



Mielenterveyden häiriö nuoruudessa on yhteydessä suurempiin terveyspalvelujen käytöstä aiheutuviin kustannuksiin aikuisena

PÄÄLÖYDÖKSET

- Diagnosoitu mielenterveyden häiriö nuoruudessa oli yhteydessä suurempiin terveyspalveluiden käytöstä aiheutuviin kustannuksiin aikuisena.
- Erityisesti miehillä diagnosoitu mielenterveyden häiriö nuoruudessa lisäsi kustannuksia myöhemmin aikuisena.
- Diagnosoitu skitsofreniaryhmän häiriö (F2) nuoruudessa oli yhteydessä kaikkein suurimpiin terveyspalveluiden käytöstä aiheutuviin kustannuksiin.
- Korkeampi koulutustaso ennusti matalampia terveyspalveluiden käytöstä aiheutuvia kustannuksia ja pienempää psykiatrisen hoidon osuutta kustannuksista. Ero korkean ja matalan koulutustason välillä selittyi työkyvyttömyyseläkkeellä olemisen yleisyydellä jälkimmäisessä ryhmässä.
- Nuorten psyykkistä kuormittuneisuutta tulisi pyrkiä vähentämään panostamalla nuorten mielenterveyttä edistäviin palveluihin.
- Pienikin mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyden vähentyminen voi tuoda miljoonien eurojen vuosittaiset säästöt.

Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat merkittävää taakkaa niin yksilöille kuin yhteiskunnalle. On arvioitu, että Suomessa 20–25 prosenttia aikuisista ja 15–20 prosenttia lapsista ja nuorista kärsii jostain mielenterveyden häiriöstä, ja häiriöiden esiintyvyys on kasvanut vuo-desta 2000 lähtien (Markkula ym. 2014; Suvisaari ym. 2021). Sairastavuuden taakka on näh-tävissä esimerkiksi työkyvyttömyyseläkkeissä: mielenterveysdiagnoosit ovat vuodesta 2019 lähtien olleet yleisin syy työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen (ETK 2022a).

Mielenterveyden häiriöiden hoidosta aiheutuneet kustannukset erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa olivat koronapandemiaan edeltävinä vuosina noin 1,1 miljardia euroa vuodessa, joka vastasi noin viittä prosenttia terveydenhuollon kokonaismenoista (Matveinen 2019). Lisäksi muut yhteiskunnalliset kustannukset ovat merkittäviä. OECD on arvioinut mielenterveyden häiriöihin liittyvien välittömien ja välillisten kustannusten olleen vuonna 2015 Suomessa yhteensä 11 miljardia euroa (2018). Noin puolet työkyvyttömyys-eläkemenoista (1,2 miljardia euroa) vuonna 2021 aiheutui mielenterveyden häiriöistä (ETK 2022b). Lisäksi mielenterveyden häiriöt nuoruudessa ovat voimakkaasti yhteydessä myö-hempään sosioekonomiseen asemaan ja sosiaalietuuksien käyttöön (esim. Haula & Vaala-vuo 2021; Vaalavuo & Bakkum 2021).

Mielenterveyden häiriöt ovat yhteydessä myös muihin terveyden ongelmiin. Aiemman tutkimusnäytön mukaan mielenterveyden häiriöiden ennustetaan aiheuttavan kolmanneksen vajaakuntoisena eletyistä elinvuosista sekä 13 prosenttia menetetyistä toimintakykyisistä elinvuosista globaalisti, ja vauriassa maissa vakavia mielenterveyden häiriöitä sairastavat kuolevat 10–20 vuotta nuorempana kuin muut vastaavan ikäiset (Vigo ym. 2016). Isossa-Bri-tanniassa tehdyssä rekisteritutkimuksessa osoitettiin, että vakavia mielenterveyden häiriöitä sairastavilla oli kohonnut riski sairastua kroonisiin somaattisiin sairauksiin (Launders ym. 2022).

Tutkimusten mukaan mielenterveyden häiriöiden on arvioitu aiheuttavan enemmän koko-naiskustannuksia kuin kroonisten somaattisten sairauksien (Castelpietra ym. 2022). Aiem-min ei kuitenkaan ole juuri tutkittu sitä, miten kokonaiskustannukset jakautuvat myöhem-min eri väestöryhmissä ja mielenterveystaustan mukaan. Lisäksi harvat aiemmat tutkimuk-set on usein toteutettu rajatuilla otoksilla ja lyhytaikaisilla seurannoilla.

Tässä tutkimuksessa tarkastelemme suomalaisilla rekisteriaineistoilla, miten vuosina 1982–1984 syntyneillä Suomessa asuvilla henkilöillä nuoruuden mielenterveysongelmat ovat yhteydessä terveyspalveluiden käyttöön ja niistä aiheutuneisiin kustannuksiin aikuisena. Vertailemme eroja kustannuksissa nuoruuden psykiatrisen diagnoosin mukaan sekä erikseen naisilla ja miehillä. Lisäksi analysoimme, onko kustannuksissa eroa sosioekonomi-sen aseman mukaan.

Mielenterveyden häiriöt nuoruudessa korostuvat alemmissä sosioekonomisissa ryhmissä

Tämän tutkimuksen kohdejoukko koostui 189 706 henkilöstä, joita seurattiin 16–33-vuotiaina. Kohdejoukon taustatiedot esitetään taulukossa 1. Kohdejoukosta naisia oli 48,5 prosenttia ja ulkomaalaistaustaisia 1,6 prosenttia. Seuranjakson alkaessa lähes neljä viidestä asui kahden vanhemman perheessä ja noin viidesosa Suomen kuudessa suurimmassa kaupungissa.

