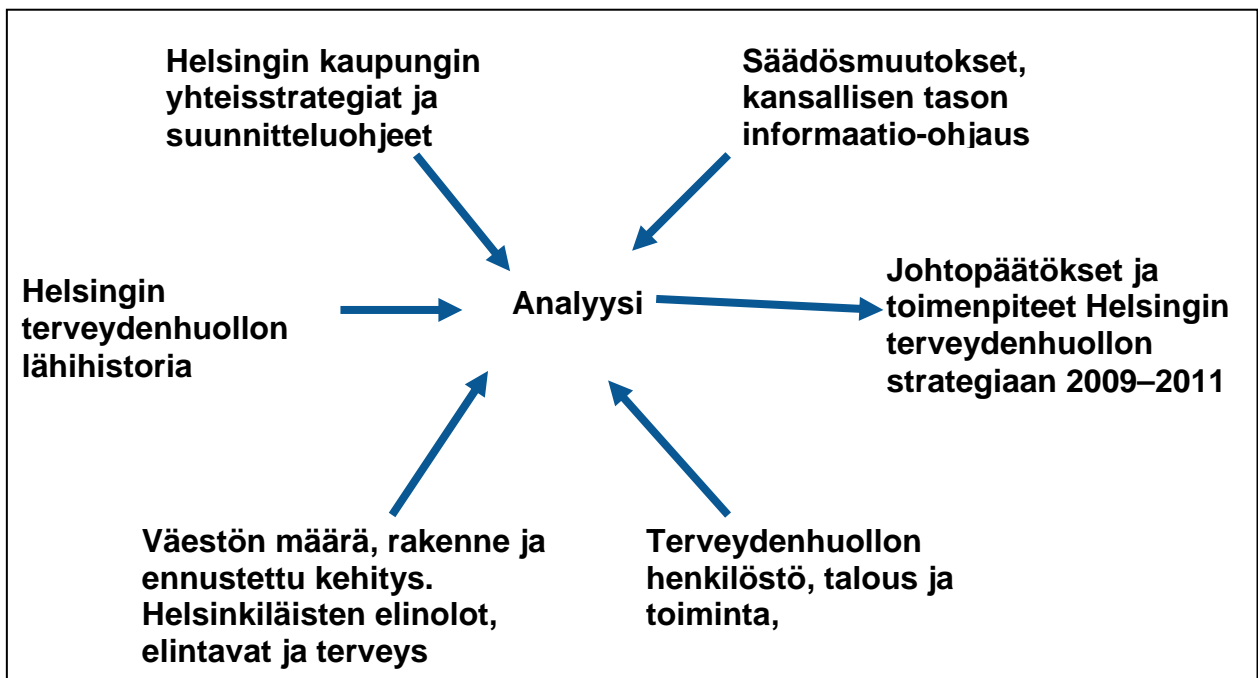


# Helsingin terveydenhuollon toimintaympäristön analyysi

Terveyskeskuksen strategian 2009-2011 valmistelun pohjaksi

Nyman J., Simoila R., Väistö O.





Tekijä(t) - Författare - Author(s) <b>Nyman Juha, Simoila Riitta, Väistö Outi</b>		
Julkaisun nimi - Publikationens titel - Title of the Publication <b>Helsingin terveydenhuollon toimintaympäristön analyysi terveyskeskuksen strategiasuunnitelman 2009-2011 valmistelun pohjaksi</b>		
Julkaisija - Utgivare - Publisher <b>Helsingin kaupungin terveyskeskus</b>	Julkaisu-aika - Publikationsdatum Published <b>2008</b>	Sivumäärä, liitteet - Sidoantal, bilagor Pages, appendices <b>76 s, 3 liitettä</b>
Sarja - Serie - Series <b>Helsingin kaupungin terveyskeskuksen raportteja</b>		Osanumero - Del nummer Part number <b>2008:1</b>
ISSN <b>11459-9112</b>	ISBN <b>978-952-223-185-7</b>	Kieli - Språk - Language <b>suomi</b>
Tiivistelmä - Referat - Abstract Helsingin terveydenhuollon toimintaympäristön analyysissä on kuvattu Helsingin väestön, elinolojen, sosiaalisten ja ympäristön tekijöiden, elintapojen, terveyden ja terveystalvelujen tuotannon tilaa ja kehitystä. Tilastojen mukaan Helsingin väestön määrä lisääntyy. Tärkeimmät väestön rakenteelliset muutokset ovat vanhusten ja maahanmuuttajien määrän lisääntyminen. Vanhusten määrän lisääntyminen aiheuttaa sairaanhoidon ja kuntouttavan hoidon sekä jokapäiväisessä elämässä tarvittavan tuen tarpeen lisääntymistä. Maahanmuuttajien kotouttamiseen ja työllistymiseen tähtävien toimenpiteiden tarve lisääntyy aiemmasta. Helsingissä on maan keskiarvoa korkeammat tulot, mutta tulonjakautuminen on epätasaista. Pienituloisia on keskimääräistä yleisemmin yksihuoltajaperheiden ja eläkeläisten ryhmissä. Työttömyys, pitkäaikais- ja nuorisotyöttömyys ovat vähentyneet. Päihteiden käytön lisääntymisestä aiheutuneet haitat, tupakoinnin ja ylipainoin yleisyys sekä vähäinen vapaa-ajan liikunta aiheuttavat terveyttä edistävän ja ennalta ehkäisevien toimenpiteiden kehittämistä.  Helsingissä alueelliset erot elinoloissa, turvallisuudessa, koulutuksessa, asumisessa, elintavoissa ja terveydessä ovat huomattavia. Työttömiä on keskimääräistä enemmän itäisessä suurpiirissä. Samoin vuokra-asuntoja on runsaasti itäisessä suurpiirissä. Maahanmuuttajia asuu runsaasti itäisissä kaupunginosissa. Helsinkiäisten naisten elinajanodote on 82 vuotta ja miesten noin 75 vuotta. Elinajanodotteen ero perusasteen ja korkea-asteen koulutuksen saaneiden välillä on 7,8 vuotta. Ero eteläisen ja keskisen suurpiirin välillä elinajanodotteessa on lisääntynyt ja on nyt noin 5 vuotta. Elinajanodotteen ero peruspiirien välillä on suurimmillaan miehillä 9,4 vuotta ja naisilla 5,6 vuotta. Helsinkiäisten kuolleisuus eräisiin syöpiin, alkoholisairauksiin ja tapaturmaisesti on yleisempää kuin muualla maassa.  Nikotiiniriippuvuus on yleisempää ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevilla kuin lukioissa opiskelevilla. Lisääntynyt alkoholin ongelmakäyttö lisää hoidon tarvetta terveysasemilla, päivystyspoliklinikoilla, selviämishoitoasemalla ja vuodeosastoilla. Vanhusten tavallisimpia sairaalahoitoa vaativia sairauksia ovat reisiluun murtuma, dementia ja aivoinfarkti.  Helsingissä kuolee vuosittain noin 5000 henkilöä, joista noin neljäsosa on alle 65-vuotiaita. Yleisimmät kuolinsyyt ovat sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet, kasvaimet ja syövät sekä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt (sisältäen dementian ja Alzheimerin taudin). Miesten ja naisten välillä on verrattain selvät kuolinsyiden painottumisen erot. Alkoholiperäisiin sairauksiin ja itsemurhiin kuolleista kolme neljäsosaa on miehiä, kun taas dementiaan ja Alzheimerin tautiin kuolleista 75-80 prosenttia on naisia. Maahanmuuttajien terveydestä ei toistaiseksi ole riittävästi tietoja.  Helsinkiäisten terveystalveluiden käyttäjien määrä on vähentynyt vuosien 2006 ja 2007 välillä. Kotihoidon asiakasmäärät ovat lisääntyneet vuodesta 2003 alkaen. Terveystalveluksen henkilöstömäärä on lisääntynyt.		
Avainsanat - Nyckelord - Key words <b>terveydenhuolto; Helsinki; terveyskeskus; toimintaympäristö; terveyserot</b>		
Hinta Pris Price	Julkaisumuoto Publikationsform Publishing form	<b>paperi sekä pdf internetissä</b>

<b>Julkaisun myynti ja jakelu:</b> Sosiaali- ja terveydenhuollon tietopalvelu PL 7010, 00099 HELSINGIN KAUPUNKI Puhelin: 310 43772 Telekopio: 310 43151 Sähköposti: sosv.kirjasto@hel.fi Tiimiposti: Sosv Kirjasto Hki/Sosv	<b>Distribution och försäljning:</b> Social- och hälsövärdens informationstjänst PB 7010, 00099 HELSINGFORS STAD Telefon: 310 43772 Telefax: 310 43151 E-post: sosv.kirjasto@hel.fi Teampost: Sosv Kirjasto Hki/Sosv	<b>Distribution and sales:</b> Social and Health Care Information Services PB 7010, 00099 Helsingin kaupunki Telephone: +358-9-310 43772 Telefax: +358-9-310 43151 E-mail: sosv.kirjasto@hel.fi Teampost: Sosv Kirjasto Hki/Sosv
---	--	--

## Sisällysluettelo

Johdanto .....	1
1 Väestö .....	2
1.1 Määrä ja rakenne .....	2
1.2 Ulkomaalaistaustainen ja vieraskielinen väestö .....	3
1.3 Johtopäätökset .....	6
2 Elinolot .....	7
2.1 Taloudelliset tekijät .....	7
2.1.1 Tulotaso .....	7
2.1.2 Toimeentulotuki .....	7
2.1.3 Työttömyys .....	8
2.2 Sosiaaliset tekijät .....	10
2.2.1 Asuminen .....	10
2.2.2 Päivähoito ja lastensuojelu .....	11
2.2.3 Sosiaalinen pääoma .....	12
2.3 Fyysinen ympäristö .....	14
2.3.1 Kaupunkirakenne .....	14
2.3.2 Liikenne .....	15
2.3.3 Turvallisuus .....	18
3 Elintavat .....	20
3.1 Ravitseminen .....	20
3.2 Liikunta .....	21
3.3 Päihteet .....	23
3.4 Johtopäätökset .....	26
4 Terveys .....	27
4.1 Lasten ja nuorten terveys .....	27
4.2 Aikuisten terveys .....	28
4.3 Vanhusten terveys .....	31
4.4 Maahanmuuttajien terveys .....	34
4.5 Helsinkiläisten terveyserot .....	35
4.6 Johtopäätökset .....	36
5 Terveyspalvelujen käyttö .....	37
5.1 Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido .....	37
5.2 Päihde- ja mielenterveysongelmien hoitopalvelut .....	45
5.3 Johtopäätökset .....	52
6 Henkilöstövoimavarat .....	53
6.1 Henkilöstön määrä .....	53
6.2 Henkilöstön saatavuus .....	54
6.3 Työhyvinvointi .....	57
6.4 Koulutus .....	59
6.5 Lähtövaihtuvuus .....	60
6.6 Johtopäätökset .....	61
7 Terveyspalvelujen tuotanto ja talous .....	62
7.1 Palvelujen tuotanto .....	62
7.2 Talous .....	64
7.4 Johtopäätökset .....	67
8 Johtopäätökset vuoden 2009 – 2011 strategiaan .....	68

## LIITTEET

## Johdanto

Toimintaympäristön analyysi on yksi Helsingin terveystieteiden suunnitteluasiakirjoista, joka laaditaan vuosittain strategiatyön pohjaksi. Toimintaympäristön tilaa ja siinä tapahtuneita muutoksia tarkastellaan väestön, henkilöstön, toiminnan ja talouden näkökulmista. Raportin aineistona on käytetty tilastotietoja, tutkimuksia, selvityksiä, ennusteita ja valtakunnallisia terveydenhuoltoon liittyviä linjauksia. Tarkoituksena on koota yhteen ja jäsentää suuresta tietomäärästä Helsingin terveydenhuollon kannalta strategisesti merkittäviä kehityssuuntia ja haasteita. Raporttiin on koottu myös Helsingin terveystieteiden toimintaa ja taloutta kuvaavia tietoja vuodelta 2007.

Tämä raportti on tehty ajankohtana, jolloin terveydenhuollossa on käynnissä suuria muutoksia. Kunta- ja palvelurakennemuutostusta (Paras-hanke) koskeva lainsäädäntö tuli voimaan helmikuussa 2007. Valtioneuvosto hyväksyi vuoden 2008 alussa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (KASTE), jossa määritellään terveydenhuollon lähivuosien kehittämistavoitteet. Sosiaali- ja terveysministeriössä valmistellaan kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon yhdistämistä terveydenhuoltolaiksi. Tämä työ tulee valmistumaan aikaisintaan toukokuun lopussa 2008 eivätkä tiedot lain sisällöstä ehdi tähän raporttiin. Uuden lain tavoitteissa on painotettu perusterveydenhuollon vahvistamista. Terveyden edistäminen on näkyvästi esillä valtakunnallisissa terveydenhuollon linjauksissa hallitusohjelmaa myöten. Valtioneuvosto hyväksyi joulukuussa 2007 hallituksen strategia-asiakirjoina Terveyden edistämisen politiikkaohjelman, Lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelman sekä Työn, yrittämisen ja työelämän politiikkaohjelman. Terveyden edistämisen politiikkaohjelman toimeenpanosuunnitelma on valmisteilla. Myös väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma valmistuu kesään 2008 mennessä. Sosiaali- ja terveysministeriössä on valmisteilla lisäksi valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävistä liikunnasta ja ravinnosta. Nämä valtakunnalliset uudistukset ja ohjelmat tulevat linjaamaan terveydenhuoltoa lähivuosina.

Helsingiläisten terveys on monien eri tekijöiden vaikutuksen tulosta. Terveyden taustalla ovat yksilön perimän lisäksi hänen aineelliset, sosiaaliset, tiedolliset ja kulttuuriset voimavaransa. Monet terveyttä lisäävät tekijät ovat terveydenhuollon ulkopuolella ja kytkeytyvät yhteiskunnan ja yhteisön rakenteisiin. Koulutus, tulotaso, työllisyys ja asuminen ovat osaltaan vaikuttamassa terveyteen ja sen tähden näitä tarkastellaan osana toimintaympäristön muutoksia.

Raportti jakaantuu kahdeksaan pääluukuun. Johdannon jälkeen luvussa yksi käydään läpi Helsingin väestötietoja. Toinen luku sisältää tietoja helsinkiläisten elinoloista ja kolmas luku elintavoista. Neljännessä luvussa on tarkasteltu helsinkiläisten terveyttä ikäryhmittäin. Luvussa viisi käydään läpi terveystieteiden palvelujen käyttöä ja luvussa kuusi henkilöstövoimavaroihin liittyviä tietoja. Lukuun seitsemän on koottu tietoja terveystieteiden palvelujen tuotannosta ja taloudesta. Raportti päättyy lukuun kahdeksan, johon on toimintaympäristön analyysin pohjalta tiivistetty johtopäätökset terveystieteiden strategian 2009 -2011 pohjaksi.

# 1 Väestö

## 1.1 Määrä ja rakenne

Helsingissä oli vuoden 2008 alussa 568 531 asukasta (taulukko 1). Väestön kasvu oli vuonna 2007 ennustettua suurempaa ja Helsingin asukasmäärä lisääntyi yhteensä 4000 henkilöllä. Ikäryhmittäin tarkastellen lisäystä oli kaikissa ikäluokissa lukuun ottamatta 7-15-vuotiaita, joiden määrä väheni lähes tuhannella, mikä vastaa kahta prosenttia ikäluokasta. Alle kouluikäisten määrä pysyi lähes ennallaan, työikäisten määrä kasvoi runsaalla 4000:lla, mikä vastaa yhden prosentin lisäystä. Ikäryhmässä 65-74-vuotiaat oli vajaan 0,5 prosentin ja 75-84-vuotiaissa noin yhden prosentin lisäys. Iäkkäimpien eli 85 vuotta täyttäneiden määrä lisääntyi 2,8 prosenttia. (Helsingin kaupungin tietokeskus 2007.)

Vuoteen 2012 mennessä ennustetaan 7-15-vuotiaiden määrän vähenevän yli 4000:llä (-9,5 %). Alle kouluikäisten lasten määrän ennustetaan lisääntyvän vajaalla 1 200:lla (noin 3,2 %) ja heitä ennustetaan vuonna 2012 asuvan Helsingissä noin 38 000. Nuorten aikuisten, 16-24-vuotiaiden, määrän ennustetaan lisääntyvän yli tuhannella ja 25-49-vuotiaiden määrän liki neljällä tuhannella. 50-64-vuotiaiden lukumäärän ennustetaan vähenevän. Suuret ikäluokat ikääntyvät ja sen seurauksena 65-74-vuotiaiden määrä lisääntyy yli 9 000:lla vuoteen 2012 mennessä (lisäystä 22 %). 75-84-vuotiaiden määrä lisääntyy ennusteen mukaan noin kaksi prosenttia ja 85-vuotta täyttäneiden noin kymmenen prosenttia. (Helsingin kaupungin tietokeskus 2007.)

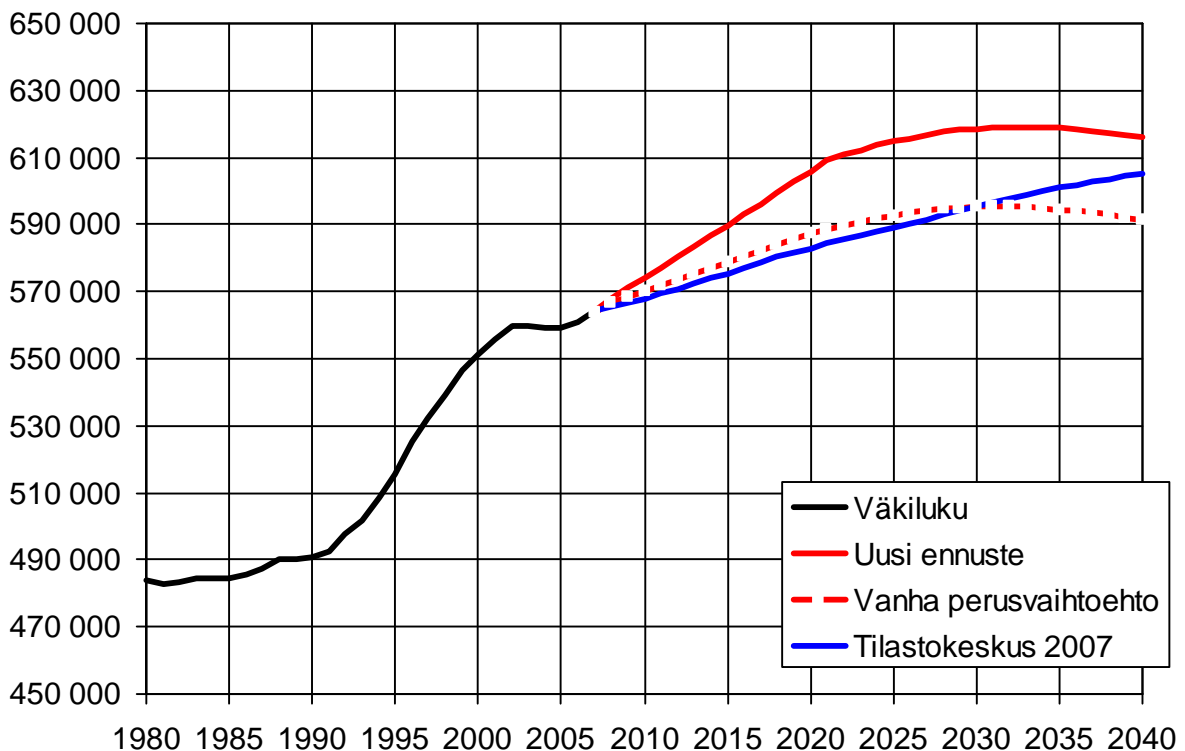
Taulukko 1. Helsingin väestö 1.1.2008 ja ennuste 1.1.2012.

Ikäryhmä	Väestön määrä 1.1.2007	Väestön määrä 1.1.2008	Väestön määrän muutos vuodesta 2007 vuoteen 2008	Väestöennuste 1.1.2012
0-6 v	36 854	36 922	+ 68	38 112
7-15 v	47 839	46 854	- 985	42 394
16-64 v	399 850	404 074	+ 4 224	408 257
65-74 v	42 048	42 179	+ 131	51 285
75-84 v	27 563	27 864	+ 301	28 409
85 +	10 367	10 638	+ 271	11 729
<b>Yhteensä</b>	<b>564 521</b>	<b>568 531</b>	<b>+ 4 010</b>	<b>580 186</b>

Lähde. Helsingin kaupungin tietokeskus 2007

Kuvioon 1 on havainnollistettu Helsingin väkiluvun kehitystä vuodesta 1980 vuoteen 2040 Helsingin kaupungin tietokeskuksen uuden ja vanhan ennusteen sekä tilastokeskuksen ennusteen mukaan. Helsingin kaupungin tietokeskus on korjannut tulevien vuosien väestöennustetta aiempaa ennustettaan suuremmaksi. Uuden ennusteen mukaan vuosina 2008-2011 Helsingin väestön määrän ennustetaan kasvavan yhteensä noin 11 000 henkilöllä eli vajaalla 3 000:lla vuosittain. Helsingissä asui tämän suunnitelmakauden loppussa yli 580 000 asukasta. Asukasluvun ennustetaan lisääntyvän vuoteen 2017 mennessä eniten Itäisessä suurpiirissä. (Helsingin kaupungin tietokeskus 2007.)

Vuoden 2015 jälkeen kasvu kohdistuu yli 75-vuotiaisiin ja vanhusten kokonaismäärä lisääntyy edelleen. Suhteellisesti eniten ennustetaan lisääntyvän 65-74-vuotiaiden lukumäärän 42 000 asukkaasta 59 000:een (lisäystä 29 %). 75-84-vuotiaiden määrän ennustetaan lisääntyvän 6,5 prosenttia noin 30 000:en ja 85-vuotta täyttäneiden määrän noin 16 prosenttia 12 700 henkilöön. (Helsingin kaupungin tietokeskus 2007.) Naisten osuus lisääntyy ikääntyneemmissä ryhmissä naisten pidemmän keskimääräisen eliniän johdosta. Yksin asumisen odotetaan edelleen lisääntyvän vuoteen 2015 mennessä. (Pääkaupunkiseudun väestö- ja palvelutarveselvitys 2015 ja 2025.)



Kuvio 1. Helsingin väkiluku 1980 - 2007 ja ennuste vuoteen 2040.

## 1.2 Ulkomaalaistaustainen ja vieraskielinen väestö

Maahanmuuttajaväestön lisääntyminen, vieraskielisen väestön suuri määrä ja monikulttuurisuus kuvaavat muutosta, joka on käynnissä Helsingin väestörakenteessa. Helsinkiin muutti vuonna 2007 yhteensä 6 000 ulkomaan kansalaista, joista kolmannes muutti muualta Suomesta. Muuttovoitto ulkomailta oli myös huomattavaa. Ulkomailta muutti Helsinkiin 3600 henkilöä enemmän kuin, mitä muutti ulkomaille. Vuodesta 2006 vuoteen 2007 ulkomailta Helsinkiin suuntautuva nettomaahanmuutto on lisääntynyt, mutta kotimaassa tapahtuva muutto oli Helsingille tappiollisempaa vuonna 2007 kuin 2006.

*Ulkomaan kansalaisella* tarkoitetaan Suomessa pysyvästi asuvaa henkilöä, jolla ei ole Suomen kansalaisuutta. *Ulkomaalaistaustaisella* tarkoitetaan sekä ulkomaiden kansalai-

sia että ulkomailla syntyneitä Suomen kansalaisia. *Vieraskielisiin* kuuluvat kaikki muut kuin suomen-, ruotsin- ja saamenkieliset.

*Ulkomaan kansalaisten* määrä lisääntyi vuoden 2007 aikana kolmella tuhannella ollen nyt yli 36 000 (Taulukko 2). Vuoden 2008 alussa Helsingin asukkaista ulkomaan kansalaisia oli noin 6,4 %. Ulkomaan kansalaisten osuus on Helsingissä suurempi kuin muualla pääkaupunkiseudulla. Ulkomaan kansalaisten määrän kasvuun vaikuttaa merkittävästi se, että osa maahanmuuttajista saa ajan myötä Suomen kansalaisuuden eikä lukeudu sen jälkeen ulkomaan kansalaisten lukumäärään. Helsingissä olevat ulkomaan kansalaiset edustavat 145:tä eri kansalaisuutta. Ulkomaan kansalaisista suurimmat ryhmät ovat venäläiset ja virolaiset. (Helsingin ulkomaalaisväestö vuonna 2006.)

Vuoden 2008 alussa Helsingin väestöstä oli suomenkielisiä noin 483 000, vieraskielisiä noin 51 000 ja ruotsinkielisiä 34 500 henkeä. Kolme suurinta vieraskielisten ryhmää olivat venäjänkieliset, somalinkieliset ja vironkieliset. *Vieraskielisten osuus* oli vuoden 2008 alussa noin 10 % väestöstä. *Ulkomaalaistaustaisia* noin kaksi kolmasosaa on ulkomaan kansalaisia ja yksi kolmasosa suomen kansalaisia. Ulkomaalaistaustaisia oli vuoden 2007 alussa Helsingin väestöstä noin 50 600 eli noin 9 %. Helsingin kaupungin väestömäärän kasvu on lähes kokonaan seurausta vieraskielisten maahanmuuttajien määrän lisääntymisestä.

Taulukko 2. Helsingissä asuvat ulkomaan kansalaiset, ulkomaalaistaustaiset ja vieraskieliset 1.1.2007 ja 2008.

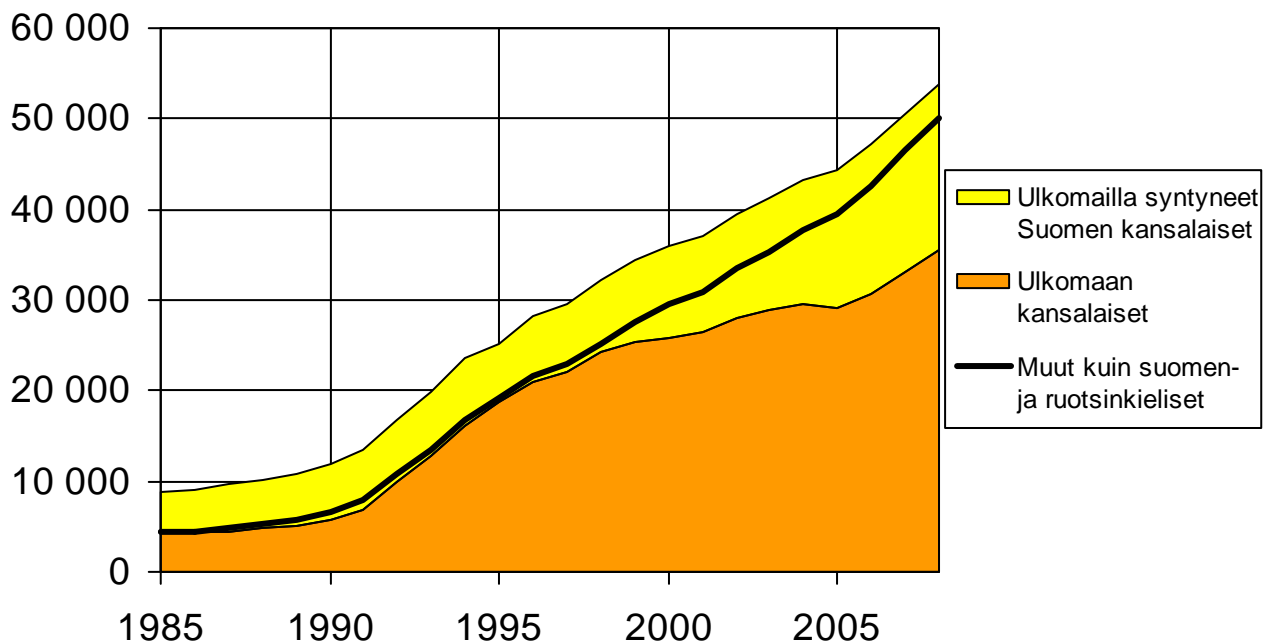
	1.1.2007	1.1.2008	Muutos
Väestö yhteensä	564 521	568 531	4 010 (0,7 %)
Ulkomaan kansalaiset	33 196	36 283	3 087 (9,3 %)
Virolaiset	5 343		
Venäläiset	5 424		
Ulkomaalaistaustaiset	50 599	54 651	4 052 (8,0 %)
Ulkomaan kansalaiset	33 196	36 283	3 087 (9,3 %)
Suomen kansalaiset	17 403	18 368	965 (5,5 %)
Suomenkieliset	483 284	482 988	- 296
Ruotsinkieliset	34 695	34 505	- 190
Vieraskieliset	46 542	51 038	4 496 (9,7 %)
venäjänkieliset	11 093		
somalinkieliset	5 065		
vironkieliset	5 030		

Vieraskielisten lasten määrä on lisääntynyt kymmenessä vuodessa 23 000:sta yli 46 000:en. Joka kymmenes helsinkiläinen lapsi puhuu äidinkielenään muuta kuin suomea tai ruotsia. (Lasten ja lapsiperheiden elinolot Helsingissä 2007.) Maahanmuuttajataustaisia koululaisia ja opiskelijoita on Helsingin kaupungin ylläpitämissä peruskouluissa 10 %, lukioissa 5 % ja ammatillisissa oppilaitoksissa noin 9 %. Ikäryhmässä 7-15-vuotiaat suomenkielisten osuuden ennustetaan merkittävästi vähenevän ja vastaavasti vieraskielisten osuuden lisääntyvän. Vieraskielisten osuus synnyttäjistä on lisääntynyt ja on nyt 14 prosenttia kaikista helsinkiläisistä synnyttäneistä. Vieraskielisille äideille syntyy keskimää-

rin enemmän lapsia kuin suomalaisille. (Helsingin ulkomaalaisväestö vuonna 2006.) Jo nykyisin eräillä Itä-Helsingin asuntoalueilla kolmannes lapsista on maahanmuuttajia.

Maahanmuuttajat ovat viime vuosina tulleet Suomeen erityisesti työn vuoksi ja maahanmuuttajista työkäisiä on ollut kolme neljäsosa. Ulkomailla syntyneistä helsinkiläisistä noin joka toinen on 25-44-vuotias (Helsingin kaupungin tilastollinen vuosikirja 2007). Maahanmuuttajista 75-vuotta täyttäneitä on vain alle 2 prosenttia. Maahanmuutolla on nuorentava vaikutus ikärakenteeseen, mutta maahanmuuttajien muita suurempi työttömyys vähentää sen hyötyjä. Huolimatta siitä, että maahanmuuttajista suurin osa on työkäisiä ja heidän osuutensa lisääntyy, työkäisten määrän ennustetaan kääntyvän laskuun 2010-luvun alussa.

Kuviosta 2 käy ilmi, että ulkomaan kansalaisten määrä kasvoi nopeimmin 1990-luvun alkupuolella Suomen EU-jäsenyyden voimaantumisen jälkeen ja kasvu on 2000-luvulla hidastunut alle 6 prosenttiin vuodessa. Vuoden 2005 jälkeen kasvu on jälleen kiihtynyt. 1990-luvun puolivälin jälkeen myös Helsingissä asuvien ulkomailla syntyneiden lukumäärä alkoi lisääntyä merkittävästi. Ulkomaan kansalaisten lisäksi lähes kaikki ulkomailla syntyneet suomen kansalaiset ovat vieraskielisiä.



Kuvio 2. Maahanmuuttajataustainen väestö Helsingissä 1985-2007.

Lähde. Vuori.P. 2007. Väestön kehitystrendejä Helsingissä ja pääkaupunkiseudulla: ulkomaalaiset. (Julkaisematon lähde)

Maahanmuuton ja maastamuuton erotus eli nettomaahanmuutto on vaihdellut 2000-luvulla 2 600:sta 10 350:en. Maahanmuutto on pääasiassa työperäistä ja pakolaiset ja turvapaikanhakijat ovat pieni osa maahanmuuttajista (Torvi 2007). Maahanmuutto on ollut 1980-luvulta asti suurempaa kuin maastamuutto. Nettomaahanmuutto on selvimmin ollut positiivista Venäjältä ja Virosta koko 2000-luvun.



### 1.3 Johtopäätökset

Helsingin väestömäärän kasvu on nopeutunut muutaman vuoden tasannevaiheen jälkeen. Suurin osa väestölisäyksestä on muuttovoittoa ulkomailta. Vieraskielisen väestön osuus on tällä hetkellä noin 10 % ja sen ennustetaan kasvavan. Muuhun Helsingin väestöön verrattuna vieraskielisen väestön ikärakenne on nuorempi ja lasten määrä suurempi.

Maahanmuutto vaikuttaa terveydenhuollon asiakasrakenteeseen. Helsingin terveyskeskuksella ei ole tällä hetkellä tietoa vieraskielisen väestön palvelujen käytöstä. Potilastietojärjestelmissä on mahdollisuus kirjata potilaan äidinkieli, mutta kohdan täyttäminen on ollut puutteellista. Palvelunkäyttötietoja tarvitaan jatkossa palvelujen kehittämisen pohjaksi.

Vieraskielisen väestön määrän lisääntymisen lisäksi Helsingin väestön ikärakenne vanhenee, mikä merkitsee terveydenhuollon asukaskohtaisten menojen kasvua. Ikääntymisestä seuraavat hoitotarpeen ja taloudellisten voimavarojen muutokset ovat ennakoitavissa suhteellisen hyvin. Kokonaiskuluihin vaikuttaa ikärakenteen lisäksi väestön määrä eri ikäryhmissä. Vuodesta 2008 vuoteen 2011 helsinkiläisten 65-74-vuotiaiden määrän kasvu peräti 9000:lla merkitsee huomattavaa kustannusnousua erityisesti erikoissairaanhoidon menoissa. 75-84-vuotiaiden määrän ennustetaan lisääntyvän 545 hengellä. Yli 85-vuotiaiden määrässä tapahtuva runsaan tuhannen lisäys ennustaa vanhusten hoidon ja hoivan tarpeen huomattavaa lisäystä.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen kuntaliiton ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008) on asettanut tavoitteeksi, että 13 - 14 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä saa säännöllistä kotihoitoa. Helsingissä saa nykyisin 11,5 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä säännöllistä kotihoitoa. Jos 13 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä saisi säännöllistä kotihoitoa vuonna 2012, se merkitsisi 213:n tämän ikäisen asiakkaan lisäystä. Vuosina 2006 ja 2007 Helsingissä kotihoidon asiakkaista eniten on lisääntynyt 85-vuotiaiden osuus ja toiseksi eniten alle 65-vuotiaiden osuus. Ikäihmisten laatusuosituksen mukaan tavoitteena on tehostetussa palveluasumisessa 5 – 6 prosenttia, omaishoidon tuen piirissä 5 – 6 prosenttia ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa 3 prosenttia yli 75-vuotiaista vuoteen 2012 mennessä.

Helsingissä kasvaa myös työkäisten määrä. Peruskouluikäisten määrä puolestaan vähenee. Vilkkaan muuttoliikkeen ja yksin asumisen vuoksi Helsingin asukkaiden sosiaaliset verkostot ovat usein heikkoja.

## 2 Elinolot

### 2.1 Taloudelliset tekijät

#### 2.1.1 Tulotaso

Vuonna 2005 helsinkiläisten tulot tulonsaajaa kohden olivat keskimäärin 26 000 euroa vuodessa. Samaan aikaan tulot koko maassa tulonsaajaa kohti olivat 21 000 euroa vuodessa. Helsinkiläisillä lapsiperheillä tulot olivat keskimäärin noin 36 000 euroa, yksinhuoltajilla noin 22 500 euroa, työttömyysturvaetua saaneilla noin 14 000 euroa ja eläkeläisillä noin 22 400 euroa vuodessa tulonsaajaa kohden. Henkeä kohden laskettuna lapsettomilla pareilla oli keskimäärin suurimmat tulot, toiseksi suurimmat tulot olivat yksinasuvilla ja kolmanneksi suurimmat tulot lapsiperheillä. Helsinkiläisten keskimääräiset tulot ovat lisääntyneet viime vuosina. Pääkaupunkiseudulla kotitaloudet käyttävät muuta maata selvästi enemmän rahaa kulttuuriin, vaatteisiin, hotelleihin, kahviloihin ja ravintoloihin sekä kuljetuspalveluihin. Eri tuloryhmiin kuuluvien ihmisten kulutuserot ovat lisääntyneet voimakkaasti 2000-luvulla. Helsinkiläisillä on myös velkaa enemmän kuin maassa keskimäärin. (Helsingin kaupungin tilastollinen vuosikirja 2007.)

Helsingin lapsiperheiden keskimääräinen tulotaso on neljänneksen maan keskiarvoa korkeampi. Helsinkiläisten väliset tuloerot ovat suuret verrattuna muihin paikkakuntiin. Sekä pienituloisia että suurituloisia lapsiperheitä on suhteellisesti enemmän kuin maassa keskimäärin. Kaiken kaikkiaan Helsingissä lähes joka kymmenes kahden huoltajan lapsiperheistä on pienituloinen. Näiden 3 500 perheen veronalaiset tulot ovat alle 20 000 euroa vuodessa. Joka neljäs yksinhuoltajaperhe on pienituloinen. Näiden noin 4 500 perheen veronalaiset tulot ovat alle 10 000 euroa vuodessa. (Hietaniemi 2007.) Osa pienituloisista on opiskelijoita, joiden pienituloisuus on tilapäistä.

Helsingissä on eläkeläisiä kaiken kaikkiaan noin 125 000. Noin 8 prosentilla eläkeläisistä tulot olivat vuonna 2003 yli 30 000 euroa ja noin 30 prosentilla eli noin 40 000:lla eläkeläisellä alle 10 000 euroa vuodessa. (Yksityishenkilöiden ja perheiden tulot sekä verot Helsingissä vuonna 2003.)

Vuonna 2006 koko maassa keskimääräinen eläke oli 1 157 euroa kuukaudessa ja Helsingissä 1 866. Vaikka kokonaiseläke on noin 50 prosenttia ammatissa toimivien tasosta, eläkeläistalouksien toimeentulon taso on 70 prosenttia ammatissa toimivien toimeentulon tasosta mm. tulonsiirtojen ansiosta. (Eläkeläisten toimeentulo 2006.)

Vuonna 2006 (2005) sai Helsingissä 65 vuotta täyttäneestä väestöstä 2,6 % (2,8 %) täyttä kansaneläkettä. Vastaava osuus koko maassa oli 4,8 % (5,3 %). Tämä tarkoittaa, että helsinkiläisistä eläkeläisistä saa työeläkettä suurempi osuus kuin maassa keskimäärin.

#### 2.1.2 Toimeentulotuki

Helsingissä toimeentulotukea saavien osuus vuonna 2005 oli 7,6 prosenttia väestöstä. Vuonna 2007 toimeentulotukea sai enää 4,7 prosenttia (Helsingin seudun suunnat 2007). Helsingissä on muuhun maahan verrattuna runsaasti pienituloisia yksinasuvia, yksinhuol-

tajia ja maahanmuuttajia. Toimeentulotukea saaneista yksinäisiä miehiä oli 47 %, yksinäisiä naisia 28 % ja yksinhuoltajia 13 %. Vuonna 2006 Helsingissä asui 6 959 alle 25-vuotiasta, jotka olivat saaneet toimeentulotukea kyseisen vuoden aikana. Noin 2 000 alle 25-vuotiasta sai tukea vain 1-2 kuukauden ajan ja noin 3 000 tämän ikäistä nuorta sai tukea vähintään 6 kuukautta tai kauemmin. Noin 3 000:lla ei ollut muita tuloja toimeentulotuen lisäksi. (Tietohuolto- ja Tilastoyksikkö 2007.) Kaupungin vuokra-asunnoissa asuvista noin 14 % saa toimeentuloa ja muualla asuvista toimeentuloa saa 4 prosenttia. Vuosien 2000 ja 2004 välillä pientuloisimpien osuus väheni nopeimmin Helsingissä pääkaupunkiseudun kunnista. Esimerkiksi Kontulassa ja Keski-Vuosaassa pientuloisten osuus on nykyisin alle kaupungin keskiarvon. (Lankinen 2008.) Eriyisen huono-osaisia ovat yksinäiset, mielenterveysongelmista, päihderiippuvuudesta ja taloudellisista ongelmista kärsivät.

