



HELSINGIN YLIOPISTO

**Tutkimushankkeen loppuraportti
LASTEN JA NUORTEN LÄÄKEKÄYTTÖ
JA SITÄ ENNUSTAVAT PERHE- JA ALUETEKIJÄT**

Suomalaiset lapset ja nuoret ovat pääosin hyvin terveitä, ja lääkekäyttö on heillä muita ikäryhmiä vähäisempää. Silti vuonna 2007 tehdyn kyselyn mukaan lähes viidennes alle 12-vuotiaista oli käyttänyt reseptilääkkeitä viimeisen kahden päivän aikana. Ajankohtaista tietoa suomalaisten lasten ja nuorten lääkekäytöstä on psyykenlääkkeitä lukuun ottamatta kuitenkin niukasti. Tässä Kelan rahoittamassa tutkimushankkeessa tavoitteena oli tarkastella, miten perheen ja asuinalueen ominaisuudet ennustavat lasten ja nuorten lääkekäyttöä. Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, tarjoaako suomalainen hyvinvointivaltio ja sen universaali sairausvakuutus lapsille ja nuorille tasavertaiset mahdollisuudet hoitoon, terveyteen ja hyvinvointiin riippumatta perheen ja asuinalueen sosioekonomisista tekijöistä.

Tutkimus perustui kansallisesti kattavaan rekisteripohjaiseen väestöaineistoon, jossa vuosina 1979–2018 syntyneitä lapsia ja heidän perheenjäseniään seurattiin vuoteen 2019 asti. Aineisto sisälsi vuosittaiset tiedot lasten perheenjäsenistä sekä asuinpaikasta postinumeron tarkkuudella ja mahdollisesti siten lasten ja nuorten lääkekäyttöä ennustavien perhe- ja asuinaluekijöiden pitkäaikaisen tarkastelun. Lääkekäyttöä tarkasteltiin Kelan reseptilääkeostoja ja lääkkeiden erityiskorvausoikeuksia koskevien rekisteritietojen pohjalta. Aikaisemman tutkimuksen täydentämiseksi lääkekäyttöä tarkasteltiin lääkeryhmittäin myös muiden kuin psyykenlääkkeiden osalta. Lääkekäyttöä ennustettiin regressiomalleilla hyödyntäen aineiston perhe- ja toistomittausrakennetta vahvemman kausaalipäättelyn apuna. Aluevaikutuksia tutkittiin monitasoanalyyysillä. Kaikkia hankkeen tuloksia ei ole vielä vertaisarvioitu, joten niitä on pidettävä alustavina.

Tulosten perusteella 0–18-vuotiaiden lasten ja nuorten yleisimmin käyttämiä reseptilääkkeitä olivat antibiootit, allergia- ja astmalääkkeet, kipulääkkeet sekä psyykenlääkkeet. Lääkekäyttö kasautui voimakkaasti samojen perheiden lapsille, ja kasautuminen oli erityisen suurta psyykenlääkkeiden osalta. Asuinalueille kasautuminen oli tulosten mukaan kuitenkin hyvin vähäistä. Toisin sanoen asuinalueiden eriytyminen ei Suomessa näyttäisi heijastuvan lasten terveyteen ja lääkehoitoon.

Perhetaustan mukaiset erot lasten ja nuorten lääkekäytössä olivat merkittäviä. Lasten ja nuorten yleisimpien lääkeryhmien eli antibioottien sekä allergia- ja astmalääkkeiden käyttö oli selvästi harvinaisempaa matalasti koulutetuissa ja matalatuloisissa perheissä, ja erot ovat kasvaneet viimeisen 20 vuoden aikana. Tämä voi viitata eroihin hoidon saannissa, sillä vastaavaa eroa sairastavuudessa eli hoidon tarpeessa ei ole aiemmissa tutkimuksissa Suomessa havaittu. Pienituloisilla saattaa olla vaikeuksia lääkekustannusten kanssa, mikä voi osaltaan vähentää lasten lääkekäyttöä. Toinen havaintoa selittävä taustatekijä saattaa olla yksityisten hoitokuluvakuutusten lisääntyminen erityisesti lapsiperheissä. Hoitokuluvakuutukset korvaavat yksityisen lääkehoidon ja lääkkeiden kustannuksia, joten ne saattavat nopeuttaa hoitoon hakeutumista ja parantaa hoidon saatavuutta hyvätuloisissa ja korkeasti koulutetuissa perheissä. Hoitokuluvakuutusten ja yksityisten lääkäripalveluiden vaikutusta lasten eriarvoiseen terveydenhuollon ja lääkkeiden saatavuuteen olisikin syytä jatkossa selvittää.

