TERVE HELSINKI -hanke 2009–2011

LOPPURAPORTTI

SISÄLTÖ

JOHDANTO 1
1 SUOMALAINEN TERVEYSPOLITIIKKA 2
1.1 Terveyserot – sosioekonomiset terveyserot, terveyskäyttäytyminen ja terveyspalvelut 2
1.2 Terveyserojen kaventamisen hankkeita 4
1.3 Terveys Helsingissä 6
1.4 Terveyserojen kaventamisen hankkeita Helsingissä 9
2 TERVE HELSINKI -HANKKEEN KUVAUS 10
2.1 Taustaa 10
2.2 Hankkeen tarkoitus ja tavoitteet 11
2.3 Rajaukset 12
3 HANKKEEN ORGANISAATIO 12
3.1 Ohjausryhmä 12
3.2 Osaprojektiryhmät 12
3.3 Muut asiantuntijat 13
3.4 Kokoukset 13
3.5 Raportointi 14
3.6 Tiedottaminen ja julkaisut 14
3.7 Riskit ja niiden hallinta 15
3.8 Hankkeen menot ja rahoitus 16
4 HANKKEEN TOTEUTTAMINEN JA OSAPROJEKTEISSA LUODUT TOIMINTAMALLIT 17
4.1 Osaprojektien esittely 17
4.1.1 Nuorten syrjäytymisen ehkäisy (Vamos-yhteistyö) 17
4.1.2 Tsemppari-hanke 19
4.1.3 Pitkäaikaistyöttömyyteen liittyvän syrjäytymisen ehkäisy -projekti 20
4.1.4 Päivystyksestä hoitoon -projekti 22
4.2 Terveysindikaattorit 24
5 HANKKEEN TOIMENPITEIDEN VAKIINNUTTAMINEN 25
5.1 Hankkeen aikana tehdyt toimenpiteet 25
5.2 THL:n suorittama hankkeen arviointi 26
6 TERVE HELSINKI -FORUM 27
6.1 Forumin paneelista nousseet arvot 27
6.2 Terve Helsinki -Forumin kyselyn tulokset terveyserojen kaventamiseksi 28
6.2.1 Terveyserojen näkyminen lapsilla 28
6.2.2 Terveyserojen näkyminen nuorilla 28
6.2.3 Terveyserojen näkyminen työikäisillä 28
6.2.4 Terveyserojen näkyminen vanhuksilla 28
6.2.5 Miten terveyseroja voitaisiin kaventaa? 28
6.2.6 Mitkä asiat estävät terveyserojen kaventamisen? 29
6.2.7 Miten esteitä voisi poistaa ja vähentää? 29
6.3 Forumista nousseet kehittämisehdotukset 30
7 TERVEYSEROJEN KAVENTAMISEN TOIMENPIDE-EHDOTUKSET 31
7.1 Lasten ja nuorten terveyserojen kaventaminen 31
7.2 Työikäisen väestön terveyserojen kaventaminen 31
7.3 Ikääntyvän väestön terveyserojen kaventaminen 32
7.4 Helsingin erityispiirteet huomioon ottava terveyserojen kaventaminen 32
7.5 Yhteenveto 33
LÄHTEET 34
Liite 1. Terve Helsinki hankkeen ohjaus- ja projektiryhmien kokoonpanot 36
Liite 2. Hankkeen tehtäväkuvaus ja vastuuhenkilöt 38
Liite 3. Terve Helsinki -Forumin ohjelma 40
Liite 4. Avoimet kysymykset Terve Helsinki -Forumiin osallistujille 41

JOHDANTO

Terveyserot ilmentävät terveyden epätasa-arvoa sekä epäoikeudenmukaisuutta ja niiden tasaaminen on ollut yksi suomalaisen terveyspolitiikan pitkän linjan päätavoitteista. Siitä huolimatta väestöryhmien väliset suhteelliset terveyserot ovat viime vuosikymmeninä pysyneet samana tai jopa suurentuneet. Suomessa sosiaaliryhmien väliset terveyserot ovat muihin Euroopan maihin verrattuna poikkeuksellisen suuret.

Helsingin kaupungissa terveyserot näkyvät sukupuolten välisinä eroina, alueellisina eroina ja sosioekonomiseen asemaan liittyvinä eroina. Työntekijämiesten ja korkeakoulutuksen saaneiden miesten elinajan odotteen ero oli vuosina 2001- 2005 7,8 vuotta, kun muualla Suomessa se oli 6,0 vuotta. Kaupungin sisällä suurpiirien väliset erot olivat miesten kohdalla korkeimmillaan 5,1 vuotta tarkastelujaksolla 2001–2005.

Terveyserojen kaventaminen on ollut Helsingin terveyspalveluiden strategisena painoalueena 2000-luvulla. Myös Helsingin kaupungin strategiassa tavoitteena on terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen.

Helsingin terveyskeskuksen useat hankkeet ovat tukeneet tätä päämäärää. Tavoitteeseen pääsemiseksi Helsingin terveyskeskus käynnisti vuonna 2009 Terve Helsinki -hankkeen (2009–2011), jossa terveyden edistämisen kohderyhmiksi valittiin nuoret ja työikäinen väestö.

Terve Helsinki -hankkeessa oli neljä osaprojektia, joista Nuorten syrjäytymisen ehkäisy -projekti ja Tsemppari-hanke keskittyivät nuorten syrjäytymisen ehkäisyyn ja Päivystyksestä hoitoon -projekti ja Pitkäaikaistyöttömyydestä aiheutuvan syrjäytymisen ehkäisy -projekti työikäisen väestön terveyserojen kaventamiseen.

Projektit kehittivät toimintamalleja, joilla voidaan ennaltaehkäistä terveyshaittojen syntymistä, puuttua syrjäytymiseen ja auttaa jo syrjäytyneitä integroitumaan takaisin yhteiskuntaan.

1 SUOMALAINEN TERVEYSPOLITIIKKA

1.1 Terveyserot – sosioekonomiset terveyserot, terveyskäyttäytyminen ja terveyspalvelut

Sosioekonomisilla terveyseroilla tarkoitetaan väestön terveydentilaa säännöllisesti osoittavissa tekijöissä, kuten kuolleisuudessa, sairastavuudessa, sairauksien riskitekijöissä sekä toimintakyvyssä ilmeneviä eroja sosiaaliluokkien ja sosioekonomisten ryhmien välillä. Sosioekonomisen aseman osoittimina käytetään tavallisimmin koulutusta, ammattiin perustuvaa sosiaaliluokkaa, työmarkkina-asemaa sekä tuloja ja varallisuutta. Sosioekonomiset terveyserot ovat osin limittäisiä muiden väestöryhmittäisten terveyserojen kanssa, joista tärkeimpiä ovat sukupuolten, siviilisäätyjen, alueiden ja etnisten ryhmien väliset erot. Myös lapsuuden olosuhteet, materiaaliset tekijät, terveyskäyttäytyminen sekä psykososiaaliset tekijät selittävät terveyseroja. (STM 2008.)

Elintavat, sosiaalinen ja yhteisöllinen elämä, elin- ja työolot sekä välillisesti yleiset sosioekonomiset, kulttuuriset ja ympäristölliset olosuhteet vaikuttavat yksilön ja hänen lähiympäristönsä terveyteen (Kuvio 1), (Dahlgren ja Whitehead, 1991/2007)

Kuvio 1. Terveyteen liittyvät sosiaaliset determinantit (lähde: Dahlgren & Whitehead 1991/2007)

Sosioekonomista syrjäytymistä ja eriarvoisuutta esiintyy kaikissa ikäryhmissä. Lapsuus- ja nuoruusvuosien aikana muodostetaan tottumukset oman terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämiseksi. Lasten terveyttä edistävät myönteiset sosiaaliset suhteet, terveellinen ravinto, riittävä liikunta sekä savuton, turvallinen ja virikkeellinen ympäristö. Vanhempien oma hyvinvointi auttaa huolehtimaan lasten terveydestä ja hyvinvoinnista. Osa lapsista joutuu kuitenkin kasvamaan terveyttä heikentävissä olosuhteissa. (STM 2008.) Tutkimuksissa on todettu, että huono koulumenestys, lyhyt koulutusura, koulutuksen ulkopuolelle jääminen ja koulutuksellinen syrjäytyminen ovat yhteydessä nuoren psyykkiseen oireiluun ja myöhemmin esiin tuleviin psyykkisiin ongelmiin.

Koulunkäyntiin liittyvien ongelmien on havaittu lisäävän mielenterveyshäiriöihin sairastumisen riskiä aikuisiällä. Toisaalta taas lapsuudessa ja nuoruusiässä esiintyvät psyykkiset ongelmat voivat vaikuttaa heikentävästi henkilön koulutusuraan. Lasten psykiatrinen hoito on usein tuloksellista. Sen sijaan hoitamattomina lasten psyykkiset häiriöt ovat melko pysyviä. Häiriöiden varhainen tunnistaminen ja ajoissa saatu hoito parantavat ennustetta ja ehkäisevät myös aikuisiän mielenterveyden häiriöitä. (Aalto-Setälä & Marttunen 2007, 207–213.)

Nuorten pitkäaikainen työttömyys, asunnottomuus, pitkäaikainen toimeentulotukiasiakkuus sekä näistä tekijöistä aiheutuva elämänhallinnan pettäminen johtavat usein nuoren syrjäytymiseen. Toimenpiteet ja tuki nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseksi tulee kohdistaa hetkiin, jolloin nuoren riski jäädä työn tai koulutuksen ulkopuolelle on suurin.

Syrjäytyminen voidaan määritellä huono-osaistumisen prosessiksi, jossa ongelmat eri elämänalueilla kasautuvat ja ruokkivat toisiaan. Syrjäytyminen ilmenee yleensä useilla eri ulottuvuuksilla; syrjäytymisenä koulutuksesta, työstä, sosiaalisista suhteista ja vaikutusmahdollisuuksista. Syrjäytymisprosessiin liittyy usein terveyttä vaarantavia elintapoja ja ongelmat voivat myös siirtyä sukupolvesta toiseen. (STM 2008.)

Työssä käyvillä on keskimäärin parempi terveys kuin työttömillä. Paras terveys on toimihenkilöillä, huonoin työntekijöillä ja maanviljelijöillä. Kotityötä tekevillä naisilla terveys on ansiotyössä olevia huonompi. Yksittäiset sairaudet, kuten sydän- ja verisuonisairaudet sekä mielenterveysongelmat, ovat yleisimpiä työntekijöillä, vähemmän koulutusta saaneilla ja pienituloisimmilla. Sosiaalinen tuki töissä suojelee psykososiaalisilta sairauksilta. Työkyvyttömyyseläkkeiden, liikkumisvaikeuksien, arkiaskareista suoriutumisen sekä työ- tai toimintakykyä haittaavien sairauksien yleisyys työikäisessä väestössä vaihtelee sosioekonomisen aseman mukaan. (THL 2011.)

Eläkeikäisillä sekä sairastavuus että toiminnanrajoitukset ovat yleisempiä vähemmän koulutusta saaneiden joukossa. Ikääntyneiden masennusoireiden on havaittu olevan yhteydessä huonoon terveydentilaan ja toimintakyvyn heikkenemiseen, riittämättömäksi koettuun sosiaaliseen tukeen ja huonoon taloudelliseen tilanteeseen. Huononeva terveys johtaa helposti eristyneisyyteen ja yksinäisyyteen. Ikääntyneiden terveydentilan kannalta itsenäisen toimintakyvyn ylläpitäminen on tärkeää. (STM 2008.)

Terveydellä ja sosioekonomisella asemalla on yksilön kohdalla kaksisuuntainen vaikutussuhde. Alemmilla sosiaaliryhmillä on enemmän terveyden kannalta haitallista ja vähemmän terveyttä edistävää käyttäytymistä. Myös terveys vaikuttaa sosioekonomiseen asemaan. Sairaus ja toimintarajoite voivat estää kouluttautumisen tai työllistymisen ja heikomman terveydentilan omaavat henkilöt pääsevät harvemmin nousemaan ylöspäin yhteiskunnallisessa arvoasteikossa. Alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevat joutuvat kokemaan enemmän vastoinkäymisiä, ongelmia ja muita stressitekijöitä, kuten työttömyyttä. Nämä tekijät heikentävät psyykkistä toimintakykyä ja mielenterveyttä. (THL 2008.)

Terveyserojen kaventaminen on kunnan tehtävä. Suomessa Kuntalain mukaan kunnanvaltuusto päättää kuntapolitiikan suunnasta. Valitessaan terveys- ja hy-

vinvointierojen kaventamisen strategiseksi painopistealueekseen kunnanvaltuusto asettaa eri hallinnonaloille velvoitteen ottaa terveysnäkökohdat huomioon omissa suunnitelmissaan ja suunnitelmien tulee nivoutua valtakunnallisiin terveys- ja hyvinvointierojen kaventamisohjelmiin. Kuntatasolla toimivimmat käytännöt tulee valita kuntalaisten terveystilanteen sekä resurssien mukaan. Sosioekonomisten terveyserojen kaventumisen kannalta on oleellista, että kaikilla väestöryhmillä on yhdenvertaiset mahdollisuudet käyttää tarvitsemiaan terveyspalveluja ja edistää ja ylläpitää niiden avulla terveyttään ja hyvinvointiaan. (STM 2008.)

1.2 Terveyserojen kaventamisen hankkeita

WHO arvioi vuonna 1992 Suomen ensimmäistä "Terveyttä kaikille vuoteen 2000"-ohjelmaa. Tuolloin WHO esitti, että täsmällisten tavoitteiden ja selkeiden toimenpiteiden esittäminen lisäisi mahdollisuuksia korjata terveydentilassa ja terveyspalvelujen saatavuudessa esiintyviä eroja. Terveyden edistämiseksi Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2006 Terveyden edistämisen laatusuositukset, jotka koskevat terveyden edistämisen suunnittelua, toteutusta, johtamista ja arviointia. Suositus sisältää esimerkkejä terveyden edistämisen sisällöistä ravitsemuksen, liikunnan ja päihteiden käytön osalta sekä käsittelee suun terveyden edistämistä, seksuaaliterveyttä, tapaturmien ehkäisyä sekä tartuntatautien leviämisen estämistä. Myös eri ikäryhmien terveyden edistämiseen liittyviä erityispiirteitä on julkaisussa nostettu esiin.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (2001) pohjautuu Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä -ohjelmaan ja linjaa Suomen terveyspolitiikkaa vuoteen 2015 saakka. Terveys 2015 -ohjelma pyrkii terveyden tukemiseen ja edistämiseen kaikilla yhteiskunnan sektoreilla, kuten kodeissa, päiväkodeissa, kouluissa, työpaikoilla, palveluissa ja liikenteessä. Kunnat ovat laajan itsehallintonsa ja toimivaltansa vuoksi keskeisessä asemassa asetettujen tavoitteiden toteuttamisessa. Terveys 2015 -ohjelmassa terveyspoliittisiin tavoitteisiin pyritään myös siten, että *"eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat"*. Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa esitetään, että kunnan terveyden edistämisen seurannan ja arvioinnin tulisi keskittyä siihen, miten palvelujen toimintarakenteet ja -käytännöt toteutuvat ja miten yhteistyö ja voimavarat kohdentuvat. Lisäksi kuntia kehotetaan terveyseroja koskevien toiminnan tuloksien jatkuvaan seurantaan, arviointiin ja raportointiin.

Suomen hallitusohjelmassa (2007) asetetaan tavoitteeksi asiakaskeskeisten palveluiden ja hyvien toimintakäytäntöjen toteuttaminen. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi hallitus asetti Terveyden edistämisen politiikkaohjelman (2007) sekä lapsiperheiden hyvinvointia, varhaista puuttumista sekä ennalta ehkäisevää työtä käsittelevän Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelman. Vuoden 2011 hallitusohjelmassa todetaan, että

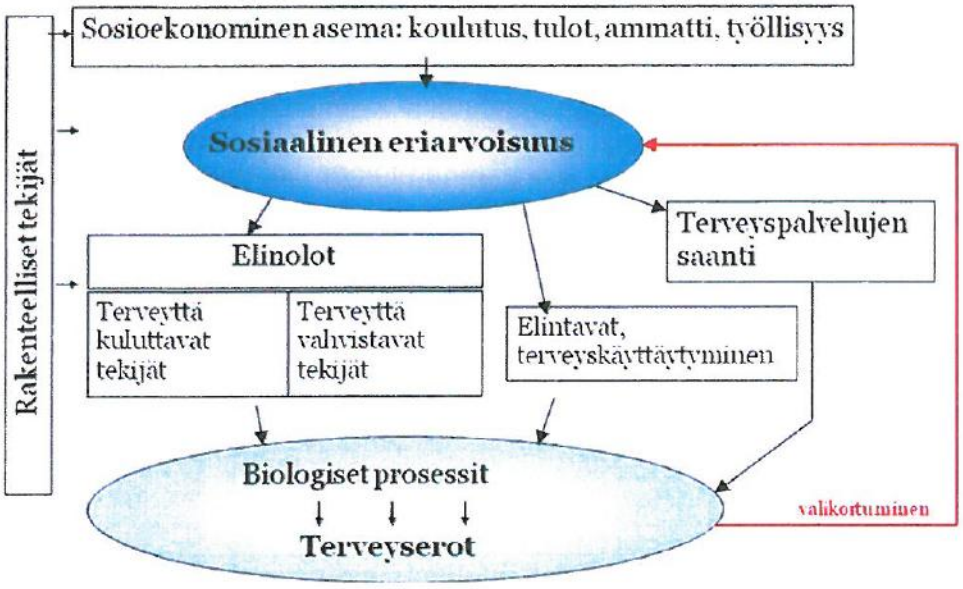
Eriarvoisuuden kasvu on vaara suomalaiselle yhteiskunnalle ja elämäntavalle. Hallitus toimii päättäväisesti hyvinvointiyhteiskunnan perusrakenteiden kehittä-

miseksi ja vahvistamiseksi. Köyhyyttä eriarvoisuutta ja epätasa-arvoa vähennetään. Perheiden hyvinvointia ja jokaisen yhteiskunnallista osallisuutta lisätään.

Suomessa harjoitetun terveyspolitiikan universalistinen perinne on suosinut kaikille väestöryhmille suunnattuja toimenpiteitä. Kuitenkin näiden rinnalle tarvitaan eri väestöryhmien ja sosioekonomisten ryhmien terveyseroja ohjaavia, yksilöityjä ja tarkoin kohdennettuja toimia. Palveluita tulee jatkossa kohdentaa erityisesti heikommassa asemassa oleville väestöryhmille ja niiden vaikuttavuutta tulee arvioida systemaattisesti. (STM 2008.)

Suomalaisen terveyspolitiikan haasteita ovat väestön vanheneminen sekä kulttuurinen ja etninen monipuolistuminen. Kaikille väestöryhmille on turvattava mahdollisuus terveytensä edistämiseen ja osallistuminen yhteiskunnan toimintaan. Ikään tai valtakulttuurista poikkeavaan kulttuuriin kuulumisesta aiheutuva syrjäytyminen on kyettävä estämään, koska se heijastuu väistämättä terveyteen. (STM 2008.)

Sosioekonomisten terveyserojen kaventamista Suomessa käsittelevässä *Teroka-hankkeessa* on tehty terveyseroja koskevaa tutkimusta. Tulosten mukaan terveyserojen syntyyn vaikuttavat monet eri tekijät. Rakenteelliset tekijät (esim. tulonjako, varallisuuden jakautuminen, asuinympäristö, asumisolot), sosiaalinen asema, elinolot, elintavat ja terveyspalvelujen saanti heijastuvat terveyseroihin ja aiheuttavat sosiaalista eriarvoisuutta (kuvio 2).



Kuvio 2. Yleismalli terveyserojen synnystä (Lähde: Teroka: Terveyserojen kaventaminen Suomessa. Mielck 2000, Pott & Lehmann 2005)

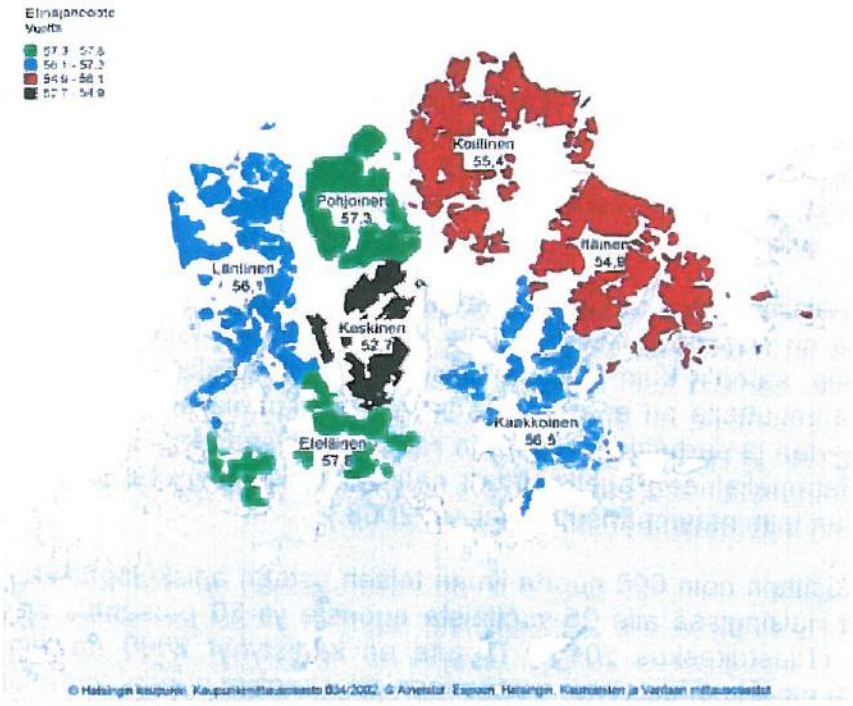
Sosioekonomiset terveyserot muodostavat keskeisen oikeudenmukaisuuteen ja tasa-arvoon tähtäävän terveys- ja yhteiskuntapolitiikan kohteen. Kansainvälisissä ja kotimaisissa tutkimuksissa on osoitettu, että sosioekonomisten terveyserojen kaventamisella vaikutetaan suoraan sairastavuuteen, kuolleisuuteen ja saavutetaan säästöjä terveydenhuollon kustannuksissa. (STM 2008.)

1.3 Terveys Helsingissä

Helsingin väestömäärä oli 579 016 (30.6.2009). Heistä suomenkielisiä oli 85 %, ruotsinkielisiä 6,1 % ja muunkielisiä 9 %. Helsingin väestön määrä on 1990-luvulta alkaen lisääntynyt ja vuoden 2007 puolivälistä lähtien muuttovoitto ulkomailta Helsingin seudulle on ollut voimakasta. Erityisesti työikäisen (55–64-vuotiaiden) sekä ikääntyvän vanhusväestön (yli 75-vuotiaiden) osuus tulee lisääntymään. (Helsingin terveydenhuollon toimintaympäristön analyysi 2008.) Sukupuolittain tarkasteltuna Helsingissä asuu naisia (53,4 %) hieman enemmän kuin miehiä. Miesten elinajanodote on Helsingissä 75,6 vuotta (koko Suomi 75,7 vuotta) ja naisten elinajanodote 81,7 vuotta (koko Suomi 82,5 vuotta). (Helsingin tietokeskus 2011.)

Väestön elintavoissa sekä terveystottumuksissa tapahtuneet muutokset ovat olleet suotuisia. Ravintotottumukset ovat muuttuneet terveellisemmiksi, ylipainoisuuden lisääntyminen on pysähtynyt ja vapaa-ajan liikunta on kasvanut. Havaittavissa on kuitenkin polarisaatiotrendi terveyskäyttäytymisen suhteen; etenkin koululaisten, nuorten aikuisten, työttömien, yksin asuvien ja syrjäytyneiden elintapakulttuurit lisäävät terveysriskejä. (STM 2008.) Helsinkiläisten terveyserot näkyvät sukupuolten, sosioekonomisten ryhmien ja alueiden välillä. Vuosien 1990–1995 ja 2000–2005 välinen vertailu osoittaa, että terveyserot sosioekonomisten ryhmien välillä ovat kasvaneet keskimäärin 0,5 vuotta ja alueiden välillä 0,8 vuotta. (Valkonen ym. 2008.)

Helsinki jaetaan aluetarkastelua varten seitsemään suurpiiriin. Suurpiirien väliset erot 20-vuotiaiden miesten elinajanodotteessa jaksolla 2001–2005 ovat suuria. Korkein elinajanodote 20-vuotiailla on Eteläisessä (57,8) suurpiirissä ja matalin Keskisessä suurpiirissä (52,7). Elinajanodotteiden vaihteluväli on suurentunut selvästi. (Kuvio 3.) (Valkonen ym. 2008.)



Kuvio 3. 20-vuotiaiden miesten elinajanodote Helsingissä suurpiireittäin kaudella 2001–2005. (Valkonen ym. 2008, 29.)

Naisilla elinajanodotteen erot suurpiirien välillä olivat jaksolla 1996–2005 pienemmät kuin miehillä. Ero Eteläisen ja Keskisen välillä oli 1,7 -vuotta, kun se miehillä oli 5 vuotta. Suurpiirien sisällä on myös huomattavia eroja, kuten esim. Pohjoisessa suurpiirissä, jossa on sekä korkean että matalan elinajanodotteen peruspiirejä. Erot peruspiirien välillä ovat suurempia kuin erot suurpiirien välillä. Korkein 20-vuotiaiden miesten elinajanodote on Itä- ja Länsi-Pakilassa sekä Kulosaaressa ja alhaisin Jakomäessä ja Alppiharjussa. Ero on n. 9,4 vuotta. Naisilla elinajanodotteet ovat korkeimmat Tuomarinkylässä ja Länsi-Pakilassa, alimmat Jakomäessä ja Alppiharjussa. Ero oli 5,6 vuotta. Alueelliset erot ovat suuremmat kuin korkea- ja perusasteen koulutuksen saaneiden erot olivat. Alueelliset erot ovat seurausta alueiden sosiaalisen rakenteen eroista. Naisten terveys jakautuu miehiä tasaisemmin. (Valkonen ym. 2008.)

Helsingissä asuvien koulutustaso on korkea. Etenkin korkea-asteen tutkintoja suorittaneiden osuus on suurempi kuin väestössä keskimäärin. Helsingissä elinajanodotteiden erot koulutusryhmien (ja sosiaaliryhmien) välillä ovat kasvaneet voimakkaasti. Helsingissä miesten elinajanodote on ollut koko ajan alhaisempaa kuin muualla pääkaupunkiseudulla ja Suomessa. Naisten elinajanodotteen kasvu 1990-luvun alusta 2000-luvun alkuun on ollut Helsingissä vähäisempää kuin miehillä, mutta piirre on yhteinen koko Suomessa. (Valkonen ym. 2008.)

Valtakunnallisen tavoitteen mukaan korkea-asteen ja perusasteen koulutuksen saaneiden elinajanodotteen eron olisi pitänyt supistua 1990-luvun alun tasolta. Kehitys on kuitenkin ollut päinvastainen. Korkea-asteen koulutuksen saaneiden miesten elinajanodote oli Helsingissä koko jakson 1991–2005 ajan suunnilleen sama kuin muualla Suomessa. Sen sijaan keskiasteen ja perusasteen koulu-

tuksen saaneiden miesten elinajanodote oli Helsingissä 1,5–2,5 vuotta alempi kuin saman koulutuksen saaneiden elinajanodote muualla Suomessa. Korkea-asteen koulutuksen saaneiden naisten elinajanodote oli Helsingissä alempi kuin saman koulutuksen saaneiden muualla Suomessa. Muun Suomen ja Helsingin välinen ero naisten elinajanodotteessa oli suurin perusasteen koulutuksen saaneilla. Tavoitteiden vastaisesti ero korkea-asteen ja perusasteen suorittaneiden naisten elinajanodotteiden välillä kasvoi. (Valkonen ym. 2008.)

Helsingin erityispiirteisiin kuuluu muuta maata lyhyempi elinajanodote ja aktiiviaika. Asunnottomia on enemmän kuin muualla Suomessa. Päihteiden käyttöä esiintyy runsaammin, samoin kuin vaikeita psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia. Helsingissä maahanmuuttajia on enemmän kuin muissa kunnissa. Moniongelmaisten lasten, nuorten ja perheiden määrä on Helsingissä suurempi kuin muualla Suomessa. Metropolialueen erityispiirteet näkyvätkin Helsingissä. (Helsingin terveydenhuollon toimintaympäristön analyysi 2008.)

Helsingissä jää vuosittain noin 600 nuorta ilman toisen asteen opiskelupaikkaa. Monilla alueilla Itä-Helsingissä alle 25-vuotiaista nuorista yli 30 prosenttia saa toimeentulotukea. (Tilastokeskus 2010.) Tilanne on kärjistynyt 2000 -luvulla, eivätkä koulutus- ja palvelujärjestelmät tavoita moniongelmaisia nuoria, vaan he eristäytyvät kotiin ja kadottavat elämänhallintansa. Syrjäytymisvaarassa olevien nuorten terveydessä on vakavia ongelmia, jotka hoitamattomina lisäävät entisestään syrjäytymisriskiä. Ongelmiensa kanssa yksin jäävien nuorten ja heidän perheidensä tukemiseksi tarvitaan nopeaa, yksilöllistä reagointia ja apua, jotta yhä useampi nuori ei syrjäytyisi ja jäisi pysyvästi koulutuksen, työelämän ja lopulta yhteiskunnan ulkopuolelle.

Väestön taloudellinen hyvinvointi ei jakaudu kaupungin sisällä tasaisesti. Tulot ovat vuosina 1995–2007 nousseet reaalisesti selvästi eniten niillä alueilla, joiden tulotaso on aikaisemminkin ollut korkea. (Tilastoja 8/2010.) Hyvätuloisilla alueilla asuvien tulot koostuvat pääasiassa palkka-, yrittäjä- ja omaisuustuloista. Pienituloisten alueilla väestö elää enimmäkseen julkiselta sektorilta saatujen tulonsiirtojen varassa. Väestörakenteesta johtuen merkittävä osa näiden alueiden tuloista muodostuu työeläkkeistä. Pienituloisilla alueilla elää pääasiassa työelämän ulkopuolella olevaa väestöä. (Helsingin terveydenhuollon toimintaympäristön analyysi 2011.)

Tilastokeskuksen työvoimatutkimuksen mukaan työttömyysaste nousi Helsingissä 6,6 prosenttiin vuoden 2009 ensimmäisen vuosineljänneksen aikana. Miesten työttömyysaste (7,6 %) oli naisia korkeampi (5,7 %). Työllisyys aleni erityisesti alle 30-vuotiailla miehillä. Nuorten, alle 25-vuotiaiden työttömien määrä lisääntyi 80 prosenttia vuoden takaisesta. Myös ulkomaalaisten työttömien määrä lisääntyi vuoden takaisesta 22 %. Kaikista Helsingin työttömistä työnhakijoista kolmanneksella oli vain perusasteen koulutus (maaliskuu 2009). Toimeentulotukea helsinkiläisistä sai 32 400 kotitaloutta. Helsingin kaupunginosien väliset erot siinä, kuinka monta prosenttia alueen asukkaista elää toimeentulotuen varassa, ovat suuret. (Helsingin tietokeskus 8/2009.)

Terveyskeskus- ja sairaalapäivystyksen runsas käyttö on yksi Helsingin terveydenhuollon ongelmista. Osa potilaista hakeutuu suoraan perusterveydenhuollon päivystykseen, koska pääsy terveysasemalle on hankalaa. Helsingin peruster-

veydenhuollon ikävakioidut kustannukset ovat suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannusten vertailun (2008) perusteella suurimmat. Helsingissä minkään ikäryhmän terveydenhuollon kustannukset eivät olleet alle vertailukaupunkien mediaanikustannusten ja 50 -vuotta täyttäneiden ikäryhmissä kustannukset olivat suuremmat kuin vertailukaupungeissa. Toisaalta asunnottomuuden, syrjäytymisen ja päihdeongelmien aiheuttamia välillisiä kustannuksia on vaikea arvioida. (Helsingin terveydenhuollon toimintaympäristön analyysi 2011.)

1.4 Terveyserojen kaventamisen hankkeita Helsingissä

Helsingin terveyskeskus on suunnannut voimavaroja niiden väestöryhmien terveyspalveluihin, joihin terveydenhuollon eriarvoisuuden riskit ovat kasaantuneet. Myös lukuisilla hankkeilla on vaikutettu terveyseroihin. Hammashuollon PD -hankkeella (positiivinen diskriminaatio) vahvistettiin maahanmuuttajataustaisten lasten ja nuorten palveluja. Tämän hankkeen vaikutuksista on olemassa näyttöä karieksen vähennyttyä kohdealueiden lapsilla.

Helsingin kaupunki on kehittänyt uusia palveluja kahdella palveluohjaustyyppisellä projektilla, joista Neppi (Nuorten ennaltaehkäisevän päihdetyön -projekti) oli alle 17-vuotiaille ja Aikalisä yli 17-vuotiaille. Varusmiespudokkaisiin kohdistuvassa valtakunnallisessa Aikalisä- hankkeessa Helsinki on ollut mukana alusta lähtien. Aikalisäohjaajia on koulutettu terveysasemien psykiatrisista sairaanhoitajista ja sosiaaliviraston sosiaalityöntekijöistä ja sosiaaliohjaajista. Syksystä 2008 Aikalisä-hankkeen toimintamallia on pilotoitu ammatillisissa oppilaitoksissa, kohderyhmänä opintonsa keskeyttävät nuoret.

Helsinki on ollut vahvasti mukana myös nuorten auttamiseen keskittyvässä Luotsi -hankkeessa. Luotsissa nuoria auttavat nuorisoasiainkeskusten, sosiaaliviraston ja terveyskeskuksen työntekijät. Luotsi -toimintaa on toteutettu jo 15 vuoden ajan. Tulokset ovat olleet hyviä ja toiminta on vakiintunutta. Myös Klaari Helsinki on tehnyt lasten ja nuorten ehkäisevää päihdetyötä vuodesta 2003 alkaen.

Tupakointi aiheuttaa neljäsosan miesten sosioekonomisista kuolleisuuseroista. Savuton Helsinki -ohjelma on kaupunginvaltuuston vahvistama tupakoinnin ehkäisy- ja vähentämisohjelma vuosille 2007–2015. Ohjelman pohjalta on perustettu mm. tupakkaklinikka sekä suunnattu voimavaroja ja tukitoimia Helsingin kaupungin työntekijöihin, ammatillisissa oppilaitoksissa opiskeleviin nuoriin, kouluihin ja nuorisotaloihin sekä kaikkiin helsinkiläisiin tupakoiviin asukkaisiin. Kundit kondikseen -hankkeessa tarjotaan kaikille 40-vuotiaille miehille mahdollisuus terveystarkastukseen ja kannustetaan miehiä terveyden edistämiseen. Kundit kondikseen -hanke on vakiintunut osaksi normaalitoimintaa.

Hoitoa vailla - vaikea hoitaa -hanke on kohdistunut asianmukaista psykiatrista hoitoa vailla oleviin, potentiaalisesti väkivaltaisesti käyttäytyviin sekä psyykkisesti oirehtiviin henkilöihin. Heidän etsimisensä, hoidon ja palvelutarpeen arvioiminen, hoidon toteuttaminen ja palveluihin kiinnittymisen tukeminen on edellyttänyt uudenlaista moniammatillista tiimityötä terveyskeskuksen psykiatrian, sosiaaliviraston ja poliisin kesken. Terveyskeskuksen psykiatrian yksikköön pe-

rustettiin erityishoidon poliklinikka näiden henkilöiden hoidon toteuttamiseksi. Toiminta on vakiintunut pysyväksi käytännöksi.

Helsingin neuvoloissa työskentelevät lähes 300 terveydenhoitajaa ovat saaneet Varhaisen vuorovaikutuksen koulutuksen (VAVU). Kotihoidossa toteutettu vanhusten syrjäytymistä ehkäisevä hanke on ollut käynnissä Helsingin yliopiston Kasvatustieteen laitoksen toiminnan, kehityksen ja oppimisen tutkimuskeskuksen kanssa. Hanke päättyi syksyllä 2009.

Verkkoterkkari-hankkeessa (2008–2010 ja 2011–2012) on Netari.fi-hankkeen kanssa yhteistyössä luotu toimintamalli, jossa terveydenhoitaja kohtaa nuoria verkkomaailmassa. Tarkoituksena on antaa nuorille ennaltaehkäisevää terveysneuvontaa sekä ohjata tarpeen vaatiessa nuoret reaalimaailman palvelujen pariin.

Kaste-ohjelman osahankkeena on Terveysasema kuntalaisen käyttöliittymänä -hanke (2009–2012). Hankkeessa päihdetyöntekijät on sijoitettu kaikille terveysasemille ja toiminta on matalan kynnyksen periaatteella tapahtuvaa palvelua, painopisteenä ennaltaehkäisy ja varhainen tunnistaminen.