Otto Honkanen,
tutkimuskoordinaattori
otto.honkanen@thl.fi
Outi Sirniö, erikoistutkija
outi.sirnio@thl.fi
Maria Vaalavuo, johtava tutkija
maria.vaalavuo@thl.fi

16–20-vuotiaiden nuorten hoitjaksojen psykiatristen diagnoosien jakauma (%) ICD-10-tautiluokituksen mukaan:

F0: Elimelliset aivo-oireyhtymät (0,2 %)
F1: Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt (3,6 %)
F2: Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt (10,3 %)
F3: Mielialahäiriöt [affektiiviset häiriöt] (36,3 %)
F4: Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt (24,2 %)
F5: Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät (11,5 %)
F6: Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt (1,9 %)
F7: Älyllinen kehitysvammaisuus – rajattu ulos
F8: Psykkisen kehityksen häiriöt (1,7 %)
F9: Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusikässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt (8,5 %)
F99: Määrittämätön mielenterveyden häiriö (1,8 %)

Taulukko 1. Kohdejoukon vanhempien tuloluokka, vanhempien korkein koulutustaso, perhetyppi, vanhempien psykiatrinen diagnoosi sekä asuinseutu sukupuolen ja nuoren oman psykiatrisen diagnoositaustan (16–20-vuotiaana) mukaan

Luokitus 16-vuotiaana (osuus kohdejoukosta)	Mies ei psykiatrinen diagnoosi 16–20 -vuotiaana	Mies psykiatrinen diagnoosi 16–20 -vuotiaana	Nainen ei psykiatrinen diagnoosi 16–20 -vuotiaana	Nainen psykiatrinen diagnoosi 16–20 -vuotiaana
Vanhempien tuloluokka¹				
1 – Matalin (19,4 %)	19,3 %	26,9 %	20,0 %	24,3 %
2 (19,4 %)	19,5 %	21,8 %	20,3 %	21,8 %
3 (19,4 %)	20,1 %	18,4 %	20,1 %	18,2 %
4 (19,4 %)	20,5 %	17,1 %	19,9 %	17,4 %
5 – Korkein (19,4 %)	20,6 %	15,7 %	19,8 %	18,3 %
	100 %	100 %	100 %	100 %
Vanhempien korkein koulutustaso				
Perusaste (15,8 %)	14,5 %	22,8 %	16,1 %	22,7 %
Toinen aste (41,9 %)	42,2 %	41,6 %	41,9 %	39,9 %
Korkea-aste (42,3 %)	43,3 %	35,7 %	42,0 %	37,4 %
	100 %	100 %	100 %	100 %
Perhetyppi				
Yksinasuvat ja nuoret parit (2,8 %)	1,8 %	5,6 %	3,1 %	7,8 %
Yhden vanhemman perhe (19,9 %)	19,1 %	30,1 %	19,4 %	27,6 %
Kahden vanhemman perhe (77,3 %)	79,1 %	64,3 %	77,5 %	64,6 %
	100 %	100 %	100 %	100 %
Psykiatrinen diagnoosi vähintään toisella vanhemmista				
Diagnoosi (2,1 %)	1,9 %	3,9 %	1,9 %	4,8 %
Ei diagnoosia (97,9 %)	98,1 %	96,1 %	98,1 %	95,2 %
	100 %	100 %	100 %	100 %
Asuinseutu				
6 suurinta kaupunkia (22,0 %)	21,4 %	26,8 %	22,0 %	26,5 %
Muu Suomi (78,0)	78,6 %	73,2 %	78,0 %	73,5 %
	100 %	100 %	100 %	100 %
Havaintojen lukumäärä				
189706 (100,0 %)	91602 (48,3 %)	6174 (3,3 %)	84680 (44,6 %)	7250 (3,8 %)
	Ryhmän koko (osuus kohdejoukosta)			

1. Tuloluokka on asutokunnan tuloluokka ja käsittää 16-vuotiaana vähintään yhden vanhemman kanssa asuvat.

Näin tutkimus tehtiin:

Analyyseissa käytettiin INVEST-lippulaivahankkeen kattavaa rekisteriaineistoa (TK-53-1221-20), joka sisältää koko Suomessa asuvan väestön. Rekisteriaineistoa hyödynnettiin Tilastokeskuksen FOLK-henkilöaineistoa perustieto- ja asuntokuntamoduulin sekä lapsi - vanhemmat -moduulin osalta. Lisäksi terveystiedot poimittiin THL:n hoitoilmoitusrekisteristä (Hilmo). Tutkimuksessa käytetyt kustannukset ovat johdettu Hilmon tiedoista hyödyntämällä kansallista DRG-luokittelua ja hoitokasojen keskimääräisiä kustannuksia DRG-yksikköä kohden. Psykiatrian erikoisalnan osalta keskimääräinen hoitopäivän kustannus on arvioitu palvelutuottajan itseilmoitetun hoitokasojen kokonaiskustannuksen avulla. Kustannukset muunnettiin vastaamaan vuoden 2021 rahan arvoa.

Kohdejoukko muodostui vuosina 1982–1984 syntyneistä henkilöistä. Terveystiedot kerättiin ikävuosilta 16–20 (nuoruus) sekä 29–33 (aikuisuus). Tiedot rajattiin perusterveydenhuollon yksiköiden osastohoitojaksoihin sekä erikoissairaanhoidon yksiköiden kaikkiin hoitokasoihin. Mielenterveyshäiriötaustaiseksi määriteltiin henkilöt, joilla oli 16–20-vuoden iässä vähintään yksi hoitokaso, jonka päädiagnoosi oli psykiatrinen.

Henkilöiden vanhemmilla viitataan kasvattajavanhempiin sisältäen biologisten vanhempien lisäksi myös adoptiovanhemmat ja muut sosiaaliset vanhemmat, jotka asuvat nuoren kanssa samassa asutokunnassa. Analyysiin on rajattu mukaan henkilöt, jotka asuivat Suomessa 16-vuotiaasta 33-vuotiaaksi ja heillä ei ollut diagnoosi alyllistä kehitysvammaa (F7).

