



Uppföljning av hälsan och minskning av hälsoskillnader i Finland – observationer om hälsoskillnader och praktiska åtgärder

HUVUDFYND

- Minskningen av hälsoskillnader har under de senaste 30 åren varit en central tyngdpunkt i den finländska hälsopolitiken. Skillnaderna i hälsa mellan olika befolkningsgrupper har dock inte minskat märkbart under 2000-talet, och till vissa delar har hälsoskillnaderna till och med ökat.
- För att minska hälsoskillnaderna behövs regelbunden uppföljning av situationen. I Finland är de centrala informationskällorna nationella befolkningsundersökningar och registeruppgifter.
- Befolkningens hälsa bör granskas regelbundet åtminstone med tanke på kön, bostadsområde, socioekonomisk ställning, häromkost och funktionsbegränsning, även med beaktande av korsande faktorer.
- Finlands lagstiftning förpliktar till att främja människors hälsa och välfärd och till likabehandling i fråga om tjänsternas kvalitet och tillgänglighet. För att informationen ska kunna utnyttjas som stöd för beslutsfattandet och möjliggöra effektiva åtgärder krävs omfattande expertarbete mellan olika aktörer.

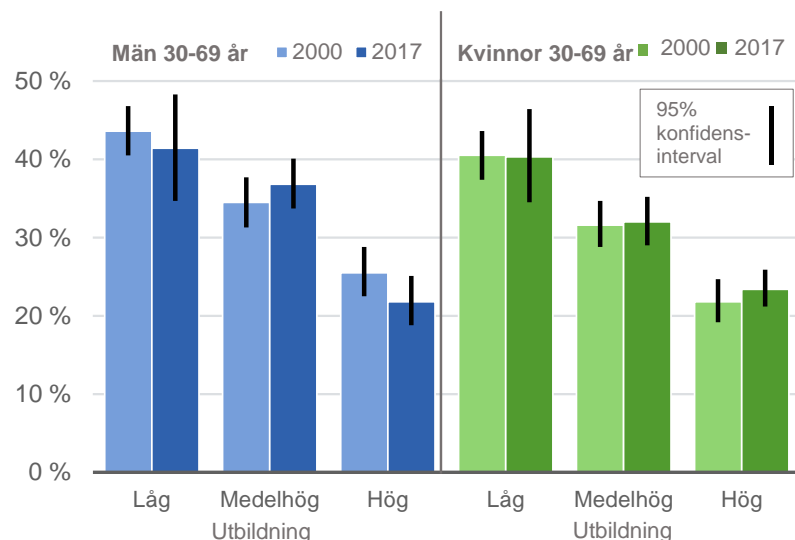
Finländarnas hälsa har i allmänhet utvecklats positivt på många delområden, men tills vidare har man inte lyckats minska hälsoskillnaderna bland de olika befolkningsgrupperna i betydande grad och till vissa delar har skillnaderna till och med ökat. (Koskinen m.fl. 2018, Karvonen m.fl. 2017; Rahkonen m.fl. 2011)

Beslutsfattande som grundar sig på forskningsinformation av hög kvalitet och ändamålsenligt riktande av åtgärder samt bedömning av deras effektivitet kräver information om befolkningens hälsa som regelbundet uppdateras och ojämlikheten som framkommer i den. Informationen behövs nationellt, regionalt och enligt befolkningsgrupp, såsom till exempel enligt etnisk bakgrund och socioekonomisk ställning. (Koskinen m.fl. 2018.)

I detta publikation presenteras observationer om hälsoskillnader, uppföljning av hälsan och praktiska åtgärder för minskning av hälsoskillnader i Finland. Observationer samlades in inom ramen för Europeiska unionens JAHEE-projekt (Joint Action Health Equity Europe), vars mål var ”större jämlikhet i hälsa i de europeiska länderna”. Finlands delmål var bland annat att beskriva det nationella målläget för uppföljningen av ojämlikheten i hälsan samt utveckla och testa olika sätt att omvandla information om ojämlikhet till åtgärder.

