

Kimmo Suokas, Christian Hakulinen ja Sami Pirkola

Tieto mielenterveyden häiriöihin liittyvästä kuolleisuudesta tarkentuu

Mielenterveyden häiriöiden hoito on yleistä perusterveydenhuollossa, mutta niihin liittyvää ylikuolleisuutta on tutkittu pääasiassa erikoissairaanhoidon potilaiden osalta. Ylikuolleisuus on aiemmin arvioitua vähäisempää, kun myös perusterveydenhuollossa hoidetut potilaat huomioidaan. Tästä huolimatta kuolleisuus ja fyysinen oheissairastavuus ovat merkittäviä mielenterveyden häiriöihin liittyviä ongelmia.

Mielenterveyden häiriöihin liittyvä ennenaikainen kuolleisuus on ollut tiedossa jo pitkään. Viime vuosina ylikuolleisuuden mittaamistavat ovat kehittyneet, ja kaikkiaan mielenterveyden häiriöiden arvioidaan lyhentävän elinikää keskimäärin 7–10 vuodella (1). Nämä havainnot perustuvat kuitenkin pääasiassa erikoissairaanhoidon

hoidon potilaita käsitteleviin tutkimuksiin (2).

Uuden tutkimuksemme mukaan ylikuolleisuus on selvästi vähäisempää, kun myös perusterveydenhuollossa hoidetut potilaat huomioidaan (**TAULUKKO**) (3). Kuten aikaisemmissa tutkimuksissakin on havaittu, suurin ylikuolleisuus liittyi päihdehäiriöihin. Muiden häiriöiden osalta diagnosoisryhmien väliset erot vähenivät huomattavasti, kun sosioekonominen asema ja fyysinen oheissairastavuus huomioitiin. Mielenterveyden häiriöihin liittyvä suhteellinen ylikuolleisuus oli suurinta, kun tarkasteltiin henkilöitä, joilla ei ollut edeltäviä fyysisiä oheissairauksia.

Tutkimuksemme on tietävästi ensimmäinen, jossa myös perusterveydenhuollon psykiatriset hoidot olivat kokonaisuudessaan mu-

TAULUKKO. Vuoden aikana hoitokontaktissa olleiden henkilöiden mielenterveyden häiriöihin liittyvä kuolleisuustiheyksien suhde verrattuna niihin, joilla ei ollut hoitokontaktia. Pelkästään erikoissairaanhoidossa (ESH) ja ESH:ssä sekä perusterveydenhuollossa (PTH) olleita tarkastellaan erikseen ja kuvataan näiden kahden mallin tuottamien kuolleisuustiheyksien ero (15).

	Kuolleisuustiheyksien suhde (95 %:n luottamusväli)			
	Perusvakiointi ¹	Perusvakiointi + sosioekonomiset tekijät ²	Perusvakiointi + oheissairastavuus ³	Perusvakiointi + sosioekonomiset tekijät + oheissairastavuus
Miehet				
PTH ja ESH	2,83 (2,79–2,87)	2,17 (2,13–2,20)	2,00 (1,97–2,03)	1,63 (1,60–1,65)
Vain ESH	4,58 (4,47–4,68)	2,83 (2,76–2,90)	3,25 (3,18–3,33)	2,24 (2,19–2,30)
Ero	38 %	23 %	38 %	27 %
Naiset				
PTH ja ESH	1,79 (1,76–1,82)	1,71 (1,68–1,74)	1,24 (1,22–1,26)	1,20 (1,18–1,22)
Vain ESH	3,44 (3,35–3,52)	2,72 (2,65–2,79)	2,51 (2,44–2,57)	2,07 (2,01–2,12)
Ero	49 %	37 %	51 %	42 %

¹Perusvakiointi sisälsi kalenterivuoden ja iän.

²Sosioekonomiset tekijät sisälsivät seuraavat muuttujat: asuinmaakunta, asuinalueen urbaanisuus, koulutustaso, yksinasuminen, kotitalouden tulot ja pääasiallinen toiminta.

