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 erikoisairaanhoidon 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 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 diagnoosiryhmien 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 tiettävästi 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:ssa 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 %

[1]Perusvakiointi sisälsi kalenterivuoden ja iän.

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

[3]Oheissairastavuus tarkoitti fyysistä oheissairastavuutta Charlsonin komorbiditeetti-indeksillä mitattuna.

kana. Masennus ja ahdistus ovat kymmenen yleisimmän perusterveydenhuollon käyntisyyn joukossa, ja Suomessa noin neljännes mielenterveyteen liittyvistä käynneistä toteutuu perusterveydenhuollossa. Nykyään noin 5 %:lla miehistä ja 7 %:lla naisista on jokin mielenterveyden häiriöön liittyvä kontakti julkiseen terveydenhuoltoon vuosittain (3). Kun mielenterveyspalveluiden piirissä olevien ihmisten määrä on lisääntynyt, ei aiempi vain erikoisairaanhoitoon keskittyvä tieto olekaan yleistettävissä kaikkiin mielenterveyden ongelmiin. Tämän voidaan ajatella antavan aihetta myös esimerkiksi joidenkin vakuutusehtojen tarkasteluun.

Alle 75-vuotiaiden osalta sosioekonominen asema selitti merkittävän osan mielenterveyshäiriöihin liittyvästä ylikuolleisuudesta. Sitä vanhempien joukossa fyysisen oheissairastavuuden merkitys korostui. Mielenterveyden häiriöiden, sosioekonomisen aseman, fyysisten sairauksien ja kuolleisuuden väliset syysuhteet ovat monensuuntaisia, mutta osan ylikuolleisuudesta voidaan olettaa välittyvän oheisen tai kehittyneen huono-osaisuuden kautta. Tutkimuksessamme ei pyritty tarkastelemaan näitä monimutkaisia kausaalisia ketjuja, vaan ne oletettiin eri malleissa joko sekoittaviksi tai välittäviksi tekijöiksi. Kaikissa malleissa kuolleisuuden havaittiin olevan vähäisempää, kun myös pelkästään perusterveydenhuollossa hoidetut potilaat huomioitiin.

Mielenterveyden häiriöiden hoitoon liittyy pessimismiä ammattilaisten keskuudessa, ja kansainvälisen tutkimuksen mukaan yleislääkärit kokevat usein valmiutensa tähän työhön rajallisiksi (4,5). Mielenterveyspalveluiden integrointia perusterveydenhuoltoon suosittelevat muun muassa WHO ja kansallinen mielenterveysstrategia (6,7). Mielenterveyspalveluiden kysyntä on lisääntynyt jo pitkään, ja varhaisen hoidon merkitystä on erityisesti korostettu (8,9). Toivomme, että perusterveydenhuollon psykiatrista hoitoa käsittelevä tutkimus osaltaan voisi vähentää mielenterveyshäiriöihin liittyvää häpeäleimaa ja siten parantaa mielenterveyden häiriöiden hyvän hoidon edellytyksiä terveydenhuollon kaikilla tasoilla. Ennakkoluulojen hälventämisen lisäksi perusterveydenhuollon tiiviimpi kytkentä ja psykiatristen sairaaloiden liittäminen keskussairaaloihin voivat myös osaltaan turvata somaattisen hoidon saantia, jossa on saattanut olla puutteita tavanomaisen, erillisiin psykiatrisiin sairaaloihin keskittyneen hoidon osalta.

Mielenterveyden häiriöihin liittyvä ylikuolleisuus ei viime vuosina ole merkittävästi vähentynyt aiheen runsaasta tutkimuksesta huolimatta, mutta tieto kuolleisuuden syistä on tarkentunut (10,11). Mielenterveyden häiriöihin liittyy suurentunut fyysisten sairauksien riski, ja yleisimmin kuolleisuus liittyy mahdollisesti vältettävissä oleviin sydän- ja verisuonitauteihin, keuhkosairauksiin sekä infektioihin (11,12). Kuolleisuuden taustavaikuttimia voidaan jakaa yksilöllisiin, hoitojärjestelmän ja laajemman sosiaalisen tason tekijöihin (11). Hoitojärjestelmän osalta tiedetään, että mielenterveyden häiriöihin liittyy hoitoon pääsyn esteitä ja alihoitoa (13). Runsas seurannan ja hoidon tarve ilmeni myös suomalaisessa MESTA-hankkeessa, jossa skitsofreniapotilaille tehtiin strukturoituja terveystarkastuksia (14).

Fyysisten sairauksien hyvä diagnosointi ja hoito sekä tunnettuihin yksilötason riskitekijöihin vaikuttaminen näyttävät nykytiedon valossa keskeisiltä asioilta, joihin me kaikki terveydenhuollon ammattilaiset voimme vaikuttaa (10). Mielenterveyden häiriöt voivat ajoittain merkittävästikin heikentää potilaiden toimintakykyä ja siten vaikeuttaa sekä hoitoon hakeutumista että siihen sitoutumista. Fyysiseen terveyteen liittyvien palveluiden ja mielenterveyspalveluiden integroiminen aiempaa aktiivisemmin on perusteltu tavoite tilanteen parantamiseksi (7,10).

On aktiivisesti etsittävä uusia ratkaisuja, jotta sekä mielenterveyden että fyysisen terveyden hyvä hoito voisi toteutua kaikkien osalta riittävän laadukkaasti. Yhdenvertaisuus terveydenhuollossa edellyttää useiden eri potilasryhmien erityistarpeiden huomioimista, ja mielenterveyden häiriöt ovat yksi keskeinen alue, joissa tavanomaiset käytännöt eivät todistetusti ole olleet riittävän toimivia. Tästä huolimatta rohkaiseva uutinen on, että kaikkiin hoidon piiriin tuleviin mielenterveyden ongelmiin ei näytä liittyvän yhtä merkittävästi lisääntynyttä ylikuolleisuutta 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? Geneve: WHO 2019. https://apps.who.int/iris/handle/10665/326298?show=full
7. Vorma H, Rotko T, Larivaara M, Kosloff A. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 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

SIDONNAISUUDET

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))