Terve asunnoton -hankkeessa etsitään toimintatapoja ennaltaehkäistä ja hoitaa asunnottomien terveyttä ja ohjata heitä tarvittavien terveyspalvelujen pariin.

Näiden hankkeiden lisäksi Helsingin terveyskeskuksella on myös muita hankkeita, jotka pyrkivät vaikuttamaan terveyseroihin ja parantamaan kaupunkilaisten hyvinvointia. Eräänä voidaan mainita Terveellinen kaupunginosa -hanke, jossa usean eri osaprojektin avulla etsittiin ja kokeiltiin uusia tapoja ja malleja viedä ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa kuntalaisten luo ja samalla osallistaa ihmisiä sekä yhteisten asioiden hoitamiseen että omasta terveydestä huolehtimiseen.

2 TERVE HELSINKI -HANKKEEN KUVAUS

2.1 Taustaa

Helsingin kaupunginvaltuuston hyväksymässä kaupungin strategiaohjelmassa vuosiksi 2009–2012 nostettiin terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen yhdeksi painoalueeksi. Myös Helsingin terveyskeskuksen strategiasuunnitelman yksi painopiste vuosille 2009–2011 oli helsinkiläisten terveyden edistäminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen. Strategian toimeenpanemiseksi perustettiin Terve Helsinki -hanke, joka tähtäsi helsinkiläisten terveyserojen kaventamiseen neljän osaprojektin avulla. Hanke toteutettiin ajalla 1.3.2009–31.12.2011.

Tarkennetussa hankesuunnitelmassa kohderyhmiksi määriteltiin nuoret ja työikäinen väestö. Lasten ja ikääntyneen väestön osalta Helsingin terveyskeskuksella oli jo aiempia projekteja meneillään. Hankesuunnitelmassa katsottiin, että syrjäytymisen ehkäisy ja sosioekonomisten terveys- ja hyvinvointierojen kaven-

taminen kohdennetuilla toimenpiteillä oli tärkeää nuorten ja työikäisen väestön keskuudessa. Pääkaupunkiseudun päivystyshankkeessa tehdyt selvitykset osaltaan vahvistivat tätä näkemystä. Nuorten syrjäytymistä ehkäistiin Helsingin Diakonissalaitoksen, Vamos-projektin kanssa toteutetulla yhteistyöllä sekä koulupudokkuuteen keskittyvällä Tsemppari -hankkeella. Työikäisten terveyttä pyrittiin edistämään Päivystyksestä hoitoon - sekä Pitkäaikaistyöttömyydestä aiheutuvan syrjäytymisen ehkäisy -projekteilla. Terve Helsinki -hankkeen tavoitteena oli ottaa käyttöön kaikissa osaprojekteissa vaikuttavia toimintatapoja terveyserojen kaventamiseksi.

Kuvio 4. Terve Helsinki –hanke

2.2 Hankkeen tarkoitus ja tavoitteet

Hankkeen tavoitteena oli, että

- koulutuksen tai työelämän ulkopuolelle jäävien nuorten määrä ja syrjäytyminen vähenee vuoteen 2015 mennessä. Tavoitteeseen pääsemiseksi kehitettiin toimintamalleja koulutuksen ja/tai työelämän ulkopuolelle jäävien nuorten tavoittamiseksi, heidän terveytensä edistämiseksi ja elämänhallinnan lisäämiseksi.
- helsinkiläisten työikäisten kuolleisuus väkivaltaan, tapaturmiin, alkoholisairauksiin ja itsemurhiin vähenee 2 % vuoteen 2015 mennessä. Tavoitteeseen pääsemiseksi kehitettiin toimintamalleja päivystyksen kautta tavoitettavien, syrjäytymisvaarassa olevien aikuisten hoitoon.
- parannetaan työelämän ja työterveyshuollon ulkopuolelle jäävien aikuisikäisten henkilöiden hoidon saatavuutta sekä lisätään heidän aktivoitumistaan työn, koulutuksen ja muiden aktiviteettien pariin. Tavoitteisiin pääsemiseksi kehitettiin ja testattiin uutta toimintamallia.

Kaikkiin edellä kuvattuihin tavoitteisiin pyrittiin käynnistämällä intensiivipalveluja tietyille ryhmille. Hankkeessa kehitettiin ja testattiin uusia toimintamalleja. Hankkeen aikana hyväksi koetut toiminnot pyrittiin vakinaistamaan tai vaihtoehtoisesti hankkeiden toimintaa jatkettiin muutoin. Toimintamallista, jonka osalta toimintaa ei jatkettu, kuvattiin toteutunut toiminta sekä ehdotettiin kokemusten pohjalta näkemyksiä uudeksi toimintamalliksi.

Terveyserojen tunnistamiseksi ja tietoisuuden lisäämiseksi toteutettiin asiantuntijoista koostuva Terve Helsinki -Forum. Forumissa pidetyn asiantuntijapaneelin tarkoituksena oli tuoda esiin perusteluja hankkeen linjauksiin sekä jakaa ajatuksia terveyserojen kaventamiseksi.

Hankkeen yhteydessä lisättiin terveyskeskuksen henkilökunnan osaamista terveyden edistämisessä koulutuksen avulla. Konkreettiset, uudet toimenpiteet terveyserojen kaventamiseksi pohjautuivat teoriaan sekä Helsingin tilanteeseen.

2.3 Rajaukset

Hanke rajattiin helsinkiläisten terveyserojen kaventamiseen. Osaprojektien mallien käyttöönotto sekä koulutus toteutettiin asteittain ja erikseen sovituissa työyksiköissä.

3 HANKKEEN ORGANISAATIO

3.1 Ohjausryhmä

Terveyskeskuksen johtoryhmä seurasi hanketta ja mm. hyväksyi vuonna 2008 laaditun hankesuunnitelman ja vuonna 2009 tehdyn projektisuunnitelman.

Hankkeen etenemistä ja toteutusta ohjasi, valvoi ja arvioi terveyskeskuksen eri osastojen asiantuntijoista sekä hankkeen ulkopuolisista yhteistyötahoista muodostettu ohjausryhmä. Sen tehtävänä oli myös osaltaan hyväksyä hankesuunnitelma, päättää tarvittavista muutoksista, valvoa resurssien käyttöä ja kustannuksia sekä tukea projektipäällikön ja osaprojektien työskentelyä.

3.2 Osaprojektiryhmät

Hankkeen alla toimivat osaprojektit muodostivat omat projektiryhmät, jotka osallistuivat hankkeen läpiviennin suunnitteluun ja toteutukseen kohteena olevissa työyksiköissä yhteistyössä hankkeen projektipäällikön kanssa. Osaprojektien toimintaa organisoi ja ohjasi projektipäällikkö vastaten myös ryhmän tiedotuksesta sekä koulutusten suunnittelusta, organisoinnista ja seurannasta. Ryhmien kokoonpanot ovat liitteessä 1.

3.3 Muut asiantuntijat

Hankkeessa hyödynnettiin eri asiantuntijoita. Ecomed- ja Gentia tietokannoista kerättävien tietojen osalta hyödynnettiin Helsingin terveyskeskuksen suunnittelijoiden sekä THL:n asiantuntijoiden asiantuntemusta. Hankkeen kustannusseurannassa avusti strategiayksikön erityissuunnittelija Outi Väistö. Koulutustilaisuuksien ilmoittautumisista sekä tilavarauksista vastasi koulutussihteeri Katariina Ilves.

Päivystyksestä hoitoon -projektin mallinnuksessa, tulosten analysoinnissa sekä raportoinnissa käytettiin apuna sairaanhoitaja (YAMK) Jan Holmbergin asiantuntemusta. Hankkeen Internet sivujen toteutuksessa ja tietojen päivityksessä avusti verkkotoimittaja Vesa Puukka. Julkaisujen ilmiasun viimeistelyssä avusti Helsingin terveyskeskuksen viestintätiimi.

Terve Helsinki -hankkeen kokonaisarvioinnin suoritti THL.

3.4 Kokoukset

Ohjausryhmä kokoontui ensimmäisen kerran lokakuussa 2009. Vuonna 2009 kokouksia pidetään suunnitellusti 2, 2010 neljä ja 2011 yhteensä 7 kertaa. Kokouksista laadittiin asialistat ja muistiot.

Osaprojektiryhmät kokoontuivat osaprojektien käynnistyessä. Nuorten syrjäytymisen ehkäisyn projektiryhmän kokouksia, joihin osallistui sekä Vamos että Tsemppari-hanke, kokoontui vuonna 2009 kaksi, 2010 viisi ja 2011 viisi kertaa. Lisäksi projektipäällikkö osallistui säännöllisesti Vamos johtoryhmän kokouksiin vuosien 2009–2011 ajan.

Tsemppari-hankkeen ohjausryhmän kokouksia pidettiin 6 kpl vuosina 2009 ja 2010 sekä 2011 5 kpl. Lisäksi Tsemppari-hanketta käsiteltiin Opetusviraston rehtorikokouksissa keväällä ja syksyllä 2010. Tsemppari-hankkeen projektityöryhmä kokoontui kuukausittain.

Päivystyksestä hoitoon projektiryhmä kokoontui vuonna 2009 yhden, 2010 seitsemän ja 2011 6 kertaa. Pitkäaikaistyöttömyyden ehkäisy -projektin projektiryhmän kokouksia pidettiin 2009 aikana kaksi, 2010 seitsemän ja 2011 kaksi kertaa.

Projektipäällikkö vastasi hankkeen kokousten valmistelusta, dokumentoinnista, arkistoinnista ja tiedoksi antamisesta lukuun ottamatta Tsemppari-hanketta, jonka kokouksien valmisteluista ja dokumentoinnista huolehti kyseisen hankkeen projektikoordinaattori. Muut asiantuntijapalaverit sovittiin erikseen. Tällaisia muita asiantuntijapalavereita pidettiin osa-projektien tavoitteiden edistämiseksi ja henkilökunnan sitouttamiseksi. Lisäksi projektityöntekijät osallistuivat yksiköidensä sisäisiin kokouksiin viikoittain.

Osaprojekteja ja hanketta esiteltiin Helsingin terveyskeskuksen muissa sisäisissä kokouksissa pyynnöstä.

3.5 Raportointi

Projektipäällikkö raportoi hankkeen etenemisestä, sen vaiheista ja toimenpiteistä hankkeen ohjausryhmän ja terveyskeskuksen johtoryhmän kokouksissa vuosittain. Projektipäällikkö ja projektityöntekijät laativat myös hankkeen raportit ja julkaisut. Osastokohtaisten työryhmien jäsenet ja/tai tukihenkilöt raportoivat käyttöönoton etenemisestä pääosin työkokouksissa. Ongelmatilanteista raportoitiin suoraan projektipäällikölle, joka konsultoi tarvittaessa ohjausryhmää, kehittämisjohtajaa tai muita asiantuntijoita.

3.6 Tiedottaminen ja julkaisut

Terve Helsinki -hankkeesta tehtiin omat Internet-sivut. Kehittämisjohtaja ja projektipäällikkö huolehtivat pää- ja osahankkeen välisestä tiedottamisesta sekä hanketta koskevasta sisäisestä tiedottamisesta ohjaus- ja työryhmille sekä terveyskeskuksen johtoryhmälle. Osahankkeesta tiedotettiin sähköisesti terveyskeskuksen intranetissä. Hanke oli esillä Terveiset lehdessä, Helsingin Diakonissalaitoksen lehdessä sekä Premississä. Tsemppari ja Vamos toiminta osallistuivat myös sosiaalisiin medioihin.

Osaprojekteista laadittiin Terve SOS -tapahtumassa esitetyt posterit
"Päihdetyö tehostuu Helsingin terveyskeskuksen päivystyksissä"
"Terveyserot kaventuvat kohdennetuilla toimenpiteillä -Erityistyöntekijöiden jalkautuminen ammatillisiin oppilaitoksiin"
"Terveyserot kaventuvat kohdennetuilla toimenpiteillä – Nuorten syrjäytymistä voidaan ehkäistä".

Kouluterveydenhuollon päivillä oli posteri:
"Terveyserot kaventuvat kohdennetuilla toimenpiteillä – Tsemppari -nuorten aikalisähankkeen erityistyöntekijöiden jalkautuminen ammatillisiin oppilaitoksiin. Toisen asteen koulutuksen keskeyttämisvaarassa olevien ja keskeyttävien nuorten tukeminen ja ohjaaminen."

Terveystieteiden akateemiset johtajat ja asiantuntijat ry:n seminaaripäivillä 25–26.10.2011
"Nuorten syrjäytyminen ja sen ehkäisy Terve Helsinki -hankkeessa"
"Terveyserot kaventuvat kohdennetuilla toimenpiteillä"

Lisäksi osaprojekteista oli artikkeleita alan lehdissä tai verkkojulkaisuissa.

Hanke tai sen osaprojektit ovat olleet esillä:

Sairaanhoitajapäivillä (2010 ja 2011)
Ammatillisen koulutuksen hyvinvointiseminaarissa (2011)
Mielenterveys – ja päihdetyön valtakunnallinen kehittämisseminaari (25.8.2009)
Työllistämistoimikunnan seminaari 2009 (11.9.2009)
Nuorten tuen tarpeet ja ohjauksen haasteet -seminaari (UNO-hanke 29.1.2010)
Omaa Polkua Tulevaisuuteen -seminaari (25.3.2010)
Opiskelijahuollon kohtaamispäivä (21.10.2010)
Opiskelijahuollon ja terveydenedistämisen mahdollisuudet ammatillisissa oppilaitoksissa (Aluehallintokeskus 28.9.2010)

Lautakuntien iltakoulu (23.3.2011)
Ammatillisen koulutuksen hyvinvointiseminaari (9.3.2011)
Kouluterveydenhuollon yksikön Lääkärikokous (24.4.2011)
Psykiatrisen konsultaatiopoliklinikan kehittämispäivä (8.6.2011)
TE-toimiston 10-vuotis päivillä (21.1.2011)
Ylihoitajien täydennyskoulutuspäivillä (2010)
Terveysasemien johtajien seminaarissa (2011)
Kaupunginsairaalan johtoryhmässä (2011)
Nordic Conference of Mental Health Nursing (2010)
Läntisellä A-klinikalla ja Hangonkadun kuntoutuskeskuksessa
Tervalammin päihdekuntoutusyksikössä (2011)
Opetushallituksen päihdetutkintotoimikunnassa (2010)
Uudenmaan sairaanhoitajat ry:n päihdehoitotyön verkostoissa (2010)
HUS:in henkilöstölle kahdessa tilaisuudessa Meilahdessa (2011)
Auroran sairaalan Psykiatrian päivystyksen sekä vuodeosastojen henkilökunnalle (2010 ja 2011)
Lapin ja Satakunnan sairaanhoitopiirien Kaste-ohjelmassa työskenteleville hanketyöntekijöille (2011)
Terken päihdekoulutusiltapäivissä (4) (2011)
Terveyden ja hyvinvoinnin hankkeen kolmessa koulutusseminaarissa Venäjällä (Kuola, Montshegorsk ja Apatiitit)
Yle TV-uutisten päälähetyksessä uutisointi (29.7.2011)
Terveystieteiden akateemiset johtajat ja asiantuntijat ry:n seminaaripäivillä 25–26.10.2011
THL:n Edistämme hyvinvointia – Kavennamme terveyseroja -seminaarissa 8.12.2011

3.7 Riskit ja niiden hallinta

Taulukko 1. Hankkeen riskit ja niiden hallinta

Riskit	Toimenpiteet riskien minimoimiseksi
Taloudelliset riskit/Rahoituksen puute	Hyvin laadittu hankesuunnitelma/toimintojen tuloksellisuuden kuvaus. Riskejä vähensi tarkka menojen suunnittelu ja seuranta. Epävarmuutta lisäsi se, että rahoitus maksettiin jälkikäteen erillisen arvion perusteella.
Henkilöstöriskit/vaihdokset	Henkilöstön sitouttaminen. Henkilöstömuutoksia tuli hankkeen aikana vähän. Henkilöstömuutoksiin pyrittiin vaikuttamaan määräaikaisilla työsopimuksilla sekä tarkalla rekrytoinnilla.
Resurssien riittämättömyys	Hyvä suunnittelu ja aikataulutus. Osaavien ja motivoituneiden henkilöiden mukaan saanti ja riittävän kokeneet työntekijät mahdollistivat hankkeen toiminnan suhteellisen pienillä resursseilla. Hankkeessa hyödynnettiin myös Helsingin terveyskeskuksen vakituisen henkilökunnan osaamista tarpeen mukaan.
Juurruttaminen/Pysyvät toiminnot	Toiminnoista tiedotettiin ja laadittiin ohjeet ja julkaisut. Asioita käsiteltiin osaprojektien

	kokouksissa. Projektipäällikkö teki terveyskeskuksen johdolle ehdotuksen toimintojen vakiinnuttamiseksi tai lopettamiseksi tulosten ja toteutusten pohjalta. Lisäksi osaprojektien aihepiiriin kuuluvista asioista laadittiin pyydettäessä lausuntoja. Pyrittiin sitouttamaan oikeat toimijat toimintoihin mukaan jo hankkeen alussa.

Hankkeen riskeistä toteutui Pitkäaikaistyöttömyydestä johtuvan syrjäytymisen ehkäisy -projektissa asiakkaiden tavoitettavuuden ongelma, mikä vaikeutti projektin toteutusta ja aiheutti sen keskeyttämisen. Riskeistä toteutui myös projektipäällikön vaihtuminen hankkeen lopussa.

3.8 Hankkeen menot ja rahoitus

Hankkeen pääasialliset menot muodostuivat projektissa toimineiden henkilöiden palkka- ja sivukuluista. Lisäksi kuluja aiheutui tila- ja välinevuokrista, puhelinkuluista sekä julkaisukuluista. Myös vuonna 2010 toteutettu Terve Helsinki -Forum aiheutti hankkeelle kuluja.

Hankeen menoja rahoitettiin Sosiaali- ja terveysministeriön vuosittain myöntämällä Terveyden edistämisen määrärahalla (100 000 e/vuosi). Lisäksi vuosien 2010 ja 2011 aikana toimintaa rahoitti myös Helsingin kaupungin Innovaatiorahasto (150 000 e/vuosi) sekä Helsingin terveyskeskus sekä Henkilöstökeskus.

Hankkeen ensimmäisenä vuonna kuluja aiheutui 100 404,96 euroa ja vuoden 2010 aikana kuluja kertyi 254 237,40 euroa ja vuonna 2011 279 008,29 euroa. Hankkeen tulot ja menot on eritelty vuosittain liitteessä. Hankkeen taloudellisen arvion teki erityissuunnittelija Outi Väistö. Hankkeen kuluja ja menoja valvoi projektipäällikkö sekä hankkeen ohjausryhmä.

4 HANKKEEN TOTEUTTAMINEN JA OSAPROJEKTEISSA LUODUT TOIMINTAMALLIT

Terve Helsinki -hankkeen hankesuunnittelu alkoi vuonna 2008, jolloin Helsingin terveyskeskuksessa tehtiin alustava selvitys helsinkiläisten terveyserojen kaventamishankkeeksi. Selvityksen taustalla oli Helsingin kaupungin ja Helsingin terveyskeskuksen strategiasuunnitelmat. Hankkeen tehtäväkuvaus ja vastuuhenkilöt on nähtävissä liitteessä 2.

- Hankkeessa järjestettiin Terve Helsinki -Forum

koulutettiin päivystyksen henkilökuntaa havainnoimaan ja tunnistamaan syrjäytymisvaarassa oleva tai jo syrjäytynyt asiakas

- luotiin, testattiin ja toteutettiin käytännön tasolla terveyserojen kaventamiseen tähtäävät osaprojektit, joiden toiminta kuvattiin ja mallinnettiin

4.1 Osaprojektien esittely

Kaikista osaprojekteista on kirjoitettu omat raportit, joissa projektien toimintamallit ja tulokset on kuvattu tarkemmin. Nuorten syrjäytymisen ehkäisy -projektin, Tsemppari-hankkeen ja Päivystyksestä hoitoon -projektin loppuraportit on julkaistu Helsingin kaupungin terveyskeskuksen Raportteja -sarjassa ja Pitkäaikaistyöttömyyteen liittyvän syrjäytymisen ehkäisy -projektin loppuraportti terveyskeskuksen Monisteita -sarjassa.

4.1.1 Nuorten syrjäytymisen ehkäisy (Vamos-yhteistyö)

Tausta

Nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseksi Terve Helsinki -hanke aloitti vuonna 2009 yhteistyön Helsingin Diakonissalaitoksen Vamos-projektin kanssa. Projektin tarkoituksena oli etsivän työn avulla löydettyjen, syrjäytymisvaarassa olevien tai jo syrjäytyneiden, 16–29-vuotiaiden nuorten ohjaaminen terveydenhuollon, koulutuksen ja työn pariin. Vamos-projektin aikana oli käynyt ilmi, että lähes kaikilla nuorilla oli terveydellisiä ongelmia, joihin he tarvitsivat apua, mutta eivät kyenneet itse hakeutumaan tarvittaviin palveluihin. Hoitamattomat terveysongelmat vaikeuttivat nuorten tilannetta lisää ja estivät osaltaan elämäntilanteen selvittelyä ja tulevaisuuden suunnittelua.

Osaprojektissa työskenteli vuonna 2009 työparina sosionomi ja sairaanhoitaja sekä vuoden 2010–2011 aikana sairaanhoitajan ja lääkärin muodostama työpari.

Toimintamalli

Projektissa kehitettiin toimintamalli, joka perustui jalkautuvaan, matalan kynnyksen toimintaan. Vamos-projektin etsivää työtä tekevät projektityöntekijät voivat varata nuorelle ajan psykiatrisen sairaanhoitajan ja / tai psykiatrin vastaanotolle,

mikäli työntekijä arvioi nuoren tarvitsevan terveydenhuollon apua ongelmiinsa tai nuori itse haluaa sairaanhoitajan / lääkärin vastaanotolle.

Yhteistyötä kehitettiin myös terveyskeskuksen muiden toimijoiden kanssa ja sovittiin, että nuori voi hakeutua terveysasemien psykiatristen sairaanhoitajien vastaanotolle ilman Helsingin terveyskeskuksen alueellisia rajoitteita. Hoitoon pääsyä helpotettiin ja nopeutettiin sekä kriteereitä muutettiin (lähetteettömyys, ei edellytetty kuukauden mittaista päihteettömyyttä ennen vastaanottoajan saamista). Nuoren ohjaamista terveysasemalle tai muihin olemassa oleviin terveydenhuollon palveluihin tuki projektissa toimivan psykiatrisen sairaanhoitajan ja lääkärin tekemä arvio nuoren terveydentilasta.

Tulokset

Vuosien 2009–2011 aikana tavoitettiin 641 (kesäkuu 2011) nuorta, joista 74 % oli miehiä. Nuorista 18 % oli maahanmuuttaja taustaisia ja 6 % romaneja. Suurin osa asiakkaista oli 18–22-vuotiaita (70 %). Terveydellisistä syistä tehtyjä ohjauksia oli yhteensä 740 kappaletta. Eniten terveydellisistä syistä tehtyjä ohjauksia tehtiin psykiatrian poliklinikalle (29 %), nuorisoasemille (26 %) ja terveyskeskuksen palveluihin (25 %).

Nuorisolain myötä Vamoksen etsivälle nuorisotyölle tuli kouluista yhteydenottoja 9/2011 mennessä 130 kappaletta.

Nuorten työllisyyden edistämiseksi nuoria ohjautui nuorten valmentavaan koulutukseen, muuhun koulutukseen, työhön tai työharjoitteluun sekä nuorten toimintakeskukseen. Näiden lisäksi tavoitettiin useita nuoria kertaluonteisesti kaduilla, lähiöissä ja nuorten suosimissa paikoissa ja he tarvitsivat apua esimerkiksi kevään yhteishaussa. Suuri osa ohjautuneista nuorista oli pitempiaikaisen avun tarpeessa. Heillä ongelmina olivat asunnottomuus, koulutuksen puute, pitkäaikaistyöttömyys. Osa nuorista oli syrjäytynyt kotiin. Lähes kaikilla oli elämänhallinnassa vakavia puutteita ja vaikeuksia selvitä arjesta.

Nuorten toimintakeskuksessa järjestettiin nuorten omien toiveiden pohjalta suunniteltuja terveyden edistämiseen keskittyviä tiedotustilaisuuksia. Tilaisuuksien aiheita olivat esimerkiksi päihteet, terveelliset elämäntavat ja seksuaaliterveys.

Arviointi

Nuorten syrjäytymisen ehkäisy -projektia arvioitiin seuraamalla käyntimääriä, potilasohjauksia eri toimenpiteisiin, peruuttamattomia käyntejä, puheluiden määrää, verkostotapaamisia ja kotikäyntejä. Projektityöntekijät kirjasivat tehdyt toimenpiteet. Kokonaisvaikuttavuuden arviointia on tehty yhdessä Diakonissalaitoksen Vamos-projektin kanssa.

Projektia on kehitetty yhdessä nuorten kanssa ja mm. terveysluennot ovat suunniteltu nuorten toiveiden pohjalta. Nuoret olivat mukana ideoimassa ja kehittämässä toimintaa Forum Viriumin Idealingossa, josta saatuja ideoita käytetään jatkossa toiminnan kehittämiseen.

4.1.2 Tsemppari-hanke

Tausta

Koulupudokkuuteen keskittyvä Tsemppari -hanke aloitti toimintansa Terve Helsinki -hankkeen yhteydessä 1.4.2010, jolloin Terve Helsinki -hankkeen puheenjohtaja aloitti toimintansa Tsemppari -hankkeen ohjausryhmän puheenjohtajana. Tsemppari -hanke oli alkanut vuonna 2008 Nuorten Aikalisä -hankkeena, joka perustui armeijapudokkaiden Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -hankkeesta saatuihin malleihin, joita testattiin oppilaitosmaailmassa.

Toimintamalli

Hankkeessa mallinnettiin oppilaan poissaoloihin puuttuva aikalisätyöskentelymalli sekä opintonsa keskeyttämistilanteeseen kohdentuva etsivän työn malli. Aikalisätyöskentelymallissa korostuvat varhainen puuttuminen sekä opiskelijan "saattaen – vaihtaen" palvelu. Toiminnan mallintaminen ja pilotointi käynnistyi Helsingin tekniikan alan oppilaitoksessa (Heltech) Vallilassa ja se laajeni syksyllä 2010 Helsingin sosiaali- ja terveysalan oppilaitokseen (Hesote), Helsingin palvelualojen oppilaitokseen (Helpa) sekä Diakoniaopistoon.

Hankkeessa toimi tsempparіohjaajina neljä psykiatrista sairaanhoitajaa. Psykiatrisen sairaanhoitajan työ muutettiin oppilaitoksen sisällä tapahtuvasta tavallisesta vastaanottotyöstä osin jalkautuvaksi työksi. Tsempparіohjaajat tapasivat opiskelijoita työsaleissa ja oppituntien aikana vastaanottojen lisäksi. Tsemppari -työotteen perustana oli yksilöllinen kohdennettu tuki kaikille ja keskeinen osa tukipalvelua oli poissaoloihin puuttumisen tehostaminen.

Kolmikantamallin mukaisesti tsemppari-ohjaaja tapasi yhdessä ryhmänohjaajien kanssa opiskelijoita, joilla on paljon poissaoloja ja mahdollisesti mielenterveys- tai päihdeongelmia. Jalkautuvalla työtavalla kohdattiin suuri määrä nuoria, pystyttiin havainnoimaan keskeyttämisiä ennakoivia riskejä sekä ennaltaehkäisemään niiden kasautumista. Tsemppari -tukipalvelussa nuorelle annettiin mahdollisuus henkilökohtaiseen, säännölliseen tukeen, minkä on todettu olevan merkittävää opintojen etenemisen ja ongelmista selviytymisen kannalta. Yhteistyö muiden toimijoiden, kuten Arkiohjaajien, Tulevaisuustiskin ja Vamoksen kanssa oli osa toimintaa.

Tulokset

Syyslukukauden 2010 (elo-joulukuu) aikana tsemppari-ohjaajina toimiville psykiatrisille sairaanhoitajille kertyi yhteensä 1020 käyntiä. Tammi-toukokuun 2011 aikana käyntejä oli 2083. Käyntimäärät lisääntyivät syyslukukaudesta kevätlukukauteen 104,2 %. Hoitajittain asiakasmäärät vaihtelivat 25:stä 565:n. Vaihteluväli oli 4–13 asiakasta päivässä, keskiarvon ollessa 10 tapaamista päivässä. Tulokset osoittivat, että jalkautuvan työmuodon kautta asiakastapaamisten määrät nousivat. Ehkäisevän työn painotus lisääntyi. Nuorten ongelmina korostuivat masennus- ja ahdistuneisuusoireet, psykoottistasoinen oirehdinta, päihteet, elämän- ja kehityskriisit sekä poissaolot. Opetusviraston tilastojen mukaan oppilaitoksista eronneiden määrä väheni kokeilun aikana kahdessa koulutusyk-

sikössä. Heltechissä negatiivisesti eronneiden opiskelijoiden määrä on laskenut vuodesta 2008 vuoteen 2009 13,2 %:sta 11,8 %:iin.

Arviointi

Arvioinnissa käytettiin asiakastapaamisten määrää, jatko-ohjauksia, käyntikertoja (ensimmäinen/uusintakäynti), puheluja ja viranomaisyhteistyötä. Projektityöntekijät tilastoivat kaikki tekemänsä toimenpiteet.

Psyra-lomakkeen avulla tarkasteltiin tarkemmin psykiatristen sairaanhoitajien työnkuvaa ja asiakaskohtaamisia syksyllä 2010. Toimintaa on lisäksi arvioitu kyselyllä tsempparіohjaajilta, ryhmänohjaajilta, opettajilta ja opiskelijoilta itseltään. Arviointia on tällöin tehty otoksina muutaman kuukauden ajan.

Koulupudokas hankkeen kautta on havaittu selvästi tarvetta koulujen sisällä tapahtuvalle työskentelymuodolle, jossa tehokkaasti puututaan nuoren poissaoloihin. Jalkautumisen myötä tapahtunut käyntimäärien lisäys osoittaa, että toimintamalli tukee psykiatrisen sairaanhoitajan tavoitettavuutta.

Opiskelijat ovat olleet mukana kehittämässä hanketta ja ideoivat hankkeen alussa mm. Tsempparіohjaaja -nimen.

4.1.3 Pitkäaikaistyöttömyyteen liittyvän syrjäytymisen ehkäisy -projekti

Tausta

Työttömyys voi aiheuttaa sairastumista, ja toisaalta sairastuminen voi johtaa työttömyyteen. Projektin tavoitteena oli tavoittaa työttömäksi jääneitä työikäisiä asiakkaita TE-toimistossa ja tarjota työttömäksi jääneille henkilöille terveyspalveluja joustavasti ja helposti. Lisäksi tavoitteena oli aktivoida asiakkaita terveydenhuollon-, työllisyyden sekä muiden, työllisyyttä ja elämänlaatua kohentavien aktiviteettien pariin. Projektissa työskenteli yksi terveydenhoitaja.

Toimintamalli

Toiminnassa TE-toimiston työvoimavirkailijat tarjosivat TE-toimistossa asioiville työttömäksi jääneille asiakkaille mahdollisuutta maksuttomiin terveydenhoitajan terveystarkastuksiin. Terveydenhoitajan tapaamiset oli mitoitettu aikatauluiltaan joustaviksi, mikä mahdollisti asiakkaiden tilanteen mahdollisimman hyvän tarkastelun.

Terveydenhoitajan vastaanotolle saapumista edelsi asiakkaan allekirjoittama suostumus palvelusta. Tavoitteena oli asiakkaiden terveydentilan kartoitus sekä tarpeen vaatiessa hoitoon ohjaaminen. Lisäksi asiakkaita ohjattiin takaisin TE-toimiston virkailijalle tai muulle taholle, kuten sosiaaliasemalle tai alueella toimiviin aktiviteetteihin, kuten liikuntaan tai muuhun harrastetoimintaan.

Tulokset

Tuloksia analysoitaessa huomioitiin asiakkaiden työllistyminen ja työllistymistilanne sekä asiakkaan terveydellinen tilanne ja ohjaukset jatkohoitoihin.

Terveydenhoitajan vastaanotot käynnistyivät marraskuun puolivälissä 2010. Asiakkaita terveydenhoitajalla kävi yhteensä 171. Heistä miehiä oli 45 %. Enemmistö asiakkaista oli syntynyt 60-luvulla. Ulkomaalaistaustaisia oli 26 % ja romaneja 2 %.

Terveystarkastuksista alle 60 minuuttia kestäviä käyntejä oli 50 ja 121 käyntiä kesti tunnin tai enemmän. Tarvittaessa asiakas pyydettiin jatkokäynnille. Ensimmäisiä käyntikertoja oli 136, toisia käyntikertoja 34 ja kolmansia käyntikertoja yksi. Asiakkaille tehtiin tarpeen mukaan laajempi terveystarkastus, joita toteutui yhteensä 43 kappaletta.

Asiakkaista 97 %:lla oli terveysongelmia saapuessaan terveydenhoitajan käynnille. Terveydenhoitajan luona käyneistä asiakkaista 40 % kärsi testien perusteella itsekoetuista mielenterveydellisistä ongelmista, kuten masennus- tai mielialaoireista. Päihdeongelmia oli 14 % ja muita terveysongelmia 90 %:lla vastaanotolla käyneistä. Taloudellisista ongelmista mainitsi 24 % asiakkaista. Ohjauksia terveydenhuollon palveluihin tehtiin 108 kappaletta.

Terveydenhoitajalla käyneistä asiakkaista lääkärille ohjattiin 56 % ja psykiatriselle sairaanhoitajalle 19 %. Terveysaseman terveydenhoitajalle tehtiin ohjauksia 7 % ja päihdetyöntekijälle 2 %. Kaikille terveydenhoitajan luona käyneille, yhtä asiakasta lukuun ottamatta annettiin ohjausta elintapoihin, liikuntaan ja ravitsemukseen liittyen. Heitä myös aktivoitiin paikallisiin toimintoihin, kuten liikunnan pariin.

Terveydenhoitajan vastaanotolla käyneistä asiakkaista 63 %:lla työttömyys oli ollut kestoltaan alle vuoden mittainen. 5 %:lla tilanne TE-toimistossa oli edennyt projektin aikana. Työvoimahallinnon ulkopuolelle oli siirtynyt 12,4 %, työhön 6,7 % asiakkaista ja 73 % oli toiminnan päättyessä työttömänä.

Arviointia

Tulosten perusteella voidaan todeta, että työttömillä työnhakijoilla oli runsaasti terveydellisiä ongelmia, jotka vaativat ohjausta olemassa oleviin terveyspalveluihin. Asiakkaat hyötyivät terveytensä kannalta terveydenhoitajan vastaanotolla käymisestä. Terveydenhoitajan luona käymisellä näytti olevan lievästi vaikutusta asiakkaan työllistymiseen. Projektissa saavutetut asiakasmäärät eivät kuitenkaan vastanneet terveysasemien terveydenhoitajilta edellytettävää määrää, eikä asiakasmääriä saatu nostettua eri toimenpiteistä huolimatta. Projekti lopetettiin kesäkuussa 2011.

Syksyllä (elokuu 2011) pyrittiin ForumViriumin toteuttaman puolipäiväisen Idealingon avulla löytämään toimivia muotoja työttömien terveyspalvelujen järjestämiseksi Helsingissä, yhteistyössä Duurin, TE-toimiston, Henkilöstökeskuksen sekä Terveyskeskuksen kanssa. Syntyneet ideat ovat olleet kansalaisten kommentoitavina ja edelleen kehitettävinä. Helsingin kaupungin henkilöstökeskus ja

terveysasemaosasto jatkavat työttömien terveyspalveluiden järjestämisen kehittämistä.

4.1.4 Päivystyksestä hoitoon -projekti

Tausta

Pääkaupunkiseudun Päivystyshankkeen (2006–2008) yhteydessä Helsingin kaupungin terveyskeskus selvitti terveyskeskuspäivystyksessä asioivien potilaiden asiakasprofiilia erityisesti ei-kiireellisen hoidon tarpeessa (E-luokka) olevien potilaiden kohdalla. Selvityksestä kävi ilmi, että terveyskeskuspäivystykseen hakeutuvat ei-kiireelliset potilaat ovat mm. sairaampia kuin muut terveyskeskuspäivystystä käyttävät potilaat, he tulivat sosioekonomisesti heikommilta alueilta ja heillä oli enemmän sosiaalisia vaikeuksia, mielenterveysongelmia ja alkoholin riskikäyttöä kuin muilla päivystyksen potilailla. Myös runsas nuorten naisten osuus E-luokan potilaista kiinnitti selvityksessä huomiota. (Harkko 2008.)

