



# Sosiaaliset oikeudet ja terveys- ja hyvinvointierot nykypäivän Suomessa

*Sosiaalipolitiikan professori Anne Kouvonen*

*@AKouvonen @HHS\_helsinkiuni*



# Terveys- ja hyvinvointierot Suomessa

---

- Suomalaisten yleinen hyvinvoinnin ja terveyden taso on jatkuvasti kohentunut, mutta hyvinvoinnin ja terveyden jakautuminen väestössä on edelleen hyvin eriarvoista
- Eriarvoisuus ilmenee sosioekonomisten ryhmien välillä lähes kaikilla hyvinvoinnin ja terveyden ulottuvuuksilla
- Myös sosiaali- ja terveystalvelujen käytöllä ja palveluista saadulla hyödyllä on osoitettu olevan vahva yhteys sosioekonomiseen asemaan: esimerkiksi terveydenhuoltojärjestelmä ei aina kohtele ihmisiä tasa-arvoisesti



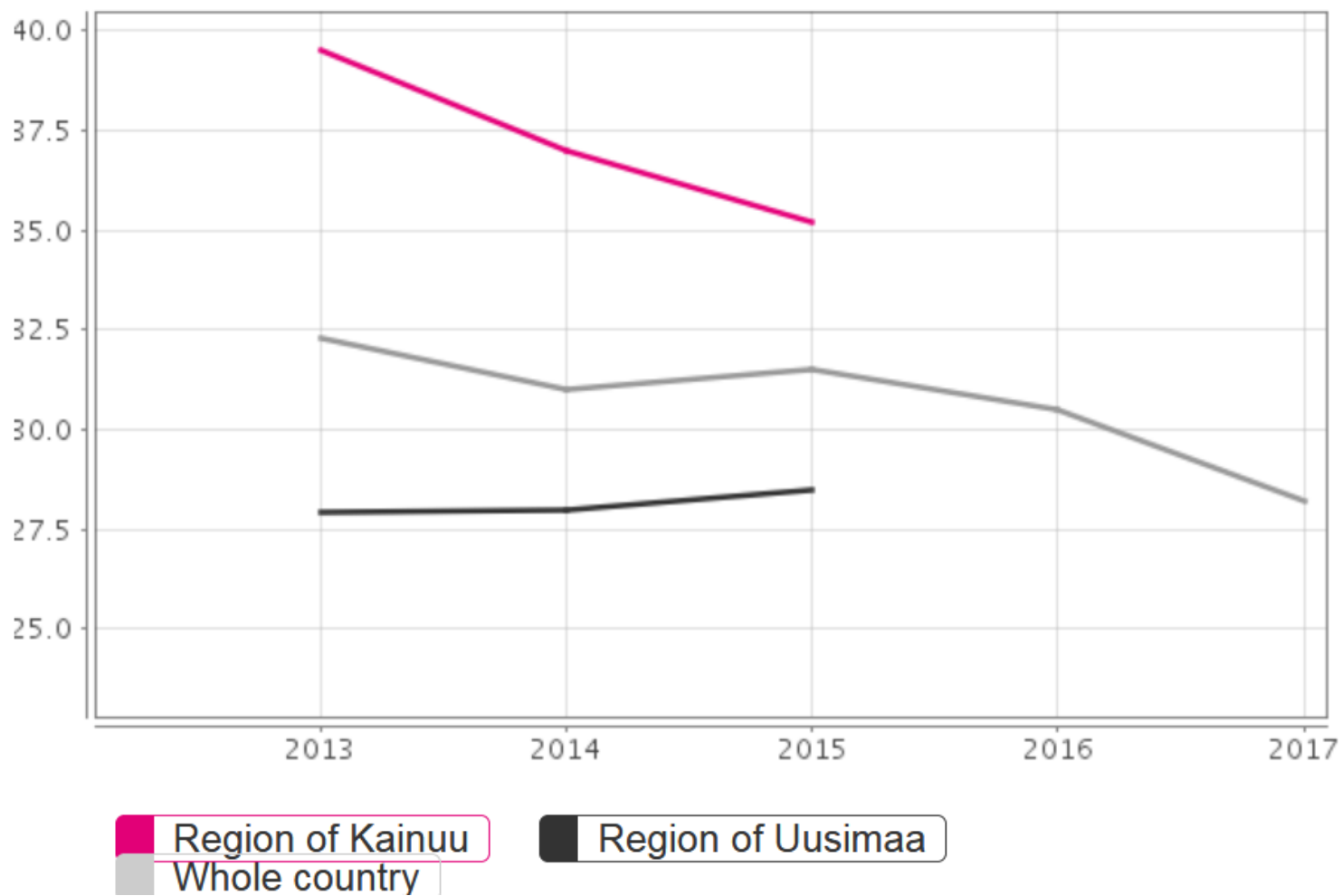
# Koettu terveys Suomessa

---

- Yli kolmasosa työkäisistä (20-64v) kokee että heidän terveytensä on keskitasoinen tai heikompi