Observationer av hälsoskillnader

För hälsoskillnader är det typiskt att ju lägre en persons socioekonomiska ställning är, desto sämre är dennes hälsa. Regeln gäller nästan utan undantag olika delområden av hälsotillståndet, såsom sjukfrekvens, dödlighet och upplevd hälsa. (t.ex. Karvonen & Kauppinen 2009 & 2014; Koskinen m.fl. 2018; Parikka m.fl. 2017; Rissanen m.fl. 2020.) (Diagram 1, Diagram 2 och Diagram 3)



Källa: Hälsa 2000 och FinHälsa 2017 studier, THL

Diagram 1. Upplevd hälsa medelmåttig eller sämre 2000 och 2017 (Hälsa 2000 och FinHälsa 2017 forskningsmaterial)

Satu Majlander

Hannamaria Kuusio

Tapani Kauppinen

Katri Kilpeläinen

Timo Koskela

Tuulia Rotko

Institutet för hälsa och välfärd

Indikatorer för ojämlikhet i hälsan, förslag:

- 30-åringars förväntade livslängd, enligt utbildningsgrupp
 - Alkoholrelaterade dödsfall, förlorade levnadsår (PYLL) i åldern 25–80 år / 100 000 personer i samma ålder, enligt inkomstgrupp
 - Andelen personer som upplever sin hälsa som medelmåttig eller sämre (%), 20 år fyllda, enligt utbildningsgrupp
 - Andelen personer som utsatts för psykisk betydande belastning (%), 20 år fyllda, enligt utbildningsgrupp
 - Andelen personer som inte fått tillräckligt med läkarmottagningstjänster (%) av dem som skulle ha behövt, 20 år fyllda, enligt utbildningsgrupp
 - Sjukhusperioder som skulle ha kunnat undvikas, ojämlikhetsindex enligt inkomstgrupperna (RII)
 - Andelen personer som på grund av brist på pengar blivit tvungna att göra avkall på mat, läkemedel eller läkarbesök (%), 20 år fyllda, enligt utbildningsgrupp
 - Andelen personer som röker dagligen (%), 20 år fyllda, enligt utbildningsgrupp
 - Andelen feta personer (kroppens viktindex BMI >= 30 kg/m²) (%), 20 år fyllda (uppmätt vikt), enligt utbildningsgrupp
 - Andelen personer som äter grönsaker och frukt enligt näringsrekommendationerna (%), 20 år fyllda, enligt utbildningsgrupp
 - Personer som motionerar enligt rekommendationen om hälsomotion / Personer som enligt rekommendationen om hälsomotion motionerar otillräckligt (%), 20 år fyllda, enligt utbildningsgrupp
 - Andelen personer som bedömer sig ha nedsatt arbetsförmåga, (%), 20–74-åringar, enligt utbildningsgrupp
 - Andelen personer med funktionshinder på grund av hälsoproblem (%), 20–64-åringar, enligt utbildningsgrupp.
- [Indikatorer för ojämlikhet i hälsa i Finland \(grupp-id 813\)](#) i Sotkanet-webbtjänsten

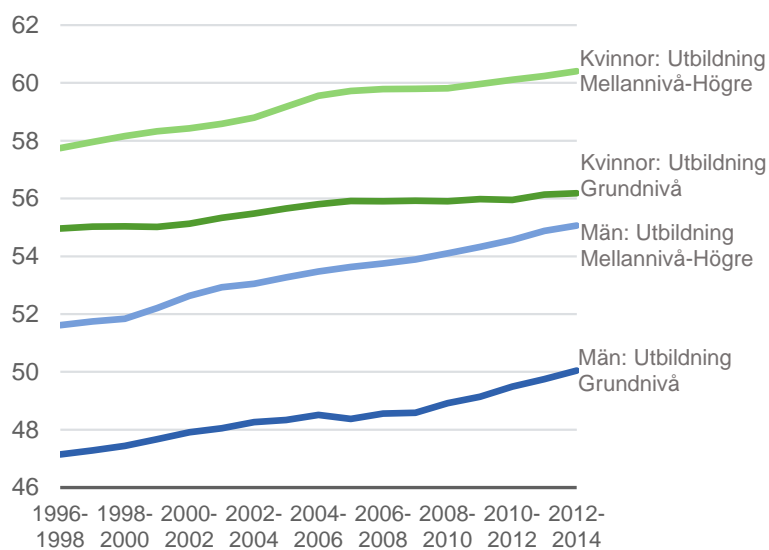


Diagram 2. Förväntad livslängd för 25-åringar hos män och kvinnor enligt utbildningsgrupp 1996–2014 (källa: terveytemme.fi).

