Asunnottomat vastaanottoyksiköissä

Asunnottomien vastaanottoyksiköiden asiakkaiden sosiaalinen tilanne ja terveydentila pääkaupunkiseudulla

Elisabet Erkkilä ja Agnes Stenius-Ayoade

Socca
Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus

Työpapereita 2009:2

Socca
Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus
Työpapereita 2009:2

Kannen kuva: Henrik Malmström
Kansi ja ulkoasu: Linda Piirto

ISSN 1798-5269 (nid.)
ISSN 1798-5277 (pdf)

ISBN 978-952-5616-34-7 (nid.)
ISBN 978-952-5616-35-4 (pdf)

Pdf-tiedosto: www.socca.fi/julkaisut

Asunnottomat vastaanottoyksiköissä
Asunnottomien vastaanottoyksiköiden asiakkaiden sosiaalinen tilanne ja terveydentila pääkaupunkiseudulla

Esipuhe

Asunnottomien terveydentilaa ei ole Suomessa tutkittu 1970-luvun jälkeen, jolloin Rauno Mäkelä tutki asunnottomien alkoholistien terveydentilaa Tampereella[1]. Ulkomaalaisista tutkimuksista kuitenkin tiedetään, että asunnottomuuteen liittyy suuri sairastavuus ja lisääntynyt kuolleisuus[2]. Myös vastaanottoyksiköissä työskentelevän henkilökunnan kokemuksen mukaan yksiköiden asiakaskunta kärsii mielenterveysongelmista ja hoitamattomista somaattisista sairauksista sekä asumis- ja palveluratkaisujen puutteesta, jonka pohjalta selvityksessä pyritään vastaamaan seuraaviin hypoteeseihin:

1. Asunnottomilla on paljon diagnosoimattomia ja hoitamattomia sairauksia.
2. Asunnottomat, jotka ovat jääneet pysyväisluontoisesti vastaanottoyksiköihin tai kiertelevät kiinnittymättä palveluihin ovat moniongelmainen ryhmä, jolle ei ole olemassa riittävästi tarkoituksenmukaisia palveluja tai palveluketjut eivät heidän kohdallaan toimi.

Selvitysaineisto kerättiin osana Asunnottomien palvelujen kehittämisyksikkö -hankkeessa vuosina 2007–2008 tehtyä asunnottomien palvelujen kehittämistyötä. Hanketta rahoittivat sosiaali- ja terveysministeriö sekä Helsingin, Espoon, Vantaan ja Kauniaisten kaupungit. Aineiston analyysia ja raportointia teimme keväällä 2009 pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus SOCCAn ja ympäristöministeriön erillisrahoituksella.

Selvitysaineisto muodostuu noin kolmesta hyllymetristä asiakas- ja potilasmuistiinpanoja. Aineistoa olisi voitu käsitellä monella tavoin, mutta aineiston koon ja käytettävissä olevan ajan vuoksi olemme lähestyneet aineistoa pääasiallisesti määrällisin menetelmin ja

---

[1] Mäkelä, Rauno (1974) Asunnottomien alkoholistien terveydentila ja hoidon tarve. Tutkimuksia ja selvityksiä. Tampereen yliopisto. Kansanterveystieteen laitos.

[2] Beijer, U., Andréasson A., Ågren G., Fugelstad A. (2007) Mortality, mental disorders and addiction: A 5-year follow-up of 82 homeless men in Stockholm. Nordic Journal of Psychiatry 61 (5), 363–368; Nordentoft, Merete, Wandall-Holm N (2003) 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. BMJ. 2003 Jul 12;327(7406):81

selvitysluonteisesti. Haastatteluissa nousi esiin useita teemoja, joihin olisi ollut mielekästä paneutua syvemmin.

Ilman esinaisemme, SOCCAn johtaja Pirjo Marjamäen ja ympäristöministeriön ylitarkastaja Peter Fredrikssonin tukea selvitys ei olisi valmistunut. Ohjaustyöstä kiitämme SOCCAn erikoistutkija Kirsi Nousiaista, Helsingin yliopiston professori Johan Erikssonia, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkija Jouko Karjalaista ja professori Kristian Wahlbeckiä. Hankkeen johtoryhmää kiitämme kommenteista. Toisiamme kiitämme kärsivällisyydestä. Sosiaalityötä ja lääketiedettä yhdistävän kehittämistyön tekeminen parityönä on ollut meille molemmille haastava ja avartava kokemus.

Lopuksi haluamme kiittää kaikkia niitä asunnottomia henkilöitä, jotka antoivat meille aikaansa ja kertoivat meille avoimesti omasta elämästään. Toivomme, että olemme osanneet raportoida kuulemamme elämäntarinat oikein. Selvityksen tekoon ovat osallistuneet Helsingin Herttoniemen asuntolan ja Myllypadontien asumisyksikön, Espoon Olarinluoman vastaanottokodin sekä Vantaan Koisorannan palvelukeskuksen asiakkaat.

Sisältö

Esipuhe **1**

Tiivistelmä **8**

1. Yleiskuvaus **10**

1.1 Asunnottomuus ja asunnottomien vastaanottoyksiköt pääkaupunkiseudulla 10

1.1.1 Herttoniemen asuntola 10

1.1.2 Myllypadontien asumisyksikkö 11

1.1.3 Olarinluoman vastaanottokoti 11

1.1.4 Koisorannan palvelukeskus 12

1.2 Menetelmät 12

1.3 Aineisto 15

2. Vastaanottoyksiköiden asiakkaiden asunnottomuus **19**

2.1 Asunnottomuuden kesto 19

2.2 Asunnottomuus vastaanottoyksiköissä sukupuolen ja iän mukaan 22

2.3 Asumismuoto ennen asunnottomuutta 24

2.4 Asunnottomuuden syyt 27

2.5 Asumiseen liittyvät toistuvat vaikeudet 34

2.6 Uloskirjoitukset, porttikiellot ja asiakasmaksurästit 37

3 Taloudellinen tilanne ja rikosasiat **39**

3.1 Tulot 39

3.2 Toimeentulo ja talouden hoito 42

3.3 Varkauksien ja taloudellisen hyväksikäytön kohteeksi joutuminen 47

3.4 Väkivallan kohteeksi joutuminen ja aggressiivinen käyttäytyminen 49

3.5 Vankeusrangaistukset 51

4 Terveyspalvelujen käyttö **53**

4.1 Lääkärin vastaanotolle hakeutumisen syyt 54

4.2 Asunnottomien käyttämät lääkäripalvelut 57

4.3 Terveysasemakäynnit 63

4.4 Terveyskeskuspäivystyskäynnit 67

4.5 Lääkärikäynnit Helsingin kaupungin sisätautien ja psykiatrian sairaalapäivystyksissä 69

5 Päihdepalvelujen käyttö **72**

5.1 Kuntouttavat laitoshoidot 73

5.2 Päihdehuollon laitos - ja asumispalvelut kunnittain 76

5.2.1 Helsinki 77

5.2.2 Espoo ... 79
5.2.3 Vantaa ... 80
5.3 Päihdehuollon polikliiniset hoitojaksot ... 80
5.4 Selviämishoitoasemakäynnit Helsingissä ja Espoossa ... 82
6 Terveydentila ja sairastavuus ... 84
7 Päihde- ja mielenterveysongelmat ... 87
7.1 Päihdeongelmat ... 89
7.1.1 Päihdeongelman esiintyvyys ... 89
7.1.2 Käytetyt päihteet ... 91
7.1.3 Päihteet ja terveyspalvelujen käyttö ... 94
7.2 Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt ... 97
7.3 Psykoosisairaudet ... 100
7.4 Muistihäiriöt ... 102
7.5 Kaksoisdiagnoosit ... 103
8 Tartuntataudit ja traumat ... 107
8.1 Hepatiitti ja HIV ... 107
8.2 Ihoinfektiot ... 109
8.3 Traumat ja vammat ... 109
9. Vastaanottoyksiköiden asunnottomien toimintakyky arjessa ... 111
9.1 Psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky ... 111
9.2 Hygieniasta ja ruokailusta huolehtiminen ... 112
9.3 Hampaiden hoito ja silmälasit ... 114
9.4 Päihteet ja arki vastaanottoyksiköissä ... 115
9.5 Asunnottomien tuen tarpeet ... 117
10 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset ... 121

Taulukot

Taulukko 1. Asiakkaiden jakautuminen eri vastaanottoyksiköiden välillä otannassa

Taulukko 2. Vastaanottoyksikössä yöpyminen viimeisen vuoden aikana sukupuolen mukaan

Taulukko 3. Asunnottomuuden kesto (N=158)

Taulukko 4. Asunnottomuuden kesto sukupuolen mukaan (N=158)

Taulukko 5. Asunnottomaksi jääminen asumismuodon tai asuinpaikan mukaan (N=158)

Taulukko 6. Asunnottomuuden syyt (N=158)

Taulukko 7. Miesten ja naisten asunnottomuuden syyt (N =158)

Taulukko 8. Lääkärikäyntien jakautuminen eri toimintojen kesken lukumäärinä ja prosentteina. *

Taulukko 9. Lääkärikäyntien määrät terveysasemilla sekä terveyskeskus- ja sairaalapäivystyksissä.

Taulukko 10. Lääkärikäyntien määrät hakeutumissyyn mukaan kunnittain.

Taulukko 11. Lääkärikäyntien määrät hakeutumissyyn ja asiakkaan sukupuolen mukaan.

Taulukko 12. Omalääkärikontakti kunnittain

Taulukko 13. Omalääkärikontakti sukupuolen mukaan

Taulukko 14. Terveyskeskuspäivystyskäynnit kunnittain

Taulukko 15. Terveyskeskuspäivystyskäynnit naisilla ja miehillä

Taulukko 16. Lääkärikäynnit sisätautien ja psykiatrian päivystyksissä miehillä ja naisilla

Taulukko 17. Asunnottomien päihdehuollon laitospalveluiden käyttö kunnittain

Taulukko 18. Sairauksien esiintyvyys asunnottomilla ICD-10 luokkien mukaan

Taulukko 19. Mielenterveydenhäiriödiagnoosien määrä

Taulukko 20. Mielenterveysongelmien esiintyvyys

Taulukko 21. Eri mittareilla saadut tulokset päihdeongelman esiintyvyydestä

Taulukko 22. Päihdeongelmaisten asunnottomien lääkärikäynnit ja niiden syyt vuoden aikana

Taulukko 23. Päihdeongelmaisten asunnottomien lääkärikäynnit ja niiden syyt kolmen vuoden aikana.

Taulukko 24. Kaksoisdiagnoosia sairastavien asunnottomien lääkärikäynnit kolmen vuoden aikana.

Taulukko 25. Toimintakyky GAF- ja SOFAS-asteikon mukaan (N=36)

Kuvat

Kuva 1. Asiakasmäärä ja sukupuolijakauma aineistossa

Kuva 2. Ikäjakauma kunnittain (N=158)

Kuva 3. Asiakkaiden yöpymisten yhteismäärä vastaanottoyksikössä viime vuoden aikana (N=158)

Kuva 4. Muut yöpymispaikat viime kuukauden aikana (N=36)

Kuva 5. Pitkäaikaisasunnottomat (> 1 vuosi) pääkaupunkiseudun vastaanottoyksiköissä (N=158)

Kuva 6. Asunnottomuuden kesto iän mukaan (N=158)

Kuva 7. Asunnottomaksi jääminen asumismuodon mukaan miehillä ja naisilla (N=158)

Kuva 8. Toistuvasti asunnottomana olleet (N=158)

Kuva 9. Häiriöiden ja vuokravelkojen toistuminen prosentteina

Kuva 10. Uloskirjoitettujen asiakkaiden määrä aineistossa viimeisen kolmen vuoden aikana

Kuva 11. Pääasiallinen toimeentulo viimeisten 12 kuukauden aikana (N=158)

Kuva 12. Pääasiallinen tulo viimeisten 12 kuukauden aikana ikäluokittain (N=158)

Kuva 13. Luottohäiriömerkinnät (N=158)

Kuva 14. Varkauden kohteeksi joutuminen (N=158)

Kuva 15. Väkivallan kohteeksi joutuminen (N=158)

Kuva 16. Väkivaltainen tai aggressiivinen käyttäytyminen (N=158)

Kuva 17. Maininnat väkivaltaisuudesta tai aggressiivisesta käyttäytymisestä (N=158)

Kuva 18. Vankeusrangaistukset (N=158)

Kuva 19. Lääkärissäkäyntien syyt viimeisten kolmen vuoden aikana

Kuva 20. Asunnottomien lääkärikäynnit terveysasemilla mielenterveys- ja päihdeongelmien vuoksi kolmen vuoden aikana (N=158)

Kuva 21. Lääkärikäyntien syyt terveysasemilla viimeisten kolmen vuoden aikana

Kuva 22. Lääkärikäyntien syyt terveyskeskuspäivystyksissä kolmen viime vuoden aikana

Kuva 23. Lääkärikäynnit sairaalapäivystyksissä viimeisten kolmen vuoden aikana (N=202)

Kuva 24. Katkaisuhoidoissa olleet (N=158)

Kuva 25. Kuntouttavien laitoshoitojaksojen yleisyys asiakkaiden keskuudessa sukupuolittain.

Kuva 26. Helsingin vastaanottoyksiköiden asiakkaiden päihdehuollon laitos- ja asumispalvelujen käyttö viime vuoden aikana (N=89)

Kuva 27. Selviämishoitoasemakäyntimäärät Helsingissä (N=89)

Kuva 28. Selviämishoitoasemakäyntimäärät Espoossa (N=31)

Kuva 29. Asunnottomien sairastavuus diagnoosiluokkien määrän mukaan

Kuva 30. Päihteiden ongelmakäyttö pääkaupunkiseudun kuntien vastaanottoyksiköissä

Kuva 31. Asunnottomien päihdeongelmien yleisyys ikäryhmittäin

Kuva 32. Päihdeongelman esiintyvyys mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöisillä asunnottomilla (N=31)

Kuva 33. Psykoosien esiintyvyys asunnottomilla naisilla ja miehillä.

Kuva 34. Asunnottomien mielenterveys- ja päihdeongelmien yleisyys

Kuva 35. Päihde- ja mielenterveysongelmat vastaanottoyksiköissä

Kuva 36. Asunnottomien naisten ja miesten mielenterveysongelmat

Kuva 37. C-hepatiitin yleisyys päihdekäytön mukaan

Kuva 38. C-hepatiitin yleisyys eri ikäisillä asunnottomilla

Kuva 39. Asunnottomien hampaiden määrä (N=36)

Asunnottomat vastaanottoyksiköissä Asunnottomien vastaanottoyksiköiden asiakkaiden sosiaalinen tilanne ja terveydentila pääkaupunkiseudulla

Tiivistelmä

Selvitys on kartoitus pääkaupunkiseudun kuntien asunnottomien vastaanottoyksiköiden asiakkaiden sosiaalisesta tilanteesta ja terveydentilasta. Selvitys on rekisteripohjainen analyysi, jota on täydennetty haastatteluilla ja kliinisellä tutkimuksella. Selvitysaineiston muodostaa pääkaupunkiseudun vastaanottoyksiköiden 158 asunnottoman otos. Otoksessa ovat mukana kahden valitun vuorokauden aikana pääkaupunkiseudun vastaanottoyksikössä yöpyneet asunnottomat henkilöt. Asunnottomien sosiaalisen tilanteen ja terveydentilan tarkastelua varten käytössämme on ollut Helsingin, Espoon ja Vantaan sähköiset asiakas- ja potilastietojärjestelmät. Sosiaalityöntekijän ja lääkärin haastattelua sekä kliinistä tutkimusta varten otantaan osuneista 158 asunnottomasta henkilöstä tavoitettiin 64 asunnotonta henkilöä. Heistä 36 suostui haastateltavaksi.

Aineistomme vastaanottoyksiköiden asunnottomien keski-ikä on 47,3 vuotta. Naisia on 27 prosenttia aineistomme asunnottomista. Vastaanottoyksiköiden asiakkaista yli puolet (55 %) on pitkäaikaisasunnottomia[3]. Suurimmat yksittäiset syyt asunnottomuudelle olivat asumiseen liittyvä häiritsevä elämä ja maksamattomat vuokrat. Mainintoja aikaisemmasta asunnottomuudesta oli 37 prosentilla. Heistä lähes kaikilla oli maininta aikaisempaan asumiseen liittyvästä häiritsevästä elämästä tai vuokrien maksamatta jättämisestä.

Asunnottomista 30 prosenttia on työkyvyttömyyseläkkeellä ja 29 prosenttia elää toimeentulotuella. Ainoastaan kolmella (alle 2 %) tulona oli sairauspäiväraha tai kuntoutustuki. Päihde- ja mielenterveysongelmia on 89 prosentilla. Päihdeongelma on 82 prosentilla. Alkoholi on yleisin käytetty päihde. Huume- ja sekakäyttäjiä on 15 prosenttia. Huumeidenkäyttö on yleisintä nuorilla asunnottomilla. Päihdeongelman vuoksi asunnottomista vain 28 prosenttia oli ollut katkaisuhoidossa viime vuoden aikana.

[3] Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARAn määritelmän mukaan henkilön asunnottomuus voidaan katsoa pitkäaikaiseksi, kun se on kestänyt vähintään vuoden tai henkilö on ollut toistuvasti asunnottomana viimeisen kolmen vuoden aikana. ARAn mukaan pitkäaikaisasunnottomalla tarkoitetaan henkilöä, jonka asunnottomuus on pitkittynyt tai uhkaa pitkittyä terveydellisten tai sosiaalisten syiden vuoksi. (Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARAn 21.10.2008 kunnanhallituksille ja kuntien viranomaisille pitkäaikaisasunnottomuutta koskeva tiedote.)

Mielenterveysongelmista varsinkin muistiongelmat ja psykoosisairaudet ovat yleisiä. Aineistomme asunnottomista 12 prosentilla on ajankohtainen psykoosisairaus. Psykoosisairaudet ovat naisilla yleisempiä kuin miehillä. Kahdella kolmasosalla vastaanottoyksiköiden asunnottomista oli vaikeasti heikentynyt toimintakyky GAF- ja SOFAS -mittareilla mitattuna.

Kolmen viime vuoden aikana aineistomme asunnottomat henkilöt tekivät 1 612 lääkärikäyntiä perusterveydenhuollossa. Tavallisimmat syyt hakeutua lääkärille olivat päihde- ja mielenterveysongelmat, vammat, infektiot ja päihteiden aiheuttamat sairaudet, kuten kouristukset, yliannostukset ja ruoansulatuskanavan sairaudet. Asunnottomat helsinkiläiset kävivät lääkärin vastaanotolla terveysasemalla viime vuoden aikana keskimäärin 1,6 kertaa eli kaksi kertaa muuta väestöä enemmän. Terveyskeskuspäivystyksessä asunnottomat kävivät kuusi kertaa enemmän ja sairaalapäivystyksessä 16 kertaa enemmän kuin valtaväestö. Vain harvalla on toimiva avohoitosuhde, minkä vuoksi asunnottomat käyttävät paljon päivystyspalveluja.

1. Yleiskuvaus

1.1 Asunnottomuus ja asunnottomien vastaanottoyksiköt pääkaupunkiseudulla

Vuoden 2008 marraskuun puolivälissä koko maassa arvioitiin olevan yksinäisiä asunnottomia 7 955 ja asunnottomia perheitä noin 300. Asunnottomista pääkaupunkiseudulla arvioitiin olevan 4 247, joista Helsingissä arvioitiin olevan 3 150, Espoossa 486 ja Vantaalla 611 yksinäistä asunnotonta. Heistä miehiä oli 79,8 prosenttia ja naisia 20,2 prosenttia. Suurin osa yksinäisistä asunnottomista henkilöistä yöpyy perheenjäsenien tai tuttavien luona. Ulkona, porraskäytävissä ja niin sanotuissa ensisuojissa eli vastaanottoyksiköissä majailevien osuudeksi arvioitiin Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla yhteensä 162 asunnotonta.[4] [5]

Pääkaupunkiseudun asunnottomien vastaanottoyksiköt tarjoavat asunnottomille viimesijaista asumis- ja majoituspalvelua. Selvityksen teon aikana pääkaupunkiseudun vastaanottoyksiköitä olivat Helsingin Herttoniemen asuntola ja Myllypadontien asumisyksikkö, Espoon Olarinluoman vastaanottokoti sekä Vantaan Koisorannan palvelukeskus.

1.1.1 Herttoniemen asuntola

Herttoniemen asuntola oli Helsingin asunnottomien sosiaalipalveluiden alainen yksikkö, joka palvelee ensisijaisesti tilapäistä yöpymistä tarvitsevia, usein päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiviä, yli 18-vuotiaita miehiä. Asuntolan toiminnot siirtyivät uuteen Hietaniemenkadun palvelukeskukseen kesäkuussa 2009. Ennen Hietaniemenkadun palvelukeskuksen avaamista Herttoniemen asuntola toimi asunnottomien helsinkiläisten viimesijaisena vastaanottoyksikkönä noin 26 vuotta. Asuntola aloitti toimintansa miesten asuntolana vuonna 1984. Vuosina 1991–1995 asukkaina olivat mielenterveysongelmaiset asunnottomat. Tämä toiminta siirtyi Kulosaaren tukikotiin ja Kyläsaaren hoitolaitoksen ensisuojapalvelut siirtyivät Herttoniemen asuntolaan vuonna 1995.

---

[4] Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus, ARA: Asunnottomat 2008.

[5] Asunnottomuutta koskevat tilastotiedot perustuvat Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus (ARA) vuosittain raportoimiin tietoihin asunnottomien lukumääristä poikkileikkauspäivänä 15. marraskuuta. ARAn tilastot asunnottomien lukumääristä perustuvat kuntien arvioihin sekä erilaisiin rekisteri- ja asiakkuustietoihin. Asunnottomuudesta annettuja virallisia lukuja voidaan siten pitää enintään suuntaa antavina.

Herttoniemen asuntolassa työskenteli vuonna 2008 yksitoista vakituista ohjaajaa, sosiaalityöntekijä ja kaksi laitosapulaista. Herttoniemen asuntolassa oli 50 asiakaspaikkaa ja asuntola oli jaettu kahteen puoleen, ensisuojaan ja päihteettömään asuntolaan. Ensisuoja oli tarkoitettu tilapäiseen yöpymiseen ja yöpyminen tapahtui lattiapatjoilla. Ensisuojan puolella yöpyvien oli poistuttava asuntolasta aamulla ja heillä oli mahdollisuus palata asuntolaan klo 15 puuroaterialle. Päihteettömän asuntolan puolelle majoitettiin ensisijaisesti ensisuojassa yöpyviä asiakkaita ja siellä asuminen edellytti raittiina olemista. Asuntolan puolella oli 12 peruskalustettua huonetta. Asukkaiden käytössä oli yhteinen keittiö ja jokaisessa huoneessa oli jääkaappi, eikä heidän tarvinnut poistua asuntolasta päiväksi. Viimeisten vuosien aikana asuntolan asiakaskunta ohjautui pääasiallisesti päihtymyksen vuoksi ensisuojamajoituksen puolelle ja asuntolan puolella asui vain kolme pitkään asuntolassa asunutta, pääasiallisesti päihteetöntä elämää viettänyttä miestä. Vuonna 2008 yöpymisvuorokausia oli yhteensä 13 296. Herttoniemen asuntolassa oli vuoden 2008 aikana 510 eri asiakasta. Heistä uusia asiakkaita oli 166.

1.1.2 Myllypadontien asumisyksikkö

Myllypadontien asumisyksikkö avattiin 2005–2006 vuoden vaihteessa. Asumisyksikön avaamisen taustalla oli Herttoniemen asuntolan tilojen riittämättömyys viimesijaista majoitusta tarvitseville. Asumisyksikössä oli 25 asiakaspaikkaa. Osa asiakaspaikoista oli päihde- tai mielenterveysongelmista kärsiville naisille suunnattuja yhteismajoituspaikkoja ja osa oli suunnattu viimesijaisen majoituksen tarpeessa oleville pariskunnille. Asumisyksikön ylempiin kerroksiin saatettiin myös väliaikaisesti majoittaa henkilöitä, joilla oli esimerkiksi ollut sosiaaliviraston asunnossa/tukiasunnossa tulipalo tai vesivahinko. Myllypadontien asumisyksikön ja Herttoniemen asuntolan asiakasprofiilit eroavat siis jossain määrin toisistaan, sillä Myllypadontien asumisyksikkö palveli myös muita kuin viimesijaisen majoituksen tarpeessa olevia. Myllypadontien asumisyksikössä työskenteli ainoastaan yksi sosiaaliohjaaja. Lisäksi Herttoniemen asuntolan sosiaalityöntekijä jalkautui Myllypadontien asumisyksikköön. Vuonna 2008 Myllypadontien asumisyksikössä oli yöpymisvuorokausia yhteensä 8 204. Eri asiakkaita yöpyjistä oli 151. Heistä uusia asiakkaita oli 123. Hietaniemenkadun palvelukeskuksen avattua ovensa kesäkuussa 2009 Myllypadontien asumisyksiköstä tuli vuokrasopimusperustaista asumista tarjoava asumisyksikkö.

1.1.3 Olarinluoman vastaanottokoti

Espoon Olarinluoman vastaanottokoti on 25-paikkainen vastaanottoyksikkö yli 18-vuotiaille, pääasiallisesti päihdeongelmaisille espoolaisille. Kuten Helsingin Herttoniemen

asuntola, myös Olarinluoman vastaanottokoti on jaettu kahteen eri puoleen, joista toinen puoli on tarkoitettu päihtyneille ja toinen puoli päihteetöntä elämää viettäville asiakkaille. Vastaanottokodin on tarkoitus toimia lyhytaikaisena majoitusvaihtoehtona espoolaisille asunnottomille ja vastaanottokotiin voi hakeutua ympäri vuorokauden. Vastaanottokodissa työskentelee johtaja, sairaanhoitaja, kahdeksan ohjaajaa ja kaksi laitosapulaista. Vastaanottokotiin jalkautuu säännöllisesti päihdelääkäri. Lisäksi vastaanottokodissa on ruokapalvelut, ja siellä yöpyville tarjotaan aamiainen, lounas, kahvi ja iltapala. Vuoden 2002 marraskuusta lukien Olarinluoman vastaanottoyksikön yhteydessä on toiminut myös asumisyksikkö, jonne vastaanottoyksikön asiakkaat pyritään mahdollisuuksien mukaan asuttamaan. Yöpymisvuorokausia Olarinluoman vastaanottokodissa oli vuoden 2008 aikana 7 760. Asiakkaita vastaanottokodissa oli vuoden 2008 aikana 115.

1.1.4 Koisorannan palvelukeskus

Vantaan Koisorannan palvelukeskus aloitti toimintansa heinäkuussa 2007. Palvelukeskus on päihdehuollon kuntouttava asumispalveluyksikkö. Palvelukeskuksessa työskentelee 23 vakituista työntekijää. Työryhmä koostuu johtajasta, sosiaalityöntekijästä, toimintaterapeutista, neljästä sairaanhoitajasta ja ohjaajista. Koisorannan palvelukeskuksessa on yhteensä 39 asiakaspaikkaa. Asiakaspaikat on tarkoitettu vantaalaisille päihdekuntoutujille ja ne jakautuvat Koisorannan päivystyksen yöpymispaikkoihin, joita on 20, Arvi-asuntoihin, joissa on yhteensä 11 paikkaa ja Koisokotien asukaspaikkoihin, joita on kahdeksan. Selvitysaineistoomme olemme ottaneet mukaan Koisorannan palvelukeskuksen päivystyksen yöpyjät ja Arvi-asuntojen yöpyjät. Yöpyminen päivystyksessä ja Arvi-asunnoissa on pääasiallisesti lyhytaikaisempaa ja yöpyminen niissä vastaa luonteeltaan Helsingin ja Espoon asunnottomien vastaanottoyksiköiden asiakkailleen tarjoamaa viimesijaista majoituspalvelua. Koisokotien asumispaikkoja emme ottaneet tarkasteluun mukaan, koska Koisokodeissa asukkaiden kanssa tehdään joko asumis- tai vuokrasopimus. Vuonna 2008 Koisorannan asumispäivystyksessä yöpymisvuorokausia oli yhteensä 5 555. Asiakasmäärä vuonna 2008 oli 199, joista uusia asiakkaita oli 48. Arvi-asunnoissa yöpymisvuorokausia oli 3 013 ja asiakasmäärä oli 67.

1.2 Menetelmät

Selvitys on rekisteripohjainen analyysi, jota on täydennetty vastaanottoyksiköiden asunnottomien asiakkaiden haastatteluilla ja kliinisellä tutkimuksella. Selvitysaineisto koostuu 158sta asunnottomasta, jotka yöpyivät kahden valitun vuorokauden aikana

pääkaupunkiseudun vastaanottoyksikössä (16.6.2008 ja 16.9.2008). Aineisto on noin neljä prosenttia pääkaupunkiseudun kaikista asunnottomista, mutta edustava otos ulkona tai ensisuojissa eli vastaanottoyksiköissä yöpyneistä, joita oli 162[6] marraskuussa 2008. Otantaan osuneista asunnottomista 36 osallistui sosiaalityöntekijän ja lääkärin haastatteluun ja kliiniseen tutkimukseen.

Taulukko 1. Asiakkaiden jakautuminen eri vastaanottoyksiköiden välillä otannassa

Yksikkö	Otantapäivä I	Otantapäivä II	Yhteensä
Herttoniemen asuntola	34	31	50
Myllypadontien asumisyksikkö	34	19	39
Olarinluoman vastaanottokoti	21	21	31
Koisorannan palvelukeskus	23	20	38
Koko aineisto yhteensä	112	91	158

Pääkaupunkiseudun vastaanottoyksiköiden asunnottomien sosiaalisen tilanteen ja terveydentilan tarkastelua varten käytössämme on ollut Helsingin, Espoon ja Vantaan kaupunkien sähköiset asiakas- ja potilastietojärjestelmät. Helsingissä käytössämme oli Helsingin sosiaalitoimen asiakastietojärjestelmä ATJ ja perusterveydenhuollon potilastietojärjestelmä Pegasos. Espoossa käytössämme oli Espoon terveyspalveluiden tietojärjestelmä Terveys-effica ja Vantaalla käytössämme olivat Vantaan päihdehuollon asiakastiedot VATJ ja perusterveydenhuollon potilastietojärjestelmä Finstar. Espoossa aineistoa täydennettiin Espoon perhe- ja sosiaalipalveluiden käytössä olevan Sosiaali-effican asiakastiedoilla. Käytössä olleet tietojärjestelmät vaikuttivat siihen, kuinka pitkältä ajalta vastaanottoyksiköiden asiakaskunnasta oli saatavissa yhdenmukaista tietoa. Koska Espoon terveyspalveluissa käytössä ollut Effica otettiin käyttöön vasta vuoden 2004 loppupuolella, eikä aikaisempia asiakastietojärjestelmään kirjattuja tietoja ollut saatavilla, olemme pääasiallisesti rajanneet tarkastelujakson kaikkien kuntien osalta viimeisten kolmen vuoden ajalle.[7] Tarkastelussa ensimmäisen otantapäivän aikajakso on viimeisen kolmen vuoden ajalta 16.6.2005–16.6.2008 ja toisen otantapäivän aikajakso on ajalta 16.9.2005–16.9.2008. Niillä henkilöillä, jotka asioivat molempina otantapäivinä, tarkasteluajanjakso määräytyi toisen otantapäivän (16.9.2008) mukaan. Haastatteluun osallistuneiden henkilöiden osalta tarkasteluajanjakso määräytyi haastattelupäivän perusteella. Poikkeuksen tekivät ne, joilla

[6] Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus, ARAn tilastojen mukaan pääkaupunkiseudulla oli marraskuussa 2008 4 247 asunnotonta.

[7] Helsingissä sosiaalitoimen asiakkaiden asunnottomuushistoriaa ja asunnottomuuteen liittyviä tekijöitä on tarkasteltu 1990-luvun alusta lukien. Espoossa ja Vantaalla asumishistorian tarkastelu perustuu asiakkaille viimeisten kolmen vuoden aikana tehtyihin suunnitelmiin ja tilannearvioihin, eikä aikaisempaa tietoa asumishistoriasta ollut saatavilla.

haastattelu osui otantapäivien väliin, ja jotka lisäksi asioivat myös toisena otantapäivänä, jolloin aikajakso määräytyi toisen otantapäivän mukaan.

Käytössä olleet sosiaali- ja terveystoimen tietojärjestelmät ja yksiköiden kirjaamistavat vaikuttivat myös siihen, millä tavoin vastaanottoyksiköiden asiakaskunnasta oli saatavissa tietoa. Helsingissä asiakkaiden sosiaalisen tilanteen tarkastelussa oli käytössä laajimmat katseluoikeudet ja asiakkaiden sosiaalisen tilanteen tarkastelussa on käytetty sosiaalitoimen asiakastietojärjestelmään (ATJ) kirjattuja toimeentulotuki- ja päihdehuollon sijoituspäätöksiä, muistiinpanoja sekä asiakkaille laadittuja tilannearvioita ja suunnitelmia. Espoossa asiakkaiden sosiaalista tilannetta koskevat tiedot perustuvat Sosiaali- ja terveys - efficaan asiakkaille kirjattuihin toimeentulotuen maksatuspäätöksiin, muistiinpanoihin ja palvelusuunnitelmiin. Vantaalla lähes kaikki tiedot asiakkaiden sosiaalisesta tilanteesta perustuvat perustietonäyttöjen lisäksi Vantaan sosiaalitoimen päihdepalvelujen tietojärjestelmään asiakkaille kirjattuihin tilannearvioihin ja palvelusuunnitelmiin.

Kahden otannan perusteella rekisteriaineistoon valikoituneista 158:sta pääkaupunkiseudun vastaanottoyksiköiden asiakkaasta haastattelua ja kliinistä tutkimusta varten tavoitettiin 64 (41 %). Tavoitetuista 28 kieltäytyi haastatteluista ja 36 haastateltiin ja tutkittiin kliinisesti. Kliininen tutkimus ja haastattelu suoritettiin jalkautumalla yksiköihin rekisteriotantapäivämäärän jälkeisinä päivinä ja viikkoina. Haastatteluihin tapahtui valikoitumista siten, että asiakkaat, jotka käyttävät vastaanottoyksiköiden palveluja paljon tavoitettiin haastattelua varten helpommin. Hyvin liikkuvaiset asiakkaat, kuten esimerkiksi nuoret narkomaanit viipyvät vastaanottoyksiköissä usein lyhyemmän aikaa, eikä heitä tavoitettu yhtä helposti haastattelua varten. Mielenterveysongelmista kärsivät asiakkaat suhtautuivat muita useammin epäluuloisesti ja kielteisesti haastatteluun. Selvityksen tuloksia on suunniteltu käytettäväksi eritoten vastaanottoyksiköiden palveluja runsaasti käyttävien asiakkaiden kokonaistilanteiden ja palvelutarpeiden kartoittamiseksi. Tämän vuoksi valikoituminen, jossa palveluja paljon käyttävät asiakkaat ovat haastatteluaineistossa yliedustettuna, ei aiheuta ongelmia.

Yksiköiden välillä oli myös suuria eroja asiakkaiden tavoitettavuudessa. Niissä yksiköissä missä yhteisöllisyyteen on panostettu, kuten Olarinluoman vastaanottokodissa ja Koisorannan palvelukeskuksessa lähes kaikki henkilöt suhtautuivat haastatteluun myönteisesti. Sen sijaan Myllypadontien asumisyksikössä ja Herttoniemen asuntolassa, joista suurin osa asiakkaista joutui poistumaan päiväksi ja joissa asiakkaat elivät enemmän omissa oloissaan, haastatteluun oli vaikeampaa saada osallistujia.

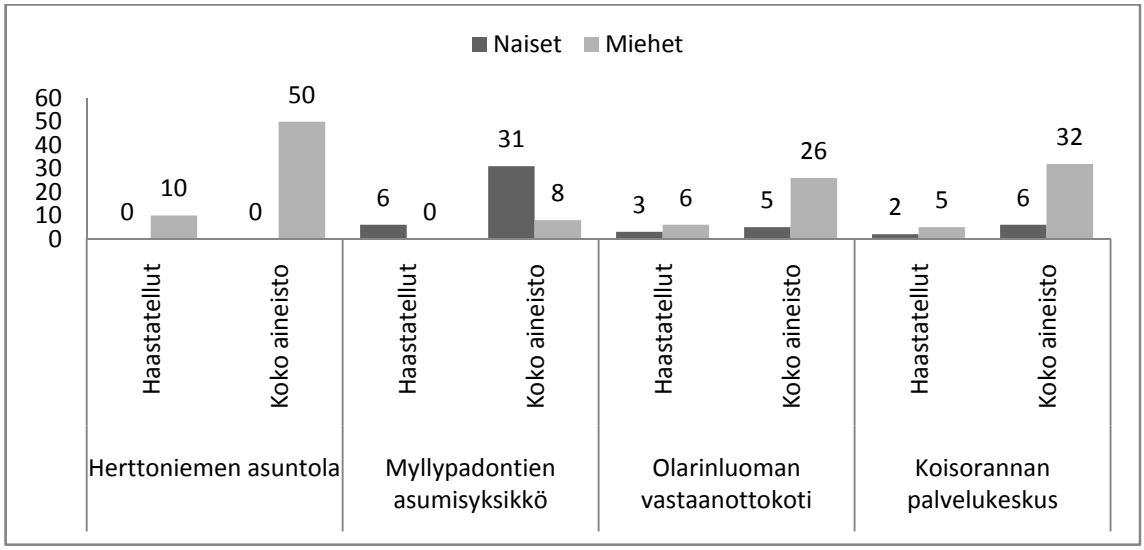
Haastattelut toteutettiin asiakkaiden suostumuksella rekisteritietokannan keruupäivää seuraavina viikkoina yksiköiden tiloissa. Lääkärin ja sosiaalityöntekijän haastatteluun ja lääkärin kliiniseen tutkimukseen osallistuivat ainoastaan ne asiakkaat, jotka allekirjoittivat suostumusasiakirjan. Yhden päivän aikana haastattelimme 1–3 asiakasta ja haastattelut kestivät 45 minuutista hieman yli kahteen tuntiin. Haastattelut olivat puolistrukturoituja teemahaastatteluja ja kysymykset koskivat vastaanottoyksiköiden asiakkaiden asumistilannetta, toimeentuloa ja taloudellista tilannetta, rikos asioita, päihteiden käyttöä, fyysistä ja psyykkistä terveydentilaa sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä. Haastattelujen yhteydessä ohjasimme asiakkaita myös välittömästi tarkoituksenmukaisten palvelujen piiriin.

Tutkimukselle haettiin HUSin eettisen toimikunnan tutkimuslupa, Espoon, Helsingin ja Vantaan kaupunkien sosiaali- ja terveysvirastojen tutkimuslupia sekä sosiaali- ja terveysministeriön tutkimuslupa rekisteriaineistojen yhdistämistä varten.

1.3 Aineisto

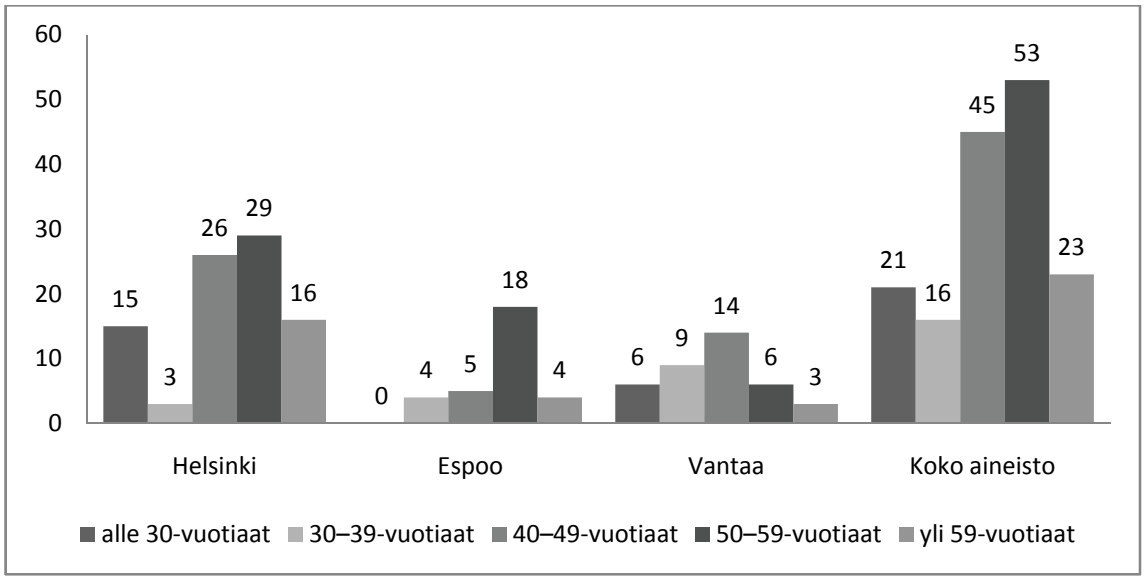
Aineistoomme valikoitui 42 asunnotonta naista ja 116 asunnotonta miestä. Naisten osuus kaikista aineistomme pääkaupunkiseudun vastaanottoyksiköiden asunnottomista on 27 prosenttia, eli hieman enemmän kuin asunnottomien keskuudessa keskimäärin (20,2 %). Herttoniemen asuntola on miesten asuntola, joten Helsingissä naiset ohjautuvat Myllypadontien asumisyksikköön, jossa yöpyi 76 prosenttia aineistomme naisista. Koisorannan palvelukeskuksen ja Olarinluoman vastaanottokodin naisten osuus asiakkaista on 16 prosenttia.

Kuva 1. Asiakasmäärä ja sukupuolijakauma aineistossa



Aineistossa vastaanottoyksiköiden asiakkaiden keski-ikä on 47,3 vuotta (vaihteluväli 18–73). Naisten keski-ikä on 45,4 vuotta (vaihteluväli 18–70) ja miesten keski-ikä on 48,0 vuotta (vaihteluväli 21–73). Yksiköiden välillä keski-ikä vaihteli aineistossamme siten, että Olarinluoman vastaanottokodin (52,4) ja Herttoniemen asuntolan (51,1) asiakkaiden keski-ikä on korkeampi kuin Koisorannan palvelukeskuksen (43,0) ja Myllypadontien asumisyksikön (42,6) asiakkaiden keski-ikä.

Kuva 2. Ikäjakauma kunnittain (N=158)

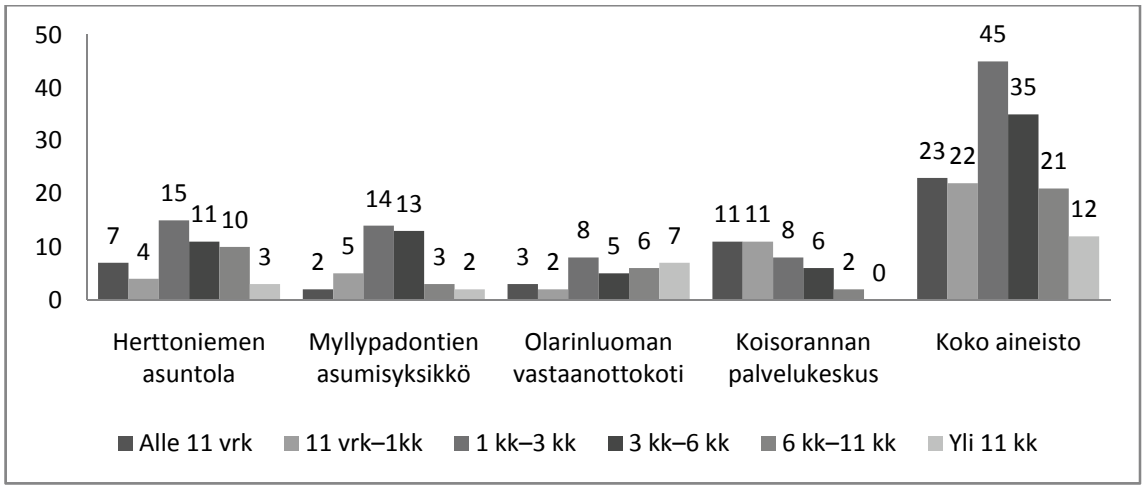


Aineistomme asunnottomista lähes kaikki, eli 151 (96 %) olivat Suomen kansalaisia. Muita aineistossa esiintyviä kansalaisuuksia oli Afganistan, Irak, Pakistan, Venäjä ja Liettua. Äidinkieleltään 145 (92 %) oli suomenkielisiä. Muita esiintyviä äidinkieliä olivat ruotsi, arabia, venäjä ja liettua. Siviilisäädyltään 75 (48 %) oli naimattomia, eronneita oli 61 (39 %), naimisissa oli 13 (8 %) ja leskeksi jääneitä oli neljä (3 %). Viiden kohdalla siviilisääty ei käynyt esiin aineistosta.

Sosiaali- ja terveystoimen rekisteriaineistoissa tutkimushenkilöistä löytyi hyvin vaihtelevasti tietoa. Aineistossamme oli kuusi henkilöä, joista ei ollut yhtäkään merkintää perusterveydenhuollon asiakirjoissa. Myös sosiaalitoimen rekistereissä näistä henkilöistä oli hyvin vähän tietoja. Kaikki kuusi olivat Helsingin vastaanottoyksiköissä yöpyneitä. Heistä yhdellä henkilöllä oli kotikuntana toinen Uudenmaan kunta ja kolme oli äskettäin muuttanut toisesta EU-maasta. Viisi näistä kuudesta yöpyivät Myllypadontien asumisyksikössä. Vastapainoksi aineistossa oli henkilöitä, joista on satoja sivuja tietoa sekä sosiaali- että terveystoimen rekistereissä.

Aineistomme asunnottomat olivat viettäneet vastaanottoyksiköissä hyvin vaihtelevan pituisia ajanjaksoja. Yli kaksi kolmasosaa (72 %) aineistomme henkilöistä oli yöpynyt yli kuukauden vastaanottoyksikössä. Lähes kolmasosa (28 %) oli yöpynyt vastaanottoyksikössä viimeisen vuoden aikana kuukaudesta kolmeen kuukauteen. Pisimpään, yli 11 kuukautta vastaanottoyksiköissä yöpyneitä oli 12 (8 %).

Kuva 3. Asiakkaiden yöpymisten yhteismäärä vastaanottoyksikössä viime vuoden aikana (N=158)



Viimeisen vuoden aikana alle kymmenen vuorokautta vastaanottoyksiköissä yöpyneitä oli eniten Koisorannan palvelukeskuksessa. Viimeisen vuoden aikana pisimpään, eli yli 11 kuukautta yöpyneitä oli eniten Espoon Olarinluoman vastaanottokodissa. Olarinluoman vastaanottokodissa ei kuitenkaan kirjata asiakkaita ulos aina kun asiakas ei ilmesty yöksi, kuten Helsingin tai Vantaan vastaanottoyksiköissä tehdään. Tämä saattaa vaikuttaa siihen, että Olarinluoman vastaanottokodissa asiakkaiden keskimääräiset yöpymisjaksot ovat tässä tarkastelussa pidempiä kuin muissa vastaanottoyksiköissä.

Yksiköiden omissa tilastoissa vuonna 2008 alle 10 vuorokautta yöpyneiden osuus kaikista vuoden aikana yksiköissä yöpyneistä oli Herttoniemen asuntolassa 77 % ja Myllypadontien asumisyksikössä 36 %. Olarinluoman vastaanottokodissa alle 14 vuorokautta yöpyneitä oli vuonna 2008 yhteensä 52 (45 %). Vantaan Koisorannan palvelukeskuksessa alle 15 vuorokautta yöpyneitä oli vuonna 2008 yhteensä 102 asiakasta (51 %). Vuoden aikajaksona tarkasteltuna suurin osa asiakkaista yöpyi vastaanottoyksiköissä hyvin lyhyen ajan. Jos kuitenkin asiakaskuntaa tarkastellaan poikkileikkauksena, kuten olemme tehneet, nähdään että vain 15 prosenttia asiakaskunnasta on poikkileikkausajankohtana yöpynyt vastaanottoyksiköissä 10 vuorokautta tai lyhyemmän ajan.

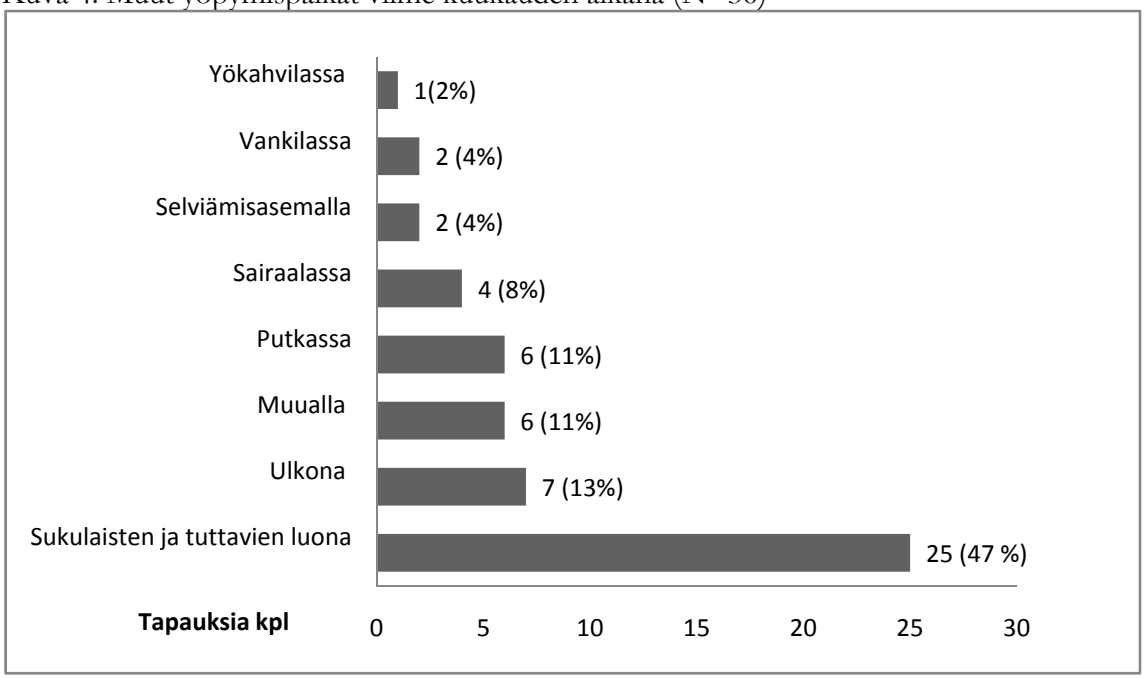
Pisimpään vastaanottoyksiköissä yöpyneistä asiakkaista valtaosa oli miehiä. Miehistä neljäsosa (24 %) oli yöpynyt vastaanottoyksiköissä yli puoli vuotta. Naisista 37 (88 %) oli yöpynyt vastaanottoyksikössä viimeisen vuoden aikana alle puoli vuotta. Pisimpään, yli 11 kuukautta vastaanottoyksiköissä yöpyneistä kaikki olivat yli 40-vuotiaita.