Lapsiperheistä sai toimeentulotukea vuonna 2006 lähes joka kymmenes (Hietaniemi 2007). Yksinhuoltajaperheitä, joissa on alle 18-vuotiaita lapsia ja vain yksi aikuinen, oli noin kolmannes lapsiperheistä eli lähes 23 000 (Helsingin kaupungin tilastollinen Vuosikirja 2007). Yksinhuoltajien työttömyysaste oli noin 12 prosenttia ja lähes joka viidennessä yksinhuoltajaperheessä huoltaja on työvoiman ulkopuolella. Noin 25 prosentilla yksinhuoltajista tulot ovat alle 10 000 euroa vuodessa. (Hietaniemi 2007.) Kaupunki maksaa elatustukea lapselle, jos elatusvelvollinen on jättänyt sen maksamatta. Kaupungin maksamaa elatustukea Helsingissä saa yli 13 000 lasta (Askelo a 2007).

### 2.1.3 Työttömyys

Työttömiä työnhakijoita oli Helsingissä vuoden 2006 lopussa 24 000 (Lankinen 2008). Vuonna 2007 työttömyys on edelleen vähentynyt kaikissa suurpiireissä ja vuoden 2007 lopussa Helsingissä oli vajaat 19 000 työtöntä työnhakijaa. Työttömyysaste oli 6,3 prosenttia. Pitkäaikaistyöttömiä oli 4 481 eli noin joka neljäs työtön. Alle 25-vuotiaita oli työttömänä 1 307, yli 50-vuotiaita 7 650 ja vajaakuntoisia 2 599. (Helsinkiäisten työllisyys ja työttömyys 2008.) Työvoiman ulkopuolella on kaikkiaan noin 84 000 helsinkiläistä 15-64-vuotiasta. Helsingissä työkyvyttömyyseläkkeen saajia on noin 22 000 ja heistä noin joka toisella syynä eläkkeeseen on mielenterveyshäiriö (Helsingin kaupungin tilastollinen vuosikirja 2007). Avoimien työpaikkojen määrä oli Helsingissä vuoden 2007 lopussa 4 481, mutta vuoden 2007 keskiarvo oli yli 7 000 avointa työpaikkaa

Lapsiperheistä 94 prosentissa vähintään toinen vanhemmista käy työssä. Kouluikäisten lasten vanhempien työttömyys on vähentynyt viime vuosina ja molemmat vanhemmat ovat työttömiä vain yhdessä prosentissa perheistä. Molempien vanhempien työttömyys on muita yleisempää monilapsisissa perheissä: neljän tai useamman lapsen perheistä joka neljännessä ainakin toinen vanhemmista on työtön. (Salorinne 2007.)

Vaikka työttömyys vähenee, se on edelleen yleistä eräissä osissa Helsinkiä. Vuonna 2006 korkein työttömyys oli itäisessä suurpiirissä 10,7 prosenttia ja matalin eteläisessä suurpiirissä 4,9 prosenttia. Työttömyysaste oli Jakomäessä 13,7 %, Mellunkylässä 12,2 % ja Myllypurossa 12,1 %. Kulosaassa työttömiä oli 3,7 %, Länsi-Pakilassa 4,0 % ja Tuomarinkylässä 4,3 % työvoimasta. (Helsingin työttömyys ja pitkäaikaistyöttömyys alueittain 2006.) Kantakaupungin alueella ja pääradan länsipuolisilla alueilla työttömyys on alle 5 % työvoimasta. Työttömyyden alueelliset erot ovat kuitenkin kaventuneet Helsingissä vuodesta 2002 alkaen. Työttömyys on vähentynyt eniten Jakomäessä, Kivikossa, Myllypurossa ja osissa keskistä ja pohjoista suurpiiriä. (Lankinen 2008.) Työttömistä noin

40 prosentilla on ainoastaan perusasteen tutkinto ja keskiasteen tutkinto on noin kolmanneksella.

Helsingin nuorten työttömyys on vähentynyt nopeasti vuosina 2006 ja 2007; alle 25-vuotiaiden työttömien osuus työvoimasta oli 4,4 % vuoden 2006 lopussa (Helsingin kaupungin tietokeskus 2007). Noin puolessa tapauksista nuorten työttömyys päättyy työn saantiin yleisillä työmarkkinoilla, sijoittumiseen työllisyystoimenpiteiden avulla, työvoimakoulutuksen aloittamiseen tai muun koulutuksen aloittamiseen. Helsingin nuorilla on runsaasti palvelualan työmahdollisuuksia. Erityisesti määräaikaiset sekä osa-aikaiset työsuhteet ovat tavallisia (Salorinne 2007). Joka neljäs työsuhte on määräaikainen tai osa-aikainen.

Vaikka helsinkiläisten työttömyysaste on laskenut vuosien 2005 ja 2006 aikana 9 prosenttiyksikköä, ulkomaalaistaustaisten työttömyys on laskenut tänä aikana vain 2,4 prosenttiyksikköä. Kuitenkin kauan Suomessa asuneiden maahanmuuttajien työllisyys lähenee kantaväestön työllisyyttä. Esimerkiksi vuoden maassa olleista maahanmuuttajista 38 prosenttia on työssä ja 16 prosenttia on opiskelijoita, kun taas viisitoista vuotta maassa asuneista 58 prosenttia on työssä ja 10 prosenttia opiskelijoita. Vieraskielisen työvoiman työttömyysaste Helsingissä vuonna 2005 oli 23,9 %. Vähän aikaa maassa asuneiden maahanmuuttajien kantaväestöä heikomman työllistymisen syitä ovat kielitaidon puute, vähäinen kulttuurin ja yhteiskunnan tuntemus, koulutuksen puute, ulkomaisten ja kotimaisten tutkintojen rinnastamisen ongelma, maahanmuuttajaperheiden monilapsisuus ja perheiden suuri koko. Lisäksi maahanmuuttajien työllistymistä estää syrjintä. (Torvi 2007.)

Uusien maahanmuuttajien ennustetaan tuovan työministeriön skenaarion perusvaihtoehdon mukaan vuoteen 2015 mennessä koko maahan noin 40 000 uutta työntekijää. Maahanmuuttajien työllistymiseen vaikuttavat kotouttamistoimet, työvoiman tarve ja lainsäädäntö. Lapsena maahan muuttaneet integroituvat suomalaiseen yhteiskuntaan mm. koululaitoksen avulla. Jos he eivät integroidu, vaarana on syrjäytyminen, huoltosuhteen heikkeneminen ja sosiaaliturvan varassa elämiseen. Siten maahanmuuttajien kotouttamistoimien olisi oltava mahdollisimman tehokkaat. Helsingin kaupungin tasapainoisen kehittämisen edistämiseksi vuokra-asuntoja olisi sijoitettava nykyistä tasaisemmin koko kaupunkiin. (Torvi 2007.)

Helsingin kaupungin työllisyyden hoidon linjauksista (2007) saatujen tietojen mukaan kaupunki käytti sekä vuonna 2006 että 2007 noin 38 miljoonaa euroa työllistämiseen. Tavoitteena on pysyvien ratkaisujen löytäminen työtilanteeseen tukemalla työttömiä helsinkiläisiä sekä heitä työllistäviä yrityksiä ja yhdistyksiä. Työllisyysvaroja hallinnoi henkilöstökeskuksen henkilöstön liikkuvuusosasto, joka järjestää työttömille mahdollisuuksia palkkatuettuun työhön, harjoitteluun, työelämävalmennukseen, työkokeiluihin ja koulutukseen sekä myöntää Helsinki-lisää ja työllisyysavustuksia. Työttömät voivat saada työvoiman palvelukeskus Duurin kautta myös terveyskeskuksen palveluja. Sosiaaliviraston aikuisten palvelujen vastuualue toteuttaa kuntouttavaa työtoimintaa. Vuoden 2007 aikana noin 1200 henkeä työllistettiin palkkatuella ja vajaa oli 400 työharjoittelussa, työkokeilussa tai työelämävalmennuksessa. Helsingin työvoiman palvelukeskus Duurilla oli vuonna 2007 noin 1300 asiakasta, joille hyväksyttiin aktivointisuunnitelma. (Kuntouttava työtoiminta 2007.)

Tuetun palkkatyön turvin työttömällä olisi mahdollisuus työllistyä 4-10 kuukauden ajaksi Helsingin kaupungin eri virastoihin ja laitoksiin. Sen lisäksi työtön voi osallistua työharjoitteluun, työelämävalmennukseen, oppisopimuskoulutukseen ja työkokeiluun. Sosiaalivi-

raston järjestämän kuntouttavan työtoiminnan tarkoituksena on lisätä työmarkkinatuen tai toimeentulotuen varassa elävien edellytyksiä työllistyä avoimille työmarkkinoille ja lisätä osallistumista koulutukseen. Sosiaaliviraston kuntouttavassa työtoiminnassa oli vuonna 2007 noin 960 työkäistä. Nuorten työpajoissa työttömillä nuorilla on mahdollisuus osallistua työharjoitteluun. Helsingin kaupunki on perustanut vuoden 2008 alussa työllistävän sosiaalisen yrityksen tuottamaan hoivapalveluiden tukipalveluita. Työttömien aktivointiin on vaikuttanut vuonna 2006 voimaan tullut työmarkkinatukiudistus, joka siirsi osan yli 500 päivää työttöminä olleiden aiemmin valtion vastuulla olevista kustannuksista, kuntien vastuulle. Helsingin kaupungin vajaan 40 000:sta työntekijästä noin 1 000 on työllistettyjä (Helsingin kaupunki 2007). Helsingin terveyskeskus ei ole vastuutahona työllisyydenhoidon kehittämisalueissa eikä toimenpiteissä. (Helsingin kaupungin työllisyydenhoidon linjaukset 2007.)

## 2.2 Sosiaaliset tekijät

### 2.2.1 Asuminen

Asunnot ovat Helsingissä keskimäärin muuta maata kalliimpia ja vuokrat ovat korkeampia. Helsinkiläiset asuvat muualla asuvia ahtaammin. Vuonna 2005 kaikista asuntokunnista ahtaasti asui (asunnossa enemmän kuin yksi henkilö asuinhuonetta kohti) noin joka kymmenes asuntokunta. Ahtaasti asuminen on yhteydessä alhaiseen tulotasoon. Ne perheet, joissa on pieniä lapsia asuvat yleisimmin ahtaasti. Keskimäärin Helsingissä on asunnoissa 33,8 neliometriä asukasta kohti. Eteläisessä suurpiirissä asukkailla on keskimäärin 37,6 neliometriä ja keskisessä suurpiirissä 30,8 neliometriä asukasta kohti. Helsingissä joka kymmenes asunto on alle 30 neliometriä. Puutteellisesti varusteltuja asuntoja on vain 4 % asunnoista. Asuntojen keskikoko on suurin Itä- ja Länsi-Pakilassa sekä Paloheinässä. Sen sijaan asuntojen keskikoko on pieni esimerkiksi Vallilassa, jossa se on alle 49 neliometriä. Omistusasunnossa asuu noin joka toinen helsinkiläinen. Asuntojen hintojen kalleus Helsingissä on lisännyt muuttoa ympäryskuntiin. (Helsingin kaupungin tilastollinen vuosikirja 2007.)

Yksinasuvien osuus on lisääntynyt Helsingissä yhtäjaksoisesti 1980-luvulta saakka. Yksinasuvia on nyt noin 50 prosenttia asuntokunnista (Helsingin kaupungin tilastollinen vuosikirja 2007). Kahden henkilön asuntokuntien osuus on pysynyt samana. Kolmen, neljän tai viiden henkilön asuntokuntien osuus on vähentynyt. Helsinkiläisistä perheistä joka toinen on lapseton pari. Jossain määrin lapsettomien parien osuuden kasvu on yhteydessä ikärakenteen vanhenemiseen. Perheiden ensimmäinen lapsi syntyy keskimäärin äidin ollessa 29-vuotias. (Tikkanen 2007.)

Helsingissä on yksinäisiä asunnottomia arvioiden mukaan 3 000, mikä vastaa yli 40 prosenttia maan asunnottomista (Pitkäaikaisasunnottomuuden poistaminen vuoteen 2015 mennessä). Noin joka kolmannella heistä asunnottomuus on pitkittynyt, koska siihen ei ole löydetty ratkaisua. Pitkäaikaisasunnottomuuden riskitekijöitä ovat hallitsematon päihteiden käyttö, laittomien huumeiden käyttö, mielenterveysongelmat, neurologiset vammat, väkivaltaisuus, rikollisuus, vankilasta vapautuminen ja velkaisuus.

Asunnottomilla on keskimäärin muita enemmän terveysongelmia kuten päihteiden ongelmakäyttöä ja skitsofreniaa (Hwang ja Dunn 2005). Tarttuvien tautien kuten hepatiitin ja HIV-infektion riski on heillä keskimäärin suurempi. Tavallisia hoitamattomia kroonisia

sairauksia ovat diabetes, COPD, syöpätaudit ja verenpainetauti. Kadulla elävillä on keskimääräistä suurempi väkivallan kohteeksi joutumisen ja vammautumisen riski. Pitkäaikainen altistuminen kylmälle ja kostealle ilmalle lisää jalkaongelmia, paleltumia, hypotermiaa, ihon sienitauteja, ihon haavaumia ja infektioita. Hoitamattomat suun ja hampaiden sairaudet ovat keskimääräistä tavallisempia. Asunnottomilla on myös keskimääräistä suurempi kuolleisuus. Asunnottomien terveydenhuollon tarpeet ovat osin erilaisia kuin muulla väestöllä, mutta terveydenhuollon yksiköitä ei ole yleensä suunniteltu heidän tarpeitaan varten. Hoitamalla mielenterveysongelmia terveydenhuoltojärjestelmä kykenee edistämään asunnottomien kykyä asua muiden joukossa

## 2.2.2 Päivähoito ja lastensuojelu

Kaksi kolmasosaa päivähoiton piirissä olevista lapsista on kunnan kustantamassa päivähoitossa ja neljäsosa hoidetaan kotihoidon tuen avulla. Noin kaksi tuhatta lasta on yksityisessä päiväkodissa. Päiväkotien lapsista 11 prosenttia on vieraskielisiä. Helsingissä vieraskielisten sijoittumisessa on suuret alueelliset erot. (Askelo b 2007.) Kehityksen häiriöistä kärsiviä erityis päivähoitossa olevia lapsia on noin 3 prosenttia lapsista. Kouluissa erityisopetusta saaneiden määrä on lisääntynyt viime vuosina ja on nyt noin 8 prosenttia perusopetuksessa olevista koululaisista. Lukuvuonna 2005 ja 2006 noin 7 prosenttia oppilaista löi laimin oppivelvollisuutensa.

Helsingiläislapset ovat muuta maata suhteellisesti useammin lastensuojelun asiakkaana. Vuonna 2007 lastensuojelun piirissä oli Helsingissä noin 6 500 asiakasta. Näistä laitoshuollossa oli noin 850, avohuollossa 5 500 ja perhehoitossa 680. (Sosiaalivirasto. Tilastoportaali 2007.) Kymmenen viime vuoden aikana lastensuojelun asiakkaiden, lasten ja nuorten määrä on lisääntynyt noin 20 prosenttia ja yleisimmin syynä ovat vanhempien päihteiden käyttö ja mielenterveyden ongelmat. (Askelo a, 2007.) Samaan aikaan alle 18-vuotiaiden lasten ja nuorten lukumäärä väestössä on pysynyt lähes ennallaan (Helsingin kaupungin tilastollinen Vuosikirja 2007).

Lastensuojelun asiakkuus on yleisintä 16-17-vuotiailla, noin 10 prosenttia ikäryhmästä. Asiakasmäärä on lisääntynyt eniten 18-vuotta täyttäneiden jälkihoito-osalta. (Askelo a, 2007.) Huostassa olleita, avohuollon tukitoimenpiteitä käyttäneitä ja kodin ulkopuolelle sijoitettuja on suhteellisesti enemmän Helsingissä kuin muualla maassa. Perheneuvoiloissa hoidettiin noin 2 prosenttia alle 18-vuotiaista helsinkiläisistä vuonna 2006. Vuosina 2002- 2005 kodin ulkopuolelle on sijoitettu n. 2,2 % alle 18-vuotiaista lapsista ja nuorista, mikä on enemmän kuin muualla pääkaupunkiseudulla. (SOTKANet Stakes.) Avo- ja sijaishuollossa olevien lasten ja nuorten määrä on lisääntynyt kolmessa vuodessa yli sadalla (Taulukko 3). Avo- ja sijaishuollossa olevien lasten ja nuorten määrä on suurin Itä-Helsingissä, kuten on myös lasten ja nuorten kokonaismäärä (Helsingin kaupungin tilastollinen vuosikirja 2007).

Taulukko 3. Lapset ja nuoret avo- ja sijaishuollossa Helsingissä vuosina 2005-2007 alueittain.

Alue	2005	2006	2007
Eteläinen	958	860	875
Läntinen	1033	1084	1074
Pohjoinen	1875	1912	1905
Itäinen	2112	1977	2281
<b>Yhteensä</b>	<b>5978</b>	<b>5833</b>	<b>6135</b>

Lähde. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tietohallinto. Tietohuolto- ja tilastointiyksikkö. Lapsiperheiden vastuualue ja aikuisten vastuualue. Lastensuojelu.

Huostaanotettuja lapsia oli Helsingissä vuonna 2000 noin 1 600 ja vuonna 2007 noin 1970 (lisäystä noin 19 %). Samaan aikaan helsinkiläislasten määrä on vähentynyt lähes 3000:lla (3 %). (Helsingin kaupungin tilastollinen vuosikirja 2007.) Lasten kiireellisten huostaanottojen määrä on Helsingissä pysynyt ennallaan kuluneiden viiden vuoden ajan noin 300 tapauksessa vuodessa (Taulukko 4). Kodin ulkopuolelle sijoitettujen alle 18-vuotiaiden, ammatillisissa perhekoodissa olleiden lasten ja nuorten lukumäärä sekä kasvatus- ja perheneuvolojen aikuis- ja lapsiasiakkaiden määrä on pysynyt suunnilleen ennallaan vuosien 2001 ja 2006 välillä Helsingissä. Lasten ja nuorten laitoshoidossa ja lastensuojelulaitoksissa olleiden määrä on lisääntynyt noin sadalla vuosien 2001 ja 2006 välillä. Lastensuojelussa sosiaalityöntekijöiden käynnit ovat lisääntyneet vuodesta 2005 vuoteen 2006. (SOTKANet Stakes.)

Taulukko 4. Kiireellisesti huostaan otetut helsinkiläiset lapset vuosina 2002-2007.

	Lapset	Huostaanottokerrat
2002	307	332
2003	254	288
2004	292	327
2005	329	374
2006	324	359
2007	305	347

Lähde Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tietohallinto- ja tilastointiyksikkö. Kiireellisesti huostaan otetut kuukausittain.

### 2.2.3 Sosiaalinen pääoma

Kaupungin asukkaiden hyvinvointiin vaikuttaa merkittävästi tunne osallisuudesta, tunne vaikutusmahdollisuuksista, integroituminen ja tyytyväisyys omaan asemaan sekä tunne yhteenkuuluvaisuudesta ympäristön kanssa. Tunne yhteenkuuluvaisuudesta on seurausta siitä, kokevatko asukkaat voivansa käyttää asuin ympäristön mahdollisuuksia, tuntevatko he samaistuvansa asuinalueeseensa ja sen väestöön sekä minkälainen vuorovaikutus heillä on ympäristön kanssa. Sosiaalista pääomaa edistävää toimintaa voi olla esimerkiksi yhteisten päämäärien, sosiaalisten taitojen, osallistumisen, heikommista huolehtimisen, kulttuurielämän ja vuoropuhelun edistäminen. On viitteitä siitä, että sosiaalisen pää-

oman puute on yhteydessä sairastavuuden ja kuolleisuuden lisääntymiseen Sosiaalisella pääomalla viitataan siihen, miten toimivat, luottamusta sisältävät ja vastavuoroiset yhteydet yksilöllä on toisiin. Sosiaalista pääomaa omaavia ihmisiä liittyy yhteen yhteisinä koetut tavoitteet, jaettu käsitys sosiaalisista suhteista ja tunne yhteisestä hyvästä. Voidaan erottaa horisontaalinen luottamus (luottamus naapureihin, työtovereihin) ja vertikaalinen luottamus (luottamus esimiehiin, poliitikkoihin). Horisontaalista luottamusta voidaan pitää merkittävämpänä yksilön kannalta. Sosiaalinen luottamus riippuu ympäristöstä ja se on epätasaisesti jakautunut ihmisten kesken. Sosiaalisesta pääomasta saadaan tietoja arvioimalla luottamusta julkisiin instituutioihin, luottamusta muihin ihmisiin ja optimismin määrää, arvioimalla äänestyskäyttäytymistä, havainnoimalla jäsenyyksiä eri organisaatioissa sekä perheiden rakennetta tai vanhempien läsnäoloa kotona. Lisäksi ympäristön osalta voidaan arvioida esimerkiksi sitä, miten jalkakäytävät puhdistetaan lumisateen jälkeen.

Rahahuolet, työpaineet ja niukka perheen kanssa vietetty aika tai kohtuuton television katselu voivat heikentää terveyttä. Vastaavasti hyvät, vastavuoroiset, emotionaalisen, informatiivisen ja taloudellisen tuen mahdollistavat sosiaaliset suhteet edistävät terveyttä. (Frumkin ym. 2004.)

Sosiaalista pääomaa ilmentää esimerkiksi osallistumisaktiivisuus yhteisten asioiden hoitoon. Vuoden 2004 kunnallisvaaleissa koko kaupungin äänestysaktiivisuus oli 57,1 prosenttia, mikä oli alle maan keskimääräisen äänestysaktiivisuuden. Eteläisen ja pohjoisen suurpiirin äänestysaktiivisuus oli noin 64 prosenttia. Itäisessä suurpiirissä äänestämässä käyneitä oli 53 prosenttia, koillisen suurpiirin Jakomäessä 42,7 ja itäisen suurpiirin Melunkylässä 49,3 prosenttia äänioikeutetuista. Eduskuntavaaleissa vuonna 2007 koko kaupungin äänestysprosentti oli 72,5; eteläisen suurpiirin äänestysprosentti oli 78,5 ja pohjoisen suurpiirin 76,7. Jakomäen peruspiirissä äänestäneitä oli 56,8 prosenttia ja Melunkylän peruspiirissä 63,9 prosenttia äänioikeutetuista. Helsingissä väestön koulutustaso ja äänestysaktiivisuus ovat yhteydessä keskenään. (Helsingin kaupungin tilastollinen vuosikirja 2007.) Äänestysaktiivisuudella on Helsingissä merkittävä vaikutus äänestystulokseen (Hiilamo ja Lankinen 2008).

Sosiaalista pääomaa ilmentää myös koulutus. Keskimäärin helsinkiläisten koulutustaso on korkea. Helsingissä on Suomen kaupungeista neljänneksi eniten tutkinnon suorittaneita (68,5 % väestöstä) (koko maassa keskimäärin 63 %). Noin 36 prosentilla helsinkiläisistä 25-34-vuotiaista on korkeakouluasteen tutkinto ja noin 17 prosentilla on vain peruskoulututkinto. (Väestön koulutus rakenne alueittain 2007, Äikäs 2006.) Vanhemmillä ikäryhmillä matala koulutustaso on nuorempia ikäryhmiä yleisempää.

Alueelliset koulutuserot Helsingissä ovat suuria. Eteläisessä suurpiirissä tutkinnon suorittaneita on 80 prosenttia ja Itäisessä suurpiirissä 59,6 prosenttia väestöstä. Korkeasteen suorittaneiden osuus vaihtelee peruspiireittäin lukion aloittavien osuutta seurailleen 51 prosentin ja 12 prosentin välillä. Korkea-asteen tutkinnon suorittaneita on eteläisessä suurpiirissä 47 prosenttia väestöstä, mutta itäisessä suurpiirissä 25,4 prosenttia ja koillisessa suurpiirissä 27,6 prosenttia väestöstä. Korkein koulutustaso on Vironniemen, Kulosaaren, Lauttasaaren, Munkkiniemen ja Ullanlinnan asukkailla. (Väestön koulutus rakenne alueittain 2007, Äikäs 2006.) Helsingissä alueet ovat erilaistuneet mm. siten, että korkeakoulut on sijoitettu Etelä- ja Länsi-Helsinkiin. Ammattikouluista vain 2 (8 %) on sijoitettu Itä-Helsinkiin ja lukioista viidennes on sijoitettu Itä-Helsinkiin loppujen sijaitessa pääasiassa Etelä- ja Länsi-Helsingissä (Ammatillinen koulutus. Lukiot. Lukuvuosi 2008 – 2009.)



Helsingissä nuoret hankkivat tai saavat harvemmin peruskoulun jälkeistä koulutusta kuin nuoret muualla Suomessa. Lähes joka kolmas 15 vuotta täyttänyt helsinkiläinen ei ole suorittanut perusasteen jälkeistä tutkintoa. Vuosittain noin 300 helsinkiläistä peruskoulun päättänyttä ei lähetä hakemusta yhteisvalintaan ja vuonna 2007 noin 40 prosenttia kymppiluokan päättäneistä jäi ilman koulutuspaikkaa. Osa näistä nuorista saa aloituspaikan jostain yhteisvalinnan ulkopuolella olevasta oppilaitoksesta. Helsingissä on noin 2 500 nuorisoasteen koulutuksen aloituspaikkaa vähemmän kuin niihin on pyrkijöitä. Pääkaupungissa sijaitseviin oppilaitoksiin pyritään runsaasti muualta Suomesta ja se on eräs syy, miksi osa helsinkiläisistä jää ilman koulutuspaikkaa. Sellaisia työtehtäviä, joihin ei edellytetä mitään koulutusta, on Helsingissä vain noin 6-7 % työpaikoista. (Montén 2004.) Korkeakoulutettujen osuus on lisääntynyt, mutta korkeakoulutettujen osuutta lisää yleisesti ammattikorkeakouluista valmistuneet. Keskimääräistä korkeampi koulutus on nuorilla ja naisilla.

Kouluterveyskyselyn (2006) tulosten mukaan Helsingin peruskoulujen 8. ja 9. luokkalaiset sekä lukion 1. luokan opiskelijat suhtautuvat koulunkäyntiin aiempaa myönteisemmin. Opiskelun työmäärää oppilaat pitävät sopivana aiempaa useammin, koulusta pidetään aiempaa useammin ja luvattomat poissaolot ovat vähentyneet. Kuitenkin melkein joka kolmas oppilas kokee, että koulun työilmäirissä on ongelmia. Yli puolet vastanneista kokee, että koulun työoloissa oli puutteita.

Sosiaalista pääomaa voi ilmentää perheeltä saatava tuki ja turvallisuus. Avioliittoja solmittiin vuonna 2005 yhteensä 7 925 ja avioeroja tehtiin 3 377. Avioeroja tehtiin suhteellisesti hiukan vähemmän kuin maassa keskimäärin.

Helsingissä tehdään vuosittain noin 100 000 poliisin tietoon tullutta rikosta. Huumausainerikosten määrä on pysynyt viime vuodet ennallaan noin 2 500 vuodessa. Helsingin poliisilaitoksen päihtyneiden säilöönottojen määrä on pysynyt 2000-luvulla ennallaan noin 15 000 säilöönottoa vuodessa. Pelastuslaitoksen pelastustehtävien määrä on lisääntynyt kolmanneksella vuodesta 2000 vuoteen 2006. (Helsingin kaupungin tilastollinen vuosikirja 2007.)

## **2.3 Fyysinen ympäristö**

### **2.3.1 Kaupunkirakenne**

WHO on määritellyt terveen kaupungin siten, että terve kaupunki luo ja parantaa jatkuvasti fyysistä ja sosiaalista ympäristöään ja vahvistaa niitä yhteisön voimavaroja, jotka mahdollistavat asukkaiden keskinäisen tuen kaikissa elämän toiminnoissa ja pyrkimyksessä saavuttaa maksimaalisesti omat mahdollisuutensa. Yli 1 200 kaupunkia 30 valtiossa on mukana Terveet kaupungit -verkostossa. Helsinki ei ole niiden joukossa. (WHO 2008.) Asukkaiden hyvinvointi voidaan ottaa kaupunkirakentamisessa huomioon mm. sisällyttämällä alueiden suunnitteluun kaikki asukkaiden päivittäiseen elämään liittyvät toiminnot kuten asuminen, työpaikat, kaupat, koulut, puistoalueet jne. Päivittäiseen elämään liittyvistä toiminnoista mahdollisimman suuri osa tulisi olla kävelymatkan etäisyydellä tai kävelymatkan etäisyydellä joukkoliikenteen pysäkeistä.

Asuntoalueet tulisi rakentaa siten, että asukkaiden terveys otetaan suunnittelussa riittävästi huomioon esimerkiksi rakentamalla erilaisia asuntoja ja asumismuotoja erilaisille

asukkaille eri ikäryhmistä ja sosio-ekonomisista ryhmistä. Kaupunkiin tulisi pyrkiä saamaan erilaisia työpaikkoja. Olisi pyrittävä rakentamaan tiiviisti, jotta autoilun määrä ei lisääntyisi hallitsemattomasti vaan liikkuminen kävellen ja pyöräillen lisääntyisi. (Kusher 2007.) Kävelymatkojen etäisyydelle olisi sijoitettava viheralueita, liikuntapuistoja ja puistoalueita. Julkiset tilat tulisi suunnitella niin, että ne houkuttelevat vieraita. Hyvin valaistuja katuja, jalkakäytäviä ja pyöräteitä olisi rakennettava niin, että ne johtavat mielenkiintoisiin kohteisiin ja sen seurauksena houkuttelevat liikkumaan ja vähentävät henkilöautoliikenteen tarvetta. Kaupungissa olisi oltava keskusta-alue, joka on kaupan, sivistyksen ja kulttuurin keskus. Paikallisten viranomaisten tulisi olla vastuussa alueen kokonaissuunnittelusta. (Frumkin ym. 2004.) Tällainen kaupungin suunnittelu edistää ennen kaikkea lasten kehitystä, sillä lasten kehitykseen liittyy ympäristön tutkiminen. Etäälle toisistaan rakennetut asumalähiöt eivät tue lasten kehitystä riittävästi, koska ne ovat ympäristönä yksipuolisia. Lapsen tultua kouluikänsä ja esim. aloittaessaan harrastuksen lapsi joutuu helposti vanhempien kuljetuksista riippuvaiseksi. Pohjois-Amerikassa naiset ajavat jo kaksi kolmasosaa henkilöautolla tehtävistä matkoista. Syynä tähän kehitykseen on lähinnä lasten kuljettaminen. (Kusher 2007.)

### 2.3.2 Liikenne

Etäisyyksien kasvu vähentää kävellen ja pyöräillen tapahtuvaa asiointia ja työmatkaliikennettä. Mitä harvempaan rakennetaan asuntoja, sitä vaikeampaa on luoda toimivaa joukkoliikennettä ja sitä enemmän syntyy henkilöautoliikennettä (Frumkin ym. 2004). Helsingin kaupungin sisäisessä liikenteestä 27 prosenttia matkoista tehdään kävellen, 24 prosenttia henkilöautoa kuljettaen, 17 prosenttia linja-autolla ja vain noin 7 prosenttia polkupyörällä, raitiovaunulla, metrolla tai henkilöauton kyydissä. Helsingissä väestötiheys on suurin eteläisessä suurpiirissä, jossa on n. 5 300 asukasta km<sup>2</sup> kohti, kun pohjoisessa ja Kaakkoisessa suurpiirissä on n. 1 750 asukasta/km<sup>2</sup> (Helsingin kaupungin tilastollinen vuosikirja 2007.)

Työmatkojen taittaminen kävellen on Helsingissä yhtä yleistä kuin useissa Euroopan maissa, mutta täällä pyöräillään vähän. Hollannissa 28 prosenttia ja Tanskassa 20 prosenttia matkoista tehdään pyöräillen (Frumkin ym. 2004). Vaikka Helsingissä on pyöräteitä kaksi kertaa enemmän kuin 1980-luvulla, pyöräily ei ole lisääntynyt vastaavasti. Pyöräteitä on runsaasti kantakaupungin ulkopuolella, mutta kantakaupungissa pyöräilijä joutuu pyöräteiden päättyessä esimerkiksi Vallilassa ja Kalliossa ajotielle autoliikenteen sekaan. Helsingin rajat ylittävistä matkoista runsaat 70 prosenttia tehdään nykyisin joukkoliikenteellä. Helsingiläisten julkisen liikenteen käyttöä rajoittaa mm. puutteellinen poikittaisliikenne. Julkinen liikenne rakentuu eniten keskustan kautta kulkevan liikenteen varaan. Esimerkiksi edestakainen työmatka Kivikosta Meilahteen julkisilla kulkuneuvoilla vie 5 - 6 tuntia enemmän viikossa kuin henkilöautolla.

Helsingissä oli vuoden 2006 alussa noin 200 000 henkilöautoa, 1000 taksia ja 1500 linja-autoa (Helsingin kaupungin tilastollinen vuosikirja 2007). Arkena syyskuussa tehtyjen mittausten mukaan Helsingin niemellä liikkuu 260 000 ja Kehä I:llä 100 000 ajoneuvoa. Helsingissä on lähes 400 000 työpaikkaa ja työmatkaliikenne suuntautuu Helsinkiin päin. Työmatkaliikenne on lisääntynyt ja työmatkat ovat pidentyneet. Pienten kauppojen väheneminen asuntoalueilla ja suurten automarkettien lisääntyminen vaikeuttavat ennen kaikkea vanhusten mahdollisuuksia itsenäiseen kaupassa käyntiin. Joukkoliikenteen käyttö,

pyöräily ja kävely edistäisivät helsinkiläisten liikuntaa enemmän kuin henkilöautojen käyttö. Kävely, pyöräily ja liikunta edistävät lasten, työikäisten ja vanhusten terveyttä sekä vähentävät ikääntyvien sepelvaltimotautisairastuvuutta, depressiota, osteoporoosia ja tulehduksia (Frumkin ym. 2004). Helsingissä merkittävä osa kevyen liikenteen väylistä on kulkukelvottomia talviaikaan mm. liukkauden vuoksi. Helsingissä vallitsee henkilöautoja suosiva kulttuuri, minkä osoituksena esimerkiksi talviaikaan katuja puhdistetaan lumesta jalkakäytävillä, liukkausta torjutaan ensisijaisesti autojen käyttämällä väylillä, kevytmoottoripyörillä ajo on sallittu useilla pyöräteillä, on suunniteltu raskaan liikenteen siirtämistä bussikaistoille ja valo-ohjatuissa risteyksissä on tunnistimia, jotka pidentävät vihreää valoa, jos risteyksiin saapuvien henkilöautojen määrä lisääntyy. (Huuska ja Miinalainen 2007.) Jalkakäytävien liukkaus riippuu Helsingin ilmastosta. Taulukossa 5 on kuvattu liukkauden vuoksi kaatuneiden henkilöiden tekemien korvaushakemusten kehitys vuosina 2002-2007.

Taulukko 5. Rakennusvirastolle vuosina 2002-2007 saapuneet korvaushakemukset liukkauden aiheuttamista tapaturmista.

	v. 2002	v. 2003	v. 2004	v. 2005	v. 2006	v. 2007
Hakemusten määrä	142	150	171	159	114 (lauha talvi)	102 (lauha talvi)

Lähde: Helsingin kaupungin rakennusvirasto

Vuonna 2004 hakemuksia oli 40 % enemmän kuin vuonna 2007. Rakennusvirasto on maksanut korvauksia 45 -50 prosentissa tapauksista. Ulkona tapahtuvat tapaturmat ovat yleisimpiä tammi-maaliskuun aikana (Taulukko 6). Tapaturmissa on merkittäviä määrällisiä eroja eri vuosien välillä: eniten tapaturmia sattui vuosina 2001 ja 2003 ja vähiten vuosina 2005 ja 2006. Taulukossa saattaa olla mukana joitakin urheilutapaturmia. Vuonna 2007 ranteen varttinäluun murtuman vuoksi Töölön sairaalassa hoidettuja potilaita oli 681. (Pajarinen 2008.)

Taulukko 6. Jää-/lumikelillä sattuneet tapaturmat Helsingissä vuosina 2000-2006.

	V. 2000	V. 2001	V. 2002	V. 2003	V. 2004	V. 2005	V.2006	YHTEENSÄ
TAMMI	166	210	229	355	159	214	279	1612
HELMI	278	358	194	210	263	189	144	1636
MAALIS	204	218	242	200	150	183	158	1355
HUHTI	32	62	31	72	24	26	22	269
TOUKO	6	1	3	4	5	1		20
KESÄ	1	0	0	0	0	2		3
HEINÄ	2	0	0	0	1	0		3
ELO	0	1	1	0	1	0		3
SYYS	3	3	1	10	0	1		18
LOKA	2	2	8	41	3	13		69
MARRAS	1	271	120	51	160	9		612
JOULU	80	215	130	152	225	102		904
YHTEENSÄ	775	1341	959	1095	991	740	603	6504

Lähde: Töölön sairaala, tapaturma-asema

Pohjois-Amerikassa on todettu, että todennäköisyys joutua elämänaikana onnettomuuteen, on henkilöautolla 1/242, linja-autolla 1/179 000 ja junalla 1/119 335 (Frumkin ym.

2004). Helsingissä vuosittain tieliikenteessä loukkaantuu vähän yli 600 ihmistä. Näistä runsaat 200 on jalankulkijoita ja pyöräilijöitä. Runsaat 300 on autonkuljettajia ja matkustajia. Helsingin tieliikenteessä kuolee vuosittain 10-20 henkilöä. (Helsingin kaupungin tilastollinen vuosikirja 2007). Lähes puolet alle 15-vuotiaista liikenneonnettomuuteen joutuneista on liikenteessä jalankulkijana ja viidennes pyöräilijänä (Selander 2007). Onnettomuuksiin joutumiseen vaikuttaa kaupunkirakentamisen tiiviys ja henkilöautojen tarve. Mitä vähemmän on riippuvuutta henkilöautoista ja mitä parempi julkinen liikenne, sitä vähemmän on onnettomuuksia. Pitkät etäisyydet, monikaistaiset tiet, autojen suuret nopeudet, pitkät etäisyydet tienylityspaikkojen välillä ja puuttuvat jalkakäytävät lisäävät kevyen liikenteen onnettomuusriskiä. Harva asutus vähentää kävelijöiden ja pyöräilijöiden määrää ja sen seurauksena loukkaantumisten ja kuolemien määrää. Sitä vastoin liikkumisen väheneminen on yhteydessä muiden terveysriskien lisääntymiseen.

Autojen lisääntymisestä seuraava ruuhkaliikenne aiheuttaa kuljettajille stressin lisääntymistä: verenpaineen ja sykkeen lisääntymistä sekä ahdistuneisuuden ja aggressiivisuuden lisääntymistä. Henkilöautojen kuljettajilla esiintyy aggressiivisuutta ja vihamielisyyttä riippumatta sukupuolesta. Reagointi liikenteeseen on yhteydessä persoonallisuustekijöihin. Erityisesti työmatkaruuhkassa ajaminen on stressitekijä. Pitkän henkilöautolla ajatun työmatkan on havaittu vähentävän työtyytyväisyyttä, lisäävän poissaoloja ja myöhästelyä työstä. Pitkien työmatkojen stressaavuutta ruuhkassa lisää kontrollin puute ja ennakoimattomuus. Työmatkojen ajaminen henkilöautolla lisää sydän- ja verisuonitautien, selkä- ja niskakipujen sekä onnettomuuksien riskiä. (Frumkin ym. 2004.)