- **Suomalaisten keskimääräinen koettu terveys on heikompi kuin muissa Pohjoismaissa**
- **Korkeamassa sosioekonomisessa asemassa olevien koettu terveys on parempi kuin heikommassa asemassa olevien,** mitattiinpa sosioekonomista asemaa sitten koulutuksella, ammatilla tai tuloilla
- **Suuria eroja alueiden välillä**



## Self-rated health moderate or poor (%), age 20-64





# THL:n sairastavuusindeksi

---

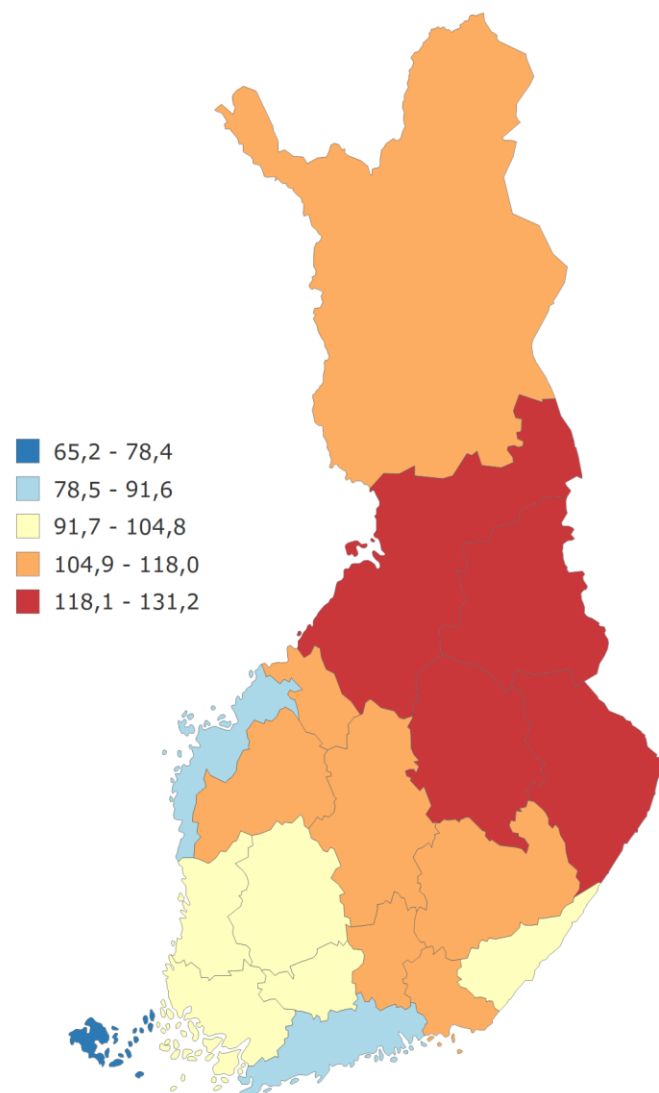
- Kuvaa suomalaisten kuntien ja alueiden väestön sairastavuutta suhteessa koko maan tasoon
- Indeksissä on otettu huomioon seitsemän eri sairausryhmää ja neljä eri painotusnäkökulmaa. Indeksissä sisältyvät sairausryhmät ovat syöpä, sepelvaltimotauti, aivoverisuonisairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, mielenterveyden ongelmat, tapaturmat ja dementia
- **Suuria alueellisia eroja**