Taulukko 2. Vastaanottoyksikössä yöpyminen viimeisen vuoden aikana sukupuolen mukaan

Kesto	Kaikki % (N)	Miehet % (N)	Naiset % (N)
Alle 11 vrk	14,6 (23)	15,5 (18)	11,9 (5)
11vrk–1kk	13,9 (22)	13,8 (16)	14,3 (6)
1–3kk	28,5 (45)	27,6 (32)	31,0 (13)
3–6kk	22,2 (35)	19,0 (22)	31,0 (13)
6–11kk	13,3 (21)	15,5 (18)	7,1 (3)
yli 11kk	7,6 (12)	8,6 (10)	4,8 (2)
Yhteensä	100 (158)	100 (116)	100 (42)

Haastattelemiltamme 36 asunnottomalta kysyimme missä muualla he olivat viettäneet viimeisen kuukauden aikana öitä. Haastatelluista suurin joukko muualla yöpyneistä (25 henkilöä) kertoi yöpyneensä sukulaisten ja tuttavien luona viimeisen kuukauden aikana. Ulkona ja poliisin säilöönottosuojassa (putkassa) heistä oli yöpynyt yhteensä 13. Muualla yöpyneitä oli kuusi. Muita yöpymispaikkoja olivat päihdehoitolaitokset, julkiset kulkuneuvot ja linja-autoasema sekä hostellit ja hotellit. Sairaalassa, selviämishoitoasemalla tai vankilassa oli viimeisen kuukauden aikana ollut kahdeksan henkilöä.

Kuva 4. Muut yöpymispaikat viime kuukauden aikana (N=36)



2. Vastaanottoyksiköiden asiakkaiden asunnottomuus

Luvussa kuvaamme vastaanottoyksiköiden asiakkaiden asunnottomuutta sen keston, toistuvuuden, viimeisimmän asumismuodon, syiden ja asumiseen liittyvien toistuvien vaikeuksien näkökulmasta. Kuntien käytössä olevat erilaiset asiakastietojärjestelmät ja kirjaamiskäytännöt vaikuttavat olennaisesti siihen millä tavalla asumishistoriasta ja asunnottomaksi jäämisen olosuhteista oli saatavilla tietoa. Helsingissä asunnottomuuteen liittyviä tekijöitä oli mahdollista tarkastella aina 1990-luvun alusta lukien. Espoossa ja Vantaalla tietoa oli uusien asiakastietojärjestelmien vuoksi saatavilla vasta vuosista 2004 ja 2005 lukien.

Asunnottomuutta koskevien puuttuvien tietojen osuus vaihteli aineistossa. Eniten puuttuvia tietoja oli pitkäaikaisasunnottomista. Mitä pidempään asiakkaat olivat olleet asunnottomina, sitä huonommin heidän tilanteensa oli kunnissa kartoitettu. Myös narkomaanien, sekakäyttäjien ja kunnista toiseen muuttaneiden kohdalla tilannekartoitus oli saattanut jäädä tekemättä, eikä asumishistoria käynyt ilmi aineistosta.

2.1 Asunnottomuuden kesto

Asunnottomuuden alkamisajaksi olemme arvioineet ajankohdan, jolloin henkilön viimeinen, selkeästi pysyväisluontoinen, vähintään kuusi kuukautta kestänyt asuminen on päättynyt. Aineistossamme olevien henkilöiden asunnottomuuden pituus vaihteli muutamista päivistä lähes kahteenkymmeneen vuoteen. Osalla ei kenties ollut omaa kotia koskaan ollutkaan lapsuuden kodin jälkeen. Osalla asunnottomuus oli toistunut useaan kertaan.

Taulukko 3. Asunnottomuuden kesto (N=158)

	Koko aineisto % (N)	**Helsinki % (N)**	**Espoo % (N)**	**Vantaa % (N)**
Alle vuoden	38 (60)	36 (32)	32 (10)	47 (18)
1–3 vuotta	13 (21)	12 (11)	10 (3)	18 (7)
3–5 vuotta	18 (29)	15 (13)	39 (12)	11 (4)
5 vuotta tai yli	23 (37)	30 (27)	16 (5)	13 (5)
Ei ilmene	7 (11)	7 (6)	3 (1)	11 (4)
Kaikki yhteensä	100 (158)	100 (89)	100 (31)	100 (38)

Kaikista aineistomme asunnottomista henkilöistä hieman yli kolmasosa (60 henkilöä) oli ollut asunnottomana alle vuoden. Heistä lähes kolme neljäsosaa oli ollut asunnottomana alle puoli vuotta. Alle vuoden asunnottomana olleista 32 helsinkiläisestä lähes kaikki (27 henkilöä) oli Myllypadontien asumisyksikössä yöpyneitä. Heistä lähes kaikki (23 henkilöä) oli ollut asunnottomana alle puoli vuotta. Herttoniemen asuntolassa alle vuoden asunnottomana olleita oli vain viisi. Heistä neljä oli ollut asunnottomana alle puoli vuotta. Suurta eroa Helsingin yksiköiden välillä selittää Myllypadontien asumisyksikön kriisimajoituksellinen luonne. Kyseiseen yksikköön saatetaan asuttaa esimerkiksi vesivahinkojen vuoksi hätämajoitustarpeessa olevia ihmisiä, joille majoittuminen vastaanottoyksikössä on lyhytaikainen elämäntilanne.

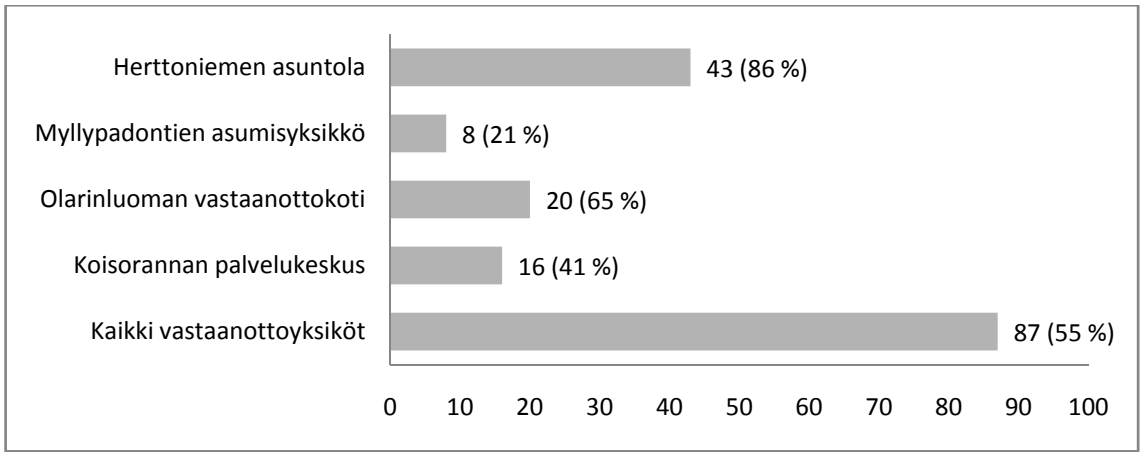
Koisorannan palvelukeskuksen 38 asiakkaasta alle vuoden asunnottomana oli ollut lähes puolet, 18 henkilöä. Heistä alle puoli vuotta asunnottomana oli ollut hieman yli puolet. Koisorannan palvelukeskuksen asiakkaiden keskuudessa uusien asiakkaiden määrä on siis aineistossamme verrattain suuri, joka saattaa viitata Vantaan asunnottomien lukumäärän kasvuun. Alle vuoden asunnottomina olleita oli suhteellisesti vähiten Espoon Olarinluoman vastaanottokodissa, missä heitä oli kymmenen (32 %). Alle puoli vuotta asunnottomana olleita oli näistä kaksi kolmasosaa.

Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARAn määritelmän mukaan henkilön asunnottomuus voidaan katsoa pitkäaikaiseksi, kun se on kestänyt vähintään vuoden tai henkilö on ollut toistuvasti asunnottomana viimeisen kolmen vuoden aikana. ARAn mukaan pitkäaikaisasunnottomalla tarkoitetaan henkilöä, jonka asunnottomuus on pitkittynyt tai uhkaa pitkittyä terveydellisten tai sosiaalisten syiden vuoksi.[8] Mikäli ARAn pitkäaikaisasunnottomuuden määritelmä otetaan tarkastelun lähtökohdaksi, pääkaupunkiseudun kuntien vastaanottoyksiköiden asiakkaista pitkäaikaisasunnottomia oli 87 henkilöä (55 %)[9]. Pisimpään asunnottomana, viisi vuotta tai yli viisi vuotta asunnottomana heistä oli ollut 37 henkilöä eli lähes puolet kaikista pitkäaikaisasunnottomista.

[8] Asumisen kehittämiskeskus, ARAn 21.10.2008 kunnanhallituksille ja kuntien viranomaisille pitkäaikaisasunnottomuutta koskeva tiedote.

[9] On oletettavaa, että pitkäaikaisasunnottomien määrä olisi vastaanottoyksiköiden asiakaskunnan keskuudessa jonkin verran korkeampi mikäli selvitysaineisto ja sen tarkasteluun käytettävissä oleva aika mahdollistaisivat asunnottomuuden toistuvuuden tarkastelun viimeisten kolmen vuoden aikana.

Kuva 5. Pitkäaikaisasunnottomat (> 1 vuosi) pääkaupunkiseudun vastaanottoyksiköissä (N=158)



Eniten pitkäaikaisasunnottomia oli Helsingin vastaanottoyksiköiden asiakkaiden joukossa. Heistä yli puolet (51 henkilöä) oli pitkäaikaisasunnottomia. Suhteellisesti eniten pitkäaikaisasunnottomia oli kuitenkin Espoon Olarinluoman vastaanottokodin asiakaskunnan keskuudessa. Heistä yli puolet (20 henkilöä) oli pitkäaikaisasunnottomia. Vantaan Koisorannan palvelukeskuksen asiakkaista pitkäaikaisasunnottomia oli hieman alle puolet (16 henkilöä). Vuoden 2008 asunnottomuustilastojen mukaan pitkäaikaisasunnottomia henkilöitä oli vuoden 2008 marraskuussa pääkaupunkiseudun kunnissa yhteensä 2 116. Heistä ulkona, porraskäytävissä ja niin sanotuissa ensisuojissa majailevien osuudeksi arvioitiin yhteensä 120 henkilöä, joista Helsingissä arvioitiin olevan 70, Espoossa 33 ja Vantaalla 17 pitkäaikaisasunnotonta henkilöä.[10] Aineistossamme pitkäaikaisasunnottomien määrät olivat siis samansuuntaisia kuin vuoden 2008 asunnottomuustilastoissa esitetyt arviot ulkona, porraskäytävissä tai niin sanotuissa ensisuojissa majailevien pitkäaikaisasunnottomien määristä.

Helsingissä pitkäaikaisasunnottomien suhteellista määrää laskee Myllypadontien asumisyksikön kriisimajoituksellinen luonne, minkä vuoksi tarkastelemme helsinkiläisten pitkäaikaisasunnottomien henkilöiden määrää erikseen Herttoniemen miesten asuntolan 50 miesasiakkaan osalta. Heistä lähes kaikki (43 miestä), oli pitkäaikaisasunnottomia. Miehistä 25 oli ollut asunnottomana yli viisi vuotta. Aineistossamme Herttoniemen asuntolan asiakaskunnasta vain 14 prosenttia oli otantojemme poikkileikkausajankohtana yöpynyt 10 vuorokautta tai lyhyemmän ajan ja neljäsosa yli puoli vuotta Herttoniemen asuntolassa viimeisen vuoden aikana. Herttoniemeen asuntolaan on siis kerääntynyt joukko hyvin

[10] Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus, ARA: Asunnottomat 2008, 3–7.

pitkään asunnottomana olleita henkilöitä, joista suurin osa on myös yöpynyt asuntolassa pitkään (ks. edellä luku 1.3).

Herttoniemen asuntolassa tekemämme haastattelut vahvistavat näkemystä vaikeimman pitkäaikaisasunnottomuuden keskittymisestä tähän yksikköön. Asuntolan 12 haastatellusta miehestä seitsemän arveli olleensa asunnottomana yli viisi vuotta. Miesten omien arvioiden mukaan heidän asunnottomuutensa kesto vaihteli viiden ja 20 vuoden välillä. Osalla asunnottomuus oli jatkunut niin kauan, että heillä oli vaikeuksia arvioida asunnottomuutensa kestoa. Pisimpään asunnottomana olleet arvioivat myös useimmiten asunnottomuutensa keston lyhyemmäksi, kuin mitä heidän asiakastiedoistaan ilmeni. Osalla ei välttämättä ollut koskaan ollut omaa asuntoa, ja elämä oli mennyt kunnista ja asuntoloista toiseen kierrellen. Ennen vastaanottoyksikköön päätymistä oli saatettu asua myös ulkona ja asuntovaunussa.

"En mä muista. Mä oon sellanen reissumies, oon kiertänyt Suomea ristiinrastiin." (M5)

"Ihmisen elämäntavat... omalla tavallani elin omalla tavallani, olin raksalla töissä ja halusin asua asuntolassa, missä oli kavereita... kato sitä tultiin tänne raksalle töihin ja asuttin asuntolassa... kaikki kaveritkin asu asuntolassa." (M3)

"Asunnottomaksi jäätyäni asuin metsässä 1,5 vuotta ja sen jälkeen asuntovaunussa 2,5 vuotta. En halunnut mennä asuntolaan. Ennen tänne tuloani asuin (...asuntolan nimi...) asuntolassa. Se oli hyvä paikka asua." (M1)

Haastatteluaineiston ja asiakastietojärjestelmiin tehtyjen kirjausten perusteella kiertolaisuus, metsässä tai asuntolassa asuminen oli selkeästi osa vastaanottoyksiköissä majailevien miesten asunnottomuutta. Miehet olivat myös olleet asunnottomina huomattavasti pidempään kuin naiset.

2.2 Asunnottomuus vastaanottoyksiköissä sukupuolen ja iän mukaan

Pääkaupunkiseudun vastaanottoyksiköiden asunnottomista miehet olivat olleet asunnottomina huomattavasti pidempään kuin naiset. Miehistä vain hieman yli kolmasosa oli ollut alle vuoden asunnottomana, kun vastaavasti naisista alle vuoden asunnottomana oli ollut kaksi kolmasosaa. Suurimmat erot miesten ja naisten välillä olivat yli viisi vuotta asunnottomana olleiden joukossa. Heistä miesten suhteellinen osuus eli 30 prosenttia (35

miestä) oli kuusi kertaa suurempi verrattuna naisiin, joista vain 5 prosenttia (kaksi naista) oli ollut asunnottomana yli viisi vuotta.

Taulukko 4. Asunnottomuuden kesto sukupuolen mukaan (N=158)

Kesto	Kaikki % (N)	Miehet % (N)	Naiset % (N)
Alle vuoden	38 (60)	27,6 (32)	66,7 (28)
1-3 vuotta	13,3 (21)	16,4 (19)	4,8 (2)
3-5 vuotta	18,4 (29)	19,8 (23)	14,3 (6)
Yli 5 vuotta	23,4 (37)	30,2 (35)	4,8 (2)
Ei ilmene	7 (11)	6 (7)	9,5 (4)
Kaikki yhteensä	100 (158)	100 (116)	100 (42)

Pitkäaikaisasunnottomista miehiä oli 77 ja naisia oli 10. Pitkäaikaisasunnottomia naisia oli siis aineistossamme 20 prosenttia kaikista aineistomme pitkäaikaisasunnottomista. ARAn vuoden 2008 asunnottomuustilastoissa naisten määräksi arvioitiin Espoossa 17 prosenttia kaikista espoolaisista pitkäaikaisasunnottomista ja Vantaalla vastaavasti osuudeksi arvioitiin 21 prosenttia kaikista Vantaan pitkäaikaisasunnottomista. Helsingissä vastaavia lukuja pitkäaikaisasunnottomuuden jakautumisesta sukupuolten välillä ei ole esitetty. [11]

Vastaanottoyksiköissä majailevien pitkäaikaisasunnottomien naisten pientä osuutta voi selittää se, että naisten keskuudessa niin sanottu ”näkymätön”[12] asunnottomuus eli tilapäisesti tuttavien ja sukulaisten luona asuminen voi olla yleistä, eivätkä naiset välttämättä päädy yhtä helposti viimesijaiseen vastaanottoyksikköön kuin miehet. Naisten pitkittynyt asunnottomuus ei siis välttämättä näy virallisissa asunnottomuustilastoissa tai se tulee esiin viiveellä. Esimerkiksi viime aikoina viimesijaiseen vastaanottoyksikköön päätyneiden naisten määrässä on ollut havaittavissa kasvua. On kuitenkin vaikea sanoa onko viimesijaiseen vastaanottoyksikköön päätyneiden naisten määrän kasvussa kysymys väliaikaisesta vai pysyvästä muutoksesta. Helsingissä naisten osuuden kasvu liittyy ainakin osittain naisille suunnattujen asuntolapaikkojen vähäiseen määrään.

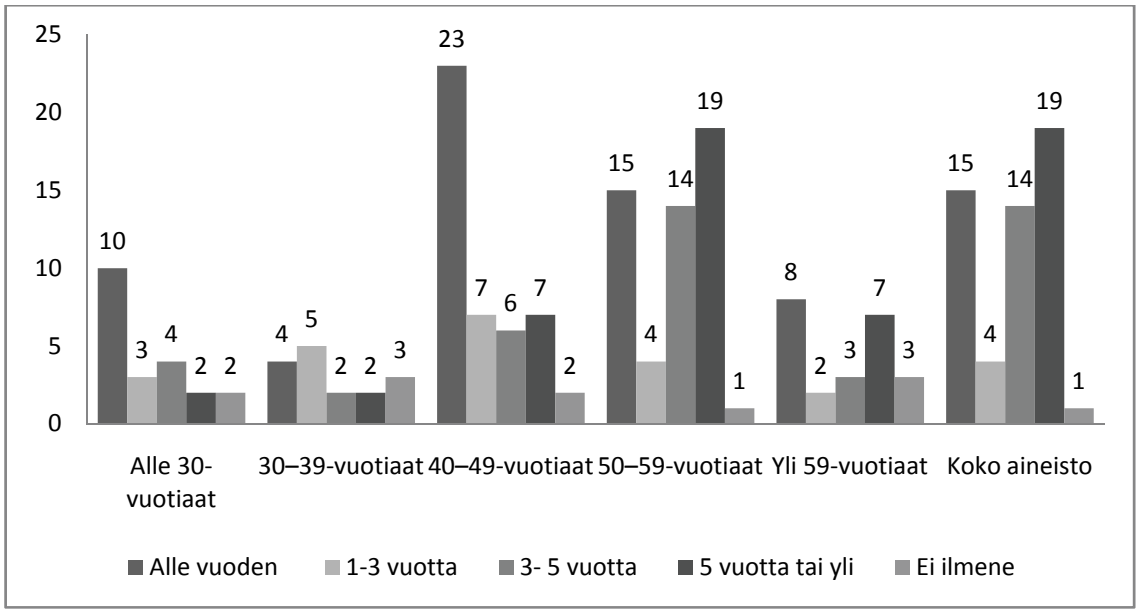
Alle vuoden asunnottomana olleista enemmistö oli 40–49-vuotiaita. Pitkäaikaisasunnottomista hieman yli puolet oli yli 50-vuotiaita. Alle 30-vuotiaista

[11] ARA: Asunnottomuus 2008, 6–7.

[12] Näkymättömällä asunnottomuudella viitataan sellaiseen asunnottomuuteen, joka jää julkisten palvelujen ja järjestöjen ulottumattomiin, esimerkiksi tuttavien ja sukulaisen luona oleskeleviin. Näkymättömän asunnottomuuden arvioiminen on kuntien asunto- ja sosiaaliviranomaisille usein vaikeaa eritoten suurissa kunnissa. (Korhonen, Erkki 2002 Asunnottomuus Helsingissä. Helsingin kaupungin tietokeskuksen julkaisuja 2002:4. Helsinki.)

pitkäaikaisasunnottomia oli yhdeksän, mikä on 10 prosenttia kaikista aineistomme pitkäaikaisasunnottomista henkilöistä.

Kuva 6. Asunnottomuuden kesto iän mukaan (N=158)



Vuonna 2008 Espoossa pitkäaikaisasunnottomien nuorten määräksi arvioitiin 58, mikä on 15,1 prosenttia kaikista espoolaisista pitkäaikaisasunnottomista. Vantaalla määräksi arvioitiin vastaavasti 28, mikä puolestaan on 20 prosenttia kaikista vantaalaisista pitkäaikaisasunnottomista.[13] Helsingissä vastaavia arvioita pitkäaikaisasunnottomien nuorten määrästä ei ole esitetty. Nuorten asunnottomuus saattaa usein olla, samoin kuin naistenkin, niin sanottua ”näkymätöntä” asunnottomuutta ja he tulevat vastaanottoyksiköihin vasta viimesijaisena vaihtoehtona, kun muut majoituspaikat ovat sulkeneet heille ovensa.

2.3 Asumismuoto ennen asunnottomuutta

Seuraavaksi tarkastelemme asumismuotoa/asuinpaikkaa ennen asunnottomuutta. Tarkastelun kohteena ovat paikat, joissa on asuttu pysyväisluonteisesti viimeksi vähintään puoli vuotta. Asumismuotojen luokkia on seitsemän: kunnan tai yleishyödyllisen vuokranantajan asunto, sosiaalitoimen asunto/tukiasunto, yksityisen vuokranantajan asunto, muu tuettu vuokrasopimusperustainen asumismuoto, omistus- tai osaomistusasunto ja muu asumismuoto tai asumismuoto ei ilmene. Lisäksi yhtenä luokkana on ulkopaikkakunta tai ulkomaat. Luokkaan kuntien ja yleishyödyllisten vuokranantajien

[13] ARA: Asunnottomuus 2008, 6–7.

asunnot kuuluvat kuntien lisäksi VVOn, SATOn, Alkuasunnot Oy:n ja Ring-asunnot Oy:n asunnot. Sosiaalitoimen asunnoilla/tukiasunnoilla viittaamme tässä kaikkiin sosiaalitoimen asiakkailleen osoittamiin vuokra-asuntoihin. Kuntien sosiaalitoimilla on käytössään itsenäisiä pienasuntoja, tukiasuntoja ja tukikoteja.[14] Muuta tuettua vuokrasopimusperustaista asumista on kolmannen sektorin tarjoamat tuetun asumisen palvelut. Muilla asumismuodoilla viitataan työsuhdeasuntoihin tai pysyväisluonteisena asumismuotona olleisiin sukulaisten tai tuttavien asuntoihin.

Taulukko 5. Asunnottomaksi jääminen asumismuodon tai asuinpaikan mukaan (N=158)

	Koko aineisto %(N)	**Helsinki % (N)**	**Espoo % (N)**	**Vantaa % (N)**
Kunnan tai yleishyödyllisen vuokranantajan asunto	32,3 (51)	28 (25)	61,3 (19)	18,4 (7)
Sosiaalitoimen asunto/tukiasunto	15,8 (25)	15 (13)	9,7 (3)	23,7 (9)
Yksityisen vuokranantajan asunto	13,3 (21)	17 (15)	6,5 (2)	10,5 (4)
Muu tuettu vuokrasopimusperusteinen asumismuoto	6,3 (10)	6 (5)	6,5 (2)	7,9 (3)
Omistus-/osaomistusasunto	3,8 (6)	3 (3)	3,2 (1)	5,3 (2)
Ulkopaikkakunta tai ulkomaat	10,1 (16)	14 (12)	3,2 (1)	7,9 (3)
Muu asumismuoto tai asumismuoto ei ilmene[15]	18,4 (29)	18 (16)	9,7 (3)	31,6 (10)
Yhteensä	100 (158)	100 (89)	100 (31)	100 (38)

Eniten asunnottomaksi on jääty kunnan tai yleishyödyllisen vuokranantajan asunnosta. Tähän joukkoon kuuluneita aineistossamme oli 51 eli noin kolmannes kaikista pääkaupunkiseudun vastaanottoyksiköiden asunnottomista. Heistä valtaosa (46 henkilöä) oli jäänyt asunnottomaksi kuntien asunnoista. Enemmistö kaikista tähän luokkaan kuuluvista oli helsinkiläisiä. Kuntakohtaisessa tarkastelussa kunnan tai yleishyödyllisen vuokranantajan asunnosta asunnottomaksi jääneiden suhteellinen osuus oli kuitenkin suurin Espoon Olarinluoman vastaanottokodin asunnottomien keskuudessa.

[14] Itsenäiset pienasunnot ovat useimmiten normaaliasuntokannassa olevia yksiöitä ja pieniä kaksioita, joihin kuntien sosiaalitoimet tekevät asukasvalinnat. Helsingissä pienasunnot ovat Helsingin asuntohankinnan tai Y-säätiön omistuksessa. Vantaalla ja Espoossa itsenäiset pienasunnot ovat Y-säätiön omistamia asuntoja. Tukiasunnoilla viitataan useimmiten kahdesta neljälle henkilölle tarkoitettuihin soluasuntoihin tai sellaisiin pienasuntoihin, joihin on tarjolla tukea. Kaikki pienasunnot eivät kuitenkaan ole tukiasuntoja. Tukikodit ovat useimmiten erillisiä kiinteistöjä, joissa asukkailla on omat huoneet ja he jakavat yhteisen keittiön sekä saniteetti- ja yhteistilat. Asuntoihin annettavan tuen määrä ja tuen muodot vaihtelevat kuntakohtaisesti sosiaalityön käytäntöjen, kotiin annettavan tuen resursointien ja asukkaiden tuen tarpeiden mukaan. Sosiaalityön käytäntöjen näkökulmasta myös tukiasumiseen pääsemisen kynnykset ja tukiasumisen säännöt vaihtelevat kuntien välillä.

[15] Ei minkäänlaista tietoa aikaisemmasta asumisesta.

Toiseksi suurin ryhmä oli sosiaalitoimen asunnoista/tukiasunnoista asunnottomaksi jääneet. Heitä oli yhteensä 25, joista enemmistö eli 13 henkilöä oli helsinkiläisiä. Heidän joukossaan oli kaksi lastensuojelun jälkihuollon tukiasunnoista asunnottomaksi jäänyttä nuorta.[16] Kuntakohtaisesti tarkasteltuna sosiaalitoimen asunnoista/tukiasunnoista asunnottomaksi jääneitä oli suhteessa eniten Koisorannan palvelukeskuksen asunnottomien joukossa (24 %). Vantaalla tukiasunnoista asunnottomaksi jääneiden määrää selittää aktiivisen ja matalan kynnyksen tukiasuttamistyön ohella tukiasumisen edellytyksenä oleva päihteettömyys (ks. luku 2.4).

Yksityisten vuokranantajien asunnoista asunnottomaksi oli jäänyt 21 henkilöä. Heistä enemmistö oli helsinkiläisiä, mitä selittää yksityisten vuokranantajien asuntojen suurempi tarjonta Helsingissä. Muista tuetuista vuokrasopimusperustaisista asumismuodoista asunnottomaksi jääneitä oli kymmenen, joista viisi oli helsinkiläisiä. Tätä selittää järjestöjen ja yhdistysten tarjoaman tuetun, vuokrasopimukseen perustuvan asumispalvelun suurempi tarjonta Helsingissä kuin muissa kunnissa. Yleisesti ottaen järjestöjen ja yhdistysten tarjoamaa tuettua asumista on kuitenkin tarkastelujaksolla ollut melko vähän tarjolla kaikissa kunnissa ja meneillään olevan pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämisohjelman 2008–2011 toimeenpanosuunnitelman mukainen, vuokrasopimusperustaiseen ja hoidolliseen asumiseen perustuvan asumispalvelun ostaminen yksityisiltä palveluntuottajilta on vasta nyt vakiintumassa kuntien käytännöksi. Kunnilla on siten tähän asti ollut vain vähän mahdollisuuksia tarjota kyseisiä asumispalveluita asiakkailleen. Omistus-/osaomistusasunnoista asunnottomaksi jääneitä oli kuusi.

Kuntaan ulkopaikkakunnalta tai ulkomailta tulleita vailla vakinaista asuntoa olevia oli 16. Heistä 12 oli päätynyt vastaanottoyksikköön joko lähikunnista tai muista kaupungeista ilman, että välissä oli ollut pysyväluontoista asumista vastaanottavassa kunnassa. Ulkomailta asunnottomien vastaanottoyksikköön tulleita oli aineistossa neljä. Pääkaupunkiseudun ulkopuolelta saapuneet olivat useimmiten tulleet Helsingin vastaanottoyksiköihin.

Ryhmässä muu asumismuoto tai asumismuoto ei ilmene oli yhteensä 29 henkilöä. Heistä 13 oli jäänyt asunnottomaksi työsuhdeasunnoista tai sukulaisten ja tuttavien asunnoista. Lähes puolet (6) tähän ryhmään kuuluvista oli vantaalaisia. Työsuhdeasunnoissa viimeksi asuneita oli neljä henkilöä. Sukulaisten tai tuttavien luona pysyväisluontoisesti asuneita ja heidän luotaan asunnottomaksi jääneitä oli yhdeksän. Heistä kuusi oli jäänyt asunnottomaksi

[16] Lastensuojelun jälkihuoltovelvollisuus ja jälkihuollon tukiasuminen päättyy nuoren täyttäessä 21 vuotta.

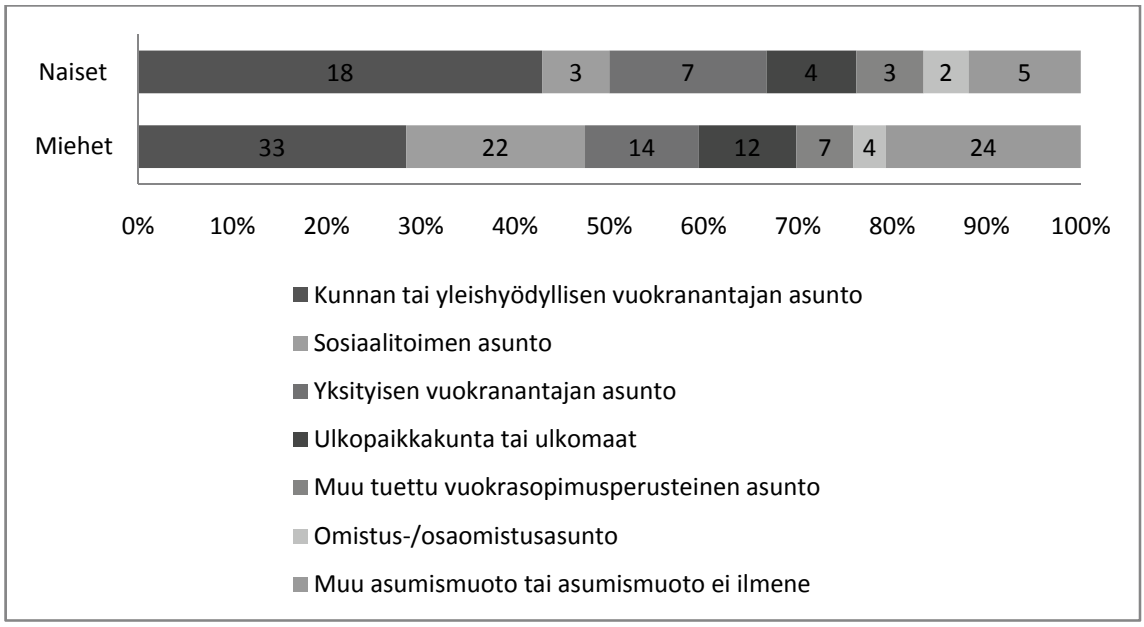
sisarustensa tai naisystäviensä luota ja kolme oli jäänyt asunnottomaksi lapsuudenkodistaan. Lapsuudenkodistaan asunnottomiksi jääneistä kaksi oli alle 30-vuotiaita.

"Veljen luona mä asuin tossa välissä, mutta sitten sekin menetti sen asunnon." (M28)

"Äidin luota… ei mulla ole koskaan ollut omaa asuntoa." (M9)

Kunnan tai yleishyödyllisten vuokranantajien asunnoista ja sosiaalitoimen asunnoista/tukiasunnoista asunnottomaksi jääneiden keskuudessa huomioita herättävät sukupuolten väliset erot. Ensiksi mainitussa luokassa naisia oli 18, joka on verrattain suuri osuus (43 %) kaikista vastaanottoyksiköiden naisasiakkaista. Naisten ja miesten välinen ero voi kuitenkin liittyä aineistossa ilmenevään satunnaisvaihteluun tai siihen, että naisten kohdalla puuttuvien tietojen osuus oli pienempi.

Kuva 7. Asunnottomaksi jääminen asumismuodon mukaan miehillä ja naisilla (N=158)



Sosiaalitoimen asunnoista/tukiasunnoista asunnottomaksi jääneiden miesten osuus oli kolminkertainen naisiin verrattuna. Tämä voi johtua siitä, että asunnottomilla miehillä on useammin päihdeongelma, jonka vuoksi miehet ohjautuvat useammin tuettuun asumiseen.

2.4 Asunnottomuuden syyt

Luvussa tarkastelemme asunnottomuuden taustalla olevia syitä. Asunnottomuuden syillä viittaamme seuraavassa tarkastelussa rekisteriaineistossa mainittuihin asunnottomuuden päällimmäisiin syihin. Useimmiten asunnottomuuden taustalla on kuitenkin useita toisiinsa kietoutuneita syitä, jossa päihteiden käyttö, mielenterveysongelmat, arjen

hallitsemattomuus, ihmissuhdeongelmat, sosiaalisen verkoston ja tuen puuttuminen sekä köyhyys nivoutuvat yhteen. Näitä taustatekijöitä kuvaamme tarkemmin seuraavissa luvuissa.

Asunnottomuuden syiden tarkastelussa olemme luokitelleet asunnottomuuden syyt kuuteen luokkaan: 1) avioero tai parisuhteen päättyminen, 2) määräaikaisen vuokrasopimuksen päättyminen tai vuokrasopimuksen irtisanominen, 3) asumiseen liittyvä häiritsevä elämä, 4) maksamattomat vuokrat, 5) asunnon irtisanominen itse ja 6) muut syyt. Syyluokassa määräaikaisen vuokrasopimuksen päättyminen tai vuokrasopimuksen irtisanominen on pääasiallisesti itsestä riippumattomista syistä asunnottomaksi jääneitä (esimerkiksi asunto vuokranantajan omaan käyttöön) tai toiseen kuntaan muuttaneita ja muuton vuoksi vuokrasopimuksensa irtisanoneita henkilöitä. Asumiseen liittyvän häiritsevän elämän tai maksamattomien vuokrien vuoksi asunnottomiksi jääneisiin on puolestaan laskettu kaikki, joiden asuminen on päättynyt asumiseen liittyvään häiritsevän elämän tai maksamattomien vuokrien johdosta saadun häädön, asunnosta luopumisen, vuokrasopimuksen purkamisen, irtisanomisen tai määräaikaisen vuokrasopimuksen jatkamatta jättämisen vuoksi. Siten tarkastelussamme ovat mukana myös ne asumiseen liittyvien häiriöiden tai maksamattomien vuokrien vuoksi asunnottomaksi jääneet henkilöt, jotka eivät näy virallisissa häätötilastoissa.[17] Käytössämme ollut aineisto ei tee mahdolliseksi sen tarkastelua, kuinka moni vastaanottoyksiköiden asunnottomista henkilöistä on saanut häädön virallisen häätöuhan tai häätöprosessin kautta.[18]

[17] Esimerkiksi asumisen päättyminen sosiaalitoimen asunnossa/tukiasunnoissa häiritsevän elämän tai maksamattomien vuokrien vuoksi ei aina johda viralliseen oikeusprosessin kautta haettuun häätöön ja häädön toimeenpanoon, vaan asunnoista luovutaan usein sopimalla. Vuokralainen saattaa myös itse muuttaa asunnosta pois ennen häädön toteutumista tai häätö saatetaan peruuttaa viime hetkellä, mikäli vuokralainen maksaa vuokravelan ennen häätöä.

[18] Häätöhakemuksia oli Suomessa vuonna 2008 yhteensä 7 328. Häätöhakemuksista toimeenpantuja häätöjä oli 1 448. Vuonna 2008 Helsingin osuus häätöhakemuksista oli 1 192, joista toimeenpantuja häätöjä oli 329 eli vain vajaat 30 prosenttia häätöhakemuksista johti häätöjen toimeenpanoon. Lähde: Helsingin ulosottopiiri ja Oikeusministeriö.

Taulukko 6. Asunnottomuuden syyt (N=158)

	Koko aineisto %(N)	**Helsinki % (N)**	**Espoo % (N)**	**Vantaa % (N)**
Asumiseen liittyvä häiritsevä elämä	31 (49)	24,7 (22)	45,2 (14)	34,2 (13)
Maksamattomat vuokrat	19 (30)	16,9 (15)	29 (9)	15,8 (6)
Määräaikaisen vuokrasopimuksen päättyminen /vuokrasopimuksen irtisanominen	7,6 (12)	10,1 (9)	6,5 (2)	2,6 (1)
Avioero/parisuhteen päättyminen	7,6 (12)	5,6 (5)	3,2 (1)	15,8 (6)
Muu syy	6,3 (10)	4,5 (4)	9,7 (3)	7,9 (3)
Irtisanoi itse asunnon	5,1 (8)	4,5 (4)	3,2 (1)	7,9 (3)
Ei ilmene	23,4 (37)	33,7 (30)	3,2 (1)	15,8 (6)
Yhteensä	100 (158)	100 (89)	100 (31)	100 (38)

Tavallisimmat syyt pääkaupunkiseudun vastaanottoyksiköiden asunnottomien henkilöiden asunnottomuudelle olivat joko asumiseen liittyvä häiritsevä elämä ja/tai maksamattomat vuokrat, joiden vuoksi 79 eli puolet oli jäänyt asunnottomaksi. Suurin yksittäinen syy asunnottomuuteen oli asumiseen liittyvä häiritsevä elämä. Tässä syyluokassa oli noin kolmasosa (49 henkilöä) vastaanottoyksiköiden asunnottomista.

Alle viidellä asunnottomista maininta asumiseen liittyvästä, naapureita häiritsevästä elämästä liittyi asunnosta rappukäytävään kantautuneisiin hajuhaittoihin tai asunnon vahingoittamiseen. Usein tällaisissa tapauksissa taustalla oli asukkaan hoitamaton mielenterveysongelma. Kaikissa muissa tapauksissa asumisen päättyminen häiritsevän elämän vuoksi liittyi asunnosta kantautuneisiin meluhaittoihin ja naapurustossa ilmenneisiin levottomuuksiin. Useimmiten näissä tapauksissa häiriöiden taustalla mainittiin päihteiden käyttö. Päihteiden käyttöön liittyvät häiriöt nousivat esiin myös haastatteluissa. Häiriötilanteisiin liittyi monen haastatellun mukaan usein tuttavien majailua asunnossa ja heidän osallisuutensa häätöön johtaneiden häiriöiden syntymisessä.

”Muutin kaupungin asuntoon ja juopottelun vuoksi jouduin asunnosta pois. Sain häädön häiriöiden vuoksi.” (M12)

”Se asuminen päättyi sitten lopullisesti siihen, että jouduin auto-onnettomuuteen ja kun mä olin sairaalassa mun kaverit kävi rapussa häiriköimässä ja rikkoi esimerkiks alaoven lasin. Siitä mä sain sen viimeisen varoituksen ja häädön.” (M25)

Yli puolet häiriöiden vuoksi asunnottomaksi jääneistä oli jäänyt asunnottomaksi kunnan asunnoista. Toiseksi eniten häiriöiden vuoksi oli jouduttu asunnottomaksi sosiaalitoimen asunnoista/tukiasunnoista. Päihteiden käyttöön liittyvien häiriöiden vuoksi sosiaalitoimen tukiasunnoista asunnottomaksi jäämistä selittävät osaltaan tukiasumisen säännöt, jotka vaihtelevat kuntien välillä. Esimerkiksi Vantaalla tukiasuntoihin asuttaminen on aktiivista ja tukiasuttamisen kynnys on suhteellisen matala, mutta koska niissä edellytetään useimmiten päihteetöntä asumista, päättyy asuminen usein päihteidenkäytön vuoksi. Niistä aineistomme vantaalaisista, jotka olivat jääneet asunnottomaksi häiritsevän elämän vuoksi hieman yli puolet (7) oli jäänyt asunnottomaksi sosiaalitoimen tukiasunnoista.

"... ja lisäksi mä retkahdin sellasessa asunnossa, jossa juominen ei ollut sallittua." (M28)

Myös Helsingissä ja Espoossa oli jääty asunnottomaksi sosiaalitoimen asunnoista/tukiasunnoista. Helsingissä ja Espoossa päihteidenkäyttö on useimmiten sallittu tukiasunnoissa ja -kodeissa. Helsingissä ja Espoossa tukiasuttamiseen edellytetään kuitenkin tiettyä toimintakykyä myös päihtyneenä koska tukiasumisen työntekijäresurssit eivät useinkaan mahdollista päihteiden käyttöön liittyvien häiriöiden ennaltaehkäisyä tukiasunnoissa. Lisäksi tukiasumiseen liittyviin häiriötilanteisiin puuttuminen on vaikeaa. Rekisteriaineistossa olevien merkintöjen mukaan tukiasumiseen liittyvät häiriöt ja niiden selvittäminen olivat sosiaalitoimen työntekijöille sekä Helsingissä että Espoossa aikaa vieviä ja hankalia. Häiritsevä elämä saattoi jatkua asunnoissa hyvin pitkään ilman, että asukkaita tavoitettiin ja häiriötilanteisiin pystyttiin puuttumaan. Asukkaiden tavoittamisen, lukuisten keskustelujen ja joustojen jälkeen häiriöt näyttivät myös useiden asukkaiden kohdalla jatkuvan (ks. myös luku 2.5).

Vantaalla päihteiden käyttöön liittyvien häiriöiden syntyminen tukiasunnoissa ja edellä kuvattujen, mahdollisesti pitkään jatkuvien ja työntekijäresursseja syövien pattitilanteiden syntyminen ennaltaehkäistään ainakin osittain päihteettömyyttä edellyttävällä tukiasumismallilla. Helsingissä tukiasumisessa päihteiden käyttöön liittyvät häiriöt saatetaan sen sijaan ennaltaehkäistä sillä, että kynnys tukiasumiseen on niin korkea, ettei asuttamista tapahdu lainkaan. Helsingissä ja Espoossa asuttamisen kynnykseen vaikuttaa kuitenkin myös se, että tukiasunnot sijaitsevat useimmiten normaaliasuntokannassa, jonka kestokyky on häiriöiden suhteen rajallinen. Tukiasumisen päättyminen häiritsevän elämän vuoksi herättää siten sekä kysymyksen kotiin annettavan tuen riittämättömyydestä nykyisessä tukiasumisen järjestämisen muodoissa että nykyisen tukiasuntokannan tarkoituksenmukaisuudesta ympäristön kantokykyyn liittyen.

Toiseksi suurin asunnottomuuden syy oli maksamattomat vuokrat. Niiden vuoksi asunnottomaksi jääneitä oli noin viidesosa (30 henkilöä). Heistä kaksi kolmasosaa (22 henkilöä) oli jäänyt asunnottomaksi kaupungin asunnosta. Maksamattomien vuokrien määrät vaihtelivat muutamista sadoista euroista 4 500 euroon. Osalla maksamattomien vuokrien vuoksi asunnottomaksi jääminen liittyi yksinkertaisesti niukkaan taloudelliseen tilanteeseen. Osalla taustalla oli päihteiden käyttöä ja mielenterveyden ongelmia (ks. luku 7). Haastatteluissa monet toivat myös esiin häätöprosessin nopeuden ja vaikeuksia hoitaa raha-asioita sosiaalitoimessa.

"Palkkatulot jäivät pieneksi, enkä pystynyt itse maksamaan vuokria. Piti saada lainaksi rahaa, mutta en sitten saanutkaan. Yritin sopia rästeistä, mutta se ei enää onnistunut. Sosiaalitoimeen otin yhteyttä liian myöhään." (N15)

"Häädön sain kaupungin asunnosta. Siihen liittyi jotain raha-asioihin liittyviä sotkuja sosiaalitoimen kanssa... yhtäkkiä kamat oli pihalla... en oikein tiedä miks. Sosiaalityöntekijä mokasi ja raha-asiat meni mettään." (M1)

Asumiseen liittyvät häiriöt ja maksamattomat vuokrat liittyvät myös usein toisiinsa. Aineistomme henkilöistä noin kolmasosalla oli asiakasrekisteritiedoissa maininta sekä häiritsevästä elämästä että maksamattomista vuokrista. Tällaisissa tapauksissa virallinen syy häädöille on useimmiten maksamattomat vuokrat, koska ne ovat helpommin todennettavissa oleva syy häädön hakemiselle.[19] Monelle rästit kertyvät kuitenkin vasta asumisen loppuvaiheessa, esimerkiksi asumiseen liittyvistä häiriöistä aiheutuneen häätöuhkan alla.

"Siellä oli sitä porukkaa kylässä koko ajan. Ja liittyi siihen alkoholikin. Itse olin ne kutsunut. Sain kolme varoitusta, joihin ei sitten tullut reagoitua. Jotenkin se meni niin. Oli mulla niitä rästejäkin siinä loppuvaiheessa." (N23)

"Pääsin elokuussa sairaalasta ja samassa yhteydessä sain häätöilmoituksen... Asunnossa ei ollut siivottu pitkään aikaan ja naapurit valittivat. Ulosottoviraston häätöilmoitus tuli mielestäni ilman varoituksia, eikä aikaa ollut toimia kuin pari viikkoa. Yritin hakea lykkäystä häädölle, mutta se ei onnistunut... Kyllä siihen asunnon menettämiseen liittyi myös masennus ja seuran hakeminen ravintolasta. Juomisen vuoks jäi vuokria maksamatta. Rästiä mulle oli tähän mennessä kertynyt yhteensä 1 236 euroa." (M27)

---

[19] Ks. esim. Piirainen, Timo (1993) Vuokra-asuminen ja sosiaaliset ongelmat. Jyväskylä: Stakes. Tutkimuksia 24/1993.

Asunnottomaksi jäämisellä sekä asumiseen liittyvillä häiriöillä tai maksamattomilla vuokrilla on kauaskantoiset seuraukset, sillä ne vaikeuttavat asunnon saantia niin kunnallisilta kuin yksityisiltä vuokramarkkinoilta tulevaisuudessa. Esimerkiksi kunnan asuntoa on mahdotonta saada mikäli aikaisempi asuminen kunnan asunnossa on päättynyt häiriömerkintöihin tai kunnalle on entuudestaan vuokravelkaa. SATO, VVO ja muut yleishyödylliset vuokranantajat eivät vuokraa asuntoaan ihmisille, joilla on merkintä aikaisempaan asumiseen liittyvistä häiriöistä, vuokravelkaa tai muita maksuvelvoitteita, kuten esimerkiksi asunnon korjauskustannuksia. Yleishyödylliset vuokranantajat edellyttävät myös, ettei asunnonhakijalla ole luottohäiriömerkintää. Mikäli aikaisempi vuokravelka on mennyt ulosmittaukseen tai henkilöllä on muusta syystä luottohäiriömerkintä myös yksityisten vuokramarkkinoiden asunnot ovat useimmiten tavoittamattomissa, sillä myös yksityiset vuokranantajat velvoittavat asunnonhakijoita todistamaan luottokelpoisuutensa. Sosiaalitoimen asunto/tukiasunto on siis tällaisessa tilanteessa usein ainoa jäljelle jäävä vaihtoehto. Kuitenkin myös sosiaalitoimen tukiasunnon saaminen edellyttää useimmiten vuokravelan määrän selvittämistä, vuokravelan lyhentämissuunnitelmaa ja aloitettuja vuokravelan lyhennyksiä. Mikäli asunnottomien henkilöiden toimintakyky huomioidaan on ymmärrettävää etteivät kaikki vastaanottoyksiköiden asunnottomat kykene tähän ilman tukea (ks. luku 9).

Muusta syystä asunnottomaksi jääneitä oli aineistossamme kymmenen. Heidän joukossaan oli asunnon myymisen, työn ja työsuhdeasumisen tai lastensuojelun jälkihuollon tukiasumisen päättymisen (nuoren täyttäessä 21 vuotta) vuoksi asunnottomaksi jääneitä (kaksi nuorta) ja kaksi alle 30-vuotiasta lapsuudenkodista asunnottomaksi jäänyttä nuorta.

"Äiti sanoi, että voit lähteä täältä vaikka asuntolaan... ei mulla ole koskaan ollut omaa asuntoa." (M9)

Lastensuojelun tukiasunnoista asunnottomaksi jääneiden nuorten rekisteritiedoista ei käynyt ilmi, miksi jälkihuollon jälkeistä jatkoasumista ei heille ollut järjestynyt[20]. Useimmiten tällainen tilanne johtuu lastensuojelun tukiasumisen aikana esiintyneistä ongelmista, minkä vuoksi jatkoasumisen järjestäminen ja sitä suosittelevien lausuntojen kirjoittaminen on kuntien jälkihuollossa toimiville sosiaalitoimen viranomaisille vaikeaa.