Ilman saasteiden terveysvaikutuksia ovat astman, syövän, keuhkosairauksien ja ennen-aikaisen kuoleman riskin lisääntyminen (Frumkin ym. 2004). Erityisesti lapsille, vanhuksille ja sydän- ja verisuonitauteja sairastaville ilmansaasteet voivat aiheuttaa oireita. Hengitysilmän hiukkaspitoisuuksien lisääntyminen aiheuttaa astmakohtausten lisääntymistä, hengitystietulehduksia ja keuhkojen toimintakyvyn heikkenemistä. Ilman hiukkaspitoisuudet ovat suurimmillaan maaliskuussa ja elokuussa. Ilman saastuneisuuteen vaikuttavat mm. etäisyys autoista, autojen koko ja laatu, matkojen laatu, kadun pinta ja ilmasto-olot. Ilman pienhiukkasia kulkeutuu aika ajoin rajojen takaa mm. kulotusten seurauksena. Typpioksidit aiheuttavat erityisen paljon hengitysoireita. Helsingissä liikenteen ja energiantuotannon päästöt ovat vähentyneet tekniikan ja polttoaineiden kehittymisen seurauksena. Katujen puhdistusta on tehostettu 2000-luvulla ja hiukkaspitoisuus on vähentynyt kolmasosalla huippuarvoista. Toisaalta liikenteen kasvu on kumonnut tekniikan kehittymisestä saatuja terveyshyötyjä ja hengitysteihin joutuvien hiukkasten pitoisuuksien väheneminen on pysähtynyt. Autoliikenteen pakokaasut purkautuvat ilmaan hengityskorkeudella ja liikenne nostattaa ilmaan katupölyä. (Huuska ja Miinalainen 2007.)

YTV:n Mannerheimintien mittauspisteen tulokset kuvaavat ilmanlaatua Helsingin vilkasliikenteisillä alueilla. Ilmanlaatu oli välttävä tai huono 360 tunnin ajan lokakuun ja joulukuun välisenä aikana 2007 (Helsinki Region Trends 2008). Maaliskuun loppuun mennessä 2008 huonon ilmanlaadun raja-arvo on ylittynyt Mannerheimintien mittauspisteessä seitsemän kertaa. Huonon ilmanlaadun raja-arvon ylitys johtuu usein katupölystä. (YTV 2008.) Helsingin kaupungin ympäristökeskus on osoittanut 13 koulua, päiväkotia ja vanhusten hoitolaitosta, joiden läheisyydessä huonon ilmanlaadun raja-arvot ylittyvät useimmin. Nämä paikat sijaitsevat pääasiassa Helsingin niemen sisääntuloväylien varrella kuten Tullinpuomissa ja Hämeentiellä. On esitetty, että 1992 vuosimallia vanhemmilta autoilta kielletäisiin ajaminen rajoitetuilla aluilla Helsingissä (Lillkvist 2008).

### 2.3.3 Turvallisuus

Metrosta tulleet saivat nyrkistä (Helsingin Uutiset 4.4.2008).

*”Kaksi miestä joutui hakatuksi Kontulan ostoskeskuksen pihalla lauantaina kello 23 jälkeen. Vuonna 1989 syntynyt mies poistui metrosta ystävänsä kanssa Kontulan asemalla. Metroaseman ulkopuolella oli kymmenkunta nuorta, joista seitsemän lähti seuraamaan kaksikkoa. Pari seuraajaa kävi kaksikon kimppuun ostoskeskuksen alueella. Hyökkääjät iskivät molempia kasvoihin. 18-vuotiaan kaveri ehti paeta paikalta yhden iskun jälkeen, mutta toinen joutui pahemmin hakatuksi. Kun uhri kaatui maahan, lyöjät poistuivat paikalta. Uhri joutui lääkäriin hoitoon. Poliisi selvittää tapausta.”*

Euroopan komission vertailututkimuksen mukaan yli 90 prosenttia helsinkiläisistä ilmoittaa kokevansa olonsa turvalliseksi Helsingissä. Ainostaan Kööpenhaminassa asukkaat kokevat yleisemmin olonsa turvallisemmaksi tutkituista 29 Euroopan suurista kaupungista. Kuitenkin Helsingissä joudutaan väkivallan uhan ja väkivallan uhriksi selvästi useammin kuin viidessätoista suurimmassa muussa kotimaisessa kaupungissa (Tuominen 2008). Vain joka kymmenes nainen kokee liikkumisen iltaisin omalla asuinalueella turvallisiksi. Vaikka nuorten naisten kokema turvattomuus ja väkivallan uhka ovat yleisiä, miehet joutuvat väkivallan uhriksi naisia useammin. Vaikka alueiden erot ovat kaventuneet, eroja on edelleen koetussa turvallisuudessa. Asukkaat ilmoittavat kokeneensa väkivallan uhkaa tai väkivaltaa eniten itäisessä suurpiirissä. Myös julkisen liikenteen käyttäjien turvattomuus on lisääntynyt. (Tuominen 2007.) Poliisin tietoon tulleiden pahoinpitelyjen määrä on lisääntynyt 22 % vuodesta 2001 (2 931 pahoinpitelyä) vuoteen 2006 (3 752 pahoinpitelyä) (Helsingin kaupungin tilastollinen vuosikirja 2007). Pääkaupunkiseudulla tehtiin kolmen kuukauden aikana vuonna 2007 noin 2 600 henkeen ja terveyteen kohdistuvaa rikosta, joista lähes 70 prosenttia tehtiin Helsingissä (Helsingin seudun suunnat 2007). Valtakunnallisten tilastojen mukaan väkivaltarikosten ilmoittaminen poliisille on lisääntynyt, mutta ei itse väkivaltarikosten määrä. Vain yksi neljästä väkivaltarikoksesta ilmoitetaan poliisille.

Suomessa esiintyy paljon työpaikkakiusaamista ja perheväkivaltaa sekä tehdään kuu-deneksi eniten henkirikoksia Euroopassa. Helsingissä henkirikoksia tehdään vähemmän kuin maassa keskimäärin. Nuorten väkivalta on pääasiassa lievää. (Lehti 2008). Nuorten naisten (15-20-vuotiaiden) väkivaltainen käyttäytyminen on lisääntymässä. Väkivallan teot tilastoidaan tapahtumapaikan mukaan. Naisiin kohdistuva väkivalta tapahtuu pääasiassa kotona ja työpaikalla asiakastyössä. Miehiin kohdistuvaa väkivaltaa tapahtuu eniten julkisilla alueilla. Etelä-Suomen läänin kattavassa analyysissä on todettu, että väkivaltarikosten suuri määrä on yhteydessä kunnan suureen alkoholimyyntiin, toimeentulotuen saajien suureen määrään sekä yksinhuoltajaperheiden suureen lukumäärään. Väkivaltarikoksia tehneiden lapsuuden perhe on hajonnut 66 prosentissa tapauksissa ja 80 prosentissa tapauksista ovat jompi kumpi tai molemmat vanhemmista alkoholin ongelmakäyttäjiä. (Suominen 2008.)

### 2.4 Johtopäätökset

Terveyteen merkittävästi vaikuttavia perusedellytyksiä ovat riittävä taloudellinen toimeentulo, asunto ja mahdollisuudet työhön tai muuhun mielekkääseen toimintaan. Sekä lapsuudenaikaisen että aikuisiän taloudellisten vaikeuksien on havaittu helsinkiläisillä tehdyssä tutkimuksessa olevan yhteydessä mielenterveysongelmiin keski-ikässä (Laaksonen

ym. 2007). Työttömyydellä on voimakas vaikutus terveyteen ja työttömän lähipiirin hyvinvointiin. Terveyden ja toimintakyvyn heikkeneminen lisää merkittävästi todennäköisyyttä joutua työttömäksi (selektiovaikutus) ja toisaalta työttömyys lisää terveyden ja toimintakyvyn heikkenemisen sekä huonojen terveystottumusten todennäköisyyttä (deprivaatiovaikutus) (Nyman 2002).

Alueellisen eriarvoistumisen ehkäisy ja osallisuuden lisääminen ovat terveyden kannalta tärkeitä asioita. Alueellinen eriarvoistuminen johtaa helposti noidankehään, jossa alueen kurjistuminen johtaa asuntojen hintojen laskuun, turvallisuuden heikkenemiseen ja häiriöiden lisääntymiseen. Tämän seurauksena alueelta muuttaa pois niitä asukkaita, jotka kykenisivät asettamaan ja ylläpitämään normeja. Huono-osaisuuden seurauksiin on kiinnitetty viime aikoina huomiota. On todennäköistä, että nykyisessä tilanteessa on valittavana kaksi kehityssuuntaa: huono-osaisten voimavarojen lisääminen ja heidän tilanteensa parantaminen toimenpiteiden avulla sekä sen seurauksena kaupungin asukkaiden yhteisyyden vahvistaminen tai kontrollin lisääminen parempiosaisten suojaksi (Särkelä 2008).

## 3 Elintavat

### 3.1 Ravitsemus

Koululaisten ja opiskelijoiden ylipainoisuus vaihteli vuonna 2007 luokka-asteittain 6-13 %:n välillä. Ylipainoisten osuus lisääntyi opintojen edetessä ja oli suurinta ammatillisten oppilaitosten 1. luokalla. Ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevien ylipainoisten nuorten osuus lisääntyi edellisestä vuodesta 4 %. (Toiminnan laatu Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskuksessa vuonna 2007.) Kolme neljästä yläluokkalaisesta jättää syömättä osia kouluruoasta. Joka viides peruskoulun yläluokkalainen jättää koulussa pääruoan yleensä syömättä ja korvaa sen epäterveellisillä välipaloilla. (Kouluterveys 2006). Nuorena alkanut ylipainoisuus ja lihavuus lisäävät merkittävästi aikuisiän kävelyvaikeuksien riskiä (Stenholm ym. 2008). Keski-ikässä lihavilla henkilöillä kävelyvaikeuksien riski on 3,6-kertainen normaalipainoisiin verrattuna. Naisten riski kävelyvaikeuksiin on suurempi kuin miesten. Eräänä selittävänä tekijänä kävelyvaikeuksiin on miehillä ennen kaikkea tyyppi 2 diabetes ja naisilla polven nivelrikko.

Finriski-tutkimukseen (2003) poimittiin tutkittavat satunnaisotoksella kultakin ennalta valitulta alueelta. Helsinki ja Vantaa muodostivat yhdessä yhden tutkittavan alueen. Tutkittavat täyttivät kyselylomakkeen ja osallistuivat terveystarkastukseen, jonka yhteydessä tehtiin mittauksia ja otettiin verinäytteitä. Saadut arvot eivät perustuneet ainoastaan tutkittavan kyselylomakkeella antamiin vastauksiin. Helsinki-Vantaan perusotos oli vuonna 2002 yhteensä 2 500 henkilöä ja osallistumisaktiivisuus oli 67,3 prosenttia.

Vuoden 2002 tulosten mukaan 30-59-vuotiaiden kolesterolin aiempi laskeva suunta oli pysähtynyt. Vuonna 2007 keskimääräinen kolesterolitaso alkoi jälleen laskea (Vartiainen ym. 2008). Vuonna 2002 Helsinki-Vantaalla miehistä 70 prosentilla ja naisista vajaalla 60 prosentilla kokonaiskolesteroli oli yli 5 mmol/l. Miesten keskimääräinen kokonaiskolesteroli oli 5,56 mmol/l ja naisten 5,29 mmol/l. Vuonna 2007 miesten kokonaiskolesteroli oli 5,27 mmol/l ja naisten 5,17 mmol/l (Vartiainen ym. 2008). Vuonna 2002 25-64-vuotiaiden miesten systolisen verenpaineen keskiarvo oli 133 mmHg ja naisten 127 mmHg. Miehillä diastolisen verenpaineen keskiarvo oli 80 mmHg ja naisilla 75 mmHg. Miesten ja naisten systolinen verenpaine oli säilynyt ennallaan vuonna 2007, mutta diastolinen verenpaine oli vähän noussut. Vuonna 2002 miehistä 64,6 prosentilla ja naisista 44,5 prosentilla painoindeksi oli 25 kg/m<sup>2</sup> tai enemmän. Miehistä oli lihavia (painoindeksi 30 kg/m<sup>2</sup> tai enemmän) 20,7 prosenttia ja naisista 15 prosenttia. Vuoden 2007 mittauksessa naisten keskimääräinen painoindeksi oli vähän noussut.

Laaksonen ym. (2004) tutkivat lihavuuden yhteyttä sosioekonomisiin tekijöihin ja havaitsivat, että erityisesti keski-ikäisillä naisilla, mutta myös miehillä lihavuus on yhteydessä lapsuusiän perheen taloudellisiin vaikeuksiin. Lisäksi koulutustasolla oli yhteyttä lihavuuteen. Tutkimuksen tekijät päättelivät tähän erääksi syyksi sen, että lihavuus on vähemmän hyväksyttyä ylemmissä sosiaaliluokissa kuin alemmissä. Johtopäätösten mukaan lihavuus on yhteydessä taloudelliseen tilanteeseen, asenteisiin ja taitoihin. Tutkimuksen otos koostui 6 227 helsinkiläisestä. Helsinkiläisillä työntekijöillä on havaittu, että työolosuhteilla on vain vähäinen yhteys terveystietoisuuteen (Lallukka ym. 2004.)

### 3.2 Liikunta

Ylipainoisuuteen ja liikuntaan vaikuttavat demografiset ja biologiset tekijät (ikä, sukupuoli ja sosioekonominen tausta), psykologiset, kognitiiviset ja emotionaaliset tekijät (tiedot, uskomukset), käyttäytymismallit ja taidot (aikaisempi liikunta), sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät (sosiaalinen tuki), ympäristötekijät (ympäristön houkuttelevuus liikuntaan) ja fyysisen aktiivisuuden luonne ja intensiteetti. Nämä tekijät vaikuttavat monimutkaisella tavalla siihen, miten paljon yksilö liikkuu. (Frumkin ym. 2004.) Liikuntaan vaikuttavat lisäksi turvallisuus, kohteet, joissa voi käydä esim. kävellen, katkeamattomien kevyen liikenteen väylien määrä ja ympäristön siisteys (esim. lasinsirut pyöräteillä) ja liikuntaa harrastavien ihmisten määrä ympäristössä. Mitä lähempänä asunto on hoidettua valaistua liikuntareittiä puistossa, sitä suuremmalla todennäköisyydellä harrastaa liikuntaa riittävästi. Kaupunkirakenteella on yhteyttä liikunnan määrään: kauppojen keskittyminen automarketteihin vähentää todennäköisesti liikkumista. On näyttöä siitä, että koululiikunta, liikuntaa edistävät kampanjat, liikuntaa ja terveyskäyttämistä tukevat ohjelmat ja liikuntapaikkojen saavutettavuuden parantaminen lisäävät liikunnan yleisyyttä. Helsingissä ala-asteella olevat saavat koulusta joukkoliikenteen matkalipun, jos koulumatka on yli 2 kilometriä ja yläasteikäiset saavat matkalipun, jos koulumatka on yli 3 kilometriä. Muualla maassa koulun puolesta annetaan joukkoliikenteen matkalippu, jos koulumatka ylittää 5 kilometriä.

Vähäinen liikunta lisää tyypin 2 diabeteksen riskiä, sydän- ja verisuonitautien riskiä ja kuolleisuutta. Sitä vastoin liikunta lisää diabeetikoiden elinikää, suojaa eräiltä syöpätyypeiltä, vanhusten kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemiseltä, masennukselta ja osteoporoosilta. Lihavuus on länsimaissa lisääntynyt yhtäaikaaisesti henkilöautojen lisääntymisen ja television katselemisen kanssa.

Vuonna 2006 Helsinki liikkuu -tutkimukseen osallistui 440 helsinkiläistä lasta ja nuorta sekä 549 helsinkiläistä 19-65-vuotiasta. Tulosten mukaan 3-18-vuotiaiden helsinkiläisten liikunnan harrastaminen on keskimäärin lisääntynyt viime vuosina. Lapsista ja nuorista 22 prosenttia harrastaa liikuntaa yli 6 kertaa viikossa, 27 prosenttia 4-6 kertaa viikossa ja 28 prosenttia 2-3 kertaa viikossa. Suosituimmat liikuntalajit lapsilla ja nuorilla ovat jalkapallo, uinti, pyöräily, salibandy, juoksu ja jääkiekko. Jalkapallon ja juoksun suosio on lisääntynyt vuodesta 2002 vuoteen 2006. Noin joka toinen nuori harrastaa liikuntaa liikuntaseurassa ja 15 prosenttia koulun järjestämässä liikuntakerhossa. (Helsinki liikkuu 2005-2006 – tutkimus). Noin joka kymmenes peruskoulun yläluokkalainen harrastaa liikuntaa vain keran viikossa tai harvemmin (Kouluterveys 2006).

Liikunnan harrastaminen on yhteydessä itsetunnon ja itsehallinnan kehitykseen. Koulun liikuntatunteja on vähennetty viime vuosina ja lasten ja nuorten liikunta on siirtynyt urheiluseuroihin. Tämä on lisännyt perheiden kustannuksia ja sen seurauksena vain keski- ja hyvätuloisten vanhempien lapset voivat osallistua seurojen toimintaan. Eri liikuntalajien hinnoissa on eroja; kalleimpien joukkoon kuuluvat mm. taitoluistelu ja jääkiekko. Koulussa lasten välille syntyy eroja mm. siten, että lapsi, joka on harrastanut jotain lajia seurassa, saa mahdollisuuden näyttää esimerkkiä koululiikuntatunneilla. On tavallista, että urheiluseurat tekevät matkoja koti- ja ulkomaille ja seuraan kuulumattomat jäävät näitä kokemuksia vaille. Usein aikuisena löydetään uudestaan se liikuntamuoto, jota on lapsena harrastettu. Lapsen liikuntaharrastus tarjoaa vanhemmillekin mahdollisuuden harrastaa liikuntaa. Esimerkiksi taitoluistelseurat ovat perustaneet aikuisten joukkueita, jotka kilpailevat. Viime aikoina veteraaniliikuntaan on kiinnitetty aiempaa enemmän huomiota.



Aikuisten liikunnan harrastaminen on pysynyt viime vuosien ajan suurin piirtein ennallaan. Vähän yli puolet aikuisista helsinkiläisistä harrastaa liikuntaa terveytensä kannalta riittävästi. Finriski-tutkimuksen (2003) mukaan Helsinki-Vantaalla asuvista vain 50 prosenttia ilmoitti harrastavansa liikuntaa vähintään 2-3 kertaa viikossa noin puoli tuntia kerrallaan. Liikuntaa harrastavien määrä on vähäisempi Helsingissä ja Vantaalla kuin muualla maassa ja liikuntaa harrastavien osuuden lisääntyminen on pysähtynyt vuoden 1997 tasolle. Noin 37 prosenttia liikkuu viisi kertaa tai enemmän, noin 33 prosenttia kolmesta neljään kertaa viikossa ja noin 16 prosenttia liikkuu kaksi kertaa viikossa tai harvemmin (Helsinki liikkuu 2005-2006 -tutkimus).

Naiset harrastavat keskimäärin enemmän liikuntaa kuin miehet. Naisista 46 % ja miehistä 26 % ilmoittaa liikkuvansa viisi kertaa viikossa tai useammin, Usein liikkuvien naisten osuus on myös lisääntynyt viime vuosina. Naisille on tavallisempaa arki- ja hyötyliikunta tai terveysliikunta. Arki- ja hyötyliikkujiilla kolmella neljästä ja terveysliikkujiilla joka toisella liikunta on kuitenkin terveyden kannalta riittämätöntä. Liikuntaa harrastavista miehistä useampi kuin naisista lukeutuu kuntourheilijoihin tai kilpaurheilijoihin, joiden liikunta on voimaperäistä, rasittavaa ja riittävää terveyden kannalta. Helsinkiläisten aikuisten suosituimmat liikuntamuodot ovat kävely, lenkkeily, kuntosaliharjoittelu, pyöräily, uinti ja juoksulenkkeily. Helsinkiläiset halusivat harrastaa nykyistä enemmän uintia, kuntosaliharjoittelua ja hiihtoa. Tärkeimmät ilmoitetut syyt liikunnan harrastamattomuuteen ovat ajanpuute ja saamattomuus. Eniten käytetyt liikuntapaikat ovat kevyen liikenteen väylät ja ulkoilureitit. (Helsinki liikkuu 2005-2006 –tutkimus.)

Liikunnan harrastaminen on kiinteässä yhteydessä ruumiin painoon ja rasvapitoisuuteen. Liikunnassa, jossa käytetään suuria lihaksia, kuluu energiaa selvästi enemmän kuin levossa tai istuen. Liikunnan toistaminen ja rasittavuus ovat yhteydessä lihasten kasvuun. Liikuntaa harrastavien ei tarvitse yleensä keskittyä laihdutusyrityksiin, koska liikuntaa harrastavat kuluttavat suurempien lihasten ansiosta enemmän energiaa sekä levossa että rasiuksessa ja voivat siten myös käyttää enemmän ravintoa. Ruokavalion ja liikunnan avulla voidaan vaikuttaa ylipainoisuuteen. Ilman liikuntaa tapahtuvat laihdutusyritykset epäonnistuvat lähes aina, koska ruokavaliota pienennettäessä ensin elimistöistä poistuu nestettä ja sen jälkeen vähenee lihaksistoa. Lihaksiston pienenemisen vuoksi laihduttaja voi käyttää entistä vähemmän ravintoa, jotta saisi painonsa pysymään ennallaan. Ilman liikunnan lisäämistä ravinnosta tulee siten rajoittava tekijä toisin kuin liikuntaa harrastavalle, joka voi syödä käytännössä ilman rajoituksia ottaen ainoastaan huomioon liikunnan vaatimat tarpeet. Liikunnan harrastaminen säätelee yleensä tehokkaasti myös päihteiden käyttöä. Terveyttä edistävien elämäntapojen omaksuminen on yhteydessä yksilön optimismiin, minkälaisena yksilö näkee tulevaisuuden ja kuinka paljon yksilö haluaa olla mukana tulevaisuuden tapahtumissa.

Yksilö omaksuu elämänsä aikana tapoja, jotka määräävät hänen ajankäytöstään. Liikunnassakin on kysymys ensisijaisesti liikuntatottumusten eli tapojen omaksumisesta. Liikuntatottumusten omaksuminen on hidas prosessi, koska liikuntaan tottumattoman nivelten, lihasten ja sydämen toiminnan sekä verenkierron on sopeuduttava liikunnan vaatimukseen. Mitä enemmän henkilöllä on ylipainoa, sitä hitaampi sopeutumisprosessi on useimpiin aerobisiin liikuntamuotoihin. Tapojen muuttuessa ajan kuluessa liikunnan toistojen jälkeen, yksilö kokee liikunnan yhä jokapäiväisempänä. Liikunta muodostuu arkipäiväiseksi osaksi elämäntapaa eikä yksilö koe sitä rasitteeksi vaan päinvastoin elimistön tasanapaino edellyttää säännöllisesti toistuvaa liikuntaa. Liikuntaan alkaa liittyä muita elementtejä kuten elämän ongelmien pohtimista ja niiden ratkaisemista liikunnan aikana. Liikunnan aloittamisen motiivit kuten sairastumisen pelko tai narsismi väistyvät taka-alalle ja

tilalle tulee kestäviä, elämäntapaan liittyviä motiiveja. Liikuntatottumuksen omaksumisesta seuraa muutoksia muihin elämäntapoihin kuten syömistottumuksiin, lepäämiseen, päihteiden käyttöön jne. Ihminen, jolla on tapana liikkua paljon, kuluttaa energiaa runsaasti ja sen vuoksi hänen on syötävä, jotta hänellä olisi sopivasti energiaa liikkumiseen. Liikuntatottumuksen omaksunut henkilö välttää ylensyöntiä, koska hän tietää sen vaikeutavan liikkumista; juoksija ajoittaa syömisensä suhteessa liikuntaan ja syö ravintoaineita, jotka edistävät liikuntasuoritusta (esim. hitaasti imeytyviä hiilihydraatteja). Liikkujat ottavat huomioon sen, että jokainen ylimääräinen kilo on kannettava liikkeessä. Liikunnan aloittaminen kannattaa yleensä aloittaa asteittain. Hyväkuntoisen kuntourheilijan fysiologinen kunto voi olla parempi kuin 30-vuotta nuoremman liikuntaa harrastamattoman.

Helsingin keskilämpötila on ihanteellinen ulkoliikuntaan. Vuoden keskilämpötila on vaihdellut 2000-luvulla 5,6 °C ja 7,2 °C välillä keskilämpötilan vaihteluvälin ollessa – 8 °C ja + 19 °C välillä (Tilastollinen vuosikirja 2007). Helsingissä usein vallitseva +5 °C - +10 °C on suotuisa ilman lämpötila ulkoliikkujalle.

### 3.3 Päihteet

#### Tupakka

Nikotiiniriippuvuus on fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista riippuvuutta. Riippuvuuden kehittymisherkkyudessa on suuria yksilöllisiä eroja. Tupakointi on riippuvuusoireyhtymä, joka sisältää ehdollistunutta käyttäytymistä ja tapariippuvuutta. Tupakan erilaiset vaikutukset vahvistavat toisiaan. Tupakoinnin alkuvaiheessa sosiaalinen yhteenkuuluvaisuuden tunne, joka toteutuu yhdessä kokeilemalla, saa vahvistusta kehittyvästä nikotiiniriippuvuudesta. Fyysisessä riippuvuudessa tupakan nikotiini aiheuttaa ensi kerroilla myrkytysoireita, kuten pahoinvointia. Varsin nopeasti elimistö kuitenkin tottuu nikotiiniin ja toleranssi kehittyy. Fyysinen riippuvuus syntyy hermosolujen muuttumisesta nikotiinin vaikutuksesta. Tupakointia käytetään epämiellyttävien tilanteiden välttämiseen, tunnereaktioiden sietoon tai niiden vahvistamiseen. Tupakoitsija ehdollistuu myös vahvasti ulkoisille (ympäristö, sosiaalinen tilanne) ja sisäisille ärsykeille (stressi, väsymys, näläntunne).

Tilastokeskuksen (2006) tupakkatilaston mukaan koko maassa aikuisista miehistä 24 prosenttia ja naisista 19 tupakoi. Vähiten koulutusta saaneista miehistä tupakoi 38 prosenttia ja eniten koulutetuista 21 prosenttia. Vuoden 2007 tilastojen mukaan työikäisistä miehistä tupakoi 26 prosenttia ja naisista 17 prosenttia. Nuorista miehistä (15-24-vuotiaat) 24 % tupakoi päivittäin ja 11 % satunnaisesti. Nuorista naisista 16 % tupakoi päivittäin ja 10 % satunnaisesti. Miesten tupakointi on Suomessa vähentynyt menneiden vuosikymmenten tasosta. Naisten tupakointi pysyi pitkään 1980-luvun puolivälin tasolla, mutta on viime vuosina vähentynyt. (Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys 2007.) Tilastoissa on hieman eroja riippuen siitä, onko tiedot hankittu kyselyllä vai haastattelemalla. Finriski-tutkimuksesta (2003) saatujen tietojen mukaan Helsinki-Vantaan alueella 30-59-vuotiaiden miesten tupakointi olisi lisääntynyt vuodesta 1997 vuoteen 2002 noin 33 prosentista 40 prosenttiin. Naisista tupakoi vuonna 2002 noin 25 prosenttia. 2000-luvun alussa helsinkiläiset kotitaloudet käyttivät tupakkaan noin 8 % vähemmän rahaa kuin maassa keskimäärin (Helsingin kaupungin tilastollinen vuosikirja 2007.)

Suomessa noin 1,3 prosenttia väestöstä nuuskaa päivittäin ja 2,7 prosenttia satunnaisesti. 16-vuotiaista pojista nuuskaa 3,3 prosenttia päivittäin ja 9 prosenttia satunnaisesti. Viimeisimmän nuorten terveystapatutkimuksen mukaan helsinkiläisistä 16-vuotiaista pojista vähän alle 7 % ja 18-vuotiaista runsas 11 % käytti nuuskaa silloin tällöin tai päivittäin. 18-vuotiaista pojista on kokeillut nuuskaa 42 %. Tyttöjen nuuskan käyttö on selvästi poikien käyttöä vähäisempää; 16–18-vuotiaista tytöistä vain noin 1 % ilmoitti käyttävänsä nuuskaa. Nuuskaa hankitaan yleisimmin kavereilta ja ulkomailta tai laivalta. Urheilevat pojat käyttävät verrattain yleisesti nuuskaa. Noin puolet nuuskasta on tupakkaa. Sen lisäksi nuuska sisältää raskasmetalleja, kasvis- ja tuholaismyrkkyjä, yhteensä lähes 30 syöpää aiheuttavaa ainetta. Nuuska lisää suun alueen vaurioiden ja suusyövän sekä sepevaltimotaudin riskiä. Nuuskaaminen lisää todennäköisyyttä aloittaa tupakointi. (Kansanterveyslaitos 2008.)

Tupakkatuotteiden käytössä on kysymys pitkäaikaisesta altistumisesta suurelle määrälle terveydelle haitallisia aineita. Tupakointi on merkittävin syövän aiheuttaja. Tupakointi aloitetaan lähes aina ennen 18-vuoden ikää. Vanhempien ja ystävien tupakoinnilla, heikolla koulumenestyksellä ja naissukupuolella on yhteys tupakoinnin aloittamisen todennäköisyyteen. Koe-kontrolliasetelmalla tehdyssä tutkimuksessa satunnaistetulla tutkimusjoukolla on osoitettu, että koulussa, hammaslääkärillä ja rippikoululeirillä annettulla tupakka-valistuksella voidaan ehkäistä nuorten tupakoinnin aloittamista. Yläluokkalaisten päivittäinen tupakoiminen, humalahakuinen juominen ja huume-kokeilut ovat Suomessa keskimäärin vähentyneet. Tupakan myyminen alle 18-vuotiaalle on lain mukaan kielletty. Nuoret kuitenkin ostavat tupakkaa ja yleisin tupakan ostopaikka peruskoulun yläluokkalaisilla on kioski tai kauppa. Valtaosa nuorista pitää tupakan ja keskioluen ostoa kuitenkin helpona. Päivittäin tupakoi 14 prosenttia peruskoulun yläluokkalaisista. Niiden nuorten tupakointi on yleisempää joiden vanhemmista toinen tai molemmat tupakoivat. Viimeksi kuluneiden kahden vuoden aikana tupakointi on vähentynyt. (Vartiainen ym. 2007.)

Vain joka viides mies ja 17 prosenttia naisista onnistuu lopettamaan tupakoinnin (Kansanterveyslaitos 2008). Finriski-tutkimuksen (2003) tulosten mukaan 50 -70 % tupakoijista haluaisi lopettaa tupakoinnin. Näistä vain noin joka kolmas yrittää vuosittain lopettaa. Pitkäaikaisseurannassa vähemmän kuin 5–6 % onnistuu siinä. Tämä johtuu pääasiassa nikotiiniriippuvuudesta. Yli 75 prosenttia tupakoivista ilmoittaa, ettei lääkäri tai hoitaja ole kertaakaan kehottanut lopettamaan tupakointia.

Helsingin kaupungin terveyskeskuksen opiskeluterveydenhuollon vuosina 2006 ja 2007 keräämien tietojen mukaan lukion I luokan opiskelijoista tupakoi 11 % ja ammatillisten oppilaitosten 1. vuosikurssin opiskelijoista 34 %. Lukiolaisten tupakointi on vähentynyt edellisvuodesta 1 % ja ammatillisten oppilaitosten opiskelijoiden tupakointi 2 %.

Helsingissä vuonna 2007 tupakoivien naisten osuus raskauden alkuvaiheessa oli 10,4 %. Tupakointi vaihteli merkittävästi peruspiireittäin. Tupakoivia oli eniten Kontulassa (26 %) ja vähiten Munkkiniemessä (3 %) Tulokset osoittavat tupakoinnin lisääntyneen alueilla, joilla se jo ennestään oli suurinta. Lapsen 1-vuotistarkastuksen yhteydessä tehdyssä mitauksessa tupakoivien äitien osuus oli vastaavasti 13,9 % ja vaihtelu alueittain Malmin-kartanon 15 %:n ja Paloheinän 2,5 %:n välillä. (Ecomed tietokanta.)

WHO:n Savuton Eurooppa -hankkeen yhteydessä on useissa maissa tutkittu hinnan vaikutusta tupakan kulutukseen. Tupakan hinnan korotukset vaikuttavat tupakoinnin juuri aloittaneisiin nuoriin huomattavasti voimakkaammin kuin kauan tupakoineisiin. Esimerkiksi 1 %:n kuluttajahinnankorotus vähentäisi nuorten tupakan kulutusta 1,4 prosenttiyksiköllä. (Savuton Helsinki 2006.)

Helsingin kaupungin palveluksessa olevista miehistä 21,0 - 40,6 % ja naisista 13,3 - 42,1 % tupakoi. Terveyskeskuksen henkilökunnasta miehistä 26,6 % ja naisista 20 % ilmoitti tupakoivansa säännöllisesti. Sosiaalivirastossa miestyöntekijöistä tupakoi 40,6 % ja opetusvirastossa noin 22 prosenttia. Sosiaaliviraston naistryöntekijöistä vajaa 25 prosenttia ja opetusviraston naistryöntekijöistä noin 13 prosenttia tupakoi. Liikenteen naiskuljettajista 47,6 % ja kiinteistöhuollon ja siivouksen naispuolisista työntekijöistä 39,7 % tupakoi. Naislääkäreistä 10 %, hammaslääkäreistä 2 %, sairaanhoitajista 17 % ja perushoitajista 23 % tupakoi säännöllisesti. Hoitotyön esimiehistä tupakoi 13 %. Lasten parissa työskentelevistä lastenhoitajista ja perhepäivähoitajista noin 25 prosenttia tupakoi, mikä on suurempi osuus kuin hoitoalan työntekijöistä keskimäärin. (Savuton Helsinki 2006.) Helsingin kaupunki on asettanut Savuton Helsinki -ohjelmassa tavoitteet helsinkiläisten tupakoinnin vähentämiseksi.

## **Alkoholin ja laittomien huumeiden käyttö**

Päihteiden käyttö aiheuttaa Helsingissä ongelmia ja haasteita lähes kaikille ikäryhmille: lapsiperheille, nuorille, työikäisille ja ikääntyville. Työikäisten päihderiippuvaisten työelämään kuntoutuminen on erityinen haaste. Päihdeongelmaisten moniongelmaisuus on lisääntymässä. Opioidikorvaushoitopaikoista on puutetta.

Koko maassa yhdeksän kymmenestä 12-vuotiaasta ei käytä alkoholia, mutta 16-vuotiaista enää yksi viidesosa. Merkittävä osa nuorten vanhemmista hyväksyy alkoholin ostamisen 16-vuotta täyttäneille. Vuonna 2003 tehdyn alkoholituotteiden veroalennuksen jälkeen alkoholin reaali hinnat ovat laskeneet yli 10 prosenttia. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2007.) Helsinkiläiset käyttävät alkoholijuomiin vuosittain keskimäärin noin 1 100 euroa, kun koko maassa käytetään asukasta kohti 740 euroa (Helsingin kaupungin tilastollinen vuosikirja 2007). Vuodesta 2001 vuoteen 2006 alkoholijuomien myynti (100 % alkoholia) Helsingissä 18 vuotta täyttäneitä asukasta kohti on lisääntynyt 11,5 litrasta 12,2 litraan (SOTKANet 2008). Joka kolmas mies ja joka kymmenes nainen käyttää vähintään 6 annosta alkoholia viikossa. Joka neljäs mies joi vuonna 2006 vähintään kuusi annosta kerrallaan kerran viikossa. Naisista tämä osuus on selvästi vähäisempi. Koko maassa alkoholin suurkuluttajia on 6-12 prosenttia alkoholin käyttäjistä, joita puolestaan on 88 prosenttia väestöstä. Finriski-tutkimuksen (2003) mukaan koko maassa joka viides mies ja 4 prosenttia naisista juo yli 14 annosta alkoholia viikossa. Eniten kuluttava 10 prosenttia alkoholin käyttäjistä juo runsaat 40 % kaikesta alkoholista. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2007) Alkoholi oli vuonna 2006 työikäisistä molemmilla sukupuolilla yleisin kuolinsyy. Asenteet alkoholin käyttöä kohtaan ovat muuttuneet kielteisimmiksi. Koko maassa raittiita naisia on 13 % ja miehiä 10 %. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2007)

Viimeisten viiden vuoden aikana poliisin tietoon tulleet rattijuopumustapaukset ovat lisääntyneet (3,3/1000 asukasta kohti vs. 4,5/1000 asukasta kohti). Rattijuopumustapausten lisääntyminen on seurausta osittain huumaantuneena ajamisen yleistymisestä. (Alkoholi- ja huumeet alueittain 2005.) Huumaantuneena ajamisesta kiinni jääneillä kuljettajilla tavallisimmat löydökset ovat diatsepaami, alpratsolaami, tematsepaami, oksatsepaami ja klonatsepaami. Huumausaineista ylivoimaisesti tavallisimmat huumaantuneena ajaneilla ovat amfetamiini tai kannabis (KTL 2007).

Alkoholisairauksien vuoksi koko maassa sairaaloissa hoidetuista neljä viidesosaa on miehiä. Alkoholisairaudet pää- tai sivudiagnoosina ovat lisääntyneet vuodesta 2003 ja

erityisesti aivo-oireyhtymien hoitajaksot ovat lisääntyneet. Kuolemat alkoholisairauksiin ovat lisääntyneet vuodesta 2003 noin 550 kuoleamalla eli lähes 20 prosentilla. Lisäksi neljä viidestä henkirikoksesta ja lähes sama osuus väkivaltarikoksista on tehty alkoholin vaikutuksen alaisena. Joka neljännessä kuolemaan johtaneessa tieliikenneonnettomuudessa alkoholilla on osuutta. Valtiolle syntyy alkoholin myynnin seurauksena verotuloja noin 1,7 miljardia euroa, mutta alkoholi aiheuttaa valtiolle 3,9-6,5 miljardin euron kustannukset mm. terveyden- ja sosiaalihuollon menoina. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2007.)

Huumeiden kokeilu ja käyttö keskittyvät eteläiseen Suomeen. Kannabiksen käyttäjät ja useiden muiden huumeiden käyttäjät ovat yleensä pääkaupunkiseudulta ja suurista kaupungeista. Erilaisista indikaattoreista kerättyjen tietojen mukaan koko maassa huumausaineiden käyttö ei olisi lisääntynyt 2000-luvulla. Kannabista on kokeillut joskus noin 13 prosenttia väestöstä. Kokaiinia on ilmoittanut kokeilleensa tai käyttäneensä noin 2 prosenttia. Hoitoon hakeutumiseen liittyviä huumeita ovat erityisesti opiaatit, stimulantit, alkoholin ja huumeiden sekakäyttö ja kannabis. Amfetamiinin ja opiaattien ongelmakäyttäjiä on arvioitu vuonna 2005 olevan noin 14 000 - 19 000. Neljä viidestä huumeiden käyttäjästä käyttää amfetamiinia. Huumeiden käyttäjistä miehiä on 80 prosenttia, työttömiä yli 60 prosenttia ja asunnottomia yli 10 prosenttia. (Rönkä ja Salonen 2006.)