# Erot alueiden välillä

---

- Suurista kaupungeista (pop. > 50 000) terveimmät asukkaat ovat Etelä-Suomen suurissa kaupungeissa (Espoo 72, Helsinki 81, Vantaa 85), ja sairaimmat pohjoisessa ja idässä (Kuopio 129, Kotka 119, Oulu 115)
- Kun maakuntia verrataan koko maahan (100), terveintä väestö on Ahvenanmaalla (65), Uudellamaalla (82) and Keski-Pohjanmaalla (88). Sairainta väestö on Pohjois-Savossa (131), Pohjois-Pohjanmaalla (122), Pohjois-Karjalassa (121), Kainuussa (120) ja Lapissa (116)
- Maakuntien ja kaupunkien sisällä kuitenkin suuria eroja (esim. Helsingin kaupunginosien välillä)





# Alueellisten hyvinvointi- ja terveyserojen syyt

---

Elintavoilla (esim. runsas alkoholinkäyttö, tupakointi, epäterveelliset ruokatottumukset) oma vaikutuksensa, mutta heikoilla elintavoilla on omat sosiaaliset määrittäjänsä:

- Työttömyys, heikko taloudellinen tilanne, vähäinen koulutus ja muut sosioekonomiset tekijät
- Terveys- ja sosiaalipalvelujen toimivuus, laatu, niihin pääsy, etäisyys
- Kulttuuriset ja geneettiset tekijät





# Kaksi tuoretta esimerkkitutkimusta terveyseroista

---

Tutkimus 1: Nuorten työntekijöiden työkyky ja työterveyshuoltopalvelujen käyttö (Harkko J, Sumanen H, Pietiläinen O, Piha K, Rahkonen O, Kouvonen A. 2019.)

Tutkimus 2: Pitkäaikainen altistuminen raskaalle fyysiselle työlle ja terveyserot

*Molemmissa hankkeissa kohteena Helsingin kaupungin (Suomen suurin työnantaja) työntekijät.*

*Molempia hankkeita rahoittanut Työsuojelurahasto (TSR)*



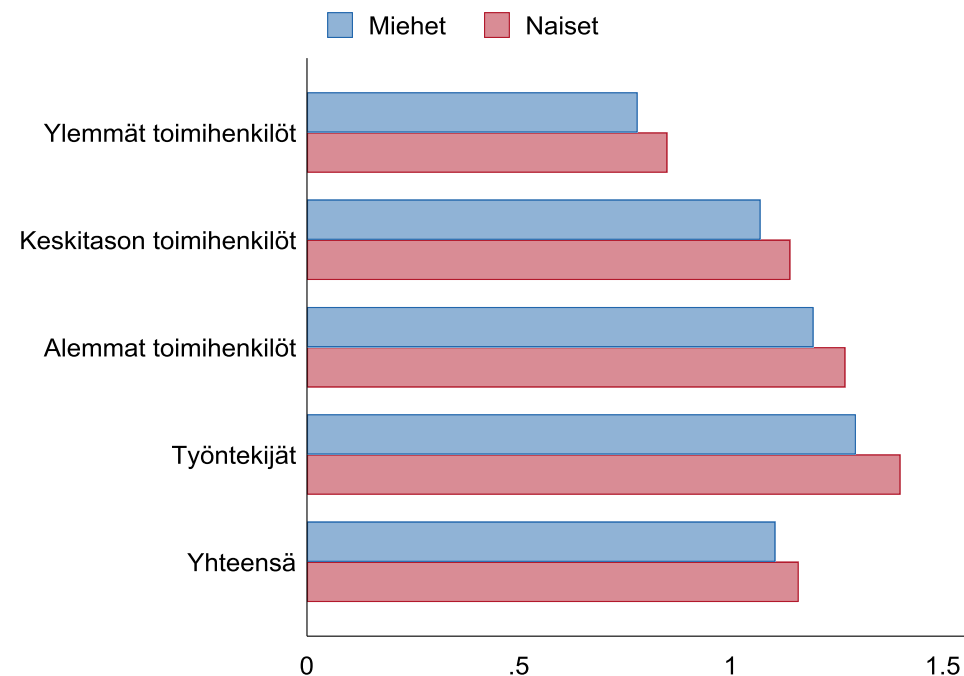
# Tutkimus 1: aineisto

---

- Tutkimus perustuu Helsingin kaupungin ja Työterveys Helsingin (tarjoaa työterveyspalvelut kaikille Helsingin kaupungin työntekijöille) rekistereihin
- Tutkimusaineistoon otettiin mukaan ne 20-34 –vuotiaat työntekijät, joilla vähintään 4 vuoden palvelussuhde vuosien 2004 ja 2013 välillä (N= 10 000)
- 73% naisia

# Työterveyden sairaanhoitopalveluiden käyttö ammattiryhmittäin

- Ylemmät toimihenkilöt käyttävät työterveyshuollon sairaanhoitopalveluita vähiten
- Palveluiden käyttö yleistyy siirryttäessä alempiin toimihenkilöryhmiin ja työntekijöiden ryhmään
- Työntekijänaiset käyttävät palveluita eniten



Työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden käyttö ammattiryhmittäin sukupuolen mukaan. Käyntikerrat keskimäärin per vuosi.

