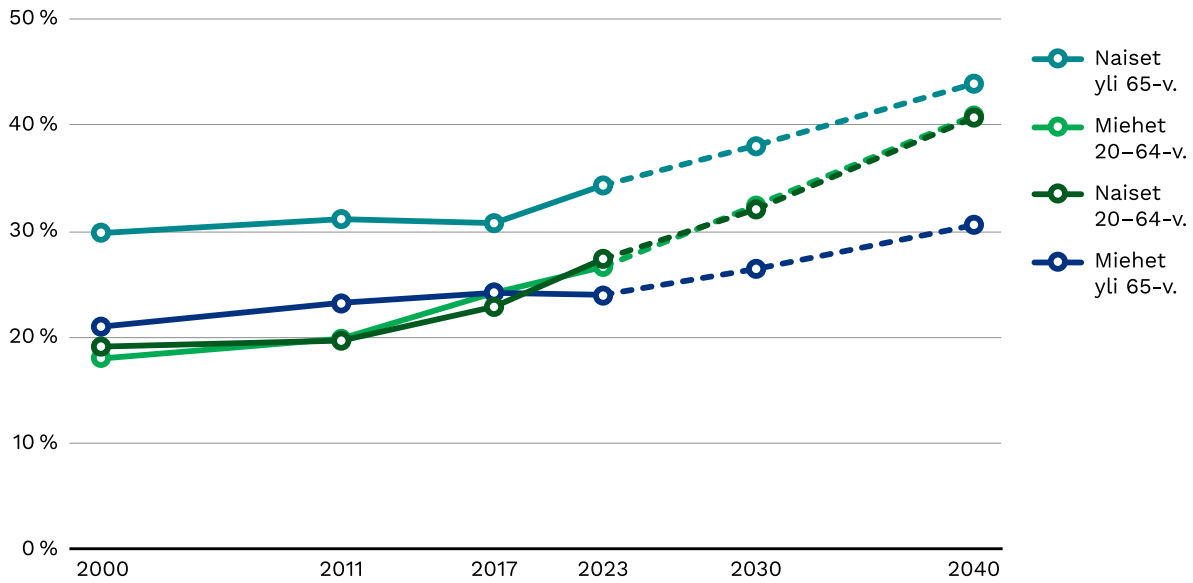
Lihavuus on yleistynyt väestössä viime vuosikymmenten aikana, ja lähes 30 prosentilla aikuisista on lihavuutta<sup>5</sup> (Lehtoranta ym. 2023). Yleisyyden ennustetaan kasvavan 40 prosenttiin vuoteen 2040 mennessä, ellei kasvua saada pysäytettyä (Kuvio 1.3.3). Samalla vaikea lihavuus<sup>6</sup> on lisääntynyt, erityisesti nuorilla työikäisillä, joista joka kymmenennellä on vaikeaa lihavuutta. Osuus on kolminkertaistunut kahden viime vuosikymmenen aikana. Lapsilla ja nuorilla lihavuuden esiintyvyys on 2–16-vuotiailla 2–3 prosenttia<sup>7</sup> ja vaikean lihavuuden<sup>8</sup> esiintyvyys kaksi prosenttia pojilla ja 0,7 prosenttia tytöillä (THL 2024b).

5 Painoindeksi, BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>.

6 Vaikea lihavuus (BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>).

7 ISO-BMI kuvaa painoindeksiä, joka lapsella on tulevaisuudessa aikuisena, jos hänen painoindeksinsä pysyy iän karttuessa samassa kohdassa jakaumaa. Lihavuus ISO-BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>.

8 Vaikea lihavuus ISO-BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>.



**Kuvio 1.3.3. Lihavuuden esiintyvyys (%) vuosina 2000–2023 ja ennusteet vuosille 2030 ja 2040. Lähde: THL 2025.**

Lihavuus on merkittävä kansanterveysongelma, joka lisää sairastumisriskiä tyypin 2 diabetekseen, sydän- ja verisuonitauteihin, syöpiin sekä mielenterveys- ja tuki- ja liikuntaelinsairauksiin. Se heikentää elämänlaatua ja työkykyä sekä lyhentää elinikää. Jos lihavuuden yleistyminen saadaan pysäytettyä, terveystalouden ja reseptilääkemenoista säästyy 1,5 miljardia euroa kymmenessä vuodessa aikuisväestöllä, ja laskeva kehitys kaksinkertaistaisi säästöt (THL 2025).

Lihavuuden yleistyminen johtuu yhteiskunnallisista muutoksista, kuten ruokaympäristön muuttumisesta ja passiivisen elämäntavan yleistymisestä. Runsaasti energiaa sisältävien, mutta ravinnepöyhien, usein pidemmälle prosessoitujen elintarvikkeiden tarjonta on kasvanut, ja suuret annoskoot sekä aggressiivinen markkinointi houkuttelevat syömään enemmän. Edellä mainitut pidemmälle prosessoidut elintarvikkeet ovat lisäksi usein halvempi vaihtoehto kuin tuoreet kasvikset, hedelmät, kala, siipikarja ja liha, mikä ohjaa mm. vähävaraisia valitsemaan terveydelle huonompia vaihtoehtoja. Tämä on osa tuloluokkien terveyseroja ylläpitäviä taustatekijöitä.

Yhteiskunnallisilla päätöksillä tulee pyrkiä helpottamaan ihmisten kykyä terveyttä edistävien tuotteiden suosimiseen ja luoda voimakkaita kannustimia elintarviketeollisuudelle kehittää vähemmän energiaa sisältäviä ja terveydelle edullisia tuotteita. THL pitää tärkeänä, että elintarvikkeiden verotusta kehitetään voimakkaasti suuntaan, joka huomioi tuotteiden sisältämän tyydyttyneen rasvan, suolan ja sokerin määrän, ja että kasviksia ja hedelmiä verotetaan selkeästi kevyemmin. Esimerkiksi arvonnisävero voidaan melko helposti porrastaa näillä perusteilla, sillä koostumustiedot ovat olemassa.

Runsaasti energiaa, tyydytynyttä rasvaa, suolaa ja sokeria sisältävien tuotteiden markkinointia tulee myös rajoittaa sekä terveystalouden ja elintapaohjausta vahvistaa. (Mäki ym. 2021; Santalahti ym. 2024.) (Ks. myös Luku 1.6.)

Henkilöille, joilla on lihavuutta, on tarjottava kattavaa tukea, kuten vaikuttavia painonhallintaohjelmia, vertaistukiryhmiä ja psykologisia tukipalveluja (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2024). Terveydenhuollon tulee myös priorisoida hoitoon ohjausta, erityisesti nuorille ja nuorille aikuisille, joille varhainen tuki voi olla erityisen ratkaisevaa. Ilman tehokkaita ja kiireellisiä toimia lihavuuden aiheuttama taakka yksilöille ja kansantaloudelle kasvaa entisestään.

## Toimenpidesuosituksset

### Työ- ja toimintakyky

- Työelämässä tarvitaan joustoa sovittaa tehtäviä vastaamaan työntekijän vahvuuksia, huomioiden rajoitteet työkyvyssä. Sosiaaliturvan tulisi kannustaa tarvittaessa osa-aikatyöhön.
- Työkykyä tukevien palvelujen kehittäminen sekä työterveyshuollon ja hyvinvointialueiden palvelujen toiminnallinen integraatio mahdollistaa myös osatyökykyisten laajan työelämäosallisuuden.
- Ikääntyneiden, joilla on suuria vaikeuksia perustoiminnoissa ja arkipäivän askareissa, on saatava riittävästi apua kotiin tai tarvittaessa hoivakotipaikka. Digitaalisesta yhteiskunnasta syrjäytymistä tulee ehkäistä digipalvelujen helppokäyttöisyydellä ja tarvittavalla tuella.
- Hallitusohjelman Suomi liikkeelle -ohjelmassa mainittu toimenpide "Selvitetään mahdollisuus taata subjektiivinen ulkoiluoikeus ikääntyneille" voi edistää ikääntyneiden toimintakykyä.

### Sairastavuus

- Merkittävä osa keskeisimmistä kansataudeista ja monisairastavuudesta on ehkäistävissä vaikuttamalla riskitekijöihin (mm. lihavuus ja kohonnut verenpaine) ja elintapoihin (mm. tupakointi, alkoholin käyttö, ravitsemus, liikunta ja uni).
- Elintapoihin voidaan tehokkaimmin vaikuttaa mm. hintapolitiikalla ja terveyttä edistäviin valintoihin (mm. liikuntaan) kannustavien elinympäristöjen rakentamisella.
- Monisairastavuus kuormittaa terveydenhuoltoa, ja kustannusten kasvun hillitsemiseksi on kehitettävä palvelu- ja hoitoketjuja. Palvelut tulee kohdentaa niitä eniten tarvitseville ja panostaa toiminnalliseen integraatioon, jotta vältetään päällekkäisiä toimintoja ja turvataan hoidon jatkuvuus.
- Lääkekustannusten kasvun hillitsemiseksi tarvitaan myös kalliiden hoitojen kohdentamista tulevaisuudessa nykyistäkin paremmin niille potilaille, jotka niistä eniten hyötyvät. Tähän tarvitaan lisää tietoa mm. potilaiden hoitopoluista ja kalliiden hoitojen vaikuttavuudesta.

### Lihavuus

- Eri toimijoiden (päättäjät, elintarvikeala, julkiset ruokapalvelut, terveydenhuolto, koulutusjärjestelmä, järjestöt) on tehtävä yhteistyötä terveyttä edistävän ruokaympäristön luomiseksi.
- Epäterveellisten elintarvikkeiden markkinointia, erityisesti lapsille ja nuorille, tulee rajoittaa kaikissa mediakanavissa.
- Verotuksella ja hintapolitiikalla on kannustettava terveyttä edistäviin valintoihin (elintarvikeala, päättäjät). Verotuksessa on otettava käyttöön elintarvikkeiden ravintosisältöön perustuva arvonlisäverokanta, joka pidemmälle prosessoitujen tuotteiden kohdalla on riippuvainen tyydyttyneen rasvan, sokerin ja suolan määrästä ja jossa tuoreiden vihannesten ja kasvien verotus on kaikkein matalin.
- Eri toimijoiden (ministeriöt, varhaiskasvatus, koulut, työpaikat, työterveyshuolto, kuntapäättäjät) on tuettava liikunnallista elämäntapaa valtakunnallisten Liikkuvat-ohjelmien avulla.
- On tarjottava sovelluksia, jotka tukevat terveyttä edistäviä valintoja, sekä matalan kynnyksen painonhallintapalveluja osana sote-järjestelmää. Lihavuuden hoitoonohjausta on priorisoitava, erityisesti lapsille, nuorille ja nuorille aikuisille (päättäjät, järjestöt, hyvinvointialueet).
- Ymmärrystä lihavuudesta tulee lisätä ja edistää kunnioittavaa viestintää (kaikki toimijat).

## 1.4 Terveyden eriarvoisuus

### Pääviestit

- Sukupuolten välinen ero menetetyissä elinvuosissa on kaventunut koko 2000-luvun, mutta miehillä on lähes kaksinkertainen määrä menetettyjä elinvuosia naisiin verrattuna. Erot selittyvät suurimmaksi osaksi miesten korkeammalla alkoholikuolleisuudella ja kuolleisuudella verenkiertoelinten tauteihin.
- Sosioekonomiset terveyserot eivät ole Suomessa tavoitteista huolimatta kaventuneet; suhteellinen ero menetetyissä elinvuosissa tuloryhmien välillä on naisilla 4,8-kertainen ja miehillä 5,2-kertainen.
- Länsi- ja Etelä-Suomessa sairastavuus on matalammalla tasolla kuin Itä- ja Pohjois-Suomessa. Alueelliset erot ovat pysyneet pitkään samansuuntaisina, eikä toistaiseksi ole näyttöä niiden kaventumisesta.
- Terveysterojen kaventamisella voitaisiin saavuttaa merkittäviä kustannussäästöjä sekä lisätä työkykypainotettuja elinvuosia sairastavuudesta aiheutuvien haittojen vähentyessä.

Väestöryhmien väliset terveyserot ovat selkeitä ja pysyviä (Majlander ym. 2021; Jokela ym. 2021). Ne ilmenevät muun muassa sukupuolittain, alueittain ja sosioekonomisen aseman mukaan eri osa-alueilla, kuten koetussa terveydessä, pitkäaikaisessa sairastavuudessa, toiminta- ja työkyvyssä sekä kuolleisuudessa (Koponen ym. 2018; Tarkiainen ym. 2017; Manderbacka ym. 2021; Karvonen ym. 2022)<sup>1</sup>. Tieteellinen asiantuntijaryhmä ehdotti vuonna 2023 toimia terveyserojen kaventamiseksi (Rotko ym. 2023). Näiden toimeenpanon edellyttämistä yhteiskunnallisista päätöksistä ei ole tällä hetkellä riittävää poliittista yksimielisyyttä (mm. terveysvero ja kaupalliset intressit alkoholimarkkinoilla).

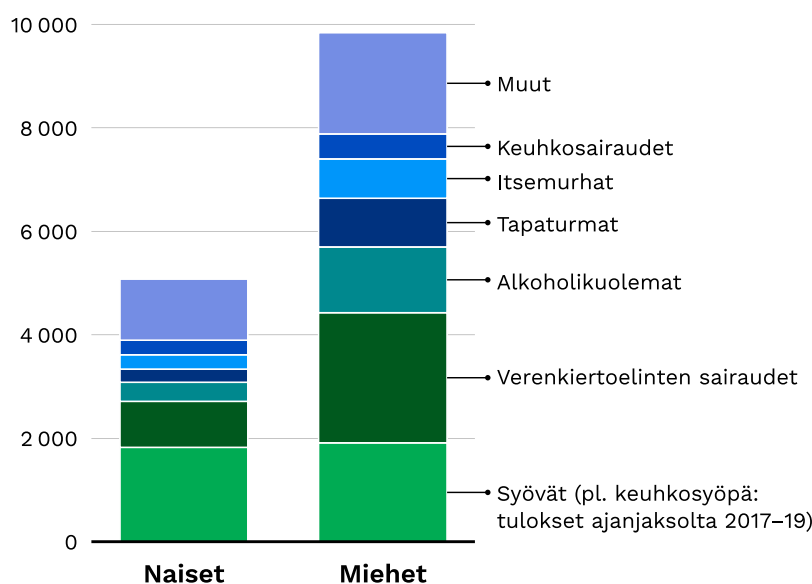
On arvioitu, että keskeisistä kansanterveysongelmista jopa yli puolet (mm. alkoholikuolemat) tai lähes kolmannes (mm. diabetes) poistuisi, jos ongelma olisi koko väestössä yhtä harvinainen kuin korkeasteen koulutuksen saaneilla (Koskinen ja Martelin 2007). Sosioekonomisten terveyserojen kaventamisella voitaisiin siis saavuttaa merkittäviä kustannussäästöjä sekä lisätä työkykypainotettuja elinvuosia sairastavuudesta aiheutuvien haittojen vähentyessä.

### Miehillä naisia enemmän menetettyjä elinvuosia

Sukupuolten väliset terveyserot vaihtelevat terveyden eri osa-alueilla (Terve Suomi 2023). Koetussa terveydessä naisten ja miesten välillä ei ole suuria eroja, vaikka se vaihtelee iän ja sosiaalisen aseman mukaan (Koskela ym. 2023; Terve Suomi 2023). Merkittäviä eroja on kuitenkin kuolleisuudessa ja elinajanodotteessa, mikä näkyy miesten korkeampana menetettyjen elinvuosien määränä<sup>2</sup> (Manderbacka ym. 2021). Vaikka sukupuolten välinen ero on tässä kaventunut koko 2000-luvun, se on edelleen huomattava verrattuna OECD-maiden keskiarvoon (OECD 2024). Vuosina 2020–2022 menetettyjen elinvuosien määrä oli miehillä lähes kaksinkertainen naisiin verrattuna (Kuvio 1.4.1).

1 Terveysteroja tarkastellaan tässä katsauksessa keskittyen ennen aikaisten kuolemien takia menetettyihin elinvuosiin (potential years of life lost, PYLL) sekä Kansallisen terveysindeksin tietokokonaisuuden sairastavuusindeksiin.

2 Menetetyt elinvuodet (Potential years of life lost, PYLL). Aineisto kattoi Suomessa vakinaisesti asuneen 25–79-vuotiaan väestön vuosina 2020–2022. Kokonaiskuolleisuuden lisäksi PYLL-indeksi on laskettu kuudelle eri kuolinsyyllle. Luvut esitetään ikävakiointuina, jotta voidaan minimoida väestön ikärakenteen vaikutus eroihin.



**Kuvio 1.4.1. Menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25–80 vuotta/100 000 vastaavan ikäistä vuosina 2020–2022 Suomessa naisilla ja miehillä. Lähde: THL, Sotkanet.**

Miesten ja naisten välillä terveysterojen taustalla vaikuttavat biologiset, mutta myös sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät, esimerkiksi elintavat, työolosuhteet ja sosioekonomiset taustatekijät. Kolmannes eroista selittyy miesten korkeammalla kuolleisuudella verenkiertoelinten tauteihin. Alkoholisairaudet selittävät 20 prosenttia, tapaturmat 15 prosenttia ja itsemurhat 10 prosenttia. Kroonisten keuhkosairauksien ja syöpien merkitys on pienempi (keuhkosairaudet alle 5 % ja syövät alle 2 %), ja muut kuolemansyyt selittävät eroja noin 15 prosenttia.

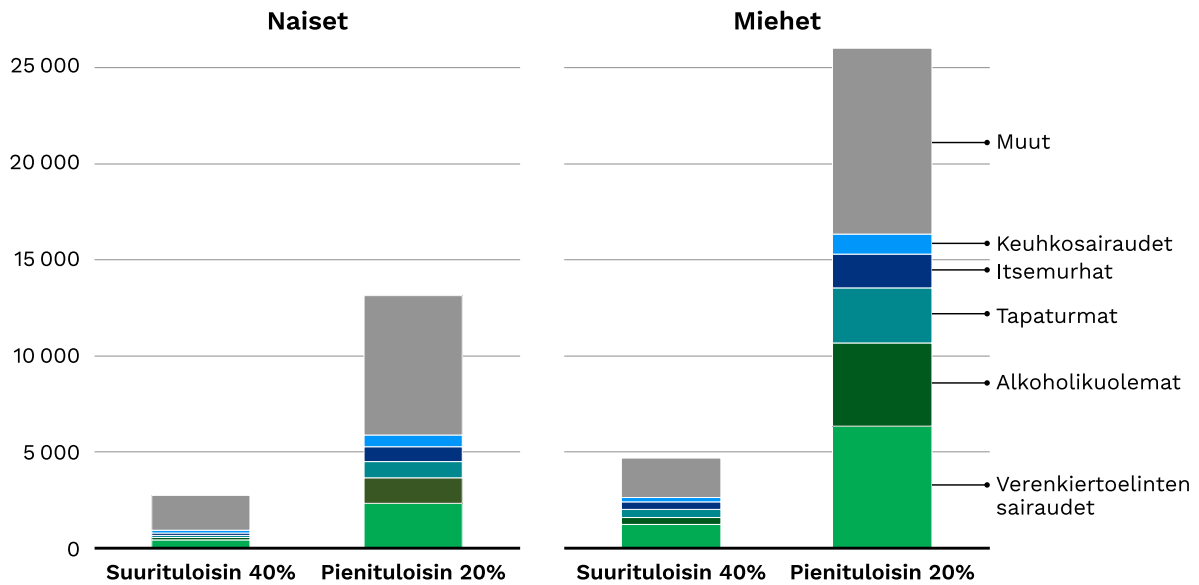
## Sosioekonomisen aseman mukaiset erot selkeitä ja pysyviä

Sosioekonomiset erot näkyvät erityisesti elinajanodotteessa ja menetetyissä elinvuosissa. Vuosina 2020–2022 menetettyjen elinvuosien määrä oli selvästi suurempi pienituloisilla<sup>3</sup> kuin suurituloisilla kaikissa kuolemansyissä (Kuvio 1.4.2). Absoluuttinen ero tuloryhmien välillä naisilla oli 10 410 ja miehillä ero oli 21 335 menetettyä elinvuotta 100 000 vastaavan ikäistä asukasta kohden. Suhteellinen ero tuloryhmien välillä oli naisilla 4,8-kertainen ja miehillä 5,2-kertainen.

Suurin absoluuttinen ero menetetyissä elinvuosissa oli verenkiertoelinten sairauksissa, naisilla se oli 1 908 ja miehillä 5 142 menetettyä elinvuotta. Alkoholiperäisissä kuolemissa absoluuttinen ero tuloryhmien välillä oli naisilla 1 196 ja miehillä 3 934 menetettyä elinvuotta. Suurin suhteellinen ero tuloryhmien välillä oli alkoholiperäisissä kuolemissa, molemmilla sukupuolilla se on yli 11-kertainen. Naisilla tapaturmaisissa kuolemissa tuloryhmien välinen ero oli 8-kertainen ja miehillä 6,9-kertainen. Myös muissa tutkituissa kuolemansyissä tuloryhmien väliset erot ennen aikaisesti menetetyissä elinvuosissa olivat huomattavat sekä absoluuttisesti että suhteellisesti. Syöpäkuolleisuus<sup>4</sup> on korkeinta perusasteen ja matalinta korkea-asteen koulutuksen suorittaneilla (Pitkäniemi ym. 2024). Myös syöpäpotilaiden ennuste (eloonjääminen) on heikoin pelkän perusasteen koulutuksen suorittaneilla ja paras korkea-asteen suorittaneilla (Suomen Syöpärekisteri 2024).

3 Pienituloisiksi on tässä määritelty koko maan väestössä alimpaan tuloviidennekseen kuuluvat henkilöt ja hyvätuloisiksi kahteen ylimpään tuloviidennekseen kuuluvat henkilöt. Kaksi ylintä tuloviidenneksestä on yhdistetty, jotta pieniin tapausmääriin liittyvän satunnaisuusvaihtelun vaikutusta tuloksiin on voitu vähentää.

4 Miehet sairastuvat ja kuolevat syöpään useammin kuin naiset. Koulutusastekohtaiset erot syöpäilmaantuvuudessa ovat suhteellisesti suurimmat keuhkosyövässä.



**Kuvio 1.4.2. Menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25–80 vuotta/100 000 vastaavan ikäistä vuosina 2020–2022 Suomessa tuloluokittain ja kuolemansyittäin naisilla ja miehillä. Lähde: THL, Sotkanet.**

## Itä- ja Pohjois-Suomessa väestö sairaampaa kuin Länsi- ja Etelä-Suomessa

Terveyden alue-erot ovat Suomessa pysyneet vuosikymmeniä samanlaisina: Länsi- ja Etelä-Suomessa väestö on terveempää kuin Itä- ja Pohjois-Suomessa. Toistaiseksi ei ole viitteitä erojen kaventumisesta. Alue-eroihin vaikuttavat edellä kuvatut sosioekonomisen aseman mukaiset erot, sekä sosioekonomiseen asemaan kytkeytyvät alueelliset erot elintavoissa ja sairauksien riski- ja suojaavissa tekijöissä.

Terveimmät suomalaiset asuvat Pohjanmaalla ja Uudellamaalla ja sairaimmat Pohjois-Savossa ja Pohjois-Karjalassa (Kuvio 1.4.3). Suurimmat erot sairastavuudessa<sup>5</sup> tietyn hyvinvointialueen kuntien välillä on Pohjois-Savossa, jossa kaikkien kuntien sairastavuus on korkeampaa kuin koko maassa keskimäärin.

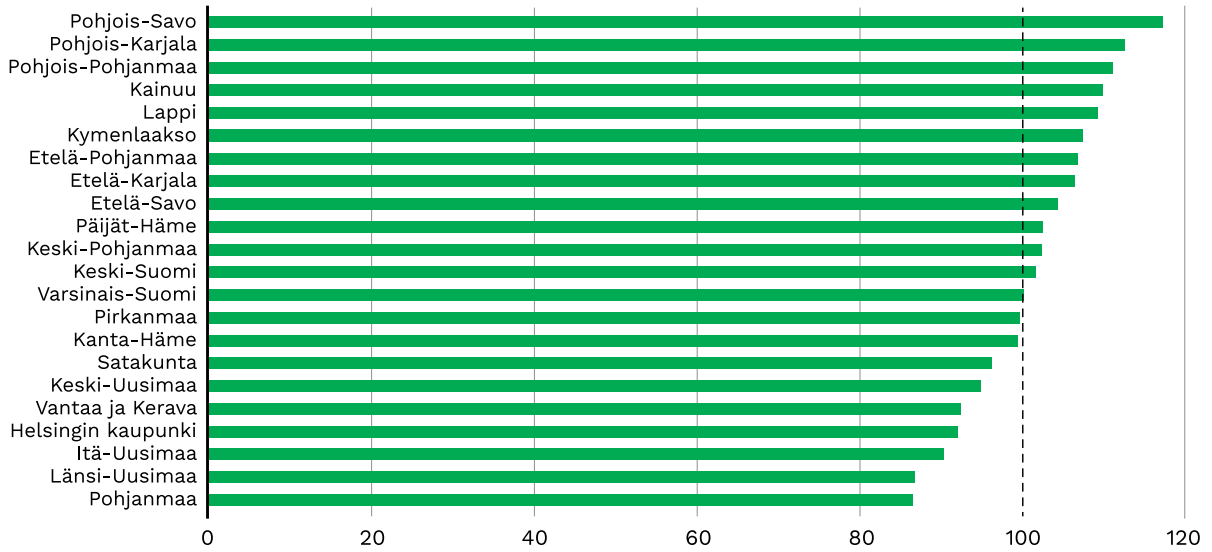
Suurimmat sairausryhmittäiset alue-erot havaitaan alkoholisairauksissa (korkein indeksiluku Etelä-Karjalassa 143, matalin Pohjanmaalla 57), tuki- ja liikuntaelinten sairauksissa (korkein indeksiluku Pohjois-Savossa 134, matalin Helsingissä 73) sekä mielenterveydessä (korkein indeksiluku Pohjois-Savossa 140, matalin 75 Itä-Uudellamaalla). (THL 2024a.)

Syöpäilmaantuvuuden aluevaihtelu on miehillä hieman suurempaa kuin naisilla. Yleisimpien syöpäsairauksien osalta ilmaantuvuuden alue-erot ovat suurimmat miehillä eturauhassyövässä ja naisilla keuhkosityövässä. Syöpäkuolleisuuden alue-erot ovat suurimmat keuhkosityövässä molemmilla sukupuolilla. (Pitkäniemi ym. 2024).

Menetetyissä elinvuosissa tilanne on myös heikoin Itä-Suomessa, ja alueiden väliset erot ovat selkeitä. Naisilla menetettyjen elinvuosien määrä on suurin Kainuussa ja pienin Pohjanmaalla, Keski-Pohjanmaalla ja Länsi-Uudellamaalla (Kuvio 1.4.4). Miehillä menetettyjen elinvuosien määrä on suurin Kainuussa ja Etelä-Savossa ja pienin Pohjanmaalla, Länsi-Uudellamaalla, Itä-Uudellamaalla ja Keski-Pohjanmaalla.

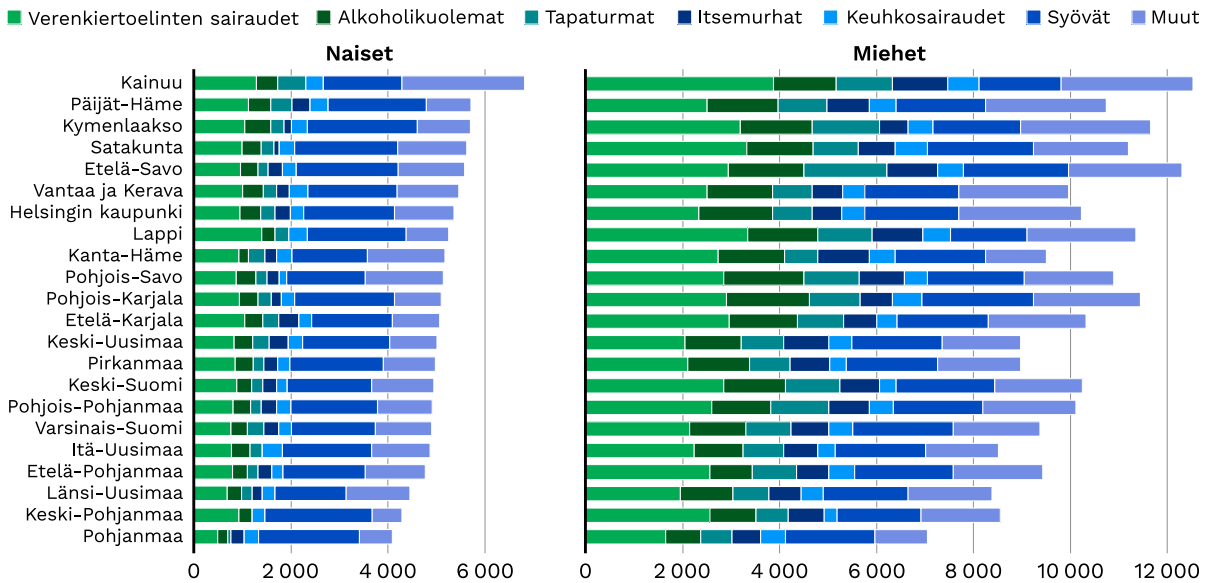
<sup>5</sup> Uusimmat kansallisen terveysindeksin tiedot perustuvat koko väestön kattaviin tietoihin vuosilta 2020–2022. Sairastavuuden kokonaisindeksi perustuu syöpien, sepelvaltimotautien, aivoverisuonitautien, tuki- ja liikuntaelinten sairauksien, vakavien mielenterveyden ongelmien, tapaturmien, muistisairauksien, kroonisten keuhkosairauksien, diabeteksen ja alkoholisairauksien osaindekseihin. Tietokokonaisuus kuvaa kuntien, hyvinvointialueiden ja yhteistyöalueiden välisiä eroja sairastavuudessa ja työkyvyttömyydessä. Indeksiluku esitetään ikävakioituina, jolloin voidaan minimoida väestön ikärakenteen vaikutus alueiden välisiin eroihin.





**Kuvio 1.4.3. Ikävakioitu sairastavuusindeksi hyvinvointialueittain, 2020–2022. Lähde: THL, Sotkanet.**

Molemmilla sukupuolilla korkeimman ja matalimman ennenaikaisen kuolleisuuden alueiden väliset erot ovat yli 1,5-kertaiset. Hyvinvointialueiden välillä suurimmat kuolinsyykohtaiset erot on miesten verenkiertoelinten sairauksissa, alkoholikuolemissa ja tapaturmien aiheuttamissa kuolemissa. Naisilla hyvinvointialueiden väliset erot ovat hieman pienempiä.



**Kuvio 1.4.4. Menetetyt elinvuodet hyvinvointialuekohtaisesti kuolemansyittäin naisilla ja miehillä vuosina 2020–2022, paitsi syövät ajanjaksolta 2017–2019. Lähde: THL, Sotkanet.**

## Toimenpidesuosituksset

- Ottaen huomioon sosiaali- ja terveysjärjestelmän kustannusten väistämättömän kasvun väestön ikääntyessä, arvopohjainen keskustelu yhteiskunnan toimista väestön terveyden ylläpidon helpottamiseksi on välttämätön. Pelkän yksilönvastuun korostamisella ei saavuteta tarvittavaa väestövaikutusta resurssi- ja kustannuskriisin välttämiseksi erityisesti, jos osalla väestöä ei ole tosiasiallista mahdollisuutta riittävästi vaikuttaa omaan terveydentilaansa.
- Tieteellisen asiantuntijaryhmän vuonna 2023 ehdottamien toimien toteutusta tulee edistää ottamalla huomioon myös tutkimusnäyttö terveysperusteisista veroista sekä kaupallisten intressien vaikutuksista korkeaan alkoholikuolleisuuteen ja -sairastavuuteen.
- Erityisesti alempien sosioekonomisten väestöryhmien terveyttä edistäviä elintapoja pitää pyrkiä vahvistamaan, että sairastavuus laskisi paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevien sairastavuuden tasolle. Tästä saataisiin merkittävimmät kustannussäästöt.
- Arvioita terveyserojen kustannusvaikutuksista on päivitettävä ajantasaisin tiedoin.
- Alueelliset terveyserot tulee huomioida sote-uudistuksen toteutuksessa palvelujen tarjonnassa mm. kynnyksettöminä psykiatrisen avohoidon palveluina ja yleisesti julkisen perusterveydenhuollon vahvistamisena.
- Sote-rahoituksen osalta hyvinvointialueiden rahoitusmallissa olisi huomioitava entistä paremmin ja tutkimusperusteisesti alueelliset erot palvelutarpeessa ja olosuhdetekijöissä. Asukasmäärän painoarvoa itsenäisenä rahoituksen määräytymistekijänä tulee vähentää ja alueiden verotusoikeutta edelleen selvittää rahoituksen riittävyyden takaamiseksi.
- Kaikille nuorille tulee varmistaa perusasteen jälkeinen tutkinto ja panostaa joukkoruokailuun terveyttä edistävän ruokavaliosiihtymän toteuttamiseksi.

## 1.5 Mielen terveys

### Pääviestit

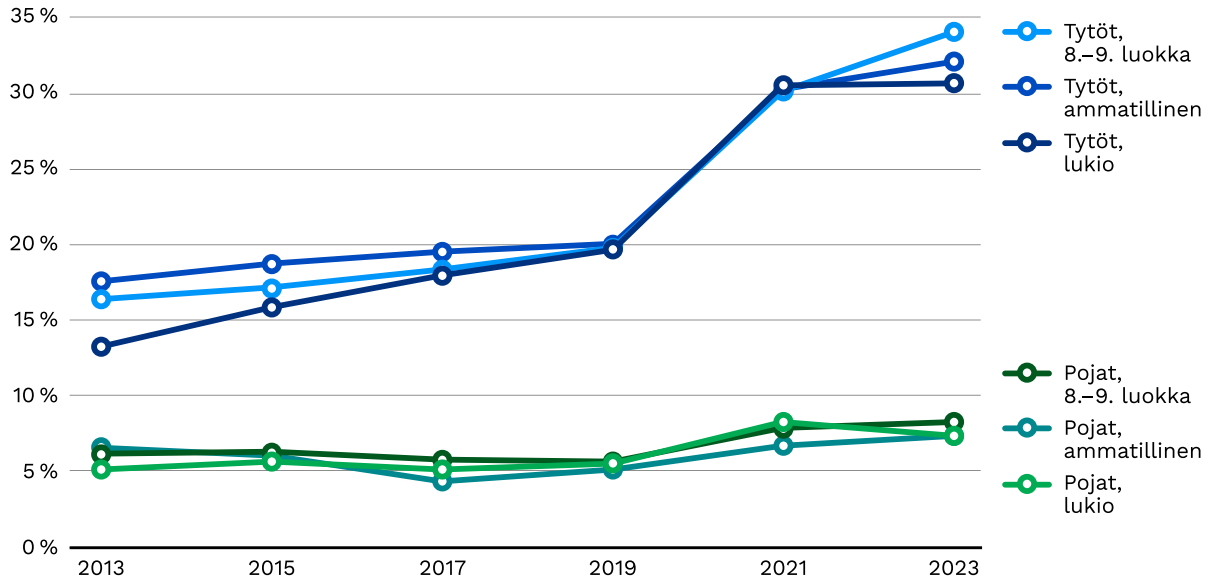
- Mielen terveysoireet ovat yleistyneet 2020-luvulla sekä nuorilla että työikäisillä. Työikäisen väestön psyykkisen kuormittuneisuuden ennustetaan 2020-luvulla edelleen lisääntyvän.
- Nuorten mielen terveysoireiden esiintyvyydet ovat korkealla tasolla. Korkeakouluopiskelijoiden psyykkinen kuormittuneisuus on vähentynyt hieman koronapandemian aikaisesta.
- Mielen terveyden häiriöihin perustuvat pitkät sairauspoissaolot työikäisillä ovat yleistyneet merkittävästi kaikissa ikäryhmissä ja kummallakin sukupuolella mutta erityisesti 25–34-vuotiailla naisilla. Laadukkaaseen hoitoon ja kuntoutukseen sairauspoissaolon ja työkyvyttömyyden pitkittyessä ei ole panostettu riittävästi.
- Merkittävin mielen terveyden hoidon palveluvaje on ikääntyneillä.
- Vuonna 2023 Kela maksoi mielen terveysperusteisia sairauspäivärahoja yhteensä 335 miljoonaa euroa. Mielen terveyden ja käyttäytymisen häiriöihin liittyvät työkyvyttömyyseläkemeno olivat noin 1,3 miljardia euroa.

### Nuorten ja nuorten aikuisten mielen terveyden oireilu edelleen yleistä

Nuorten mielen terveyden ongelmat ovat lisääntyneet voimakkaasti viime vuosikymmenen aikana (McGorry ym. 2024). Kielteiset kehityskulut alkoivat jo ennen pandemiaa ja koskevat erityisesti tyttöjä ja tytöille tyypillisempiä mielen terveyden oireita, kuten masennus- ja ahdistusoireita. Käytös- ja päihdeoireilun esiintyvyys on pysynyt ennallaan tai vähentynyt (Knaappila ym. 2021). Nuorten tekemät väkivaltarikokset (ks. Luku 3.3) ja huumekuolemat (ks. Luku 1.7) ovat lisääntyneet ja ADHD-diagnoosien määrä on nousussa (Vuori ym. 2024).

Koronapandemia vaikutti kielteisesti nuorten ja nuorten aikuisten mielen terveyteen, ja mielen terveysoireiden esiintyvyydet ovat edelleen korkealla pandemian aikaisella tasolla (Kuvio 1.5.1). Yläasteen ja toisen asteen tytöistä yli 30 prosenttia on vähintään kohtalaisesti ahdistunut, sosiaalisesti ahdistuneita on yli 50 prosenttia ja lähes kolme neljästä (73 %) raportoi vähintään yhdestä mielen terveyden ongelmasta. Pojilla osuudet ovat pienempiä, mutta heistäkin joka kolmannella on vähintään yksi mielen terveyden ongelma. (Kiviruusu ym. 2024.)

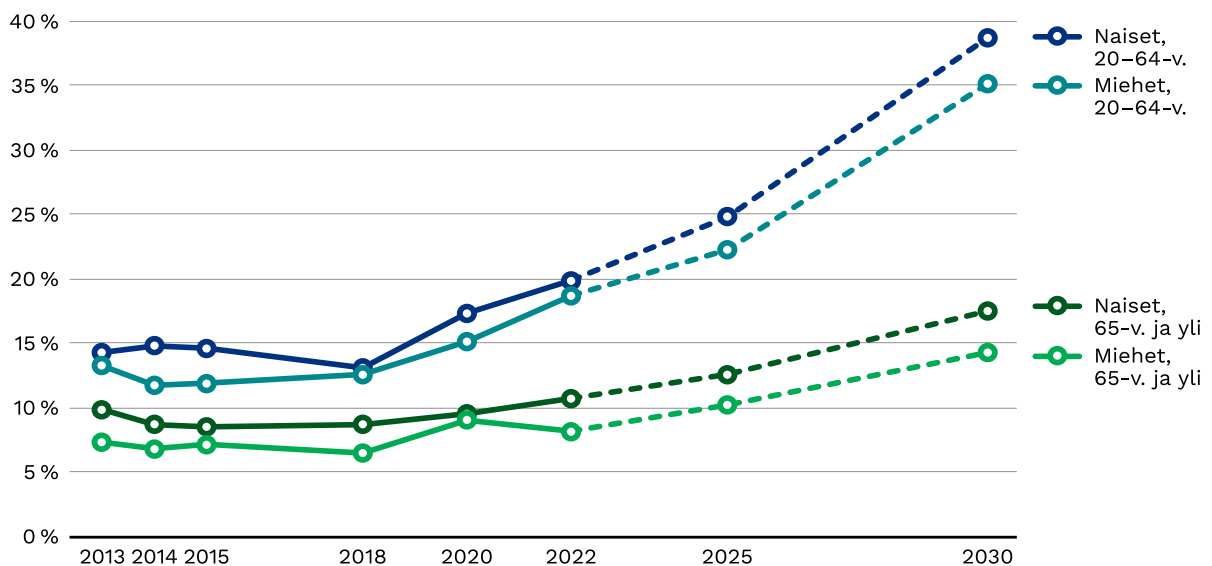
Tiedot mielen terveyspalvelujen käytöstä tukevat oirekyselyistä saatavaa kuvaa. Viime vuosikymmenen aikana nuoret ovat käyttäneet enenevästi mielen terveyspalveluja. Vuonna 2020 13–17-vuotiaista 14 prosentilla ja 18–22-vuotiaista 18 prosentilla oli mielen terveysperustainen tutkimus- tai hoitokäynti terveydenhuollossa (Forsell 2022). Erikoissairaanhoidon nuorisopsykiatrian avohoitokäyntien määrä näyttää vähentyneen viime vuosina, mikä voi osin liittyä psykososiaalisten menetelmien käyttöönottoon perustasolla (Koivisto ja Muurinen 2024). Näyttöön perustuvia psykososiaalisia interventioita on viety perustasolle kouluttamalla ammattilaisia niiden käyttöön (Koivisto ja Muurinen 2024). Hallituksen tuleva esitys lasten ja nuorten terapiatakuusta tulee olemaan tärkeä osa perustason mielen terveyspalvelujen vahvistamisessa, jos sen toteutuksessa onnistutaan hyvin. Vaikka aktiivista kehittämistyötä on jo tehty, nuorten mielen terveyspalvelujen kenttä on edelleen sirpaleinen.



**Kuvio 1.5.1. Kohtalaisen tai vaikean ahdistuneisuuden yleisyys kouluasteen mukaan vuosina 2013–2023. Lähde: THL, Kouluterveyskysely.**

## Psyykkisen kuormittuneisuuden ennustetaan lisääntyvän työikäisessä väestössä

Työikäisen väestön psyykkinen kuormittuneisuus on lisääntynyt merkittävästi 2020-luvulla ja kehityksen ennustetaan jatkuvan. Muutos koskee sekä miehiä että naisia. (Suvisaari ym. 2023.) Ennusteiden mukaan psyykkisen kuormittuneisuuden yleisyys aikuisväestössä voi kasvaa jopa 30 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä, ellei kasvua saada pysäytettyä (Kuvio 1.5.2). Nykytilanteen mukaisessa ennusteessa tulevaisuuden näkymä on kaikkein epäsuotuisin 20–39-vuotiailla miehillä ja naisilla sekä 40–54-vuotiailla miehillä. Itse raportoitujen oireiden lisäksi myös depressiolääkkeiden käyttö on lisääntynyt vuosien 2020 ja 2023 välillä erityisesti naisilla.



**Kuvio 1.5.2. Merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta kokeneiden osuudet miehillä ja naisilla vuosina 2013–2022 ja ennuste vuoteen 2030. Lähde: Parikka ym. 2024.**

Korkeasti koulutetut hakeutuvat hoitoon mielenterveyteen liittyvien ongelmien vuoksi ja saavat mm. kuntoutuspsykoterapiaa useammin kuin matalasti koulutetut (Leppänen ym. 2022; Suvisaari ym. 2023). Merkittävin hoitovaje on ikääntyneillä (Suvisaari ym. 2023). Harva itsemurha-ajatuksia kokenut ikääntynyt ilmoittaa käyttäneensä terveystalvuuksia mielenterveyteen liittyvien ongelmien vuoksi (Suvisaari ym. 2023), eikä mielenterveysongelmia ole useinkaan tunnustettu viimeisellä terveydenhuollon käynnillä ennen toteutunutta itsemurhaa (Partonen ym. 2024).

Ratkaisuna mielenterveysoireilun ja -ongelmien lisääntymiseen on pyritty parantamaan hoitoon pääsyä ja hoitoa perustasolla. Perustason mielenterveyspalveluja on kehitetty ja psykososiaalisten interventioiden osaajia koulutettu koko 2020-luvun ajan (Koivisto ja Muurinen 2024). Myös työelämän mielenterveysosaamista on vahvistettu (Tupala ym. 2023). Merkittävin panostus vakavampien mielenterveysongelmien hoidon ja kuntoutuksen parantamiseen on ollut *IPS Sijoita ja valmenna* -työhönvalmennuksen (*Individual Placement and Support*) käyttöönotto<sup>1</sup>.

## Mielenterveysperusteiset sairauspoissaolot yleistyneet merkittävästi

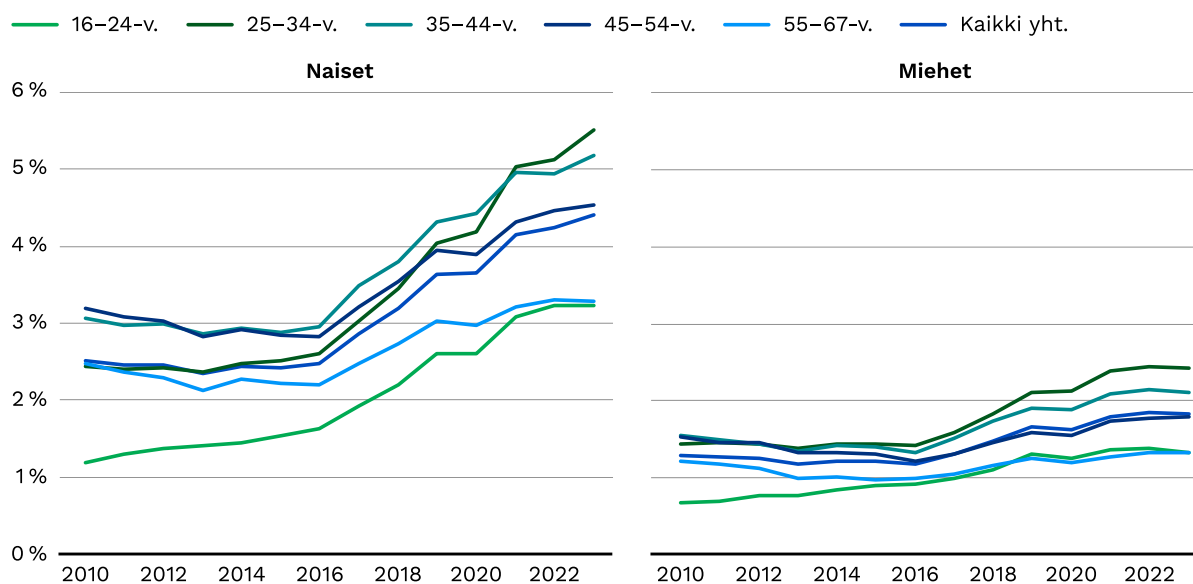
Mielenterveyden häiriöihin perustuvat sairauspäivärahalla korvatut pitkät sairauspoissaolot työikäisillä ovat viime vuosina yleistyneet merkittävästi. Vuonna 2023 yli 100 000 henkilöä (3 % ei-eläkkeellä olevista työikäisistä) sai sairauspäivärahaa mielenterveyden häiriön perusteella. Samana vuonna osuus kaikista päivärahapäivistä nousi 36 prosenttiin. Mielenterveysperusteiset poissaolot ovat yleistyneet erityisen jyrkästi 25–34-vuotiailla naisilla, mutta kasvu on ollut selvää myös muissa ikäryhmissä (Kuvio 1.5.3). Yleisimmin poissaolot perustuvat ahdistuneisuus- tai masennushäiriöihin. Viime vuosina kasvu on keskittynyt erityisesti ahdistuneisuushäiriöihin. (Blomgren ja Perhoniemi 2022; Blomgren ja Perhoniemi 2024.)

Mielenterveyden häiriöt ovat myös yleisin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen peruste. Vuonna 2023 noin 7 500 henkilöä siirtyi työeläke- tai kansaneläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeelle mielenterveyssyistä (37 % kaikista työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä) (ETK 2024). Mielenterveyden häiriöiden perusteella työkyvyttömyyseläkkeellä olevien väestöosuuskehitys on etenkin 25 vuotta täyttäneillä ollut kuitenkin erisuuntaista kuin sairauspoissaolojen kehitys. Pitkällä aikavälillä työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus on vanhemmissa ikäryhmissä hiljalleen vähentynyt samalla kun se on nuorilla yleistynyt (Laaksonen ym. 2021). Toisaalta kasvu ei näyttäisi nuorilla enää viime vuosina jatkuneen (ETK 2024).

Työkyvyttömyyseläkkeiden myöntämisen sijaan on yhä enemmän korostettu mm. kuntoutusta ja osittaisenkin työkyvyn hyödyntämistä. Mielenterveyskuntoutujien määrät ovatkin olleet jyrkässä kasvussa: määrä on lähes kolminkertaistunut vuosina 2013–2023, johtuen valtaosin kuntoutuspsykoterapian kasvusta (Kela 2024e). Kuntoutustakaan ei tosin myönnetä kaikille hakeville. Viime vuosina työeläkejärjestelmän ammatillisen mielenterveyskuntoutuksen hakemusten hylkäysosuudet ovat kasvaneet ja myöntöpäätökset vähentyneet (ETK 2024). Kehityksen osasyynä voi olla, että entistä useammin hakijoilla ei ole katsottu olevan työkyvyttömyyden uhkaa, joka on kuntoutuksen myöntämisen keskeinen kriteeri (Pohjolainen ja Suominen 2023). Työkyvyttömyyseläkkeiden vähenemisen taustalla voi osittain olla myös eläkehakemusten hylkäysosuuksien kasvu<sup>2</sup>.

1 IPS on kehitetty edistämään erityisesti vakavaan mielenterveyden häiriöön sairastuneiden henkilöiden työllistymistä avoimille työmarkkinoille. Suomalainen käyttöönotto on ollut menestystarina. Vuoden kuluttua IPS-työhönvalmennuksen aloittamisesta 44 % valmennettavista oli työssä käyviä ja yli puolet joko työssä tai opiskelemissa. Valmennettavista 91 %:lla oli jonkin psykoosisairaudesta diagnoosi, ja lähtötilanteesta heistä 55 % oli ollut työkyvyttömyyseläkkeellä, 27 % työttöminä ja 7 % sairauslomalla. IPS-valmennus kohensi myös osallistujien mielenterveyttä. (Sipilä ja Appelqvist-Schmidlechner 2024.)

2 Mielenterveysperusteella haettujen eläkkeiden hylkäysosuudet ovat kasvaneet vielä nopeammin kuin kaikkien eläkehakemusten hylkäysosuudet. Vuonna 2023 eläkehakemuksista, joissa päädiagnoosina oli mielenterveyden häiriö, hylättiin työeläkejärjestelmässä jo 46 prosenttia ja kansaneläkejärjestelmässä 55 prosenttia (ETK 2024; Kela 2024d). Ei ole selvää, missä määrin hylkäysosuuksien kasvu liittyy eläkettä hakevien henkilöiden työkykyisyyden muutoksiin ja missä määrin se johtuu kiristyneistä ratkaisukäytännöistä.