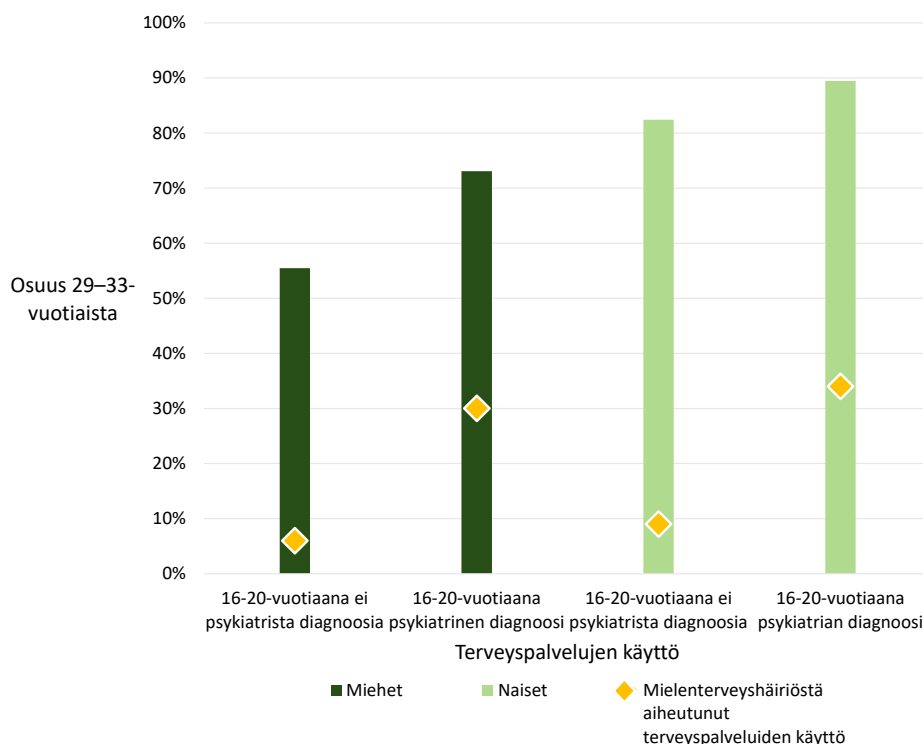
Kohdejoukosta 7,1 prosentilla oli diagnoosi vähintään yksi mielenterveyden häiriö 16–20-vuotiaana: naisilla esiintyvyys oli hieman yleisempää (7,9 %) kuin miehillä (6,3 %). Mielenterveyden häiriöt olivat yleisempiä matalan tuloluokan ja koulutustason perheiden nuorilla sekä yhden vanhemman perheiden nuorilla ja yksinasuvilla nuorilla: psykiatrisen diagnoosin saaneet nuoret olivat asuneet diagnoosimattomia useammin yhden vanhemman perheissä (ero miehillä 11,0 ja naisilla 8,2 prosenttiyksikköä). Ryhmien välillä oli eroja myös asuinseudun mukaan: psykiatrisen diagnoosin saaneet olivat asuneet diagnoosimattomia useammin suuressa kaupungissa (ero miehillä 5,4 ja naisilla 4,5 prosenttiyksikköä). Lisäksi vanhemman psykiatrisen diagnoosi oli yleisempi nuorilla, joilla oli diagnoosi mielenterveyden häiriö kuin nuorilla ilman diagnoosia.

16–20-vuotiailla naisilla oli yli kaksi kertaa enemmän mielenterveyden häiriöstä aiheutuvia terveyspalvelujen käyttökertoja kuin vastaavan ikäisillä miehillä. Kaksi yleisintä diagnoosiryhmää 16–20-vuotiaana saaduista mielenterveyden diagnooseista olivat mielialahäiriöt (F3), kuten masennus, sekä neuroosit ja psykosomaattiset häiriöt (F4), kuten ahdistus. Näiden yhteenlaskettu osuus kaikista diagnooseista oli noin 60 prosenttia. Mainittujen diagnoosiryhmien lisäksi miehillä korostuivat skitsofreniaryhmän häiriöt (F2) 15,8 prosentin osuudella ja naisilla fysiologisiin häiriöihin ja somaattisiin tekijöihin liittyvät mielenterveyden häiriöt (F5), kuten syömishäiriöt (15,5 %). Naisilla mielialahäiriödiagnoosit (F3) käsittivät 39 prosenttia kaikista psykiatrisista diagnooseista ja erilaiset ahdistukseen viittaavat diagnoosit (F4) 24 prosenttia. Vastaavasti miehillä F3-diagnoosiryhmä käsitti 29,8 prosenttia ja F4-diagnoosiryhmä 24,4 prosenttia kaikista psykiatrisista diagnooseista.

Mielenterveyden häiriö nuorena yhteydessä todennäköisempään terveyspalvelujen käyttöön aikuisena

Kuviossa 1 käy ilmi terveyspalveluja käyttäneiden osuudet sukupuolen ja nuoruuden psykiatrisen diagnoositaustan mukaan. Terveyspalvelujen käyttö oli 29–33-vuotiaana hyvin yleistä: yli puolet miehistä ja yli 80 prosenttia naisista oli käyttänyt terveyspalveluja vähintään kerran. Terveyspalveluja käyttäneiden naisten osuus oli suurempi kuin miehillä mielenterveyshäiriötaustasta riippumatta. Mielenterveyshäiriötaustaiset käyttivät terveyspalveluja todennäköisemmin kuin ne nuoret, joilla mielenterveyshäiriötaustaa ei ollut: palveluja käyttäneiden osuus oli miehillä 17,6 prosenttiyksikköä ja naisilla 7,1 prosenttiyksikköä suurempi. Osa naisten terveyspalvelujen käytöstä selittyi raskauteen ja hedelmällisyyteen liittyvällä palvelujen käytöllä: mielenterveyshäiriötaustaisten terveyspalveluja käyttäneiden osuus oli 6,6 prosenttiyksikköä ja muiden 15,4 prosenttiyksikköä pienempi, kun raskauteen ja hedelmällisyyteen liittyvä palvelujen käyttö oli jätetty tarkastelun ulkopuolelle. Raskauteen ja hedelmällisyyteen liittyvä palvelujen käyttö oli huomaituina naisten terveyspalveluja käyttäneiden osuus oli edelleen mielenterveyshäiriötaustaisilla 10,5 prosenttiyksikköä ja muilla 12,6 prosenttiyksikköä suurempi vastaaviin miehiin verrattuna.

