



Sosioekonomiset erot terveyspalveluiden käytössä

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

- 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



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)

- Terveyspalvelut eivät THL:n tutkimusten valossa näytä kaikilta osin vähentävän terveyseroja, vaan monin paikoin ylläpitävän ja jopa kasvattavan niitä
- Sosiaaliryhmien välisten erojen syntyyn palvelujen käytössä vaikuttavat muun muassa asiakasmaksut, voimavarojen kohdentaminen, palvelujen saavutettavuus ja sote-palvelujen integraation onnistuminen
- <https://thl.fi/en/web/health-and-welfare-inequalities/health-care-services/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**



Kaksi tuoretta esimerkkitutkimusta terveyspalveluiden käytön SES-eroista

1. Masennuslääkkeiden käyttö työikäisillä suomalaisilla 1996-2014
2. Työterveyshuollon palveluiden käyttö Helsingin kaupungin nuorilla työntekijöillä



Tutkimus 1. Uudempien ja vanhempien masennuslääkkeiden käyttö työikäisillä suomalaisilla 1996-2014

- Halonen JI, Koskinen A, Kouvonen A, Varje P, Pirkola S, Väänänen A. Distinctive use of newer and older antidepressants in major geographical areas: A nationally representative register-based study. *J Affect Disord* 2018;229:358-363.



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Affective Disorders

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jad



Research paper

Distinctive use of newer and older antidepressants in major geographical areas: A nationally representative register-based study



Jaana I. Halonen^{a,*}, Aki Koskinen^a, Anne Kouvonen^{b,c,d}, Pekka Varje^a, Sami Pirkola^e,
Ari Väänänen^{a,f}

^a Finnish Institute of Occupational Health, PO Box 310, 70101 Kuopio, Finland

^b Faculty of Social Sciences, University of Helsinki, Helsinki, Finland

^c SWPS University of Social Sciences and Humanities in Wrocław, Wrocław, Poland

^d Administrative Data Research Centre (Northern Ireland), Centre for Public Health, Queen's University Belfast, Belfast, United Kingdom

^e Department of Social Sciences, University of Tampere, and Pirkanmaa Hospital District Psychiatry, Finland

^f School of Social Policy, Sociology and Social Research, University of Kent, United Kingdom

ARTICLE INFO

Keywords:

Antidepressant
Education
Geographical area
Inequality
SSRI
Socioeconomic

ABSTRACT

Background: It is unknown whether newer, mainly selective serotonin reuptake inhibitors, and older tricyclic antidepressants are used similarly regardless of the geographical area of residence and education.

Methods: We included four randomly sampled cohorts of the Finnish working aged population ($n = 998,540-1,033,135$). The sampling (Dec 31st in 1995, 2000, 2004 and 2010) resulted in non-overlapping time windows where each participant was followed up for four years for the first antidepressant use. Using Cox proportional hazards models, we examined whether the hazard of antidepressant use differed between the capital area and three other areas (Southern, Western and Northern/Eastern Finland). Educational differences were examined using four sub-groups: capital area/high education (reference category); other areas/high education; capital area/low education; and other areas/low education.

Results: Hazard ratios for the use of newer antidepressants were significantly lower in all other areas compared to the capital area after adjustment for age, sex, marital status, employment status, education, income, and area-level unemployment. Findings remained consistent in all time windows, differences increasing slightly. In the sub-group analysis those with low education had the lowest level of use in all areas, also within the capital area. The results were opposite for older antidepressants in all but the last time window.

Limitations: Some degree of unmeasured confounding and exposure misclassification is likely to exist.

Conclusions: Newer antidepressants were more commonly used in the capital than in the other areas, and among those with high versus low education. These differences in antidepressant use suggest socioeconomic inequalities in the mental health treatment quality.