**Kuvio 1.5.3. Mielenterveyden häiriön perusteella sairauspäivärahaa saaneiden osuus ei-eläkkeellä olevista vuosina 2010–2023 ikäryhmittäin (%). Lähde: Blomgren ja Perhoniemi 2024.**

Niille, joiden työkyky on uhattuna, on tarvetta mahdollistaa laajemmin riittävä hoito ja kuntoutus. Kelan kuntoutuspsykoterapian tavoitteena on tukea työelämässä pysymistä ja työelämään siirtymistä tai sinne palaamista, mutta mieliala- tai ahdistuneisuushäiriön vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle jääneistä alle viidesosa on saanut kuntoutuspsykoterapiaa ajanjaksolla, joka kattaa viisi vuotta ennen työkyvyttömyyseläkepäättöstä ja kolme vuotta päätöksen jälkeen (Leppänen ym. 2022).

Sairauspoissaolojen, kuntoutuksen ja työkyvyttömyyseläkkeiden erilaisia trendejä selittänee osin se, että lievempi mielenterveysoireilu olisi lisääntynyt, kun vakavammat, pitkäkestoiset häiriöt eivät olisi samassa suhteessa yleistyneet. Esimerkiksi työelämän ja yksityiselämän kuormittavuus voi purkautua sairauspoissaoloihin, mutta ei samassa mittakaavassa pidempikestoiseksi siirtymiseksi pois työelämästä. Myös hoitoon hakeutumisen yleistymisen ja mielen oireilun medikalisoituminen ovat voineet vaikuttaa kehitykseen. Huolta on kannettava myös henkilöistä, jotka eivät pääse mielenterveysoireilun vuoksi kiinni työhön, mutta joille ei myönnetä eläkettä, ja joilla on siten riski jäädä etuusjärjestelmän väliinputoajiksi (Perhoniemi ym. 2020).

Ennaltaehkäisemällä mielenterveyden häiriöitä voidaan säästää merkittävästi niin menetetyt työpanoksen, etuusmaksujen kuin palvelujenkin näkökulmasta. Mielenterveysperusteisten sairauspoissaolojen vuoksi menetetyt työpanoksen on laskettu aiheuttavan vuosittain yhteensä yli miljardin euron kustannuksen työpaikoille, sosiaalivakuutukselle, valtiolle, vakuutetuille itselleen ja muille maksajille (Blomgren ja Rissanen 2024). Osa näistä kustannuksista tulee sosiaalivakuutuksen maksettavaksi. Vuonna 2023 Kela maksoi mielenterveysperusteisia sairauspäivärahoja yhteensä 335 miljoonaa euroa (Kela 2024d). Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin liittyvät työkyvyttömyyseläkemeno olivat samana vuonna noin 1,3 miljardia euroa (ETK 2024). Etuuskustannusten lisäksi esimerkiksi mielenterveyspalvelujen järjestämisestä koituu huomattavia kustannuksia, joita laskelmissa on vaikea huomioida.

## Toimenpidesuosituks

- Yhteisöllistä hyvinvointia on vahvistettava kunnissa. ABC-mallin<sup>3</sup> mukainen toiminta vahvistaa mielen hyvinvointia erilaisissa ikä- ja kohderyhmissä ja se on osoitettu kustannusvaikuttavaksi (Donovan ym. 2021). Pilottikokemukset suomalaisissa kunnissa ovat myönteisiä.
- Nuorten mahdollisuuksia osallistua, toimia ja vaikuttaa on lisättävä. Erinomainen esimerkki on Gutsy Go -toimintamalli (Ahrnberg ym. 2022). Nuorten mielenterveyden tuen ja hoidon palvelujen vahvistamista tulee jatkaa.
- Perustason mielenterveyspalvelujen kehittämisen ja vahvistamisen jatkaminen on tärkeää. Huomiota ja resursseja tarvitaan kuitenkin myös tilanteisiin, joissa mielenterveysongelmat pitkittyvät ja työkyky on uhattuna. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon resursseista on huolehdittava ja taattava vaikuttava hoito ja kuntoutus näissä tilanteissa. Erityisesti nuorten työkyvyyttömyyden pitkittymistä on ehkäistävä varhaisessa vaiheessa, jottei menetetä koko työuran aikaista työpanosta.
- Sijoita ja valmenna (IPS) -työhönvalmennus tulee vakiinnuttaa osaksi mielenterveyspalveluja. Myös osa-aikaisen työn tekemisen arvo ja merkitys tulee tunnustaa; työ vahvistaa hyvinvointia ja osallisuutta ja on yhteiskunnan näkökulmasta tuottavaa, vaikka paluu kokoaikaiseen työntekoon ei terveydellisistä syistä olisi mahdollista.
- Ikääntyneiden mielenterveyspalvelujen saatavuutta on parannettava sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Nykytilanteen parantamiseksi tarvitaan resurssien lisäksi osaamisen ja yhteistyöverkostojen kehittämistä (Talaslahti ja Jämsen 2024).

3 Aktiivinen toiminta (A), osallistuminen yhdessä muiden kanssa (B) ja itselle merkityksellisten asioiden tekeminen (C).

## 1.6 Terveelliset ja kestävät elintavat

### Pääviestit

- Suomessa yli kolmannes kuolemista johtuu käyttäytymiseen liittyvistä riskitekijöistä, joista ravitsemukseen liittyvät riskit ovat merkittävimmät.
- Kansalliset ravitsemussuositukset kannustavat monipuolisiin kasvipainotteisiin ruokavalioihin, jotka edistävät väestön terveyttä ja ympäristön kestävyyttä. Suositukset toteutuvat väestössä huonosti.
- Kaikissa väestöryhmissä liikkumisen suositukset toteutuvat heikosti, etenkin nuorilla, iäkkäimmillä ja vähemmän koulutetuilla.
- Arkiliikkumista tulee ohjata autoilusta julkiseen liikenteeseen ja aktiivisiin liikkumistapoihin, kuten kävelyyn ja pyöräilyyn, jolloin edistetään terveyttä ja ehkäistään ympäristöhaittoja.
- Terveellisten ja kestävien ruokavalioiden ja riittävän liikunnan kautta voidaan todennäköisesti saavuttaa merkittäviä sairastavuuden vähenemiseen liittyviä kustannussäästöjä.

### Uudet ravitsemussuositukset edistävät terveyttä ja ympäristön kestävyyttä

Suomalaisten merkittävimmät ravitsemuspuutteet ovat suosituksia vähäisempi täysjyväviljan, kasvien, marjojen ja hedelmien sekä erityisesti miehillä runsas punaisen lihan ja lihavalmisteen kulutus (Valsta ym. 2018; Skaffari ym. 2019). Ruoasta saadaan liian paljon suolaa ja tyydyttynyttä rasvaa sekä liian vähän kuitua. Ruoankulutuksessa on väestöryhmien välisiä eroja. Naiset ja korkeasti koulutetut ovat miehiin ja matalammin koulutettuihin verrattuna etumatkalla siirtymässä kohti kestävämpiä ruokavalioita. Erot näkyvät erityisesti kasvien, marjojen ja hedelmien käyttötiheydessä: näitä syö useita kertoja päivässä vain noin 20 prosenttia miehistä ja 40 prosenttia naisista (Terve Suomi 2023), ja tavoitteen saavuttaminen on yleisempää vanhemmissa ikäryhmissä ja korkeasti koulutetuilla. Puolet naisista ja kolmannes miehistä on ilmoittanut lisänneensä kasvipainotteisia valintoja, ja se on yleisempää korkeasti koulutetuilla. Yli viidennes kuitenkin kokee epävarmuutta siitä, mikä on ympäristöystävällistä ruokaa.

Huonot ruokavalinnat aiheuttavat lähes yhtä paljon kuolleisuutta kuin tupakka, alkoholi, vähäinen liikkuminen ja ilmansaasteet yhteensä, ja nykyisellä ruoantuotannolla ja -kulutuksella on merkittäviä ympäristöhaittoja (OECD 2023; Harwatt ym. 2024). Uusien kansallisten ravitsemussuositusten<sup>1</sup> (Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2024) tavoitteena on edistää väestön terveyttä ravitsemuksen avulla sekä vähentää ruoantuotannon ja -kulutuksen ympäristövaikutuksia. Terveyden ja ympäristön kannalta on välttämätöntä siirtyä kohti kasvipainotteisempia ruokavalioita, ja pienetkin muutokset ruokatottumuksissa voivat edistää väestön terveyttä ja ympäristön tilaa. Ravitsemussuositusten mukainen ruokavalio ehkäisee mm. ylipainoa, korkeaa verenpainetta, sydän- ja verisuonitauteja, tyypin 2 diabetesta, eräitä syöpätyyppejä ja masennusta sekä vähentää ruoantuotannon

<sup>1</sup> Uudet kansalliset ravitsemussuositukset korostavat monipuolista ja vaihtelevaa ruokavaliota, sopivia annoskokoja sekä ruokavalintoja, joissa painottuvat täysjyvävilja, kasvikset, marjat, hedelmät, palkokasvit, pähkinät, kestävästi pyydetty tai kasvatettu kala sekä tyydyttymättömän rasvan lähteet. Rasvattomia tai vähärasvaisia maitovalmisteita suositellaan käytettäväksi kohtuudella, vähän punaista lihaa ja mahdollisimman vähän prosessoitua lihaa. Runsaasti suolaa, sokeria ja tyydyttynyttä rasvaa sisältävien elintarvikkeiden käyttöä tulee rajoittaa. Suositukset pohjautuvat pohjoismaisiin ravitsemussuosituksiin, joissa on huomioitu tieteellinen näyttö ravintoaineiden saannin ja ruokien kulutuksen yhteydestä terveyteen. Lisäksi ne huomioivat ruoantuotannon ja -kulutuksen vaikutukset ympäristön kestävyteen kuten ilmastonmuutokseen, maankäyttöön, vesistöihin, vedenkäyttöön, biodiversiteettiin ja kemikaalikuormaan. (Blomhoff ym. 2023.)



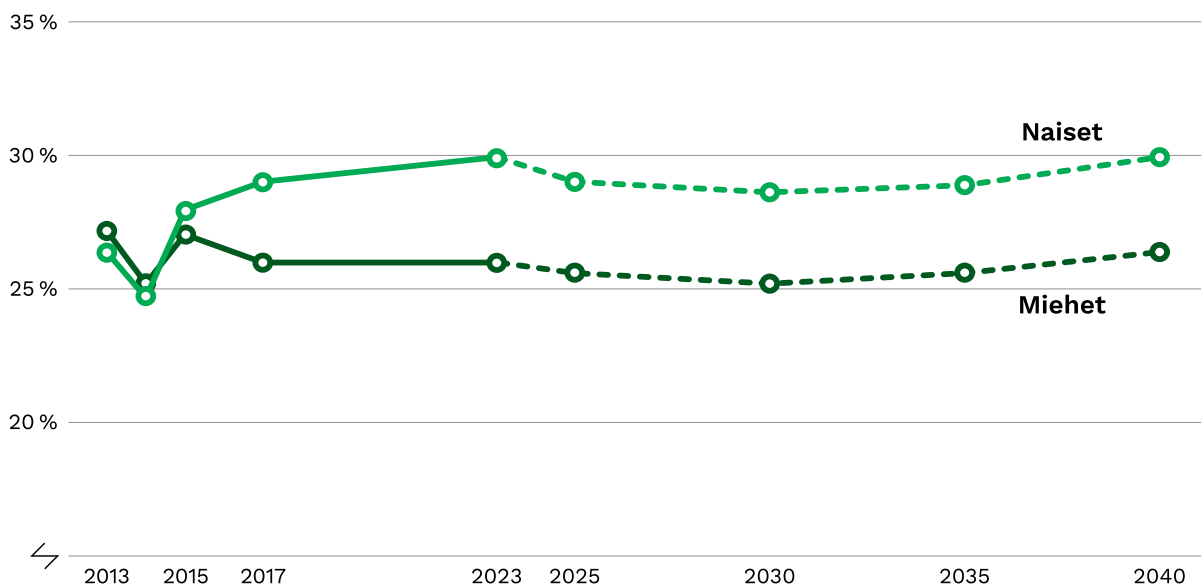
ympäristöhaittoja (Blomhoff ym. 2023). Terveellisellä ruokavaliolla voidaan saavuttaa merkittäviä sairastavuuden vähenemiseen liittyviä kustannussäästöjä (Scrafford ym. 2019; Herman ym. 2021) (ks. myös Luku 1.3).

Ravitsemussuositusten toteutuminen vaatii yhteistyötä eri toimijoiden ja yhteiskunnan sektoreiden välillä. Ruokakasvatus, ravitsemusohjaus ja viestintä ovat tärkeässä roolissa terveellisten ruokatottumusten ja kasvipainotteisen ruokakulttuurin edistämässä. Kasvatuksen ammattilaiset, asiantuntijat, päättäjät, järjestöt, media ja ruoka-alan toimijat, kuten tuottajat, teollisuus, kauppa ja julkiset ruokapalvelut, voivat kaikki tukea näitä tavoitteita. Esimerkiksi ruokapalveluissa elintarvikehankinnat, reseptit ja ruokalistat tulee päivittää vastaamaan uusia suosituksia. Julkiset ruokapalvelut voivat näillä toimilla lisätä terveyden tasa-arvoa.

## Liikkumisen suositukset toteutuvat heikosti kaikissa ikäryhmissä

Vähäinen liikkuminen ja liiallinen paikallaanolo aiheuttavat terveyshaittoja ja heikentävät toimintakykyä (Ding ym. 2020). Suomessa alle puolet aikuisista täyttää liikkumisen suositukset<sup>2</sup>. Erityisesti näin on ikääntyneillä ja vähemmän koulutetuilla. Miehillä suositusten mukainen liikkuminen on hieman lisääntynyt ja naisilla pysynyt lähes ennallaan viime vuosina. Lisäksi lähes puolet miehistä ja yli kolmannes naisista viettää yli kolme tuntia päivässä istuen ruudun ääressä vapaa-ajalla (Terve Suomi 2023). Myös korkeakouluopiskelijoilla istuminen on huomattavan yleistä, ja erityisesti miesopiskelijat viettävät vapaa-ajallaan runsaasti aikaa ruudun ääressä (Pohjola ym. 2024).

Vaikka kuntoliikuntaa<sup>3</sup> useita tunteja viikossa harrastavien osuus on viime vuosikymmeninä kasvanut (Wennman ym. 2019), noin neljäsosa väestöstä liikkuu vapaa-ajallaan hyvin vähän tai ei lainkaan, eikä merkittävää muutosta ennusteta tapahtuvan vuoteen 2040 mennessä (Kuvio 1.6.1.). (THL 2025.)



**Kuvio 1.6.1. Vapaa-ajallaan hyvin vähän tai ei lainkaan liikkuvien osuudet vuosina 2013–2023 ja ennusteet vuoteen 2040 saakka. Lähde: THL 2025.**

2 150 min reipasta tai 75 min rasittavaa liikuntaa viikossa tai vastaava määrä näiden yhdistelmänä sekä kahtena päivänä viikossa lihas-kuntaa ylläpitävää liikuntaa.

3 Kuten juoksu, lenkkeily, hiihto, kuntovoimistelu, uinti, pallopelit ja rasittavat puutarhatyöt.

Lapsilla ja nuorilla liikkuminen vähenee ja paikallaanolo lisääntyy selvästi iän myötä. Päivähoitoikäisistä useimmat täyttävät liikkumisen suositukset<sup>4</sup> ja pojat liikkuvat tyttöjä enemmän (Mehtälä ym., 2024). 4.–5.-luokkalaisten poista lähes puolet ja tytöistä reilu kolmannes liikkuu vähintään tunnin päivässä. Lukiossa ja ammatillisessa koulutuksessa liikuntamäärät laskevat, ja vain pieni osa saavuttaa suositukset. Erityisesti ammattikoululaisista suuri osa liikkuu hyvin vähän, ja lukiolaisista vain joka viides liikkuu vähintään tunnin päivässä (Kouluterveyskysely 2023; Sotkanet). Liikemittariaineistosta on saatu vastaavia tuloksia: 7-vuotiaista yli puolet saavuttaa liikkumisen suosituksen, mutta 15-vuotiaista vain joka kymmenes (Kokko ym. 2023).

Hyvätuloiset ja korkeammin koulutetut liikkuvat vapaa-ajalla pienempituloisia ja vähemmän koulutettuja enemmän (Terve Suomi 2023; Junttila ym. 2023). Matalaan koulukseen liittyy usein raskaampi fyysinen työ, mikä voi vähentää vapaa-ajan liikuntaa. Vanhempien sosioekonominen asema vaikuttaa myös lasten liikkumiseen (Lampinen ym. 2017; Puolakka ym. 2018)<sup>5</sup>. Maahan muuttaneilla, erityisesti Lähi-idästä, Afrikasta ja Aasiasta saapuneilla naisilla, liikunnan harrastaminen on vähäisempää kuin muilla väestöryhmillä (MoniSuomi 2023). Tähän voivat vaikuttaa sosioekonomiset tekijät, uskonnolliset perinteet, kulttuuriset sukupuoliroolit ja pukeutumissäännöt.

Liikkumisen kokonaisuuteen ja sen kestävytyteen vaikuttavat myös arjen kulkutavat. Koronapandemian myötä pysyvästi yleistynyt etätyö sekä muut yhteiskunnalliset ja taloudelliset kehitykset ovat muuttaneet arjen kulkutapoja. Etätyö on erityisesti korkeammassa ammattiluokissa vähentänyt työmatkaliikennettä. Jalankulun, pyöräilyn ja joukkoliikenteen matkamäärät ovat kuitenkin suurelta osin palautuneet pandemiaa edeltävälle tasolle, kun taas henkilöautolla kulkeminen on vähentynyt. Silti yli puolet kotimaan matkoista tehdään henkilöautolla, noin neljännes jalan, 10 prosenttia joukkoliikenteellä ja yhdeksän prosenttia pyörällä. Puolet alle kolmen kilometrin matkoista kuljetaan henkilöautolla. (Liikenne- ja viestintävirasto Traficom 2023.) Tämä näkyy myös työ- ja opiskelumatkoissa: yli puolet aikuisista kulkee pääasiassa henkilöautolla, erityisesti miehet (Terve Suomi 2023). Kesällä kestävätkä kulkumuodot, kuten pyöräily ja kävely, ovat suositumpia työmatkatapoja, mutta talvella ne vähenevät huomattavasti ja omalla autolla liikkuminen lisääntyy. Noin joka viides liikkuu päivittäin fyysisesti aktiivisesti työ- tai opiskelumatkansa ja yli puolelle ei kerry työ- tai opiskelumatkalla fyysistä aktiivisuutta. Kolmannes aikuisista liikkuu joinakin päivinä viikossa aktiivisesti työ- tai opiskelumatkoja (Terve Suomi 2023).

Aiempien liikuntasuosittelujen toteutumiseen perustuvien arvioiden<sup>6</sup> mukaan vähäisen liikunnan vuosittaisten kustannusten yhteiskunnalle on arvioitu olevan yli kolme miljardia euroa (Kolu ym. 2022). Yhteiskunta voisi säästää noin miljardi euroa vuosittain, mikäli puolet suomalaisista liikkuisi kestävyysliikuntasuosittelujen mukaisesti (Kolu ym. 2022), mikä vastaakin viimeisimpiä liikemittareihin (Husu ym. 2023) ja kyselyihin (Terve Suomi 2023) perustuvia arvioita nykyisten kestävyysliikuntasuosittelujen toteutumisesta.

4 Liikkua kevyesti, reippaasti tai rasittavasti vähintään kolme tuntia päivässä ja siitä vähintään tunti reippaasti ja rasittavasti.

5 Hyvin toimeentulevien perheiden lapset saavat enemmän tukea liikuntaharrastuksiin, mikä edistää heidän terveyttään myös pitkällä aikavälillä, kun liikkumistottumukset omaksutaan usein jo lapsuudessa.

6 Arvio perustuu vuosien 2011 ja 2017 liikemittaritietoihin, joiden mukaan useampi kuin kolme neljästä suomalaisesta aikuisesta ei saavuttanut tuolloin voimassa olleita kestävyysliikuntasuosituksia (150 min reipasta tai 75 min rasittavaa liikuntaa vähintään 10 min jaksoissa).

## Toimenpidesuosituksset

- Terveellisten ja kestävien elintarvikkeiden tuotantoa, tarjontaa ja kulutusta tulee edistää eri keinoin, joita ovat esimerkiksi ruokakasvatuksen lisääminen, terveysperusteinen hintapolitiikka ja verotus, epäterveellisten elintarvikkeiden markkinoinnin rajoittaminen, annos- ja pakkauskokojen kohtuullistaminen ja elintarvikkeiden ravintosisällön parantaminen. Julkisten ruokapalvelujen laaja saatavuus ja riittävä resurssointi tulee varmistaa.
- Eri väestöryhmien ruoan kulutuksesta, terveydestä ja ruoan ympäristövaikutuksista tulee koota luotettavaa ja ajantasaista tietoa, mikä auttaa arvioimaan suositusten toteutumista ja kustannushyötyjä.
- Liikkumisen mahdollisuuksia tulee edistää tekemällä liikuntaharrastuksista saavutettavia ja arkiliikkumisesta helppoa sosioekonomisesta taustasta riippumatta. Kestävää liikuntaa tulee kehittää kävelyä ja pyöräilyä tukevilla yhdyskuntarakenteilla ja tukemalla julkista liikennettä. Työnantajien toimenpiteitä voivat olla esimerkiksi pyöräparkit, pukuhuoneet ja työsuhdepyöräetu.
- Vähän liikkuvien liikkumista tulee edistää esimerkiksi järjestämällä ikääntyneille yhteisöllisiä liikuntakerhoja, maahanmuuttajille kulttuurisesti sopivia liikuntamuotoja ja liikuntakoulutusta, lapsille ja nuorille liikuntamahdollisuuksia koulupäivien aikana ja sen jälkeen.
- Kasvavien sote-kustannusten hillitsemiseksi tarvitaan suomalaisiin tutkimuksiin perustuvia ajantasaisia ja kattavia arvioita terveellisten ja kestävien elintapojen taloudellisista hyödyistä.

## 1.7 Päihteet ja riippuvuudet

### Pääviestit

- Vuoden 2018 alkoholilain uudistus lisäsi alkoholijuomien saatavuutta ja alkoholihaittojen voimakas väheneminen pysähtyi. Sote-palvelujärjestelmä ei kykene puskuroimaan lisähaittoja, mikäli alkoholijuomien saatavuutta lisätään entisestään. Alkoholin haittakustannuksiksi on arvioitu vuosittain 1,6 miljardia euroa (2018).
- Enintään 15-prosenttisten viinien myynnin laajentaminen ruokakauppoihin olisi haitallista väestön terveydelle, hyvinvoinnille ja turvallisuudelle.
- Huumeiden käytön yleistymisen näkyy haittojen lisääntymisenä. Huumemyrkytyskuolemien määrä on lähes nelinkertaistunut 20 vuodessa ja erityisesti nuorten huumekuolemien määrä on ollut merkittävässä kasvussa. Huumeiden käytössä on alueellisia eroja sekä väestöön suhteuteissa käyttömäärissä että käytetyissä huumeissa.
- Huumeet ja lääkeaineiden väärinkäyttö aiheuttivat yhteiskunnalle 430–638 miljoonan euron välittömät kustannukset vuonna 2020; nousua vuodesta 2016 oli noin 60 prosenttia.
- Tupakkalain tavoitetta savuttomasta ja nikotiinittomasta Suomesta ei nykykehityksellä saavuteta. Haasteena on tupakoinnin lisäksi uudet tupakka- ja nikotiinituotteet, joiden käyttö on yleistynyt ja jotka vetoavat erityisesti nuoriin.
- Nuorimmissa ikäryhmissä raha- ja digipeliongelmat sekä haitallinen netin ja sosiaalisen median käyttö on kaikkein yleisintä.

### Alkoholiin liittyvät lakimuutokset ennakoivat alkoholi ongelmien syvenemistä

Alkoholi on suomalaisten pääpähde. Sen haitat eivät liity vain humalaan, vaan suuri osa muodostuu pidempiaikaisen alkoholinkäytön seurauksista, kuten sisäelinvaurioista, alkoholin aiheuttamista syövästä ja alkoholiriippuvuudesta. Alkoholiin liittyvät kuolemat selittävät merkittävän osan sosioekonomisista kuolleisuuseroista (ks. Luvut 1.3 ja 1.4). Huomattava osa alkoholinkäytön haitoista ja kustannuksista kohdistuu muihin kuin alkoholinkäyttäjiiin itseensä: lapsiin ja perheisiin, sivullisiin, veronmaksajiin ja niihin, joiden jonotusaika sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin pitenee. Alkoholin haittakustannuksiksi arvioitiin 1,6 miljardia euroa vuonna 2018 (Stockwell ym. 2019).

Alkoholien aiheuttamat vakavat haitat, kuten alkoholikuolemat, pääsääntöisesti lisääntyivät vuosikymmenten ajan aina vuoteen 2007 asti. Vuonna 2008 alkoholikuolemat kääntyivät laskuun, kun kokonaiskulutus väheni muun muassa useiden veronkorotusten vuoksi. Tämä on tuonut merkittävän terveyshyödyn väestössä. Yli 10 000 alle 60-vuotista on säästynyt alkoholikuolemalta vuosina 2008–2022 verrattuna siihen, että alkoholin kulutus ja alkoholikuolemat olisivat pysyneet vuoden 2007 tasolla (Mäkelä ym. 2022). Keski-ikäisenä alkoholisyistä kuolevat ajautuvat työmarkkinoilta keskimäärin kahdeksan vuotta ennen kuolemaansa (Mäkelä ja Paljärvi 2015), joten alkoholikuolleisuuden vähenemisellä on ollut merkittävä vaikutus kestävyysvajeen pienemiseen. Alkoholikuolleisuuden kehitys on paras saatavilla oleva mittari myös laajemmin erilaisille haitoille.

Alkoholikuolemien väheneminen pysähtyi vuonna 2018, kun saatavuutta lisännyt alkoholilaki astui voimaan (Kuvio 1.7.1). Tuolloin sallittiin enintään 5,5-prosenttisten alkoholijuomien (ml. juomasekoitukset) myynti yksityisessä vähittäismyynnissä. Alkoholikuolemat jopa hieman lisääntyivät vuosina 2018–2020 verrattuna siihen, mihin hyvä kehitys vuoteen 2017 mennessä oli vienyt. Alaikäisten nuorten

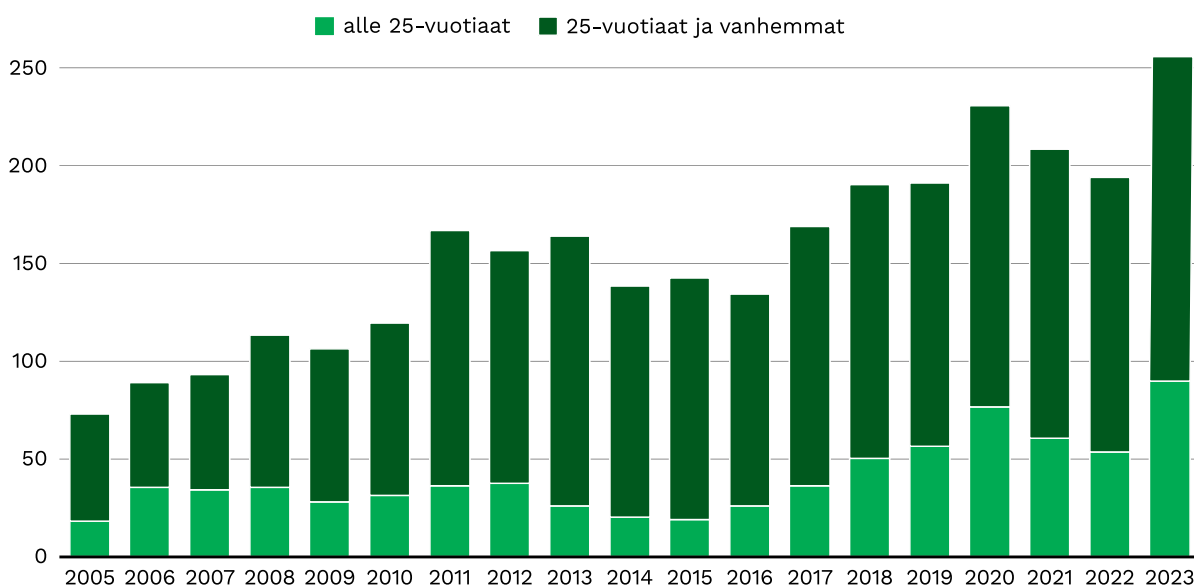


## Huumeiden käytön yleistymisen näkyvät haittojen lisääntymisenä – kustannukset kasvaneet samalla merkittävästi

Huumeiden käyttö on yleistynyt Suomessa jo vuosikymmenten ajan, mikä näkyy laajasti eri tutkimuksissa ja tilastoissa, esimerkiksi huumemyrkytyskuolemissa, huumerattijuopumuksissa, palveluihin hakeutumisessa, tehdyissä kyselytutkimuksissa ja ongelmakäyttöarvioissa, sekä lainvalvontaviranomaisten tekemissä huumeiden takavarikkomääriä.

Kannabis on yleisimmin käytetty huume. Neljäsosa aikuisista ja lähes puolet 25–34-vuotiaista on joskus elämänsä aikana kokeillut sitä (Karjalainen 2023). Yhteenlaskettu amfetamiinien, kokaiinin ja ekstaasin käyttö on lisääntynyt noin kolminkertaiseksi Suomessa viimeisten 10 vuoden aikana (THL 2024c). Huumerattijuopumusten määrän kehitys samalla aikavälillä on ollut lähes identtistä. Alueellisesti huumeiden käytössä ja sen kehittymisessä on kuitenkin merkittäviä eroja, käytön painottuessa väestömäärään suhteutettuna eteläiseen Suomeen.

Huumemyrkytyskuolemien määrä on lähes nelinkertaistunut 20 vuoden aikana (Kuvio 1.7.2). Vuonna 2023 huumemyrkytyskuoleman uhreista 35 prosenttia oli alle 25-vuotiaita, ja huumemyrkytykset ovat lisääntyneet voimakkaasti viime vuosina (THL 2024d; Kriikku ym. 2022). Huumemyrkytykseen kuolla Suomessa jopa kymmenen vuotta nuorempina kuin Euroopassa keskimäärin (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2024).



**Kuvio 1.7.2. Huumemyrkytyskuolemat ikäryhmittäin vuosina 2005–2023. Lähde: THL, Oikeuskemiyksikkö.**

Yksi keskeisiä muutoksia Suomen huumetilanteessa on kokaiinin käytön nopea yleistymisen. Käyttö painottuu viikonloppuihin, mikä viittaa satunnaiskäyttöön ja mahdollisesti uusiin käyttäjäryhmiin. Käytön lisääntyminen näkyy huumerattijuopumustapauksissa ja huumekuolemissa, mikä puolestaan viittaa hyvin ongelmalliseen käyttöön. Toinen muutos on synteettisiin katinoneihin kuuluvien muuntohuumeiden (erityisesti alfa-PVP:n) yleistymisen pääasiassa ongelmakäyttäjien keskuudessa. Vaikutuksiltaan voimakkaita synteettisiä katinoneja käytetään pääasiassa pistämällä ja polttamalla, ja käyttöön liittyy lukuisia rajuja haittavaikutuksia. Suomessa ei toistaiseksi ole havaittu laajasti uusia vahvoja synteettisiä opioideja (vrt. fentanyyliepidemia Yhdysvalloissa ja nitatseenit Virossa), mutta huumetilanne voi muuttua nopeasti ja tilanteeseen tulisi varautua.

Pistämällä tapahtuva huumeiden ongelmakäyttö keskittyy Suomessa opioidi buprenorfiinin ja keskushermostoa kiihottavan amfetamiinin ympärille (THL 2024e). Huumeiden myrkytyskuolemia aiheuttaa etenkin buprenorfiinin päihdekäyttö (Kriikku ym. 2024). Tämä korvaushoidossa toimiva ja turvallinen lääke on hengenvaarallinen, kun sitä käytetään pistämällä ja yhdessä muiden keskushermostoa lamaavien aineiden kanssa. Huumeiden myrkytykset tapahtuvat suurimmaksi osaksi henkilöille, jotka eivät ole opioidikorvaushoidossa (Mariottini ym. 2024). Huumeiden myrkytyskuolema on lähes aina tapaturmainen, eli ainakin periaatteessa ehkäistävissä. Korkeita huumeiden myrkytyskuolleisuuslukuja selittävät ainakin suuri huumeita ongelmallisesti käyttävien henkilöiden määrä sekä vaaralliset käyttötavat, kuten käyttäminen yksin, pistoskäyttö ja moniainekäyttö (Rönkä ym. 2020; Rönkä ym. 2024).

Huumeet ja lääkeaineiden väärinkäyttö aiheuttivat yhteiskunnalle 430–638 miljoonan euron välittömät kustannukset vuonna 2020, nousten noin 60 prosenttia vuodesta 2016 (THL 2023a). Tämän lisäksi muodostuu huomattavia välillisiä kustannuksia, joita ei ole pystytty laskemaan euromääräisesti. Sekä käyttö että haitat jakautuvat alueellisesti kuitenkin epätasaisesti.

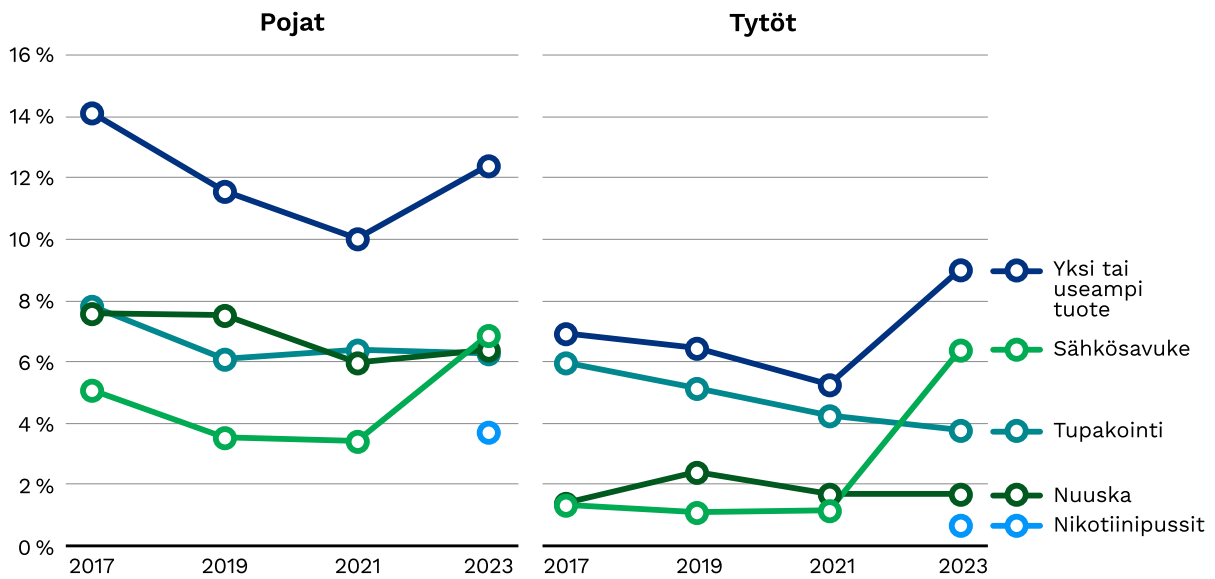
Huumehaittoja on pyritty Suomessa vähentämään erityisesti kontrollin avulla, minkä toimivuuden huumeiden tilanteen kehitys ainakin osin kyseenalaistaa. Suomi on muiden länsimaiden tavoin sitoutunut haittoja vähentävään huumeiden politiikkaan. Tätä taustaa vasten on tärkeää selvittää, saataisiinko yksilöön ja yhteiskuntaan kohdistuvia huumeiden haittoja vähennettyä ottamalla käyttöön uusia toimenpiteitä. THL:n koordinoima Huumeiden kuolemien ehkäisyn asiantuntijaryhmä (HEAR) on esittänyt tutkimukseen perustuvia toimenpide-ehdotuksia, joiden avulla huumeiden kuolemia olisi mahdollista ehkäistä (Kailanto ja Viskari 2023).

## Tupakointi vähenee, mutta uudet tupakka- ja nikotiinituotteet tuovat merkittäviä haasteita

Tupakointi on vähentynyt niin nuorilla kuin aikuisilla (THL 2024f). Ongelmana on kuitenkin muiden tupakka- ja nikotiinituotteiden<sup>2</sup> käytön yleistymisen, jotka on tehty eritoten nuorille houkutteleviksi (Kuvio 1.7.3). Tupakkalain tavoitteena on savuton ja nikotiiniton Suomi vuonna 2030 (Finlex 2023). Tämä tarkoittaa, että alle viisi prosenttia suomalaisesta aikuisväestöstä käyttäisi tuolloin jotain tupakka- tai nikotiinituotetta päivittäin. Jos tavoite saavutetaan, sillä vältettäisiin seuraavien 10 vuoden aikana yli 1 100 uutta keuhkosyöpätapausta, yli 6 000 uutta keuhko- ja sydäntautitapausta ja lähes 3 000 uutta sepelvaltimotautitapausta siihen verrattuna, että tupakoinnin nykykehitys jatkuisi (Ruokolainen ym. 2024). Arvioiden mukaan lain tavoitetta ei tulla kuitenkaan saavuttamaan nykykehityksellä (Ruokolainen ym. 2023).

Tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö aiheuttaa kustannuksia esimerkiksi terveydenhuollossa ja menetettyinä elinvuosina. Kustannukset olivat vuonna 2012 keskimäärin 1,5 miljardia euroa (kun tupakoinnin yleisyys oli 20 vuotta täyttäneessä väestössä 13 % edellisestä vuonna 2011) ja vuonna 2020 keskimäärin 1,3 miljardia euroa (tupakoinnin yleisyys 11 %) (Vähänen 2015; Viljakainen ym. 2022; THL 2024f). Suoraa arviota ei voida tehdä ilman tarkempia kustannuslaskelmia, mutta näyttäisi siltä, että kustannukset ovat vähentyneet noin 0,2 miljardia euroa tupakoinnin vähentyessä noin kaksi prosenttiyksikköä. Mikäli tupakoinnin yleisyys laskisi vuoden 2022 10 prosentista esimerkiksi kahdeksaan prosenttiin vuonna 2025, voisivat kustannukset vähentyä noin 0,2 miljardia euroa. Terveydenhuollossa tehtävät toimet ovat kustannustehokkaita: lääkärin muutaman minuutin vieroituskeskustelu on kustannustehokkain vieroitushoito ja noin kolmanneksen ryhmävieroituksen ja lääkkeellisen vieroitushoidon kustannuksista (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus 2024).

2 Muita tupakka- ja nikotiinituotteita ovat esimerkiksi nuuska, sähkösavukkeet (vapet) ja nikotiinipussit.



**Kuvio 1.7.3. Tupakointi sekä nuuskan, nikotiinipussien ja sähkösavukkeiden käyttö nuorilla vuosina 2017–2023. Lähde: THL, Kouluterveyskysely.**

STM on antanut hyvinvointialueille suositukset vieroituksen järjestämisen tuesta (Ylitörmänen ym. 2024). Suositukset tulisi toimeenpanna laajasti hyvinvointialueilla.

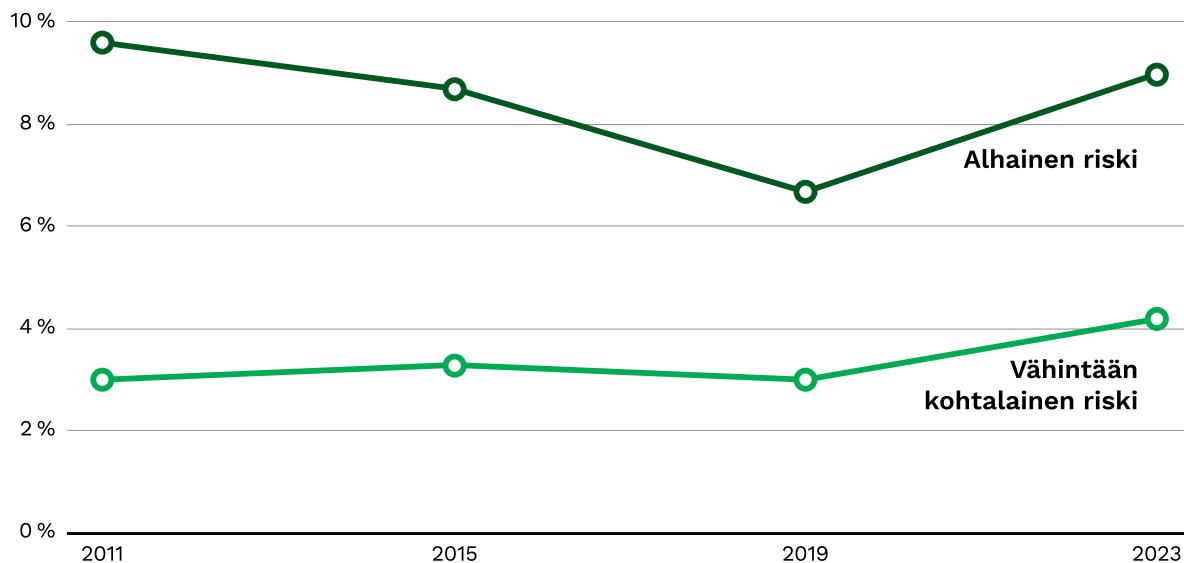
Suomen lainsäädäntöön vaikuttavat niin EU:n tupakkatuotteisiin liittyvät direktiivit kuin kansainvälinen tupakkapuitesopimus. Suomessa tarvitaan lisätoimia sekä kansanterveyden parantamiseksi että tupakkalain tavoitteen saavuttamiseksi. STM:n asettama tupakka- ja nikotiinipolitiikan kehittämistyöryhmä on antanut toimenpide-ehdotuksia tupakkalain tavoitteen saavuttamisen tueksi (STM 2023a). Uusien tupakka- ja nikotiinituotteiden asettamien haasteiden vuoksi tuotteiden käytön aloittamisen ehkäisy on oleellista. Työryhmä ehdotti ostoikärajan nostamista 20 vuoteen ja suositteli nikotiinipussille vastaavaa sääntelyä kuin nuuskalle, käytännössä myyntikieltoa. Nikotiinipussit tullaan kuitenkin päästämään markkinoille muun muassa tietyin makuaine- ja nikotiinimäärärajoituksin. Niiden käyttöä esiintyy jo nyt niin nuorilla kuin aikuisilla ja käyttö on joissain ryhmissä yleisempää kuin tupakointi (THL 2024f; Raitasalo 2024).

Tupakan saatavuuden rajoittamiseksi tulee vähentää esimerkiksi tupakan myyntipaikkoja, yhdessä muiden toimien kanssa. Säännölliset veronkorotukset ja muut tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön aloittamisen ehkäisyä ja käytön lopettamista tukevat tupakkapoliittiset toimet ovat tarpeellisia, jotta kielteinen kehitys eritoten uusien tupakka- ja nikotiinituotteiden käytössä saadaan katkaistua. Myös terveydenhuollon toimet tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön lopettamisen tueksi ovat tarpeellisia.

## Rahapelihaitat kasvussa - erityisesti nuoria ja nuoria aikuisia suojattava muuttuvassa rahapeliympäristössä

Vuonna 2023 70 prosenttia suomalaisista pelasi jotain rahapeliä (naiset 65 %; miehet 75 %), vastaava osuus vuonna 2019 oli 78 prosenttia. Riskialttiin ja ongelmallisen rahapelaamisen yleisyys lisääntyi kuitenkin vuosina 2019–2023. Vuonna 2023 4,2 prosenttia suomalaisista (noin 151 000 henkilöä) pelasi kohtalaisen riskin tai ongelmapelaamisen tasolla (Kuvio 1.7.4). Miehistä vähintään kohtalaisen riskin tasolla pelasi 6,6 prosenttia, kun vastaava osuus naisista oli 1,8 prosenttia. Vähintään kohtalaisen riskin tasolla tai ongelmatasolla pelaaminen oli yleisintä 18–44-vuotiailla. (THL 2024g.)





**Kuvio 1.7.4. Vähintään kohtalaisen riskitason ja alhaisen riskitason rahapelaamisen yleisyys 12 viime kuukauden aikana, osuus 15–74-vuotiaista vastaajista vuosina 2011–2023 (%). Lähde: THL, Suomalaisten rahapelaaminen 2023.**

Vuonna 2023 suomalaista 44 prosenttia pelasi verkkorahapelejä (naiset 36 %; miehet 52 %). Osuus kasvoi verrattuna vuoteen 2019 (37 %), naisilla ja miehillä, 45–74-vuotiailla sekä kaikissa tuloluokissa. Sen sijaan 18–29-vuotiailla verkkopelaaminen väheni. Suomessa luvatta toimivien pelintarjoajien verkkorahapelejä pelasi seitsemän prosenttia vuonna 2023 (6,2 % vuonna 2019), osuus oli muita ikäryhmiä korkeampi 18–29-vuotiailla (15 %) ja 30–44-vuotiailla (10 %). (THL 2024g.)

Rahapeliongelmaan apua hakeneilla on suuria velkasummia, ja he pelaavat usein muiden kuin Veikkauksen verkkorahapelejä. Verkkorahapelien nopea arvontatahti yhdistettynä helposti saataviin kulutusluottoihin aiheuttaa nopeaa velkaantumista. Rahapelihaittoja kohtaavat ammattilaiset tunnistavat rahapelihaittojen polarisoitumista ja ongelmien kasautumista samoille henkilöille. (Heiskanen ym. 2024.)

Suomi siirtyy verkkorahapelaamisessa vuoteen 2027 mennessä monilupajärjestelmään, mihin sisältyy riski rahapelihaittojen kasvusta: pelien tarjonta kasvaa, markkinointi vapautuu ja kaikkia peliyhtiöitä koskevia kulutusrajoja ei ole. Riski rahapelihaittojen kasvusta koskee erityisesti nuoria aikuisia (Järvinen-Tassopoulos ym. 2024). Rahapeliongelman tuki- ja hoitopalvelujen järjestämisestä vastaavat hyvinvointialueet: sosiaali- ja terveydenhuollon lakeihin lisättiin vuonna 2023 rahapelaamiseen viittaava muu riippuvuuskäyttäytyminen. Jos nopearytmisten verkkorahapelien pelaaminen ja siihen liittyvä velkaantuminen ja pelihaitat lisääntyvät myös palvelutarpeet ja kustannukset voivat kasvavaa. Suomessa haittakustannusten laskenta on vasta käynnissä, mutta kansainväliset arviot osoittavat, että rahapelihaittoista ja muun muassa itsemurhista aiheutuu merkittäviä yhteiskunnallisia kustannuksia (Latvala ym. 2024). Rahapelijärjestelmä uudistuksen vaikutusten pitkäjänteinen seuranta on tärkeää, sillä se tukee kustannusten arvioimista.

Digipeliriippuvuus on määritelty riippuvuushäiriöksi (WHO 2022; Castrén 2023; Castrén ym. 2023; Castrén ja Alho 2020). Muita samankaltaisuuksia omaavia toimintoja ovat internetin, älypuhelimien tai sosiaalisen median liiallinen käyttö. Vuonna 2023 noin 53 prosenttia 18–74-vuotiaista pelasi video-, konsoli-, tietokone- ja mobiilipelejä. Noin kolmannes digipelaajista pelaa päivittäin tai lähes päivittäin. Pelaaminen on yleisintä nuorilla ja miehillä. Lähes 10 prosenttia kokee digipelaamisen vähintään joskus ongelmaksi ja 5,4 prosentilla täyttyvät ongelmallisen digipelaamisen kriteerit (THL 2024g.) Korkeakouluopiskelijoista digipelaamisen kokee ongelmaksi seitsemän prosenttia opiskelijoista, miehet

(12 %) naisia (4 %) useammin (Castrén ja Männikkö 2024). Raha- ja digipelaamisen on erottanut perinteisesti mahdollisuus voittaa tai hävitä rahaa, mutta ero on hämärtynyt<sup>3</sup> (THL 2023g).

Nuorten liiallinen netinkäyttö<sup>4</sup> on lisääntynyt vuosina 2017–2023 välillä, tytöillä poikia nopeammin (Kiviruusu 2024; Kiviruusu ja Paavonen 2024) ja sitä esiintyy joka toisella korkeakouluopiskelijalla. Esiintyvyys on korkea erityisesti 18–24-vuotiailla naisilla (55–60 %), myös verrattuna saman ikäisiin miehiin (44 %). (Castrén ja Männikkö 2024.) Ongelmallinen sosiaalisen median käyttö on tytöillä ja nuorilla naisilla yleisempää kuin pojilla ja nuorilla miehillä (Castrén ym. 2022; Hylkilä ym. 2024; Kosola ym. 2024). Sosiaalisen median käytöstä ongelmia kokee noin 40 prosenttia korkeakouluopiskelijoista. Naisilla tämä kokemus on yleisintä 18–21-vuotiailla (53 %). (Castrén ja Männikkö 2024.)

- 
- 3 Digipeleissä on yllätyslaatikoita (lootbox), jotka ovat virtuaalisia esineitä, joista pelaajat voivat pelin sisäistä rahaa tai oikeaa rahaa käyttämällä saada sattumanvaraisia palkintoja. Yllätyslaatikoiden lisäksi digipelien yhteydessä käydään myös vaihtoa virtuaalisella valuutalla (skin betting). Näiden toimintojen periaatteet muistuttavat rahapelaamista, ja voivat johtaa henkilön varat ylittävään rahan kulutukseen, mikä voi puolestaan kasvattaa riskiä rahapelaamisen aloittamiseen (Castrén ym. 2021; Macey ym. 2022; Lootbox.fi).
- 4 Liiallinen netinkäyttö on yhteydessä mielenterveyden ongelmiin, vähäiseen liikuntaan ja nukkumiseen (Kullberg ym. 2024) sekä opiskelun ja oppimisen haasteisiin. Ongelmallinen netin käyttö on yhteydessä myös koulu-uupumukseen (Männikkö ym. 2024).

## Toimenpidesuosituksset

### Alkoholi

- Jotta vuosien 2008–2017 hyvä, kestävyysvajetta pienentävä alkoholihaittojen vähenemiskehitys saataisiin jatkumaan, on pidättäydyttävä viinien myynnin laajentamisesta ruokakauppoihin.
- Hallitusohjelman mukaisten alkoholipoliittisten muutosten vaikutusten ilmenemiselle ja arvioimiselle on jätettävä aikaa ennen lisä uudistuksia.