### 3.4 Johtopäätökset

Merkittävimmät sairaanhoidon kustannuksia aiheuttavat ja terveydelle epäedulliset elintavat ovat ylipaino, vähäinen liikunta, tupakointi ja alkoholin ongelmakäyttö. Lihavuus lisää merkittävästi tyypin 2 diabetesta, alkoholin ongelmakäyttöön liittyy lukuisia terveysriskejä, kuten aivoverenkierron häiriöitä, aivo- ja sisäelinvaurioita sekä erilaisille onnettomuuksille altistumista. Huomattavalla osalla alkoholin suurkuluttajista kognitiiviset toiminnot ovat heikentyneet.

Tupakointi ja muiden päihteiden käyttö jakaantuu epätasaisesti väestössä siten, että päihteiden ongelmakäyttö kytkeytyy usein huonoihin sosiaalisiin ja taloudellisiin elinoloihin. Korkeissa ammatti-, koulutus- ja tuloryhmässä tupakointi on keskimäärin vähäisempää kuin muissa. Sosiaaliryhmittäiset tupakointierot ovat aikuisväestössä kasvussa ja tämän kehityksen katkaiseminen on kansanterveydellisesti merkittävää. Tupakoinnin vähentämiseksi tarvitaan terveyskasvatuksen ohella myös talous- ja sosiaalipoliittisia toimia. Tupakoinnin vähentämisessä onnistuneimpia ovat rakenteelliset muutokset ja pitkäjänteiset hankkeet, jotka eivät keskity ainoastaan tupakkaan vaan yleisemmin syrjäytymisen ja huono-osaisuuden ehkäisyyn. Laittomien huumeiden käyttö keskittyy merkittävästi pääkaupunkiseudulle. Huumeiden käyttö on yhteydessä sosiaaliseen syrjäytymiseen, kuten työttömyyteen, asunnottomuuteen ja rikollisuuteen.

Lisääntynyt päihteiden käyttö näkyy Helsingin terveystalouksissa hoidon tarpeen ja kysynnän kasvuna terveysasemilla, päivystyspoliklinikoilla, selviämishoitoasemalla ja vuodeosastoilla. Yhä useammalla psykiatrisella potilaalla on lisäksi päihdeongelma.

## 4 Terveys

### 4.1 Lasten ja nuorten terveys

Kouluterveyskyselyn (2006) mukaan lähes joka viides peruskoulun yläluokkalainen pitää omaa terveyttään keskikertaisena tai huonona. Viikoittain niskan tai hartiasrudun kiputiloja on joka neljännellä peruskoulun yläluokkalaisella. Helsingin hammashoitopiirissä 1 (eteläinen, läntinen ja keskinen suurpiiri) terveitten hampaistojen osuus 7-vuotiailla on 76 prosenttia ja hammashoitopiirissä 2 (pohjoinen, koillinen, kaakkoinen ja itäinen suurpiiri) osuus on 67 prosenttia. 12-vuotiailla terveitten hampaistojen osuus on vastaavasti 75 % ja 72 % lapsista. Kaikkiaan hammashoidon potilaista hoidon tarpeessa oli 2007 hammashoitopiirissä 1 tarkastetuista 42 % ja hammashoitopiirissä 2 tarkastetuista 48 %. Hoidon tarve oli kuitenkin selvästi vähentynyt hammashoitopiirissä 2 edellisvuodesta. (Hammashuolto hammaspiireittäin 2007.) Yli puolet Helsingin peruskoulun yläluokkalaisista pesee hampaansa harvemmin kuin kaksi kertaa päivässä (Kouluterveys 2006).

Helsingin terveystieteiden keskuksessa on seurattu lasten ylipainoisuutta 4- ja 6-vuotiaille lapsille neuvolassa tehtyjen vuositarkastusten yhteydessä. Ylipaino perustuu pituuden ja painon mittaamiseen ja pituuteen suhteutetun painon määrittämiseen. (Pituuspainolla tarkoitetaan painon suhdetta samaa sukupuolta olevien samanpituisten lasten keskipainoon. Vuoden 2007 mittaus perustui pituuspainosuhteeseen 30 %.) Tarkastukseen osallistuneista 4-vuotiaista lapsista ylipainoisia oli 0,9 % (30 lasta) ja 6-vuotiaista 2,8 % (103 lasta). Ylipainoisten määrän vähäisyyttä selittää korkea ylipainon kriteeri.

Helsingin peruskoulujen 8. ja 9. luokkalaisille tehdyn kouluterveyskyselyn (2006) tulosten mukaan pojat kokevat fyysistä uhkaa tyttöjä useammin. Pojat myös ilmoittavat tekevänsä rikkeitä useammin kuin tytöt. Pojille sattuu useammin tapaturmia kuin tytöille. Pojat olivat tyttöjä useammin koulukiusaamisen kohteena. Epäterveellisten välipalojen syöminen, hampaiden harjaamisen laiminlyönti ja myöhään valvominen on pojilla tavallisempaa kuin tytöillä. Tytöt kokivat koulunkäynnin myönteisemmäksi kuin pojat. Tytöt pitivät terveydentilaansa huonompana, heillä oli masentuneisuutta, uupumusta, päänsärkyä ja niskahartiasrudun oireita useammin kuin pojilla. Tytöt kokivat koululääkärin vastaanotolle pääsyn vaikeampana kuin pojat.

Useimmat kotimaiset ja kansainväliset tutkimukset päätyvät siihen, että noin 6-7 prosenttia lapsista on sillä tavalla psyykkisesti sairaita, että he tarvitsevat lastenpsykiatriasta erikoissairaanhoidon. Tämän lisäksi noin 10-11 prosenttia lapsista on lievemmin häiriintyneitä ja he tarvitsevat mielenterveyshäiriöiden hoitoa ja kuntoutusta, joka tulisi toteuttaa palvelujärjestelmän perustasolla.

Kansanterveyslaitoksen Nuorten Aikuisten Mielenterveys –projektissa on selvitetty nuorten aikuisten mielenterveyshäiriöitä ja erityisesti masennuksen esiintyvyyttä. Tutkimuksella on saatu uutta tietoa paitsi masennuksen ja siihen liittyvän toimintakyvyn häiriön esiintyvyydestä, myös mielenterveyspalvelujen tarpeesta ja niiden käytöstä.

Nuorilla on mielenterveyshäiriöitä kaksi kertaa enemmän kuin lapsilla ja lähes yhtä paljon kuin aikuisilla. Esiintyvyys on suurimmillaan myöhäisnuoruudessa ja varhaisaikuisuudessa: epidemiologisissa tutkimuksissa on arvioitu 10-40 prosentin kärsivän jostain mielen-terveyden häiriöstä. Erityisesti mielialahäiriöt yleistyvät nuoruusvuosina. Masennustilojen

yhden vuoden esiintyvyydeksi nuorten aikuisten aineistossa on arvioitu jopa 15-17 prosenttia. Esiintyvyyden on arvioitu lisääntyvän edelleen.

Masennustiloilla on huomattava kansantaloudellinen merkitys ja ne vaarantavat monin tavoin nuoruusiän suotuisaa psyykkistä kehitystä sekä siirtymävaihetta aikuisuuteen. Kansainvälisissä tutkimuksissa on kuitenkin osoitettu, että vain pieni osa masentuneista nuorista ja nuorista aikuisista on hoidon piirissä. Suomalaisesta väestöstä ei ole aiemmin ollut käytettävissä nuorten aikuisten mielenterveyden häiriöitä ja mielenterveyspalvelujen käyttöä koskevaa epidemiologista tutkimustietoa. (KTL.fi)

## 4.2 Aikuisten terveys

Helsingiläisten kuolinsyistä voidaan saada viitteitä elintavoista ja muista terveysriskeistä. Helsingissä kuolee vuosittain noin 5000 asukasta (Taulukko 7). 15-vuotiaita ja sitä nuorempia on 2000-luvulla kuollut vuosittain 20-44 henkilöä, 16-44-vuotiaita on kuollut 215-276 ja 45-64-vuotiaita 885-1008. Ikäryhmässä 65-84-vuotiaat on vuosina 2001-2006 kuollut 2067-2363 ja 85-vuotta täyttäneitä 1445-1643 henkilöä.

Yleisin kuolinsyy Helsingissä on 2000-luvulla ollut verenkiertoelinten sairaudet. Vuosina 2004-2006 verenkiertoelinten sairauksiin kuolleiden määrä on vaihdellut 1735 ja 1855 välillä. Verenkiertoelimistön sairauksista tavallisin kuolinsyy on ollut iskeemiset sydänsairaudet, joihin on kuollut 1000-1200 henkilöä. Seuraavaksi yleisin kuolinsyy ovat aivoverisuonten sairaudet, joihin on kuollut 420-500 henkilöä. (Kuolleet 2001-2007.)

Toiseksi yleisin kuolinsyy ovat kasvaimet ja syövät, joihin kuolee vuosittain noin 1100 helsinkiläistä. Näistä kurkunpään ja henkitorven syöpään sekä keuhkosityöpään kuolee vuosittain noin 220-240 helsinkiläistä. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin sisältäen dementian kuolee vuosittain vajaa 400 henkeä. Alkoholiperäisiin tauteihin kuolee vuosittain vähän alle 200 henkeä. Tapaturmaisia kaatumiskuolemia vuonna 2001 oli 87, mutta määrä on lisääntynyt vuoteen 2006 mennessä 145:een. Itsemurhakuolemat sen sijaan ovat vähentyneet 157:stä (vuonna 2001) 107:ään itsemurhakuolemaan vuonna 2006. Tapaturmaisen kaatumisen vuoksi kuolleista joka kolmas oli vuonna 2006 alle 65-vuotias ja itsemurhan tehneistä 85 prosenttia oli alle 65-vuotiaita.

Kaikista vuoden 2006 aikana kuolleista helsinkiläisistä alle 65-vuotiaita oli 25 prosenttia. Alkoholiperäisiin sairauksiin kuolleista alle 65-vuotiaita oli 80 prosenttia ja miehiä kolme neljäsosaa. Verenkiertoelinten sairauksiin ja iskeemisiin sydänsairauksiin kuoli vuonna 2006 yhteensä 450 alle 65-vuotiasta (noin 15 % näihin sairauksiin kuolleista). Sitä vastoin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin, dementiaan tai Alzheimerin tautiin kuolleista alle 65-vuotiaiden osuus oli vain 1-2 prosenttia. Naisten osuus mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin, dementiaan ja Alzheimerin tautiin kuolleista oli 75-80 prosenttia. Helsinkiläisten itsemurhakuolemista miesten osuus on noin 75 prosenttia. Hengityselinsairauksiin kuolleiden määrä on vähentynyt alle puoleen vuodesta 2001 vuoteen 2006.

Taulukko 7. Helsinkiläisten yleisimmät kuolinsyyt vuosina 2001-2006 (N).

Kuolemansyy	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Verenkiertoelimistön sairaudet (iskeemiset sydänsairaudet, aivoverisuonien sairaudet, muut verenkiertoelinten sairaudet)	1999	1969	2018	1814	1735	1855
Kasvaimet (hengityselinten, rintasyöpä, eturauhassyöpä ja muut kasvaimet)	1146	1139	1161	1167	1137	1119
Hengityselinten sairaudet (Keuhkoputken tulehdus, keuhkolaajentuma, astma, muut hengityselinten sairaudet)	514	450	400	321	253	232
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt (Dementia, muut mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt)	376	482	399	402	325	374
Hermoston ja aistimien sairaudet (Alzheimerin tauti, muut hermoston ja aistimien sairaudet)	156	207	271	259	234	298
Alkoholiperäiset taudit	143	128	134	186	186	174
Tapaturmaiset kaatumiset	87	106	132	124	168	145
Itsemurhat	157	115	112	121	103	107

Lähde: Kuolleet Hki kuolemansyyn, iän ja sukupuolen mukaan 2001-2006. Tilastokeskus.

Vuosina 2002-2003 sydäninfarktiin sairastui eri rekisteritiedoista koottujen tietojen mukaan noin 1 400 iältään 40-85-vuotiasta helsinkiläistä (Häkkinen ym. 2007). Sydäninfarktiin kuolleisuus viikon, yhden kuukauden, kolmen kuukauden ja vuoden kuluttua sairastumisesta oli helsinkiläisillä suhteellisesti vähäisempää kuin maassa keskimäärin. Sydäninfarktiin sairastuneista helsinkiläisistä sairaalahoitoon tuli suhteellisesti pienempi osuus kuin maassa keskimäärin. Niitä infarktiin kuolleita, jotka eivät olleet kuolinhetkellä sairaalan vuodeosastohoidossa, oli Helsingissä 34 prosenttia sydäninfarktiin kuolleista kun koko maassa heitä oli 25 prosenttia. Infarktipotilaiden keski-ikä oli Helsingissä noin vuoden alhaisempi kuin maassa keskimäärin. Sairaalaan toimitetuille helsinkiläisille tehtiin useammin angiografia sekä pallolaajennus tai ohitusleikkaus kahden päivän kuluessa kuin maassa keskimäärin. Sydänlääkkeitä helsinkiläiset käyttivät rekisteritietojen perusteella suunnilleen yhtä usein kuin maassa keskimäärin.

Helsinkiläisten muita suurempi infarktikuolleisuus sairaalan ulkopuolella voi olla esimerkiksi seurausta siitä, että yksinasuminen on yleisempää kuin muualla eikä sen vuoksi



apua ole hälytetty tai keskimääräistä suurempi osa kuolemista liittyy pähteiden käyttöön, minkä vuoksi avun hälyttäminen on viivästynyt. Myös ruuhka voi estää sairaankuljetuksen saapumista paikalle. Helsingin kaupungin pelastuslaitoksella oli vuonna 2007 yhteensä runsaat 45 000 ensihoito ja sairaankuljetustehtävää (Helsingin kaupungin pelastuslaitos 2007).

Kansaneläkelaitos (2007) on laskenut kullekin kunnalle sairastavuusindeksiin, joka kuvaa sitä miten tervettä tai sairasta kunnan väestö on suhteessa muiden kuntien väestöön. Sairastavuusindeksi perustuu kuolleisuuteen, työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuuteen työkäisistä ja erityiskorvattavia lääkkeitä käyttävien osuuteen kunnan asukkaista. Vuonna 2006 Helsingin sairastavuusindeksi oli 91,3, mikä on pienempi kuin maan keskiarvo eli 100. Helsingin väestön sairastavuusindeksi on laskenut 2,6 pistettä vuodesta 1990. Kuolleisuusindeksi laski vuoteen 2000, mutta on kääntynyt jälleen lievään nousuun. Työkyvyttömyysindeksi on laskenut vuoden 1990 arvosta 86,3 vuoden 2006 arvoon 81,8. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuus -indeksi on laskenut vain vähän vuoden 1990 arvosta 87,8 vuoden 2006 arvoon 85,5. Kansaneläkelaitos on laskenut kunnille seitsemän suurimman erityiskorvattavaan lääkehoitoon oikeuttavan kansantaudin esiintyvyyssindeksiin. Indeksien mukaan Helsingissä esiintyy muuta maata vähemmän diabetesta, nivelreumaa, astmaa, verenpainetautia ja sepelvaltimotautia ja selvästi mutta maata vähemmän sydämen vajaatoimintaa. Ainostaan psykoosiin tarkoitettuja erityiskorvattavia lääkkeitä käytetään hieman muuta maata enemmän (Helsingin indeksi on 101,1).

Helsingin terveystieteiden hammashuollon tarkastuksessa hoidon tarvetta havaittiin vuonna 2007 tarkastetuista 18-55-vuotiaista hammashoitopiirissä 1 noin 86 prosentilla ja hammashoitopiirissä 2 noin 92 prosentilla potilaista. (Hammashuolto hammaspiireittäin 2007).

Yleisimmät todetut tartuntatauti tapaukset olivat Helsingissä vuonna 2007 sukupuoliteitse leviävä klamydiainfektio, kampylobakteeri sekä norovirus (Todetut tartuntatauti tapaukset 2003-2007).

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saa noin 11 600 helsinkiläistä. Määrä on lisääntynyt noin tuhannella viidessä vuodessa. Masennustilan vuoksi terveysasemilla oli tilastoitu käyneiksi vuoden 2007 tammi-huhtikuussa noin 1900 potilasta, 1,7 prosenttia kaikista terveysasemien potilaista (Avosairaanhoidon lääkärikäynnit, tammi-huhtikuu 2007). Lähes joka kymmenes helsinkiläinen on saanut vuonna 2006 korvausta depressiolääkkeitä ja lääkekorvausta saaneiden määrä on Helsingissä lisääntynyt kaikissa ikäluokissa. Depressioläkkeiden käyttö on yleisintä 25-64-vuotiailla. 18-24-vuotiaiden ikäryhmässä noin yksi kahdestakymmenestä on saanut korvausta ja 65-vuotta täyttäneistä depressiolääkkeitä saa korvausta noin joka kymmenes. (SOTKANet 2007.) Ne työkäiset, joilla on henkisen toimintakyvyn ongelmia, aikovat kuusi kertaa suuremmalla todennäköisyydellä hakeutua varhaiselle eläkkeelle kuin ne, joilla on hyvä henkinen toimintakyky (Harkonmäki 2006).

Masennuspotilaista 10-30 prosentilla on samanaikainen alkoholiongelma ja vastaavasti alkoholiongelmiaisista 30-60 prosentilla on kliinisesti merkittävä depressio. Noin 6 prosentilla raskaana olevista on päihdeongelma. Helsingissä arvioidaan olevan 50 000-80 000 alkoholin suurkuluttajaa. Useammalla kuin joka kymmenennellä yli 30-vuotiaalla miehellä on mielenterveyden häiriö. Alkoholi on tavallisin päihde psykiatrisilla potilailla. Nuorista pähteiden ongelmakäyttäjistä 50-80 prosentilla on arvioitu olevan mielenterveyshäiriö. Huumeriippuvaisilla psykiatrisen sairastavuus ja persoonallisuuden häiriöt ovat yleisiä. (Mielenterveys- ja päihdepalvelut 2008.)

### 4.3 Vanhusten terveys

Kansanterveyslaitoksen tutkimuksen mukaan eläkeikäisten elintavat, koettu terveys ja toimintakyky ovat kohentuneet koko maassa. Hyvin moni eläkeikäinen kokee terveytensä vähintään keskitasoiseksi. Ruokatottumukset ovat kehittyneet terveellisempään suuntaan ja tupakoijien määrä on vähäinen verrattuna työikäiseen väestöön. Eläkeikäiset harrastavat liikuntaa, erityisesti kävelyä. Hyvin koulutetut kokevat terveytensä, toimintakykynsä ja arkielämästä suoriutumisen paremmaksi kuin vähemmän koulutetut. (Sulander ym. 2003.) Vuoden 2005 eläkeikäisen väestön terveystyöttämiskyselyssä miehistä 66 prosenttia ja naisista 78 prosenttia ilmoitti kokevansa turvattomuutta. Vastausten mukaan eläkeikäiset kokivat eniten turvattomuutta riippuvuuden, muistin heikkenemisen, eläketulojen niukkuuden ja laitoshoitoon joutumisen pelon vuoksi. (Eläkeikäiset kokevat aiempaa enemmän turvattomuutta 2007.) Joulukuussa 2006 oli 75 vuotta täyttäneistä helsinkiläisistä 27 % vanhuspalvelujen piirissä (Kumpulainen 2007). Helsingissä ilman kunnallisia vanhuspalveluja on siis 73 % yli 75-vuotiaista helsinkiläisestä.

län lisääntyessä lisääntyy todennäköisyys sairastaa ainakin yhtä pitkäaikaissairautta. 75-84 vuotiaista noin 87 prosenttia ja 85-vuotta täyttäneistä noin 90 prosenttia on ilmoittanut Terveys 2000-tutkimuksessa, että heillä on ainakin yksi pitkäaikaissairaus. Lääkärin kliinisen arvion perusteella havaittiin, että 65 vuotta täyttäneistä naisista noin 7 % ja miehistä 15 % ovat sairastaneet sydäninfarktin. Angina pectoris -oireista kärsii joka viides yli 65-vuotias nainen ja useampi kuin joka neljäs mies. Sydämen vajaatoiminnasta kärsii noin 9 % yli 65-vuotiaista naisista ja 5 % miehistä. Tyypin 2 diabetesta sairastaa noin 9 % yli 65-vuotiaista sekä miehistä että naisista. 75-84-vuotiaista vajaa kolmannes pitää terveyttään hyvänä, mutta 85 vuotta täyttäneistä miehistä vain alle 8 % ja naisista 26%. (Terveys ja toimintakyky Suomessa 2002.)

Säännöllisen kotihoidon piiriin tullaan keskimäärin 76 vuoden ikäisenä ja pitkäaikainen laitoshoido alkaa keskimäärin 81 vuoden iässä (Vanhuspalveluohjelma 2006-2009).

Vuonna 2005 Helsingin akuuttisairaalassa tehdyn selvityksen (Ahvenainen 2007) mukaan akuuttiosastojen ja kuntoutuksen osastojen kolme suurinta diagnoosiryhmää olivat reisiluun murtuma, dementia ja aivoinfarkti (Taulukko 8). Taulukkoon 8 on vuoden 2005 tietojen lisäksi liitetty vastaavien diagnoosien vertailutiedot vuodelta 2007. Sairaudet ovat tyypillisiä vanhuuteen liittyviä sairauksia, joihin on mahdollista jossain määrin vaikuttaa ennaltaehkäisevästi.

Taulukko 8. Päätyneiden hoitajaksojen potilaiden ja hoitopäivien lukumäärä Helsingin terveyskeskuksen akuuttisairaalassa vuosina 2005 ja 2007 diagnoosiryhmittäin

	Potilaiden lukumäärä 2005	Potilaiden lukumäärä 2007	Hoitopäivien lkm 2005	Hoitopäivien lkm 2007
Reisiluun murtuma	619	599	21 853	17 342
Dementia	546	733	31 165	34 957
Aivoinfarkti	460	668	20 340	24 954

Lähde: Ecomed tietokanta 2007.

Kaupungin omilla sairaansijoilla reisiluun murtuman vuoksi hoidettujen potilaiden ja hoitopäivien lukumäärä on vähentynyt. Vuodesta 2007 alkaen kaupunki on ostanut sairaansijoja Ortonista yhteensä noin 208 reisiluun murtumapotilaalle. Nämä tiedot eivät näy oheisesta tilastosta. Vuosittain koko maassa runsaat 7 000 suomalaista kärsii lonkkamurtumasta. Naiset ovat alttiimpia lonkkamurtumille, sillä seitsemän kymmenestä lonkkamurtumasta sattuu naisille. Naispotilaiden keski-ikä on 80 vuotta. Miehillä lonkkamurtuma sattuu keskimäärin 75 vuoden iässä. Kolmannes murtumista tapahtuu laitoshuoneissa, joilla on nelinkertainen lonkkamurtuman vaara kotona asuviin verrattuna. (Käypähoito-suositus 2007.)

Dementiapotilaiden lukumäärä Helsingissä on lisääntynyt vuodesta 2006 vuoteen 2007 (Taulukko 9). Helsingin vanhusväestöön kohdistuvana suurena hoidollisena haasteena tuleekin lähivuosina olemaan muistisairauksia sairastavien asiakkaiden hoito ja kuntoutus. Vuodesta 2006 vuoteen 2016 keskivaikeaa ja vaikeaa dementiaa sairastavien potilaiden arvioitu määrä lisääntyy reilusta 8 000:sta yli 10 000 eli lisäys on yhteensä yli 25 %.

Taulukko 9. Keskivaikeaa ja vaikeata dementiaa sairastavien helsinkiläisten arvioitu lukumäärä ikäryhmittäin vuosina 2006 – 2016.

Vuosi	65-75 vuotiaat	75-84 vuotiaat	85 + vuotiaat	65 + vuotiaat
2006	1702	2921	3516	8139
2007	1766	2946	3618	8330
2008	1770	2967	3705	8442
2009	1931	2966	3789	8585
2010	1896	2981	3874	8751
2011	2008	2997	3995	9000
2012	2150	3009	4079	9237
2013	2281	3046	4157	9484
2014	2389	3094	4258	9741
2015	2479	3149	4367	9995
2016	2560	3159	4476	10196

Lähde: Sulkava ym. Keskivaikeaa ja vaikeata dementiaa sairastavien helsinkiläisten arvioitu lukumäärä vuosina 2006 – 2016.

Dementian esiintyminen yleistyy iän myötä eli yli 85-vuotiaiden ryhmä muodostaa eri vuosina suurimman dementiaa sairastavien ikäryhmän. Dementoivien sairauksien hoitoon ei ole odotettavissa uusia lääkkeitä niin nopeasti, että ne ratkaisevasti muuttaisivat hoidon tarvetta vielä lähivuosina. Sen jälkeen on odotettavissa, että ennalta ehkäisevät ja tautiin vaikuttavat hoitomuodot vähentävät Alzheimerin taudin esiintymistä. (Sulkava ym. 2007.)

Arvioiden mukaan noin 50 % keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa sairastavista potilaista tarvitsee ympärivuorokautista hoivaa. Sulkava ym. (2007) ovat arvioineet, että ympärivuorokautisten hoitopaikkojen lisäystarve dementoituneille Helsingissä olisi alle 100 paik-

kaa ennen vuotta 2011 ja noin 120 paikkaa vuosina 2011-2012. Dementiapaikkojen konnaistarve olisi ennusteen mukaan noin 4 600 paikkaa vuonna 2012.

Dementiaa ja Alzheimerin tautia sairastavia potilaita on hoidettu vuonna 2007 akuuttisairaalan vuodeosastoilla yhteensä 767, pitkäaikaissairaalan vuodeosastoilla 795 ja 29 psykiatrisilla vuodeosastoilla. (Ecomed tietokanta.) Akuuttisairaalan arviointitutkimuksen (Ahvenainen 2007) suositusten mukaisesti dementiapotilaan hoitoketjua kehitetään. Dementiapotilaan kotona asumista pyritään tukemaan. Vanhusten syrjäytymistä ehkäisevässä terveyskeskuksen hankkeessa on kehitetty kotihoidon muistihäiriöasiakkaan hoitomalli, jota tullaan laajentamaan kokeilun jälkeen koko kotihoitoon.

Aivoinfarktipotilaiden määrä ja hoitopäivien lukumäärä ovat Helsingissä lisääntyneet vuosien 2005 ja 2007 välillä. Vuonna 2007 akuuttisairaalassa hoidettiin 540 potilasta aivoinfarktin vuoksi. Tapaturmaisesti syntyvien aivovaurioiden lukumäärä on Suomessa lisääntynyt erityisesti vanhimmissa ikäluokissa. Tapaturmat yleistyvät iän lisääntyessä ja 75-84-vuotiaista miehistä runsaalla kolmanneksella ja naisista joka kuudennella on lääkärin toteamana tapaturman aiheuttama pysyvä vamma (Terveys ja toimintakyky 2000.) Kaatumisen yhteydessä aiovamman saaneilla vanhuksilla on todettu useammin myös muita rinnakkaisia sairauksia kuten verenpainetautia, diabetesta, sydämen rytmihäiriöitä, Parkinsonin tautia, erilaisia dementoivia sairauksia tai depressiota, joten kaatumisen ennaltaehkäisy muodostaa haasteellisen kokonaisuuden. Lääkkeet ovat osasyynä joka kolmannen kaatumiseen. (Kansanterveyslaitos 2007.) Kaatumistapaturmat ovat yleisiä 70-79-vuotiailla miehillä ja yli 80-vuotiailla naisilla. Yli 70-vuotiaiden aiovammat ovat lisääntyneet 59,4 % vuosien 1991 ja 2005 välillä. Vanhuusiällä saatujen aiovammojen hoitokustannukset ovat selvästi pidempiä kuin nuoremmilla ikäryhmillä. Vanhusten aiovammojen määrän on ennustettu lisääntyvän. (Alaranta & Koskinen 2008.) Ikääntyneiden kaatumisia ja murtumia voidaan ehkäistä monin eri tavoin sekä yksilön omia voimavaroja vahvistamalla että hänen ulkoiseen ympäristöönsä vaikuttamalla.

Eläkeikäisistä joka neljännellä on näön ongelmia. Kaikista 85 vuotta täyttäneistä normaali lähinäkö on noin joka toisella ja normaali kaukonäkö lähes joka kolmannella. Noin 12 prosenttia tämänikäisistä miehistä ja lähes 5 prosenttia naisista ovat lähes sokeita. Koko maassa yli 65 vuotiaista 43 prosentilla miehistä ja 24 prosentilla naisista esiintyy kariesta terveystarkastuksessa. Eläkeiän ohittaneista miehistä 76 prosentilla ja naisista 65 prosentilla on iensairauksia. Koko maassa noin neljä viidestä 85 vuotta täyttäneistä saa apua toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi ja kolme neljästä kokee saavansa apua riittävästi tarpeeseen nähden. (Terveys ja toimintakyky 2000.)

Työikäisistä 97 prosenttia kykenee pukeutumaan ilman apua. Sitä vastoin 85 vuotta täyttäneistä vain noin puolet arvioi kykenevänsä pukemaan, riisumaan tai peseytymään vaikeuksitta. Yhden porrasvälin nouseminen, 500 metrin kävely tai 5 kilogrammaa painavan taakan kantaminen 100 metrin matkan aiheuttaa vaikeuksia useammalle kuin neljälle viidestä 85 vuotta täyttäneistä. Liikkumisvaikeudet ovat 85 vuotta täyttäneillä naisilla yleisempiä kuin samanikäisillä miehillä. Kaikista 65 vuotta täyttäneistä 75 prosenttia selviää kaupassa asioimisesta mutta 85 vuotta täyttäneistä vain joka neljäs selviää kaupassa käynnistä itsenäisesti. Vain 5 prosenttia 85 vuotta täyttäneistä katsoo selviävänsä asuntonsa siivoamisesta. (Terveys ja toimintakyky 2000.)

Ikääntyneiden alkoholin käyttö on yleistynyt parin vuosikymmenen ajan. Tähän on vaikuttanut myös vuonna 2004 toteutettu alkoholiveron alentaminen sekä uusien, alkoholia käyttämään tottuneiden ikäpolvien siirtyminen eläkkeelle. Viikoittain alkoholia käyttävien 65-79-vuotiaiden naisten ja miesten määrä on lisääntynyt, mutta keskimääräinen viikoit-

tainen alkoholin käyttömäärä on pysytellyt samana. Yhä useampi ikääntynyt käyttää alkoholia, mutta ei keskimäärin sen enempää kuin aiemmin (Sulander 2007). Alkoholin lisääntyvä käyttö uhkaa ikääntyneiden toimintakykyä ja samalla sitä suotuisaa kehitystä, joka on tapahtunut suomalaisten eläkeläisten elintavoissa.

Espoon, Helsingin ja Vantaan kotihoidossa tehtiin keväällä 2006 kysely kotihoidon tiimeille alkoholia käyttävien asiakkaiden kohtaamisesta. Tulosten mukaan 79 % vastaajista kertoi, että asiakkaiden keskuudessa päihteiden käyttöä kohdataan joka kuukausi tai useita kertoja kuukaudessa. Vastaajien mukaan sairaala kotiuttaa alkoholisteja puutteellisiin ohjein ja lääkkeenantotilanteissa on usein ongelmia. Asiakkaat juovat yleensä avoimesti, mutta osa juo myös salaa. Asiakkaat käyttävät rahansa alkoholin ostoon, jolloin rahat eivät riitä esimerkiksi laskujen maksuun. Omaiset ovat huolissaan läheisen alkoholin käytöstä ja alkoholin käyttö huolestuttaa myös työntekijöitä. Ryyppykavereita on usein paikalla ja lääkkeet jäävät ottamatta. Alkoholia paljon käyttäneille sattuu kaatumisia ja niiden seurauksina tulee erilaisia murtumia. Vastanneista 82 % kertoi keskustelleensa asiakkaan kanssa alkoholin käytöstä ja 63 % asiakkaan lähipiirin kanssa. Vastaajista 89 % koki tarpeelliseksi saada lisätietoa ikääntyneiden alkoholikäytöstä, päihdeongelman kohtaamisesta, alkoholista ja lääkehoidosta, miten ohjata hoitoon, miten toimia alkoholia käyttävän tuttavapiirin kanssa sekä tietoa alkoholista ja dementiasta. (Viljanen 2008.)

Pohjoisen alueen kotihoidossa ollaan aloittamassa uudenlaista yhteistyötä päihdeasiakkaiden hoidossa työnimellä "Ikäihmisten päihdepolku". A-klinikalle sijoittuva, päihdetyöhön keskittyvä, arvioiva sairaanhoitaja tulee mukaan kotihoidon piirissä olevien päihdeasiakkaiden hoitoon tekemällä hoitokäyntejä yksin ja kotihoidon hoitajien kanssa. Lisäksi sairaanhoitaja antaa konsultaatioapua kotihoidon hoitajille, suorittaa palvelunohjausta ja osallistuu hoitajien yhteisiin kokouksiin. Asiakkaat ohjautuvat tähän hoitomuotoon kotihoidosta, asiakasta hoitavan vastuuhoidajan aloitteesta. Toiminnan tukena ovat kotihoidon lääkäri tai asiakasta terveysasemalla hoitava oma lääkäri.

#### 4.4 Maahanmuuttajien terveys

Suomeen muuttaneiden maahanmuuttajien terveydestä on vähän tietoja, mutta muista maista saatujen tietojen mukaan maahanmuuttajien terveys on yleensä heikompi kuin kantaväestön. Myös terveysuskomuksissa sekä terveys- ja sairauskäyttäytymisessä on eroja. Joillakin maahanmuuttajaryhmillä on kantaväestöstä poikkeava käsitys vaihtoehtoisista hoitomuodoista ja koululääketieteen mahdollisuuksista parantaa. Kulttuuriset eroavaisuudet voivat aiheuttaa esteitä terveyspalvelujen saannissa: hoidon tarpeen arvioinnissa, hoitotoimenpiteiden valinnassa ja tavoitteiden arvioinnissa. Katkoksia voi esiintyä hoidon tarjoajan ja vastaanottajan välillä johtuen siitä, että iän, sukupuolen, perheen, aikakäsityksen, käytetyn kielen, uskonnon, luottamuksen länsimaiseen lääketieteeseen, vuorovaikutussääntöjen, arvojen, normien, ruokavalion tai koulutuksen vaikutukset eroavat totutusta. (Huff ja Kline 1999.) Helsinkiläisten maahanmuuttajien terveydestä tehdyn tutkimuksen mukaan terveimpiä ovat somalialaiset ja huonoin terveys on venäläisillä ja virolaisilla. He oireilevat muita enemmän ja heillä on muita enemmän pitkäaikaissairauksia ja hampaiston sairauksia. Masennus ja unettomuus ovat yleisiä helsinkiläisillä maahanmuuttajilla. (Hyvinvointi Helsingissä 2005.)

Sainio (2008) selvitti ikääntyvien maahanmuuttajien terveyspalveluiden tarvetta Helsingissä ja havaitsi, että usein maahanmuuttajien suomenkielen taito on erittäin heikko. Sel-

vitykseen osallistuneista 82:sta maahanmuuttajasta 53 ilmoitti ottavansa sairastuessaan yhteyttä sukulaisiin, 39 terveyskeskukseen, seitsemän ystäviin ja viisi yksityislääkäriin tai tuttaviin. Vastaajista 78 oli kuitenkin käyttänyt terveyskeskuksen palveluja. Suurin osa vastaajista ilmoitti myös saavansa terveydenhuoltoa koskevat tietonsa sukulaisilta.

Mölsä ja Tiilikainen (2008) haastattelivat 50 vuotta täyttäneitä somalialaisia näiden sairauksista ja terveyspalveluiden käytöstä. Haastateltavat olivat ensimmäisen polven maahanmuuttajia ja kulttuurin muutokset sekä kielitaidottomuus aiheuttivat ongelmia jokapäiväisessä elämässä. Somaliassa vanhuus ei ole niin kronologiseen ikään sidottu kuten Suomessa, vaan se liittyy toimintakyvyn menetetykseen tai naisilla vaihdevuosien alkamiseen. Kuten useissa kehittyvissä maissa Somaliassakin tukea odotetaan ja saadaan ennen kaikkea perheeltä ja sukulaisilta. Monet kehittyvistä maista tulleet maahanmuuttajat ovat tottuneet käyttämään uskonnollisia tai perinteisiä hoitomenetelmiä ja kansanparantajien apua. Haastateltavat olivat kuitenkin tyytyväisiä suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmään ja erityisesti kiireellisen hoidon saantiin. Sen sijaan tekonivelkirurgiaan ja hormonihoitoihin somalialaiset suhtautuivat kielteisesti. Kielitaidottomat maahanmuuttajat tarvitsevat tulkkia apuna käyttäessään terveydenhuollon palveluja. 50-vuotta täyttäneitä somalialaisia asui vuonna 2007 pääkaupunkiseudulla 360 henkilöä.

#### 4.5 Helsinkiläisten terveyserot

Helsinkiläisten miesten ja naisten elinajanodote on noin vuoden lyhyempi kuin muualla pääkaupunkiseudulla ja muualla maassa. Helsinkiläisten naisten elinajanodote on lähes 82 vuotta mutta samanikäisten miesten vain 75 vuotta. Helsinkiläisten kuolleisuus keuhkosityöpään, rintasyöpään, alkoholisairauksiin ja -myrkytyksiin, itsemurhiin, tapaturmiin ja väkivaltaan on yleisempää kuin muualla maassa. Ainoastaan iskeemisiin sydänsairauksiin ja muihin verenkiertoelinten sairauksiin helsinkiläisten kuolleisuus on vähäisempää kuin muualla maassa. Helsinkiläisten elinajanodote on kuitenkin lisääntynyt 1990 alkupuolelta 2000-luvun puoliväliin miehillä keskimäärin 2,9 vuotta ja naisilla 1,8 vuotta. Elinajanodotteen lisääntyminen on seurausta kuolleisuuden vähenemisestä sepelvaltimotautiin, alkoholisyihin, tapaturmiin, väkivaltaan ja itsemurhiin. Helsinkiläisten 20-34-vuotiaiden naisten ja miesten kuolleisuus on vähäisempää kuin muualla maassa. 35-49-vuotiaiden helsinkiläismiesten keskimääräinen kuolleisuus on vähentynyt nopeasti muun maan tasolle. 50-64-vuotiaiden miesten ja naisten kuolleisuus Helsingissä on muuta maata yleisempää. (Valkonen ym. 2007.)

Helsinkiläisillä keskiasteen ja perusasteen koulutuksen suorittaneilla on lyhyempi elinajanodote kuin samantasoisien koulutuksen saaneilla muualla maassa. Sen sijaan elinajan odote ei eroa korkea-asteen koulutuksen saaneilla muun maan tilanteesta. Elinajan odotteen ero perusasteen ja korkea-asteen koulutuksen saaneiden välillä on Helsingissä 7,8 vuotta ja muualla maassa 6 vuotta. Koulutettujen naisten kuolleisuus keuhkosityöpään ja alkoholikuolemiin on lisääntynyt. Miehillä elinajanodote on eteläisessä suurpiirissä 77,8 vuotta, pohjoisessa suurpiirissä 77,3 vuotta, kaakkoisessa suurpiirissä 76,5 vuotta, läntisessä suurpiirissä 76,1 vuotta, koillisessa suurpiirissä 75,4 vuotta, itäisessä suurpiirissä 74,9 vuotta ja keskisessä suurpiirissä 72,7 vuotta. Miesten keskimääräisen elinajanodotteen ero eteläisen ja keskisen suurpiirin välillä on siten nyt noin 5 vuotta kun ero 1990 alkupuolella oli 4,2 vuotta. Ero suurpiirien välillä selittyy eroilla sepelvaltimotaudin, itsemurhien, tapaturmien, väkivaltaisten kuolemien ja alkoholisyiden esiintyvyydessä. Naisilla suurpiirien väliset elinajanodotteen erot ovat vähäisemmät: Ero

keskisen ja eteläisen suurpiirin välillä on 1.7 vuotta. Peruspiireistä lyhyin elinajanodote on Vallilan, Alppilan, Jakomäen, Maunulan, Myllypuron ja Kallion peruspiireissä. Pisin elinajanodote on Itä-Pakilan, Tuomarinkylän, Länsi-Pakilan, Lauttasaaren, Munkkiniemen ja Kulosaaren peruspiireissä. Peruspiirien väliset erot ovat lisääntyneet erityisesti miehillä 1990-luvun alusta ja elinajan odotteen eron vaihteluväli on miehillä 9,4 vuotta ja naisilla 5,6 vuotta. (Valkonen ym. 2007.)