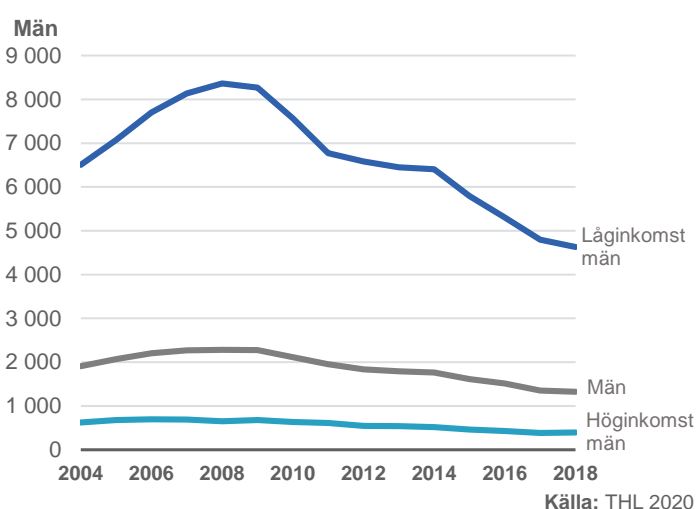
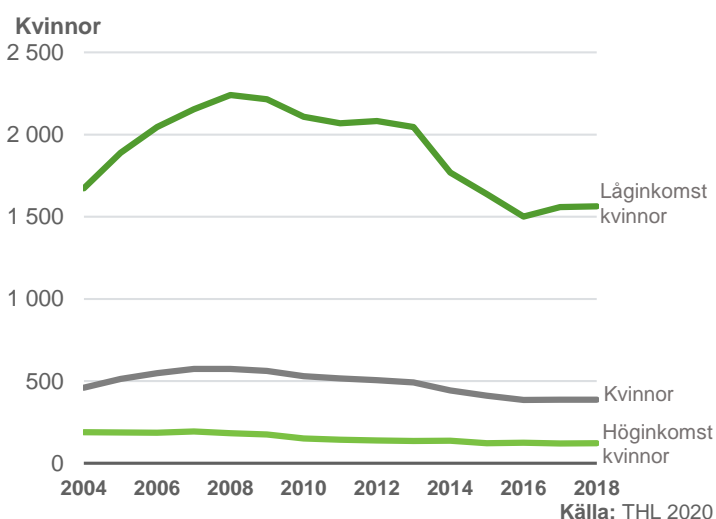


Diagram 3. Alkoholrelaterade dödsfall, förlorade levnadsår (PYLL) i åldern 25–80 år / 100 000 män och kvinnor i samma ålder.

Hälsan varierar också mellan språk- och kulturgrupper såsom mellan romer och hela befolkningen samt invandrare och hela befolkningen. Också inom grupperna finns det betydande hälso- och välfärdsskillnader. Till exempel upplever invandrare sin hälsa som sämre än hela befolkningen, men den upplevda hälsan hos invandrare varierar också enligt födelseland (Diagram 4).