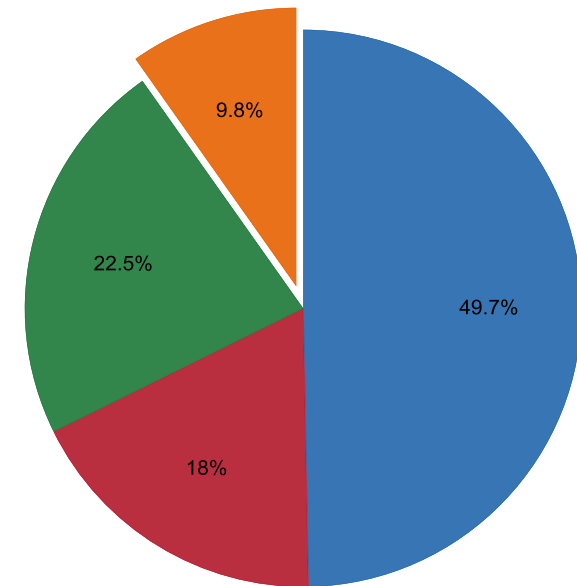
# Onko palveluilla ”suurkuluttajia”?

Nuorten aikuisten työterveyspalveluissa havaittavissa **neljä käyttäjäryhmää:**

- *“Ei palveluiden käyttöä”* (50%)
  - *“Matala/kasvava”* (18%)
  - *“Matala/laskeva”* (22%)
- ***“Korkea ja toistuva”*** (10%)
  - ”Korkea ja toistuva”

työterveyspalveluiden käyttö on yleisempää työntekijäryhmillä ja miehillä ammattiryhmien väliset erot ovat suuremmat kuin naisilla

■ Ei palveluiden käyttöä ■ Matala/kasvava  
■ Matala/laskeva ■ Korkea ja toistuva





# Päätulokset

---

- Suuri osa nuorista Helsingin kaupungin työntekijöistä ei käytä työterveyden sairaanhoitopalveluita lainkaan/suuressa määrin
- Palveluiden käytössä on selkeitä eroja ammattiryhmien välillä: käyttö kasaantuu alempiin sosiaaliryhmiin
- Kaikilla kaupungin työntekijöillä yhtäläinen pääsy työterveyspalveluihin maksutta -> sairastavuus suurempaa alemmissa sosiaaliryhmissä
- Sosioekonomiset terveyserot näkyvät jo työuran alussa



# Tutkimus 2. Pitkäaikainen altistuminen raskaalle fyysiselle työlle, työkyvyttömyys ja ennenaikaisen kuoleman riski


International Archives of Occupational and Environmental Health (2019) 92:337–345

<https://doi.org/10.1007/s00420-018-1393-5>

ORIGINAL ARTICLE



## Long-term exposure to heavy physical work, disability pension due to musculoskeletal disorders and all-cause mortality: 20-year follow-up—introducing Helsinki Health Study job exposure matrix

Jenni Ervasti<sup>1,2</sup>  · Olli Pietiläinen<sup>1</sup> · Ossi Rahkonen<sup>1</sup> · Eero Lahelma<sup>1</sup> · Anne Kouvonen<sup>3,4,5</sup> · Tea Lallukka<sup>1,2</sup> · Minna Mänty<sup>1,6</sup>

Received: 25 June 2018 / Accepted: 27 November 2018 / Published online: 3 December 2018

© The Author(s) 2018

### Abstract

**Purpose** We developed a job exposure matrix (JEM) to study the association between long-term exposure to heavy physical effort or heavy lifting and carrying at work with disability pension due to musculoskeletal disorders and premature all-cause mortality.