[20] Käytössämme ei ollut lastensuojelun tietoja.

Taulukko 7. Miesten ja naisten asunnottomuuden syyt (N =158)

	Kaikki % (N)	**Miehet % (N)**	**Naiset % (N)**
Asumiseen liittyvä häiritsevä elämä	31 (49)	28,4 (33)	38,1 (16)
Maksamattomat vuokrat	19 (30)	20,7 (24)	14,3 (6)
Määräaikaisen vuokrasopimuksen päättyminen/ vuokrasopimuksen irtisanominen	7,6 (12)	4,3 (5)	16,7 (7)
Avioero/ parisuhteen päättyminen	7,6 (12)	8,6 (10)	4,8 (2)
Muu syy	6,3 (10)	6,9 (8)	4,8 (2)
Irtisanoi asunnon itse	5,1 (8)	5,2 (6)	4,8 (2)
Ei ilmene	23,4 (37)	25,9 (30)	16,7 (7)
Yhteensä	100 (158)	100 (116)	100 (42)

Sekä miehillä että naisilla suurin syy asunnottomaksi jäämiseen oli asumiseen liittyvä häiritsevä elämä. Naisten osuus tässä ryhmässä oli 38 prosenttia, mikä on hieman suurempi kuin miesten vastaava määrä eli 28 prosenttia. Naisten suurempaa osuutta voi selittää aineistomme pienuuteen liittyvä satunnaisvaihtelu ja myös se, että naisten osalta puuttuvien tietojen osuus oli pienempi kuin miesten osalta. Aineistossa asumishistoriaan liittyvien puuttuvien tietojen osuus oli 30 miehen kohdalla ja vain seitsemän naisen kohdalla tiedot puuttuivat. Häiritsevän elämän vuoksi asunnottomaksi jääneillä naisilla oli miehiä useammin parisuhteeseen ja parisuhdeväkivaltaan liittyviä ongelmia. Myös asunnottomaksi jääminen avioeron tai parisuhteen päättymisen vuoksi liittyi naisilla usein parisuhdeväkivaltaan.

"Edellisestä asunnosta jouduin pois exän vuoksi. Se kävi asunnossa hajoittamassa paikkoja." (N18)

"Ei siinä tienny yhtää heittääkö se parvekkeelta alas, ei siinä ollu sitte parempi kuin häipyä." (N34)

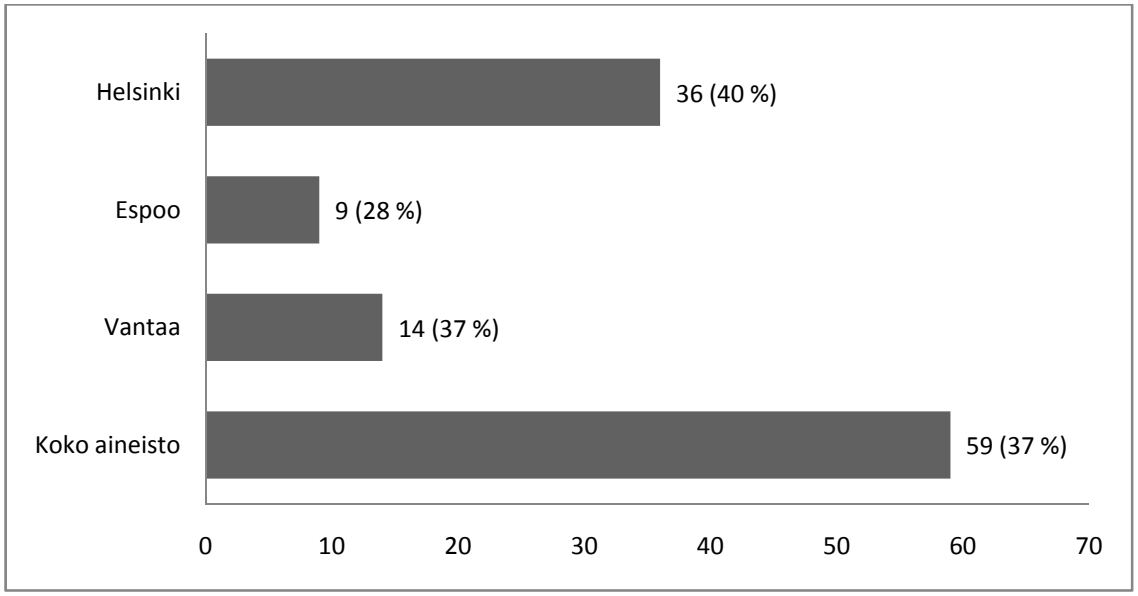
Miehet olivat kuitenkin jääneet asunnottomiksi avioeron tai parisuhteen päättymisen vuoksi keskimäärin lähes puolta useammin kuin naiset. Miehillä asuminen päättyi useimmiten joko avio- tai avoeroon. Parisuhteen päätyessä nainen jää siis useimmiten yhteiseen asuntoon asumaan ja asunnottomaksi joutuu mies. Miehillä myös maksamattomien vuokrien vuoksi asunnottomaksi jääminen oli yleisempää kuin naisilla, joka kertoo yksin asuvien miesten usein päihteiden käyttöön liittyvistä arjen hallinnan vaikeuksista.

Asumiseen liittyvän häiritsevän elämän tai maksamattomien vuokrien vuoksi asunnottomaksi jääneitä oli aineistossamme eniten 40 - 59 -vuotiaiden keskuudessa. Heistä asunnottomaksi oli jäänyt häiritsevän elämän ja maksamattomien vuokrien vuoksi 54 henkilöä eli hieman yli kolmasosa kaikista vastaanottoyksiköiden asiakkaista.

2.5 Asumiseen liittyvät toistuvat vaikeudet

Asunnottomuuteen liittyy usein sekä asunnottomuuden että asumiseen liittyvien häiriöiden ja maksamattomien vuokrien toistuminen. Vastaanottoyksiköiden asunnottomista toistuvasti asunnottomana oli ollut yli kolmasosa (37 %).

Kuva 8. Toistuvasti asunnottomana olleet (N=158)



Voidaan kuitenkin olettaa, että toistuvasti asunnottomana olleita on todellisuudessa enemmän, sillä pelkästään vastaanottoyksiköissä haastattelemistamme 36 asiakkaasta 17 henkilöä oli ollut aikaisemmin asunnottomana. Toistuvasti asunnottomana olleista 10 arveli olleensa asunnottomana vain kerran. Seitsemän ei osannut sanoa, kuinka monta kertaa he ovat olleet asunnottomana.

"Pikkuhiljaa sitä joutuu ulos, oon saanut häädön Kalliosta, Siltamäestä ja ...kadulta... eihän näitä asunnottomuuspätkiä muista." (M8)

Eniten toistuvasti asunnottomana olleita henkilöitä oli Helsingin vastaanottoyksiköiden asiakkaissa. Heistä noin 40 prosenttia oli ollut aikaisemmin asunnottomana. Vantaan Koisorannan palvelukeskuksen asiakkaiden asunnottomuus oli toistunut suhteellisesti lähes

yhtä suurena, mitä selittää ainakin osittain päihdepalvelujen tukiasunnoista päihteiden käytön vuoksi toistamiseen asunnottomaksi jääneiden määrä.

"Asuin mä sellasessa tukiasunnossakin, mutta sitä asumista ei kyllä kestänyt kauaa ennenku mä jouduin sieltä ulos juomisen vuoksi." (M30)

Toistuvasti asunnottomina olleista 46 oli miehiä, mikä on lähes 40 prosenttia kaikista pääkaupunkiseudun vastaanottoyksiköiden asunnottomista miehistä. Naisilla asunnottomuus toistui melkein yhtä yleisesti kuin miehilläkin. Aineistomme naisista lähes kolmasosa (13 henkilöä) oli ollut toistuvasti asunnottomana.

Lähes kaikki (50 henkilöä) toistuvasti asunnottomana olleista olivat yli 40-vuotiaita. Alle 40 -vuotiaita asunnottomana olleita oli vain yhdeksän vastaanottoyksikön asunnottomista, ja heistä kaksi oli alle 30-vuotiaita. Asunnottomuuden toistuvuus näyttää siis korreloivan iän kanssa.

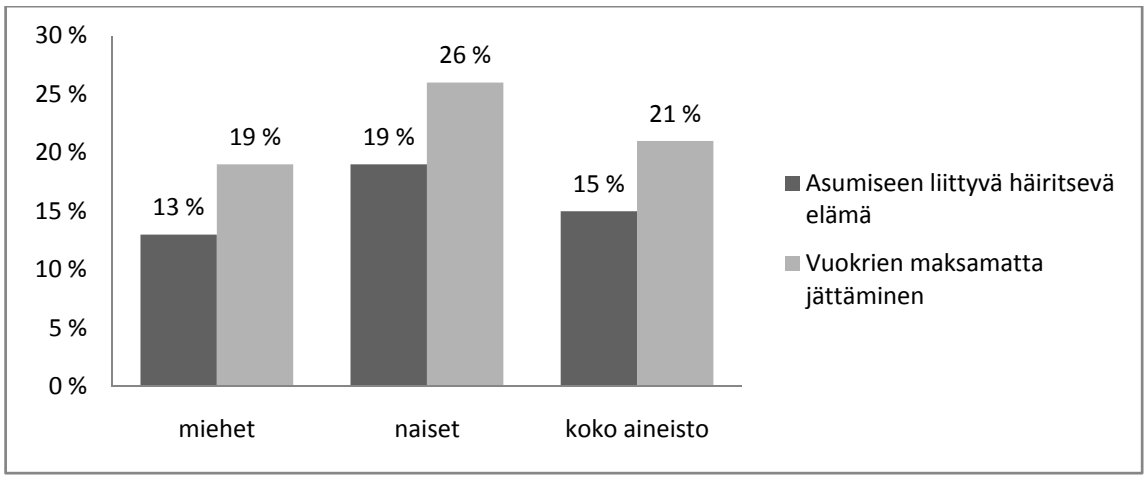
Asunnottomuuden lisäksi asumiseen liittyvä häiritsevä elämä ja vuokrien maksamatta jättäminen eli asunnottomuuden taustalla olevat suurimmat syyt näyttivät toistuvan. 59 toistuvasti asunnottomana olleista henkilöistä 23 henkilöllä oli maininta aikaisempaan asumiseen liittyvistä häiriöistä. Vuokran maksamatta jättämisestä maininta oli 33 henkilöllä eli viidenneksellä vastaanottoyksiköiden asunnottomista. Toistuvaan asunnottomuuteen liittyi siten useammin vuokrien maksamatta jättäminen kuin asumiseen liittyvät häiriöt, päinvastoin kuin asunnottomaksi jäämisen syihin viimeisestä asuinpaikasta, jossa asumiseen liittyvä häiritsevä elämä oli tavallisempi syy kuin maksamattomat vuokrat. Tätä selittää oletettavasti se, että maksamattomat vuokrat ovat useimmiten selkeämpi virallinen syy vuokrasuhteen päättämiselle (ks. myös edellä luku 2.4). Maksamattomat vuokrat ovat myös helpommin jälkikäteen korvattavissa kuin asumiseen liittyvät häiriöt. Tämän vuoksi niistä kertominen voidaan kokea häiriömerkinnöistä mainitsemisen sijaan asumishaastattelun, tilannearvion tai palvelusuunnitelman laatimisen yhteydessä mielekkäämmäksi.

Vastaanottoyksiköissä haastattelemistamme 17:stä toistuvasti asunnottomana olleesta henkilöstä viidellä oli ollut aikaisempaan asumiseen liittyviä häiriöitä, joista kaikki olivat johtaneet asunnon menettämiseen. Aikaisempia vuokravelkoja haastatelluista oli seitsemällä. Heistä neljä oli menettänyt asuntonsa vuokravelkojen vuoksi. Haastatteluissa häiriöiden ja vuokravelkojen syntymiseen liittyviä olosuhteita ja toistuvuutta kuvattiin useimmiten avoimesti ja monella tavalla. Monilla tilanteisiin liittyi päihteiden käyttö.

”Sen jälkeen asuin toisessa kaupungin asunnossa yhdessä naisystävän kanssa. Se veti rojua ja siellä oli aika paljon sitä ramppausta… asuminen tossa toisessakin asunnossa päättyi häiriöihin.” (M12)

”Mulla on ollut rästejä sellasina huolimattomuusjuttuina.” (M8)

Kuva 9. Häiriöiden ja vuokravelkojen toistuminen prosentteina



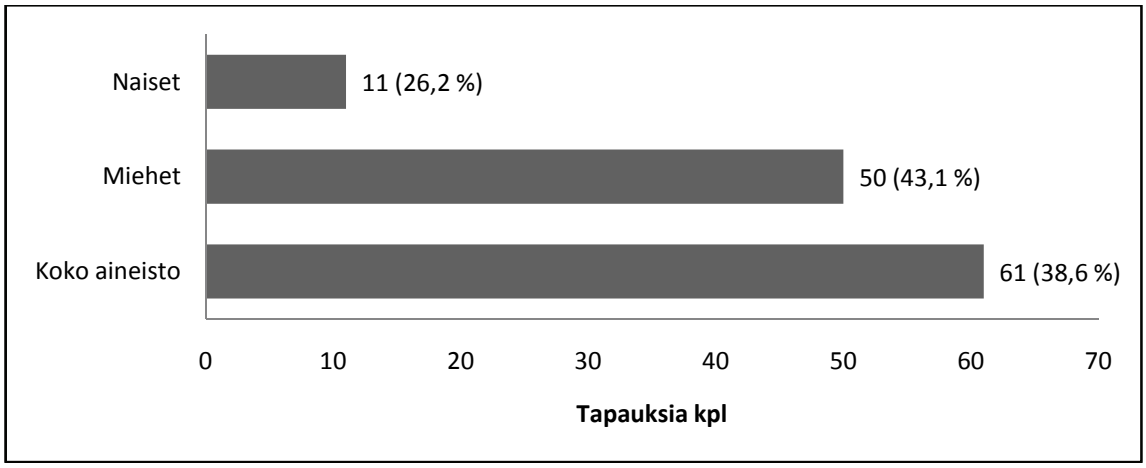
Häiriöiden ja vuokrarästien toistuvuus esiintyi lähes yhtä usein miehillä ja naisilla, mutta naisilla niiden osuus oli hieman suurempi. Naisten suurempaa osuutta molempien tulosten suhteen selittää oletettavasti aineistomme pienuuteen liittyvä satunnaisvaihtelu ja myös se, että naisten osalta asumishistoriaan liittyvien puuttuvien tietojen osuus oli aineistossamme pienempi kuin miesten osalta. Aineistossa puuttuvien tietojen osuus oli 30 miehen kohdalla ja vain seitsemän naisen kohdalla tiedot puuttuivat. Eniten mainintoja sekä häiriöistä että vuokran maksamatta jättämisistä oli yli 40-vuotiailla.

Toistuvat asumiseen liittyvät häiriöt ja vuokrarästit vaikeuttavat entisestään asunnon saamista. Asumiseen liittyvien vaikeuksien toistuminen saattaa sulkea pois myös viimesijaisena vaihtoehtona olevat sosiaalitoimen asunnot, sillä ilman erityisperusteita asuntojonossa menevät pääkaupunkiseudun asunnottomien joukosta edelle ne asunnottomat, joille ”toista mahdollisuutta” ei asumisen suhteen ole vielä annettu. Tällöin ainoaksi vaihtoehdoksi jää useimmiten asuntola tai viimesijainen vastaanottoyksikkö. Vaihtoehtona voi myös olla pitkällinen päihdekuntoutus tai sairaalahoito, jota kautta henkilölle saattaa aueta uusi mahdollisuus asunnon saamiseen. Häiriöiden ja maksuvaikeuksien vuoksi edellä mainitutkaan eivät aina ole vaihtoehto.

2.6 Uloskirjoitukset, porttikiellot ja asiakasmaksurästit

Häiritsevä elämä ja maksuvaikeudet johtavat asunnottomuuden lisäksi myös muiden majoituspalveluiden, päihdehuollon laitos- ja asumispalveluiden ja sairaaloiden ulkopuolelle jäämiseen.

Kuva 10. Uloskirjoitettujen asiakkaiden määrä aineistossa viimeisen kolmen vuoden aikana



Muista majoituspalveluista, päihdehuollon laitos- ja asumispalveluista ja sairaaloista uloskirjoitetuksi joutuneita oli aineistossa 61 henkilöä eli lähes 40 prosenttia kaikista vastaanottoyksiköiden asiakkaista. Uloskirjaamiset saattavat johtaa esimerkiksi asuntoloissa myös porttikieltoihin. Porttikiellot ovat usein määräaikaisia. Mainintoja uloskirjoitusten seurauksena saaduista porttikielloista oli 13 asiakkaalla. Oletamme kuitenkin, että erityisesti Helsingissä asuntoloista ja sairaaloista uloskirjoitetuksi tulleiden ja porttikietoja saaneiden määrä on todellisuudessa suurempi, sillä käytössämme ei ollut Helsingin kaupungin asunnottomien sosiaalipalveluiden majoitustietojärjestelmää, jonne helsinkiläisiä asunnottomia koskevat tiedossa olevat uloskirjoitukset ja porttikiellot pääasiallisesti kirjataan. Oletusta uloskirjausten ja porttikieltojen tosiasiallisesta suuremmasta määrästä tukee myös se, että haastatteluissamme kahden henkilön kohdalla tuli esiin useita uloskirjaamisia ja porttikieltoja muihin asuntoloihin, joista ei ollut mainintaa rekisteriaineistossa.

Asuntoloista, päihdehuollon laitos- tai asumispalveluista tai sairaalasta uloskirjoitusten syinä olivat useimmiten päihteiden käyttö, väkivaltaisuus tai uhkaava käytös. Kaikista uloskirjoitetuista yli neljäsosalla (17 henkilöllä) syyksi oli mainittu väkivalta tai uhkaava käytös (ks. myös luku 3.4). Päihteidenkäytön vuoksi uloskirjoitetuksi oli joutunut vajaa puolet eli 27 henkilöä. Heistä valtaosa oli uloskirjattu päihdehuollon kuntouttavista laitos-

/asumispalveluista. Sairaalasta päihteiden käytön vuoksi uloskirjoitettuja oli heidän joukossaan kaksi. Kaikista uloskirjoitetuksi tulleista hieman yli kolmasosa (22 henkilöä) oli uloskirjattu useammin kuin kerran. Uloskirjoituksia heillä oli useimmiten sekä asuntoloista, päihdehuollon laitos- tai asumispalveluista ja sairaaloista. Uloskirjoitukset toistuivat siis samoilla henkilöillä, joilla uloskirjaamisia tapahtui lähes kaikilla palvelutahoilla.

Miehillä uloskirjoituksia oli enemmän kuin naisilla. Miehistä lähes joka toinen ja naisista joka neljäs oli joutunut uloskirjoitetuksi viimeisen kolmen vuoden aikana. Eniten mainintoja uloskirjoituksista oli 30–39 -vuotiailla (63 %).

Porttikieltoja saaneista 11 oli miehiä ja kaksi oli naisia. Porttikiellot johtuivat useimmiten päihtyneenä tapahtuneesta uhkaavasta ja väkivaltaisesta käytöksestä asuntolan tai asumispalveluyksikön henkilökuntaa kohtaan tai omaisuuden hajottamisesta yksiköissä. Selkeä maininta väkivallasta tai uhkaavasta käytöksestä aiheutuneesta porttikiellosta oli vastaanottoyksiköiden asiakkaista seitsemällä henkilöllä. Myös päihteidenkäyttö asuntolassa tai asumisyksikössä tai asumisen edellytyksenä olevat puhtaat huumeseulatulokset olivat saattaneet johtaa väliaikaiseen porttikieltoon.

Haastattelemistamme henkilöistä kolme arveli omaavansa porttikiellon toiseen asuntolaan tai asumispalveluyksikköön. Neljä haastatteluun osallistunutta ei osannut sanoa, onko heillä voimassa olevia porttikieltoja muihin asuntoloihin tai asumispalveluyksiköihin vai olivatko heidän porttikieltonsa vanhentuneet.

”Kato mulla on henkselit päällä ... (asuntola)... häiriöiden vuoksi.” (M11)

”Ei kai mulla tällä hetkellä ole porttikieltoja minnekään. … asuntolaan oli, mutta se oli viistoista vuotta sitten.” (M3)

”En osaa sanoa. Vahtimestarit ja vartijat ainakin heittävät kaikkialta ulos.” (M15)

Myös maksamattomat päihdehuollon laitos- ja asumispalveluiden asiakasmaksut saattavat aiheuttaa tilanteen, jossa päihdehoitoon ei pääse. Helsinkiläisillä mainintoja päihdehuollon laitos- ja asumispalveluihin kertyneistä asiakasmaksurästeistä oli 15 henkilöllä. Maininta asiakasmaksurästien kielteisestä vaikutuksesta päihdehoitoon pääsemisessä oli kuitenkin vain yhdellä heistä. Myöskään haastatteluissa päihdehuollon asiakasmaksuvelat eivät nousseet esiin hoitoon pääsemisen esteenä, vaan ne miellettiin veloiksi ja mahdollisiksi luottohäiriömerkintöjen aiheuttajiksi.

3 Taloudellinen tilanne ja rikosasiat

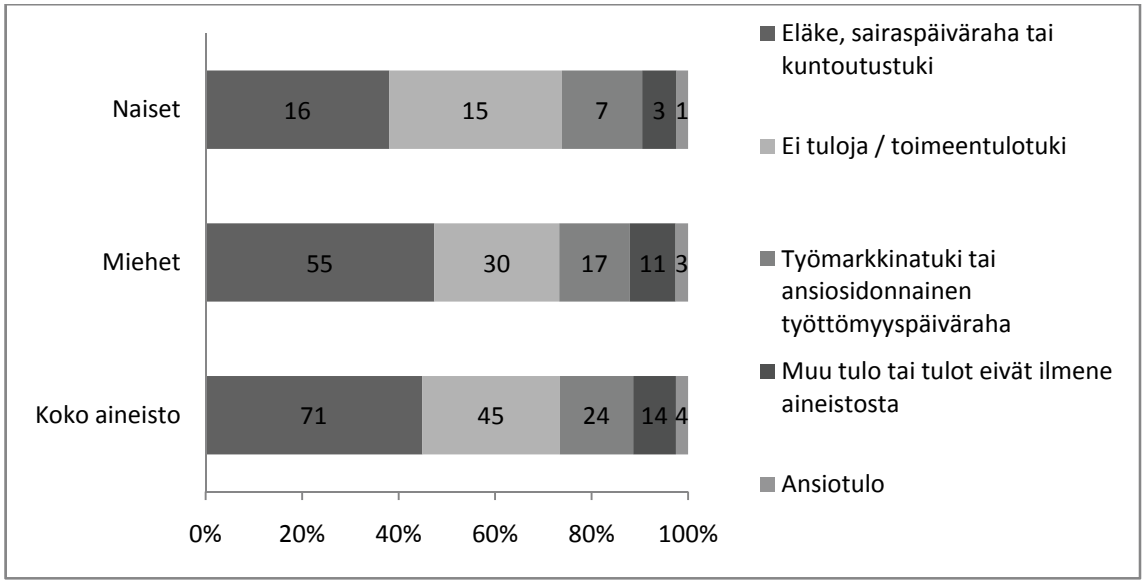
Luvussa tarkastellaan asunnottomien vastaanottoyksiköiden asiakkaiden taloudellista tilannetta toimeentulon ja taloudenhoidon, luottohäiriömerkintöjen, velkojen ja sakkojen näkökulmasta. Rikosasioita tarkastellaan luvussa asunnottomien sakko-/vankeusrangaistusten, taloudellisen hyväksikäytön, varkauksien ja väkivallan kohteeksi joutumisen näkökulmasta.

3.1 Tulot

Vastaanottoyksiköiden asiakkaiden asiakirjatiedoissa työmarkkina-asemaa koskevat kirjaukset olivat monen kohdalla epäselviä, jonka vuoksi tässä luvussa on tarkasteltu pääasiassa tuloja. Vastaanottoyksiköiden asunnottomien asemaa työmarkkinoilla kuvaa parhaiten se, että työikäisistä työkyvyttömyyseläkkeellä oli vähintään kolmasosa, vain neljällä oli ansiotuloja viimeisen 12 kuukauden ajalta ja vain viisi eli ansiosidonnaisella työttömyyspäivärahalla.

Pääasiallisen toimeentulon tarkastelussa olemme luokitelleet toimeentulon viiteen luokkaan: 1) työmarkkinatuki ja ansiosidonnainen työttömyyspäiväraha, 2) sairauspäiväraha, kuntoutustuki tai eläke, 3) ei tuloja/toimeentulotuki, 4) ansiotulo ja 5) muut tulot tai tulot eivät ilmene aineistosta. Muina tuloina vastaanottoyksiköiden asiakkailla oli lesken eläke ja maahanmuuttajien kotoutumistuki. Tosiasiallinen puuttuvien tietojen määrä viimeisen 12 kuukauden toimeentulon suhteen oli siis koko aineistossa 12 henkilön kohdalla (7,6 %). Puuttuvien tietojen osuutta selittää joko se, ettei asiakkailla ole eläketulojen tai muiden tulojen vuoksi toimeentulotukiasiakkuutta sosiaalitoimessa (Helsinki) tai se, että asiakkaat olivat yöpyneet vastaanottoyksikössä niin lyhyen aikaa, ettei heidän tilannettaan ollut ehditty kartoittaa.

Kuva 11. Pääasiallinen toimeentulo viimeisten 12 kuukauden aikana (N=158)



Lähes puolella asunnottomista (71 henkilöllä) tulona oli eläke, sairauspäiväraha tai kuntoutustuki. Heistä lähes kaikilla (68 henkilöllä) pääasiallisena tulona oli eläke. Kaikista vastaanottoyksiköiden asiakkaista siis yli kolmasosa (43 %) on työkyvyttömyys- tai vanhuuseläkkeellä olevia. Eläketurvakeskuksen tietojen mukaan vuonna 2007 koko maassa omaa eläkettä eli vanhuus-, työkyvyttömyys-, työttömyys-, maatalouden erityis- tai osa-aikaeläkettä sai kaikista 16 vuotta täyttäneistä Suomessa asuvista 1 331 000 henkilöä eli 29 prosenttia koko väestöstä[21]. Verrattuna koko väestöön omaa eläkettä saavien osuus on siis vastaanottoyksiköiden asiakkaiden keskuudessa 1,5-kertainen. Ainoastaan kolmella oli pääasiallisena tulona sairauspäiväraha tai kuntoutustuki, mikä liittyy todennäköisesti siihen, että vain harvalla vastaanottoyksikön asiakkaalla on toimiva hoitosuhde avohoidon lääkärille, joka pystyisi ottamaan kantaa heidän tämänhetkiseen työkykyynsä (ks. luku 4.3).

Toiseksi suurin ryhmä oli (perus)toimeentulotukea[22] saavat tulottomat, joita oli lähes kolmasosa (29 %). Vuoden 2008 toimeentulotukilastojen mukaan 342 429 henkilöä eli noin

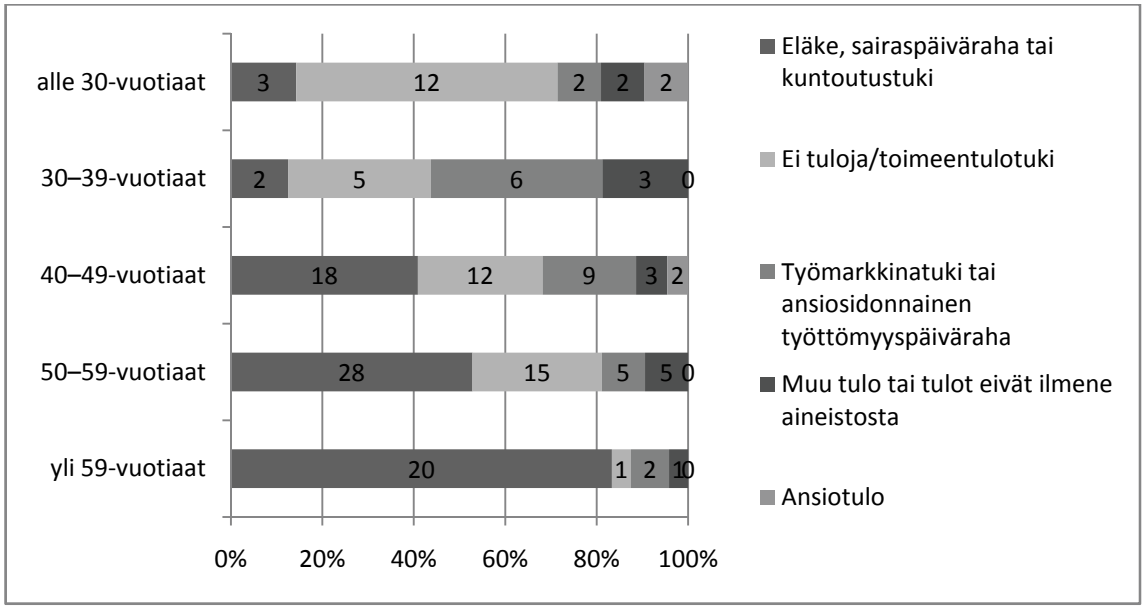
[21] Eläketurvakeskus: Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2007, 10–11, 28. <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=41194&Item=63446> 15.5.2009.

[22] Varsinainen toimeentulotuki on jaettu vuodesta 2006 lukien perustoimeentulotukeen ja täydentävään toimeentulotukeen. Tarkastelussa viitataan perustoimeentulotuen saajiin. Perustoimeentulotuessa toimeentulotuen perusosa ”on toimeentulotukilain 7 a §:ssä määritelty laskelmallinen olettama eri henkilöryhmien vähimmäiskulutustasoa vastaavien, jokapäiväisten menojen suuruudesta. Tuen saajalta ei edellytetä erillistä selvitystä perusosan käytöstä.”
(Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Toimeentulotukitilaston käsitteet ja määritelmät. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Sosiaalipalvelut/Toimeentulotuki/käsitteet.htm> 12.5.2009.)

7 prosenttia koko väestöstä sai (perus)toimeentulotukea.[23] Koko väestöön verrattuna (perus)toimeentulotukea saavien osuus oli siis vastaanottoyksiköiden asiakaskunnan keskuudessa 4,4-kertainen. Työmarkkinatuella tai ansiosidonnaisella työttömyyspäivärahalla eläviä oli 24. Heistä valtaosalla (19 henkilöllä) tulona oli työmarkkinatuki ja vain viidellä tulona oli ansiosidonnainen työttömyyspäiväraha.

Eläkkeellä, sairauspäivärahalla tai kuntoutustuella olevia miehiä oli 55 ja naisia oli 16. Heistä työkyvyttömyys- tai vanhuuseläkkeellä olevia miehiä oli 53 ja naisia oli 15. Lähes puolet vastaanottoyksiköiden asunnottomista miehistä oli siis työkyvyttömyys- tai vanhuuseläkkeellä ja naisista hieman yli kolmasosa. Toimeentulotukea saavia miehiä oli 30, joka on lähes neljännes kaikista miehistä. Toimeentulotukea saavia naisia oli suhteellisesti huomattavasti enemmän kuin miehiä: naisista toimeentulotukea sai 15 eli lähes kolmasosa kaikista naisasiakkaista. Työmarkkinatukea saavia naisia ja miehiä oli suhteellisesti lähes saman verran.

Kuva 12. Pääasiallinen tulo viimeisten 12 kuukauden aikana ikäluokittain (N=158)



Alle 60-vuotiaita eläkkeen saajia, eli todennäköisellä työkyvyttömyyseläkkeellä olevia, oli aineistossamme 48. Siten vähintään 30 prosenttia kaikista vastaanottoyksiköiden asiakkaista

[23] Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Toimeentulotuen vuositilasto 2007; Toimeentulotukea saaneet kotitaloudet ja henkilöt sekä varsinaisen toimeentulotuen keskimääräinen suuruus maakunnittain, kunnittain ja lääneittäin 2007.
<http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/liitetaulukot/Tt37_08liitetaulukot.pdf> 12.5.2009

oli todennäköisellä työkyvyttömyyseläkkeellä[24]. Heistä yli puolet (28 henkilöä) oli 50–59-vuotiaita. Eläketurvakeskuksen mukaan vuonna 2007 työkyvyttömyyseläkkeen saajia oli 16–64-vuotiaasta väestöstä 261 000 henkilöä eli 7,5 prosenttia[25]. Verrattuna koko 16–64-vuotiaaseen väestöön työkyvyttömyyseläkettä saavien suhteellinen osuus oli siis vastaanottoyksiköiden 18–59-vuotiaiden asiakkaiden keskuudessa nelinkertainen. Helsingin sosiaaliviraston eläkeselvitysyksikön kautta eläkkeelle oli siirtynyt 19 helsinkiläistä asunnotonta. Sosiaaliviraston eläkeselvitysyksikkö on tarkoitettu pitkäaikaistyöttömille ja/tai toimeentulotuen pitkäaikaisasiakkaille, jotka ovat työvoima- tai sosiaaliviranomaisen arvion mukaan työkyvyttömiä, eikä heidän työkykynsä ole kuntoutuksen keinoin enää palautettavissa.[26]

Toimeentulotuella eläviä oli suhteellisesti eniten alle 30-vuotiaiden keskuudessa. Heistä 13 henkilön tulona oli toimeentulotuki. Tämä on noin kolmasosa kaikista aineistomme toimeentulotuella elävistä asiakkaista. Työmarkkinatuen tai ansiosidonnaisen työttömyysturvan saajien joukossa enemmistö oli 30–39-vuotiaita.

3.2 Toimeentulo ja talouden hoito

Haastatteluissa kysyimme vastaanottoyksiköiden asiakkailta heidän toimeentulostaan ja kuka heidän raha-asioistaan huolehtii. Haastatelluista 36 asunnottomasta 27 kertoi huolehtivansa raha-asioistaan itse. Tuloina heillä oli useimmiten työmarkkinatuki, toimeentulotuen perusosa, työkyvyttömyys- tai vanhuuseläkkeen perusosa eli noin 400–600 euroa kuukaudessa[27]. Arkeaan he kuvasivat usein rahojen riittämättömyyden näkökulmasta. Syynä sille, että rahat eivät riittäneet, pidettiin usein itse asunnottomuutta. Tämä ”asunnottomuuden hinta” piti sisällään esimerkiksi sen, ettei vastaanottoyksikössä ole mahdollisuutta itse valmistaa ruokaa, jonka vuoksi rahat kuluivat olosuhteiden pakosta kalliisiin einesaterioihin ja ravintola-annoksiin. Monet joutuivat myös maksamaan

---

[24] Koska varmaa tietoa eläkkeiden lajista ei aineistosta ole saatavissa, oletamme tässä, että kaikki vähintään 59-vuotiaat eläkkeensaajat ovat työkyvyttömyyseläkkeensaajia. Mikäli tarkasteluun otettaisiin mukaan kaikki 60–64-vuotiaat työkyvyttömyyseläkkeellä olevien työikäisten osuus olisi todennäköisesti entistä suurempi.

[25] Eläketurvakeskus: Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2007. <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=41194&Item=63446> 15.5.2009.

[26] Helsingin kaupunki. Sosiaalivirasto. Työhönkuntoutus/Eläkeselvitys. <http://www.hel.fi/wps/portal/Sosiaalivirasto/Artikkeli?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/Sosv/fi/Palvelut+A-_/Ty_h_nkuntoutus/p_elakeselvitys> 16.6.2009

[27] Kansaneläkkeen perusosa on yksinäisellä henkilöllä 584,13 €/kk/brutto. Toimeentulotuen perusosa on 417,45 €/kk (http://www.kunnat.net), Työmarkkinatuki on noin 551 €/kk. Työmarkkinatuki on veronalaista tuloa, josta peritään 20 %:n ennakonpidätys tai sosiaalietuuden verotusta varten annetun muutosverokortin mukainen ennakonpidätys <http://www.kela.fi>18.05.2009.

väliaikaisesta tuttavilla yöpymisestä joko tuomisina tai rahana, eikä näihin tosiasiallisiin, mutta ”epävirallisiin” asumiskustannuksiin ole mahdollisuutta saada toimeentulotukena maksettavaa avustusta.

(Perus)toimeentulotukea saavien lisäksi valtaosalla työmarkkinatuella, työkyvyttömyys- tai pienillä eläketuloilla elävistä oli toimeentulotuen asiakkuus. Toimeentulotuen tarve syntyy useimmiten terveydenhoitomenoista tai asuntoloiden asumiskustannuksista. Haastatelluista monet kokivat riippuvuutensa sosiaalitoimen tuesta epämiellyttäväksi ja nöyryyttäväksi. Erityisesti kirjalliseen toimeentulotuen hakemiseen liittyvät käytännöt koettiin vaikeiksi. Hakemusten täyttämiseen toivottiin apua ja hakemusten vastineeksi saadut toimeentulotukipäätökset olivat monen mielestä vaikeaselkoisia.

”En ymmärrä sosiaalitoimen päätöksiä esimerkiksi mitä pitää itse maksaa ja miksi. Eikä rahoilla tule toimeen.” (N16)

”Onhan se vähän ihmeellistä, että tässä yhteiskunnassa kaikista huonoimmassa asemassa olevilla tuntuu olevan kaikista vaikeinta toimeentulon saaminen, jos vertaa tilannetta vaikka siihen minkälaiset resurssit heillä siihen on. Hakemuksiin pitää liittää kaikenlaisia liitteitä ja niin edespäin. Ja sitten paperit katoaa ja asioita tehdään vaikeeksi fattassa. Byrokratia pyörittää ihmisiä laitoksesta laitokseen." (N20)

Myös asunnon hankkimiseen liittyvä sosiaalitoimen asiakkaaksi leimautuminen ja vanhojen vuokravelkojen lyhentämiseen liittyvät vaikeudet suhteessa nykyiseen tulotilanteeseen nousivat esiin haastatteluissa.

”Toivoisin tähän vuokravakuusasiaan jotain toista käytäntöä, että tää sosiaalitoimen asiakkaana oleminen ei näkyisi vuokranantajalle. Vuokranantajat ei halua ottaa asumaan maksusitoumuksella.” (N18)

”Vanhaa vuokrarästiä on vaikea maksaa pois työmarkkinatuesta. Nyt oon menossa kuntouttavaan työtoimintaan ja yritän saada lyhennettyä sitä rästiä sen työrahan verran 8 euroa per päivä.” (M28)

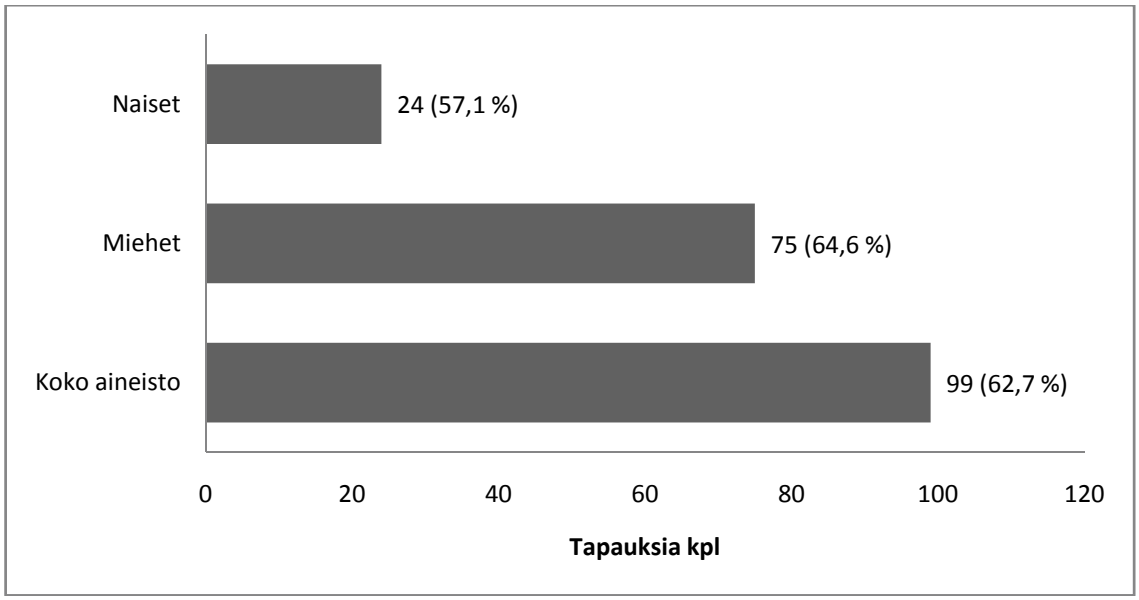
Moni näki kuitenkin oman alkoholinkäyttönsä vaikuttavan nykyiseen taloudelliseen ja sosiaaliseen tilanteeseensa ratkaisevasti.

”Joudun rahan kanssa liriin, jos en pysyttele viinasta erossa.” (M25)

”Alkon pälähtäessä päälle vuokrat tuppaa unohtumaan. Ei niistä sitten oikein välitä.” (N17)

Vaikeudet huolehtia omasta taloudesta ja pienet käytössä olleet tulot olivat monen kohdalla johtaneet laskujen maksamatta jättämiseen ja luottohäiriömerkinnän saamiseen[28]. Kaikista tutkimuksemme henkilöistä lähes kahdella kolmasosalla oli rekisteritiedoissa maininta luottohäiriömerkinnästä. Miehillä mainintoja luottohäiriömerkinnästä oli hieman useammin kuin naisilla.

Kuva 13. Luottohäiriömerkinnät (N=158)



Haastatelluista useimmilla ulosottoon oli mennyt julkisen terveydenhuollon laskuja. Moni arveli myös päihdehuollon laitos- ja asumispalveluiden maksamattomien asiakasmaksujen menneen ulosottoon (ks. myös luku 2.6). Niillä miehillä, joilla oli lapsia, ulosotossa oli useimmiten myös lasten elatusmaksuja.

"Mulla on ulosotossa jotain 15 vuotta vanhoja laskuja terveydenhoidosta, hammaslääkärilaskuja ja niin edespäin, jotain pikkusummia joita en oo maksanut." (M36)

"Sairaalalaskuja ja asiakasmaksuja mulla siellä on."(M2)

"Elatusavut ja joustoluotto mulla on ulosotossa." (M19)

[28] Maksuhäiriöistä rekisteröidään merkintä luottotietoihin vasta kun laskun maksamatta jättäminen on todettu joko tuomioistuimen päätöksellä tai ulosottoviranomaisen toimesta. Siten pelkästään laskun maksamatta jättämisestä ei tule luottohäiriömerkintää vaan luottohäiriömerkinnän saamiseksi laskujen pitää mennä ulosottoon saakka. (Oikeusrekisterikeskus, Ulosotto <http://www.oikeus.fi/4312.htm>)

Haastatelluista erityisesti nuoremmilla luottohäiriömerkintä oli tullut pikavippien, puhelinlaskujen ja julkisen liikenteen tarkastusmaksujen maksamatta jättämisen vuoksi. Naisilla ulosottoon saakka oli mennyt myös postimyyntitilauksista aiheutuneita laskuja.

"Mulla on ollut pienestä saakka ulosottoja... no muun muassa puhelinlaskuja ja sitten liputta matkustamisesta tulleita laskuja." (N13)

"Siellä on vanhoja Yves Rocherin, Elloksen ja Anttilan laskuja ja sairaalalaskuja." (N32)

Osalla haastatelluista ulosottoon saakka oli edellä mainittujen laskujen lisäksi mennyt lyhentämättömiä kulutus- ja joustoluottoja, osamaksusopimuksilla tehtyjä hankintoja, maksamattomia verovelkoja, pankkilaina, auton vakuutusmaksuja ja vuokravelkoja. Joillekin luottohäiriömerkinnän oli aiheuttaneet omat vanhemmat, jotka olivat hankkineet puhelinliittymän tai tehneet postimyyntitilauksen lapsensa nimissä.

Luottohäiriömerkinnällä on hankalat ja pitkäkestoiset seuraukset, sillä merkinnän myötä mahdollisuudet asunnon saamiseen yksityiseltä vuokranantajalta huonontuvat eikä henkilöllä ole mahdollisuutta saada pankkilainaa tai luottokorttia. Lisäksi luottohäiriömerkintä vaikuttaa myös moniin muihin arkeen ja yhteiskuntaan integroitumista helpottaviin tekijöihin, kuten kotivakuutuksen, pikapankkitunnusten sekä puhelin- ja Internet-liittymän saamiseen. Ulosotossa korkoa kasvaneet velat eivät myöskään motivoi ihmisiä etenkään pienempipalkkaisiin töihin, jos työstä ansaittu nettopalkka on palkkatuloon kohdistuvan velkojen ulosmittauksen jälkeen samansuuruinen kuin yhteiskunnalliset etuudet. Mikäli summat ovat lisäksi kasvaneet niin suureksi, että niistä on työnteon ja palkkaan kohdistuvien ulosmittausten myötä mahdotonta selviytyä useankaan vuoden lyhennysten jälkeen motivaatio työntekoon laskee entisestään. Maksuhäiriöt ja niistä aiheutuva luottohäiriömerkinnän saaminen on siis voimakas yhteiskunnasta syrjäytymistä ylläpitävä tekijä. Tämä näkyi myös haastattelemiemme asunnottomien keskuudessa, joista osalla yhteiskunnasta eriytyminen oli edennyt niin pitkälle, ettei ulosottoon menneillä veloilla tai luottohäiriömerkinnällä tuntunut olevan heille enää merkitystä.

"Varmaan ainakin vuokravelat kaupungille. Posti menee minne sattuu... on kai mulla sellanen poste restante. En mä tiedä onko mun velat vanhentuneet." (N17)

Luottohäiriömerkinnöistä ja veloista kysyttäessä kävi ilmi, ettei osa vastaanottoyksiköiden useimmiten pitkäaikaisasunnottomista asiakkaista tiennyt osoitettaan ja sitä, minne heidän postinsa ohjautuu. Osa vastaanottoyksiköiden asiakkaista on siis niin ulosottomiehen kuin

myös kaiken muun postiliikenteen tavoittamattomissa. Osoitetietojen puutteellisuus näkyi myös rekisteriaineistossa, jonka mukaan asunnottomista vain hieman yli oli kolmanneksella virallinen, joko poste restante -osoite tai jokin muu osoite. Hieman yli kolmasosalla vastaanottoyksiköiden asunnottomista osoitteena oli jokin toinen asuntola tai päihdehuollon laitos eli heidän osoitetietonsa olivat vanhentuneet ja noin joka kymmenennellä asunnottomalla henkilöllä kirjauksena oli joko VVA (vailla vakinaista asuntoa) tai ei mitään kirjausta. Henkilöistä, joilla asiakastietojärjestelmästä ei löytynyt mitään kirjausta osoitetietojen kohdalta enemmistö oli helsinkiläisiä.[29]

Vastaanottoyksiköiden asiakkaiden kykyä huolehtia taloudellisesta tilanteestaan kuvaa myös se, ettei haastattelemistamme henkilöistä kaksi osannut sanoa, kuka heidän raha-asioistaan huolehtii.

Mikäli henkilön kyky huolehtia taloudellisesta tilanteestaan laskee huomattavasti, voidaan hänelle hakea perustelluista syistä joko sosiaalitoimen välitystili tai holhoustoimen edunvalvoja. Välitystili tarkoittaa järjestelyä, jossa asiakkaiden etuudet voidaan hakea sosiaalitoimelle asiakkaan menoihin ja elantoon käytettäväksi. Tämä edellyttää yleensä sitä, että asiakas on toistuvasti hakenut toimeentulotukea, vaikka hänen tulojensa pitäisi riittää hänen elämiskustannuksiinsa.[30] Edunvalvojaa, eli henkilöä joka huolehtii asianomaisen henkilön asioista, voidaan hakea esimerkiksi tilanteissa, joissa vaikea sairaus tai korkea ikä ovat heikentäneet asianomaisen henkilön henkisiä kykyjä niin, ettei hän enää itse kykene valvomaan etujaan tai hoitamaan asioitaan. Edunvalvojan määrää käräjäoikeus tai holhousviranomainen. Edunvalvojana voi olla lähiomainen tai virallinen edunvalvoja.[31] Kaikista 122:sta helsinkiläisestä ja espoolaisesta vastaanottoyksiköiden asunnottomasta 11:llä oli sosiaalitoimen välitystili. Vantaan osalta tietoja asiakkaiden välitystileistä ei aineistosta ilmennyt. Virallinen edunvalvoja oli mainittu rekisteritiedoissa 13 asiakkaan kohdalla. Toisin sanoen ainakin 24 aineistomme asunnottomista (15 %) oli arvioitu kykenemättömiksi huolehtimaan taloudestaan itse.

---

[29] Kysymyksessä oleva osoitetieto voi olla joko sosiaalitoimen yksikössä kirjattu osoitetieto tai väestörekisterijärjestelmään kirjattu tieto. Sosiaalitoimen asiakastietojärjestelmään kirjattuja tietoja on ainakin Helsingissä ja Vantaalla mahdollista muuttaa, jolloin väestörekisteritietojärjestelmään kirjattu tieto korvautuu sosiaalitoimessa kirjatulla tiedolla.

