



Miten väestön terveyseroja voidaan kaventaa palvelujen kohdentamisen näkökulmasta?

Valtakunnalliset neuvolapäivät

30.10.2008

Riitta Simoila

Kehittämisjohtaja THT

Helsingin terveyskeskus





Terveyserot

- Terveysspoliittisessa keskiössä
 - Terveys 2015 -kansanterveysohjelma
 - Terveyden edistämisen politiikkaohjelma
 - KASTE -ohjelma
 - Kansallinen terveyserojen kaventamisohjelma
- Huonoa kehitystä ei ole saatu katkaistuksi
- Keinoista puutetta
- Terveyserojen taustalla moninaiset syyt, mutta myös terveydenhuolto saattaa omalta osaltaan ylläpitää ja vahvistaa terveyseroja



Palvelujen käyttö ja terveyserot

- Hyvätuloiset käyttävät eniten
 - Työterveyshuollon palveluja
 - Yksityislääkäripalveluja
 - Hammaslääkäripalveluja
- Kirurgisia toimenpiteitä (kaihileikkauksia, sepelvaltimotoimenpiteitä, polven ja lonkan tekonivelleikkauksia) tehdään enemmän ylemmille sosioekonomiselle ryhmille
- Joissakin lääkehoidoissa kattavuus parempi hyvätuloisilla
- Yksilöterapiaa saavat enemmän hyvätuloiset
- Psykiatriset sairaalajaksot yleisimpiä vähiten koulutetuilla



Terveyserojen kaventaminen edellyttää...

- 1. Tietoa** väestöryhmien välisistä terveyseroista sekä mihin väestön osiin sairastavuus ja ennenaikainen kuolleisuus kohdistuvat
- 2. Strategian**, miten terveyseroihin vaikutetaan
- 3. Toimenpiteitä ja hankkeita** strategian toteuttamiseen



Elinajanodote ja terveyserot Helsingissä

- Helsinkiläisten elinajanodote alhaisempi kuin muualla Suomessa
- Vaikka elinajanodote kasvaa, myös väestöryhmien väliset erot kasvavat strategian vastaisesti
- Korkea- ja perusasteen koulutuksen saaneiden elinajanodotteen erot helsinkiläisillä miehillä 7,8 vuotta ja naisilla 4,2 vuotta. Muu Suomi 6,0 ja 3,4.
- Helsingin alueiden väliset elinajanodotteen erot huomattavat
 - Eteläisen ja Keskisen suurpiirin ero 5,0 vuotta
 - Peruspiirien väliset erot suurimmillaan miehillä 9,4 vuotta ja naisilla 5,6 vuotta

(Valkonen, T ym. 2007. Elinajanodotteen kehitys Helsingissä ja sen väestön osaryhmissä 1991 – 2005. Helsingin kaupungin tietokeskuksen tutkimuksia)

RS 30.10.2008



Helsingin strategia

1. Syrjäytymisen ehkäisy valtuuston päättämä kaupunkistrategia kaikille hallintokunnille
 - kaupunginhallitus on kehoittanut kaikkia hallintokuntia ottamaan päätöksissään huomioon päätöksensä terveysvaikutukset
2. Terveyskeskuksella strategiana väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen
 - Alueellinen voimavarojen suuntaaminen niiden väestöryhmien terveyspalveluihin, jonne terveydenhuollon eriarvoisuuden riskit kasaantuvat
 - Erityisryhmiin kohdistuvat toimenpiteet



Palvelujen kohdentaminen ja terveyserot - vaihtoehtoja

- Nostetaan käyttötalousmäärärahoja
- Vahvistetaan henkilöstöä
- Vahvistetaan osaamista
- Käynnistetään erillishankkeita
- Suunnataan olemassa olevia voimavaroja uudelleen