### Huumeet

- Palveluihin pääsyä tulee helpottaa ja kehittää erityisesti nuorille suunnattuja päihdepalveluja. Palvelupolkuja on kehitettävä siten, että käyttöön liittyviä ongelmia voidaan entistä sujuvammin hoitaa eri palvelujen yhteistyönä.
- THL:n vetämän HEAR-ryhmän suositusten toimeenpanoa huumekuolemien ehkäisyssä tulee edistää, esimerkiksi käynnistämällä käyttöhuonekokeilu.
- Huumeiden käytön dekriminialisoinnin vaikutuksista tulee käynnistää kansallinen arviointi eri toimijoiden kesken. Poikkihallinnollista yhteistyötä huumeisiin liittyvien ongelmien ehkäisyssä ja hallinnassa tulee lisätä.

### Tupakka- ja nikotiinituotteet

- Suomen tulee edistää aktiivisesti EU:n tupakkatuotteita, -verotusta ja -mainontaa koskevien direktiivien sekä savuttomia ympäristöjä koskevien suositusten päivittämistä säännöllisesti ja ennakoivasti, sekä vahvistaa kansainvälisen tupakkapuitesopimuksen toimeenpanoa.
- Uusien tupakka- ja nikotiinituotteiden sääntelyä tulee tehostaa niiden houkuttelevuuden vähentämiseksi ja käytön ehkäisemiseksi eritoten nuorilla. Ikäraja on esimerkiksi nostettava 20 ikävuoteen.
- Saatavuutta tulee rajoittaa säännöllisten veronkorotusten lisäksi esimerkiksi myyntipaikkojen systemaattisella, asteittaisella vähentämisellä.
- Tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön lopettamisen tuki hyvinvointialueilla tulee järjestää sosiaali- ja terveysministeriön vieroitus-suosituksen mukaan.

### Rahapelit ja toiminnalliset riippuvuudet

- Verkkorahapeleissa on otettava käyttöön kaikille toimiluvan haltijoille yhteiset, ja nuorille aikuisille muita matalammat, kulutusrajat. Lisäksi tulee harkita ikärajan nostoa 18 vuodesta ylöspäin.
- Raha- ja digipelien kohdalla on tutkittava samankaltaisuuksia, lisättävä nuorten ja vanhempien tietoisuutta riskeistä sekä tarjota nykyistä enemmän tukea ja hoitoa.
- Netinkäytön ja sosiaalisen median käytöstä mahdollisesti koituvia haittoja on seurattava, erityisesti nuorten naisten ja tyttöjen osalta.

# 2

## Toimiva, yhdenvertainen ja kustannustehokas palvelujärjestelmä

## 2.1 Sote-järjestelmä

### Pääviestit

- Talouspoliittiset tavoitteet korostuvat sote-järjestelmän kansallisessa ohjauksessa, mikä saattaa heikentää sosiaali- ja terveystalouden tavoitteiden merkitystä.
- Hyvinvointialueilla on haasteista huolimatta kokemus, että uusi malli mahdollistaa palvelujen kehittämisen aiempaa paremmin. Moniin palveluihin on myös tehty investointeja.
- Hoitotakuun aikojen lyhentäminen on parantanut hoitoon pääsyä, mutta sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa hoitoon pääsystä on yhä ongelmia.
- Ennaltaehkäiseviin palveluihin suunnattu rahoitus vaihtelee alueittain, mikä voi vaikuttaa niiden yhdenvertaiseen saatavuuteen ja väestön terveyteen ja hyvinvointiin.
- Ennaltaehkäisevään työhön panostaminen näyttää taloustietojen perusteella vaatimattomalta, vaikka sillä voitaisiin pitkällä aikavälillä säästää merkittävästi sote-kustannuksissa.

### Sote-uudistus vasta alussa, mutta rahoitus ja perusoikeudet ajautumassa ristiriitaan

Hyvinvointialueet aloittivat toimintansa vuonna 2023 erilaisista lähtökohdista. Osalla alueista uudistukseen lähdettiin tilanteesta, jossa palvelujen järjestämisestä oli vastannut jo pidempään sote-palvelujen kokonaisuudesta vastannut kuntayhtymä (Tiirinki ym. 2022). Niillä hyvinvointialueilla, jotka aloittivat toimintansa kuntapohjaisesta mallista, on uudistus tarkoittanut merkittävästi suurempaa organisatorista ja toiminnallista muutosta (Paatela ja Tynkkynen 2024).

Sote-uudistuksen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksesta tuli osa valtion taloutta ja valtiontalouden tasapainottamistavoitteet näkyvät nyt uudella tavalla sote-järjestelmässä. Hyvinvointialueet kamppailevat suurten taloudellisten säästöpainojen kanssa ja ne toimivatkin vuoden 2023 tietojen perusteella taloudellisesti alijäämäisinä (Croell ym. 2024). Hyvinvointialueiden on katettava taloudelliset alijäämänsä vuoden 2026 loppuun mennessä, mikä pakottaa toiminnan sopeuttamiseen hyvin nopeasti. Osalle hyvinvointialueista alijäämien kattamisen aikataulu näyttää lähes mahdottomalta, mikä voi vaikuttaa hyvinvointialueiden mahdollisuuksiin järjestää riittävät palvelut asukkailleen. Liian nopea aikataulu alijäämien kattamiseksi saattaa johtaa lyhytnäköisiin ratkaisuihin, joiden pidemmän aikavälin vaikutuksista ei ole välttämättä tarkkaa tietoa.

Sote-uudistus on ollut iso muutos myös valtioneuvoston tasolla. Hyvinvointialueiden ohjaus jakautuu kolmen eri ministeriön vastuulle; valtiovarainministeriölle, sosiaali- ja terveysministeriölle sekä sisäministeriölle, ja ministeriöiden on pitänyt hakea yhteistä tapaa ohjata alueita. Vuoden 2024 aikana ministeriöiden väliseen työnjakoon on tehty myös muutoksia, ja edellä mainitut talouspoliittiset tavoitteet ovat korostuneet ohjauksessa entistä enemmän. Esimerkiksi hyvinvointialueiden ohjauksen koordinaatiovastuu on siirretty valtiovarainministeriölle<sup>1</sup>, joka vastaa hyvinvointialueiden talouden ja hallinnon yleisestä ohjauksesta. Samalla kun uudistuksella on tavoiteltu eri ministeriöiden välisten roolien selkeyttämistä, voi ohjauksen koordinaatiovastuun siirto valtiovarainministeriölle myös heikentää sosiaali- ja terveystalouden tavoitteiden painoarvoa. Jos sosiaali- ja terveysministeriön rooli merkittävästi heikentyy, voi sote-palvelujen sisältöjen kehittäminen hyvinvointialueilla hidastua. Hyvinvointialueet ovatkin kritisoineet sitä, että sote-palvelujärjestelmän kansallisessa ohjauksessa korostuvat nykyisellään

<sup>1</sup> Laki hyvinvointialueesta annetun lain muuttamisesta 468/2024.

talouspoliittiset tavoitteet (Paatela ja Tynkkynen 2024), mikä saattaa vähentää uudistuksen muiden tavoitteiden merkitystä. Uudistuksen tavoitteena ovat yhdenvertaisten ja laadukkaiden palvelujen turvaaminen, palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden parantaminen sekä hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen.

Hyvinvointialueet ovat onnistuneet järjestämään sote-palvelut, ja palvelutuotanto hyvinvointialueilla on jatkunut uudistuksen jälkeen melko normaalisti, vaikka puhe sote-palvelujen kriisistä antaa ymmärtää muuta. Hyvinvointialueiden johdossa nähdään, että uudistus on tuonut aiempaa enemmän mahdollisuuksia kehittää palvelujärjestelmää (Paatela ja Tynkkynen 2024). Yksi tärkeä uudistus monilla hyvinvointialueilla on digitaalisten palvelukanavien kehittäminen (Paatela ym. 2024; Croell ym. 2024).

Sote-uudistus on vasta alussa, mutta jo nyt hyvinvointialueiden rahoitusmallin uskottavuus ja ihmisten perusoikeuksien toteutuminen ovat ajautumassa ristiriitaan. Jos alijäämien kattamiselle annetaan lisää aikaa, se voi heikentää hyvinvointialueiden budjettirajoitteen uskottavuutta. Jos taas hyvinvointialueet joutuvat kattamaan alijäämänsä liian nopeasti, voi tilanne olla kestämaton palvelujen ja ihmisten perusoikeuksien näkökulmasta. Hyvinvointialueiden tilannetta on kritisoinut myös Euroopan neuvoston paikallisen itsehallinnon tilaa arvioiva komitea (Koukas ja Bailey 2024). Koska hyvinvointialueet eivät voi päättää esimerkiksi omasta rahoituksestaan, ne ovat riippuvaisia kansallisen tason päätöksistä. On syytä kiinnittää huomiota siihen, millaisia toimijoita hyvinvointialueet ylipäätään ovat ja millaisia niiden toivotaan olevan.

Tällä hetkellä merkittävimmän riskin hyvinvointialueiden toiminnalle pitkällä tähtäimellä aiheuttavat kansallisen politiikan agendan äkilliset ja suuret heilahdukset. Sote-järjestelmää tulisi kehittää pitkäjänteisesti, koska palvelujärjestelmän rakenteet, toimintakulttuurit ja tärkeimmät instituutiot muuttuvat usein hitaasti. Sosiaali- ja terveydenhuoltopolitiikkaa luonnehtii nykyisin kuitenkin ennemmin nopeat suunnan muutokset kuin jatkuvuus. Kertaluontoisten ja pistemäisten ratkaisujen sijaan järjestelmää tulisi kehittää siten, että päätetyille ratkaisuille turvataan sekä laaja poliittinen tuki että selkeä, riittävä rahoitus.

## Tavoitteena hoitoon pääsyn ja hoidon jatkuvuuden parantaminen

Yhtenä sote-uudistuksen tavoitteiden saavuttamisen esteenä on ollut työvoimapula ja sijaisten saamisen hankaluudet, mikä on vaikuttanut hoidon saatavuuteen (Ks. myös Luku 2.3.) Jononpurkua on tehty lisätöillä, vuokratyövoimalla ja ostopalveluna sekä palveluseleillä. (Croell ym. 2024.)

**Erikoissairaanhoidon** jonottaneita on edelleen paljon<sup>2</sup>. Kiireettömään erikoissairaanhoidon odotti 2024 elokuun lopulla 169 000 potilasta, mikä on 9 000 potilasta vähemmän kuin vuotta aiemmin. Joka kuudes oli odottanut hoitoa yli puoli vuotta. Hyvinvointialueiden välillä on isoja eroja yli puoli vuotta odottaneiden potilaiden määrissä ja osuuksissa. Suhteellisesti eniten heitä on Pohjois-Savon sekä Pohjois-Karjalan hyvinvointialueilla, vähiten Etelä-Savon sekä Etelä-Karjalan hyvinvointialueilla. (THL 2024h, THL 2023b.)

Kaihileikkaukseen (15 000 potilasta) ja polven tai lonkan tekonivelleikkaukseen (13 000 potilasta) odottavia on eniten. Hoitotakuun toteutuminen heikentyi molempien osalta. Kaihileikkaukseen yli puoli vuotta odottaneita oli elokuussa 600 ja polven tai lonkan tekonivelleikkaukseen 500 potilasta enemmän kuin huhtikuussa. Väestön ikääntyessä palvelutarve näissä lisääntyy, joten palvelutarjontaan ja ennaltaehkäisyyn tulee panostaa. Hoitotakuu toteutui parhaiten rytmihäiriöiden hoidon ja sepelvaltimoiden kuvausten osalta (THL 2024h).

**Perusterveydenhuollon** kiireettömän hoidon hoitoonpääsyn enimmäisaikoja tiukennettiin siten, että enimmäisaika perusterveydenhuollon kiireettömän hoitoon oli kolme kuukautta 31.8.2023 saakka ja 14 vuorokautta 1.9.2023 alkaen (STM 2023b; Terveydenhuoltolaki 1326/2020). Hyvinvointialueet olivat

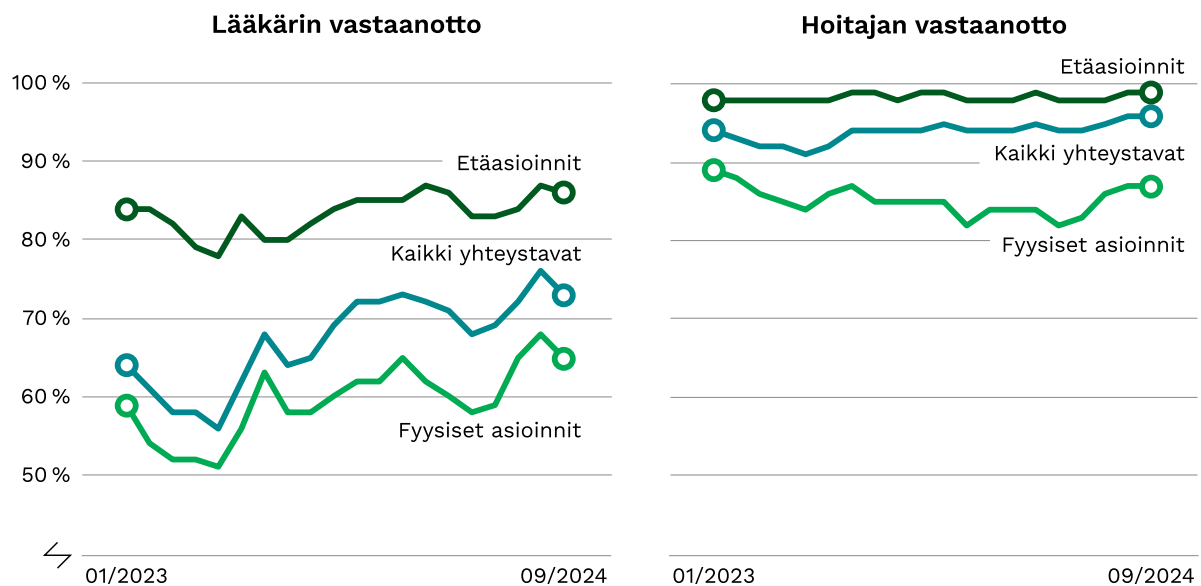
2 31.12.2024 tiedot päivittyvät helmikuussa.

varautuneet muutokseen ja erityisesti lääkäreille pääsy nopeutui. Syyskuussa 2024 lääkärin fyysiselle vastaanotolle pääsi kahdessa viikossa 65 prosenttia potilaista, mikä oli kahdeksan prosenttiyksikköä enemmän kuin vuotta aiemmin. Etävastaanotolle pääsi 86 prosenttia potilaista, vuotta aiemmin 82 prosenttia. (Kuvio 2.1.1.)

Sairaan- tai terveydenhoitajan vastaanotolle pääsy oli jo ennen hoitotakuun tiukennusta hyvä; syyskuussa 2024 fyysinen vastaanotto toteutui kahdessa viikossa 87 prosentissa ja etävastaanotto 99 prosentissa käynneistä, vuotta aiemmin 85 ja 98 prosentissa (Kuvio 2.1.1). Osassa käynneistä on kolmen kuukauden enimmäisaika, näistä 99 prosenttia toteutui enimmäisajassa. (THL 2024i.)

Enimmäisaika ylittyi kaikilla hyvinvointialueilla, myös Helsingissä. Viiveitä tai ongelmia oli pääsissä perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolle tai yhdenvertaisuus ei alueella toteutunut (Aluehallintovirastot 2024). Lähes kaikilla hyvinvointialueilla on digitaalinen terveyskeskus ja sähköisiä kanavia suositellaan. Yhä useammin hoitaja hoitaa potilaan lääkäriä konsultoiden; fyysiset asiointit lääkärille ovat vähentyneet ja konsultaatiot lisääntyneet vuosina 2019–2023 (THL 2024i).

Hallituksen esityksen mukaan 14 vuorokauden kiirettömään hoitoon pääsyn enimmäisajasta luovutettiin 23 vuotta täyttäneiden osalta ja palautettiin aiempi kolmen kuukauden enimmäisaika 1.1.2025 alkaen (HE 134/2024 vp). Tämä ei todennäköisesti lisää väestön luottamusta julkiseen terveydenhuoltoon eikä tue sote-uudistukselle asetettua tavoitetta perusterveydenhuollon vahvistamisesta. Hoidon tarpeen arvioinnin<sup>3</sup> tekeminen, kirjaaminen ja raportointi sekä valvonta monimutkaistuvat, sillä yli ja alle 23-vuotiaille määräjat olisivat erilaiset. Uudet koodistomuutokset potilastietojärjestelmiin aiheuttaisivat myös lisäkustannuksia hyvinvointialueille.



**Kuvio 2.1.1. Avosairaanhoidon kiireettömien lääkärin ja sairaan- ja terveydenhoitajien hoitopääsykäyntien odotusaikojen osuudet 1/2023–09/2024, %. Läsä- ja etäasioinnit sekä uuden ja vanhan lainsäädännön mukaiset käynnit. Lähde: Avohilmo, Perusterveydenhuollon hoitopääsyn 14 vuorokauden enimmäisajan toteutuminen, THL.**

3 Hoidon tarpeen arvio on perusterveydenhuollossa vaativaa. Jos sairaus tai vamma edellyttää välitöntä arviota ja hoitoa, potilas hoitetaan kiireellisenä. Muuten lääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu sairaanhoito on järjestettävä 14 vuorokauden aikana, jos hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan. Muissa tilanteissa hoito on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa arviosta tai potilaalle tehdyn hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti. Tietyt ennaltaehkäisevät palvelut eivät kuulu hoitotakuun piiriin. (Terveydenhuoltolaki 1326/2020; STM 2023b.)

## Hoitoon pääsyä ja hoidon jatkuvuutta kehitetään eri keinoin

Hyvinvointialueilla on käynnissä erilaisia omalääkärimallia kehittäviä hankkeita, joiden tavoitteena on hoidon jatkuvuuden parantaminen. Kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että saman yleislääkärin hoitaessa potilasta hoidon laatu paranee, sairastuvuus ja kuolleisuus vähenevät, terveydenhuollon palvelujen kokonaistarve ja -kustannukset pienenevät sekä potilastyytyväisyys paranee (Eskola ym. 2022).

Omalääkärimallikokeilun lisäksi hallitus on valmistelemassa 65 vuotta täyttäneiden yleislääkäripalvelujen valinnanvapausmallia. Siinä yli 65-vuotiaat pääsisivät yksityisen yleislääkärin vastaanotolle julkisen terveydenhuollon asiakasmaksun suuruisella omavastuulla. Kyseessä olisi eräänlainen valtakunnallinen palveluseteli, jossa olisi hintakatto. Kela neuvottelisi sopimukset tuottajien kanssa. Edellä mainittu kokeilu saattaa entisestään vaikeuttaa hyvinvointialueiden tilannetta, sillä eri sektorit kilpailevat samoista ammattilaisista. Lisäksi on epäselvää, veloitetaanko valinnanvapauskokeilussa tekemään potilaille hoidon tarpeen arvio, vai poiketaanko tässä asiassa hyvinvointialueiden käytännöstä.

Hyvinvointialueet ovat supistamassa perusterveydenhuollon palveluverkkoa ja tilalle tarjotaan etä- ja liikkuvia palveluja. Korvaavat palvelut tulisi ottaa käyttöön oikeaan aikaan varmistaen, ettei hoitoon synny katveita tai hoitoon pääsy heikenny.

Hyvinvointialueilla on kehitetty suuhygienistien, hammashoitajien ja hammaslääkärin välistä työnjakoa, ja uusia toimintamalleja on otettu käyttöön<sup>4</sup>. Suun terveydenhuollossa<sup>5</sup> hoitoon pääsy toteutui tiukennetussa neljän kuukauden hoitotakuuajassa melko hyvin. Syyskuussa 2024 hammaslääkärin fyysiselle vastaanotolle pääsi 120 vuorokaudessa 89 prosenttia potilaista, mikä oli kaksi prosenttiyksikköä enemmän kuin vuotta aiemmin. Etävastaanotolle pääsi 94 prosenttia potilaista, vuotta aiemmin 99 prosenttia. Suuhygienistille pääsy oli hieman heikentynyt, syyskuussa se oli 86 prosenttia ja vuotta aiemmin 91 prosenttia. Enimmäisaikojen tiukentuminen 1.9.2023 kuudesta kuukaudesta neljään kuukauteen ei näyttäisi lyhentäneen odotusaikoja - päinvastoin hoitoon pääsy suuhygienistille on heikentynyt, johtuen osin työvoimapulasta<sup>6</sup> (THL 2024i).

## Painopistettä siirrettävä korjaavista palveluista ehkäiseviin

Painopisteen siirtäminen perustason palveluihin ja ennaltaehkäisyyn on tärkeää sote-uudistuksen tavoitteiden saavuttamiseksi. Sitä voidaan arvioida tarkastelemalla sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kohdentumista ennaltaehkäiseviin, toimintakykyä ylläpitäviin ja edistäviin sekä korjaaviin palveluihin<sup>7</sup>. Tarkastelu perustuu hyvinvointialueiden talousraportoinnin HVA-AURA-käsikirjan mukaisesti raportoituihin taloustietoihin (Valtiovarainministeriö ja Valtiokonttori 2023). Niiden avulla myös terveydenhuollon kustannukset on jaettavissa perus- ja erityistasoon.

Eniten voimavaroja käytetään korjaaviin palveluihin, 76 prosenttia kokonaiskustannuksista (Kuvio 2.1.2). Toimintakykyä ylläpitäviin ja edistäviin palveluihin käytetään toiseksi eniten voimavaroja, 21 prosenttia kokonaiskustannuksista ja vähiten ennaltaehkäiseviin palveluihin, vain kolme prosenttia.

Ennaltaehkäisevistä palveluista eniten kustannuksia aiheuttavat äitiys- ja lastenneuvola (32,8 %), kouluterveydenhuolto (16,5 %), opiskeluhoollon kuraattoripalvelut (13,0 %) sekä kasvatus- ja perheneuvontapalvelut (12,7 %). Toimintakykyä ylläpitävistä ja edistäväistä palveluista eniten kustannuksia vievät iäkkäiden kotihoito (27,9 %), vammaisten asumispalvelut ja asumista tukevat palvelut (8,6 %), vammaisten sosiaalityön ja -ohjauksen palvelut (8,6 %), ja vammaisten henkilökohtainen apu ja

4 Esimerkiksi lohkeamaklinikka ja Enemmän kerralla -malli, jossa moniammatillinen tiimi hoitaa potilasta samalla käyntikerralla.

5 Suun terveydenhuollon hoitoon pääsyn enimmäisaikaa on tiukennettu siten, että hoitoon on päästävä 1.11.2024 alkaen kolmen kuukauden kuluessa. Sitä ennen hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu tutkimus tai tarpeelliseksi todetun hoidon ensimmäinen tutkimus- tai hoitotapahtuma oli järjestettävä neljän kuukauden kuluessa. Jos potilaalle on määritelty yksilöllinen tutkimus- tai hoitoväli, niin niitä noudatetaan.

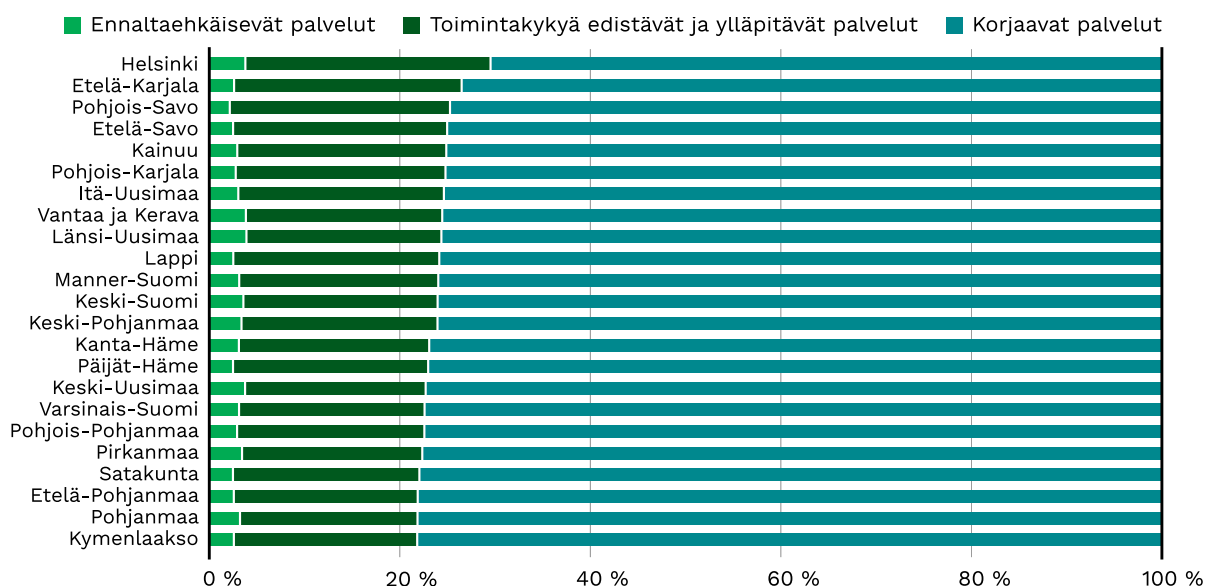
6 Hallitus esittää, että suuhygienistikäynteihin lisätään suorakorvattavuus, ja Kela-korvauksen saisi ilman hammaslääkärin lähetettä enintään kahdesta käynnistä vuodessa 1.4.2025 alkaen.

7 Palveluluokkien kohdistus toteutetaan niiden pääasiallisen luonteen mukaan tiedostaen, että jaottelu ei ole yksiselitteinen tiettyjen palvelujen osalta. Esimerkiksi suun terveydenhuollossa tehdään korjaavan työn lisäksi paljon ennaltaehkäisevää ja toimintakykyä edistävää ja ylläpitävää työtä.



erityinen tuki (7,5 %). Korjaavista palveluista suurimmat kustannukset syntyvät somaattisessa erikoissairaanhoidossa (34,6 %), iäkkäiden ympärivuorokautisessa palveluasumisessa (15,4 %) ja perustason vastaanottopalveluissa (10,0 %).

Hyvinvointialueittain tarkasteltuna ennaltaehkäiseviin palveluihin käytettävä osuus vaihtelee Länsi-Uudenmaan 3,9 prosentista Pohjois-Savon 2,2 prosenttiin. Tarkasteltaessa ennaltaehkäiseviä ja toimintakykyä ylläpitäviä ja edistäviä palveluja yhdessä osuus vaihtelee Helsingin kaupungin 29,5 prosentista Kymenlaakson 21,8 prosenttiin (Kuvio 2.1.2.).

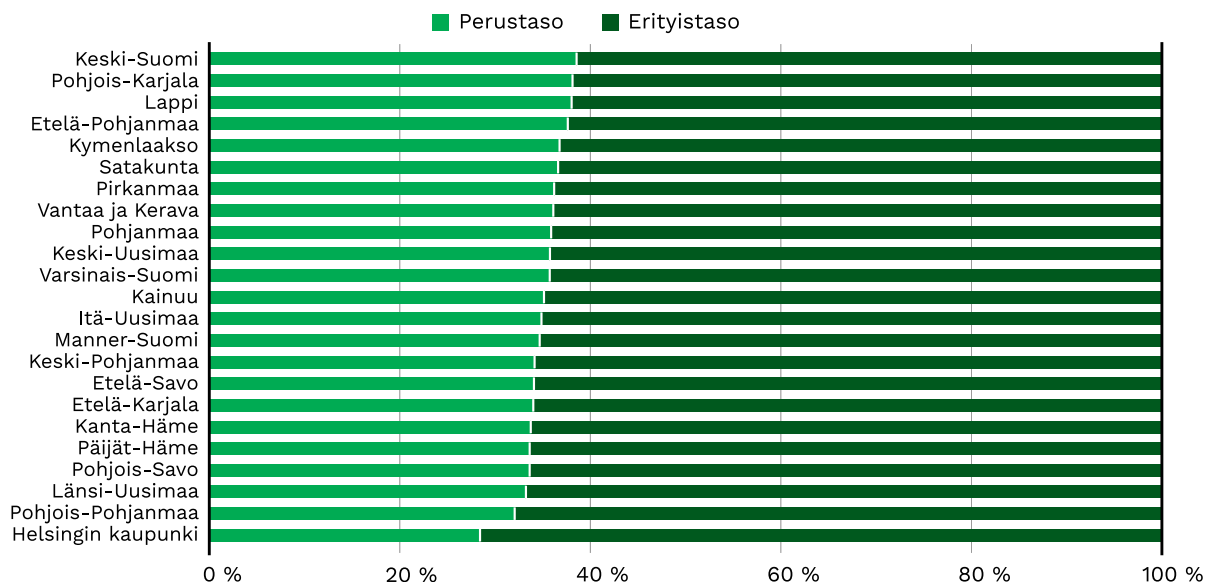


**Kuvio 2.1.2. Hyvinvointialueiden kustannusten jakautuminen ennaltaehkäiseviin, toimintakykyä ylläpitäviin ja edistäviin sekä korjaaviin palveluihin vuonna 2023. Lähde: THL 2024j.**

Terveydenhuollon kustannukset jakautuvat perus- ja erityistason<sup>8</sup> siten, että erityistason palvelut kuluttavat 65 prosenttia ja perustason 35 prosenttia kokonaiskustannuksista (Kuvio 2.1.3). Perustason palveluihin käyttää kokonaiskustannuksistaan eniten voimavaroja Keski-Suomen hyvinvointialue (38,6 %) ja vähiten Helsingin kaupunki (28,4 %).

Tässä on tarkasteltu vain puhtaasti ennaltaehkäiseviä palveluja. Ennaltaehkäisyä tehdään muissakin sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluissa, mutta näiden toimien kustannuksia on hankala erottaa muusta toiminnasta. Yksittäisten ehkäisevien toimien, prosessien, kuten elintapaohjauksen kustannusvaikutavuutta tulisikin arvioida lähinnä henkilötasolla.

<sup>8</sup> Perustason palveluja ovat väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistäminen ja sen osana terveysneuvonta ja terveystarkastukset, suun terveydenhuolto, perustason lääkinällinen kuntoutus ja työterveyshuolto sekä päivystys, avosairaanhoito, kotisairaalahoito, mielenterveyden hoito ja päihde- ja riippuvuushoito siltä osin kuin niitä ei järjestetä erikoissairaanhoidossa. Erityistason palveluja ovat seuraavat erikoissairaanhoidon palvelut: lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoissalujen mukaisten sairauksien ehkäisy, tutkiminen, hoito, ensihoito, ja ympärivuorokautinen päivystys.



**Kuvio 2.1.3. Hyvinvointialueiden terveydenhuollon kustannusten jakautuminen perus- ja erityistasoon vuonna 2023. Lähde: THL 2024j.**

## Toimenpidesuosituksset

- Sosiaali- ja terveydenhuoltoa pitää kehittää pitkäjänteisesti siten, että päätöksille pyritään saamaan sekä laaja poliittinen tuki että riittävä rahoitus.
- Koska yksityinen ja julkinen sektori kilpailevat samasta henkilöstöstä, päättäjien tulee arvioida uudistusten vaikutuksia hyvinvointialueiden henkilöstön saatavuuteen.
- Hyvinvointialueiden tulee arvioida digitaalisten palvelujen vaikuttavuutta ja laatua systemaattisesti ja monipuolisesti.
- Hyvinvointialueiden tulee parantaa perusterveydenhuollon palvelujen saatavuuden lisäksi hoidon jatkuvuutta ja arvioida alueilla käynnissä olevien omalääkärikokeilujen tuloksia systemaattisesti ja laadukkaita menetelmin.
- Hyvinvointialueiden tulee turvata ennaltaehkäiseville palveluille riittävät resurssit universaalien palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden varmistamiseksi.

## 2.2 Sosiaali- ja terveysmenot palveluittain ja hyvinvointialueittain

### Pääviestit

- Tilastokeskuksen tuorein, syksyllä 2024 julkaistu, väestöennuste muuttaa hyvinvointialueiden palvelu- ja menotarpeen aiempaa ennustetta. Työikäisiin liittyvien sote-menojen ennustetaan kasvavan enemmän kuin aiemmin ennakoitiin, ikääntyneisiin liittyvien menojen taas hieman vähentyvän.
- Palvelutarve kasvaa eniten kasvukeskuksissa Uudenmaan, Pirkanmaan, Varsinais-Suomen, Pohjanmaan ja Pohjois-Pohjanmaan alueilla, joissa ikääntyneiden palvelujen tarpeen lisäksi myös työikäisen väestön palvelutarve kasvaa aiempiin arvioihin verrattuna.
- Muualla Suomessa väestö vähenee ja palvelutarpeen kasvu johtuu lähes ainoastaan ikääntyneiden hoivan ja vuodeosastohoidon tarpeen kasvusta.
- Kasvukeskuksia lukuun ottamatta lasten ja nuorten hoivan tarve pienenee uudenkin väestöennusteen mukaan lähes koko maassa.
- Sote-menojen ennustetaan kasvavan noin 20 prosenttia vuoteen 2040 mennessä, 2,8 prosenttiyksikköä aiempaa ennustetta enemmän.

THL:n ylläpitämät Sosiaalimenojen ennustemalli (niin sanottu SOME-malli) ja Hyvinvointialueen palvelutarpeen ennakointityökalu<sup>1</sup> ovat molemmat demografisia ennusteita. Tämä tarkoittaa, että sosiaali- ja terveyspalvelujen käytön oletetaan tulevaisuudessa määräytyvän sen mukaan, miten väestömäärä ja väestöjakauma muuttuvat. Muutosten arvioinnissa hyödynnetään Tilastokeskuksen väestöennusteita<sup>2</sup>, joista tuorein julkaistiin syksyllä 2024.

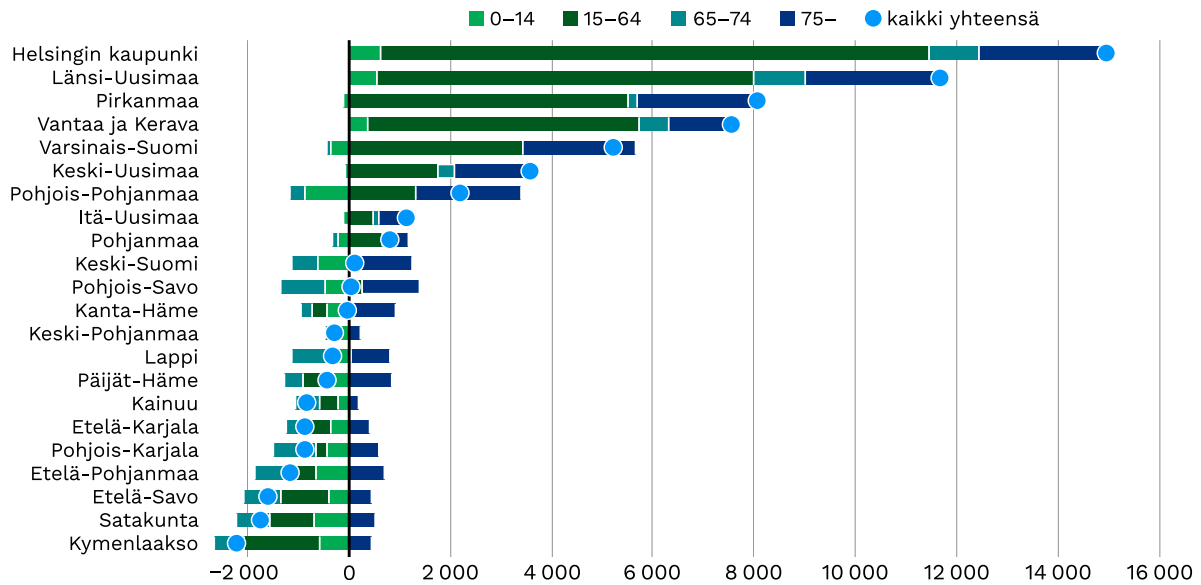
Vuoden 2021 jälkeen väestön kehityksessä on tapahtunut merkittäviä muutoksia, jotka on otettu huomioon uusimmassa väestöennusteessa (ks. myös Luku 1.1). Sen mukaan väestö kasvaa olennaisesti nopeammin kuin aiemmin oli ennustettu. Kun aikaisemmassa ennusteessa väestö ei juuri kasvanut vuoteen 2040 mennessä, uuden ennusteen mukaan se kasvaa lähes 6,4 prosenttia (yhteensä 360 000 henkilöä) vuosina 2024–2040. Muutos johtuu ennen kaikkea työikäisen väestön maahanmuuton lisääntymisestä, jonka ansiosta työvoimaa voi olla tarjolla huomattavasti enemmän kuin nykyään.

Uudenkin ennusteen mukaan väestön kasvu keskittyy pääkaupunkiseudulle, mutta kasvua näkyy myös muilla alueilla (Kuvio 2.2.1). Aiemmin ennustettiin vain Uudenmaan, Varsinais-Suomen ja Pirkanmaan väestön kasvavan, mutta uuden ennusteen mukaan myös Pohjanmaan, Pohjois-Pohjanmaan, Pohjois-Savon ja Keski-Suomen väestöt kasvavat. Muilla hyvinvointialueilla väestö vähenee, tosin aiemmin ennakoitua hitaammin, ja työikäisen väestön määrän pieneneminen hidastuu. Syntyvyys pysyy ennusteen mukaan alhaisena 2040-luvulle asti. (Tilastokeskus 2024b.)

Kun väestön ikärakenne muuttuu, palvelujen kysyntä ja siten myös niistä aiheutuvat kustannukset muuttuvat. Vanhimman väestön määrän ennakoidaan kasvavan kaikilla hyvinvointialueilla, joskin koronapandemian aiheuttaman kuolleisuuden vuoksi yli 75-vuotiaiden lukumäärä jäänee aiemmin ennustettua pienemmäksi. Iäkkäiden palvelujen tuottaminen on suhteellisen kallista, mutta myös työikäisten käyttämien palvelujen kustannukset kasvavat, mikäli kasvu kohdistuu juuri työikäiseen väestöön, kuten väestöennusteessa oletetaan.

<sup>1</sup> [Hyvinvointialueen palvelutarpeen ennakointityökalu - THL](#)

<sup>2</sup> <https://stat.fi/tilasto/vaenn>



**Kuvio 2.2.1. Väestön kasvu maakunnittain ja eri ikäryhmissä vuosina 2024–2045. Lähde: Tilastokeskus 2024b.**

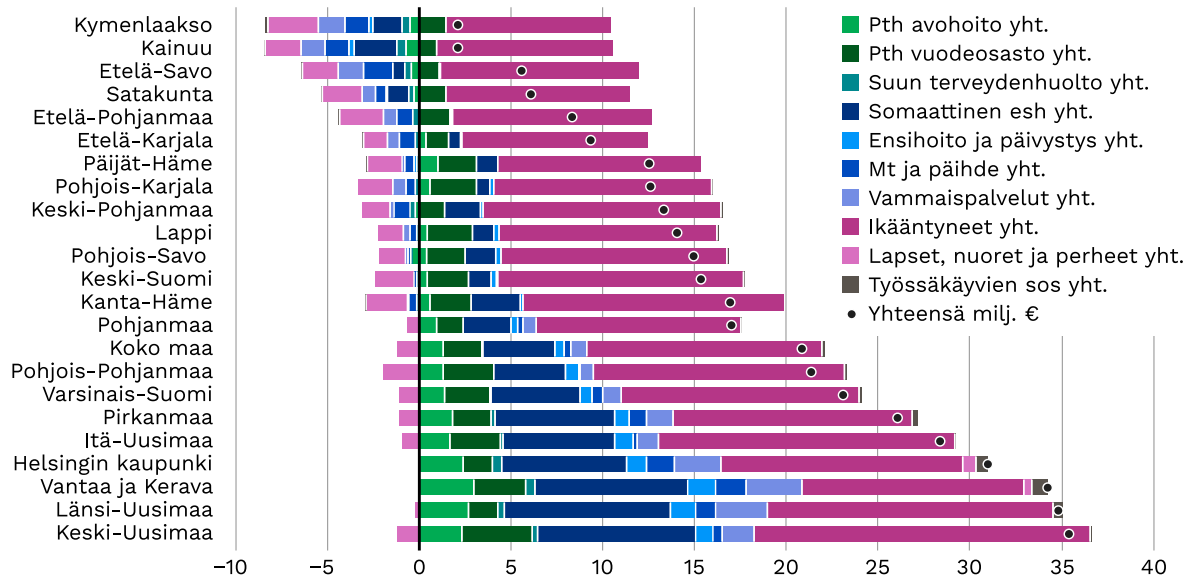
Valtakunnallisesti sote-menojen ennusteiden kehitystä voidaan tarkastella palveluluokittain<sup>3</sup> (Taulukko 2.2.1). Taulukossa verrataan vuoden 2021 väestöennusteen mukaista arviota menojen kasvusta tämän vuoden ennusteen vastaavaan arvioon. Sen mukaan lasten, nuorten ja heidän perheidensä aiheuttamat menot kasvavat vain hiukan. Ikääntyneiden määrän väheneminen johtaa jopa menojen pieneen vähenemiseen. Työikäisten määrän kasvu sen sijaan näkyy niin perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa kuin päivystyksen ja mielenterveyspalvelujen menoina. Samalla vammaisten ja työikäisten sosiaalipalvelujen käytön ennustetaan kasvavan. Kokonaisuutena sote-menojen ennustetaan kasvavan noin 2,8 prosenttiyksikköä vuoteen 2040 mennessä.

**Taulukko 2.2.1. Sosiaali- ja terveydenhuollon menojen arvio palvelumuodon mukaan vuoteen 2040 asti vuosien 2021 ja 2024 väestöennusteiden perusteella. Lähde: THL.**

Eri palvelumuotojen vaikutus sosiaali- ja terveydenhuollon menojen ennakoiutuun kasvuun, prosenttiyksikköä vuodesta 2021 vuoteen 2040	2021 ennuste	2024 ennuste	Ero
Perusterveydenhuolto avohoito yhteensä	0,754954	1,274323	0,519369
Perusterveydenhuolto vuodeosasto yhteensä	2,061442	1,899874	-0,16157
Suun terveydenhuolto yhteensä	-0,08993	0,073165	0,163099
Somaattinen erikoissairaanhoido yhteensä	2,370071	3,845704	1,475633
Ensihoito ja päivystys yhteensä	0,318293	0,52828	0,209987
Mielenterveys- ja päihdepalvelut yhteensä	-0,19317	0,532251	0,725418
Vammaispalvelut yhteensä	-0,03643	0,952675	0,989102
Ikääntyneiden palvelut yhteensä	12,98734	11,6468	-1,34053
Lasten, nuorten ja perheiden palvelut yhteensä	-1,18852	-1,127	0,061517
Työssäkäyvien sosiaalipalvelut yhteensä	0,039577	0,212415	0,172838
Kasvua vuodesta 2021 yhteensä, prosenttia	17,02363	19,83849	2,814862

3 AURAn eli automaattisen talousraportoinnin palveluluokitus.

Väestörakenteen alueellisista eroista johtuu, että myös sote-sektorin menorakenteen ennustetaan vaihtelevan paljon hyvinvointialueiden välillä (Kuvio 2.2.2). Palvelutarve kasvaa eniten niillä alueilla, joiden väestönkasvu on nopeinta, etenkin Uudenmaan hyvinvointialueilla ja Helsingissä, mutta myös Varsinais-Suomessa, Pirkanmaalla ja Pohjois-Pohjanmaalla. Niidenkin alueella kuitenkin eniten kasvaa ikääntyneiden hoivan ja vuodeosastohoidon tarve. Muualla Suomessa väestön määrä on laskussa ja palvelutarpeen kasvu johtuu melkein pelkästään väestön ikääntymisestä, kun taas lasten ja nuorten hoivan tarve vähenee kasvukeskuksien ulkopuolella.



**Kuvio 2.2.2. Sosiaali- ja terveystennojen suhteellinen muutos (%) hyvinvointialueittain vuosina 2024–2045 eri sote-palveluryhmissä ja kokonaisuutena. Muutos esitetään suhteessa vuoden 2023 tasoon. Lähde: THL.**

## Toimenpidesuosituksukset

- Työikäisten aiemmin ennakoitua suurempaan palvelutarpeeseen tulee varautua. Palvelutarve kasvaa erityisesti perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, päivystyspalveluissa sekä mielenterveys- ja päihdepalveluissa.
- Ikääntyneiden määrä kasvaa aiemmin ennakoitua vähemmän, mutta palvelutarpeiden kasvu vaatii edelleen huomiota etenkin kasvukeskuksissa.
- Lasten ja nuorten palvelutarpeen odotetaan kasvavan 2030-luvun mittaan aiemmin ennakoitua suuremmaksi, vaikka 2020-luvun puolivälissä heidän määränsä jääkin edellisestä väestöennusteesta. Lasten ja nuorten palvelutarpeen lasku jää tilapäiseksi eikä palvelutuotantoa pidä pysyvästi heikentää.

## 2.3 Sote-henkilöstötarpeen kehitys

### Pääviestit

- Tilastokeskuksen tuore väestöennuste muuttaa henkilöstötarpeen ennustetta.
- Aiempaa nopeammin kasvavan väestön palvelutarpeeseen varautuminen vaatii ennakoitua suurempaa henkilöstöä.
- Iäkkäiden palvelujen henkilöstötarve kasvaa aiemmin arvioitua vähemmän, mutta työikäisten palvelujen henkilöstötarve kasvaa aiemmin ennakoitua suuremmaksi.
- Vuoteen 2040 mennessä lähihoitajia tarvitaan lähes 26 000 ja sairaanhoitajia noin 9 400 nykyistä enemmän. Lääkäreitä tarvitaan noin 2 900 nykyistä enemmän.
- Kaikkiaan vuosina 2021–2040 henkilöstöä ennustetaan tarvittavan noin 53 000, kun aiemmin ennakoitiin tarvittavan noin 44 000 uutta ammattilaista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tarpeen kehitystä voidaan arvioida yhdistämällä palvelutarpeenennusteeseen Tilastokeskuksen työssäkäyntitilaston tieto ISCO-5-luokituksen mukaisten ammattiryhmien henkilöstömääristä hyvinvointialueittain<sup>1,2</sup>. Mallintamalla tuotetaan ennuste siitä, kuinka paljon tulevaisuudessa tarvitaan eri ammattiryhmien osaajia, jotta voidaan vastata demografisesta muutoksesta johtuvaan palvelutarpeen kasvuun<sup>3</sup>.

Väestöennusteeseen perustuvan palvelutarpeen arvion perusoletus on, että palvelujen tarve eri ikäluokissa pysyy ennallaan. Tällöin palvelujen kysynnän määrää ikärakenteen muuttuminen. Kaikissa maakunnissa kasvaa eniten vanhimman väestön määrä (ks. myös Luvut 1.1 ja 2.2), vaikka yli 75-vuotiaiden määrä jää aiemmin ennustettua pienemmäksi koronapandemian aikaisen kuolleisuuden vuoksi. Väestönkasvun kohdistuessa ennen kaikkea työikäiseen väestöön, kasvaa työikäisten käyttämien palvelujen tarve edelliseen väestöennusteeseen verrattuna nopeammin.

Sote-alojen henkilöstötarve muuttuu palvelutarpeen muuttumisen myötä. Työvoimaintensiivisten ikääntyneiden palvelujen tuottamiseen tarvitaan jatkossakin suhteellisen paljon henkilöstöä, mutta työikäistenkin käyttämien palvelujen tarve kasvaa edelliseen väestöennusteeseen verrattuna, mikä johtuu työikäisen väestön määrän ennakoidusta kasvusta.

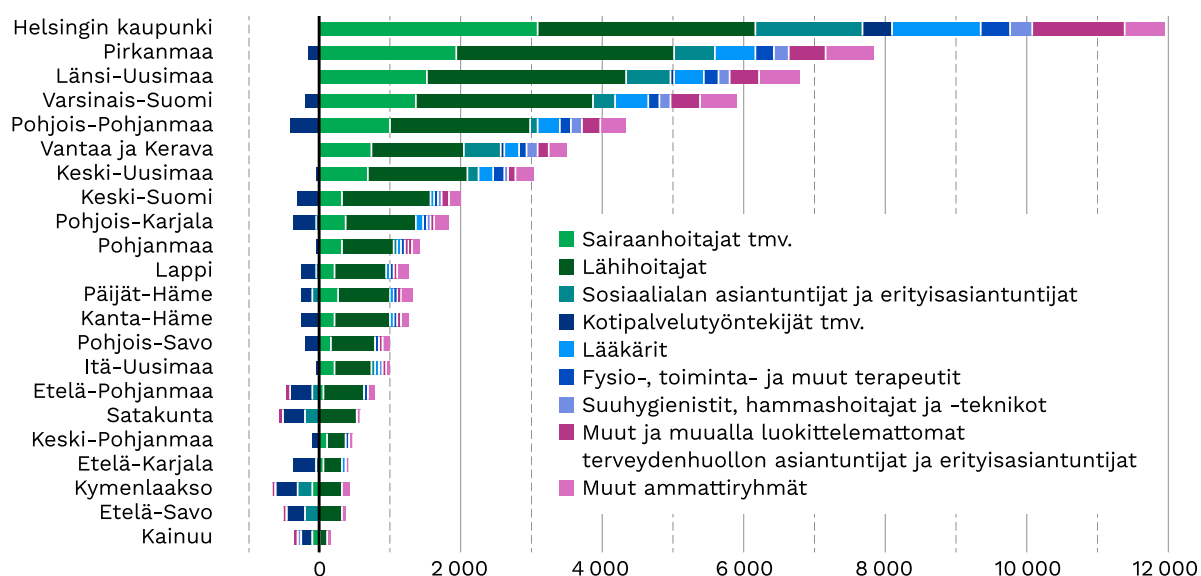
Kuvioon 2.3.1 on koottu henkilöstötarpeen kehitys vuoteen 2040 saakka. Etenkin lähihoitajia ja sairaanhoitajia tarvitaan kaikilla hyvinvointialueilla lisää, mutta tarve kasvaa suhteellisesti enemmän niillä alueilla, joilla vanhushuoltosuhde heikkenee nopeasti uudenkin väestöennusteen mukaan – siis muualla kuin Uudenmaan, Pirkanmaan, Varsinais-Suomen ja Pohjanmaan sekä Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueilla. Myös lääkäreiden ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten tarve kasvaa merkittävästi. Vuoteen 2040 mennessä lähihoitajia tarvitaan lähes 26 000 ja sairaanhoitajia noin 9 400 enemmän kuin nykyisin. Lääkäreitä tarvitaan noin 2 900 nykyistä enemmän. Kaikkiaan henkilöstöä ennustetaan tarvittavan noin 53 000 vuosina 2021–2040, kun aiemmin ennakoitiin tarvittavan noin 44 000 uutta

1 THL on arvioinut sote-alojen henkilöstötarpeen kehitystä keväällä 2024 päättyneessä SOTEHEN-hankkeessa. Hankkeessa on laadittu ennusteita sote-henkilöstön tarpeen kehityksestä vuoteen 2040 mennessä. Palvelutarpeen ennakoitu kehitys on yhdistetty ammattitietoihin eri palvelumuotojen tuottamiseen tarvittavasta työvoimasta. SOTEHEN-hankkeessa laskettua ennustetta on tässä päivitetty Tilastokeskuksen tuoreella väestöennusteella ja päivitettyillä sote-palvelutarpeen ennusteilla. Tarkastelu on samalla ulotettu hyvinvointialueitasolle, joille se on tehty sekä vuosien 2021 että 2024 väestöennustetta käyttäen.