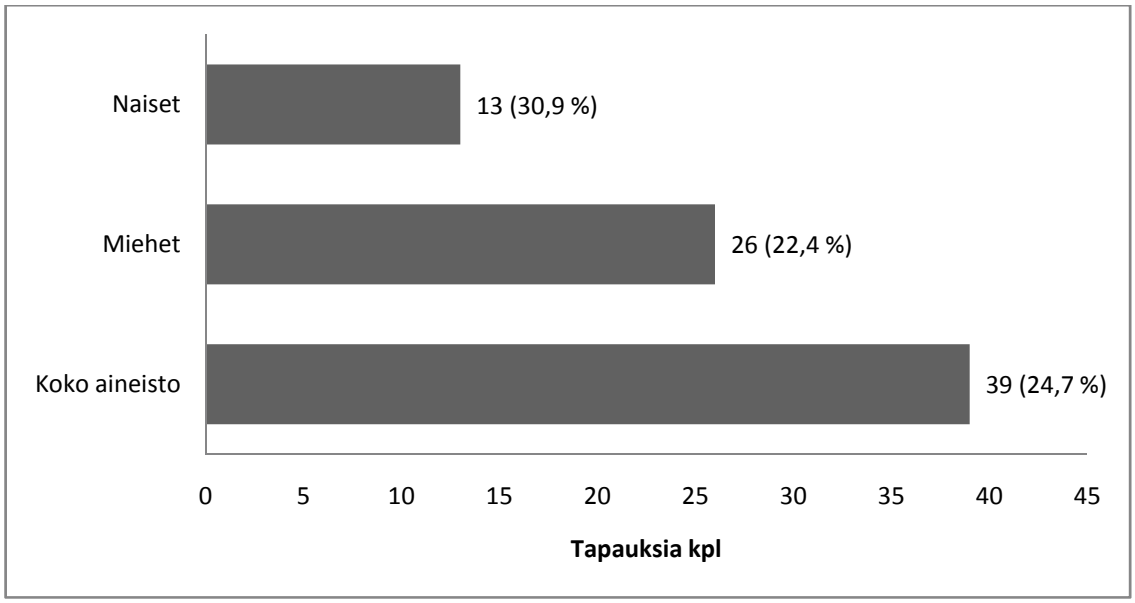
[30] Kuntatiedon keskus, kunnat.net, <http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;63;375;23761;23776;3797> 18.5.2009.

[31] Oikeusministeriö: Holhoustoimen edunvalvontapalvelut. http://www.om.fi/Etusivu/Julkaisut/Esitteet/Holhoustoimenpalvelut 18.5.2009.

3.3 Varkauksien ja taloudellisen hyväksikäytön kohteeksi joutuminen

Myös varkauden kohteeksi joutuminen on vastaanottoyksiköiden asiakkaiden keskuudessa yleistä. Kaikista vastaanottoyksiköiden asunnottomista varkauden kohteeksi oli joutunut asiakastietoihin kirjattujen mainintojen mukaan noin neljäsosa, 39 henkilöä. Heistä kolmen henkilön kohdalla tieto kävi ilmi haastatteluissa.[32]

Kuva 14. Varkauden kohteeksi joutuminen (N=158)



Varkauden kohteeksi joutuneista 26 oli miehiä ja 13 oli naisia. Naisista varkauden kohteeksi joutui suhteellisesti useampi kuin miehistä. Syynä tähän voi olla aineiston kokoon liittyvä satunnaisvaihtelu tai asunnottomien naisten alisteinen asema asunnottomien keskuudessa. Asunnottomat naiset ovat fyysisesti heikompia ja heillä esiintyy enemmän mielenterveysongelmia (ks. luku 7.3) kuin asunnottomilla miehillä, jonka vuoksi he saattavat joutua miehiä helpommin rikosten uhriksi.

Varkauden kohteeksi joutuminen oli yleisintä yli 50-vuotiaiden keskuudessa. Yli 50-vuotiaista vastaanottoyksiköiden asiakkaista lähes neljännes oli joutunut varkauden kohteeksi. Heistä valtaosa oli Helsingin Herttoniemen asuntolan miehiä, jotka olivat useimmiten joutuneet varkauden kohteeksi asuntolassa yöaikaan.

[32] Oletamme, että varkauden kohteeksi on joutunut useampi asiakas, kuin mitä rekisteritiedoista ilmenee, sillä useimmat varkaudet eivät tule sosiaaliviranomaisten tietoon, jollei varkauden kohteeksi joutunut ole hakenut toimeentulotukea varkauden kohteeksi joutumisen vuoksi. Tällaisessa tilanteessa henkilön tulee useimmiten esittää hakemuksensa perusteeksi poliisiviranomaisella tehty rikosilmoitus. Rikosilmoituksen tekemiseen ja toimeentulotuen hakemiseen liittyvän vaivalloisuuden vuoksi voidaan olettaa, ettei tieto kaikista varkauden kohteeksi joutuneista käy ilmi sosiaalitoimen rekisteritiedoissa.

”Täällä ei pysty nukkumaan, pitää nukkua toinen silmä auki ja toinen kiinni.” (M5)

”Herttoniemessä ei kestä edes kengät jalassa, kaikki viedään: lompakko, pankkikortti, puhelin, passi, kaikki viety. Eikä tavaroille ole minkäänlaista säilytyspaikkaa.” (M7)

”Täällä varastetaan kauheasti, pitäisi olla tallelokerot.” (M12)

Tallelokeroiden puuttuessa miehet olivat opetelleet piilottamaan rahansa ja lääkkeensä hyvin, hakemaan turvaa luotettavan kaverin vierestä tai hakeutumaan nukkumaan paikkoihin, joita valvontakamerat parhaiten kuvasivat. Vastaanottoyksiköiden henkilökunnan ja omien havaintojemme mukaan erityisesti fyysisesti heikompikuntoiset ja pääasiallisesti alkoholia käyttävät, vanhemmat miehet pelkäävät vastaanottoyksiköissä majailevia nuorempia asiakkaita, joista monet ovat sekakäyttäjiä (ks luku 7.1.2) ja joille esimerkiksi monet vanhemmille miehille sairauden hoitoon määrätyt lääkkeet ovat joko itselle mielekkäitä tai mieleistä kauppatavaraa.

Taloudellisen hyväksikäytön muotoja ilmeni aineistossamme myös muilla tavoin. Esimerkiksi haastattelemistamme henkilöistä yhdellä oli ”heittäjä”.

”Mun kortti on "heittäjällä", ollu viimeisen vuoden. Kuussa mulle jää itselleni 40 euroa käyttöön, jolla saan ostettua tupakkaa... Pystyn mä pistämään sen poikki itse. Mut velkaa mä jään silti vaikka se ottaa joka kuukaus melkein koko eläkkeen 600 euroa. Se tuo mulle viiniä Tallinnasta 4—6 pulloa päivittäin... Joka toinen päivä nähdään. Tänään mä sain vain kolme pulloa.” (M11)

Heittäjällä mies viittaa ihmiseen, joka pitää hänen pankkiautomaattikorttiaan hallussaan, nostaa hänen tililtään kuukausittaisen eläkkeen ja toimittaa hänelle eläketuloja vastaan alkoholia. Kuukauden eläkkeet eivät kuitenkaan riitä, vaan osa alkoholista toimitetaan hänelle ”velaksi”. Toisen haastattelemamme miehen mukaan pankkikorttien hallussapito alkoholia vastaan on vastaanottoyksiköiden miesasiakkaiden keskuudessa yleistä. Miehellä itsellään oli entuudestaan virallinen edunvalvoja, joka suojasi häntä joutumasta vastaavaan tilanteeseen.

”Ne tietää, että mua on ihan turha tulla tänne putsaamaan, ku mulla on se järjestely (edunvalvoja).” (M12)

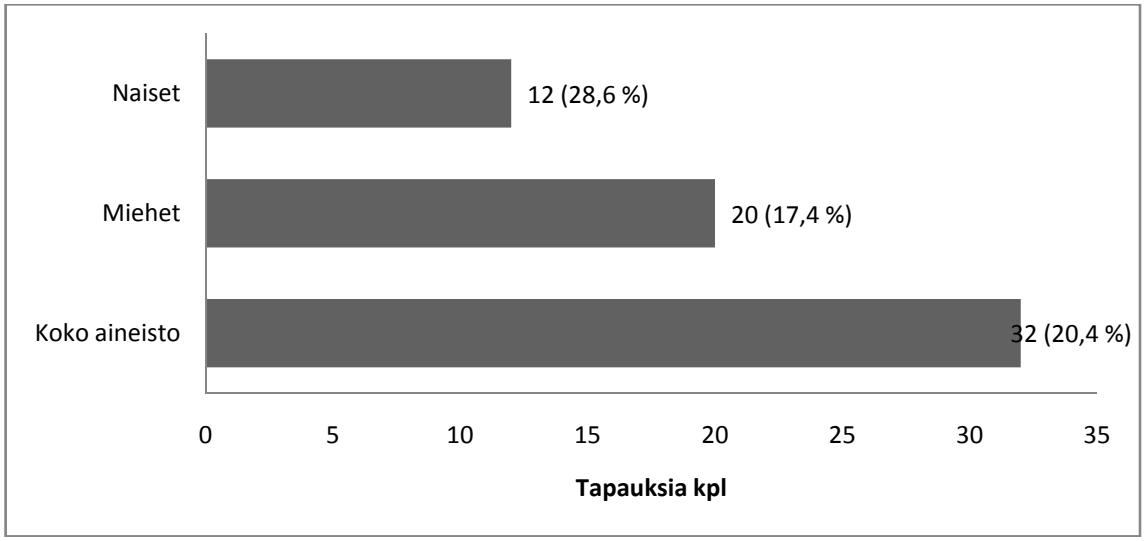
Asiakkaiden viinavelkatilanne on useimmiten vastaanottoyksiköiden työntekijöiden tiedossa. Viinavelkakierteessä olevan henkilön asumisvaihtoehtojen näkökulmasta tämä tarkoittaa käytännössä myös sitä, että mitkään maksulliset asumispalvelut eivät ole heille

todellinen vaihtoehto. Viranomaisen on kuitenkin vaikea puuttua tämän kaltaisiin tilanteisiin esimerkiksi välitystilijärjestelyn avulla, koska asiakkaat pelkäävät velkakierteestä irrottautumiseen liittyvää, uhattua fyysistä väkivaltaa.

3.4 Väkivallan kohteeksi joutuminen ja aggressiivinen käyttäytyminen

Sosiaali- ja perusterveydenhuollon rekistereissä 32 asunnottoman (20 %) kohdalla oli maininta väkivallan kohteeksi joutumisesta.

Kuva 15. Väkivallan kohteeksi joutuminen (N=158)



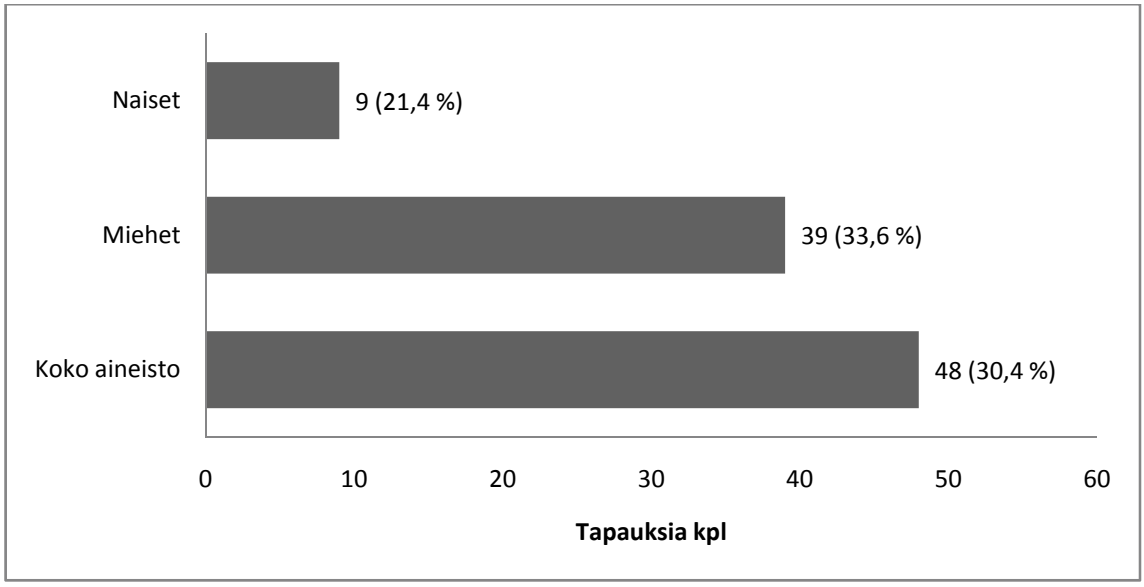
Naisista 28 prosenttia ja miehistä 17 prosenttia oli joutunut väkivallan kohteeksi. Haastatteluissa monet kuvasivat tilanteita, joissa heidät oli pahoinpidelty. Naisilla väkivallan kohteeksi joutuminen liittyi parisuhdeväkivaltaan. Miehet olivat useimmiten joutuneet väkivallan kohteeksi asuntolassa ja miesten keskinäisissä ryyppyporukoissa, eikä väkivaltatilanteisiin liittynyt ulkopuolisia.

"On mua uhattu ja lyöty pesäpallomailalla, sit on ollu sairaalareissuja…" (M22)

"Tappeluun joutuu täällä Herttoniemessä… ja kaatuilen. Mun ei tarvitse juoda paljon mitään, koska toleranssi on laskenut…" (M12)

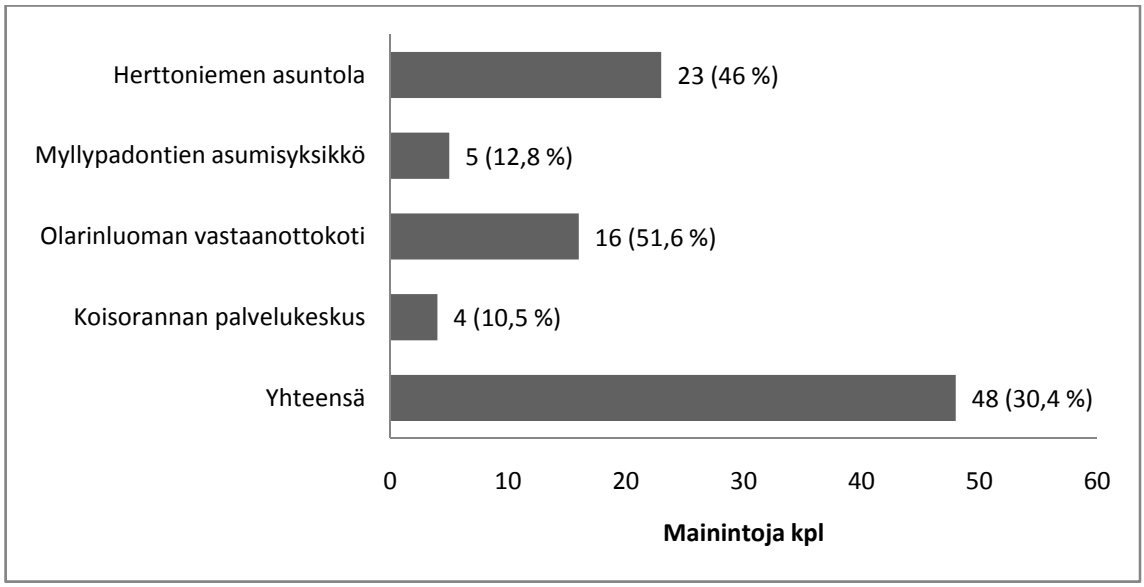
Rekisteriaineiston merkinnöistä ilmenee, että asunnottoman henkilön omaa väkivaltaista tai aggressiivista käyttäytymistä on enemmän miehillä kuin naisilla. Mainintoja väkivaltaisesta tai aggressiivisesta käyttäytymisestä oli yhteensä 48 henkilön (30 %) kohdalla, joista 34 prosenttia miesten ja 21 prosenttia naisten kohdalla.

Kuva 16. Väkivaltainen tai aggressiivinen käyttäytyminen sukupuolittain (N=158)



Naiset ovat tässä tarkastelussa joutuneet hieman useammin väkivallan kohteeksi ja käyttäytyvät harvemmin itse väkivaltaisesti. Erot ovat kuitenkin pienet. Mahdollista on, että sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät kokevat herkemmin väkivallan uhkaa mies- kuin naisasiakkaiden taholta ja myös kirjaavat niitä rekistereihin. Maininnat väkivaltaisuudesta vaihtelevat paljon vastaanottoyksiköiden asiakkaiden välillä.

Kuva 17. Väkivaltainen tai aggressiivinen käyttäytyminen vastaanottoyksiköissä (N=158)



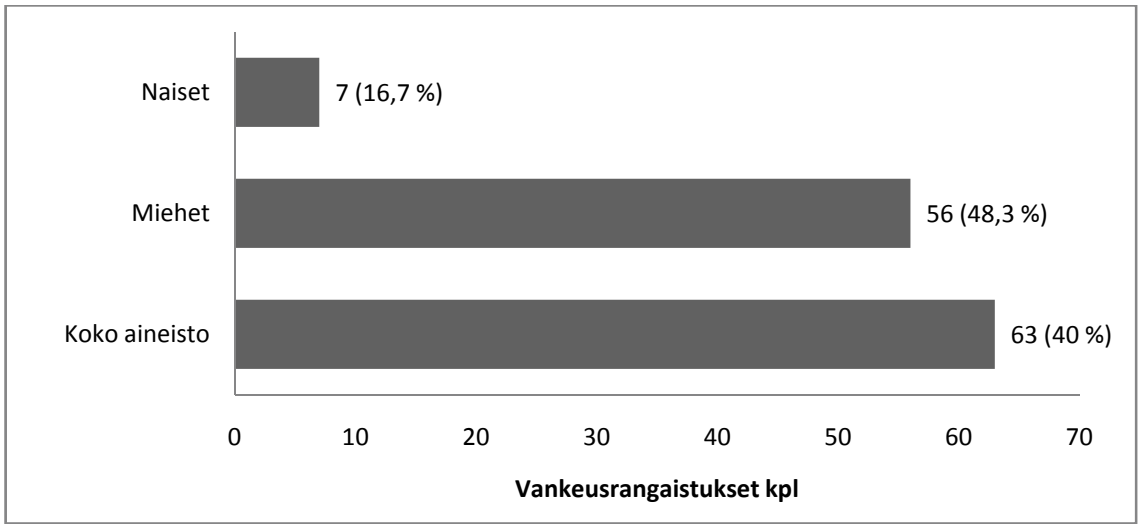
Olarinluoman vastaanottokodissa 16 henkilöllä 31 tutkitusta (52 %) on rekisteritiedoissa maininta väkivaltaisesta tai aggressiivisesta käyttäytymisestä. Samoin Herttoniemen asuntolan asiakkaiden joukossa väkivaltaisuutta esiintyy paljon; 23 asiakkaalla 50:stä (46 %) on maininta väkivaltaisuudesta. Koisorannan palvelukeskuksen asiakkaista mainintoja

väkivaltaisesta tai uhkaavasta käytöksestä oli ainoastaan neljällä 38:sta (11 %) ja Myllypadontien asumisyksikössä viidellä 39:stä (13 %). Erot ovat huomattavat ja ne saattavat osittain johtua asiakkaiden valikoitumisesta eri yksiköihin. Koisorannan palvelukeskukseen hakeutumiseen ja palvelukeskuksessa käyttäytymiseen vaikuttaa oletettavasti se, että Koisorannan palvelukeskuksessa vaara- ja uhkatilanteisiin on aina puututtu ja asiakkaita on vaaratilanteessa pyydetty poistumaan ja tulemaan takaisin selvittelemään tapahtumia selvin päin. Myllypadontien asumisyksikkö palvelee tilapäismajoituksen tarpeessa olevia pariskuntia ja ulkopaikkakunnalta tulleita akuuttimajoituksen tarpeessa olevia, joille asunnottomuus on lyhytaikainen elämäntilanne, eikä sen taustalla välttämättä ole sosiaalista problematiikkaa.

3.5 Vankeusrangaistukset

Asunnottomien sosiaalista tilannetta kuvaa myös vankeusrangaistusten määrä. Sosiaali- ja terveystoimen rekisteritiedoissa ja haastatteluissamme esiin tulleita sakko- ja/tai vankeusrangaistuksen suorittamista koskevia mainintoja oli 63 henkilön kohdalla eli noin 40 prosentilla[33]. Suurin osa näistä vankeusrangaistuksista oli sakkojen muuntorangaistuksia.[34]

Kuva 18. Vankeusrangaistukset (N=158)



[33] Lisäksi haastatteluissamme esiin nousseita, rekisteritiedoista puuttuvia mainintoja aikaisemmista vankeusrangaistuksista oli kuudella henkilöllä. Voimme siis olettaa, että vastaanottoyksiköiden asunnottomien keskuudessa suoritettujen vankeusrangaistusten todellinen määrä on korkeampi, kuin mitä rekisteriaineistostamme käy ilmi. Haastatteluissa esiin nousseet vankeusrangaistukset on yhdistetty rekisteriaineistossa olleisiin mainintoihin.

[34] Sakko voidaan muuntaa vankeusrangaistukseksi, mikäli tuomittu todetaan ulosotossa varattomaksi tai sakkoa ei muuten saada perityksi. Vuoden 2008 alusta astui kuitenkin voimaan lakimuutos, jonka mukaan rangaistusmääräysmenettelyssä annettuja eli poliisin asettamia ja syyttäjän vahvistamia sakkoja ei enää muunneta vankeudeksi. Uudistuksella on tarkoitus vähentää sakkorangaistusten määrää (ks. esim. www.oikeus.fi/oikeusrekisterikeskus).

Haastatelluista puolet (18 henkilöä) oli ollut vankilassa suorittamassa vankeusrangaistusta. Heistä noin kahdella kolmasosalla oli pääasiassa muutaman kuukauden pituisia sakonmuuntorangaistuksia, jotka johtuivat useimmiten joko päihtyneenä tai ajokortitta ajamisesta tai näpistyksistä. Heistä noin puolella vankilassa oloaikaa oli kertynyt puolesta vuodesta muutamiin vuosiin.

"Täällä mä oon ollu ja aina välillä linnassa." (M9)

Noin kolmasosalla haastatelluista oli pidempiä vankeusrangaistuksia vuosien takaa. Aineistossa eniten esiintyvät syyt vankeusrangaistuksille olivat näpistykset, pahoinpitelyt ja törkeät pahoinpitelyt, teräaseiden hallussapito, huumausainerikokset, ryöstöt, automurrot ja -varkaudet, rattijuopumukset ja niistä saadut tuomiot.

Vankeusrangaistusta suorittaneista asunnottomista vain seitsemän oli naisia. Suurimmat suhteelliset osuudet vankeusrangaistuksen suorittajista olivat 30-39-vuotiaiden keskuudessa, joista yhdeksän henkilöä eli yli puolet ikäluokasta oli ollut suorittamassa vankeusrangaistusta. Mainintoja tulevista vankeusrangaistuksista oli yhdeksällä[35]. Heistä kahdeksan oli miehiä ja yksi oli nainen.

[35] Lukuun on lisätty haastatteluissa ilmenneet kaksi tulevaa tuomiota, joista ei ollut mainintaa rekisteritiedoissa.

4 Terveyspalvelujen käyttö

Tässä luvussa tuomme esiin vastauksia kysymyksiin miksi asunnottomat hakeutuvat lääkärille ja mihin terveydenhuollon yksikköön he hakeutuvat saadakseen hoitoa. Analyysissa on käytetty kaikkien ammattiryhmien tekemiä muistiinpanoja, mutta tässä luvussa keskitymme käynteihin lääkärin vastaanotolla ja analysoimme niitä tarkemmin. Lääkärikäynneiksi laskimme kasvokkain tapahtuneet tapaamiset potilaan kanssa.[36] Käytössämme olevista rekisteriaineistoista on ollut mahdollista laskea lääkärikäynnit terveysasemilla, terveyskeskuspäivystyksissä ja Helsingin osalta myös kaupungin ylläpitämissä sairaalapäivystyksissä Marian ja Malmin sairaaloissa sekä psykiatrisessa päivystyksessä Auroran sairaalassa.[37]

Aineistomme asunnottomilla oli viimeisten kolmen vuoden aikana yhteensä 1 612 lääkärikäyntiä eri perusterveydenhuollon toimipisteessä, eli keskimäärin 3,4 käyntiä/asunnoton/vuosi. Lääkärikäynneistä hieman yli puolet (51 %) toteutui terveysasemilla, noin kolmasosa (36 %) terveyskeskuspäivystyksissä ja loput sairaalapäivystyksissä.

Taulukko 8. Lääkärikäyntien jakautuminen eri toimintojen kesken lukumäärinä ja prosentteina. *

	Lukumäärä	%-osuus	Vuosittaiset käynnit keskimäärin
Lääkärikäynnit terveysasemilla kolmen viime vuoden aikana	823	51	1,7
Lääkärikäynnit terveyskeskuspäivystyksessä kolmen viime vuoden aikana	587	36	1,2
Käynnit sairaalapäivystyksessä kolmen viime vuoden aikana *	202	13	0,8
Lääkärikäynnit yhteensä kolmen viime vuoden aikana	1612	100	3,4

* Sairaalapäivystyskäynnit ovat kaikki helsinkiläisten asunnottomien tekemiä

[36] Puheluita, kommentteja, varattuja, mutta käyntejä ja muita merkintöjä ei ole laskettu mukaan. Jos kaksi lääkäriä on tutkinut potilasta saman käynnin yhteydessä, esimerkiksi päivystyksessä, olemme laskeneet käynnin yhtenä käyntinä. Poikkeuksen muodostavat ne käynnit, jolloin asiakas on siirretty toimipaikasta toiseen, esimerkiksi terveysasemalta terveyskeskuspäivystykseen, jolloin käynnit on laskettu kahdeksi käynniksi.

[37] Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaaloissa toteutuneet erikoissairaanhoidon polikliiniset käynnit ja sairaalahoitojaksot eivät olleet käytettävissä, kuten ei myöskään yksityissektorin lääkärikäynnit. Vertailukelpoisen tiedon puuttuessa olemme jättäneet pois myös Helsingin oman erikoissairaanhoidon polikliiniset käynnit ja kaupunkien sairaaloiden hoitojaksot (Herttoniemen, Laakson, Marian, Malmin, Puolarmetsän ja Katriinan sairaalat).

4.1 Lääkärin vastaanotolle hakeutumisen syyt

Saadaksemme vastauksen kysymykseen, kuinka asunnottomat käyttävät terveyspalveluja, analysoimme lääkärikäynnit myös hakeutumissyyn mukaan. Perusterveydenhuollossa käytetään vain harvoin diagnoosikoodeja, minkä vuoksi käyntejä oli mahdotonta ryhmitellä diagnoosien mukaan. Tästä syystä olemme jaotelleet käynnit tiettyjen syyryhmien mukaan. Syyryhmät muodostimme tavallisimpien hakeutumissyiden mukaan. Lisäksi tarkastelimme tiettyjä valtaväestön tavallisia käyntisyitä, kuten esimerkiksi verenpainetaudin kontrollikäyntejä, jotka vaikuttivat olevan aliedustettuja asunnottomien joukossa.

Tavallisin syy hakeutua lääkärille olivat mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvät syyt. Mielenterveys- ja päihdeongelmien vuoksi käyntejä oli 499 käyntiä 1 612 käynnistä, eli 31 prosenttia kaikista käynneistä. Korkea luku oli odotettavissa ottaen huomioon, että 89 prosenttia aineistomme asunnottomista on joko mielenterveys- tai päihdeongelmaisia (ks. luku 7). Kaikki käynnit, jotka liittyvät päihde- ja mielenterveysongelmiin, on laskettu samaan ryhmään lukuun ottamatta yliannostuksia ja myrkytyksiä, jotka oli mahdollista laskea erikseen.[38] Yliannostukset ovat syynä niissä käynneissä, joiden taustalta löytyy joko tahallinen tai tahaton yliannostus. Useimmiten potilas on löydetty tajuttomana ja tuodaan lääkärin vastaanotolle. Toisinaan hän hakeutuu sinne itse kertoen, että on ottanut yliannostuksen itsemurhamielessä.

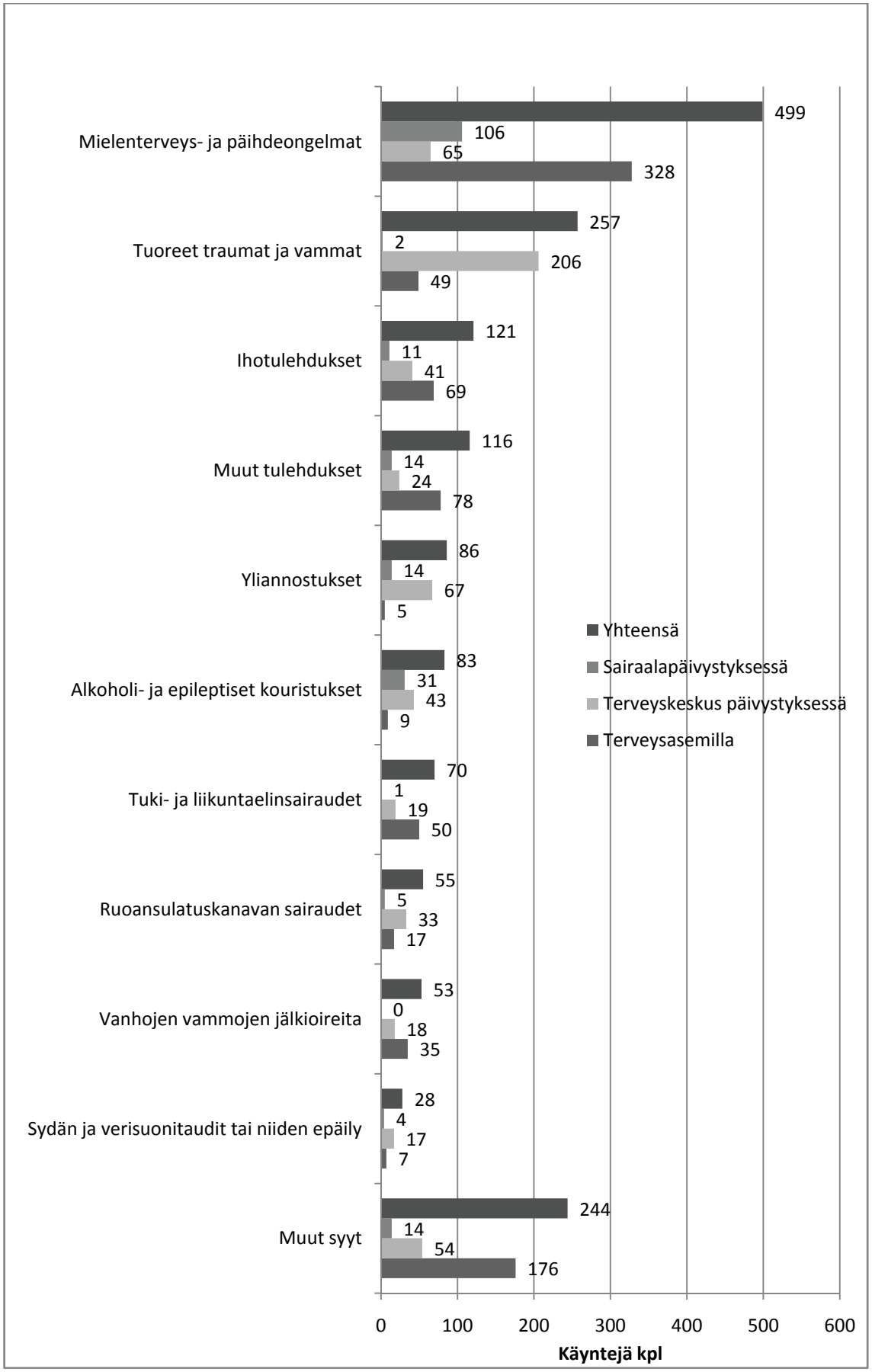
Toiseksi tavallisimmat syyt hakeutua lääkärin vastaanotolle ovat tuoreet traumat ja vammat. Tuoreiksi on laskettu alle viikon ikäiset traumat ja vammat.[39] Ryhmään tuoreet traumat ja vammat kuuluvat haavat ja murtumat, aivotärähdykset, venähdykset ja pahoinpitelyt. Näitä käyntejä oli yhteensä 257 eli 16 prosenttia kaikista käynneistä. Käyntejä vanhojen traumojen jälkioireiden vuoksi oli 53. Yhteensä käyntejä vammojen vuoksi oli 310 eli 19 prosenttia kaikista käynneistä.

---

[38] Lääkärikäyntien ryhmittelyssä hakeutumissyyn mukaan yritimme ensin laskea mielenterveysongelmien ja päihdeongelmien vuoksi aiheutuneet käynnit erikseen, mutta tämä osoittautui nopeasti lähes mahdottomaksi, koska päihdeongelma esiintyy vain harvoin ilman mielenterveysongelmien oireita. Tarjoutuva syy lääkärille hakeutumiseen on usein mielenterveysongelma, esimerkiksi ahdistuneisuus ja masennus, mutta taustalta löytyy päihderiippuvuus ja sen aiheuttamat vieroitusoireet. Vastaavalla tavalla yritimme ensin jakaa käynnit kahteen ryhmään, joista ensimmäisessä oli sellaiset mielenterveys- ja päihdeongelman vuoksi tehdyt käynnit kuten vieroitusoireet ja masennukset, ja toisessa ryhmässä oli sekavuustilat ja psykoosit. Tämäkin jako osoittautui mahdottomaksi, koska kroonisesti psykoosisairauksia sairastavat hakeutuvat lääkärille usein muiden mielenterveysongelmien vuoksi, ja toisaalta koska päihdevieroitusoireena voi olla harhaisuus, jota ei kuitenkaan aina nähdä pääsyynä lääkäriin hakeutumiselle.

[39] Yli viikon vanhojen traumojen vuoksi tehdyt käynnit on samaan laskettu ryhmään kuin vanhojen traumojen jälkioireet.

Kuva 19. Lääkärissäkäyntien syyt viimeisten kolmen vuoden aikana



Kolmanneksi yleisimmät syyt hakeutua lääkärille ovat ihotulehdukset. Laskimme ihotulehduksiksi infektiot, joihin liittyy mikrobi-infektio eli sekä bakteerien- että loisinfektioiden aiheuttamat tulehdukset. Ihoinfektiot johtuvat usein puutteellisesta hygieniasta ja päihteiden käytöstä. Sen sijaan kosketus- ja allergisia ihottumia, psoriasista ja muita ihosairauksia, joihin ei liity mikrobi-infektiota, ei ole sisälletty ryhmään ihotulehdukset, vaan ne on laskettu käyntiryhmään muut syyt.

Aineistoomme kuuluvilla asunnottomilla oli viime vuoden aikana 116 lääkärikäyntiä (7 % käynneistä) muiden tulehdusten vuoksi. Tähän ryhmään kuuluvat kaikki infektioiden aiheuttamat käynnit paitsi ihotulehdukset. Syyryhmässä muut tulehdukset tavallisin hakeutumissyy on ylähengitystieinfektiot, eli keuhkoputkentulehdukset, poskiontelotulehdukset ja nielurisatulehdukset. Muut tulehdukset -syyryhmä sisältää käyntejä myös silmän sidekalvotulehduksien, vatsatautien (gastroenteriittien), virtsatieinfektioiden, emätintulehduksien, divertikuliittien, bakteerien aiheuttamien nivelinfektioiden ja epäselväksi jääneiden infektioiden vuoksi. Haimatulehdukset eivät kuulu tähän ryhmään, vaan ne on sisälletty ryhmään ruoansulatuskanavan sairaudet, sillä ne ovat vain harvoin mikrobien aiheuttamia. Keuhkokuumeet sisältyvät myös ryhmään muut tulehdukset. Ehkä hieman yllättäen keuhkokuume oli ainoastaan 13 käynnin syynä. Toisaalta voidaan olettaa, että keuhkokuumeen esiintyvyys asunnottomien joukossa on todellisuudessa suurempi, mutta keuhkokuume jää eri syistä toteamatta tai johtaa niin vakavaan sairaustilaan, että potilas joutuu suoraan erikoissairaanhoitoon.

Sekä vammat että ihotulehdukset liittyvät usein päihteiden käyttöön, ja myös useilla muilla analyysin syyryhmillä on tavallisena taustasyynä päihteiden käyttö. Esimerkiksi lääkärikäynnit alkoholi- ja epileptisten kouristuksen vuoksi liittyvät lähes poikkeuksetta alkoholin käyttöön. Aineistomme asunnottomista 24 (15 %) oli hakeutunut lääkärille viimeisten kolmen vuoden aikana alkoholi- ja epileptisten kouristusten vuoksi. Nämä 24 asunnotonta tekivät yhteensä 83 lääkärikäyntiä kouristuksien vuoksi viimeisen kolmen vuoden aikana. Käynneistä yli puolet oli kuitenkin kahden saman asunnottoman tekemiä, joilla molemmilla oli alkoholiriippuvuuden lisäksi myös epilepsia-diagnoosi.

Kuten käynnit, jotka tehtiin kouristuskohtausten vuoksi, myös valtaosa ruoansulatuskanavan sairauksien vuoksi tehdyistä käynneistä on alkoholiriippuvuuden seurauksena syntyneiden sairauksien johdosta tehtyjä käyntejä. Tähän ryhmään kuuluvat käynnit maksan vajaatoiminnan vuoksi, haimatulehdukset ja gastriitit sekä verioksentelut.

Monet lääkärikäynnit eivät sopineet mihinkään tekemäämme syyryhmään. Yhteensä 226 (14 %) lääkärikäyntiä kaikista käynneistä päätyi ryhmään muut syyt. Ryhmään muut syyt kuuluvat epäselvät kiputilat, lausuntoihin liittyvät käynnit, ihottumat, epäselvät yleistilan laskut, tajunnanmenetykset, hypotermiat ja nestetasapainon häiriöt, gynekologiset ja urologiset vaivat, turvotukset ja laskimotukosepäilyt, päänsäryt ja huimaukset, reseptien uusinnat, korva-, silmä- ja keuhko-oireet, syöpäkontrollit, kilpirauhasen kontrollikäynnit ja sokeritasapainon häiriöt. Ryhmään muut syyt on luokiteltu myös käynnit, jossa on monta samanarvoista syytä ja täysin epäselväksi jäävät syyt sekä asunnottomien lääkärikäynnit päivystyksessä ja terveysasemalla yösijan puutteen vuoksi.

Ryhmä muut syyt sisältää myös tavallisia terveysasemalla käynnin syitä, kuten verenpaine ja diabeteksen suunniteltuja seurantakäyntejä. Näitä käyntejä on asunnottomilla varsin vähän. Yhteensä aineistomme asunnottomat tekivät kolmen vuoden aikana vain 14 verenpainetaudin ja diabeteksen suunniteltuja seurantakäyntiä (0,9 % kaikista lääkärikäynneistä). Tämän voi olettaa johtuvan siitä, että vaikeasti päihde- ja mielenterveysongelmaisilla on usein vaikeuksia aktiivisesti huolehtia terveydestään ja asioida sovitusti terveysasemilla, jolloin pitkäaikaisten sairauksien hoito ja seuranta jää toteutumatta.

Tavallisimmat syyt hakeutua lääkärille ovat siis päihde- ja mielenterveysongelmiin, vammoihin, infektioihin ja päihteiden aiheuttamiin sairauksiin, kuten kouristuksiin, yliannostuksiin ja ruoansulatuskanavan sairauksiin liittyvät syyt.

4.2 Asunnottomien käyttämät lääkäripalvelut

Viimeisten kolmen vuoden aikana aineistomme asunnottomilla oli keskimäärin 10,4 lääkärikäyntiä perusterveydenhuollossa. Espoossa käyntejä oli keskimäärin eniten eli 12,5 asunnotonta kohden, kun taas Helsingissä ja Vantaalla käyntejä oli keskimäärin noin 9,6.

Taulukko 9. Lääkärikäyntien määrät terveysasemilla sekä terveyskeskus- ja sairaalapäivystyksissä.

		Kunta			
Toimipiste		Yhteensä	Helsinki	Espoo	Vantaa
Lääkärikäynnit kolmen vuoden aikana	Keskiarvo	10,2	9,7	12,5	9,6
	Lukumäärä	1612	860	386	366
	Maksimi	55	55	55	47
Lääkärikäynnit vuoden aikana	Keskiarvo	4,1	4,0	4,1	4,4
	Lukumäärä	649	356	127	166
	Maksimi	29	29	18	27
Lääkärikäynnit terveysasemilla kolmen vuoden aikana	Keskiarvo	5,2	4,3	8	5,0
	Lukumäärä	823	386	248	189
	Maksimi	50	40	50	43
Lääkärikäynnit terveysasemilla vuoden aikana	Keskiarvo	2	1,6	2,7	2,5
	Lukumäärä	319	139	84	96
	Maksimi	27	18	15	27
Lääkärikäynnit terveyskeskuspäivystyksessä kolmen vuoden aikana	Keskiarvo	3,7	3,1	4,5	4,7
	Lukumäärä	587	272	138	177
	Maksimi	38	21	35	38
Lääkärikäynnit terveyskeskuspäivystyksessä vuoden aikana	Keskiarvo	1,4	1,3	1,4	1,8
	Lukumäärä	227	114	43	70
	Maksimi	17	12	10	17
Lääkärikäynnit sairaalapäivystyksessä kolmen vuoden aikana	Keskiarvo		2,3	0	0
	Lukumäärä	202	202	0	0
	Maksimi	22	22	0	0
Lääkärikäynnit sairaalapäivystyksessä vuoden aikana	Keskiarvo		1,2	0	0
	Lukumäärä	103	103	0	0
	Maksimi		9	0	0

Espoolaisilla on helsinkiläisiä ja vantaalaisia enemmän terveysasemakäyntejä. Espoolaisilla asunnottomilla on lääkärikäyntejä terveysasemilla viimeisten kolmen vuoden aikana keskimäärin 8,0 verrattuna helsinkiläisten 4,3:een ja vantaalaisten 5,0:een käyntiin. Espoolaisten asunnottomien lääkärikäyntien määrää nostaa heidän korkeampi keski-ikänsä ja mahdollisesti myös Olarinluoman vastaanottokodin ohjaava työote. Käynnit terveyskeskuspäivystyksissä vaihtelevat melko vähän kuntien välillä, keskimäärin niitä oli 1,4 viime vuoden aikana asunnotonta kohden. Helsinkiläisillä asunnottomilla oli keskimäärin 1,2 lääkärikäyntiä sairaalapäivystyksessä viime vuoden aikana.

Jos vertaamme asunnottomien terveyspalvelujen käyttöä valtaväestöön, huomaamme, että ero on huomattava. Vuonna 2007 Helsingin terveysasemilla toteutui yhteensä 458 453 lääkärikäyntiä. Samana vuonna Helsingin väestöluku oli 568 531, mikä tarkoittaa 0,8 käyntiä

asukasta kohden[40]. Asunnottomat helsinkiläiset kävivät lääkärin vastaanotolla terveysasemalla viime vuoden aikana keskimäärin 1,6 kertaa eli kaksi kertaa muuta väestöä enemmän. Vuonna 2007 terveyskeskuspäivystyskäyntejä oli Helsingissä 119 676, eli keskimäärin 0,2 käyntiä asukasta kohden.[41] Terveyskeskuspäivystyksissä asunnottomilla helsinkiläisillä oli keskimäärin 1,3 lääkärikäyntiä viime vuoden aikana. Tämä tarkoittaa yli kuusi kertaa enemmän terveyskeskuspäivystyskäyntejä valtaväestöön verrattuna.

Sairaalapäivystysten käyntimäärissä ero valtaväestöön on suurin. Helsingin kaupungin vuositilastoista 2007 löytyy Malmin sairaalapäivystyksen 16 288 ja Auroran psykiatrisen päivystyksen 8 355 käyntiä, mutta Marian sairaalapäivystys puuttuu tilastoista. Vuoden 2008 ennakkotilastoista nähdään, että käyntimäärät Marian ja Malmin sairaalapäivystyksissä ovat suurin piirtein yhtä suuret (16 624 Mariassa ja 16 618 Malmin sairaalassa)[42], joten voimme olettaa, että käyntejä tehtiin myös vuonna 2007 suurin piirtein yhtä paljon Mariassa ja Malmin sairaalassa. Sairaalapäivystyksessä tehtiin vuonna 2007 siis noin 41 000 käyntiä eli keskimäärin 0,07 käyntiä asukasta kohden. Asunnottomilla helsinkiläisillä sen sijaan oli viime vuoden aikana keskimäärin 1,2 lääkärikäyntiä sairaalapäivystyksessä. Tämä tarkoittaa yli 16 kertaa enemmän käyntejä sairaalapäivystyksessä valtaväestöön verrattuna. Asunnottomien päivystys- ja varsinkin erikoissairaanhoidon päivystyksen käyttö on siis suhteessa erittäin suuri, sen sijaan terveysasemien käyttö päiväsaikaan on vain kaksinkertainen valtaväestöön verrattuna. Eri toimipisteiden käyttöä analysoidaan tarkemmin luvuissa 4.3–4.5.

---

[40] Terveyskeskuksen vuositilastot 2007.

[41] Helsingin terveyskeskuksen päivystyskäyntien tilastossa ei ole eroteltu lääkärikäyntejä muiden ammattiryhmien käynneistä, mutta oletamme, että vain murto-osa käynneistä oli muun ammattiryhmän luo tehtyjä käyntejä.

[42] Terveyskeskuksen vuositilastot 2008 (ennakkotiedot), 2007 tilastoja ei voitu käyttää vertailuna sairaalapäivystyksen käytössä koska niistä puuttuvat tilastot Marian sairaalan osalta. Käyntimäärät ovat kuitenkin vaihdelleet hyvin vähän vuosien varrella, joten vuoden 2008 ennakkotietoja voidaan hyvin käyttää vertailuna.

Taulukko 10. Lääkärikäyntien määrät hakeutumissyyn mukaan kunnittain.

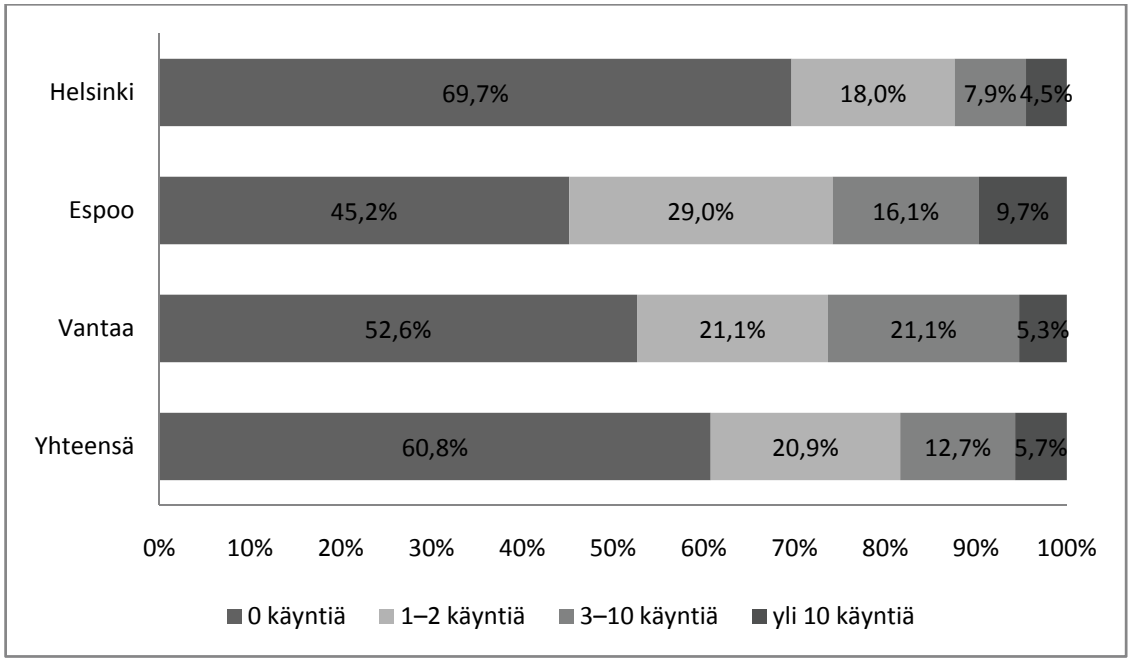
	Kunta		Helsinki	Espoo	Vantaa
Mielenterveys- ja päihdeongelmat	Keskiarvo	3,1	2,6	4,2	3,7
	Lukumäärä	499	231	129	139
	Maksimi	48	25	48	38
Tuoreet traumat ja vammat	Keskiarvo	1,6	1,7	1,8	1,2
	Lukumäärä	257	155	57	45
	Maksimi	15	15	14	6
Ihotulehdukset	Keskiarvo	0,8	1,0	0,7	0,4
	Lukumäärä	121	85	20	16
	Maksimi	10	10	7	6
Muut tulehdukset	Keskiarvo	0,7	0,8	0,7	0,6
	Lukumäärä	116	71	22	23
	Maksimi	10	10	2	7
Yliannostukset	Keskiarvo	0,5	0,2	0,9	1,1
	Lukumäärä	86	19	27	40
	Maksimi	23	3	15	23
Alkoholi- ja epileptiset kouristukset	Keskiarvo	0,5	0,4	1,3	0,3
	Lukumäärä	83	33	39	11
	Maksimi	25	18	25	2
Tuki- ja liikuntaelin-sairaudet	Keskiarvo	0,4	0,5	0,3	0,6
	Lukumäärä	70	40	8	22
	Maksimi	6	5	2	6
Ruoansulatuskanavan sairaudet	Keskiarvo	0,4	0,4	0,3	0,3
	Lukumäärä	55	34	8	13
	Maksimi	8	8	4	6
Vanhojen vammojen jälkioireet	Keskiarvo	0,3	0,3	0,6	0,2
	Lukumäärä	53	29	17	7
	Maksimi	11	11	4	3
Sydän- ja verisuonitaudit tai sen epäily	Keskiarvo	0,2	0,2	0,1	0,2
	Lukumäärä	28	17	4	7
	Maksimi	5	5	2	2
Muut syyt	Keskiarvo	1,5	1,6	1,8	1,1
	Lukumäärä	244	146	55	43
	Maksimi	16	16	6	9
Kaikki käynnit yhteensä	Keskiarvo	10,2	9,7	12,5	9,6
	Lukumäärä	1612	860	386	366
	Maksimi	55	55	55	47

Jos käyntejä tarkastellaan kunnittain, nähdään että espoolaisilla on käyntejä helsinkiläisiä ja vantaalaisia enemmän. Espoolaisilla asunnottomilla oli keskimäärin 12,5 lääkärikäyntiä viimeisten kolmen vuoden aikana, kun taas vantaalaisilla oli 9,6 ja helsinkiläisillä 9,7. Espoolaisilla on enemmän lääkärikäyntejä varsinkin mielenterveys- ja päihdeongelmien sekä

kouristuksien vuoksi. Espoon keskiarvoa nostaa kuitenkin yksittäisten henkilöiden suuret käyntimäärät.