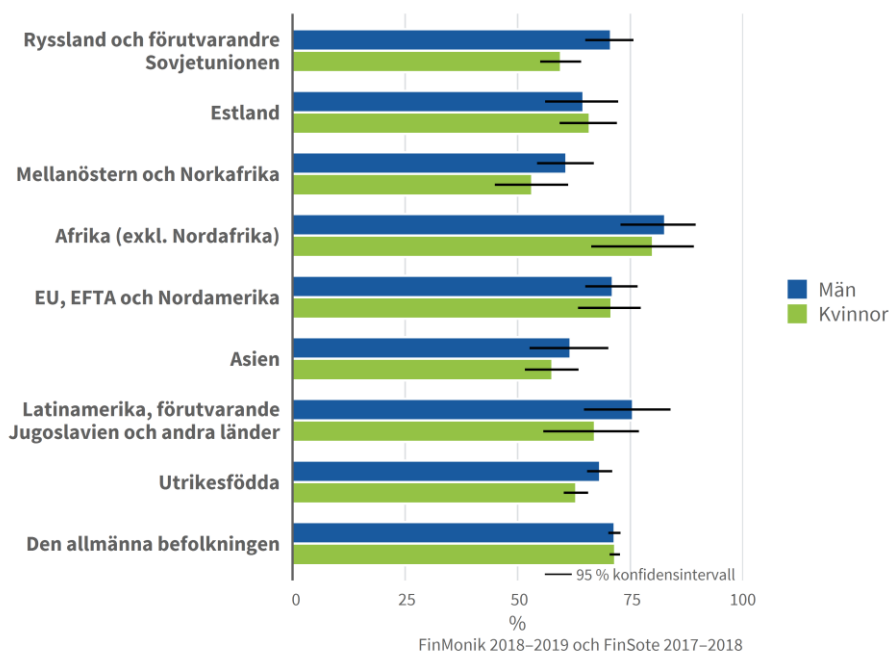


Diagram 4. Upplevd hälsa bra eller ganska bra enligt födelseland, ålders- och könsstandardiserad

Befolkningens hälsa varierar förutom på grund av socioekonomiska faktorer också mellan regioner. I södra och västra Finland är befolkningen i genomsnitt friskare än i östra och norra Finland. Till exempel uppskattar personer som bor i östra Finland oftare att deras arbetsförmåga är nedsatt än de som bor i västra Finland. (Parikka m.fl. 2017.)

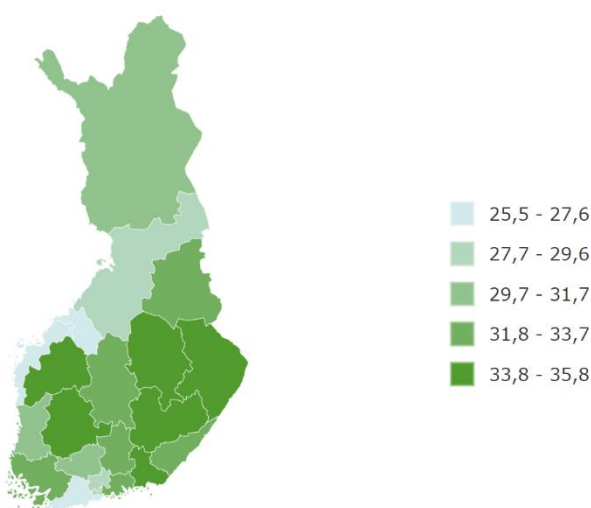


Diagram 5. Andelen personer (högst 7/10) som uppskattar sin arbetsförmåga vara nedsatt (%) 2020 (källa: Terveystemme.fi).

Beskrivning av JAHEE-projektet

Joint Action on Health Equity Europe (JAHEE) 06/2018-11/2021. 25 EU-länder deltar.

Minskningen av ojämlikheten i hälsa är ett betydande europeiskt mål som JAHEE-projektet tar itu med i samarbete med olika länder.

Finland deltar i tre olika temaområden med sina egna åtgärder:

1. I arbetspaketet ”Uppföljning av ojämlikheten i hälsan” presenteras ett förslag till nationell uppföljning av ojämlikhetsinformation om hälsa och förbättringsförslag.
2. I arbetspaketet ”Invandrarnas hälsa” identifieras centrala åtgärder i politiken för att främja invandrades hälsa och likabehandling.
3. I arbetspaketet ”Ojämlikhet i hälsa i all politik” stöds och bedöms två utvalda landskap i sitt beaktande av ojämlikhet i arbetet för att främja hälsa och välfärd.

I den här rapporten sammanställs de åtgärder som vidtagits i Finland och deras lärdomar.

Förtida dödsfall är vanligare i östra och norra Finland än i södra och västra Finland. Mellan landskapen finns det tydliga skillnader i dödlighet och bland män är skillnaderna större än bland kvinnor. Den förväntade livslängden för män är kortare än för kvinnor i alla landskap. Åren 2017–2019 var skillnaden mellan könen störst i Kajanaland, där männens förväntade livslängd var 6,7 år kortare än kvinnornas. I Mellersta Österbotten var skillnaden mellan könen minst, 3,9 år. (SVT 2019.)