2 Tähän sisältyy jonkin verran epätarkkuutta: kun palvelutarpeen perusvuoden tiedot kohdennetaan asiakkaiden kotipaikan hyvinvointialueelle, palvelutarpeen ennuste heijastaa kyseisen alueen demografiaa. Henkilöstö kohdennetaan suorituspaikan mukaan, jolloin ennuste heijastaa suorituspaikan hyvinvointialueen väestönkasvua. Tämä vaikuttaa jossain määrin sellaisten alueiden henkilöstötarpeenennusteeseen, jotka tuottavat paljon palveluja muille alueille esimerkiksi erikoissairaanhoidossa.

3 Palvelutarvetta kuvaavan aineiston perusvuosi on tuoreimman palvelutarvearvion mukaisesti 2021, joka on tuorein kattava hoitoilmoitusrekisterin tilastovuosi.

ammattilaista. Ero on siis huomattava, mikä johtuu siitä, että samaan aikaan työikäisen väestön määrä kasvaa vuosien 2024–2040 välillä yli kolmellasadalla tuhannella aiempaan vuoden 2021 väestöennusteeseen verrattuna.



**Kuvio 2.3.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon toimialojen henkilöstötarpeen kasvu vuosina 2021–2040 hyvinvointialueittain. Lähde: THL.**

## Toimenpidesuosituks

- Sote-palvelujen mitoitusta arvioitaessa tulee huomioida aiempaa nopeammin kasvavan väestön palvelutarve myös henkilöstön osalta.
- Väestön ikärakenteen ennustettu nuorentuminen tulee huomioida palvelu- ja henkilöstötarpeen mitoituksessa.
- Työikäisen väestön nopean kasvun tuomat mahdollisuudet julkisen talouden tilan kohentamiseen on huomioitava hyvinvointialueiden rahoituksessa.
- Koulutus ja opinnot tulee järjestää niin, että työikäisen väestön ennakoitun kasvun tarjoamat mahdollisuudet helpottaa työvoimapulaa myös sote-sektorilla toteutuvat.

## 2.4 Ikääntyneiden palvelut

### Pääviestit

- Palvelutarpeen kasvu koettelee palvelujärjestelmän kestävyyttä väestön ikääntyessä ja muistisairauksien yleistyessä.
- Vuodesta 2023 ikääntyneiden palveluja tarvitsevien määrän arvioidaan kasvavan 33 000 asiakkaalla ja iäkkäiden palvelujen henkilöstötarpeen 14 200 työntekijällä vuoteen 2027 mennessä<sup>1</sup>.
- Muistisairaudet yleistyvät. Vuonna 2021 Suomessa oli noin 150 000 muistisairauksia sairastavaa henkilöä ja vuonna 2040 määrän ennustetaan olevan lähes 250 000. Tämä on 64 prosentin kasvu vuoteen 2021 verrattuna.
- Sopimusomaishoidon kattavuus, omaishoidon tuen myöntämisperusteet ja vapaiden käyttäminen vaihtelevat hyvinvointialueittain.
- Omaishoitoa korvaavat palvelut maksaisivat noin 1,2 miljardia euroa vuodessa aikuisilla hoidettavilla.

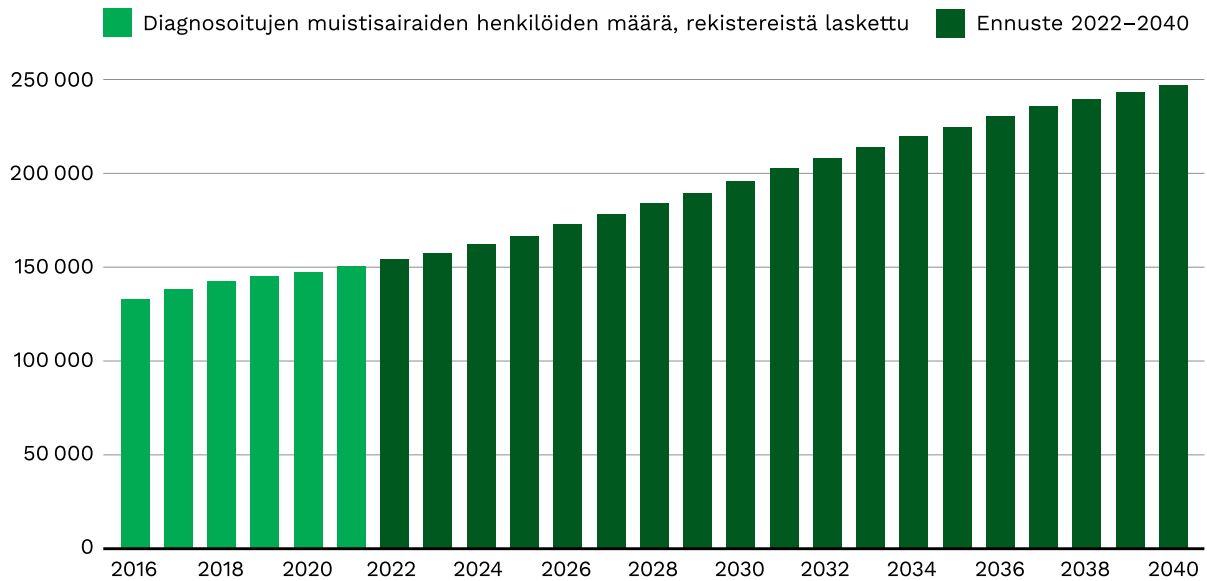
### Ikääntyneiden määrä ja palvelutarpeet kasvavat

Palvelujen tarve kasvaa tulevina vuosina suurten ikäluokkien alkaessa käyttää palveluja yhä enemmän. 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä oli 11 prosenttia vuonna 2023 ja väestöennusteen mukaan se kasvaa 15 prosenttiin vuoteen 2040 mennessä. 65 vuotta täyttäneiden määrä on 1,9-kertaistunut ja 85-vuotiaiden ja sitä vanhempien määrä lähes kolminkertaistunut viimeisen 30 vuoden aikana. (Tilastokeskus 2024b; Tilastokeskus 2023a; Tilastokeskus 2023b). (ks. myös Luku 2.2).

Muistisairaudet yleistyvät. Vuonna 2021 Suomessa oli noin 150 000 muistisairauksia sairastavaa henkilöä. Noin 23 000 henkilöllä arvioidaan diagnosoitavan muistisairaus vuosittain. Vuonna 2040 on arviolta 247 388 muistisairasta henkilöä, mikä on 64 prosentin kasvu vuoteen 2021 verrattuna (Roitto ym. 2024) (Kuvio 2.4.1). Muistisairaatt tarvitsevat sairauden edetessä enenevässä määrin apua ja tukea, mikä koettelee palvelujärjestelmää (Kestilä ja Karvonen 2022; Roitto ym. 2024).

<sup>1</sup> Perustuu vuoden 2021 väestöennusteeseen.





**Kuvio 2.4.1. Muistisairauksia sairastavien lukumäärä vuosina 2016–2021 ja ennuste vuoteen 2040. Lähde: Roitto ym. 2024.**

Muistisairauksiin ei ole parantavaa hoitoa, joten ennaltaehkäisy ja varhainen tunnistaminen on oleellista toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Monitekijäisellä elintapaohjauksella<sup>2</sup> voidaan vaikuttaa ikäänntyneiden muisti- ja ajattelutoimintoihin ja tukea toimintakykyä (Ngandu ym. 2015; Kulmala ym. 2019). Yli 40 prosenttia muistisairauksista johtuu muokattavissa olevista tekijöistä ja terveellisten elintapojen tukeminen myös myöhentää säännöllistä palvelutarvetta. FINGER-elintapaohjaus<sup>3</sup> on kustannustehokas keino ehkäistä ikäänntyvien toimintakyvyn laskua, sairastavuutta ja niihin liittyviä kustannuksia (Wimo ym. 2022). Iäkkäiden ihmisten arjen sujuvuutta, hyvinvointia ja osallisuutta tuetaan kohdistamalla toimia toimintakyvyn, terveyden ja hyvinvoinnin tukemiseen<sup>4</sup>. (Ks. myös Luku 1.3).

Kotihoidossa on palvelutarpeiltaan ja toimintakyvyn heikentymisen osalta kevyimmät asiakkaat, ympärivuorokautisessa hoidossa raskaimmat ja yhteisöllisen asumisen asiakkaat sijoittuivat pääosin näiden välille. Ääripäitä on kuitenkin jokaisessa palvelutyypissä. Kognitio<sup>5</sup> on heikentynyt yli puolella (54 %) kotihoidon, kahdella kolmasosalla (67 %) yhteisöllisen asumisen ja noin yhdeksällä kymmenestä (88 %) ympärivuorokautisen hoidon asiakkaista. Dementiadiagnoosi on hieman alle puolella (45 %) kotihoidon, hieman yli puolella (52 %) yhteisöllisen asumisen ja kolmella neljästä (76 %) ympärivuorokautisen hoidon asiakkaista. Paljon avuntarpeita arki-suorittumisessa oli 15 prosentilla kotihoidon, 30 prosentilla yhteisöllisen asumisen ja 69 prosentilla ympärivuorokautisen hoidon asiakkaista. (Edgren 2024.)

2 Monitekijäisen elintapaohjauksen avulla pyritään tukemaan yksilöitä tai ryhmiä terveellisten elämäntapojen omaksumisessa. Kohteena voivat olla yhtä aikaa liikunta, ravitseminen, kognitiiviset harjoitteet, sosiaalinen toiminta sekä sydän- ja verisuonitautien hallinta.

3 FINGER-toimintamalli <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022052538633>

4 Hallitusohjelmassa kohdennetaan vuosina 2024–2027 hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimia iäkkään väestön toimintakyvyn ylläpitämistä tukevan elintapaohjauksen ja ryhmätoiminnan kehittämiseen sekä osallisuuden vahvistamiseen kulttuuritoiminnan avulla. (Valtioneuvosto 2023a.)

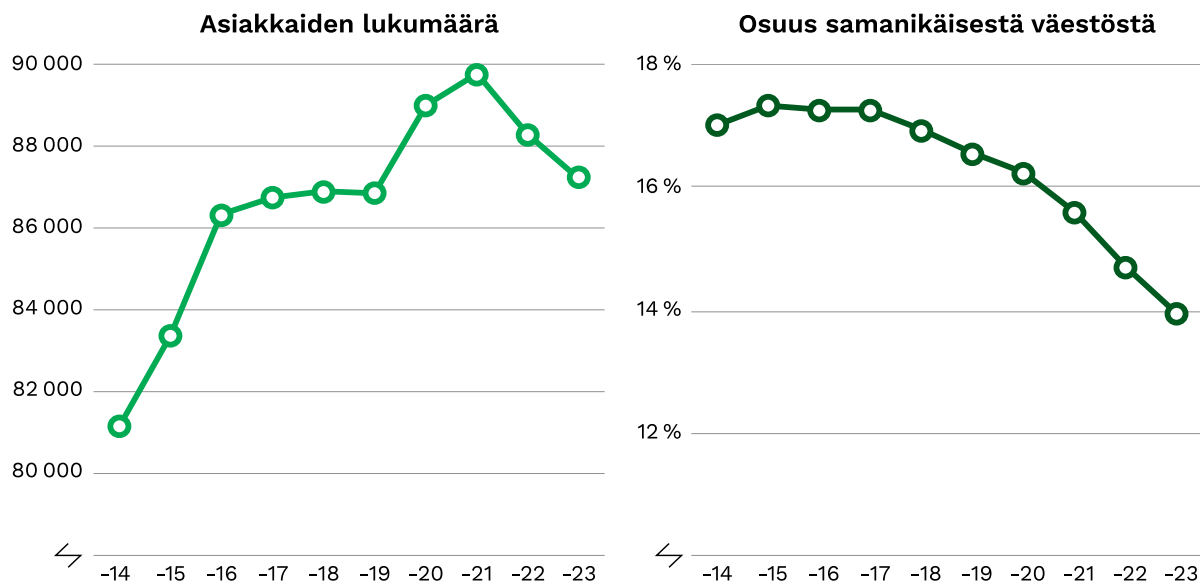
5 Kognitiivinen toimintakyky on tiedonkäsittelyn eri osa-alueiden yhteistoimintaa, joka mahdollistaa ihmisen suoriutumisen arjessa (THL 2024a). Kognitiivisia toimintoja ovat muun muassa muisti, oppiminen, hahmottaminen ja tietojen käsittely, ja kognitiivisen toimintakyvyn heikentyminen kuuluu usein muistisairauksien oireistoon.

## Palvelurakenteen on yhä muututtava

Väestörakenteen kehitys, heikkenevä huoltosuhde ja pula henkilöstöstä edellyttävät parempaa palvelurakennetta ja tehokkaampia tuotantotapoja, sillä nykyisellä toiminnalla ei pystytä vastaamaan ikäänntyneiden kasvaviin palvelutarpeisiin. Väestöennusteeseen perustuen THL on tuottanut arvion asiakasmäärien kasvusta vuoteen 2027. Ennusteen mukaan ikäänntyneiden palveluja tarvitsevien määrä kasvaa nykyisestä 33 000 asiakkaalla ja iäkkäiden palvelujen henkilöstötarve nousee 14 200 työntekijällä. (STM 2024a.)<sup>6</sup>

Asiakkaan ensikontaktina on keskitetty **neuvonta- ja asiakasohjaus**, jolla on tärkeä rooli asiakasvirtojen hallinnassa ja ohjaamisessa tarpeenmukaisiin palveluihin. Ohjaus on keskitetty hyvinvointialueille. Oikea palvelu oikeaan aikaan auttaa hillitsemään kustannusten kasvua. Iäkkäiden laatusuosituksessa (STM 2024a) suositellaan, että 80 prosenttia asiakkaiden yhteydenotosta ratkeaa moniammatillisella neuvonnalla<sup>7</sup>. Jos neuvonta ei riitä, yhteydenotto etenee asiakasohjaukseen ja sosiaali- ja terveystieteisiin palveluihin. Toiminta kaipaa edelleen yhteistyön, roolien ja vastuiden selkeyttämistä hyvinvointialueiden, kuntien ja kolmannen sektorin toimijoiden kesken, jotta toimivia palvelukokonaisuuksia voidaan muodostaa yksilöllisten tarpeiden mukaan.

**Kotihoidon** tilanne ei ole parantunut, vaikka yleisin iäkkäiden henkilöiden saama palvelu on säännöllinen kotihoito. Vuonna 2023 sitä saaneita 75 vuotta täyttäneitä asiakkaita oli 87 000, mikä on 14 prosenttia saman ikäisestä väestöstä. Palvelurakenteen muutos ei ole lisännyt kotiin annettavia palveluja. Säännöllistä kotihoitoa saavien asiakkaiden sekä kotihoitokäyntien määrä päinvastoin väheni kahdella prosentilla vuoteen 2022 verrattuna, vaikka ikäänntyneiden apua tarvitsevien henkilöiden määrä kasvaa. Kotihoitoa on keskitetty paljon apua tarvitseville iäkkäille. Hyvinvointialueiden välillä on eroja säännöllistä kotihoitoa saaneiden asiakkaiden väestöosuudessa ja käyntitaajuuksissa. (THL 2024k). (Kuvio 2.4.2.)



**Kuvio 2.4.2. Säännöllisen kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden lukumäärä ja osuus vastaavan ikäisestä väestöstä vuosina 2014–2023. Lähde: THL.**

<sup>6</sup> Laskelma perustuu vuoden 2021 väestöennusteeseen.

<sup>7</sup> Neuvonnan tavoitteena on hyvinvoinnin ja osallisuuden edistäminen ohjaamalla iäkkäitä henkilöitä yksilöllisesti mielekkäisiin ja toimintakykyä ylläpitäviin toimintoihin, kuten kuntien ja kolmannen sektorin toteuttamaan virkistys-, harrastus-, kulttuuri- ja liikuntatoimintaan. (STM 2024a.)

Sosiaalihuoltolain muuttuessa 1.1.2023 tavallinen palveluasuminen korvautui **yhteisöllisellä asumisella**<sup>8</sup>, mikä saattaa osoittautua toimivaksi ratkaisuksi. Asiakasmäärän uskotaan kasvavan, kun palveluun soveltuvat asiakkaat siirtyvät kotoa ja ympärivuorokautisesta palveluasumisesta siihen, mutta vielä tämä ei näy tilastoissa. Vuonna 2023 yhteisöllisessä asumisessa asui 0,6 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä. (Saske 2024; Sotkanet 2023a.) Suuri osa heistä tarvitsee kotihoitoa ja tukipalveluja. Oikea-aikainen yhteisölliseen asumiseen siirtyminen tukee toimintakykyä ja osallisuutta sekä vähentää yksinäisyyttä ja turvattomuutta. Yhteisöllisen asumisen toimivuus riippuu siitä, kuinka joustava muiden palvelujen palvelutarjonta on palvelutarpeiden muuttuessa. Kotihoidon ja yhteisöllisen asumisen lisäksi on edelleen myös ympärivuorokautista palveluasumista iäkkäille, joiden avuntarve on suuri ja jatkuva.

**Omaishoitajat** ovat merkittävä voimavara palvelujärjestelmässä. Omaishoidon tuen kattavuus 75 vuotta täyttäneillä on kuitenkin pienentynyt viime vuosina ja vuonna 2023 se vaihteli hyvinvointialueittain 2–6 prosentin välillä. Keskimäärin omaishoidon tukea sai neljä prosenttia 75 vuotta täyttäneistä. (Sotkanet 2024). Muistisairaus on yleisin syy sopimusomaishoidolle (Leppäaho ym. 2018). Sopimusomaishoidon toimintakäytännöt vaihtelevat hyvinvointialueittain, mikä aiheuttaa eriarvoisuutta omaishoitajien välillä (Ilmarinen ym. 2024). Omaishoidon tuen piiriin pääsee toisilla alueilla toisia helpommin, ja eroja on myös siinä, huomioidaanko vaativan valvonnan ja ohjauksen tilanne omaishoidon tuessa. Myös palkkioluokkien lukumäärä ja palkkiot eroavat. Hyvinvointialueet myöntävät eri määrän omaishoidon lakisääteisiä vapaita. Toisaalta vain noin puolet omaishoitajista käyttää vapaapäiväoikeuttaan (Virtamo ym. 2023; Ilmarinen ym. 2024), esimerkiksi siksi, että tarjolla ei ole tilanteeseen sopivaa tapaa vapaan pitämiseen (Van Aerschot ym. 2021; Halonen 2023). Puolisooan avustavilla on vertailuväestöä heikompi terveys ja hyvinvointi sekä psyykkistä kuormittuneisuutta (Aalto ym. 2023). Omaishoidon vapaita tulisi myöntää riittävä määrä ja kehittää erilaisiin omaishoitotilanteisiin sopivia ratkaisuja.

Aikuisten sopimusomaishoidon menot ovat arviolta 418 miljoonaa euroa vuodessa. Vaihtoehtoinen hoito aikuisille omaishoidettaville maksaisi noin 1,2 miljardia euroa vuodessa, jollei omaishoitajia olisi saatavilla (Ilmarinen ym. 2024). Läheisiltään apua saavat muistisairaajat henkilöt käyttävät vähemmän ympärivuorokautisen hoidon ja sairaalahoidon palveluja kuin ilman läheisapua olevat muistisairaajat (Heikkilä ym. 2020). Omais- ja läheishoitajalle tulee varmistaa omaishoitoa ja jaksamista tukevat palvelut. Jos hyvinvointialueet päätyvät vähentämään sopimusomaishoitoa, seurauksena voi olla läheishoito ilman sopimusta ja hoitoa tukevia palveluja sekä sote-palvelujen käytön kasvu.

## Tuottavuutta pyritään kasvattamaan eri keinoin

Teknologian avulla pyritään vastaamaan kasvavaan palvelutarpeeseen ja ratkaisemaan henkilöstövajetta iäkkäiden palveluissa, mutta sen käyttö ei juurikaan ole lisääntynyt vuosina 2020–2023<sup>9</sup> (Saukkonen ym. 2024). Teknologioiden säästöpotentiaalia on toistaiseksi arvioitu vähän, joten yleistettäviä johtopäätöksiä säästöistä on vaikea tehdä. Kustannusvaikutusten realisoituminen edellyttää laiteinvestointien ohella teknologioiden integroimista palvelujärjestelmiin ja henkilöstön jatkuvaa koulutusta (Anttila ym. 2023).

Etäteknologialla korvataan lähipalveluja ja täydennetään palvelutarjontaa. Vuonna 2023 noin puolet kotihoidon toimintayksiköistä hyödynsi etäteknologiaa kotihoitokäynteihin, lääkäripalveluissa sekä lääkehoidon ja ruokailun tukena. Etämonitorointiin, kuntoutus-, kulttuuri- ja liikuntapalveluihin sitä käytettiin vähemmän. Ympärivuorokautisessa hoidossa lähes neljä viidestä toimintayksiköstä hyödynsi etäteknologiaa lääkäripalveluissa, noin puolet kulttuuripalveluissa ja alle kolmannes liikuntapalveluissa. (Josefsson ym. 2024.) Hallitus esittää teknologian huomioimista ympärivuorokautisen hoidon

8 Sosiaalihuoltolain (21b §) mukaan yhteisöllistä asumista järjestetään henkilölle, joka tarvitsee sitä alentuneen toimintakyvyn tai kohonneen hoidon ja huolenpidon vuoksi johtuen korkeasta iästä, sairaudesta, vammasta tai muusta vastaavasta syystä. Asiakkaan tarvitsemat palvelut järjestetään asumisesta erillisinä sosiaalipalveluina tai muina palveluina. Yhteisöllinen asuminen tukee oman näköistä elämää, hyvinvointia ja ihmissuhteita.

9 Teknologinen kehitys on nopeaa eikä käyttöasteessa välttämättä näy vanhempien teknologioiden korvautuminen uudemmilla, kehittyneemmällä ratkaisulla.

henkilöstömitoituksen laskennassa vuoden 2025 aikana, millä haetaan 30 miljoonan euron vuosittaisia kustannussäästöjä (Valtion talousarvioesitys 2025).

Toiminnanohjausjärjestelmillä<sup>10</sup> on yhä isompi rooli iäkkäiden palvelujen henkilöstöresurssien hallinnassa. Valtaosa kotihoidon yksiköistä (87 %) hyödynsi vuonna 2023 jotakin sähköistä toiminnanohjausjärjestelmää ja niistä 71 prosenttia arvioi pystyneensä sen avulla kohdentamaan henkilöstöä hyvin asiakkaiden palvelutarpeisiin nähden (Saukkonen ja Kauppinen 2024). Ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä alle neljännes (24 %) käytti toiminnanohjausjärjestelmää ja näistä yli puolet (59 %) arvioi järjestelmän tukeneen henkilöstön kohdentamista asiakkaiden tarpeiden mukaan hyvin (Sotkanet 2023b, ind. 6029). Toiminnanohjausjärjestelmä tukee kotihoidon toiminnan suunnittelua (Saukkonen ja Kauppinen 2024), jolloin se voi tuoda kustannussäästöjä parantamalla palvelujen tehokkuutta. Tämä edellyttää esihenkilöiltä kykyä käyttää järjestelmiä tehokkaasti.

Itseohjautuvaa tiimityötä on kehitetty viime vuosina voimakkaasti niin kotihoidossa kuin ympärivuorokautisessa hoidossa ja se näyttää parantavan etenkin henkilöstön hyvinvointia, hoidon jatkuvuutta ja laatua<sup>11</sup>. Tiimityö ja toiminnanohjausjärjestelmät tulisi sovittaa yhteen niin, että työntekijät ohjataan mahdollisimman usein oman tiimin asiakkaille ja tiimeillä olisi mahdollisuus vaikuttaa työlisiin. Tämä edellyttää joko tiivistä vuorovaikutusta työnjakoa tekevän yksikön kanssa tai mahdollisuutta tehdä työnjako tiimien lähellä.

## Toimenpidesuosituksset

- Terveyden edistäminen on hyvinvointialueiden ja kuntien vastuulla, ja sitä tulee toteuttaa yhteistyössä muiden alan toimijoiden kanssa. Tämä vaatii eri osapuolten tehtävien ja roolien selkeyttämistä, sujuvaa tiedonkulkua sekä yhteisten toimintamallien ja uusien työskentelytapojen kehittämistä.
- Hyvinvointialueiden tulee edelleen vahvistaa keskitetyn neuvonnan ja asiakasohjauksen roolia, jotta palvelut ovat helpommin saatavilla ja toimisivat sujuvassa yhteistyössä eri alojen kanssa. Palvelurakennetta ja tuotantotapoja on kehitettävä ja monipuolistettava, jotta varmistetaan palvelujen saatavuus, henkilöstön riittävyys ja laadukas hoito.
- Hyvinvointialueiden tulisi jatkaa sopimusomaihoidon tuen myöntämisperusteiden ja käytäntöjen yhtenäistämistä sekä huolehtia omais- ja läheishoitajien jaksamisesta. Omaishoito on kustannustehokas hoidon muoto.
- Teknologiset ratkaisut voivat auttaa tukemaan hoitotyötä ja tehostamaan resurssien käyttöä, mutta tarvitaan lisää tietoa niiden vaikutuksista iäkkäiden palvelujen laatuun, henkilöstöön ja kustannuksiin.
- Itseohjautuvalla tiimityöllä on onnistuttu parantamaan henkilöstön hyvinvointia ja hoidon laatua. Tiimityön ja toiminnanohjausjärjestelmien yhteensovittamisesta tarvitaan kuitenkin lisää tutkimustietoa.

<sup>10</sup> Toiminnanohjausjärjestelmät ovat ohjelmistoja, joilla tähdätään resurssien hallintaan ja suunnitteluun yhdistämällä organisaation eri toiminnot yhteen tietojärjestelmään (Botta-Genoulaz ja Millet 2006).

<sup>11</sup> Mallina on ollut hollantilainen Buurtzorg-malli, jossa tiimien itseohjautuvuus on viety pitkälle niin, että lähi- ja keskijohtoa ei ole lainkaan. Buurtzorg-mallissa tiimityö on yksi osa lähiyhteisön integroimisen ja tehokkaan tietojärjestelmän ohella, mutta itseohjautuvan tiimityön mallia on kokeiltu muissakin maissa (DeBruin ym. 2022). Pääosin kokemukset ovat olleet hyviä ja niin hoidon laatu kuin henkilöstön hyvinvointikin on parantunut. Myös Suomessa itseohjautuvuutta on kokeiltu ja otettu laajemmin käyttöön. Tutkittua tietoa on kuitenkin rajatusti, mutta tulokset ovat lupaavia (Ruotsalainen ym. 2022; Jantunen ym. 2023). Itseohjautuvuuden hyödyt tulevat todennäköisesti esiin paitsi työntekijöiden parempien vaikutusmahdollisuuksien, myös hoidon paremman jatkuvuuden myötä.

## 2.5 Vammaisten henkilöiden palvelut

### Pääviestit

- Vammaispalveluja sai vuonna 2023 noin 130 000 henkilöä eli noin 2,3 prosenttia väestöstä.
- Vammaispalvelujen kustannukset muodostivat samana vuonna sote-menoista noin 10,7 prosenttia eli 2,55 miljardia euroa.
- Palvelujen määrä vaihtelee hyvinvointialueiden välillä paljon.
- Vammaispalveluja vaikeuttaa henkilöstöpula sosiaalialan ammattilaisista, erityisesti sosiaalityöntekijöistä.
- Vammaisten ihmisten osallisuus ja yhdenvertainen elämä yhteiskunnassa varmistetaan oikeudenmukaisella lainsäädännöllä ja sen eettisellä toteutuksella. Uusi, jo vuonna 2023 säädetty vammaispalvelulaki tulee voimaan 1.1.2025.

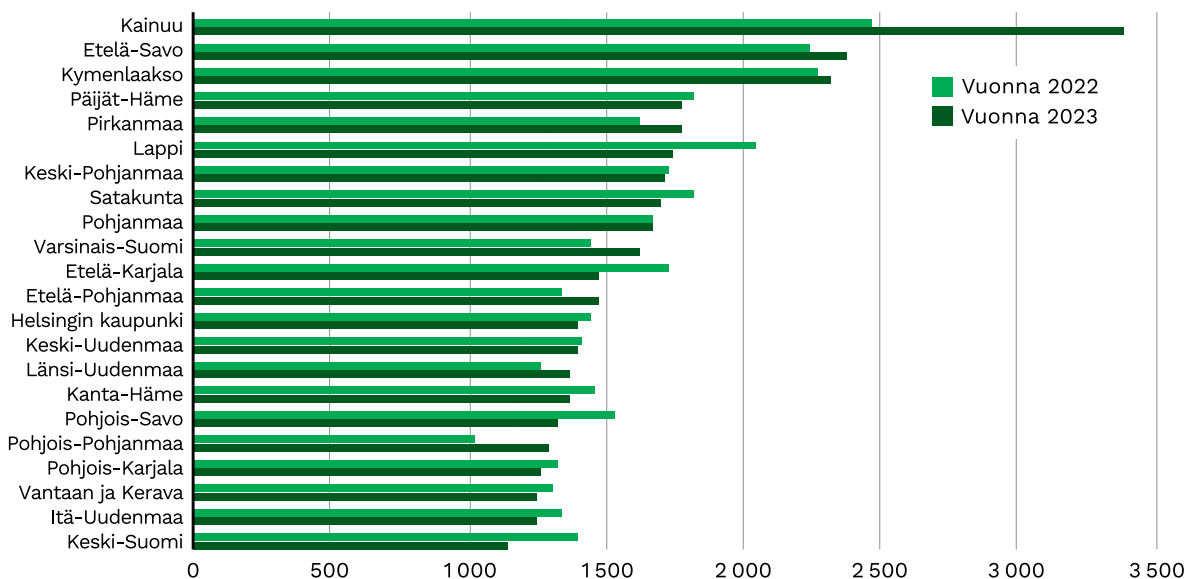
### Palvelutarpeet ja palvelujen käyttö vaihtelevat hyvinvointialueittain

Ympäristön ja yleisten palvelujen saavutettavuus ja esteettömyys mahdollistavat toimintakyvyltään erilaisten ihmisten toimimisen ja osallisuuden yhteiskunnassa. Niillä ei voida kuitenkaan poistaa kaikkia vammaisten ihmisten toimintoihin vaikuttavia haittoja ja esteitä. Tämän vuoksi tarvitaan yksilöllisiä palveluja ja tukitoimia, joista säädetään lainsäädännöllä. Yleislakien mukaiset palvelut koskevat kaikkia ja jos yleislakien perusteella annettavat palvelut eivät ole riittäviä ja tarkoituksenmukaisia poistamaan vammaisuudesta johtuvia haittoja, palvelut tulee järjestää erityislain<sup>1</sup> perusteella. (Laatusuositus 2003.) Toimiva palvelujärjestelmä tunnistaa asiakkaiden tarpeet ja tavoitteet. Vammaispalveluissa asiakkaiden kanssa yhdessä laadittuun suunnitelmaan perustuvat palvelupäätökset auttavat rakentamaan asiakaslähtöisiä, toimivia ja yhdenvertaisia palveluja (Hömppi ym. 2024).

Vammaispalveluja sai vuonna 2023 noin 130 000 henkilöä eli noin 2,3 prosenttia väestöstä (Forsell ym. 2024, 26). Vammaispalvelujen kustannukset muodostivat sote-menoista noin 10,7 prosenttia eli 2,55 miljardia euroa (Croell ym. 2024, 21). Myönnettyjen palvelujen määrät vaihtelevat alueellisesti. Tästä yhtenä esimerkkinä on liikkumisen tuen palvelu. Näitä ns. kuljetuspalveluja myönnettiin vuonna 2023 yhteensä 86 491 henkilölle. Luku on pienentynyt vuodesta 2018, jolloin tämän palvelun piirissä oli 96 022 henkilöä. Vaikka myönnettyjen palvelujen kokonaismäärä näyttää pienentyneen, alueiden väliset erot näyttävät pysyneen ennallaan (Kuvio 2.5.1).

Osaava ja riittävä henkilöstö mahdollistaa vammaispalvelujen lainmukaisen ja eettisen toteuttamisen, jonka lähtökohtana ovat asiakkaiden tarpeenmukaiset päätökset ja palvelut. Vammaispalveluja vaikeuttaa hyvinvointialueilla merkittävä henkilöstöpula sosiaalialan ammattilaisista ja erityisesti sosiaalityöntekijöistä. Pula ja vaihtuvuus vaikeuttavat myös osaamisen varmistamista ja kehittämistä. (Lindström ym. 2024.) Vammaissosiaalityössä tehtävillä päätöksillä on merkittävä inhimillinen ja taloudellinen vaikutus. Asiakasprosessin toteuttaminen vaatii erityisosaamista ja työaika. Vammaispalvelujen asiakasprosessi palvelutarpeen arvioinnista päätöksentekoon ja ohjaukseen vie keskimäärin noin seitsemän tuntia (Hömppi ym. 2023).

<sup>1</sup> Vuonna 2024 vammaispalveluihin liittyviä erityislakeja oli kaksi: Laki Kehitysvammaisten erityishuollosta (1977/519) ja Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista (1987/380). Molempia lakeja on muutettu ja täydennetty vuosikymmenien aikana. Kehitykseen ovat vaikuttaneet muun muassa Suomen valtion sitoutuminen kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin, kuten Yhdistyneiden kansakuntien vammaisten henkilöiden oikeuksien yleissopimus. (Sosiaalihuoltolaki 2014; Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987; Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 1977; Vammaisyleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista 2016.)



Kuvio 2.5.1. Liikkumisen tuen palvelun saajat 100 000 asukasta kohden hyvinvointialueilla vuonna 2022 ja 2023. Lähde: THL, Sotkanet.

## Uudistuva lainsäädäntö ja siihen valmistautuminen haastavat hyvinvointialueita

Vuonna 2024 vammaispalvelujen toimintaa on leimannut hyvinvointialueiden käynnistymisen lisäksi 1.1.2025 voimaantulevan vammaispalvelulain soveltamiseen liittyvät kysymykset ja siihen valmistautuminen. Viimeisen kahden vuosikymmenen aikana on pyritty saamaan aikaan uutta vammaispalvelulakia, jonka lähtökohtana eivät olisi diagnoosit vaan toimintarajoitteet YK:n vammaisyleissopimuksen mukaisesti. (Ks. Vammaisyleissopimus 2016.)

Lainsäädäntöprosessi on ollut monivaiheinen, mutta keväällä 2023 eduskunta hyväksyi uuden vammaispalvelulain. Lain voimaantuloa siirrettiin tammikuun 1. päivään vuonna 2025, sillä lain soveltamisalaan tarvitaan muutoksia. Tätä kirjoitettaessa (marraskuu 2024) lain soveltamisalaan liittyvä esitys on eduskunnan käsittelyssä. Uudistuva lainsäädäntö sisältää yhteensä 15 palvelua. Osa vanhoista palveluista säilyy, mutta niiden sisältöjä on muokattu ja laajennettu. Noin puolet vammaispalvelulain mukaisista palveluista on uusia. (Vammaispalvelulaki 2023.) Uusien palvelujen myötä vammaispalveluihin saattaa tulla uusia asiakkaita ja vanhojen palvelujen muuttuessa nykyisten asiakkaiden palveluihin voi tulla muutoksia.

Lakiin on kirjattu kolmen vuoden siirtymäsäännös, mikä mahdollistaa sen, ettei palvelupäätöksiä tarvitse muuttaa äkillisesti. Siirtymäsäännöksellä pyritään varmistamaan se, ettei uudistuva lainsäädäntö aiheuta ongelmia palvelujen käyttäjille eikä ruuhkauta vammaissovialityötä kohtuuttomasti. Näin uudistuvaa lainsäädäntöä voidaan alkaa soveltaa vähitellen. (Vammaispalvelujen käsikirja 2024.)

Vammaispalvelulain kokonaisuus edellyttää, että sosiaalityön ammattilaiset voivat perehtyä lain soveltamiseen. Perinteisesti vammaisjärjestöt ovat olleet vahva toimija vammaispalvelujen asiakasneuvonnassa. Vuoden 2025 alusta alkaen haasteita tuovat järjestöjen asiantuntijatyötä uhkaavat STEAn rahoitusleikkaukset. Samaan aikaan vammaispalveluista puuttuu henkilöstöä. Tiedon puute ja liian pienet henkilöstöresurssit voivat uhata vammaispalvelulain uudistuksen toteutusta. Myös hyvinvointialueiden niukenevat taloudelliset resurssit luovat paineita asiakastyön päätöksentekoon.

Uudistuksen vaikutuksia on seurattava jatkuvasti niin asiakas- kuin järjestelmätasolla. Asiakastietojärjestelmiä tulee kehittää siten, että niistä saadaan tarvittavat tilastotiedot. Lisäksi tarvitaan erilliskyselyjä ja selvityksiä, jotta kokonaisvaikutuksia vammaisten henkilöiden elämään saadaan selvitettyä ja tehtyä tarvittaessa muutoksia lainsäädäntöön ja palvelujärjestelmään.

## Toimenpidesuosituks

- Kuntien ja hyvinvointialueiden yhteistyötä on kehitettävä siten, että palvelujärjestelmän toimintakenttä on asiakaslähtöinen ja vastaa tarpeita. Oikeat ja oikea-aikaiset palvelut ovat vaikuttavia ja kustannustehokkaita.
- Vammaisjärjestöjen ja hyvinvointialueiden yhteistyötä tulee kehittää.
- On varmistettava, että vammaispalveluissa on riittävästi osaavaa henkilöstöä.
- Uuden vammaispalvelulain vaikutusten seuranta ja arviointia on tehtävä sekä aluetasolla että valtakunnallisesti.
- Asiakasprosesseja on kehitettävä niin, että ne vahvistavat asiakkaiden osallisuutta.
- Moniammatillista asiantuntijatyöskentelyä on kehitettävä.

## 2.6 Lastensuojelu

### Pääviestit

- Lasten ja perheiden avun saanti viivästyy, mikä näkyy sijoitettujen lasten määrän kasvuna. Muiden palvelujen kuormitus lisää painetta lastensuojelussa.
- Lastensuojelun palveluja kuormittaa ajankohtaisesti lastensuojeluilmoitusten määrän voimakas kasvu.
- Yksinäisyys, ahdistuneisuus, itsetuhoisuus ja päihteiden käyttö ovat kodin ulkopuolelle sijoitetuilla yleisempiä kuin muulla tavoin asuvilla. Riski syrjäytyä koulutuksesta ja työelämästä on myös suurempi.
- Laitos- ja perhehoidon kenttä on pirstaleinen ja pitkälti yksityistynyt. Laitoshoidon kustannukset ovat kasvaneet.
- Sijaishuollon kustannukset ovat nyt 1,1 miljardia euroa vuodessa. Pitkäjänteisellä ja varhaisella panostuksella perheiden tukeen voidaan kustannuksissa säästää merkittävästi.

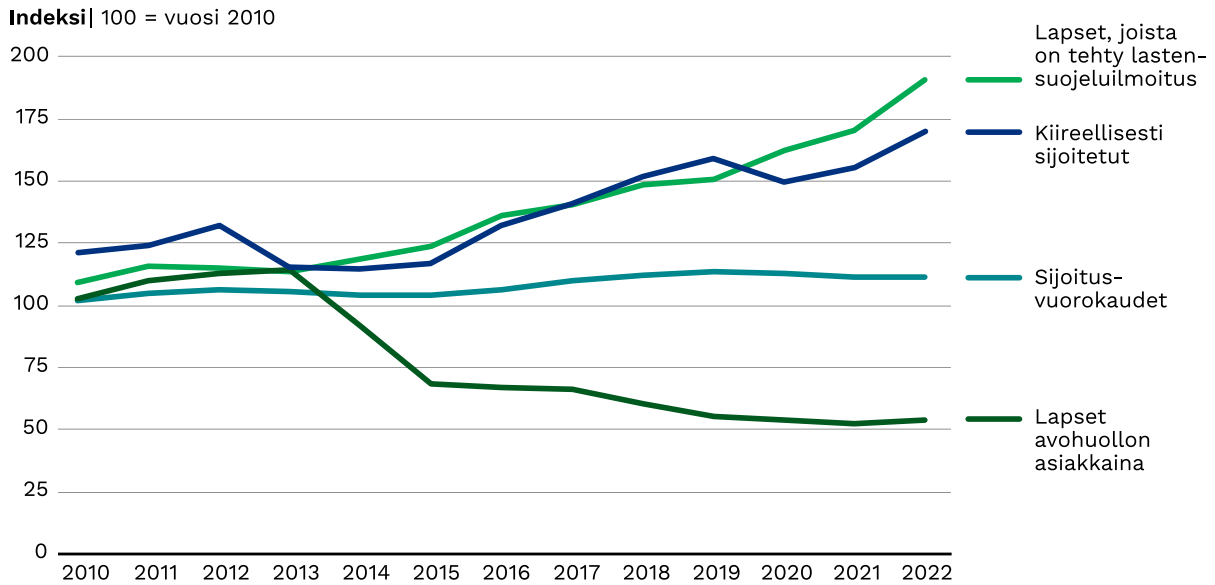
Lapsiperheiden ja lastensuojelun sosiaalityön palveluja ei voida nykytilanteessa tarjota oikea-aikaisesti ja riittävästi. Lastensuojelun avohuollon asiakkaina olevien lasten määrässä on alueittain suuria eroja (THL 2024). Alueilla, joilla asiakkaita on paljon, työntekijöiden työmäärä ylittää lakisääteiset rajat, mikä lisää kuormitusta ja työntekijöiden vaihtuvuutta sekä heikentää palvelujen laatua (Yliruka ym. 2022; Yliruka 2023).

Lastensuojeluun kohdistuvan paineen taustalla on matalan kynnyksen ja erityispalvelujen toimimattomuutta, perheiden taloudellisia vaikeuksia ja puutteita kotoutumisen käytännöissä (Kiili ym. 2023). Jos lapsiperheköyhyys lisääntyy ennakoitusti (SOSTE 2023), se tulee todennäköisesti lisäämään lastensuojelun palvelujen tarvetta entisestään. (Ks. myös Luku 3.1.).

### Lastensuojelua kuormittaa lastensuojeluilmoitusten määrän voimakas kasvu

Lastensuojeluilmoitusten määrä on kasvanut voimakkaasti, mikä kuormittaa tällä hetkellä lastensuojelua (Kuvio 2.6.1). Viimeisimmällä seurantajaksolla neljä viidestä palvelutarpeen arviosta on valmistunut kolmen kuukauden määräajassa (THL 2024m). Palvelutarpeen arviointeja sekä lasten ja nuorten avun ja tuen saamista on nopeutettava, sillä avun viivästyminen lisää tarvetta lapsen sijoittamiseen kodin ulkopuolelle. Kiireelliset sijoitukset lisääntyivät vuonna 2023 kahdeksan prosenttia edellisestä vuodesta, erityisesti teini-ikäisillä (THL 2024l).





**Kuvio 2.6.1. Lastensuojelun keskeisten tunnuslukujen kehittyminen vuodesta 2010.**  
Lähde: THL.

Vuoden 2024 alussa lastensuojelun henkilöstömitoitusta tiukennettiin. Muutoksen jälkeen osa lastensuojelun tarpeen kriteerit täyttävistä lapsista on sijoitettu jonoon odottamaan asiakkuuden avaamista, ja toisinaan asiakkuus on avattu nimeämättä vastuutyöntekijää. Vain kolmasosassa hyvinvointialueista kaikilla lastensuojelun asiakkuudessa olevilla lapsilla on oma vastuusosiaalityöntekijä. Lastensuojelun työntekijäkohtainen enimmäisasiakasmäärä ylittyi 17 hyvinvointialueella lokakuussa 2024 (THL 2024m).

Yksinäisyys, ahdistuneisuus ja itsetuhoisuus ovat kodin ulkopuolelle sijoitetuilla selvästi yleisempiä kuin muilla tavoin asuvilla vastaavan ikäisillä lapsilla ja nuorilla. Sijoitetuista 8.- ja 9.-luokkalaisista 43 prosenttia kokee terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi. Kokemukset koulukiusaamisesta, seksuaalisesta ahdistelusta ja seksuaaliväkivallasta sekä päihteidenkäyttö ovat sijoitetuilla teini-ikäisillä muita yleisempiä (Niemi ja Eriksson 2023).

## Laitos- ja perhehoidon kentällä useita haasteita

Laitos- ja perhehoidon kenttä on pirstaleinen ja pitkälti yksityistynyt, eikä yksityistämisen seurauksista ole tutkimustietoa (Eriksson ja Harrikari 2023). Tarjonnan, johtamisen ja valvonnan haasteet selittävät alueellisia eroja enemmän kuin lasten tarpeet. Sijaishuolto yhdessä muiden palvelujen kanssa ei pysty vastaamaan riittävän hyvin kaikkein vaativinta hoitoa tarvitsevien sijoitettujen lasten tarpeisiin. Integroitujen palvelujen kehittäminen on erityisen tärkeää väkivallalla ja päihteillä oireilevien nuorten laitospuolisessa kuntoutuksessa.

Laitoshuollon hinnat ovat nousseet, mikä on lisännyt laitoshoidon kuluja sijoitettujen lasten määrän kasvun ohella. Sijaishuollon kustannukset ovat nyt 1,1 miljardia euroa vuodessa (THL Sosiaali- ja terveys palveluiden talous 2023). Etelä-Karjalassa, jossa on pitkäjänteisesti ja systemaattisesti panostettu perheiden varhaiseen tukeen, on nähty noin 27 prosentin lasku lastensuojelun laitos- ja perhehoidon kustannuksissa vuodesta 2011 vuoteen 2023 (Sotkanet). Mikäli vastaava muutos saavutettaisiin maanlaajuisesti, tarkoittaisi se yli 300 miljoonan euron säästöjä vuodessa.

## Toimenpidesuosituks

- Hyvinvointialueilla ja kunnissa on vahvistettava lastensuojelun resursseja siten, että lapset ja perheet saavat tarvitsemaansa tukea jo matalan kynnyksen sote-palveluissa, kouluissa ja varhaiskasvatuksessa.
- Päätöksenteossa on huomioitava lapsivaikutukset ja torjuttava lapsiperheköyhyyttä.
- Hyvinvointialueilla tulee varmistaa lasten ja nuorten päihde- ja mielenterveyspalvelujen saatavuus ja saavutettavuus, mikä vähentää tarvetta kodin ulkopuolisille sijoituksille. Erityispalvelut on varmistettava myös sijaishuollossa oleville lapsille.
- Lastensuojelun palvelujärjestelmän tietopohjaa ja tutkimuksen rakenteita on ylläpidettävä ja kehitettävä kansallisesti ja alueellisesti. Tämä koskee sekä lapsiperheiden sosiaalityön että lastensuojelun avo-, sijais- ja jälkihuollon palvelukohtaista tietotuotantoa ja sijoitettujen lasten hyvinvoinnin seuranta.
- Henkilöstön saatavuuden, pysyvyyden ja lapsen oikeuksien turvaamiseksi hyvinvointialueilla on vahvistettava lastensuojelussa työskentelevien pitovoimatekijöitä. Näihin kuuluvat esimerkiksi johtaminen, työolosuhteet ja arvostus.

# 3

## Arjen turva ja kriisien kohtaaminen

## 3.1 Eriarvoisuus ja osattomuus

### Pääviestit

- Suomeen muuttaneet ja etniset vähemmistöt kokevat runsaasti syrjintää ja vaikeuksia työelämässä, mikä vaikuttaa yksilöiden ja koko yhteiskunnan hyvinvointiin.
- Monilla ulkomaalaistaustaisilla ja etnisillä vähemmistöillä on erityisiä palvelutarpeita, mutta ne jäävät useammin tyydyttymättä muuhun väestöön verrattuna.
- Väestön sosioekonomisen rakenteen erot asuinalueiden välillä ovat kasvaneet pitkään useissa suurissa kaupungeissa, mutta segregaatiokehitystä voidaan ehkäistä eri keinoin.
- Köyhyys- ja syrjäytymisriskin kasvu taittui vuonna 2022, kun työllisyys kasvoi koronapandemian jälkeen. Vuosina 2023–2024 työllisyysaste on jälleen heikentynyt. Myös työssäkäyvissä on paljon tuloköyhiä, arvioiden mukaan noin 200 000 henkilöä.
- Sosiaaliturvaan aiottujen muutosten seurauksena pienituloisuusasteen arvioidaan kasvavan 1,7 prosenttiyksikköä vuonna 2025.
- Pienituloisissa perheissä asui 12 prosenttia lapsista vuonna 2023, useimmin yhden huoltajan sekä monilapsisissa ja ulkomaalaistaustaisten vanhempien perheissä.
- Asunnottomien määrä on pienentynyt vuoden 2012 jälkeen joka vuosi. Vuonna 2023 Suomessa oli 3 429 yksinelävää asunnotonta ja 123 asunnotonta perhettä ja pariskuntaa. Häätöjen yleistymisen kasvattaa kustannuksia ja ennakoi asunnottomuuden vähentämisen vaikeutuvan.
- Asunnottomuuden ehkäisy on arvioitu tuovan julkiselle taloudelle 17 000–52 000 euron vuosittaiset säästöt henkilöä kohden (Pitkänen ym. 2023).

### Syntyperään ja etniseen taustaan liittyvä eriarvoisuus ilmenee monin tavoin

Suomi on kulttuurisesti ja etnisesti moninainen ja moninaistuminen jatkuu ja kiihtyy (ks. myös Luku 1.1). Väestöä moninaistavat muun muassa Suomeen monista eri syistä muuttanut väestö ja heidän jälkeläisensä sekä kansalliset vähemmistöt kuten romanit ja alkuperäiskansana saamelaiset.