Mielenterveys- ja päihdeongelmien vuoksi tehdyt käynnit ovat suurin ryhmä, näitä tehtiin Espoossa keskimäärin 4,2 lääkärikäyntiä, Vantaalla 3,7 ja Helsingissä 2,6. Valtaosa (328/499 käynneistä) mielenterveys- ja päihdeongelmista johtuvista käynneistä tehdään terveysasemille.

Kuva 20. Asunnottomien lääkärikäynnit terveysasemilla mielenterveys- ja päihdeongelmien vuoksi kolmen vuoden aikana (N=158)



Helsinkiläisistä asunnottomista 70 prosentilla ei ole yhtään lääkärikäyntiä terveysasemilla mielenterveys- ja päihdeongelmien vuoksi viimeisen kolmen vuoden aikana. Samalla aikajaksolla tarkasteltuna näitä ei ollut 45 prosentilla espoolaisista ja 53 prosentilla vantaalaisista asunnottomista. Toisin sanoen helsinkiläisistä asunnottomista vain 30 prosenttia on asioinut mielenterveys- ja päihdeongelmien vuoksi terveysasemalla, kun taas espoolaisista yli puolet. Yli kolme lääkärikäyntiä mielenterveys- ja päihdeongelmien vuoksi teki Espoossa ja Vantaalla 26 prosenttia ja Helsingissä 12 prosenttia asunnottomista. Määrät ovat toki pienet, mutta tämä viittaa siihen että espoolaiset ja vantaalaiset asunnottomat käyttävät enemmän terveysasemien lääkäripalveluja mielenterveys- ja päihdeongelmiensa hoitoon. Tämä saattaa liittyä kuntien terveysasemien ajanvarauskäytäntöihin sekä Espoon ja Vantaan vastaanottoyksiköiden ohjaavaan työotteeseen.

Miesten ja naisten käyntisyyt on koottu taulukkoon 20. Keskimäärin asunnottomilla naisilla ja miehillä on lähes saman verran lääkärikäyntejä (8,9 naisilla ja 10,7 miehillä viimeisen kolmen vuoden aikana). Naisten ja miesten hakeutumissyyt eroavat kuitenkin toisistaan selvästi.

Taulukko 11. Lääkärikäyntien määrät hakeutumissyyn ja asiakkaan sukupuolen mukaan.

	Koko aineisto			**Miehet**			**Naiset**		
	Ka.*	N	Max	Ka.	N	Max	Ka.	N	Max
Mielenterveys- ja päihdeongelmat	3,2	499	48	2,6	304	38	4,6	195	48
Tuoreet traumat ja vammat	1,6	257	15	1,9	215	15	1,0	42	4
Ihotulehdukset	0,8	121	10	1,0	115	10	0,1	6	1
Muut tulehdukset	0,7	116	10	0,7	83	10	0,8	33	6
Yliannostukset	0,5	86	23	0,7	78	23	0,2	8	3
Alkoholi- ja epileptiset kouristukset	0,5	83	25	0,7	80	25	0,1	3	2
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	0,4	70	6	0,5	54	6	0,4	16	5
Ruoansulatuskanavan sairaudet	0,4	55	8	0,5	55	8	0,0	0	0
Vanhojen vammojen jälkioireet	0,3	53	11	0,4	43	11	0,2	10	4
Sydän- ja verisuonitaudit tai sen epäily	0,2	28	5	0,2	26	5	0,1	2	1
Muut syyt	1,5	244	16	1,6	185	16	1,4	59	6
Kaikki käynnit yhteensä	10,2	1612	55	10,7	1238	55	8,9	374	55

* Ka. = keskiarvo

Naisilla on miehiin verrattuna huomattavasti enemmän käyntejä mielenterveys- ja päihdeongelmien vuoksi. Sen sijaan miehillä on naisia paljon enemmän käyntejä vammojen, ihotulehdusten, yliannostuksen, kouristuksien ja ruoansulatuskanavan sairauksien vuoksi. Nämä miehillä yleisemmin esiintyvät käyntisyyt ovat suurelta osin päihteiden, varsinkin alkoholin aiheuttamia jälkitauteja. Tämä siis viittaa siihen, että aineistomme miehillä on naisia enemmän alkoholin aiheuttamia jälkitauteja, mutta he eivät juuri hakeudu lääkärille

ensisijaisesti päihde- ja mielenterveysongelmien vuoksi. Yksi selittävä tekijä tähän eroon on naisten suurempi osuus siinä ryhmässä asunnottomia, joilla on ainoastaan mielenterveysongelma eikä lainkaan päihdeongelma. Tähän palataan myöhemmin luvuissa 7.3 ja7.5.

4.3 Terveysasemakäynnit

Asunnottomaksi rekisteröityneellä henkilöllä on Helsingissä oikeus hakeutua mille tahansa terveysasemalle hoitoa varten. Pitkäaikaisissa vaivoissa potilas pyritään ohjaamaan sille lääkärille, joka tuntee henkilön parhaiten. Jos potilasrekisterissä on mainittu jokin osoite, henkilö ohjataan usein hoitoon tämän osoitteen mukaan, vaikka osoite olisi vanhentunut. Espoossa ja Vantaalla henkilön tulee jatkaa asiointia edellisen osoitteen mukaisella terveysasemalla ja omalla lääkärillä. Käytännössä molemmat järjestelyt tarkoittavat, että henkilön terveysasema on usein fyysisesti kaukana hänen olinpaikastaan. Asunnottoman rekisterissä oleva osoite on usein virheellinen, mikä johtaa helposti siihen, että vastuu palvelujen antamisesta siirretään toiselle taholle ja ihmistä ”pompotellaan” paikasta toiseen. Valtaosalla (61 %) aineistomme asunnottomista on potilasrekisterissä mainittu jokin entinen ja tällä hetkellä virheellinen osoite. Ainoastaan 28 prosenttia asunnottomista on rekisteröityneenä potilastietojärjestelmässä vailla vakinaista asuntoa olevina (VVA), poste restante -osoitteen omaavina tai heidän tiedoissaan osoitekohta on jätetty tyhjäksi. Vastaanottoyksikön osoite on merkitty osoitteeksi 11 prosentilla asunnottomista, jolloin hoitovastuu on vastaanottoyksikköä lähimmällä terveysasemalla.

Haastatteluissa kysyimme, millä terveysasemalla vastaajat yleensä asioivat ja miksi. 23 henkilöä 36:sta osasi vastata kysymykseen kertomalla jonkin terveysaseman nimen, ja perusteluksi he ilmoittivat edellisen asuinosoitteen. Loput 13 henkilöä ei osannut kertoa, mihin terveysasemalle he tarvittaessa hakeutuisivat. Kaikki vastaukset eivät olleet yksiselitteisiä, ja monilla oli kokemuksia siitä, että he eivät ole päässeet hoitoon silloin, kun ovat kokeneet sitä tarvitsevansa.

”Aikaisemmin olen asioinut Kallion terveysasemalla, koska siellä olin viimeksi kirjoilla. Nyt menin sinne. Siellä sanottiin, että kuulun Koskelan alueeseen, koska ennen Kallion aluetta asuin Koskelan alueella ja se oli se mikä heillä näky. Menin sinne ja sieltä sanottiin, että mene takaisin Kallioon. Vihastuin ja sain lopulta ajan Koskelan terveysasemalta.” (M8)

Perusterveydenhuollon rekisteritiedoista ilmenee 62 prosentin kohdalla vastaanottoyksiköiden asunnottomista kuka heidän oma lääkärinsä on. Haastatelluista 36 asunnottomasta 12 kertoi, että heillä on olemassa oleva hoitosuhde jollekin terveydenhuollon työntekijälle joko terveysasemalla tai vastaanottoyksikössä. Kysyimme haastattelemiltamme henkilöiltä tietävätkö he kuka on heidän oma lääkärinsä, ja ainoastaan kymmenen 36:sta (28 %) tiesi oman lääkärinsä. Sama asia nähdään rekisteriaineistosta, jonka mukaan 28 prosenttia asunnottomista on viimeisten kolmen vuoden aikana tavannut oman lääkärinsä.

Taulukko 12. Omalääkärikontakti kunnittain

	Kunta			
	Helsinki (%)	**Espoo (%)**	**Vantaa (%)**	**Yhteensä (%)**
Ilmenee, mikä on potilaan oma terveysasema	74,2	54,8	68,4	69,0
Ilmenee, kuka on potilaan oma lääkäri	67,4	54,8	55,3	62,0
On tavannut oman lääkärin kolmen viime vuoden aikana	30,3	22,6	26,3	27,8

Henkilön oma terveysasema ja lääkäri käyvät ilmi rekisteriaineistosta suhteessa useammin Helsingissä kuin Vantaalla ja Espoossa. Tämä johtuu todennäköisesti ennemmin tietojärjestelmien rakenteesta ja kirjaamiskäytännöistä kuin terveysasemien toimintakäytännöistä. Asunnottomista espoolaiset ovat asioineet vähiten oman lääkärinsä luona. Kuitenkin haastatteluaineistossa viisi espoolaista yhdeksästä tiesi, kuka heidän oma lääkärinsä on, joten suuremmalla osalla espoolaisista oli kokemus omasta lääkäristä verrattuna helsinkiläisiin (2/12) ja vantaalaisiin (3/9). Espoolaisten (ja osittain myös muiden kuntien asunnottomien) kohdalla nähtiin, että henkilö oli asioinut toistuvasti jonkun lääkärin luona ja hoitosuhde oli muodostunut, vaikka tätä lääkäriä ei ollut merkitty omaksi lääkäriksi. Se, että potilaalla ei ole järjestelmässä nimettyä omaa lääkäriä, ei siten välttämättä tarkoita hoitosuhteen puuttumista. Vastaavasti alle puolet helsinkiläisistä, joilla oma lääkäri oli nimetty, oli tavannut häntä viimeisten kolmen vuoden aikana.

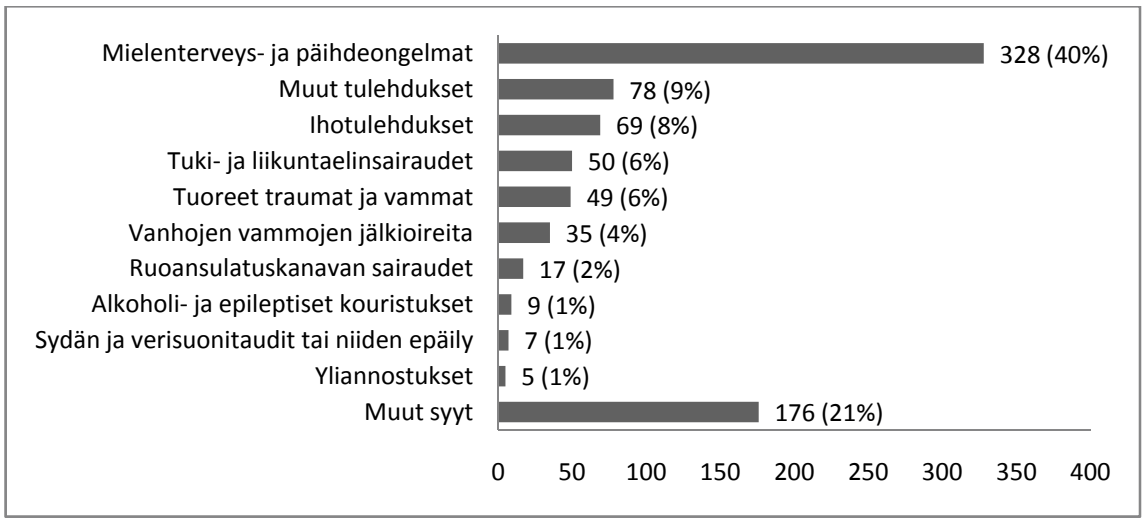
Taulukko 13. Omalääkärikontakti sukupuolen mukaan

	Sukupuoli		
	Miehet (%)	**Naiset (%)**	**Yhteensä (%)**
Ilmeneekö mikä on potilaan oma terveysasema?	68,1	71,4	69,0
Ilmeneekö kuka on potilaan oma lääkäri?	59,5	69,0	62,0
Onko tavannut oman lääkärin kolmen viime vuoden aikana?	23,3	405	27,8

Naisilla ja miehillä on lääkärikäyntejä terveysasemalla keskimäärin suurin piirtein yhtä paljon. Oman lääkärinsä tavanneiden naisten suhteellinen määrä on lähes kaksinkertainen miehiin verrattuna. Aineistomme 42 naisesta 17 oli tavannut oma lääkärinsä ainakin kerran, kun 116 miehestä oman lääkärinsä oli tavannut vain 27 miestä. Näin pienessä aineistossa tämä voi toki olla pelkkä sattuma, mutta se voi myös liittyä sukupuolien välisiin eroihin sairaudenkuvissa, käyttäytymisessä ja palvelujärjestelmän erilaisessa suhtautumisessa asunnottomaan naiseen ja mieheen.

Aineistomme asunnottomilla oli viimeisten kolmen vuoden aikana yhteensä 1 612 lääkärikäyntiä, joista 823 (51 %) tehtiin terveysasemille.

Kuva 21. Lääkärikäyntien syyt terveysasemilla viimeisten kolmen vuoden aikana



Kaikkein tavallisimmat syyt hakeutua terveysasemille ovat mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvät asiat. Jopa 40 prosenttia terveysasemakäynneistä kuuluu tähän ryhmään. Korkea luku liittyy osittain siihen, että asunnottomat sairastuvat paljon mielenterveys- ja päihdeongelmiin. Osittain se liittyy myös siihen, että psykiatrinen poliklinikka ja A-klinikat pystyvät tarjoamaan hoitosuhteen vain harvoille asunnottomille. Sekä psykiatrian poliklinikalla että A-klinikoilla edellytetään, että asiakas haluaa ja osaa

varata ajan, jaksaa odottaa aikaansa, saapuu sovitusti ja käyttäytyy asiallisesti vastaanotolla (ks. myös luku 5.3). Jos henkilö ei tähän kykene, nämä palvelut eivät ole hänen käytettävissään. Tällöin kyseisen henkilön mielenterveys- ja päihdeongelmat jäävät terveysaseman hoidettaviksi. Usein moniongelmaiset ja vaikeaksi koetut asiakkaat kuormittavat terveysasemaa ja yksittäisiä terveysasemalääkäreitä, joilla ei välttämättä ole välineitä tai resursseja vaativan asiakaskunnan hoitamiseksi.

Muita yleisiä syitä terveysasemille hakeutumiseen ovat infektiot, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja vammat. Sen sijaan kroonisten sairauksien kontrollikäyntejä tehdään vain harvoille. Esimerkiksi verenpainetaudin suunniteltuja kontrollikäyntejä tehtiin kolmen viime vuoden aikana vain 12 kertaa. Tämä on varsin pieni määrä ottaen huomioon, että aineistossamme 21 henkilöllä oli potilasrekisterin mukaan todettu verenpainetauti, jonka asianmukaiseen hoitoon kuuluisi ainakin vuosittainen kontrolli. Sama suuntaus nähdään diabeetikoiden kontrolleissa, joita oli aineistossamme vain neljä viimeisten kolmen vuoden aikana ja vaikka diabetesdiagnoosi löytyy aineistostamme kahdeksalla henkilöllä. Heidän kuuluisi käydä kontrolleissa ainakin kerran vuodessa. Todennäköistä on, että sekä diabeteksen että verenpainetaudin yleisyys on asunnottomilla vielä suurempi, kuin mitä rekistereistä on tullut esiin. Koska monella asunnottomalla on vaikeuksia asioida suunnitelmallisesti varatuilla ajoilla, tai he eivät tiedä minkä hoitavan yksikön puoleen heidän kuuluisi kääntyä, jäävät varsinkin krooniset sairaudet usein selvittämättä ja hoitamatta.

Haastatteluissa kysyimme, minkä terveydenhuollon yksikön puoleen haastateltavat kääntyisivät, jos sairastuisivat. Aineistomme 36 asunnottomasta 21 mainitsi jonkin terveysaseman (useimmiten vaihtoehtona oli myös yhteispäivystyspiste). Huomattavaa kuitenkin on, että heistä 15 henkilöä ei osannut nimetä yksikköä tai mainitsivat ainoastaan sairaalat.

"...sairaalaan, tarvitsen erikoissairaanhoitoa... Meilahteen." (N24)
"...ambulanssiin… ne saa viedä mihin vievät – en mä voi kääntyä mihinkään." (M11)

Huomattava osa asunnottomista ei siis miellä terveysasemaa paikkana, minkä puoleen voi kääntyä, jos sairastuu. Rekisteriaineistosta nähdään että 41 prosentilla asunnottomista miehistä ja 45 prosentilla asunnottomista naisista ei ollut yhtään lääkärikäyntiä terveysasemilla viime vuoden aikana.

4.4 Terveyskeskuspäivystyskäynnit

Espoo, Helsinki ja Vantaa ovat järjestäneet terveyskeskuksen ilta- ja yöpäivystykset keskitetysti. Tämä tarkoittaa, että jos on päivystyksellistä hoidon tai hoitoarvion tarvetta virka-ajan ulkopuolella, on hakeuduttava terveysaseman sijasta näihin yksiköihin. Espoossa Jorvin sairaalan yhteydessä on terveyskeskuspäivystys erikoissairaanhoitopäivystyksen yhteydessä ja lisäksi Puolarmetsän sairaalassa on iltapäivystys. Samalla tavalla Vantaalla on Peijaksen sairaalassa yhteispäivystyspiste erikoissairaanhoidon kanssa ja Myyrmäen terveysaseman yhteydessä iltapäivystys. Helsingissä terveyskeskuksella on päivystyspisteitä Malmin ja Marian sairaaloissa, ja molemmissa on myös pientraumapäivystys, joka keskittyy hoitamaan murtumien ja haavojen kaltaisia pienempiä traumoja. Terveyskeskuspäivystyksessä hoidetaan perusterveydenhuoltotasoisia ongelmia, ja jos vaiva vaatii sairaalahoitoa tai erikoislääkärin arviota, kirjoitetaan lähete erikoissairaanhoidon päivystyspisteisiin tai poliklinikalle. Asunnottomilla oli keskimäärin 1,44 lääkärikäyntiä terveyskeskuspäivystyksessä viime vuoden aikana. Yli 40 prosenttia asunnottomien kaikista perusterveydenhuollon lääkärikäynneistä tapahtuu siis terveyskeskuspäivystyksessä.

Taulukko 14. Terveyskeskuspäivystyskäynnit kunnittain

				Kunta					
		Yhteensä		**Helsinki**		**Espoo**		**Vantaa**	
			% kaikista lääkäri-käyn-neistä*		% helsinki-läisten lääkäri-käyn-neistä		% espoo-laisten lääkäri-käyn-neistä		% vantaa-laisten lääkäri-käyn-neistä
Käynnit terveyskeskus-päivystyksessä kolmen viime vuoden aikana	Luku-määrä	587	42	272	40	138	36	177	48
	Keski-arvo	3,7		3,1		4,5		4,7	
Käynnit terveyskeskus-päivystyksessä viime vuoden aikana	Luku-määrä	227	42	114	45	43	34	70	42
	Keski-arvo	1,4		1,3		1,4		1,8	

*-merkityt sisältävät terveysasemakäynnit ja terveyskeskuspäivystyskäynnit. Helsingin sairaalapäivystyskäynnit on jätetty pois, jotta luvut olisivat verrannollisia kuntien välillä.

Helsingissä käyntejä oli keskimäärin vähiten eli 1,3 viime vuoden aikana ja Vantaalla käyntejä oli keskimäärin eniten. Espoolaisilla asunnottomilla oli viime vuoden aikana suhteessa kaikkiin heidän tekemiinsä lääkärikäynteihin pienin määrä terveyskeskuspäivystyskäyntejä (34 %). Keskimääräinen käyntimäärä oli espoolaisilla

asunnottomilla kuitenkin suurempi kuin helsinkiläisillä. Tämä selittyy espoolaisten asunnottomien suhteellisesti suuremmalla terveysasemakäyntimäärällä. Jos aineistomme asunnottomien terveyskeskuspäivystyksen käyntimääriä verrataan keskivertokansalaisen päivystyksen käyttöön, nähdään että ero on huomattava. Kuten aikaisemmin on mainittu, helsinkiläisillä asunnottomilla oli 1,3 käyntiä eli yli kuusi kertaa enemmän terveyskeskuspäivystyskäyntejä kuin helsinkiläisillä keskimäärin. Espoossa ja Vantaalla päivystyskäyntejä oli keskimäärin jopa enemmän eli 1,4 ja 1,8 viime vuoden aikana asunnotonta kohden, joten oletettavasti myös espoolaiset ja vantaalaiset asunnottomat käyttävät terveyskeskuspäivystystä moninkertaisesti muita kuntalaisia enemmän.

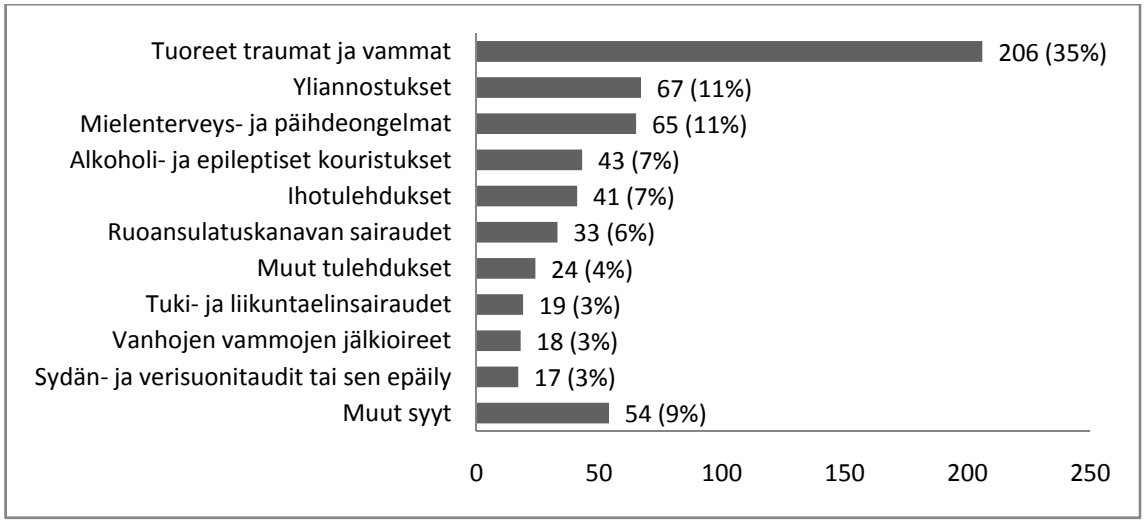
Kuntien välillä terveyskeskuspäivystyskäytössä ei ole suuria eroja. Sen sijaan nähdään, että aineistomme asunnottomat naiset käyttivät terveyskeskuspäivystystä miehiä huomattavasti vähemmän.

Taulukko 15. Terveyskeskuspäivystyskäynnit naisilla ja miehillä

				Sukupuoli			
		Yhteensä		**Miehet**		**Naiset**	
			% kaikista lääkäri-käynneistä		% miesten lääkäri-käynneistä		% naisten lääkäri-käynneistä
Käynnit terveyskeskus-päivystyksessä viime kolmen vuoden aikana	Luku-määrä	587	36	510	41	77	21
	Keskiarvo	3,7		4,4		1,8	
Käynnit terveyskeskus-päivystyksessä viime vuoden aikana	Luku-määrä	227	35	198	38	29	22
	Keskiarvo	1,4		1,7		0,7	

Viime vuoden aikana asunnottomilla miehillä oli keskimäärin 1,7 käyntiä terveyskeskuspäivystyksessä, kun naisilla niitä oli 0,7. Miesten kaikista lääkärikäynneistä 38 prosenttia oli terveyskeskuspäivystyskäyntejä ja vastaavasti naisilla 22 prosenttia. Terveysasemakäyntejä naisilla ja miehillä on suurin piirtein saman verran. Kuten luvussa 4.2 esitimme, miehillä on naisia enemmän käyntejä vammojen, yliannostuksen, ihotulehdusten, kouristelujen ja ruoansulatuskanavien sairauksien vuoksi, ja nämä hoitoon hakeutumissyyt ovat yleisimmät syyt myös terveyskeskuspäivystyskäynteihin.

Kuva 22. Lääkärikäyntien syyt terveyskeskuspäivystyksissä kolmen viime vuoden aikana



Tavallisimmat hakeutumissyyt terveyskeskuspäivystykseen ovat siis tuoreet traumat ja vammat. Muita yleisiä hakeutumissyitä ovat yliannostukset, kouristukset, ihotulehdukset ja ruoansulatuskanavan sairaudet. Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat terveyskeskuspäivystyksessä kolmanneksi yleisin hoitoon hakeutumisen syy. Kyseessä on suhteellisen pieni määrä verrattuna siihen, miten ylivoimaisesti ne ovat yleisimpiä terveysasemille hoitoon hakeutumisen syitä. Terveyskeskuspäivystyskäyntejä mielenterveys- ja päihdeongelmien vuoksi vähentää käytäntö, jonka mukaan päivystyksessä ei kirjoiteta reseptejä rauhoittavien lääkkeiden saantia varten.

4.5 Lääkärikäynnit Helsingin kaupungin sisätautien ja psykiatrian sairaalapäivystyksissä

Helsingin kaupunki ylläpitää kolmea erikoissairaanhoitotasoista päivystyspistettä. Nämä ovat Marian ja Malmin sairaaloiden sisätautien päivystykset ja Auroran sairaalan yhteydessä oleva psykiatrian päivystys. Marian ja Malmin sairaalapäivystyksissä hoidetaan pääosin sisätauteihin kuuluvat sairaudet ja niiden yhteydessä on myös sisätautiosastoja. Hyvin vakavat ja monimutkaiset tapaukset lähetetään Meilahden sairaalaan, joka kuuluu HUSiin. Sisätautien päivystykseen tullaan joko terveysasemien tai terveyskeskuspäivystysten kautta, tai sinne ohjaudutaan suoraan vakavien oireiden vuoksi joko ambulanssikuljetuksella tai yhteispäivystyksen kautta. Auroran psykiatriseen päivystykseen voi hakeutua joko lähetteellä tai ilman lähetettä. Päivystyksessä tilannetta arvioi sairaanhoitaja ja lääkäri, ja tarvittaessa potilas voidaan ottaa osastoseurantaan tai ohjata asianmukaiseen avohoitoon.

Viime vuoden aikana aineistomme 89 helsinkiläisellä asunnottomalla oli yhteensä 356 lääkärikäyntiä terveysasemilla, terveyskeskuspäivystyksissä ja kaupungin omassa

erikoissairaanhoitotasoisessa päivystyksessä. Heidän tekemistään 356 lääkärikäynnistä 103 (29 %) oli sisätautien- ja psykiatrian päivystyskäyntejä. Päivystyspisteiden kesken nämä lääkärikäynnit jakaantuvat siten, että Malmin sairaalan sisätautipäivystyksessä asunnottomilla oli 45 käyntiä, Marian sairaalan sisätautipäivystyksessä 19 käyntiä ja Auroran sairaalan psykiatrian päivystyksessä 39 käyntiä. Käyntimäärät voivat vaikuttaa pieniltä, mutta jos vertaamme niitä keskivertohelsinkiläisen erikoissairaanhoitotasoiseen päivystyksen käyntimääriin, huomaamme että asunnottomilla oli 16 kertaa enemmän lääkärikäyntejä erikoissairaanhoitotasoisessa päivystyksessä kuin keskivertohelsinkiläisellä (ks. luku 4.2). Vuonna 2008 Malmin ja Marian sairaalapäivystyksissä tehtiin 33 242 lääkärikäyntiä eli 0,06 lääkärikäyntiä/helsinkiläinen ja psykiatrian päivystyksessä 8 122 lääkärikäyntejä eli 0,01/helsinkiläinen[43]. Asunnottomien lääkärikäyntimäärät olivat siis huomattavan paljon suurempia sekä Malmin että Marian sairaaloiden päivystyksissä, missä heillä oli keskimäärin 0,7 käyntiä ja Auroran psykiatrisessa päivystyksessä missä asunnottomilla oli keskimäärin 0,4 käyntiä.

Taulukko 16. Lääkärikäynnit sisätautien ja psykiatrian päivystyksissä miehillä ja naisilla

			Sukupuoli			
	Yhteensä		**Miehet**		**Naiset**	
	Keski-arvo	Luku-määrä	Keski-arvo	Luku-määrä	Keski-arvo	Luku-määrä
Käynnit sisätautien* ja psykiatrian sairaalapäivystyksissä kolmen viime vuoden aikana, yhteensä	2,3	202	2,2	130	2,3	72
… joista sisätautien päivystyksessä	1,2	110	1,8	104	0,2	6
… joista psykiatrian päivystyksessä	1,0	92	0,5	26	2,1	66
Käynnit sisätautien ja psykiatrian sairaalapäivystyksissä viime vuoden aikana	1,2	103	1,3	74	0,9	29
… joista sisätautien päivystyksessä viime vuoden aikana	0,7	64	1,1	62	0,1	2
… joista psykiatrian päivystyksessä viime vuoden aikana	0,4	39	0,4	12	0,9	27

* Sisätautien sairaalapäivystyksellä tarkoitetaan Marian ja Malmin sairaaloiden sairaalapäivystystä

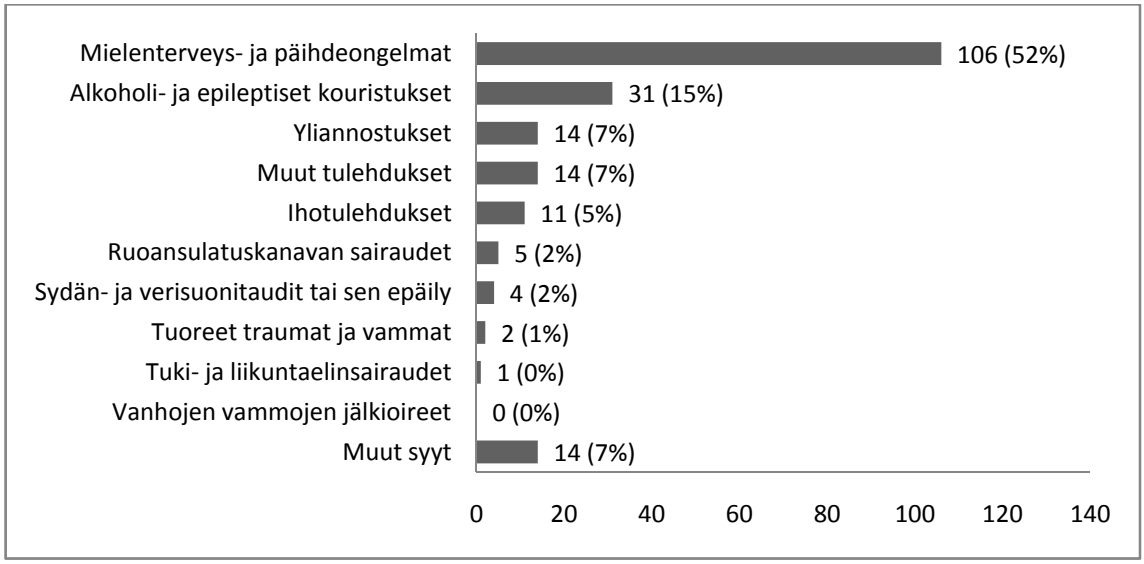
Naisilla ja miehillä on keskimäärin saman verran lääkärikäyntejä erikoissairaanhoitotasoisessa päivystyksessä: miehillä 2,2 ja naisilla 2,3 viimeisten kolmen vuoden aikana. Jos asunnottomien naisten ja miesten käyntimääriä sisätautien ja psykiatrian

[43] Terveyskeskuksen vuositilastot 2008 (ennakkotiedot)

päivystyksessä tarkastellaan erikseen huomataan, että lähes kaikki sisätautien päivystyskäynnit ovat miesten tekemiä, kun taas naisilla on yli kaksinkertaisesti käyntejä psykiatrian päivystyksessä. Tähän sukupuolten väliseen eroon palataan luvuissa 6, 7 ja 8, joissa tarkastellaan asunnottomien sairastavuutta.

Hakeutumissyyt sairaalapäivystyksiin ovat erilaisia kuin terveysasemille ja terveyskeskuspäivystyksiin. Kuten terveysasemakäynneissäkin, yleisimmät syyt hakeutua erikoissairaanhoitotasoiseen päivystykseen ovat mielenterveys- ja päihdeongelmat. Niiden vuoksi tehtiin 106 lääkärikäyntiä sairaalapäivystykseen, joista 92 tehtiin psykiatrian päivystykseen. Marian ja Malmin sairaaloiden sisätautien päivystyksissä tavallisin hakeutumissyy oli alkoholi- ja epileptiset kouristuskohtaukset. Helsingissä aineistomme 89 asunnottomasta 11 hoidettiin kouristuskohtauksien vuoksi yhteensä 33 kertaa, joista 31 kertaa sairaalapäivystyksessä. Muita tavallisia hakeutumissyitä Malmin ja Marian sairaaloiden sisätautien päivystyksiin olivat yliannostukset ja infektiotaudit.

Kuva 23. Lääkärikäynnit sairaalapäivystyksissä viimeisten kolmen vuoden aikana (N=202)



Tässä luvussa on esitetty, mitä terveyspalveluja asunnottomat käyttävät, ja mitkä ovat hakeutumissyyt. Yhteenvetona voidaan todeta, että vastaanottoyksiköiden asunnottomat käyttävät terveyspalveluja valtaväestöä enemmän. Varsinkin erikoissairaanhoitotasoisen päivystyksen käyttö on suurempi. Vain murto-osalla on terveysasemalla suhde omaan lääkäriin, joka pystyisi puuttumaan ennaltaehkäisevästi terveysongelmiin, jolloin päivystystarve vähenisi.

5 Päihdepalvelujen käyttö

Päihdehuollon tarkoituksena on sekä ehkäistä että vähentää päihteiden ongelmakäyttöä ja siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Useimmiten vastaanottoyksiköiden asiakkaat ohjautuvat päihdehuollon laitos- ja asumispalveluihin kuntien sosiaali- ja terveystoimen toimipisteiden kautta. Päihdehuollon toimintaa ohjaa vuonna 1987 voimaan tullut päihdehuoltolaki, jonka mukaan päihdehuollosta vastaa kunta. Kunnat järjestävät päihdehuollon palveluja tuottamalla niitä itse, solmimalla palvelujen tuottamisesta yhteissopimuksia muiden kuntien kanssa, kuntaliittojen avulla tai hankkimalla palveluita ostopalveluina muilta palveluntuottajilta. Kuntien erilaiset tavat järjestää päihdehuollon palveluja tarkoittavat käytännössä hyvin erilaisia luokittelu- ja tilastointikäytäntöjä pääkaupunkiseudun kuntien välillä.[44] Kuntien erilaiset tavat järjestää päihdehuollon palveluja tekee vastaanottoyksiköiden asiakkaiden päihdehuollon laitos- ja asumispalveluiden[45] käytön tarkastelun eri pääkaupunkiseudun kunnissa hyvin haastavaksi. Aineistomme kannalta olennainen kuntien välinen ero on esimerkiksi se, että Espoon Olarinluoman vastaanottokodin ja Vantaan Koisorannan palvelukeskuksen omat palvelut ovat päihdehuollon asumispalveluja, kun Helsingin vastaanottoyksiköiden palvelut ovat sosiaalihuoltolain alaista majoitustoimintaa.

Asunnottomien päihdepalvelujen käytön vertailua vaikeuttaa myös se, että käytössämme olleiden aineistojen laatu ja tarkkuus vaihtelee kuntien välillä suuresti (ks. luku 1.2). Tarkimmat tiedot ovat Helsingin vastaanottoyksiköiden asiakkaiden päihdepalvelujen käytöstä. Helsinkiläisten päihdehuollon laitos- ja asumispalvelujen hoitojaksoja on ollut mahdollista tarkastella sosiaalitoimen asiakastietojärjestelmään kirjattujen sijoituspäätösten ja toteutuneiden hoitojaksojen avulla. Espoossa tarkkoja tietoja oli saatavilla ainoastaan Espoon kaupungin itse tuottamien päihdehuollon laitos- ja asumispalvelujen käytöstä. Vantaalla tarkkoja tietoja oli saatavilla ainoastaan Vantaan kaupungin katkaisuhoitoaseman

---

[44] Erityisesti tilastointikäytännöt eroavat kuntien välillä suuresti. Vantaa ei esimerkiksi omassa tilastoinnissaan erottele ostopalveluina tuotettuja päihdehuollon laitos- ja asumispalveluja. Espoossa puolestaan yksityisiltä palveluntuottajilta hankitut palvelut, jotka lääninhallituksessa luokitellaan päihdehuollon asumispalveluiksi tilastoidaan laitospalveluiksi. Helsingissä päihdehuollon laitos- ja asumispalvelut tilastoidaan erikseen. (Söderholm, Satu (2007) Pääkaupunkiseudun päihdehuoltojärjestelmä 2000-luvulla -tilastollista tarkastelua. Työpapereita 1:2007. Verkkojulkaisu www.socca.fi)

[45] Päihdehuollon laitoksia ovat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen määritelmän mukaan kaikki Kelan luokituksen mukaan kuntoutusrahaan oikeuttavat julkiset ja yksityiset päihdehuollon kuntoutusyksiköt ja kaikki katkaisuhoitolaitokset. Asumispalveluissa asiakas saa asumisen ja muita jokapäiväiseen elämään liittyviä palveluita vähintään kerran viikossa, mutta henkilökunta ei ole asumispalveluissa paikalla ympäri vuorokauden. (Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut tiedonkeruu sekä määritelmät. <www.stakes.FI/tilastot/aiheittain/Sosiaalipalvelut/laitosjaasumispalvelutkasite.htm> 2.6.2009.)

hoitojaksoista ja Koisorannan palvelukeskuksen tarjoamien päihdehuollon asumispalvelujen käytöstä. Tiedot espoolaisten ja vantaalaisten asunnottomien käyttämistä, ostopalveluina hankitusta hoitojaksoista on siten voitu kerätä vain niistä hoitojaksoista, jotka ovat tulleet ilmi asiakkaan kanssa tehdyn suunnitelman tai tilannearvion tekemisen yhteydessä. Käytännössä Espoon ja Vantaan vastaanottoyksiköiden asiakkailla on siis saattanut olla enemmän päihdehuollon laitos- ja asumispalvelujaksoja kuin mitä tarkastelussamme ilmenee.

Tarkastelemme tässä luvussa vastaanottoyksiköiden asiakkaiden päihdepalvelujen käyttöä sekä yhtenä kokonaisuutena että kuntakohtaisesti niiltä osin, kuin se on ollut mahdollista edellä esiin tuoduista luokittelu- ja tilastointieroista ja aineiston puutteista huolimatta. Vastaanottoyksiköiden asiakkaiden katkaisuhoitokäyntejä tarkastelemme kuntouttavien laitoshoitokäyntien yhteydessä erikseen, koska kuntien itse tuottamien katkaisuhoitojen käyttöä koskevat tarkat tiedot on kaikkien kuntien osalta saatavilla.[46] Asiointia polikliinisissä päihdepalveluissa (A-klinikat ja nuorisoasemat) tarkastelemme lähinnä Vantaan Koisorannan palvelukeskuksen asiakkaiden osalta, koska Helsingin ja Espoon osalta tietoja asunnottomien polikliinisistä hoitojaksoista ei juurikaan ollut käytettävissä. Selviämishoitoasemalla käyntien määrää tarkastelemme helsinkiläisten ja espoolaisten osalta. Vantaalla ei ole selviämisasemaa.

5.1 Kuntouttavat laitoshoidot

Helsingin kaupungin omia päihdehuollon kuntouttavia laitospalveluja tarjosivat tarkastelujaksolla Hangonkadun kuntoutuskeskus, Läntisen A-klinikan katkaisuhoitoasema ja Munkkisaaren kuntoutuskeskus[47]. Espoon kaupungin omia päihdehuollon kuntouttavan laitoshoidon palveluita tarjosivat tarkastelujaksolla Postipuun päihdehoitoyksikön katkaisuhoitoasema, Puolarmetsän sairaalan katkaisuhoitoasema ja Kolmirannan hoitokodin kuntoutusosasto[48]. Vantaalla kaupungin omana päihdehuollon kuntouttavana laitospalveluna toimi tarkastelujaksolla ainoastaan yksi katkaisuhoitoasema. Omien palveluiden lisäksi kunnat ostivat tarkastelujaksolla kuntouttavan laitoshoidon palveluita kuntayhtymän ylläpitämältä Ridasjärven päihdehoitokeskukselta, A-klinikkasäätiöltä,

[46] Ulkopuolisilta palvelun tuottajilta ostetuista katkaisuhoidoista tarkkoja tietoja oli saatavissa ainoastaan Helsingissä. Espoolaisilla ja vantaalaisilla A-klinikkasäätiön ja Diakonissalaitoksen katkaisuhoitojaksoja (Leppävaaran, Munkkisaaren, Järvenpään sosiaalisairaalan ja Hietalinnayhteisön katkaisuhoidot) on siis saattanut olla useampia kuin, mitä käytössämme olleessa aineistossa ilmeni.

[47] Munkkisaaren kuntoutuskeskuksen laitospalvelut lakkautettiin tammikuussa 2009.

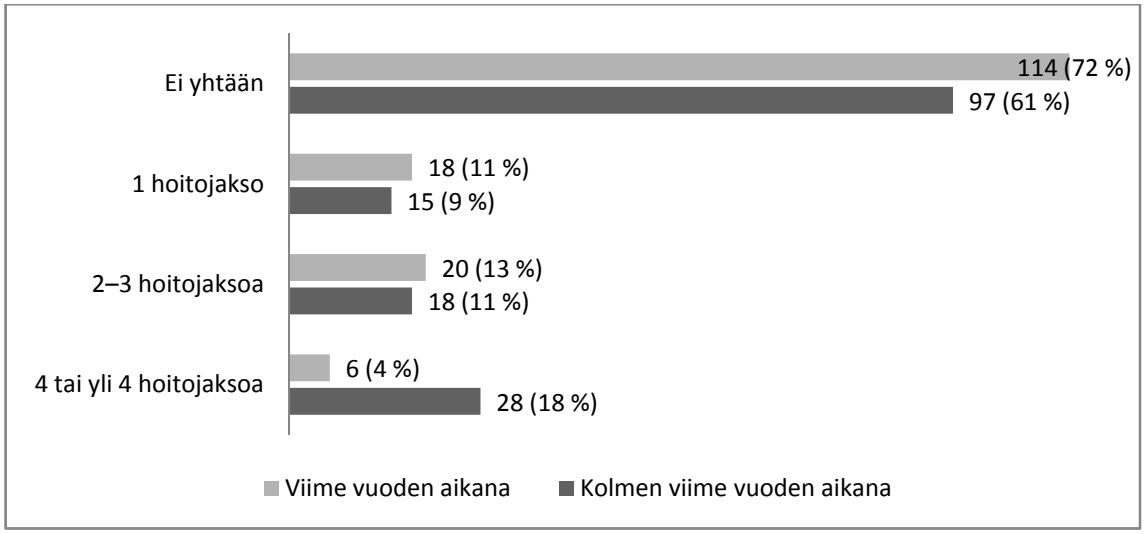
[48] Puolarmetsän sairaalan katkaisuhoitoaseman toiminta on päättynyt.

Diakonissalaitokselta, Kalliolan klinikoilta sekä useilta muilta palveluntuottajilta, joita ovat esimerkiksi Mainiemen kuntoutuskeskus ja Kankaanpään A-koti.

Kolmen viime vuoden aikana pääkaupunkiseudun asunnottomien vastaanottoyksiköiden asiakkailla oli päihdehuollon kuntouttavia laitoshoitojaksoja yhteensä 367. Näistä laitoshoitojaksoista 293 eli valtaosa oli katkaisuhoitojaksoja. Viime vuoden aikana kuntouttavia laitoshoitojaksoja oli 139. Myös näistä hoitojaksoista valtaosa (110) oli katkaisuhoitojaksoja. Keskimäärin kuntouttavia laitoshoitojaksoja oli viime vuoden aikana 0,9 ja katkaisuhoitojaksoja 0,7. Katkaisuhoitojaksot jakaantuivat henkilöä kohden varsin epätasaisesti, eikä aineistomme 114 (72 %) asunnottomalla ollut yhtään katkaisuhoitojaksoa viime vuoden aikana. Sen sijaan yhdellä henkilöllä katkaisuhoitojaksoja oli viime vuonna 16 ja kolmen viime vuoden aikana 37. Tämä on yli kymmenen prosenttia aineistossamme mukana olevien henkilöiden katkaisuhoidoista sekä viime vuoden että kolmen viime vuoden aikana.

Vastaanottoyksiköiden asiakkaista vain vajaa kolmasosa (44 henkilöä) oli ollut katkaisuhoidossa viime vuoden aikana. Katkaisuhoitoja oli siis hyvin vähän ottaen huomioon, että aineistomme asunnottomista 82 prosentilla on ajankohtainen päihdeongelma (ks. luku 7.1). Kolmen viime vuoden aikana hieman yli kolmannes, 61 henkilöä (39 %) oli ollut katkaisuhoidossa. Heistä vajaa puolet (28) oli ollut katkaisuhoidossa vähintään neljä kertaa. Huomattava osa katkaisuhoidossa olleista oli siis ollut niissä useita kertoja. Kolmen viime vuoden aikana katkaisuhoidossa olleista viidellä oli hoitokertoja yli kymmenen. Eniten katkaisuhoitokertoja oli 50–59-vuotiailla.

Kuva 24. Katkaisuhoidoissa olleet (N=158)



Mikäli kaikki kuntouttavat laitoshoitojaksot[49] huomioidaan, vastaanottoyksiköiden asunnottomista noin kolmasosa (51) oli ollut päihdeongelmien vuoksi kuntouttavassa laitoshoidossa viimeisen vuoden aikana. Kolmen viime vuoden aikana kuntouttavassa laitoshoidossa oli ollut 69 henkilöä. Kuntouttavien laitoshoitojen kesto vaihteli 0,5 kuukaudesta 4,5 kuukauteen.

Taulukko 17. Asunnottomien päihdehuollon laitospalveluiden käyttö kunnittain

	Koko aineisto	**Helsinki**	**Espoo**	**Vantaa**
Vuoden aikana katkaisuhoidossa olleet	44 (27,8 %)	27 (30,3 %)	8 (25,8 %)	9 (23,7 %)
Kolmen vuoden aikana katkaisuhoidossa olleet	61 (38,6 %)	33 (37,1 %)	13 (41,9 %)	15 (39,5 %)
Vuoden aikana kuntouttavassa laitoshoidossa olleet (sis. katkaisuhoidot)	51 (32,3 %)	27 (30,3 %)	10 (32,3 %)	14 (36,8 %)
Kolmen vuoden aikana kuntouttavassa laitoshoidossa olleet (sis. katkaisuhoidot)	69 (43,8 %)	34 (37,1 %)	15 (48,4 %)	20 (52,6 %)

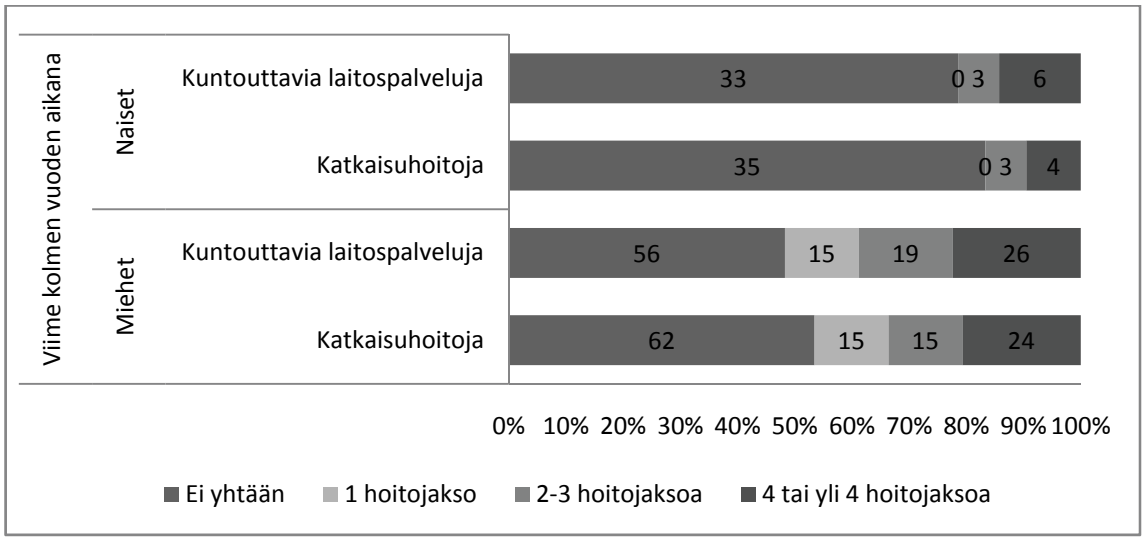
Katkaisuhoidoissa käyneiden määrä vaihteli jonkin verran kunnittain. Kuntouttavissa laitoshoidossa käyneiden suhteen kuntien välillä vaihtelua oli hieman enemmän. Kolmen viime vuoden aikana vähiten kuntouttavassa laitoshoidossa olleita oli Helsingissä ja eniten Vantaalla, jossa Koisorannan palvelukeskuksen asiakkaista hieman yli puolet oli ollut

[49] Sisältää katkaisuhoidot.

kuntouttavassa laitoshoidossa. Eroja kuntakohtaisten laitoshoitojen määrissä selittää osin se, että Vantaan Koisorannan palvelukeskuksessa työskentely on päihdekuntoutusorientoitunutta. Tämän vuoksi Koisorannan asiakkaat ohjautuvat oletettavasti helpommin myös ulkopuolisten päihdepalvelujen piiriin. Helsingissä kuntouttaviin laitoshoitoihin ohjautumisen voidaan olettaa olevan vähäisempää, koska Helsingin vastaanottoyksiköt ovat sosiaalihuoltolain alaista majoitustoimintaa, eikä työskentelykulttuuri niissä ole vastaavalla tavalla kuntoutusorientoitunutta.