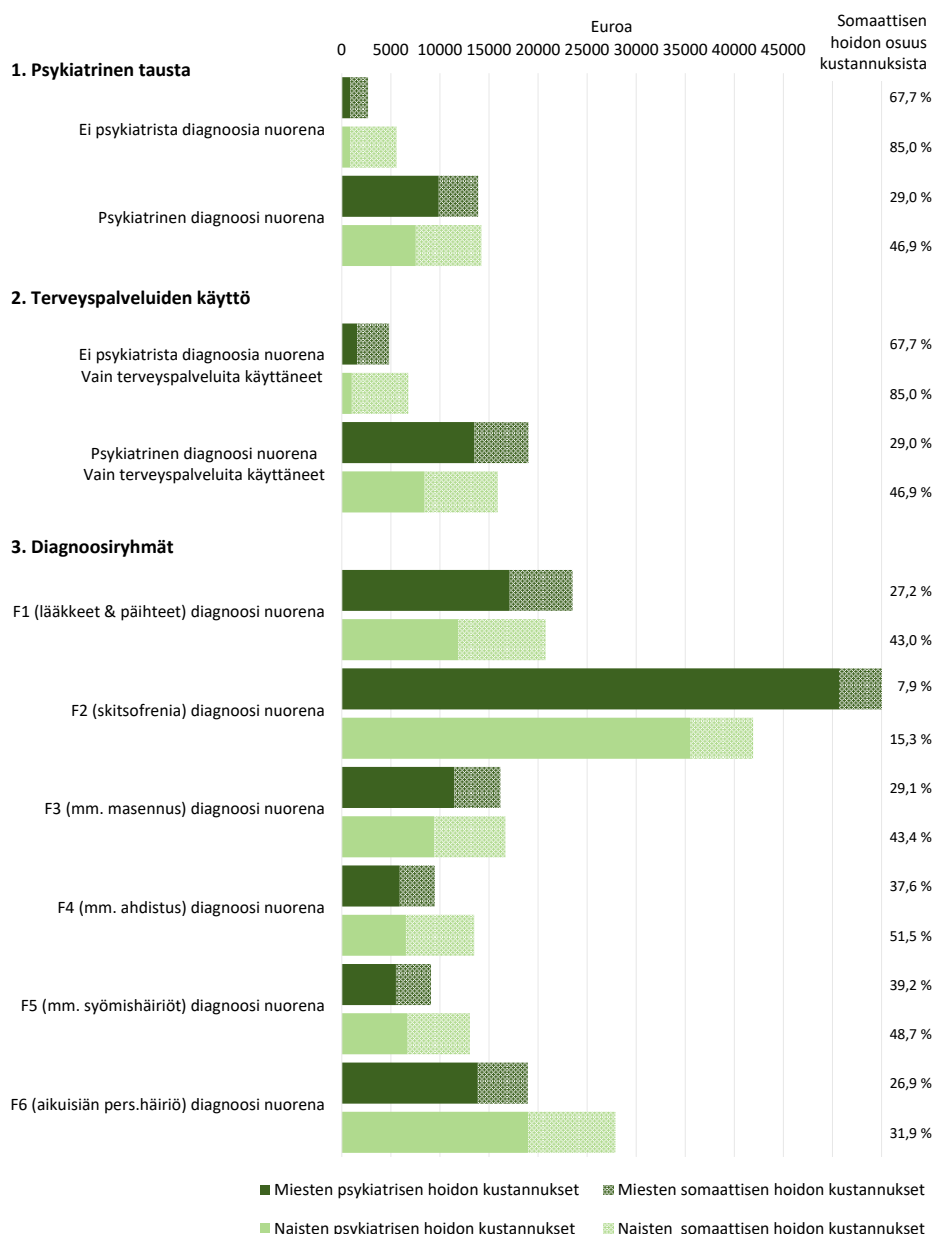
Psykiatrinen diagnoosi nuoruudessa oli voimakkaasti yhteydessä mielenterveyden häiriöstä aiheutuvaan terveyspalvelujen käyttöön aikuisena. Verrattuna miehiin ilman psykiatrista diagnoosia nuoruudessa, diagnoosin saaneilla miehillä oli lähes viisi kertaa todennäköisemmin mielenterveyden häiriöstä aiheutuva terveyspalvelujen käyttökerto myös aikuisena. Naisilla vastaava todennäköisyys oli nelinkertainen.



Kuvio 1. Terveyspalveluja käyttäneiden osuus ja mielenterveyden häiriöistä aiheutunut terveyspalveluja käyttäneiden osuus 29–33-vuotiaana sukupuolen ja diagnosoitaustan mukaan.