Uppföljning av ojämlikhet i hälsan

För att minska ojämlikheten i hälsan behövs uppföljningsinformation som uppdateras regelbundet och styr åtgärder för att minska ojämlikheten samt konsekvensbedömningen. (Rotko m.fl. 2012). I Finland är register, statistik och befolkningsundersökningsmaterial centrala informationskällor för att beskriva befolkningens hälsa och välfärd.

Hittills har utmaningen varit att informationen om alla befolkningsgrupper inte finns tillgänglig. Uppgifter som saknas i registermaterialet och brister i aktualiteten är ett problem särskilt när man granskar personer med utländsk härkomst (bl.a. människors rörlighet, invandring och utvandring). Uppgifter om vissa befolkningsgrupper fås dessutom inte alls ur registret (bl.a. uppgifter om samer, romer i Finland och papperslösa personer). Också regionala skillnader och andra skillnader i befolkningsgrupperna kan förvrängas i registeruppgifterna på grund av t.ex. olika behandlings- och registreringsförfaranden.

Behovet av information per befolkningsgrupp har identifierats och befolkningsundersökningar utvecklas med beaktande av de nuvarande skuggområdena för information och grupper i sårbar ställning. I Finland har man gjort flera separata undersökningar där man på ett tillförlitligt sätt har försökt bedöma hälsan, välfärden och tillgången till social- och hälsovårdstjänster för olika befolkningsgrupper. Fem av dessa separata datainsamlingar har riktats mot Finlands befolkning av utländsk härkomst (inkl. en mot asylsökande) och en mot Finlands romska befolkning (Castaneda m.fl. 2012; Nieminen m.fl. 2015; Skogberg m.fl. 2019; Weiste-Paakkanen m.fl. 2018; Kuusio m.fl. 2020). Målet är att inkludera uppföljningen av språk- och kulturminoriteters hälsa och välfärd utifrån befolkningsundersökningar som en del av THL:s datainsamling för hela befolkningen.

Observationer av praktiska åtgärder

JAHEE-projektet stödde beredningen av de strategiska målen för främjande av välfärd och hälsa samt minskning av ojämlikhet i två framtida välfärdsområden (se THL 2021a). De framtida välfärdsområdena beredde en regional välfärdsberättelse, där områdets välfärd beskrivs per befolkningsgrupp och som presenterar strategiska mål för den kommande fullmäktigeperioden för att öka välfärden och minska ojämlikheten (mer om berättelsearbetet i t.ex. THL 2021b). De indikatorer som presenterades i sidbalken testades under beredningen och användes för att ställa upp mål.

Välfärdsberättelserna är i enlighet med social- och hälsovårdslagen lagstadgade handlingar som görs regelbundet både i välfärdsområdena och i kommunerna (Lag om ordnande av social- och hälsovård 612/2021 6 §, 7 §). Välfärdsberättelserna bereds i en omfattande sektorsövergripande arbetsgrupp och i arbetet ingår ofta olika mer omfattande former av deltagande. I dessa workshoppar och seminarier lyfte deltagarna fram ett stort antal observationer om ojämlikhet som hade att göra med personliga erfarenheter eller oro för redan befintliga indikatorer som beskriver ojämlikhet. Det är viktigt att indikatorerna finns så att de delaktiga antingen kan identifiera olika former av ojämlikhet eller försäkra sig om att de egna erfarenheterna är sanningsenliga.

Hittills har det inte varit lätt att hitta indikatorer för ojämlikhet i Finland, och alla finns inte tillgängliga områdesvis. Vanligtvis är ojämlikhetsindikatorer inte färdiga, utan kräver kombination av flera uppgifter och identifiering av olika regionala och nationella informationskällor. Nu har indikatorerna om ojämlikhet och informationskällorna för första gången samlats på webbplatsen för Institutet för hälsa och välfärd (THL 2021c) och i denna publikation.