Miesten ja naisten välillä on selvä ero kuntouttavien laitoshoitojen käyntimäärissä. Kaikista vastaanottoyksiköiden miespuolisista asiakkaista hieman yli puolet oli ollut kuntouttavassa laitoshoidossa kolmen viime vuoden aikana ja kaikista naisista vain vajaa viidennes. Erot säilyvät tarkasteltaessa viime vuoden aikaisia päihdehoitoja. Naisista kuntouttavassa laitoshoidossa olleet ovat kuitenkin käyttäneet päihdehuollon kuntouttavia laitoshoidon palveluja paljon. Kolmen viime vuoden aikana laitoshoidossa olleista yhdeksästä naisesta kuudella naisella oli kuntouttavia laitoshoitojaksoja vähintään neljä. Aineiston perusteella voi siis sanoa, että niiden naisten kohdalla, jotka käyttävät päihteitä päihdehoitojen käyttöaste on suuri.

Kuva 25. Kuntouttavien laitoshoitojaksojen yleisyys asiakkaiden keskuudessa sukupuolittain.



5.2 Päihdehuollon laitos - ja asumispalvelut kunnittain

Seuraavassa tarkastelemme päihdehuollon laitos- ja asumispalveluiden käyttöä vastaanottoyksiköiden asiakaskunnan keskuudessa kuntakohtaisesti. Kuten edellä totesimme, erityisesti päihdehuollon asumispalvelujen käytön vertailu on

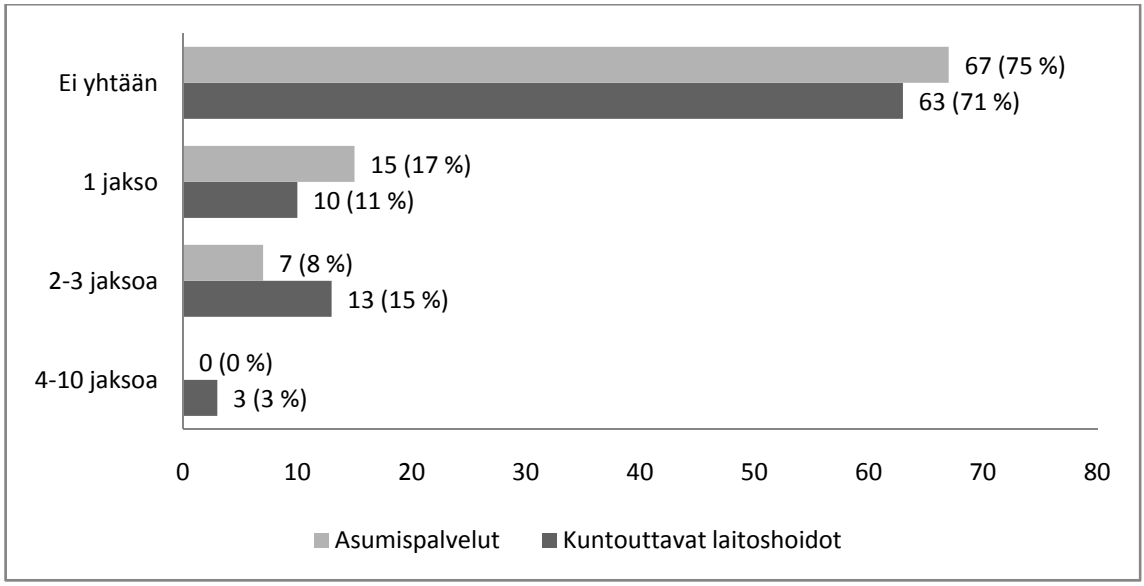
pääkaupunkiseudun kuntien kesken vaikeaa. Yhtenä syynä vertailun vaikeuteen on, se että Koisorannan palvelukeskuksen ja Olarinluoman vastaanottokodin palvelut sekä Vantaan ja Espoon tukiasunnot ovat päihdehuollon asumispalveluja. Helsingissä vastaanottoyksiköt ja tukiasunnot ovat sosiaalihuoltolain alaisia majoitus- ja asumispalveluja. Kuntien erilaisesta päihdehuollon palvelurakenteesta huolimatta pyrimme kuitenkin seuraavassa kuvaamaan vastaanottoyksiköiden asunnottomien päihdehuollon laitos- ja asumispalvelujen käyttöä eri kunnissa.

5.2.1 Helsinki

Helsinkiläisistä vastaanottoyksiköiden asunnottomista viidenneksellä eli 27:llä oli päihdehuollon kuntouttavia laitoshoitoja viime vuoden aikana. Kuntouttavia laitoshoidon jaksoja heillä oli yhteensä viime vuoden aikana 38, joka on keskimäärin 0,4 laitoshoitojaksoa henkilöä kohden. Kolmen viime vuoden aikana kuntouttavan laitoshoidon jaksoja oli 34 henkilöllä. Kuntouttavia laitoshoidon jaksoja heillä oli yhteensä kolmen viime vuoden aikana 65 eli keskimäärin 1,9 hoitojaksoa henkilöä kohden. Hoitojaksot jakaantuivat kuitenkin aineistossa varsin epätasaisesti ja viimeksi mainituista vajaa puolet oli ollut kuntouttavassa laitoshoidossa vähintään neljä kertaa.

Helsingin vastaanottoyksiköiden asunnottomista eniten kuntouttavissa laitoshoidoissa olivat Herttoniemen miesten asuntolan asiakkaat. Kaikista helsinkiläisistä laitoshoidossa olleista Herttoniemen asuntolan miehiä oli 24 ja kolmen viime vuoden aikana 31. Viime vuoden ja kolmen viime vuoden aikana kuntouttavia laitoshoitoja oli siis vain kolmella Myllypadontien asumisyksikön naisasiakkaalla. Suurin osa hoitojaksoista oli Hangonkadun kuntoutuskeskuksen katkaisuhoitoja. Katkaisuhoitojen lisäksi helsinkiläiset vastaanottoyksiköiden asiakkaat olivat pääasiassa käyttäneet kaupungin omia päihdehuollon kuntouttavia laitospalveluja Hangonkadun ja Tervalammen kuntoutuskeskuksissa.

Kuva 26. Helsingin vastaanottoyksiköiden asiakkaiden päihdehuollon laitos- ja asumispalvelujen käyttö viime vuoden aikana (N=89)



Päihdehuollon asumispalveluissa helsinkiläisistä oli viime vuoden aikana ollut 22 henkilöä eli noin neljännes kaikista Helsingin vastaanottoyksiköiden asiakkaista[50]. Asumispalveluissa olleista helsinkiläisistä 20 eli lähes kaikki olivat Herttoniemen asuntolassa majailevia miehiä ja vain kaksi hoidossa olleista oli naisia. Asumispalvelujaksoja helsinkiläisillä viime vuoden aikana yhteensä 33 eli keskimäärin 0,4 asumispalvelujaksoa asiakasta kohden.

Kolmen viime vuoden aikana päihdehuollon asumispalveluja käytti helsinkiläisistä asunnottomista lähes kolmasosa (29 henkilöä), yhteensä heillä oli 68 asumispalvelujaksoa. Enemmistö asumispalveluissa olleista oli Herttoniemen asuntolan miesasiakkaita ja vain neljä oli Myllypadontien asumisyksikön naisasiakkaita. Yli puolet kaikista kolmen viime vuoden aikana päihdehuollon asumispalveluissa olleista helsinkiläisistä asunnottomista oli ollut niissä yli kaksi kertaa. Suurin hoitokertojen määrä kyseisenä ajanjaksona oli kuusi hoitokertaa. Erittäin pitkiä, hieman yli 20 kuukautta kestäneitä asumispalvelujaksoja oli vain kolmella. Suurin osa asumispalvelujaksoista oli toteutunut Tervalammen kuntoutuskeskuksessa, Syväpuron hoitokodissa tai Sillanpirtin hoitokodissa. Päihdehuollon kuntouttavia asumispalvelujaksoja helsinkiläisillä oli myös Kotkankadun huoltokodissa, Toukolan hoitokodissa ja Tarpoilan kuntoutuskodissa sekä joissakin muissa yksittäisissä päihdehuollon asumispalvelua tarjoavissa yksiköissä.

[50] Helsingin kaupungin omia asumispalveluja tarjoavia yksiköitä olivat tarkastelujaksolla Tervalammen kartanon eläkeläisyhteisö ja Toukolan hoitokoti. Näistä yksiköistä Toukolan vain hoitokoti jatkaa edelleen toimintaansa.

5.2.2 Espoo

Aineistomme espoolaisista asunnottomista 10 oli ollut kuntouttavassa laitoshoidossa viime vuoden aikana. Hoitojaksoja heillä oli yhteensä 35 eli keskimäärin 1,1 kuntouttavaa laitoshoitojaksoa asiakasta kohden viime vuoden aikana. Kolmen viime vuoden aikana Olarinluoman vastaanottokodin asiakkaista oli ollut kuntouttavassa laitoshoidossa lähes puolet eli 15 henkilöä. Yhteensä heillä oli kolmen viime vuoden aikana 96 hoitojaksoa. Yli kymmenen hoitojaksoa oli kolmella henkilöllä. Hoitojaksoja heillä oli yhteensä 38 hoitojaksoa, mikä on vajaa puolet kaikista Olarinluoman vastaanottokodin asiakkaiden kuntouttavista laitoshoidosta kolmen viime vuoden aikana. Suurin osa hoitojaksoista oli katkaisuhoitoja. Katkaisuhoitojen lisäksi pidempiä laitoskuntoutuksia Olarinluoman vastaanottokodin asiakkailla oli eniten Ridasjärven kuntoutuskeskuksessa. Tämän lisäksi heillä oli kuntouttavia laitoshoitoja myös Kolmirannan hoitokodissa, Mainiemen kuntoutuskeskuksessa sekä muutamissa yksittäisissä ostopalveluina hankituissa laitospalveluissa.

Viime vuoden aikana Olarinluoman vastaanottokodin asiakkailla oli yhteensä 106 päihdehuollon asumispalvelujaksoa[51]. Nämä jaksot toteutuivat Kolmirannan hoitokodin asuntolassa ja tukiasunnoissa, Neppersin huoltokodissa ja Sepänkylän tukiasunnoissa. Näistä asumispalvelujaksoista muualla kuin Olarinluomassa toteutuneita asumispalvelujaksoja oli viime vuoden aikana kolme ja kolmen viime vuoden aikana yhdeksän. Henkilöä kohden asumispalvelujaksoja oli 3,4. Maksimimäärä asumispalvelujaksoja oli 14. Kolmen viime vuoden aikana asumispalvelujaksoja oli yhteensä 144 eli asumispalvelujaksoja oli kolmen viime vuoden aikana keskimäärin 4,6 asumispalvelujaksoa asiakasta kohden. Suurin yksittäinen määrä asumispalvelujaksoja asiakasta kohden oli kolmen viime vuoden aikana 20 asumispalvelujaksoa. Viidellä henkilöllä asumispalvelujakso oli kestänyt yli vuoden ja heistä kolmen asumispalvelujakso oli kestänyt ainakin kolme vuotta.

[51] Olarinluoman vastaanottokodin palveluihin sisältyvät tässä tarkastelussa myös Olarinluoman asumisyksikön asumispalvelut. Espoossa myös muut tukiasunnot ovat päihdehuollon asumispalvelun alaisia, mutta niitä ei ole sisällytetty tähän tarkasteluun. Olarinluoman vastaanottokodin asiakkaiden asumispalveluiden käyttöä tarkasteltaessa on myös huomioitava, etteivät asiakkaiden kaikki lyhytaikaiset poistumiset vastaanottokodista välttämättä näy käytössämme olevasta aineistossa, jonka vuoksi tiedot eivät ole vertailukelpoisia käytössämme olleiden Vantaan Koisorannan palvelukeskuksen vuorokausikohtaisten tilastojen kanssa.

5.2.3 Vantaa

Vantaan Koisorannan palvelukeskuksen asunnottomista päihdehuollon kuntouttavissa laitoshoidoissa oli ollut viime vuoden aikana hieman yli kolmasosa (14 henkilöä). Käyntejä niissä heillä oli yhteensä 38 kertaa. Tämä merkitsee keskimäärin yhtä käyntikertaa asiakasta kohden. Kolmen viime vuoden aikana kuntouttavassa laitoshoidossa oli ollut hieman yli puolet eli 20 henkilöä. Heillä kuntouttavan laitoshoidon käyntikertoja oli yhteensä 99. Kuntouttavan laitoshoidon hoitojaksot jakautuvat Koisorannan palvelukeskuksen asunnottomien kesken varsin epätasaisesti ja 40 prosenttia kuntouttavista laitoshoitojaksoista keskittyi yhdelle henkilölle.

Suurin osa Koisorannan asiakkaiden kuntouttavista laitoshoitojaksoista oli Vantaan kaupungin katkaisuhoitoasemalla toteutettuja katkaisuhoitoja ja intervallihoitoja. Katkaisuhoitojen lisäksi vantaalaisilla oli eniten kuntouttavan laitoshoidon hoitojaksoja Ridasjärven kuntoutuskeskuksessa. Tämän lisäksi hoitojaksoja oli myös Mainiemessä, Kalliolan klinikoiden Nurmijärven yksikössä ja Kankaanpään A-kodissa.

Vantaalla kaupungin omaa päihdehuollon asumispalvelua tarjoaa Koisorannan palvelukeskuksen asumispäivystys, Arvi-asunnot, sekä sen yhteydessä olevat Oraskodin ja Koisokotien asumisyksiköt[52]. Näitä asumispalvelujaksoja aineistomme Koisorannan asunnottomilla oli yhteensä 275 viime vuoden aikana. Yhtä asiakasta kohden päihdehuollon asumispalvelujaksoja oli 7,2. Kolmen viime vuoden aikana asumispalvelujaksoja oli yhteensä 477. Näistä asumispalvelujaksoista vain yksi toteutui Koisorannan palvelukeskuksen ulkopuolella. Viime vuoden aikana 21 henkilöllä eli yli puolella oli yli kolme asumispalvelujaksoa ja kolmen viime vuoden aikana 11 henkilöllä oli yli kymmenen asumispalvelujaksoa. Viime vuoden aikana suurin asumispalvelujaksojen määrä yhdellä henkilöllä oli 33 asumispalvelujaksoa, ja kolmen viime vuoden aikana 58 asumispalvelujaksoa. Koisonrannan arviointiyksikkö Arvi-asunnot avattiin heinäkuussa 2007 ja siellä asumispalvelujaksoja oli 22 asiakkaalla. Yhteensä heillä oli Arvi-asuntojen asumispalvelujaksoja 29.

5.3 Päihdehuollon polikliiniset hoitojaksot

Pääkaupunkiseudun vastaanottoyksiköiden asunnottomien keskuudessa mainintoja päihdehuollon polikliinisten palveluiden eli A-klinikoiden, nuorisoasemien, korvaus- ja

[52] Myös Vantaalla tukiasunnot ja tukikodit ovat päihdehuollon alaista asumispalvelua. Niitä ei kuitenkaan ole sisällytetty tähän tarkasteluun.

ylläpitohoidon asiakkuuksista oli viime vuoden ajalta vain 21 henkilön kohdalla. Korvaushoidossa heistä oli yksi henkilö. Lisäksi yhden henkilön kohdalla oli maininta korvaushoitoarvionnista. Kahden asiakkaan kohdalla oli maininta aikaisemmasta korvaushoidosta. Nuorisoaseman asiakkuudesta kolmen viime vuoden aikana oli maininta kahden asunnottoman kohdalla. Heistä molemmat olivat vantaalaisia. Viime vuoden aikana käyntejä nuorisoasemalla aineistosta ei ilmennyt.

Tarkkoja tietoja pääkaupunkiseudun asunnottomien vastaanottoyksiköiden asiakkaiden päihdehuollon polikliinisten hoitojen käyntikerroista oli saatavilla vain Vantaan Koisorannan palvelukeskuksen asiakkaista. Koisorannan palvelukeskuksen asiakkaista 17 henkilöä oli asioinut viime vuoden aikana A-klinikalla. Lähes kaikki aineistomme A-klinikalla viime vuoden aikana asioineista oli siis vantaalaisia. Heistä melkein kaikki (14 henkilöä) oli miehiä ja vain kolme oli naisia. Kaikki 17 viime vuoden aikana Vantaan A-klinikoilla asioineet Koisorannan asiakkaat olivat yli 30–59-vuotiaita. Vuonna 2007 Vantaan A-klinikoiden koko asiakaskunnasta keskimäärin 65 prosenttia oli miehiä ja 35 prosenttia oli naisia. Heistä enemmistö, noin 75 prosenttia oli iältään 30–60-vuotiaita[53]. Koisorannan palvelukeskuksen asunnottomista A-klinikoilla asioineiden sukupuoli- ja ikäjakauma noudattelee siten Vantaan A-klinikoiden asiakaskunnan profiilia.

Vantaalla A-klinikka näyttää tavoittavan suhteellisen hyvin vastaanottoyksiköiden asiakkaita verrattuna muihin pääkaupunkiseudun kuntiin, joissa mainintoja A-klinikoiden asiakkuudesta viime vuoden aikana oli sosiaalitoimen tietojärjestelmässä vain neljällä asiakkaalla. Todellisuudessa Espoossa ja Helsingissä A-klinikoilla asioivien asiakkaiden osuus voi olla suurempi, mutta tieto ei ilmennyt käytössä olleesta aineistosta. Tämä voi johtua osittain siitä, että A-klinikat siirtyivät käyttämään päihdehuollon Effica-tietojärjestelmää vuonna 2008[54]. Yleisesti on kuitenkin tiedossa, että A-klinikoiden palvelut eivät tavoita heikoimmassa ja syrjäytyneimmässä asemassa päihdehuollon avohoitopalvelujen tarpeessa olevia henkilöitä. Syynä tähän on pidetty muun muassa A-klinikoiden toimintakäytäntöjä, jotka edellyttävät asiakkailta kykyä asioida päihteettömänä etukäteen sovitulla ajanvarauksella[55]. Myös tuoreessa A-klinikoiden ja nuorisoasemien

---

[53] Akva -hanke: Selvitys pääkaupunkiseudun A-klinikka- ja nuorisoasemapalvelujen asiakasprofiileista. Hankkeen tulokset http://www.socca.fi/aineistot/Akva-hankkeen_esittely.pdf. 20.5.2009

[54] Tätä ennen A-klinikoilla oli käytössään sosiaalitoimen asiakastietojärjestelmä (ATJ).

[55] Ks. esim. Söderholm, Satu (2007) Pääkaupunkiseudun päihdehuoltojärjestelmä 2000 -luvulla -tilastollista tarkastelua. Pääkaupunkiseudun päihdehuollon kehittämishanke. Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus SOCCA. Työpapereita 1:2007. Verkkojulkaisu, www.socca.fi.

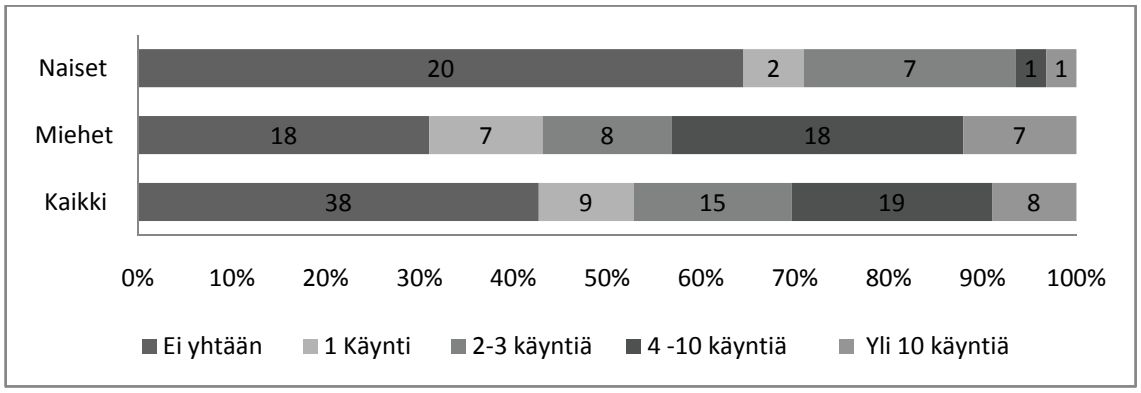
työntekijöiden näkemyksiä kartoittavassa selvityksessä, jossa tarkasteltiin A-klinikoiden asiakasprofiileja, käy ilmi syrjäytyneimpien (A-klinikat) ja asunnottomien, kovia huumeita käyttävien nuorten (nuorisoasemat) jääminen näiden avohoitopalvelujen ulkopuolelle. Tarve matalamman kynnyksen palveluille, jotka tavoittaisivat nämä asiakkaat, on siis suuri.[56]

5.4 Selviämishoitoasemakäynnit Helsingissä ja Espoossa

Selviämishoitoasema on tarkoitettu erilaisten päihteiden käyttäjien lyhytaikaista toipumista varten. Terveyskeskuspäivystys, poliklinikat ja poliisi voivat siirtää potilaita ja asiakkaita seurantaan selviämishoitoasemalle tilanteissa, joissa päihtymys estää hoidon tai kun säilytykseen poliisin suojissa liittyy jokin riski. Pääkaupungin kunnista vain Helsingillä ja Espoolla on omat selviämishoitoasemansa. Tämän vuoksi Vantaa ei sisälly tämän palvelun käyntimäärien tarkasteluun. Tiedot Helsingin selviämishoitoasemalla käynneistä perustuvat terveydenhuollon potilastietojärjestelmään ja niitä tarkastellaan kolmen viime vuoden ajalta. Espoon selviämishoitoasemalla käyntimäärät perustuvat sosiaali- ja terveystoimen tietojärjestelmästä kerättyihin tietoihin. Espoon selviämishoitoasema avattiin marraskuussa 2007, joten käyntejä on tarkasteltu aseman aukeamisesta lukien otantapäiviin asti.

Helsingin vastaanottoyksiköiden asunnottomista selviämishoitoasemalla oli asioinut tarkastelun ajankohtana hieman yli puolet eli 51 henkilöä (57 %). Heistä 40 oli miehiä ja 11 oli naisia. Kaikkiaan käyntikertoja selviämishoitoasemalla oli 295 kolmen viime vuoden aikana. Huomattavaa on, että enemmistö selviämishoitoasemalla olleista oli ollut päihtymystilan vuoksi siellä vähintään neljä kertaa. Kahdeksalla asiakkaalla käyntikertoja oli yli kymmenen. Heistä seitsemän oli miehiä ja yksi oli nainen.

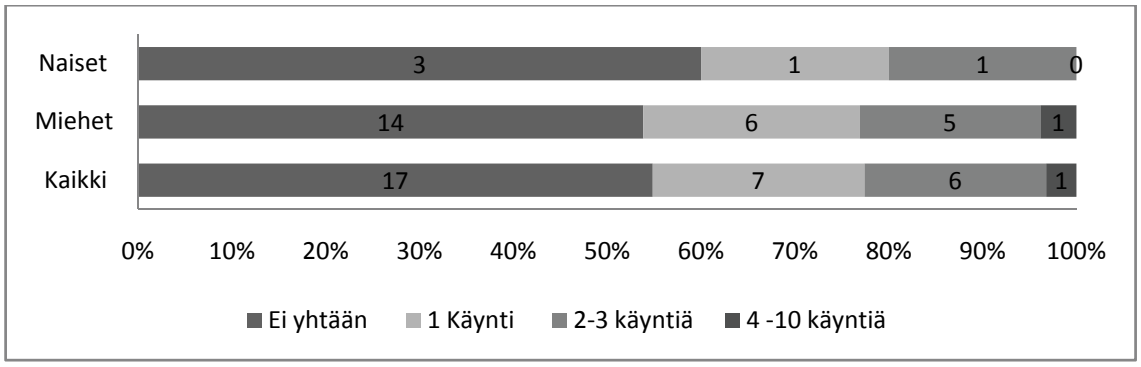
Kuva 27. Selviämishoitoasemakäyntimäärät Helsingissä (N=89)



[56] Akva-hanke. (www.socca.fi)

Olarinluoman vastaanottokodin asiakkaista 14 eli vajaa puolet (45 %) oli asioinut selviämisasemalla sen aukeamisen jälkeen (marraskuu 2007). Heistä 12 oli miehiä ja kaksi oli naisia. Selviämishoitoasemakäyntejä heillä oli yhteensä 36, mutta seitsemällä heistä oli vain yksi asiointikerta ja yhdellä henkilöllä käyntejä oli 15. Tämä on 42 prosenttia kaikista vastaanottokodin asiakkaiden selviämishoitoasemakäynneistä. Miehillä ja naisilla käyntejä oli suurin piirtein yhtä paljon.

Kuva 28. Selviämishoitoasemakäyntimäärät Espoossa (N=31)



6 Terveydentila ja sairastavuus

Asunnottomien terveydentilaa on Suomessa tutkittu hyvin vähän. Ruotsalaisista ja tanskalaisista selvityksistä tiedetään, että asunnottomuuteen liittyy suuri sairastavuus ja lisääntynyt kuolleisuus.[57] Asunnottomien keskuudessa etenkin riippuvuus-, maksa-, ja ihosairauksiin sekä psykiatrisiin häiriöihin, neuropatioihin ja tartuntatauteihin liittyvä sairastavuus on korkeampi.[58] Vuonna 2000 Tukholmassa tehdyssä kliinisessä tutkimuksessa todettiin, että valtaosalla 35:stä tutkimukseen osallistuneesta asunnottomasta oli riippuvuussairaus[59]. Lähes puolella heistä oli hepatiitti ja samoin lähes puolella todettiin todennäköinen psykiatrinen häiriö.

Tämän tarkastelun mukaan asunnottomilla yleisimmin esiintyviä sairaudet ovat päihde- ja mielenterveysongelmat, tartuntataudit ja traumat. Sairastavuuden mittarina olemme käyttäneet sairauksien prevalenssia eli kerromme, mitkä sairaudet asunnottomilla on ollut todettavissa potilasasiakirjoihin viimeksi kirjatun toteutuneen lääkärikäynnin yhteydessä. Akuuttien sairauksien lisäksi olemme ottaneet huomioon myös ne pitkäaikaiset sairaudet, jotka sairauskertomuksesta ilmenevät ja ovat edelleen ajankohtaisia, mutta joita ei välttämättä mainita viime lääkärikäynnin yhteydessä.[60] Diagnooseiksi olemme laskeneet vain lääkäreiden mainitsemat sairaudet. Todetut diagnoosit on luokiteltu ICD-10 luokitusjärjestelmän mukaan.[61]

---

[57] Beijer, Ulla (2007) Mortality, mental disorders and addiction: A 5-year follow-up of 82 homeless men in Stockholm. Nordic Journal of Psychiatry 61 (5), 363–368; Nordentoft, Merete (2003) 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. BMJ. 2003 Jul 12;327(7406):81

[58] Salzize HJ, Dillmann-Lange C, Stern G, Kentner-Figura B, Stamm k, Rössler W, Henn Fl (2002) Alcoholism and somatic comorbidity among homeless people in Mannheim, Germany. Addiction 2002, Dec 97(12):1593-600.

[59] Halldin Jan et al (2001) En klinisk pilotstudie av 35 hemlösa i Stockholm.

[60] Esimerkiksi krooniset infektiot, kuten C-hepatiitti tai muut pitkäaikaiset sairaudet, kuten diabetes, astma tai reumaattiset sairaudet on otettu huomioon myös vanhemmista merkinnöistä.

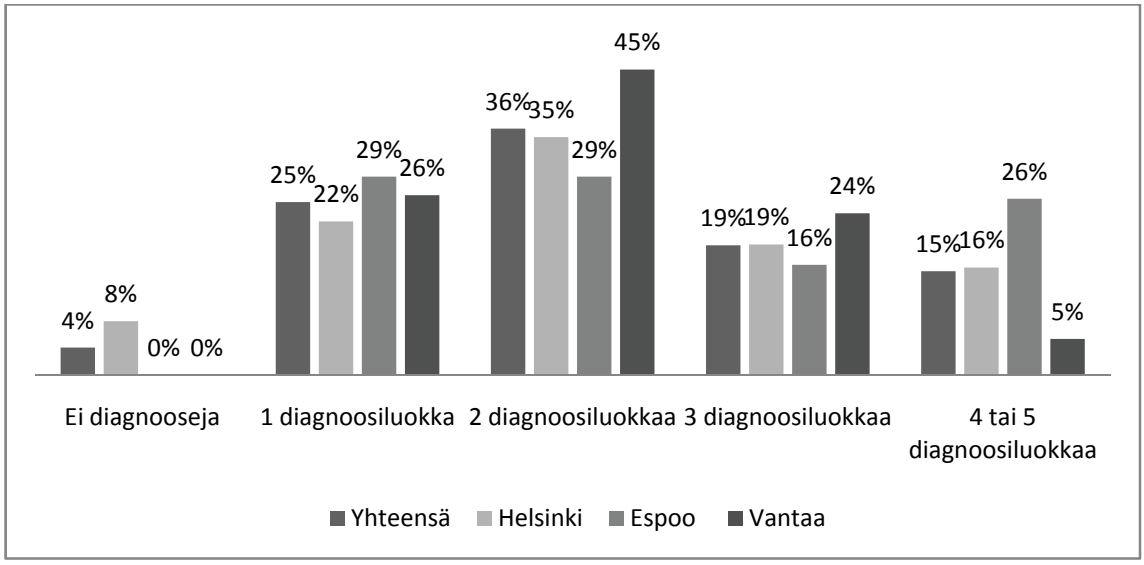
[61] Perusterveydenhuollossa ei aina käytetä ICD-10 luokituksen mukaisia diagnoosikoodeja, joten potilaskertomuksista on poimittu tekstiin kirjatut sairaudet, jotka olemme kääntäneet parhaan tulkintamme mukaan diagnoosikoodeiksi. Esimerkiksi jos potilaskertomuksessa on lukenut ”verenpainetautia sairastava mies” tarkoittaa se ICD-10 luokan koodia I10 eli verenpainetautia, joka kuuluu ryhmään verenkiertoelinten sairaudet.

Taulukko 18. Sairauksien esiintyvyys asunnottomilla ICD-10 luokkien mukaan

	Koko aineisto (N=158)	Helsinki (N=89)	Espoo (N=31)	Vantaa (N=38)
A ja B, tartunta- ja loistaudit	30 (19 %)	22 (25 %)	2 (6 %)	6 (16 %)
C, kasvaimet	3 (2 %)	2 (2 %)	1 (3 %)	0 (0)
D, veritaudit	3 (2 %)	2 (2 %)	0 (0)	1 (3 %)
E, umpieritys- ja aineen-vaihdunta-sairaudet	14 (9 %)	10 (11 %)	2 (6 %)	2 (5 %)
F, mielenterveyden häiriöt	141 (89 %)	73 (82 %)	30 (97 %)	38 (100 %)
(F1, päihdeongelmat)	129 (82 %)	62 (70 %)	29 (94 %)	38 (100 %)
G, hermoston sairaudet	16 (10 %)	7 (8 %)	7 (23 %)	2 (5 %)
H, silmä- ja korvasairaudet	3 (2 %)	1 (1 %)	2 (6 %)	0 (0)
I, verenkiertoelinten sairaudet	25 (16 %)	13 (15 %)	8 (26 %)	4 (11 %)
J, hengityselinten sairaudet	22 (14 %)	12 (13 %)	4 (13 %)	6 (16 %)
K, ruuansulatuselin-ten sairaudet	9 (6 %)	5 (6 %)	3 (10 %)	1 (3 %)
L, ihosairaudet	16 (10 %)	8 (9 %)	1 (3 %)	7 (18 %)
M, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	21 (13 %)	12 (13 %)	5 (16 %)	4 (11 %)
N, virtsa- ja sukupuolielinten sairaudet	6 (4 %)	5 (6 %)	0 (0)	1 (3 %)
S ja T, vammat ja myrkytykset	36 (23 %)	21 (24 %)	8 (26 %)	7 (18 %)

Suurella osalla asunnottomista on useita samanaikaisia diagnooseja, jotka voivat olla samasta diagnoosiluokasta tai eri diagnoosiluokista. Yhdellä henkilöllä voi olla kaksi samanaikaista mielenterveyden häiriöiden diagnoosiluokkaan kuuluvaa tautia, kuten masennusta ja skitsofreniaa ja lisäksi hengityselinten sairauksien diagnoosiluokkaan kuuluva tauti, esimerkiksi astma. Valtaosalla eli 61 prosentilla asunnottomista, on yhteen tai kahteen diagnoosiluokkaan kuuluvia sairauksia. 35 prosentilla asunnottomista on ainakin kolmeen eri diagnoosiluokkaan kuuluvia sairauksia.

Kuva 29. Asunnottomien sairastavuus diagnoosiluokkien määrän mukaan



Ainoastaan seitsemällä henkilöllä ei ollut yhtään diagnoosia potilasrekisteritietojen mukaan. Heistä kuusi kuului siihen ryhmään, jotka yöpyivät vastaanottoyksikössä, mutta joilla ei ollut minkäänlaista merkintää perusterveydenhuollon rekisteritiedoissa.

Yleisimmät diagnoosit ovat mielenterveyden häiriöihin (ICD-10 luokka F) kuuluvat diagnoosit. Tähän ryhmään kuuluvia diagnooseja on 89 prosentilla asunnottomista. Mielenterveyden häiriöihin kuuluvat sekä perinteiset mielenterveysongelmat, kuten masennus- ja ahdistuneisuusongelmat (F3 ja F4) ja psykoosisairaudet (F2), mutta myös päihdeongelmat (F1), elimelliset aivo-oireyhtymät (F0), kuten aivovamman aiheuttamat muistihäiriöt, käytöshäiriöt (F9) ja persoonallisuushäiriöt (F6). Taulukossa 18 esitetyt päihdeongelmat ovat siis F1 ryhmään kuuluvia ongelmia, jotka on sisällytetty myös mielenterveyden häiriöihin. Mielenterveyden häiriöihin palataan luvussa 7.

Mielenterveyden häiriöiden jälkeen yleisimmin esiintyviä sairauksia ovat vammat ja myrkytykset, ICD-10 luokat T ja S. Asunnottomista 23 prosentilla oli viime lääkärikäynnin yhteydessä jokin vamma tai myrkytystila. Vammat olivat haavoja, yliannostuksia, murtumia, pahoinpitelyjä, nivelten sijoiltaan menoja ja hypotermioita. Luvussa 8.3 kuvataan tarkemmin mitkä vammat ja traumat liittyvät asunnottomuuteen.

Tartunta- ja loistauteja (ICD-10 luokat A ja B) oli 19 prosentilla asunnottomista. Tässä luokassa esiintyvät infektiot ovat kroonisia infektioita, kuten C- ja B -hepatiitteja, ihon ruusuinfektioita, kirppuja ja täitä, vatsatauteja (gastroenteriitiittejä) ja syyliä. Tartuntataudit on kuvattu tarkemmin luvussa 8.

ICD-10 luokkaan I kuuluvia verenkiertoelinten sairauksia oli 16 prosentilla (25 henkilöllä). Heistä 22 oli verenpainetautipotilaita ja muutamalla oli verenpainetaudin lisäksi joko krooninen eteisvärinä, sepelvaltimotauti tai sydämen vajaatoiminta. Kolmella henkilöllä ei ollut verenpainetautidiagnoosia, vaan ainoastaan sepelvaltimotautia, eteisvärinää tai aivoverenkiertohäiriön diagnooseja.

Hengityselinten sairauksia (ICD-10 luokka J) oli 14 prosentilla asunnottomista. Tässä ryhmässä esiintyy sekä kroonisia keuhkosairauksia, kuten astmaa ja keuhkoahtaumatauteja että akuutteja hengitystieinfektioita, kuten keuhkoputkentulehduksia, nielurisatulehduksia ja keuhkokuumeita.

Tuki- ja liikuntaelinsairauksia (ICD-10 luokka M) oli 13 prosentilla asunnottomista. Näitä sairauksia ovat nivelrikot, niskan, selän ja raajojen kiputilat, krooniset nivelvaivat ja rangan

juuriaukkoahtaumat. Aineistomme asunnottomasta kymmenellä prosentilla oli hermoston sairauksia (IDC-10 luokka G). Näitä ovat halvausoireet, epilepsia, ääreishermovauriot, aivotulehduksen jälkitilat, pikkuaivojen surkastumiset sekä hapenpuutteen ja alkoholin aiheuttamat aivojen toimintahäiriöt (enkefalopatiat) ja dementoitumiset.

Ihosairauksia (ICD-10 luokka L) oli kymmenellä prosentilla asunnottomista viime lääkärikäynnin yhteydessä. Näitä ovat erilaiset ihottumat, psoriasis, ihon tulehdukset ja paiseet. Iho-ongelmat pahenevat usein päihteiden käytön ja huonon hygieniatason takia, minkä vuoksi ne ovat yleisiä asunnottomilla (ks. luku 8.2).

ICD-10 luokkaan E kuuluvia umpieritys- ja aineenvaihduntasairauksia oli yhdeksällä prosentilla asunnottomista. Tähän luokkaan kuuluvat diabetes, kilpirauhasen toimintahäiriöt ja rasvan aineenvaihduntahäiriöt. Ruoansulatuselinten sairauksia (ICD-10 luokka K) oli kuudella prosentilla asunnottomista. Tähän luokkaan kuuluvat maksan vajaatoiminta ja kirroosi, ruokatorven sairaudet, haimatulehdukset, suoliston krooniset tulehdussairaudet ja sappikivitauti.

Neljällä prosentilla esiintyi virtsa- ja sukupuolielinten sairauksia, joihin kuuluvat munuaisten vajaatoiminta ja virtsajohtimen ahtautuma (uretrastriktuura), emätintulehdus, virtsan pidättämisongelma ja impotenssi. Silmä- ja korvasairauksia (kuulon alenemat ja silmätulehdukset) sekä veritauteja oli kahdella prosentilla.

Esitetyt sairauksien esiintyvyysluvut pohjautuvat perusterveydenhuollon potilasasiakirjoihin ja näin ollen luvut ovat riippuvaisia siitä, mitä perusterveydenhuollossa on asunnottomilta tutkittu ja kirjattu. Luvut olisivat todennäköisesti erilaiset, mikäli olisimme keränneet tiedot perusteellisella kliinisellä tutkimuksella, sillä perusterveydenhuollossa ei aina ole tarkoituksenmukaista selvittää kaikkia sairauksia perusteellisesti etenkään akuuttiajalla tai päivystyksessä.

7 Päihde- ja mielenterveysongelmat

Kuten aikaisemmin on todettu, mielenterveyden häiriöihin kuuluvat diagnoosit ovat yleisemmin esiintyvät diagnoosit asunnottomilla, ja mielenterveysongelmat muodostavat tavallisimman syyn hakeutua lääkärin vastaanotolle. Mielenterveydenhäiriöihin kuuluvia diagnooseja oli aineistossamme 141 henkilöllä (89 %). Mielenterveyden häiriöt - diagnoosiluokka sisältää kuitenkin varsin erilaisia sairauksia. Joillakin aineistomme asunnottomista on lievä masennus tai päihteiden ongelmakäyttöä ilman vakavampia

liitännäissairauksia, kun taas toisilla on vaikea skitsofrenia. Tässä luvussa tarkastelemme lähemmin asunnottomilla esiintyviä mielenterveyden häiriöitä.

Mielenterveyden häiriöitä esiintyy usein useampia samaan aikaan. Jos mielenterveysongelmat jaetaan seuraaviin viiteen ryhmään: 1) päihdeongelmat (F1), 2) mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt (F3 ja F4), 3) psykoottiset häiriöt (F2), 4) persoonallisuushäiriöt (F6) ja 5) elimelliset aivo-oireyhtymät (F0) ja käytöshäiriöt (F9) nähdään, että asunnottomista 51 henkilöllä (28 %) on diagnooseja ainakin kahdesta eri ryhmästä, esimerkiksi masennus ja alkoholiriippuvuus.

Taulukko 19. Mielenterveydenhäiriödiagnoosien määrä

	Lukumäärä	%
0 diagnoosia	17	11
1 diagnoosi	90	57
2 diagnoosia	42	27
3 diagnoosia	9	6

Yleisimmät mielenterveyden häiriöiden diagnooseista asunnottomilla ovat päihdeongelmat (ICD-10 luokka F1). Aineistomme asunnottomista 129 henkilöllä (82 %) oli päihdeongelma. Päihdeongelmaan kuuluu haitallinen käyttö, riippuvuusoireyhtymä, vieroitusoireet, päihteiden aiheuttamat psykoottiset häiriöt ja päihteiden aiheuttamat muistiongelmat.

Taulukko 20. Mielenterveysongelmien esiintyvyys

	Mielen-terveyden häiriöt	**Päihde-ongelmat**	**Mieliala- ja ahdis-tuneisuus-häiriöt**	**Psykoo-sisairau-det**	**Persoo-nallisuus-häiriöt**	**Elimelliset aivo-oireyhtymät ja käytöshäiriöt**
Yhteensä (N=158)	141 (89 %)	129 (82 %)	31 (20 %)	19 (12 %)	15 (9 %)	7 (4 %)
Helsinki (N=89)	73 (82 %)	62 (70 %)	10 (11 %)	15 (17 %)	5 (6 %)	2 (2 %)
Espoo (N=31)	29 (94 %)	29 (94 %)	8 (26 %)	3 (10 %	8 (26 %)	3 (10 %)
Vantaa (N=38)	38 (100)	38 (100%)	13 (34 %)	1 (3 %)	2 (5 %)	2 (5 %)

Päihdeongelmien jälkeen toiseksi yleisin mielenterveysongelma on mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt (ICD-10 luokat F3 ja F4). Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriö oli todettu 20 prosentilla asunnottomista. Mielialahäiriöitä ovat masennukset ja kaksisuuntaiset mielialahäiriöt (maanisdepressiivisyys tai bipolaarihäiriö) ja ahdistuneisuushäiriöihin

kuuluvat paniikkihäiriö, yleistynyt ahdistuneisuus ja fobiat. Päihdeongelmaiselle näiden häiriöiden diagnosointi on kuitenkin vaikeaa, koska oireet sekoittuvat usein päihteiden vieroitusoireisiin, minkä vuoksi voi tapahtua sekä yli- että alidiagnosointia.

Aineistomme asunnottomista 19 henkilöllä (12 %) on todettu psykoottinen häiriö (ICD-10 luokka F2), joihin kuuluvat skitsofrenia, harhaluuloisuushäiriöt, ohimenevät psykoosit ja määrittämättömät psykoosit. Persoonallisuushäiriöstä maininta oli 15 henkilön kohdalla. Persoonallisuushäiriöiden esiintyvyyden väestössä yleensä on arvioitu olevan noin 10 prosenttia (vaihteluväli 4.4–15.0 tutkimuksesta riippuen)[62]. Aikaisemmista tutkimuksista tiedetään myös, että päihdeongelmaisilla esiintyy enemmän persoonallisuushäiriöitä kuin väestössä yleensä, joten on oletettavissa, että tosiasiallinen prosentuaalinen osuus tutkittujen joukossa on suurempi kuin yhdeksän prosenttia[63]. Diagnoosin asettaminen edellyttää kuitenkin yleensä psykiatrian erikoislääkärin tutkimusta, eikä persoonallisuushäiriödiagnoosia juuri perusterveydenhuollossa tehdä.

Elimellisiä aivo-oireyhtymiä tai käytöshäiriötä esiintyi aineistomme asunnottomista seitsemällä henkilöllä (4 %). Tähän ryhmään sisältyvät ICD-10 luokkiin F0 ja F9 kuuluvat sairaudet. Näitä sairauksia ovat aivovammojen ja -vaurioiden jälkitilat, dementiat ja tarkkaavaisuuden häiriöt, kuten ADHD. Näiden esiintyvyyslukuihin liittyy samanlainen ongelma kuin persoonallisuushäiriöidenkin kohdalla, eli hyvin harvoille päihdeongelmaiselle on perusterveydenhuollossa tehty perusteelliset psykologiset tutkimukset, joiden avulla olisi mahdollista selvittää lievemmät dementiat tai käytöshäiriöt. Todennäköisesti näiden häiriöiden esiintyvyys on todellisuudessa paljon suurempi.

7.1 Päihdeongelmat

7.1.1 Päihdeongelman esiintyvyys

Rekisteriaineiston perusteella 129 henkilöllä (82 %) oli määritelmämme mukaan päihdeongelma. Diagnoosien määrittelyssä ja laskemisessa päihdeongelmat olivat meille haastavin ryhmä. Päihdeongelma on arkaluontoinen aihe, eivätkä potilaat itse tuo sitä useinkaan esiin vastaanotolla. Samoin lääkärit vaikuttavat olevan varovaisia kirjaamaan päihdediagnooseja potilasrekistereihin. Niistä saattaa löytää viitteitä päihdeongelmaan,

---

[62] Epävakaa persoonallisuus, Käypä hoito 24.2.2008, Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä http://www.kaypahoito.fi/

[63] Lönnqvist Jouko, Heikkinen Matti, Henriksson Markus, Marttunen Mauri ja Partonen Timo (toim.). Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim 2001, s. 368 ja s. 411

kuten ”alkoholille tuoksahteleva” tai ”itse kieltää päihdeongelman”, mutta varsinaista diagnoosia ei ole tehty. Tässä analyysissa olemme käyttäneet päihdeongelman määrittelynä rekisterissä ilmeneviä päihdediagnooseja ja mainintoja riippuvuudesta sekä selkeitä viittauksia, kuten ”alkoholisti”, ”alkoholin ammattilainen”, ”alkoholiongelmainen”, ”huumeiden ongelmakäyttöä” ja niin edelleen. Tulkinnanvaraisimpia viittauksia, kuten yllä mainittua ”alkoholille tuoksahteleva”, emme ole laskeneet päihdeongelmaksi. Lisäksi perusterveydenhuollon potilasrekisteritietoja on verrattu sosiaalihuollon rekistereihin, ja jos niissä on ollut merkintöjä ohjauksesta/hakeutumisesta laitoskatkaisuihin tai päihdekuntoutukseen, tai henkilöillä on ollut käyntejä selviämishoitoasemalla päihtyneenä, hänellä on määritelmämme mukaan päihdeongelma.

Haastateltujen osalta pyrimme eri tavoin arvioimaan päihdeongelmien yleisyyttä ja riippuvuuden vaikeusastetta. Pyrimme mittaamaan haastateltujen päihderiippuvuuden vaikeusastetta heidän mainitsemastaan pääpäihteestä SDS-kyselyn (Severity of dependency) avulla. Kysymyksiin vastaaminen oli kuitenkin monille liian vaikeaa, ja kysely jätettiin tämän vuoksi heidän kohdallaan kesken tai kokonaan tekemättä. Kysely tehtiin loppuun niille 19 henkilölle, jotka olivat käyttäneet päihteitä edeltävien 30 vuorokauden aikana tai jotka kokivat itse olevansa päihderiippuvaisia ja ymmärsivät kysymykset. Näistä kyselyyn vastanneista 12 (63 %) sai arvoksi yli neljä pistettä eli riippuvuuteen viittaavat pisteet.

Haastattelemistamme 36 asunnottomasta 30 oli rekisteritietojen mukaan päihdeongelmaisia. 18 oli subjektiivisesti riippuvaisia, eli he vastasivat myönteisesti kysymykseen, ovatko he päihderiippuvaisia. Haastatteluissa asunnottomat kuvasivat itse päihteiden käyttöään näin:

”Se on rahakysymys se juopottelu, sunnuntaisin jää usein ottamatta... Aamulla kun herää niin kyllä se viina on ensimmäisenä mielessä, että kyllä se käyttö aika hallitsematonta on.” (M10)

”Kuuluu jokapäiväiseen elämään, josta nauttii yht’ lailla kun kahvistakin.” (M4)

”Oon tuurijuoppo, juon välillä viikon putkia ja välillä tissuttelen. Juodessa menee paljon, noin kaks pulloa viinaa päivässä. Nyt tissuttelen enkä pysty lopettamaan ilman apua. Henkinen kunto mulla menee alaspäin.” (M5)

Haastattelujen yhteydessä tehdyn lääkärin kliinisen tutkimuksen mukaan 29 henkilöllä (81 %) oli selkeä päihdeongelma. Subjektiivinen riippuvuus oli harvemmalla. Tutkimushetkellä 11 henkilöä 36:sta (31 %) oli kliinisesti päihtyneitä, tai heillä oli alkoholia uloshengityksessä alkometrillä mitattuna.

Taulukko 21. Eri mittareilla saadut tulokset päihdeongelman esiintyvyydestä

Olivat haastattelussa itse sitä mieltä, että ovat riippuvaisia päihteistä (muu kun nikotiini)	18/36 (50 %)
Saivat SDS-kyselyssä yli 4 pistettä	12/19 (63 %)
Saivat SDS-kyselystä yli 4 pistettä tai kokivat olevansa päihderiippuvaisia	20/36 (56 %)
Olivat kliinisen tutkimuksen perusteella päihdeongelmaisia	29/36 (81 %)
Olivat rekisterianalyysin mukaan päihdeongelmaisia	30/36 (83 %)

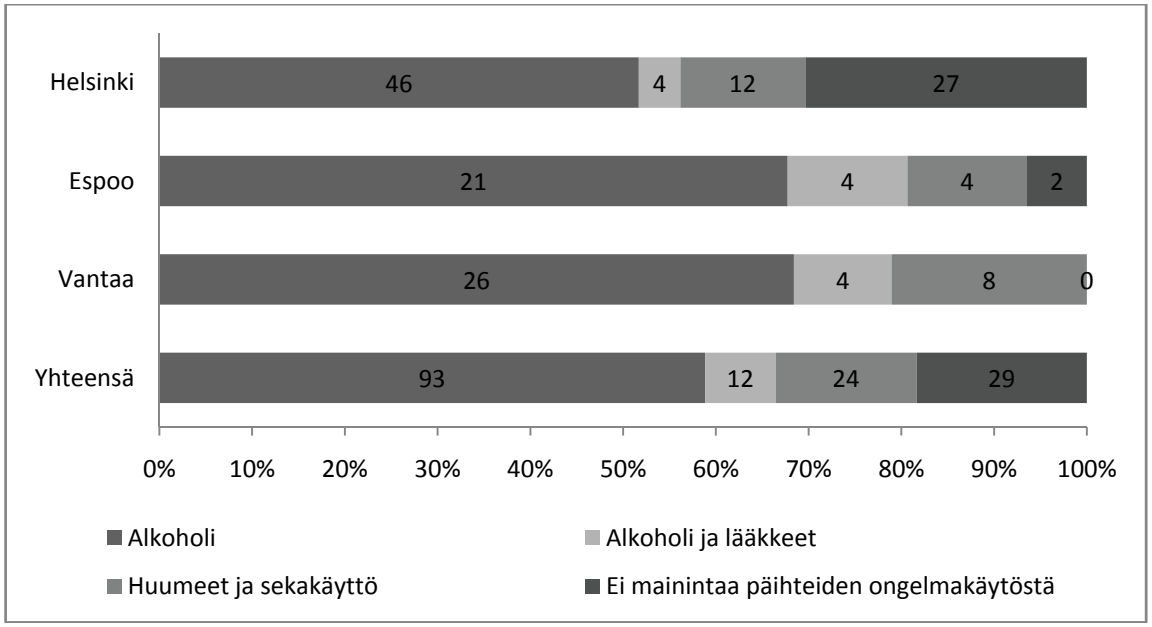
Haastatelluista henkilöistä 17 (47 %) kuului joukkoon, jolla oli sekä omasta mielestä, rekisteriaineiston perusteella että kliinisen tutkimuksen mukaan päihdeongelma. Ainoastaan kolmella ei ollut yhdenkään kriteerin mukaan päihdeongelmaa, eivätkä he siis suurella todennäköisyydellä olleet päihdeongelmaisia. Nämä kolme olivat kaikki Myllypadontien asumisyksikössä haastateltuja naisia.