Mielenterveyden häiriö nuoruudessa lisää myös somaattisen hoidon kustannuksia aikuisena

Terveyspalvelujen käytöstä muodostuneita keskimääräisiä välittömiä kustannuksia tarkasteltiin 29–33-vuotiaana per henkilö. Kuviossa 2 esitetään keskimääräisten kustannusten euronääräinen summa eri alaryhmissä ja erotellaan somaattisen hoidon osuus kokonaiskustannuksista. Kokonaiskustannukset olivat huomattavasti pienemmät, jos nuoruudessa ei ole diagnosoitu mielenterveyden häiriötä. Mielenterveyshäiriötaustaisten miesten kokonaiskustannukset olivat tarkastelujaksolla keskimäärin yli viisinkertaiset ja naisilla lähes kolminkertaiset verrattuna niihin, joilla ei ollut diagnosoitua mielenterveyden häiriötä nuoruudessa. Diagnosoimattomien naisten kustannukset 29–33-vuotiaana olivat keskimäärin noin 5600 euroa. Summa oli yli kaksinkertainen vastaaviin miehiin verrattuna. Mielenterveyshäiriötaustaisilla naisilla ja miehillä kustannukset olivat lähes samansuuruiset, noin 14 000 euroa, vaikka kustannuksiin sisältyivät raskauteen ja hedelmällisyyteen liittyvät palvelujen käyttökerrat. Ryhmien väliset erot eivät muodostuneet pelkästään psykiatrisen hoidon kustannuksista: somaattisen hoidon kustannukset olivat mielenterveyshäiriötaustaisilla miehillä kaksinkertaiset ja naisilla lähes 50 prosenttia enemmän kuin diagnosoimattomilla.



Kuvio 2. Terveyspalvelujen käytöstä syntyneet keskimääräiset kustannukset 29–33-vuotiaana nuoruuden psykiatrisen diagnoositaustan mukaan, sekä somaattisen hoidon osuus kustannuksista.

Terveyspalvelujen tarve vaihtelee läpi elämän: kaikki eivät sairasta tai tarvitse palveluja noin 30-vuotiaana tai edes nuorina aikuisina. Tarkastelemalla 29–33-vuotiaana vain terveyspalveluita käyttäneitä (Kuvio 2, toinen paneeli) saadaan tarkempi käsitys terveyspalvelujen käytöstä aiheutuvista keskimääräisistä kustannuksista eri ryhmien välillä nuorilla aikuisilla. Tässä tarkastelussa sukupuolten välinen ero diagnosoimattomilla kaventui: naisten keskimääräiset kustannukset (noin 6 800 euroa) olivat enää 40 prosenttia suuremmat kuin miesten kustannukset. Samalla mielenterveyshäiriötaustaisten miesten keskimääräiset kustannukset olivat naisten kustannuksia suuremmat: terveyspalveluja käyttäneiden miesten kustannukset (noin 19 000 euroa) olivat 20 prosenttia suuremmat kuin naisten kustannukset. Terveyspalveluja käyttäneiden ryhmässä nuoruudessa psykiatrisen diagnoosin saaneiden kustannukset olivat miehillä lähes nelinkertaiset ja naisilla yli kaksinkertaiset verrattuna niihin miehiin ja naisiin, jotka eivät olleet saaneet nuoruudessa psykiatrista diagnoosia.

Eroteltaessa psykiatrisen hoidon kustannukset muun hoidon kustannuksista huomataan, että naisilla muun hoidon osuus kokonaiskustannuksista oli suurempi kuin miehillä.

riippumatta siitä, oliko nuoruudessa saanut psykiatrista diagnoosia. Tulokset olivat samansuuntaisia riippumatta siitä, tarkasteltiin koko väestöä vai vain terveyspalveluja käyttäneitä.

Seuraavaksi tarkastelimme terveyspalvelujen käytön kustannuksia nuoruudessa saadun psykiatrisen diagnoosin ryhmän mukaan (Kuvio 2, alin paneeli). Diagnosoitu skitsofreniaryhmän häiriö (F2) nuoruudessa oli yhteydessä kaikkein suurimpiin kustannuksiin aikuisena: kustannukset olivat miehillä keskimäärin 55 000 ja naisilla 42 000 euroa. Ne olivat miehillä nelinkertaiset ja naisilla kolminkertaiset verrattuna kaikkien mielenterveyshäiriötaustaisten keskimääräisiin kustannuksiin. Myös nuoruudessa diagnosoitu lääkkeisiin ja päihteisiin liittyvä häiriö (F1) tai aikuisiän persoonallisuus- tai käytöshäiriö (F6) olivat yhteydessä suurempiin kustannuksiin kuin mielenterveyshäiriötaustaisilla keskimäärin. Erityisesti naisilla F6-ryhmän diagnoosi oli yhteydessä selvästi suurempiin kustannuksiin kuin mielenterveyshäiriötaustaisilla naisilla keskimäärin: tämän ryhmän kustannukset olivat lähes kaksinkertaiset. Kustannukset naisten yleisimmässä psykiatrisessa diagnoosiryhmässä eli mielialahäiriöiden ryhmässä (F3) olivat myös korkeammat kuin mielenterveyshäiriötaustaisten keskimääräiset kustannukset. Muiden yleisten psykiatristen diagnoosiryhmien, kuten ahdistukseen (F4) ja syömishäiriöön viittaavien sairausryhmien (F5) keskimääräiset kustannukset olivat selvästi pienemmät kuin terveyspalveluja käyttäneillä mielenterveyshäiriötaustaisilla keskimäärin. Erot kustannuksissa johtuivat ennen kaikkea eroista psykiatrisen hoidon kustannuksissa. Somaattisen hoidon kustannukset vaihtelivat vähemmän eri ryhmien välillä, erityisesti naisilla.