Helsingin terveyskeskuksen sairaalapäivystyksen ja terveyskeskuspäivystyksen sosiaalityön tarvetta kartoittanut selvitys tehtiin ajalla 11.8.–31.10.2008. Selvityksessä todettiin, että terveyskeskuksen päivystyspisteissä oli tarvetta sosiaalityölle ja/tai päihdetyöntekijälle myös päivystysaikaan. (Korkala 2008.)

Selvityksessä tuli esille, että terveyskeskuksen päivystyspalveluja käyttävillä on suurempi syrjäytymisen riski. Näiden päivystystä käyttävien erityisryhmien tavoittamiseksi ja heidän terveytensä edistämiseksi päivystyspalveluiden käytön ohjaus ja laatu vaativat kehittämistä.

Toimintamalli

Osaprojektissa kehitettiin päivystyksen palveluja ja tiivistettiin ja kehitettiin yhteistyötä päivystyksen erityistyöntekijöiden sekä perusterveydenhuollon välillä. Projektissa luodulla mallilla voidaan aiempaa paremmin tunnistaa asiakas, joka ei tuo päihteiden käyttöä esiin mutta jonka riskikäyttö aiheuttaa terveysongelmia. Lisäksi osaprojektissa järjestettiin mittavaa päihde- ja terveyden edistämisen koulutusta henkilökunnalle.

Projektin ajan sekä Marian että Haartmanin sairaalassa työskenteli päihdetyöntekijät. Terveyskeskus- ja sairaalapäivystykseen saapuville, ei-kiireellisille potilaille annettiin AUDIT-lomake täytettäväksi. Potilaan niin halutessa hoitohenkilökunta keskusteli potilaan kanssa alkoholin käytöstä ja ohjasi potilaan tarvittaessa jatkohoitoon. AUDIT-lomake sisälsi myös psyykkistä vointia kartoittavan kysymyksen. AUDIT:n tekeminen kirjattiin Pegasokseen.

Tulokset

Haartmanin ja Marian sairaaloiden päihdetyöntekijöiden potilasmäärät ajalla 1.1.–22.8.2011olivat yhteensä 632 potilasta, joista päivystyspoliklinikoilla 360 potilasta ja osastoilla 230 potilasta. Tämän lisäksi päihdetyöntekijän vastaanotolla kävi 37 potilasta. Konsultaatioita päivystyspoliklinikoille oli 154, osastoille 159 ja ulkopuolisille 36 kpl. Soittoja potilaille tai potilailta oli yhteensä 129 puhe-

lua. Tämän lisäksi päihdetyöntekijät tapasivat potilaiden omaisia ja osaa potilaista tavattiin yhdessä sosiaalityöntekijän tai psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa. Potilaiden ikäjakauma noudattaa päihdehuollon piirissä vallitsevaa jakaumaa, jonka mukaan tyypillisin asiakas on 48-vuotias mies. 46–65 -vuotiaiden miesten ryhmä on selkeästi suurin, 197 potilasta.

Naisia potilaista oli 212, mikä vastaa päihdehuollon piirissä olevien naisten määrää. 46–65-vuotiaita naisia oli yhteensä 84 potilasta. Päihdetyöntekijät ohjasivat 64 % potilaista jatkohoitoon. Jatkohoito-ohjauksen ulkopuolelle jäi potilaita (36 %), joilla oli jo toimiva avohoito tai jotka siirtyivät esim. kaupunginsairaalan vuodeosastoille. Osa potilaista ei halunnut jatkohoitoa.

Arviointi

Päivystyksestä hoitoon -projektista teetettiin selvitys ulkopuolisella konsultilla. Selvitys on kokonaisuudessaan luettavissa Päivystyksestä hoitoon -projektin loppuraportin liitteestä. Tehdyn selvityksen mukaan AUDIT:n kirjaamisprosentti oli 58 satunnaisesti valittuna päivänä päivystyksissä. Aiemmissa tutkimuksissa on saatu vastaavanlaisia tuloksia. (Kantonen ym. 2006, Seppä ym. 2001.) AUDIT-testin jakamisen mallia testattiin ja vietiin käytäntöön koko projektin ajan ja toimintamalli saatiin vakiinnutettua osaksi normaalia käytäntöä. Projektin aikana on tullut selkeästi esille päivystyksissä työskentelevien päihdetyöntekijöiden merkitys päihdehoidon osaamisen ja työmallien siirtämisessä muulle henkilökunnalle. Päihdetyöntekijät jatkavat työskentelyä Terveysasema kuntalaisen käyttöliittymänä -hankkeessa ja heidän toimensa on tarkoitus vakinaistaa osaksi päivystysalueen henkilökuntaa. Terve Helsinki -hankkeen Päivystyksestä hoitoon -projektin aikana todettiin, että päihdehoidon koordinaattorin toimi olisi tarpeellinen Helsingin terveyskeskuksessa. Toimi perustettiin 1.1.2012 alkaen.

Koulutus Päivystyksestä hoitoon -projektissa

Päivystyksestä hoitoon -projektissa osaamisen kehittämiseen liittyvän koulutuksen suunnittelu käynnistyi hankkeen alkuvaiheessa. Koulutuksen sisältöä suunniteltiin Haartmanin ja Malmin sairaalan terveyskeskus- ja sairaalapäivystyksen henkilökunnalta saadun palautteen sekä kyselytutkimuksen antamien tietojen pohjalta. Vuonna 2010 järjestettiin päivystysten koko henkilökunnalle suunnattuja laajoja koulutuksia ja niitä jatkettiin pienryhmäkoulutuksina vuoden 2011 aikana.

Koulutuksen tavoitteena oli osaamisen kehittäminen. Keskeistä oli tukea hoitohenkilökunnan kykyä tunnistaa syrjäytymisvaarassa olevat henkilöt ja puuttua ennakoivasti asiakkaan tilanteeseen. Koulutuksessa korostui erityisesti puheeksiottamisen tukeminen sekä palveluverkoston ja päihdetietouden lisääminen.

Koulutuksen suunnittelussa huomioitiin preventio ja promootio ja suunnitelman sisältö pohjautuu Opetushallituksen suosituksiin. Hankkeen aikana toteutetusta koulutuksesta on oma osio Päivystyksestä hoitoon -projektin loppuraportissa.

Taulukko 2. Koulutus

Tehtävä	*Tehtävän kuvaus*	*Vastuuhenkilö(t)*
Koulutussuunnitelman laadinta 2010–2011, vuosittain.	Suunnittelussa huomioitiin kohderyhmät, tiedottaminen ja koulutuspalautteiden keruu	projektipäällikkö (2009-2011), Katariina Ilves (2009-2011), projektityöntekijät Petri Kylmänen (2009-2011) ja Marianne Hellsten (2011)
Koulutusmateriaalin ja koulutussisällön yksityiskohtainen suunnittelu ja laatiminen	Suunniteltiin materiaalit, koulutuksen järjestäminen, puhujat ja toteutus.	projektipäällikkö (2009-2011) koulutussihteeri Katariina Ilves (2009-2011) sekä projektityöntekijä Petri Kylmänen (2011) sekä Marianne Hellsten (2011).
Koulutuksen toteuttaminen ja arviointi vuosittain (2010, 2011)	Tulosten julkaiseminen ja analysointi. Koulutuspalaute kerättiin koulutuksittain. Suurempi arvio koulutuksen sisällöstä toteutettiin vuonna 2009. Lisäksi kyselytutkimuksessa kartoitettiin koulutustarvetta ja sen kattavuutta 2009 ja 2011.	projektipäällikkö, yksiköiden esimiehet kliinistä työtä tekevä henkilökunta sekä koulutussihteeri Katariina Ilves sekä projektityöntekijät Petri Kylmänen ja Marianne Hellsten (2011).

4.2 Terveysindikaattorit

Hankkeen aikana perehdyttiin terveyskeskuksen keräämiin, terveydenedistämistä mittaaviin tilastotietoihin. Terveyskeskus kerää ja hyödyntää lukuisia eri tietoja toiminnassaan.

Asiantuntija apuna indikaattorityössä käytettiin Helsingin terveyskeskuksen asiantuntijoita sekä THL:n asiantuntijoiden asiantuntemusta. Projektipäällikkö ja projektityöntekijä perehtyivät THL:n koostamaan INDI-ohjelmaan ja siinä kerättäviin keskeisiin tietoihin. INDI-ohjelmassa indikaattorit oli jaoteltu terveyteen, palveluihin ja hyvinvointiin liittyen.

Hankesuunnitelmassa mainittua indikaattoreiden kehittämistä ei kuitenkaan kokonaisuudessa tehty, sillä Helsingin terveyskeskus liittyy valtakunnalliseen INDI-ohjelmaan vuonna 2013. Tällöin käytetyt indikaattorit ovat samanlaisia eri kunnissa ja ovat vertailukelpoisia keskenään

5 HANKKEEN TOIMENPITEIDEN VAKIINNUTTAMINEN

5.1 Hankkeen aikana tehdyt toimenpiteet

Hankkeen tavoitteena oli kehittää ja testata uusia toimintamalleja. Lisäksi tavoitteena oli löytää niille toiminnoille vakiintuneet muodot, jotka osoittautuivat hankkeen aikana toiminnan testaamisen kautta saatujen tulosten valossa vakiinnuttamiskelpoisiksi.

Kolmen osaprojektin tuloksien ja toteutetun toimintamallin myötä vakiinnutettiin toimintoja osaksi perustoimintoa. Pitkäaikaistyöttömyyden ehkäisy -projektin osalta toimintamallin kautta ei tavoitettu riittävää asiakasmäärää eikä malli tässä muodossa osoittautunut toimivaksi.

Tsemppari-hankkeen osalta asiakasmäärien kehittyminen oli positiivista. Psykiatriset sairaanhoitajat tavoittivat jalkautuvan työskentelymallin ansiosta enemmän asiakkaita kuin perinteisellä työskentelymallilla toimivat. Lisäksi opintojen keskeyttäneiden määrä aleni.

Tsemppari-aikalisä hankkeen osalta päädyttiin jatkamaan hankkeen toimintaa vuoden 2012 ajan. Syynä tähän oli se, että Opetusvirasto ei saanut palkattua projektihenkilöä vuoden 2011 alkuvuoden aikana kehittämään Opetusviraston tietoteknistä ratkaisua, jolla oppilaiden poissaoloihin voitaisiin puuttua mallin toivomalla tavalla. Myös etsivään työhön liittyvä Nuorisolain muutos astui voimaan odotettua myöhemmin, joten mallin testaamiseen, tulosten analysointiin ja toiminnan vakiinnuttamisen vahvistamiseksi lisävuosi nähtiin tarpeellisena. Hankkeen aikana pystyttiin kuitenkin luomaan toimintamallit, joilla tuetaan nuorta suorittamaan ammatillinen perustutkinto sekä malli, jolla tuetaan oppilaitoksessa opintonsa keskeyttäviä nuoria. Tsemppari-ohjaajien työ ja toiminta on nähty vaikuttavaksi.

Nuorten syrjäytymisen ehkäisy -projektin ja Vamos-projektin yhteistyö nähdään tärkeänä syrjäytymistä ehkäisevänä sekä jo syrjäytyneitä nuoria auttavana toimintana. Helsingin terveyskeskuksen toimitusjohtaja vakinaisti 23.12.2011 yhden psykiatrisen sairaanhoitajan toimen Helsingin Diakonissalaitoksen "Vamos-etsivä nuorisotyö" kanssa tehtävään yhteistyöhön. Tuntilääkäri jatkaa Vamoksessa yhdessä sairaanhoitajan työparina noin neljä tuntia viikossa.

Sekä tsemppari-ohjaajina toimivat psykiatriset sairaanhoitajat että Vamoksessa toimiva psykiatrinen sairaanhoitaja ja tuntilääkäri ovat hallinnollisesti terveyskeskuksen opiskelu- ja kouluterveydenhuollon alaisuudessa.

Päivystyksestä hoitoon -projektissa saatujen kokemusten myötä on todettu, että päivystyksessä toimivat päihdehoitajat ovat tarpeellisia ja vaikuttavat päihdehoitotyön osaamiseen ja arvostamiseen toimintaympäristössä. Päihdetyöntekijät siirtyvät 1.1.–31.10.2012 Terveysasema kuntalaisen käyttöliittymänä -hankkeen alaisuuteen ja toimet pyritään vakinaistamaan.

Koko Helsingin terveyskeskus ottaa AUDIT-testin systemaattiseen käyttöön kaikissa eri osastoissa ja näin terveyskeskuksella on yhtenäinen linjaus päihdehoitotyöhön perustasolla. Terveyskeskus käynnistää myös laajamittaiset päihde-

työn koulutukset eri toimijoille Päivystyksestä hoitoon -projektin suositusten mukaisesti. 1.1.2012 aloittava päihdehoidon koordinaattori vastaa henkilökunnan koulutuksesta päihdehoidon osalta jatkossa.

5.2 THL:n suorittama hankkeen arviointi

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) suoritti Terve Helsinki -hankkeen arvioinnin syksyllä 2011 (Terveyserojen kaventaminen Helsingissä, 2011). Arvioinnin tekivät suunnittelija Niina Mustonen ja erikoistutkija Tuulia Rotko. Arvioinnin pohjana käytettiin hankkeeseen liittyvää kirjallista materiaalia, kuten hankesuunnitelmia, hankkeen alussa tehtyä kirjallisuuskatsausta, osahankkeista tehtyjä loppuraportteja sekä Terve Helsinki -hankkeen loppuraportin luonnosta. Tämän lisäksi arvioitsijat haastattelivat Helsingin terveyskeskuksen avainhenkilöitä sekä ohjausryhmän jäseniä.

Arvioitsijoiden mukaan Terve Helsinki -hanke on lähtenyt terveyskeskuksessa heränneistä tarpeista ja mahdollisuuksista ja sen perusteella on valittu hankkeen kohteiksi/osaprojekteiksi ryhmiä, jossa vaikuttavuus näkyy melko lyhyelläkin aikavälillä. Terveyskeskus on myös rohkeasti tarkastellut ja muuttanut omaa toimintaansa ja madaltanut kynnystä palvelujen saatavuuden parantamiseksi.

Hankkeen tavoitteena ollut helsinkiläisten työikäisten kuolleisuuden väheneminen 2 % väkivaltaan, tapaturmiin, alkoholisairauksiin ja itsemurhiin vuoteen 2015 mennessä on pitkän ajan tavoite, jota voidaan arvioida vasta myöhemmin. Myöskään osahankkeiden toimet eivät voi yksin vaikuttaa näiden tavoitteiden toteutumiseen.

Arvioitsijoiden mukaan kaikissa Terve Helsinki -hankkeen osaprojekteissa palveluita ja toimintamalleja on kehitetty ja suunnattu juuri haavoittuvimpien ryhmien suuntaan. Palveluiden vieminen kohdennetusti palvelua tarvitsevan luo eli toiminnan jalkauttaminen on ollut keskeinen toimintaperiaate hankkeessa.

Hankkeessa on myös keskitytty hoitoon pääsyn esteiden purkamiseen ja hoitoon pääsyn helpottamiseen. Palvelujen eheyttäminen, palveluohjauksen tehostaminen ja asiakaslähtöisyys sekä yhteistyön vahvistaminen eri toimijoiden välillä ovat tärkeitä tekijöitä kehitettäessä haavoittuvien ryhmien hoitoa. Myös huomion kiinnittäminen ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin ja leimaavuuden välttämiseen ovat olleet osaprojekteissa keskeisellä sijalla toimintaa kehitettäessä.

Osaprojektien toiminnan juurruttaminen käytäntöön on onnistunut arvion tekijöiden mukaan hyvin, lukuun ottamatta Pitkäaikaistyöttömyydestä aiheutuvan syrjäytymisen ehkäisy -projektia.

Kehittämiskohteina THL:n arvioitsijat nostivat esiin sen, että asiakaslähtöisen palvelujärjestelmän kehittäminen vaatii koko järjestelmän kokonaisvaltaista kehittämistä ja palvelujen integroimista toisiinsa kaikki hallinnonalat huomioiden. Myös hankesuunnitelmassa alun perin esiin nostettuja terveyserojen kaventamisen keinoja hyödynnettiin Terve Helsinki -hankkeessa arvioitsijoiden mukaan vain osittain.

6 TERVE HELSINKI -FORUM

Terveyserojen kaventamiseen ja terveyden edistämiseen keskittynyt Terve Helsinki -Forum toteutettiin 21.1.2011 Finlandia-talolla. Paikalle saapui kutsuttuna 150 alan asiantuntijaa ja päättäjää pohtimaan terveys- ja hyvinvointierojen kaventamista Helsingissä. Päivän ohjelma on liitteenä 3.

Forumissa järjestettiin asiantuntijoista koostuva paneeli, jonka puheenjohtajana toimi apulaiskaupunginjohtaja **Paula Kokkonen** ja jäseninä professori **Martti Kekomäki**, professori **Matti Kortteinen**, vararehtori **Hanna Laurila**, professori **Juhani Lehto**, terveysylijohtaja **Kimmo Leppo**, ohjelmajohtaja **Maija Perho** ja tietokirjailija **Osmo Soininvaara**.

6.1 Forumin paneelista nousseet arvot

Panelistit toivat esiin näkemyksiään ja kannanottojaan terveyserojen kaventamiseksi. Paneelin pohjalta koottiin viisi arvoa, jotka nousivat keskusteluissa esiin.

Toivo

Toivottomuus johtaa lyhyeen suunnittelujänteeseen, näköalattomuuteen ja osattomuuden kokemukseen. On puututtava etenkin niiden ihmisten elämään, jotka horjuvat osattomuuden ja osallisuuden välillä. Hyvin varhaisen puuttumisen merkitys on tärkeää, mutta siten, että tuodaan tukea eikä tuomita.

Arvostaminen/arvostus

Taloudelliset resurssit määrittävät liikaa ihmisen arvostusta. Kuntatasolla voidaan karsia mm. maksuesteitä.

Yhteisöllistäminen

Kaupungistuminen johtaa helposti yksinäisyyteen ja vanhusten suurimpana ongelmana on itsenäisyys. Vertaistuki ja vastuunkanto toisesta ihmisestä korostuvat.

Tuki

Tuen täytyy olla jatkuvaa eikä kertaluontoista, se pitää mitoittaa yksilöllisten tarpeiden mukaan ja sen pitää olla oikeaan aikaan tapahtuvaa ja oikeanlaista.

Välittäminen

Luottamuksellisen asiakassuhteen luominen ja avun ja hoidon vieminen sinne, missä ihmiset ovat ja missä ongelmat syntyvät, eli koteihin ja perheisiin. Myös koulun mukaan ottaminen ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon on tärkeää.

6.2 Terve Helsinki -Forumin kyselyn tulokset terveyserojen kaventamiseksi

Forumin osallistujat vastasivat ennen Forumia kyselyyn, jossa tiedusteltiin vastaajien mielipiteitä siitä, miten terveyserot näkyvät eri väestöryhmissä sekä mitä keinoja terveyserojen vähentämiseksi voisi käyttää. Kysymykset ovat liitteenä 4.

6.2.1 Terveyserojen näkyminen lapsilla

- elintavoissa
- vanhempien köyhyys heijastuu lapsiin
- vanhemmuuden puutteena
- terveydessä ja terveyspalvelujen käytössä
- häiriökäyttäytymisenä
- asuinalueiden eroina

6.2.2 Terveyserojen näkyminen nuorilla

- elintavoissa
- putoamisena koulutuksesta ja / tai työelämän ulkopuolelle jäämisenä
- terveysongelmina
- ajautumisena alakulttuureihin
- taloudellisina ongelmina
- riittämättöminä terveyspalveluina
- alueellisina eroina

6.2.3 Terveyserojen näkyminen työikäisillä

- terveyspalvelujen käytön eroissa
- syrjäytymisenä työelämässä, loppuun palamisena työssä
- elintavoissa
- terveysongelmina
- taloudellisina ongelmina
- perheen huonovointisuutena ja siirtymänä sukupolvelta toiselle

6.2.4 Terveyserojen näkyminen vanhuksilla

- yksinäisyytenä
- terveydentilassa
- terveyspalveluissa
- taloudellisissa seikoissa

6.2.5 Miten terveyseroja voitaisiin kaventaa?

- parantamalla julkisten peruspalvelujen saatavuutta
- lisäämällä riskiryhmiin kohdistuvia toimenpiteitä
- ennaltaehkäisevillä toimenpiteillä
- lisäämällä terveysvaikutusten painoarvoa päätöksenteossa
- tehostamalla ennaltaehkäisevää päihdetyötä ja -palveluja
- parantamalla hallintokuntien ja muiden toimijoiden keskinäistä yhteistyötä
- toteuttamalla positiivista diskriminaatiota
- lisäämällä kaupungin asukkaiden omaa vastuunottoa elintavoista ja terveydestä

6.2.6 Mitkä asiat estävät terveyserojen kaventamisen?

- eriytyminen, polarisoituminen
- asenteet ja tahdonpuute
- palvelut ja palveluketjut
- hallintokuntien yhteistyön puute / erillisyys
- terveyskeskuksen rakenteet ja resurssit
- politiikka ja lainsäädäntö
- monikanavainen terveydenhuolto
- maksut ja säästöt
- työelämä, työttömyys
- alkoholikulttuuri ja elämäntavat
- tuloerot
- koulutuserot

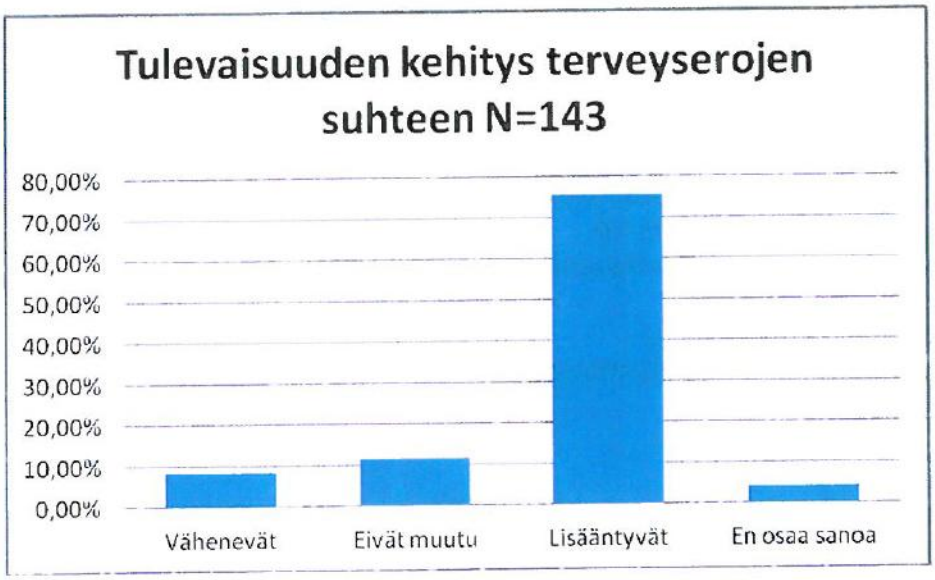
6.2.7 Miten esteitä voisi poistaa ja vähentää?

- resursseilla ja rakenteita muuttamalla
- erityispalveluilla / tarpeiden mukaisten palvelujen kehittämisellä
- politiikalla ja lainsäädännöllä
- tietokantojen ja tietojärjestelmien hyödyntämisellä
- arvojen ja asenteiden / ilmapiirin muokkaamisella
- koulutuksella, osaamisen kehittämisellä
- koulujen ja päiväkotien osallisuutta lisäämällä
- positiivisen diskriminaation avulla, takaamalla hyvät peruspalvelut, tasaamalla tuloeroja, poistamalla terveysmaksut

Suurin osa (73 %) kyselyyn vastanneista kannatti väestö- ja riskiryhmästrategian yhdistämistä terveyserojen poistamisessa.

Kyselyyn vastasi 143 Terve Helsinki -Forumiin osallistujaa. Naisia vastaajista oli 64 % ja miehiä 36 %. Vastaajista 50 % toimi johtavassa asemassa, 31 % asiantuntijatehtävissä, 9 % kunnallisessa luottamustoimessa ja 9 % oli työntekijä / toimihenkilöammateissa ja 1 % jossain muussa tehtävässä.

Forumiin osallistujilta kysyttiin mielipidettä terveyserojen tulevaisuuden kehityssuunnasta Helsingissä. Vastaajista 76 % oli sitä mieltä, että terveyserot kasvavat tulevaisuudessakin ja vain 8 % oli sitä mieltä, että tulevaisuudessa terveyserot kaventuvat.



Kuvio 5. Terveyserojen tulevaisuuden kehitys Terve Helsinki –Forumiin osallistuneiden mielestä, N=143.

6.3 Forumista nousseet kehittämisehdotukset

Konkreettisina kehittämisehdotuksina terveyserojen kaventamiseksi Terve Helsinki -Forumin panelistit toivat esiin seuraavia ajatuksia:

1. Varhainen puuttuminen heti, kun ongelmia havaitaan
2. Oikea-aikainen ja asianmukainen hoito, jonka antamisessa terveysasemat ovat pääroolissa
3. Mahdollinen ongelmakortteleiden paikantaminen ja tuen kohdentaminen
4. Avun ja hoidon vieminen ihmisten luo
5. Hoidon jatkuvuuden takaaminen
6. Terveyserojen laajenemisen pysäyttäminen
7. Kaikkien tukitoimien kohdentaminen sinne, missä terveyserot ovat suurimpia
8. Maksuesteiden karsiminen

Panelistien näkemysten mukaan terveyseroille tulee ja niille voi tehdä jotain. Suurimpaan rooliin nousi perusterveydenhuollon vahvistaminen, terveysasemien toimintaedellytysten turvaaminen ja parantaminen sekä koulujen roolin lisääminen. Painopisteen tulisi olla ennaltaehkäisevässä näkemyksessä ja työssä.

Terve Helsinki -Forumissa esitettyjä toimenpiteitä ja ehdotuksia on käytetty Helsingin kaupungin Terveyserojen kaventamisen toimenpideohjelman suunnittelussa. Toimenpideohjelman laatiminen jatkunee uuden sosiaali- ja terveysviraston muodostamisen yhteydessä, jolloin myös osa prosesseista yhdistyy ja muokkautuu uudelleen ja näin ollen poistanee hallinnon välisiä rajaaitoja.

7 TERVEYSEROJEN KAVENTAMISEN TOIMENPIDE-EHDOTUKSET

7.1 Lasten ja nuorten terveyserojen kaventaminen

Lasten kohdalla on painotettava varhaista puuttumista perheiden ongelmiin. Avainasemassa pienemmillä lapsilla ovat neuvola, päiväkoti ja koulu, ja nuorilla koulu- ja opiskeluterveydenhuolto. Nämä palvelut kattavat lähes kaikki ikäluokkiin kuuluvat lapset ja nuoret.

Nuorten kohdalla tärkeää on kiinnittää erityistä huomiota syrjäytymisvaarassa oleviin nuoriin. Hyväksi toimintatavaksi koettujen, jo olemassa olevien toimintojen vakinaistaminen ja uusien vaikuttavien toimintamuotojen kehittäminen on tärkeää (esim. tsempparіohjaajat ehkäisemään koulupudokkuutta kaikkiin ammatillisiin oppilaitoksiin ja Vamoksen toimintamallin siirtäminen muihin toimintoihin).

Opiskelijoille tulisi taata ilmainen terveydenhuolto, myös suun terveydenhoito.

Lasten ja nuorten suojelu alkoholin haitoilta (Vastuullisen alkoholinkäytön toimenpideohjelma, 2010)

- lasten ja nuorten tapahtumat alkoholittomiksi
- lasten ja nuorten ympäristö alkoholittomaksi (esim. mainonnan kielto lasten toimintaympäristöjen läheisyydessä)
- aikuisten vastuuttaminen lasten hyvinvoinnista ja turvallisesta kasvuympäristöstä

Asiakkuuskäsite tulisi laajentaa yksilöstä perheeksi. Esimerkiksi lastenneuvolassa toiminnan kohde ei ole lapsi vaan lapsiperhe. Tämä tarkoittaa konkreettisesti sitä, että myös perheen aikuinen / aikuiset kirjataan neuvolan asiakkaiksi. Perhe määrittelee itse kokoonpanonsa, palvelujen tarjoajan ei pidä tehdä sitä.

Tämä johtaa uuteen asiakkuus- ja palveluparadigmaan. Lapsiperheasiakkaan tavoitteet sisältävät yksilötason tavoitteiden lisäksi perhetason tavoitteita. Tavoitteet ovat sellaisia, joihin ei voida vastata sektorilähtöisesti. Tästä seuraa palvelujen uudelleen prosessointi toimivaksi kokonaisuudeksi joko palvelukokonaisuuden määrittelemisellä ja siihen liittyen poikkihallinnollisesti sovitulla johtamisrakenteella joko muuttaen organisaatiorakenteita tai vaihtoehtoisesti luovuttamalla johtamisvaltaa yli sektorirajojen. Tämä sama periaate koskee kaikkia lasten ja nuorten palveluja yli hallintokuntarajojen kaiken ikäisillä 18:an ikävuoteen saakka.

7.2 Työikäisen väestön terveyserojen kaventaminen

Väestön omaa vastuuta tulee lisätä elintapoihin, terveyteen ja päihteiden (tupakka, alkoholi ja huumeet) käyttöön liittyen.

Päivystyksestä hoitoon -projektin kehittämä toimintamalli (alkoholin riskikulutuksen varhainen puuttuminen) tulee ottaa käyttöön myös muissa terveyskeskuksen toimipisteissä.

Terveellisten ravintotottumusten, liikunnan ja ylipainosta aiheutuvien haittojen korostaminen ja siihen liittyvä ennaltaehkäisy.

Työttömille tarkoitettujen terveyspalvelujen järjestäminen perusterveydenhuollossa niin, että työttömät saavat tasa-arvoisen kohtelun ja samat palvelut kuin työssä käyvät.

Terveyserojen kaventumisen näkökulmasta on tärkeää saada oikea hoito oikeaan aikaan. Edellytyksenä tälle on palveluketjujen sujuvuus ja saumattomuus sekä esteiden ja raja-aitojen poistaminen palvelusta toiseen siirryttäessä. Tarvitaan palvelukokonaisuuksien tunnistamista ja sovitusti osaprosessien organisointia yli hallintokuntarajojen.

7.3 Ikääntyvän väestön terveyserojen kaventaminen

Hyvän elämän edellytysten tukeminen ja siihen liittyen liikunnan, ravinnon ja tarpeellisen lääkityksen turvaaminen ovat perusedellytyksiä terveydelle ja hyvinvoinnille. Vapaaehtoisverkostojen tekemällä työllä on suuri merkitys ikääntyneiden yksinäisyyden ehkäisyssä ja vapaaehtoistyötä tulee edelleen lisätä.

Palveluketjujen sujuvuus ja hallinnollisten raja-aitojen poistaminen ovat yksilön hyvän hoidon järjestämisen kannalta tärkeitä seikkoja ja ne tulee ottaa erityisen tarkastelun alle vanhuspalveluita suunniteltaessa.

7.4 Helsingin erityispiirteet huomioon ottava terveyserojen kaventaminen

1. Perusterveydenhuollon vahvistaminen ja erityispalvelujen tuominen niille terveysasemille, joiden alueella on enemmän terveyseroja. Myös henkilökunnan osaamisen vahvistaminen erityisryhmien hoidon osalta on tärkeää terveyden edistämisen ja terveyserojen kaventamisen näkökulmasta.

2. Maahanmuuttajille suunnattujen palveluiden ylläpitäminen. Tärkeänä seikkana on huomioida maahanmuuttajien erilaiset etniset ja kulttuuriset taustat ja rakentaa palvelut niin, että kaikki ryhmät saavuttavat ne.

3. Asunnottomuuden poistamiseksi suunnatun ohjelman jatkaminen. Huomion kiinnittäminen myös asumisyksiköiden kokoon, sillä suuret, yli viidenkymmenen hengen asuntolat, joissa kaikki asukkaat ovat moniongelmaisia, ovat haasteellisia ja ongelmat kärjistyvät siellä helposti.

4. Yleiseen kaupunkirakenteeseen liittyvien asioiden huomiointi, mm. turvallisuus, viihtyvyys, valaistus, melu.

5. Jalkautuvien työmuotojen kehittäminen ja palvelujen vieminen asiakkaiden luo.

6. Erityisesti huonoimmassa asemassa olevien aseman kohentaminen ja kohdennettujen palveluiden antaminen niitä tarvitseville.

7. Asiakasryhmien segmentointi ja palvelujen kohdentaminen sen mukaan

8. Markkinointiviestinnän kehittäminen, mikä on eri asia kuin nykyinen palveluviestintä. Markkinointiviestintä edellyttää kohderyhmäajattelua, viestien terävöittämistä sen perusteella, vaikuttavien viestintäkeinojen toteuttamista ja viestinnän seurantaa. Edelleen viestinnässä tarvitaan ketteryyttä ja nykyisten viestintävälineiden hallintaa sekä nopeutta vastata tarpeellisiin aiheisiin.

7.5 Yhteenveto

Terve Helsinki -hankkeen osaprojekteissa luotiin toimintamalleja, joilla pyrittiin kaventamaan terveyseroja ja parantamaan haavoittuvien ryhmien palveluihin pääsyä. Hankkeessa onnistuttiin näissä tavoitteissa. Hankkeen määrällisten tavoitteiden, eli alle 65-vuotiaiden kuolleisuuden väheneminen 2 % vuoteen 2015 ja helsinkiläisten kuolleisuuden väheneminen 2 % alkoholisairauksiin, tapaturmiin, väkivaltaan ja itsemurhiin vuoteen 2015 mennessä, arviointi tehdään myöhemmin.

Terve Helsinki -hankkeesta saatujen tulosten ja kokemusten pohjalta on nähtävissä, että tulevaisuudessa työttömien työnhakijoiden terveyspalvelut tulisi toteuttaa Terve Helsinki -hanketta laajemmassa kokoonpanossa, yhteistyössä Duurin, TE-toimiston, Sosiaaliviraston ja Henkilöstökeskuksen kanssa.

Nuorten syrjäytymisen osalta tärkeää olisi, että syrjäytymiskehitykseen puututaan jo varhain lapsuudessa. Toimenpiteitä ja hankkeita tulisikin suunnata jo päiväkoti- ja kouluikäiseen väestöön. Lisäksi nuorten syrjäytymisen ehkäisy edellyttäisi toimia, jotka kohdennettaisiin koko perheyksikköön ja yksilön sijasta asiakkaaksi katsottaisiin koko perhe.

Sekä STM:n Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 että THL:n arviointi hankkeesta toteavat, että terveyseroja tulisi kaventaa koko kaupungin näkökulmasta ja eri hallintokuntien yhteisillä toimilla. Terveyserojen kaventaminen tulisi kohdentaa terveyserojen syihin ja niihin sosiaalisiin määrittäjiin, joista terveyserot kumpuavat.

LÄHTEET

Aalto-Setälä, T – Marttunen, M (2007) Nuoren psyykkinen oireilu – häiriö vai normaalia kehitystä? Duodecim 2007; 123: 207–213.

Harkko, J (2008) Päivystyspotilaan hoidon kiireellisyysryhmittely. Päivystyshanke. http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,13120,11437,12914

Helsingin kaupungin terveyskeskus (2012) Nuorten syrjäytymisen ehkäisy -projekti, loppuraportti. Raportteja -sarja

Helsingin kaupungin terveyskeskus (2012) Pitkäaikaistyöttömyyteen liittyvän syrjäytymisen ehkäisy -projekti, loppuraportti. Monisteita -sarja

Helsingin kaupungin terveyskeskus (2012) Päivystyksestä hoitoon -projekti, loppuraportti. Raportteja -sarja

Helsingin kaupungin terveyskeskus (2012) Tsemppari-hanke, väliraportti 2008–2011.
Raportteja -sarja

Helsingin Kaupungin Tilastokeskus. Helsinkiläisten työllisyys ja työttömyys 1. vuosineljännes 2009. Tilastoja 13/2009.

Kangas, O – Rintakallio, V-M (1996) Eri menetelmät – eri tulokset? Köyhyyden monimuotoisuus. Kirjassa Kangas, O – Rintakallio, V-M (toim.) Kuka on köyhä? Stakes.

Kaikkonen, R – Kostiainen, E – Linnanmäki, E – Martelin, T – Prättälä, R – Koskinen, S (toim.) (2008) Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B 27/2008, Helsinki.

Kainulainen, S-R – Taina-Heikkilä, M (2001) Hyvinvoinnin alueellinen erilaistuminen 1990-luvun Suomessa. Kahtiajakautuva Suomi? -tutkimusprojektin julkaisu. Tutkimuksia 114. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Stakes. Helsinki.

Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2008:16. Yliopistopaino, Helsinki.

Kantonen, J – Niittynen, K – Mattila, J – Kuusela-Louhivuori, P – Manninen-Kauppinen, E – Pohjola-Sintonen, S (2006) Päihtyneet ja päihdeongelmaiset potilaat Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikalla. Suomen Lääkäril 47: 5923-7.

Korkala, P (2008) "Missä viipyy meidän päivystävä sosiaalityöntekijämme?". Virka-ajan ulkopuolisen sosiaalityön tarpeen kartoitus Malmin terveyskeskus- ja poliklinikkapäivystyksessä ajalla 11.8.–31.10.2008

Kuntalaki. www.finlex.fi

Linnakangas, R – Suikkanen, A (2004) Varhainen puuttuminen. Mahdollisuus nuorten syrjäytymisen ehkäisemisessä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:7.

Linnanmäki, E – Kaikkonen, R – Murto, J (2009) Terveyserot näkyviksi tutkimustiedon avulla. Premissi. Terveys- ja sosiaalialan johtamisen erikoisjulkaisu. 2/2009.

Nyman, J (2006) Metropoliluotoin. Sosiaali- ja terveyspalvelut pääkaupunkiseudulla vuonna 2015. Helsingin kaupungin hankintakeskus.

Salaspuro, M (2009) Päihdepotilas päivystyksessä ja hoitoonohjaus. Alkoholihaitat. Duodecim 2009;125:897–904.

Seppä, K – Aalto, M – Pekuri, P – Antila, S – Lahtinen, T – Alaja, R (2001) Päihdepotilaat päivystyspoliklinikalla – ongelmasta toimintamallin kehittämiseen. Suomen Lääkäril 56: 2249-53.

Simoila, R (2009) Helsinki kaventaa terveyseroja. Tietoa on – vaikuttavuutta ei. Premissi. Tereys- ja sosiaalialan johtamisen erikoisjulkaisu 2/2009.

STM (2008) Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2008:16.

STM (2007) Terveyden edistämisen laatusuositus, STM esitteitä 2007:5, 43– 44.

STM (2007) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2007:23, Helsinki.

STM (2009) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 2009:3. Helsinki.

THL (2011) Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007–2011. Rotko, T – Aho, T – Mustonen, N – Linnanmäki, E. Raportti 2/2011.

THL (2011) Terveyserojen kaventaminen Helsingissä. Terve Helsinki -hankkeen arviointi. Mustonen, N – Rotko, T, julkaisematon.

Tilastokeskus.

Valkonen, T (1993) Trends in regional and sosioeconomic mortality differentials in Finland. Int J Health Sci 1993:3:157–66.

Valkonen, T – Martikainen, P – Kauppinen, TM – Tarkiainen, L (2008) Elinajanodotteen kehitys Helsingissä ja sen väestön osaryhmissä 1991–2005. Helsinki.

Whitehead, M – Dahlgren, G (1991) What can be done about inequalities in health? Lancet 1991:338:1059–63.

Whitehead, M – Dahlgren, G (2007) Concepts and principles for tackling social inequalities in health: Levelling up part 1. WHO.

WHO (2008) Closing the cap in a Generation. Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. http://www.who.int/social_determinants/en)

LIITTEET

Liite 1. Terve Helsinki hankkeen ohjaus- ja projektiryhmien kokoonpanot

Vastuuhenkilöt

Helsingin terveyskeskuksen Terve Helsinki-hanke:
ohjausryhmän pj, kehittämisjohtaja, TtT Riitta Simoila,
projektipäällikkö, TtM, sh, Katja Louhio (1.3.2009–9.10.2011)
projektipäällikkö, Valt.kandi, esh, Marianne Hellsten (10.10.2011–31.12.2011).

Nuorten syrjäytymisen ehkäisy-projekti:
projektityöntekijä, psykiatrinen sairaanhoitaja Matleena Ihatsu (1.8.2009–31.12.2011)
projektityöntekijä, sosionomi Kalle Ylönen (1.8.2009–31.12.2010)
tuntilääkäri, LT Laura Suomalainen (18.11.2010–31.12.2011)
projektityöntekijä, psykiatrinen sairaanhoitaja Carita Järlström (20.6.2011–31.7.2011)
projektityöntekijä, psykiatrinen sairaanhoitaja Piia Karppinen (10.10.–31.12.20119)

Tsemppari-hanke:
projektikoordinaattori, TtM, terveydenhoitaja Marjukka Viiala (1.4.2010–31.12.2011)

Päivystyksestä hoitoon -projekti:
projektityöntekijä Valt.kandi, sairaanhoitaja Marianne Hellsten (18.12.2010–9.10.2011)
projektityöntekijä, sairaanhoitaja (YAMK) Petri Kylmänen (1.8.2010–31.12.2011) projektityöntekijä, sairaanhoitaja Marco Nylander (5.9.–31.12.2011)

Pitkäaikaistyöttömyydestä aiheutuvan syrjäytymisen ehkäisy -projekti: **projektityöntekijä, terveydenhoitaja Petri Takkavuori (1.6.2010–11.10.2011).**

Ohjausryhmä

Terve Helsinki -hankkeen ohjausryhmä:

Riitta Simoila, kehittämisjohtaja, puheenjohtaja, Helsingin terveyskeskus
Katja Louhio, projektipäällikkö, sihteeri, Helsingin terveyskeskus, (9.10.2011 saakka)
Marianne Hellsten, projektipäällikkö, sihteeri, Helsingin terveyskeskus, (10.10.2011 alkaen)
Juha Nyman, erityissuunnittelija, Helsingin terveyskeskus
Tuula Saarela, johtajapsykiatri, Helsingin terveyskeskus
Katariina Jantunen, ylihoitaja, Helsingin terveyskeskus
Ari Karppinen, sairaanhoitaja, Helsingin terveyskeskus
Anna-Liisa Niemelä, projektipäällikkö, Helsingin terveyskeskus
Hanna Laurila, kehitysjohtaja, Diakoniaopisto
Eila Linnanmäki, projektipäällikkö, THL
Ilkka Haahtela, paikallisjohtaja, Työvoiman palvelukeskus (Pois 2/11 alk.)
Mirja Pirskanen, henkilöstön edustaja, terveydenhoitaja, Helsingin terveyskeskus
Silja Paavola, henkilöstön varaedustaja, perushoitaja, pääluottamusmies, Helsingin terveyskeskus

Osaprojektiryhmät

Nuorten syrjäytymisen ehkäisy -projektiryhmä
Katja Louhio, projektipäällikkö, Helsingin terveyskeskus, (9.10.2011 saakka)
Marianne Hellsten, projektipäällikkö, Helsingin terveyskeskus (10.10.2011 alkaen)
Matleena Ihatsu, psyk.sh, Helsingin terveyskeskus
Kalle Ylönen, sosionomi, Helsingin terveyskeskus (31.12.2010 saakka)
Hanna Viitala, päällikkö, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto
Hilkka Heikkilä, ylihoitaja, Helsingin terveyskeskus
Ulla Nord, projektipäällikkö, Helsingin Diakonissalaitos
Hanna Laurila, kehitysjohtaja, Helsingin Diakoniaopisto
Marjukka Viiala, projektikoordinaattori, Helsingin terveyskeskus
Katja Lehtonen, projektikoordinaattori, Helsingin opetusvirasto 06/2011 asti.

Päivystyksestä hoitoon -projektiryhmä
Katja Louhio, projektipäällikkö, Helsingin terveyskeskus, (9.10.2011 saakka)
Marianne Hellsten, projektipäällikkö, Helsingin terveyskeskus, (10.10.2011 alkaen)
Juha Nyman, erityissuunnittelija, Helsingin terveyskeskus
Katariina Jantunen, ylihoitaja, Helsingin terveyskeskus
Paula Pihlaja, ylilääkäri, Helsingin terveyskeskus (syksy 2010 asti)
Esa Sarvasmaa, apulaisylilääkäri, Helsingin terveyskeskus
Marianne Winberg, Läntisen A-klinikan johtaja, sosiaalivirasto
Terhi Laine, tutkija, yliopettaja, Diakonia ammattikorkeakoulu
Arja Suikkala, koulutusjohtaja, Diakonia ammattikorkeakoulu
Hilkka Heikkilä, ylihoitaja, Helsingin terveyskeskus
Anna-Liisa Niemelä, projektipäällikkö, Helsingin terveyskeskus

Pitkäaikaistyöttömyyteen liittyvän syrjäytymisen ehkäisy -projektiryhmä
Katja Louhio, projektipäällikkö, Helsingin terveyskeskus
Juha Nyman, erityissuunnittelija, Helsingin terveyskeskus
Eila Linnanmäki, kehittämispäällikkö, THL
Leini Sinervo, kehittämispäällikkö, THL (pois 1/2011 alkaen)
Ilkka Haahtela, paikallisjohtaja, Työvoiman palvelukeskus (pois 2/11 alkaen)
Pirjo Paajanen, toimialapäällikkö, Työ- ja Elinkeinotoimisto
Riitta Pyörre, sosiaaliohjaaja, Helsingin terveyskeskus
Päivi Koskinen, kehittämiskonsultti, Helsingin sosiaalivirasto
Ilkka Oksman, erityissuunnittelija, Henkilöstökeskus, Helsingin kaupunki 1.3.2011 alkaen
Anne Kuusiniemi, kuntoutusneuvoja, Itäkeskus/TE-toimisto 11/2010 alkaen.

Lisäksi projektipäällikkö Katja Louhio kuului Tsemppari -hankkeen ohjausryhmään (Pj.) yhdessä Marjukka Viialan (Siht.) kanssa. Projektipäällikkö Katja Louhio oli myös Helsingin Diakonissalaitoksen Vamoksen johtoryhmän jäsen. Projektipäällikkö Katja Louhion siirryttyä 10.10.2011 alkaen toisiin tehtäviin projektipäällikkö Marianne Hellsten jatkoi samoissa ohjaus- ja johtoryhmissä.

Liite 2. Hankkeen tehtäväkuvaus ja vastuuhenkilöt

Tehtävä	*Tehtävän kuvaus*	*Vastuuhenkilö(t)*
Alustavan hankesuunnitelman laatiminen 06/2008	Terveyskeskusta koskeva hankesuunnitelma laadittiin. Diakoniaopiston SWOT-kaavio syrjäytymisen ehkäisemiseksi päivystyksissä.	koordinaatioryhmä, erityissuunnittelija, kehittämisjohtaja, Diakoniaopiston yliopettaja
Tarkennettu hankesuunnitelma 03– 06/2009 sekä projektisuunnitelma 09/2009	Tarkennetun hankesuunnitelma laadittiin, yksityiskohtaisen projektisuunnitelman laatimien osaprojektikuvauksineen.	projektipäällikkö, kehittämisjohtaja, erityissuunnittelija
Kirjallisuuskatsaus 03/2009–09/2009, opintomatka 06/2009	Terveyseroja koskevan tiedon kerääminen, kirjallisuushaku ja kirjallisuuskatsauksen laatiminen. Opintomatka Lontoseen.	projektipäällikkö
Hanke- ja projektisuunnitelman hyväksyminen ja hankkeen käynnistys 09/2009	Hankesuunnitelma esiteltiin Terken johtoryhmälle ja ohjausryhmälle 9/2009.	kehittämisjohtaja, projektipäällikkö, Terken johtoryhmä, ohjausryhmä
Nuorten syrjäytyminen, osa-hanke: suunnittelu ja toteutuksen aloitus 06/2009, rekrytointi 07/2009, hankkeen aloitus 08/2009.	Suunnittelu, toteutuksen aloitus, johtoryhmä, henkilökunnan rekrytointi.	projektipäällikkö, kehittämisjohtaja, Diakonissalaitos
Tsemppari – aikalisäohjaaja hanke. Hankkeen tilannekatsaus, suunnitelma, laajentuminen, mallintaminen ja toteutus. 04/2010–12/2011.	Suunnitelman päivitys, hankkeen tilannekatsauksen laatiminen, hankkeen arviointikriteereiden määrittely, hankkeen yhteistyötahojen sitouttaminen hankkeeseen.	Projektipäällikkö, projektikoordinaattorit, aikalisäohjaajat, opetusvirasto
Päivystyksestä hoitoon projekti 09/2009, mallinnus 10–12/2009, resurssit ja toteutus alkaen 08/2010–12/2011.	Suunnittelun ja toteutuksen aloitettiin, toteutettiin ja testattiin.	projektipäällikkö, ohjausryhmä, projektityöntekijät
Hankkeen kuvaaminen: Internet-sivujen luominen 09–10/2009, Intranet-sivujen luominen 08/2009 ja päivitys koko hankkeen keston ajan. Tiedotteiden laatiminen koko hankkeen ajan.	Hankkeen ja sen osa-hankkeiden kuvaaminen sisäisille ja ulkoisille asiakkaille.	projektipäällikkö, verkkotiedottaja Vesa Puukka ja tiedottaja Markus Snellman sekä viestintäpäällikkö Jaana Juutilainen-Saari.

Terveyserojen kaventamistoimenpiteiden kuvaaminen 06/2011–12/2011	Vaikuttavaksi osoitettujen terveyserojen kaventamistoimenpiteiden kuvaaminen toteutettiin.	projektipäällikkö, kehittämisjohtaja, ohjausryhmä
Terve Helsinki -Forum, haastattelut 06/2009-12/2009, seminaari 01/2011 ja julkaisu 08–12/2011.	Terve Helsinki -Forumin asiantuntijoiden kokoaminen ja yksilöhaastattelut Terve Helsinki Forum, seminaari Terve Helsinki -julkaisu.	projektipäällikkö, erityissuunnittelija, kehittämisjohtaja
Koulutustilaisuuksien järjestäminen 01/2010–12/2011	Koulutustilaisuudet Helsingin kaupungin terveyskeskuksessa ja muissa Helsingin kaupungin virastoissa (opetusvirasto, sosiaalivirasto, liikuntavirasto, nuorisoasiainkeskus)	projektipäällikkö, osastojen ja yksiköiden edustajat, projektityöntekijät
Arviointitutkimus 09-11/2011	Arviointitutkimuksen kirjoittaminen ja julkaisun laatiminen.	projektipäällikkö, Outi Väistö, THL:n arvioitsija
Terveyseroja kaventavien toimintojen juurruttaminen 01/2011–12/2011	Toimintamallien levittäminen, toimintojen juurruttaminen, seuranta ja arviointi.	projektipäällikkö, terveyskeskuksen eri yksiköt ja yhteistyökumppanit
Loppuraportti 06–12/2011	Hankkeen loppuraportin laatiminen ja esittäminen ohjausryhmälle.	projektipäällikkö, projektityöntekijät, kehittämisjohtaja

Liite 3. Terve Helsinki -Forumin ohjelma

Helsingin kaupunki
Terveysasiainkeskus

TERVEYSEROJEN KAVENTAMINEN HELSINGISSÄ -FORUM

21.01.2011 kello 11.00–15.30

Finlandia-talo, B-sali, Mannerheimintie 13, Helsinki

OHJELMA

Puheenjohtajana toimii toimitusjohtaja *Matti Toivola*

Klo

11.00–12.00 ***Lounas***

12.00–12.05 **Tilaisuuden avaus**
Apulaiskaupunginjohtaja *Paula Kokkonen*, Helsingin kaupunki

12.05–12.20 **Sosioekonomiset terveyserot Suomessa**
Yksikön päällikkö *Eila Linnanmäki*, THL

12.20–12.40 **Terveyserojen kaventaminen Helsingissä**
Kehittämisjohtaja *Riitta Simoila*, Helsingin terveyskeskus

12.40–13.00 **Asiantuntijakyselyn tuloksia**
Erityissuunnittelija *Juha Nyman* ja projektipäällikkö *Katja Louhio*, Helsingin terveyskeskus

13.00–13.30 ***Kahvi***

13.30–15.25 **Paneeli "Puheista tekoihin Helsingissä"**
Kutsutut asiantuntijat

15.25–15.30 **Päivän päätös ja yhteenveto**
Kehittämisjohtaja *Riitta Simoila*, Helsingin terveyskeskus

TERVETULOA!

Liite 4. Avoimet kysymykset Terve Helsinki -Forumiin osallistujille

Miten helsinkiläisten terveyserot mielestänne näyttäytyvät lapsilla? Kertokaa esimerkkejä.

Miten helsinkiläisten terveyserot mielestänne näyttäytyvät nuorilla? Kertokaa esimerkkejä.

Miten helsinkiläisten terveyserot mielestänne näyttäytyvät työikäisillä? Kertokaa esimerkkejä.

Miten helsinkiläisten terveyserot mielestänne näyttäytyvät vanhuksilla? Kertokaa esimerkkejä.

Miten helsinkiläisten terveyseroja mielestänne voitaisiin kaventaa elämänkulun eri vaiheissa? Kertokaa esimerkkejä.

Mitkä asiat mielestänne estävät terveyserojen kaventamista Helsingissä? Kertokaa esimerkkejä.

Miten mainitsemianne esteitä voitaisiin mielestänne poistaa ja vähentää? Kertokaa esimerkkejä.

Kuka tai ketkä Helsingissä ovat väliinputoajia, jotka jäävät nykyisten sosiaali- ja terveyspalvelujen ulkopuolelle?

Helsinkiläisten terveyserojen kaventamiseksi tulee jatkossa toteuttaa

28.3.2012

Katja Bosiso-Hillberg
Talous- ja suunnittelukeskus

Asia: Helsingin terveyskeskuksen Terve Helsinki -hanke

Helsingin terveyskeskuksen kolmevuotinen (2009-2011) Terve Helsinki -hanke on päättynyt. Ohessa hankkeesta tehdyt loppuraportit sekä tilinpäätös.

Tarvittaessa lisätietoja voi kysyä

Hallintoylihoitaja
Marketta Kupiainen
Terke / Strategiayksikkö
PL 6500
p. 050-3226743

Ystävällisin terveisn

Marianne Hellsten
Projektipäällikkö
Terve Helsinki -hanke

HANKE	NIMI	SUUNNITELTU(12)	TOTEUTUNUT	TOT %
99541	40 Terve Helsinki -hanke			
4005	Kuukausipalkat	0,00	17.712,96	0,00
4034	Projektihenkilöt	0,00	101.003,27	0,00
4069	Luentopalkkiot	0,00	1.456,61	0,00
4079	Muut palkkiot	0,00	1.890,20	0,00
4105	KuEL-maksut	0,00	32.207,22	0,00
4155	Sosiaaliturvamaksut	0,00	2.359,27	0,00
4160	Työttömyysvakuutusmaksut	0,00	3.730,72	0,00
4165	Tapaturmavakuutusmaksut	0,00	4.177,89	0,00
4341	Asiantuntijapalvelut	0,00	3.000,00	0,00
4355	Työvoiman vuokrauspalvelut	0,00	76,16	0,00
4359	Muut toim-, pankki- ja asiantu	0,00	4,88	0,00
4373	Painatukset	0,00	1.416,00	0,00
4377	Tele- ja puhelinpalvelut	0,00	429,28	0,00
4393	Jätehuoltomaksut	0,00	17,50	0,00
4431	Henkilöstöruokailu	0,00	164,50	0,00
4432	Majoituspalvelut	0,00	585,24	0,00
4433	Ravitsemuspalvelut	0,00	892,68	0,00
4442	Henkilökunnan taksin käyttö	0,00	32,49	0,00
4443	Henkilöstön matkakulut	0,00	813,83	0,00
4448	Verottomat päivärahat	0,00	605,30	0,00
4449	Muut matkustus- ja kuljetuspal	0,00	30,00	0,00
4471	Henkilöstön koulutus	0,00	585,89	0,00
4511	Toimisto- ja opetustarvikkeet	0,00	1.540,38	0,00
4532	Kirjat	0,00	282,57	0,00
4539	Muu kirjallinen materiaali	0,00	725,01	0,00
4541	Elintarvikkeet	0,00	179,23	0,00
4574	Siivous- ja puhdaineet ja - ta	0,00	21,80	0,00
4596	Lääkintälaitteet	0,00	33,08	0,00
4627	Työaineet ja tarvikk (toiminta	0,00	204,00	0,00
4629	Muu materiaali	0,00	92,13	0,00
4739	Avustukset muille yhteisöille	200.000,00	0,00	0,00
4839	Muiden rakenn ja huoneist vuok	0,00	1.973,50	0,00
4859	Muiden koneiden ja laitt vuokr	0,00	750,00	0,00
4975	Muut kulut	0,00	14,70	0,00
MENOT		200.000,00	179.008,29	89,50
99541	40 Terve Helsinki -hanke	-200.000,00	-179.008,29	89,50
	YHTEENSÄ Innovaatiorahasto	-200.000,00	-179.008,29	89,50

991 Hgin Talpa palvelukeskus 2011

HANKERAPORTTI TILEITTÄIN
01.01 - 31.12.2011

T072
AJOPVM 16.01.2012

	SUUNNITELTU(12)	TOTEUTUNUT	TOT %
RAPORTTI YHTEENSÄ	-200.000,00	-179.008,29	89,50

17.1.2012
Jussi Lind
suunnittelupäällikkö

HANKE	NIMI	SUUNNITELTU(12)	TOTEUTUNUT	TOT %
99541	40 Terve Helsinki -hanke			
4005	Kuukausipalkat	0,00	17.712,96	0,00
4034	Projektihenkilöt	0,00	101.003,27	0,00
4069	Luentopalkkiot	0,00	1.456,61	0,00
4079	Muut palkkiot	0,00	1.890,20	0,00
4105	KuEL-maksut	0,00	32.207,22	0,00
4155	Sosiaaliturvamaksut	0,00	2.359,27	0,00
4160	Työttömyysvakuutusmaksut	0,00	3.730,72	0,00
4165	Tapaturmavakuutusmaksut	0,00	4.177,89	0,00
4341	Asiantuntijapalvelut	0,00	3.000,00	0,00
4355	Työvoiman vuokrauspalvelut	0,00	76,16	0,00
4359	Muut toim-, pankki- ja asiantu	0,00	4,88	0,00
4373	Painatukset	0,00	1.416,00	0,00
4377	Tele- ja puhelinpalvelut	0,00	429,28	0,00
4393	Jätehuoltomaksut	0,00	17,50	0,00
4431	Henkilöstöruokailu	0,00	164,50	0,00
4432	Majoituspalvelut	0,00	585,24	0,00
4433	Ravitsemuspalvelut	0,00	892,68	0,00
4442	Henkilökunnan taksin käyttö	0,00	32,49	0,00
4443	Henkilöstön matkakulut	0,00	813,83	0,00
4448	Verottomat päivärahat	0,00	605,30	0,00
4449	Muut matkustus- ja kuljetuspal	0,00	30,00	0,00
4471	Henkilöstön koulutus	0,00	585,89	0,00
4511	Toimisto- ja opetustarvikkeet	0,00	1.540,38	0,00
4532	Kirjat	0,00	282,57	0,00
4539	Muu kirjallinen materiaali	0,00	725,01	0,00
4541	Elintarvikkeet	0,00	179,23	0,00
4574	Siivous- ja puhdaineet ja - ta	0,00	21,80	0,00
4596	Lääkintälaitteet	0,00	33,08	0,00
4627	Työaineet ja tarvikk (toiminta	0,00	204,00	0,00
4629	Muu materiaali	0,00	92,13	0,00
4739	Avustukset muille yhteisöille	200.000,00	0,00	0,00
4839	Muiden rakenn ja huoneist vuok	0,00	1.973,50	0,00
4859	Muiden koneiden ja laitt vuokr	0,00	750,00	0,00
4975	Muut kulut	0,00	14,70	0,00
MENOT		200.000,00	179.008,29	89,50
99541	40 Terve Helsinki -hanke	-200.000,00	-179.008,29	89,50
	YHTEENSÄ Innovaatiorahasto	-200.000,00	-179.008,29	89,50

091 Hgin Talpa palvelukeskus 2011
RI Innovaatiorahasto
99541 40 Terve Helsinki -hanke

HANKKEIDEN VIENTILUETTELO
JOULUKUU 2011

TILI	KIRPVM	TOSITE	V-ALUE	TAKOHTA	KUMPP	TOIM	KOHD	KLAJ	TIL	ERIT	VIENTISELITE	DEBET	KREDIT
4005 Kuukausipalkat													
4005	110831	174012031	RI954	ARA	00						KKP 212010 110831 1731	3.761,73	
4005	110930	174012035	RI954	ARA	00						KKP 212010 110930 1735	3.761,73	
4005	111014	174012037	RI954	ARA	00						KKP 212010 111014 1737	368,29	
4005	111031	174012039	RI954	ARA	00						KKP 212010 111031 1739	4.063,07	
4005	111114	174012041	RI954	ARA	00						KKP 212010 111114 1741	330,00	
4005	111214	174012045	RI954	ARA	00						KKP 212010 111214 1745	330,00	
4005	111231	K44000153	RI954	ARA	00						Terve Helsinki-hankeka	1.868,00	
4005	111231	K44000153	RI954	ARA	00						Terve Helsinki-hankeka	1.068,77	
4005	111231	K44000153	RI954	ARA	00						Terve Helsinki-hankeka	1.467,02	
4005	111231	K44000153	RI954	ARA	00						Terve Helsinki-hankeka	694,35	
4005	111231	K44000153	RI954	ARA	00						SALDO 17.712,96	17.712,96	0,00
* 4005 Kuukausipalkat													
4034 Projektihenkilöt													
4034	110630	174012023	RI954	ARA	00						KKP 212010 110630 1723	885,40	
4034	110729	174012027	RI954	ARA	00						KKP 212010 110729 1727	2.704,50	
4034	110831	174012031	RI954	ARA	00						KKP 212010 110831 1731	5.698,87	
4034	110914	174012033	RI954	ARA	00						KKP 212010 110914 1733	2.970,32	
4034	110930	174012035	RI954	ARA	00						KKP 212010 110930 1735	8.111,52	
4034	111014	174012037	RI954	ARA	00						KKP 212010 111014 1737	4.162,37	
4034	111021	174012038	RI954	ARA	00						KKP 212010 111021 1738	2.271,23	
4034	111031	174012039	RI954	ARA	00						KKP 212010 111031 1739	7.068,18	
4034	111114	174012041	RI954	ARA	00						KKP 212010 111114 1741	3.300,00	
4034	111122	174012042	RI954	ARA	00						KKP 212010 111122 1742	30.364,79	
4034	111130	174012043	RI954	ARA	00						KKP 212010 111130 1743	8.211,31	
4034	111214	174012045	RI954	ARA	00						KKP 212010 111214 1745	5.938,01	
4034	111230	174012047	RI954	ARA	00						KKP 212010 111230 1747	8.436,77	
4034	111230	K44000145	RI954	ARA	00						oik.TerveHelsinki-kuuk	10.880,00	
* 4034 Projektihenkilöt											SALDO 101.003,27	101.003,27	0,00
4069 Luentopalkkiot													
4069	110831	174012031	RI954	ARA	00						KKP 212010 110831 1731	226,53	
4069	111031	174012039	RI954	ARA	00						KKP 212010 111031 1739	297,48	

091 Hgin Talpa palvelukeskus 2011 HANKKEIDEN VIENTILUETTELO
RI Innovaatiorahasto JOULUKUU 2011
99541 40 Terve Helsinki -hanke

TILI	KIRPVM	TOSITE	V-ALUE	TAKOHTA	KUMPP	TOIM	KOHD	KLAJ	TIL	ERIT	VIENTISELITE	DEBET	KREDIT
4069	111114	174012041 RI954	ARA	00							KKP 212010 111114 1741	265,11	
4069	111130	174012043 RI954	ARA	00							KKP 212010 111130 1743	480,23	
4069	111230	174012047 RI954	ARA	00							KKP 212010 111230 1747	187,26	
											SALDO 1.456,61	1.456,61	0,00
* 4069	Luentopalkkiot												
4079	Muut palkkiot												
4079	110207	199900502 RI954	ARA	00	4706						PAL 021000 110207 1902	431,20	
4079	110222	199900503 RI954	ARA	00	4706						PAL 021000 110222 1903	385,00	
4079	111021	199900519 RI954	ARA	00							PAL 021000 111021 1919	594,00	
4079	111122	199900521 RI954	ARA	00							PAL 021000 111122 1921	480,00	
											SALDO 1.890,20	1.890,20	0,00
* 4079	Muut palkkiot												
4105	KuEL-maksut												
4105	110207	199900502 RI954	ARA	00	4706						PAL 021000 110207 1902	104,22	
4105	110222	199900503 RI954	ARA	00	4706						PAL 021000 110222 1903	108,49	
4105	110520	199900810 RI954	ARA	00	4706						PAL 021080 110520 1910	422,68	
4105	110630	174012023 RI954	ARA	00							KKP 212010 110630 1723	249,51	
4105	110729	174012027 RI954	ARA	00							KKP 212010 110729 1727	762,13	
4105	110831	174012031 RI954	ARA	00							KKP 212010 110831 1731	2.666,00	
4105	110831	174012031 RI954	ARA	00							KKP 212010 110831 1731	63,84	
4105	110914	174012033 RI954	ARA	00							KKP 212010 110914 1733	837,04	
4105	110930	174012035 RI954	ARA	00							KKP 212010 110930 1735	3.345,88	
4105	111014	174012037 RI954	ARA	00							KKP 212010 111014 1737	1.276,75	
4105	111021	174012038 RI954	ARA	00							KKP 212010 111021 1738	640,03	
4105	111021	199900519 RI954	ARA	00							PAL 021000 111021 1919	167,37	
4105	111021	199900820 RI954	ARA	00	4706						PAL 021080 111021 1920	422,70	
4105	111031	174012039 RI954	ARA	00							KKP 212010 111031 1739	3.220,62	
4105	111114	174012041 RI954	ARA	00							KKP 212010 111114 1741	1.097,65	
4105	111122	174012042 RI954	ARA	00							KKP 212010 111122 1742	8.603,05	
4105	111122	199900521 RI954	ARA	00							PAL 021000 111122 1921	135,20	
4105	111130	174012043 RI954	ARA	00							KKP 212010 111130 1743	2.449,28	
4105	111214	174012045 RI954	ARA	00							KKP 212010 111214 1745	1.766,34	
4105	111230	174012047 RI954	ARA	00							KKP 212010 111230 1747	2.430,25	
4105	111231	K44000153 RI954	ARA	00							Terve Helsinki-hankeka	526,96	
4105	111231	K44000153 RI954	ARA	00							Terve Helsinki-hankeka	413,85	

091 Hgin Talpa palvelukeskus 2011 HANKKEIDEN VIENTILUETTELO
RI Innovaatiorahasto JOULUKUU 2011
99541 40 Terve Helsinki -hanke

TILI	KIRPVM	TOSITE	V-ALUE	TAKOHTA	KUMPP	TOIM	KOHD	KLAJ	TIL	ERIT	VIENTISELITE	DEBET	KREDIT
											Terve Helsinki-hankeka	301,50	
											Terve Helsinki-hankeka	195,88	
4105	111231	K44000153 RI954	ARA	00								32.207,22	0,00
											SALDO 32.207,22		
* 4105 KuEL-maksut													
4155 Sosiaaliturvamaksut													
4155	110207	199900502 RI954	ARA	00	4706						PAL 021000 110207 1902	7,88	
4155	110222	199900503 RI954	ARA	00	4706						PAL 021000 110222 1903	8,16	
4155	110630	174012023 RI954	ARA	00							KKP 212010 110630 1723	18,77	
4155	110729	174012027 RI954	ARA	00							KKP 212010 110729 1727	57,34	
4155	110831	174012031 RI954	ARA	00							KKP 212010 110831 1731	200,56	
4155	110831	174012031 RI954	ARA	00							KKP 212010 110831 1731	4,80	
4155	110914	174012033 RI954	ARA	00							KKP 212010 110914 1733	62,96	
4155	110930	174012035 RI954	ARA	00							KKP 212010 110930 1735	251,71	
4155	111014	174012037 RI954	ARA	00							KKP 212010 111014 1737	96,04	
4155	111021	174012038 RI954	ARA	00							KKP 212010 111021 1738	48,15	
4155	111021	199900519 RI954	ARA	00							PAL 021000 111021 1919	12,60	
4155	111031	174012039 RI954	ARA	00							KKP 212010 111031 1739	242,29	
4155	111114	174012041 RI954	ARA	00							KKP 212010 111114 1741	82,57	
4155	111122	174012042 RI954	ARA	00							KKP 212010 111122 1742	647,21	
4155	111122	199900521 RI954	ARA	00							PAL 021000 111122 1921	10,18	
4155	111130	174012043 RI954	ARA	00							KKP 212010 111130 1743	184,26	
4155	111214	174012045 RI954	ARA	00							KKP 212010 111214 1745	132,88	
4155	111230	174012047 RI954	ARA	00							KKP 212010 111230 1747	182,83	
4155	111231	K44000153 RI954	ARA	00							Terve Helsinki-hankeka	39,60	
4155	111231	K44000153 RI954	ARA	00							Terve Helsinki-hankeka	14,72	
4155	111231	K44000153 RI954	ARA	00							Terve Helsinki-hankeka	31,10	
4155	111231	K44000153 RI954	ARA	00							Terve Helsinki-hankeka	22,66	
4155	111231	K44000153 RI954	ARA	00							SALDO 2.359,27	2.359,27	0,00
* 4155 Sosiaaliturvamaksut													
4160 Työttömyysvakuutusmaksut													
4160	110630	174012023 RI954	ARA	00							KKP 212010 110630 1723	28,33	
4160	110729	174012027 RI954	ARA	00							KKP 212010 110729 1727	86,54	
4160	110831	174012031 RI954	ARA	00							KKP 212010 110831 1731	7,25	
4160	110831	174012031 RI954	ARA	00							KKP 212010 110831 1731	302,74	
4160	110914	174012033 RI954	ARA	00							KKP 212010 110914 1733	95,05	

TILI	KIRPVM	TOSITE	V-ALUE	TAKOHTA	KUMPP	TOIM	KOHD	KLAJ	TIL	ERIT	VIENTISELITE	DEBET	KREDIT
4160	110930	174012035	RI954	ARA	00						KKP 212010 110930 1735	379,94	
4160	111014	174012037	RI954	ARA	00						KKP 212010 111014 1737	144,98	
4160	111021	174012038	RI954	ARA	00						KKP 212010 111021 1738	72,68	
4160	111031	174012039	RI954	ARA	00						KKP 212010 111031 1739	365,72	
4160	111114	174012041	RI954	ARA	00						KKP 212010 111114 1741	124,64	
4160	111122	174012042	RI954	ARA	00						KKP 212010 111122 1742	976,93	
4160	111130	174012043	RI954	ARA	00						KKP 212010 111130 1743	278,13	
4160	111214	174012045	RI954	ARA	00						KKP 212010 111214 1745	200,58	
4160	111230	174012047	RI954	ARA	00						KKP 212010 111230 1747	275,97	
4160	111230	K44000145	RI954	ARA	00						oik.TerveHelsinki-kuuk	230,65	
4160	111231	K44000153	RI954	ARA	00						Terve Helsinki-hankeka	33,67	
4160	111231	K44000153	RI954	ARA	00						Terve Helsinki-hankeka	58,84	
4160	111231	K44000153	RI954	ARA	00						Terve Helsinki-hankeka	21,87	
4160	111231	K44000153	RI954	ARA	00						Terve Helsinki-hankeka	46,21	
4160	111231	K44000153	RI954	ARA	00						Terve Helsinki-hankeka	3.730,72	0,00
											SALDO 3.730,72		
* 4160	Työttömyysvakuutusmaksut												
4165	Tapaturmavakuutusmaksut												
4165	110630	174012023	RI954	ARA	00						KKP 212010 110630 1723	6,20	
4165	110729	174012027	RI954	ARA	00						KKP 212010 110729 1727	18,93	
4165	110831	174012031	RI954	ARA	00						KKP 212010 110831 1731	1,59	
4165	110831	174012031	RI954	ARA	00						KKP 212010 110831 1731	66,22	
4165	110914	174012033	RI954	ARA	00						KKP 212010 110914 1733	20,79	
4165	110930	174012035	RI954	ARA	00						KKP 212010 110930 1735	83,11	
4165	111014	174012037	RI954	ARA	00						KKP 212010 111014 1737	31,71	
4165	111021	174012038	RI954	ARA	00						KKP 212010 111021 1738	15,90	
4165	111031	174012039	RI954	ARA	00						KKP 212010 111031 1739	80,00	
4165	111114	174012041	RI954	ARA	00						KKP 212010 111114 1741	27,26	
4165	111122	174012042	RI954	ARA	00						KKP 212010 111122 1742	213,70	
4165	111130	174012043	RI954	ARA	00						KKP 212010 111130 1743	60,84	
4165	111214	174012045	RI954	ARA	00						KKP 212010 111214 1745	43,88	
4165	111230	174012047	RI954	ARA	00						KKP 212010 111230 1747	60,37	
4165	111230	K44000145	RI954	ARA	00						oik.TerveHelsinki-kuuk	3.068,98	
4165	111230	K44000145	RI954	ARA	00						oik.TerveHelsinki-kuuk	342,72	
4165	111231	K44000153	RI954	ARA	00						Terve Helsinki-hankeka	7,48	
4165	111231	K44000153	RI954	ARA	00						Terve Helsinki-hankeka	4,86	
4165	111231	K44000153	RI954	ARA	00						Terve Helsinki-hankeka	13,08	