7.1.2 Käytetyt päihteet

Tarkastelussa olemme jakaneet päihteiden ongelmakäytön neljään ryhmään, joita ovat alkoholi, alkoholi ja lääkkeet, huumeet ja sekakäyttö sekä ei mainintaa ongelmakäytöstä. Kriteerinä on ollut perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon rekisteritiedoista löydetty maininta ongelmakäytöstä, eli satunnaisia huumekokeiluja ei ole laskettu mukaan. Ryhmään alkoholi ja lääkkeet kuuluu alkoholin lisäksi bentsodiatsepiinejä sisältävien rauhoittavien lääkkeiden ja nukahtamislääkkeiden käyttö (ICD-10 luokkaan F13 kuuluvat diagnoosit). Heikkoja opiaatteja sisältävien vahvojen kipulääkkeiden ongelmakäyttö on laskettu ryhmään huumeet ja sekakäyttö.

Pääkaupunkiseudun vastaanottoyksiköiden asunnottomista valtaosa (59 %) käyttää päihteenä ainoastaan alkoholia. Asunnottomista 15 prosentilla esiintyy huumeiden ongelmakäyttöä. Alkoholi- ja lääkeongelma on kahdeksalla prosentilla asunnottomista ja 18 prosentilla ei ole mitään mainintaan päihteiden ongelmakäytöstä.

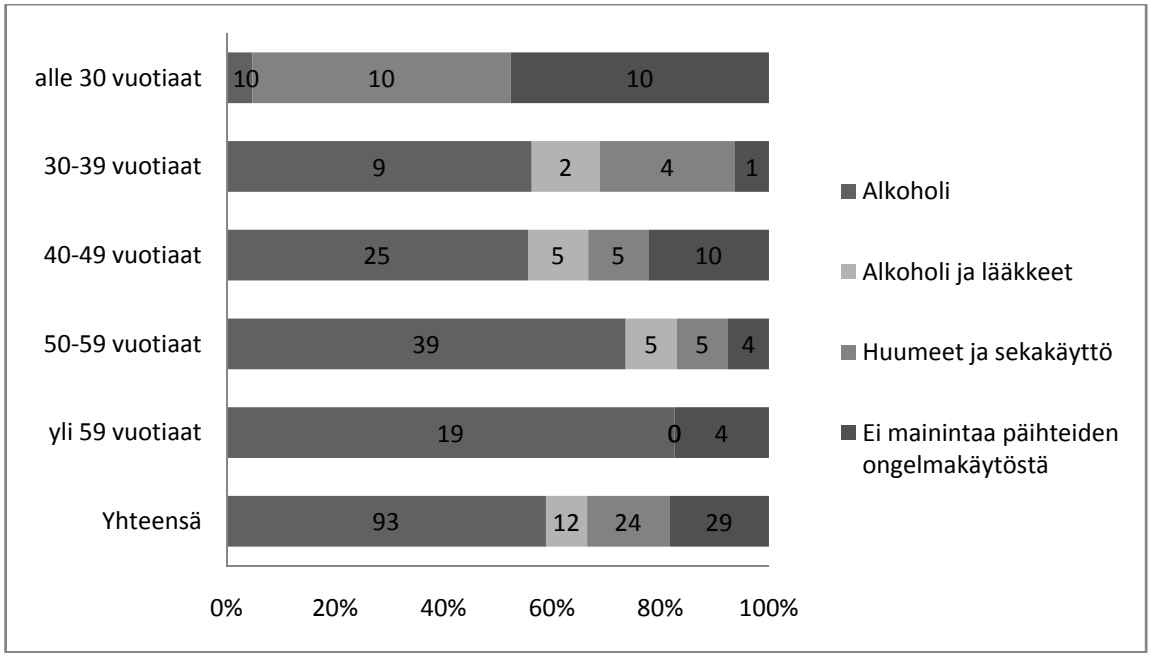
Kuva 30. Päihteiden ongelmakäyttö pääkaupunkiseudun kuntien vastaanottoyksiköissä



Kaikilla otannassamme mukana olevilla vantaalaisilla oli potilasasiakirjoissa maininta jostain päihdeongelmasta. Tämä kuitenkin johtuu todennäköisimmin Koisorannan palvelukeskuksen toiminnan profiloitumisesta kuin siitä, että se olisi vantaalaisille asunnottomille ominainen piirre. Koska sekä Vantaan että Espoon yksiköt ovat päihdehuollon alaisia yksiköitä, henkilökunta on herkempi puuttumaan ja toteamaan päihdeongelman. Helsinkiläisten suuren osuuden niistä, joilla ei ole lainkaan mainintaa päihdeongelmasta voidaan tulkita johtuvan Myllypadontien asumisyksikön kriisimajoitusluonteesta.

Eri ikäryhmät käyttävät päihteitä eri tavoin. Huumeet ja sekakäyttö on yleisintä alle 30-vuotiailla. Aineistomme 21:stä alle 30-vuotiaasta asunnottomasta kymmenen (48 %) käyttää ongelmallisella tavalla huumeita. Yli 59-vuotiaiden ryhmässä ei löytynyt yhtään huumeiden käyttäjää, ja tässä ryhmässä alkoholin ongelmakäyttö oli suhteessa yleisintä (83 %).

Kuva 31. Asunnottomien päihdeongelmien yleisyys ikäryhmittäin



Nuoret eroavat päihteidenkäytön osalta olennaisesti vanhempiin sukupolviin kuuluvista asunnottomista siten, että nuoret käyttävät huumeita ja vanhemmat käyttävät alkoholia. Sukupolvien väliset erot päihteiden käytössä nousivat esiin myös haastatteluissa, joita kuvaavat seuraavat yli 50-vuotiaan ja alle 30-vuotiaan miehen näkemykset päihteistä.

"Ainoastaan kirkkaita, mä en kyl juo ku yhen pullon päivässä. Gambinassa on giniä, se rauhottaa vatsaa... ei missään nimessä huumeita, mä en noihin kuule koske." (M12)

"Aineista tulee hyvä fiilis… jos mä juon niin kossua tai olutta, mieluummin kuitenki huumeita... subut (buprenorfiini) jotenkin rauhoittaa." (M9)

Aineistomme asunnottomista 24:llä (15 %) on potilasasiakirjojen mukaan huumeongelma ja sekakäyttöä ja tässä ryhmässä valtaosalla (14/24) on monipäihderiippuvuusdiagnoosi (F19). Opiaatteja mainitaan 15 henkilön kohdalla ja lähes aina kyse on buprenorfiinista (Subutex). Yhden kohdalla mainitaan heikkoja opiaatteja sisältävin kipulääkkeiden ongelmakäyttö, kun taas heroiinia ei mainita yhdenkään kohdalla. Amfetamiini mainitaan suurin piirtein yhtä usein kuin opiaatit eli 14 henkilön kohdalla. 24 huumeongelmaisesta asunnottomasta kuuden kohdalla ei mainita niin sanottuja kovia huumeita (opiaatit ja stimulantit) lainkaan, vaan ainoastaan kannabis tai heidän kohdallaan huumeiden ongelmakäyttöä ei ole tarkennettu lainkaan. Hyvin monella huumeongelmaisella (20/24) on maininta myös alkoholin ongelmakäytöstä.

7.1.3 Päihteet ja terveyspalvelujen käyttö

Aikaisemmista tutkimuksista tiedetään, että huomattava osa päivystyksien potilaista on päihdeongelmaisia. Vuonna 2005 Peijaksen sairaalassa toteutetussa tutkimuksessa arvioitiin, että noin neljäsosa päivystyspoliklinikan potilaista on päihtyneitä tai heillä on riski tulla päihderiippuvaisiksi[64]. Luvussa 4 tarkastelimme asunnottomien terveyspalvelujen käyttöä ja totesimme, että asunnottomilla on selvästi enemmän lääkärikäyntejä kuin valtaväestöllä. Jos tarkastelemme asunnottomien lääkärikäyntejä suhteessa päihdekäyttäytymiseen, nähdään että päihdeongelmaisilla asunnottomilla on selvästi enemmän lääkärikäyntejä suhteessa niihin, joilla ei ole päihdeongelmaa.

Taulukko 22. Päihdeongelmaisten asunnottomien lääkärikäynnit ja niiden syyt vuoden aikana

		Lääkärikäynnit yhteensä	**Käynnit terveysasemilla**	**Käynnit terveyskeskus-päivystyksessä**	**Käynnit sairaala-päivystyksessä**
Alkoholiongelma	Keskiarvo	3,7	1,7	1,5	0,6
	Minimi	0	0	0	0
	Maksimi	29	18	12	9
	Lukumäärä	348	155	142	51
Alkoholi- ja lääkeongelma	Keskiarvo	8,9	4,6	3,8	0,6
	Minimi	2	1	0	0
	Maksimi	22	12	17	6
	Lukumäärä	107	55	45	7
Huume- ja sekakäyttöongelma	Keskiarvo	6,1	3,5	1,5	1,2
	Minimi	0	0	0	0
	Maksimi	27	27	7	8
	Lukumäärä	147	84	35	28
Ei mainintaa päihteiden ongelmakäytöstä	Keskiarvo	1,6	0,9	0,2	0,6
	Minimi	0	0	0	0
	Maksimi	9	9	1	7
	Lukumäärä	47	25	5	17
Yhteensä	Keskiarvo	4,1	2,0	1,4	0,7
	Minimi	0	0	0	0
	Maksimi	29	27	17	9
	Lukumäärä	649	319	227	103

[64] Kantonen, Jarmo, Niittynen, Kaisa, Mattila, Juho, Kuusela-Louhivuori, Päivi, Manninen-Kauppinen, Eila ja Pohjola-Sintonen, Sinikka (2006) Päihtyneet ja päihdeongelmaiset potilaat Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikalla. Lääkärilehti 2006;61(47):4923–4927

Eniten lääkärikäyntejä on niillä asunnottomilla, joilla on sekä alkoholi että lääkeongelma; heillä on keskimäärin 8,9 lääkärikäyntiä vuoden aikana. Tällä ryhmällä on myös eniten lääkärikäyntejä terveysasemilla (keskimäärin 4,6) ja terveyskeskuspäivystyksessä (keskimäärin 3,7). Toiseksi eniten lääkärikäyntejä on huumeidenkäyttäjillä, joilla on keskimäärin 6,1 lääkärikäyntiä viime vuoden aikana. Jos tarkastelemme terveysasemakäyntejä, näemme että pelkästään alkoholiongelmaisilla asunnottomilla on selvästi vähemmän lääkärikäyntejä verrattuna alkoholi- ja lääkeongelmaisiin tai huumeongelmaisiin asunnottomiin. Tähän vaikuttavat todennäköiset syyt ovat lääke- ja huumeongelmaisten subjektiivinen rauhoittavien lääkkeiden tarve, sekä heillä muita enemmän esiintyvät mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt (ks. taulukko 23).

Asunnottomilla, joilla ei ole päihdeongelmaa, on suurin piirtein saman verran lääkärikäyntejä terveysasemilla kuin keskivertohelsinkiläisellä. Vuonna 2007 helsinkiläiset tekivät keskimäärin 0,80 lääkärikäyntiä terveysasemalla[65] ja asunnottomat, joilla ei ole päihdeongelmaa tekivät keskimäärin 0,9 lääkärikäyntiä. Terveyskeskuspäivystyksessä helsinkiläisillä oli keskimäärin 0,2 käyntiä vuonna 2007 ja päihdeongelmattomilla asunnottomilla vielä vähemmän eli keskimäärin 0,2 lääkärikäyntiä. Vastaava luku asunnottomilla, joilla on sekä alkoholi että lääkeongelma on 3,8 eli noin 22 kertaa enemmän. Tätä voi tulkita siten, että asunnottomuus sinänsä ei lisää terveyspalvelujen käyttöä kovin paljon, mutta asunnottomuuteen usein liittyvät päihdeongelmat nostavat lääkärikäyntien määrää. Tulokset kuitenkin vääristyvät hieman siksi, että ryhmässä, jossa päihteiden ongelmakäyttöä ei ilmennyt, huomattava osa henkilöistä on viime vuoden aikana paikkakunnalle muuttaneita, eivätkä he ole ehtineet asioida terveyspalveluissa. Sairaalapäivystyskäyntejä on tällä asunnottomien ryhmällä kuitenkin selvästi enemmän kuin helsinkiläisillä keskimäärin. Tämä johtunee päihdeongelmattomien asunnottomien keskuudessa yleisemmin esiintyvistä mielenterveysongelmista ja psykiatrian päivystyskäyntien suuresta määrästä. Myös lääkärille hakeutumisen syyt vaihtelevat päihdekäyttäytymisen mukaan.

[65] Helsingin terveyskeskusvuositilastot 2007.

Taulukko 23. Päihdeongelmaisten asunnottomien lääkärikäynnit ja niiden syyt kolmen vuoden aikana.

		Alkoholi-ongelma	**Alkoholi- ja lääke-ongelma**	**Huume- ja sekakäyttö-ongelma**	**Ei mainintaa päihde-ongelmasta**	**Koko aineisto**
Mielenterveys- ja päihde-ongelmat	Keskiarvo	1,5	10,6	7,6	1,7	3,2
	Maksimi	15	25	48	14	48
	Lukumäärä	142	127	182	48	499
Tuoreet traumat	Keskiarvo	1,9	2,1	2,2	0,2	1,6
	Maksimi	15	8	8	2	15
	Lukumäärä	173	25	53	6	257
Ihotulehdukset	Keskiarvo	0,9	0,8	1,1	0,0	0,8
	Maksimi	10	4	7	1	10
	Lukumäärä	84	10	26	1	121
Muut tulehdukset	Keskiarvo	0,7	1,4	0,8	0,4	0,7
	Maksimi	10	5	3	3	10
	Lukumäärä	68	17	19	12	116
Yliannostukset	Keskiarvo	0,5	2,6	0,5	0,0	0,5
	Maksimi	15	23	3	0	23
	Lukumäärä	43	31	12	0	86
Kouristukset	Keskiarvo	0,8	0,4	0,1	0,0	0,5
	Maksimi	25	2	1	0	25
	Lukumäärä	76	5	2	0	83
Tuki- ja liikuntaelin-sairaudet	Keskiarvo	0,5	0,6	0,3	0,2	0,4
	Maksimi	6	3	2	2	6
	Lukumäärä	50	7	7	6	70
Ruoansulatus-kanavan sairaudet	Keskiarvo	0,4	1,0	0,3	0,0	0,4
	Maksimi	8	6	4	0	8
	Lukumäärä	36	12	7	0	55
Vanhojen traumojen jälkioireet	Keskiarvo	0,5	0,6	0,1	0,0	0,3
	Maksimi	11	2	2	1	11
	Lukumäärä	43	7	2	1	53
Sydän- ja verisuoni-taudit	Keskiarvo	0,2	0,5	0,0	0,0	0,2
	Maksimi	5	2	1	1	5
	Lukumäärä	20	6	1	1	28
Muut syyt	Keskiarvo	1,7	2,1	1,5	1,0	1,5
	Maksimi	16	5	9	8	16
	Lukumäärä	153	25	36	30	244

Lääke- ja huumeongelmaisilla on huomattavasti enemmän lääkärikäyntejä mielenterveys- ja päihdeongelmien vuoksi, kuin pelkästään alkoholiongelmaisilla. Alkoholi- ja lääkeongelmaisilla oli keskimäärin 10,6 lääkärikäyntiä kolmen viime vuoden aikana mielenterveys- ja päihdeongelmien vuoksi. Huumeongelmaisilla asunnottomilla oli samasta syystä keskimäärin 7,6 lääkärikäyntiä. Pelkästään alkoholiongelmaisilla oli 1,5 lääkärikäyntiä kolmen viime vuoden aikana mielenterveys- ja päihdeongelmien vuoksi, eli suurin piirtein saman verran kuin sillä asunnottomien ryhmällä, joilla ei ollut mainintaa päihdeongelmista. Näyttää siltä, että erityisesti huume- ja lääkeongelmaiset asunnottomat hakeutuvat lääkärille mielenterveys- ja päihdeongelmien vuoksi.

Lääkärikäyntejä traumojen ja ihotulehduksien vuoksi on kaikilla päihdeongelmaisilla suurin piirtein saman verran, mutta huomattavasti enemmän kuin ei-päihdeongelmaisilla asunnottomilla. Lääkärikäyntejä kouristusten vuoksi on enemmän alkoholiongelmaisilla ja alkoholi- ja lääkeongelmaisilla kuin huumeongelmaisilla tai niillä, jolla ei ole mainintaa päihdeongelmasta. Tämä johtuu siitä, että kouristukset liittyvät alkoholin vieroitusoireisiin. Lääkärikäyntejä yliannostuksien vuoksi on eniten alkoholi- ja lääkeongelmaisilla, keskimäärin 2,6 käyntiä kolmen viime vuoden aikana. Keskimäärin asunnottomilla oli 0,5 lääkärikäyntiä yliannostuksen vuoksi. Tämä saattaa johtua siitä, että riippuvuus rauhoittavista lääkkeistä liittyy lähes aina ahdistuneisuus- ja masennusongelmaan ja tämän myötä lisääntyneeseen itsetuhoisuuteen.

7.2 Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt

Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöitä on potilasrekisteritietojen mukaan 31 aineistomme asunnottomalla (20 %). Heistä valtaosalla (19 henkilöllä) oli masennusdiagnoosi, kahdella kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosi ja kymmenellä sekamuotoinen ahdistus- ja masennusongelma, paniikkihäiriö tai määrittämätön ahdistuneisuushäiriö.

Haastateltavien joukosta ainoastaan kolmella oli rekisteriaineiston perusteella mielialahäiriö. Heidän lisäkseen kaksi haastateltua kertoi, että lääkäri oli antanut heille mielialahäiriödiagnoosin, vaikka tämä ei ilmennyt rekisteritiedoista. Tarkoituksenamme oli tehdä haastattelun yhteydessä kaikille strukturoitu masennuskysely (Beckin masennusasteikko, BDI, 14 kysymyksen lyhennetty versio). Tämä kysely osoittautui kuitenkin monille vaikeaksi, ja kolmentoista haastateltavan kohdalla (36 %) se jätettiin kokonaan tekemättä. Useilla muillakin oli vaikeuksia ymmärtää kysymykset. Kyselyyn vastanneiden 23 henkilön joukosta 11:llä oli vähintään lievään masennukseen viittaavat

pisteet (5–7 pistettä) ja kuudella oli keskivaikeaan (8–15 pistettä) tai vaikeaan masennukseen (yli 16 pistettä) viittaavat pisteet. Niistä viidestä, jotka kertoivat että lääkäri oli todennut heillä masennuksen, kahdella oli masennuskyselyssä masennukseen viittaavat pisteet, kahdella niitä ei ollut ja yksi ei osannut vastata kyselyyn.

Haastattelun yhteydessä tehdyn lääkärin kliinisen tutkimuksen mukaan neljä henkilöä vaikutti keskivaikeasti tai vaikeasti masentuneelta. Näistä neljästä ainoastaan yhdellä oli rekisteritiedoissa maininta mielialahäiriöstä ja kahdella oli masennuskyselyn mukaan masennukseen viittaavat pisteet. Nämä varsin ristiriitaiset tulokset kertovat vaikeuksista diagnosoida päihdeongelmaisten mielialahäiriöitä ja strukturoitujen kyselylomakkeiden huonosta soveltavuudesta mielialahäiriöiden diagnosoinnissa asunnottomien kohdalla. Haastatteluissa tuli myös ilmi, että hyvin harva mielialahäiriöisistä asunnottomista käytti säännöllisesti lääkkeitä ja harvalla oli toimiva hoitosuhde.

”Olin juuri Tarpoilassa mistä lähdin lomille ja retkahdin juomaan. Hukkasin repun ja mielialalääkkeet, ja nyt on ollut sellaista ihmispelkoa.” (M8)

Päihteiden käytön lisäksi mielialahäiriöihin vaikuttaa myös arjen yksinäisyys ja luottamuksellisten ihmissuhteiden puute, joista monet asunnottomat kärsivät. Elämä vastaanottoyksikössä on useimmiten elämää yhteiskunnan marginaalissa. Viimesijaisiin palveluihin kuuluvaan vastaanottoyksikköön päädytään useimmiten silloin, kun tukena ei enää ole sosiaalista verkostoa, joka tarjoaisi yösijan. Kokemus yksin jäämisestä on saattanut ajan kuluessa myös rapauttaa luottamusta muihin ihmisiin. Haastatteluissa kysyimme onko haastateltavilla ketään kehen he voisivat luottaa ja kokevatko he itsensä yksinäiseksi. Haastatelluista 10 vastasi, ettei heidän elämässään ole ketään, kehen he voisivat todella luottaa.

"Ei ole toiseen luottamista, kun ei itseensäkään luota." (M22)

”Olis mukavaa, jos olis joku ihminen johon vois todella luottaa, mut mun luottamus on petetty niin monta kertaa.” (N18)

”Jaska, se ei varasta multa.” (M8)

Viimeinen sitaatti kuvastaa hyvin luottamuksen tasoa vastaanottoyksiköiden asunnottomien keskuudessa. Luottamuksesta kysyttäessä monet mainitsivat, ettei muihin vastaanottoyksiköissä majaileviin asunnottomiin voi luottaa. Niistä, joiden elämässä oli

luotettavia ihmisiä, noin puolet mainitsi luottavansa omiin perhejäseniinsä. Noin puolet koki luottamuksen arvoiseksi myös omat ystävänsä. Monien kohdalla luotettavina pidetyt ihmiset olivat pitkäaikaisia ystäviä.

"Yksi ystävä, jolla on koti ja auto ja kaikki…"(purskahti itkuun) (M3)

"Yks ystävä 25 vuoden takaa ja muutama muukin, joihin ei kuitenkaan voi luottaa niin paljoa." (M28)

Kolme haastattelemistamme henkilöistä mainitsi sosiaaliviranomaisen ainoana henkilönä, johon voi todella luottaa. Kahdelle henkilölle tällainen ainoa todella luotettava henkilö oli heidän oma sosiaalityöntekijänsä. Yksi heistä kertoi luottavansa päiväkeskuksen ohjaajaan. Haastatteluissa kysyimme myös, kokivatko haastateltavat itsensä yksinäiseksi. Haastatelluista lähes puolet eli 16 henkilöä tunsi itsensä jollakin tavalla yksinäiseksi.

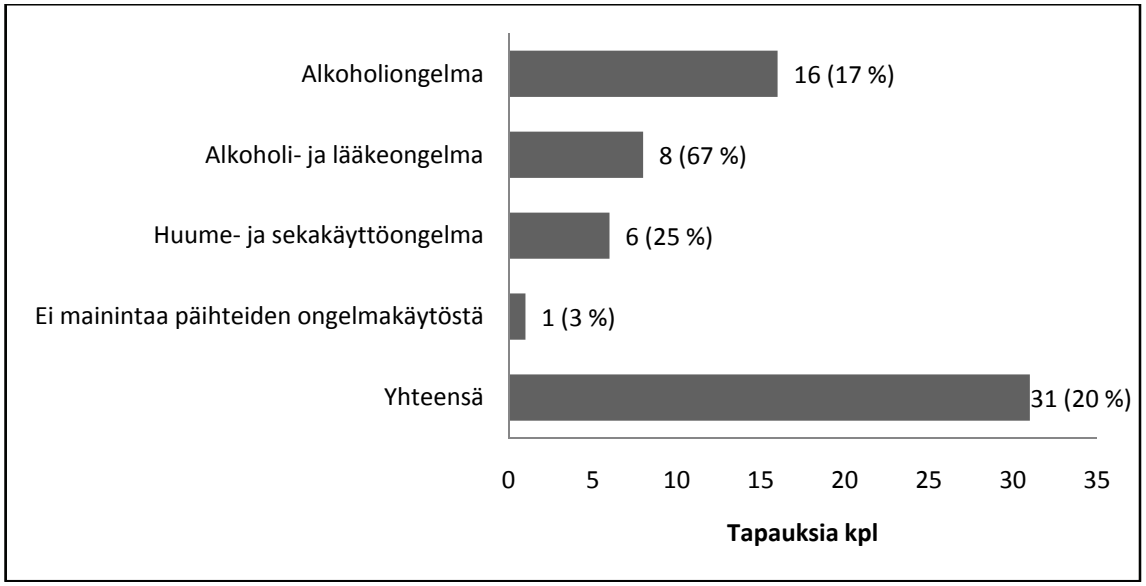
"Jokainen alkoholisti tuntee itsensä yksinäiseksi. Ei se raha sitä yksinäisyyden tunnetta poista, jos on rahaa niin ei se yksinäisyyteen auta. (M10)

"Jos pysähtyy ajattelemaan niin tuntee, mutta jos on liikenteessä niin sillon ei tunnu..."(M12)

"Joskus. Vaikka joskus haluaa olla yksin, omissa oloissa ja miettiä asioita." (M1)

Haastatteluissa naiset ja miehet kokivat yksinäisyyden tunteita yhtä usein. Kovin suurta eroa ei tule esiin, jos rekisteritiedoissa ilmeneviä mielialahäiriöitä tarkastellaan suhteessa kuntaan tai sukupuoleen. Sen sijaan, jos verrataan mielialahäiriöitä ja päihteiden käyttöä, kuten taulukossa 16 on tehty, nähdään suuri ero ryhmien välillä. Alkoholin käyttäjillä ja huumeiden käyttäjillä mielialahäiriöiden esiintyvyys on suurin piirtein sama, 17 ja 25 prosenttia, mutta alkoholi- ja lääkeongelmaisten ryhmässä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden esiintyvyys on 67 prosenttia.

Kuva 32. Päihdeongelman esiintyvyys mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöisillä asunnottomilla (N=31)



Lääkeongelma on siis yleisempää mielialahäiriöstä ja ahdistuneisuudesta kärsivällä asunnottomilla. Osalle lääkeongelma on todennäköisesti kehittynyt yrityksestä hoitaa mieliala- ja ahdistuneisuushäiriötä rauhoittavilla lääkkeillä. Lääkeongelmaisten suureen mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden esiintyvyyteen vaikuttaa todennäköisesti myös lääkeriippuvuuteen liittyvä tarve tuoda esiin ahdistuneisuutta ja saada lääkäri määräämään lisää rauhoittavia lääkkeitä. Lisäksi rauhoittavien lääkkeiden vieroitusoireena esiintyy usein voimakas ahdistuneisuus, mitä on usein erittäin vaikea erottaa ahdistuneisuushäiriöstä tai masennuksesta. Nämä seikat saattavat johtaa ylidiagnosointiin tähän ryhmään lukeutuvien asunnottomien kohdalla.

7.3 Psykoosisairaudet

Asunnottomilla esiintyy enemmän psykoosisairauksia kuin valtaväestöllä. Esimerkiksi ruotsalaisessa kohorttitutkimuksessa todettiin, että 11 prosenttia asunnottomista miehistä ja 22 prosenttia asunnottomista naisista oli ollut sairaalahoidossa psykoosin vuoksi. Lisäksi viidellä prosentilla asunnottomista miehistä ja 15 prosentilla asunnottomista naisista oli skitsofreniadiagnoosi.[66] Skitsofrenian esiintyvyys väestössä keskimäärin on eri tutkimuksissa todettu olevan 1,4–4,6 potilasta tuhatta riski-iässä olevaa henkilöä kohti.[67] Aineistomme asunnottomista 19 henkilöllä (12 %) on todettu psykoottinen häiriö (ICD-10 luokka F2).

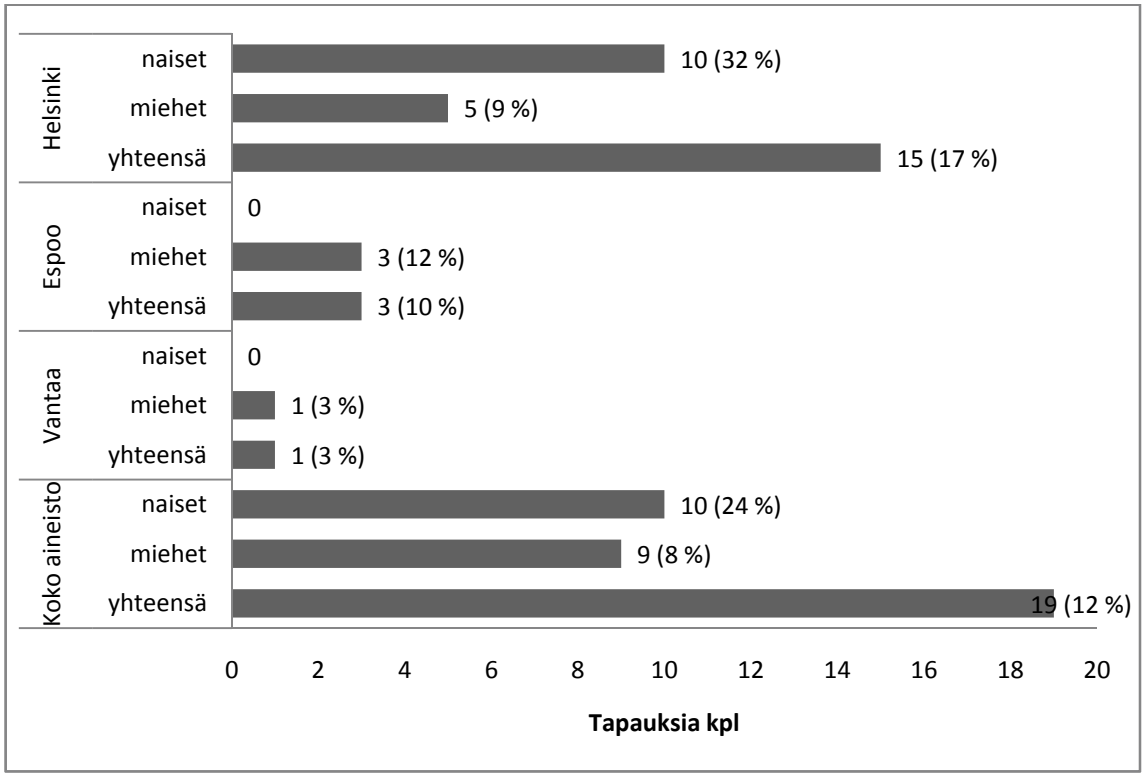
[66] Beijer, Ulla (2009) Homelessness and Health: Analysis of Mortality and Morbidity from a Gender Perspective, Karolinska institutet, Stockholm.

[67] Skitsofrenia, Käypä hoito, 01.01.2008, Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä

Näistä 11 henkilöllä (7 %) oli skitsofreniadiagnoosi ja muilla kahdeksalla henkilöllä harhaluuloisuushäiriö, ohimenevä psykoosi tai määrittämätön psykoosi. Väestöön verrattuna myös tässä selvityksessä tulee esiin psykoosisairauksien suurempi esiintyvyys pääkaupunkiseudulla elävillä asunnottomilla.

Ruotsalaisen tutkimuksen tavoin psykooseja esiintyy enemmän aineistomme asunnottomilla naisilla kuin miehillä. Aineistomme 42 asunnottomasta naisesta 10:llä (24 %) ja 116 miehestä yhdeksällä (8 %) on psykoosisairaus.

Kuva 33. Psykoosien esiintyvyys asunnottomilla naisilla ja miehillä.



Tämä sukupuolten välinen ero on huomattava. Kaikki kyseiset naiset yöpyivät Myllypadontien asumisyksikössä Helsingissä, toisin sanoen otantaamme ei osunut yhtään espoolaista tai vantaalaista psykoosisairasta naista. Jos tarkastelemme näitä naisia tarkemmin, havaitsemme, että kyseessä on hyvin vaikeasti sairas ryhmä. Yhtä lukuun ottamatta kunkin potilasasiakirjoissa mainitaan puutteellinen sairaudentunto psyykkisten oireiden suhteen. Useimmilla on myös mainintoja karkaamisista sairaaloista, keskeytyneestä avohoidosta ja lääkityksestä, eikä yhdelläkään ollut tutkimushetkellä toimivaa avohoitoa. Myllypadontien asumisyksikköön on siis keskittynyt joukko hyvin sairaita ja psykiatristen palveluiden ulkopuolella olevia naisia.

Psykoosit liittyvät monella tavalla asunnottomuuteen. Psykoosi voi johtaa asunnottomuuteen ja se voi myös vaikeuttaa uudelleen asuttamista. Aineistossamme on esimerkkejä siitä, että vainoharhaiset ajatukset ovat ajaneet henkilön irtisanomaan asuntonsa tai itse sairaus on aiheuttanut toimintakyvyn laskun tasolle, jossa henkilö häädetään asunnostaan häiriöiden vuoksi. Myös hoidon ja asumispalvelun järjestäminen tälle ryhmälle on usein vaikeaa. Sairaudentunnottomuuden vuoksi he ovat usein lääkitys- ja hoitovastaisia, eivätkä halua mielenterveyskuntoutujille tarkoitettuja asumispalveluja. Ainoastaan kolme aineistomme asunnottomista oli asunut mielenterveyskuntoutujille tarkoitetuissa asumispalveluissa kolmen viime vuoden aikana.

7.4 Muistihäiriöt

Alkoholin käyttö heikentää monella tapaa muistia ja kognitiivista tasoa. Alkoholi voi suoraan vahingoittaa hermoja sekä keskushermostossa että ääreishermostossa. Humalatilaan liittyy myös suurentunut riski kaatua ja sen myötä saada kallonsisäisiä vammoja, jotka voivat vaikuttaa muistiin. Lisäksi jatkuva alkoholinkäyttö voi aiheuttaa maksakirroosin ja maksan vajaatoiminnan, jonka myöhäisvaiheeseen liittyy usein aivojen toimintahäiriö (enkefalopatia). Heikentynyt kognitiivinen primaarikapasiteetti suurentaa myös riskiä päihderiippuvuuteen, työttömyyteen ja syrjäytymiseen, mitkä kaikki voivat johtaa asunnottomuuteen. Ei siis ole kovin yllättävää, että asunnottomilla esiintyy paljon muistiongelmia ja kognitiivista heikkoutta.

Asunnottomista 14 prosentilla löytyy potilastiedoista maininta muistiongelmasta. Vain harvalla muistia on kuitenkin tarkemmin tutkittu tai diagnosoitu. Haastatteluissa teimme niille 35 henkilölle, joiden kielitaito oli riittävä, muistitestin MMSE (mini mental state examination). Ainoastaan 16 (46 %) heistä sai yli 24 pistettä, mitä pidetään normaalina. Testatuista 15 sai 20–24 pistettä eli lievään dementiaan viittaavat pisteet ja neljällä oli keskivaikeaan dementiaan viittaavat alle 20 pistettä. MMSE muistitesti on karkea mittari, johon vaikuttaa muistin lisäksi muu henkinen toimintakyky ja humalatila. Selkeästi muistamattomia olivat lääkärin kliinisessä tutkimuksessa 11 henkilöä (31 %). Kuudella heistä oli myös rekisteritiedoissa maininta muistamattomuudesta, mutta viiden kohdalla mainintaa ei ollut, joten todennäköisesti muistivaikeuksia esiintyy paljon useammalla kuin 14 prosentilla vastaanottoyksiköiden asunnottomista. Muistamattoman arki vastaanottoyksikössä voi olla hyvin rankkaa. Haastatteluissa muutama muistiongelmainen toi esiin avuttomuuden tunteen, joka usein liittyy muistin heikkouteen.

"Joskus toivoo, että saisi kavereilta apua ja joku ymmärtäisi. Paljon tarvitsisi jonkun, joka olisi lähellä ja ymmärtäisi." (M21)

"Että olis joku, joka sanoisi mitä pitää tehdä ja minne pitää mennä seuraavaksi. Sellainen tukihenkilö, kun ei sitä noita asioita ymmärrä." (N17)

Muistamattomuuden lisäksi asunnottomilla esiintyy ymmärtämisvaikeuksia, jotka saattavat olla synnynnäisiä tai hankittuja. Esimerkiksi skitsofreniaan liittyy ajatusmaaliman kapeutumista ja kognitiivisen tason heikkenemistä, samoin kuin pään alueen vammoihin, joista voi lisäksi seurata aivovauriota. Asiakirja-aineistomme 158 asunnottomasta 16:sta (10 %) ja haastattelemistamme 36 asunnottomasta kuudella (17 %) löytyi potilasrekisteristä maininta aivovammasta tai aivoverenvuodosta. Sen lisäksi haastattelemiemme asunnottomien joukosta yhdellätoista oli kliinisesti todettua muistamattomuutta ja seitsemällä muulla oli lääkärin kliinisessä tutkimuksessa todettu kognitiivisen tason alenema. Yli puolella asunnottomien henkinen toimintakyky on alentunut tavalla, joka edellyttäisi tukea arjen asioiden, kuten kodin-, talouden- ja hygienianhoidossa.

7.5 Kaksoisdiagnoosit

Kaksoisdiagnoosi tarkoittaa että potilaalla on päihdehäiriön lisäksi vähintään yksi muu mielenterveyden häiriö. Kaksoisdiagnoosien esiintyvyyttä on selvitetty laajasti yhdysvaltalaisessa ECA-tutkimuksessa (Epidemiologic Catchment Area)[68]. Siinä todettiin, että 23 prosentilla väestöstä on jossakin vaiheessa elämäänsä jokin muu mielenterveyden häiriö kuin päihdehäiriö. Niillä, joilla oli alkoholihäiriö, tämä osuus oli 37 prosenttia ja huumehäiriöistä kärsivillä osuus oli 53 prosenttia. Kaksoisdiagnoosit ovat siis päihdeongelmaisten joukossa varsin yleisiä. Kaksoisdiagnoosipotilaiden ennuste on myös huonompi kuin niiden, joilla on vain yksi häiriö, eivätkä tavanomaiset hoitomallit vastaa parhaalla mahdollisella tavalla tämän potilasryhmän tarpeisiin[69].

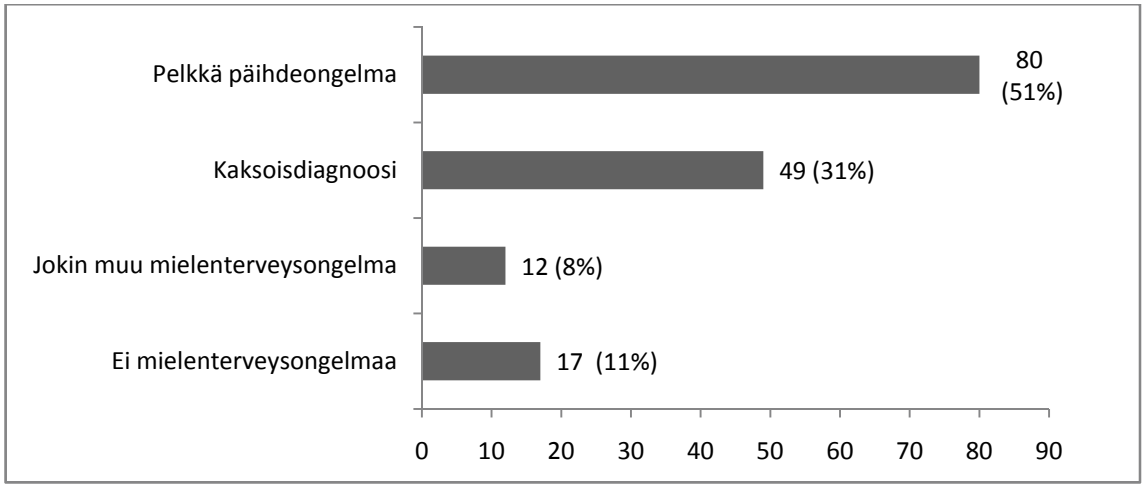
Tutkimuksessamme mukana olevista asunnottomista 82 prosentilla on ajankohtainen päihdeongelma ja 39 prosentilla (61 henkilöä) on jokin muu mielenterveysongelma kuin päihdeongelma. 129 päihdeongelmaisesta asunnottomasta 49 henkilöllä (37 %) on kaksoisdiagnoosi.

---

[68] Regier DA, Farmer ME, Rae DS, ym. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA 1990;264:2511-8.

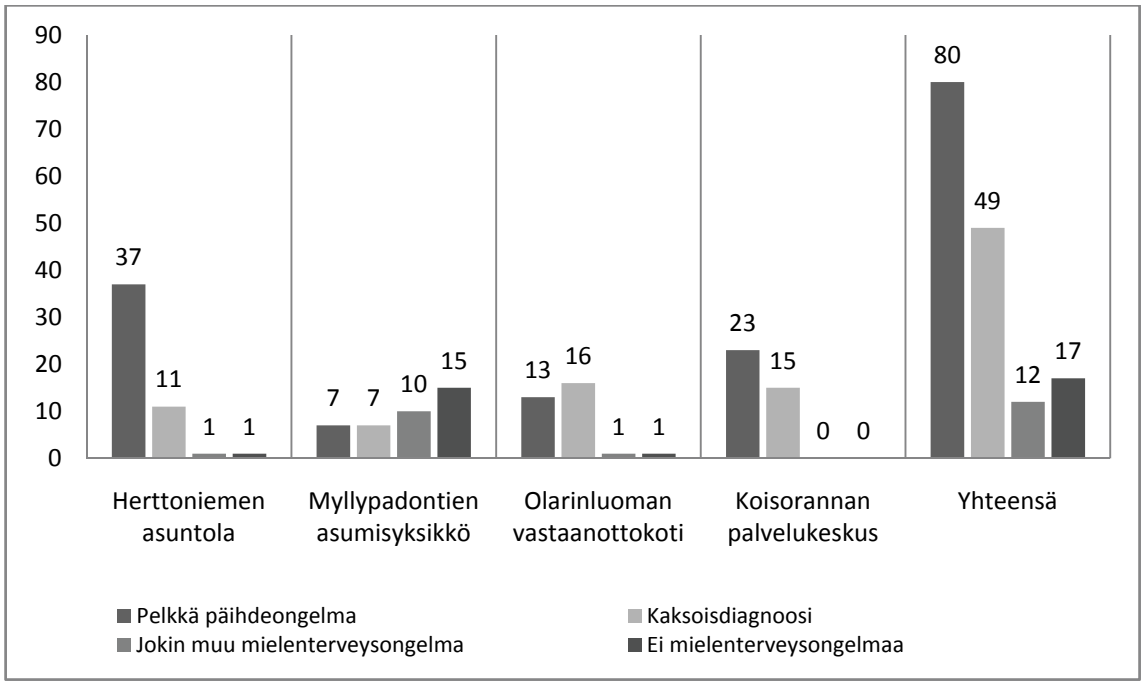
[69] Aalto, Mauri, Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö - kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. Duodecim 2007; 123(11):1293-8

Kuva 34. Asunnottomien mielenterveys- ja päihdeongelmien yleisyys



Suurin osa (10/12 henkilöä) asunnottomista, joilla on jokin muu mielenterveysongelma kuin päihdeongelma, yöpyi Myllypadontien asumisyksikössä. Lisäksi 15 (88 %) niistä 17 asunnottomasta, joilla ei ole lainkaan mielenterveys- tai päihdeongelmaa yöpyi kyseisessä asumisyksikössä.

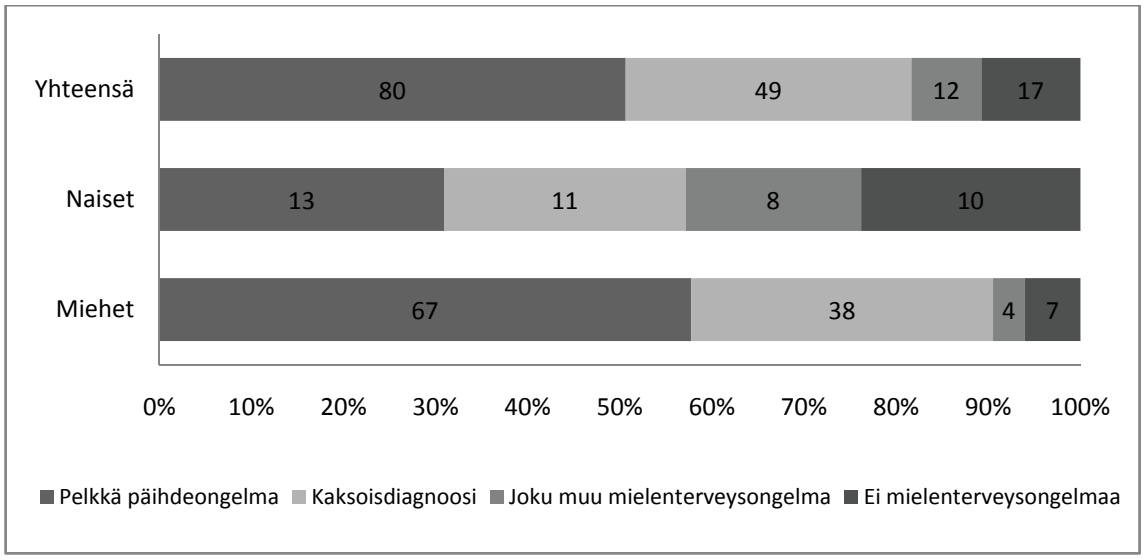
Kuva 35. Päihde- ja mielenterveysongelmat vastaanottoyksiköissä



Myllypadontien asumisyksikön asiakkaat eroavat siis huomattavasti muiden vastaanottoyksiköiden asiakkaista, kuten on aikaisemmin tullut ilmi. Profiloituminen naisten ja ei-päihdeongelmaisten asunnottomien asumisyksiköksi, näkyy myös kuvassa 35 esitettyihin sukupuolten välisistä eroista. Kuvasta nähdään, että miehillä on huomattavasti

enemmän pelkkää päihdeongelmaa ja naisten joukossa on enemmän henkilöitä, joilla ei ole mitään mielenterveysongelmia.

Kuva 36. Asunnottomien naisten ja miesten mielenterveysongelmat



Jos tarkastelemme psykoosisairaita asunnottomia tarkemmin, näemme että aineistossamme on yhdeksän psykoosisairasta miestä ja kymmenen psykoosisairasta naista. Näistä naisista ainoastaan kahdella on myös päihdeongelma, kun taas psykoosisairaista asunnottomista miehistä kuudella yhdeksästä on psykoosin lisäksi päihdeongelma. Henkilömäärät ovat kuitenkin niin pienet, että sukupuolten välinen ero ei liene tilastollisesti merkitsevä.

Terveyspalvelujen käyttö eroaa päihdekäyttäytymisen mukaan, kuten kappaleessa 7.1.3 osoitettiin. Lääke- ja huumeongelmaiset asunnottomat käyttävät enemmän lääkäripalveluja kuin alkoholiongelmaiset ja vähiten lääkäripalveluja käyttävät ne, joilla ei ole lainkaan päihdeongelmaa. Kun verrataan kaksoisdiagnoosipotilaita niihin, joilla on ainoastaan päihdeongelma tai jokin muu mielenterveysongelma, havaitsemme, että eniten lääkärikäyntejä on kaksoisdiagnoosipotilailla.

Taulukko 24. Kaksoisdiagnoosia sairastavien asunnottomien lääkärikäynnit kolmen vuoden aikana.

		Käynnit yhteensä	**Käynnit terveysasemilla**	**Käynnit terveyskeskuspäivystyksessä**	**Käynnit sairaalapäivystyksessä yhteensä**	**Käynnit sisätautipäivystyksessä**	**Käynnit psykiatrian päivystyksessä**
Pelkkä päihdeongelma (N 80)	Keskiarvo	9,5	4,1	4,2	1,2	1,1	0,1
	Lukumäärä	761	330	333	98	88	10
Kaksoisdiagnoosi (N 49)	Keskiarvo	15,2	8,9	4,9	1,4	0,4	1,0
	Lukumäärä	746	434	242	70	21	49
Joku muu mielenterveysongelma (N 12)	Keskiarvo	7,1	3,8	0,4	2,8	0,1	2,8
	Lukumäärä	85	46	5	34	1	33
Ei kumpaakaan (N 17)	Keskiarvo	1,2	0,8	0,4	0,0	0,0	0.0
	Lukumäärä	20	13	7	0	0	0
Yhteensä (N 158)	Keskiarvo	10,2	5,2	3,7	1,3	0,7	0,6
	Lukumäärä	1612	823	587	202	110	92

Kolmen vuoden aikana asunnottomilla kaksoisdiagnoosipotilailla oli yhteensä 15,2 lääkärikäyntiä. Vastaavasti pelkästään päihdeongelmaisilla oli käyntejä 9,5, jonkin muun mielenterveysongelman omaavilla oli 7,1 lääkärikäyntiä ja niillä asunnottomilla, joilla ei ollut lainkaan mielenterveysongelmaa, oli 1,2 lääkärikäyntiä kolmen viime vuoden aikana. Kaksoisdiagnoosipotilailla on eniten lääkärikäyntejä terveysasemilla ja terveyskeskuspäivystyksissä, kun taas pelkästään päihdeongelmaisilla asunnottomilla on eniten käyntejä sisätautipäivystyksessä ja pelkästään mielenterveysongelmaisilla on eniten käyntejä psykiatrian päivystyksessä. Kaksoisdiagnoosipotilaista on myös otettu enemmän verikokeita ja heille on kirjoitettu paljon enemmän lääkemääräyksiä verrattuna muihin asunnottomiin.