Mielenterveyden häiriö nuoruudessa yhdistettynä matalaan koulutusasteeseen aikuisena lisää sairaanhoidon kustannuksia

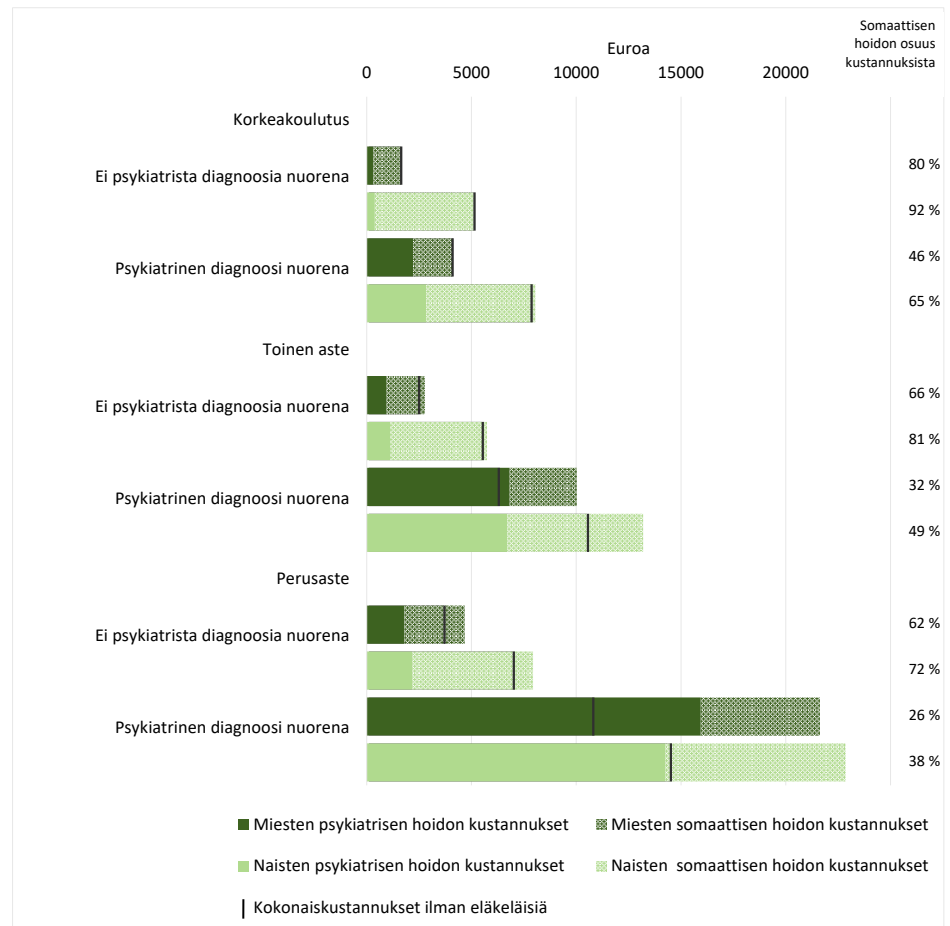
Sosioekonomisen aseman yhteyttä terveyspalvelujen käytöstä muodostuviin kustannuksiin tarkasteltiin 29-vuotiaana saavutetun koulutustason mukaan. Kuviossa 3 esitetään keskimääräisten kustannusten euromääräinen summa tutkintotason mukaan ryhmiteltynä ja somaattisen hoidon osuus eroteltuna. Lisäksi esitetään, paljonko kokonaiskustannukset vähenevät, jos 29-vuotiaana työkyvyttömyyseläkkeellä olevat henkilöt jätetään pois tarkastelusta. Matalampi koulutustaso ennusti suurempia terveyspalvelujen käytöstä syntyneitä kustannuksia: kustannukset laskivat koulutustason noustessa, ja samalla somaattisen hoidon kustannusten osuus kokonaiskustannuksista kasvoi.

Ei-mielenterveyshäiriötaustaisilla naisilla erot koulutustasojen välillä olivat pienempiä kuin muilla ryhmillä ja kokonaiskustannukset olivat toisen asteen tutkinnon ja korkeakoulututkinnon suorittaneilla lähellä toisiaan. Erityisesti somaattisten kustannusten osalta erot olivat pieniä, ja somaattisen hoidon osuus kokonaiskustannuksista oli korkeakoulutuksen suorittaneilla 92 prosenttia. Sen sijaan ei-mielenterveyshäiriötaustaisilla miehillä kokonaiskustannukset laskivat tasaisesti koulutustason noustessa, ja korkeasti koulutetuilla miehillä somaattisen hoidon osuus kokonaiskustannuksista oli 80 prosenttia. Tätä sukupuolten välistä eroa selittivät osin raskautteen ja hedelmällisyyteen liittyvät kustannukset.

Mielenterveyshäiriötaustaisten keskimääräiset kustannukset olivat kaikilla koulutustasoilla suuremmat verrattuna niihin, jotka eivät olleet saaneet nuoruudessa diagnoosia: vain perusasteen tutkinnon suorittaneilla miehillä keskimääräiset kokonaiskustannukset olivat lähes viisinkertaiset ja naisilla kolminkertaiset verrattuna diagnosoimattomiin saman koulutustason henkilöihin. Erot diagnosoitujen ja diagnosoimattomien välillä kaventuivat koulutustason noustessa: korkeasti koulutetuilla miehillä keskimääräiset kokonaiskustannukset olivat 2,5-kertaiset ja naisilla 1,6-kertaiset verrattuna ei-mielenterveyshäiriötaustaisiin. Myös somaattisen hoidon osalta mielenterveyshäiriötaustaisten kustannukset olivat suurempia verrattuna henkilöihin, joilla ei ole nuoruuden diagnoosia, mutta erot olivat selvästi pienempiä: somaattisen hoidon kustannukset olivat korkeintaan kaksinkertaiset mielenterveyshäiriötaustaisilla. Vastaavasti psykiatrisen hoidon kustannukset olivat mielenterveyshäiriötaustaisilla vähintään kuusinkertaiset verrattuna ei-mielenterveyshäiriötaustaisiin.