Aineisto

- Neljä 33%:n satunnaisotosta (kohorttia) Suomen 18-64 –vuotiaasta väestöstä (n = 998,540-1,033,135)
- Otos poimittiin seuraavilta ajankohdilta: vuoden viimeinen päivä vuosina 1995, 2000, 2004 ja 2010
- Jokaista henkilöä seurattiin 4 vuoden ajan
- Pk-seutu (ref), Etelä-, Länsi-, Itä- ja Pohjois-Suomi
- Koulutusryhmät: korkeakoulu (ref) vs alempi koulutus
- Masennuslääkkeet: 1) SSRI (N06AB), 2) TCA (N06AA), 3) muut (N06AX)
- Tilastollisissa malleissa otettiin huomioon ikä, sukupuoli, siviilisääty, koulutus, työmarkkina-asema, tulot, alueen työttömyysaste
- Cox proportional hazard -mallit



Tulokset (1)

- Vuosien 1996 ja 2014 välillä uudempien (SSRI) masennuslääkkeiden käyttö on ollut yleisempää pk-seudulla ja vanhempien (TCA) lääkkeiden käyttö taas pk-seudun ulkopuolella
- Vähemmän koulutetut käyttivät uudempia lääkkeitä vähemmän todennäköisemmin kuin korkeasti koulutetut, näin myös pk-seudulla



Table 4. Hazard ratios for newer (SSRI ^a and Others ^b) and older (TCA ^c) antidepressant use by geographical area and level of education within the four time windows.

Geographical area / Level of education	SSRI ^d			Others ^d			TCA ^d		
	HR ^a	95% CI		HR	95% CI		HR	95% CI	
1996-1999									
Capital / High education	1.00			1.00			1.00		
Other ^c / High education	0.99	0.95	1.02	0.92	0.85	1.00	1.03	0.96	1.10
Capital / Low education	0.96	0.92	1.01	0.85	0.77	0.93	1.25	1.16	1.36
Other ^c / Low education	0.87	0.83	0.91	0.75	0.69	0.82	1.33	1.23	1.42
2001-2004									
Capital / High education	1.00			1.00			1.00		
Other ^c / High education	0.96	0.93	0.98	0.96	0.91	1.00	1.01	0.94	1.08
Capital / Low education	0.91	0.88	0.95	0.89	0.85	0.94	1.23	1.13	1.32
Other ^c / Low education	0.81	0.79	0.84	0.81	0.77	0.85	1.31	1.22	1.42
2005-2008									
Capital / High education	1.00			1.00			1.00		
Other ^c / High education	1.00	0.98	1.03	0.98	0.95	1.02	1.08	1.01	1.15
Capital / Low education	0.91	0.89	0.94	0.94	0.91	0.97	1.13	1.05	1.20
Other ^c / Low education	0.86	0.84	0.89	0.91	0.88	0.95	1.28	1.20	1.36
2011-2014									
Capital / High education	1.00			1.00			1.00		
Other ^c / High education	1.02	0.99	1.05	1.00	0.98	1.03	1.10	1.03	1.18
Capital / Low education	0.89	0.87	0.92	0.86	0.84	0.89	0.91	0.85	0.98
Other ^c / Low education	0.88	0.85	0.90	0.84	0.81	0.86	1.01	0.94	1.09

^aSelective serotonin reuptake inhibitors (N06AB); ^bOther antidepressants (N06AX); ^cTricyclic antidepressants (N06AA); ^dModel adjusted for age, sex, marital status, employment status, income, and area-level unemployment (1st year of follow-up); ^eSouthern, Western and Northern/Eastern Finland combined



Tulokset (2)

- Vuoteen 2011 asti vanhempia masennuslääkkeitä käytettiin useammin vähemmän koulutettujen ryhmässä, erityisesti pk-seudun ulkopuolella
- Erot SSRI-lääkkeiden käytössä pk-seudun ja muiden alueiden välillä ovat hiukan kasvaneet vuosien 1996 ja 2014 välillä
- Sen sijaat alueelliset erot vanhempien lääkkeiden käytössä ovat tasoittuneet



Johtopäätökset

- Uudempien masennuslääkkeiden (SSRI) käyttö oli yleisempää pk-seudulla kuin muualla maassa ja korkeasti koulutetuilla vs. matalammin kouluteutuilla
- **Tulokset indikoivat alueellisia ja sosioekonomisia eroja mielenterveyspalvelujen laadussa**