**Methods** Exposure to heavy physical effort at work during 1996–2005 was estimated with JEM developed for this study population, where the exposure was based on occupational titles of the participants. We included all employees of the City of Helsinki, Finland, who had annual data of exposure for 8–10 years (1996–2005,  $n = 18387$ ). The outcome variables were



# Tutkimusjoukko

---

- • Rekisteritiedot kaikista Helsingin kaupungin työntekijöistä 1996-2005 ( $n=118\ 122$ ):
  - Raskas fyysinen työaltistus arvioitiin kyselyn pohjalta yleisimmissä ammattiryhmissä
  - Ammattialtisteiden yhdistäminen onnistui 98 834 (84 %) työntekijän osalta
  - Valikoimme ne, jotka olivat työsuhhteessa 8-10 vuoden ajan ennen vasteen seurannan alkua
  - **Lopullisen tutkimusjoukon koko oli 18 387 työntekijää (21% kaikista työntekijöistä)**



# HHS työaltistematriisi

---

- **Helsinki Health Study (HHS) -kyselyvastaukset 2000—2002 (n=8960):**

Kysymykset liittyen työaltisteisiin ja työasentoihin, esim.

- *Raskas ruumiillinen ponnistelu/ raskaat nostot ja kantaminen*
- *Selän kiertoliikkeet*
- *Samanlaisina toistuvat liikkeet*

**->Altistuneet vs. ei-altistuneet':**

Työaltisteet laskettiin:

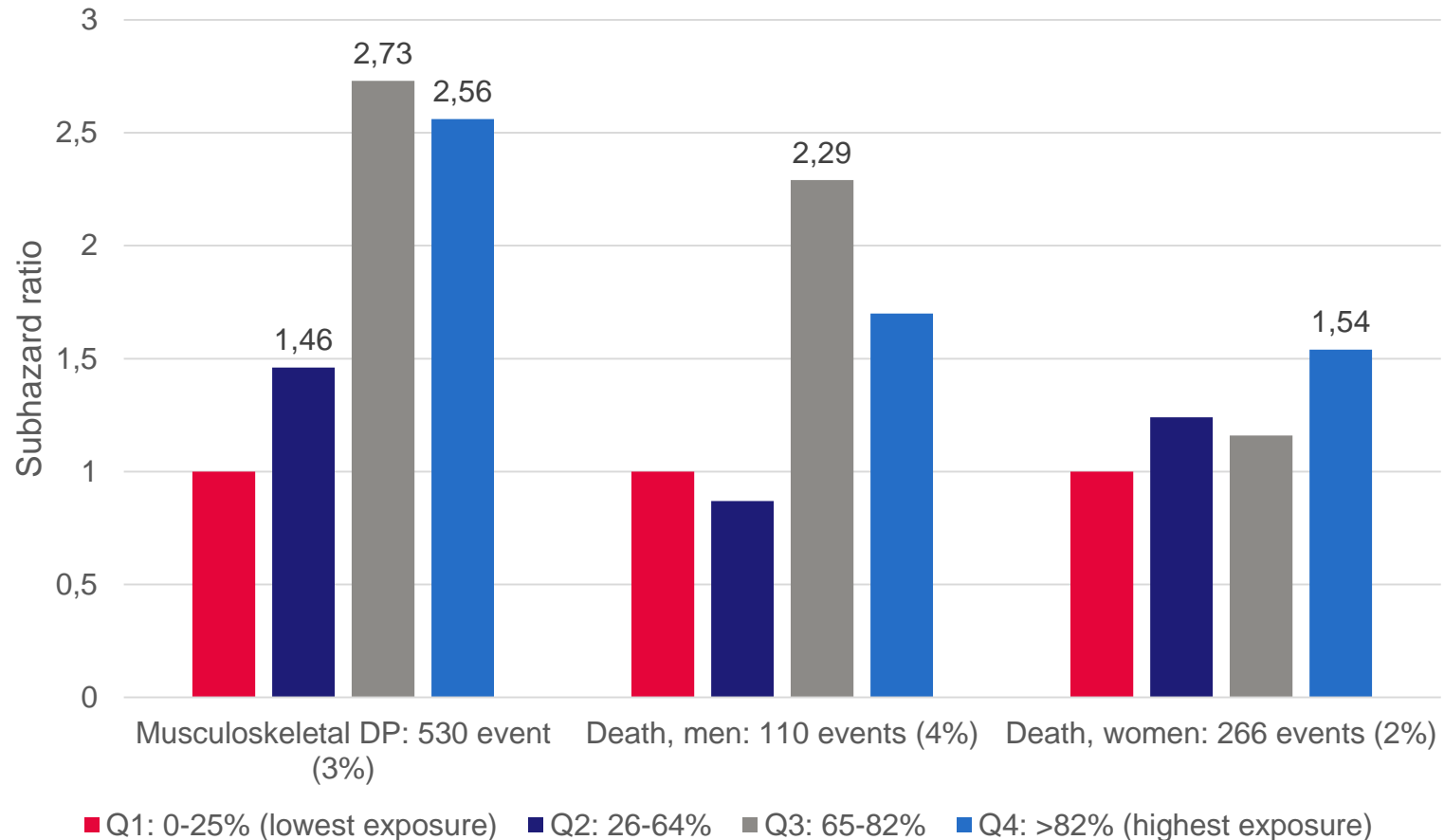
- *Altistuneiden osuutena (%) kussakin ammattiryhmässä*
- 40 yleisintä ammattinimikettä (30 % kaikista kunta-alan ammanteista)
- Erikseen miehille ja naisille