TILI	KIRPVM	TOSITE	V-ALUE	TAKOHTA	KUMPP	TOIM	KOHD	KLAJ	TIL	ERIT	VIENTISELITE		DEBET	KREDIT
											Terve Helsinki-hankeka		10,27	
4165	111231	K44000153 RI954	ARA	00							SALDO 4.177,89		4.177,89	0,00
* 4165 Tapaturmavakuutusmaksut														
4341 Asiantuntijapalvelut														
											PAL 021080 110520 1910		1.500,00	
4341	110520	199900810 RI954	ARA	00	4706						PAL 021080 111021 1920		1.500,00	
4341	111021	199900820 RI954	ARA	00	4706						SALDO 3.000,00		3.000,00	0,00
* 4341 Asiantuntijapalvelut														
4355 Työvoiman vuokrauspalvelut														
											oik.TerveHelsinki-kuuk		76,16	
4355	111230	K44000145 RI954	ARA	00							SALDO 76,16		76,16	0,00
* 4355 Työvoiman vuokrauspalvelut														
4359 Muut toim-, pankki- ja asiantu														
											KIRJAVÄLITYS OY	4002285	4,88	
4359	110131	294007219 RI954	ARA	00							SALDO 4,88		4,88	0,00
* 4359 Muut toim-, pankki- ja asiantu														
4373 Painatukset														
											PAINTEK PIHLAJAMÄKI	4002891	100,00	
4373	110907	294079967 RI954	ARA	00	4706						STAR-OFFSET OY	4037622	482,00	
4373	110930	294090361 RI954	ARA	00	4706						STAR-OFFSET OY	4037622	246,00	
4373	110930	294090361 RI954	ARA	00	4706						PAINTEK PIHLAJAMÄKI	4002891	100,00	
4373	111019	294095699 RI954	ARA	00	4706						STAR-OFFSET OY	4037622	370,00	
4373	111130	294111018 RI954	ARA	00	4719						STAR-OFFSET OY	4037622	118,00	
4373	111215	294117049 RI954	ARA	00	4719						SALDO 1.416,00		1.416,00	0,00
* 4373 Painatukset														
4377 Tele- ja puhelinpalvelut														
											TELIASONERA FINLAND	4028461	23,80	
4377	110131	294004987 RI954	ARA	00	4706						TELIASONERA FINLAND	4028461	12,59	
4377	110307	294017249 RI954	ARA	00							TELIASONERA FINLAND	4028461	108,41	
4377	110328	294024202 RI954	ARA	00	4706						TELIASONERA FINLAND	4028461	10,61	
4377	110430	294035989 RI954	ARA	00							TELIASONERA FINLAND	4028461	11,18	
4377	110530	294046820 RI954	ARA	00							TELIASONERA FINLAND	4028461	15,63	
4377	110627	294056780 RI954	ARA	00										

TILI	KIRPVM	TOSITE	V-ALUE	TAKOHTA	KUMPP	TOIM	KOHD	KLAJ	TIL	ERIT	VIENTISELITE			DEBET	KREDIT
4377	110725	294067071 RI954	ARA	00	4706						TELIASONERA FINLAND	4028461		69,07	
4377	110824	294074561 RI954	ARA	00							TELIASONERA FINLAND	4028461		7,39	
4377	110927	294086964 RI954	ARA	00							TELIASONERA FINLAND	4028461		20,42	
4377	111031	294099830 RI954	ARA	00							TELIASONERA FINLAND	4028461		22,56	
4377	111129	294110529 RI954	ARA	00	4706						TELIASONERA FINLAND	4028461		95,20	
4377	111228	294121836 RI954	ARA	00							TELIASONERA FINLAND	4028461		32,42	
											SALDO	429,28		429,28	0,00
* 4377 Tele- ja puhelinpalvelut															
4393 Jätehuoltomaksut															
4393	110915	294082803 RI954	ARA	00			9890				ENCORE YMPÄRISTÖPALV	4013357		17,50	
											SALDO	17,50		17,50	0,00
* 4393 Jätehuoltomaksut															
4431 Henkilöstöruokailu															
4431	110901	6H4000058 RI954	ARA	95			9850				PalmiaSub. 2508-25084			1,90	
4431	110901	6H4000058 RI954	ARA	95			9850				PalmiaSub. 2508-31084			7,60	
4431	110930	6H4000065 RI954	ARA	95			9850				PalmiaSub. 0109-26094			19,00	
4431	110930	6H4000065 RI954	ARA	95			9850				PalmiaSub. 0209-30094			28,00	
4431	111031	6H4000072 RI954	ARA	95			9850				PalmiaSub. 0310-31104			31,10	
4431	111202	6H4000074 RI954	ARA	95			9850				PalmiaSub. 0111-30114			33,70	
4431	111231	6H4000087 RI954	ARA	95			9850				PalmiaSub. 0112-30124			43,20	
											SALDO	164,50		164,50	0,00
* 4431 Henkilöstöruokailu															
4432 Majoituspalvelut															
4432	110501	294033555 RI954	ARA	00	4706					407	SUOMEN MATKATOIMISTO	4001673		14,20	
4432	110501	294033555 RI954	ARA	00	4706					407	SUOMEN MATKATOIMISTO	4001673		435,90	
4432	110530	294046783 RI954	ARA	00	4706		9838			407	KOUVOLAN KAUPUNKI	4040417		24,77	
4432	111011	294092914 RI954	ARA	00			9855				SUOMEN MATKATOIMISTO	4001673		110,37	
											SALDO	585,24		585,24	0,00
* 4432 Majoituspalvelut															
4433 Ravitsemuspalvelut															
4433	110530	294046783 RI954	ARA	00	4706		9838			407	KOUVOLAN KAUPUNKI	4040417		48,67	
4433	110831	294077268 RI954	ARA	95	4706						PALMIA/HGIN KAUPUNGI	8009500		3,00	
4433	110831	294077268 RI954	ARA	95	4706						PALMIA/HGIN KAUPUNGI	8009500		18,90	

)91 Hgin Talpa palvelukeskus 2011 HANKKEIDEN VIENTILUETTELO
RI Innovaatiorahasto JOULUKUU 2011
)9541 40 Terve Helsinki -hanke

TILI	KIRPVM	TOSITE	V-ALUE	TAKOHTA	KUMPP	TOIM	KOHD	KLAJ	TIL	ERIT	VIENTISELITE		DEBET	KREDIT
4433	110831	294077268 RI954	ARA	95	4706						PALMIA/HGIN KAUPUNGI	8009500	29,25	
4433	110831	294077268 RI954	ARA	95	4706						PALMIA/HGIN KAUPUNGI	8009500	22,05	
4433	110831	294078603 RI954	ARA	95	4706						PALMIA/HGIN KAUPUNGI	8009500	36,75	
4433	110831	294078603 RI954	ARA	95	4706						PALMIA/HGIN KAUPUNGI	8009500	6,30	
4433	110831	294078603 RI954	ARA	95	4706						PALMIA/HGIN KAUPUNGI	8009500	61,50	
4433	110831	294078603 RI954	ARA	95	4706						PALMIA/HGIN KAUPUNGI	8009500	77,70	
4433	110831	294078603 RI954	ARA	95	4706						PALMIA/HGIN KAUPUNGI	8009500	37,56	
4433	111010	294092096 RI954	ARA	0315							HUS RAVIOLI	4017569	62,77	
4433	111010	294092516 RI954	ARA	0315							HUS RAVIOLI	4017569	4,16	
4433	111011	294092914 RI954	ARA	00			9855				SUOMEN MATKATOIMISTO	4001673	132,74	
4433	111231	294127661 RI954	ARA	0315							HUS RAVIOLI	4017569	135,75	
4433	111231	294127685 RI954	ARA	00							HOK-ELANTO LIIKETOIM	4004953	215,58	
4433	111231	294128809 RI954	ARA	95	4706						PALMIA/HGIN KAUPUNGI	8009500	892,68	0,00
											SALDO 892,68			
* 4433 Ravitsemuspalvelut														
4442 Henkilökunnan taksin käyttö														
4442	110617	6M2000111 RI954	ARA	00	4706		9839	00			M2-67935 LOUHIO KA		32,49	
											SALDO 32,49		32,49	0,00
* 4442 Henkilökunnan taksin käyttö														
4443 Henkilöstön matkakulut														
4443	110112	294000644 RI954	ARA	0316	4706						HGIN SEUDUN LIIKENNE	4055660	91,74	
4443	110211	294008850 RI954	ARA	0316	4706						HGIN SEUDUN LIIKENNE	4055660	439,53	
4443	110501	294033545 RI954	ARA	00	4706		9839				SUOMEN MATKATOIMISTO	4001673	161,74	
4443	110617	6M2000111 RI954	ARA	00	4706		9839	00	407		M2-67934 IHATSU LA		24,14	
4443	110617	6M2000111 RI954	ARA	00	4706		9839	00			M2-67935 LOUHIO KA		24,14	
4443	111028	6M2000203 RI954	ARA	00	4706		9855	00			M2-76137 KOLEHMAIN		72,54	
											SALDO 813,83		813,83	0,00
* 4443 Henkilöstön matkakulut														
4448 Verottomat päivärahat														
4448	110617	6M2000111 RI954	ARA	00	4706		9839	00	407		M2-67934 IHATSU LA		231,15	
4448	110617	6M2000111 RI954	ARA	00	4706		9838	00	407		M2-67933 IHATSU LA		25,00	
4448	110617	6M2000111 RI954	ARA	00	4706		9839	00			M2-67935 LOUHIO KA		231,15	
4448	111028	6M2000203 RI954	ARA	00	4706		9855	00			M2-76137 KOLEHMAIN		16,00	
4448	111028	6M2000203 RI954	ARA	00	4706		9855	00			M2-76137 KOLEHMAIN		34,00	
4448	111208	6M2000230 RI954	ARA	00	4706		9838	00			M2-80444 KYLMÄNEN		34,00	

TILI	KIRPVM	TOSITE	V-ALUE	TAKOHTA	KUMPP	TOIM	KOHD	KLAJ	TIL	ERIT	VIENTISELITE			DEBET	KREDIT
														34,00	
4448	111208	6M2000230 RI954	ARA	00	4706	9838	00				M2-80444 KYLMÄNEN			605,30	0,00
											SALDO 605,30				
* 4448	Verottomat päivärahat														
4449	Muut matkustus- ja kuljetuspal														
														30,00	
4449	110617	6M2000111 RI954	ARA	00	4706	9839	00				M2-67935 LOUHIO KA			30,00	0,00
											SALDO 30,00				
* 4449	Muut matkustus- ja kuljetuspal														
4471	Henkilöstön koulutus														
4471	110117	294001084 RI954	ARA	00	4706	9837					BLUE&WHITE CONFERENC		4054222	130,00	
4471	110530	294046783 RI954	ARA	00	4706	9838		407			KOUVOLAN KAUPUNKI		4040417	30,89	
4471	111114	294104988 RI954	ARA	00		9837					FIOCA OY		4056190	425,00	
											SALDO 585,89			585,89	0,00
* 4471	Henkilöstön koulutus														
4511	Toimisto- ja opetustarvikkeet														
4511	110117	294001095 RI954	ARA	00	4706						PAINOMÄKI OY		4047445	408,00	
4511	110117	294001095 RI954	ARA	00	4706						PAINOMÄKI OY		4047445	220,00	
4511	110228	294015354 RI954	ARA	25	4719						HANKINTAKESKUS/TALPA		8002500	17,22	
4511	110228	294015355 RI954	ARA	25	4719						HANKINTAKESKUS/TALPA		8002500	27,22	
4511	110418	294032055 RI954	ARA	25	4706						HANKINTAKESKUS/TALPA		8002500	88,20	
4511	110420	294033105 RI954	ARA	25	4706						HANKINTAKESKUS/TALPA		8002500	58,80	
4511	110420	294033105 RI954	ARA	25	4706						HANKINTAKESKUS/TALPA		8002500	10,00	
4511	110525	294045011 RI954	ARA	25	4706						HANKINTAKESKUS/TALPA		8002500	16,95	
4511	110629	294057862 RI954	ARA	00	4706						PAINOMÄKI OY		4047445	55,00	
4511	110629	294057862 RI954	ARA	00	4706						PAINOMÄKI OY		4047445	220,00	
4511	110804	294069756 RI954	ARA	25	4706						HANKINTAKESKUS/TALPA		8002500	10,00	
4511	110804	294069756 RI954	ARA	25	4706						HANKINTAKESKUS/TALPA		8002500	26,75	
4511	111019	294095700 RI954	ARA	00	4706						PAINTEK PIHLAJAMÄKI		4002891	200,00	
4511	111118	294107231 RI954	ARA	25	4704						HANKINTAKESKUS/TALPA		8002500	46,12	
4511	111118	294107231 RI954	ARA	25	4704						HANKINTAKESKUS/TALPA		8002500	36,12	
4511	111118	294107239 RI954	ARA	00	4706						PAINTEK PIHLAJAMÄKI		4002891	100,00	
											SALDO 1.540,38			1.540,38	0,00
* 4511	Toimisto- ja opetustarvikkeet														
4532	Kirjat														

TILI	KIRPVM	TOSITE	V-ALUE	TAKOHTA	KUMPP	TOIM	KOHD	KLAJ	TIL	ERIT	VIENTISELITE			DEBET	KREDIT
											KIRJAVÄLITYS OY		4002285	282,57	
4532	110131	294007219 RI954	ARA	00							SALDO	282,57		282,57	0,00
* 4532 Kirjat															
4539 Muu kirjallinen materiaali															
											KOPIO NIINI OY		4004397	725,01	
4539	110630	294059530 RI954	ARA	00	4706		9831				SALDO	725,01		725,01	0,00
* 4539 Muu kirjallinen materiaali															
4541 Elintarvikkeet															
											HOK-ELANTO LIIKETOIM		4004953	14,91	
4541	110131	294008043 RI954	ARA	00	4706						HOK-ELANTO LIIKETOIM		4004953	7,38	
4541	110309	294018701 RI954	ARA	00	4706						HOK-ELANTO LIIKETOIM		4004953	25,12	
4541	110510	294039607 RI954	ARA	00	4706						HOK-ELANTO LIIKETOIM		4004953	31,88	
4541	110610	294050692 RI954	ARA	00	4706						HOK-ELANTO LIIKETOIM		4004953	26,39	
4541	110731	294069433 RI954	ARA	00	4706						HOK-ELANTO LIIKETOIM		4004953	13,76	
4541	110914	294082208 RI954	ARA	00	4706						HOK-ELANTO LIIKETOIM		4004953	21,73	
4541	111012	294093235 RI954	ARA	00	4706						HOK-ELANTO LIIKETOIM		4004953	29,21	
4541	111110	294103975 RI954	ARA	00	4706						HOK-ELANTO LIIKETOIM		4004953	8,85	
4541	111212	294115102 RI954	ARA	00	4706						SALDO	179,23		179,23	0,00
* 4541 Elintarvikkeet															
4574 Siivous- ja puhdaineet ja - ta															
											HANKINTAKESKUS/TALPA		8002500	10,00	
4574	110525	294045011 RI954	ARA	25	4706						HANKINTAKESKUS/TALPA		8002500	11,80	
4574	110525	294045011 RI954	ARA	25	4706						SALDO	21,80		21,80	0,00
* 4574 Siivous- ja puhdaineet ja - ta															
4596 Lääkintälaitteet															
											NORMOMEDICAL OY		4000940	11,62	
4596	110628	294057060 RI954	ARA	00	4706						NORMOMEDICAL OY		4000940	11,62	
4596	110628	294057060 RI954	ARA	00	4706						NORMOMEDICAL OY		4000940	9,84	
4596	110628	294057060 RI954	ARA	00	4706						SALDO	33,08		33,08	0,00
* 4596 Lääkintälaitteet															
4627 Työaineet ja tarvikk (toiminta															

TILI	KIRPVM	TOSITE	V-ALUE	TAKOHTA	KUMPP	TOIM	KOHD	KLAJ	TIL	ERIT	VIENTISELITE		DEBET	KREDIT
4627	110928	294087554 RI954	ARA	00	4706						STAR-OFFSET OY	4037622	204,00	
											SALDO 204,00		204,00	0,00
* 4627 Työaineet ja tarvikk (toiminta														
4629 Muu materiaali														
4629	110921	294084560 RI954	ARA	00	4706						S VALTIO/HGIN KIHLAK	4003934	51,00	
4629	111025	294097932 RI954	ARA	00	4706						PASILAN KUVA OY	4032996	15,45	
4629	111228	294121822 RI954	ARA	00							STOCKMANN OYJ	4002975	25,68	
											SALDO 92,13		92,13	0,00
* 4629 Muu materiaali														
4839 Muiden rakenn ja huoneist vuok														
4839	110131	294008045 RI954	ARA	0775							FINLANDIA-TALO OY	4042827	1.513,50	
4839	110228	294015674 RI954	ARA	0775	4706						FINLANDIA-TALO OY	4042827	460,00	
											SALDO 1.973,50		1.973,50	0,00
* 4839 Muiden rakenn ja huoneist vuok														
4859 Muiden koneiden ja laitt vuokr														
4859	110131	294005462 RI951	ARA	00							MOOD HOUSE OY	4027945	250,00	
4859	110131	294005464 RI954	ARA	00							PARKERHOUSE FINANS F	4033033	500,00	
4859	110225	R42000027 RI954	ARA	00							Oik.29-4005462,vastu		250,00	
4859	110225	R42000027 RI951	ARA	00							Oik.29-4005462,vastu			250,00
											SALDO 750,00		1.000,00	250,00
* 4859 Muiden koneiden ja laitt vuokr														
4975 Muut kulut														

TILI	KIRPVM	TOSITE	V-ALUE	TAKOHTA	KUMPP	TOIM	KOHD	KLAJ	TIL	ERIT	VIENTISELITE		DEBET	KREDIT
4975	111011	294092914	RI954	ARA	00		9855				SUOMEN MATKATOIMISTO	4001673	14,70	
											SALDO	14,70	14,70	0,00
* 4975 Muut kulut														
											SALDO	179.008,29	179.258,29	250,00
99541 YHTEENSÄ														
											SALDO	179.008,29	179.258,29	250,00
VIRASTO RI YHTEENSÄ														

091 Hgin Talpa palvelukeskus 2011 HANKKEIDEN VIENTILUETTELO
JOULUKUU 2011

T020
AJOPVM 16.01.2012

			DEBET	KREDIT
RAPORTTI YHTEENSÄ	SALDO	179.008,29	179.258,29	250,00

13.1.2012
Jussi Lind
Suunnittelupäällikkö

TERVE HELSINKI -HANKE

NUORTEN SYRJÄYTYMISEN EHKÄISY -osaprojekti

Loppuraportti

Helsingin kaupunki Terveyskeskus | **Helsingfors stad** Hälsovårdscentraler | **City of Helsinki** Health Centre

KUVAILULEHTI
PRESENTATIONSBLAD
PRESENTATION

Tekijä(t) - Författare - Author(s)
Hellsten Marianne, Louhio Katja, Simoila Riitta

Julkaisun nimi – Publikationens titel – Title of the Publication
Terve Helsinki -hanke
Nuorten syrjäytymisen ehkäisy -osaprojektin loppuraportti

Julkaisija - Utgivare - Publisher	Julkaisuaika - Publikationsdatum Published	Sivumäärä, liitteet - Sidoantal, bilagor Pages, appendices
Helsingin kaupungin terveyskeskus	2012	38

Sarja - Serie - Series	Osanumero - Del nummer Part number
Helsingin kaupungin terveyskeskuksen raportteja	2012:4

ISSN	ISBN paperi – papper – paper	ISBN pdf	Kieli - Språk - Language
1459-9112	978-952-272-183-9	978-952-272-196-9	suomi

Tiivistelmä – Referat – Abstract

Nuorten syrjäytymisen ehkäisy -projekti on osa Terve Helsinki -hanketta (2009-2011). Nuorten syrjäytymisen ehkäisy -projektissa pääpaino oli auttaa ehkäisevän nuorisotyön avulla löytyneitä syrjäytymisvaarassa olevia tai jo syrjäytyneitä nuoria tarvittavien palveluiden piiriin ja sitä kautta kiinni elämään.

Projekti toteutettiin yhteistyössä Helsingin Diakonissalaitoksen Vamos-projektin kanssa. Etsivän työn toimijat olivat todenneet, että lähes kaikilla nuorilla on terveyteen liittyviä ongelmia, jotka täytyy ratkaista ja hoitaa ennen kuin nuorilla on mahdollisuuksia päästä koulutuksen ja / tai työelämän alkuun. Nuorten omat voimavarat ovat usein vähäisiä ja ongelmien monimutkaisuus aiheuttaa sen, että nuoret eivät hakeudu palveluihin tavallisten kanavien kautta.

Projektin tavoitteena on ollut matalan kynnyksen palveluiden tarjoaminen nuorille sekä mahdollistaa tarvittavien palveluiden saanti samasta paikasta. Psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle pääsevät kaikki apua tarvitsevat. Sairaanhoitaja jalkautuu tapaamaan nuorta nuoren omaan ympäristöön, esim. kahvilaan, kotiin tai nuorisotalolle. Yhteistyö lääkärin kanssa on saumatonta ja myös lääkäri tekee jalkautuvaa työtä. Sairaanhoitajan vastaanotolla painottuu nuorten terveyden edistäminen kaikilla terveyden osa-alueilla sekä hoitoonohjaus. Osaa nuorista sairaanhoitaja tapaa vain kerran, mutta joidenkin nuorten kanssa hoitosuhde kestää kauemmin. Nuorten jatko-ohjauksista ohjaus terveydenhuollon pariin on merkittävin.

Avainsanat - Nyckelord - Key words
Nuorten syrjäytyminen, psykiatrinen sairaanhoitaja, matalan kynnyksen palvelut, Vamos

Hinta Pris Price		Julkaisumuoto Publikationsform Publishing form	painettu, internet

Julkaisun jakelu:
Helsingin terveyskeskus / tietopalvelu
PL 6000, 00099 HELSINGIN KAUPUNKI
Puhelin: 09 310 48183

Distribution:
Helsingfors stad
Hälsovårdscentralen / informationstjänst
PB 6000, 00099 HELSINGFORS STAD
Telefon: 09 310 48183

Distribution:
City of Helsinki Health Centre / Information Services
P.O. Box 6000, 00099 City of Helsinki
Tel: +358 9 310 48183

SISÄLLYS

1 JOHDANTO 1
2 PROJEKTIN KUVAUS 1
2.1 Lasten ja nuorten sosioekonominen asema ja terveys 1
2.2 Projektin lähtökohta 2
2.3 Etsivän työn tausta 4
2.4 Etsivää työtä järjestävät tahot Helsingissä 6
3 PROJEKTIN ORGANISOINTI 7
3.1 Ohjausryhmä 7
3.2 Projektiryhmä 7
3.3 Hallinnollinen järjestely 7
3.4 Yhteydet muihin kehittämishankkeisiin 7
4 PROJEKTIN TAVOITTEET 8
4.1 Projektin riskit ja niiden hallinta 9
5 OSAPROJEKTIN TOIMINTA 10
5.1 Projektin kulku 10
5.2 Asiakkaiden vastaanotto 12
5.3 Jatko-ohjaaminen 12
6 TOIMINTAMALLIT 13
6.1 Helsingin Diakonissalaitoksen, Vamos-projektin palvelukokonaisuuden malli 13
6.2 Helsingin terveyskeskuksen terveydenhoitopalvelujen mallinnus osana Vamos-kokonaisuutta 16
6.3 Terveysluennot 18
6.4 Yhteistyön kehittäminen 18
7 VIESTINTÄ 18
8 TULOKSET 19
8.1 Asiakkuudet, ohjautumiset palveluun ja jatko-ohjautuminen 19
8.2 Potilastapauskuvauksia 23
9 JOHTOPÄÄTÖKSET 26
9.1 Pohdinta 26
9.2 Projektista nousseita kehitystarpeita 28
LÄHTEET 29
LIITTEET 31

TAULUKOT

Taulukko 1: Hankkeen riskit ja niiden hallinta

KUVIOT

Kuvio 1. Vamos-projektin palvelukokonaisuus, jonka osaksi terveyspalvelut on rakennettu (Lähde: Helsingin Diakonissalaitos, Vamos-projekti)
Kuvio 2. Eri asiakasryhmien palvelutarpeet (Vamoksen palvelumuotoilu)
Kuvio 3. Asiakkaan ohjautuminen terveydenhuollon palveluihin Vamos-palvelukokonaisuudessa
Kuvio 4. Nuorten lukumäärä sukupuolittain ja vuosittain tarkasteltuna (2009–*6/2011)
Kuvio 5. Nuorten tausta
Kuvio 6. Nuorten ikäjakauma
Kuvio 7. Nuorten ohjautuminen työhön ja koulutukseen 2009-06/2011 (Kpl)
Kuvio 8. Nuorten ohjautuminen 2009–06/2011 (Kpl)
Kuvio 9. Nuorten ohjautuminen terveydenhuollon palveluihin prosentuaalisesti 2009–06/2011.
Kuvio 10. Nuorten ohjaaminen terveyspalveluihin kuukausittain keväällä 2009 ja 2011 (ohjaus / kpl)

LIITTEET

LIITE 1. Ohjaus- ja projektiryhmä
LIITE 2. Suostumuslomake
LIITE 3. VAMOS-PALVELU; TYÖN TAVOITTEET, TYÖTAVAT JA ASIAKASRYHMÄT
LIITE 4. Helsingin Diakonissalaitos, Vamos-projektin palvelukuvaus

1 JOHDANTO

Helsingin kaupungin terveyskeskuksen Terve Helsinki -hanketta (2009–2011) suunniteltaessa yhdeksi tärkeäksi painopisteeksi nostettiin nuorten syrjäytymisen ehkäisy. Helsingin Diakonissalaitoksen Vamos-projekti oli jo aiemmin tehnyt etsivää työtä syrjäytymisvaarassa olevien tai jo syrjäytyneiden nuorten parissa. Heti Vamos-projektin alkuvaiheessa oli huomattu, että keskeiseksi ongelmaksi nuorilla nousi monimuotoiset terveysongelmat. Nuoret eivät saaneet etsivän työn alkuvaiheessa oikea-aikaista ja itselleen sopivaa terveydenhuollon palvelua. Helsingin kaupungin terveyskeskuksen Terve Helsinki -hankkeen Nuorten syrjäytymisen ehkäisy -osaprojektin ja Vamos-projektin kanssa sovittiin yhteistyön aloittamisesta etsivän nuorisotyön osalta kesäkuussa 2009.

Vamos-projekti ja Nuorten syrjäytymisen ehkäisy -projekti rakensivat yhteistyössä toimintamalleja, joiden avulla syrjäytyneitä tai syrjäytymisvaarassa olevia nuoria voidaan ohjata tarvittaessa terveyspalvelujen pariin. Helsingin Diakonissalaitos vastasi Vamos-palvelukokonaisuuden kehittämisestä koko projektin ajan. Helsingin kaupungin terveyskeskus palkkasi projektiin kaksi projektityöntekijää, psykiatrisen sairaanhoitajan ja sosionomin. Toimintaperiaate on matalan kynnyksen periaate ja toiminnan päätavoitteena oli tarjota yksilöllistä terveyspalvelua etsivän työn avulla löydetyille, riskiryhmässä oleville nuorille, jotka eivät itsenäisesti osanneet hakeutua olemassa oleviin palveluihin. Kohderyhmänä olivat pääkaupunkiseudulla asuvat 16–29-vuotiaat syrjäytyneet tai syrjäytymisvaarassa olevat nuoret, jotka ovat ajautuneet koulutuksen tai työelämän ulkopuolelle.

Tässä raportissa keskitytään kuvaamaan yhteistyötä Helsingin terveyskeskuksen näkökulmasta käsin, joten Vamos-projektin palvelukokonaisuutta ei kuvata kaikessa laajuudessaan.

2 PROJEKTIN KUVAUS

2.1 Lasten ja nuorten sosioekonominen asema ja terveys

Lasten ja lapsiperheiden keskuudessa vallitsee sosioekonominen eriarvoisuus. Suomessa lapsiperheiden suhteellinen köyhyys on kasvanut 1990-luvulta lähtien. Vuonna 2008 köyhissä lapsiperheissä eli noin 145 000 lasta. Matalan sosioekonomisen tason perheissä monet terveyden kannalta haitalliset riskit, kuten työttömyys, toimeentulo-ongelmat, heikompi asumisen laatu ja terveyden kannalta vaarallisemmat terveystottumukset ovat yleisempiä kuin korkeamman sosioekonomisen tason perheissä. (THL 2011, 23.)

Lapsuudessa ja nuoruudessa opitut terveystottumukset ja elintavat vaikuttavat myös aikuisuudessa. Perheen sosioekonomisella asemalla, perherakenteella ja taloudellisilla, sosiaalisilla ja terveydellisillä tekijöillä on merkitystä myös aikuisiässä. Vanhempien sosioekonominen asema on osittain periytyvä ja esi-

merkiksi vanhempien koulutustasolla ja ammatinvalinnalla on merkitystä nuorten valintoihin. (THL 2011, 30–31.)

Elinikäisesti alhaiseen sosioekonomiseen asemaan jääminen tuo mukanaan suuren terveysriskin. Altistuminen puutteellisille aineellisille oloille imeväisiässä ja lapsuudessa näyttää vaikuttavan pitkällä tähtäimellä aikuisen terveyteen myöhemmästä sosioekonomisesta asemasta riippumatta. Lapsen ja nuoren terveyttä edistävät myönteiset sosiaaliset suhteet, terveellinen ravinto, riittävä liikunta sekä savuton, turvallinen ja virikkeellinen ympäristö. (STM 2007, 33–35.)Lasten terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat paljon lapsen vanhemmat ja heidän hyvinvointinsa. Tukea tuleekin suunnata vanhemmille sekä ennaltaehkäisevässä mielessä että riskiryhmät huomioiden. Äitiysneuvolan, lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon kautta tavoitetaan lähes kaikki lapset, nuoret ja heidän perheensä. (THL 2011, 31–35.)

Suomessa nuorten miesten kuolleisuus on vähentynyt hitaasti ja se on Länsi-Eurooppaan verrattuna korkea. Erityisesti tapaturmaiset ja väkivaltaiset kuolemat, itsemurhat sekä alkoholiin ja mielenterveysongelmiin liittyvät kuolemat ovat nuorilla yleisiä. Yleistyneitä nuorten terveysongelmia ovat astma, allergiat, diabetes, alkoholiin ja huumeisiin liittyvät terveyshaitat sekä nuorten mielenterveysongelmat. Tutkimuksissa on todettu, että huono koulumenestys, lyhyt koulutusura, koulutuksen ulkopuolelle jääminen ja koulutuksellinen syrjäytyminen ovat yhteydessä nuoren psyykkiseen oireiluun ja myöhemmin esiin tuleviin psyykkisiin ongelmiin. Koulunkäyntiin liittyvien ongelmien on havaittu lisäävän mielenterveyshäiriöihin sairastumisriskiä aikuisiällä. Toisaalta taas lapsuudessa ja nuoruusiässä esiintyvät psyykkiset ongelmat voivat vaikuttaa heikentävästi henkilön koulutusuraan. (Helsingin terveydenhuollon toimintaympäristön analyysi 2008.)

Suomessa alle 12-vuotiaista lapsista lastenpsykiatrista tutkimusta tai/ja hoitoa tarvitsee noin seitsemän prosenttia. Lasten psyykkisten ongelmien hoidossa varhainen puuttuminen on tärkeätä. Lasten psykiatrinen hoito on usein tuloksellista ja se vähentää psyykkisten oireiden esiintymistä nuoruusiässä. Sen sijaan hoitamattomina lasten psyykkiset häiriöt ovat melko pysyviä. (KTL.fi)

Nuorten pitkäaikainen työttömyys, asunnottomuus, pitkäaikainen toimeentulotukiasiakkuus sekä näistä tekijöistä johtuva elämänhallinnan pettäminen johtaa helposti nuorten syrjäytymiseen ja yhteiskunnan ulkopuolelle jäämiseen. Työttömyys on merkittävä syrjäytymistä aiheuttava tekijä. Usein syrjäytyminen saa alkunsa, kun nuori jää ilman ammatillista koulutusta ja tutkintoa.

2.2 Projektin lähtökohta

Vuonna 2010 joulukuussa 15–24-vuotiaita työttömiä oli työministeriön mukaan yli 68 000 (Tilastokeskus 2010). Helsingissä vastaava luku oli 2 027 työtöntä nuorta (Helsingin kaupungin tietokeskus 2010). Alle 29 -vuotiaiden osuus toimeentulotukea saavista on kasvanut viimeisen vuoden aikana (THL 2010). Kodin ulkopuolelle sijoitettujen ja avohoidossa olevien nuorten määrä sekä alle 24-vuotiaiden työkyvyttömyyseläkkeellä olevien nuorten määrä on lisääntynyt.

Maamme 25–29 -vuotiaista nuorista 11 % ei ole suorittanut mitään ammatillista tutkintoa. Toisen asteen opintojen keskeyttämisprosentti on korkea. Noin 30 % ammatillisen koulutuksen aloittaneista ja 11 % lukion aloittaneista nuorista keskeyttää opintonsa. (Tilastokeskus 2011.)

Vuonna 2008 peruskoulun päättäneitä nuoria oli koko maassa 64 700. Naisista 59 % ja miehistä 42 % jatkoi opintojaan lukiossa, 33 % naisista ja 50 % miehistä toisen asteen ammatillisessa koulutuksessa. Kymppiluokalle siirtyi kaksi prosenttia peruskoulun yhdeksäsluokkalaisista. Peräti 5,6 prosenttia peruskoulun päättäneistä nuorista ei hakenut lainkaan peruskoulun jälkeiseen koulutukseen. Helsingissä ammatillisen koulutuksen keskeyttäneitä oli 18 % sekä lukuvuotena 2008/2009 että 2009/2010. Helsingin kaupungin ylläpitämissä lukioissa keskeyttämisprosentti oli 1,5 lukuvuonna 2009/2010. (Lasten ja nuorten hyvinvointiselonteko 2011.) Moni hakija jäi 2011 syksyllä ilman opiskelupaikkaa. Helsingissä on noin 5 900 vieraskielistä peruskouluikäistä (Helsingin tietokeskus 2011) ja monella heistä on kotoutumisongelmia ja vaikeuksia koulutuksen hankkimisessa ja myöhemmin työllistymisessä. Kaikkiaan helsinkiläisten 16–18 -vuotiaiden osallistuminen toisen asteen koulutukseen (85 %) on valtakunnalliseen vertailulukuun (90 %) nähden alhaisempaa. Keskiarvoa laskee muunkielisten nuorten alhainen koulutukseen osallistumisprosentti (55 %). (Lasten ja nuorten hyvinvointiselonteko 2011.)

Toimenpiteet ja tuki nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseksi tulee kohdistaa nuorten kannalta hetkiin, jolloin nuori on helpoiten vaarassa jäädä työn tai koulutuksen ulkopuolelle. Myös koulutuksen jatkumista tulee tukea. Koulutusuraan liittyvät terveys- ja hyvinvointierot ovat merkittävät. Koulupudokkaat ovat syrjäytymisen riskiryhmä. (Rintanen 2000). Joka kymmenes nuori on vaarassa syrjäytyä.

Jokainen nuorena syrjäytynyt ihminen maksaa yhteiskunnalle menetettyinä verotuloina yli miljoona euroa 60-vuotispäivään mennessä laskettuna. Kelan arvioiden mukaan syrjäytyvästä nuoresta aiheutuu yhteiskunnalle noin 24 000 euron vuosittaiset kulut ja valtiontalouden tarkastusviraston laskelmissa nuoren vuosittainen taloudellinen menetys on 27 500 euroa 40 vuoden työaika olettamalla.

Huoli suomalaisten nuorten hyvinvoinnista on viime vuosina ollut näkyvästi esillä, ja vaikka suurin osa nuorisosta voikin hyvin, osalla menee entistä huonommin. Nuorten terveyserojen ehkäisy on merkittävää niin työvoimapoliittisesti, yhteiskunnallisesti kuin terveyspoliittisesti tarkasteltuna. Opiskelunsa keskeyttävä nuori on vaarassa pudota "ei-minnekään" ja jäädä näin yhteiskunnan ulkopuolelle monissa eri merkityksissä.