Tutkimus 2. Työterveyshuollon palveluiden käyttö nuorilla työntekijöillä

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

Tutkimuksen kohteena Helsingin kaupungin (Suomen suurin työnantaja, n. 38 000 työntekijää per vuosi) 18-34 -vuotiaat työntekijät



www.helsinki.fi/fi/tutkimusryhmat/helsinki-health-study



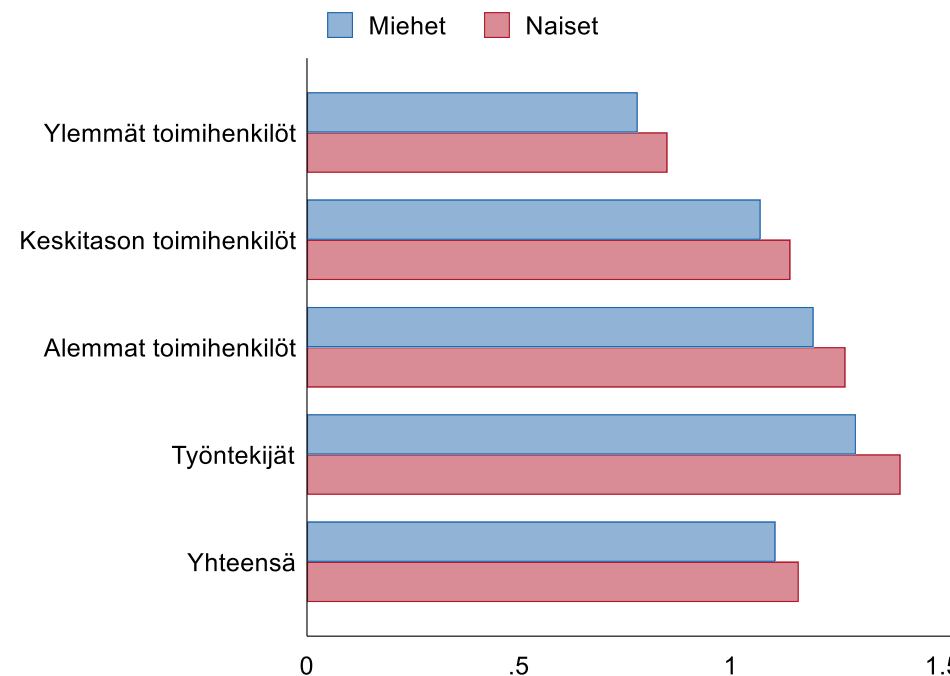


Tutkimus 2: aineisto

- 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

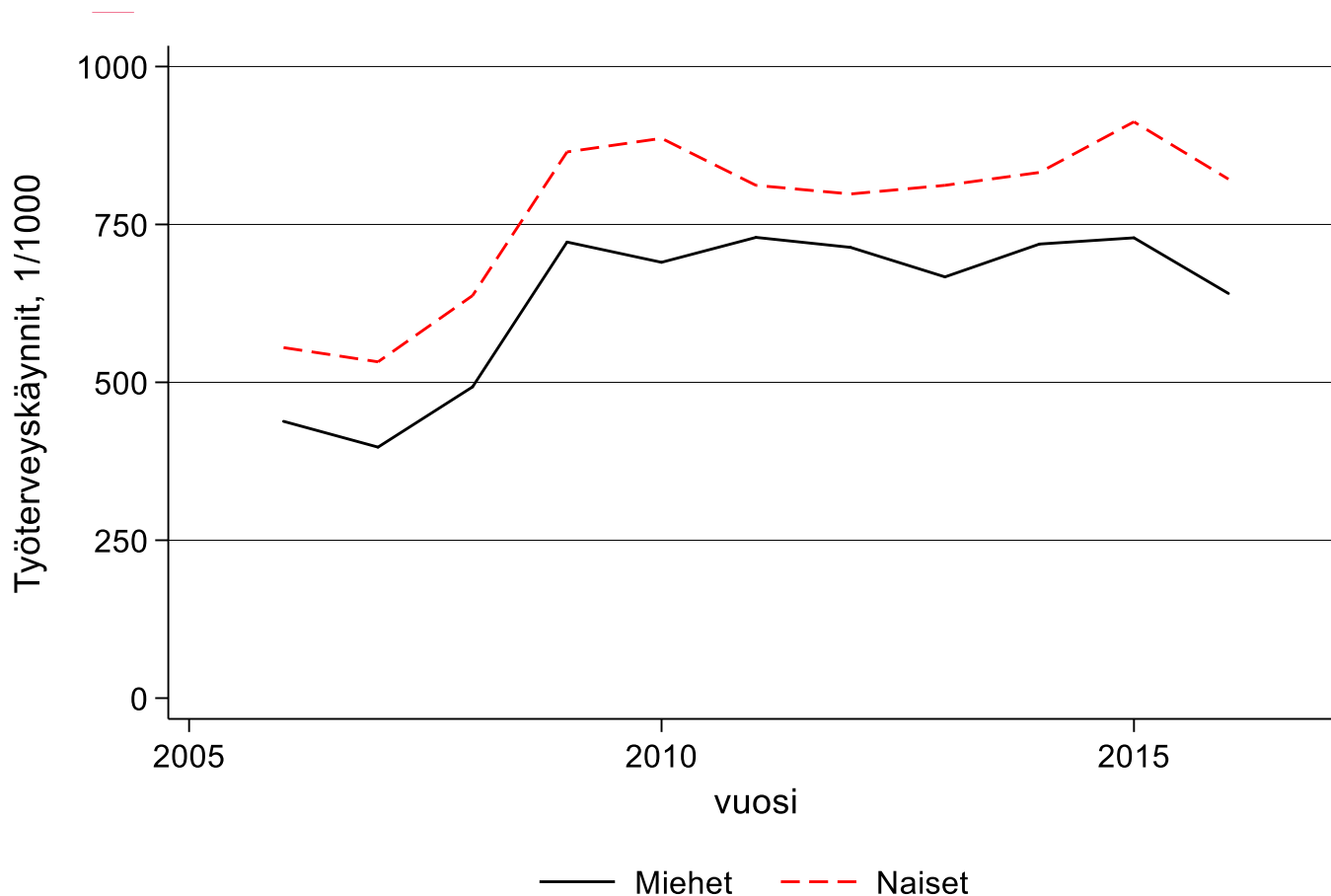
- Ylemmät toimihenkilöt käyttävät työterveyshuollon sairaanhoitopalveluita vähiten