Huomioitavaa kuviossa 3 on, kuinka keskimääräiset kustannukset pienenevät merkittävästi matalasti kouluttautuneilla mielenterveyshäiriötaustaisilla, kun tarkastelun

ulkopuolelle jätettiin työkyvyttömyyseläkkeellä olevat henkilöt. Toisin sanoen merkittävä osuus väestötason kustannuksista syntyi eläkkeellä olevien terveyspalvelujen käytöstä, ja he olivat tutkitussa ikävaiheessa pääsääntöisesti (98 %) matalasti kouluttautuneita. Vain perusasteen tutkintotason saavuttaneiden mielenhäiriötaustaisten miesten keskimääräiset kustannukset puolittuivat ja naistenkin pienentyivät lähes 40 prosenttia, kun tarkastelusta poistettiin eläkkeellä olevat henkilöt. Vastaavasti toisen asteen tutkinnon saavuttaneiden mielenterveyshäiriötaustaisten keskimääräiset kustannukset pienentyivät miehillä lähes 40 prosenttia ja naisilla noin 20 prosenttia. Yli 71 000 korkeasti koulutetusta 29-vuotiaasta vain hyvin pieni osuus oli eläkkeellä, ja tällä koulutustasolla eläkkeellä olevien kustannusten osuus kaikista kustannuksista olikin häviävän pieni.



Kuvio 3. Terveyspalvelujen käytöstä syntyneet keskimääräiset kustannukset 29-33-vuotiaana saavutetun koulutusasteen mukaan.

Mielenterveyden edistäminen toisi huomattavia säästöjä

Mielenterveyden häiriöt ovat hyvin heterogeeninen sairausryhmä: häiriöiden aiheuttama työkyvyttömyys, invaliditeetti ja pahoinvointi ovat hyvin eri tavoin hoidettavia, ja osa sairauksista oireilee läpi elämän. Samalla häiriöiden ja sairauksien tarkka määrittely on vaikeaa, koska ajoittaiset oireilut voivat olla osa normaalia elämää. (Duodecim 2022.) Tämän tutkimuksen perusteella diagnosoitu mielenterveyden häiriö näyttää kuitenkin olevan yhteydessä todennäköisempään terveyspalvelujen käyttöön myös tulevaisuudessa. Havaitsimme, että nuorten aikuisten psykiatrisen hoidon kustannuksista 43 prosenttia kohdistuu nuoruudessa psykiatrisen diagnoosin saaneille henkilöille.

Aiempi tutkimus osoittaa, että mielenterveyden häiriöiden sekä somaattisten sairauksien yhtäaikainen sairastaminen lisää sairaalahoitajaksojen kestoja sekä kustannuksia ja hoitajaksojen uudelleenaloituksia verrattuna ryhmiin, jotka eivät sairasta samaan aikaan mielenterveyden häiriötä ja somaattisia sairauksia (Jansen ym. 2018). Tuloksemme olivat samansuuntaisia: nuoruudessa diagnosoitu mielenterveyden häiriö oli yhteydessä todennäköisempään terveyspalvelujen käyttöön ja suurempiin terveyspalvelujen käytöstä

muodostuviin kustannuksiin myöhemmin aikuisena. Erityisesti psykiatrisen hoidon kustannukset aikuisena olivat mielenterveyshäiriötaustaisilla moninkertaiset. Tämä ei ole yllättävää ottaen huomioon sairausryhmän erityispiirteet: mielenterveyden häiriö voi vaatia hoitoa läpi elämän. Huomioitavaa on, että myös somaattisen hoidon kustannukset olivat suuremmat mielenterveyshäiriötaustaisilla. Tulokset ovat samansuuntaisia aiemman kirjallisuuden kanssa ja havainnollistavat mielen häiriöiden kokonaisvaltaista merkitystä väestön terveydelle.

Eroteltaessa mielenterveyshäiriötaustat sairausryhmiin havaittiin kustannuksissa merkittäviä eroja: diagnosoitu skitsofreniaryhmän häiriö nuoruudessa oli yhteydessä muita diagnosoituja mielenterveyden häiriöitä selvästi suurempiin kustannuksiin myöhemmin aikuisena. Skitsofreniaryhmän diagnoosin saaneista 41 prosenttia oli 29-vuotiaana työkyvyttömyyseläkkeellä: havaitsimme merkittävän osan väestötason kustannuksista muodostuneen nuorena eläkkeellä olevien terveyspalvelujen käytöstä. Lisäksi lääkkeiden ja päihteiden käytön aiheuttamat häiriöt nuoruudessa ennustivat selvästi suurempia kustannuksia kuin mielenterveyshäiriötausta keskimäärin.

Tutkimuksemme perusteella mielenterveyden häiriöt olivat nuorilla yleisempiä matalan tuloluokan perheissä. Tulos on samansuuntainen kuin aiemmassa tutkimuksessa (Vaalavuo ym. 2022). Myös matalampi koulutustaso aikuisena näytti olevan yhteydessä suurempiin psykiatrisen hoidon kustannuksiin. Nämä piirteet yhdessä voimistavat huono-osaisuuden kasautumista ja siten mahdollisesti vähentävät pitkällä tähtäimellä myös sosiaalista liikkuvuutta. Huomioitavaa on, että naisilla mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys oli miehiä yleisempää, mutta miehillä mielenterveyshäiriötaustan yhteys kustannuksiin oli naisia voimakkaampaa. Jatkotutkimusten selvittäväksi jää, onko kyse miesten vaikeammasta sairaudesta vai tukeeko palvelujärjestelmä paremmin naisia.

Aineistomme sisälsi kattavasti julkisen palvelutuotannon tietoja, mutta esimerkiksi työterveyshuollon tiedot eivät laajalti kuuluneet aineistoomme. Siten on mahdollista, että korkeampien tuloluokkien terveyspalvelujen käyttö ei tullut kattavasti esiin käytetyllä aineistollamme. Käyttö ei kuitenkaan suoraan kuvaa palvelujen tarvetta: tarvevakioituna korkeat tuloluokat käyttävät laajemmin erikoissairaanhoidon Suomessa kuin matalat tuloluokat (Haula & Vaalavuo, 2021).