### Etniset vähemmistöt kohtaavat runsaasti rasismia

Vuonna 2023 42 prosenttia ulkomailla syntyneestä aikuisväestöstä oli kokenut syrjintää edellisen vuoden aikana. Yleisimpiä kokemukset ovat Afrikasta ja Lähi-idästä muuttaneilla: esimerkiksi Afrikasta muuttaneista miehistä 63 prosenttia oli kokenut syrjintää (Castaneda ja Kuusio 2023). Ulkomaalaistaustaisista nuorista 47 prosenttia oli kokenut syrjintää koulussa tai vapaa-ajalla edellisen vuoden aikana, kun vastaava osuus suomalaistaustaisista oli 31 prosenttia (Matikka ym. 2024). Myös muut Suomen etniset vähemmistöt, kuten romanit, joutuvat usein rasismien kohteeksi.

Syrjintäkokemukset ovat yhteydessä hyvinvointiin, esimerkiksi mielenterveysoireisiin, heikompaan elämänlaatuun, turvattomuuden ja yksinäisyyden kokemuksiin sekä heikompaan luottamukseen viranomaisia kohtaan (Castaneda ym. 2015; Castaneda 2019; Garoff ym. 2024; Rask ym. 2018; Rask ja Castaneda 2019). Syrjivät käytännöt ovat usein piiloutuneina esimerkiksi yhteiskunnan rakenteisiin ja tuottavat yksilöiden välille eroja mahdollisuuksissa ja esteitä esimerkiksi kouluttautua, työllistyä, saada asunto, edetä tavoitteissaan ja kokea osallisuutta. Jos rasismiin ei nykyistä vahvemmin puututa, se voi muuttua entistä hyväksytyimmäksi ja voimistua, millä on monia kielteisiä vaikutuksia paitsi vähemmistöjen hyvinvointiin,

Suomeen muuttaneiden tai muuttavien haluan muuttaa ja asettua Suomeen, myös koko yhteiskunnan turvallisuuteen, koheesioon, tuottavuuteen ja kantokykyyn.

## Syntyperään ja etnisyyteen liittyvät eriarvoisuudet palveluissa ja niihin pääsyssä

Ulkomaista syntyperää olevan väestön ja etnisten vähemmistöjen on vaikeampi päästä tiettyjen terveyspalvelujen piiriin, he saavat heikompia palveluja ja heillä on useammin tyydyttymätöntä hoidon tarvetta kuin muulla väestöllä (Castaneda ym. 2020; Kiesepä ym. 2020; Kuusio ja Koponen 2023). Maahan muuttaneella väestöllä on esimerkiksi koko väestöä useammin mielenterveysoireita, mutta he ovat aliedustettuina mielenterveyspalveluissa ja saavat useammin heikompaa hoitoa. Syrjintää sosiaali- ja terveyspalveluissa kokee maahan muuttaneista yli kaksinkertainen määrä koko väestöön verrattuna (Castaneda ja Kuusio 2023).

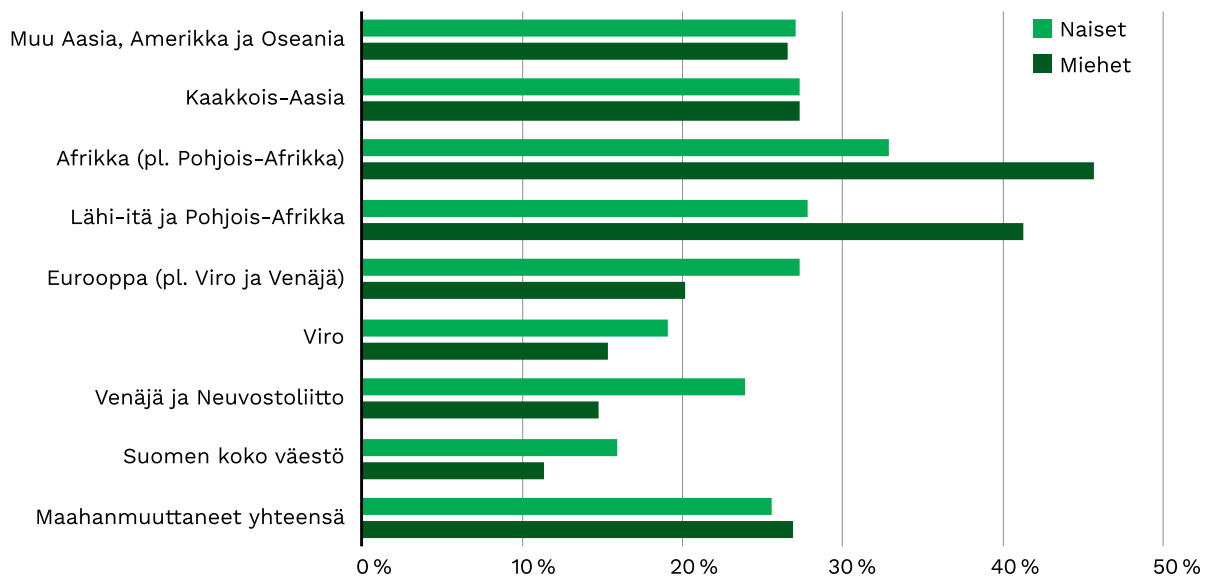
Myös nuoret kohtaavat vaikeuksia palveluihin pääsyssä: Suomeen muuttaneet yläkouluikäiset kokevat suomalaista syntyperää olevia nuoria useammin, että eivät yrityksistään huolimatta pääse koulun kuraattorille, lääkärille, terveydenhoitajalle tai psykologille (Matikka ym. 2024). Vaikeuksien kokeminen on yleistynyt vuosina 2021–2023. Tietyissä palveluissa, kuten lastensuojelupalveluissa, ulkomaista syntyperää oleva väestö on kuitenkin yliedustettuna (Kääriälä ym. 2020). Epäsuhtaan on tärkeä kiinnittää huomiota ja edistää sopiviin palveluihin pääsyä riittävän aikaisin sekä palvelujen inklusiivisuutta ennen vaikeuksien monimutkaistumista.

## Tuki työelämäosallisuuteen ja kotoutumiseen tärkeää

Suomi tarvitsee kantokykynsä vahvistamiseksi työvoimaa sekä tänne muuttavista että täällä jo asuvista alityöllistyneistä väestöryhmistä ja heidän jälkeläisistään. Työperäisen maahanmuuton vahvistaminen on Orpon hallitusohjelmankin näkökulmasta tärkeää, mutta työllisyyttä ja osallisuutta on tuettava myös muista syistä Suomeen muuttavien ja muuttaneiden sekä vaikeuksia työelämässä kohtaavien väestöryhmien, kuten romanivähemmistön, keskuudessa.

Maahan muuttaneiden ja etnisten vähemmistöjen työelämään pääsyssä ja siellä mielekkäästi olemisessä on monia vaikeuksia. Niitä ilmenee esimerkiksi koulutusta vastaavaan työhön pääsyssä ja uralla etenemisessä (Kanninen ym. 2022). Korkeakoulutetuista työllisistä ulkomaista syntyperää olevista miehistä 30 ja naisista 36 prosenttia on ylikoulutettuja työhönsä, kun osuudet suomalaista syntyperää olevassa väestössä ovat 14 ja 20 prosenttia. Erityisesti Suomeen muuttaneista naisista työssä olevien osuus on koko väestön naisia pienempi (Nykänen ja Kuusio 2023).

Työelämässä kohdattavat vaikeudet eivät palaudu vain kielitaidon tai osaamisen tunnistamisen haasteisiin. Syrjintää työelämässä kokee 26 prosenttia Suomeen muuttaneesta aikuisväestöstä (Kuvio 3.1.1.), mikä on huomattavasti useammin kuin koko väestössä (14 %) (Castaneda ja Kuusio 2023). Yleisimpiä syrjinnän kokemukset työelämässä ovat Afrikasta ja Lähi-idästä muuttaneilla: Afrikasta muuttaneista työelämässä olevista miehistä peräti 46 prosenttia on kokenut syrjintää työelämässä viimeksi kuluneen vuoden aikana (Kuvio 3.1.1).



**Kuvio 3.1.1. Syrjintää työelämässä viimeksi kuluneen vuoden aikana kokeneet (% työssä olleista tai työtä hakeneista). Lähde: Castaneda ja Kuusio 2023.**

Yhteiskuntaan osalliseksi pääsyä ja työelämän moninaisuutta tulisi tukea nykyistä aktiivisemmin. Suomessa on viime vuosina kehitetty keinoja kokonaisvaltaisen kotoutumisen vahvistamiseksi. Terveys on sen tärkeä osa-alue: tukemalla terveyttä ja hyvinvointia tuetaan myös tehokasta kotoutumista. Osa valmisteltavista lakimuutoksista esimerkiksi kotoutumis- ja ulkomaalaislakiin vaikeuttanevat kotoutumista ja maahan muuttaneen väestön työllisyyttä ja hyvinvointia. Lakimuutosten myötä on todennäköisesti vaikea edistää hallitusohjelmassakin tavoiteltavaa Suomen veto- ja pitovoiman kasvattamista ja kantokyvyn vahvistamista maahanmuuton avulla.

## Alueellinen segregatio on voimistunut, mutta siihen voidaan vaikuttaa

Alueellinen segregatio on väestörakenteen alueellista eriytymistä esimerkiksi tulotason tai syntyperän mukaan. Sitä tarkastellaan usein pienaluetasolla erityisesti kaupunkiseutujen sisällä. Eriytyminen ei ole välttämättä vahingollista, mutta se voi johtaa alueellisiin eroihin palvelutarpeissa ja sosiaalisissa ongelmissa, väestöryhmittäisiin eroihin asuinympäristön laadussa ja sosiaalisten kuplien vahvistumiseen. Kärjistyessään se voi uhata erityisesti lasten ja nuorten tasapuolisia mahdollisuuksia edetä elämässä.

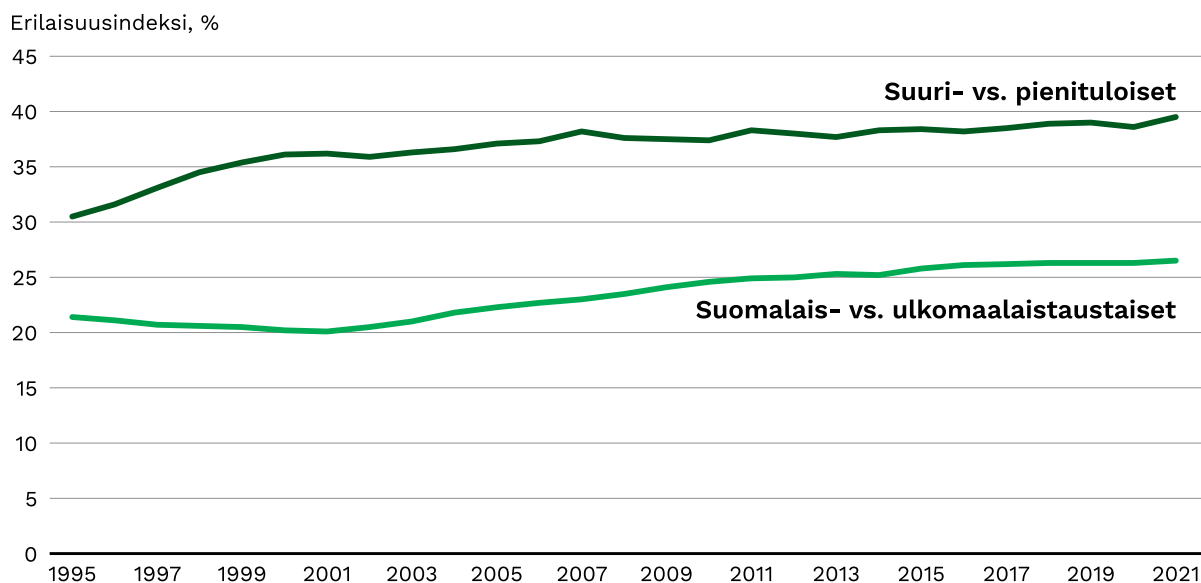
Viime vuosilta on niukasti tietoa segregatation tasosta eri kaupungeissa. Aiempien tietojen mukaan tulotason mukainen eriytyminen on ollut kuitenkin vahvinta Oulussa, Turussa ja Jyväskylässä ja etninen eriytyminen myös Lappeenrannassa (Hirvonen ja Puustinen 2016; Hirvonen 2019). Suurissa kaupungeissa erot työikäisen väestön pienituloisuudessa kasvoivat kerrostalolähiöiden ja pientaloalueiden välillä vuosina 1997–2019 (Kauppinen ja Mukkila 2022).

Maahan muuttaneet näkyvät suurten kaupunkien lähiöiden pienituloisuudessa yhä enemmän. Tämä johtuu lähinnä maahan muuttaneiden määrän kasvusta, sillä pienituloisuus on maahan muuttaneilla selvästi vähentynyt useimmilla kasvaneen pienituloisuuden alueillakin (Kauppinen ja Mukkila 2022). Ulkomaalaistaustaisten osuuden kasvu yksittäisillä alueilla johtuu ylipäänsä etenkin heidän määränsä kasvusta Suomessa ja suurissa kaupungeissa. (Ks. myös Luku 1.1).

Ylimpien ja alimpien ammattiryhmien välinen eriytyminen on syventynyt hieman Helsingin seudulla sekä vuosina 2000–2010 että 2010–2020 (Ubarevičienė ym. 2024). Aiemmin on havaittu tulotason mukaisen eriytyksen vahvistuneen vuosina 2005–2014 Turun ja Tampereen seuduilla sekä Helsingin

seudullakin tätä ennen (Saikkonen ym. 2018). Vuonna 2020 Helsingin seutu sijoittuu vertailussa euroopalaisittain jo melko vahvan segregaatiosjoukkoon. Etnisen eriytymisen osalta trendit ovat vaihtelevia: eriytymisen kasvusta on ollut merkkejä Oulussa, Turussa, Vaasassa ja Tampereella vuosina 2004–2014 ja Helsingissä vuosina 2005–2019 (Hirvonen ja Puustinen 2016; Hirvonen 2019; Saikkonen ym. 2018).

Kuviosta 3.1.2 nähdään suuri- ja pienituloisten sekä suomalais- ja ulkomaalaistaustaisten välisen segregaatioskehitys pääkaupunkiseudun työikäisessä väestössä vuosina 1995–2021. Vuosituhannen vaihteen jälkeen kumpikin eriytymisen muoto on vahvistunut vähitellen. Selvintä vahvistuminen oli tulotason osalta 1990-luvulla ja etnisen segregaatios osalta 2000-luvulla.



**Kuvio 3.1.2. Suuri- ja pienituloisten sekä suomalais- ja ulkomaalaistaustaisten välisen alueellisen eriytymisen kehitys 25–59-vuotiaassa väestössä pääkaupunkiseudulla 1995–2021 erilaisuusindeksillä mitattuna<sup>1</sup>. Lähde: Timo Kauppinen, Tilastokeskuksen aineisto.**

## Segregaatiokehitykseen voidaan vaikuttaa eri keinoin

Segregaatiota voidaan ehkäistä valtiollisessa politikassa esimerkiksi kaventamalla eriarvoisuutta ja tuloeroja, sillä segregaatiossa on paljon kyse eriarvoisuuden ilmenemisestä (kaupunki)tilassa. Myös valtion asuntopolitiikalla voidaan vaikuttaa kehitykseen. Alueiden väliset erot asuntokannassa, palveluissa ja muissa asuinympäristön ominaisuuksissa ovat oleellisessa roolissa väestörakenteen eriytyemisessä. Näihin voidaan vaikuttaa etenkin kunnallispolitiikassa, esimerkiksi kaavoituksen sekä maankäyttö- ja asuntopolitiikan keinoin (esim. Rasinkangas ym. 2023). Poliitiikan tavoitteena voi olla myös segregaatios seurauksiin vaikuttaminen, jolloin voidaan esimerkiksi aluekehittämisen tai tarveperusteisen resurssin keinoin välttää asuinympäristön laadun voimakasta eriytymistä väestöryhmien välillä.

Monissa maissa aiemmin vahvistunut sosioekonominen segregatio on alkanut heikentyä (Ubarevičienė ym. 2024), joten segregaatios ei tarvitse vääjäämättä vahvistua. On kuitenkin oletettavaa, että tulojen mukainen segregatio jatkaa Suomessa kärjistymistään. Hallituksen toteuttamat sosiaaliturvaleikkaukset kasvattavat tuloeroja (STM 2024b). Lisäksi valtion tukemaa ARA-asuntotuotantoa vähennetään ja tulorajat palautetaan ARA-vuokra-asumiseen (Valtioneuvosto 2023a). Nämä toimenpiteet

<sup>1</sup> Suurituloisia ovat pääkaupunkiseudun 25–59-vuotiaiden ylin viidennes asutokunnan kulutusyksiköihin suhteutettujen käytettävissä olevien rahatulojen mukaan ja pienituloisia alin viidennes. Ulkomaalaistaustaisia ovat ne, joiden molemmat vanhemmat tai ainoa tiedossa oleva vanhempi on syntynyt ulkomailla ja ne ulkomailla syntyneet henkilöt, joiden kummastakaan vanhemmasta ei ole tietoa. Suuremmat erilaisuusindeksin arvot kuvaavat vahvempaa eriytymistä, ja arvot ovat tulkittavissa siten, että ne kertovat, kuinka suuren prosentiosuuden jommastakummasta ryhmästä olisi vaihdettava asuinpaikkaansa, jotta ryhmät olisivat sijoittuneet alueellisesti samaan tapaan. Alueyksikköinä analysissa ovat Helsingin osa-alueet, Espoon pienalueet, Vantaan kaupunginosat sekä Kauniainen.

kasvattavat kotitalouksien eroja mahdollisuuksissa asua eri alueilla ja heikentävät mahdollisuuksia hyödyntää ARA-asuntokantaa aluekehityksen tasoittamiseen tähtäävässä politiikassa.

Etnisen segregaatian suhteen kehitys on vaihdellut kaupunkien välillä, joten tulevasta kehityksestä voidaan olettaa lähinnä, että ulkomaalaistaustaisen väestön osuuden kasvaessa koko väestössä se kasvaa myös yksittäisillä alueilla. Alueiden väestörakenteet muuttuvat väestöryhmien kokojen muuttuessa, vaikka eri ryhmien sijoittumisessa ei tapahtuisi muutoksia. Suomalaistaustaisen väestön toiminta on oleellista etnisen segregaatian kehityksessä, koska he ovat enemmistö ja heillä on keskimäärin enemmän resursseja asuinpaikan valinnassa.

## Köyhyys vaihtelee väestöryhmittäin, tuloerot finanssikriisiä edeltävällä tasolla

Köyhyyden<sup>2</sup> riski vaihtelee eri väestöryhmissä. Kotitalousväestöstä 15,9 prosenttia eli 873 000 henkilöä oli vuonna 2022 köyhyys- tai syrjäytymisriskissä<sup>3</sup>, kun edellisenä vuonna luku oli 894 000. (Tilastokeskus 2024f.) Luku on EU-maiden neljänneksi matalin. Koronapandemian jälkeinen hyvä työllisyyskehitys kuitenkin heikkeni seuraavina vuosina, ja työllisyysaste pieni vuosina 2023–2024. (Tilastokeskus 2024g.) Mikrosimuloimalla tuotetun ennusteen mukaan hallituksen vuosille 2024–2025 sosiaaliturvaan suunnitteleminen muutosten yhteisvaikutuksena koko väestön suhteellinen pienituloisuusaste kasvaa 1,7 prosenttiyksikköä (STM 2024b) (ks. myös Luku 3.2).

Ikäryhmittäin tarkasteltuna köyhyys- ja syrjäytymisriski oli vuonna 2022 suurin nuorilla aikuisilla (18–29-v.) (30,4 %) ja yli 84-vuotiailla (27,3 %). Nuorilla riski oli hieman suurempi kuin edellisenä vuonna ja selvästi korkeampi pandemiaa edeltävään aikaan verrattuna (24,1 % vuonna 2019). Vanhimmissa ikäryhmissä kehitys on ollut päinvastainen. (Tilastokeskus 2024f.) Sosioekonomiset erot köyhyys- ja syrjäytymisriskissä ovat selvät. Riski on suurin työttömillä ja opiskelijoilla ja se on kasvanut 2010-luvun lopusta: vuonna 2022 työttömistä jo useampi kuin kaksi kolmesta (68 %) oli köyhyys- ja syrjäytymisriskissä, opiskelijoista 41 prosenttia. Pienin riski on ylemmillä (2 %) ja alemmilla toimihenkilöillä (4 %). (Tilastokeskus 2024f.) Sosiaaliturvaan vuosille 2024–2025 suunniteltujen muutosten yhteisvaikutus on mikrosimulaatiolaskelmien mukaan suurin ei-työllisillä, joiden pienituloisuusaste kasvaa 4,5 prosenttiyksikköä, kun työllisillä luku on 1,2 (STM 2024b) (ks. myös Luku 3.2).

Köyhyys voi aiheutua monista tekijöistä<sup>4</sup>, joiden seurauksia pyritään tasoittamaan sosiaaliturvan ja palvelujärjestelmän keinoin. Muutokset sosiaaliturvan tasossa ja palvelujen saatavuudessa, saavutettavuudessa tai kustannuksissa näkyvät nopeasti myös köyhyyden tasossa ja sen seurauksissa. Perinteisesti on ajateltu työn olevan parasta sosiaaliturvaa. Yleistyvä ilmiö on kuitenkin ns. työssäkäyvien köyhyys, mitä on pidetty vähäisenä huolenaiheena hyvinvointivaltiossa. On arvioitu, että Suomessa epävarmassa työmarkkina-asemassa olevia on noin kolmannes työvoimasta, yli 800 000 ihmistä. Ryhmään kuuluu kuitenkin myös työsuhteen luonteesta riippumatta hyvin pärjääviä ja toimeentulevia työntekijöitä. Suomessa on arviolta 200 000 ihmistä, joiden ansiotaso alittaa köyhyysrajan. Vasten tahtoaan prekaarissa asemassa on noin 400 000 työntekijää. (Jakonen ym. 2023.)

2 Köyhyyttä tulee tarkastella erilaisilla mittareilla monipuolisen kuvan saamiseksi. Köyhyyttä tai köyhyysriskissä elämistä voidaan mitata esim. pienituloisuudella, toimeentulokokemuksilla (ks. Luku 1.2) tai toimeentulon riittävyyttä suhteessa säälliseksi arvioitun vähimmäiselintason. Mikrosimulaatiomallien avulla voidaan tehdä ”ennuste” tämän hetken köyhyysasteesta, vaikka verotietoja ei ole vielä käytettävissä. Muuten jouduttaisiin tyytymään vuoden 2022 köyhyystietoihin.

3 Tilastokeskus ja Eurostat käyttävät köyhyys- ja syrjäytymisriskiä köyhyyden mittarina. Henkilö on köyhyys- tai syrjäytymisriskissä, jos hänen kotitaloutensa on pienituloinen, vajaatyöllinen tai kotitaloudessa esiintyy vakavaa aineellista ja sosiaalista puutetta.

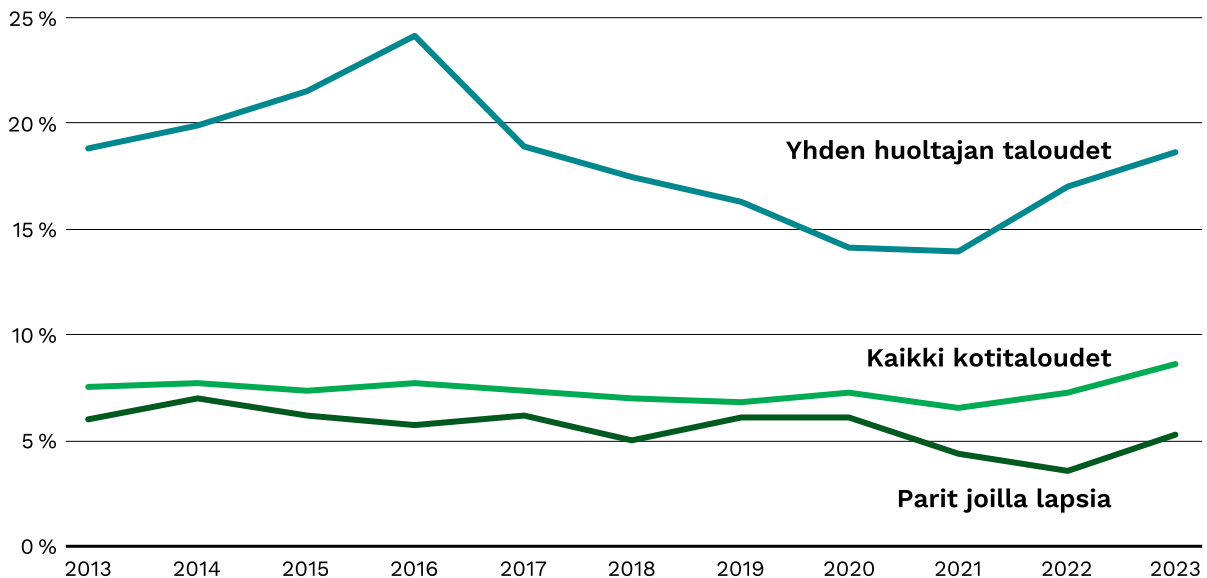
4 Näitä ovat esimerkiksi työttömyyden pitkittyminen, sukupolvelta toiselle periytyvän huono-osaisuus, päihde- ja mielenterveysongelmat, vähäinen koulutus, monilapsisuus, yksinhuoltajuus tai yksin asuminen, pitkäaikaissairauksista tai vammasta johtuva työkyvyttömyys tai osatyökykyisyys. (EAPN 2023.)



## Köyhässä perheessä asuu useampi kuin joka kymmenes lapsi

Alle 18-vuotiaiden köyhissä perheissä asuvien lasten osuus kaikista alle 18-vuotiaista ei ole 2000-luvulla juuri pienentynyt. Kansainvälisesti vertailtuna lapsiperheköyhyys on Suomessa kuitenkin melko vähäistä (Unicef 2023). Pienituloisia oli vuonna 2023 kahden aikuisen ja lasten asutokunnista seitsemän prosenttia ja yhden aikuisen ja lasten asutokunnista 25 prosenttia. Pienituloisissa asutokunnissa asui 123 100 lasta, mikä oli 12,2 prosenttia kaikista alle 18-vuotiaista. Vuotta aiemmin osuus oli 11,7 prosenttia ja vuonna 2010 12,8 prosenttia. (Tilastokeskus 2024h.)

Pienituloisuutta ja toimeentulon ongelmia on muita lapsiperheitä useammin yhden huoltajan perheissä sekä monilapsisissa ja ulkomaalaistaustaisten vanhempien perheissä (Salmi 2020; Obucina ja Ilmakunnas 2020; Lindroos ym. 2021). Köyhyysriskiä lisää myös vanhempien matala koulutus, työttömyys, opiskelu ja perhevapaalla olo. Toimeentulovaikeuksia kokeville perheille on tyyppillistä vähäiset työtulot sekä sosiaaliturvaetuksien suuri merkitys. (Kallio ja Hakovirta 2020; Ruotsalainen 2021; Karvonen ja Salmi 2016.) Lapsiperheiden toimeentulovaikeudet ovat viime vuosina lisääntyneet (Kuvio 3.1.3). 2010-luvulla suurin vaikeuksin tai vaikeuksin toimeen tulevien kotitalouksien osuus lapsiperheistä pysytteli tasaisena tai jopa pieneni, mutta lähti vuoden 2021 jälkeen kasvuun etenkin yhden vanhemman talouksissa, joista joka viidennellä oli toimeentulovaikeuksia vuonna 2023. (Tilastokeskus 2024e.)



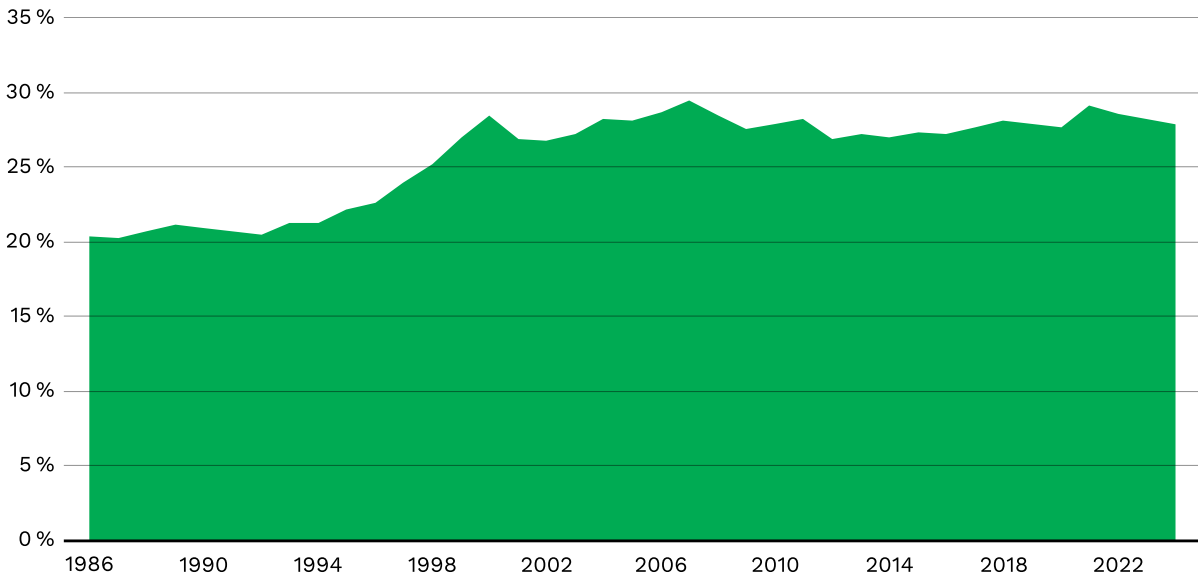
**Kuvio 3.1.3. Suurin vaikeuksin tai vaikeuksin toimeen tulevien kotitalouksien osuudet kaikista lapsiperheistä sekä kahden ja yhden huoltajan talouksista vuosina 2013–2023. Lähde: Tilastokeskus, elinlotilasto.**

Toimeentulovaikeudet kuormittavat vanhempia ja parisuhdetta ja voivat johtaa lasten ja nuorten heikompiin harrastusmahdollisuuksiin, sosiaalisten ryhmien ulkopuolelle jäämiseen ja kiusaamiseen (Salmi ym. 2016; Salmi ja Närvi 2022). Perheen taloudellinen niukkuus lisää myös todennäköisyyttä aikuisuuden toimeentulo-ongelmiin ja eri ongelmien kasautumiseen, mikä kasvattaa lasten ja nuorten syrjäytymisen riskiä (Kallio ja Hakovirta 2020; Ristikari ym. 2018; Sirniö ym. 2013). (ks. myös Luku 2.6).

## Tuloerot finanssikriisin tasolla

Suhteelliset tuloerot olivat vuonna 2023 noin vuosituhannen vaihteen tasolla ja Gini-kerroin<sup>5</sup> 27,9 (Tilastokeskus 2024i). Tämä oli 0,7 prosenttiyksikköä edellisvuotta vähemmän (Kuvio 3.1.4). Koronapandemia heikensi työllisyyttä, mikä näkyi etenkin vuoden 2021 tulotasossa. Edellisen kerran kerroin oli tällä tasolla finanssikriisin aikaan vuonna 2008. Lähelle nykytasoa tuloerot kasvoivat 1990-luvun lopussa, jonka jälkeen vaihtelu on ollut suhteellisen vähäistä (26,8–29,5). Kansainvälisesti vertaillen Suomen Gini-kerroin oli vuonna 2023 pienempi kuin Euroopan unionin keskiarvo (Eurostat 2024). Mikrosimulaatio ennustaa Gini-kertoimen vuonna 2025 olevan 29,0, kun sosiaaliturvan muutokset on otettu huomioon (STM 2024b).

Vuonna 2023 pienituloisimman kymmenyksen<sup>6</sup> ekvivalentin tulon<sup>7</sup> keskiarvo oli noin 12 000 euroa henkeä kohti vuodessa. Suurituloisimman kymmenyksen keskiarvo oli 6,4-kertainen pienituloisimpaan kymmenykseen verrattuna (n. 78 000 euroa). Vuonna 1995 pienituloisimman kymmenyksen tulon keskiarvo on noussut reaalisesti noin 20 prosenttia vuodesta 1995 vuoteen 2023. Vastaavasti suurituloisimman kymmenyksen tulojen keskiarvo oli kasvanut reaalisesti noin 80 prosenttia. Suurituloisten tulot ovat siis samassa ajassa kasvaneet selvästi enemmän kuin pienituloisten.



**Kuvio 3.1.4. Suhteellisten tuloerojen kehitys vuosina 1986–2023, Gini-kerroin (%). Lähde: Tilastokeskus, tulonjakotilasto ja kulutustutkimus.**

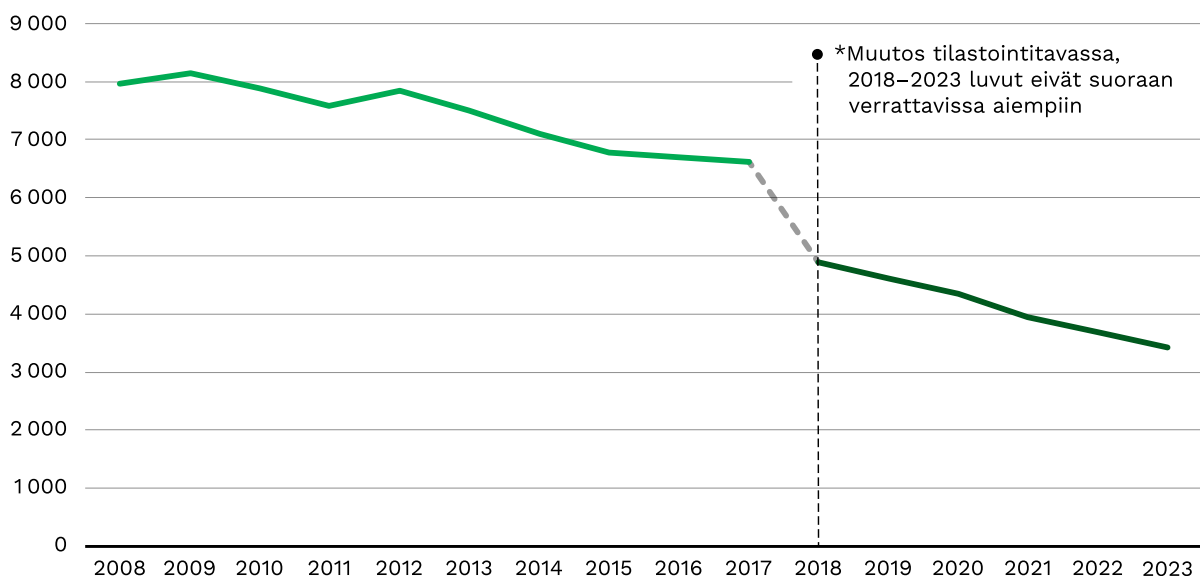
5 Väestön tuloeroja kuvataan Gini-kertoimen avulla. Se saa arvoja nollan ja sadan välillä siten, että arvo nolla kuvaa täysin tasaista tulonjakoa ja arvolla sata kaikkein suurituloisin saa kaikki tulot.

6 Gini-kerroin tiivistää tulojakauman yhteen lukuun, mutta jakauman muotoa voidaan tarkastella myös tulokymmenysten avulla. Tulokymmenysten tulo-osuuksissa on tapahtunut selviä muutoksia viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana.

7 Ekvivalentti tulo on laskelma, jolla pyritään saamaan erityyppisten kotitalouksien tai asuntokuntien tulot vertailukelpoiksi ottamalla huomioon rakenne-erot ja yhteiskulutushyödyt. Esimerkiksi pienet lapset kuluttavat vähemmän kuin aikuiset ja yhden hengen talous tulee suhteessa kalliimmaksi kuin useamman hengen talous.

## Asunnottomien määrä vähenee edelleen, hädät lisääntyneet

Vuoden 2023 marraskuussa Suomessa oli Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskuksen (ARA) kunnille suuntaaman kyselyn perusteella 3 429 yksin elävää asunnottomia ja 123 asunnottomia perhettä ja parisukunutta. Pitkäaikaisasunnottomia oli 1 018. Kaksi kolmasosaa yksinelävistä asunnottomista majoittuu tilapäisesti tuttavien tai sukulaisten luona. Asunnottomien kokonaismäärä on laskenut vuoden 2012 jälkeen joka vuosi (Kuvio 3.1.5). Myös pitkäaikaisasunnottomien määrä on laskenut vuoden 2008 jälkeen lähes joka vuosi ja heidän osuutensa yksinelävistä asunnottomista on laskenut 45 prosentista 30 prosenttiin. Vuosina 2018–2023 yksinelävien asunnottomien määrä on laskenut 30 prosentilla. Asunnottomuus keskittyy suuriin kaupunkeihin, ja vuonna 2023 yksinelävistä asunnottomista 43 prosenttia oli pääkaupunkiseudulla. (ARA 2024.)



**Kuvio 3.1.5. Yksinelävien asunnottomien määrä vuosina 2008–2023. Asunnottomuuden tilastoinnissa Helsingissä vuonna 2018 tapahtuneen muutoksen vuoksi vuosien 2018–2023 luvut eivät ole suoraan verrattavissa aiempiin vuosiin. Lähde: Ara 2024.**

Asunnottomuuden väheneminen on ollut erityisen selvää Helsingissä. Muissa suurissa kaupungeissa kehitys on vaihdellut enemmän ja myös vuonna 2023 asunnottomuus kasvoi useissa suurissa kaupungeissa. Maahan muuttaneiden asunnottomien määrä kasvoi ensimmäistä kertaa vuoden 2015 jälkeen. Asunnottomuuden muodot muuttuivat niin, että tilapäisesti sukulaisten ja tuttavien luona majoittuvien osuus asunnottomista väheni ja asuntoloissa, majoitusliikkeissä tai laitospaikoissa yksiköissä majoittuvien määrän osuus kasvoi. (Ara 2024.)

Asunnottomuuden vähenemisen taustalla on nähty **Asunto ensin** -mallin<sup>8</sup> soveltaminen, laaja-alainen yhteistyö ja panostus ennaltaehkäisevään toimintaan kuten asumisneuvontaan (Kaakinen 2023). Myös asuntoja on ollut aiempaa paremmin saatavilla. Asunnottomuutta on voitu vähentää järjestämällä sekä tuettua että itsenäistä vuokra-asumista. Viime vuosina yhteistyöohjelma asunnottomuuden puolittamiseksi vuoteen 2023 mennessä ja asunnottomuutta vähentävien sote-palvelujen kehittämissuunnitelmat ovat

8 Asunto ensin -mallin mukaan jokaisella on oikeus omaan asuntoon. Tukipalveluja on tarjottava niitä tarvitseville asukkaille, mutta asuminen ja palvelut erotetaan toisistaan. Sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien ratkaiseminen ei ole edellytys asumisen järjestämiselle. (Kaakinen 2023, 17.)

luoneet foorumin keskustelulle ja kokemusten vaihdolle sekä kehittäneet toimenpiteitä. Tällä hetkellä on toiminnassa ympäristöministeriön ohjelma pitkäaikaisasunnottomuuden poistamiseksi vuoteen 2027 mennessä.

Asunnottomuusriski on laajentunut 2010-luvulla koskemaan aiempaa useampia väestöryhmiä, esimerkiksi nuoria ja maahan muuttaneita, ja se liittyy yhä enemmän taloudellisiin ongelmiin kuten ylivelkaantumiseen (Pitkänen ym. 2019). Asunnottomuuden kovassa ytimessä on katsottu olleen palvelujärjestelmän marginaalissa tai sen ulkopuolella olevat vakavasti syrjäytyneet moniongelmaiset ja huumeongelmaiset henkilöt (Kaakinen 2023). Heidän kohdallaan korostuu etsivän ja jalkautuvan työn merkitys.

## Häätöjen määrä lisääntynyt viime vuosina

Asunnottomuutta yleisempi ilmiö suurissa kaupungeissa on asunnon menettämisen uhka. Häätöjen viimeaikainen lisääntyminen voi vaikeuttaa asunnottomuuden vähentämistä. Häätöjen määrä on kasvanut vuoden 2020 jälkeen joka vuosi (Ulosottolaitos 2024). Vuosina 2020–2021 häätöjä oli aiempaa vähemmän koronapandemian ja siihen liittyneen väliaikaislainsäädännön vuoksi, mutta kasvu on jatkunut edelleen, ja vuoden 2024 aikana on lokakuun loppuun mennessä häätöjä toimitettu kymmenen prosenttia enemmän kuin vuonna 2023 vastaavana aikana (Ulosottolaitos 2024). Aihetta koskevassa julkisessa keskustelussa häätöjen lisääntymisen on arvioitu johtuvan erityisesti elinkustannusten noususta ja viimeaikaisista sosiaaliturvaleikkauksista. Kasvanut asunnon menettämisen riski korostaa kohtuuhintaisten asuntojen ja asumisneuvonnan tarvetta. Valtion tukemaa asuntotuotantoa ollaan kuitenkin vähentämässä, myös erityisryhmien osalta, ja asumisneuvonnan kehittämiseen ja laajentamiseen myönnettyä vuosittaista määrärahaa on pienennetty (Valtioneuvosto 2023a).

Aran arvio keskimääräisistä yksittäisen häätöprosessin kustannuksista on 10 600 euroa, joka usein päättyy vuokranantajan vastuulle ja edelleen muiden vuokralaisten maksettavaksi nousevien vuokrien muodossa (Aihinen ym. 2023). Häädöistä seuraa yhteiskunnallisia kustannuksia myös esimerkiksi sote-palvelujen sekä tilapäismajoituksen tarpeen seurauksena, ja tällaisten kustannusten keskimääräiseksi tasoksi on arvioitu noin 5000 euroa häätöä kohden (Pitkänen ym. 2023). Asunnottomuuden ehkäisyyn on arvioitu tuovan julkiselle taloudelle 17 000–52 000 euron vuosittaiset säästöt henkilöä kohden (Pitkänen ym. 2023).

## Toimenpidesuosituksset

### Yhteiskunnan vastaanottavuus ja väestösuhteet

- Rasismiin on puututtava nykyistä vahvemmin muun muassa purkamalla rakenteellisia syrjiviä käytäntöjä, vahvistamalla aktiivista antirasismia ja lisäämällä yhteiskunnan vastaanottavuutta.
- Palvelujärjestelmää tulee kehittää niin, että se huomioi paremmin eri väestöryhmät ja niiden tarpeet. Tavoitteena on, että palvelut kaventavat syntyperään tai etnisyyteen liittyviä terveys- ja hyvinvointieroja sen sijaan, että ne syventävät niitä.

### Segregaatiokehitys

- Sekä kunnat että valtio voivat vaikuttaa segregaatiokehitykseen, minkä vuoksi tarvitaan kansallisen tason politiikkaohjelma.
- Kunnat voivat edistää kaavoituksen sekä maankäyttö- ja asuntopolitiikan avulla tasavertaisuutta eri väestöryhmien välillä. Muita keinoja ovat esimerkiksi koulujen ja varhaiskasvatuksen tasapuolinen sijoittaminen ja tarveperusteinen resursointi. Valtio voi muun muassa vähentää tuloeroja ja kehittää asuntopolitiikkaa, joka ottaa huomioon heikommassa asemassa olevat asunnonhakijat.

### Köyhyys, lapsiperheköyhyys ja tuloerot

- Työttömyys- ja muuhun sosiaaliturvaan tehtävien ja jo tehtyjen tarkistusten köyhyysvaikutukset tulisi arvioida kokonaisuutena, joka sisältää kerrannaisvaikutukset sekä perheille että yhteiskunnalle.
- Lapsiperheköyhyyden vähentämiseksi ja hyvinvoinnin edistämiseksi on tärkeää parantaa huoltajien työllisyyttä sekä helpottaa työn ja perheen yhteensovittamista. Tämä edellyttää myös sosiaaliturva- ja palvelujärjestelmältä kykyä tukea toimeentulovaikeuksista kärsiviä perheitä. Edullinen ja laadukas varhaiskasvatus, vuorohoito sekä koululaisten aamu- ja iltapäivätoiminta tukevat yhteensovittamista. Sosiaaliturvassa ovat tärkeitä etuuksien taso- ja lapsikorotukset. Lasten osallisuutta voidaan edistää maksuttomalla harrastustoiminnalla.

### Asunnottomuus

- Asunto ensin -mallin tulee edelleen ohjata asunnottomuustyötä kansallisesti.
- Kaupunkien ja hyvinvointialueiden on yhteistyössä ehkäistävä ja vähennettävä asunnottomuutta huolehtimalla kohtuuhintaisten asuntojen, erityyppisten asumisratkaisujen ja asumista tukevien sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuudesta (kuten moniammatilliset jalkautuvat palvelut, kotiin vietävä tuki).
- Asumisneuvonnan rahoitus on turvattava valtionavustuksella erityisesti kasvualueilla ja kasvavan asunnottomuuden kaupungeissa.

## 3.2 Sosiaaliturva

### Pääviestit

- Sosiaaliturvan leikkaukset ja kotitalouksien terveydenhuollon maksuosuutta kasvattavat toimenpiteet vaikeuttavat haavoittuvassa asemassa olevien ja pienituloisten kotitalouksien toimeentuloa. Vaikutukset kohdentuvat osittain samoille henkilöille.
- Toimenpiteet heikentävät perusturvan riittävyyttä ja kasvattavat pienituloisuutta merkittävästi, mikä vaikeuttaa Suomen köyhyyden ja syrjäytymisen vähentämisen tavoitteen saavuttamista.
- Huhtikuusta 2024 lähtien perustoimeentulotuen menot ja saajien määrä ovat kääntyneet kasvuun.
- Toimeentulotuen kokonaisuudistuksen tavoite karkaa kauas, kun sosiaaliturvaleikkaukset lisäävät toimeentulotuen tarvetta.

### Sosiaaliturvan leikkaukset nakertavat pienituloisten toimeentuloa ja kohdentuvat osin samoille henkilöille

Pääministeri Orpon hallituksen ohjelma pyrkii tasapainottamaan julkista taloutta ja kääntämään velka-suhteen laskuun. Hallituksen toteuttamat ja ehdottamat toimet sisältävät lukuisia sosiaaliturvaa koskevia muutoksia. Monet niistä pienentävät sosiaaliturvan varassa elävien kotitalouksien käytettävissä olevia tuloja. Samaan aikaan terveydenhuollossa kasvatetaan kotitalouksien maksuosuutta muun muassa korottamalla julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuja ja lääkkeiden alkuomavastuuta sekä korottamalla lääkkeiden arvonlisäveroa. (Valtioneuvosto 2023b; Valtiovarainministeriö 2024.)

Sosiaaliturvaetuudet ja terveydenhuollon tarve kasautuvat ikääntyneille ja pienituloisille, terveyden ja iän yhteyden sekä terveyden sosioekonomisen gradientin vuoksi. Siten hallituskauden aikana toteutuneiden säästötoimenpiteiden vaikutukset kohdistuvat osittain samoille henkilöille ja kotitalouksille. Seuraavassa kuvataan, miten sosiaaliturvaan, verotukseen ja käyttäjien itse maksamiin terveystuloihin vuosina 2024 ja 2025 tehtävät muutokset kohdistuvat erilaisten kotitalouksien tuloihin<sup>1</sup>.

Kuviossa 3.2.1 on esitetty, kuinka kotitalouden käytettävissä olevat rahatulot vähennettynä terveystuloilla muuttuvat esitettyjen toimenpiteiden<sup>2</sup> takia. Muutoksissa on huomioitu rahaetuuksien ja verotuksen muutokset ja tuloista on vähennetty kotitalouden terveystulot. Toimenpiteet pienentävät tuloja noin 18 prosentilla väestöstä ja kasvattavat tuloja reilulla 40 prosentilla. Tulojen kasvu aiheutuu pääosin verotuksen tuloerojen indeksikorotuksista. Tulot kasvavat hieman suuremmalla osalla miehistä kuin naisista, mutta vaikutukset kohdistuvat miehiin ja naisiin samankaltaisesti. Toimenpiteet kohdentuvat perusturvan varassa olevista etenkin työttömiin, joista 52 prosentilla tulot pienenevät. Ansiosidonnaista työttömyyspäivärahaa saavilla tulojen pienentyminen on vielä tätäkin yleisempää, sillä se koskettaa noin 55 prosenttia heistä.

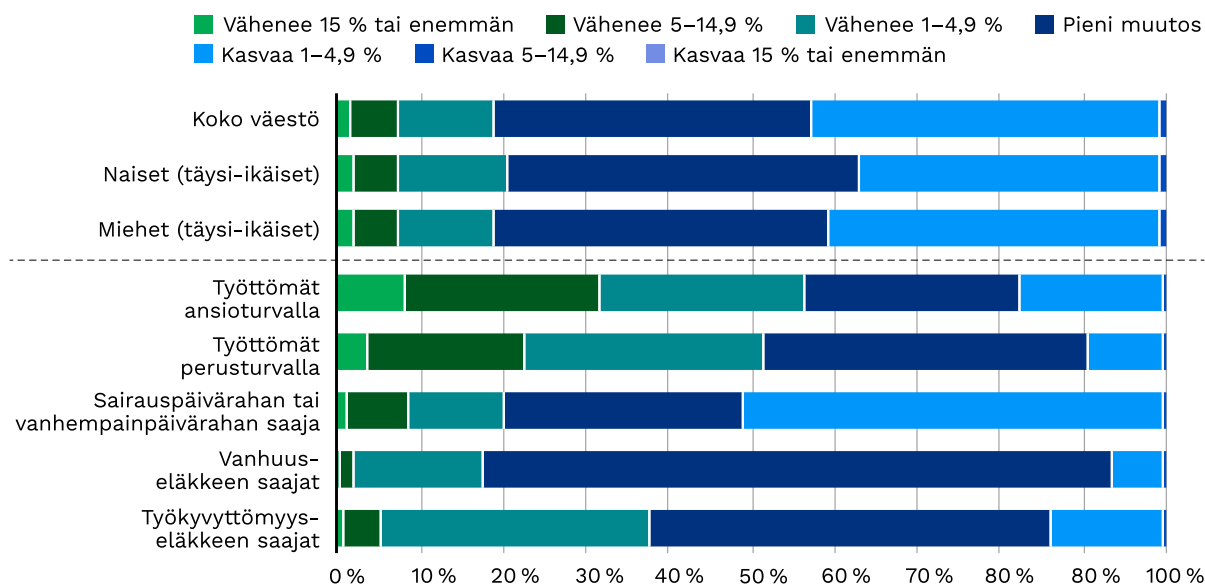
Terveystulojen muutokset kohdistuvat voimakkaimmin ikääntyneisiin, mutta koska eläkkeiden tasoon ei kohdistu muutoksia, jäävät muutosten yhteisvaikutukset vanhuuseläkkeen saajilla

1 Laskelman pohjana on STM:n syyskuussa 2024 julkaisema muistio ”Vuosien 2024 ja 2025 sosiaaliturvamuu-  
tosten yhteisvaikutukset kotitalouksien taloudelliseen asemaan”, jonka valmisteluun osallistui myös asiantuntijoita THL:sta ja Kelasta. Muistion arviot perustuvat staattisiin mikrosimulointilaskelmiin ja muistiossa on tarkemmin esitelty käytetyn laskelman taustalla olevat oletukset sekä arvioitujen muutokset.