Terveydenhuollon RESU-malli

- Helsingin terveysturvasto kehitti väestöpohjaisen rahanjakomallin 1990-luvun puolivälissä (ns. RESU-malli), jota se toteutti alueorganisaatiossaan suuntaamalla voimavaroja väestön tarpeiden pohjalta
- Tarveindeksit määriteltiin erikseen perusterveydenhuollon avohoidolle, laitoshoidolle, somaattiselle ja psykiatriselle erikoissairaanhoidolle sekä terveydenhuollolle yhteensä
- Lähtökohtana alueen ikä- ja sukupuolirakenne ja lisäksi
 - alle 65-vuotiaiden ikä- ja sukupuolivakioitu kuolleisuus (avohoito, somaattinen ja psykiatrinen esh ja terveydenhuolto yhteensä)
 - verotettavat tulot asuntokuntaa kohden (laitushoito, psykiatrinen esh ja terveydenhuolto yhteensä)
 - korkeakoulututkinnon suorittaneet (somaattinen esh)
- Alueelliset erot tarveindekseissä 0,60 – 1, 17



PD=Positiivinen diskriminaatio

- Annetaan enemmän tukea heille, jotka ovat suuremman tuen tarpeessa
- Kohteena
 - väestön osa
 - ryhmä
 - alue
- Palvelutasoa nostetaan muita alueita tai ryhmiä korkeammalle
- Lisäresursoinnit ovat vastainterventioita kielteisen eriytymisen ehkäisemiseksi
- Perusteena TARVE
- Pohjana tilastotiedot
- Julkisen sektorin toimintaa



PD – Positiivinen diskriminaatio Helsingissä

=heikoimmilla alueilla nostetaan kaupungin palvelutasoa muita alueita korkeammalle

- Opetusvirastolle, sosiaalivirastolle ja nuorisoasiainkeskukselle PD:n laskentamallit 1999 – 2000
- Alueellista eriarvoisuutta kuvaavat muuttujat:
 1. Yksinhuoltajien osuus lapsiperheistä
 2. Vuokra-asuntojen osuus asuntokannasta
 3. Matalan koulutustason osuus yli 15-vuotiaista
 4. Kaupungin vuokra-asukkaiden osuus asukkaista
 5. Alueen työttömyysaste
 6. Toimeentulotukea saaneiden osuus
 7. Lastensuojelun piirin tulleet uudet lapset
 8. Lapsiperheiden tulot



Terveysasemien PD-malli

1. Yksinhuoltajien osuus perheistä
2. Matalan koulutustason osuus yli 15-vuotiaista
3. Kaupungin vuokra-asukkaiden osuus asukkaista
4. Toimeentulotukea saavia asuntokunnista vuoden lopussa
5. Asuntokuntien keskitulot (laskennassa käänteisluku)
6. Työttömyysaste
7. Vieraskielisten osuus 0 – 19 vuotiaista
8. Peittävyys
9. Ikä (painotus yli 65-vuotiaisiin)

Terveysasemittainen indeksi vaihtelee 65,5 – 137,1
Voimavarat suunnataan indeksin pohjalta.

RS 30.10.2008



Helsingin hammashuollon PD-hanke 1/2

- Tavoitteena luoda toimintamalleja ja hyviä käytäntöjä, joita voidaan "monistaa" hammashuoltoon pysyväksi osaksi toimintaa alueilla, joilla väestöllä on suurempi riski sairastua suun sairauksiin.
- PD:n-laskentamalli
 1. Yksinhuoltajatalouksien osuus lapsiperheistä
 2. Enintään perusasteen suorittaneiden osuus 20-64 vuotiaista
 3. Kaupungin vuokra-asukkaiden osuus koko väestöstä
 4. Toimeentulotukea saavien asuntokuntien osuus
 5. Neljään alimpaa kulutusyksikköä kohden laskettuun tulodesiliin kuuluvien osuus kaikista asuntokunnista
 6. Alueen työttömyysaste
 7. Maahanmuuttajaväestön osuus koko väestöstä.