Syrjäytymisellä tarkoitetaan henkilön joutumista syrjään normaaleista sosiaalisista suhteista, vaikuttamismahdollisuuksista, työstä tai koulutuksesta tai yhteisöllisestä toiminnasta (Granfelt 1998, 80–83). Nuorten syrjäytymisen kehityksestä antaa viitteitä nuorisotyöttömyyden kehitys, koulutuksen ulkopuolelle jäävien nuorten määrä, asunnottomuus, toimeentuloasiakkuus sekä eri tekijöistä aiheutuva elämänhallinnan pettäminen.

Syrjäytyminen on hitaasti ja asteittain tapahtuvaa kehitystä (Helne 2002, 7). Usein koulutuksen puute heijastuu työllistymistä vaikeuttavana ja siten erittäin syrjäyttävänä tekijänä. Siksi lasten ja nuorten syrjäytymisen ehkäisyyn tulisi kiinnittää huomiota varhaisessa vaiheessa, ennaltaehkäisyä korostaen. Tunnistamalla syrjäytymiseen johtavia tekijöitä ja puuttumalla niin rakenteellisiin kuin yksilöstä ja perheistä lähteviin seikkoihin voidaan syrjäytymistä ja sosioekonomisia terveyseroja ehkäistä. Ennaltaehkäisyn aloittaminen jo päiväkoti- ja peruskouluvaiheessa olisi erittäin tärkeää. Nuoren ihmisen tukeminen elämän nivelkohdissa, joissa riski tippua yhteiskunnan verkostojen ulkopuolelle on lisääntynyt, on tärkeää toimintaa. Myös sukupuoliin liittyviin eroihin on syytä kiinnittää huomioita. 18–24 -vuotiaiden nuorten miesten riski joutua työttömäksi on yli kaksinkertainen saman ikäryhmän naisiin verrattuna.

Nuorten syrjäytymisen ehkäisyyn on tällä hetkellä vahva poliittinen tuki. Monissa kansallisissa ohjelmissa ja suosituksissa annetaan lasten ja nuorten hyvinvointiin liittyviä ohjeistuksia. Hallitusohjelmassa sitoudutaan vähentämään lasten, nuorten ja perheiden pahoinvointia ja syrjäytymistä. **Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelmassa** painopisteinä ovat ehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen. Ohjelmalla tuetaan lasten ja perheiden arjen hyvinvointia, vähennetään syrjäytymistä, lisätään nuorten osallistumista ja kuulemista sekä lasten oikeuksista tiedottamista. Politiikkaohjelman tärkeänä tavoitteena on parantaa hallinnonalojen välistä yhteistyötä. **Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa** erityisesti nuoret on nostettu esiin. Sen avulla viedään eteenpäin terveysnäkökohtien huomioon ottamista yhteiskunnan kaikessa toiminnassa ja päätöksenteossa. Ohjelma keskittyy niihin toimiin, joilla voidaan ehkäistä ongelmien syntymistä tai puuttua riittävän varhain terveyttä uhkaaviin tekijöihin. Ohjelmassa nostetaan tärkeäksi tavoitteeksi Aikalisätoimintamallin laajentaminen koko maahan. **Kansallisessa terveyserojen kaventamisohjelmassa** tavoitteeksi on nostettu nuorten tukitoimien turvaaminen koulutuksen ja työelämään siirtymisen nivelvaiheessa. **Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma (KASTE)** vie politiikkaohjelmat käytäntöön. Syksyllä 2011 käynnistetyn Nuorten yhteiskuntatakuun myötä kaikille alle 25-vuotiaille, kolme kuukautta työttömänä olleille nuorille pyritään järjestämään jokin seuraavista julkisista työvoimapalveluista: työnhakukoulutus tai valmentava ammatillinen työvoimakoulutus, työkokeilu, työharjoittelu, työelämävalmennus, starttiraha tai tukityö.

Nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseksi Helsingin terveyskeskus ja Helsingin Diakonissalaitos sopivat vuonna 2009 yhteistyön aloittamisesta Vamos-projektissa. Yhteistyöprojektissa kehitettiin toimintamallia etsivän työn avulla löydettävien, syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien nuorten terveydentilan kartoittamiseksi ja hoitoon saattamiseksi sekä etsivän työn tukemiseksi. Uutta työmuotoa haluttiin lähteä kehittämään, koska sen avulla uskottiin nuorten työllistymis- ja kouluttautumisedellytysten paranevan.

2.3 Etsivän työn tausta

Etsivän työn juuret ovat Yhdysvalloissa sekä Isossa-Britanniassa. Toiminnan lähtökohdat liittyvät setlementtiliikkeen ja kirkon hyväntekeväisyystoimintaan

(Auvinen-Tornberg 2008) sekä pelastusarmeijan työntekijöiden jalkautuvaan toimintaan (Etsivä työ Euroopan syrjäytyneiden väestönosien parissa 2007).

Suomessa jalkautuvaa työmuotoa on kehitetty 1940-luvulta lähtien erilaisina sekalaisina toimintoina, kuten etsivän huoltotyön kehittämisenä sosiaalihuollon lastensuojelussa, etsivän nuorisotyön ohjaamisena kahviloihin, kriminaalihuollon etsivänä työnä nuorten rikollisten parissa, jengityönä sekä nuorten pariin tapahtuvana jalkautumisen kehittämisenä seurakuntien erityistyöntekijöiden työn kehittämisen kautta (Saapas-toiminta). Ensimmäinen etsivän työn projekti toteutettiin Nuorten Palvelun ja Tampereen kaupungin yhteistyönä (1991–1995), jonka jälkeen kahden viimeisimmän vuosikymmenen aikana etsivää nuorisotyötä on kehitetty useissa kaupungeissa. Nykyisen ns. "Toisen aallon" etsivään nuorisotyöhön panostaminen sai tukea, kun Matti Vanhasen toisen hallituksen lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämiseksi kirjattiin tavoitteet nuorten hyvinvoinnin ja sosiaalisen tilan vahvistamiseksi. Samalla määrärahoja nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseksi ja työllistämisen edellytysten lisäämiseksi korotettiin ja vuonna 2008 Opetus- ja kulttuuriministeriö osoitti valtionavustusta nuorten työpajatoimintaan liittyvään etsivään työparitoimintaan. Tuet oli tarkoitettu työpajatoiminnan yhteydessä tapahtuvaan, alle 29 -vuotiaiden, ilman opiskelu- tai työpaikkaa olevien, syrjäytymisvaarassa olevien nuorten tavoittamiseksi.

Vuoden 2011 alusta astui voimaan *nuorisolain* muutos, joka säätää etsivästä nuorisotyöstä sekä monialaisesta viranomaisyhteistyöstä. Lain tarkoituksena on nuorten yhteiskunnallisen osallisuuden vahvistaminen ehkäisemällä nuorten syrjäytymistä koulutuksesta tai työelämästä. Lakiuudistuksen tarkoituksena on myös vahvistaa monialaista yhteistyötä sekä verkostomaista työotetta nuorten asioiden hoidossa sekä palvelujen järjestämisessä. Nuorisotyö määritellään ensimmäistä kertaa yhdeksi kunnan tehtäviin kuuluvaksi toiminnaksi.

> *"Etsivän nuorisotyön tehtävänä on tavoittaa tuen tarpeessa oleva nuori ja auttaa hänet sellaisten palvelujen ja muun tuen piiriin, joilla edistetään hänen kasvuaan ja itsenäistymistään sekä pääsyään koulutukseen ja työmarkkinoille. Etsivää nuorisotyötä tehdään ensisijaisesti perustuen nuoren itsensä antamiin tietoihin ja hänen omaan arvioonsa tuen tarpeesta." (Nuorisolaki 693/2010).*

Uusi *terveydenhuoltolaki* (2010/1326, § 13) on tuonut uutena velvoitteena kunnalle järjestää terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi opiskelu- tai työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työikäiselle väestölle ja näiden palvelujen on tuettava työ- ja toimintakykyä sekä sairauksien ehkäisyä. Lisäksi lain tarkoituksena on edistää mielenterveyttä ja elämänhallintaa. Terveysneuvonnan ja -tarkastusten on lisäksi muodostettava yhdessä kunnan muiden palvelujen kanssa toimiva kokonaisuus. Terveydenhuoltolain perusteluosassa todetaan, että terveystarkastuksella tarkoitetaan kliinisillä tutkimuksilla tai muutoin luotettavilla ja tarkoituksenmukaisilla keinoilla tapahtuvaa henkilön terveydentilan ja työ- ja toimintakyvyn kartoittamista. Terveystarkastuksessa keskeisiä sisältöjä ovat ravinto, liikunta, tupakointi, alkoholinkäyttö, elämänhallinta ja sosiaaliset suhteet.

2.4 Etsivää työtä järjestävät tahot Helsingissä

Etsivän työn ensisijaisena tehtävänä on auttaa alle 29-vuotiaita nuoria, jotka ovat koulutuksen tai työmarkkinoiden ulkopuolella tai jotka tarvitsevat tukea saavuttaakseen tarvitsemansa palvelut. Etsivä nuorisotyö tarjoaa nuorelle varhaista tukea, jos nuori sitä itse haluaa. Vuonna 2010 valtionavulla tuettua etsivää nuorisotyötä tehtiin 192 kunnassa ympäri Suomea.

Helsingissä Helsingin kaupungin opetusvirasto solmii yhteistyösopimuksen etsivää työtä harjoittavan tahon kanssa. Opetusvirasto valvoo kunnan osalta, että nuorisolain tuomia muutoksia noudatetaan etsivässä nuorisotyössä lain määräämällä tavalla. Rahoitusta saanut etsivän työn taho raportoi toiminnastaan vuosittain suoraan opetusvirastolle. Helsingissä etsivän työn virallisia tahoja, jotka saavat Opetusministeriön etsivän työn rahoitusta vuonna 2011 ovat Vamos, Svenska Produktionsskolan Sveps (SVEPS), Sovinto RY sekä Tulevaisuustiski.

Vamoksen tavoitteena on vahvistaa etsivän työn kautta tavoitettavien nuorten (16–29 -vuotiaiden) omia voimavaroja ja vahvuuksia sekä tukea nuorta kiinnittymään yksilöllisesti tehtävän suunnitelman mukaiseen toimintaan. Tuen avulla pyritään löytämään nuorille uusia polkuja kouluttautumiseen sekä työllistymiseen. Vamos toimii hallinnollisesti Helsingin Diakoniaopistossa, joten opiston valmentavat ja valmistavat koulutukset ovat keskeisiä yhteistyökumppaneita. Lisäksi Vamoksen kanssa yhteistyötä tekevät Nuorten työpajat, Helsingin kaupungin Nuorisoasiainkeskus, Työvoiman palvelukeskus, Helsingin kaupungin sosiaalivirasto sekä Helsingin terveyskeskuksen Terve Helsinki -hanke.

SVEPS:n kohderyhmänä on 11 500 16–28-vuotiasta ruotsinkielistä nuorta pääkaupunkiseudun kuntien alueelta (Helsinki, Espoo, Vantaa, Kirkkonummi ja Kauniainen). Nuorille tarjotaan ruotsinkielistä nuorten työpajatoimintaa. Männistön (2011) tekemässä selvityksessä todetaan, että ruotsinkieliset nuoret ovat usein koulutettuja ja heille nuorten työpajatoiminta on pääsääntöisesti vierasta. Toiminta sai rahoituksen kolmelle työntekijälle.

Vaihtoehtoisen ammattikoulutuksen kannatusyhdistys SOVINTO Ry:n toiminta keskittyy Valmis väylä -projektiin. Toiminta tähtää 17–28-vuotiaiden nuorten kohtaamiseen, jotka eivät ole löytäneet väylää tarjolla olevien palveluiden pariin, vaan ovat jääneet työmarkkinoiden ja koulutuksen ulkopuolelle.

Tulevaisuustiskin palvelu on tarkoitettu peruskoulunsa päättäneille 15–17-vuotiaille nuorille, jotka eivät ole saaneet koulutus- tai työpaikkaa. Tulevaisuustiskiltä saa henkilökohtaista ohjausta ja neuvontaa koulutuspaikan etsinnässä. Tulevaisuustiskin toiminnasta vastaa Helsingin kaupungin henkilöstökeskus osana työllisyyden hoidon toimintaa. Kumppaneina toiminnassa ovat opetusviraston nuoriso-, aikuiskoulutus- ja perusopetuslinja, työ- ja elinkeinotoimisto, sosiaalivirasto ja nuorisoasiainkeskus. Henkilökuntaan kuuluu vahtimestari ja kolme suunnittelijaa.

3 PROJEKTIN ORGANISOINTI

3.1 Ohjausryhmä

Terve Helsinki -hankkeen etenemistä ja toteutusta ohjasi, valvoi ja arvioi terveyskeskuksen eri osastojen asiantuntijoista sekä hankkeen ulkopuolisista yhteistyötahoista muodostettu ohjausryhmä, jonka puheenjohtajana toimi Helsingin terveyskeskuksen kehittämisjohtaja. Ohjausryhmän tehtävänä oli hyväksyä hankesuunnitelma, päättää tarvittavista muutoksista, valvoa resurssien käyttöä ja kustannuksia sekä tukea projektipäällikön ja osaprojektien työskentelyä.

3.2 Projektiryhmä

Projektin etenemiseksi perustettiin projektiryhmä. Osahankkeen vastuu oli projektipäälliköllä. Projektityöntekijöinä toimivat psykiatriset sairaanhoitajat 2.8.2009–31.12.2011 ja 27.6.2011–29.7.2011, sosionomi 2.8.2009–31.12.2010 sekä tuntilääkäri 18.10.2010–31.12.2011. Projektiin palkattiin loppuvuodeksi ajalle 10.10.–31.12.2011 toinen projektityöntekijä, psykiatrinen sairaanhoitaja.

Terve Helsinki -hankkeen projektipäällikkö oli myös Vamoksen johtoryhmän jäsen. Vamoksen johtoryhmässä ovat edustettuina Helsingin Diakonissalaitoksen lisäksi keskeisimmät yhteistyökumppanit: Helsingin kaupungin opetusviraston nuorten työpajat, Helsingin kaupungin Työvoiman palvelukeskus, Helsingin kaupungin Nuorisoasiainkeskus ja Nuorisosäätiö. Johtoryhmä täydentyi sosiaaliviraston edustajalla syksyllä 2010. Ryhmien kokoonpanot ovat liitteessä 1.

3.3 Hallinnollinen järjestely

Psykiatrinen sairaanhoitaja ja projektissa toimiva tuntilääkäri toimivat Helsingin terveyskeskuksen, Herttoniemen terveysaseman alaisuudessa. Lääkärin esimiehenä toimi Herttoniemen ylilääkäri sekä hankkeen aikana hallinnollisena esimiehenä Terve Helsinki -hankkeen projektipäällikkö. Lisäksi psykiatrian konsultaatiopoliklinikan kaksi lääkäriä olivat projektilääkärin konsultoitavissa työaikana. Psykiatrisen sairaanhoitajan lähiesimieheksi tuli Herttoniemen terveysaseman osastonhoitaja, hankkeen projektipäällikkö jatkoi psykiatrisen sairaanhoitajan hallinnollisena esimiehenä ja Vamos-projektin projektipäällikkö lähiesimiehenä.

3.4 Yhteydet muihin kehittämishankkeisiin

Yhteistoimintaa kehitettiin Vamoksen työntekijöiden kesken järjestetyissä yhteiskokouksissa sekä kehittämispäivissä. Lisäksi toimintaa edistettiin vapaamuotoisessa Helsingin terveyskeskuksen kehittämisryhmässä sekä lukuisissa yhteistyöverkostokokouksissa

Nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseksi on kehitetty hankkeita eri hallinnonaloilla. Nuorten syrjäytymisen ehkäisyn keskeinen vaikuttavuuden edellytys on hyvä

perustyön hallinta. Valtiontalouden tarkastusviraston raportti (2007) Nuorten syrjäytymisen ehkäisystä painottaa koulutuksen nivelvaiheissa tehtävää yhteistyötä ja siihen liittyvien vastuukysymysten hallintaa.

Nuorten syrjäytymisen ehkäisy -projektin ja Vamos-projektin yhteistyön kautta yhteistä kehittämistyötä sekä asiakkuuksia on syntynyt Tsemppari-hankkeen sekä Tulavaisuustiskin kanssa. Helsingin nuorisokeskuksen Tulevaisuustiskille ohjautuvat nuoret, jotka eivät peruskoulun jälkeen saa toisen asteen opiskelupaikkaa. Myös tsemppari-ohjaajat ohjasivat Tulevaisuustiskille nuoria, jotka keskeyttävät opintonsa varhaisessa vaiheessa. Tulevaisuustiskin työntekijöiden kanssa psykiatriset sairaanhoitajat ideoivat, keskustelivat ja suunnittelivat yhdessä nuoren kanssa hänen tulevaisuuttaan.

Läheistä yhteistyötä tehtiin myös Helsingin Diakoniaopiston työllistämisprojekti Puenten kanssa. Puente (2010–2013) on tarkoitettu alle 30-vuotiaiden nuorten työllistymisen tukemiseen. Toiminta tukee myös Helsingin Diakonissalaitoksen ja sen verkostojen luomaa nuorten palvelukokonaisuutta. Projektin tavoite on luoda nuorelle silta työelämään työkokeilun, työharjoittelun tai työelämävalmennuksen kautta.

4 PROJEKTIN TAVOITTEET

Terve Helsinki -hankkeen yhtenä päätavoitteena oli, että koulutuksen ja työelämän ulkopuolelle jäävien helsinkiläisten lasten ja nuorten määrä ja syrjäytyminen vähenee vuoteen 2015 mennessä. Tavoitteeseen pääsemiseksi kehitettiin ja testattiin uusia toimintamalleja koulutuksen ja/tai työelämän ulkopuolella olevien nuorten tavoittamiseksi ja syrjäytymisen vähentämiseksi. Helsingin terveyskeskuksen Nuorten syrjäytymisen ehkäisy -projektin tavoitteena oli edistää etsivän nuorisotyön kautta löydettyjen nuorten terveyttä ja heidän pääsyä terveydenhuollon palveluihin. Terveysongelmien ratkaisu oli tärkeä edellytys, jolla pyrittiin mahdollistamaan nuorten osallistuminen Vamos-palvelukokonaisuudessa järjestettäviin toimintoihin, kuten arjen perustaitojen harjoitteluun, yksilölliseen koulutus- tai työohjaukseen tai muuhun aktivoitumisen tukemiseen. Nuorten syrjäytymisen ehkäisy -projektin tavoitteena oli muodostaa uusia jalkautuvia ja moniammatillisia työtapoja syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien nuorten terveydentilan edistämiseksi. Projektin tavoitteena oli osaltaan tukea monialaisen yhteistyön suunnittelun ja toimenpanon kehittämistä kuntaan perustettavan nuorten ohjaus- ja palveluverkoston luomiseksi.
Tavoitteiden taustalla on Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelman (KASTE 2008–2011) sekä aikaisempien kansallisten terveyshankkeiden ohjelmat ja suositukset.

Toiminnan tavoitteena oli nuoren terveydentilaa kartoittamalla ja hoitoonohjauksia parantamalla

- tukea ja lisätä nuoren kiinnittymistä yksilöllisesti suunniteltuun toimintaan,
- tehostaa nuoren tarpeiden tunnistamista

- tukea nuoren terveyden edistämistä tehostamalla terveysohjausta ja nuoren hoitoon motivoitumista,
- parantaa nuoren edellytyksiä ohjautua koulutukseen, työhön tai muihin aktiviteetteihin.

Lisäksi tavoitteena oli toteuttaa syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien nuorten etsivää toimintaa osana Vamos-projektia.

4.1 Projektin riskit ja niiden hallinta

Taulukko 1: Projektin riskit ja niiden hallinta

Riskit	Toimenpiteet riskien minimoimiseksi
Eri hallintokuntien välinen yhteistyö ja toiminta ei onnistu	Eri hallintokuntien välisen toiminnan kehittääminen vaatii yhteistä tahtotilaa ja yhteistä päämäärää. Riskejä on pienennetty lisäämällä hallintokuntien välistä toimintaa ja tiedottamista sekä lisäämällä avoimuutta. Toimijat on sitoutettu yhteiseen päämäärään.
Projekti ei juurru pysyviin rakenteisiin osaksi perustyötä.	Pilotointikokemukset arvioidaan kriittisesti. Henkilöstön kuuleminen ja hyvien käytäntöjen hyödyntäminen. Riittävä henkilöstön tukeminen projektin eri vaiheissa määräaikaiset rahoitukset huomioiden. Muita projekteja ja toimijoita on paljon. Tietoisuuden, yhteistyön ja työnjaon lisääminen päällekkäisyyksien välttämiseksi sekä laaja-alaisen yhteistyön rakentamiseksi.
Nuorten parissa työskentelevän henkilöstön sitoutuminen ja mukaan saaminen ei onnistu	Tiedottaminen, yhdessä suunnittelu, tekeminen ja vastuuttaminen. Kaikkia tarvitaan nuorten hyvinvoinnin tukemisessa ja lisäämisessä. Yhteistyö vähentää yksittäisen työntekijän taakkaa.

5 OSAPROJEKTIN TOIMINTA

5.1 Projektin kulku

Vamos-projektin toiminta käynnistyi Helsingin Diakonissalaitoksen aloitteesta vuonna 2008. Kesäkuussa 2009 Helsingin terveyskeskuksen Terve Helsinki -hankkeen Nuorten syrjäytymisen ehkäisy -projektin sekä Vamoksen kesken sovittiin yhteistyön aloittamisesta. Yhteistyön kautta on rakennettu työmalleja, joiden avulla nuoret saavat oikea-aikaisia palveluja hallintokuntarajat ylittäen.

Toiminnan päätavoitteena oli tarjota yksilöllistä terveyspalvelua etsivän työn avulla löydetyille, riskiryhmässä oleville nuorille, jotka eivät itsenäisesti osanneet hakeutua olemassa oleviin palveluihin. Vamos-projektin kohderyhmänä olivat pääkaupunkiseudulla asuvat 16–29-vuotiaat syrjäytyneet tai syrjäytymisvaarassa olevat nuoret, jotka ovat ajautuneet koulutuksen tai työelämän ulkopuolelle.

Helsingin terveyskeskus palkkasi Nuorten syrjäytymisen ehkäisy -projektiin syksyllä 2009 kaksi työntekijää (sosionomin ja psykiatrisen sairaanhoitajan). Heidän tehtävänään projektin alussa oli osallistua Vamos-projektin kautta etsivään, jalkautuvaan nuorisotyöhön. Etsivää työtä tehtiin lähellä nuorten omaa asuinympäristöä, vapaa-ajanviettopaikkoja sekä erilaisissa verkostoissa. Tärkeimpiä verkostoja olivat sosiaaliasemat, työvoimatoimistot, työvoiman palvelukeskus, Itä-Helsingin koulut, Helsingin Diakoniaopisto, nuorisoasemat ja Opetusviraston työpajat.

Psykiatrinen sairaanhoitaja painotti työssään nuorten terveyden edistämistä ja hoitoon ohjaamista. Sosionomin työssä painottui nuorten sosiaalisen tilanteen kartoitus, ohjaus ja tuki. Projektityöntekijät tekivät etsivää nuorisotyötä työparina. Molemmat projektityöntekijät toimivat matalan kynnyksen periaatteella. Jalkautuvan etsivän työn lisäksi psykiatrinen sairaanhoitaja otti nuoria vastaan omalle vastaanotolleen, minkä tarkoituksena oli tarkemmin kartoittaa niiden nuorten terveydentilaa, joilla etsivää projektityötä tekevät työntekijät epäilivät olevan terveydellisiä ongelmia tai jotka itse tahtoivat tavata psykiatrisen sairaanhoitajan. Vuoden 2009 lopun ja vuoden 2010 kevään aikana psykiatrinen sairaanhoitaja otti nuoria vastaan matalan kynnyksen periaatteella, eikä nuorten tietoja kirjattu ylös. Toiminnan tarkoituksena oli kuitenkin selvittää nuoren kanssa käytävän keskustelun kautta nuoren jatkohoitoon ohjaamisen tarpeellisuutta.

Etsivän työn kautta löydetyillä ja tavoitetuilla nuorilla ilmeni runsaasti erilaisia terveyteen liittyviä oireita ja ongelmia, jotka näyttivät hankaloittavan ja pitkittävän nuorten ohjautumista koulutukseen tai työhön. Vamos-projektin aiempien kokemusten perusteella myös nuorten hoitoon ohjaaminen Helsingin terveysasemille oli haasteellista ja odotusajat olivat pitkiä, mikä hankaloitti nuorten elämäntilanteen selvittelyä. Nuorten koulutukseen ja työelämään siirtymisen edistämiseksi projektissa kartoitettiin matalalla kynnyksellä nuorten terveydellistä tilaa ja ohjattiin nuoria joustavasti olemassa olevien terveyspalvelujen pariin saattamalla nuori terveyspalveluun. Lisäksi Helsingin terveyskeskus sopi

1.3.2010 aiempaa joustavammasta nuorten hoitoon ohjaamiskäytännöstä Helsingin terveysasemien psykiatristen sairaanhoitajien ja päihdetyöntekijöiden kanssa. Nuorilta ei edellytetty aiemmin vaadittua lääkärin lähetettä, vaan terveysaseman psykiatrinen sairaanhoitaja saattoi ottaa nuoren vastaan heti seuraavan vapaan ajan löydyttyä ja ohjata tarvittaessa nuoren ensitapaamisen jälkeen terveysaseman lääkärille. Lisäksi sovittiin, että nuori voi halutessaan hakeutua minkä tahansa terveysaseman psykiatriselle sairaanhoitajalle tai päihdetyöntekijälle asuinpaikastaan riippumatta. Nuorilta ei myöskään vaadittu projektin aikana kuukauden ehdotonta päihteettömyyttä ennen ensitapaamista terveysaseman psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa.

Projektin jatkuessa huomattiin, että nuorten terveysongelmat ovat hyvin haasteellisia ja niiden selvittämiseksi ja nuorten hoitoon ohjaamiseksi rakennettu toimintamalli ei ollut itsessään riittävä. Lisäksi psykiatrisen sairaanhoitajan työssä pelkkään nuorten kanssa käydyn keskustelun varaan rakennettu toimintamuoto ei osoittautunut parhaaksi mahdolliseksi vaihtoehdoksi. Nuorten kertomukset saattoivat erota suuresti todellisuudesta.

Syksyllä 2010 toimintaa päätettiin kehittää siten, että Helsingin Diakonissalaitoksen sekä Helsingin kaupungin sosiaaliviraston rahoituksella ylläpidettävässä Nuorten toimintakeskuksessa aloitettiin matalan kynnyksen terveyspalvelukokonaisuus. Projektiin palkattiin lääkäri, joka aloitti toimintansa marraskuussa 2010 tuntityönä. Lääkäri työskenteli projektissa noin 4 tuntia viikossa. Lääkäri, sairaanhoitaja sekä Vamos-työntekijä työskentelevät työryhmänä. Psykiatrinen sairaanhoitaja ja lääkäri työskentelevät työparimallin mukaisesti tehden arvion hoidon tarpeesta sekä ohjaavat nuoren tarvittaessa olemassa oleviin terveyspalveluihin. Työparilla oli myös mahdollisuus jalkautua nuoren luo ja tavata häntä esimerkiksi hänen kotonaan. Toimintakeskuksessa lääkärillä ja psykiatrisella sairaanhoitajalla on käytössään Helsingin terveyskeskuksen potilastietojärjestelmä Pegasos. Lisäksi tiloissa toimi kuntouttava työtoiminta, Startti-työpaja sekä sosiaalityöntekijän palvelut.

Nuorten matalan kynnyksen terveyspalvelukokonaisuus rakentui psykiatrisen sairaanhoitajan ja tuntilääkärin varaan, mutta etsivän työn tarpeen jatkuessa suurena, Helsingin terveyskeskuksen psykiatrinen sairaanhoitaja jatkoi työssään myös etsivänä työntekijänä toimimista. Etsivän työntekijän roolissa psykiatrisen sairaanhoitajan työssä hyödynnettiin hänen koulutustaan ja psykiatrinen sairaanhoitaja oli koko Vamos-projektin etsivän työn tekijöiden konsultoitavissa.

Vamos-projektissa toimi vuonna 2010 kolmesta kuuteen etsivää työntekijää ja vuonna 2011 seitsemän työntekijää. Vuoden 2011 tammikuussa Nuorten syrjäytymisen ehkäisy -projektissa toiminut sosionomi siirtyi Vamokseen ja hänen työssään painottui sosiaalisten seikkojen ja etsivän työn lisäksi erilaisten nuorten aktivointitoimintojen jatkaminen. Tällaisia toteutettuja toimintamuotoja ovat nuorten kanssa tapahtuneet kitaransoittohetket sekä nuorten mediatyö, missä nuoret opettelivat videointia. Toteutetut aktivointimuodot pohjautuivat nuorten omaan halukkuuteen. Sosionomi osallistui myös Vamoksen nuorille perustaman jalkapallojoukkueen peleihin pelaajana sekä tapasi nuoria Helsingin kaupungin kuntosalilla tai kävi nuorten kanssa elokuvissa. Sosionomi toimi myös yhteys- ja

tuki henkilönä Laajasalon Kristillisessä opistossa asuville ja opiskeleville Vamos-nuorille (neljä nuorta vuonna 2010).

5.2 Asiakkaiden vastaanotto

Terveystarkastukset tapahtuivat pääsääntöisesti Herttoniemessä, Nuorten toimintakeskuksessa, Helsingin Diakonissalaitoksen tiloissa. Psykiatrinen sairaanhoitaja ja lääkäri eivät ottaneet asiakasta yksin vastaan, vaan nuoren asioiden läpikäynti tapahtui työparitoimintana. Psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle osallistui usein nuoren lisäksi Vamoksen tai Helsingin terveyskeskuksen etsivää työtä tekevä, nuorelle nimetty projektityöntekijä tai nuoren muu tukihenkilö (vanhempi, sosiaalityöntekijä, ystävä). Vastaanotot ajoittuivat kello 8–20:n välille. Nuoren vastaanotolle tulemista edellytti nuoren tai hänen ollessa alaikäinen, hänen huoltajansa antama kirjallinen suostumus.

Mikäli nuoren terveydellinen tilanne vaati, lääkäri ja psykiatrinen sairaanhoitaja tekivät nuoren luo kotikäynnin. Kotikäynti suoritettiin yhdessä lääkärin ja psykiatrisen sairaanhoitajan sekä Vamoksen projektityöntekijän kanssa. Kotikäynti edellytti nuoren suostumusta sen toteuttamiseen.

5.3 Jatko-ohjaaminen

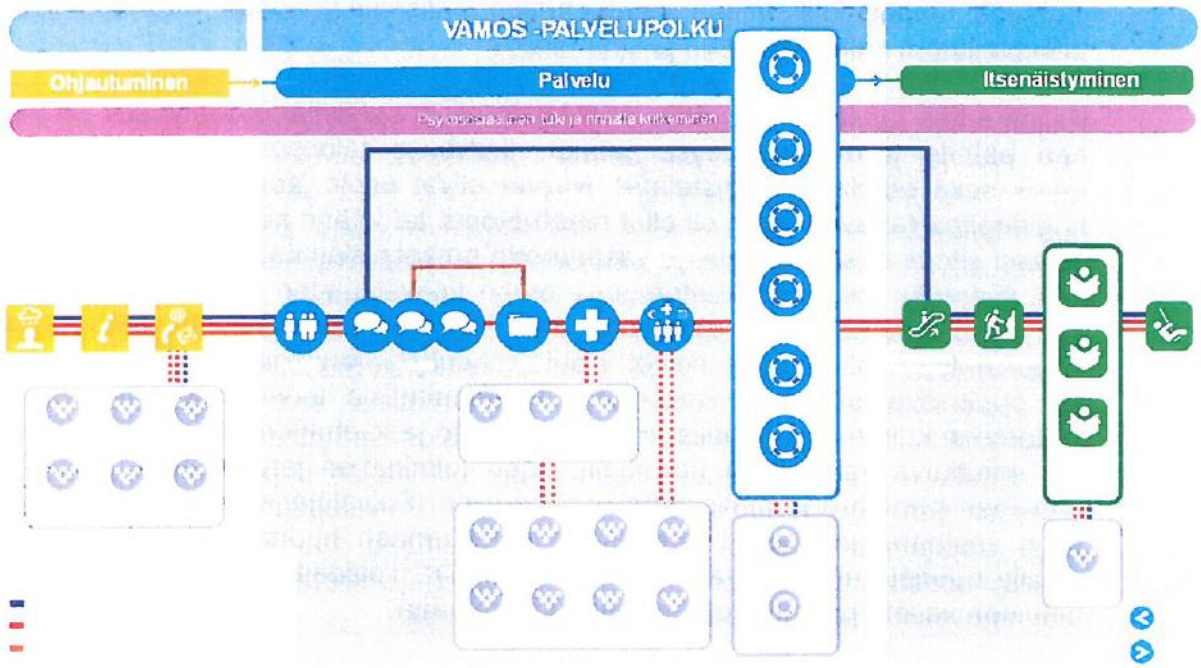
Nuoret ohjattiin projektin puitteissa terveysasemien psykiatristen sairaanhoitajien vastaanotolle ilman Helsingin terveyskeskuksen alueellisia rajoitteita (1.3.2010 alkaen). Hoitoon pääsyä helpotettiin ja nopeutettiin sekä kriteereitä muutettiin (lähetteettömyys, ei edellytetä kuukauden päihteettömyyttä). Nuoren ohjaamista terveysasemille edelsi projektissa toimivan psykiatrisen sairaanhoitajan ja/tai lääkärin tekemä arvio nuoren terveydentilasta.

Ohjaukset suuntautuivat erityisesti terveysasemien psykiatristen sairaanhoitajien vastaanotolle (lievät masennustilat, ADHD, muu lievä ongelma), terveysasemien päihdetyöntekijöille (lievä päihteidenkäyttö) tai Auroran päivystykseen (akuuttitarve ja epäily lievää vakavammasta oireilusta) tai muuhun sopivaan jatko-hoitopaikkaan, esim. hammaslääkärin vastaanotolle tai ehkäisyneuvolaan.

6 TOIMINTAMALLIT

6.1 Helsingin Diakonissalaitoksen, Vamos-projektin palvelukokonaisuuden malli

Helsingin Diakonissalaitoksen Vamos-projektin palvelumalli on kehitetty yhteistyönä Helsingin terveyskeskuksen, sosiaaliviraston ja työhallinnon kanssa. Mallissa nuorelle tarjotaan mahdollisimman kattavat palvelut samasta paikasta. Herttoniemessä toimivassa palvelukeskuksessa toimii nuorten etsivätyö, nuorten toimintakeskus, kuntouttava työtoiminta, startti-työpaja sekä terveydenhuollon että sosiaalityöntekijän palvelut. Yhteistyö eri viranomaistahojen kesken nuorten asioiden osalta mahdollistaa nuoren tilanteen kokonaisvaltaisen ja tulevaisuuteen suuntaavan tarkastelun. Vamoksen toimintamalli on kuvattu kuviossa 1.



Kuvio 1: Vamos-projektin palvelukokonaisuus, jonka osaksi terveyspalvelut on rakennettu (Lähde: Helsingin Diakonissalaitos, Vamos-projektin palvelukuvaus, myös liite 4.)

Nuori ohjautuu palveluun itse, ystävän, verkoston tai vanhempien ohjaamana. Ohjautuminen voi tapahtua myös koulun tai eri viranomaisen kautta. Nuoren ohjauduttua palveluun hänen tilanteensa kartoitetaan ja arvioidaan yksilöllisesti. Nuoren elämän eteenpäin viemiseksi laaditaan suunnitelma yhdessä nuoren kanssa. Tarvittaessa nuori ohjataan projektissa toimivan psykiatrisen sairaanhoitajan tai lääkärin vastaanotolle. Nuoren tarpeiden pohjalta määritellään tarvittava palveluiden kirjo. Palvelukirjo sisältää nuoren tilanteen arvioinnin, suunnittelun, terveyspalvelut, arjen toimintojen kuntoon saattamisen sekä palvelukes-

kuksen toiminnan. Kokonaisuuden tavoitteena on nuoren itsenäistymisen alkuun saattaminen ja tukeminen.