2 Toimenpiteet pitävät sisällään mm. työttömyysturvaan ja asumisen tukiin tehtäviä muutoksia, monien etuuksien indeksijääd-  
tykset, lapsilisien korotukset, verotuksen indeksitarkistukset, julkisen terveydenhuollon asiakasmaksujen korotukset sekä lääke- ja Kelakorvauksiin liittyvät muutokset. Kaikki arvioitujen toimenpiteiden listattu STM:n yhteisvaikutusmuistiossa.

samansuuruisiksi kuin väestöllä keskimäärin. Työkyvyttömyyseläkkeitä saavilla tulonmenetykset ovat selvästi yleisempiä kuin vanhuuseläkettä saavilla. Työkyvyttömyyseläkettä saavista noin 38 prosentilla tulojen arvioidaan pienentyvän. Sairauspäivärahaa tai vanhempainrahaa saavilla vaikutukset ovat samansuuruisia kuin väestössä keskimäärin.

Perusturvaetuuksiin ja asumisen tukiin tehtyjen leikkausten vuoksi perusturvan riittävyyden voidaan arvioida heikentyneen ja samalla kasvattaneen toimeentulotuen tarvetta<sup>3</sup>.



**Kuvio 3.2.1. Kotitalouden käytettävissä olevien rahatulojen muutokset koko väestössä, sukupuolittain ja eri etuudensaajaryhmissä, kun tuloista on vähennetty terveysmenot. Lähde: STM:n yhteisvaikutusmuistio ja THL:n erillislaskelmat.**

Yhteisvaikutusten arvioinnin perusteella tarkasteltavat toimenpiteet kasvattavat tuloeroja ja pienituloisuusastetta. Tuloeroja mittaavaa Gini-kerroin kasvaa arviolta 0,45 prosenttiyksikköä ja koko väestön pienituloisuusaste (60 % mediaanituloista) 1,73 prosenttiyksikköä. Vastaavasti alle 18-vuotiaiden pienituloisuusaste kasvaa 1,27 prosenttiyksikköä ja vähintään 65-vuotiaiden pienituloisuusaste kasvaa 1,18 prosenttiyksikköä. Tämä tarkoittaa noin 96 000 uutta pienituloista. Köyhyysriskissä olevien määrän kasvu voi vaikeuttaa Suomen köyhyyden vähentämisen tavoitteen saavuttamista, eli köyhyys- ja syrjäytymisriskissä olevien lukumäärän pienentämistä 100 000 henkilöllä vuoteen 2030 mennessä (STM 2022).

## Perustoimeentulotuen menot ja saajien määrä on kääntynyt kasvuun

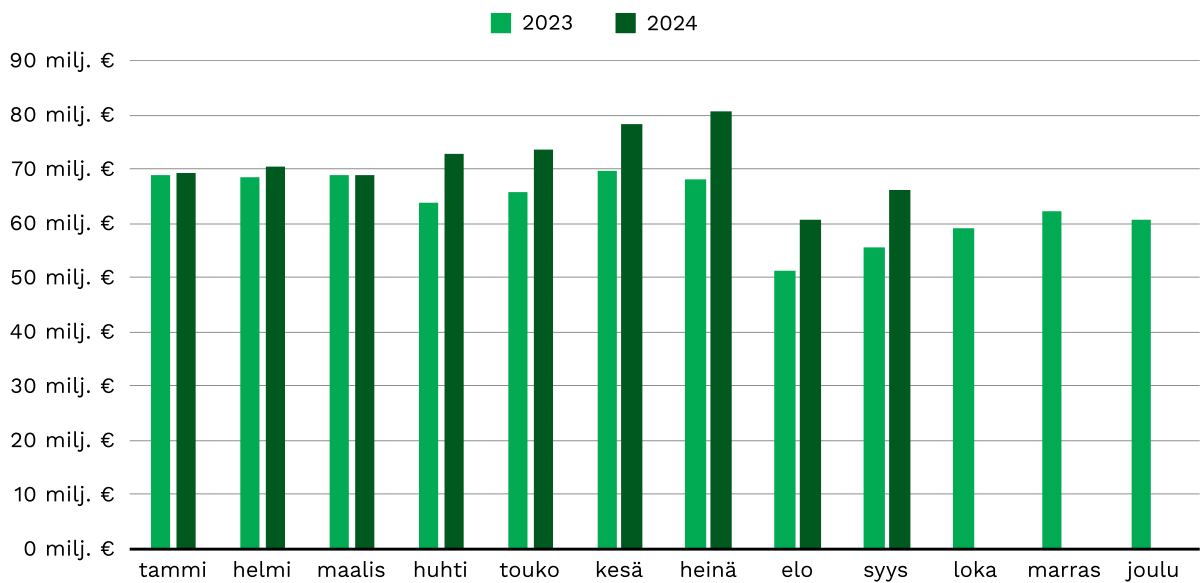
Perustoimeentulotukea sai vuonna 2023 runsaat 250 000 kotitaloutta, joissa asui yhteensä noin 350 000 henkilöä. Se on 6,3 prosenttia väestöstä. Saajien määrä on laskenut koronapandemian alun jälkeen ja vuonna 2023 toimeentulotukea maksettiin noin 760 miljoonaa euroa (bruttomenot). Yli kolme neljästä perustoimeentulotukea saavasta kotitaloudesta on yhden hengen kotitalouksia. Lapsiperheitä perustoimeentulotuen saajista on noin viidennes ja näistä suurin osa on yhden aikuisen lapsiperheitä. (Kela 2024f.)

Perustoimeentulotuen tarve painottuu nuoriin ikäluokkiin. Erityisesti 18–24-vuotiaat ovat yliedustettuina tuen saajissa. Tämä johtuu osittain siitä, että alle 25-vuotiaita ammattiin valmistumattomia nuoria koskee muita tiukemmat ehdot työttömyysturvassa. Lisäksi nuorilla on vanhempia ikäluokkia

<sup>3</sup> Laskelmien tuloksia tulkittaessa on otettava huomioon, että toimeentulotuki on huomioitu laskennallisesti. Toimeentulotuen simulointiin liittyy epävarmuuksia, eikä kaikkia tekijöitä, jotka vaikuttavat toimeentulotuen tarpeen arviointiin voida simuloinnissa huomioida.

harvemmin säästöjä. Toisaalta nuoret saavat yleensä tukea vain lyhyen aikaan. Erityisesti työttömällä, mutta myös yksin asuvilla, lapsiperheillä ja vanhempain- tai hoitovapaalla olevilla toimeentulotuen saajilla tuen tarve saattaa pitkittyä. Eläkeläiset saavat muita harvemmin toimeentulotukea, koska kansan- ja takueläkkeen sekä eläkkeensaajien asumistuen taso on muita perusturvaetuuksia parempi. (Kela 2024f.)

Työttömyysetuuksien ja asumistuen muutokset heijastuvat perustoimeentulotuen saajamääriin. Sosiaaliturvaleikkausten ja kasvaneen työttömyyden myötä huhtikuusta 2024 alkaen perustoimeentulotuen saajien määrä on ollut suurempi kuin vastaavana ajankohtana vuotta aiemmin. Myös maksetut tuet yhteensä ja tuki kotitaloutta kohden ovat kasvaneet. (Kela 2024f.) Maksetut tuet ovat kasvaneet huhtikuusta lähtien joka kuussa noin 10 miljoonaa euroa ja tammi-syyskuussa yhteensä jo 63 miljoonaa enemmän kuin samana ajanjaksona viime vuonna. Toimeentulotuen kasvusta kolmasosa johtui tilapäistä suojelua saavien menojen kasvusta. (Kuvio 3.2.2.)



**Kuvio 3.2.2. Perustoimeentulotuen menot kuukausitasolla vuosina 2023 ja 2024. Lähde: Kela 2024h.**

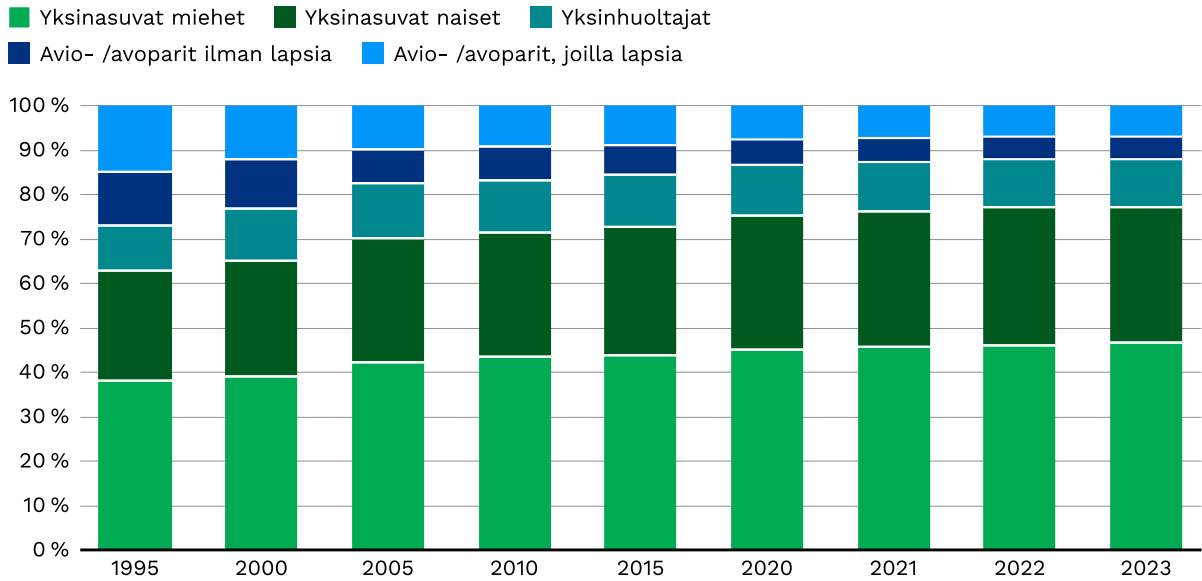
Toimeentulotukea saaneiden nuorten (16–29-vuotiaat) etuuspolut ovat moninaisia. Työssäkäyville ja opiskeleville toimeentulotuki toimii hyvin tilapäisenä tukena, mutta elämäntilanteet moninaistuvat iän myötä. Työttömyyteen, vanhemmuuteen ja sairastamiseen liittyy elämäntilanteita, joissa hetkellisesti tarvitaan toimeentulotukea, mutta erityisesti työttömyyteen liittyy usein pitkäaikaisempaa toimeentulotuen tarvetta. Työttömyysturvaa ja toimeentulotukea pitkäaikaisemmin saavat ovat nuorten joukossa myös keskimääräistä yleisimmin yksin asuvia miehiä. (Korpela ym. 2024.)

## Toimeentulotuki uudistus ei saavuttane tavoitteitaan

Hallitusohjelmassa luvataan tehdä toimeentulotuen kokonaisuudistus, jonka tavoitteena on puolittaa toimeentulotuen saajien määrä. Muutokset ensisijaisesti etuuksiin tekevät tavoitteen saavuttamisen hyvin vaikeaksi, jopa mahdottomaksi.

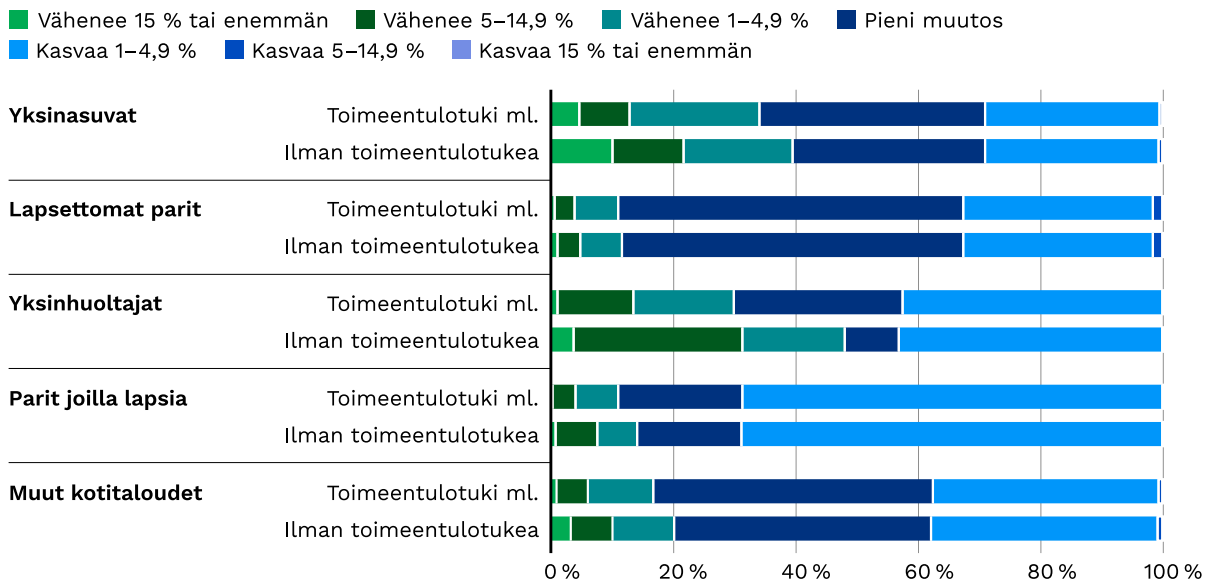
Toimeentulotukea vuonna 2023 saaneista kotitalouksista suurin osa on kotitalouksia, joissa on yksi aikuinen, lähes yhdeksän kymmenestä on tällaisia (Kuvio 3.2.3). Yhden aikuisen kotitalouksien osuus on vuosien mittaan kasvanut, mutta yksinhuoltajien osuus on pysynyt melko vakiona. Yksinasuvien osuuden kasvua selittää osin yhden hengen kotitalouksien osuuden kasvu koko väestössä, 35 prosentista 47 prosenttiin vuosina 1995–2023. (Tilastokeskus 2024j). Yhden aikuisen kotitalous on haavoittuvampi talouden heilahduksille.





**Kuvio 3.2.3. Kotitaloustyyppien osuus toimeentulotuen saajista vuosina 1995–2023. Lähde: Pietilä ym. 2024.**

Toimeentulotuki vaimentaa perusturvaetuuksiin tehtyjä muutoksia ja toimii siten eräänlaisena puskurina (Kuvio 3.2.4). Yhden aikuisen kotitalouksilla käytettävissä olevat rahatulot vähenevät simuloitien perusteella sosiaaliturva- ja verotusmuutosten myötä joka kolmannella ja, jos toimeentulotukea ei huomioida, tulot pienevät puolella yksinhuoltajakotitalouksista<sup>4</sup>.



**Kuvio 3.2.4. Käytettävissä olevien tulojen suhteellinen muutos eri kotitaloustyypeissä, kun huomioidaan laskennallinen toimeentulotuki ja kun sitä ei huomioida, simuloitu vuosien 2024–2025 muutokset. Lähde: STM:n yhteisvaikutusten arviointi.**

Ensisijaisten etuuksien leikkaukset ja terveydenhuollon asiakasmaksujen korotukset tulevat väistämättä lisäämään toimeentulotuen tarvetta, mikä vaikeuttaa jo lähtökohtaisesti kunnianhimoista tavoitetta toimeentulotuen saajien määrän puolittamisesta.

<sup>4</sup> Tuloksia tulkittaessa on huomattava, että ne on saatu simulointimallilla, jonka toimeentulotukiosiossa on tunnettuja epävarmuustekijöitä.

## Toimenpidesuosituksset

- Köyhyyden ja etenkin lapsiperheköyhyyden lisääntymisellä voi olla merkittäviä ylisukupolvisia vaikutuksia. Pienituloisten määrää on pyrittävä vähentämään sosiaaliturvan tasoa parantamalla tai työllisyyttä edistämällä. Sosiaaliturvan tason parantamisen käänköpuolena on työntöon kannustimien heikentyminen sekä menöjen kasvu.
- Terveystenhuollon asiakasmaksuja korotettaessa hyvinvointialueiden on varmistettava tarvittavan hoidon saanti maksukyvytstä riippumatta. Terveystenhuollon asiakasmaksukaton suojaavaa vaikutusta voidaan tehostaa WHO:n suositusten (WHO 2023) mukaan siten, että katon täyttymisen seuranta olisi automaattista, ei käyttäjän oman aktiivisuuden varassa.
- Työllistymisen kannalta yhtenä huolenaiheena on työttömien työkyky ja sen säilyminen työttömyyden aikana. Terveystenpalvelujen saatavuus on siten tärkeä tavoite myös toiminta- ja työkyvyn näkökulmasta. Työttömillä on havaittu tyydyttymätöntä terveystenpalvelujen tarvetta (Ngyuen ja Häkkinen 2022; Aaltonen 2023; Tervola ym. 2020).
- Yksinasuvat muodostavat suuren osan toimeentulotuen saajista. Tässä ryhmässä huolehtiminen ihmisten työ- ja toimintakyvytstä sekä työllistymisen edellytyksistä vähentäisi toimeentulotuen pitkäaikaista käyttöä ja edistäisi saajien määrän vähentämistä pitkällä aikajänteellä.

## 3.3 Väkivalta

### Pääviestit

- Lähisuhdeväkivalta aiheuttaa inhimillisen kärsimyksen ohella merkittäviä kustannuksia. Pelkästään naisten kokeman fyysisen parisuhdeväkivallan aiheuttamat suorat julkisen terveydenhuollon lisäkustannukset ovat 150 miljoonaa euroa vuodessa.
- Seksuaaliväkivallan kokemukset ovat yleisiä ja kasautuvat etenkin naisille. Seksuaaliväkivallasta ilmoitetaan harvoin viranomaisille, se on seurauksiltaan vakavaa ja aiheuttaa enemmän fyysisiä ja psyykkisiä oireita kuin muut väkivallan muodot keskimäärin.
- Nuorisoriikollisuutta ja katuväkivaltaa ehkäistään parhaiten puuttumalla mahdollisimman varhain haitallisiin lapsuuden kokemuksiin ja niiden juurisyihin.

### Lähisuhde- ja seksuaaliväkivalta aiheuttavat inhimillistä kärsimystä ja yhteiskunnallisia kustannuksia

Lähisuhdeväkivalta vaikuttaa Suomessa merkittävästi kansanterveyteen, hyvinvointiin ja kansantalouteen. Se aiheuttaa fyysisten vammojen ohella inhimillistä kärsimystä suoraan ja välillisesti. Lähisuhdeväkivallan tyypillisin muoto on parisuhdeväkivalta<sup>1</sup>. 16–74-vuotiaista naisista 34 prosenttia on joskus kokenut fyysistä väkivaltaa kumppaninsa taholta, 18–74-vuotiaista miehistä 18 prosenttia. Lähisuhdeväkivalta on piilorikollisuutta, josta kerrotaan harvoin viranomaisille. Poliisille kokemastaan parisuhdeväkivallasta on kertonut 11 prosenttia naisista ja viisi prosenttia miehistä. (Attila ym. 2023). Suomessa tehdään Pohjoismaista eniten parisuhdetappoja väkilukuun suhteutettuna (Suonpää ym. 2023), ja niiden määrä on kääntynyt uudelleen nousuun viime vuosina. Vuonna 2024 on uutisoitu useista traagisista lähisuhdeväkivaltasurmista. Vakavan väkivallan riskinarviointiin tarkoitettua MARAK-toimintamallia<sup>2</sup> on kehitetty vuosina 2023–2024, mutta sen käyttöönotossa on yhä merkittäviä puutteita (Heimonen & Niklander 2024).

Lähisuhdeväkivalta aiheuttaa merkittäviä yhteiskunnallisia kustannuksia. Pelkästään naisten kokeman fyysisen parisuhdeväkivallan aiheuttamat suorat julkisen terveydenhuollon lisäkustannukset ovat 150 miljoonaa euroa vuodessa (Siltala ym. 2022). Terveydenhuollon kustannukset ovat todellisuudessa tätä korkeammat, koska summassa ei ole huomioitu epäsuoria kustannuksia tai muunlaisesta parisuhdeväkivallasta (esim. vaino ja kontrolli) tai miesten kokemasta parisuhdeväkivallasta aiheutuvia kustannuksia eikä lapsille aiheutuvien haittojen kustannuksia. Parisuhdeväkivaltaa kokeneilla kustannukset ovat sosiaalipalveluissa 60–90 prosenttia ja oikeuspalveluissa (ml. poliisi) 70 prosenttia korkeammat verrattuna ei- parisuhdeväkivaltaa kokeneisiin. Lapsuudessa koettu väkivalta näkyy puolestaan 50 prosenttia korkeampina sosiaali- ja oikeuspalvelujen kustannuksina aikuisuudessa.

1 Parisuhdeväkivallan muodot ovat moninaisia ja voivat sisältää fyysisen väkivallan lisäksi henkistä, taloudellista ja kunniaan liittyvää väkivaltaa, seksuaaliväkivaltaa, vainoa ja teknologiavälitteistä väkivaltaa, hengellistä väkivaltaa ja kaltoinkohtelua. Lähisuhdeväkivalta on usein toistuvaa ja ajan mittaan pahenevaa. Erityisesti naiset kohtaavat kasautuvaa henkistä ja fyysistä väkivaltaa (Attila ym. 2023). Perheväkivaltilanteissa lapset joutuvat todistamaan ja kokemaan väkivaltaa vanhempiensa taholta. Lapsuuden koettu väkivalta on yhteydessä myöhemmin muihin väkivallan kokemuksiin ja lähisuhdeväkivaltaan liittyä ylisukupolvisuutta (Ehrensaft ja Langhinrichsen-Rohling 2022).

2 MARAK on kansallinen menetelmä vakavan parisuhdeväkivallan riskinarviointiin ja -hallintaan. Lisätieto: <https://thl.fi/aiheet/vakivalta/tyon-tueksi/marak-moniammattillinen-riskinarviointi>.

Hyvinvointialueita tuetaan lähisuhdeväkivallan vastaisen työn rakenteiden ja toimintojen kehittämiseksi. THL käynnisti vuoden 2023 alussa kansallisen verkoston, jossa on jäsen jokaiselta hyvinvointialueelta. Verkoston toiminta on aktiivista, mutta väkivallan vastaisen työn vastuut ja velvollisuudet eivät ole selvät hyvinvointialueilla. (Niklander ja Krogell 2024.)

## Seksuaaliväkivallan kokemukset yleisiä ja kasautuvat etenkin naisille

Seksuaaliväkivallan kokemukset, etenkin kokemukset raiskauksista, kasautuvat naisille: 16–74-vuotiaista naisista 43 prosenttia ja 18–74-vuotiaista miehistä 12 prosenttia on kokenut seksuaaliväkivaltaa elämänsä aikana. Raiskauksen uhriksi on joutunut 16 prosenttia naisista ja kolme prosenttia miehistä. Entisen tai nykyisen kumppanin tekemää seksuaaliväkivaltaa on kokenut parisuhteessa olevista tai joskus olleista naisista joka kymmenes ja miehistä kaksi prosenttia. Parisuhteissa tapahtunut seksuaaliväkivalta on tyypillisesti raiskaus, ja sitä kokeneet kokevat nykyisen tai entisen kumppanin taholta usein myös muuta väkivaltaa. (Attila ym. 2023.) Kokemukset ovat yleisiä myös nuorilla, sillä edellisen vuoden aikana seksuaaliväkivaltaa oli kokenut peruskoulun 8.–9.-luokkalaisista tytöistä 11,7 prosenttia ja pojista 6,3 prosenttia. Lukiolaistytöistä 11,5 prosenttia ja -pojista kolme prosenttia sekä ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevista tytöistä 16,8 prosenttia ja pojista 5,2 prosenttia on kokenut seksuaaliväkivaltaa edellisen vuoden aikana. Seksuaalisen häirinnän kokemuksia on noin joka toisella nuorella. (THL 2023c.)

Seksuaaliväkivallan seuraukset ovat vakavia ja aiheuttavat useammin fyysisiä vammoja ja psyykkisiä oireita kuin muut väkivallan muodot keskimäärin. Valtaosa seksuaaliväkivallasta jää viranomaisilta piiloon. (Attila ym. 2023.) Vuonna 2023 ilmoitettiin kaikkiaan 7 100 seksuaalirikosta (joista raiskausrikkoksia oli 1 888) ja tammi-syyskuussa 2024 määrä kasvoi 23,7 prosenttia. (SVT 2024.) Raiskausrikkosten määrä on ollut viranomaisrekistereissä nousussa 2010-luvun ajan. Osin nousua selittävät lainsäädännölliset muutokset ja ilmoitusalttiuden kasvu, mutta myös rikosuhrikokemuksissa on havaittu nousua. (Malin ym. 2023.) Seksuaalirikoslain kokonaisuudistus tuli voimaan 1.1.2023. Sen myötä raiskauksen määritelmä perustuu suostumukseen, kun aikaisemmin keskeistä oli väkivalta tai sen uhka. Myös sukupuoliyhteyden määritelmä muuttui. Aiempaa useammat teot täyttävät näin rikoksen tunnusmerkit. (RL 39/1889, 20. luku.)

Seksuaaliväkivaltaa kokeneille tarkoitettujen Seri-tukikeskuksen asiakkaista yli puolella on aikaisempia väkivaltakokemuksia. Yli puolella asiakkaista (59 %) on nykyinen tai aiempi mielenterveysongelma ja joka neljännellä (28 %) päihteiden ongelmakäyttöä. Seksuaaliväkivallasta aiheutuvan hoidon ja tuen tarpeen lisäksi asiakkailla on usein muitakin monialaisen palvelun tarpeita. Vaikka valtaosa asiakkaista on alle 30-vuotiaita, kuolleisuus on moninkertainen verrattuna samanikäiseen väestöön. Seri-tukikeskuksessa asioineet uhrit ilmoittavat väkivallasta poliisille selvästi todennäköisemmin kuin seksuaaliväkivaltaa kokeneet yleensä. Rikosprosessit ovat erittäin pitkiä, joten myös psykososiaalisen tuen tarve jatkuu pitkään. (Korjamo 2021.)

## Nuorisorikollisuutta ja katuväkivaltaa ehkäistään parhaiten puuttamalla juurisyihin

Nuorisorikollisuus, katuväkivalta ja siihen liittyvät ilmiöt ja pelot puhuttavat sekä lehdistöä että sosiaalista mediaa. Kansallisessa rikosuhritutkimuksessa on kartoitettu pelkoa rikoksen uhriksi joutumisesta, ja vuonna 2023 lähes kolmannes (31 %) ilmoitti pelänneensä kodin ulkopuolella tapahtuvaa väkivaltaa (katuväkivalta) ainakin kerran vuodessa. Osuus on kasvanut lähes kaikissa ikäryhmissä (Beuker ja Näsi 2023).

Nuorten väkivaltarikollisuus laski Suomessa 2010-luvulle asti, mutta vuodesta 2015 eteenpäin alaikäisten ja erityisesti alle 15-vuotiaiden väkivaltarikollisuus on selvästi yleistynyt sekä ulkomaalaistaustaisten että suomalaisten nuorten keskuudessa. Huolta on herättänyt lisääntynyt keskustelu katuengeististä ja niihin liittyvistä ilmiöistä, joihin liittyy nuorten tekemä väkivalta. Kansallista tutkimusta

katujengeistä ei juuri ole, eikä myöskään vakiintunutta termistöä katujengin määritelmästä (Rikander ym. 2023). Lähtökohtaisesti katuväkivallalla tarkoitetaan julkisissa tiloissa tapahtuvaa ilmiötä, jossa yksittäinen henkilö tai ryhmä käyttää väkivaltaa (Suhonen 2023). Nuoruus on rikosaktiivisinta aikaa ja tyyppillisesti siihen liittyy rikoksien tekeminen ryhmässä. Suurin osa nuorten tekemistä rikoksista johtuu ajattelemattomuudesta ja pääsääntöisesti harva nuori jatkaa rikollista toimintaa aikuisuudessa.

Katuväkivallan ja nuorisorikollisuuden ennaltaehkäisyn kannalta on tärkeä ymmärtää niitä tausta- ja riskitekijöitä, joita ilmiöön liittyy. Lapsuuden haitallisilla kokemuksilla on yhteys rikolliseen käyttäytymiseen ja katujengiytymiseen (Rikander ym. 2023). Samaan aikaan nuoriin kohdistuu erityisesti netissä aktiivista rekrytointia sekä rikollisuuteen että ekstremistisiin ryhmiin, ja tässä pelialustoilla on merkittävä rooli. Sekä rikollisuuden että radikalisoitumisen ajureina toimivat jännityksen, merkityksen ja taloudellisen hyödyn haku. Alaikäisten netissä tapahtuva radikalisoituminen (Mankkinen 2024) on kansainvälisesti havaittu ilmiö, josta on viitteitä myös Suomessa<sup>3</sup>. Ennaltaehkäisyn kannalta on lapsille ja nuorille on tarjottava konkreettisia väyliä ulos ja vahvistaa heidän omaa resilienssiään erilaisia värväysyrityksiä vastaan. Tämä tapahtuu parhaiten laajassa yhteistyössä huoltajien, koulun ja viranomaisten välillä.

## Toimenpidesuosituksset

- Suomeen tarvitaan lainsäädäntöä väkivallan vastaisen työn rakenteista ja toiminnasta, jotta eri toimijoiden vastuut ja velvollisuudet selkeytyvät.
- Suomeen tarvitaan lähisuhdeväkivaltasurmien tutkimustoiminto, jotta surmia voidaan ehkäistä tehokkaammin<sup>4</sup>. Tällaisen toiminnon perustamista on selvitetty, mutta toistaiseksi suunnitelma ei ole edennyt.
- Lähisuhdeväkivaltatyön ja -tutkimuksen resurssointi valtiolla, hyvinvointialueilla ja järjestöissä on turvattava.
- Viranomaisille ja ammattilaisille tulee järjestää täydennyskoulutusta väkivallan tunnistamiseen ja siihen puuttumiseen, ja tutkintoihin johtavissa sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksissa tulee olla pakollisena osana lähisuhdeväkivaltailmiöön liittyvä koulutus.
- Seksuaaliväkivaltaa kokeneille tulee varmistaa toimivat hoitoketjut vastaamaan monialaisen palvelun tarpeeseen. Seri-tukikeskusten saavutettavuutta on parannettava ja varmistettava niissä tarjottava riittävä psykososiaalinen jatkotuki.
- Seksuaaliväkivaltaa ja toistuvia väkivallan kokemuksia on tärkeää ehkäistä tehokkaasti vaikuttamalla kasautuviin haavoittuvuustekijöihin, varmistamalla kokonaisvaltainen tuki seksuaaliväkivaltaa kokeneille ja palvelut väkivaltaa käyttäville. Seksuaaliväkivaltaa voidaan ennaltaehkäistä laadukkaalla seksuaalikasvatuksella sekä tunne- ja turvataitokasvatuksella.
- Nuorten katuväkivallan ehkäisyssä oleellista on aito moniammatillinen yhteistyö niin, että peruspalveluissa tunnistetaan ja otetaan puheeksi väkivaltaan liittyvät ilmiöt jo varhaisessa vaiheessa, huomioiden myös nuoren perhe ja läheiset. Varhainen ja oikea-aikainen puuttuminen vähentää nuoren riskiä syrjäytymiseen rikolliseen elämäntapaan.

3 Supo, uhka-arvio, viitattu 18.10.2024 <https://supo.fi/uhka-arvio>

4 Tällainen toiminto on olemassa Ruotsissa, Englannissa, Portugalissa, Uudessa Seelannissa, Yhdysvalloissa, Kanadassa ja Australiassa. (UNODC 2023.)

## 3.4. Kriisinkestävyys ja varautuminen

### Pääviestit

- Väestön henkinen kriisinkestävyys on osa yhteiskunnan kokonaisturvallisuutta ja resilienssiä. Väestön luottamus, sopeutumiskyky ja yhteisön tuki auttavat yhteiskuntaa säilyttämään toimintakykynsä kriisitilanteissa ja palaamaan normaalitilaan nopeammin.
- Suurin osa suomalaisista kokee elämänsä turvalliseksi, uskoo tulevaisuuteen ja luottaa yhteiskunnan instituutioihin ja läheisiin ihmisiin. Luottamus vaihtelee kuitenkin yhteiskunnallisen instituution mukaan ja turvattomuuden tunne on hieman yleistynyt viime vuosina, erityisesti iäkkäämmillä.
- Koronapandemian jälkeen sote-järjestelmän kriisinkestävyyttä on parannettu huomattavasti. Hyvinvointialueet ovat varautuneet häiriötilanteisiin valmiussuunnitelmilla sekä lisäämällä alueellista ja valtakunnallista yhteistyötä. Valmiuskeskuksilla on tärkeä rooli sote-järjestelmän kriisinkestävyydessä ja varautumisessa.
- Kansallinen ja kansainvälinen yhteistyö Pohjoismaiden sekä WHO:n, EU:n ja Naton jäsenmaiden kanssa mahdollistaa odottamattomien kriisien vaikutusten ennakoinnin ja niihin vastaamisen.
- Seurantajärjestelmien, laboratorioanalytiikan ja yhteistyöverkostojen avulla saadaan ajantasaista tilannekuvaa terveysuhkista (esim. tartuntataudit ja epidemiat sekä ympäristöön liittyvät uhkat, kuten ilmastomuutoksen haittavaikutukset).
- Varautuminen ja ennaltaehkäisy ovat kustannustehokkaampia kuin kriisien hoito.
- Terveysuhkia seuraamalla ja tutkimalla saadaan nopeaa reagointia ja päätöksentekoa tukevaa tietoa. Se mahdollistaa myös torjuntatoimet, esimerkiksi tartuntatautien ennaltaehkäisyn rokotuksin. Terveysuhkiin varautuminen ja niiden torjunta on laaja-alaista yhteistyötä, jossa huomioidaan ihmisten, eläinten ja ympäristön terveys.

### Väestön henkisen kriisinkestävyyden vahvistamisesta ja kriiseistä palautumisesta huolehdittava

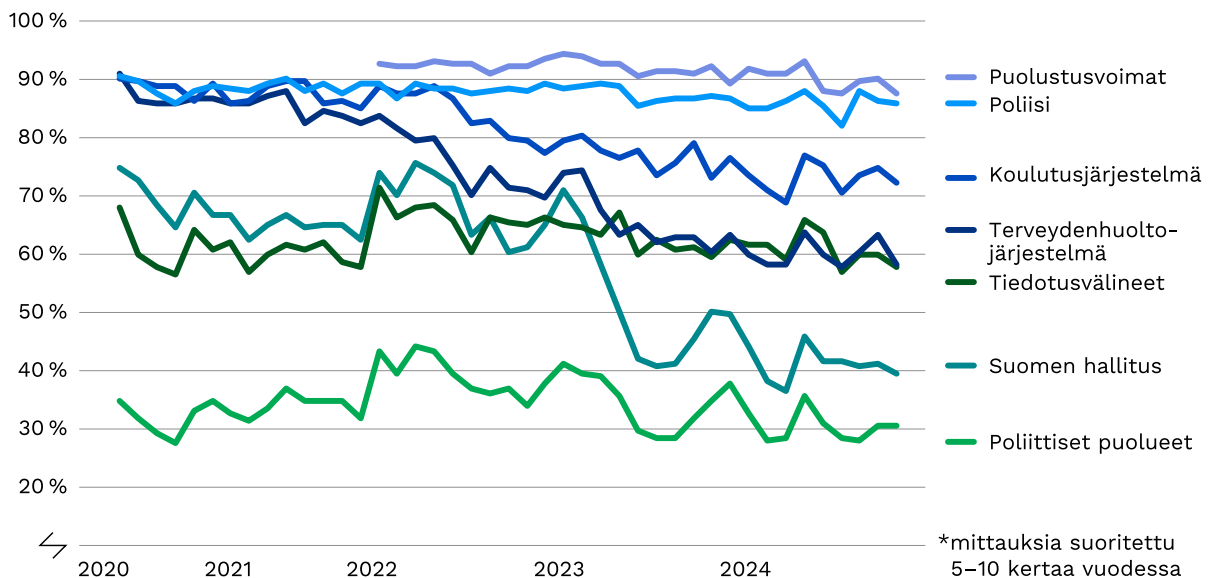
Henkinen kriisinkestävyys<sup>1</sup> on yhteisöjen kykyä kestää kriisitilanteiden, kuten pandemioiden, turvallisuusuhkien tai luonnonkatastrofien, aiheuttamat henkiset paineet ja selviytyä niiden vaikutuksilta. Henkinen kriisinkestävyys edistää myös kriiseistä palautumista. Se on osa kokonaisturvallisuutta, joka on määritelty Yhteiskunnan turvallisuusstrategiassa (YTS 2017; 2025)<sup>2,3</sup>. Väestön henkistä kriisinkestävyyttä arvioitaessa on seurattava esimerkiksi henkisten voimavarojen ja mielenterveyden (ks. Luku 1.5),

- 1 Väestön henkinen kriisinkestävyys perustuu luottamukseen, psykologiseen joustavuuteen, sosiaaliseen tukeen ja yhteisöllisyyteen, jotka auttavat ihmisiä kohtaamaan kriisejä, sopeutumaan muuttuneisiin olosuhteisiin ja tukemaan toisiaan vaikeina aikoina. Turvallisuuden tunnetta vahvistavat toimintakyvyn säilyttäminen, hallinnan tunne sekä luottamus instituutioiden toimivuuteen. Tulevaisuuden usko ja optimismi luovat toivoa selviytymisestä, ja riittävä sekä selkeä tieto auttavat paitsi vahvistamaan varmuutta, tarjoavat myös konkreettisia keinoja, joiden avulla yksilöt ja yhteisöt voivat kohdata ja ratkaista haasteita tehokkaasti.
- 2 Kokonaisturvallisuuden periaatteet linjataan Yhteiskunnan turvallisuusstrategiassa, jonka ajanmukaisuutta seurataan Turvallisuuskomiteassa ja päivitetään valtioneuvoston päätöksellä. Yleisten periaatteiden tulisi kestää ajallisesti yli hallituskausien. Kokonaisturvallisuuden käytännön toteutus jalkautetaan hallinnonalakohtaisissa tai poikkihallinnollisissa strategioissa, toimeenpano-ohjelmissa sekä muissa asiakirjoissa.
- 3 YTS:n päivitys julkaistiin tammikuussa 2025. Keskeisimmät sisältöön vaikuttaneet tekijät ovat olleet turvallisuusympäristön muutos, Suomen Nato-jäsenyys, kotimaan kriiseistä saadut kokemukset, Venäjän hyökkäyssodasta Ukrainaan kerätyt opit, hallinnolliset muutokset sekä muut käynnissä olevat turvallisuushankkeet. Keskeisin muutos edelliseen YTS:ään on, että varautumisen rinnalla käsitellään kykyä vastata häiriötilanteisiin ja kriiseihin. Siinä painotetaan yhteiskunnan elintärkeiden toimintojen ja toimijoiden sijasta enemmän itse toimintaa.

luottamuksen, tulevaisuuden uskon ja toiveikkuuden, erilaisten huolien<sup>4</sup>, taloudellisen turvallisuuden<sup>5</sup> (Luvut 1.2, 3.1 ja 3.2) sekä osallisuuden, sosiaalisen tuen ja resilienssin tasoa (ks. myös Luku 1.2). Näiden avulla voidaan ennakoita, kuinka hyvin väestö ja sen osaryhmät<sup>6</sup> selviävät kriisitilanteista ja kuinka nopeasti ne kykenevät palautumaan normaalitilaan. Yhteiskunnan sosiaalinen kestävyys parantaa sen kokonaisturvallisuutta ja kriisinkestävyttä (Yrttiaho ym. 2023).

## Luottamus instituutioihin, viranomaisiin ja toisiin ihmisiin

Luottamus viranomaisiin, instituutioihin ja toisiin ihmisiin on kriisinkestävyuden ytimessä, sillä se luo turvaa ja varmuutta myös epävarmoina aikoina. Kansalaisten luottaessa esimerkiksi hallituksen ja terveysturvallisuuden päätöksiin ja viestintään, he noudattavat todennäköisemmin ohjeita, mikä edesauttaa kriisien hallintaa. Luottamus antaa myös tilaa yksilöiden ja yhteisöjen keskinäiselle tuelle. Suomi on kansainvälisesti arvioituna korkean luottamuksen maa (esim. OECD 2020; Helliwell ym. 2023) ja vuonna 2023 sekä miehistä että naisista kaksi kolmesta koki, että julkiseen valtaan ja hallintoon voi yleensä luottaa<sup>7</sup> (Karvonen ja Kestilä 2023). Joulukuun 2024 Kansalaispulssin tietojen mukaan suomalaisten luottamuksessa yhteiskunnallisiin instituutioihin ei ole tapahtunut vuoden 2024 aikana suuria muutoksia, mutta luottamus eri toimijoihin vaihtelee. Pidemmällä aikavälillä luottamus erityisesti terveydenhuoltojärjestelmään ja hallitukseen on heikentynyt. (Kuvio 3.4.1.)



**Kuvio 3.4.1. Luottamuksen kehitys yhteiskunnan eri tahoihin vuosina 2020–2024, melko paljon tai paljon luottavien osuus (%). Lähde: Kansalaispulssi, joulukuun 2024.**

Suurin osa suomalaisista luottaa myös toisiin ihmisiin ja läheisiinsä. Vuonna 2023 aikuisväestöstä kaksi kolmesta koki, että ihmiset luottavat toisiinsa<sup>8</sup> (Karvonen ja Kestilä 2023) ja Tilastokeskuksen tietojen mukaan luottamus toisiin ihmisiin oli tasolla 7–10 (asteikolla 1–10) 77 prosentilla 16 vuotta

4 Erilaisia huolia ja niiden kehitystä on seurattu mm. Valtioneuvoston Kansalaispulssi-kyselyssä.

5 Taloudellinen epävarmuus lisää huolia, stressiä ja mielenterveyden ongelmia, mikä heikentää kykyä selviytyä kriiseistä.

6 Esimerkiksi maahan muuttaneiden, vammaisten henkilöiden, ikääntyneiden sekä lasten ja nuorten, erityistarpeet on otettava huomioon. Näiden ryhmien resilienssi voi olla heikompi erilaisten sosiaalisten, taloudellisten ja terveydellisten esteiden vuoksi, ja heidän tarpeensa kriisitilanteissa voi poiketa valtaväestöstä.

7 Osuus vaihtelee koulutusryhmittäin: neljä viidestä korkeasti koulutetusta (miehet 82 % ja naiset 79 %) on tätä mieltä, kun matalasti koulutetuista vain reilu puolet (miehet 56 % ja naiset 57 %).

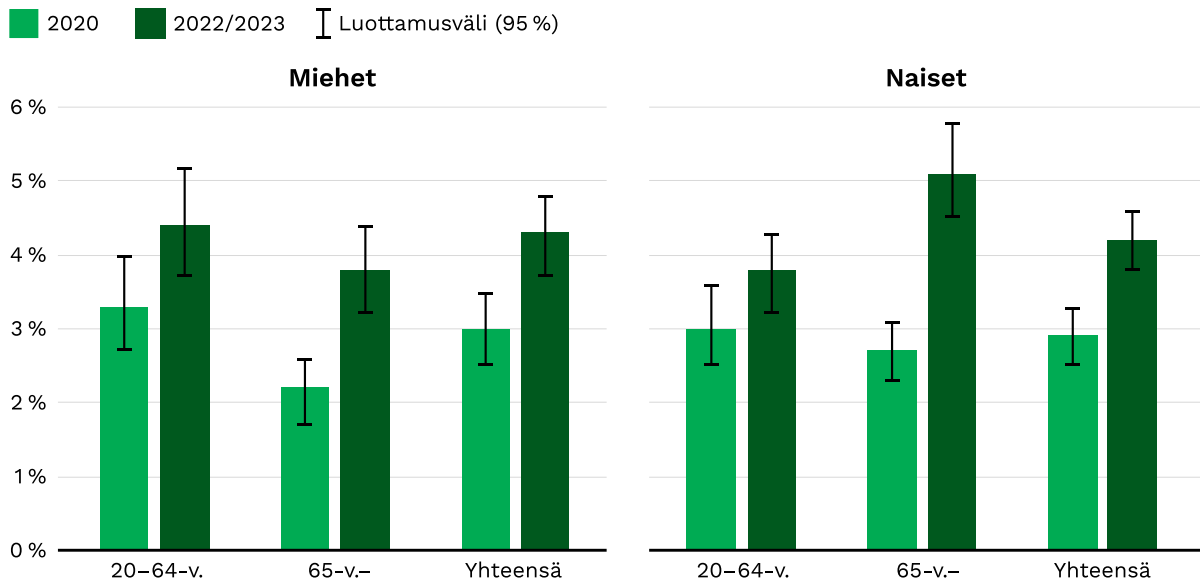
8 Matalasti koulutetuista naisista pienempi osuus kuin keskitason tai korkeakoulutuksen suorittaneista naisista hyväksyy väitteen ”Yhteiskunnassamme ihmiset luottavat toisiinsa”. Miehillä vastaava ero näkyy matalasti ja keskitasoisesti koulutettujen sekä korkeakoulutuksen suorittaneiden miesten välillä. Neljä viidestä korkeasti koulutetusta miehestä hyväksyy luottamusta koskevan väitteen.

täyttäneestä väestöstä (Tilastokeskus 2024k). Luottamus läheisiin ja läheisten antamaan apuun ja tukeen kriisitilanteissa on tärkeää, kuten myös kokemus omasta kyvystä toimia niissä hyvin. Esimerkiksi läheisten apuun kriisitilanteissa luottaa valtaosa korkeakouluopiskelijoista (86 %) ja vain harva epäilee kykyään toimia niissä hyvin (8 %) (Kestilä ja Karvonen 2024).

Eriarvoisuus on omiaan rapauttamaan luottamusta ympäröivään yhteiskuntaan ja muihin ihmisiin, joka on yksi sosiaalisesti kestävä yhteiskunnan tärkeimmistä ominaisuuksista. Korkean luottamuksen yhteiskunnissa yksilöt ja ryhmät voivat odottaa, että heitä kohdellaan oikeudenmukaisesti ja luottaa siihen, että yhteiskunta toimii heidän parhaakseen. Se kannustaa yhteisöjä ja yksilöitä toimimaan yhdessä myös kriisitilanteissa (Yrttiaho ja Kestilä 2024; Yrttiaho ym. 2023.)

## Turvallisuuden kokemus ja tulevaisuuden usko

Turvallisuuden kokemus ja tulevaisuuden usko vahvistavat kriisinkestävyyttä, sillä ne muodostavat perustan kohdata vaikeudet luottavaisesti ja toiveikkaasti. Turvattomuuden kokeminen on Suomessa harvinaista: elämänsä koki vuosina 2022/2023 turvattomaksi vain noin neljä prosenttia aikuisväestöstä. Kokemus oli kuitenkin yleistynyt hieman kahden edellisen vuoden aikana, erityisesti 65 vuotta täyttäneillä (Kuvio 3.4.2). Koulutusryhmittäin tarkasteltuna turvattomuuden kokemus on yleisintä matalasti koulutetuilla (Karvonen ja Kestilä 2023). Lokakuun 2024 tietojen mukaan 83 prosenttia kokee elämänsä vähintään melko turvallisiksi<sup>9</sup>. NATO on vahvistanut turvallisuuden tunnetta 76 prosentilla vastaajista ainakin jonkin verran (Kansalaispulsse 2024).



**Kuvio 3.4.2 Päivittäisen elämänsä turvattomaksi kokevien osuus eri ikäryhmissä vuosina 2020 ja 2022/2023 (%). Lähde: THL, Terve Suomi -tutkimus 2022–2023.**

Syksyn ja alkutalven 2024 aikana 70–80 prosenttia aikuisväestöstä on suhtautunut tulevaisuuteensa luottavaisesti (Kansalaispulsse 2024). Muista tutkimuksista saadut viitteet nuorten näköalattomuuden ja toivottomuuden kokemuksista ovat kuitenkin huolestuttavia signaaleja koko yhteiskunnan kannalta. Esimerkiksi korkeakouluopiskelijoista tulevaisuuteensa ei kovin tai ei lainkaan luottavaisesti ilmoittava suhtautuvansa naisopiskelijoista 16 prosenttia ja miesopiskelijoista 15 prosenttia. (Kestilä ja Karvonen 2024). (Ks. myös Luku 1.2.) Ilmastonmuutoksen ja ympäristökriisien pitkäaikaiset vaikutukset voivat heikentää väestön henkistä kriisinkestävyyttä ja erityisesti nuoret kokevat ilmastokriisin vaikutukset ahdistavina.

<sup>9</sup> Oli melko tai täysin samaa mieltä väittämän ”Koen elämäni turvallisiksi” kanssa.



Väestön henkisen kriisinkestävyuden vahvistaminen edellyttää pitkäjänteistä panostusta tasa-arvoon, mielenterveyteen ja luottamuksen ylläpitämiseen. Sen perusta luodaan parhaiten normaalioloissa, jolloin yhteiskunta toimii odotetusti. Tasa-arvoinen, turvallinen ja demokraattinen yhteiskunta sekä toimiva yhteiskuntajärjestelmä kasvattavat luottamusta ja edistävät sosiaalista kestävyttä. Esimerkiksi toimivilla mielenterveyspalveluilla, kriisitietoisuuden ja kriisiviestinnän<sup>10</sup> kehittämällä (ks. esim. Tampere ym. 2023) sekä yhteisöllisyyden ja osallisuuden tukemisella<sup>11</sup> voidaan edistää yhteiskunnan kykyä selviytyä tulevista kriiseistä. Kriisinaikaisessa toimintakyvyssä korostuu puolestaan arjen rakenteiden ylläpitäminen ja perustarpeista huolehtiminen, jolloin tärkeäksi nousee eri tahojen välinen yhteistyö ja tiedon oikea-aikaisuus ja saatavuus. Kriisien jälkeinen palautuminen vaatii niin ikään poikkihallinnollista yhteistyötä ja suunnitelmallisuutta. (YTS 2017.)