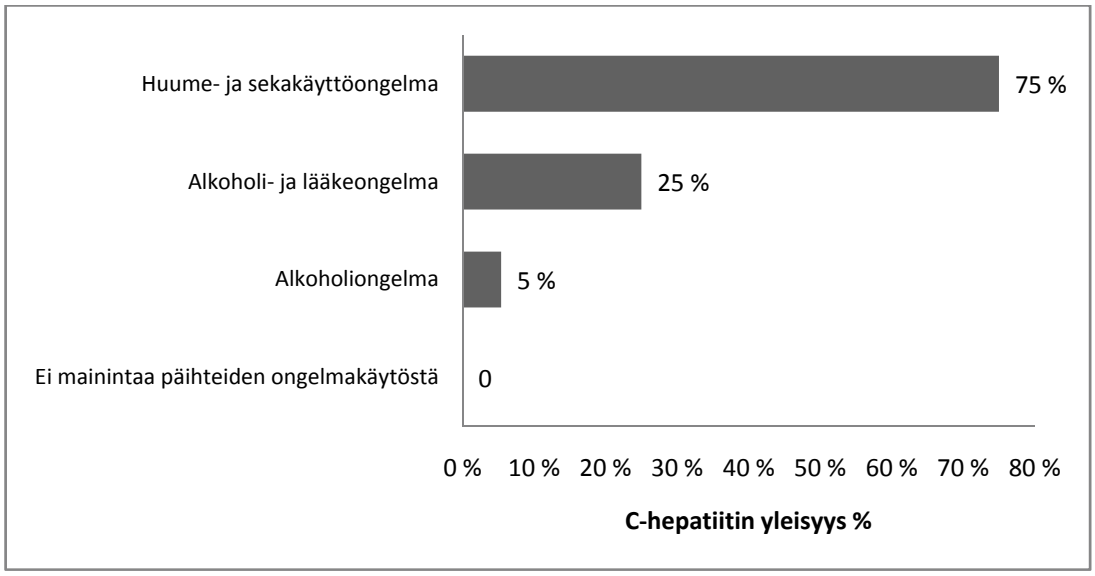
8 Tartuntataudit ja traumat

Tartuntataudit muodostavat yhden tavallisimmista asunnottomien lääkärin vastaanotoille hakeutumisen syistä. Aineistoomme kirjatuista lääkärikäynneistä 15 prosenttia tehtiin tartuntatautien vuoksi. Yhteensä 1 612 lääkärikäynnistä 121 tehtiin ihoinfektioiden vuoksi ja 116 muiden tartuntatautien vuoksi. Viime lääkärikäynnin yhteydessä 30 henkilöllä (19 %) oli ICD-10 luokkiin A ja B kuuluvia tartunta- ja loistauteja. Näiden lisäksi 18 henkilöllä oli johonkin toiseen ICD-10[70] luokkaan kuuluva tartuntatauti. Yhteensä 45 asunnottomalla (28 %) oli vähintään yksi tartuntatauti viime lääkärikäynnin yhteydessä ja kolmella näistä henkilöistä oli useampia samaan aikaan.

8.1 Hepatiitti ja HIV

Tavallisin tartuntatauti asunnottomilla on C-hepatiitti. Se esiintyy 16 prosentilla asunnottomista. C-hepatiitti leviää pääasiassa verikontaktissa ja liittyy usein suonensisäiseen huumeiden käyttöön. Myös asunnottomilla henkilöillä C-hepatiitti on huomattavasti yleisempi huumeiden käyttäjien joukossa. Aineistomme 24 huumeongelmaisesta asunnottomasta 18 (75 %) on C-hepatiitin kantajia. Alkoholiongelmaisilla asunnottomilla vastaava luku on viisi prosenttia eli viisi henkilöä 93:sta. Asunnottomilla, joilla ei ollut päihdeongelmaa lainkaan, ei esiintynyt yhtään C-hepatiittia.

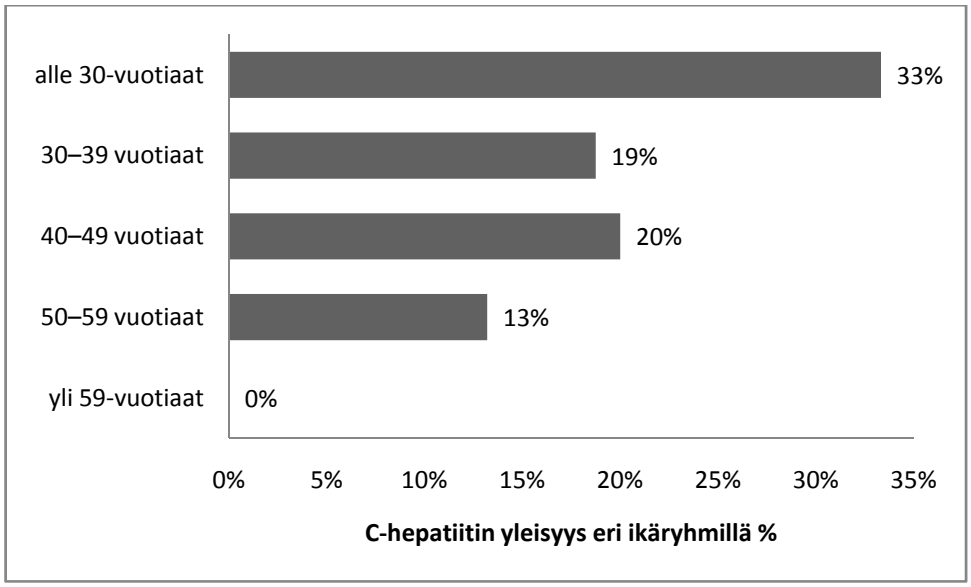
Kuva 37. C-hepatiitin yleisyys päihdekäytön mukaan



[70] ICD-10 luokkaan L kuuluvat ihon bakteeritulehdukset ja paiseet, luokkaan H kuuluva silmätulehdus, luokkaan N kuuluva emätintulehdus ja luokkaan J kuuluvat ylähengitystieinfektiot, keuhkokuumeet ja kurkkupaise.

C-hepatiitti liittyy huumeiden käyttöön ja koska huumeongelma on yleisempi nuorten asunnottomien joukossa, ei ole yllättävää, että myös C-hepatiitin yleisyys on nuorilla asunnottomilla huomattavasti suurempi. C-hepatiitti on alle 30-vuotiaiden asunnottomien joukossa kolmasosalla (7/21), 50–59-vuotiaden joukossa vain 13 prosentilla (7/53), eikä yli 59-vuotiailla löytynyt yhtään C-hepatiitin kantajaa.

Kuva 38. C-hepatiitin yleisyys eri ikäisillä asunnottomilla



C-hepatiitti on yleensä alkuvaiheessa vähäoireinen, mutta kroonistuu yli puolella, ja taudin kantajille kehittyy vuosien aikana komplikaatioita, kuten maksakirroosia ja maksasyöpää. Alkoholi altistaa C-hepatiitin aiheuttamiin komplikaatioihin. C-hepatiitin löytäminen on tärkeää, jotta pystytään ennaltaehkäisemään sen leviämistä edelleen sekä vähentämään muita riskitekijöitä, kuten alkoholin kulutusta. On myös kehitetty hoitomuotoja, jotka ovat osoittautuneet tehokkaaksi taudin häätämisessä, joskin hoidot ovat pitkiä ja psyykkisesti vaikeita, eivätkä tämän takia sovellu aktiivisesti päihteitä käyttäville.

Selvitimme perusterveydenhuollon potilasrekisteritiedoista, kuinka monelta asunnottomalta C-hepatiitti oli testattu kolmen viime vuoden aikana. Ainoastaan seitsemän prosenttia, eli kymmenen niistä 132 henkilöstä, joilla ei C-hepatiittia ollut todettu, oli testattu. Määrä on hyvin pieni. Vaikka testejä tehdään myös muualla kuin perusterveydenhuollossa, kuten esimerkiksi päihdehuollossa ja erikoissairaanhoidossa, ei niistä löytynyt mainintoja. Todennäköisesti asunnottomien keskuudessa C-hepatiittia esiintyy yleisemminkin ja se tulisi ilmi, jos seulontoja tehtäisiin enemmän.

B-hepatiitti oli viidellä asunnottomalla (3 %). Yhtä lukuun ottamatta kaikki olivat henkilöillä, joilla oli myös C-hepatiitti. B-hepatiitti testattiin kolmen viime vuoden aikana perusterveydenhuollossa kahdeksalta prosentilta (13 henkilöä 153:sta) niistä asunnottomista, joilla sitä ei ollut todettu aiemmin todettu. HIV-infektiota ei esiintynyt aineistomme asunnottomilla lainkaan. Tähän vaikuttaa Munkkisaaren palvelukeskus, johon on keskitetty HIV-narkomaanien asumis- ja hoitopalvelut. HIV-infektio oli testattu perusterveydenhuollossa kolmen viime vuoden aikana 11 prosentilta (18/158) asunnottomia.

8.2 Ihoinfektiot

Ihoinfektiot ovat kolmanneksi tavallisin syy hakeutua lääkärin vastaanotolle. Keskimäärin asunnottomat tekivät niiden vuoksi 0,8 lääkärikäyntiä kolmen viime vuoden aikana. Jos tarkastelemme esiintyvyyttä viime lääkärikäynnin yhteydessä, havaitsemme että kymmenellä (6 %) kaikista tutkituista asunnottomista on ihoinfektio. Pienetkin haavat lisäävät ihotulehduksien riskiä. Haavoja tulee helposti, kun ihotunto on alentunut esimerkiksi päihtymystilan tai polyneuropatian (usean hermon vaurioitumisen) takia. Jos vielä jalkineet ovat huonot ja hygieniataso heikko, ihotulehdusten riski on huomattava. Myös suonensisäisten huumeiden käyttö lisää ihotulehduksien riskiä. Haastattelemastamme 36 asunnottomasta kymmenellä (27 %) oli jaloissa haavoja ja kuudella (16 %) haavat olivat tulehtuneita tai heillä oli muita ihoinfektioita. Tutkimme ihotuntoa monofilamenttikokeella, jossa jalkapohjan ihotunto tutkitaan kolmesta eri pisteestä molemmissa jaloissa. Kyvyttömyys aistia monofilamentin kosketusta ennustaa neuropaattista haavaumaa. Tutkituista 36 prosentilla (13/36) puuttui ihotunto ainakin yhdestä pisteestä kuudesta ja 11 prosenttia (4/36) tunsi monofilamentin vain yhdessä pisteessä kuudesta tai ei ollenkaan.

8.3 Traumat ja vammat

Tuoreet traumat ovat toiseksi tavallisin asunnottoman henkilön syy hakeutua lääkärille. Keskimäärin he tekivät 1,6 lääkärikäyntiä kolmen viime vuoden aikana traumojen ja vammojen vuoksi. Näitä ovat muiden muassa haavat, murtumat, aivotärähdykset ja verenvuodot, pahoinpitelyt, palovammat ja paleltumiset. Päihdeongelmaisilla asunnottomilla on enemmän lääkärikäyntejä traumojen vuoksi kuin ei päihteitä käyttävillä.

Kuten luvussa 4.2 todettiin, käynnit traumojen vuoksi ovat myös yleisempiä miesten kuin naisten keskuudessa[71].

Jos tarkastelemme traumojen esiintyvyyttä viime lääkärikäynnin yhteydessä, havaitsemme että 37 (23 %) asunnottomalla oli jokin akuutti trauma tai vamma. Näistä 14 henkilöllä oli jokin haava, neljällä yliannostus tai myrkytystila, kolmea oli pahoinpidelty ja 16 henkilöllä oli jokin muu trauma tai vamma, kuten murtuma, nyrjähdys, palovamma, hypotermia, aivotärähdys tai nivelsiteen repeämä. Usein käynteihin voi liittyä useampi vamma. Esimerkiksi kouristuskohtauksen seurauksena voi saada sekä aivotärähdyksen että pään haavan. Eräs haastattelemamme mies kuvasi juomisen seuraamukset näin:

"Oon tuurijuoppo. Kramppeja mulla on… ja nilkat on kerran paleltuneet sammumisen seurauksena. Viime aikoina oon tullut varovaisemmaksi..." (M21)

Riski kaatua ja satuttaa itseään kasvaa, jos tasapaino on huono. Tasapainoon vaikuttavat päihtymystilan lisäksi varsinkin alkoholin pitkäaikaiseen käyttöön liittyvät hermostovauriot. Tutkimme haastattelujen yhteydessä asunnottomien tasapainoa käyttäen tandem Romberg -testiä ja yhdellä jalalla seisomistestiä. Tandem Romberg -testi suoritettiin silmät suljettuna ja tutkituista vain 12 pystyi seisomaan normaalina pidetyt 30 sekuntia. Seisominen yhdellä jalalla 10 sekuntia onnistui 14 henkilöltä. Ainoastaan yhdeksän eli neljäsosa asunnottomista sai normaalit tulokset molemmista tasapainotesteistä. Heikko tasapaino huononee entisestään, jos on päihtynyt.

"Kaljaa vaan ei väkeviä. Tuun niistä niin kipeäksi ja sitten mä kaatuilen ja pyörtyilen. … Jos juo niin menee niin sekaisin kaikki." (N17)

"En oo juomisen vuoksi satuttanut muita, mutta oma korva meni, koska kaaduin kännissä..." (M11)

Onnettomuuksien ja kaatumisien lisäksi asunnottomat hakeutuvat lääkärille myös pahoinpitelyjen vuoksi. Väkivallan kohteeksi joutumista olemme kuvanneet luvussa 3.4.

[71] Miehillä oli keskimäärin 1,85 lääkärikäyntiä kolmen viime vuoden aikana ja naisilla oli keskimäärin 1,00.

9. Vastaanottoyksiköiden asunnottomien toimintakyky arjessa

Toimintakykymittareilla (GAF ja SOFAS) mitattuna kahdella kolmasosalla asunnottomista on vaikeasti heikentynyt sosiaalinen ja psyykkinen toimintakyky. Asunnottoman arjessa tämä tarkoittaa usein kykenemättömyyttä huolehtia talouden ja terveydenhoidon lisäksi hygieniasta ja ruokailusta. Usein päihteiden sävyttämä arki vaikuttaa myös sosiaalisten suhteiden ja asioiden hoitamiseen. Itsestä huolehtimiseen vaikuttavat lisäksi arjen olosuhteet vastaanottoyksiköissä.

9.1 Psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky

Psyykkisen toimintakyvyn mittarina käytimme GAF (Global Assessment of Fuctioning scale) ja sosiaalista toimintakykyä mitattiin SOFAS (Social and Occupational Functioning scale) -asteikoilla. SOFAS-asteikko heijastaa sosiaalista ja ammatillista toimintakykyä. GAF-arviointiasteikko kuvaa psyykkistä vointia kolmesta eri näkökulmasta, joita ovat 1) oireiden laatu 2) itsetuhoisuus ja 3) toimintakyky. Asteikon avulla kokonaisarvio ajankohtaisesta toimintakyvystä on mahdollista tiivistää numeroarvoksi asteikolla 0–100. Arvo 70–100 kuvaa normaalia, hyvää toimintakykyä. Asteikko on tarkoitettu lähinnä heikentyneen toimintakyvyn kuvaamiseen. Pääkaupunkiseudun vastaanottoyksiköiden asunnottomien keskuudessa normaalin toimintakyvyn pisteitä (70–100) oli GAF-asteikolla mitattuna viidellä ja SOFAS-asteikolla kuudella 36 asunnottomasta. Kahdella kolmasosalla asunnottomista oli vaikeasti heikentynyt toimintakyky. Molempien asteikkojen keskiarvo oli 38.

Taulukko 25. Toimintakyky GAF- ja SOFAS-asteikon mukaan (N=36)

	Pisteet	**GAF**	**SOFAS**
Normaali toimintakyky (N)	70–100	5	6
Lievästi heikentynyt toimintakyky (N)	56–69	2	1
Kohtalaisesti heikentynyt toimintakyky (N)	55–41	5	3
Vaikeasti heikentynyt toimintakyky (N)	40–11	24	25
Täydellisesti heikentynyt toimintakyky (N)	10–0	0	1

GAF- ja SOFAS-kyselyiden tuloksia laskivat erityisesti asunnottomien päihtymystila ja usein päihteidenkäytöstä johtuvat vaikeudet asumisessa, työssä, ihmissuhteissa ja hygieniassa.

Haastatteluissa myös elämänlaatua pyrittiin mittaamaan 15D-kyselyä apuna käyttäen. 15D-kysely mittaa terveyteen liittyvää elämänlaatua. Kysely tehtiin haastattelujen lopussa, jolloin monet olivat jo melko väsyneitä, eivätkä enää jaksaneet keskittyä kyselyyn vastaamiseen.

Lisäksi kysymykset olivat suurelle osalle liian vaikeita päihtymystilan, muistiongelmien ja alentuneen kognitiivisen tason vuoksi. Tämän vuoksi haastatelluista 14sta kohdalla kysely jätettiin kokonaan tekemättä, eikä kyselyn avulla pystytty mittaamaan vastaanottoyksiköiden asunnottomien terveyteen liittyvää elämänlaatua. Asunnottomien terveydentilaan liittyvän elämänlaadun mittaamisen epäonnistuminen strukturoidun kyselyn avulla kuvaa kuitenkin hyvin pääkaupunkiseudun vastaanottoyksiköiden asunnottomien arjen toimintakykyä ja sen heikkoutta, joka nousi selvitystä tehdessämme monella eri tavalla esiin.

9.2 Hygieniasta ja ruokailusta huolehtiminen

Asunnottomilla etenkin vaikeudet huolehtia hygieniasta vaikuttivat epäedullisesti psyykkistä ja fyysistä toimintakykyä kuvaavaan pistemäärään. Perushygienian huono taso näkyi usein myös päältä päin. Erityisesti Helsingin Herttoniemen asuntolassa haastattelemillamme asunnottomilla peseytymisestä ja vaatteiden vaihdosta näytti kuluneen jo pidemmän aikaa. Valta-osalla Herttoniemen asuntolan asunnottomista ei myöskään ollut enää lainkaan omia vaatteita ja heidän ainoat vaatteensa olivat heidän päällään. Muu omaisuus oli taskuissa tai se kulki mukana kassissa. Vaihtovaatteet saatiin vastaanottoyksiköille lahjoitetuista vaatevarastoista. Saunassa käytiin myös Pääskylänrinteen päiväkeskuksessa ja päiväkeskus Stoorissa.

"Joskus aikoinaan tuli käytyä uimahallissa ja nyt mä käyn Herttoniemessä saunassa jos jossain. Vaatteet on mitä on mun päällä, Herttoniemestä saan uudet." (M11)

"Käyn Pääskylässä saunassa aina kun voin. Siellä saan myös vaatteet vaihdettua. Ei mulla omia vaatteita ole, vaan ne jotka on päällä." (M10)

Asunnottomien keskuudessa kysymys hygienian hoidosta ei kuitenkaan ole vain riippuvaista kyvystä huolehtia hygieniasta, vaan myös asunnottomuuteen liittyvät arjen olosuhteet vaikuttavat hygieniasta huolehtimiseen. Asunnottomalla ei ole kotia, missä voisi rauhassa peseytyä, säilyttää vaatteita ja pestä niitä. Tämän vuoksi asunnottomien hygienian hoito ja peseytyminen riippuu paljon eri vastaanottoyksiköiden tarjoamista palveluista. Myös alkoholin käyttö vaikuttaa peseytymishalukkuuteen.

"Olarinluomassa tulee päivittäin peseydyttyä, juodessa peseytyminen jää kyllä helposti. On mulla omia vaatteita mukana, kaikki muu omaisuus mulla meni häädössä." (M27)

"Nyt täällä Myllypadontiellä oon käynyt joka ilta pesulla, omia vaatteita on ympäri maailmaa, varastossa ja osa kassissa. Vaatteita oon saanut lahjoituksena myös. Juodessa peseytyminenkin jää." (N17)

"Omat vaatteet on mukana ja sitten on kamoja ympäri maailmaa, Koisossa peseydyn ja vaihdan vaatteet." (M36)

Haastattelujen perusteella hygieniasta huolehtiminen, vaatteiden vaihto ja niiden peseminen oli yleisempää Espoon Olarinluoman vastaanottokodissa ja Koisorannan palvelukeskuksessa haastateltujen asunnottomien keskuudessa. Herttoniemen asuntolassa mahdollisuus peseytymiseen oli kahdesti viikossa, jolloin asuntolassa oli saunavuorot. Asuntolan henkilökunnan mukaan miehiä jouduttiin useimmiten houkuttelemaan saunaan, koska monet eivät sinne halunneet. Asiakkailla olisi myös muulloin ollut mahdollisuus päästä suihkuun, mutta mahdollisuus jätettiin henkilökunnan mukaan useimmiten käyttämättä.

Myös ruokailusta huolehtiminen on usein riippuvaista vastaanottoyksiköiden tarjoamista aterioista ja mahdollisuuksista valmistaa ruokaa vastaanottoyksiköissä. Monet kertoivat haastatteluissa syövänsä huonosti ja epäterveellisesti. Monen päivittäinen ateria koostui valmisaterioista ja grilliruoasta.

"Herttoniemessä syön puuroa, aamusta on pitkä väli ruokailuun ja toivoisin puuroa aamulla. Ei tule syötyä juuri mitään muuta sen lisäksi vaikka on näitä sairauksia, jotka edellyttäisi kunnolla syömistä. Nousuhumalassa on nälkä ja joskus haen kaupasta makkaraa. Kyllä tässä ihan liian vähän tulee syötyä." (M10)

"Huonosti. Ei vitamiineja. Roskaruokaa. Ei näissä olosuhteissa kykene laittamaan ruokaa. Ei täällä ole kattiloita, ne pitäisi ostaa ja kantaa mukana. Syön ympäriinsä. Välillä on nälkä." (N13)

"Herttoniemessä puuroa, eilen ei taaskaan mitään. On päiviä jolloin ei tuu syötyä mitään. Alkoholi vie näläntunteen, mutta sekin vaihtelee." (M8)

Helsingin vastaanottoyksiköiden asunnottomien keskuudessa mahdollisuudet ruokailuun ja ruoan valmistamiseen olivat kaikkein huonoimmat. Helsingin Myllypadontien asumisyksikössä asunnottomille tarjotaan aamiainen ja Herttoniemen asuntolassa vastaanottoyksiköiden asunnottomille tarjottiin puurolounas klo 15, joka oli monelle Herttoniemen asukkaalle päivän ainoa ateria. Olarinluoman vastaanottokodissa ja Vantaan Koisorannan palvelukeskuksessa asunnottomille tarjottiin aamiainen ja heillä on

mahdollisuus ruokailuun. Osa Espoon Olarinluoman vastaanottoyksiköiden ja Koisorannan palvelukeskuksen asunnottomista kertoi jopa lihoneensa vastaanottoyksikössä ollessaan.

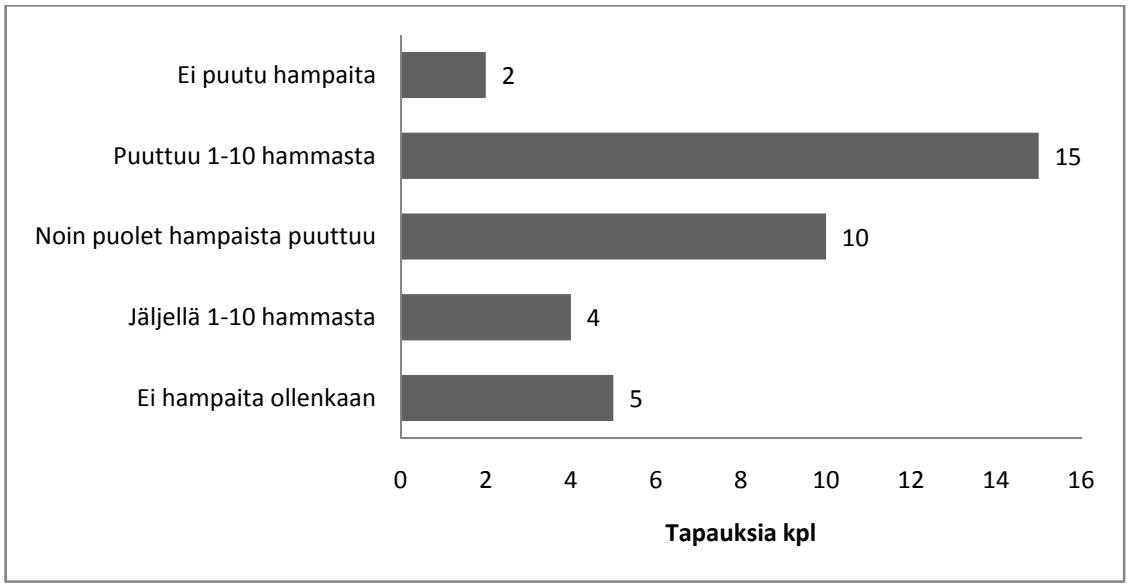
"Koisorannassa olen jopa lihonut. Päivittäin tulee syötyä. Juodessa vaan olutta, harvemmin tulee syötyä." (N45)

Vain kuusi vastaanottoyksikköjen asunnottomista toi haastattelussa esille tunteneensa välillä kalvavaa nälän tunnetta. Myös päihteiden käyttö vaikutti nälän kokemiseen. Haastatelluista kolmasosalla alkoholin juominen vie nälän tunteen.

9.3 Hampaiden hoito ja silmälasit

Haastattelun yhteydessä laskimme asunnottomilta puuttuvat hampaat ja kysyimme hammashoidosta. Hammaslääkärissä oli viimeisen vuoden aikana käynyt 11 henkilöä 36:sta. Yhdeksän haastattelemaamme asunnotonta ei ollut käynyt hammaslääkärissä viimeiseen viiteen vuoteen.

Kuva 39. Asunnottomien hampaiden määrä (N=36)



Yhdeksällätoista eli yli puolella haastattelemaltamme asunnottomalta puuttui puolet tai yli puolet hampaista. Kymmenellä heistä oli aikaisemmin ollut käytössään hammasproteesi, mutta vain kolmella oli proteesi tallessa. Yhdelle proteesi oli ollut epäsopiva, jonka vuoksi se oli jäänyt käyttämättömäksi. Muilta proteesi oli hävinnyt tai hajonnut. Yksi miehistä kertoi meille haastattelussa hänen proteesinsa olleen kadoksissa 70-luvulta lähtien. Toinen kuvasi syömistään näin:

”Puuroa pystyn syömään näillä ikenillä, kun mulla ei enää ole sitä proteesia… se tippui ajat sitten.” (M9)

Sen lisäksi, että monelta puuttui hampaita ja proteesi, myös silmälasit olivat hävinneet monelta tai ne olivat menneet rikki. Haastatelluista 25:llä joko oli tai heillä oli jossain vaiheessa ollut silmälasit käytössään. Voimme siis olettaa, että heillä on tarve silmälaseille. Kuitenkin heistä ainoastaan 14:llä oli silmälasit tallessa ja muilta 11:ltä silmälasit olivat hävinneet, menneet rikki tai ne oli varastettu. Ainoastaan kuudella niistä 14:stä, joilla oli silmälasit, oli omat reseptilasit tallessa, muut käyttivät joko Tiimarista tai kirpputoreilta hankittuja laseja. Kun mittasimme haastattelujen yhteydessä heidän näkönsä tarkkuuden E-taulua apuna käyttäen, suurin osa heistä näki kuitenkin kohtuullisesti silmälaseilla tai ilman laseja. Ainoastaan viidellä 36:sta yhteisnäkö oli huonompi kuin 0,5 mikä on esimerkiksi ajokortin myöntämiseksi asetettu raja.

9.4 Päihteet ja arki vastaanottoyksiköissä

Päihteet kuuluvat suurelta osin vastaanottoyksiköiden asunnottomien arkeen ja ovat osa asunnottomien arkea ohjaavia asioita. Haastatteluissa kysyimme, miten päihteiden käyttö vaikuttaa arkeen ja ihmissuhteisiin. Useimmiten haastatellut näkivät päihteiden käytön vaikuttavan negatiivisesti asioiden hoitamiseen ja ihmissuhteisiin. Päihteiden käyttöön liittyi myös mielialan vaihteluita, surua ja läheisten menetyksiä.

”Jos mä juon, niin ne asiat tuppaa jäädä hoitamatta ja kertyy sitä rästiä. Se juominen alkoi sellaisella kaljan lipsuttelulla ja sitten alkoi tulla niitä poissaoloja töistä. Tytär joutui laitokseen siitä alkoholinkäytöstä johtuen... nyt ollaan hyvissä väleissä. Ei se ehkä vaikuta niin paljoa ihmissuhteisiin, mutta se että sitä on kato niinku millään ei olis mitään väliä jos rupee ryyppäämään. Nyt en oo juonu pitkään aikaan eikä tee mielikään. Jos juo niin menee niin sekaisin kaikki asiat.” (N17)

”Huonosti. Se pilaa elämän, mulla on avioero tullut viinan takia kahdesti. Asiat eivät hoidu, esimerkiks vuokrat mulla jää maksamatta.. .enkä pysty lopettaan ilman apua. Henkinen kunto mulla menee alaspäin… ja muisti mulla menee juodessa. Ja joskus on tappeluita.” (M5)

”Alkoholin vuoksi suunnitelmat siirtyvät ja asiat jäävät hoitamatta... sitä aina ajattelee, että huomenna ja sitten asiat vain siirtyvät. Humalassa oon rauhallinen, enkä tappele. Pikemminkin oon omissa oloissani. Juomisen vuoksi ystävät ovat kuolleet: yksi ampui itsensä, toinen hyppäsi junan alle, kolmas kuoli suoraan viinan vuoksi.” (M6)

Haastateltavien joukossa oli kuitenkin myös henkilöitä, jotka näkivät päihteiden käytön positiivisena asiana sosiaalisten suhteiden rakentumisen kannalta. Tämä johtui usein siitä, että heidän sosiaalinen piirinsä koostuu päihteiden käyttäjistä. Osalle myös asioiden hoitaminen ja virastossa asioiminen oli helpompaa päihtyneenä.

"Jos tässä talossa asuu, niin tavallaan alkoholi vaikuttaa positiivisesti, kun en kuitenkaan ole tekemisessä muitten kun juovien kavereiden kanssa. Juon yleensä väkeviä viinejä.. .juodessani muutun iloiseksi." (M9)

"Eiku asiat nimenomaan hoituu kännissä. On mukava ottaa vähän viiniä bussissa, kun on lähdössä hoitamaan asioita, koska vauhti päällä hoitaa asioita paremmin… onhan siitä tullut sanomista, ettei kannata tulla hoitamaan asioita kännissä, mutta eihän sitä tarvii siinä tiskillä juoda." (M36)

"Amfetamiinilla asiat hoituvat, humalassa asiat eivät hoidu. Jos juo kirkkaita niin tulee aggressiiviseksi. Kaverisuhteet eivät kärsi, koska kaverit käyttävät myös päihteitä. Ja faija juo kanssa. Viina ja bentsot yhteiskäytössä johtavat rötöksiin ja muisti lähtee, eikä tiedä mitä on tehnyt." (M29)

Päihteiden käyttö, mielenterveysongelmat ja vastaanottoyksiköiden tarjoamat palvelut näyttivät olevan suurin asunnottomien arjen toimintakykyyn vaikuttava tekijä lähes kaikkien edellä mainittujen elämän alueiden, kuten hygienian hoidon, ruokailun, sosiaalisten suhteiden ja asioiden hoidon suhteen. Päihteiden käyttöön liittyi monella myös kykenemättömyys huolehtia omasta taloudesta, varkauksien ja väkivallan kohteeksi joutuminen, yksinäisyys ja luottamuksellisten ihmissuhteiden puute, joita olemme kuvanneet edellä.

Päihteiden käyttöön suhtaudutaan kuitenkin hieman eri tavalla eri vastaanottoyksiköissä. Vantaan Koisorannan palvelukeskus on päihdehuollon yksikkö, jossa päihtyneenä yöpyminen on mahdollista, mutta missä tuetaan aktiivisesti raitista arkea. Olarinluoman vastaanottoyksikkö on päihdehuollon alaista asumispalvelua ja päihteitä käyttäville suunnattujen viimesijaisten majoituspalvelujen lisäksi myös Olarinluoman vastaanottokodissa panostettu päihteettömään puoleen, missä monet pärjäävät kuukausia juomatta. Helsingin vastaanottoyksiköissä palvelut ovat sosiaalihuoltolain alaista majoituspalvelua ja yksiköt ovat tähän asti pääasiassa keskittyneet viimesijaisen yöpymispaikan tarjoamiseen asunnottomille.

Kysymys päihteiden käytön sallimisesta ja päihteiden käyttöön liittyvän palvelukynnyksen korkeudesta on useimmiten asunnottomien parissa työskenteleville haastava. Matalan kynnyksen päihteidenkäytön sallivat palvelut jättävät usein avoimeksi kysymyksen siitä,

kuinka paljon päihteiden käytön salliminen tukee ja ylläpitää asiakkaiden päihteiden käyttöä. Esimerkiksi Herttoniemen asuntolan olosuhteissa päihteistä irti pääseminen on päihdeongelmaiselle hyvin haastavaa.

"Herttoniemi on krapulassa kuin hullujen huone, kun kuuntelet sitä örinää ja yrität nukkua... ei täällä nyt ihan mielellään oo, menee kun on kännissä... tuu nyt tänne sitten kankkusessa." (M8)

Asunnottomuuden vähentämisohjelman keskeinen periaate ja ajatustavan muutos, jossa tarkoituksena on turvata ensin asuminen ja sen jälkeen päihdekuntoutus, herättää siten paljon ristiriitaisia ajatuksia asunnottomien parissa työskentelevän henkilökunnan keskuudessa. Huolen aiheena on, että asiakkaat menevät yhä huonompaan psyykkiseen ja fyysiseen kuntoon, mikäli päihteiden käyttöön suhtaudutaan jatkossa entistä sallivammin ja asiakkaiden päihdekuntoutus nojaa tähän saakka tämän ryhmän kohdalla paljolti toimimattomien avopalveluiden varassa.

9.5 Asunnottomien tuen tarpeet

Pitkäaikaisasunnottomuus ei johdu vain asuntojen puutteesta, vaan elämänhallinnan puutteista elämän eri alueilla kuten olemme aikaisemmissa luvuissa kuvanneet. Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentäminen edellyttää siten asuntojen lisäksi monenlaisia tukitoimia. Haastatteluissa kysyimme asunnottomilta minkälaisessa paikassa he pystyisivät asumaan ja minkälaista tukea he toivoisivat saavansa.

"Sellasessa (asuntolan nimi) tapaisessa paikassa, jossa on säännöt, jotka pitävät juomisen kuosissa. Lisäksi asuntolassa on juttukavereita, eikä tarvitse olla yksin jossain yksiössä." (M28)

"Espoossa on liian vähän asumispalveluita. Pitäis olla sellaisia yksiköitä ku esimerkiksi Helsingissä: omat huoneet, matala kynnys eli päihteiden käyttö ei olis niin tarkkaa, ettei heitettäis heti pihalle, jos on vähän jotain sääntöjä rikkonut." (N19)

"Paikassa, jossa ei ole niin tarkkaa nollarajaa.. . muutoin (kaksi päihdehuollon asumispalveluyksikköä) on hyviä paikkoja. Pitää olla paikka, jossa on tekemistä." (M5)

Asunnottomien henkilöiden itsensä kertomana tarvetta on siis sekä päihteiden käytön salliville että päihteiden käytön kieltäville asumispalveluille. Haastatteluissa suhtautuminen päihteiden käytön sallimiseen ja tuen tarpeisiin vaihteli siis myös vastaanottoyksiköiden asunnottomien itsensä keskuudessa, kun heiltä kysyttiin minkälaisessa paikassa he

pystyisivät asumaan ja minkälaista tukea he toivoisivat saavansa. Monet näkivät kuitenkin jonkinasteisen kontrollin hyvänä asiana päihteidenkäytön sallivissa asumispalveluissa. Päihteiden käytön kieltäviltä asumispalveluilta toivottiin vuorostaan joustavuutta päihteiden käytön osalta siten, ettei retkahtamisesta joutuisi heti ulos. Lisäksi päihteettömyyden tueksi toivottiin tekemistä ja työtoimintaa.

Olennaisia asioita asunnottomien palvelujen ja asumisratkaisujen suunnittelussa ovat myös asunnottomien sosiaaliset suhteet ja yksinäisyyden tunteet (ks. luku 7.2.). Yhteisöllisen asumisen rinnalle moni toivoi myös omaa rauhaa ja yksityisyyttä turvaavia asumispalveluita.

"Yhteisöllinen asuminen, jossa ei tarvitse olla yksin ja on juttuseuraa ja tekemistä, siivoilua, pelien pelaamista, yhteistä tekemistä. Toimettomuus johtaa ryyppäämiseen. Paikka, jossa ei ole jokapäiväistä kyttäämistä ja saa olla omassa rauhassa." (M31)

"Oon seurankipeä ihminen, jos asuis yksin niin alkais seinät kaatumaan päälle. Yhteisöasuminen riippuu seurasta, jos sais olla itse valitsemassa kämppiksiä." (M8)

"Palvelutalossa, jossa olisi kuitenkin oma rauha ja jossa saisi apua ja tukea. En mä taida enää oikein sellaseen yhteisasumiseen sopeutua." (N17)

Edellä kuvattujen tekijöiden lisäksi monien asunnottomien heikentynyt toimintakyky edellyttää myös sairaanhoidollista tukea. Psyykkisesti sairaat ja muistihäiriöistä kärsivät tarvitsevat hoidon seurantaa ja usein apua lääkityksistä huolehtimisessa. Monilla asunnottomilla on vaikeuksia asioida terveydenhuollon normaalipalveluissa, mikä näkyy esimerkiksi kykenemättömyytenä asioida terveysasemilla varatuilla ajoilla (ks. luku 4). Hoitoon hakeudutaan silloin yhteispäivystyspisteiden kautta. Yhteispäivystyspisteissä päihtymistilassa olevien ja tartuntatauteja kantavien, huonossa kunnossa olevien asiakkaiden hoito on vaikeaa. Päivystyspisteissä ei ole mahdollista selvittää tai hoitaa muita kuin välittömiä toimenpiteitä vaativat tilanteet, jolloin asunnottomien krooniset sairaudet ja niiden hoito jää huomioimatta. Sopivien asumisratkaisujen lisäksi siis myös matalan kynnyksen terveyspalveluille on selvä tarve.

Käytännössä heikentynyt psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky saattaa tarkoittaa sitä, ettei henkilö useinkaan kykene asioimaan normaalipalveluiden edellyttämällä tavalla myöskään sosiaalitoimessa. Myös taloudellinen tuki ja raha-asioiden hoitoon liittyvä apu ovat asunnottomien keskeisiä tuen tarpeita. Edellä kuvatusti (ks. luku 3.2) myös vaikeudet hakea kirjallisesti toimeentulotukea ja ymmärtää hakemuksiin vastineeksi saatuja

toimeentulotukipäätöksiä oli yksi keskeinen tuen tarve niiden asunnottomien keskuudessa, jotka elävät toimeentulotuen varassa. Osa saattaa tarvita välitystilin tai edunvalvojan.

"Taloudellista tukea, toimeentulotuki kerran viikossa tilille. Ja sitten toimintaa tueksi ettei tulis juotua niin paljoa." (M5)

"Raha-asioista huolehtimiseen, jotta vuokrat eivät jäisi maksamatta. Sellainen välitystili voisi olla hyvä? Ja jotakin sellaista kontrollia pitäisi olla tuon juomisen suhteen. Jalat on kipeät ja muisti on mulla kyllä todella huono. Alkon pälähtäessä päälle kaikki asiat menee kyllä ihan mullin mallin." (N17)

Asunnottomien heikentynyttä toimintakykyä kuvaa esimerkiksi haastatteluissa tehdyn MMSE-muistitestin osio, jossa tehtävänä oli kirjoittaa yksi kokonainen mieleen tuleva lause. 35 asunnottomasta viisi ei osannut kirjoittaa kokonaista lausetta ja useimmille muille kokonaisen lauseen kirjoittaminen oli vaikeaa ja lauseissa oli kirjoitusvirheitä.

"Huoon muist" (M21)

Henkilöltä, jolla on vaikeasti heikentynyt toimintakyky, on kohtuutonta vaatia että hän kykenisi järjestämään oman asumisensa tai asioimaan normaalipalveluissa niiden edellyttämällä tavalla. Sekä pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämisessä että asunnottomuuden ennaltaehkäisyssä joustavien toimintakäytäntöjen, asiakkaiden kasvokkainen tapaaminen ja konkreettisten toimenpiteiden tarve, kuten esimerkiksi välitystilin tai edunvalvojan hakeminen on vuokranmaksun varmistamiseksi suuri. Toimivien palvelu- ja hoitoratkaisujen löytämiseksi tarvitaan myös ehdottomasti moniammatillisuutta, sosiaali- ja terveystoimen yhteistyötä ja tehokasta asumisneuvontaa.

Selvää on myös, että osa vastaanottoyksiköiden asunnottomista ei kenties tule koskaan sopeutumaan omaan asuntoon, vaan heille vastaanottoyksikkö voi olla ainoa mahdollinen ja toimiva asumisratkaisu. Monelle vastaanottoyksikkö saattaa myös olla viimesijainen paikka muiden palveluiden sulkiessa heille ovensa (ks. luku 2.6). Näille miehille ja naisille uudet ja hyvin hoidetut vastaanottoyksiköiden puitteet ovat viesti, että heitä arvostetaan.

"Sahaajankadun (Herttoniemen asuntola) palvelut eivät ole ihmisarvoista asumista… täällä ihmiset kävelee öisin päällä ja ulostelee … ei täällä pysty nukkumaan. Täällä paskaa lattialla ja ruoat varastetaan. Ja sitte täällä on toi täiongelma." (M5)

"Kysyn vaan, onko tää elämää – maata tuolla noilla kahdeksan millin lattiapatjoilla?" (M11)

Herttoniemen asuntolan ja Pääskylänrinteen päiväkeskuksen toiminnot lakkautettiin kesäkuussa 2009 uuden Hietaniemenkadun palvelukeskuksen avattua ovensa helsinkiläisille viimesijaista majoituspalvelua tarvitseville. Helsingin terveyskeskus on panostanut asunnottomien terveydentilaan sijoittamalla yksikköön yleislääkärin. Myös Espoossa Olarinluoman vastaanottokodin laajennus on suunnitteilla. Vantaalla asunnottomille avattiin uusi Koisorannan palvelukeskus vuonna 2007.

10 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Tässä selvityksessä on kartoitettu 158 asiakkaan terveydentila ja sosiaaliset olosuhteet pääkaupunkiseudun kuntien asunnottomien vastaanottoyksiköissä. Lopuksi vertaamme saamiamme tuloksia Rauno Mäkelän (1978) 1970-luvun alussa tekemään tutkimukseen asunnottomista alkoholisteista Tampereella sekä tuomme esiin kehittämisehdotuksia, joita selvityksemme perusteella pidämme tarpeellisina.

Mäkelän tuloksiin verrattuna voidaan todeta, että asunnottomien ongelmat ovat monin osin pysyneet ennallaan, mutta osin ne ovat muuttuneet. On kuitenkin huomioitava, että Mäkelän käyttämät menetelmät olivat erilaisia. Hän tutki perusteellisesti mm. laboratoriokokeiden avulla 106 asunnotonta miestä ja teki ensisuojassa hoitokokeilun 202 henkilölle. Mäkelä ei puolestaan käyttänyt lainkaan rekisteritietoja, mutta niiden sijaan teki havainnointeja ja käytti muita laadullisia menetelmiä. Tutkimustulokset eivät siten ole suoraan verrannollisia, joskin joitakin johtopäätöksiä asiakasprofiilien muuttumisesta on mahdollista tehdä.

Asunnottomien keski-ikä on pysynyt suurin piirtein ennallaan. Nyt selvityksessä mukana olleiden henkilöiden keski-ikä on 47,3 vuotta, kun Mäkelän tutkimuksessa se oli 45 vuotta. Siviilisääty on pysynyt muuttumattomana eli suurin osa asunnottomista on edelleen naimattomia tai eronneita. Päihteidenkäytössä huomio kiinnittyy erityisesti huumeiden käytön määrään. Kun Mäkelän tutkimukseen osallistui ainoastaan yksi huumausaineita käyttävä (1 %), oli huume- ja sekakäyttäjiä tässä selvityksessä 15 prosenttia. Myös alkoholin ja rauhoittavien lääkkeiden samanaikainen väärinkäyttö on yleistynyt. Mielenterveysongelmien suhteen näyttää siltä, että etenkin psykoosisairaudet ovat nyt tavallisempia kuin 1970-luvun alussa. Selvitykseemme osallistuneista henkilöistä 12 prosentilla on psykoosisairaus, mutta Mäkelän tutkimuksessa vain yhdellä henkilöllä. Asunnottomien henkilöiden mielialahäiriöt näyttävät yleistyneen. Sen sijaan muistiongelmien yleisyys näyttää pysyneen ennallaan. Somaattisten sairauksien suhteen tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja vammat olivat sekä 1970-luvulla että tänään yleisimmät sairaudet. Ne liittyvät usein päihteiden käyttöön ja sen myötä kasvaneeseen tapaturmariskiin. Yleisin lääkärin vastaanotolle hakeutumisen syy asunnottomilla henkilöillä on edelleen mielenterveyteen ja päihdeongelmiin liittyvät syyt.

Vastaanottoyksiköiden asiakkaat ovat vaikeasti sairaita. Vain harvalla heistä on toimiva avohoitosuhde perusterveydenhuoltoon, minkä vuoksi he käyttävät 16 kertaa enemmän

sairaalapäivystyksen palveluja kuin valtaväestö. Kaikista asunnottomista henkilöistä pitkäaikaisasunnottomia on yli puolet ja yleisimmät asunnottomuuden syyt ovat häiritsevä elämä tai maksamattomat vuokrat. Monella asunnottomilla on heikko tulotilanne, vaikeuksia huolehtia taloudestaan ja he joutuvat helposti taloudellisesti hyväksikäytetyksi. Asunnottomuus, köyhyys ja huono terveydentila altistavat lisäksi onnettomuuksille ja väkivallan kohteeksi joutumiselle.

Saamiemme tulosten pohjalta esitämme asunnottomien tarvitsemien ja käytettävissä olevien palvelujen kehittämiseksi seuraavaa:

- Asunnottomien terveydentilan ja sosiaalisten olosuhteiden parantamiseksi kehitetään joustavia terveyden- ja sosiaalihuollon palveluita, jotka tavoittavat myös ne päihde- ja mielenterveysongelmaiset asunnottomat, jotka eivät eri syistä johtuen kykene hakeutumaan niin sanottujen normaalipalvelujen piiriin. Näin voidaan vähentää tarvetta päivystyspalvelujen käyttöön.

- Päihdehuollon palveluita kehitetään vastaamaan asunnottomien ja kaikkein syrjäytyneimmässä asemassa olevien ihmisten palvelutarpeisiin. Turvataan katkaisuhoitojen saatavuus ja mahdollisuus laitoskuntoutukseen myös tulevaisuudessa.

- Kehitetään tiivistä sosiaali- ja terveystoimen viranomaisyhteistyötä palvelujärjestelmään sisältyvien palveluketjujen katkosten poistamiseksi. Tämä edistää asumis- ja hoitoratkaisujen löytämistä niitä tarvitseville.

- Perustetaan nykyisiä asumis- ja majoitusyksiköitä pienempiä kriisimajoitusyksiköitä eri kohderyhmille vuokrasopimuksiin perustuvan asumisen ja viimesijaisten vastaanottoyksiköiden lisäksi. Näin saadaan isoja vastaanottoyksiköitä paremmin sopivia yöpymispaikkoja esimerkiksi asunnottomiksi jääneille nuorille, mielenterveysongelmaisille, maahanmuuttajille ja päihteettömille henkilöille.

- Kehitetään alueellisten toimijoiden (sosiaalipalvelut, asumisneuvonta, kiinteistöyhtiöt, terveydenhuolto) yhteistyötä häätöjen ehkäisemiseksi. Näin edesautetaan tunnistamaan ajoissa asukkaat, joita uhkaa asunnottomuus vuokranmaksuvaikeuksien ja asumiseen liittyvien häiriöiden vuoksi.

- Kehitetään viranomaisyhteistyötä poliisin kanssa. Näin voidaan vähentää asunnottomuuteen liittyviä taloudellisen hyväksikäytön kaltaisia lieveilmiöitä.

- Kehitetään sosiaalitoimessa yhtenäiset tilastointimenetelmät, jotta palvelujen laatua voidaan mitata ja verrata paremmin koko pääkaupunkiseudulla.

Tämä selvitys kertoo pääkaupunkiseudun kuntien asunnottomien vastaanottoyksiköiden asiakkaiden sosiaalisesta tilanteesta ja terveydentilasta.

Teemoja ovat asunnottomuuden kesto, asunnottomuuteen johtaneet syyt, asunnottomien taloudellinen tilanne ja rikosasiat, terveys- ja päihdepalvelujen käyttö sekä terveydentila ja sairastavuus

Aineistona ovat 158 pääkaupunkiseudun asunnottomien vastaanottoyksiköiden asiakkaan sosiaali- ja terveystoimen rekisteritiedot sekä 36 vastaanottoyksikössä yöpyneen asunnottoman henkilön haastattelut ja kliiniset tutkimukset.

Selvityksen on tehnyt Socca (Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus) osana Asunnottomien palvelujen kehittämisyksikkö -hanketta.

Socca
Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus

Työpapereita 2009:2