|    | A  | B              | C                      | D                               |
|----|--|----------------|------------------------|---------------------------------|
| 1  | <b>HHS-JEM</b>   |                |                        | <b>Heavy physical work,</b>     |
| 2  | <b>Occupational title</b>  | <b>Total N</b> | <b>Occupation code</b> | <b>lifting and carrying (%)</b> |
| 3  | TECHNICAL WORK   | 86             | 00                     | 12.79                           |
| 4  | Vocational teachers (secondary schools)                            | 132            | 032                    | 17.83                           |
| 5  | Pre-school teachers and directors                                  | 257            | 033                    | 71.37                           |
| 6  | Comprehensive school teachers                                      | 317            | 034                    | 35.03                           |
| 7  | Secondary school teachers and lecturers                            | 113            | 035                    | 34.51                           |
| 8  | Special school teachers  | 28             | 037                    | 37.04                           |
| 9  | Adult education teachers   | 134            | 038                    | 29.77                           |
| 10 | Other education professionals                                      | 60             | 039                    | 28.07                           |
| 11 | WRITING WORK, REPORTERS ETC.                                       | 32             | 06                     | 12.5                            |
| 12 | LIBRARY, ARCHIVING AND MUSEUM WORK                                 | 76             | 08                     | 56                              |
| 13 | Doctors  | 65             | 101                    | 14.06                           |
| 14 | Chief nursing officers   | 27             | 102                    | 0                               |
| 15 | Nursing staff  | 764            | 103                    | 68.21                           |
| 16 | Other health care staff  | 115            | 104                    | 82.61                           |
| 17 | Therapy work   | 31             | 11                     | 61.29                           |
| 18 | Dentists   | 37             | 121                    | 13.51                           |
| 19 | Dental nurses  | 60             | 122                    | 27.12                           |
| 20 | Social workers in managerial or administrative work                | 172            | 151                    | 34.12                           |
| 21 | Specialized social workers   | 171            | 152                    | 12.87                           |
| 22 | Child care (public day care)                                       | 488            | 154                    | 83.65                           |
| 23 | Child care (family day care/private childminders)                  | 186            | 155                    | 84.86                           |
| 24 | Craft leaders, hobby leaders                                       | 106            | 156                    | 70.75                           |
| 25 | Home aids, home helps  | 242            | 157                    | 91.98                           |
| 26 | Other social work  | 185            | 159                    | 88.2                            |
| 27 | ENVIRONMENT AND HEALTH PROTECTION                                  | 10             | 16                     |                                 |
| 28 | Psychologists and speech therapists                                | 60             | 17                     | 8.47                            |
| 29 | Youth work, sports, and exercise work                              | 24             | 18                     | 60.87                           |
| 30 | Managerial-level clerical work, other societal-administrative work | 184            | 20                     | 9.7                             |

# Pitkäaikainen altistuminen raskaalle fyysiselle työlle lisää työkyvyttömyyden ja ennenaikaisen kuoleman riskiä





# Yhteenvetoa

---

- Pitkäaikainen altistuminen fyysisesti raskaalle työlle jopa kolminkertaistaa tuki- ja liikuntaelinperusteisen työkyvyttömyyseläkkeen riskin
- Eläköitymisen riski kasvaa jo matalassa altistuksessa, kun altistumisen aika on pitkä
- Myös ennenaikaisen kuoleman riski kasvaa, erityisesti miehillä