Helsingin hammashuollon PD-hanke 2/2

- PD-alueiden talousarvioon lisärahoitus 100 000 – 200 000 euroa sisäisenä kohdentamisena
- Venäjänkielinen suuhygienisti ja hammaslääkäri
- Ruotsinkielinen suuhygienisti
- Somaliankielinen hammashoitaja
- Vastuhenkilö maahanmuuttajien terveyden edistämiseen
- Lisättiin hammashoitoaikoja, erityisesti ilta-aikoja
- Vapautettiin aikaa terveyden edistämiseen



Savuton Helsinki -hanke

- Tupakointi aiheuttaa neljäsosan miesten sosioekonomisista kuolleisuuseroista
- Savuton Helsinki –ohjelman tavoitteena on tupakoinnin ehkäisy ja vähentäminen sekä lasten ja nuorten suojeleminen tupakoinnin haitoilta
- Sisältää joukon toimenpiteitä tupakkaklinikan perustamisesta tupakoinnin kieltämiseen kaupungin omistamissa ja hallinnoimissa tiloissa
- Terveyskeskuksen lisäpanostus 100 000 euroa vuosittain
 - kohderyhmänä helsinkiläiset
 - tupakkaklinikan perustaminen ja ylläpito
 - tukitoimet tupakoiviin Helsingin kaupungin työntekijöihin



Kundit kondikseen -hanke

- Tavoitteena sukupuolten välisten terveyserojen kaventaminen
- Kohteena 40-vuotiaat miehet, jotka käyttävät terveystalvveluja niukasti, vaikka heidän terveytensä riskitekijöiden pienentämisellä on merkittävää hyötyä sairauksien ehkäisyssä
- Aloitettiin ostopalveluna, toteutetaan nyt sisäisenä voimavarojen suuntaamisena ilman erillisrahoitusta
- Ongelma: ainoastaan kolmasosa tämän ikäluokan miehistä noudattaa kutsua. Heistä kolmasosa osoittautuu korkeariskiseksi



Muita terveyserojen kaventamiseen tähtääviä voimavarojen kohdentamisia Helsingissä

- Varhaisen puuttumisen (VAVU) –koulutus kaikille neuvolatyötä tekeville terveydenhoitajille – n. 250 terveydenhoitajaa koulutettu. Huomattava panostus osaamiseen kehittämiseen.
- Aikalisä Time out! –hanke
 - kohdistuu varusmiespudokkaisiin
 - terveysasemille lisättiin 25 psykiatrista sairaanhoitajaa, joiden työnkuvaan YHTENÄ osana kuuluu näiden nuorten miesten tavoittaminen ja tukitoimet. Sosiaaliviraston sosiaalityöntekijät toinen tukityöntekijäryhmä.
 - laajenemassa koulupudokkaisiin



Muita terveyserojen kaventamiseen tähtääviä voimavarojen kohdentamisia Helsingissä

- Terveellinen kaupunginosa –hanke (erillisrahoitus)
- Hoito vailla - vaikea hoitaa -hanke
- Luotsi-toiminta
- Klaari-Helsinki
- Päätösten terveysvaikutusten arviointi kaikkien hallintokuntien toimintatavaksi



Terveyseroihin vaikuttamisen ja voimavarojen kohdentamisen haasteita

- Terveyserojen syyt ovat suurelta osin muualla kuin terveydenhuollossa ja niihin vaikuttaminen on monitahoinen yhteiskunnallinen kokonaisuus
- Edellyttää laajaa hallintokuntien välistä yhteistoimintaa, pitkäjänteistä sitoutumista ja uusia tarkastelukulmia
- Terveydenhuollolla ON tärkeä rooli
- Terveyseroihin vaikuttamistyöhön tarvitaan lisää työkaluja ja voimavarojen oikeaa suuntaamista
- Kaikkea uutta ei tarvitse aloittaa erillisrahoituksella, vaan olemassa olevia voimavaroja voidaan suunnata uudella tavalla



www.hel.fi/terveyskeskus