## Sote-järjestelmän kriisinkestävyys ja varautuminen parantuneet pandemian jälkeen

Sosiaali- ja terveydenhuollon kriisinkestävyys ja varautuminen ovat tärkeitä tekijöitä yhteiskunnan toimivuuden ja kansalaisten hyvinvoinnin turvaamisessa. Häiriönkestävät väestön tarvitsemat peruspalvelut on kuvattu yhdeksi *Yhteiskunnan turvallisuusstrategian* (YTS 2017; 2025) elintärkeäksi toiminnoksi. Järjestelmän kriisinkestävyydellä tarkoitetaan sen kykyä selviytyä ja toimia tehokkaasti erilaisissa häiriötilanteissa, kuten pandemioissa, luonnonkatastrofeissa tai muissa kriiseissä. Varautuminen viittaa ennakoiviin toimiin, joilla pyritään vähentämään kriisien vaikutuksia ja nopeuttamaan palaamista takaisin normaaliin, vallitsevat olosuhteet huomioiden.

Koronapandemia paljasti monia heikkouksia sote-järjestelmissä ympäri maailmaa, kuten resurssipulan, henkilöstön riittämättömyyden ja logistiset haasteet. Suomessa sote-järjestelmän kriisinkestävyttä on parannettu huomattavasti pandemiaa edeltäneeseen aikaan verrattuna. Hyvinvointialueiden tehtäviä kuvaavassa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan lain (612/2021) 50§:ssä veloitetaan hyvinvointialueita varautumaan häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin ennakkoon tehtävillä valmiussuunnitelmissa sekä muilla toimenpiteillä yhteistyössä alueensa kuntien ja muiden yhteistyöalueen hyvinvointialueiden kanssa. Hyvinvointialueen on lisäksi turvattava palvelujen jatkuvuus myös hankittaessa niitä yksityisiltä palveluntuottajilta. Hyvinvointialueet ovatkin valmistelleet valmiussuunnitelmansa rakenteeltaan yhdenmukaisiksi valtakunnallisten ohjeiden mukaisesti (Croell ym. 2024).

Saman lain 51§ mukaan yliopistollista sairaalaa ylläpitävällä hyvinvointialueella ja HUS-yhtymällä on tehtävänä ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon valmiussuunnittelua sekä toimia valmiuskeskuksena yhteistyöalueen tilannekuvan luomista ja ylläpitämistä varten. Valmiuskeskuksen tehtävänä on koota, analysoida ja jakaa muille valmiuskeskuksille, STM:lle, aluehallintovirastoille ja yhteistyöalueensa hyvinvointialueille tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon häiriöistä, niiden uhkista ja palvelujärjestelmän valmiudesta. THL:n arviointiraportissa todetaan yhteistyöalueiden valmiussuunnitelmien valmistuvan vuoden 2025 aikana.

Sosiaali- ja terveysministeriön valmiusyksikkö ja alueelliset valmiuskeskukset ovat pääroolissa sote-järjestelmän kriisinkestävydessä ja varautumisessa. Niiden päätehtävänä on luoda, ylläpitää ja jakaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän tilannekuvaa. Tämä tilannekuva kattaa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, ensihoitopalvelun ja sosiaalihuollon kapasiteetin ja kuormituksen lisäksi tietoa kriittisten tukipalvelujen ja järjestelmien tilasta. Tilannekuva kootaan THL:n ylläpitämään

10 Luotettavan ja helposti ymmärrettävän kriisiviestinnän kehittäminen on tärkeää henkisen kriisinkestävyuden tukemisessa. Hyvä kriisiviestintä auttaa vähentämään epävarmuutta, ehkäisee väärän tiedon leviämistä ja edistää väestön luottamusta viranomaisiin. Digitaalinen ympäristö, erityisesti sosiaalinen media, vaikuttaa luottamuksen rakentamiseen kriisitilanteissa. Se voi nopeuttaa tiedon leviämistä ja vahvistaa yhteisöllisyyttä, mutta myös levittää väärää tietoa ja vahvistaa epäluottamusta viranomaisia ja instituutioita kohtaan. Väestön digitaalisen lukutaidon vahvistaminen on tärkeää, jotta yksilöt pystyvät arvioimaan kriittisesti saamaansa tietoa.

11 Kriisitilanteissa yksilöiden ja paikallisyhteisöjen aktiivinen rooli voi olla ratkaiseva. Vertaistuki, naapurustojen verkostot ja järjestöjen toiminta vahvistavat yhteisöllisyyttä ja auttavat vastaamaan nopeisiin tarpeisiin. Näitä yhteisöllisiä resursseja tulisi tukea ja hyödyntää osana varautumista.

palveluun viikoittain, ja siinä kuvataan asiantuntija-arvioin sekä liikennevaloin kunkin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun häiriöitä, poikkeamia sekä resurssien riittävyyttä.

THL on määritellyt sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuden tilannekuvaan kerättävät tiedot. Tietosisältö on julkaistu myös kansallisessa Koodistopalvelimessa<sup>12</sup>. Valmiuskeskukset kokoavat alueensa hyvinvointialueilta nämä tiedot<sup>13</sup>, jotka toimitetaan THL:lle viikoittain, joidenkin alueiden kohdalla päivittäin. Tietojen kerääminen ja toimittaminen tapahtuu kuitenkin osittain edelleen manuaalisesti, vain kahdella yhteistyöalueella tiedot kyetään suurilta osin keräämään suoraan tietojärjestelmistä. Vajaiden tilannekuvatietojen todetaan arviointiraportissa heikentävän kansallisen tilannekuvan laatua. (Croell ym. 2024.)

Euroopan kiristyneen turvallisuustilanteen ohella ilmastonmuutos, muuttoliikkeet, uhkaavat pandemiat ja heikentyvä julkinen talous tuovat ongelmia sosiaali- ja terveydenhuollon kriisinkestävyydelle ja varautumiselle. Koronapandemian alullepanema kehitys valmiussuunnittelussa, varautumisessa ja vasteessa häiriötilanteisiin ja kriiseihin on Suomessa saatu hyvälle alulle lainsäädännön, uusien hallintorakenteiden ja tiiviin alueellisen sekä valtakunnallisen yhteistyön ansiosta, mikä pitää sisällään myös muiden hallinnonalojen kanssa tehtävän sidosryhmäyhteistyön.

Yhteistyöalueiden (YTA) valmiuskeskusten verkottunut yhteistoiminta yhdessä valtionhallinnon varautumisen toimijoiden kanssa on mahdollisuus hyödyntää koko maan resursseja eri häiriötilanteiden ja kriisien hallitsemiseksi. Ajantasaisella tilannekuvalla mahdollistetaan yhtenäinen käsitys koko sosiaali- ja terveydenhuollon tilanteesta ja tietoon perustuva päätöksenteko normaalioloissa, häiriötilanteissa ja kriiseissä. 2020-luvulla kasaantuneiden turvallisuusuhkien lyhyt- ja pitkäaikaiset seuraukset tulevat vaikuttamaan laajasti koko suomalaiseen yhteiskuntaan, ellei niihin varauduta riittävin sosiaali- ja terveydenhuollon valmiutta, varautumista ja vastetta tukevilla resursseilla.

Edellä mainittujen tekijöiden vuoksi julkisen sektorin, yritysten, järjestöjen ja kansalaisten varautuminen yhdessä ja elintärkeiden toimintojen turvaaminen kokonaisturvallisuuden mallin mukaisesti tulevat korostumaan entisestään. Viranomaisyhteistyö varautumisessa takaa häiriötilanteiden laajan hallinnan ja mahdollistaa odottamattomienkin kriisien vaikutusten ennakoinnin sekä niihin vastaamisen. Suomen tiivis yhteys muihin Pohjoismaihin, Euroopan Unioniin ja syvenevä yhteys Pohjois-Atlantin puolustusliitto NATOon varmistavat kansainvälisen avun kriisitilanteissa.

## Terveysuhkia ennakoidaan, tunnistetaan ja torjutaan monin tavoin

Terveysturvallisuudella viitataan erilaisiin toimiin, joilla väestöä pyritään suojaamaan terveysuhkilta. Uhat voivat olla tunnettuja tartuntatauteja, kuten influenssa, tai uusia biologisia ja kemiallisia tai fyysikaalisia uhkia kuten helle. Koronapandemian jälkeen Suomessakin on varauduttu muun muassa lintuinfluenssan ja m-rokon aiheuttamiin uhkiin. Terveysturvallisuuden valmiustoiminnan on perustuttava eri sektorien väliseen laajaan yhteistyöhön, joka huomioi ihmisten, eläinten ja ympäristön terveyden.

Paljon huomioita saavien, poikkeuksellisten uhkien torjunta on kuitenkin vain ns. jäävuoren huippu, sillä terveysuhkien torjunta on pitkäjänteistä ja ennaltaehkäisevää työtä. Esimerkiksi bakteerien kyky vastustaa antibiootteja, antibioottiresistenssi, on hitaasti kehittyvä, maailmanlaajuinen terveysuhka, joka herättää huolta myös Suomessa. Antibioottiresistenssitilanne on Suomessa edelleen hyvä, mutta pelkona on, että Suomessakin resistenssi yleistyy, jolloin infektioiden hoito vaikeutuu. Toinen esimerkki on ilmastonmuutos, jonka myötä esimerkiksi helteet yleistyvät ja pitenevät. Helteiden aiheuttamiin terveyshaittoihin tulee varautua jatkossa pitkäjänteisemmin ja vahvemmin.

12 Koodistopalvelun tehtävänä on jakaa kansallisesti yhtenäiset tietorakenteet, joita sosiaali- ja terveydenhuollon sähköiset potilas- ja asiakirjajärjestelmät tarvitsevat. Tietorakenteita ovat esimerkiksi koodistot, luokitukset, sanastot ja rekisteritiedot. THL julkaisee yhtenäiset tietorakenteet ja keskeiset luokitukset koodistopalvelimella. Ne voi hakea koodistopalvelimelta maksutta.

13 Tietosisältö löytyy Koodistopalvelimelta osoitteesta <https://koodistopalvelu.kanta.fi/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=4566&versionKey=5451>

Terveysuhkien, ml. tartuntatautiin, torjuntaa ajatellaan usein kriisien kautta. Suomessa tartuntatautilaki antaa lainsäädäntöpohjan tartuntatautiin torjunnalle myös normaalioloissa. Koronapandemian aikana erilaiset rajoitustoimenpiteet, suositukset, ohjeistukset ja rokotukset olivat käytössä torjuntakeinoina. Koronapandemia toi esiin tartuntatautilain muutostarpeita, ja myös kansainväliseen ja EU-lainsäädäntöön on tullut muutoksia koskien mm. rajat ylittäviä terveysuhkia. Suomen tartuntatautilainsäädäntöä uudistetaan vuosien 2023–2025 aikana. Tavoitteena on tehostaa tartuntatautiin torjuntaa sekä vahvistaa varautumista epidemioihin ja pandemioihin. (STM 2023c). Myös terveydensuojelulain ja valmiuslain uudistukset liittyvät olennaisesti terveysuhkien torjuntaan häiriö- ja poikkeustilanteissa. Valtioneuvoston selonteossa kansallisesta ilmastomuutokseen sopeutumis suunnitelmasta vuoteen 2030 (KISS2030) terveyden suojelun ja edistämisen tavoitteessa helteisiin varautumiselle on esitetty neljä toimenpidettä, yhtenä niistä asumisterveysasetuksen lämpöolosuhteisiin liittyvien toimenpiderajojen uudistus (Valtioneuvosto 2023b).

Terveysuhkien torjunta tai uhkien vaikutusten minimointi käsittää kokonaisuutena monia erilaisia toimenpiteitä. Ensin mahdolliset riskit tulee tunnistaa ja arvioida. Uusista terveysuhkista saadaan tietoa kansallisten ja kansainvälisten varhaisvaroitus- ja seurantajärjestelmien, sekä yhteistyöverkoston kautta. Rekisteripohjaisten seurantajärjestelmien, esimerkiksi tartuntatautirekisterin avulla seurataan tartuntatautilannetta. Laboratoriodiagnostiikka on olennainen osa valmiuden ylläpitoa, jotta uusia uhkia voidaan tunnistaa ja torjua. Nämä mekanismit vaativat jatkuvaa ylläpitoa ja kehittämistä, ja niiden avulla saatava reaaliaikainen tieto tukee nopeaa reagoitua ja päätöksentekoa. (Katz ym. 2023; Yrttiaho ym. 2023.)

Kansallisella rokotusohjelmalla ehkäistään vaikuttavasti tartuntatauteja ja säästetään terveydenhuollon kustannuksia. Rokotusohjelman kehittäminen ja ylläpito perustuvat pitkäjänteiseen tutkimukseen ja asiantuntijatyöhön, ja ohjelman toteutumista ja vaikuttavuutta seurataan monitieteellisen tutkimustiedon ja rekisteripohjaisen seurannan avulla. Tämän toiminnan tuloksena Suomen rokotusohjelmaa kuvaa hyvä rokotuskattavuus, vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. (Salo ym. 2023.) Viestinnällä on tärkeä rooli uhkien torjunnassa. Esimerkiksi THL viestii terveysuhkista, varautumis- ja torjuntatoimista sekä terveydenhuollon ammattilaisille että väestölle. Viestinnällä pystytään myös tukemaan korkean rokotuskattavuuden ylläpitoa.

## Toimenpidesuosituksset

### Henkinen kriisinkestävyys

- Yhteiskunnan sosiaalisesta kestävydestä on huolehdittava, sillä se lisää kokonaisturvallisuutta ja kriisinkestävyttä. Eriarvoisuutta väestöryhmien välillä tulee kaventaa.
- Luottamuksen ylläpitämiseksi ja kasvattamiseksi tulee edistää läpinäkyvää, oikea-aikaista, eri väestöryhmille sopivaa ja avointa viestintää sekä oikeudenmukaista päätöksentekoa. Luottamusta voidaan vahvistaa osallistamalla kansalaisia päätöksentekoon. Yhteisöllisyyttä lisäävien hankkeiden tukeminen auttaa luomaan ihmisten välille luottamusta.
- Mielenterveyspalvelujen saatavuutta ja joustavia tukiverkostoja on vahvistettava, kehittävä kriisitiedottamista sekä tarjottava koulutusta stressinhallintataidoista ja mielen hyvinvoinnin ylläpitämisestä. Kouluissa ja työpaikoilla voidaan järjestää harjoituksia ja kursseja, jotka parantavat yksilön kykyä kohdata vaikeuksia ja tukea toisia.
- Väestön varautumista häiriö- ja kriisitilanteisiin tulee vahvistaa selkeillä ja saavutettavilla ohjeilla (esim. [Häiriö- ja kriisitilanteisiin varautuminen - Suomi.fi](#)) ja kannustaa niiden käyttöön.
- Tarvitaan kohdennettuja toimenpiteitä, jotka tukevat haavoittuvassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointia kriiseissä ja niiden jälkeen.
- Kriisien jälkeistä palautumista varten on oltava selkeät ja koordinoitut toimintamallit, jotka huomioivat sekä yhteisöjen että yksilöiden tarpeet ja tukevat paluuta normaaliin arkeen.

### Sote-järjestelmän kriisinkestävyys

- Yhteiskunnan turvallisuusstrategian toimeenpanossa tulee huomioida uhkaavien kriisien laaja vaikutus koko yhteiskuntaan tunnistuen sosiaali- ja terveydenhuollon rooli yhteiskunnan elintärkeänä toimintona.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuden kehittämiseksi tulee lisätä kansallista ja kansainvälistä yhteistyötä, erityisesti Pohjoismaiden kesken, jotta kriisitilanteissa koko Suomen resursseja pystytään käyttämään ja kansainvälistä apua voidaan ottaa vastaan.
- Eri uhkakuvien kerrannaisvaikutukset väestöön (sekä suorat vaikutukset että esimerkiksi julkisen talouden heikentymisen aiheuttamat epäsuorat vaikutukset) tulee tunnistaa ja vaikutusten syntyä ehkäistä ennalta riittävin sosiaali- ja terveydenhuollon varautumistoimin.

### Terveysuhkien torjunta ja ennakointi

- Käynnissä olevan lainsäädännön uudistustyön tulee mahdollistaa joustavammat ja nopeat toimet sekä selkeät vastuutahot tunnettujen ja uusien uhkien torjumiseksi.
- Yhteistyötä eri sektoreiden välillä on vahvistettava, mukaan lukien ihmisten, eläinten ja ympäristön terveys. Tämä mahdollistaa kokonaisvaltaisen lähestymistavan terveysuhkien torjuntaan.
- On varmistettava, että rokotuskattavuus saadaan pidettyä hyvällä tasolla. Ohjelman kehittämistä on jatkettava ja seurattava sen toteutumista ja vaikuttavuutta.
- Varhaisvaroitus- ja seurantajärjestelmien, laboratorioanalytiikan, ja yhteistyöverkostojen avulla saadaan ajantasaista tilannekuvaa terveysuhkista ja epidemioista. Tämä edellyttää järjestelmien ja menetelmien jatkuvaa ylläpitoa, kehittämistä ja asiantuntijoiden kouluttamista. Ajantasainen tieto tukee nopeaa reagointia ja päätöksentekoa.
- Terveysuhkiin varautumiseen ja niihin liittyvään tutkimukseen tulee taata riittävät resurssit. Varautuminen ja ennaltaehkäisy ovat kustannustehokkaampia kuin kriisien hoito.

# Lopuksi: Miten edistää kestäväää hyvinvointia?

Sosiaalisen kestävyden ytimessä on kysymys siitä, kuinka turvata nykyisten sukupolvien hyvinvointi ja samalla säilyttää sen edellytykset tuleville sukupolville. Vastaus kysymykseen asettaa kestävään hyvinvoinnin yhteiskuntapolitiikan keskiöön. Hyvinvointia on tarkasteltava kokonaisvaltaisesti ja monipuolisesti – niin objektiivisista kuin subjektiivisista näkökulmista – huomioiden terveys, elinolot, yhteiskunnallinen vakaus ja tasa-arvo sekä ekologinen kestävyys ja taloudellinen oikeudenmukaisuus. Kestävä hyvinvointi perustuu kolmeen toiseensa kietoutuvaan ulottuvuuteen – sosiaaliseen, ekologiseen ja taloudelliseen kestävyteen – ja näiden keskinäisriippuvuuksien huomioimiseen.

Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö OECD:n kehittämä *Kestävään hyvinvoinnin malli* korostaa, että hyvinvointi perustuu inhimillisen, sosiaalisen ja ympäristöllisen pääoman kasautumiseen ja vaalimiseen, ei pelkkään materiaaliseen vaurauteen ja taloudelliseen kasvuun (OECD 2022). Sosiaalinen pääoma, joka ilmenee yhteisön tukena ja luottamuksena, vahvistaa yhteiskunnan koheesiota ja resilienssiä. Ympäristöllinen pääoma varmistaa luonnonvarojen ja ekosysteemien elinkelpoisuuden tuleville sukupolville, kun inhimillinen pääoma – kuten koulutus ja terveys – tukee yksilöiden hyvinvointia ja taloudellista tuottavuutta. Nämä pääoman lajit ajautuvat kuitenkin usein törmäyskurssille, kun esimerkiksi taloudellisen pääoman kasvu syö ympäristöllistä pääomaa. Lähes kaikissa vauraissa maissa sosiaalinen ja taloudellinen kehitys on tapahtunut ekologisen kestävyden kustannuksella, ylittäen planeetan ekologiaa rajoja<sup>1</sup> (O'Neill ym. 2018). Kestävä hyvinvointi edellyttää arvopohjaista keskustelua siitä, miten pääomien suhteet järjestetään tasapainoisesti, jotta hyvän elämän edellytykset saadaan turvattua nykyisille ja tuleville sukupolville ekologisia ja sosiaalisia rajoja<sup>2</sup> ylittämättä.

Tässä loppuluvussa tavoitteenamme on pohtia kestävään hyvinvoinnin edistämisen edellytyksiä, viitaten samalla katsauksemme tuloksiin, ja tuomme esiin kolme keskeistä näkökulmaa. Ensinnäkin, yhteiskunnallinen luottamus ja sosiaalisten oikeuksien takaama oikeudenmukaisuus luovat kestävään hyvinvoinnin sosiaalisen ja yhteisöllisen perustan. Toiseksi taloudellisen toimeliaisuuden ja talouden tuotosten jakamisen uudelleenarviointi on tarpeen. Kolmanneksi, kestävään hyvinvoinnin edistäminen ei synny pelkän kansallisen politiikan nojalla, vaan sen edellytyksenä on myös määrätietoinen globaali yhteistyö.

## Luottamus, tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus osana kestäväää hyvinvointia

Suomessa edellä kuvatut sosiaalinen ja inhimillinen pääoma ovat perinteisesti olleet vahvoja, mikä näkyy maamme korkeana koulutustasona ja osaamisena, korkeana luottamuksena, monin tavoin ilmenevänä tasa-arvona ja toimivina lähiyhteisöinä. Myös useiden terveysindikaattoreiden mukaan Suomi sijoittuu kansainvälisesti kohtuullisen hyvin, vaikkakaan ei aina kärkisijoille. Terveiden epätasa-arvo (Luku 1.4) ja mielenterveysongelmat (Luku 1.5) ovat yleisiä ja monissa epäsuotuisissa elintavoissa (Luvut 1.6. ja 1.7) riittää parannettavaa.

Luottamus instituutioihin, viranomaisiin ja muihin ihmisiin on edelleen keskimäärin varsin korkealla tasolla. Pidemmällä aikavälillä luottamus joihinkin yhteiskunnan toimijoihin, kuten hallitukseen ja terveydenhuoltoon, on kuitenkin heikentynyt (Luku 3.4). Taustalla vaikuttavat todennäköisesti monet koetut kriisit, kiristynyt talouspolitiikka sekä sote-uudistuksen alkuvaiheen toimeenpanon vaikeudet. Suurin osa suomalaisista myös kokee elämänsä turvalliseksi ja suhtautuu tulevaisuuteen toiveikkaasti (Luku 3.4.), mikä sekkin ilmentää luottamusta yhteiskuntaan ja tulevaisuuteen – tosin viitteet nuorten ja

1 Ekologiset rajat tarkoittavat maapallon luonnonvarojen kestäväää käyttöä ja ekosysteemien kantokyvyn kunnioittamista. Tämä sisältää esimerkiksi ilmaston lämpenemisen hillinnän ja biodiversiteetin turvaamisen.

2 Sosiaaliset rajat liittyvät esimerkiksi eriarvoisuuden kasvamiseen, syrjäytymiseen ja yhteiskunnallisen luottamuksen rapautumiseen.

nuorten aikuisten pahoinvoinnista ja tulevaisuuden näköalattomuudesta (Luvut 1.5, 1.7, 2.6, 3.3 ja 3.4) ovat huolestuttavia signaaleja koko yhteiskunnan ja sen kestävyiden kannalta.

Luottamusta koettelee Suomessakin eriarvoisuus. Se ilmenee mm. sosioekonomisissa, sukupuolten välisissä, etnisissä ja alueellisissa terveyseroissa (Luvut 1.3 ja 1.4), lisääntyneissä toimeentulo-ongelmissa (Luvut 1.3 ja 3.1.), palvelujen saatavuuden epätasa-arvossa (Luku 2) ja yksinäisyyden ja osattomuuden kokemuksissa (Luku 1.2). Erityisesti pienituloisten, harvaan asutun maaseudun asukkaiden, ulkomaa-laistaustaisten ja muiden haavoittuvassa asemassa olevien väestöryhmien (esim. Luvut 2.4, 2.5, 2.6 ja 3.1) kokemukset osattomuudesta ja epäoikeudenmukaisuudesta, sekä rasismi ja syrjintä (Luku 3.1), rapauttavat luottamusta. Kehitys voi johtaa yhteiskunnallisen koheesion heikkenemiseen, polarisaation voimistumiseen ja kasvaviin jännitteisiin väestöryhmien välillä, mikä pitkittyessään heikentää yhteiskuntarauhaa, yhteisten tavoitteiden saavuttamista ja päätöksenteon legitimitettä.

Luottamusta voidaan yhteiskunnassa vahvistaa kaventamalla eriarvoisuutta, ehkäisemällä osattomuutta ja luomalla kaikille osallistumisen mahdollisuuksia. Yhteisöllisyyttä lisäävien hankkeiden tukeminen auttaa luomaan ihmisten välille luottamusta. Luottamusta päätöksentekijöihin, viranomaisiin ja instituutioihin edistävät avoin ja läpinäkyvä viestintä, sekä osallistava päätöksenteko, jossa ihmiset kokevat tulevansa kuulluiksi ja voivat vaikuttaa elinolosuhteisiinsa. Päätöksenteon tueksi tuotettavan tietopohjan läpinäkyvyys tukee politiikan legitimaatiota, ja luotettaviksi ja legitimeiksi koetut päätökset ja politiikkatoimet ovat myös tehokkaammin toimeenpantavissa. Kansalaisten korkea luottamus on tarpeen etenkin, kun puututaan elintapoihin ja elämäntyyliin. Legitiimi päätöksenteko luo myös myönteisiä tulevaisuudenkuvia kriisien keskelle ja vahvistaa väestön tulevaisuudenuskoa. Kriisiaikoina yhteiskunnan kyky sopeutua ja säilyttää vakaus riippuvat olennaisesti sosiaalisesta kestävydestä ja väestön luottamuksesta (Johdanto ja Luku 3.4).

Suomen perustuslaissa ja maatamme sitovissa kansainvälisissä sopimuksissa turvatut sosiaaliset oikeudet takaavat yhdenvertaiset mahdollisuudet hyvään elämään. Näitä ovat oikeus sosiaaliturvaan, terveyteen, huolenpitoon, koulutukseen ja työhön. Suomessa hyvinvointivaltion päätehtävä on ollut näiden oikeuksien turvaaminen, ja perustuslaki velvoittaa julkista valtaa turvaamaan perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutumisen. Sosiaali- ja terveyspalvelut (Luku 2) ja sosiaaliturvajärjestelmä (Luku 3.2) ovat pitkään taanneet sosiaalisten oikeuksien verraten laajaa toteutumista. Monet kehityskulut, kuten väestön ikääntyminen ja monimuotoistuminen (Luku 1.1), teknologian nopea kehitys ja ilmastonmuutos, koettelevat kuitenkin myös sosiaalisten oikeuksien turvaamista. Väestön ikääntyessä palvelujen tarve kasvaa, mikä vaatii taloudellisia ja rakenteellisia uudistuksia (Luku 2.3). Erityisesti terveydenhuollon, sosiaaliturvan ja muiden hyvinvointipalvelujen tasapuolinen saatavuus on varmistettava jatkossakin riippumatta iästä, taustasta tai asuinpaikasta. Monimuotoistuva väestö (Luvut 1.1 ja 3.1) muuttaa lisäksi palvelujärjestelmältä vaadittavia ominaisuuksia, kun asiakasryhmien erityistarpeet vaihtelevat. Suomessa papereita oleskelevien olosuhteet tuottavat sote-järjestelmälle erityisiä haasteita. Ilman laillista oleskeluoikeutta asuvat henkilöt jäävät usein terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen kaltaisten peruspalvelujen ulkopuolelle, vaikka heillä olisi niihin oikeus.

Ilmastonmuutos ja luonnonvarojen niukkeneminen heikentävät hyvinvointivaltion rahoituspohjaa ja ihmisten hyvinvointia, minkä vuoksi siirtymä ekologisesti kestävään yhteiskuntaan on välttämätön. Vihreän siirtymän on toteuduttava kuitenkin siten, että myös haavoittuvimmat väestöryhmät pysyvät mukana. Niin globaalisti kuin Suomessakin oikeudenmukainen vihreä siirtymä tarkoittaa ympäristöystävällisiä ratkaisuja, joiden taloudelliset ja sosiaaliset vaikutukset, sekä hyödyt että haitat, jakautuvat tasapuolisesti eri väestöryhmien kesken. Esimerkiksi siirtymän myötä syntyvien kustannusten, kuten energiakulujen nousun tai työmarkkinoiden rakennemuutosten, ei tulisi kohdistua kohtuuttomasti haavoittuvimmassa asemassa oleviin.

## Talouden uudelleen ajattelu on välttämätöntä

Kestävän hyvinvoinnin edistäminen edellyttää taloudellisten resurssien käytön ja talouspolitiikan uudelleenarviointia. Perinteisesti hyvinvointia on mitattu talouskasvun ja bruttokansantuotteen (BKT) avulla, mutta BKT-mittarin rajoitteista on keskusteltu jo vuosikymmeniä (esim. Stigliz ym. 2009). On laajasti tunnustettu, että nykyinen talousjärjestelmä ei pysty lisäämään hyvinvointia sen enempää globaalisti kuin paikallisesti. BKT:n rinnalle on kehitetty laaja-alaisempia mittareita (*beyond GDP*) (OECD 2024b), mutta yksikään ei ole vielä vakiintunut globaaliksi standardiksi. Kestävän hyvinvoinnin edistämiseksi on kuitenkin luotu useita malleja, joiden ytimessä on sosiaalisten oikeuksien ja hyvinvoinnin turvaaminen nykyisille ja tuleville sukupolville. Näissä malleissa korostetaan ekologista kestävyyttä ja pyritään varmistamaan, ettei planeetan kantokyvyn rajoja ylitetä. Lähestymistapa edellyttää syvällisiä muutoksia taloudellisten prioriteettien ja resurssien uudelleenjakamiseksi niin, että hyvinvointi voidaan turvata kestäväällä tavalla.

Edellä kuvattu ajattelu saa konkreettisemmän muodon muassa Donitsitalouden (*Doughnut economy*) mallissa, joka tarjoaa vaihtoehdoisen tavan ymmärtää ja arvioida talouden toimintaa<sup>3</sup>. Donitsitalous toimii analyttisenä viitekehystenä ja talousajattelun mallina, mutta myös mahdollisena pohjana kestäväälle talouspolitiikalle. Donitsitalousajattelussa *sosiaalinen perusta* (oikeus terveyteen, koulutukseen ja toimeentuloon) on turvattava ylittämättä *ekologista kattoa*, joka määrittää luonnonvarojen käytön rajat. Donitsitalouden mallissa yhdistyvät planeetan ekologiset rajat, sosiaalisesti kestävä kehitys ja (”uudistava ja jakava”) *taloudellinen toimeliaisuus*, joka tukee tasa-arvoa ja ympäristönsuojelua (Raworth 2017). Mallin tavoitteena on ohjata talouspolitiikkaa kohti ekologisesti kestäväää kehitystä, sosiaalisen epätasa-arvon vähentämistä ja talouskasvun irrottamista ympäristöhaitoista. Useimmat kehittyneet maat ovat tavoittaneet sosiaalisen perustan elementtejä kohtuullisen hyvin, mutta ekologinen katto murtuu laajasti.

Hyvinvointitalouden (*Well-Being Economy*) näkökulma on likeinen edellä kuvatulle (Iivonen ym. 2024), vaikka se eroaakin donitsitalouden mallista painotustensa ja lähestymistapojensa osalta. Hyvinvointitalousajattelussa tavoitteena ei ole ainoastaan talouskasvu, vaan ihmisten, yhteisöjen ja ympäristön hyvinvoinnin edistäminen, samalla kun pyritään varmistamaan sosiaalinen oikeudenmukaisuus, tasa-arvo ja ekologinen kestävyys. Hyvinvointi ei perustu vain materiaaliseen vaurauteen, vaan myös elinympäristön ja yhteisöjen vahvuuteen. Tämä vaatii päätösten sosiaalisten, ekologisten ja taloudellisten vaikutusten tarkastelua rinnan, pitkän aikavälin vaikutukset huomioiden (Malkamäki ja Hiilamo 2024; Korhonen ym. 2024). Käytännössä tämä voidaan tehdä esimerkiksi *hyvinvointibudjetoinnin avulla*. Se on talouspolitiikan väline, jossa julkisen talouden varoja kohdennetaan hyvinvointia edistäviin toimiin, kuten terveyden, tasa-arvon ja ympäristön parantamiseen. Budjetoinnin vaikutuksia arvioidaan laajemmin, ja tavoitteena on pitkän aikavälin kestävä kehitys. Käytännön esimerkkejä hyvinvointibudjetoinnista on saatavissa muun muassa Uudesta-Seelannista ja Kanadasta (Hiilamo ja Malkamäki 2024). THL:ssä on kehitetty hyvinvointitaloudellinen ohjausmalli, jossa kiinnitetään huomiota kansallisen ohjauksen mahdollisuuksiin turvata kestävä hyvinvointi strategisen, resurssi- ja informaatio-ohjauksen avulla (Ks. tarkemmin Korhonen ja Malkamäki 2024).

3 Myös feministinen talousteoria haastaa perinteiset talousmallit tuomalla esiin hoivatalouden merkityksen talouden ja yhteiskunnan perustana. Se korostaa sekä palkattoman että palkallisen hoivan ja kotitaloustyön roolia, jotka ovat olennaisia hyvinvoinnin ja talouden ylläpidossa. Feministinen talousteoria painottaa, että talouden kestävyys ei voi toteutua ilman sukupuolten tasa-arvoa, resurssien oikeudenmukaista jakautumista ja huolenpitoa, joka kattaa niin ihmiset kuin ympäristön. Hoivatalous tarkastelee hoiva- ja huolenpitotyön arvoa taloudessa erityisesti sen vaikutuksilta hyvinvointiin, tasa-arvoon ja kestäväään kehitykseen. Planetaarinen terveys (*Planetary health*) puolestaan painottaa talouden kestävyyttä ihmisten ja ympäristön terveyden näkökulmasta sekä ihmisten hyvinvoinnin ja terveyden yhteyttä maapallon ekosysteemin tilaan (Kestilä ja Karvonen 2023; Raivio 2023) (Ks. Luvut 1.6 ja 3.4).

## Kestävä hyvinvointi edellyttää myös globaalia yhteistyötä

YK:n alaisuudessa toiminut Brundtlandin komissio (Maailman ympäristö- ja kehityskomissio) määritteli kestävä kehityksen vuonna 1987 raportissaan ”*Our common future*”. Komissio korosti, että kehitys ei saa vaarantaa tulevien sukupolvien mahdollisuuksia täyttää omat tarpeensa, ja että ympäristön ja talouden tasapainon löytäminen on avain kestävämmälle kehitykselle. Brundtlandin komission periaatteet loivat pohjan YK:n myöhemmille kestävä kehityksen toimille, joista merkittävin on vuonna 2015 hyväksytty Agenda 2030 ja sen 17 kestävä kehityksen tavoitetta (SDG), joita ovat esimerkiksi köyhyyden poistaminen (SDG 1), eriarvoisuuden vähentäminen (SDG 10) sekä ilmastotoimet ja kestävä kulutus (SDG 13 ja 12). Agenda 2030 kiinnittyi myös aiemmin julkaistuun Kööpenhaminan julistukseen (1995), joka painotti erityisesti kestävä kehityksen sosiaalista ulottuvuutta ja tasa-arvon merkitystä (United Nations 1995).

Globaali yhteistyö on välttämätöntä SDG-tavoitteiden saavuttamiseksi, sillä monet aikamme kriisit ja haasteet, kuten ilmastonmuutos, pandemiat ja köyhyys, sekä niiden vaikutukset, ylittävät valtioiden rajat ja vaativat yhteisiä ratkaisuja. Yhteistyö mahdollistaa resurssien ja asiantuntemuksen jakamisen, mikä edistää tehokkaampia toimia ja tasapuolista kehitystä. Globaali lähestymistapa vahvistaa myös yhteistä vastuuta ja sitoutumista. SDG-tavoitteiden saavuttamisen ”määräaikaan” on jäljellä vain viisi vuotta, mutta etenemisen voi arvioida globaalisti olleen epätasaista ja osin riittämätöntä. Esimerkiksi äärimmäisen köyhyyden vähentämisessä nähtiin pitkään myönteistä kehitystä, mutta viime vuosina tilanne on heikentynyt erityisesti kehittyvissä maissa, ja eriarvoisuus maiden sisällä ja välillä on kasvanut. Vaikka koulutus ja sukupuolten tasa-arvo ovat edistyneet, pandemiat, konfliktit ja talouskriisit ovat hidastaneet kehitystä myös niissä. Ilmastonmuutos ja eriarvoisuuden kasvu uhkaavat monia tavoitteita. (Valtioneuvosto 2024a; United Nations 2023.) Tavoitteiden saavuttamista ovat hidastaneet edellä mainittujen kriisien lisäksi riittämättömät toimet, hitaat päätöksentekoprosessit sekä yhteistyön puute.

Suomi on sitoutunut SDG-tavoitteisiin ja seuraa niiden toteutumista kansallisesti<sup>4</sup>. YK:n maaverailussa (*SDG-Index*) Suomi sijoittui vuonna 2024 maailman kärkeen jo neljättä vuotta peräkkäin (Sustainable Development Report 2024). Arvioissa kiinnitettiin kuitenkin huomiota Suomen tuotannon ja kulutuksen muissa maissa tuottamiin negatiivisiin ulkoisvaikutuksiin ja puutteisiin kestävä kehityksen edistämisen tuessa globaalisti. Ratkottavaa riittää ilmastotoimissa ja luonnon monimuotoisuuden turvaamisessa: kulutusperäiset päästöt, luonnonvarojen ylikulutus ja suuri ekologinen jalanjälki ovat isoja haasteita. Koulutuksessa, tasa-arvossa ja vahvoissa instituutioissa on saavutettu edistystä ja maamme korkea osaamistaso sekä sitoutuminen kestäväan kehitykseen ovat merkittäviä vahvuuksia.

Suomi voi olla edelläkävijä kestävä kehityksen tavoitteiden saavuttamisessa. Vihreä infrastruktuuri, kestävämmät ravitsemus- ja liikkumISRatkaisut (Luku 1.6) ja panostaminen edelleen koulutukseen vahvistavat kestävyyttä. Tavoitteiden saavuttaminen vaatii määrätietoista politiikkaa ja kokonaisvaltaisia toimia, jotka pohjautuvat kansainväliseen yhteistyöhön ja systeemiseen muutokseen, jossa talous, ympäristö ja yhteiskunnallinen hyvinvointi kytketään toisiinsa.

4 Valtioneuvosto antoi eduskunnalle marraskuussa 2024 kolmannen selonteon tavoitteiden toteutumisesta (Valtioneuvosto 2024c).



## Lähteet

- Aalto AM, Ilmarinen K, Kehusmaa S, Elovainio M, Sainio P (2023). Toimintarajoitteista puolisoaan avustavien terveys ja hyvinvointi ja kokemus sosiaali- ja terveyspalveluiden riittävydestä muuta väestöä heikompi. Tutkimuksesta tiiviisti 60/2023, Suomen sosiaalinen tila 7/2023. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Aaltonen K (2023). Austerity, economic hardship and access to medications: a repeated cross-sectional population survey study, 2013–2020. J Epidemiol Community Health. Mar 1;77(3):160–7.
- Ahrnberg H, Appelqvist-Schmidlechner K, Mustonen P, Fröjd S, Aktan-Collan K (2022). Evaluating the efficacy of a school-based Finnish Gutsy Go programme in enhancing adolescents' positive mental health, experience of social inclusion, and social competence. Journal of Child ja Adolescent Mental Health 34:1–3, 53–69.
- Aihinen T, Kortelainen J, Luomala N, Oosi O, Pekkala H (2023). Selvitys häätöjen kustannuksista. Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskuksen raportteja 1/2023. Lahti: Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus.
- Airikkala M, Castrén A, Helminen V (toim.) (2022). Alue- ja yhdyskuntarakenteen mahdolliset tulevaisuudet. PERUS-SKENE-hankkeen loppuraportti. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:58
- Aivoliitto (2025). Kansallinen aivoterveysohjelma. Aluehallintovirastojen selvitykset sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisesta toteutumisesta hyvinvointialueilla vuonna 2023 ja Q1/2024. Aluehallintovirasto.
- Anttila H, Anttila M, Koivisto S, ym. (2023). Kotihoidon uudet ratkaisut. Kotona asumisen teknologiat ikäihmisille - KATI-ohjelman 2020–2023 loppuraportti. Raportti 9/2023. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Ara (2024). Asunnottomat 2023. Selvitys 2/2024. Lahti: Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus.
- Attila H, Keski-Petäjä M, Pietiläinen M, Lipasti L, Saari J, Haapakangas K (2023). Sukupuolistunut väkivalta ja lähisuhdeväkivalta Suomessa 2021. Tilastokeskus.
- Baumgartner T (2024). Ulkomaalaistaustaisten työllisyyden kasvu pysähtyi vuonna 2023. Tilastokeskus, Tieto & Trendit 14.5.2024.
- Beuker A, Näsi M (2023). Suomalaiset väkivallan ja omaisuusrikosten kohteena 2023 – Kansallisen rikosuhritutkimuksen tuloksia. Helsingin yliopiston katsauksia 61/2024.
- Blomgren J, Perhoniemi R (2022). Increase in sickness absence due to mental disorders in Finland: trends by gender, age and diagnostic group in 2005–2019. Scandinavian Journal of Public Health 50:3: 318–322.
- Blomgren J, Perhoniemi R (2024). Mielenterveyden häiriöistä johtuvien sairauspoissaolojen kasvu jatkuu – kehityksen taustalla useita yhtä aikaa vaikuttavia tekijöitä. Kelan tutkimusblogi 13.5.2024.
- Blomgren J, Rissanen M (2024). Mielenterveysperusteisten pitkien sairauspoissaolojen takia menetetyistä työpanoksesta aiheutuu vuosittain vähintään miljardikustannukset. Kelan tutkimusblogi 28.8.2024.
- Blomhoff R, Andersen R, Arnesen EK, ym. (2023). Nordic Nutrition Recommendations. Integrating Environmental Aspects. Copenhagen: Nordisk Ministerråd.
- Botta-Genoulaz V, Millet PA (2006). An investigation into the use of ERP systems in the service sector. International Journal of Production Economics, 99(1–2), 202–221.
- Castaneda A, Kuusio H (2023). Syrjintäkokemukset. Teoksessa: MoniSuomi-työryhmä (2023). MoniSuomi-tutkimuksen 2022–2023 perustulokset. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Castaneda AE (2019). Etnisyyden ja syntyperän mukaiset hyvinvointierot ja syrjintä niiden taustalla. Teoksessa: Kestilä L, Karvonen S (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2018. Teema 31, 2019, 159–171. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Castaneda AE, Cilenti K, Rask S, ym. (2020). Migrants are underrepresented in mental health and rehabilitation services. Survey and register-based findings of Russian, Somali, and Kurdish origin adults in Finland. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020; 17:6223

- Castaneda AE, Rask S, Koponen P, ym. (2015). The association between discrimination and psychological and social well-being: A population-based study of Russian, Somali and Kurdish migrants in Finland. *Psychology & Developing Societies* 2015; 27:270–292.
- Castaneda A, Kuusio H, Leemann L, Majlander S (2023). Yksinäisyys, osallisuus ja syrjäytäkokeemukset. Terve Suomi -ilmiöraportti. THL.
- Castrén S (2023). Peliriippuvuus. Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Castrén S ja Alho H (2020). Toiminnalliset riippuvuudet. *Yleislääkäri* 35, 9–14.
- Castrén S, Järvinen-Tassopoulos J, Raitasalo K (2021). Money used in gaming is associated with problem gambling: Results of the ESPAD 2019 Finland. *Journal of Behavioral Addictions* 10:4, 932–940.
- Castrén S, Mustonen T, Hylkilä K, Männikkö N, Kääriäinen M, Raitasalo K (2022). Risk Factors for Excessive Social Media Use Differ from Those of Gambling and Gaming in Finnish Youth. *Int J Environ Res Public Health* 19:4:2406.
- Castrén S, Männikkö N (2024). Raha- ja digipelaaminen sekä internetin käyttö. KOTT -ilmiöraportti. Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Castrén S, Ulfves N, Levola J (2023). Digipelaaminen voi kehittyä riippuvuudeksi: digipeliriippuvuus häiriönä ICD-11-tautiluokituksessa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 139:15,1169–76.
- Croell K, Knape N, Leipälä J, ym. (2024). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa. Valtakunnallinen asiantuntija-arvio, syksy 2024. Päätösten teon tueksi 7/2024. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL).
- De Bruin J, Doodkorte R, Sinervo T, Clemens T (2022). The implementation and outcomes of self-managing teams in elderly care: A scoping review. *Journal of Nursing Management*, 2022 Oct 03.
- Ding D, Ramirez Varela A, Bauman AE, ym. (2020). Towards better evidence-informed global action: Lessons learnt from the Lancet series and recent developments in physical activity and public health. *Br J Sports Med*. 2020;54(8):462–468.
- Donovan RJ, Koushede VJ, Drane CF, ym. (2021). Twenty-One Reasons for Implementing the Act-Belong-Commit-’ABCs of Mental Health’ Campaign. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18:21, 11095.
- EAPN-Fin (2023). Köyhyysvahti. Suomen köyhyysraportti 2023.
- Edgren J, ym. (2024) Palvelutarpeet – RAI-vertailutiedot 2023. Tilastoraportti 54/2024. Helsinki: terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Ehrensaft MK, Langhinrichsen-Rohling J (2022). Intergenerational transmission of intimate partner violence: Summary and current research on processes of transmission. Teoksessa: R Geffner, JW White, LK Hamberger, A Rosenbaum, V Vaughan-Eden, VI Vieth (toim.) Handbook of interpersonal violence and abuse across the lifespan: A project of the National Partnership to End Interpersonal Violence Across the Lifespan (NPEIV) (pp. 2485–2509). Springer Nature Switzerland AG.
- Eriksson P, Harrikari T (2023). Lastensuojelun sijais- huollon palvelutuotannon muutos 2018–2023: Yksityistymisen ja markkinoistumisen trendien tarkastelu. *Yhteiskuntapolitiikka* 5–6, 552–560.
- Eskelinen N, Kainulainen S, Kujala P, Niemelä M (2022). Koetun hyvinvoinnin muutokset ja väestöryhmittäiset erot. Teoksessa Rajavuori A (toim.) Eriarvoisuuden tila Suomessa 2022. Helsinki: Into Kustannus.
- Eskola P, Tuomo W, Riekkö M, Timonen M, Auvinen J (2022). Hoidon jatkuvuusmalli: Omalääkäri 2.0 - selvityksen loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja 2022:17.
- ETK (2024). Eläketurvakeskuksen tilastot.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2024). European Drug Report 2024: Trends and Developments.
- Eurostat (2024). Statistics | Eurostat (europa.eu)
- Finlex (2023). Tupakkalaki 549/2016.
- Forsell M (2022). Lasten ja nuorten mielenterveysperusteinen tutkimus ja hoito 2020: Lähes joka viidennellä 18–22-vuotiaalla oli mielenterveyteen liittyvä käynti julkisessa terveydenhuollossa vuonna 2020. Tilastoraportti 21/2022. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL)
- Forsell M, Inget-Leinonen S, Jasim R, ym. (2024). Sosiaalihuollon asiakasmäärät. Sosiaalihuollon seurantarekisterin tiedot vuoden 2023 vuosineljänneksillä. Työpaperi 32/2024. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL).