#### 4.6 Johtopäätökset

Helsinkiläisten yleisimmät kuolinsyyt ovat sydän- ja verisuonitaudit, kasvaimet ja demen-toivat sairaudet. Osa taudeista on selvemmin yhteydessä ikärakenteen vanhenemiseen ja osa on yhteydessä elintapoihin. Pyrkimällä vaikuttamaan elintapoihin voidaan ennalta ehkäistä sairauksia ja parantaa sairastuneiden elämänlaatua merkittävästi. Kroonisia sairauksia sairastavilla tavoite on potilaiden omiin voimavaroihin keskeisesti perustuva omaehtoinen terveydenhoito ja voimavaroja tukeva terveydenhuollon ohjaus. Päihteiden ongelmakäytöstä aiheutuvat sairaudet uhkaavat monien työikäisten helsinkiläisten terve-yyttä. Vanhusten osalta tavoitteena on mahdollisimman pitkään jatkuva itsenäinen suoriutuminen ja asteittainen tukien lisääminen tarpeen lisääntymisen edellyttämällä tavalla.

75-84-vuotiaiden lukumäärän on ennakoitu lisääntyvän 545 henkilöllä ja 85 vuotta täyttä-neiden määrän noin 1 100:lla vuoteen 2012 mennessä (taulukko 1). Palvelujen tarve li-sääntyy merkittävästi 85 vuotta täyttäneillä ja sitä vanhemmilla. Kaupassa käyntiin apua tarvitsevia 85-vuotiaita tulisi ennusteiden mukaan olemaan 8 800 (lisäystä nykyiseen 9,3 %) ja noin 5 900 tämänikäistä tarvitsisi apua pukeutumisessa ja peseytymisessä (lisäystä nykyiseen 9,3 %). Lisäksi merkittävä osa 75-84-vuotiaista tarvitsisi näitä tukipalveluja.

Sosioekonomisella asemalla on voimakas yhteys terveyteen ja huono terveys on yksi sosiaalisen syrjäytymisen osatekijä. Valkosen ym. (2007) tutkimustulokset osoittavat, että terveyskeskuksen strateginen tavoite väestöryhmien välisten terveyserojen kaventami-seksi on edelleen ajankohtainen ja tärkeä. Väestöryhmien välisten terveyserojen supis-tamisen tavoitteena on sosioekonomisten ryhmien välisten erojen väheneminen työ- ja toimintakyvyssä, koetussa terveydessä, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Tavoittee-na on, että terveydeltään huonommassa asemassa olevien terveydentila lähestyy pa-remman terveyden saavuttaneiden ryhmien tasoa.

## 5 Terveyspalvelujen käyttö

### 5.1 Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido

#### Palvelujen käyttö

Finriski-tutkimuksen (2003) tulosten mukaan Helsinki Vantaan alueella terveystarkastuksissa noin neljä viidestä oli käynyt lääkärin vastaanotolla kuluneen vuoden aikana. Naiset olivat käyneet miehiä useammin. Terveystarkastajan vastaanotolla oli käynyt 55 prosenttia tutkituista. 25-64-vuotiaista 1,5 prosenttia oli sairastanut sydäninfarktin, 4-5 prosentilla oli todettu glukoosi-intoleranssi tai diabetes, 7-9 prosentilla oli todettu astma ja 30 prosenttia miehistä ja 40 prosenttia naisista oli tuntenut itsensä ajoittain masentuneeksi. Noin 60 prosenttia tutkimukseen osallistujista koki terveydentilansa melko tai erittäin hyväksi. Helsingissä ja Vantaalla asuvat kokivat tekevänsä fyysisesti kevyempää työtä kuin muualla asuvat. Puolella tutkimukseen osallistuneista ei ollut poissaoloja työstä edellisen vuoden aikana kertaakaan.

Helsingiläiset ovat käyttäneet 2000-luvun alkupuolella terveystarkastuksiin noin 10 prosenttia enemmän rahaa kotitaloutta kohti kuin maassa keskimäärin (Helsingin kaupungin tilastollinen vuosikirja 2007).

Palvelujen käyttäjiksi lasketaan vuoden aikana terveyskeskuksen ja HUS:n yksiköissä hoidettujen helsinkiläisten eri henkilöiden (henkilötunnusten) lukumäärä. Tähän lukuun sisältyvät lisäksi hammashuollon ja kotihoidon ostopalveluja sekä Ahtialan kuntoutuskeskuksen palveluja käyttäneet henkilöt. Pelkkiä tukipalveluja käyttäneet potilaat tai asiakkaat eivät ole näissä luvuissa mukana. Vuonna 2007 näitä palveluja käytti yhteensä 406 184 helsinkiläistä ja 16 188 ulkokuntalaista (taulukko 10). Helsingiläisiä terveydenhuollon palveluja käyttäneistä oli 71,4 %. Käyttäjien määrä on hieman vähentynyt edellisestä vuodesta.

Taulukko 10. Terveyspalveluja käyttäneet henkilöt vuosina 2001-2007.

Vuosi	Palveluja käyttäneet	
	henkilöt	% helsinkiläisistä
2001	407 569	72,8 %
2002	405 554	72,5 %
2003	393 983	70,4 %
2004	403 093	72,1 %
2005	417 599	74,5 %
2006	407 272	72,1 %
2007	406 184	71,4 %

Lähde: Terveyskeskuksen vuositilastot 2007.

Taulukosta 11 käy ilmi, miten HUS:n ja terveyskeskuksen oman toiminnan käyttäjämäärät ovat muuttuneet 2000-luvulla. Tilasto on vertailukelpoinen vuosina 2001 – 2006. HUS:n palvelujen käyttäjämäärä on tullut kattavammaksi vuonna 2007 tehdyillä HUS:n tietojen poimintamuutoksilla. Vuonna 2007 ovat mukana myös valtion sairaaloiden potilaat, HUS:n ostopalvelupotilaat sekä muiden sairaanhoitopiirien palveluja käyttäneet hel-



sinkiläiset. Ilman poimintamuutosta HUS:n palvelujen käyttäjien määrä olisi ollut 151 539 vuonna 2007. Tämä merkitsee, että palvelujen käyttäjien lisäys johtuu tästä teknisestä muutoksesta eikä todellista käyttäjämäärän lisäystä myöskään HUS:n palveluissa ole tapahtunut.

Taulukko 11: Terveyspalvelujen oman toiminnan ja HUS:n palvelujen käyttäjät vuosina 2001-2007.

Vuosi	Oma toiminta			HUS:n palvelut
	Kaikki yhteensä	Perusterveydenhuolto	Erikoissairaanhoido	
2001	377 741	369 636	50 549	149 624
2002	374 772	366 787	52 813	150 363
2003	362 687	355 590	50 015	145 045
2004	363 760	358 677	44 265	147 587
2005	381 719	376 960	42 027	149 732
2006	380 875	375 665	46 985	151 898
2007	377 973	372 589	47 823	155 512

Lähde: Terveyskeskuksen vuositilastot 2007.

Helsingissä tehtiin vuonna 2007 noin 900 000 terveysasemakäyntiä, joista noin puolet oli lääkärikäyntejä ja puolet terveydenhoitajakäyntejä (Terveysasemakäynnit ja terveyskeskuspäivystys 2003-2007. Ecomed tietokanta). Perusterveydenhuollon terveysneuvonnassa käyneiden määrä on vähentynyt noin 2000:lla viimeisten viiden vuoden aikana (taulukko 12). Avosairaanhoidon potilasmäärä on lisääntynyt noin tuhannella vuosien 2006 ja 2007 välillä. Lisääntyminen on tapahtunut terveydenhoitajalla käyntien lukumäärässä. Kotihoidon asiakasmäärä on lisääntynyt lähes yhtäjaksoisesti vuodesta 2003. Vuoden 2005 kasvua selittää terveyskeskukseen yhdistetty kotihoito. Kotihoidon käynnin hinta oli vuonna 2007 alle 49 euroa, avosairaanhoidon lääkärin vastaanoton hinta noin 137 euroa, terveydenhoitajan vastaanottokäynnin hinta vajaa 49 euroa, aikuisten terveyskeskuspäivystyksen hinta noin 95 euroa, pitkäaikaishoidon hoitopäivän hinta runsaat 167 euroa ja päivystyspoliklinikkakäynnin hinta 462 euroa (liite 2).

Aikuisten terveyskeskuspäivystyksen käyttäjien määrä on lisääntynyt parin viimeisen vuoden aikana, mutta lasten terveyskeskuspäivystystä käyttäneiden määrä on vähentynyt. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käyttäjien määrä on pysynyt ennallaan. Hammasuhoon käyttäjien määrä on lisääntynyt viidessä vuodessa noin 6000:lla. Pitkäaikaishoidon käyttäjien määrä on vähentynyt hieman.

Taulukko 12. Oman perusterveydenhuollon palvelujen käyttäjät vuosina 2003-2007.

	v.2003	v.2004	v.2005	v.2006	v.2007
Avohoito					
Terveysneuvonta	58 248	57 853	57 177	56 435	56 226
Avosairaanhoito	258 414	263 317	272 711	268 493	269 411
Lääkäriin vo	202 782	214 283	221 069	218 384	217 840
Terveystieteiden vo	173 109	175 475	186 238	181 749	184 559
Kotihoito	12 962	12 805	15 071	15 046	15 289
Keskitetty tk-päivystys	76 904	72 392	76 280	76 736	76 662
Aikuisten tk-päivystys	59 641	57 515	59 829	60 601	61 028
Lasten tk-päivystys	17 348	14 951	16 528	16 188	15 695
Koulu- ja opiskeluterveyden huolto	66 661	66 023	67 342	66 996	66 632
Hammashuolto	136 532	139 756	148 930	151 323	142 698
Laitoshoito					
Pitkäaikaishoito	2 274	2 007	1 880	1 867	1 947
Akuuttihoito	12 365	11 421	10 927	10 199	10 231
Keskitetty kuntoutus	421	425	341	360	349
Muu akuuttihoito	12 088	11 120	10 707	9 994	10 035
Kotisairaalahoito	1 774	1 921	2 212	2 117	2 180

Lähde: Terveyskeskuksen vuositilastot 2007.

Pitkäaikaishoidossa Helsingissä oli vuonna 2007 kunakin päivänä keskimäärin 1218 potilasta. Kotipalvelukäyntejä tehtiin vuonna 2007 noin 1 700 000. Kotihoidon potilaiden määrä oli vuonna 2007 yhteensä noin 15 300 (lisäystä vuodesta 2006 noin 200 potilasta). Kunakin vuosineljänneksenä potilaita oli kotihoidossa noin 10 000. Potilaista 85 vuotta täyttäneitä oli noin 5000, 75-84-vuotiaita noin 5300, 65-74-vuotiaita noin 2300 ja loput olivat alle 65-vuotiaita. Kotihoidon käynneistä 57 prosenttia on kotipalvelukäyntejä ja loput kotisairaanhoidon käyntejä. Noin 55 prosenttia käynneistä kestää alle 30 minuuttia ja 22 prosenttia 31-60 minuuttia. Loput käynnit kestävät yli tunnin tai käynnin kesto ei ole tiedossa. (Ecomed tietokanta.)

Nykyisin noin 85 prosenttia terveysasemilla käyntien diagnooseista tilastoidaan. Kyseessä on siis verrattain kattava näyte helsinkiläisten terveysasemilla käyneiden diagnooseista. Tilastoiduista diagnooseista tavallisimpia olivat vuonna 2007 hengitysteiden infektio, nivel- ja lihassairaudet, sydän- ja verisuonisairaudet, silmä- ja korvasairaudet ja psyykkiset oireet. Kohonnut verenpaine, iskeeminen sydänsairaus, rasva-aineenvaihdunnan häiriö, märkäinen välikorvan tulehdus, selkäsärky ja tyypin 2 diabetes olivat tavallisia terveysongelmia. (Ecomed tietokanta.)

Taulukko 13. Terveysasemilla käyneiden yleisimmät diagnoosit.

---

**Diagnoosiryhmä**

---

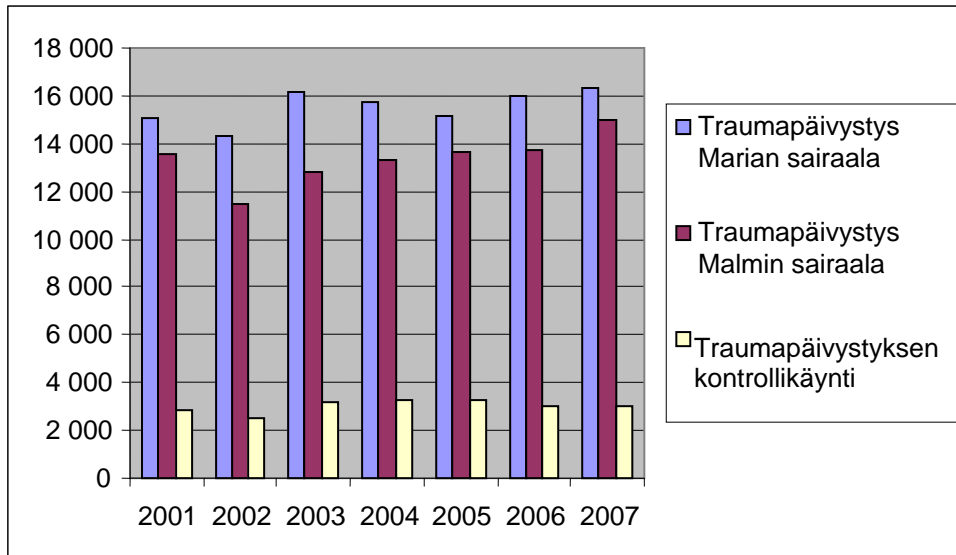
Hengitysteiden infektio  
 Nivel- ja lihassairaus  
 Sydän- ja verisuonisairaus  
 Silmä- ja korvasairaus  
 Tarkastus  
 Psykkiset oireet  
 Suoliston sairaus  
 Vamma  
 Endokrinologinen sairaus

---

Lähde: Avosairaanhoidon lääkärin vastaanotolla käynnit diagnoosiryppäittäin 1.1 -31.12.2007. Ecomed tietokanta.

Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käynneissä on kaupunginosien välillä verrattain merkittäviä eroja. Helsingin terveysasemilla on käytössä positiivisen diskriminaation indeksi, jonka mukaan ne alueet, joilla on keskimääristä enemmän kaupungin vuokrataloja, yksinhuoltajia, matala koulutustaso, toimeentulotukea saavia, matalat keskitulot, korkea työttömyysaste ja korkea muunkielisten osuus saavat korkeamman PD-indeksin. Korkean PD-indeksin alueiden terveysasemilla on suhteellisesti enemmän lääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa kuin matalan PD-indeksin alueiden terveysasemilla. Korkea PD-arvo on mm. Kivikon, Kontulan, Vuosaaren, Vallilan ja Herttoniemen terveysasemilla ja matala PD Paloheinän ja Töölön terveysasemilla. Joissakin korkean PD:n terveysasemilla on vaikeuksia saada lääkäreiden vakansseja täytetyiksi eikä positiivisen diskriminaation taivote siksi toteudu. Myös hammashuollossa on käytössä vastaava PD-indeksi.

Malmin ja Marian päivystysvastaanotoilla hoidetaan merkittävä osa helsinkiläisten tapaturmista (Kuvio 3). Murtumia aiheutuu eniten talvella liukastumisien vuoksi ja kesäheinäkuussa koska ihmiset liikkuvat paljon. Vuonna 2007 Malmin ja Marian sairaaloiden kirurgian poliklinikoiden päivystyksissä kävi noin 31 000 potilasta. Edelliseen vuoteen lukumäärä lisääntyi tuhannella. Viime vuosina murtumien määrä on vähentynyt, mutta päihtyneiden erilaisten haavojen määrä on lisääntynyt. Malmin sairaalan murtumien kontrollipoliklinikalla on käynyt vuosina 2002-2005, vuosittain noin 3300 potilasta, mutta kahden viime vuonna 2006-2007 potilasmäärä on vähentynyt noin 3000:een. (Salo 2008.)



Kuvio 3. Malmin ja Marian sairaaloiden traumapäivystysten käynnit vuosina 2001-2007  
Lähde Salo 2008.

Taulukossa 14 on esitetty vuosina 2006 ja 2007 vuodeosastohoidossa (terveyskeskus ja HUS) olleiden helsinkiläispotilaiden järjestyksessä yleisimmät diagnoosiryhmät. Taulukossa esitettyä luetteloa voidaan pitää edustavana näytteenä perusjoukosta. Suurin ryhmä vuodeostoilla on spontaanin synnytyksen vuoksi osastohoidossa olleet. Sen lisäksi useat synnytykset on tehty keisarinleikkauksella, pihtien tai imukupin avustuksella. Nämä luvut eivät sisälly spontaanin synnytys DRG-ryhmään. Seuraavaksi yleisin syy oli vuonna 2007 määrittelemättömän pieneliön aiheuttama sairaus. Vanhuuden kaihista seurasi vuonna 2007 lähes 2 000 vuodeosastohoitojaksoa. Sydämen eteisvärinän tai eteislepauksen vuoksi vuodeosastohoidossa oli yli 1 000 potilasta. Seuraavaksi eniten vuodeosastohoitojaksoja aiheuttivat aivoinfarkti, huonovointisuus ja väsymystila sekä äkillinen munuaistauti. Alkoholien aiheuttaman elimellisen sairauden vuoksi vuodeosastohoidossa oli vuonna 2007 lähes 700 helsinkiläistä. Määrä on jonkin verran lisääntynyt vuodesta 2006. Masennustilan tai toistuvan masennuksen vuoksi vuodeosastohoidossa oli vuosina 2006 ja 2007 vähän yli 1 000 helsinkiläispotilasta. Äkillisen sydäninfarktin vuoksi vuodeosastoilla hoidettiin vuonna 2007 noin 650 potilasta. Määrä on vähentynyt vuodesta 2006 noin sadalla potilaalla. Kallon sisäisten vammojen, pään tai kasvojen luiden murtumien ja pään haavojen vuoksi vuodeosastohoidossa oli vuonna 2007 lähes 1 000 helsinkiläistä. (Ecomed –tietokanta.)

Taulukko 14. Helsinkiläisten vuosina 2006 ja 2007 vuodeosastohoidossa olleiden potilaiden yleisimmät diagnoosiryhmät (suurimmat potilasryhmät).

#### Diagnoosiryhmä

Yhden lapsen spontaani synnytys  
Määrittelemättömän pieneliön aiheuttama sairaus  
Vanhuuden kaihi  
Eteisvärinä tai eteislepaus  
Aivoinfarkti  
Huonovointisuus ja väsymys

Äkillinen tubulointerstitaalinen munuaistauti  
 Ruusu  
 Sydämen vajaatoiminta  
 Nivustyrä  
 Reisiluun murtuma  
 Skitsofrenia  
 Polven ja säären murtuma  
 Alzheimerin tauti  
 Tarttuvaksi oletettu ripuli  
 Rintasyöpä  
 Lääketieteellinen raskauden keskeytys

---

Helsingin terveystieteiden keskuksen akuuttisairaalan vuodeosastojen suurimmat potilasryhmät tulosyyn mukaan ovat ylähengitystieinfektion ja selkäsäryn vuoksi hoidossa olleet (taulukko 15). Yleisiä syitä hoitoon ovat lisäksi elimistön kipu- ja tulehdustilat, sydän- ja verisuonisairaudet sekä diabetes.

Taulukko 15. Helsingin terveystieteiden keskuksen akuuttisairaalan vuodeosastojen potilaiden yleisimmät diagnoosiryhmät vuonna 2007.

#### Diagnoosiryhmä

Ylähengitystieinfektio  
 Märkäinen tai määrittämätön välikorvan tulehdus  
 Selkäsärky  
 Vatsa- ja lantiokipu  
 Määrittämättömän pieneliön aiheuttama sairaus  
 Äkillinen keuhkoputkitulehdus  
 Virtsarakkotulehdus  
 Tarttuvaksi oletettu ripuli ja vatsatauti  
 Sidekalvotulehdus  
 Kurkkukipu ja rintakipu  
 Äkillinen nielurisatulehdus  
 Essentiaalinen (primaarinen) verenpainetauti  
 Nuoruustyypin diabetes  
 Ruusu  
 Pitkäaikainen iskeeminen sydänsairaus  
 Eteisvärinä tai eteislepatus  
 Äkillinen sivuontelotulehdus  
 Ei-märkäinen välikorvatulehdus  
 Alzheimerin tauti

---

Kotisairaalan potilaiden tavallisimpia sairauksia ovat veren ja vertamuodostavien elinten sairaudet sekä immuunimekanismin häiriöt, tartunta- ja loistaudit sekä kasvaimet.

HUS:ssa hoidetut suurimmat potilasryhmät tulosyyn mukaan lukumäärien mukaisessa järjestyksessä ovat vatsa- ja lantiokivun, astman ja synnytyksen vuoksi sairaalassa hoidetut (taulukko 16). Yleisiä sairauksia HUS:ssa hoidetuilla potilailla ovat lisäksi sydämen toimintahäiriöt ja syöpäsairaudet.

Taulukko 16. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaaloissa hoidetut helsinkiläiset potilaat ja hoitajakset diagnoosiryhmittäin vuonna 2007 (suurimmat potilasryhmät).

Diagnoosiryhmä	Hoitopäivien lukumäärä
Vatsa- ja lantiokipu	951
Astma	1658
Yhden lapsen spontaani synnytys	11404
Johtumistyyppinen ja sensorineuraali poikkeavuus	44
Rintasyöpä	2958
Vanhuudenkaihi	2604
Polven nivelrikko	2370
Epilepsia	1278
Eteisvärinä tai eteislepatus	2798
Unihäiriöt (elimelliset)	330
Hengityksen poikkeavuudet	423
Eturauhassyöpä	1571
Masennustila tai toistuva masennus	12652
Kurkkukipu ja rintakipu	512
Kuntoutushoito	85
Lääketieteellinen raskauden keskeytys	935
Tarttuvaksi oletettu ripuli ja mahasairaus	1788
Atooppinen ihottuma	411
Muualla luokitamattomat muut nivelssairaudet	157
Määrittämättömän pieneliön aiheuttama tauti	5703
Muut nikamavälilevyjen sairaudet	778
Polven ja/tai säären murtuma	3707
Kohdunkaulan dysplasia	17
Seroposiivinen nivelreuma	611
Nivustyrä	1723
Nuoruustyyppin diabetes	982
Aikuistyyppin diabetes	768
Selkäsärky	343
Muut verkkokalvosairaudet	116
Märkäinen tai määrittämätön välikorv	155
Alkoholin käytön aiheuttamat elimelliset sairaudet	1099
Lonkan nivelrikko	2003
Reisiluun murtuma	5735

Erikoissairaanhoidon palveluja käytti vuonna 2007 noin 181 000 helsinkiläistä ja näistä HUS:n palveluja käyttäneitä oli 86 prosenttia. Pääosa oli avohoidon palveluja. Vuonna 2007 Helsingin kaupungin omissa sairaaloissa laitoshoidossa oli yhteensä vajaa 16 000 helsinkiläistä. (Laitoshoidossa ja kotisairaalahoidossa olleet henkilöt erikoisaloittain omista sairaaloissa 2003-2007.) Määrä on vähentynyt vuodesta 2003 vuoteen 2007 noin 1600:lla. Hoitajaksojen kesto on pidentynyt vuodesta 2003 vuoteen 2007 erityisesti psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa (23 vs. 27 vuorokautta) (Ecomed tietokanta.) Koskela

(2008) luokitteli tutkimuksessaan terveystalvelujen suurkayttajaksi ne, jotka olivat neljan seurantavuoden aikana kayneet terveystalvelukeskuslaakarilla vahintaan 8 kertaa vuodessa vuosittain kolmen eri vuoden aikana. Nain luokiteltua suurkayttotaa ennustivat naissukupuoli, korkea painoindeksi, aiempi runsas terveystalvelujen kaytto, raittius, huono asiakastyytyvaisyyys, kuolemanpelko ja artyva paksunsuolen oireyhtyma. Tutkimuksen aineisto oli keratty Tampereen terveystalvelukeskuksesta.

Terveystalvelujen kaytto on suurinta elaman alussa ja lopussa. Keskimäärin naiset kayttavat miehia enemman terveystalveluja ja tyottomat kayttavat tyossakayvia vahemmän, vaikka heilla olisi siihen tyossakayvia enemman tarvetta (Koskela 2008). Kirjallisuuden mukaan on viitteita siitä, että krooninen sairaus ja psyykkiset stressioireet erityisesti naisilla lisäävät terveystalveluiden kayton todennakoisyytta. On myös viitteita siitä, että terveystalvelujen suurkaytto on suurimmalla osalla potilaista tilapaista, vaikka osittain aiempi suurkaytto ennustaakin suurkayton jatkumista. Tarpeiden lisäksi terveystalvelujen kayttoon vaikuttavat monet mahdollistavat ja altistavat tekijat.

Taulukossa 17 kuvataan terveystalvelukeskuksen ja HUS:n vuodeosastoilla olleet potilaat ikaryhmittain. Potilaat ovat muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta helsinkilaisia. 85-vuotiaista ja sitä vanhemmista noin 5 000 ja 75-84-vuotiaista noin 7 800 oli vuodeosastohoidossa vuoden aikana. Sen lisäksi sosiaaliviraston ympärivuorokautisen hoidon asiakaina oli vanhainkodeissa 4 439 ja vanhusten palveluasumisessa 2 716 helsinkilaista (Sosiaalivirasto. Tilastoportaali 2007). Taulukoiden 1 ja 17 perusteella voidaan päätellä, että lähes joka toinen 85-vuotias tai sitä vanhempi on ollut vuodeosastohoidossa vuonna 2007. Lisäksi 75-84-vuotiaista lähes joka kolmas on ollut vuodeosastohoidossa vuonna 2007.

Helsingin terveystalvelukeskus on vähentänyt kymmenessä vuodessa n. 1 000 pitkäaikaissairaansijaa. Pitkäaikaissairaalassa on kuntoutettu vuosittain n. 100 potilasta kevyempään asumisyksikköön. Pitkäaikaissairaalan potilaista 90 % tulee akuuttisairaalaista, tästä joukosta 28 – 30 prosenttia tulee vanhainkodeista ja palvelutaloista (päivystyksen ja erikoissairaanhoidon kautta).

Taulukko 17. Vuodeosastolla hoidossa olleet potilaat ikaryhmittain vuonna 2007.

Hoitopaikka	Alle 65 v.	65-74 v.	75-84 v.	85 + v. ja	Yhteensä
Akuuttisairaalaosasto	3306	2000	3418	3027	11751
Pitkäaikaissairaalaosasto	203	251	634	859	1947
Psykiatriaosasto	2883	191	102	32	3208
Terveystalvelukeskus yhteensä	6119	2300	3871	3604	15894
HUS	35294	5981	5866	3156	50297
Kaikki yhteensä	39217	7076	7793	5040	59126

Työntajat järjestävät työntekijöidensä lakisääteiset työterveystalvelut ja vapaaehtoisen sairaanhoidon eri tavoin. Suurin osa työterveydenhuollon piiriin kuuluvista työntekijöistä saa työterveystalvelut työnantajan omilta tai työnantajien yhteisiltä työterveysasemilta, lääkärikeskuksista tai terveystalvelukeskuksista. Suurilla työnantajilla on yleensä oma työterveysasema. Pienet ja keski-suuret työnantajat järjestävät työterveyshuollon yleensä joko

lääkärikeskuksissa tai terveyskeskuksissa. Lääkärikeskukset ovat tärkeimpiä työterveyspalvelujen tuottajia. Helsingin terveyskeskus tuottaa vähäisessä määrin työterveyshuoltopalveluja, pääosin henkilöstömäärältään pienille työpaikoille. (Kelan työterveyshuoltotilasto 2007.)

## 5.2 Päihde- ja mielenterveysongelmien hoitopalvelut

Mielenterveyspalvelut on Helsingissä järjestetty porrastetusti perusterveydenhuollon (terveyskeskuksen terveysasemat-osasto) ja erikoissairaanhoidon (terveyskeskuksen psykiatriaosasto ja HUS) välillä. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluja käytti vuonna 2007 noin 21 000 helsinkiläistä. Tilastotiedot perusterveydenhuollon, työ- ja opiskelijaterveydenhuollon, yksityissektorin, kolmannen sektorin, päihdehuollon ja muun sosiaalihuollon mielenterveyspalvelujen käytöstä ovat puutteellisia. Noin 25-30 %:lla perusterveydenhuollon potilaista arvellaan olevan mielenterveysongelmia. (Ecomed tietokanta.)

Suomalaisten tutkimusten mukaan joka viidennellä aikuisella on jokin hoitoa tai huomiota vaativa mielenterveyden häiriö. Mielialahäiriöt ovat yleistyneet. On arvioitu, että tietyllä arviointitihetkellä noin 5 % väestöstä sairastaa masennusta. Noin 20 % väestöstä sairastaa masennusta jossain elämänsä vaiheessa. Persoonallisuushäiriöiden esiintyvyydeksi väestössä on arvioitu hieman alle 10 % ja psykoottisten häiriöiden noin 2 % väestöstä. Psykoottisista häiriöistä noin puolet (1-1,5 %) on skitsofreniaa. Helsingissä skitsofreniaa sairastavia arvioidaan olevan suhteessa hieman enemmän eli 1,4 % väestöstä. Helsingin psykiatrisen avohoidon potilaista noin 31 % (5000 henkilöä) sairastaa skitsofreniaa. (Ecomed tietokanta.)

Noin joka kymmenes lapsi tarvitsee mielenterveyden häiriön vuoksi arvion tai hoitoa. Hoidon ei tarvitse aina tapahtua erikoissairaanhoidossa. Lasten ja nuorten ongelmat ovat lisääntyneet, ne alkavat aikaisemmin kuin ennen, ovat laadultaan vaikeampia ja moniongelmaisuus on lisääntynyt.

Noin 20 %:lla yli 65-vuotiaista on mielenterveysongelmia. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluja tarvitsee arvioiden mukaan lähes 10 % iäkkäistä. Nykyisin vain 1-2 % iäkkäistä käyttää psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluja. Palvelutarpeessa on ennakoitavissa huomattavaa lisääntymistä sekä perusterveydenhuollon mielenterveystyössä että psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, koska erityisesti hyvin iäkkään väestön osuus lisääntyy merkittävästi lähivuosina.

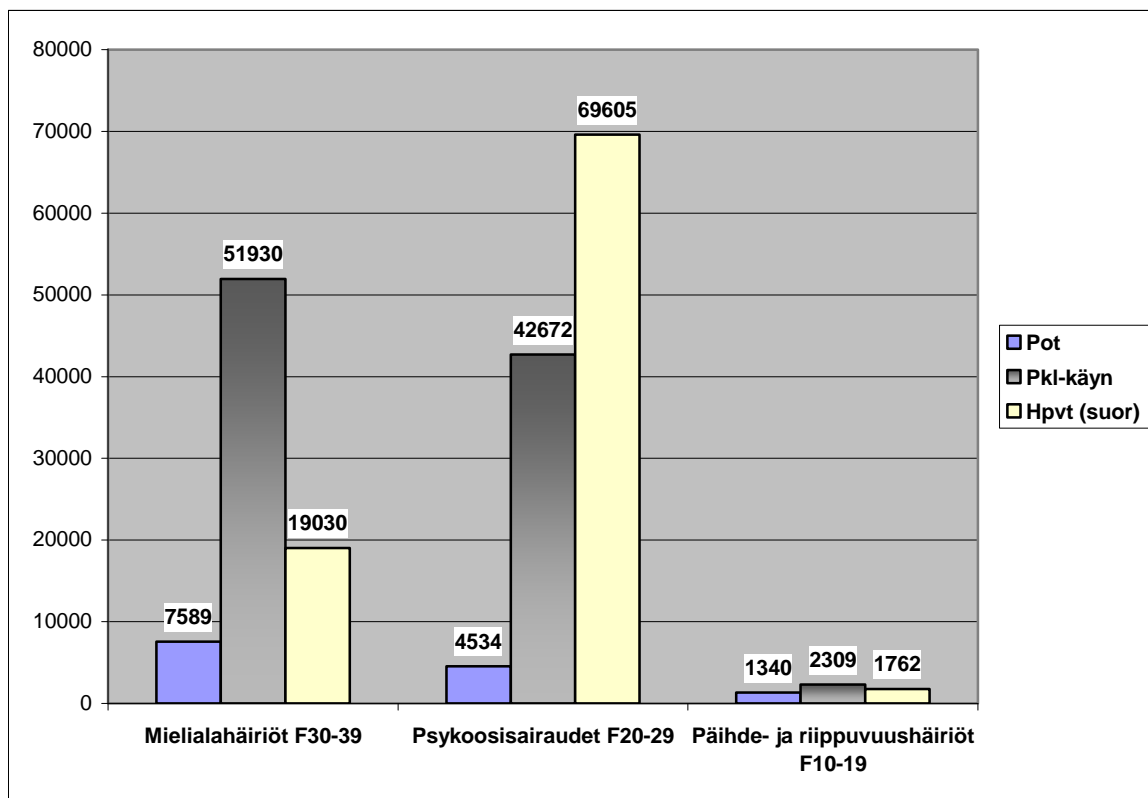
Samanaikaiset mielenterveys- ja päihdehäiriöt lisääntyvät. Stakesin päihdetapauslaskennassa lokakuussa 2007 noin 13 % psykiatriaosaston potilaista oli päihteiden ongelmakäyttäjä tai oli hakeutunut hoitoon päihtyneenä tai päihteiden kertakäyttöön liittyvän haitan vuoksi. On arvioitu, että noin kolmasosalla psykiatrisista potilaista olisi samanaikainen päihdehäiriö.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitokäynneistä (oma toiminta ja HUS, kaikki ikäryhmät) noin neljäsosa kohdistuu psykoosisairautta sairastaville ja runsas kolmasosa mielialahäiriötä sairastaville potilaille. Noin kymmenesosa avohoitokäynneistä kohdistuu potilaille, joilla on samanaikainen hoitoa vaativa vakava päihdehäiriö.



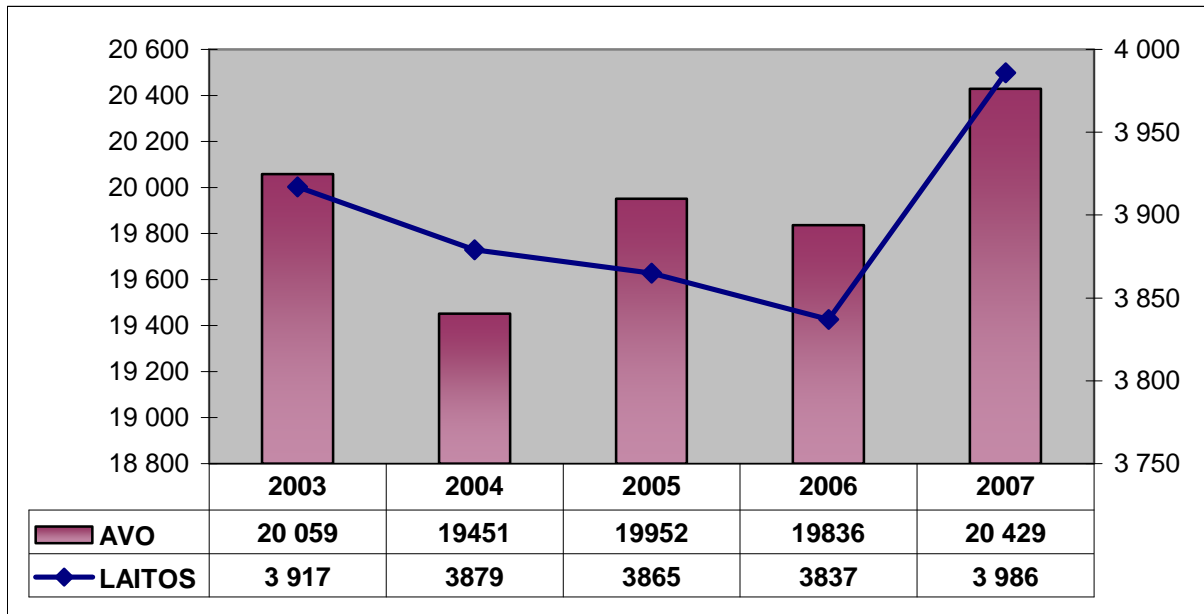
Psykiatrisen erikoissairaanhoidon laitoshoitopäivistä (oma toiminta ja HUS, kaikki ikäryhmät) arviolta noin puolet kohdistuu psykoosisairautta sairastaville ja viidesosa mielialahäiriötä sairastaville potilaille. Pari prosenttiyksikköä laitoshoitopäivistä kohdistuu potilaille, joilla on mielenterveyshäiriön lisäksi vaikea-asteinen päihdehäiriö.

Terveyskeskuksen psykiatriaosastossa psykoosisairautta sairastavien potilaiden käyntien ja hoitopäivien osuus on suurempi kuin HUS:n psykiatrian tulosityksikössä. Psykiatriaosaston laitoshoitopäivistä 70 % ja avohoitokäynneistä runsas kolmasosa kohdistuu psykoosisairautta sairastaville (kuvio 4). Mielialahäiriötä sairastaville kohdentuu lähes puolet psykiatriaosaston avohoitokäynneistä ja viidennes laitoshoitopäivistä.



Kuvio 4. Vuonna 2007 psykiatriaosastossa hoidossa olleiden potilaat, poliklinikkakäynnit ja hoitopäivät tärkeimpien päädiagnoosiryhmien mukaisesti.

Mielenterveyspalvelujen kysyntä on lisääntynyt viime vuosina erityisesti avohoidossa ja perusterveydenhuollossa (Kuvio 5). Palvelujen kysynnän lisäyksen syystä ei ole varmaa tietoa; mielenterveyden häiriöiden lisääntymisestä Suomessa ei ole tutkimuksellista näyttöä. Lisääntyvän kysynnän syiden arvellaan liittyvän yhteiskunnassa tapahtuviin muutoksiin eikä ensisijaisesti epidemiologisiin muutoksiin. (Wahlbeck 2005; 2007.)



Kuvio 5. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon (Oma toiminta ja HUS) avo- ja laitoshoidon palveluja käyttäneiden helsinkiläisten määrä vuosina 2003-2007.

Koko maassa psykiatrisen laitoshoidon käyttö on vähentynyt hoitopäivinä mitattuna ja sairaalahoitajakset ovat lyhentyneet. Tutkimustulosten mukaan psykiatristen sairaalahoitajaksojen lyhentyminen ei ole huonontanut hoitotuloksia hoidonjälkeisten itsemurhien määrällä mitattuna. (Pirkola ym. 2007; Sohlman ym. 2006.)

Stakesin (2008) tutkimuksen mukaan helsinkiläiset käyttävät muuta maata enemmän psykiatrista laitoshoidoa, vaikka psykiatriaosaston tuottama laitoshoido on vähentynyt viime vuosina. Helsingin terveyskeskuksen psykiatriaosaston laitoshoidon palveluja käyttäneiden henkilöiden määrä väheni 5,3 % vuosien 2003 ja 2007 välillä. Akuuttipsykiatrian hoitajaksojen mediaanipituus laski kahdella hoitopäivällä vuosien 2005 ja 2007 välillä. Vuodeosastojen hoitopäiviä tuotettiin vuonna 2007 yhteensä 99 017, mikä on 10 587 vähemmän kuin vuonna 2003.