Nuoren ohjautumiseen vaikuttaa nuoren tilanne. Asiakkaiden tarpeiden tunnistamiseksi ja nuoren kannalta oikeiden palvelutarpeiden löytämiseksi asiakkaat jaettiin Vamos kokonaisuuden sisällä kolmeen keskeiseen kategoriaan eli pienellä tuella autettaviin, paljon tukea tarvitseviin sekä kotiin syrjäytyneisiin. Terveyskeskuksen osalta asiakkuudet jakautuivat
1. nuoriin, joilla oli terveydellisiä ongelmia, mutta joiden hoito oli jo järjestetty,
2. nuoriin, joilla ei ollut terveydellisiä ongelmia sekä
3. nuoriin, joilla oli terveydellisiä ongelmia ja jotka eivät vielä olleet päässeet terveyspalvelujen pariin tai annettu tuki oli ollut vääränlaista tai riittämätöntä.

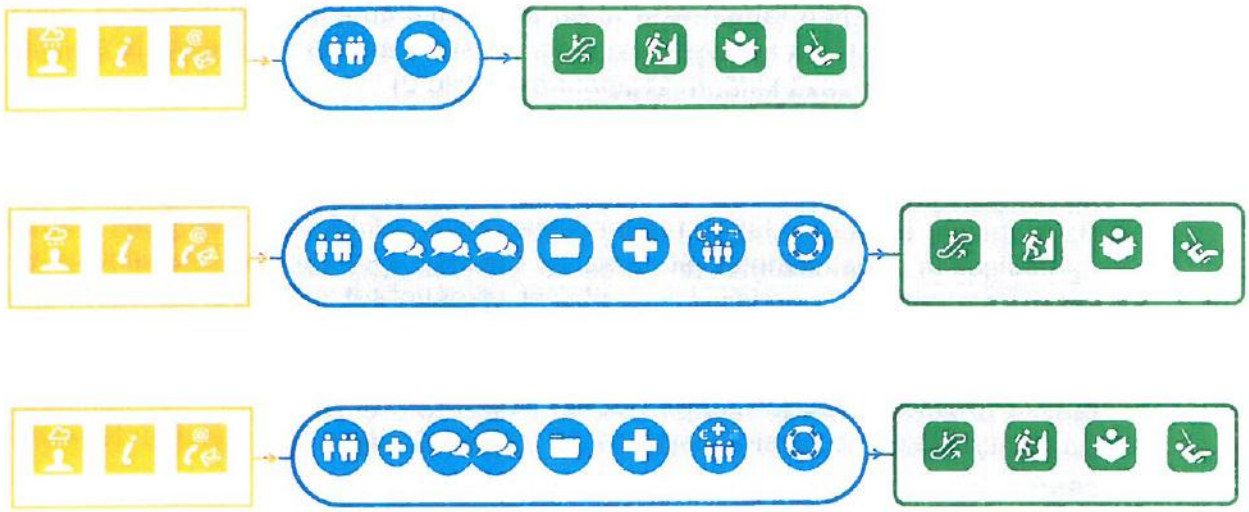
Pienellä tuella autettavilla toimintaa leimasi epävarmuus. Opintojen ja työelämän vaihtoehdot ja realiteetit eivät olleet hahmottuneet nuorelle, mutta hänellä oli tahtoa nykytilan muutokseen. Terveydenhuollon hoitokontaktit olivat joko olemassa tai niihin ei ollut tarvetta. Pienellä tuella autettaville riitti usein palveluohjaus, rinnalla kulkeminen, vaihtoehtojen realisointi ja nuoren motivointi sekä tulevaisuuden selkeyttäminen ja suunnittelu.

Paljon tukea tarvitsevilla nuorilla ongelmina olivat syrjäytymiskehityksen alkaminen, päihde- ja mielenterveysongelmat, rikollisuus, talousongelmat, asunnottomuus sekä edellisten yhdistelmät. Nuoret olivat usein jääneet vaille apua tai huolenpitoa tai avun tarve oli ollut riittämätöntä tai väärin kohdennettua. Nuoria vaivasi sitoutumisen vaikeus ja vastuunotto omasta elämästä ja teoista oli heikkoa. Elämään liittyi näköalattomuutta oman tulevaisuuden suhteen ja muutoksen mahdollisuuteen liittyi pelkoja. Nuorten kyvyt omista asioista huolehtimiseen ja hoitamiseen olivat usein heikot. Kouluvaikeuksien taustalta löytyi usein erilaisia oppimisvaikeuksia ja hoitamattomia somaattisia terveysongelmia esiintyi useammin kuin muilla nuorilla. Heikko itsetunto ja itsetuntemus sekä kehittymätön minäkuva vaikeuttivat normaalin arjen toimintojen järjestämistä ja luottamukseen perustuvien ihmissuhteiden luomista. Palvelujärjestelmä ei ollut pystynyt vastaamaan nuoren tarpeeseen ja tukemaan nuorta kriisivaiheiden yli. Osalla nuorista myös turvaverkosto oli pettänyt. Toisaalta nuorta vaivasi myös tietoinen valinta jättää tarjotut palvelut käyttämättä.

Paljon tukea tarvitseva nuori tarvitsi apua ja tukea päästäkseen tarpeidensa mukaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen piiriin, suunnan ja elämän mielekkyyden löytämiseen, päivittäisten toimien ja arjen hallinnan sekä vuorokausi-rytmin harjoitteluun. Nuoren eteenpäin auttamiseksi tarvittiin nuoren tilanteen kokonaisvaltainen ja yksilöllinen kartoitus ja ohjausta elämän eri osa-alueilla. Psykososiaalinen tuki, motivointi ja aktivointi, voimaannuttaminen ja osallistaminen, palvelu-ohjaus ja konkreettinen asiointituki sekä saattaen ohjaaminen korostuivat. Nuori tarvitsi ohjausta koulutukseen, työhön tai muuhun mielekkääseen toimintaan.

Kotiin syrjäytyneiden nuorten ongelmat heijastuivat yleensä käyttäytymisenä, jota kuvasi masentuneisuus, päivärytmin puute ja puutteelliset sosiaaliset sekä vuorovaikutustaidot. Syrjäytymiskehityksen taustalla saattoi olla mm. varhain alkanut koulukiusaaminen tai perheen sisäiset hoitamattomat ongelmat. Nuori

vietti paljon aikaa tietokoneen ja eri nettipalvelujen parissa. Avun hakeutuminen kotiin syrjäytyneiden kohdalla lähti usein liikkeelle vanhempien aloitteesta. Olemassa olevat perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja opetustoimen palvelut eivät olleet tavoittaneet nuorta. Nuorilla oli mielenterveysongelmia eivätkä he olleet vielä tarvitsemansa tuen pirissä tai saatu tuki oli ollut riittämätöntä nuorten ongelmiin nähden. Nuoren käytökseen heijastui arkuus, yksinäisyys ja toimintakyvyn puute. Nuori ei itse ollut huolissaan omasta tilanteestaan, eikä hänellä välttämättä ollut voimavaroja muutokseen. Nuorella esiintyi myös opittua avuttomuutta ja motivaation puutetta.



Kuvio 2. Eri asiakasryhmien palvelutarpeet (Helsingin Diakonissalaitos, Vamoksen asiakasryhmät ja palvelut)

Nuorten palvelujen tarpeen kesto vaihtelee. Pienellä tuella autettavien nuorten avuntarve (viikoista muutamiin kuukausiin) on usein paljon tukea tarvitsevia (yli vuosi) tai kotiin syrjäytyneitä nuoria (puolesta vuodesta yli vuoteen) nopeampaa ja kertaluontoisempaa. Kotiin syrjäytyneen nuoren auttaminen oli hidas prosessi. Nuoren tilanne eteni pienin askelin. Keskeistä oli nuoren aktivointi, hoitoon ohjaus, olemassa olevien kontaktien tukeminen, sosiaalisten- ja vuorovaikutustaitojen harjoittelu, vanhempien tukeminen, palveluohjaus, voimaannuttaminen, päivittäisten toimien ja arjen hallinnan ohjaaminen ja tukeminen sekä vuorokausirytmin opettelu. Nuorelle kehittyi vähitellen positiivinen usko tulevaan ja omiin kykyihinsä ja hän löysi omia tapoja selvitä vaikeista tilanteista sekä mielenkiinnon kohteita ja mielekästä tekemistä.

Nuoret ohjautuivat mukaan toimintaan matalan kynnyksen periaatteella ilman lähetettä. Eri toimijoiden välisen yhteistoiminnan tavoitteena oli luoda katkeamaton ja jatkuva palveluketju, jossa nuoren on mahdollista siirtyä palveluista toiseen tuen ja avun tarpeen mukaisesti, huomioiden palvelun kiireellisyys, oikeaaikaisuus, oikea kohdentaminen, vaikuttavuus ja tehokkuus. Toimintaan mukaan tuleminen oli nuorelle vapaaehtoista ja maksutonta. Tuki myös vietiin tarvittaessa nuoren luo. Toisaalta nuori itse määritteli tuen tarvetta sekä sen, mihin

oli valmis sitoutumaan. Toiminta edellytti nuorelta motivoitumista ja sitoutumista. Nuori voi halutessaan keskeyttää toimintansa Vamoksessa, mutta hänellä oli aina mahdollisuus tulla uudelleen takaisin toiminnan piiriin.

6.2 Helsingin terveyskeskuksen terveydenhoitopalvelujen mallinnus osana Vamos-kokonaisuutta

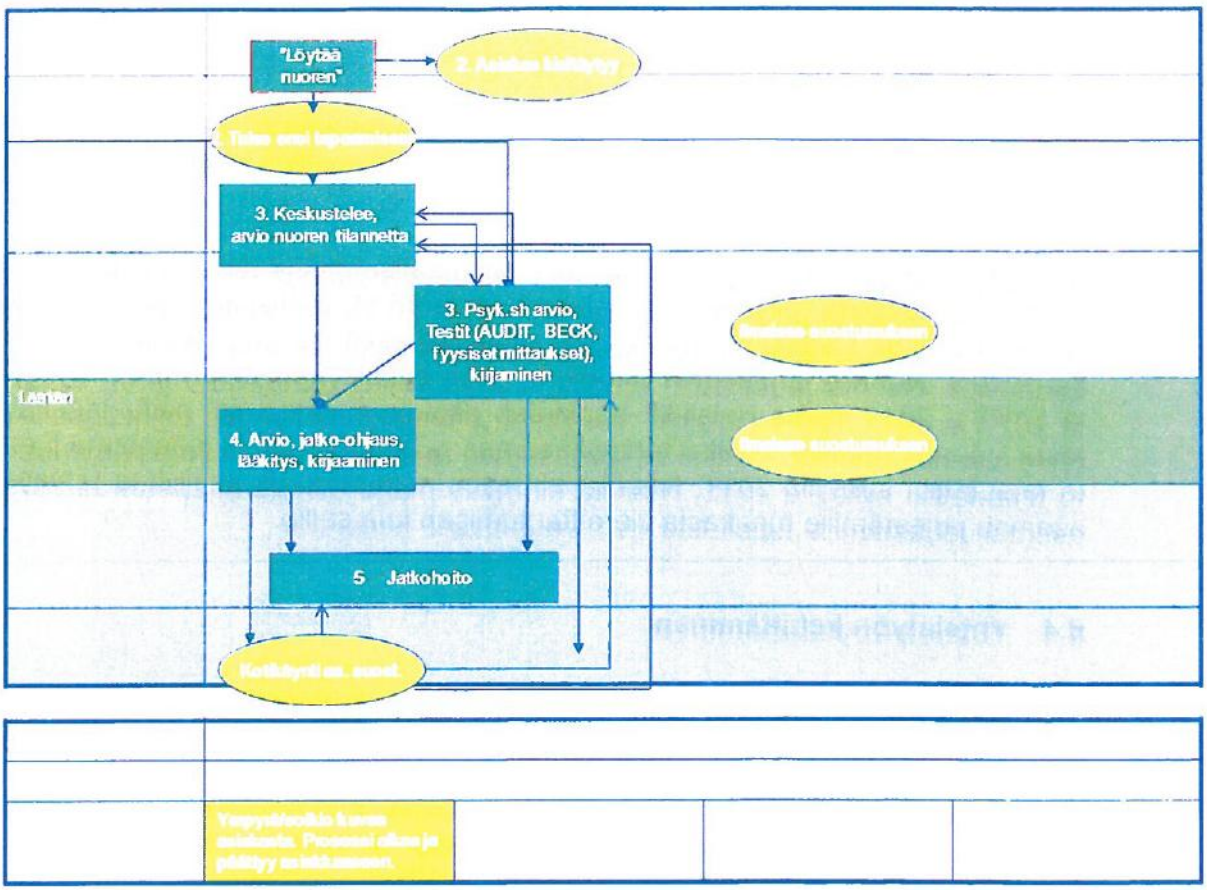
Psykiatrinen sairaanhoitaja tapasi projektin kautta kaikki hankkeessa olevat nuoret, jotka halusivat tulla sairaanhoitajan vastaanotolle tai joilla projektityöntekijöiden mielestä oli tarvetta tavata terveydenhuollon edustajaa. Tapaaminen oli vapaaehtoista. Ennen tapaamista nuori allekirjoitti suostumuslomakkeen, josta selvisi, että toiminta on terveyskeskuksen alaista. Samalla tiedotettiin ja sovittiin tietojen vaihdosta sekä kirjaamiskäytännöstä (liite 2).

Psykiatrinen sairaanhoitaja otti sairaanhoitajana asiakkaita vastaan noin kahtena arkipäivänä viikossa. Muina aikoina hän toimii etsivänä projektityöntekijänä. Psykiatrisen sairaanhoitajan tapaamisajat olivat etukäteen kalenterin kautta nähtävissä ja projektityöntekijät varasivat nuorelle ajan sairaanhoitajan kalenterista. Kalenterissa huomioitiin se, etteivät ulkopuoliset päässeet tunnistamaan kenelle nuorelle aika oli varattu. Nuorelle lähetettiin tapaamisesta muistutus ja projektityöntekijä pyrki varmistamaan nuoren saapumisen vastaanotolle. Tarvittaessa projektityöntekijä saattoi nuoren vastaanotolle ja nuoren niin halutessa projektityöntekijä osallistui psykiatrisen sairaanhoitajan tai lääkärin tapaamiseen.

Psykiatrinen sairaanhoitaja kartoitti nuorten terveydellistä tilaa ennen nuoren lääkärikäyntiä, kirjasi käynnit ja teki tarvittavia perustutkimuksia (AUDIT-C, BDI) ja mittauksia (pituus, paino, BMI, näkö) sekä varasi nuorelle ajan lääkärikäyntiin. Psykiatrisen sairaanhoitajan toiminnassa korostui nuorten psykiatrisen tilanteen arvio keskusteluun perustuen.

Lääkäri työskenteli Nuorten toimintakeskuksessa noin kerran viikossa, 1-4 tuntia kerrallaan. Lääkärin vastaanottoajat olivat etukäteen projektityöntekijöiden ja psykiatrisen sairaanhoitajan sekä projektipäällikön tiedossa. Lääkäri ja psykiatrinen sairaanhoitaja raportoivat jälkikäteen kuukausittain tapaamiset projektipäällikölle. Yhdelle nuorelle kirjauksineen ja etukäteisselvityksineen varattu aika on noin tunnin pituinen. Nuoren tapaamiseen voi tarvittaessa osallistua nuoren vanhempi tai muu sovittu tukihenkilö.

Lääkärin toiminnassa korostuivat nuorten tilannearvio, hoidon tarpeen arviointi ja jatkolähettäminen tarpeen mukaan olemassa oleviin terveyspalveluihin. Lääkkeitä määrättäessä kiinnitettiin erityistä huomioita niiden määrään ja tarpeellisuuteen. Lääkärin ja asiakkaan väliselle tapaamiselle varattiin terveysaseman normaalia lääkärivastaanottoa pidempi aika, ja yhden asiakkaan asioiden tapaamisen kesto kirjaamisineen oli noin tunnin mittainen. Toimintamalli on kuvattu kuviossa 3.



Kuvio 3. Asiakkaan ohjautuminen terveydenhuollon palveluihin Vamos-palvelukokonaisuudessa

Mikäli nuoren terveydellinen tila oli akuutti, pyrittiin nuori vastaanottomaan välittömästi psykiatrisen sairaanhoitajan tai lääkärin tai heidän molempien toimesta. Mikäli vastaanottoaikaa ei ollut heti saatavilla, nuori ohjattiin omalle terveysasemalle tai päivystykseen. Mikäli nuori ohjattiin suoraan terveysasemalle, pyrittiin nuoren aika varaamaan aina projektityöntekijän läsnä ollessa, yhdessä nuoren kanssa. Vastaanotolle meno pyrittiin myös varmistamaan saattaen vaihtaen periaatteella toimien.

Projektin lääkäri ja psykiatrinen sairaanhoitaja olivat etsivien työntekijöiden konsultoitavissa ja psykiatrinen sairaanhoitaja osallistui kotikäynneille erityisesti silloin, kun epäiltiin nuorella olevan terveydellisiä ongelmia, jotka vaatisivat tarkempaa selvittelyä. Psykiatrisen sairaanhoitajan ja lääkärin työ oli siten perinteistä vastaanottotoimintaa liikkuvampaa ja jalkautuvampaa.

6.3 Terveysluennot

Nuorten toimintakeskuksessa järjestettiin nuorille suunnattuja ja pitkälle nuorten toiveista lähteviä tilaisuuksia, joiden aiheiden kautta pyrittiin nuorten terveyden edistämiseen.

Kevään 2010 aikana järjestettiin luentoja seksuaalisuudesta (seksuaaliterapeutti 16.2), depressiosta (psykiatrinen sairaanhoitaja 23.2), ahdistuksesta (2.3) sekä ADHD:sta (9.3). Lisäksi tilaisuuksia piti lähipoliisi sekä Helsingin kaupungin velkaneuvoja. Nuorille järjestettiin vierailu nuorten ehkäisyneuvolaan (8.6). Syksyllä 2010 ja 2011 Terve Helsinki -hankkeen päihdetyöntekijä piti päihteidenkäytöstä luennon nuorille. Lisäksi terveysaseman ravintoterapeutin järjestämä luento toteutettiin syksyllä 2011. Nuorilla oli myös mahdollisuus osallistua terveysaseman järjestämille tupakasta vieroittautumisen kursseille.

6.4 Yhteistyön kehittäminen

Helsingin terveyskeskus osallistui projektin aikana aktiivisesti nuorten syrjäytymisen ehkäisyyn liittyviin seminaareihin, yhteistyökokouksiin ja tapaamisiin. Helsingin terveyskeskuksen johto osallistui nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseksi kehitetyn monialaisen yhteistyön suunnittelua ja toimeenpanon kehittämistä varten kunnassa vaadittavaan nuorten ohjaus- ja palveluverkoston muodostamiseen. Lisäksi johto osallistui aktiivisesti monihallinnolliseen toimintaan, jossa tarkoituksena oli päättää etsivästä nuorisotyöstä vastaavan viranomaisen nimeämisestä. Nuorten ohjausverkosto muodostettiin LASU-työryhmästä ja nuorisotyön koordinaattori nimettiin opetusvirastoon.

7 VIESTINTÄ

Viestinnästä vastasi Terve Helsinki -hankkeen projektipäällikkö sekä Vamoksen projektipäällikkö omille tahoilleen. Helsingin Diakonissalaitoksen Vamos-toiminta sai runsaasti julkisuutta ja oli esillä ajankohtaisissa TV- ja radio-ohjelmissa sekä lehtijulkaisuissa.

Artikkeleita julkaistiin Premissi-lehdessä, Terveiset-lehdessä, Helsingin Diakonissalaitoksen Viesti-lehdessä, Helsingin Sanomissa, Taloussanomissa, Tiimi-lehdessä, Diakonialehdessä, Kodin kuvalehdessä, Kirkko ja kaupunki -lehdessä ja Kauppalehdessä. Lisäksi projektista kerrottiin Helsingin terveyskeskuksen ja Helsingin Diakonissalaitoksen intra- ja internetissä. Toiminnasta julkaistiin myös useita postereita.

Toimintaa esiteltiin lukuisissa seminaareissa sekä tilaisuuksissa kuten Sairaanhoitajapäivillä (2009), Hoitotyön johdon -päivillä (2010), Helsingin terveyskeskuksen Terve SOS-tapahtumassa (2010),.Terveysasemien johtajien seminaarissa (2011) sekä Hoitotyön johdon ja terveydenhuollon asiantuntijoiden päivillä (2011). Lisäksi asia oli esillä asiantuntijatilaisuuksissa eduskunnassa (2009–2010), Valtakunnalliset työpajat -päivillä, terveyden ja sosiaalihuollon sekä työ-

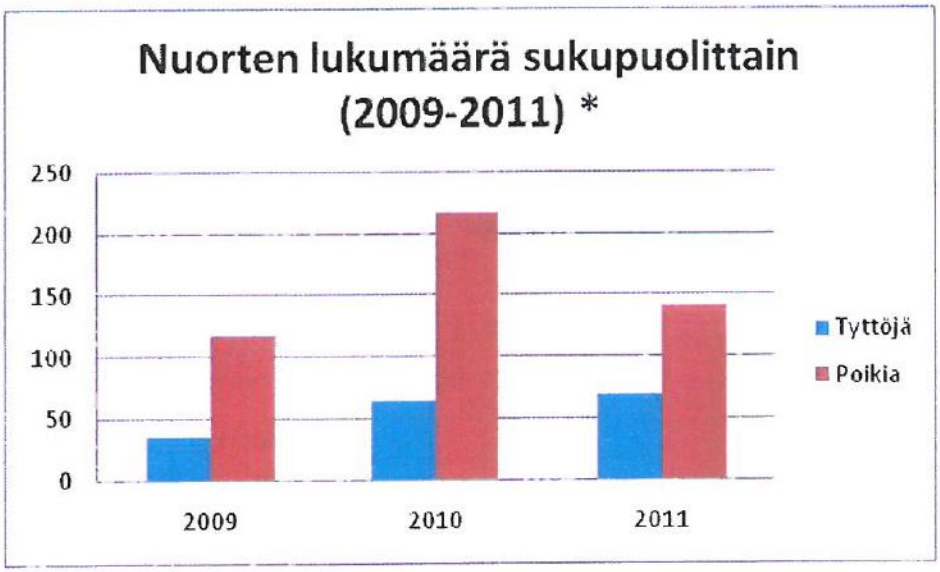
voimahallinnon eri seminaareissa. Nuorten toimintakeskuksessa kävi vierailijoita eri puolilta Suomea. Nuorten toimintakeskuksessa järjestettiin myös avoimen oven -päiviä ja kutsua levitettiin eteenpäin verkostojen kautta. Vamos-projektista tehtiin YLE:n Silminnäkijä -dokumentti, joka esitettiin 16.11.2011.

8 TULOKSET

Projektissa seurattiin tavoitettujen nuorten määrää, ikäjakaumaa, sukupuolta, taustaa, ohjautumista terveyspalveluihin (määrät ja tyypillisimmät palvelut), ohjautumista koulutukseen (määrät ja tyypillisimmät ohjaukset) ja työhön. Lisäksi projektissa seurattiin psykiatrisen sairaanhoitajan työajan jakautumista jalkautuvaan ja muuhun työhön.

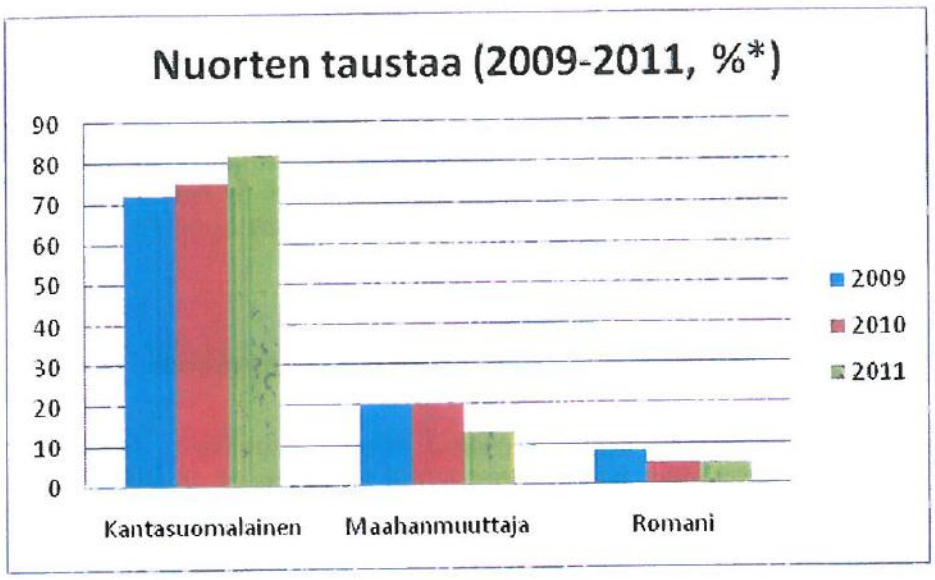
8.1 Asiakkuudet, ohjautumiset palveluun ja jatko-ohjautuminen

Toiminnan pariin ohjautuneiden nuorten määrä kasvoi vuosittain. Toiminnan aikana (2009–6/2011) tavoitettiin 641 nuorta, joista valtaosa oli poikia (74 %). Tyttöjen osuus kasvoi tasaisesti vuodesta toiseen. Nuorisolain puitteissa (2011) ohjautuneita nuoria oli yhteensä 130 (10/2011). Suurin osa nuorista ohjautui sosiaaliasemilta, nuorisoasemilta, vanhempien ohjaamina, kouluista ja "viidakkorummun" välityksellä. Projektiin jo ohjautuneet nuoret kertoivat samassa elämäntilanteessa oleville kavereilleen työmuodosta. Ajoittain nuoria tavoitettiin ja ohjautui niin paljon, ettei henkilöstö pystynyt vastaamaan kaikkien tarpeisiin ja muodostui jonoja. Nuorten sukupuolittaista lukumäärää on kuvattu kuviossa 7.



Kuvio 4. Nuorten lukumäärä sukupuolittain ja vuosittain tarkasteltuna (2009–*6/2011)

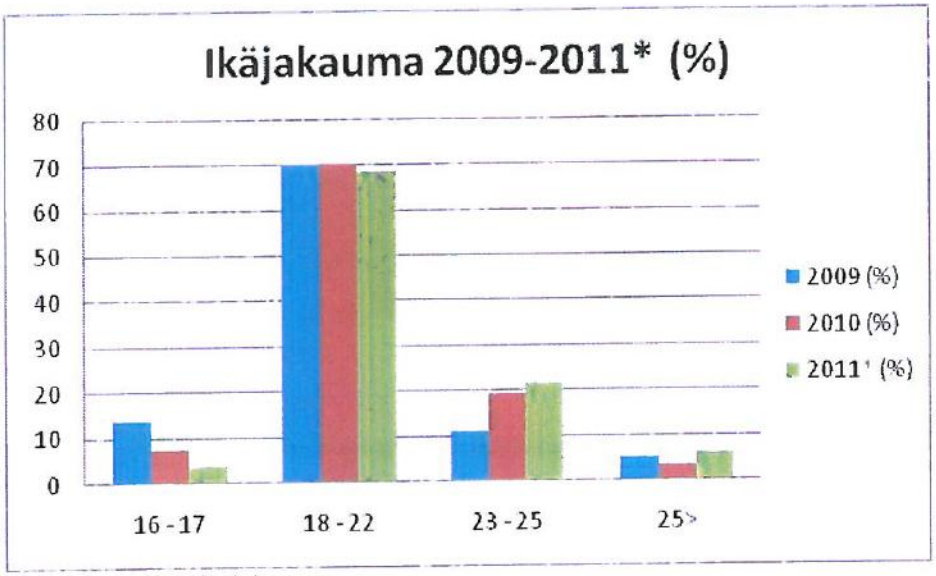
Nuorten taustassa (kuvio 5) tapahtui pientä muutosta. Kantasuomalaisten määrä suureni vuosittain. Keskimääräisesti mitattuna kantasuomalaisten osuus kaikista projektissa tavoitetuista nuorista oli 70 %. Maahanmuuttajataustaisia oli 18 % ja romaneja 3 %.



Kuvio 5. Nuorten tausta prosentuaalisesti tarkasteltuna 2009–06/2011.

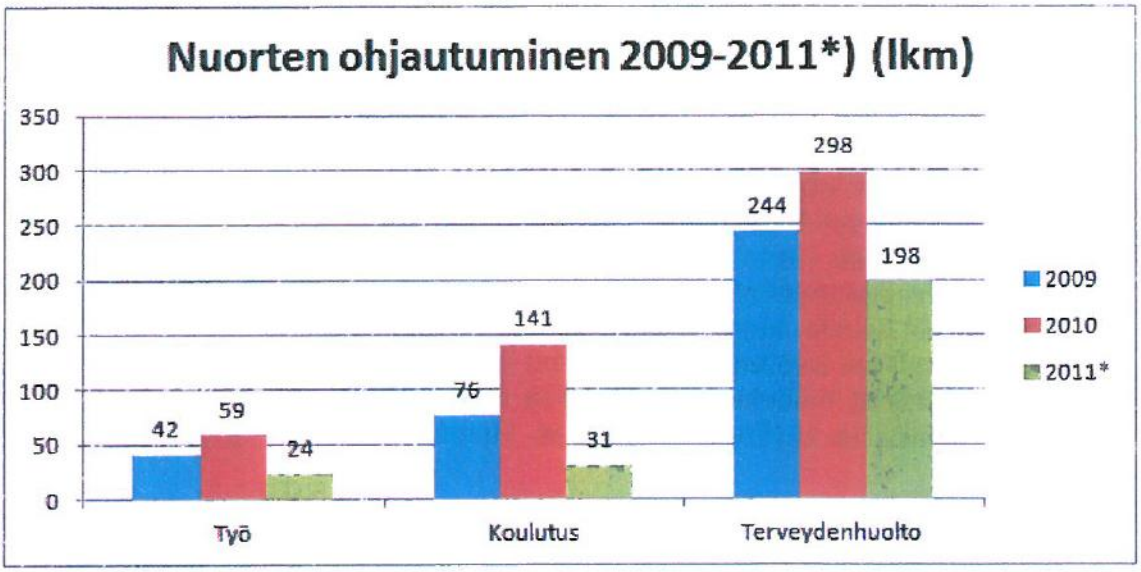
Projektiin hakeutuneiden ikähaitari pysyi melko muuttumattomana. Nuorimpien (16–17-vuotiaiden) ryhmä pieneni hieman ensimmäisestä vuodesta ja vastaavasti 23 – 25-vuotiaiden osuus kasvoi vuosittain.

Ikäjakaumaan vaikutti se, että nuorimpia ohjattiin suoraan Tulevaisuustiskille. Valtaosa kaikista nuorista (70 %) oli 18–22 -vuotiaita, joiden määrä pysyi hyvin tasaisena koko projektin ajan.

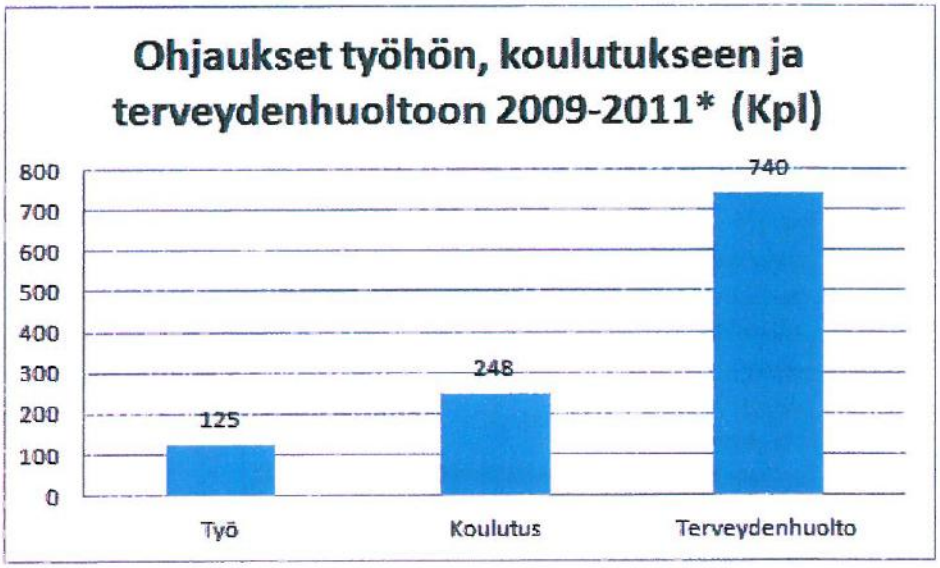


Kuvio 6. nuorten ikäjakauma

Kaikista ohjauksista työhön ohjauksia oli 10,7 % (125 kpl), koulutukseen ohjauksia 21,2 % (248 kpl) sekä terveydenhuollon palveluihin tehtyjä ohjauksia 63,4 % (740 kpl). Nuorten ohjauksia on kuvattu kuvioissa 8 ja 9.



Kuvio 7. Nuorten ohjautuminen työhön ja koulutukseen 2009-06/2011



Kuvio 8. Nuorten ohjautuminen 2009–06/2011 (Kpl)

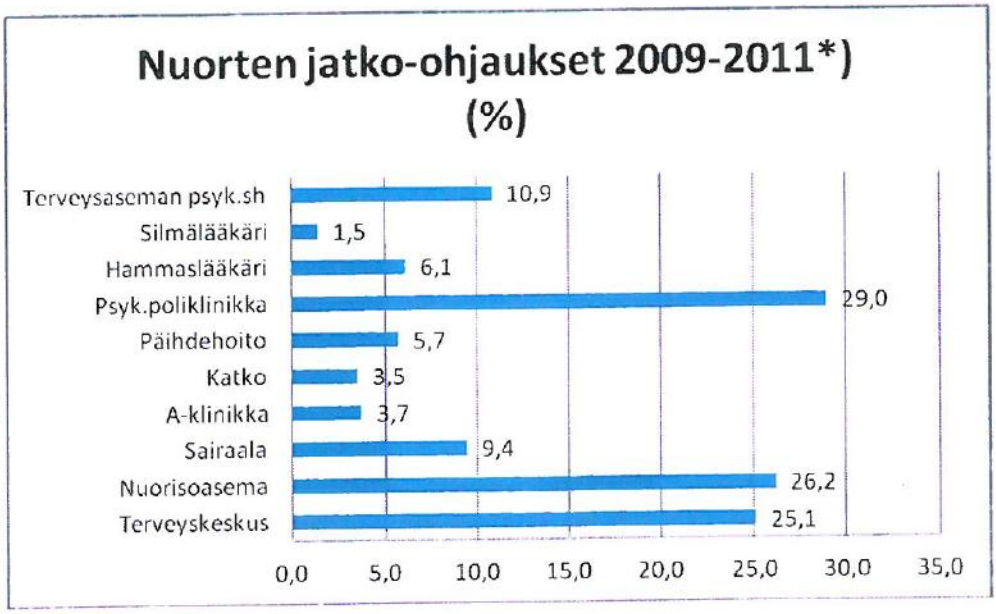
Toteutetun toiminnan perusteella saatuja tietoja nuorten työllistymisestä ja kouluttautumisesta voidaan arvioida hieman myös teoreettisesti saavutettavien taloushyötyjen kautta. Valtiontalouden tarkastusviraston laskelmien mukaan yhtä nuorta koskeva vuosittainen taloudellinen menetys on 27 500 euroa (keskiarvo 40 vuoden työaika olettamalla). Mikäli toiminnan aikana työhön sekä koulutukseen ohjatut nuoret pääsisivät kiinni normaaliin, pysyvään työelämään, syrjäytymisen ehkäisemisen kautta vältettävissä olevat taloudelliset menetykset olisi-

vat noin 410 300 000 euroa (laskennassa käytetty olettamaa 40 vuoden työajasta, 27 500 euron taloudellisella menetyksellä toimenpiteisiin sitoutuneen 373 nuoren osalta).

Mikäli tarkasteltaisiin laskennassa pelkästään työhön sitoutuneita nuoria, tulisi vastaavasti summaksi 137 500 000 euroa. Yhden syrjäytyneen tai syrjäytymisvaarassa olevan nuoren syrjäytymisen ehkäisy vähentäisi yhteiskunnalle syntyviä taloudellisia menetyksiä 1 100 000 eurolla tämän elinaikana.