- Garoff F, Lehti V, Castaneda A (2024). Rasismien vaikutukset mielenterveyteen. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 140, 3–8.
- Global Health Estimates (2021). Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2021. Geneva: World Health Organization.
- Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain 51 a ja 51 b §:n ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain 10 a ja 10 b §:n muuttamisesta.
- Halonen U (2023). Muistisairaiden omaishoitajat palvelujärjestelmässä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Harwatt H, Benton TG, Bengtsson J, ym. Environmental sustainability of food production and consumption in the Nordic and Baltic region – a scoping review for Nordic Nutrition Recommendations 2023. Food Nutr Res. 2024. 68; 10539.
- Heikkilä R, Mäkelä M, Noro A, Lammintakanen J, Laulainen S (2020). Millaisilla palveluilla enintään keskivaikeasti oireilevat muistisairautta sairastavat henkilöt pärjäävät kotona? Gerontologia 2020;34(2):74–87.
- Heimonen T, Niklander E (2024). Moniammatillinen riskinarviointimenetelmä MARAK Suomessa: Selvitys MARAK-toiminnan tilannekuvasta ja käytännöistä. Työpaperi 67/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Heiskanen M, Karlsson N, Nesterinen N, Latvala-White H (2024). Rahapelihaittojen ehkäisy ja vähentäminen muuttuvassa rahapeliympäristössä: tuloksia ammattilaiskyselyistä. Tutkimuksesta tiiviisti 16/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Helliwell JF, Huang H, Norton M, Goff L, Wang S (2023). World Happiness, Trust, and Social Connections in Times of Crisis. World Happiness Report 2023.
- Herman PM, Nguyen P, Sturm R (2021). Diet quality improvement and 30-year population health and economic outcomes: a microsimulation study. Public Health Nutr. 2021;25(5):1–9.
- Hirvonen J (2019). Asumisen etninen eriytyminen Helsingissä ja muualla. Kvartti 4/2019, 46–57.
- Hirvonen J, Puustinen S (2016). Alueellinen segregaatio ja väestörakenteen muutokset. Teoksessa Puustinen S, Mäntysalo R ja Karppi I (toim.): Strateginen eheyttäminen kaupunkiseuduilla. Valtioneuvoston selitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 4/2016, s. 87–106.
- Holm M, Pohjola V, Sainio P, Parikka S (2024). Terveyden ja toimintakyky. KOTT-ilmiöraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Holster T, Haula T, Korajoki M (2022). Sote-rahoituksen tarvevakiointi: päivitys 2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. THL Työpaperi 26/2022. Helsinki.
- Honkatukia J, Suhonen T, Haula T, ym. (2024). Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstötarpeen ennakointi. Valtioneuvoston selvitys- ja julkaisu-toiminnan julkaisusarja 2024:13.
- Huikko E, Peltola P, Aalto-Setälä T (2023). Lasten ja nuorten mielenterveyden vaikuttavuuden lisääminen. Kansallisen lapsistrategian toimenpiteen 13 loppuraportti. Työpaperi 3/2023. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Husu P, Tokola K, Vähä-Ypyä H, Vasankari T (2022). Liikuntaraportti. Suomalaisten mitattu liikuminen, paikallaanolo ja fyysinen kunto 2018–2022. Opetus- ja kulttuuriministeriö Helsinki 2022. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2022:33.
- Hylkilä K, Männikkö N, Peltonen A, ym. (2024). Association between problematic social networking site use and social well-being among young adults: A systematic review. Journal of Affective Disorders Reports, 16.
- Härkänen T, Sainio S, Stenholm S, ym. (2019). Projecting long-term trends in mobility limitations: impact of excess weight, smoking and physical inactivity. J Epidemiol Community Health 2019;73(5): 443–450.
- Hömpö P, Nurmi-Koikkalainen P, Voutilainen M (2024). Vammaispalveluiden sosiaalityössä tiimeistä taustatukea – päätöksenteon pysyttävä ammattilaisella. THL blogi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Hömpö P, Voutilainen M, Väre A, Nurmi-Koikkalainen P (2023). Vammaispalvelut 2022: Tuloksia kunta- ja työntekijäkyselyistä. Työpaperi 2023/15. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Ilmakunnas I, Uotinen J, Vaalavuo M (2024). Association Between Age and Subjective Economic Hardship Across the Income Distribution in Europe. Soc Indic Res 173, 523–542.
- Ilmarinen K, Aalto A-M, Rantakokko M, Sainio P, Sääksjärvi K (2023). Avun tarve ja saaminen. Terve Suomi-ilmiöraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

- Ilmarinen K, Lindström E, Neijonen, A, Honkanen S, Kehusmaa S (2024). Sopimusomaishoidon tilannekuva 2024 – Hyvinvointialueiden myöntämisperusteet, toimintakäytänteet ja omaishoidon tuen menot. Työpaperi 53/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Jakonen M, Säilävaara J, Ikonen HM (2023). ”Eipä tässä käteen jää juuri yhtään mitään, kun toisesta päästä leikataan heti”: työssäkävien köyhien kokemuksia prekaarista työstä ja sosiaaliturvasta 2000-luvun Suomessa. Työväentutkimus, 37, 7–28.
- Jantunen S, Mäkelä T, Ruotsalainen S, Sinervo T (2023). Introducing Self-Organization to Finnish Home Care Teams: Expectations and Outcomes. Scandinavian Journal of Public Administration, 27(3), 57–72.
- Jokela S, Kilpeläinen K, Parikka S, ym. (toim.) (2021). Terveyden eriarvoisuus Suomessa - Ehdotus seurantajärjestelmän kehittämiseen. Raportti 5/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Josefsson K, Saukkonen P, Alastalo H (2024). Etäteknologia ja suostumus teknologian käyttöön iäkkäiden palveluissa. Teoksessa: Kehusmaa S, Honkanen S, Saukkonen P. (toim.) Kehittyvät iäkkäiden palvelut Suomessa: Vanhuspalvelujen tila -seurannan tuloksia 2023. Raportti 5/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Junttila HE, Vaaramo MM, Huikari SM, ym. (2023). Association of accelerometer-measured physical activity and midlife income: A Northern Finland Birth Cohort 1966 Study. Scand J Med Sci Sports. 2023 Sep;33(9):1765–1778.
- Järvinen-Tassopoulos J, Silvennoinen I, Roukka T (2024). Nuorten aikuisten suojaamiseksi rahapelihaitoilta on tehtävä enemmän. THL-blogi 25.6.2024.
- Jääskeläinen, T ym. (2025). The associations between chronic diseases and quality of life – a Finnish population-based study, julkaisematon käsikirjoitus.
- Kaakinen J (2023). Kotiin. Selvitysraportti tarvittavista toimenpiteistä asunnottomuuden poistamiseksi vuoteen 2027 mennessä.
- Kaartinen N, Paalanen L, Bäck S, ym. (2023). Ruokavaliot ovat osa terveys- ja ympäristöhaasteiden ratkaisua – uudet ravitsemussuosittukset tukevat kestävyys siirtymää. Päätösten tueksi 9/2023. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kailanto S, Viskari I (toim.) (2023). Huumekeuholemien ehkäisyn Suomen malli – Toimenpide-ehdotuksia ja ohjeita käytännön toteutukseen. Ohjauksen 13/2023. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Kallio J, Hakovirta M (toim.) (2020). Lapsiperheet, köyhyys ja huono-osaisuus. Tampere: Vastapaino.
- Kanninen O, Virkola T, Lil E, Rask S (2022). Tavoitteena syrjimätön työelämä: Työsyönnön nykytila ja keinoja tasa-arvon ja yhdenvertaisuuden edistämiseksi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:20
- Kansalaispulsso 2024, Valtioneuvosto. <https://valtioneuvosto.fi/kansalaispulsso>
- Karjalainen K (2023). Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet – Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2022. Raportti 12/2023. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Karvonen S, Kestilä L (2023). Sosiaalinen kestävyys. Terve Suomi 2023, ilmiöraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Karvonen S, Salmi M (toim.) (2016). Lapsiköyhyys Suomessa 2010-luvulla. Työpaperi 30/2016, Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Karvonen S, Kestilä L, Saikkonen P (toim.) (2022). Suomalaisten hyvinvointi 2022. Teema 35. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Katz A, Kiviranta H, Helve O (2023). Terveyden turvallisuuden valmiustoiminnasta Suomessa – olemeko varautuneet seuraavaan pandemiaan? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2023;139(13):1099–1106.
- Kauppinen TM, Makkila S (2022). Lähiöalueiden väestörakenteen kehitys suurissa kaupungeissa vuosina 1995–2019. Työpaperi 38/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Kehusmaa S, Elovainio M, Sainio P (2023). Toimintarajoitteista puolisoaan avustavien terveys ja hyvinvointi ja kokemus sosiaali- ja terveyspalveluiden riittävydestä muuta väestöä heikompi. Tutkimuksesta tiiviisti 60/2023, Suomen sosiaalinen tila 7/2023. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kela (2024a). Eläketilastot kuvioina | Kelan tietotarjotin
- Kela (2024b). Tietopaketti: sairauspoissaolot | Kelan tietotarjotin
- Kela (2024c). Mielenterveysperusteisten pitkien sairauspoissaolojen takia menetetyistä työpanoksesta aiheutuu vuosittain vähintään miljardikustannukset | Kelan tietotarjotin

- Kela (2024d). Kelan julkaistut ja julkaisemattomat tilastot.
- Kela (2024e). Kelan kuntoutustilasto 2023, SVT sosiaaliturva. Kela, Helsinki.
- Kela (2024f). Tietopaketti: Sosiaaliturvamuutosten seuranta, Kelan tietotarjotin
- Kela (2024g). Tietopaketti: Toimeentulotuki, Kelan tietotarjotin
- Kela (2024h). Tilastopalvelu: Kelan maksama perustoimeentulotuki
- Kestilä L, Karvonen S (2022). Katsaus Suomen väestöön ja väestön hyvinvointiin tilastojen valossa. Teoksessa: Karvonen S, Kestilä L, Saikkonen P. Suomalaisten hyvinvointi 2022. Teema 35. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Kestilä L, Karvonen S (2023). Toimeentulon vaikeudet. Terve Suomi -ilmiöraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kestilä L, Karvonen S (2024). Tulevaisuus ja turvallisuus. KOTT-ilmiöraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kieseppä V, Tornainen-Holm M, Jokela M, ym. (2020). Immigrants' mental health service use compared to that of native Finns: a register study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2020; 55:487–496.
- Kiili J, Jaakola A-M, Anis M, Lamponen T, Stenvall E (2024). Lapsiperheiden ja lastensuojelun sosiaalityö 2020-luvulla. Teoksessa Kiili J, Jaakola A-M, Anis M, Lamponen T, Stenvall, E (toim.). Lapsiperheiden ja lastensuojelun sosiaalityö. Helsinki: Gaudeamus.
- Kiviruusu O (2024). Excessive internet use among Finnish young people between 2017 and 2021 and the effect of COVID-19. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.
- Kiviruusu O, Paavonen J (2024). Liiallinen netinkäyttö nuorilla: yleistymisen sekä yhteydet hyvinvointiin ja opiskelun haasteisiin Kouluterveyskyselyssä 2017–2023. Tutkimuksesta tiiviisti 25/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Kiviruusu O, Suvisaari J (2024). Mielenterveys ja mielenterveyspalvelujen riittävyys. KOTT-ilmiöraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Kiviruusu O, Ranta K, Lindgren M, ym. (2024). Mental health after COVID-19 pandemic among Finnish youth: A repeated, cross-sectional, population-based study. The Lancet Psychiatry 11:6, 451–460.
- Knaappila N, Marttunen M, Fröjd S, Kaltiala R (2021). Changes over time in mental health symptoms among adolescents in Tampere, Finland. Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology 9: 96–104.
- Koivisto J, Muurinen H (2024). Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi. Työpäperi 47/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Kokko S, Martin L (toim.) (2023). Lasten ja nuorten liikuntakäyttäytyminen Suomessa: LIITU-tutkimuksen tuloksia 2022. Valtion liikuntaneuvosto. Valtion liikuntaneuvoston julkaisuja, 2023:1.
- Kolu P, Kari JT, Raitanen J, Sievänen H, ym. (2022). Economic burden of low physical activity and high sedentary behaviour in Finland. J Epidemiol Community Health 2022; 76:677–684.
- Koponen P, Koskinen S, Sainio P, Joensuu M, Puttonen S (2023). Työkyky. Terve Suomi -ilmiöraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- 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 (THL).
- Korjamo R (toim.) (2021). Seri-tukikeskusten asiakkaiden tausta, tukipalveluiden käyttö ja rikosprosessin eteneminen. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2021:69.
- Korpela T, Rantanen M, Sarparanta T, Mikkola H (2024) Perustoimeentulotukea saaneiden nuorten etuuspolut. Teoksessa Mikkola H, Sihvonen E, Korpela T (toim.) Sosiaaliturvan toimivuus nuorten muuttuvissa ja erilaisissa elämäntilanteissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2024:40.
- Koskela T, Ikonen J, Parikka S (2022). Aikuisväestön hyvinvointi ja terveys – Terve Suomi 2022. Tilastoraportti 31/2023. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Koskinen S, Koponen P, Lundqvist A (2023). Koettu Terveys. Terve Suomi 2023, ilmiöraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koskinen S, Paajanen T, Hänninen T, ym. (2023). Kognitiivinen toimintakyky. Terve Suomi-ilmiöraportti. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

- Koskinen S, Aalto A-M, Koponen P, Lundqvist A, Sainio P (2023). Elämänlaatu. Terve Suomi -ilmiöraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koskinen S, Martelin T (2007). Nykyiset kansanterveysongelmat ja mahdollisuudet niiden torjumiseen. Teoksessa: Terveydenhuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys. Osa 2. Terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn vaikutukset ja kustannusvaikutukset. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007.
- Kosola S, Kullberg M, Melander K ym. (2024). Associations of excessive internet use, sleep duration and physical activity with school absences: a cross-sectional, population-based study of adolescents in years 8 and 9. Arch Dis Child. doi:10.1136/archdischild-2023-326331
- Koukas K, Bailey R (2024). Monitoring of the application of the European Charter of Local Self-Government in Finland. Committee on the Monitoring of the implementation of the European Charter of Local Self-Government and on the respect of Human Rights and the Rule of Law at local and regional levels (Monitoring Committee).
- Kriikku P, Ojanperä I (2024). Myrkytyskuolemien kokonaismäärä pienenee-huumemyrkytyksiä edelleen paljon. Suomen Lääkärilehti 79:e39702.
- Kriikku P, Tikkanen J, Ojanperä I (2022). Nuoren huumemyrkytyskuoleman taustalla on useimmiten buprenorfiinin, bentsodiatsepiinien ja amfetamiinin päihdekäyttö. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 138: 1251–1256.
- Kullberg S, Melander M (2024). Associations of excessive internet use, sleep duration and physical activity with school absences: a cross-sectional, population-based study of adolescents in years 8 and 9. Arch Dis Child.
- Kulmala J, Ngandu T, Havulinna S, ym. (2019). The effect of multidomain lifestyle intervention on daily functioning in older people. J Am Geriatr Soc 67:6, 1138–1144.
- Kuusio H, Koponen P (2023). Terveyspalveluiden riittämättömyys. Teoksessa: MoniSuomi-työryhmä (2023). MoniSuomi-tutkimuksen 2022–2023 perustulokset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kärkkäinen E, Heponiemi T, Kaihlanen A, Virtanen L, Kainiemi E, Aalto A-M, Vehko T (2024). Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyyden parantaminen hyvinvointialueiden henkilöstö- ja rekrytointipalvelujen näkökulmasta. Tutkimuksesta tiiviisti 52/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
- Käypä hoito -suositus (Lihavuus - lapset, nuoret ja aikuiset). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lihavuustutkijat ry:n ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2024.
- Kääriälä A, Keski-Säntti M, Aaltonen M, ym. (2020). Suomi seuraavan sukupolven kasvuypäristönä. Seuranta Suomessa vuonna 1997 syntyneistä lapsista, joilla on ulkomailla syntynyt vanhempi. Raportti 15/2020. 108 sivua. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Laaksonen M, Blomgren J, Perhoniemi R (2021). Mielenterveyssyistä alkavat eläkkeet ovat yleistyneet nuorilla mutta vähentyneet vanhemmissa ikäryhmissä. Suomen Lääkärilehti 76:36, 1889–1897.
- Laaninen M, Niemelä M (2024). INVEST – pitkäikäis-tutkimus hyvinvoinnista. Poimittu 15.11.2024.
- Laatusuositus (2003). Yksilölliset palvelut, toimivat asunnot ja esteetön ympäristö. Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003: 4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto.
- Lahti J, Reinikainen J, Kontto J, ym. (2024). Work ability trends 2000–2020 and birth-cohort projections until 2040 in Finland. Scand J Public Health. DOI: 10.1177/14034948241228155
- Laki hyvinvointialueesta (611/2021). Finlex. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210611>
- Laki hyvinvointialueesta annetun lain muuttamisesta (468/2024). Finlex. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2024/20240468>
- Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 1977/519 (1977) Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1977/19770519>

- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021). Finlex. Saatavilla: <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210612>
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210612>
- Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987/380 (1987) <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380>
- Lampinen E-K, Eloranta A-M, Haapala EA, ym. (2017). Physical activity, sedentary behaviour, and socioeconomic status among Finnish girls and boys aged 6–8 years. Eur J Sport Sci. 2017 May;17(4):462–472.
- Latvala T, Rockloff M, Browne M, Roukka T, Lintonen T, Salonen A (2024). Towards more reliable gambling cost estimates, a population-based study with register-linkage. Preprint.
- Lavikainen P, Lehtimäki AV, Heiskanen J, Luoto R, Ademi Z, Martikainen J (2024). The impact of chronic conditions on productivity-adjusted life years (PALYs) in both the workplace and household settings in the general adult population in Finland. Value in Health.
- Leemann L, Nousiainen M, Keto-Tokoi A, Isola A-M (2022). Osallisuuden kokemus aikuisväestössä. Teoksessa Karvonen S, Kestilä L, Saikkonen P. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Lehtoranta L, Kaartinen N, Jääskeläinen J, ym. (2023) Lihavuus. Terve Suomi-ilmiöraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Leppäaho S, Kehusmaa S, Jokinen S, Luomala O, Luoma ML (2018). Kaikenikäisten omaishoito – Omais- ja perhehoidon kysely. Teoksessa Anja Noro (toim.) Omaishoito- ja perhehoidon kehitys vuosina 2015–2018. Päätelmät ja suositukset jatkotoimenpiteiksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2018:61. Helsinki: STM
- Leppänen H, Kampman O, Autio R, ym. (2022). Socio-economic factors and use of psychotherapy in common mental disorders predisposing to disability pension. BMC Health Services Research 22:1,983.
- Leskinen T, Hannula U (2023). Entistä useampi tekee vuokratyötä – työntekijöistä kolmasosa nuoria ja neljäsosa ulkomaalaistaustaisia. Tieto & Trendit, Tilastokeskus.
- Liikenne- ja viestintävirasto Traficom (2023). Henkilöliikennetutkimus 2021 Suomalaisten liikkuminen. Traficomin tutkimuksia ja selvityksiä 1/2023.
- Liikenne- ja viestintävirasto Traficom (2024). Henkilöliikennetutkimus syksy 2023. Suomalaisten liikkuminen. Traficomin tutkimuksia ja selvityksiä 14/2024.
- Lindroos E, Sirniö O, Vaalavuo M (2021). Lapsiköyhyys koko väestön köyhyyttä yleisempää Euroopassa: Suomessa lapsiköyhyyttä esiintyy etenkin yksinhuoltaja- ja maahanmuuttajaperheissä. INVEST Policy Brief 25.10.2021. INVEST Research Flagship, Turun yliopisto.
- Lindström E, Hömppi P, Nurmi-Koikkalainen P (2024). Vammaispalvelut hyvinvointialueilla syksyllä 2023. Työpaperi 26/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Luoto R, Sarnola K, Lindell E, Koponen P, Koskinen S. Työkyvyttömyysindeksi – uusi kansallinen mittari. Suomen Lääkärilehti 2023; 78:2020–2021.
- Macey J, Cantell M, Tossavainen T, Karjala A, Castrén S (2022). How can the potential harms of loot boxes be minimised? Proposals for understanding and addressing issues at a national level. J Behav Addict 11:2, 256–66. doi:10.1556/2006.2022.00016. Epub ahead of print. PMID: 35446784; PMCID: PMC9295237.
- Majlander S, Kuusio H, Kauppinen T, Kilpeläinen K, Koskela T, Rotko T (2021). Terveyden seuranta ja terveyserojen kaventaminen Suomessa –havainnot ja terveyseroista ja käytännön toimista. Tutkimuksesta tiiviisti 59/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Malin T, Vauhkonen T, Latvala A (2023). Seksuaalirikokset. Teoksessa Beuker A (toim.) Rikollisuustilanne 2022: rikollisuuskehitys tilastojen valossa. Katsauksia 55/2023. Kriminologian ja oikeuspolitiikan instituutti, Helsingin yliopisto.
- Manderbacka K, Lindell E, Suomela T, ym. (2021). Sosiaalinen asema ja menetetyt elinvuodet Suomessa 2017–2019. Tutkimuksesta tiiviisti 56/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Mankkinen T (2024). Lapsia ja nuoria pyritään radikalisoimaan uusien keinoin. Haaste-lehti 3 /2024.
- Mariottini C, Häkkinen M, Kriikku P, Ojanperä I (2024). Buprenorphine deaths confirmed by toxicology reveal a low proportion of opioid agonist treatment before death in Finland. International Journal of Legal Medicine 24: 1–8.

- Matikka A, Castaneda A, Ervasti E (2024). Ulkomaalaistaustaisten 8.- ja 9.-luokkalaisten hyvinvointi – Kouluterveyskysely 2019–2023. Tutkimuksesta tiiviisti 27/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- McGorry PD, Mei C, Dalal N, ym. (2024). The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. *The Lancet Psychiatry*, 11, 731–774.
- Mehtälä A, Sääkslahti A, Asunta P, ym. (2024). Pienten lasten liikunnan ilo, fyysinen aktiivisuus ja motoriset taidot Suomessa: Piilo-tutkimuksen tuloksia 2023. Opetus- ja kulttuuriministeriö. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja, 2024:10.
- Moni Suomi (2023). MoniSuomi 2022 ilmiöraportti: Liikunta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Muench S, Whyte J, Hauer G, Maleville A, Asikainen T (2024) Risks on the horizon, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Mäki P, Puska P, Rissanen A, Mustajoki P. Yhteiskunnalliset toimet välttämättömiä lihomiskehityksen kääntämiseksi. *Suomen Lääkärilehti* 2021; 76:3051–3055.
- Mäkelä P, Karlsson T (2019). Miten alkoholimonopolit vaikuttavat väestön alkoholinkulutukseen? Katsaus tutkimuskirjallisuuteen. *Yhteiskuntapolitiikka* 84:5–6, 618–628.
- Mäkelä P, Paljärvi T (2015). Alkoholiongelmien ja työmarkkinoilla pysyminen: varhaista puuttamista tarvitaan. Tutkimuksesta tiiviisti 32/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mäkelä P, Warpenius K, Karlsson T (2022). Alkon yksinoikeusjärjestelmä on tehokas keino ehkäistä alkoholihaittoja. Tutkimuksesta tiiviisti 17/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Männikkö, N., Palomäki, J., Parikka, S., Määttänen, I., & Castrén, S. (2024). Establishing Academic Burnout's Relationship with Problematic Internet Use and Specific Health-Risk Behaviours: A Cross-sectional Study of Finnish Higher Education Students. *International journal of mental health and addiction*.
- Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levälahti E 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.
- Nguyen L, Häkkinen U (2022). Koettu tyydyttämätön terveystalouden tarve ja terveystalouden käyttö. Työpaperi 48/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Niemelä M, Laaninen M (2024). Suomalaisen koettu hyvinvointi kriisien aikana. Teoksessa: Rajavuori A (toim.). Eriarvoisuuden tila Suomessa 2024. Helsinki: Into Kustannus, 19–47.
- Niemi M, Eriksson P (2023). Sijoitettuna asuvien peruskouluikäisten kokemuksia terveydestä, päihteistä, väkivallasta ja palveluista. Tutkimuksesta tiiviisti 53/2023. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Niinistö S (2024) Safer together. Strengthening Europe's Civilian and Military Preparedness and Readiness. European Union.
- Niklander E, Krogell J (2024). Lähisuhdeväkivallan vastaisen työn rakenteita tulee vahvistaa – suosituksia nykytilan korjaamiseksi. Päätösten tueksi 3/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Nykänen S, Kuusio H (2023). Työllisyys ja osaaminen. Teoksessa: MoniSuomi-työryhmä (2023). MoniSuomi-tutkimuksen 2022–2023 perustulokset. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Obućina O, Ilmakunnas I (2020). Poverty and Overcrowding among Immigrant Children in an Emerging Destination: Evidence from Finland. *Child Ind Res* 2020; 13:2031–2053.
- OECD (2023). Trust in Government.
- OECD (2024). Data Explorer.
- OECD (2024b) Well-being and beyond GDP.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023). Suomi: Maan terveysprofiili 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/ European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- Opetushallitus (2024)) Kestävän kehityksen tilanne Suomessa.
- Our Common Future (1987) Report of the World Commission on Environment and Development.
- O'Neill DW, Fanning AL, Lamb WF, Steinberger JK (2018). A Good Life for All Within Planetary Boundaries. *Nature Sustainability* 1(2), 88–95.
- Paatela S, Karreinen S, Tynkkynen L-K (2024). Ylimmän johdon näkemyksiä integraation etenemisestä ja edellytyksistä hyvinvointialueilla. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).



- Paatela, S, Tynkkynen, L-K (2024). ”Sote-uudistus ei oo ollenkaan vielä ohi, vaan se on vasta alkanut”: ylimmän johdon näkemyksiä hyvinvointialueiden toiminnan alkuvaiheista. Tutkimuksesta tiiviisti 8/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Parikka S, Holm M, Suvisaari J, ym. (2025) Past trends and future projections of psychological distress among general population in Finland. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Parikka S, Ikonen J, Pohjola V, ym. (2024). KOTT 2024 -tutkimuksen perustulokset 2024. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Parikka S, Koskela T, Pietilä A, Koponen P, Koskinen S. THL:n sairastavuusindeksi 2019. Tilastoraportti 13/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Partonen T, Grainger M, Vauhkonen T, Kiviruusu O, Talaslahti T, Suvisaari J (2024). Ikääntyneiden itsemurhakuolemia edeltäneet hoitokäynnit Suomessa vuosina 2016–2021. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 140:15,1255–63
- Perhoniemi R, Blomgren J, Laaksonen M (2020). Sources of income following a rejected disability pension application: a sequence analysis study. Disability and Rehabilitation 42:15, 2161–2169.
- Pietilä S, Tolonen E ja Peltola P (2024). Toimeentulotuki 2023 Toimeentulotuen saajien määrä jatkoilaskua vuonna 2023. Tilastoraportti 20/24.
- Pitkänen S, Harju H, Törmä S, Huotari K, Mayer M, Pyykkönen S (2019). Asunottomuusohjelmien arviointi. Ohjelmista asunottomuustyön vakiinnuttamiseen. Ympäristöministeriön julkaisuja 2019:11. Helsinki: Ympäristöministeriö.
- Pitkänen S, Koramo M, Valtakari M, Mäki J (2023). Asunottomuuden yhteistyöohjelman arviointi. Ympäristöministeriön julkaisuja 2023:32. Helsinki: Ympäristöministeriö.
- Pitkäniemi J, Malila N, Heikkinen S, Seppä K (2024). Syöpä 2022. Tilastoraportti Suomen syöpätilanteesta. Helsinki: Suomen Syöpäyhdistys.
- Pohjoismainen sosiaali- ja terveydenhuollon valmiusyhteistyö. <https://nordichealthpreparedness.org/>
- Pohjola V, Sarttila K, Lahti J (2024). Liikkuminen, uni ja lihavuus. KOTT-ilmiöraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Pohjolainen V, Suominen K (2023). Miksi mielen-terveyshäiriöiden ammatillisen kuntoutuksen hakemuksia hylätään yhä enemmän? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 139:18, 1421–1423
- Puolakka E, Pahkala K, Laitinen TT, ym. (2018). Childhood socioeconomic status and lifetime health behaviors: The Young Finns Study. Int J Cardiol. 2018 May 1:258:289–294.
- Raitasalo K (2024). Nuorten päihteiden käyttö ja rahapelaaminen – ESPAD 2024. Suomalaisnuorten alkoholinkäyttö vähenee edelleen, vapen ja nikotiinipussien käyttö on yleistä. Tilastoraportti 42/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Raivio H, Appelqvist-Schmidlechner K (2024). Mielen-terveys osana työkykyä - työ osana mielen-terveyttä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 140:18, 1469–1471.
- Raivio K (2023). Maapallo potilaana. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Rasinkangas J, Rosengren K, Ruonavaara H (2023). Asuntokannan sekoittaminen alueellisen eriytyamisen ehkäisykeinona. Analyysi Suomen 20 suurimmasta kaupungista. Yhteiskuntapolitiikka 88:4, 357–370.
- Rask S, Castaneda A (2019). Syrjintäkokemukset ja niiden yhteys hyvinvointiin ja kotoutumiseen ulkomaalaistaustaisessa väestössä. Teoksessa: Kazi V, Alitolppa-Niitamo A, Kaihovaara A (toim). Kotoutumisen kokonaiskatsaus 2019. Tutkimusartikkeleita kotoutumisesta. TEM oppaat ja muut julkaisut 2019:10. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Rask S, Elo IT, Koskinen S, Lilja E, Koponen P, Castaneda AE (2018). The association between discrimination and health: findings on Russian, Somali and Kurdish origin populations in Finland. Eur J Public Health, vol. 28:5. S. 898–903.
- Reinikainen J, Koskinen S, Zhou Z, Laatikainen T. Monisairastavuus kuormittaa terveydenhuoltoa yhä enemmän: ennusteet vuoteen 2040 asti. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Rikander H, Sutela M, Rikander S (2023). Alaikäisten rikollisuudesta ja katujengeistä. EDILEX 2023/17.
- Rimpelä M, Kirmanen T (2024). Miksi lapsiperhepalvelujen uudistamista Etelä-Karjalassa ei ole tutkittu? Yhteiskuntapolitiikka, 89 (4): 403–411.
- Ristikari T, Keski-Säntti M, Sutela E, ym. (2018). Suomi lasten kasvuympäristönä. Kahdeksantoista vuoden seuranta vuonna 1997 syntyneistä.

- THL Raportti 7/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja Nuorisotutkimusverkosto.
- Roitto HM, Lindell E, Koskinen S, Sarnola K, Koponen P, Ngandu T (2024). Diagnosoitujen muistisairauksien ilmaantuvuus ja esiintyvyys Suomessa vuosina 2016–2021 Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2024;140(5):411–9.
- Roitto H-M, Lindell E, Koskinen S, Sarnola K, Koponen P, Ngandu T (2024). Diagnosoitujen muistisairauksien ilmaantuvuus ja esiintyvyys Suomessa vuosina 2016–2021. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2024;140(5):411–9.
- Rotkirch A (2024). 20 ehdotusta lapsitöiden tukemiseksi: Selvitys syntyvyyden laskusta Suomessa. Valtioneuvoston julkaisuja 2024:46.
- Rotko T, Majlander S, Mesiäislehto M (toim.) (2023). Koko väestön terveys on yhteiskunnan menestystekijä. Ratkaisuja terveyserojen vähentämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muis-tioita 2023:16.
- Ruokolainen O, Pietilä A, Laatikainen T, Ollila H, Reinikainen J, Paalanen L (2024). Tupakointiin liittyvän sairastuvuuden ennakointi eri skenaarioissa 2025–2034. Tutkimuksesta tiiviisti 40/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Ruokolainen O, Reinikainen J, Ollila H, Härkänen T (2023). Saavutetaanko tupakkalain tavoite? Mallinustutkimus aikuisväestössä. Yhteiskun-tapolitiikka 2023 88:5–6, 500–512.
- Ruotsalainen P (2021). Lapsia elää tulojakauman kaikissa luokissa – köyhyysriski suurin nuorissa ja isoissa perheissä. Tieto & Trendit, Tilastokeskus.
- Ruotsalainen S, Elovainio M, Jantunen S, Sinervo T (2022). The mediating effect of psychosocial factors in the relationship between self-organizing teams and employee wellbeing: A cross-sectional observational study. Int J Nurs Stud. 2023 Feb; 138:104415.
- Rönkä S, Konttinen H, Häkkinen M, Karjalainen K (2024). Nuorten huumemyrkytyskuolemien olosuhteet – Näkökulmia ehkäisyyn. Tutkimuk-sesta tiiviisti 24/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Rönkä S, Ollgren J, Alho H, ym. (2020). Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa vuonna 2017. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 136: 927–35.
- Saikkonen P, Hannikainen K, Kauppinen TM, Rasi-kangas J, Vaalavuo M (2018). Sosiaalinen kestävyys: asuminen, segregatio ja tuloerot kolmella kaupunkiseudulla. Raportti 2/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Sainio P, Holm M, Koskinen S, Aalto AM, Hammar T, Pennanen M, Sääksjärvi K (2024). Iäkkään väestön toimintakyky, ja koettu avuntarve – Terve Suomi -tutkimuksen tuloksia. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Sainio P, ym. (2025). Time trends and projections in mobility limitations in ageing population in Finland 2013–2040. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Salmi M (2020). Lapsiperheiden köyhyys pitää yllä köyhyyden kierrettä. Teoksessa J Kallio ja M Hakovirta (toim.) Lapsiperheiden köyhyys ja huono-osaisuus. Tampere: Vastapaino, 37–71.
- Salmi M, Närvi J (2022). Toimeentulokokemukset ja hyvinvoinnin erot nelivuotiaiden perheissä. Äitien arvioita perheen taloudellisesta tilanteesta ja hyvinvoinnista FinLapset 2018 -kyselyssä. Työpa-peri 9/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Salmi M, Närvi J, Lammi-Taskula J (2016). Köyhyys, toimeentulo ja hyvinvointi lapsiperheissä. Julkai-sussa Karvonen S ja Salmi M (toim.): Lapsiköyhyys Suomessa 2010-luvulla. Työpaperi 30/2016. Helsinki: THL, 13–44.
- Salo H, Melin M, Nohynek H, Leino T (2023). Suomen kansallinen rokotusohjelma perustuu tutki-mustietoon. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2023;139(13):1119–26
- Santalahti A, Laatikainen T, Mäki P, ym. (2024). Keskeiset yhteiskunnalliset toimet väestön liho-miskehityksen pysäyttämiseksi. Tutkimuksesta tiiviisti 45/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Saske S (2024). Uudistunut palvelurakenne. Teok-sessa Kehusmaa S, Honkanen S ja Saukkonen P (toim.) Kehittyvät iäkkäiden palvelut Suomessa: Vanhuspalvelujen tila -seurannan tuloksia 2023. Raportti 5/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Saukkonen P, Kauppinen S (2024). Toiminnan suunnittelu kotihoidossa. Teoksessa Kehusmaa S, Honkanen S, Saukkonen, P (toim.) Kehittyvät iäkkäiden palvelut Suomessa: Vanhuspalvelujen tila -seurannan tuloksia 2023. Raportti 5/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Saukkonen P, Josefsson K, Honkanen S, Alastalo H, Heponiemi T (2024). Teknologia iäkkäiden palve-luissa: yleistymisen, asenteiden ja osaaminen. Teoksessa: Kehusmaa, S, Honkanen S, Saukkonen

- P (toim.) Kehittyvät iäkkäiden palvelut Suomessa: Vanhuspalvelujen tila -seurannan tuloksia 2023. Raportti 5/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Scrafford CG, Bi X, Multani JK, Murphy MM, Schmier JK, Barraji LM (2019). Health Economic Evaluation Modeling Shows Potential Health Care Cost Savings with Increased Conformance with Healthy Dietary Patterns among Adults in the United States. *J Acad Nutr Diet* 2019;119(4):599-616.
- Seppä K, Heikkinen S, Rynänen H, ym.: METCA Study Group (2024). Every tenth malignant solid tumor attributed to overweight and alcohol consumption: A population-based cohort study. *Eur J Cancer*; 198:113502.
- Siltala H, Hisasue T, Hietamäki J, ym. (2022). Lähi-suhdeväikivallasta aiheutuva palveluiden käyttö ja kustannukset terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:52.
- Sipilä N, Appelqvist-Schmidlechner K (2024). IPS Sijoita ja valmenna -työhönvalmennus mielen-terveyden häiriöön sairastuneiden työllistymisen tukena. Arviointitutkimus toimintamallin käytöstä, soveltuvuudesta ja koetusta vaikuttavuudesta. Raportti 1/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Sirniö O, Martikainen P, Kauppinen TM (2013). Intergenerational determinants of income level in Finland. *Social Forces* 92(2): 463-490.
- Skaffari E, Korkalo L, Vepsäläinen H, Nissinen K, Roos E, Erkkola M. Päiväkoti-ikäisten lasten ruokavalio -raportti. Helsingin yliopisto, 2019.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2022). Toimintasuunnitelma köyhyyden ja syrjäytymisen vähentämiseksi vuoteen 2030 mennessä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:15
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) (2023a). Tupakka- ja nikotiinipolitiikan kehittäminen. Työryhmän toimenpide-ehdotukset 2023. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2023:5. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2023b). Kiireettömään hoitoon pääsyä koskevat säännökset tiukentuvat 1.9.2023 alkaen
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM), Tartuntatautilaki (2023c). Tartuntatautilain kokonaisuudistus. STM071:00/2023 Säädosvalmistelu.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) (2024a). Laatusuositus aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024-2027. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2024:4.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) (2024b). Vuosien 2024 ja 2025 sosiaaliturvamuutosten yhteisvaikutukset kotitalouksien taloudelliseen asemaan. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM/Lapsistrategia 2024. Ohjeistus elintarvikkeiden markkinoinnista lapsille.
- Sosiaalihuoltolaki (2014). Saatavilla: Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX @
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX @
- SOSTE (2023). Laskelmia maakunnittain hallituksen esittämien leikkauksien vaikutuksista. SOSTE LIITE 14.11.2023.
- Sotkanet 2023a, Tilasto- ja indikaattoripankki, THL lääkäiden yhteisöllisen asumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavan ikäisestä väestöstä (ind. 6108)
- Sotkanet 2023b, Tilasto- ja indikaattoripankki, THL. Toiminnanohjausjärjestelmällä on pystytty kohdentamaan henkilöstöä hyvin asiakkaiden palvelutarpeisiin nähden, % ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköistä (ind. 6029).
- Sotkanet (2024), Tilasto- ja indikaattoripankki, THL Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet hoidettavat vuoden aikana, % vastaavan ikäisestä väestöstä (ind. 3262)
- Stenholm S, Sääksjärvi K, Elonheimo H, ym. (2023). Fyysinen toimintakyky. Terve Suomi-ilmiöraportti. THL.
- Stiglitz JE, Sen A, Fitoussi JP (2009). Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. Paris: Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress
- Stockwell T, Sherk A, Sorge J, ym. (2019). Finnish alcohol policy at the crossroads: The health, safety and economic consequences of alternative systems to manage the retail sale of alcohol. BC, Canada: Canadian Institute for Substance Use Research, University of Victoria.
- Suomen Syöpärekisteri (2024). Syöpätilastosovellus.

- Suomen virallinen tilasto (SVT) (2024). Rikos- ja pakkokeinotilasto [verkkójulkaisu]. Viiteajan-kohta: 2024, 3. vuosineljännes. ISSN=2342-9151. Helsinki: Tilastokeskus [Viitattu: 4.11.2024]. Saantitapa: <https://stat.fi/julkaisu/cln32qzal5jcd0bvzrbk6ts6b>
- Suonpää K, Koskela T, Sutela M, Törölä M, Aaltonen M (2023). Naisiin kohdistuvat parisuhdetapot. Tapahtumaketjut, taustat ja ehkäisy. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2023:16. Valtioneuvoston kanslia.
- Sustainable Development Report 2024
- Sutela H (2023). Maahanmuuttajien työllisyys Suomessa yli EU-keskitason – työmarkkina- asema heikompi kuin suomalaistaustaisilla. Tieto & Trendit, Tilastokeskus.
- Sutela H (2024). Millaisia töitä ulkomaalaistaustaiset tekevät? IT-ala noussut yhdeksi keskeisistä työllistäjistä. Tilastokeskus, Tieto & Trendit 14.6.2024.
- Suvisaari J, Solin P, Viertiö S, Partonen T (2023). Mielenterveys ja palveluiden käyttö. Terve Suomi -ilmiöraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Sääksjärvi K, Aalto A-M, Sainio P (2023). lääkkäiden perus- ja arkitoimista suoriutuminen. Terve Suomi-ilmiöraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Talasilahti T, Jämsen E (2024). Vanhuspsykiatrinen potilas hyötyy monialaisesta osaamisesta. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 140:4, 317–319
- Tampere P, Haimila K, Snellman A, ym. (2023). Kriisitilanteita koskevan kansalaisviestinnän kehittäminen: Työryhmän loppuraportti. Valtioneuvoston kanslian julkaisuja 2023:1.
- Tarkiainen L, Martikainen P, Peltonen R, Remes H (2017). Sosiaaliryhmien elinajanodote-erojen kasvu on pääosin pysähtynyt. Suomen Lääkäri-lehti 72(9):588–593.
- Terve Suomi (2023). Terve Suomi -tutkimuksen 2022–2023 perustulokset. THL.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2023a). Päihdetilastollinen vuosikirja 2023. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2023b). Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa 31.08.2023. Tilastoraportti 56/2023. Suomen virallinen tilasto (SVT).
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2023c). Kouluterveyskyselyn aikasarjat perusopetus 8. ja 9. lk, lukio, aol, 2006–2023.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2024a). Kansallinen terveysindeksi 2020–2022. Tilastoraportti 23/2024.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2024b). Lasten ja nuorten ylipaino ja lihavuus 2023: Neljäsosalla pojista ja viidesosalla tytöistä on ylipainoa tai lihavuutta – toimia lapsen terveen kasvun tukemiseen tarvitaan. Tilastoraportti 52/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2024c). Jätevesitutkimus, Väestötason huumeiden käyttö
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2024d). Vainajien oikeuskemialliset tutkimukset, Huumemyrkytyskuolemat
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2024e). Ruiskuhuumejäämätutkimus.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2024f). Tupakkatilasto 2023. Tilastoraportti 55/2024. Suomen virallinen tilasto (SVT).
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2024g). Suomalaisten rahapelaaminen 2023. Tilastoraportti 15/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2024h). Erikoissairaanhoidon hoitoonpääsy 31.8.2024. Tilastoraportti 48/2024. Suomen virallinen tilasto (SVT).
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2024i). Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa keväällä 2024. Tilastoraportti 28/2024.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2024j). Sote-avaintunnusluvut 2017–2023 THL kuutio- ja tiivistekäyttöliittymä
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2024k). Kotihoito 2023. Julkisesti järjestettyä kotihoitoa saa entistä harvempi ikääntynyt. Tilastoraportti 44/2024, Suomen virallinen tilasto, Kotihoito.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2024l). Lastensuojelu 2023. Tilastoraportti 19/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2024m). Lastensuojelun sosiaalityön henkilöstömitoitus 2024. Tilastoraportti 57/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2025). Terveyden tulevaisuuskuva. Verkkoraportti ennakointi- ja muutosskenaarioista, tulossa.
- Tervola J, Aaltonen K, Heino P, Kajantie M, Kari H, Ollonqvist J (2020). Kotitalouksien terveysmerojen vaikutukset köyhyyteen Suomessa. INVEST Working Papers 1/2020
- Tiirinki H, Sulander J, Sinervo T, Halme S, Keskimäki I (2022). Integrating Health and Social Services in Finland: Regional Approaches and Governance Models. International Journal of Integrated Care 22(3): 18, 1–11.
- Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Tilastokeskus (2023a). Työssäkäynti. Viiteajankohta: 2022. ISSN=1798–5528. Helsinki: Tilastokeskus [Viitattu: 30.10.2024].
- Tilastokeskus (2023b). Elinolotilasto
- Tilastokeskus (2024a). Syntyneet. Suomen virallinen tilasto (SVT): Syntyneet [verkkajulkaisu]. Viiteajankohta: 2023. ISSN=1798–2391. Helsinki: Tilastokeskus [Viitattu: 30.10.2024]. Saantitapa: Tilastokeskus [Viitattu: 30.10.2024].
- Tilastokeskus (2024b). Väestöennuste [verkkajulkaisu]. Viiteajankohta: 31.12.2024. ISSN=1798–5137. Helsinki: Tilastokeskus [Viitattu: 30.10.2024]. Saantitapa: <https://stat.fi/julkaisu/cln1i9lg94af80bw1rxn0njfg> ja <https://stat.fi/julkaisu/clmk9ryz23i460bw19ta41tdd>
- Tilastokeskus (2024c). muuttoliike. Suomen virallinen tilasto (SVT): Muuttoliike [verkkajulkaisu]. Viiteajankohta: 2023. ISSN=1797–6766. Helsinki: Tilastokeskus [Viitattu: 30.10.2024]. Saantitapa: Tilastokeskus [Viitattu: 30.10.2024].
- Tilastokeskus (2024d). Väestörakenne. Saantitapa: <https://stat.fi/tilasto/vaerak>
- Tilastokeskus (2024e). Elinolotilasto/132a 2024. Kotitalouksien koettu toimeentulo elinvaiheen mukaan, 2004–2023.
- Tilastokeskus (2024f). 873 000 henkilöä köyhyystai syrjäytymisriskissä vuonna 2022. Tiedote 28.3.2024.
- Tilastokeskus (2024g). Työllisiä vähemmän ja työttömiä enemmän lokakuussa 2024 verrattuna vuoden takaiseen. Tiedote 26.11.2024.
- Tilastokeskus (2024h). Tulonjakotilasto Pienituloisia 736 800 vuonna 2023 | Tilastokeskus.
- Tilastokeskus (2024i). Tuloerojen kehitys Suomessa 1966-2023 | Tilastokeskus
- Tilastokeskus (2024j) Tilastokeskus, asunnot ja asuinolot
- Tilastokeskus (2024k). Elinolotilasto/13jv 2024. Luottamus toisiin ihmisiin 16 vuotta täyttäneessä väestössä henkilön kotitalouden elinvaiheen mukaan, 2013–2023.
- Tilastotietokanta Kelasto (2024). Sairausvakuutuksesta korvattavat lääketoimitukset 2020–. Saavilla: <https://tietotarjotin.fi/tilastodata/2051231/tilastotietokanta-kelasto>. Viitattu 20.6.2024
- Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito (2024). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
- Tupala T, Ranta J, Leskelä R-L, ym. (2023). Työelämän mielenterveysohjelman vaikutusarviointi. Raportti joulukuun 2022. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 18.
- Tynkkynen LK, Keskimäki I, Karanikolos M, Litvinova Y (2023). Finland: Health system summary, 2023.
- Tähkäpää O, Vahti J, Mäkelä R-M (2024) Turvallisuusympäristön murros. Muutosten kokonaiskuva. Sitra.
- Ubarevičienė R ym. (2024) A Comparative Study of Socio-Economic Segregation in European Capital Cities: From Segregation to Desegregation? Arvioitavana
- UKK-instituutti. Liikkumisen suositukset.
- Ulosottolaitos (2024). Ulosotto Suomessa. Ulosottolaitoksen tilastoja vuodelta 2023. Helsinki: Ulosottolaitos.
- UNICEF (2023). Innocenti Report Card 18: Child poverty in the midst of wealth, UNICEF Innocenti Global Office of Research and Foresight.
- United Nations (1995) Copenhagen declaration on social development. Annex 1.
- United Nations (2023). Sustainable Development Goals Report.
- United Nations. Sustainable Development Goals.
- Valsta L, Kaartinen N, Tapanainen H, Männistö S, Sääksjärvi K (toim.) (2018). Ravitsemus Suomessa – FinRavinto 2017 -tutkimus. Raportti 12/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta (2024). Kestävää terveyttä ruoasta – kansalliset ravitsemussuositukset 2024. Ohjaus 10/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

- Valtioneuvosto (2023a). Vahva ja välittävä Suomi. Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma 20.6.2023. Valtioneuvoston julkaisuja 2023:58. Helsinki: Valtioneuvosto.
- Valtioneuvosto (2023b). Valtioneuvoston selonteko kansallisesta ilmastonmuutokseen sopeutumis suunnitelmasta vuoteen 2030 Hyvinvointia ja turvallisuutta muuttuvassa ilmastossa. Maa- ja metsätalousministeriö 2023. ISBN pdf: 978-952-383-585-6.
- Valtion talousarvioesitys 2025
- Valtioneuvosto (2024a) Tulevaisuusselonteon 1. osan strateginen toimintaympäristöanalyysi. Valtioneuvoston julkaisuja 2024:54.
- Valtioneuvosto (2024b). Hallituksen esitys eduskunnalle valtion talousarvioksi vuodelle 2025. HE 109/2024 vp.
- Valtioneuvosto (2024c) Valtioneuvoston selonteko YK:n kestävän kehityksen toimintaohjelma Agenda2030:n toimeenpanosta. Valtioneuvoston julkaisuja 2024:49.
- Valtiovarainministeriö (2024b) Julkisen talouden suunnitelma vuosille 2025–2028. Valtiovarainministeriön julkaisuja 2024:29
- Valtiovarainministeriö ja Valtiokonttori (2023). HVA-AURA - talousraportoinnin käsikirja. Versio 0.4, julkaistu 7.3.2024. Liite 2. Hyvinvointialueen ja hyvinvointiyhtymän palveluluokitus (Excel 19.6.2024). Kuntien ja hyvinvointialueiden raporttoimien tietojen tietomäärittysten ylläpidon yhteistyöryhmä.
- Vammaispalvelujen käsikirja (2024). Uuden vammaispalvelulain voimaantulo ja siirtymäsäännökset. THL.
- Vammaispalvelulaki (2023). Saatavilla: Vammaispalvelulaki 675/2023 - Säädökset alkuperäisinä - FINLEX @
- Van Aerschot L, Eskola P, Aaltonen M (2021). Muistisairaiden ja puoliso-omaishoitajien kokemuksia tuen riittämättömyydestä. Gerontologia, 35(3), 264–282.
- Viljakainen A, Jääskeläinen M, Ruokolainen O, Ollila H, Laatikainen T (2022). Tupakoinnin yhteiskunnalliset kustannukset vuonna 2020 ja vertailu vuoteen 2012. Tutkimuksesta tiiviisti 52/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Virtamo M, Järnstedt P, Tervonen S (2023). Omaishoidon tilannekuva 2023. Omaishoitajayhdistyksen näkemyksiä hyvinvointialueiden tarjoamista palveluista omaishoitajille ja hoidettaville. Omaishoitajaliitto ry.
- Vuori M, Vuorenmaa M, Ervasti E, Tuovinen E, Aalto-Setälä T (2024). Lasten ja nuorten ADHD-diagnoosien yleisyys 2022 ADHD-diagnoosit yleistyvät tasaisesti: sukupuoli- ja alue-erot ovat melko suuria. Tilastoraportti 1/2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Vähänen M (2015). Tupakoinnin yhteiskunnalliset kustannukset ja niiden arviointimenetelmät. Raportti 15/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Väänänen A, Toivanen M, Selander K, Joensuu M, Airaksinen J (toim.). (2024). Työn Suomi. Työolot, työkyky ja työhyvinvointi Terve Suomi -tutkimuksessa. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Warpenius K, Mäkelä P, Karlsson T (2022). Vuonna 2018 voimaan tulleen alkoholilain jälkiarviointi: Vaikutukset alkoholin saatavuuteen, kulutukseen ja haittoihin. Raportti 7/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Wennman H, Borodulin K, Jousilahti P. (2019). Vapaa-ajan liikunta ja fyysinen aktiivisuus lisääntyvät WHO:n tavoitteen mukaisesti. Tutkimuksesta tiiviisti 30/2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- WHO (2023). Can people afford to pay for health care? Evidence on financial protection in 40 countries in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023.
- Wikström K, Linna M, Reissell E, Laatikainen T (2023). Multimorbidity transitions and the associated healthcare cost among the Finnish adult population during a two-year follow-up. J Multimorb Comorb 2023
- Wimo A, Handels R, Antikainen R, ym. (2022). Dementia prevention: The potential long-term cost-effectiveness of the FINGER prevention program. Alzheimers & Dementia, vol 19, issue 3, 999–1008.
- World Health Organization (2022). ICD-11: International classification of diseases (11th revision). <https://icd.who.int/>

- Yhteiskunnan turvallisuusstrategia (YTS) (2017).  
Turvallisuuskomitea. Kokonaisturvallisuus.
- Yhteiskunnan turvallisuusstrategia (YTS) (2025).  
Valtioneuvoston periaatepäätös. Turvallisuusko-  
mittee. Valtioneuvoston julkaisuja 2025:1.
- Yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista  
(2016). Saatavilla Sopimustekstit - FINLEX @
- Yliruka L, Harrikari T, Forsell M, Kuoppala T, Purhonen  
E, Salmela M (2022). Lapsiperheiden ja lastensuo-  
jelun sosiaalityön organisoiminen sekä lasten-  
suojelulain mukaisen henkilöstömitoituksen  
toteutuminen: Kuntakyselyjen tulokset. Työpa-  
peri 44/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin  
laitos (THL).
- Yliruka L, Ristolainen T-P, Weckroth N (2023). Lapsi-  
perheiden ja lastensuojelun sosiaalityön organi-  
soiminen ja henkilömitoituksen toteutuminen:  
osa 2: Hyvinvointialuekyselyjen tulokset. Työpa-  
peri 37/2023. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin  
laitos (THL).
- Ylitörmänen T, Markkula J, Ollila H, ym. (2024).  
Tupakasta ja nikotiinista vieroitus: Suositukset  
hyvinvointialueille. Sosiaali- ja terveysminis-  
teriön julkaisuja 2024:16. Helsinki: sosiaali- ja  
terveysministeriö.
- Yrttiaho A, Jokinen J, Leino T, Vuori A ja Helve O  
(2023). COVID-19-pandemia osoitti yhtenäisen ja  
kattavan tilannekuvan tarpeen. Lääketieteellinen  
Aikakauskirja Duodecim 2023;139(13):1107–10.
- Yrttiaho A, Kestilä L ja Castaneda A (2023) Sosiaa-  
linen kestävyys lisää yhteiskunnan kokonaistur-  
vallisuutta ja kriisinkestävyttä. Maanpuolustus-  
lehti 14.12.2023.
- Yrttiaho A ja Kestilä L (2024) Turvallisen ja kriisejä  
kestävän yhteiskunnan perustana on sen sosiaa-  
linen kestävyys. THL-blogi 7.2.2024.