- Palveluiden käyttö yleistyy siirryttäessä alempiin toimihenkilöryhmiin ja työntekijöiden ryhmään
- Työntekijänaiset käyttävät palveluita eniten



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



Työterveyspalveluiden sairaanhoitokäynnit 2006-2016



Alle 35-vuotiaiden
ryhmässä naisilla
palveluiden käyttö
on miehiä
yleisempää

Palveluiden käytön
trendit ovat saman
kaltaisia molemmilla
sukupuolilla

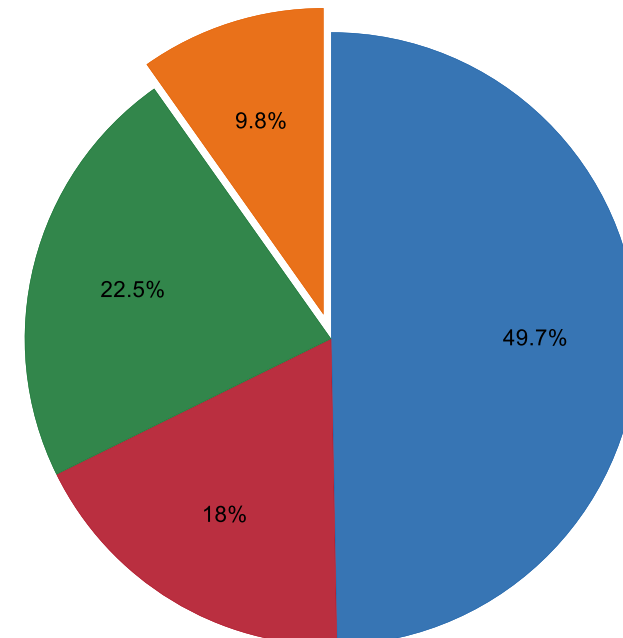
Onko palveluilla ”suurkuluttajia”? (1)