Oron för ojämlikheten i hälsa behöver inte alltid stöd av indikatorer för att bli ett strategiskt mål för välfärdsområdet. Den oro som framgick av diskussionen kunde upprepas i olika aktörers erfarenheter så att beredarna var eniga om att det upplevda ärendet var viktigt utan konkret uppmätt information. Ofta låg det en medvetenhet om utvecklingsförlopp eller

omständigheter i bakgrunden som kunde beskrivas nationellt. Dessa mål kunde till exempel vara barns användning av rusmedel, generationsöverskridande marginalisering eller variationer i tillgången till en viss tjänst.

Å andra sidan observerades i projektet tydliga indikatorer för ojämlikhet som tidigare hade rapporterats områdesvis och behandlats i beredningsskedet, men som inte blev mål för att minska ojämlikheten i hälsan i området. En del av de mycket specificerade orosmomenten kan i välfärdsberättelsernas sammanfattningsskede förlora sitt ursprungliga perspektiv på hälsoskillnader. Till exempel den delade oron över långtidsarbetslösa med vissa egenskaper avtog till hälsoundersökningar för arbetslösa eller mer allmänt till oro för arbetsförmågan hos personer i arbetsför ålder. Målen för enskilda grupper av människor kan hamna i bakgrunden på grund av att de mer universala åtgärder som utvecklas för större befolkningsgrupper är mer acceptabla.

En del av de splittrade och mätbara socioekonomiska välfärds- och hälsoskillnaderna rymdes helt enkelt inte med i den sammanfattade helheten av strategiska mål i välfärdsberättelserna. Indikatorernas existens räcker alltså inte i sig, utan det behövs en sektorsövergripande gemensam förståelse för det fenomen som indikatorerna beskriver och de utvecklingsförlopp och eventuella följder som fenomenet kan orsaka. När indikatoruppgifterna presenteras i välfärdsområdena behövs beskrivningar av orsaks- och konsekvenskedjorna och alternativa kostnadsmodeller för indikatorernas fenomen.

I välfärdsberättelserna för två framtida välfärdsområden ingick flera mål med anknytning till ojämlikhet, även om alla identifierade saker inte kunde tas med. Välfärdsberättelsen är ett politiskt val och en viljeförklaring av sina beredare och de beslutande förtroendevalda, i vilken man endast kan välja några saker som behöver utvecklas åt gången.

För att denna diskussion om värderingar ska vara möjlig, bör det finnas

- lättillgängliga, regelbundet uppdaterade indikatorer för ojämlikhet per region,
- en tillräckligt sektorsövergripande och sakkunnig grupp för att identifiera särdragen i områdets ojämlikhet och bedöma oron med hjälp av indikatorerna,
- en möjlighet att modellera framtida alternativa utvecklingsförlopp som stöd för värderingen och
- en öppen berednings- och beslutsprocess som möjliggör verklig växelverkan mellan olika aktörer.

Slutsatser

Skillnaderna i hälsa mellan olika befolkningsgrupper har inte minskat märkbart under 2000-talet och till vissa delar har hälsoskillnaderna till och med ökat. Detta innebär till exempel att personer med lägre utbildning är allt sjukare medan högutbildade är allt friskare.

Högklassiga befolkningsundersöknings- och registeruppgifter möjliggör uppföljning av befolkningens hälsa och den ojämlikhet som förekommer i hälsan. Befolkningsundersökningar (både hälsoundersökningar och enkäts- och intervjuuppgifter) behövs för att komplettera registeruppgifterna. Registren ger relativt heltäckande information om dem som använder offentliga tjänster, men i skuggområdet stannar de människor som av en eller annan orsak inte söker sig till eller får tillgång till tjänsterna. Av registren framgår inte heller bl.a. upplevd hälsa, funktionsförmåga och hälsovanor eller fenomen som grundar sig på individuella erfarenheter, såsom diskriminering, förtroende eller bemötande i tjänster. Alla de sistnämnda har en känd koppling till människans hälsa, vilket i sin tur ökar hälsoskillnaderna. (Castaneda & Kuusio 2019.)

Befolkningsundersökningar ger också värdefull information om riskfaktorer för olika sjukdomar, såsom levnadsvanor. Med tanke på minskningen av hälsoskillnader och den omfattande välfärdspolitiken bör människors hälsa granskas heltäckande med hjälp av information som fås på olika sätt.