# Terveyspalveluiden vaikutus terveys- ja hyvinvointieroihin (1)

---

- Vaikka terveys- ja hyvinvointierojen taustalla enimmäkseen muut tekijät kuin palvelut, terveyspalveluilla on oma roolinsa terveyserojen vähentämisessä, ylläpitämisessä tai kasvattamisessa
- Terveystenhuollon ja terveyspalveluiden rooli voi tulla tärkeämmäksi uusien lääketieteellisten teknologioiden ja sairauksien varhaisen havaitsemisen ja hoidon kehityksen vuoksi



## Terveyspalveluiden vaikutus terveys- ja hyvinvointieroihin (2)

---

- Mm. THL:n tutkimusten mukaan palvelujen saatavuudessa ja laadussa on kärjistymässä olevia eroja
- Palvelujen saanti ja palvelutarpeen tyydyttyminen eivät aina toteudu kaikissa väestöryhmissä parhaalla mahdollisella tavalla
- Esimerkiksi terveyspalveluissa sairauksien ehkäisyn ja hoidon vaikuttavuus voi olla puutteellista erityisesti alemmissa sosiaaliryhmissä



# Terveyspalveluiden vaikutus terveys- ja hyvinvointieroihin (3)

---

- Tuore tutkimuksemme (Halonen JI et al. *J Affect Disord* 2018) osoitti, että uudempien depressiolääkkeiden käyttö oli yleisempää pk-seudulla kuin muualla maassa ja korkeasti koulutetuilla vs. matalammin koulutetuilla
- Em. tulokset indikoivat alueellisia ja sosioekonomisia eroja mielenterveyspalvelujen laadussa
- Terveyspalvelut eivät myöskään THL:n tutkimusten valossa näytä kaikilta osin vähentävän terveyseroja, vaan monin paikoin ylläpitävän ja jopa kasvattavan niitä
- <https://thl.fi/en/web/health-and-welfare-inequalities/health-care-cervices/effect-of-health-care-services-on-health-inequalities>



# Terveyspalveluiden vaikutus terveys- ja hyvinvointieroihin (4)

---

- **Sosioekonomiset erot avohoidon palvelujen käytössä ovat Suomessa selvät ja suuret verrattuna muihin länsimaihin**
- Suurituloiset käyttävät palveluja pienituloisia enemmän kun palvelujen tarve otetaan huomioon
- Erot näyttävät muodostuvan pääosin eroista yksityislääkäripalvelujen ja työterveyspalvelujen käytössä
- Huomiota tulisi kiinnittää palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden lisäksi myös niiden kohdentumiseen erityisesti haavoittuvassa asemassa olevilla



# Terveyspalveluiden vaikutus terveys- ja hyvinvointieroihin (5)

---

- Sosiaali- ja terveydenhuollon nykymallissa peruspalvelujen on todettu heikentyneen ja väestön terveyserojen säilyneen suurina
- Yhdenvertaisuus ei nykymallissa toteudu, kun palvelujen saatavuus ja laatu vaihtelevat kunnittain (Manderbacka K, et al. Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017. THL)
- **Sosiaaliset oikeudet eivät toteudu terveyspalveluissa kaikkien väestöryhmien osalta**





# Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen

---

Kun hyvinvointi- ja terveyseroja pyritään kaventamaan, on vaikutettava terveyserojen sosiaalisiin taustatekijöihin ja niissä vallitsevaan eriarvoisuuteen:

1. Vaikutetaan sosiaaliseen eriarvoisuuteen, esimerkiksi koulutukseen, tulonjakoon, työllisyysmahdollisuuksiin, verotukseen
2. Turvataan terveelliset elinolot (asuminen, työolot, ympäristö) kaikille
3. Vähennetään haitallisille aineille altistumista (työaltisteet, ympäristöaltisteet, elintavat mm. alkoholi, tupakka, ravinto)
4. Vähennetään haavoittuvuutta (sosiaaliset verkostot, erityinen tuki haavoittuvassa asemassa oleville)
5. Estetään eriarvoisia seurauksia (esim. terveyspalvelujen saatavuus ja laatu yhdenvertaiseksi)

Lähde: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus>



[www.helsinki.fi/fi/tutkimusryhmat/helsinki-health-study](http://www.helsinki.fi/fi/tutkimusryhmat/helsinki-health-study)





**KIITOS!**

**60° 10 1.2 N, 24° 57 18 E**

Twitter: @Akouvonen @HHS\_helsinkiuni