Jatkotutkimuksissa olisi hyvä parantaa aineiston kattavuutta lisäämällä tietoja avoterveydenhuollon kustannuksista ja terveyspalvelujen käytöstä yksityisiltä tuottajilta samassa laajuudessa kuin julkisilta tuottajilta. Lisäksi asetelmaa voisi täydentää muilla rekisteritiedoilla, kuten Kelan lääkekorvaustiedoilla, jotta päästäisiin kuvaamaan kattavammin terveyspalvelujen käyttöä. Kokonaisvaltaisemmin koko terveydenhuollon kattava aineisto antaisi paremmat mahdollisuudet johtaa tuloksia koko väestöön sosioekonomiseen asemaan katsomatta.

Koronapandemian koko väestölle aiheuttama lisääntynyt psyykkinen kuormittuneisuus (Suvisaari ym. 2021) tulisi ottaa vakavasti erityisesti nuorten kohdalla. Analyysin perusteella on nähtävissä, kuinka nuorten mielenterveyden häiriöt ovat merkittävästi yhteydessä terveyspalvelujen käyttöön aikuisena. Siten pienikin nuorten mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyden vähentyminen voi johtaa vuosittain väestötasolla miljoonien eurojen säästöihin. Lisäksi mielenterveyden edistämällä parannetaan elämänlaatua ja ylläpidetään työkykyä. Tutkimuksemme mukaan on perusteltua panostaa mielenterveyttä edistävään lapsi- ja perhe- sekä nuorisotyöhön, ja kohdentaa tuki erityisesti sosioekonomisesti haavoittuviin ryhmiin pitkäaikaisten negatiivisten vaikutusten torjumiseksi.

Lähteet

Castelpietra, G., Knudsen, A. K. S., Agardh, E. E., Armocida, B., Beghi, M., Iburg, K. M., Logroschino, G., Ma, R., Starace, F., Steel, N., Addolorato, G., Andrei, C. L., Andrei, T., Ayuso-Mateos, J. L., Banach, M., Bärnighausen, T. W., Barone-Adesi, F., Bhagavathula, A. S., Carvalho, F., ... Monasta, L. (2022). The burden of mental disorders, substance use disorders and self-harm among young people in Europe, 1990–2019: Findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Regional Health – Europe*. Saatavilla: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100341>.

Duodecim (2022). Mielenterveyden häiriöitä. Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01313>.

ETK (2022a). Työeläkeindikaattorit 2022. Eläketurvakeskus. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022091459048>.

ETK (2022b). Tilastotietokanta. Eläketurvakeskus. Saatavilla: https://tilastot.etk.fi/pxweb/fi/ETK/ETK_140elakemenot/emeno10_tksyy.px/.

Haula T & Vaalavuo M (2021). Mental health problems in youth and later receipt of social assistance: do parental resources matter? *Journal of Youth Studies*. Saatavilla: <https://doi.org/10.1080/13676261.2021.1923676>.

Jansen L, Schijndel M, Waarde J & Busschbach J (2018). Health-economic outcomes in hospital patients with medical-psychiatric comorbidity: A systematic review and meta-analysis. *PLUS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194029>.

Launders N, Kirsh L, Osborn D & Hayes J (2022). The temporal relationship between severe mental illness diagnosis and chronic physical comorbidity: a UK primary care cohort study of disease burden over 10 years. *The Lancet Psychiatry*. Saatavilla: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2022.03.002>.

Matveinen P (2019). Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021052131001>.

Markkula N, Suvisaari J, Saarni S, Pirkola S, Peña S, Saarni S, Ahola K, Mattila A, Viertiö S, Strehle J, Koskinen S & Härkänen T (2014). Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up – Results from the Finnish Health 2011 Survey. *Journal of Affective Disorders*. Saatavilla: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.015>.

OECD (2018). *Health at Glance: Europe 2018*. OECD. Saatavilla: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

Suvisaari J, Appelqvist-Schmidlechner K, Solin P, Pietilä A, Ristiluoma N, Koskinen S & Koponen P (2021). Psykkisen kuormittuneisuuden ja positiivisen mielenterveyden muutokset suomalaisessa aikuisväestössä vuosina 2017–2020 – FinTerveys 2017 -seurantatutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 36/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-691-6>.

Vaalavuo M & Bakkum B (2021). Mental Health Problems at a Critical Juncture: Exit from Social Assistance among Young Finns. *Journal of Social Policy*. Saatavilla: <https://doi.org/10.1017/S0047279420000501>.

Vaalavuo M, Niemi R & Suvisaari J (2022). Growing up unequal? Socioeconomic disparities in mental disorders throughout childhood in Finland. *SSM – Population Health*. Saatavilla: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101277>.

Tämän julkaisun viite:

Honkanen O, Sirniö O, Vaalavuo M (2023) Mielenterveyden häiriö nuoruudessa on yhteydessä suurempiin terveystalouden palvelujen käytöstä aiheutuviin kustannuksiin aikuisena. Tutkimuksesta tiiviisti 38/2023, Suomen sosiaalinen tila 5/2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Tämä tutkimus tehtiin Suomen Akatemian rahoittaman MEDIG-hankkeen (päättönumero 342605) sekä Suomen kestävän kasvun ohjelmaan (RRP) kuuluvalla Hyvinvointitaloudellisten vaikutusten arviointimeknismi-hankkeen ja Suomen akatemian lippulaivahankkeen (päättönumero 320162) rahoituksella.



Euroopan unionin rahoittama –
NextGenerationEU

**Suomen
kestävän kasvun
ohjelma**

Suomen sosiaalinen tila -julkaisuissa käsitellään päätöksenteon kannalta keskeisiä ja ajankohtaisia ilmiöitä, jotka liittyvät hyvinvointiin, elinoloihin, palveluihin ja hyvinvointivaltioon. Eriarvoisuus on läpileikkaava teema julkaisuissa.



Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-408-126-9 (verkko)

ISSN 2323-5179 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-126-9>