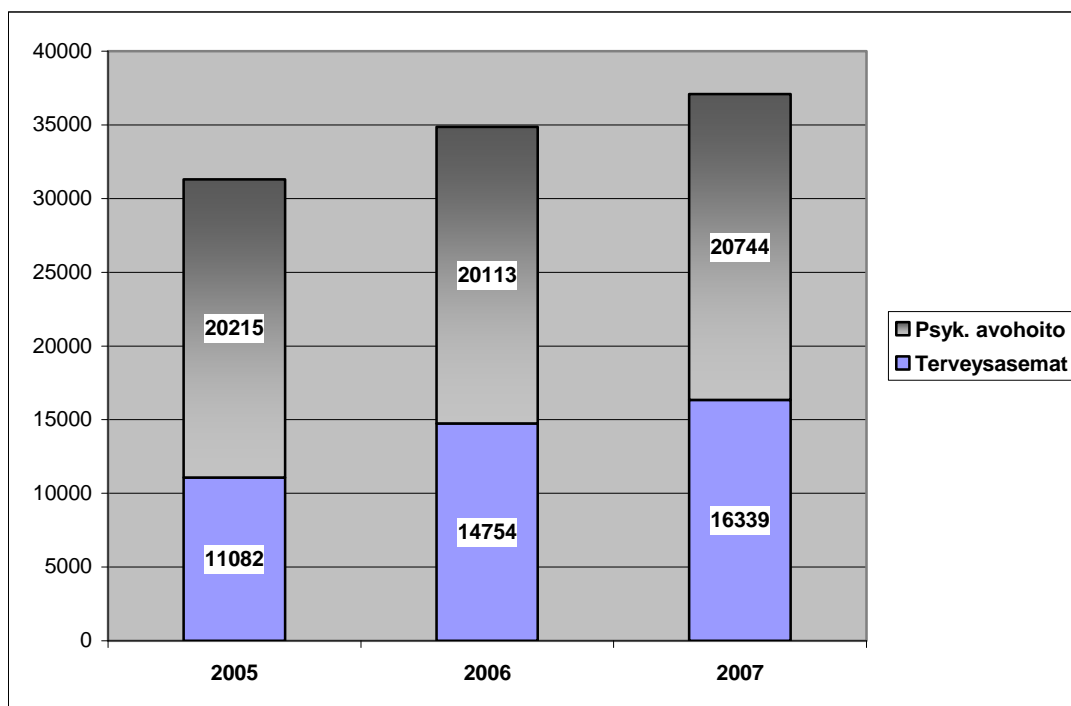
Psykiatriaosaston avohoitopalveluja käyttäneiden henkilöiden määrä on pysynyt suhteellisen samantasoisena vuosien 2004-2007 välillä. Poliklinikkakäyntejä tuotettiin vuonna 2007 noin 3 % enemmän kuin vuonna 2003.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avo- ja laitospalveluita käyttäneiden helsinkiläisten määrä on lisääntynyt vuodesta 2006 vuoteen 2007 noin 700 potilaalla (Ecomed tietokanta). Osa selittyy tilastointimuutoksella muun muassa valtion sairaaloissa hoidossa olevat potilaat ovat vuonna 2007 HUS:n luvuissa mukana, mutta eivät aikaisempien vuosien luvuissa.

HUS Psykiatrian palveluja käyttäneiden määrä on lisääntynyt erityisesti lasten- ja nuorisopsykiatriassa. Koko maassa psykiatrisessa sairaalahoidossa hoidettujen alaikäisten potilaiden määrä on kaksinkertaistunut ja hoitopäivät lisääntyneet 44 prosenttia viimeisimmän kymmenen vuoden aikana (Tuori ym. 2006).

Perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluja käyttäneiden henkilöiden määrä on lisääntynyt. Perusterveydenhuollon diagnoositiedot ovat puutteellisia, mutta antavat viittei-

tä lisääntyvästä palvelukysynnästä. Terveysasemilla päädiagnoosiryhmiin F10-F69 ja F80-F99 diagnosoitujen mielenterveys- ja käyttäytymishäiriöpotilaiden määrä on lisääntynyt noin 50 % vuosien 2005 ja 2007 välillä. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Terveysasemilla päädiagnoosiryhmiin F10-69 ja F80-99 diagnosoidut potilaat ja psykiatrisen avohoidon potilaat (Oma toiminta ja HUS) Helsinki ja ulkokunnat.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kysynnän lisääntyminen heijastuu lääkekulutukseen. Kymmenessä vuodessa masennuslääkkeiden kulutus vuorokausiannoksina mitattuna on lähes kolminkertaistunut ja unilääkkeiden kulutus on lähes puolitoistakertainen (Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos 2006, Wahlbeck 2007). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella oli vuonna 2006 noin 21 000 henkilöllä oikeus vaikeiden mielenterveydenhäiriöiden hoidossa käytettäviin erityiskorvattaviin lääkkeisiin, kun heitä oli vuonna 2003 noin 18 500 (Kansaneläkelaitos 2006).

Suuri osa vaikeistakaan mielenterveyden häiriöistä kärsivistä ei ole hoidon piirissä (Hämäläinen ym. 2004). Mielenterveyspalvelujen tarjonta on puutteellista muun muassa päihdeongelmista kärsiville mielenterveyspotilaille, ikääntyneille ja kielivähemmistöille. Perusterveydenhuollon kyvyllä tunnistaa ja hoitaa mielenterveyshäiriöitä on keskeinen merkitys palvelukokonaisuudessa (Helsingin Mielenterveysohjelma 2003, Pirkola 2003, Salokangas ym. 2007).

Mielenterveys- ja päihdepalvelurakenteita on syytä tarkastella kriittisesti. Mielenterveyspotilaiden avohoitopalvelut ja välimuotoiset mielenterveyspalvelut ovat kehittymättömiä. Perinteisten avopalvelujen lisäksi tarvitaan liikkuvia, päivystyksellisiä ja osavuorokautisia avopalveluja. Myös kuntouttavaa päivätoimintaa on tarjolla melko vähän. (Harjajärvi ym. 2006.)

Mielenterveyspalvelukokonaisuudessa on tärkeää tukea psyykkisen hyvinvoinnin merkityksen laajaa ymmärtämistä (esimerkiksi koulujen opetusohjelmat) ja palvelujen tarkoituksenmukaista integrointia muuhun palvelujärjestelmään. Palvelujen käyttäjien ja hei-

dän läheistensä kuuleminen samoin kuin yhteistyö kolmannen sektorin palvelutuottajien kanssa on lisääntymässä.

Lastenpsykiatrian käyttäjien määrä lisääntyi vuodesta 2006 vuoteen 2007 noin 25 prosenttia. Nuorisopsykiatrian käynnit ovat lisääntyneet tasaisesti noin 3-4 prosentin vuosivauhtia vuodesta 2002 (Erikoissairaanhoidon palveluja käyttäneet henkilöt 2002-2007). Psykiatriaosaston tavallisimpia diagnooseja olivat vuonna 2007 skitsofrenia, masennus tai toistuva masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, ahdistuneisuus, psykoottinen häiriö ja persoonallisuushäiriöt (Erikoissairaanhoidon palveluja käyttäneet henkilöt 2003-2007. Ecomed tietokanta). Taulukossa 18 on kuvattu psykiatriaosastossa hoidettujen potilaiden tavallisimpia diagnooseja.

Taulukko 18. Psykiatriaosastolla hoidettujen potilaiden tavallisimpia diagnooseja vuonna 2007.

Diagnoosiryhmä
Skitsofrenia
Masennustila
Toistuva masennus
Kaksisuuntainen mielialahäiriö
Muut ahdistuneisuushäiriöt
Määrittämätön ei-elimellinen psykoottinen häiriö
Skitsoaffektiiviset häiriöt
Persoonallisuushäiriöt
Vakavat stressireaktiot ja sopeutumishäiriöt
Pitkäaikaiset mielialahäiriöt
Pitkäaikaiset harhaluuloisuushäiriöt
Alkoholin käytön aiheuttamat elimelliset häiriöt
Pelko-oireiset (foobiset) ahdistuneisuushäiriöt
Pakko-oireinen häiriö

Kunnilla on velvollisuus järjestää alueellaan päihdepalvelut. Päihdepalveluja tarjotaan terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, mielen-terveystoimistoissa ja sosiaalitoimistoissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon päihdehuollon peruspalveluita tarjoavat mm. terveysasemat, sosiaaliasemat, asunnottomien palvelut ja terveydenhuollon päivystävät sairaalat. Ennaltaehkäisevää päihdetyötä tehdään edellisten lisäksi järjestöissä ja yhteisöissä. Päihdehuollon erityispalveluja tarjoavat A-klinikat, nuorisoasemat, päihdepysäkit, terveysneuvontapisteet, päiväkeskukset ja katkaisuasemat.

Helsingissä katkaisuhoidon hoitovuorokausia vuonna 2007 oli 14 000. Päihdehuollon asiakkaita oli noin 8 500. Päihdehuollon laitospalveluasiakkaita noin 2 500 ja hoitovuorokausia 5 100. Vuonna 2007 polikliinisen päihdehuollon asiakaskäyntejä Helsingissä oli yhteensä 73 000. (Sosiaaliviraston tilastoportaali 2008.)

Päihdesairauksien hoitajaksojen määrä 15-24-vuotiailla on vähentynyt lähes puoleen (4,4/1000 asukasta vs. 2,3/1000 asukasta) vuodesta 2001 vuoteen 2006. Päihdepsykiatrisen erikoissairaanhoidon käyttö on vähentynyt viimeisten neljän vuoden aikana ja huippuvuodesta 2003 vähennyistä on noin kolmannes. Eri henkilöitä on HUS:n päihdepsykiat-

riassa ollut eniten hoidossa vuonna 2004 yhteensä 495. Vuonna 2007 hoidossa oli yli sata potilasta vähemmän eli 381. (Ecomed tietokanta.)

Kuntouttavaa avohoitoa tarjoavat A-klinikat ja nuorisoasemat. Katkaisuhuhoitoa ja kuntouttavaa laitoshuhoitoa tarjoavat mm. Hanganonkadun hoitokoti ja Munkkisaaren huume- ja katkaisuyksikkö. Kuntouttavaa asumispalvelua on tarjolla mm. Tervalammilla kartanossa. Lievät psykiatriset ja päihdeongelmat hoidetaan perusterveydenhuollossa psykiatrisen konsultaation tuella. Jos potilaalla on vakava psykiatrinen ongelma, mutta lievä päihdeongelma, häntä hoidetaan psykiatrian erikoissairaanhoidossa. Jos potilaalla on lievä psykiatrinen ongelma, mutta vakava päihdeongelma, häntä hoidetaan päihdehuollon palveluissa. Jos potilaalla on vakava psykiatrinen ja päihdeongelma, häntä hoidetaan yhteistyössä erikoissairaanhoidon ja päihdehuollon organisaatioissa. (Päihdeongelman hoitokäytännöt 2008.)

Malmin sairaalan päivystyksessä käyneistä potilaista päiväsaikaan 30 prosenttia ja yöaikaan käyneistä potilaista 50-70 prosenttia arvioidaan olevan päihtyneitä (Mielenterveys- ja päihdepalvelut 2008). Helsingin kaupungin terveyskeskuksen psykiatriaosastossa päihteiden käyttöön liittyvien diagnoosien lukumäärä on lisääntynyt merkittävästi vuodesta 2005 (584 potilasta) vuoteen 2007 (1340 potilasta). Samaan aikaan päihdedelirium- ja päihdepsykoosipotilaiden lukumäärä psykiatriaosastossa on lähes kolminkertaistunut. Vuonna 2007 psykiatriaosaston päivystysyksikön avohoitokäyntipotilaista noin 1000:lla potilaalla päädiagnoosi oli alkoholi- tai muut päihteet. Noin joka kolmannella seurantapainoilla olevista potilaista alkoholi tai muut päihteet oli päädiagnoosi.

HYKS:n päihdepsykiatrian vastuuyksikkö hoitaa huumausaineiden käytön aiheuttamia häiriöitä. Helsingiläisillä oli siellä vuonna 2007 osastohoitojaksoja noin 100, poliklinikalla kävi runsaat 300 potilasta ja opioidiriippuvuuspoliklinikalla vajaat 100 potilasta. Kaiken kaikkiaan opioidien käyttäjiä arvioidaan olevan noin 1 300-2 400, joista korvaushoidossa on noin 400. Korvaushuhoitoa ostetaan nykyisin HYKS:ltä, Diakonissalaitokselta ja A-klinikkasäätiöltä. Vakaassa hoitovaiheessa olevien korvaushuhoitoa siirretään terveysasemille, mutta näitä potilaita on arviolta vain 15-20 % korvaushuhoitoa saavista. Uudet korvaushuhoitoa tarvitsevat potilaat ovat moniongelmaisia.

Opiaattiriippuvaisten korvaus- ja ylläpito- ja hoitoon jonottavien määrä on lisääntynyt viime vuosien aikana ja hoitoon jonottavien määrä on lisääntynyt. Vuoden 2007 lopussa helsinkiläisiä oli HUS:ssa arviointitutkimuksessa 51 henkeä ja opioidikorvaus- tai ylläpitohoitoon jonottavia oli 73 helsinkiläistä. (Kesälahti ja Nisula 2008). Korvaushuhoito aloitetaan kolmella Helsingin terveysasemalla 1.10.2008 stabiilissa hoitovaiheessa oleville potilaille.

On arvioitu, että kunnat eivät ole lisänneet päihdepalveluita päihteiden käytön lisääntymisen edellyttämän tarpeen mukaisesti. Päihdepalvelujen asiakkaat ovat aiempaa huonokuntoisempia. Kunnilta puuttuu yleisesti päihdestrategia. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2007.) Noin 400 nuorta helsinkiläistä alle 30-vuotiaasta käytti vuoden 2006 aikana päihdehuollon laitospalveluita, katkaisuhuhoitoa tai kuntoutusta (Vuositilasto 2006. Päihdehuolto Helsingin kaupungin Sosiaalivirasto). Helsingin selviämishoitoaseman käyntimäärät ovat lisääntyneet vuosittain siten, että vuonna 2004 selviämishoitoasemalle tehtiin 4 263 käyntiä, mutta vuonna 2007 käyntejä oli 5 200. Käyntimäärät ovat lisääntyneet siten neljässä vuodessa 18 prosenttia. Terveyspalvelujen päihdeasiakkaat ovat aiempaa useammin yli 50-vuotiaita ja kärsivät mielenterveysongelmista, erityisesti masennuksesta. Naiset asioivat aiempaa useammin terveyspalveluissa päihteiden vuoksi. Kotipalveluiden asiakkailla on aiempaa useammin päihteiden ongelmakäyttöä. (Nuorvala ym. 2008.)

Nuorisoasemien polikliininen päihdehuolto on lisääntynyt viime vuodesta. Päihtyneiden säilöönnotot sen sijaan ovat jonkin verran vähentyneet kuluneiden viiden vuoden aikana ja yläasteikäisten oppilaiden humalajuominen näyttää keskimäärin vähentyneen. (Sotkanet 2008). Päihdepsykiatrisen erikoissairaanhoidon käyttö on vähentynyt viimeisten neljän vuoden aikana ja huippuvuodesta 2004 vähennystä on noin viidennes (Erikoissairaanhoidon palveluja käyttäneet henkilöt 2002-2006) (Erikoissairaanhoidon avohoitopalvelut erikoisaloittain yhteensä 2002-2006). Helsingin kaupungin kustantamia A-klinikkapalveluja on käyttänyt viimeisten kymmenen vuoden aikana vähimmillään noin 6800 henkeä ja enimmillään noin 7 300 henkeä vuoden aikana (Sotkanet 2008).

Vuonna 2004 Helsingissä aiheutui päihdehuollosta 45,1 euron kustannukset asukasta kohti. Uudellamaalla kustannukset olivat keskimäärin 35,3 euroa asukasta kohti. Alkoholi- ja huumesairauksien hoitopäivistä päihdehuollon kuntoutus- ja katkaisulaitoksissa aiheutui Helsingissä 166 hoitopäivää/1000 asukasta, mutta muualla Uudellamaalla n. 120 hoitopäivää/1 000 asukasta. Helsingissä tehtiin vuosina 2004 ja 2005 noin 2 500 huumausainerikosta, mikä on lähes puolet Uudenmaan huumausainerikosten määrästä ja noin 18 prosenttia koko maan määrästä. Henkeen ja terveyteen kohdistuvia rikoksia tehtiin Helsingissä noin 5 500 sekä vuosina 2004 että 2005, mikä on yli puolet Uudenmaan määrästä ja 16 prosenttia koko maan määrästä. (Alkoholi ja huumeet alueittain 2005.) Päihdehoitoon hakeutuneilla opiaattien käyttö on yleisempää kuin muiden huumeiden kuten amfetamiinin tai stimulanttien. Ensisijaisesti opiaattien vuoksi hoitoon hakeutuneiden määrä oli kolmannes kaikista huumeiden vuoksi hoitoon hakeutuneista. Valtaosa opiaattien ja amfetamiinin käyttäjistä käyttää aineita pistämällä ja on sekakäyttäjiä. Kahdella kolmasosalla testatuista huumausaineiden käyttäjistä on C-hepatiittitartunta ja HIV-positiivisia on noin 2 prosenttia. A-, B- ja C-hepatiittien sekä HIV-infektioiden määrä on kuitenkin vähentynyt tai pysynyt vähäisenä ruiskuhuumeita käyttävillä 2000-luvulla. Lähes kaksi kolmesta on riippuvainen vähintään kolmesta päihteestä. On arvioitu, että päihdehuollon avopalveluissa 20-30 prosenttia ja laitospalveluissa 30-40 prosenttia käynneistä liittyy huumeriippuvuuteen. Terveystieteiden huollossa joka neljanteen päihteiden vuoksi asiointiin liittyvät huumeet. Huumeista riippuvat ovat yleisimmin nuoria aikuisia, keski-ikäitään 28-vuotiaita. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2007).

HUS, sosiaalivirasto ja terveyskeskus ovat käynnistäneet alaikäisten päihteillä oirehtivien, moniongelmaisten nuorten hoitoa varten päihdeosaamiskeskuksen/-poliklinikan, jossa on lastensuojelun, päihdetyön, lasten- ja nuorisopsykiatrisen sekä somaattisen lääketieteen asiantuntemusta. Nuorten päihdepsykiatrisen poliklinikan hoidossa on 13-17-vuotiaita noin 70. Valtaosa päihdepsykiatrisista hoidoista järjestetään psykiatriaosastossa, sosiaaliviraston päihdepalveluissa, HUS-päihdepsykiatriassa tai ostopalveluina järjestöiltä.

Itäkeskuksen päihdepsykiatrisen poliklinikalla on aloitettu uusi toimintamuoto, joka on tarkoitettu henkilöille, joilla on vakava samanaikainen mielenterveyden häiriö ja päihderiippuvuus. Hoito vailla – vaikea hoitaa on puolestaan terveyskeskuksen ja sosiaaliviraston yhteishanke, jossa pyritään kehittämään psyykkisesti sairaiden, moniongelmaisten ja mahdollisesti väkivaltaisten henkilöiden tavoittamista ja hoitoon saattamista. Kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntoutuskotitoiminta aloitetaan yhteistyössä Niemikotisäätiön kanssa vuoden 2008 aikana. (Mielenterveys- ja päihdepalvelut 2008.)

### 5.3 Johtopäätökset

Terveyspalvelujen käyttöä kuvaavat tilastot osoittavat, että terveyskeskuksen palveluja käyttäneiden helsinkiläisten määrä on vähentynyt vuosittain aikavälillä 2004 - 2007, vaikka helsinkiläisten määrä on samaan aikaan lisääntynyt noin 9 500:lla ja kotipalveluasiakkaita on tullut osaksi kotihoitoa terveyskeskukseen. Myöskään hoitotakuun voimaantulo ei näy lisääntyneinä eri potilaina terveyskeskuksen toiminnassa. Syiden selvittäminen edellyttää tarkempaa analyysia. Eräänä syynä saattaa olla parantunut työllisyystilanne, jolloin aikaisempaa suurempi osa työikäisistä on siirtynyt yksityisen työterveyshuollon asiakkiksi. Maahanmuuttajataustaisen väestön määrä on lisääntynyt eikä heidän terveyspalvelujen käyttötottumuksista ole riittävästi tietoa.

Myös käyntimäärissä on vähenemistä. Osasyynä käyntimäärien vähenemiseen saattaa olla ikärakenteen vanheneminen ja potilaiden moniongelmaisuus, jolloin vastaanottoajat pitenevät. Hammashuollossa aikuispotilaiden hoitokäynnit ovat aikaa vievempiä kuin lapsipotilaiden. Lisäksi lasten ja nuorten hammashoidossa on siirrytty vuosittaisista käynneistä yksilölliseen hoitoväliin. Myös lääkäreiden ja terveydenhoitajien sekä hammaslääkäreiden ja suuhygienistien työnjaon muutosten seurauksena lääkäreille ja hammaslääkäreille on siirtynyt vaikeampia ja enemmän aikaa vieviä potilaita.

Mielenterveyshäiriöiden, erityisesti mielialahäiriöiden ja psykoosien, sekä päihdehäiriöiden tunnistamiseen perusterveydenhuollossa on lisääntyvää tarvetta. Perusterveydenhuoltoon on tarvetta luoda pysyviä rakenteita mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitamiseksi yhteistyössä psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja päihdehuollon kanssa. Iäkkäiden henkilöiden psykiatristen palvelujen ja päihdepalvelujen tarve lisääntyy voimakkaasti lähivuosina väestön ikääntymisestä johtuen.

## 6 Henkilöstövoimavarat

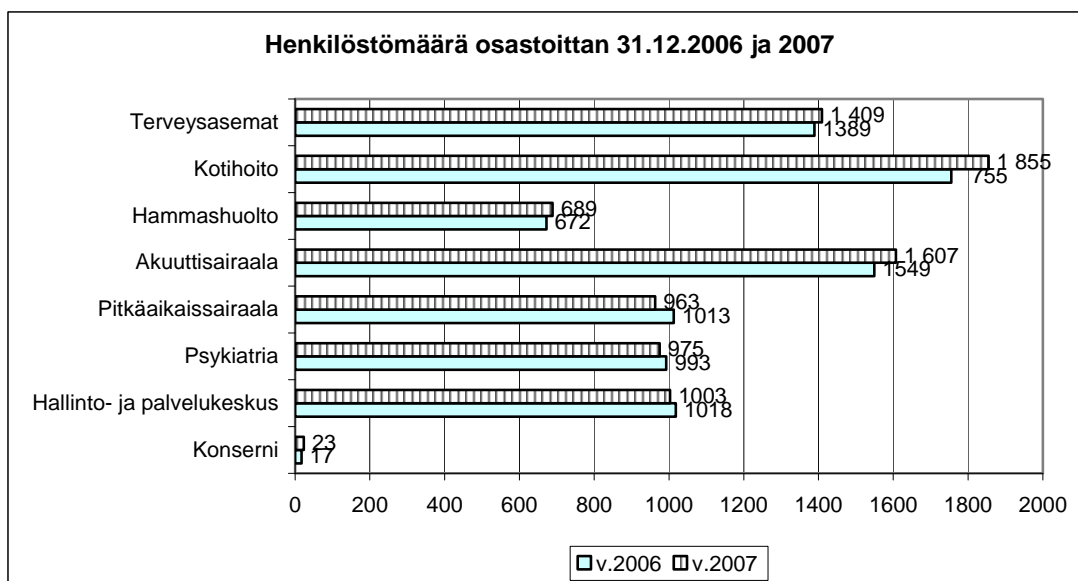
### 6.1 Henkilöstön määrä

Vuoden 2007 lopussa terveyskeskuksen palveluksessa oli 8 524 henkilöä, joista vakinaisia oli 6 754 (79 %). Määräaikaisten osuus kasvoi edellisestä vuodesta hieman, koska työvoimapulan vuoksi jouduttiin palkkaamaan edellisvuotta enemmän henkilökuntaa ilman muodollista pätevyyttä. Henkilöstömäärä kasvoi 118:lla vuodesta 2006.

Taulukko 19. Henkilöstömäärän kehitys terveyskeskuksessa v. 2005-2007 (Helsingin terveyskeskuksen henkilöstöraportti).

Vuosi	Henkilöstömäärä
2000	7 129
2001	7 444
2002	7 426
2003	7 320
2004	7 000
2005	8 270
2006	8 406
2007	8 524
31.3.2008	8 685

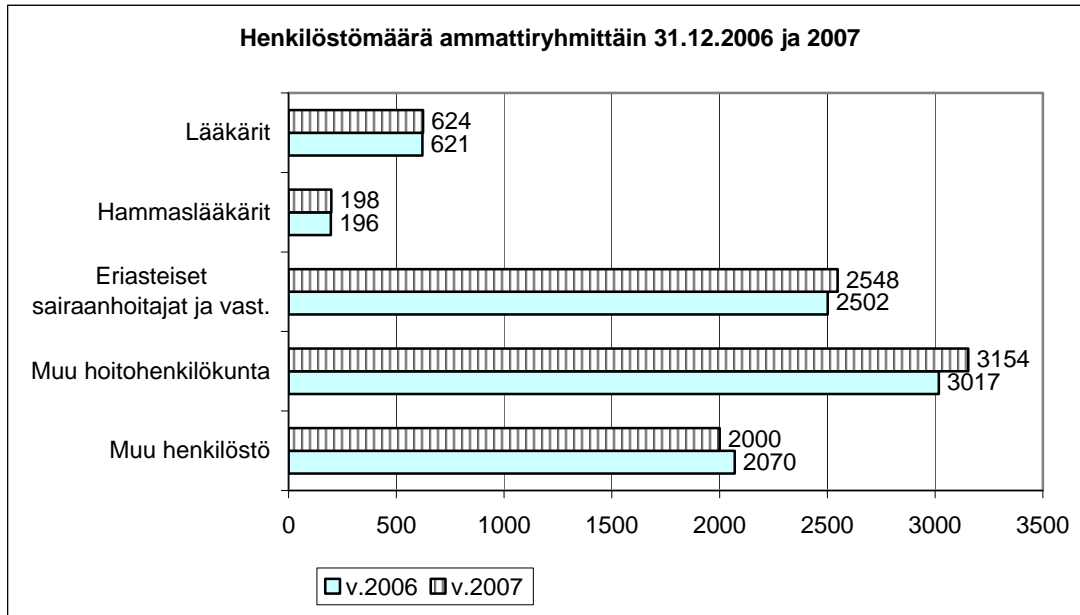
Henkilökunnan huomattava lisäys vuosina 2005 – 2007 johtui kotipalveluhenkilökunnan siirrosta terveyskeskukseen, hoitotakuun veloitteiden vuoksi lisäystä henkilökunnasta sekä mitoitussisäyksistä. Vuoden 2008 alusta Marian sairaala siirtyi HUS:sta terveyskeskukseen, mistä johtuen henkilöstömäärä on kasvanut vuonna 2008. (Kuvio 7.)





Kuvio 7. Henkilöstömäärä osastoittain 31.12.2006 ja 2007 (Henkilöstöraportti).

Henkilöstömäärä lisääntyi kotihoidossa, akuuttisairaalassa, terveysasemat-osastossa ja hammashuollossa. Pitkäaikaissairaalan, psykiatrian sekä hallinto- ja palvelukeskuksen henkilöstömäärä puolestaan väheni vuonna 2007 edellisen vuoteen verrattuna.



Kuvio 8. Henkilöstömäärä ammattiryhmittäin (Henkilöstöraportti).

Henkilöstömäärän lisäys kohdistui eniten muu hoitohenkilöstö -ryhmään, erityisesti lähi- ja perushoitajia lisättiin vuonna 2007. Myös eriasteisten sairaanhoitajien määrä lisääntyi mitoituksia vahvistettaessa. Muu henkilöstö -ryhmään kuuluvaa tukipalveluhenkilöstöä vähennettiin. (Kuvio 8.)

## 6.2 Henkilöstön saatavuus

Taulukko 20. Työvoiman kokonaisvaje.

	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007
Lääkärit	7,6 %	4,8 %	7,5 %
Hammaslääkärit	11,5 %	15,0 %	12,4 %
Eriasteiset sairaanhoitajat	4,7 %	4,3 %	5,9 %
Muu hoitohenkilökunta	4,7 %	5,8 %	5,2 %

Lääkäri- ja hammaslääkäreiden sijaisuuksia jouduttiin vuonna 2007 hoitamaan vuokra-  
lääkäreillä aikaisempaa enemmän. Hoitohenkilökunnan saanti vakinaiisiin tehtäviin ja si-  
jaisuuksiin vaikeutui entisestään. Lyhyiden äkillisten sijaisuuksien hoitamiseen palkattiin  
49 uutta varahenkilöä, jolloin määrää nousi yhteensä 325:een. Seure Henkilöstöpalvelut  
Oy:ltä tilattiin hoitohenkilökuntaa lyhyisiin poissaoloihin yli 75 000 työvuoroon, joista yli  
64 000 (yli 85 %) vuoroon saatiin sijainen. Työnhakijoiden määrät haettavana olevaa va-  
kanssia kohti vähenivät: 1.5 - 31.12.2007 haettavana oli 701 lähihoitajan/perushoitajan ja

504 sairaanhoitajan tehtävää. Lähi- ja perushoitajan tehtäviin hakijoita oli 1,7 hakijaa / toimi (vuonna 2006 1,88 hakijaa / toimi), sairaanhoitajan tehtäviin hakijoita oli 0,67 / toimi (edellisenä vuonna 0,9 / toimi).

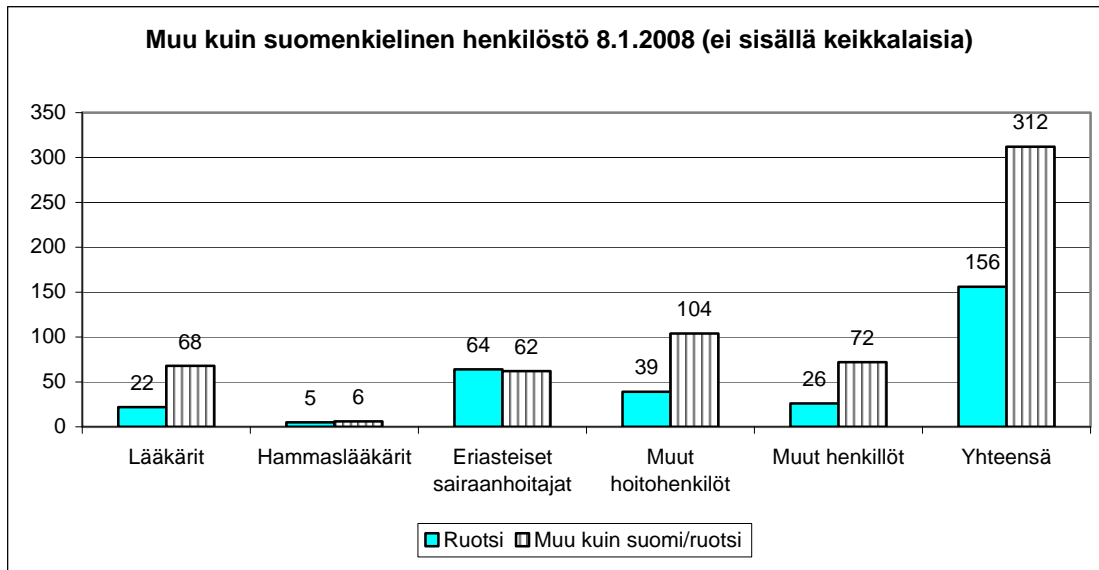
Taulukko 21. Työvoiman vuokrauspalvelut osastoittain 28.2.2007 ja 29.2.2008 (tili 4355).

	28.2. 2007 (euroa)	29.2.2008 (euroa)
Hallinto- ja palvelukeskus	778	0
* Seure	778	0
Terveysasemaosasto	120 511	136 969
* Seure	2 107	1 083
* Vuokralääkärit	108 404	135 886
Kotihoito-osasto	336 055	332 630
* Seure	336 055	332 630
* Vuokralääkärit	0	0
Hammashuolto-osasto	38 116	92 884
* Seure	0	1 821
* Vuokralääkärit	38 116	91 063
Akuuttisairaalaosasto	670 229	950 699
* Seure	475 741	728 837
* Vuokralääkärit	194 488	221 862
* Muut		
Pitkäaikaissairaalaosasto	458 761	475 088
* Seure	458 761	475 088
* Vuokralääkärit	0	0
Psykiatrian osasto	212 899	335 342
* Seure	195 717	274 025
* Vuokralääkärit	17 182	61 317
Yhteensä	1 837 349	2 323 612
* Seure	1 479 159	1 813 484
* Vuokralääkärit	358 190	510 128
* Muut hoitajapalvelut		

Osa hammashuollossa tapahtuneesta työvoiman vuokrauksen lisäyksestä johtuu tiliöintitavan muutoksesta. Akuuttisairaalassa työvoiman vuokrauksen kustannukset ovat pääasiassa terveyskeskuspäivystykseen vuokrattujen lääkäreiden kustannuksia.

Terveyskeskus sai kaupungin henkilöstöstrategiamäärärahaa henkilöstöhankinnan tehostamiseen ja esimiesvalmennukseen. Rahaa saatiin myös sijaisten palkkaamiseen, kannustuslisiin ja seuraajan palkkaamiseksi perehtymään ns. avainhenkilön tehtäviin eläkkeelle jäännin yhteydessä.

Vieraskielisen henkilöstön määrä on terveyskeskuksessa lisääntynyt vuodesta 2005 vuoteen 2007 kolmanneksella ollen vuoden lopussa runsaat 300. Eniten on vieraskielisiä laitoshuoltajia noin 15 % ja lääkäreitä noin 10 %. (Kuvio 9.)



Kuvio 9. Muu kuin suomenkielinen terveyskeskuksen henkilöstö 8.1.2008.

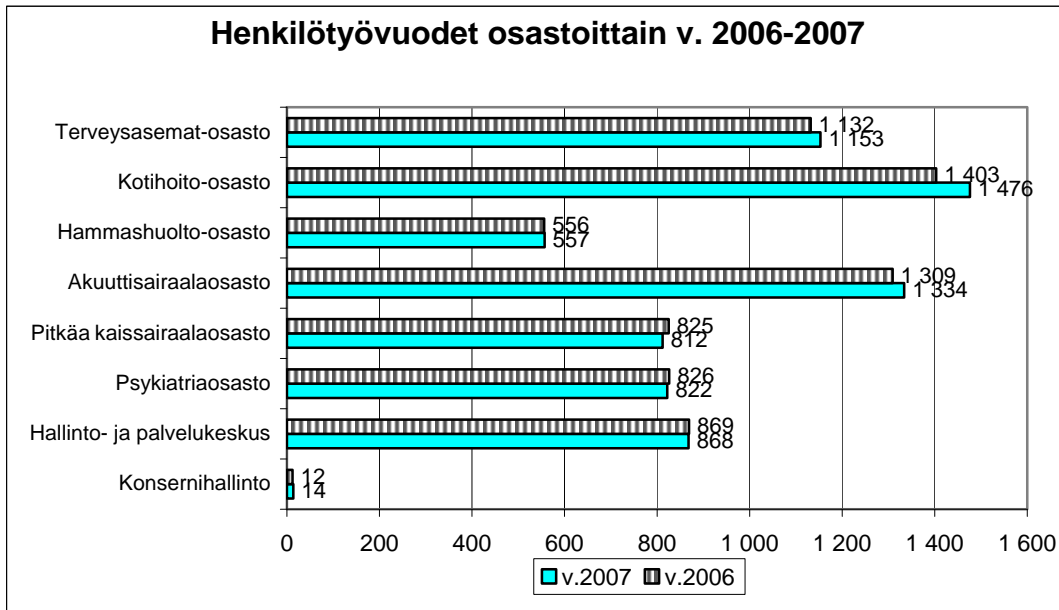
Samana ajankohtana oli lyhyissä sijaisuuksissa ruotsinkielisiä 12 (2 lääkäriä, 1 hammaslääkäri, 6 sairaanhoitajaa, 2 muuta hoitohenkilöä ja 1 muu henkilö) ja muunkielisiä 18 (1 lääkäri, 2 hammaslääkäriä, 9 muita hoitohenkilöitä ja 6 muuta henkilöä).

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettu asetus muuttuu 1.6.2008. Asetuksen mukaan lääketieteen opiskelijoilta edellytetään viiden vuoden opintojen suorittamista ennen kuin he voivat toimia terveyskeskuksessa tai päivystyksessä tilapäisesti lääkärin tehtävissä. Neljän vuoden opinnot suorittanut voi toimia terveyskeskussairaalassa sellaisella erikoisalalla, jonka kurssit hän on suorittanut hyväksytysti. Tällainen opiskelija voi toimia päivystäjänä ainoastaan laillistetun lääkärin kanssa. Näiden muutosten vuoksi akuuttisairaalassa joudutaan tekemään erityisjärjestelyjä ja hankkimaan aikaisempaa enemmän päivystystä ostopalveluna.

Laillistettujen ammattihenkilöiden (sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, fysioterapeutit, suuhygienistit) tehtäviin palkattavalla opiskelijalla tulee olla hyväksytysti suoritettuna vähintään kaksi kolmasosaa (140 op) opinnoistaan. Asetuksen mukaan opiskelijalle tulee kirjallisesti nimetä sellainen ohjaaja, joka on oikeutettu harjoittamaan kyseistä ammattia laillistettuna ammattihenkilönä. Ohjaajan tulee seurata opiskelijan toimintaa sekä puuttua siinä mahdollisesti ilmeneviin epäkohtiin. Muutosten seurauksena erityisesti sairaanhoitajien sijaisten saatavuus heikkenee, koska aikaisemmin pitkäaikaishoitoon ja akuuttisairaalaan voitiin palkata sijaiseksi 120 opintopistettä suorittanut opiskelija.

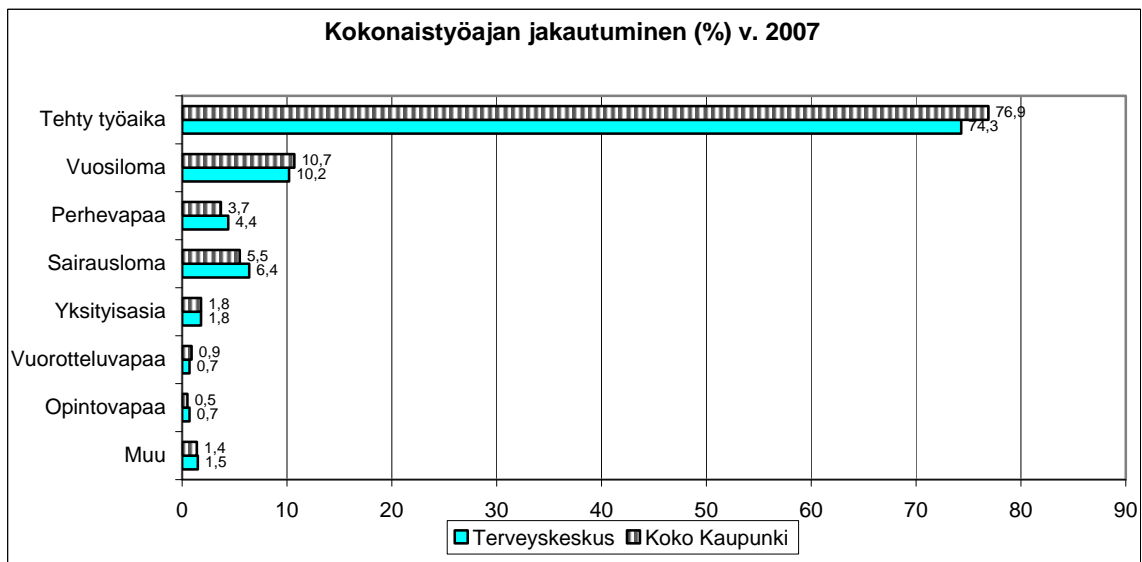
### Henkilötyövuodet

Henkilötyövuosien määrä vuonna 2007 oli 7 037. Määrä on 106 (1,5 %) suurempi kuin vuonna 2006.