Lääkekäytössä havaitsemamme erot voivat myös heijastaa eroja taustalla olevassa hoidontarpeessa, ei niinkään hoidon saatavuudessa. Esimerkiksi psyykenlääkkeiden käyttö oli tulostemme perusteella

yleisempää matalatuloisissa ja matalasti koulutetuissa perheissä sekä työttömäksi jääneiden yksinhuoltajaäitien lapsilla, mikä vastaa aiempien tutkimusten löydöksiä mielenterveysongelmien jakautumisesta väestössä. Huomionarvoista kuitenkin on, että niissä kahdessa osatutkimuksessa, joissa pystyimme selkeästi identifioimaan hoitoa tarvitsevan ryhmän, eli astmalääkkeisiin erityiskorvausoikeuden saaneet lapset tai itsetuhoisen käyttäytymisen vuoksi osastohoitoon joutuneet nuoret, oli suositusten mukainen lääkekäyttö huomattavasti harvinaisempaa matalasti kuin korkeasti koulutetuissa perheissä.

Hankkeen tulosten perusteella näyttäisi siis siltä, että tarpeenmukainen lääkehoito ei aina toteudu suomalaislapsilla yhdenvertaisesti perhetaustasta riippumatta. Havainto on suomalaisen hyvinvointivaltion ja universaalien sairausvakuutuksen tavoitteiden vastainen. Erityisesti matalasti koulutettujen ja pienituloisten vanhempien lapset tarvitsisivat todennäköisesti lisätukea lääkehoidon aloittamiseen ja noudattamiseen. Taloudellinen tuki, esimerkiksi alaikäisten lääkeostojen täysimääräisenä korvattavuutena, voisi lisätä lasten lääkekäyttöä pienituloisissa perheissä. Hankkeen tulosten perusteella pelkkä taloudellinen tuki tuskin kuitenkaan poistaisi lääkekäytön eroja. Esimerkiksi astmalääkehoitoon sitoutuminen oli huomattavasti vähäisempää matalasti koulutettujen perheiden lapsilla, vaikka astmalääkkeet kuuluvat erityiskorvauksen piiriin. Lisäksi erilaisen lapsuudenperheen tulotason kokeneiden sisarusten välillä ei ollut eroja lääkekäytössä, mikä viittaa siihen, että lääkekäyttöeroja matala- ja korkeatuloisten perheiden välillä selittävät muut kuin taloudelliset tekijät. Näiden mekanismien selvittäminen ja toimivien interventioiden suunnittelu edellyttävät jatkotutkimusta – erityisesti aineistoilla, jotka mahdollistavat myös hoidon tarpeen arvioinnin.

Hanke tuotti myös tärkeää tietoa allergia- ja astmalääkkeistä, joiden käyttö on viime vuosikymmeninä yleistynyt huomattavasti. Allergisten oireiden lisääntymistä on selitetty niin sanotulla mikrobiomihypoteesilla, jonka mukaan lasten kasvuympäristön mikrobiomin yksipuolistuminen on aiheuttanut lasten immuunijärjestelmän yliherkistymistä. Tässä hankkeessa hypoteesia testattiin vahvoilla kausaaliasetelmilla, joissa tarkasteltiin miten kasvuympäristön mikrobialtistukseen vahvasti yhteydessä olevat tekijät – asuinpaikan maaseutumaisuus sekä nuorempien sisarusten määrä – olivat yhteydessä allergia- ja astmalääkkeiden käyttöön. Tulosten perusteella kasvuympäristön suuri mikrobialtistus ennusti vähäisempää allergia- ja astmalääkkeiden käyttöä silloinkin, kun vakioitiin kattavasti havaittuja sekä havaitsemattomia perheen sosioekonomisia ja geneettisiä ominaisuuksia. Tämä viittaa siihen, että lapsuusympäristön vähäinen mikrobialtistus todella altistaa voimakkaasti allergisille sairauksille. Tulosten perusteella hyödyllisen mikrobialtistuksen lisääminen lasten kasvuympäristöön voisi vähentää lasten allergisia sairauksia ja olisi siten kansanterveydellisesti kannattavaa.

Lisätietoja:

Vastaava tutkija:

Heta Moustgaard, dosentti, FT, VTM

Helsingin yliopiston humanistis-yhteiskuntatieteellinen instituutti

Helsingin yliopisto

heta.moustgaard@helsinki.fi