³Oheissairastavuus tarkoitti fyysisistä oheissairastavuutta Charlsonin komorbiditeetti-indeksillä mitattuna.

kana. Masennus ja ahdistus ovat kymmenen yleisimmän perusterveydenhuollon käyntisyyn joukossa, ja Suomessa noin neljännes mielen-terveyteen liittyvistä käynneistä toteutuu pe-rusterveydenhuollossa. Nykyään noin 5 %:lla miehistä ja 7 %:lla naisista on jokin mielen-terveyden häiriöön liittyvä kontakti julkiseen ter-veydenhuoltoon vuosittain (3). Kun mielen-terveyspalveluiden piirissä olevien ihmisten määrä on lisääntynyt, ei aiempi vain erikoisairaanhoi-toon keskittyvä tieto olekaan yleistettävissä kaikkiin mielenterveyden ongelmiin. Tämän voidaan ajatella antavan aiheita myös esimer-iksi joidenkin vakuutusehtojen tarkasteluun.

Alle 75-vuotiaiden osalta sosioekonominen asema selitti merkittävän osan mielen-terveys-häiriöihin liittyvästä ylikuolleisuudesta. Sitä vanhempien joukossa fyysisen oheissairasta-vuuden merkitys korostui. Mielen-terveyden häiriöiden, sosioekonomisen aseman, fyysisten sairauksien ja kuolleisuuden väliset syysuhteet ovat monensuuntaisia, mutta osan ylikuollei-suudesta voidaan olettaa välittyvän oheisen tai kehittyneen huono-osaisuuden kautta. Tutki-muksessamme ei pyritty tarkastelemaan näitä monimutkaisia kausaalisia ketjuja, vaan ne ole-tettiin eri malleissa joko sekoittaviksi tai välit-täviksi tekijöiksi. Kaikissa malleissa kuolleisuu-den havaittiin olevan vähäisempää, kun myös pelkästään perusterveydenhuollossa hoidetut potilaat huomioitiin.

Mielen-terveyden häiriöiden hoitoon liittyy pessimismää ammattilaisten keskuudessa, ja kansainvälisen tutkimuksen mukaan yleislääkä-rit kokevat usein valmiutensa tähän työhön ra-jallisiksi (4,5). Mielen-terveyspalveluiden integ-rointia perusterveydenhuoltoon suosittelevat muun muassa WHO ja kansallinen mielen-terveysstrategia (6,7). Mielen-terveyspalveluiden kysyntä on lisääntynyt jo pitkään, ja varhaisen hoidon merkitystä on erityisesti korostettu (8,9). Toivomme, että perusterveydenhuollon psykiatrinen hoitoa käsittelevä tutkimus osaltaan voisi vähentää mielen-terveyshäiriöihin liittyvää häpeäilemää ja siten parantaa mielen-terveyden häiriöiden hyvän hoidon edellytyksiä tervey-denhuollon kaikilla tasoilla. Ennakkoluulojen hälventämisen lisäksi perusterveydenhuollon tiiviimpi kytkeä ja psykiatristen sairaaloiden

liittäminen keskussairaaloihin voivat myös osaltaan turvata somaattisen hoidon saantia, jossa on saattanut olla puutteita tavanomaisen, erillisiin psykiatriin sairaaloihin keskittyneen hoidon osalta.

Mielen-terveyden häiriöihin liittyvä ylikuol-leisuus ei viime vuosina ole merkittävästi vä-hentynyt aiheen runsaasta tutkimuksesta huo-limatta, mutta tieto kuolleisuuden syistä on tar-kentunut (10,11). Mielen-terveyden häiriöihin liittyy suurentunut fyysisten sairauksien riski, ja yleisimmin kuolleisuus liittyy mahdollisesti väl-tettävissä oleviin sydän- ja verisuonitauteihin, keuhkosairauksiin sekä infektioihin (11,12). Kuolleisuuden taustavaikuttimia voidaan jakaa yksilöllisiin, hoitojärjestelmän ja laajemman sosiaalisen tason tekijöihin (11). Hoitojärjes-telmän osalta tiedetään, että mielen-terveyden häiriöihin liittyy hoitoon pääsyn esteitä ja ali-hoitoa (13). Runtas seurannan ja hoidon tarve ilmeni myös suomalaisessa MESTA-hankkees-sa, jossa skitsofreniapotilaille tehtiin strukturoi-tuja terveystarkastuksia (14).

Fyysisten sairauksien hyvä diagnosointi ja hoito sekä tunnettuisiin yksilötason riskite-kijöihin vaikuttaminen näyttävät nykytiedon valossa keskeisiltä asioilta, joihin me kaikki terveydenhuollon ammattilaiset voimme vai-kuttaa (10). Mielen-terveyden häiriöt voivat ajoittain merkittävästikin heikentää potilaiden toimintakykyä ja siten vaikeuttaa sekä hoitoon hakeutumista että siihen sitoutumista. Fyysi-seen terveyteen liittyvien palveluiden ja mie-lenterveyspalveluiden integroiminen aiempaa aktiivisemmin on perusteltu tavoite tilanteen parantamiseksi (7,10).