Kuvio 10. Henkilötyövuodet osastoittain vuosina 2006-2007, luvut eivät sisällä Seure Oy:n tietoja. Henkilöstöraportti 2007.

Kuviosta 11 käy ilmi, että tehty työaika on terveyskeskuksessa hieman pienempi kuin kaupungissa keskimäärin. Naisvaltaisessa terveyskeskuksessa perhevapaiden osuus on hieman keskimääräistä suurempi. Terveyskeskuksessa sairauslomiin kuluu kokonaistyöajasta suurempi osuus kuin Helsingin kaupungilla keskimäärin.

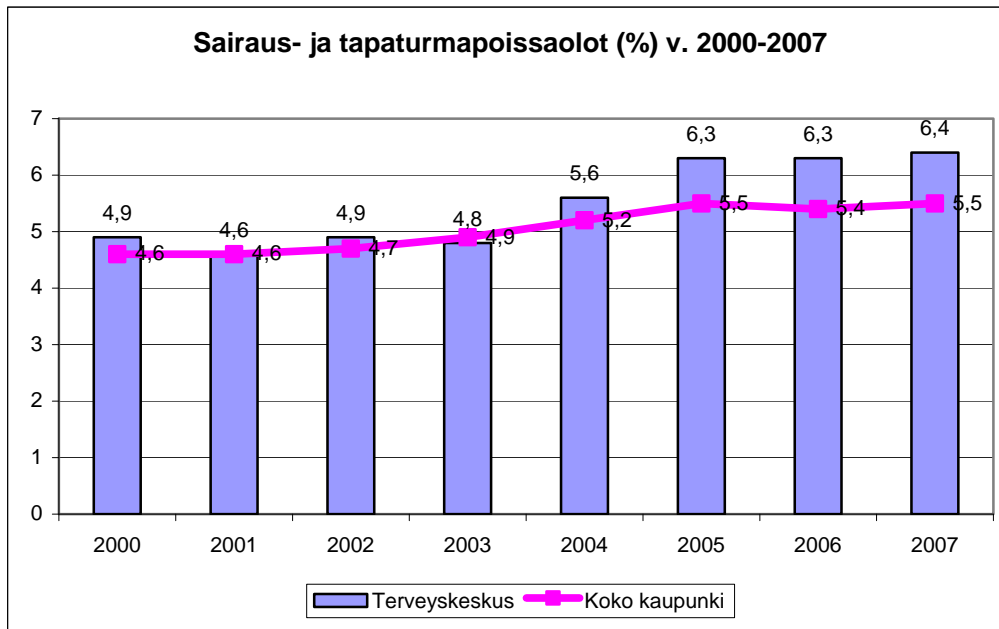


Kuvio 11. Kokonaistyöajan jakautuminen vuonna 2007. Henkilöstöraportti.

### 6.3 Työhyvinvointi

Helsingin kaupungin työntekijöiden sairaus- ja tapaturmalomat ovat viime vuosina lisääntyneet (kuvio 12). Terveyskeskuksen henkilökunnalla nämä poissaolot ovat lisääntyneet

selvästi nopeammin kuin kaupungissa keskimäärin. Terveyskeskuksen henkilökunnan sairaus- ja tapaturmalomat nousivat 6,4 %:iin palvelussuhdepäivistä. Koko kaupungin tasolla vastaava luku on 5.5. %. Sairauspoissaoloja oli eniten (8 % tai yli) kotihoito-osastossa, hallinto- ja palvelukeskuksen tukipalveluyksikössä ja pitkäaikaissairaalassa ja vähiten terveysasemat-osastolla 4,2 %.



Kuvio 12. Sairaus- ja tapaturmapoissaolojen osuus (%) palvelussuhdepäivistä vuosina 2000-2007. Henkilöstöraportti 2007.

Terveyskeskuksen henkilökunnan sairauspoissaolot ovat lisääntyneet vuotta 2003 lukuun ottamatta yhtäjaksoisesti 2000-luvulla. (Taulukko 22.)

Taulukko 22. Terveyskeskuksen sairauspoissaolojen kehitys vuosina 2001-2007.

<u>Vuosi</u>	<u>Sairauspoissaolopäivät/työntekijä</u>
2001	11,8
2002	13,1
2003	12,4
2004	16,2
2005	16,7
2006	17,6
2007	17,5

Helsingin kaupungin terveyskeskuksen henkilökunnan tekemät vaara- ja uhkatilanneilmoitukset ovat lisääntyneet yhtäjaksoisesti vuodesta 2004 (n. 300 ilmoitusta) vuoteen 2006 (n. 600 ilmoitusta). Vuoden 2007 ensimmäisen puolen vuoden ilmoitukset ennakoivat ilmoitusten edelleen lisääntyvän. Noin neljännes kaikista vaara- ja uhkatilanneilmoituksista tehdään Akuuttisairaalaosastossa. Toiseksi eniten ilmoituksia on viime vuosina

tehty Psykiatriaosastossa ja Pitkäaikaisosastossa. Kotihoito-osastossa ilmoitusten määrä on lisääntynyt kahtena viime vuonna lähes kolmannekseen kaikista ilmoituksista. Yleisin ilmoituksen syy on asiakkaan uhkaava käytös tai väkivallan yritys. Seuraavaksi yleisin ilmoituksen syy on asiakkaan haitaisu, pisto (esim. neulanpisto) tai viilto, asiakkaan riemuminen tai sanallinen uhkailu. (Paukkonen 2008.)

Helsingin kaupungin työhyvinvointikysely suoritettiin terveyskeskuksessa syyskuussa 2007 jo viidentenä perättäisenä vuonna. Kyselyn tarkoituksena on luoda kattava kuva henkilöstön ja yleensä työyhteisöjen hyvinvoinnin tilasta. Kyselyn tulosten yhteisen käsittelyn kautta rakentuu näkemys kehittämistarpeista ja toimenpiteistä, joilla jaksamista ja työelämän laatua voidaan edistää. Avovastauksissa käsitellään esimiestyötä, ikääntymisen vaikutusta jaksamiseen ja työhyvinvoinnin sisältöä. Vastauksissa toivottiin tasapuolista kohtelua, ikäjohtamista ja liikunnan tukemista esimerkiksi liikuntasetelein.

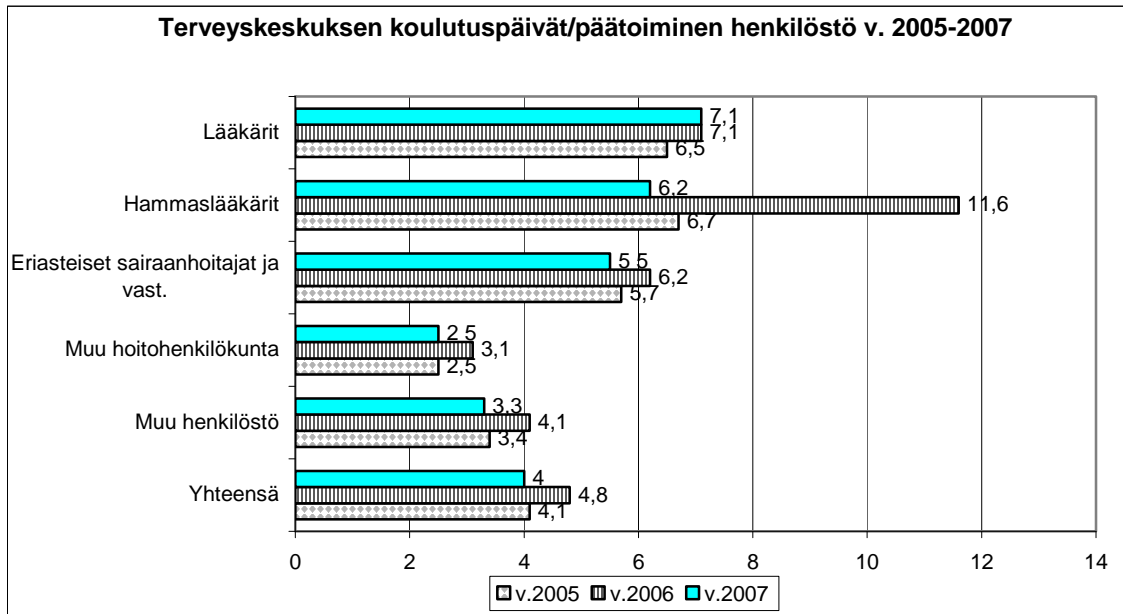
Työhyvinvointikyselyn yhteydessä mitataan myös työkykyindeksi. Se kuvaa henkilöstön työ- ja toimintakykyä. Terveyskeskuksen henkilöstön työkykyindeksissä on huomattavissa lievää siirtymistä ryhmästä erinomainen ryhmään kohtalainen. Mitään suuria muutoksia vuodesta 2003 vuoteen 2007 ei ole havaittavissa. (Taulukko 23.)

Taulukko 23. Terveyskeskuksen työkykyindeksi työhyvinvointikyselyssä v. 2003-2007

	<b>Terveyskeskus</b> (Työhyvinvointikysely 2007) %	<b>Terveyskeskus</b> (Työhyvinvointikysely 2006) %	<b>Terveyskeskus</b> (Työhyvinvointikysely 2005) %	<b>Terveyskeskus</b> (Työhyvinvointikysely 2004) %	<b>Terveysvirasto</b> (Työhyvinvointikysely 2003) %
Erinomainen	35,0	36,4	37,2	35,7	37,4
Hyvä	44,7	44,4	42,9	44,4	44,6
Kohtalainen	16,8	15,5	15,7	16,2	14,9
Huono	3,5	3,6	4,2	3,6	3,2

## 6.4 Koulutus

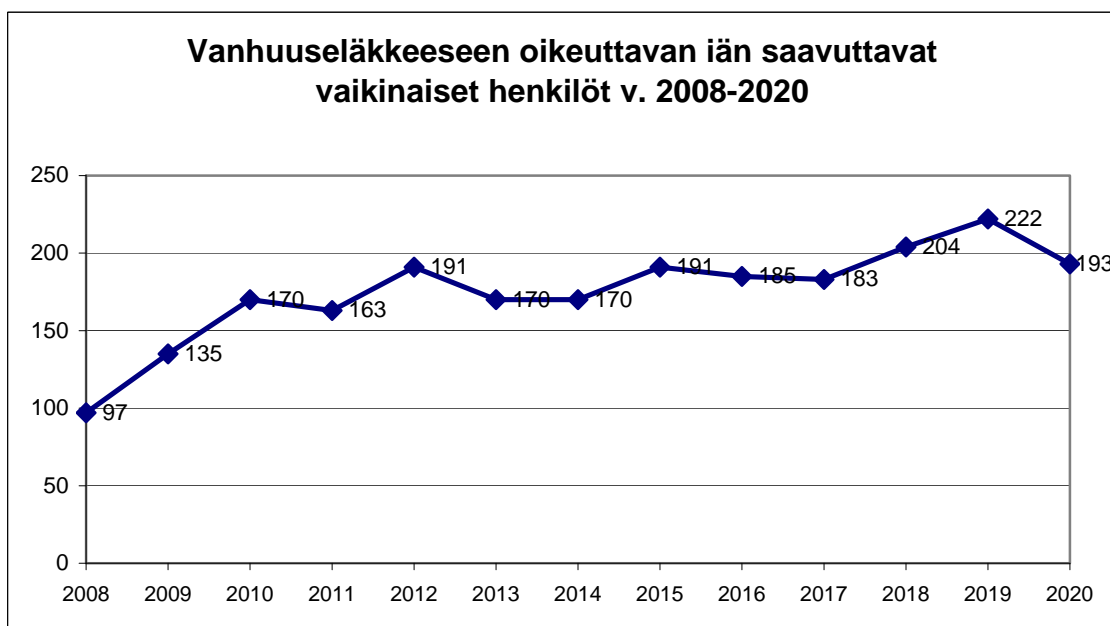
Henkilöstön kehittämisen painoalueina olivat vuonna 2007 mm. keskijohdon ja esimiesten koulutus. Henkilökunta osallistui ammatilliseen koulutukseen edellisvuotta vähemmän, koulutuspäiviä oli 34 249, mikä on 5 800 vähemmän kuin vuonna 2006. Osaltaan siihen vaikutti koulutustilaisuuksien peruminen Tehyn työtaistelu-uhan vuoksi (kuvio 13).



Kuvio 13. Terveyskeskuksen koulutuspäivät/päätoiminen henkilöstö ammattiryhmittäin vuosina 2005-2007. Henkilöstöraportti 2007.

## 6.5 Lähtövaihtuvuus

Vakinaisen päätoimisen henkilökunnan ulkoinen lähtövaihtuvuus oli 6,5 %, eli sama kuin vuonna 2006. Palveluksesta eronneiden määrä nousi edellisvuoden 4,3 %:sta 4,6 %:iin. Eläkkeelle jäi henkilöstöstä yhteensä 1,5 %, joista 1,0 % vanhuuseläkkeelle. Vanhuuseläkkeeseen oikeuttavan iän vuosina 2008-2020 saavuttaa yhteensä 2 274 henkilöä (kuvio 14).



Kuvio 14. Vanhuuseläkkeeseen oikeuttavan iän vuosina 2008-2020 saavuttavat vakinaiset henkilöt. Henkilöstöraportti 2007.

## 6.6 Johtopäätökset

Terveyskeskuksen henkilöstön määrä on kasvanut kotihoidon lisäys poissulkien huomattavasti vuodesta 2005 alkaen. Suurin kasvu on tapahtunut sairaanhoitajat ja muu hoitohenkilöstö ryhmissä, mutta myös lääkärimäärä on kasvanut. Muu henkilöstö -ryhmässä on tapahtunut vähenemistä. Terveyskeskuksen työyhteisöt monikulttuuristuvat vieraskielisen henkilöstön määrän lisääntyessä nopeasti. Työyhteisöissä on aiempaa enemmän henkilöstöä, joka tarvitsee pidempää perehtymistä ja ohjausta. Tämä lisää henkilöstön tarvetta.

Henkilöstöpula on edelleen vaikeutunut ja myös sairauslomissa on edelleen kasvua. Läh-tövaihtuvuuden nousu on vuonna 2007 taittunut, mutta eläkkeelle siirtyvien määrä kasvaa. Koulutuspäivien määrä on valtakunnallisten tavoitteiden mukaista.



## 7 Terveyspalvelujen tuotanto ja talous

### 7.1 Palvelujen tuotanto

Terveyskeskus tuotti vuonna 2007 noin 53 % palveluistaan itse ja osti muun osuuden eli 47 % Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä (HUS). HUS:lta Helsinki hankkii pääosan somaattisen erikoissairaanhoidon palveluista ja osan psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluista.

Terveysneuvontakäyntien määrä lisääntyi hieman edellisvuoteen verrattuna, myös terveydenhoitajien käynnit lisääntyivät, mutta lääkärin avosairaanhoidon käynnit vähenivät edellisestä vuodesta. Lääkärikäyntien väheneminen vastasi noin kolmen terveyskeskuslääkärin vuosittaista käyntimäärää. Lääkärin ja hoitajan työnjaon muutokset ohjaavat hoitollisesti vaativampia potilaita lääkäreiden vastaanotoille ja terveydenhoitajat hoitavat osan niistä potilaskäynneistä, jotka aikaisemmin ohjattiin lääkärille. Tämä vaikuttaa käyntimääriin. Kymmenestä uudesta lääkärin vakanssista huolimatta saldo vuosityöpanokseen oli + 0.5 lääkäriä (Taulukko 24)

Taulukko 24. Palvelutuotanto vuosina 2005-2007 (1000 kpl).  
(Terveyskeskuksen tilinpäätös).

	Tot 2005	Tot 2006	Tot 2007
<b>Terveyskeskustoiminta</b>			
Terveysneuvonta	229	230	236
Lääkärin vastaanottokäynti	708	687	680
Terv.hoitajan/sairaanhoitajan vast.otto	470	449	453
Koulu- ja opiskeluterveydenhoito	213	207	207
Kotihoito	1 429	1 564	1 670
Hammashuolto (oma ja osto)	414	448	421
<b>Poliklinikkavastaanotto</b>			
Sisätautien päivystyspoliklinikka	16	16	16
Terv.keskuspäivytys (aikuiset ja lapset)	116	116	120
Akuuttihoitopäivät	317	319	308
Pitkäaikaishoitopäivät	445	445	445
Psykiatrian avohoitokäynnit	158	156	159
Psykiatrian avohoitopäivät	86	81	78
Psykiatrian vuodeosatohoito	94	101	99
<b>HUS-kuntayhtymä</b>			
Somaattiset avohoitoläynnit	473	433	439
DRG-tuotteet	149	170	180
Psykiatrian avohoitokäynnit	69	66	87
Psykiatrian hoitopäivät	97	97	97

Kotihoitoon käyntimäärää lisäsivät talousarvioon sisältynyt henkilökunnan lisääminen ja sosiaaliviraston palvelutalojen kotihoitoon liittyvät järjestelyt. Hammashuollon käyntimäärä väheni edellisvuodesta noin 9 %. Hammashuollon ongelmiksi muodostui uusien osto- palvelusopimusten hidas käynnistyminen sekä uusien hammaslääkärivakanssien täyttö- vaikeudet.

Akuuttisairaalan poliklinikkavastaanottokäyntien määrä nousi edellisvuodesta, mitä selittäjää vuoden 2006 aikana vallinneen lääkäripulan väheneminen. Terveyskeskuspäivystyksen käynnit nousivat edellisvuodesta, akuuttihoitopäivien määrä sen sijaan laski edellisvuoteen nähden, minkä taustalla on keväällä 2007 Laakson sairaalassa hoitajapulan vuoksi suljettu osasto.

Psykiatrian avohoitopäivien määrää laski asumiskuntoutuksen paikkamäärän väheneminen tilaongelmien vuoksi.

Tarkempi erittely palvelujen tuotannosta on liitteenä 1.

## Vertailu muihin kuntiin

Taulukko 25. Perusterveydenhuollon avohoidon lääkärikäynnit/asukas v. 1997-2006.

Vuosi	Koko maa	Helsinki	Espoo	Tampere	Turku	Vantaa
1997	2,1	1,4	1,8	1,8	1,7	2,0
1998	2,1	1,4	1,9	1,8	1,6	1,8
1999	2,0	1,5	1,8	1,8	1,6	1,9
2000	2,0	1,5	1,7	1,7	1,6	1,8
2001	1,9	1,3	1,5	1,6	1,5	1,8
2002	1,9	1,2	1,5	1,6	1,4	1,7
2003	1,8	1,2	1,2	1,6	1,4	1,6
2004	1,8	1,2	1,3	1,7	1,4	1,5
2005	1,8	1,2	1,3	1,8	1,4	1,5
2006	1,7	1,2	1,3	1,9	1,4	1,4

Lähde. Stakes, Sotkanet.

Helsingiläisten lääkärikäynnit ovat valtakunnallisissa vertailuissa samoin kuin vertailussa muihin suuriin kaupunkeihin alle keskiarvon. Terveyskeskuslääkärien määrän lisääminen ei näy Helsingin tilastossa asukaskohtaisen käyntimäärän kasvuna. Muun ammattihenkilökunnan luo tehdyt käynnit olivat Helsingissä valtakunnallista tasoa vuonna 2006 (3 käyntiä/asukas). Espoossa, Turussa ja Vantaalla käyntimäärät olivat matalammat, Tampereella käyntimäärä oli hieman korkeampi (3,1).

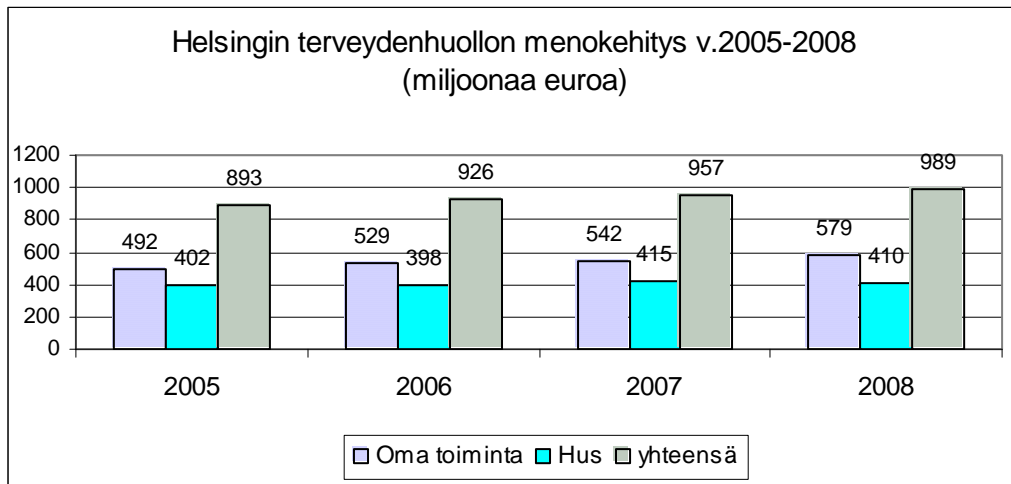
Stakesin tietojen mukaan hammashuollon käynnit asukasta kohti ovat koko 2000-luvun pysyneet suurissa kaupungissa lähes samoina. Valtakunnan keskitasoon (0,9 käyntiä/asukas) yltää vain Vantaa (0,9). Helsingissä käyntimäärä on ollut vuodesta 2001 lähtien 0,7 käyntiä/asukas. Käynnit/asukas hammaslääkärin vastaanotolla ovat 2000-luvulla vähentyneet sekä valtakunnallisesti että Helsingissä. Syynä on mm. hammashuollossa tehdyt työnjaot hammaslääkäreiden ja suuhygienistien kesken.

## Helsingiläisten käyttämät yksityiset terveystalvelut

Vuonna 2007 yksityisten lääkäripalvelujen käyntejä tehtiin Helsingissä 547 551 ja yksityisen hammashuollon käyntejä 430 287. Käyntimäärät ovat kasvaneet vuodesta 2006, jolloin yksityisiä lääkärikäyntejä tehtiin 519 614 ja hammaslääkärikäyntejä 402 367. Yksityislääkärikäynneistä sai Kelakorvausta 34,4 % (vuonna 2006 33,7 %) ja yksityisen hammashuollon käynneistä Kelakorvausta sai 25,7 % (vuonna 2006 24,5 %) helsinkiläisistä. (Sotkanet 2008.)

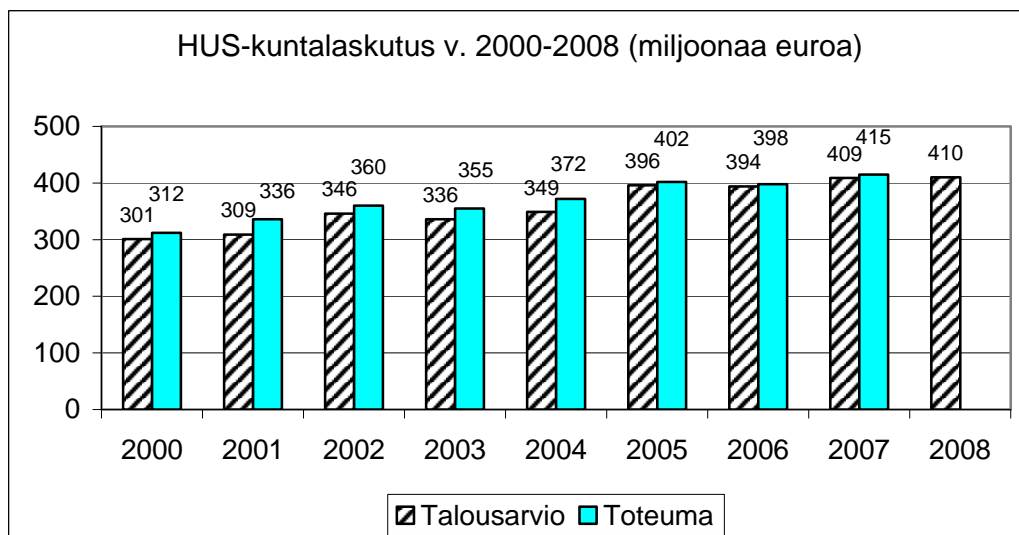
## 7.2 Talous

Helsingin terveystalouden käyttömeneet ilman poistoja olivat vuonna 2007 yhteensä 956,9 miljoonaa euroa, mikä on n. 29,9 milj. euroa (3,2 %) edellisvuotta enemmän. Vuoden 2007 talousarvio toteutui lähelle suunniteltua; talousarvio ylittyi kokonaisuutena 3,4 milj. eurolla (0,3 %). Terveystaloustoiminnan talousarviokohta alittui 2,1 miljoonalla eurolla ja HUS-kuntayhtymän talousarviokohta ylittyi 5,5 miljoonalla eurolla. Ulkopuolisten asiakaspalvelujen ostojen osuus, mukaan lukien HUS-kuntayhtymä, oli 45,6 % terveystalouden käyttömeneistä vuonna 2007 (kuviot 15).



Kuvio 15. Helsingin terveydenhuollon menokehitys v. 2005-2008 (miljoonaa euroa).

Vuodesta 2005 vuoteen 2007 terveystalouden menot ovat kasvaneet 50 miljoonaa euroa ja HUS:n menot 13 miljoonaa euroa.



Kuvio 16. HUS-kuntalaskutus vuosina 2000-2008 (miljoonaa euroa).

Helsinki maksoi vuonna 2007 HUS-kuntayhtymälle noin 2 000:sta ”sakkopäivästä” 3,0 miljoonaa euroa. Vuonna 2006 sakkopäivistä maksettiin noin 10,4 milj. euroa ja vuonna 2005 maksua kertyi noin 2 miljoonaa euroa.

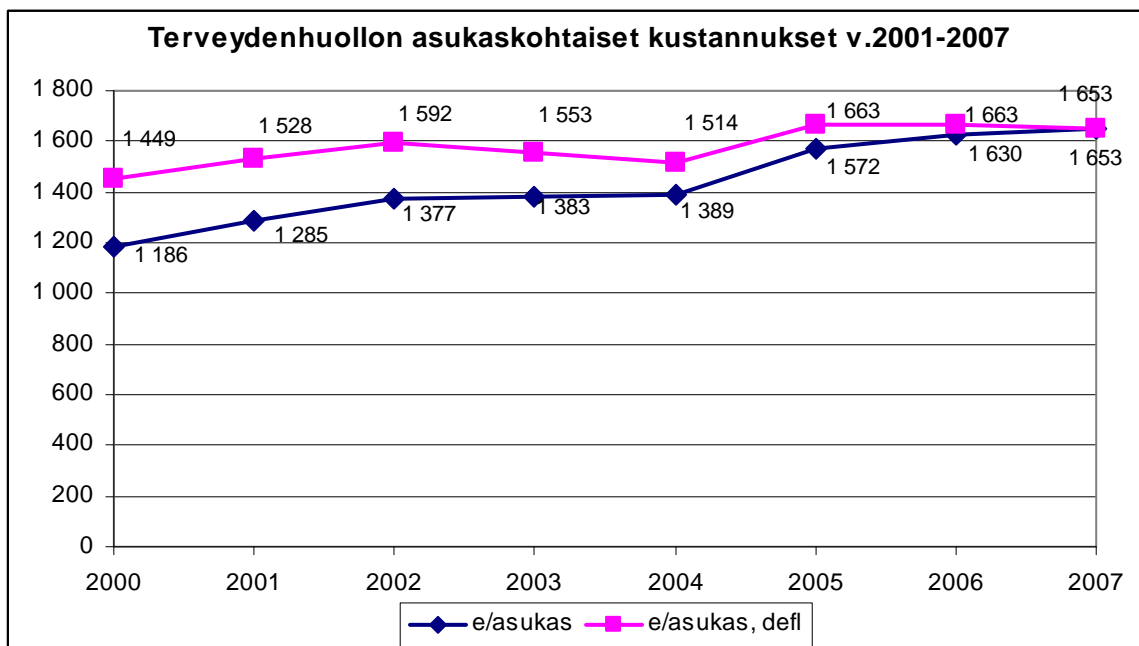
Talousarviotuloja kertyi 69,9 miljoonaa euroa, mikä alitti talousarvion 1,7 milj. eurolla. Merkittävimmät tuloerät olivat myyntitulot (17,2 milj. euroa), maksutulot (42,2 milj. euroa) sekä vuokratulot (9,2 milj. euroa). Maksutuloilla katettiin noin 7,8 % terveyskeskuksen oman toiminnan käyttömenoista. Käyttötulot nousivat edellisvuodesta 3,1 milj. euroa.

## Yksikkökustannukset

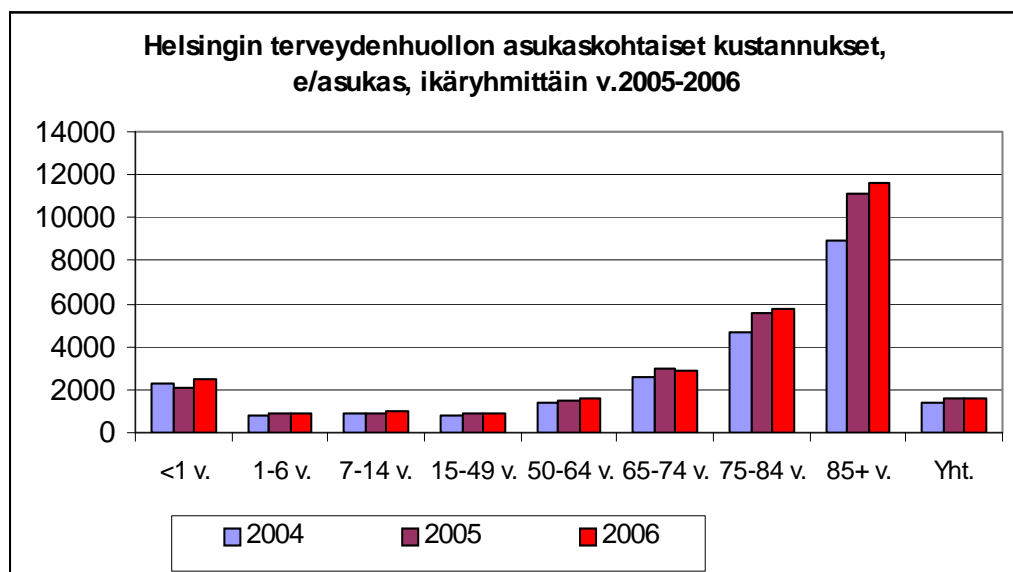
Terveyskeskuksessa lasketaan vuosittain toiminnallisen tilinpäätöksen yhteydessä ns. lopputuotteiden yksikkökustannukset. Yksikkökustannukset ovat melkein poikkeuksetta kasvaneet vuosittain, useimmiten yli kustannustason nousun. Vuodesta 2004 vuoteen 2006 on akuuttihoitopäivän yksikkökustannus kasvanut 44,2 % ja hammashuollon käyntihinta on kasvanut samana aikana 22,7 %. Tarkempi erittely toiminnan yksikkökustannuksista on liitteenä 2.

## Terveydenhuollon asukaskohtaiset kustannukset

Helsingin terveydenhuollon asukaskohtainen kustannus vuonna 2007 oli 1 653 euroa. Kasvua edellisestä vuodesta oli 23 euroa (1,4 %). Asukaskohtainen kustannus on kasvanut 2000-luvulla noin 39 % (467 e), deflatoituna 14,0 %. Hoitotakuun tuomat lisäresurssit sekä kotipalvelun siirtyminen sosiaalitoimesta terveystoimeen ovat kasvattaneet asukaskohtaista kustannusta 2000-luvulla. (Kuvio 17.)



Kuvio 17. Helsingin terveydenhuollon asukaskohtaiset kustannukset v. 2000-2007. Tilinpäätös.



Kuvio 18. Helsingin terveydenhuollon asukaskohtaiset kustannukset ikäryhmittäin vuonna 2005-2007. Palas-raportit.

### Suurten kaupunkien asukaskohtaiset kustannukset

Suomen Kuntaliitto laatii vuosittain 11 suuren kaupungin terveydenhuollon kustannusvertailun. Vertailussa on mukana sosiaalitoimen vanhusten ympärivuorokautinen hoito, kotipalvelu ja mielenterveyspotilaiden ympärivuorokautinen asumispalvelu. Vertailussa käytetään ikävakioituja lukuja. (Taulukko 26.)

Taulukko 26. Helsingin terveydenhuollon (lisätty terveydenhuolto) ikävakioitu, deflatoitu asukaskohtainen kustannus v. 2001-2007. Suomen Kuntaliitto.

Vuosi	2001	2002	2003	2004	2005	2006
e/asukas deflatoitu						
Helsinki	1 720	1 813	1 796	1 757	1 801	1 855
11 suurta kaupunkia	1 506	1 573	1 597	1 630	1 673	1 724

Vuodesta 2001 vuoteen 2006 Helsingin terveydenhuollon ikävakioitu (deflatoitu) asukaskohtainen kustannus on kasvanut 7,8 %. Suurten kaupunkien keskimääräinen kustannus on kasvanut samana ajankohtana 14,5 %. Helsinki on lähentynyt tavoitteen mukaisesti terveydenhuollon asukaskohtaisissa kustannuksissa viittä seuraavaksi suurinta suomalaista kaupunkia.

Helsingiläiset ovat käyttäneet 2000-luvun alkupuolella terveystalouteen noin 10 prosenttia enemmän rahaa kotitaloutta kohti kuin maassa keskimäärin (Tilastollinen vuosikirja 2007, 272).

## **7.4 Johtopäätökset**

Terveyskeskuksen palvelujen tuotanto on alentunut tai pysynyt ennallaan panoslisäyksistä huolimatta. Tästä syystä yksikkökustannukset kasvavat yleistä kustannustason nousua nopeammin. Asukaskohtaisten kustannusten keskimääräistä hitaamman nousun taustalla on muun muassa väestömäärän kasvu, erikoissairaanhoidon kuntalaskutuksen maltillinen menokehitys ja talousarvion mukainen kustannusten toteuma terveyskeskuksessa.

Yksityisten lääkäri- ja hammaslääkäripalvelujen käyttö on kasvanut vuodesta 2006.

## 8 Johtopäätökset vuoden 2009 – 2011 strategiaan

1. Helsingin väestörakenteessa on kaksi muutossuuntaa, jotka vaikuttavat terveyspalvelujen kysyntään ja niiden käyttöön. Toinen liittyy nopeasti kasvavaan ulkomaalaistaustaiseen väestöön ja toinen Helsingin väestön ikärakenteen vanheneamiseen. Terveyspalvelujen kehittäminen vastaamaan vieraskielisen väestön terveyspalvelujen tarvetta edellyttää nykyistä parempaa tietoa maahanmuuttajien palvelujen käytöstä ja heidän terveydestään. Nykyisen palvelurakenteen pohjalta arvioiden ikääntyneiden määrän kasvu tulee merkitsemään huomattavaa terveyspalvelujen kysynnän kasvua ja siitä aiheutuvaa lisävoimavarojen tarvetta. Kansallisessa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmassa (KASTE) on asetettu tavoitteet yli 75-vuotiaiden kotihoidolle ja pitkäaikaiselle laitoshoidolle. Hoiva- ja hoitopalvelujen tarve lisääntyy merkittävästi vasta 85 ikävuoden jälkeen, jolloin dementoivat sairaudet vaikeuttavat selvästi yksin selviytymistä.

### Toimenpiteet:

- Käyttötietojen saamiseksi lisätään kaikkien asiakas- ja potilaskäyntien yhteydessä Pegasos- ja Effica -tietojärjestelmiin merkintä potilaan äidinkielestä.
  - Käynnistetään yhdessä Kansanterveyslaitoksen kanssa maahanmuuttajien terveystutkimus vuoden 2008 aikana.
  - Jatketaan palvelurakennemuutosta yhdessä sosiaaliviraston kanssa siten, että tavoitteena on tarpeenmukainen säännöllinen kotihoito 14 %:lle yli 75-vuotiaista ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa enintään 3 % yli 75-vuotiaista vuoteen 2012 mennessä.
  - Selvitetään ikääntyneiden määrän lisääntymisen ja dementoivien sairauksien esiintyvyyssarvion pohjalta helsinkiläisten yli 85-vuotiaiden hoito- ja hoivapaikkojen tarve yhteistyössä sosiaaliviraston kanssa.
2. Elinoloilla on voimakas vaikutus helsinkiläisten terveyteen. Lapsuusiän heikot taloudelliset ja sosiaaliset elinolot lisäävät syrjäytymisen riskiä ja vaikuttavat aikuisiän terveyteen. Työttömyys lisää terveyden ja toimintakyvyn heikkenemistä sekä huonojen terveystottumusten todennäköisyyttä.

### Toimenpiteet:

- Terveyskeskus toimii aktiivisesti terveyden edistämisen näkökulman vakiinnuttamiseksi kaikessa Helsingin kaupungin päätöksenteossa.
  - Nostetaan varhaisen puuttumisen ote osaksi monihallintokuntaista yhteistyötä.
  - Täydennetään kaikille helsinkiläisille tarkoitettuja terveyspalveluja tarjoamalla kohdennettuja palveluja työvoiman palvelukeskuksiin, työpajoihin ja muille erityisryhmille.
  - Terveyskeskus tarjoaa omalta osaltaan työhön kuntouttavan toiminnan työpaikkoja tehtävissä, joihin ei tarvita terveydenhuollon ammattikoulutusta.
3. Elintavat, kuten ravitsemus, liikunta ja päihteiden käyttö, ovat kansantautien taustalla vaikuttavia tekijöitä ja aiheuttavat huomattavan osan sairastavuudesta ja es-

tettävissä olevasta ennenaikaisesta kuolleisuudesta. Elintapoihin vaikuttamalla voidaan saavuttaa huomattavia terveyshyötyjä.

Toimenpiteet:

- Toteutetaan väestöstrategiaa koko väestöön kohdistuvana terveyden edistämisen toimintana kohteena terveellinen ravinto ja liikunta, tapaturmat sekä tupakointi ja päihteet.
- Toteutetaan korkean riskin strategiaa suuntaamalla toimenpiteitä siihen osaan väestöstä, jolla on kohonnut riski sairastua mm. sydän- ja verisuonitauteihin ja tyyppin 2 diabetekseen.
- Kehitetään ehkäisevää päihdetyötä ja osallistutaan pääkaupunkiseudun päihdestrategian kehittämiseen.
- Lisätään päihdeosaamista peruspalveluissa ja vanhuspalveluissa.
- Toteutetaan edelleen mini-interventiota terveydenhuollossa.
- Toteutetaan tupakasta vieroitustoimia Savuton Helsinki -ohjelman mukaisesti.
- Lisätään liikunnan terveyshyödyistä tiedottamista terveydenhuoltokäyntien yhteydessä.
- Tehostetaan liikuntaa koskevaa neuvontaa ja tiedottamista liikuntapaikoista ja -palveluista.
- Lisätään erityisesti yli 80-vuotiaiden tasapaino- ja lihasvoimaharjoituksia kotihoidossa ja pitkäaikaishoidossa.
- Toteutetaan kaatumisriskin kartoituksia ja riskien poistamista kotihoidossa ja pitkäaikaishoidossa.