Människans socioekonomiska ställning, såsom utbildningsbakgrunden, den huvudsakliga verksamheten och ställningen på arbetsmarknaden bör ingå i undersökningar som granskar befolkningens hälsotillstånd och dess ojämlikheter. Dessutom är härkomst och

funktionsbegränsningar viktiga faktorer i uppföljningen av hälsoskillnader, utan att glömma granskningen av korsande faktorer.

Hittills finns det fortfarande utmaningar när det gäller att kombinera information från olika personuppgiftsansvariga och från befolkningsundersökningar. Problemet är också att det inte finns tillgång till ojämlikhetsinformation om alla fenomen på regional nivå.

Oron för ojämlikheten i hälsan behöver inte nödvändigtvis alltid en indikator som stöd för beslutsfattandet, utan det räcker ofta med att beredarna av välfärdsberättelsen är eniga om hur viktigt det upplevda ärendet är.

I Finland finns det kompetens och verktyg för att följa upp ojämlikheten i befolkningens hälsa vars användning rekommenderas i indikatorramen för uppföljning av hälsoskillnader inom JAHEE-projektet.

När det gäller datainnehållet i många indikatorer är THL en central aktör som producerar information i Finland, men det finns fortfarande utmaningar att lösa när det gäller att kombinera information från olika personuppgiftsansvariga och befolkningsundersökningar. För att informationen ska kunna utnyttjas som stöd för beslutsfattandet och för att möjliggöra effektiva åtgärder krävs omfattande expertarbete och insamling, sammanställning och tolkning av information i samarbete med olika aktörer.

Källor

Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S. (red.) (2012) Invandrarnas hälsa och välbefinnande. Undersökning om invånare i Finland med rysk, somalisk och kurdisk bakgrund. Rapport 2012, nr 61. Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd.

Castaneda AE, Larja L, Nieminen T, Jokela S, Suvisaari J, Rask S, Koponen P, Koskinen S. (2015) Psykiskt välbefinnande, trygghet och delaktighet bland personer med utländsk bakgrund. Undersökningen om arbete och välfärd hos personer av utländsk härkomst 2014 (UTH). Arbetspapper 18/2015. Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd.

Castaneda A & Kuusio H (2019) Sosiaalinen hyvinvointi, kotoutuminen ja terveys sekä näiden väliset yhteydet Suomen ulkomailla syntyneessä väestössä. I verket: Kazi Villiina & Ali-tolppa-Niitamo Anne & Kaihovaara Antti (red.). Kotoutumisen kokonaiskatsaus 2019: Tutkimusartikkeleita kotoutumisesta. TEM oppaat ja muut julkaisut 2019:10. Helsingfors: Arbets- och näringsministeriet.

Karvonen S, Martelin T, Kestilä L, Junna L. (2017) Tulotason mukaiset terveyserot ovat edelleen suuria. Suomen sosiaalinen tila 3/2017. Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd.

Karvonen S. & Kauppinen T. (2009) Kuinka Suomi jakautuu 2000-luvulla? Hyvinvoinnin muuttuvat alue-erot. Yhteiskuntapolitiikka 74(5), s. 467–486.

Karvonen S & Kauppinen T (2014) Hyvinvoinnin puutteet asuinpaikan maaseutumaisuuden mukaan. I verket: Vaarama Marja, Karvonen Sakari, Kestilä Laura, Moisio Pasi & Muuri Anu (red.): Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd, s. 80–97.

Koskinen S, Martelin T, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koponen P. (2018) Terveysten, toimintakyvyn ja niihin vaikuttavien tekijöiden vaihtelu koulutuksen ja asuinalueen mukaan. I verket: Koponen Päivikki, Borodulin Katja, Lundqvist Annamari, Sääksjärvi Katri, Koskinen Seppo (red.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Undersökningen Fin-Hälsa 2017. Rapport 4/2018. Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd.

Koskinen S & Linnanmäki E (2008) Väestöryhmien välisten terveyserojen seurantajärjestelmän kehittäminen. I verket: Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, s. 161–168

Kuusio H, Seppänen A, Somersalo L, Lilja E. (red.) (2020) Invandrarnas hälsa och välbefinnande i Finland. FinMonik-undersökningen 2018–2019. Rapport 1/2020. Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd.