On aktiivisesti etsittävä uusia ratkaisuja, jotta sekä mielen-terveyden että fyysisen terveyden hyvä hoito voisi toteutua kaikkien osalta riittä-vän laadukkaasti. Yhdenvertaisuus terveyden-huollossa edellyttää useiden eri potilasryhmien erityistarpeiden huomioimista, ja mielen-terveyden häiriöt ovat yksi keskeinen alue, joissa tavanomaiset käytännöt eivät todistetusti ole olleet riittävän toimivia. Tästä huolimatta roh-kaiseva uutinen on, että kaikkiin hoidon piiriin tuleviin mielen-terveyden ongelmiin ei näytä liittyvän yhtä merkittävästi lisääntynyttä yli-kuolleisuutta kuin aiemmin on ajateltu. ■

KIRJALLISUUTTA

1. Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Agerbo E, ym. A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet* 2019;394:1827–35.
2. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2015;72:334–41.
3. Suokas K, Hakulinen C, Sund R, ym. Mortality in persons with recent primary or secondary care contacts for mental disorders in Finland. *World Psychiatry* 2022;21:470–1.
4. Henderson C, Noblett J, Parke H, ym. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry* 2014;1:467–82.
5. Osborn R, Moulds D, Schneider EC, ym. Primary care physicians in ten countries report challenges caring for patients with complex health needs. *Health Affairs* 2015;34:2104–12.
6. Mental health in primary care: illusion or inclusion? Geneva: WHO 2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326298?show=full>
7. Vormaa H, Rotko T, Larivaara M, Kosloff A. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveystieteiden julkaisu 2020:6. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/1620538>.
8. Lempinen L, Luntamo T, Sourander A. Changes in mental health service use among 8-year-old children: a 24-year time-trend study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019;28:521–30.
9. Ahonen K. Suomalainen mielenterveyspolitiikka: Julkisen vallan ohjaus mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeuksien turvaamiseksi. Väitöskirja. Helsingin yliopisto 2020.
10. Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A, ym. The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *Lancet Psychiatry* 2019;6:675–712.
11. Liu NH, Daumit GL, Dua T, ym. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry* 2017;16:30–40.
12. Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E, ym. Association between mental disorders and subsequent medical conditions. *N Engl J Med* 2020;382:1721–31.
13. Suvisaari J, Eskelinen S, Keinänen J, ym. Miten parantaa skitsofreniaa sairastavien vakavien somaattisten sairauksien hoitotuloksia? *Duodecim* 2019;135:1993–4.
14. Eskelinen S. Skitsofreniapotilaiden somaattisten terveysongelmien ehkäisy. *Duodecim* 2018;134:1449–56.
15. Suokas K, Hakulinen C, Sund R, ym. Mortality in persons with recent primary or secondary care contacts for mental disorders in Finland. Supplementary information on the study. *World Psychiatry* 2022;21:470–471 (supplement). Saatavilla: <https://kmmsks.github.io/mpsc/>



KIMMO SUOKAS, LL, psykiatrian erikoislääkäri, väitöskirjatutkija
Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Twitter: @KimmoSuokas

CHRISTIAN HAKULINEN, PsT, yliopistotutkija
Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta

SAMI PIRKOLA, LT, sosiaalipsykiatrian professori
Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta

SIDONNAISUDET

Kimmo Suokas: Hankkeet (Psykoosien hoidon laaturekisteri, THL)
Christian Hakulinen: Apuraha (Suomen kulttuurirahasto, Signe ja Ane Gyllenbergin säätiö, Euroopan unioni (Euroopan tutkimusneuvosto ERC))

Sami Pirkola: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (luentopalkkioita: Oy Lundbeck Ab, Janssen-Cilag Oy), luottamustoimet (STM:n Palveluvalikoimaneuvoston mielenterveys- ja päihdejaoston jäsen (päättynyt), Kansallisen mielenterveysstrategian laatineen työryhmän pj (päättynyt), Valviran pysyvä asiantuntija (päättynyt)), hankkeet (kiireettömän hoidon kriteerien päivittäminen aikuispsykiatrian osalta, alatyöryhmän pj (päättynyt 2018))