4. Väestöryhmien väliset terveyserot ovat Helsingissä kasvaneet 1990-luvun alusta 2000-luvulle tavoitteen vastaisesti. Käytettävissä on uutta tietoa siitä, miten sosioekonomiset terveyserot ovat kehittyneet eri väestöryhmissä ja missä väestöryhmissä tilanne on huolestuttavin. Terveyseroihin vaikuttamisen keinoja on ollut tähän saakka vähän käytettävissä. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008 – 2011 tulee määrittelemään tavoitteet, toimenpiteet ja seuranta-mittarit terveyserojen kaventamistoimille Suomessa.

Toimenpiteet:

- Laaditaan helsinkiläisten terveyserojen kaventamissuunnitelma kansallisen toimintaohjelman pohjalta.
- Käynnistetään toimenpiteet väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseksi edellä mainitun suunnitelman mukaisesti.

5. Helsingin terveyskeskuksen palveluja käyttäneiden helsinkiläisten määrä laski jo toisena vuonna peräkkäin huolimatta väestömäärän kasvusta.

Toimenpiteet:

- Tehdään vuoden 2009 alkuun mennessä selvitys ikäryhmäkohtaisista peittävyden muutoksista ja muutoksen syistä.



6. Henkilöstön saanti ja riittävyys ovat suuri uhka terveystalouden tuotannolle. Vuoden 2011 loppuun mennessä noin 500 terveyskeskuksen työntekijää saavuttaa henkilökohtaisen vanhuuseläkeiän. Uuden työvoiman tarve on tästä johtuen huomattavan suuri. Päivittäistä työvoiman vajuusta lisäävät myös korkeat sairauspoissaotot. Työvoiman vuokraus on lisääntynyt ja se lisää kustannuksia sekä heikentää hoidon jatkuvuutta.

Toimenpiteet:

- Työnjakoa uudistetaan siten, että terveydenhuollon ammattihenkilöt keskittyvät yhä enemmän koulutustaan vastaaviin ydintehtäviin ja muita tehtäviä siirretään toimipaikkakoulutettaville henkilöille.
- Kohti hyviä käytäntöjä -hankkeessa tunnistettuja hyviä toimintatapoja levitetään kaikkiin työyksiköihin.
- Otetaan käyttöön ergonomiset työvuorot Terveet työajat -hankkeen mukaisesti
- Rajoitetaan työvoimavuokrausta hankintastrategian mukaisesti.
- Lisätään organisaation ja strategian tuntemusta henkilöstölle sekä strategian jalkauttamista työyksikötasolle.

7. Nykyisillä suoritemittareilla arvioiden terveyskeskuksen tuottavuus on laskenut vuosittain. Henkilöstö- ja muita voimavaroja on lisätty ja käyntien ja hoitopäivien määrä on kehittynyt hitaammin tai laskenut. Asukaskohtaiset terveydenhuollon kustannukset ovat strategian suuntaisesti lähentyneet viiden seuraavaksi suurimman kaupungin keskiarvoa.

Toimenpiteet:

- Saatetaan loppuun tuotteistuksen kehittämisprojekti.
- Asetetaan 2 prosentin tuottavuuden nostotavoite vuosille 2010 – 2011.

8. Terveydenhuoltolaki, Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, Terveyden edistämisen politiikkaohjelma ja sen toimeenpanosuunnitelma, Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma, Valtioneuvoston päätös terveyttä edistävästä ravinnosta ja liikunnasta ja eri toimintojen laatusuosittukset ovat esimerkkejä valtakunnallisesta lainsäädäntö- ja informaatio-ohjauksesta, joka kohdistuu terveydenhuoltoon.

Toimenpiteet:

- Terveyskeskus seuraa valtakunnallista terveystalouden uudistustyötä ja toteuttaa päätettyjä linjauksia omassa toiminnassaan.

## Lähteet,

- Ahvenainen, J. 2007. Helsingin kaupungin terveyskeskuksen akuuttisairaalan vuodeosastotoiminnan arviointitutkimus. Loppuraportti. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Alaranta, H. & Koskinen, S. 2008. Vanhusten aivovammat yleistyvät edelleen. Suomen Lääkäri-lehti 12-13/2008 vsk 63, 1159-1162.
- Alkoholi- ja huumeet alueittain 2005. Tilastotiedote 28/2006. Stakes. Suomen virallinen tiedote.
- Ammatillinen koulutus. Lukiot. Lukuvuosi 2008 - 2009. Helsingin kaupungin opetusvirasto..
- Askelo (a), S. 2007. Lapsiperheiden sosiaaliturva. Lasten ja lapsiperheiden elinolot Helsingissä. Helsingin kaupungin tietokeskus. ss. 54-64. Tilastoja 41/2007. Vantaa. Dark Oy.
- Askelo (b), S. 2007. Lasten päivähoito. Lasten ja lapsiperheiden elinolot Helsingissä. Helsingin kaupungin tietokeskus. ss. 25-28. Tilastoja 41/2007. Vantaa. Dark Oy.
- Dialogi 3/2008. Suomalaiset eivät osaa puhumalla selvittää asioitaan.
- Ecomed. Helsingin terveyskeskus. Tietohallinto.
- Eläkeikäiset kokevat aiempaa enemmän turvattomuutta 2007.  
[http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet\\_2007/nro\\_3\\_2007/elakeikaiset\\_kokevat\\_aiempaa\\_enemman\\_turvattomuutta/](http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2007/nro_3_2007/elakeikaiset_kokevat_aiempaa_enemman_turvattomuutta/)
- Eläkeläisten toimeentulo 70 prosenttia ammatissa toimivien tasosta. Eläketurvakeskus. Tiedote 14.11.2006.
- Erikoissairaanhoidon palveluja käyttäneet henkilöt 2002-2006. Ecomed tietokanta.
- Finriski 2003. Finriski 2002. Tutkimuksen toteutus ja tulokset 1. Perusraportti. Kansanterveyslaitos. Epidemiologian ja terveyden edistämisen osasto. Helsinki 2003.
- Frumkin, H., Frank, L. & Jackson, R. 2004. Urban Sprawl and public health. Island press. Washington.
- Hammashuolto hammaspiireittäin 2007 Vuositilastot 2007. Ecomed tietokanta
- Harjajärvi, M., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa – MERTTU-tutkimuksen palvelukatsaus. Acta nro187. Kuntaliitto. Helsinki.  
<http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/187merttuverkkoon.pdf>
- Harkonmäki, K., Lahelma, E., Martikainen, P., Rahkonen, O., Silventoinen K. Mental health functioning (SF-36) and intentions to retire early among ageing municipal employess: the Helsinki Health Study. Scandinavian Journal of Public Health 34(2):190-198, 2006.
- Helsingin kaupungin pelastuslaitos 2007. Hälytystilasto 2006-2007.
- Helsingin kaupungin tietokeskuksen tilastoja 2/2008.
- Helsingin kaupungin tietokeskus Tilastoja 31/2007.
- Helsingin kaupungin tietokeskus 2007. Helsingin väestöennuste 2008 – 2040. Tilastoja 43/2007. Vantaa. Dark Oy.
- Helsingin Mielenterveysohjelma. 2003. Mielenterveysohjelmatyöryhmä. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto ja Helsingin kaupungin terveysvirasto. Selvityksiä 2003:1.
- Helsingin väestö 1.1.2008. Helsingin kaupungin tietokeskus 19.2.2008.
- Helsingin väestöennuste 2008-2040. Helsingin kaupungin tietokeskus. Tilastoja. 43/2007.
- Helsingin kaupungin tilastollinen vuosikirja 2007. Helsingin kaupunki. Tietokeskus. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

- Helsingin kaupungin työllisyydenhoidon linjaukset 2007. Helsingin kaupunki. Henkilöstön kehittämisskeskus.
- Helsingin kaupunki 2007. Talous- ja suunnittelukeskus. Taloushallintopalvelu.
- Helsingin seudun suunnat 4/2007. Helsingin kaupungin tietokeskus.  
www.hel2.fi/tietokeskus/suunnat
- Helsingin työttömyys ja pitkäaikaistyöttömyys alueittain 31.12.2006. Helsingin kaupungin tietokeskus. Tilastoja 31/2007. <http://www.hel2.fi/tietokeskus/julkaisut/tilasto/julkaisut.html>
- Helsingin ulkomaalaisväestö vuonna 2006. TIEKE. tilastoja 1/2007
- Helsinki liikkuu 2005-2006 –tutkimus. Suomen Liikunta ja Urheilu, Nuori Suomi, Kuntoliikuntaliitto, Olympiakomitea ja Helsingin kaupungin liikuntavirasto. Suomen Gallup Oy.
- Helsinki Region Trends 2008. Helsingin Kaupungin Tietokeskus. www.hel2.fi/tietokeskus/eng
- Helsinki-iläisten työllisyys ja työttömyys 2008. Helsinki-iläisten työllisyys ja työttömyys 4. vuosineljännes 2007. Helsingin kaupungin tietokeskus. Tilastoja 2/2008.
- Hietaniemi, L. 2007. Lapsiperheiden toimeentulo ja varallisuus. Lasten ja lapsiperheiden elinolot Helsingissä. sivut 46-53. Helsingin kaupungin tietokeskus 41/2007. Vantaa. Dark Oy.
- Hiilamo, H. & Lankinen, M. Alueellinen kurjuuden kierre vaaleissa. Yhteiskuntapolitiikka 1/2008. 52-62.
- Holm, P., Jalava, J. & Ylöstalo, P. 2005. Työttömien työkyky vuonna 2005. Työpoliittinen tutkimus 308/2006.
- [http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2004b6.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2004b6.pdf)). Eläkeikäiset kokevat aiempaa enemmän turvattomuutta. Kansanterveyslehti 3 2007. Luettu 3.4.2008.
- [http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet\\_2005/8\\_2005/](http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2005/8_2005/) Ikääntyvien kaatumistapaturmat ovat ehkäistävissä. Kansanterveyslaitoksen tiedotuslehti 8 2005. Luettu 3.4.2008.
- Huff, R & Kline, M. 1999. Health Promotion in the context of Culture. Huff, R.& Kline, M. 1999. Promoting health in Multicultural Populations. 3-22. Sage Publications.
- Huuska, P.& Miinalainen, M. (toim.) Katsaus Helsingin ympäristön tilaan 2007. Helsingin kaupungin ympäristökeskus. Helsinki 2007.
- Hyvinvointi Helsingissä 2005. Helsingin kaupungin tietokeskus
- Häkkinen ym 2007. Häkkinen, U., Idänpää-Heikkilä, U., Keskimäki, I., Klaukka, T., Peltola, M., Rauhala, A. & Rosenqvist, G. Perfect –Sydäninfarkti. Stakesin työpapereita 15/2007. www.stakes.fi.
- Hämäläinen, J., Isometsä, E., Laukkala, T., Kaprio, J., Poikolainen, K., Heikkinen, M., Lindeman, S. & Aro, H. 2004. Use of health services for major depressive episode in Finland. J Affective Disord 79, 105–112.
- Hwang, S. & Dunn, J. 2005. Homeless people. Galea S, Vlahov D (eds). Handbook of Urban Health. Populations, Methods and Practice. ss. 19-42. Springer. 2005.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3008:3, Helsinki.
- Kansaneläkelaitos. 2006. Lääkekorvaustilastot. Yleisimpien sairauksien erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutetut ja lääkkeiden keskimääräiset kustannukset sairaanhoitopiireittäin. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/191201094447HR?openDocument>

- Kansaneläkelaitos. 2006. Lääkekorvaustilastot. Lääkekorvaukset ja -kustannukset erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeuttavissa sairauksissa.  
[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/231007100824PN/\\$File/yleisimm.pdf?openElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/231007100824PN/$File/yleisimm.pdf?openElement)
- Kansanterveyslaitos 2008. [www.ktl.fi](http://www.ktl.fi)
- Kansanterveyslaitos 2007.  
[http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet\\_2005/8\\_2005/](http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2005/8_2005/)
- Kansanterveyslaitos 2008. [http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa\\_terveydesta/elintavat/tupakka](http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/tupakka)
- KELA 2007. [www.kela.fi/terveyspuntari](http://www.kela.fi/terveyspuntari)
- Kelan työterveyshuoltotilasto. 2007. Kansaneläkelaitos. Tilastoryhmä. Helsinki 2007.
- Kesälähti, A. & Nisula, A. 2008. Opioidiriippuvaisten potilaiden hoidon tilanne 16.1.2008. HUS Päihdepsykiatrian vastuuyksikkö.
- Koskela 2008. Koskela, T-H. 2008. Terveyspalveluiden pitkäaikaisen suurkäyttäjän ennustetekijät. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 425.
- Kotikäynnit yhteensä 2003-2007. Ecomed tietokanta.
- Kouluterveys 2006. Puusniekka, R., Sinkkonen, A., Jokela, J., Luopa, P. & Pietikäinen, M. Kouluterveys 2006: Helsingin kuntaraportti. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsingin kaupunki.
- KTL 2007. Huumeetutkimusyksikkö. [www.ktl.fi](http://www.ktl.fi)
- Kumpulainen, A. 2007. Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen ja kustannusten vertailu 2006. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 5/2007.
- Kuntouttava työtoiminta. Joulukuu 2007. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto.  
<http://sosvs000065/Tilastoportaali>
- Kuolleet 2001-2006. Kuolleet Hki kuolemansyyn, iän ja sukupuolen mukaan 2001-2006. Tilastokeskus. Julkaisematon lähde.
- Kusher, J. 2007. Healthy Cities. The Intersection of Urban Planning, Law and Health. Carolina Academic Press.
- Käypähoito suositus 2007. <http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=khp00055> . Käypä hoito –suositus. Lonkkamurtumapotilaiden hoito. Luettu 3.4.2008.
- Käypähoito suositus 2007. <http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=khp00055>.
- Laaksonen ym. 2007. Laaksonen, E., Martikainen, P., Lahelma, E., Lallukka, T., Rahkonen, O., Head, J. & Marmot, M. Socioeconomic circumstances and common mental disorders among Finnish and British public sector employees: evidence from the Helsinki Health Study and the Whitehall II Study. *International Journal of Epidemiology*. 36(4):776-786. 2007.
- Laaksonen ym. 2004. Laaksonen, M., Sarlio-Lähteenkorva, S. & Lahelma, E. 2004. Multiple dimensions of socioeconomic position and obesity among employees: The Helsinki health study. *Obesity Research* 12 (11) 2004: 1851-1858.
- Laitoshoidossa ja kotisairaalahoidossa olleet henkilöt erikoisaloittain omissa sairaaloissa 2003-2007. Ecomed tietokanta.
- Lallukka, T., Sartio-Lähteenkorva, S., Roos, E., Laaksonen, M., Rahkonen, M. & Lahelma, E. Working conditions and health behaviours among employed women and men: the Helsinki Health study. *Preventive medicine* 2004. 38(1):48-56.
- Lankinen, M. 2008 Katsaus erilaistumiskehitykseen Helsingissä vuoden 2000 jälkeen.

- Lasten ja lapsiperheiden elinolot Helsingissä. Helsingin kaupungin tietokeskus tilastoja 41/2007. Vantaa. Dark Oy.
- Lahti, M. 2008. Suomalaisen väkivalta ja henkirikollisuuden piirteitä. Seminaari Alholi. huumeet ja syrjäytyminen. 7.5.2008. Etelä-Suomen lääninhallitus.
- Lillikvist 2008. Stadsluften så dålig att elever borde ta innerast. Huvudstadsbladet 1.3.2008.
- Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos. 2006. Suomen lääketilasto 2005. Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos. Helsinki.
- Mielenterveys ja päihdepalvelut. Terveys- ja sosiaalilautakuntien yhteinen iltakoulu 5.3.2008. Helsinki, Sosiaalivirasto.
- Montén, S. 2004. Koulutus ja työvoima. Helsingin seutu 2015. Helsingin kaupungin tietokeskus.
- Mölsä, M. & Tiilikainen, M. 2008. Somalialaisten maahanmuuttajien ikääntymisen ja sairastamisen kokemuksia Suomessa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2008;45:59-73.
- Nuorvala, Y., Huhtanen, P., Ahtola, R & Metso, L. 2008. Päihdeasiakkaat entistä vanhempia. Dialogi 3/2008.
- Nyman, J. 2002. Does Unemployment Contribute to Ill-being: Results from a Panel Study among Adult Finns, 1989/90 and 1997. Publications of the National Public Health Institute A4/2002. Helsinki. Hakapaino Oy.
- Pajarinen, J. 2008. Tapaturma-asema, vuosittaiset käynnit diagnoosilla S52.5. Yksityinen tiedonanto.
- Paukkonen M. 2008. Vaara- ja uhkatilanteet Helsingin kaupungin terveystieteiden keskuksessa. Yksityinen tiedonanto.
- Perusterveydenhuollon laitoshoidon ja kotisairaalahoidon tuottajittain 2007. Ecomed tietokanta.
- Pirkola, S. 2003. Depression hyvän hoidon malli. Mielenterveyspalveluprojektin MIPRO:n depression hoitoa kehittävä työryhmä. Helsingin kaupungin terveystieteiden keskuksen raportteja 2003:1.
- Pirkola, S., Sohlman, B., Heilä, H. & Wahlbeck, K. 2007. Reductions in post-discharge suicide after deinstitutionalization and decentralization – a nationwide register study. Psychiatric Services 58: 221–226.
- Pitkäaikaisasunnottomuuden poistaminen vuoteen 2015 mennessä. Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma. Raportti 10.1.2008.
- Päihdeongelman hoitokäytännöt Seinäjoella 2008.  
[http://www.sjk.fi/sosiaaliterveys/hoitokaytannot\\_vuosi\\_2006.pdf](http://www.sjk.fi/sosiaaliterveys/hoitokaytannot_vuosi_2006.pdf)
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2007, alkoholi ja huumeet. SVT sosiaaliturva 2007. Stakes. Vaajakoski. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Pääkaupunkiseudun väestö- ja palvelutarveselvitys 2015 ja 2025. Kunta- ja palvelurakennemuutoshanke 19.6.2007. Pääkaupunkiseudun neuvottelukunta.
- Päätyneiden hoitajaksojen keskimääräinen pituus hoitopäivinä tulopäivästä erikoisaloittain omisissa sairaaloissa 2003-2007. Ecomed tietokanta.
- Rönkä, S. & Salonen, P. 2006. Huumeet Suomessa. Kansallinen huumevuosiraportti EMCDDA:lle. Rönkä, S., Virtanen, A. (toim.) Huumeet Suomessa 2007. Kansallinen vuosiraportti EMCDDA:lle. Stakes. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Paihteet/reitox.htm>
- Sainio, E. 2008. Ikääntyvien maahanmuuttajien tilanne- ja palvelutarveselvitys Helsingissä. Turun ammattikorkeakoulu. Täydennyskoulutus – ja palvelukeskus.
- Salo K. Traumakäynnit 2001-2007. Helsingin terveystieteiden keskus, Akuutisairaalaosasto. Päivystystoimintojen yksikkö. Yksityinen tiedonanto.

- Salokangas, RKR., Heinimaa, M., Svirskis, T., Huttunen, J., Laine, T., Korkeila, J., Ilonen, T., Ristkari, T., Vaskelainen, L., Rekola, J., Heinisuo, A-M., Heikkilä, J., Syvälahti, E., Hirvonen, J., Parkkola, R., Hietala, J., Klosterkötter, J., Ruhrmann, S., Graf von Reventlow, H., Linszen, D., Dingemans, P., Birchwood, M. & Patterson, P. 2007. Psykoosille altis potilas. Kela, Sosiaali ja terveysturvan tutkimuksia 91. Helsinki.  
[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/191207084524HJ/\\$File/tutkimuksia91\\_netti.pdf?openElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/191207084524HJ/$File/tutkimuksia91_netti.pdf?openElement)
- Salorinne, M. 2007. Nuoret ja lapsiperheet työelämässä. Lasten ja nuorten elinolot Helsingissä. ss. 38-45. Helsingin kaupungin tietokeskus 41/ 2007. Vantaa. Dark Oy.
- Savuton Helsinki Tupakoinnin ehkäisy- ja vähentämishjelma Helsinkiin 2007–2015. Helsingin kaupunki.
- Selander 2007. Lasten ja nuorten liikenneturvallisuus. Lasten ja lapsiperheiden elinolot Helsingissä. ss. 82-86. Helsingin kaupungin tietokeskus 41/2007. Vantaa. Dark Oy.
- SOTKANet. Stakes, Indikaattoripankki. <http://www.sotkanet.fi>
- Sohlman, B., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Psykiatrisen sairaalahoidon lyhenemisen yhteys hoidon jälkeisiin itsemurhiin. Duodecim 122:819–25.
- Sosiaalivirasto. Tilastoportaali 2007.
- Stakes. 2008. Psykiatrian erikoisalalan laitoshoidon 2006. Tilastotiedote 8/2008. Helsinki. [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt08\\_08.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt08_08.pdf)
- Stenholm S, Rantanen T, Sainio P, Koskinen S 2008. Lihavuus yli 55-vuotiaiden liikkumisvaikeuksien riskitekijänä. Suomen Lääkärilehti 6/2008 (63): 487-492.
- Sulander, T. 2007. Ikääntyneiden alkoholin käyttö tilastojen valossa. Teoksessa Alanko, a & Haarni, I. (toim). Ikääntyminen ja alkoholi. Sininauhaliitto Helsinki. ss. 23-33.
- Sulander, T., Helakorpi, S., Nissinen, A. & Uutela, A: Eläkeikäisen väestön terveystilanteen muuttuminen ja terveys keväällä 2003 ja niiden muutokset 1993–2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, Sarja B6 / 2004.
- Sulkava, R., Finne-Soveri, H., Laakkonen, M-L., Eriksson, M. & Aejmelaeus, R. 2007. Dementiahoitoa Helsingissä vuoteen 2016. Työryhmäraportti. Julkaisematon.
- Suomalaisen aikuisväestön terveystilanteen muuttuminen ja terveys, kevät 2007. KTL.
- Suominen, P. Alkoholi, huumeet ja syrjäytyminen. Seminaari Alkoholi, huumeet ja syrjäytyminen. 7.5.2008. Etelä-Suomen lääninhallitus.
- Särkelä, R. 2008. Huono-osaisten tilanteeseen puututtava ajoissa. Helsingin Sanomat 6.4.2008.
- Terveysasemakäynnit ja terveyskeskuspäivystys 2003-2007. Ecomed tietokanta.
- Terveys ja toimintakyky Suomessa 2000. Terveys 2000 tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki. Hakapaino Oy.
- Tietohuolto- ja Tilastoyksikkö 2007. Helsingin kaupunki. Sosiaalivirasto.
- Tikkanen, T. 2007. Lapset ja perheet. Lasten ja lapsiperheiden elinolot Helsingissä. ss.13-20. Helsingin kaupungin tietokeskuksen tilastoja 41/2007. Vantaa. Dark Oy.
- Tilastokeskus 2006. [http://tilastokeskus.fi/til/tup/2006/tup\\_2007-12-14\\_tie\\_001.htm](http://tilastokeskus.fi/til/tup/2006/tup_2007-12-14_tie_001.htm)
- Todetut tartuntatautitapaukset 2003-2007. Ecomed tietokanta
- Toiminnan laatu Helsingin terveyskeskuksessa. Julkaisematon 2008.
- Torvi, K. 2007. Maahanmuutto vastauksena työvoiman saatavuuteen. Työministeriö. 2/2007.

- Tuominen, M. 2007. Siis tosi turvallinen paikka. Helsingin kaupungin turvallisuuskysely vuonna 2006. tutkimuskatsauksia 6/2007. Helsingin kaupungin Tietokeskus.
- Tuori, T, Sohlman, B., Ekqvist, M. & Solantaus, T. 2006. Alaikäisten psykiatrinen sairaalahoido Suomessa 1995–2004. Stakes. Raportteja 13/2006. Helsinki.
- Tutkimuskatsauksia 1/2008. Helsingin kaupungin tietokeskus.
- Valkonen, T., Martikainen, P., Kauppinen, T. & Tarkiainen, L. 2007. Elinajanodotteen kehitys Helsingissä ja sen väestön osaryhmissä 1991-2005. Helsingin kaupungin tietokeskus. Tutkimuksia 2007.
- Vanhuspalveluohjelma 2006-2009. Helsingin kaupungin hallintokeskus 4/2006.
- Vanhusten laitospalvelun asiakkaat 2008. Sosiaalivirasto, maaliskuu 2008.  
<http://sosvs000065/Tilastoportaali/>
- Vartiainen ym. 2008. Vartiainen, E., Peltonen, M., Laatikainen, T., Sundvall, J., Salomaa, V., Jou-silahti, P. & Puska, P. Finriski-tutkimus: Sekä miesten että naisten sydän- ja verisuonisairauksien kokonaisriski pieneni viime vuosina. Suomen Lääkärilehti 15/2008.
- Vartiainen, E, Pennanen, M., Haukkala, A., Dijk, F., Lehtovuori, R. & De Vries, H. The effects of a three-year smoking prevention programme in secondary schools in Helsinki. European Journal of Public Health 2007.17(3):249-256.
- Viljanen, M. 2008. Liika on aina liikaa -projekti. Sininauhaliitto. Luentoaineistoa.
- Vuori, I. 2008. Liikunnan lisäämisen vaikeus. Impakti 1/2008, 12 – 13.
- Väestön koulutus rakenne alueittain 2007. Helsingin kaupungin tietokeskus. Tilastoja 40/2007.
- Wahlbeck, K. 2005. Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Heikkilä, M. & Roos, M. (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Stakes. Helsinki. 60–75.
- Wahlbeck, K. 2007. Mielenterveyspalvelut. Teoksessa: Heikkilä, M. & Lahti, T. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Stakes. Helsinki. 87–101.
- WHO 2008. Healthy cities and urban governance. <http://www.euro.who.int/healthy-cities>
- Yksityishenkilöiden ja perheiden tulot sekä verot Helsingissä vuonna 2003. Helsingin kaupungin tietokeskuksen verkkojulkaisuja 21/2005.  
<http://www.hel.fi/tietokeskus/julkaisut/verkkojulkaisut.html>
- YTV 2008. Raja-arvotiedotteet. <http://www.ytv.fi/FIN/ilmanlaatu/raja-arvotiedotteet.htm>
- Äikäs, T. 2006. Väestön koulutus rakenne alueittain. Helsingin kaupungin tietokeskuksen verkkojulkaisuja 36/2006.

## Liite 1.

Helsingin terveydenhuollon oma toiminta tuotteittain vuosina 2004-2007

Tuote	v.2004	v.2005	v.2006	v.2007
Terveysneuvonta, käynti	225 574	228 810	230 036	235 758
<b>Avosairaanhoito (ei hoitopuhelut)</b>	<b>899 497</b>	<b>953 882</b>	<b>913 514</b>	<b>911 060</b>
Lääkärikäyntiä korvaava hoitopuhelu	218 640	223 812	222 450	221 979
Avosairaanhoidon lääkärin vastaanotto, käynti	460 058	484 304	464 120	458 453
Terveydenhoitajan vastaanotto	439 439	469 578	449 394	452 607
<b>Väestövastuukäynti (ei hoitopuhelut)</b>	<b>1 125 071</b>	<b>1 182 692</b>	<b>1 143 550</b>	<b>1 146 818</b>
Koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, käynti	195 908	211 680	207 428	207 141
Yritysterveydenhuolto, käynti	12 595	11 845	13 231	11 253
Lasten arviointitoiminta, käynti	1 189	1 455	1 425	1 184
Puheterapia, käynti	23 232	21 780	21 273	20 367
Foniatri, käynti		1 534	1 549	1 757
Korvalääkärin vastaanotto, käynti	1 507	1 633	1 634	1 588
Kotihoito, käynti	504 089	1 429 487	1 564 257	1 682 485
Hammashuolto, käynti	391 024	380 089	397 054	386 100
Aikuisten terveyskeskuspäivystys, käynti	86 285	89 961	91 394	96 175
Lasten terveyskeskuspäivystys, käynti	23 072	25 853	24 530	23 501
Kuntoutuspoliklinikka, käynti	1 106	976	1 471	1 557
Päiväsairaanhoito, käynti	4 541	4 627	4 607	4 314
Selviämishoitoasema, käynti	4 263	4 897	5 164	5 398
Vammaisneuvola, käynti	9 345	9 092	9 410	9 219
Silmäseula, käynti	4 863	5 233	5 787	6 284
Sisätautien poliklinikat, käynti	31 629	31 183	33 185	32 548
Neurologian poliklinikka, käynti	3 231	4 375	4 974	4 893
Fysiatria, käynti	3 326	3 113	3 063	2 966
Päivystyspoliklinikka, käynti	16 947	15 827	15 683	16 291
Akuuttihoito, hoitopäivät	236 508	227 083	220 220	213 483
Päivystyksen osastohoito, hoitopäivä	38 547	39 756	38 997	37 617
Kuntoutuksen osastohoito, hoitopäivä	20 804	20 501	18 391	18 528
Kotisairaala, hoitopäivä	32 594	30 337	28 559	25 720
Pitkäaikaishoito, hoitopäivä	470 218	445 205	445 412	444 872
Psykiatrian poliklinikat, käynti	126 569	130 709	128 936	128 281
Psyk. kuntoutuspoliklinikka, käynti	3 229	3 292	2 656	3 114
Psyk. konsultaatiopoliklinikka, käynti			1 298	1 939
Psyk. erityishoidon pkl, käynti				2 397
Psyk. päivystyspoliklinikka, käynti	8 349	8 964	8 453	9 064
Päiväsairaanhoito, käynti	15 126	15 098	14 886	14 239
Asumiskuntoutus, asumisvrk	51 531	49 202	47 438	46 968
Perhehoito, asumisvrk	40 404	37 034	33 902	30 769
Akuuttipsykiatrian vuodeosastot, hpv	70 404	65 319	71 006	59 302
Kuntoutuspsykiatrian vuodeosastot, hpv	29 164	28 516	28 238	37 658
Päivystyksen vuodeosasto, hpv	1 809	1 943	2 152	2 057



## Liite 2.

Terveyskeskuksen oman toiminnan tuotteiden yksikkökustannukset vuosina 2004-2007.

	v.2004	v.2005	v.2006	v.2007
Terveysneuvonta, käynti	53,97	62,77	67,50	67,10
<b>Avosairaanhoido (ei hoitopuhelut)</b>	<b>83,93</b>	<b>79,34</b>	<b>86,54</b>	<b>88,83</b>
Avosairaanhoidon lääkärin vast.otto käynti (sis puhelut)	89,99	82,26	90,05	92,59
Avosairaanhoidon lääkärin vast.otto, käynti	132,76	120,28	133,21	137,42
Terveydenhoitajan vastaanotto	32,81	37,13	38,33	39,62
<b>Väestövastuukäynti (ei hoitopuhelut)</b>	<b>77,92</b>	<b>76,14</b>	<b>82,71</b>	<b>84,37</b>
Koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, käynti	28,26	30,97	34,98	38,18
Yritysterveydenhuolto, käynti	116,35	136,26	127,12	152,59
Lasten arviointitoiminta, käynti	502,22	529,67	543,16	658,18
Puheterapia, käynti	108,35	113,40	119,06	130,09
Foniatri, käynti		199,66	223,07	289,25
Korvalääkärin vastaanotto, käynti	207,04	180,59	194,91	185,54
Kotihoito, käynti	44,71	48,95	48,14	48,76
Hammashuolto, käynti	74,97	89,42	94,48	97,17
Aikuisten terveyskeskuspäivystys, käynti	<b>86,30</b>	<b>95,37</b>	<b>98,33</b>	<b>94,90</b>
Lasten terveyskeskuspäivystys, käynti	44,42	48,48	50,10	53,24
Kuntoutuspoliklinikka, käynti	348,43	590,91	384,41	381,31
Päiväsairaanhoido, käynti	131,82	151,64	177,29	192,55
Selviämishoitoasema, käynti	173,04	187,47	180,96	186,74
Vammaisneuvola, käynti	155,96	181,18	186,70	191,40
Silmäseula, käynti	51,39	44,36	36,79	36,00
Sisätautien poliklinikat, käynti	257,94	263,37	269,78	289,41
Neurologian poliklinikka, käynti	327,36	340,85	322,70	347,93
Fysiatria, käynti	169,89	231,36	242,21	236,87
Päivystyspoliklinikka, käynti	362,11	411,01	439,69	462,22
Akuuttihoito, hoitopäivät	214,58	235,18	251,53	276,67
Päivystyksen osastohoito, hoitopäivä	338,12	337,58	365,28	399,51
Kuntoutuksen osastohoito, hoitopäivä	209,19	237,37	269,86	277,89
Kotisairaala, hoitopäivä	161,39	157,52	162,44	183,76
Pitkäaikaishoito, hoitopäivä	151,75	159,52	164,42	167,38
Psykiatrian poliklinikat, käynti	115,12	118,00	127,14	135,27
Psyk. kuntoutuspoliklinikka, käynti	141,37	176,49	199,73	185,53
Psyk. konsultaatiopoliklinikka, käynti			247,26	193,63
Psyk. erityishoidon pkl, käynti				90,85
Psyk. päivystyspoliklinikka, käynti	267,96	299,21	334,83	317,99
Päiväsairaanhoido, käynti	139,33	152,14	168,81	195,67
Asumiskuntoutus, asumisvrk	55,10	57,58	58,69	60,96
Perhehoito, asumisvrk	47,03	54,53	54,90	56,11
Akuuttipsykiatrian vuodeosastot, hpv	336,16	372,35	355,34	394,12
Kuntoutuspsykiatrian vuodeosastot, hpv	247,93	261,93	284,82	288,91
Päivystyksen vuodeosasto, hpv	852,33	875,77	879,63	934,14

**Liite 3.**

## Palvelujen peittävyys

	2005	2006	2007(tavoite suluissa)
--	------	------	------------------------

Kotihoito

Kotihoidon piirissä olevat 75 v täyttäneet asiakkaat	23,6 %	28,6 %	... (24 %)
---	--------	--------	------------

Kotihoidon lääkärin palveluja saaneiden osuus kaikista kotihoidon potilaista (Vaihteluväli	30,7 % 12,6	30,1 % 13,2	30,1 % 9,1 )
---	----------------	----------------	-----------------

Hammashuolto

Ensiapukäyntien osuus kokonaiskäyntimäärästä	11,0 %	11,0 %	
---	--------	--------	--

Terveyskeskuksen tuottamat hammaslääkäripalvelut		27,0 %	26,0 %
---	--	--------	--------

Yksityishammaslääkärien tuottamat hammaslääkäripalvelut		25,0 %	26,0 %
--	--	--------	--------

	2005	2006	2007	Muutos 2006-2007
--	------	------	------	---------------------

Terveysasemat-osasto

Avosairaanhoidon-, terveysneuvonta-, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto- ja terveyskeskuspäivystyskäynnit, % väestöstä	59,7 %	58,9 %	58,3 %	-0,6
--	--------	--------	--------	------

Avosairaanhoidon- ja terveyskeskus- päivystyskäynnit, % väestöstä	51,0%	50,1 %	49,7 %	-0,4
--	-------	--------	--------	------

Avosairaanhoidon lääkärin vastaan- otto- ja terveyskeskuspäivystys- käynnit, % väestöstä	41,9 %	41,3 %	40,7 %	-0,6
--	--------	--------	--------	------

Äitiysneuvonnan kotikäyntien osuus kaikista synnyttäjäistä	73,5 %	80,0 %	82,0 %	+2,0
---	--------	--------	--------	------

Neuvolapalvelujen peittävyys (lastenneuvonnan palvelumuodolle toteutuneet käynnit) on noin 96 prosenttia neuvolaikäisistä.

Pitkäaikaissairaala

75 vuotta täyttäneiden hoidossa olevien osuus vastaavan ikäisestä väestöstä	2,6 % (3,4)	2,5 % (2,7)	2,43 % (2,5)	-0,07
---	-------------	-------------	--------------	-------

Psykiatria

Aikuispsykiatrian avohoito (oma toiminta ja HUS)	3,74 %	3,67 % (4,0)	3,72 % (4,0)	+0,05
---	--------	--------------	--------------	-------

Sarjassa ilmestyneitä:

- 2005:1 Helsingin terveydenhuollon toimintaympäristön analyysi : terveystieteiden strategian 2006-2008 valmistelun pohjaksi
- 2005:2 Helsingin terveystieteiden strategiasuunnitelma vuosille 2006-2008
- 2005:3 Toiminnan laatu Helsingin terveystieteidenkeskuksessa vuonna 2004
- 2005:4 Terveystieteiden huomioonottaminen Helsingin kaupungin päätöksenteossa. Kokousasiakirjoihin perustuva tutkimus
- 2005:5 Nora Ekroos: Helsingin kaupungin sosiaaliviraston ja terveystieteiden ympärivuorokautisen hoidon tehokkuuden ja prosessien esiselvitys
- 2006:1 Helsingin terveydenhuollon toimintaympäristön analyysi : terveystieteiden strategiasuunnitelman 2007-2009 pohjaksi
- 2006:2 Helsingin terveystieteiden strategiasuunnitelma vuosille 2007-2009
- 2006:3 Jaana Juutilainen-Saari: Terveiset –lehden nykytilan analyysi ja kehittämisehdotukset
- 2006:4 Mika Määttänen, Timo Pohjolainen, Mauri Lepäntalo, Pertti Heikkilä, Heikki Hurri, Veli-Pekka Caján, Asko Lukinmaa, Eeva-Maija Weselius, Raija Redsvén, Tero Kärkkäinen, Eija Haavisto, Helena Härkönen ja Satu Forsman: Alaraaja-amputaatiopotilaiden kuntoutuksen kehittämishanke Helsingissä 2004-2006. Loppuraportti
- 2007:1 Niina Savikko, Merja Suominen, Helena Soini, Juntunen Sirpa, Suur-Uski Irmeli, Antti Sorva, Kaisu Pitkälä ja Eeva Sandelin: Ravitsemushoidon toimenpidesuositusten käytäntöön soveltaminen Helsingin kaupungin pitkäaikaissairaaloiden osastoilla
- 2007:2 Terveystieteiden tutkimus- ja kehittämisselviitys
- 2007:3 Hilka Kivelä, Saara Seittenranta ja Ritva Jäntti: Potilaiden kotiuttamiseen ja ympärivuorokautiseen hoitoon liittyvä yhteistyö Herttoniemen sairaalassa : itäisen ja kaakkoisen alueen toimintojen yhdistäminen
- 2007:4 Toiminnan laatu Helsingin terveystieteidenkeskuksessa vuonna 2006
- 2007:5 Helsingin terveystieteiden strategiasuunnitelma vuosille 2008-2010
- 2007:6 Taina Jokinen, Liisa Skippari ja Jyrki Vanakoski: Polyfarmasia-hanke. Kotihoidon asiakkaiden lääkityksen selvitys. Osaraportti 1. Kotihoitotiimien asiakkaat
- 2007:7 Marja Paukkonen, Tiina Pohjonen, Tarja Hakola, Harri Lindholm, Heli Sistonen ja Riitta Simoila: Terveet työajat – kehittämishankkeen loppuraportti
- 2007:8 Jaana Haapala, Tuula Heikkinen, Outi Laivo, Karoliina Passinen ja Jussi Kovanen: Nielemishäiriöiden arviointi- ja hoitokäytännöt akuuttisairaaloiden. Kehittämishankkeen loppuraportti
- 2007:9 Helena Tukiä, Riitta Simoila ja Leena Oulasvirta: Terveystieteiden vaikutukset ja kunnallinen päätöksenteko. Helsingin opetusviraston pilottihanke
- 2007:10 Kotihoidosta sairaalaan ja sairaalasta kotihoitoon. Työryhmäraportti
- 2008:1 Juha Nyman, Riitta Simoila ja Outi Väistö: Helsingin terveydenhuollon toimintaympäristön analyysi : terveystieteiden strategiasuunnitelman 2009-2011 pohjaksi