Nuorten aikuisten
työterveyspalveluissa
havaittavissa neljä
käyttäjärühmää

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

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

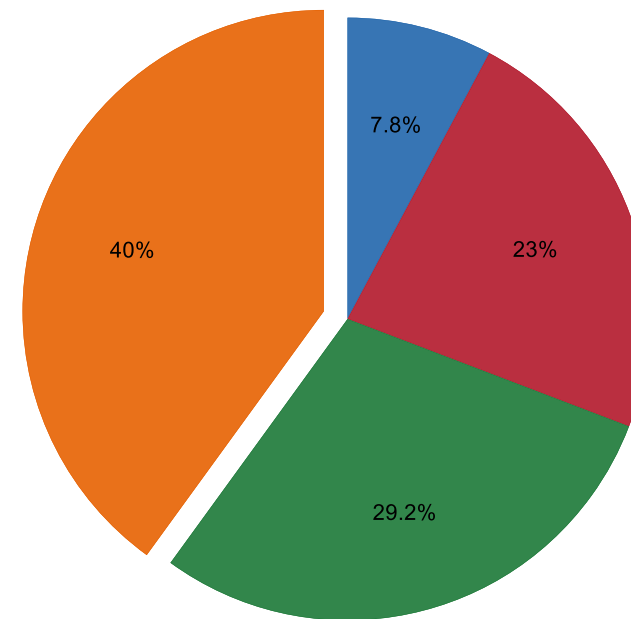


Työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden käyttäjärühmät. Osuus kaikista työntekijöistä.

Onko palveluilla ”suurkuluttajia”? (2)

”Korkea / toistuva” –ryhmä, joita vain 10% nuorista, työntekijöistä käyttää 40% kaikista nuorten työntekijöiden käyttämistä palveluista

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

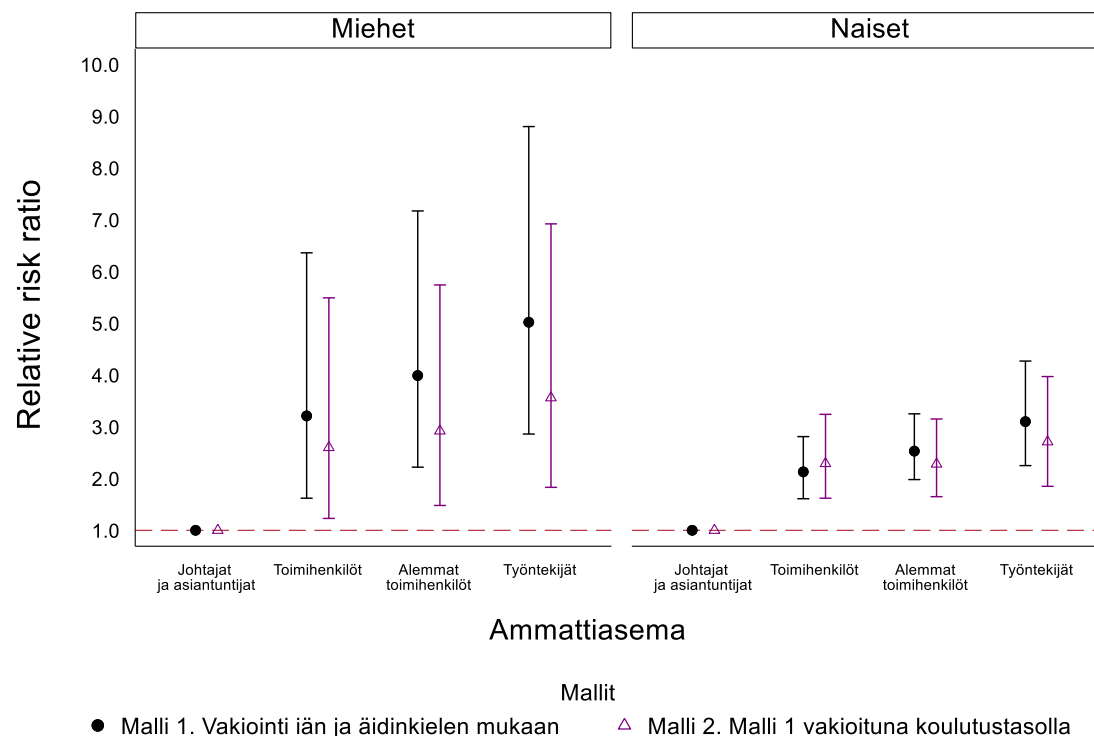


Työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden käyttäjäryhmät. Osuus palveluiden käytöstä.

Onko palveluilla ”suurkuluttajia”? (3)

”Korkea / toistuva”
työterveyspalveluiden käyttö
on yleisempää
työntekijäryhmillä

Miehillä ammattiryhmien
väliset erot ovat suuremmat
kuin naisilla



Työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden käyttäjäryhmät. Suhteellinen riski kuuluu ”Korkea / toistuva” -ryhmään ammattiaseman mukaan.



Päätulokset

- Suuri osa Helsingin kaupungin nuorista 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



Johtopäätökset (1)

- Työterveyshuollolla on parempiosaisten terveydenhuollon maine
 - Eniten sitä käyttävät kuitenkin alemmat toimihenkilöt sekä suorittavan työn tekijät, jotka ovat myös sairaimpia
 - Työterveyshuollon palveluja käyttävät erityisesti sosiaali- ja terveysalan sekä varhaiskasvatuksen pienipalkkaiset naistyöntekijät, joiden työ sekä fyysisesti että psykososiaalisesti erittäin raskasta
 - Esim. lastenhoitajat, vanhustenhoitajat, varhaiskasvatuksen opettajat
- ➔ aloja joilla Helsingissä krooninen työvoimapula



Johtopäätökset (2)

”Työterveyshuolto ei olekaan keskiluokan kultapossukerho, jossa jo valmiiksi hyväosaiset saavat ilmaisia lääkäripalveluja pikkuvaivoihinsa.”
(HS 19.6.2019)



Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen

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

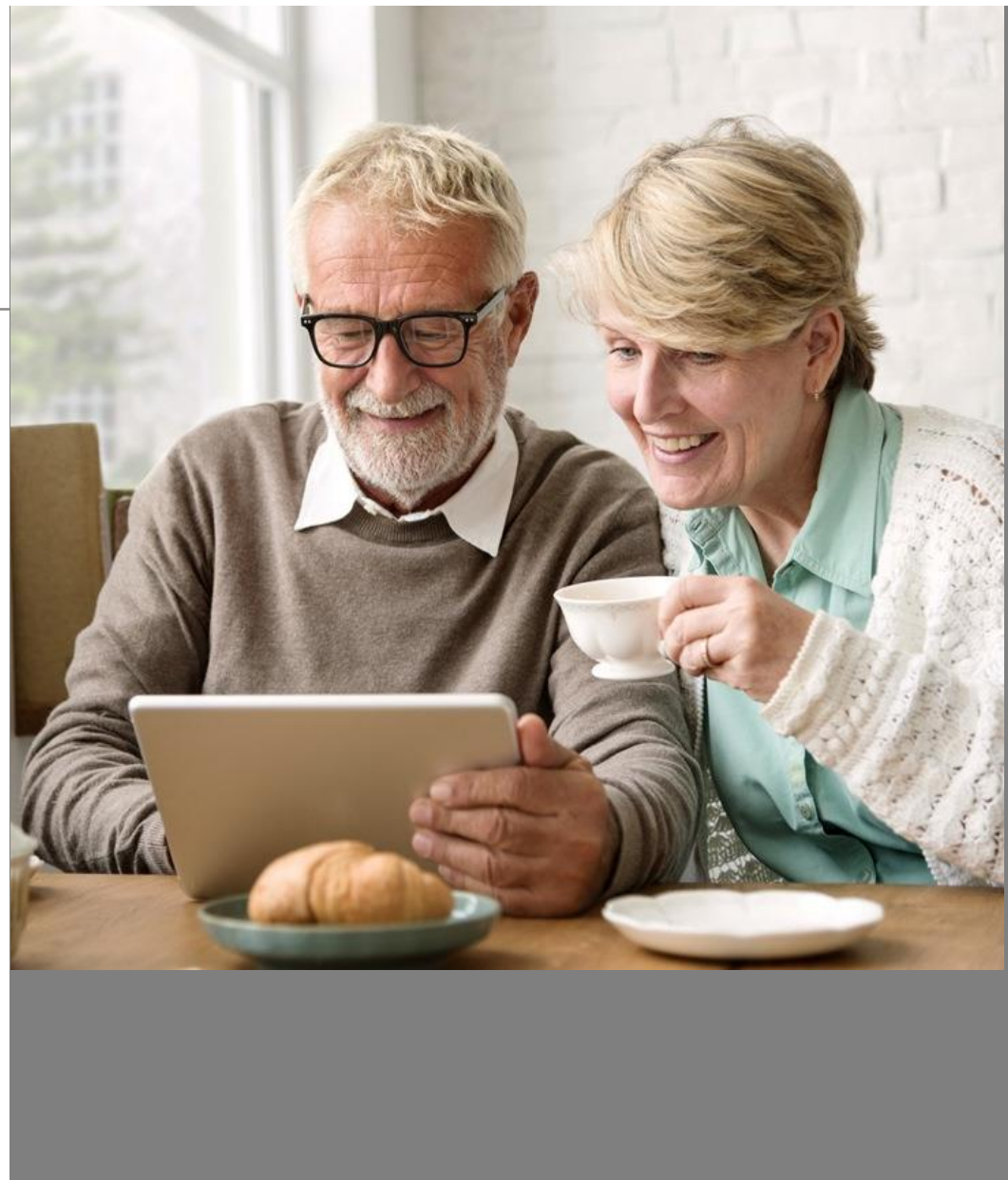
1. Vaikutetaan sosiaaliseen eriarvoisuuteen, esimerkiksi koulutukseen, tulonjakoon, työllisyysmahdollisuuksiin, verotukseen
2. Turvataan terveelliset elinolot (asuminen, työolot, ympäristö) kaikille
3. Vähennetään haitallisille aineille altistumista (työaltisteet, ympäristöaltisteet, elintavat mm. alkoholi,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

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



DigiIN

**Palvelukulttuuria
uudistamalla kaikki
mukaan digitaaliseen
yhteiskuntaan (DigiIN)**





DigiIN

- STN:n rahoittama konsortiohanke (2019-2022)
- Uudet digitaaliset palvelut edellyttävät asiakkailta nykyistä aktiivisempaa roolia, osaamista ja itseohjautuvuutta
- Vaarana on, että uudet sähköiset palvelut lisäävät sosiaalista eriarvoistumista ja syrjäytymistä, jos palvelukulttuuri ei huomioi heikommassa asemassa olevia ryhmiä, kuten vanhuksia, mielenterveyskuntoutujia, maahanmuuttajia ja päihteiden käyttäjiä
- <https://www.digiin.fi/>



”DigiIN-hanke luo ratkaisuja, joiden avulla kaikki pysyvät mukana sosiaali- ja terveydenhuollon digipalveluissa”



Hankkeessa mukana

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- Aalto-yliopisto
- Helsingin yliopisto
- Jyväskylän yliopisto
- Laurea-ammattikorkeakoulu
- Ikäinstituutti
- Rahoittaja: Strategisen tutkimuksen neuvosto





KIITOS!

60° 10 1.2 N, 24° 57 18 E

Twitter: @Akouvonen @HHS_helsinkiuni