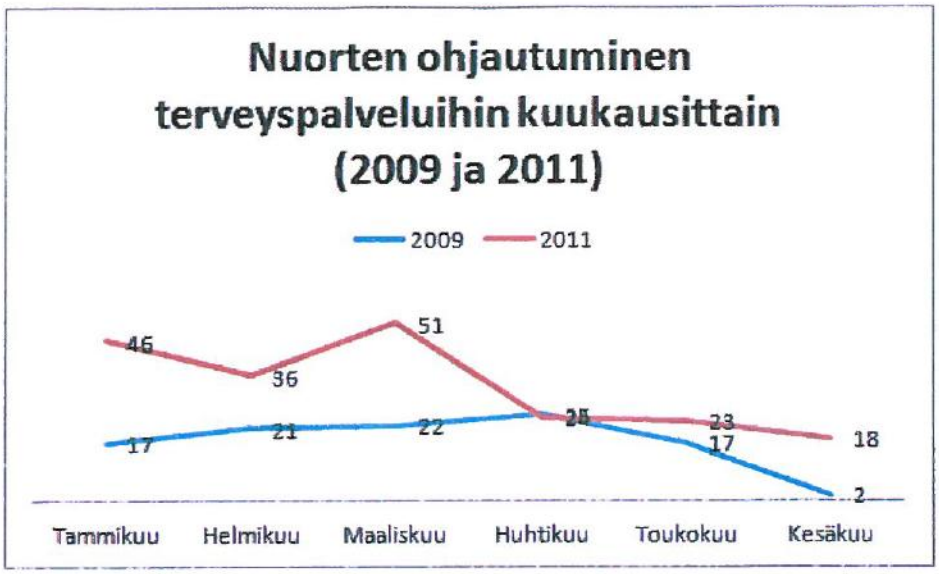
Nuoria ohjattiin terveyspalveluista eniten Helsingin kaupungin terveysasemille, Nuorisoasemille sekä psykiatrian poliklinikoille. Loput projektin nuorista ovat edelleen vaiheessa, jossa heidän elämäntilannetta selvitetään, järjestetään hoitopolkuja terveydenhuollon ja päihdehuollon eri palveluihin ja hoidetaan muita arkeen liittyviä asioita, kuten asunto- ja viranomaisasioita. Näihin perusasioiden hoitamiseen yhden nuoren kohdalla kuluu keskimäärin 3–5 kuukautta. Työmuoto on jo sinällään haittoja vähentävää ja mahdollisesti sen kautta ehkäistään nuoren negatiivista käyttäytymiskierrettä, kuten esimerkiksi ajautumista rikollisuuteen.

Jatko-ohjaukset on kuvattu kuviossa 9. Kuviossa ohjaukset terveysasemalle on eroteltu sen mukaan, onko käynti ohjattu terveysaseman psykiatriselle sairaanhoitajalle vai muulle terveysaseman hoitavalle henkilökunnalle.



Kuvio 9: Nuorten ohjautuminen terveydenhuollon palveluihin prosentuaalisesti 2009–06/2011.

Nuorten jatko-ohjauksista pääosa suuntautui nuorten psykiatriseen hoitoon. Kun tarkastellaan nuorten ohjautumismäärää terveydenhoitopalveluihin kuukausittain, havaitaan, että ohjausten määrät kuukausitasolla ovat lisääntyneet vuodesta 2009 vuoteen 2011. Myös kesän aikana tapahtuvat ohjaukset ovat lisääntyneet kesälomista huolimatta (kuvio 10)



Kuvio 10. Nuorten ohjaaminen terveyspalveluihin kuukausittain keväällä 2009 ja 2011 (ohjaukset / kpl)

8.2 Potilastapauskuvauksia

Potilasesimerkki: Mies 1
Tulosyy: 18-vuotias mies tulee lääkärin tapaamiseen projektityöntekijän kanssa masennusoireiden ja univaikeuksien vuoksi.

Esitiedot: Potilas on lastensuojelun asiakas ja on käynyt sairaalakoulua Aurorassa. Potilas kertoo peruskoulun olevan yhä kesken ja viimeiset kaksi vuotta aika on kulunut äidin kanssa lähinnä "kotona ollessa".

Toimenpiteet: Lääkärin vastaanotolla selviää, että potilaalla on ollut hoitokontakti nuorisopsykiatriassa. Hoito päättyi potilaan jättäydyttyä pois hoidosta. Lääkäri soitti nuorisopsykiatrian yksikköön ja selvisi, että potilaan loppuneuvottelu oli pitämättä, lähinnä potilaan huonon motivaation vuoksi. Nuorisopsykiatrian yksikössä järjestetään loppuneuvottelu, jossa suunnitellaan myös potilaan jatkohoito aikuispsykiatrian piirissä.
Potilas meni sovitusti loppuneuvotteluun projektityöntekijän saattamana ja aloitti peruskoulun loppuun suorittamisen ruotsinkielisellä Sveps-työpajalla yhteistyössä Vamos-projektin kanssa.

Potilasesimerkki: Mies 2
Tulosyy: 24-vuotias mies, joka tuli projektityöntekijänsä saattamana lääkärin vastaanotolle hoidon tarpeen arviointiin arjenhallinnan puutteen ja oppimisvaikeuksien vuoksi.

Esitiedot: Potilas kertoo aloittaneensa peruskoulun kahdeksan vuoden ikäisenä. Potilas kertoo, että hänellä on todettu dysfasia ja dysleksia. Peruskoulun jälkeen hän on suorittanut kymppiluokan, jonka jälkeen aloitti mukautetun oppi-

sopimuskoulutuksen parturi-kampaajaksi. Valmistui ammattiin, mutta ei ole tehnyt koskaan alansa töitä. Armeijasta sai C:n paperit, koska ei palannut lomilta sovitusti. Nyt potilas on asunnoton, mutta viettää paljon aikaa tyttöystävänsä asunnolla. Potilas on ollut työtön kolme vuotta. Potilaan asiakkuus Duurissa lakkautettiin talvella 2011, koska siellä tehdyn arvion mukaan potilas ei ole tällä hetkellä työkykyinen.

Toimenpiteet: Potilaasta tehdään lähete psykiatrian poliklinikalle, josta potilaalla on mahdollisuus saada lähete toimintakyvyn arvioon. (Potilas on aloittanut Vamos valmentavan koulutuksen Diakoniaopistolla elokuussa 2011.)

Potilasesimerkki: Mies 3

Tulosyy: 22-vuotias mies saapuu lääkärin vastaanottoajalle Idea-linjan ohjaajan kanssa. Potilas kertoo tulosyyksi "silmätuntemukset ja ajatus siitä, että aivoissa on jotakin vikaa". Mukana saattamassa oleva ohjaaja kertoo lisäksi potilaan aggressiivisista ajatuksista ja heikosta kyvystä sietää ryhmätilanteita. Potilas ei kiistä ohjaajan kertomusta.
Esitiedot: Potilas on noin kuusi vuotta sitten muuttanut Suomeen ja kielitaito on kohtalainen/hyvä. Potilas kertoo suvussaan olevan "heikkosuonisuutta päässä". Potilas on työtön ja on saanut häädön aikaisemmasta asunnostaan maksamattomien vuokrien ja käytöshäiriöiden vuoksi. Aloitti Idea-linjan talvella 2011 ja asuu nyt opiston asuntolassa.

Toimenpiteet: Potilaan kuvaamat oireet vaativat jatkoselvittelyä ja potilaasta tehdään lähete laboratoriotutkimuksiin ja ohjataan varaamaan aika terveysaseman lääkärille. Lisäksi potilas suostuu tapaamaan psykiatrista sairaanhoitajaa viikoin välein ja seurantaa varten sovittiin uusi aika lääkärille kuukauden kuluttua. (Potilas sai terveysasemalta lähetteen Neurologian poliklinikalle.)

Potilasesimerkki: Mies 4

Tulosyy: 23-vuotias mies tulee sairaanhoitajan vastaanotolle projektityöntekijän ohjaamana vatsavaivojen ja unettomuuden vuoksi. Potilas on opiskelijana ammattikoulussa, mutta kertoo, ettei ole useaan kuukauteen saanut koululääkäriltä aikaa ja omalla terveysasemalla käynti ei ole tuntunut "sopivalta". Potilas toivoo lääkäriltä todistusta koulun keittiöön vehnättömästä ruokavaliosta.

Esitiedot: Potilas opiskelee ja asuu soluasunnossa. Potilas kertoo olevansa muuten perusterve, mutta "arvelee vehnän aiheuttavan hänelle vatsanväänteitä". Potilas kertoo elävänsä luonnonmukaista elämää, joten hän mm. suosii ruokavaliossaan "puhdasta ja mahdollisimman vähän jalostettua ruokaa". Koulussa kertoo käyvänsä melko säännöllisesti, paitsi silloin kun takana on ollut uneton yö. Unettomat yöt ovat usein olleet esteenä myös arjenhallinnassa ja Vamos-projektin tuen vastaanottamisessa. Kouluruokailujen jälkeen kertoo saavansa usein mahakipuja ja mieltää kivun liittyvän vehnän syöntiin. Potilas kertoo käyttävänsä nykyään ainoana päihteenä kannabista, eikä ole halukas lopettamaan kannabiksen käyttöä, koska ei itse näe kannabista haitalliseksi terveydelle, vaan kokee kannabiksen käytöstä vain positiiviset puolet.

Toimenpiteet: Varataan aika lääkärille. Lääkärin vastaanotolla potilas saa lähetteen laboratorioon ruoka-aine allergioiden selvittelyä varten. Potilas kertoo

tilanteestaan avoimesti ja sanoo, ettei ole halukas muuttamaan elintapojaan, toivoo ainoastaan koulunsa keittiöön todistusta ruokavaliostaan. Potilaalle varataan uusi aika sairaanhoitajalle kun laboratoriovastaukset ovat valmiit. Laboratoriovastaukset osoittivat potilaalla olevan laktoosi-intoleranssin. Potilas saa lääkäriltä todistuksen laktoosittomasta ruokavaliosta, mutta potilas kieltäytyy vastaanottamasta sitä, koska laktoositon ruokavalio on liian jalostettua. Yritetty motivoida myös psykiatrisen hoidon piiriin mutta tästä potilas kieltäytyy. On haluton jatkamaan tapaamisia.

Potilasesimerkki: Nainen 1
Tulosyy: 19-vuotias nainen saapuu projektityöntekijän kanssa lääkärin vastaanotolle masennuksen ja paniikkioireiden vuoksi.

Esitiedot: Potilaalla on ollut hoitosuhde nuorisopsykiatriaan ja sen jälkeen psykiatrian poliklinikalle. Potilas kertoo, että hoitosuhde aikuispsykiatriaan jäi kesken noin puoli vuotta sitten, koska "henkilökemiat eivät kohdanneet". Potilaalla on taustalla seksuaalista hyväksikäyttöä ja potilas oireilee vahvasti, ei esimerkiksi kertomansa mukaan voi asioida virastossa tai terveyskeskuskäynneillä miespuolisten henkilöiden kanssa ja näköalattomuus tulevaisuuden suhteen on estänyt omien asioiden suunnittelun ja hoidon.

Toimenpiteet: Potilasta motivoitiin uuden hoitokontaktin vastaanottamiseen. Lääkäri teki uuden lähetteen psykiatrian poliklinikalle ja sovittiin, että sairaanhoitaja lähtee saattamaan potilaan ensimmäiselle ajalle.

Potilasesimerkki: Mies 5
Tulosyy: 20-vuotias mies saapuu lääkärin vastaanotolle projektityöntekijän kanssa ahdistuksen, elämänhallinnan puutteen ja univaikeuksien vuoksi.

Esitiedot: Potilaalla on jäänyt peruskoulu kesken ja tämä tuottaa potilaalle häpeää ja toivottomuutta. Suunnitteilla on että, nuori suorittaa peruskoulun Diakoniaopistolla loppuun kuluvan vuoden aikana. Nuori toivoo tueksi keskusteluapua ja lääkitystä univaikeuksiin.

Toimenpiteet: Lääkäri teki lähetteen psykiatrian poliklinikalle.

Potilasesimerkki: Nainen 2
Tulosyy: 18-vuotias nainen saapuu projektityöntekijän ohjaamana sairaanhoitajan vastaanotolle unettomuuden vuoksi. Projektityöntekijä kertoo, että nuori on käyttäytynyt työharjoittelupaikassa epäammattimaisesti ja työharjoittelu on juuri keskeytymässä.
Esitiedot: Potilas on syntynyt Itä-Euroopassa ja muuttanut äitinsä kanssa Suomeen ollessaan noin 10-vuotias. Pegasoksessa on useita kouluterveydenhuollon kirjauksia huolesta, jota potilas on nuorena opettajille ja terveydenhoitajalle aiheuttanut. Potilas kertoo olleensa yläasteella usein luvattomasti pois koulusta ja muutamia kertoja humaltuneena tunneilla. Peruskoulun jälkeen potilas ei ole hakeutunut koulutukseen. Potilas kertoo toivovansa apua uniongelmiinsa, koska "päässä pyörivät ajatukset" valvottavat ja nukahtaminen kestää aamuyöhön.

Toimenpiteet: Varasimme ajan lääkärille. Lääkärin tapaamisessa käytiin läpi elämäntilannetta ja pyrittiin motivoimaan hoitokontaktin vastaanottamiseen. Potilas oli oman vointinsa suhteen sairaudentunnoton, kykeni keskustelemaan vain univaivoistaan. Sai reseptin melatoniiniin univaikeuksien vuoksi, tavoitteena oli voinnin seuraaminen unettomuuden hoidon rinnalla. Potilas ei ollut halukas keskustelemaan voinnistaan "ulkopuolisten" kanssa, joten nuoren kanssa sovittiin tapaamiset sairaanhoitajan luona ja kontrollikäynti lääkärille kuukauden kuluttua.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

9.1 Pohdinta

Projektien yhteistyöllä on onnistuttu etsivän työn avulla löytämään normaalien peruspalvelujen ulkopuolella olevia nuoria ja tarjoamaan heille pitkäkestoista tukea, ohjausta ja yksilöllistä arviointia. Tavoitteena on, että nuoret pystyvät suunnitelmallisesti kiinnittymään koulutukseen, työhön tai muuhun mielekkääseen toimintaan ja että tarvittaessa heille tarjotaan mahdollisuutta terveydellisiin palveluihin, jotka voivat tukea heidän työllistymisen tai kouluttautumisen edellytyksiä.

Helsingin Diakonissalaitoksen Vamos-projekti tavoitti nuoria hyvin, välillä jopa jonoiksi asti. Etsivää työtä tehtiin nuoren asuinympäristöissä, vapaa-ajanviettopaikoissa, kaduilla, lähiöissä sekä nuorten suosimissa paikoissa ja eri verkostoissa.

Asiakkaille tehtiin yksilölliset, henkilökohtaiset suunnitelmat, jota seuraten nuori on voinut kehittää elämänhallintataitojaan ja motivoitunut siirtymään opiskeluun tai työhön. Työmuotona toteutettiin etsivää työmuotoa. Nuoren rinnalla kuljettiin niin kauan, että nuori oppi hoitamaan asioita itsenäisesti. Projektissa nuoria opetettiin ottamaan itse vastuuta omasta tulevaisuudestaan ja nuorta tuettiin tekemään omaa elämäänsä koskevia päätöksiä.

Helsingin Diakonissalaitos vastasi projektissa kehitetyn toimivan yhteistyöverkoston rakentamisesta, mikä mahdollisti nuoren koulutus-, työ, opiskelu- sekä asumisasioiden läpikäymisen. Lisäksi projektissa kehitettiin aiempaa joustavampia toimintatapoja, kuten mahdollistettiin nuorten lähetteetön ja aluerajoittamaton pääsy terveysaseman psykiatriselle sairaanhoitajalle tai päihdetyöntekijälle. Nuorten osallisuus toimintojen kehittämiseen huomioitiin hyvin. Nuorille suunnatut terveysluennot ideoitiin nuorten toiveiden pohjalta. Nuoret osallistuivat myös Terveellinen kaupunginosa -hankkeen Forum Viriumin kehittämispäivään, jonka avulla palvelua edelleen kehitettiin.

Projektissa reagoitiin erilaisiin tarpeisiin, mm. kokeilemalla psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanottojen lisäksi myös lääkärin vastaanottoja. Lisäksi vastaanottoaikoja molempien työntekijöiden osalta lisättiin projektin edetessä.

Vamos-projektin toiminta on vakiinnuttanut asemansa osaksi palvelujärjestelmää. Vamos-projekti on tunnettu ja arvostettu toimija pääkaupunkiseudulla ja sen palveluja osataan käyttää. Yhteistyö eri verkostojen kanssa toimii ja yhteistyötä eri hallintokuntien kanssa on jatkettu ja kehitetty. Monialainen viranomaistyö on osoittautunut toimivaksi ja tehokkaaksi tavaksi saada nuorten asioita eteenpäin suuressa kaupungissa. Etsivän työn työntekijöiden rooli on koordinoida nuoren asioiden edistämistä ja varmistaa eri verkostojen kanssa tehtyjen suunnitelmien eteneminen. Terveydenhoitoon tehtyjen ohjausten määrä kasvoi projektin aikana.

Helsingin Diakonissalaitoksen rahoituksella toimiva nuorten toimintakeskus on vakiinnuttanut toimintaansa ja sinne on laajentunut kattava, matalan kynnyksen palvelukokonaisuus. Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien, syrjäytymisvaarassa olevien nuorten tavoittaminen on näissä tiloissa sujuvaa.

Alkuvaiheen työskentely nuoren kanssa vaatii tiivistä yhteistyötä eri verkostojen kanssa. Jatkopolkujen löytyminen nuorille on haastavaa. Useimmilla nuorilla ei ole sellaisia taitoja ja valmiuksia, että he voisivat heti aloittaa koulutuksessa tai työssä. Alkuvaiheen työskentely kesti 3–5 kuukautta ja sen aikana rakennettiin hoitopolku mielenterveys-, päihde- ja sosiaalityön eri palveluihin. Yhä useampi nuori on velkaantunut ja taustalla on paljon hoitamattomia asioita. Ilman alkuvaiheen tukea ja toimenpiteitä nuorten kiinnittyminen jatkotoimenpiteisiin olisi mahdotonta.

Vuoden 2011 haasteissa korostuivat hankkeen toimintojen vakiinnuttaminen sekä nuorisolain tuomat muutokset etsivässä nuorisotyössä sekä yhteistyön vahvistaminen Helsingin kaupungin sosiaaliviraston kanssa. Projektin aikana luotua terveyspalvelun rakennetta myös muutettiin ja kehitettiin sekä kuvattiin aiempaa tarkemmin. Projektin toimintamalli ja psykiatrisen sairaanhoitajan ja lääkärin työpanos Vamos-projektissa on tarkoitus vakiinnuttaa osaksi Helsingin terveyskeskuksen koulu- ja opiskeluterveydenhuollon toimintaa.

Puuttumalla oikea-aikaisesti syrjäytymisvaarassa olevan nuoren tilanteeseen voidaan saavuttaa merkittäviä kustannussäästöjä tulevaisuudessa, kun

- nuori ei ajaudu pitkäkestoiseen työttömyyteen ja palvelujärjestelmien asiakkuuteen. Syrjäytymiskehitys katkaistaan. Pitkällä aikavälillä palvelujen tarve vähenee ja kustannuksia säästyy.

- puuttumalla nuoren terveysongelmiin mahdollisimman varhain voidaan ehkäistä sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon kustannuksien kasvaminen.

- nuori pääsee koulutukseen ja ohjautuu hankkimaan itselleen ammatin, jolloin nuorten koulutustakuu toteutuu ja nuorten työnsaantimahdollisuudet tulevaisuudessa paranevat. Nuorella on mahdollisuus integroitua yhteiskuntaan täysivaltaisena jäsenenä.

- nuoren elämänlaatu paranee ja eri väestöryhmien välinen eriarvoisuus pienenee.

9.2 Projektista nousseita kehitystarpeita

1. Matalan kynnysten palveluiden järjestäminen
2. Intensiivinen tuki lapsille ja perheille tarpeeksi varhaisessa vaiheessa
3. Nuorten ja heidän perheidensä tukeminen oikea-aikaisesti

Nuorille tarvitaan projektissa kuvatun kaltaista matalan kynnyksen toimintaa selvästi nykyistä enemmän. Syrjäytyneiden nuorten elinympäristöt ovat usein hyvin rajattuja, eivätkä he oman aktiviteetin puutteen, taloudellisten tekijöiden tai terveydellisten ongelmien takia ole valmiita liikkumaan kaupungin sisällä pitkiä matkoja. Lisäksi on nähtävissä tiettyjä alueita, joille syrjäytymisvaarassa olevia nuoria on keskittynyt tavallista enemmän. Tällaisiä paikkoja ovat esimerkiksi Itäkeskus, Malmi sekä Kampin liikekeskuksen alue.

Pääkaupunkiseudulla on suuri tarve matalan kynnyksen etsivälle työlle ja intensiiviselle tuelle, koska syrjäytymisvaarassa olevia nuoria on alueella paljon ja palvelut eivät heitä tavoita. Tähän työmuotoon tulisi panostaa tulevaisuudessa enemmän voimavaroja.

Projektin kokemusten ja aiempien tutkimusten perusteella nousee esiin selkeitä jatkokehittämisehdotuksia. Ongelmana runsaasta palvelutarjonnasta huolimatta on se, että nuoren tuki tulee ajallisesti liian myöhään. Lapsen ja nuoren tilannetta seurataan pitkään ennen kuin tuen piiriin hakeudutaan. Tuen saamista estävät myös usein pitkät jonot sekä palvelujen jäykät rakenteet. Rintasen (2000) tutkimuksessa selviää, että masentuneeksi luokitelluista lapsista vain vajaalle 10 %:lle oli haettu apua ja että kouluikäisten ja aikuistuvien nuorten terveysongelmat oli havaittu jo ennen kouluikää. Perheessä ongelmien havaitsemisen ja toteamisen jälkeen hoito ja tukeminen ovat kuitenkin joko kokonaan jääneet toteutumatta tai se on ollut puutteellista. Nuorten syrjäytymisen ehkäisyä pitäisi tehostaa jo alakoululuokilta lähtien. Projektissa kokeiltua, testattua ja tulosten valossa tehokkaaksi havaittua toimintamuotoa tulisi jatkaa osana hallintokuntien välistä vakiintunutta toimintaa ja sen käyttöönottoa tulisi harkita laajemmin.

Erilaisilla sosiaalipoliittisilla toimilla perheitä kyetään auttamaan ja lapsiköyhyyttä pienentämään. Myös perheiden tukeminen ja mukaan ottaminen nuoren hoitoon ennaltaehkäisyn lisäksi on tärkeää.

LÄHTEET

Auvinen-Tornberg, O (2008) On sinusta kiinni joudutko pataan vai pääsetkö juhlimaan leirinuotiolle. Narratiivinen tutkimus etsivän työn tekijöiden tarinoista työstään. Tampereen
yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Pro gradu -tutkielma.

Granfelt, R (1998) Kertomuksia naisten kodittomuudesta. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. Helsinki.

Etsivä työ Euroopan syrjäytyneiden väestönosion parissa (2007) Suuntaviivoja yhdenmukaisiin etsivän työn palveluihin..
http://toimipaikka.a-klinikka.fi/vinkki/sites/toimipaikka.a-klinikka.fi.vinkki/files/Etsiv%C3%A4ty%C3%B6%20Euroopan%20syrj%C3%A4ytyneiden%20v%C3%A4est%C3%B6nosien
%20parissa_0.pdf

Helne, T (2002) Syrjäytymisen yhteiskunta. Stakes, tutkimuksia ISSN 1236-0732; 123. Helsinki.

Helsingin kaupunki (2011) Lasten ja nuorten hyvinvointiselonteko 2011. Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma 2009–2012.

Helsingin kaupungin tietokeskus (2010)
http://www.hel2.fi/tietokeskus/julkaisut/pdf/10_09_22_Tilastoja_30_Tikkanen.pdf
.

Männikkö, Jaana (2011) Etsivän nuorisotyön ja työotteen pika-analyysi. Kaupunki-innovaatiot -hanke.

Nuorisolaki (693/2010) http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20060072.

Nyman, J & Simoila, R & Väistö, O (2008) Helsingin terveydenhuollon toimintaympäristön analyysi. Terveyskeskuksen strategian 2009-2011 valmistelun pohjaksi.

Rintanen, Hannu (2000) Terveys ja koulutuksellinen syrjäytyminen nuoren miehen elämänkulussa. Tampereen yliopisto.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2007) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Julkaisuja 23. Yliopistopaino, Helsinki.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Koulutuksen keskeyttäminen [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-9280. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 15.11.2011].
Saantitapa: http://www.stat.fi/til/kkesk/index.html.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2011) Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007 – 2010. Raportti 8/2011. Yliopistopaino, Helsinki.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2010) Toimeentulotuki 2009 – Utkomststöd 2009 – Social Assistance 2009.
Tilastotiedote 31/2010. 17.12.2010. Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2010. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr31_10.pdf

Uusi terveydenhuoltolaki (2010/1326, § 13)
http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326.

Vamos-projekti, Helsingin Diakonissalaitos

LIITTEET

LIITE 1. Ohjaus- ja projektiryhmä

Terve Helsinki -hankkeen ohjausryhmän muodostivat:

Riitta Simoila, kehittämisjohtaja, puheenjohtaja, Helsingin terveyskeskus
Katja Louhio, projektipäällikkö, sihteeri, Helsingin terveyskeskus (10/2011 saakka)
Marianne Hellsten, projektipäällikkö, sihteeri, Helsingin terveyskeskus (10/2011 alkaen)
Juha Nyman, erityissuunnittelija, Helsingin terveyskeskus
Tuula Saarela, johtajapsykiatri, Helsingin terveyskeskus
Katariina Jantunen, ylihoitaja, Helsingin terveyskeskus
Ari Karppinen, sairaanhoitaja, Helsingin terveyskeskus
Anna-Liisa Niemelä, projektipäällikkö, Helsingin terveyskeskus
Hanna Laurila, apulaisrehtori, Helsingin Diakoniaopisto
Eila Linnanmäki, projektipäällikkö, THL
Ilkka Haahtela, paikallisjohtaja, Työvoiman palvelukeskus (3/2010 saakka)
Henkilöstöjärjestöä on vahvistanut terveyskeskuksen henkilöstötoimikunnan kokouksessa 8.2.2010 varsinaiseksi edustajaksi
Mirja Pirskasen, terveydenhoitaja, Helsingin terveyskeskus sekä varaedustajaksi Silja Paavolan, perushoitaja, pääluottamusmies, Helsingin terveyskeskus

Nuorten syrjäytymisen ehkäisy -projektiryhmä
Katja Louhio, projektipäällikkö, Helsingin terveyskeskus (10/2011 saakka)
Marianne Hellsten, projektipäällikkö, Helsingin terveyskeskus (10/2011 alkaen).
Matleena Ihatsu, projektityöntekijä, psykiatrinen sairaanhoitaja, Helsingin terveyskeskus
Kalle Ylönen, projektityöntekijä, sosionomi, Helsingin terveyskeskus (12/2010 saakka)
Piia Karppinen, projektityöntekijä, psykiatrinen sairaanhoitaja, Helsingin terveyskeskus, ajalla 10.10. – 31.12.2011
Hanna Viitala, päällikkö, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto
Hilkka Heikkilä, ylihoitaja, Helsingin terveyskeskus
Ulla Nord, projektipäällikkö, Helsingin Diakonissalaitos
Hanna Laurila, apulaisrehtori, Helsingin Diakoniaopisto
Marjukka Viiala, projektikoordinaattori, Helsingin terveyskeskus (3/2010 alkaen)
Katja Lehtonen, projektikoordinaattori, Helsingin opetusvirasto (6/2011 saakka)

LIITE 2. Suostumuslomake

Asiakkaan nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Puh. _____

SUOSTUMUS YHTEISTOIMINNASSA TAPAHTUVAAN TIETOJEN VAIHTAMISEEN JA KÄYTTÖÖN

Osallistun Helsingin terveyskeskuksen Terve Helsinki -hankkeen puitteissa toteutettavaan terveystarkastukseen. Hanke toteutetaan yhteistyössä Helsingin terveyskeskuksen ja Helsingin Diakonissalaitoksen Vamos –projektin kanssa.

Suostun siihen, että Helsingin kaupungin terveyskeskuksen psykiatrinen sairaanhoitaja sekä lääkäri sekä Helsingin Diakonissalaitoksen sekä Helsingin terveyskeskuksen projektityöntekijät voivat keskenään vaihtaa sellaisia minua koskevia tietoja ja asiakirjoja, jotka liittyvät terveydentilani ja/tai ovat välttämättömiä arvioitaessa koulutus ja työllistämis näkökohtia. Tietoja vaihdetaan vain niiltä osin, kun se on viranomaisten yhteistoiminnan kannalta tarpeellista ja välttämätöntä. Tietojen vaihdon ja käytön tapahtuvat luottamuksellisesti työntekijöiden välillä.

Suostun siihen, että yllä mainituissa asioissa tietojen vaihto voi koskea Helsingin kaupungin terveyskeskuksen rekistereihin jo tallennettuja yhteistoiminnan kannalta tarpeellisia tietoja ja asiakirjoja sekä terveystarkastuksesta syntyviä terveydentilaani liittyviä tietoja. Lisäksi ymmärrän, että terveystarkastuksen tiedot tallennetaan terveysaseman asiakastietorekisteriin ja että olen terveysaseman asiakas.

Minulle on kerrottu suullisesti yhteistoiminnan tavoitteista ja sisällöstä. Tässä yhteydessä antamani suostumus on voimassa niin kauan kuin Vamos -projektin ja terveydenhuollon yhteistyö on tarpeellista asioideni hoitamisen kannalta, päättyen viimeistään vuoden 2011 lopussa.

Minulle on kerrottu henkilötietolain (523/1999) mukaisesta oikeudesta tarkastaa minua koskevat asiakasrekisteritiedot ja siitä, kuka on toiminnasta vastaava rekisterikirjanpitäjä sekä viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain (621/1999) mukaisesta oikeudesta saada tietoa itseäni koskevasta asiakirjasta. Minulle on myös kerrottu henkilötietolain mukaisesta oikeudesta korjata itseäni koskeva henkilörekisteriin talletettu virheellinen tieto.

Suostumuksen antaminen on vapaaehtoista ja minulla on oikeus peruuttaa suostumukseni ilmoittamalla siitä kirjallisesti Helsingin terveyskeskukselle. Allekirjoituksellani annan suostumukseni tietojen vaihtoon ja käyttöön.

_____ _____

Paikka ja aika Asiakkaan allekirjoitus ja nimenselvennys

LIITE 3. VAMOS-PALVELU; TYÖN TAVOITTEET, TYÖTAVAT JA ASIAKASRYHMÄT

ETSIVÄ TYÖ

- Löytää nuori (16 – 29 -vuotias)
- Kartoittaa nuoren tilanne
- Laatia yksilöllinen suunnitelma
- Motivoida ja aktivoida nuorta
- Etsiä nuoren tilanteeseen sopivat palvelut
- Luoda verkostoja
- Varmistaa palvelujen toimivuus ja sopivuus nuoren kannalta
- Arjen kuntoutus
- Nuoren kiinnittyminen työhön, koulutukseen tai muuhun mielekkääseen toimintaan

Työtapana korostuvat asiakaslähtöisyys, nuorten ehdoilla eteneminen, jalkautuminen, verkostotyö, voimaannuttaminen ja uskominen nuoreen, kuntouttava työote, luotettava aikuisuus, matala kynnys, joustavuus, rinnalla kulkeminen, välittäminen, kokonaisvaltaisuus sekä yksilöllisyys.

Asiakasryhmänä lain puitteissa tulevat nuoret, kotiin syrjäytyneet nuoret, palveluista syrjäytyneet nuoret, 16–29 -vuotiaat, Helsinkiläiset.

TOIMINTAKESKUS

- Sosiaalisten- ja vuorovaikutustaitojen harjoittelu ja niiden tukeminen
- Normaalin päivärytmin saavuttaminen
- Asiakkaalle sopivien toimenpiteiden (jatkotoimenpiteiden) löytäminen
- Arjen taitojen harjoittelu

Työtapana korostuvat ryhmä- ja yksilötapaamiset, tavoitteellinen, kirjallinen toiminta ja suunnitelma, motivointi, toiminnallisten menetelmien hyödyntäminen, ratkaisukeskeinen työote, matala kynnys sekä verkostoyhteistyö.

Asiakasryhmänä toimintaan vapaaehtoisesti suuntautuvat, toimintaan motivoituneet 17–25 -vuotiaat nuoret.

STARTTI

- Päihdetyö
- Löytää nuorelle mielekäs ja sopiva jatkopolku koulutukseen tai työelämään
- Arjen ja elämänhallinnan taitojen vahvistaminen
- Tuetaan nuorta löytämään omat voimavarat ja vahvuutensa

Työtapana korostuvat yksilö- ja ryhmävalmennus, saattaen-vaihtaen toiminta työelämän (PUENTE), peruskoulun (HDO) sekä Vamoksen valmentavan koulutuksen kanssa. Nuorta ei päästetä katoamaan, vapaaehtoisuus, joustavuus. Toimintaa ei ole rajoitettu keston suhteen.

Asiakasryhmänä nuoret, joilla on arjen- tai elämänhallinnassa puutteita, visio omasta tulevaisuudesta on epävarma, nuorella löytyy motivaatiota oman tilanteen parantamiseen, 16 – 29 –vuotiaat (pääpaino yli 18 –vuotiailla), nuo-

rella ongelmia kiinnittyä työhön tai koulutukseen tai muuhun toimintaan, vapaaehtoisuus.

TERVEYSKESKUS

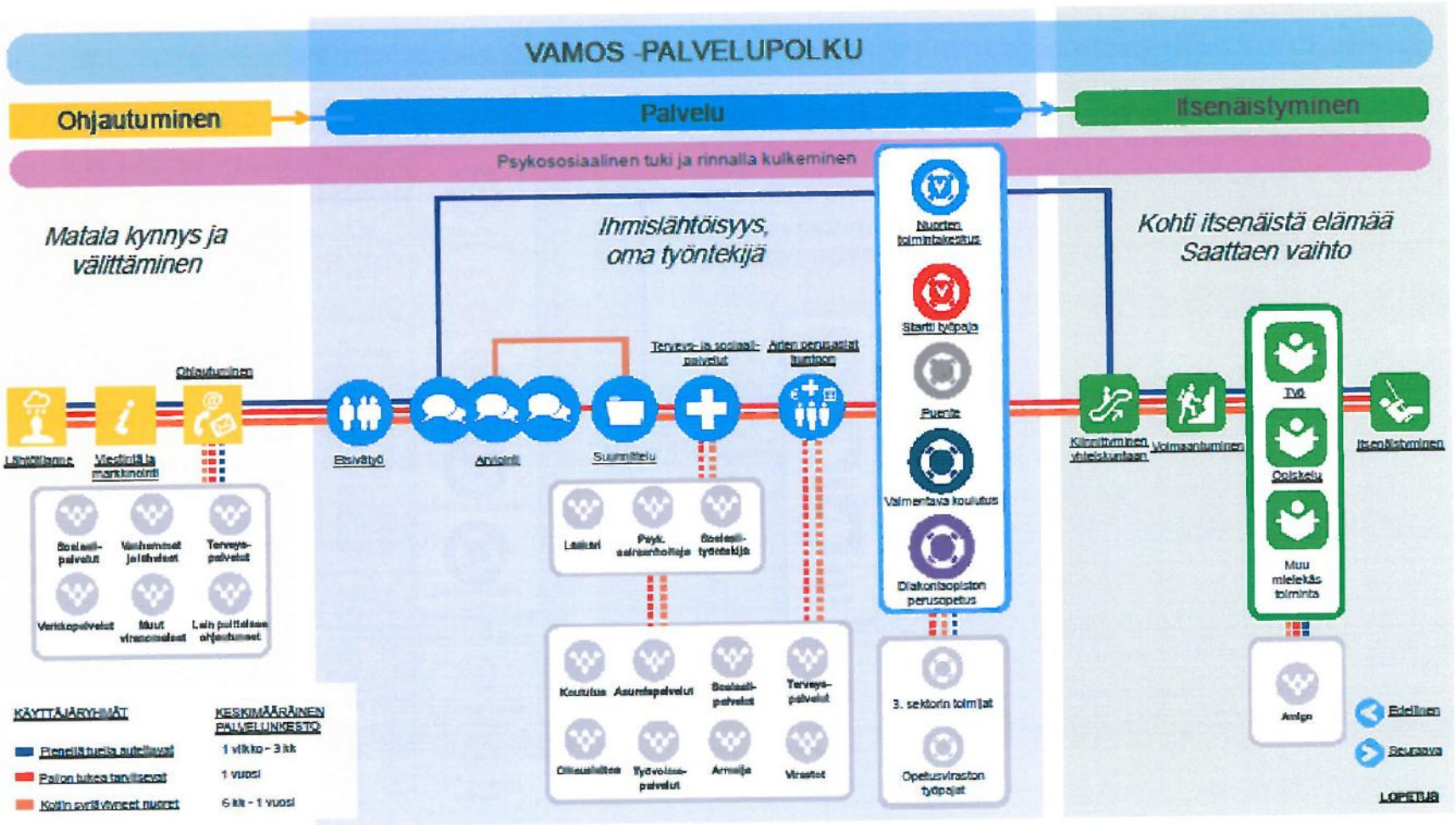
- Kartoittaa nuoren terveydellinen tilanne ja terveyspalvelujen tarve
- Motivoida nuori ottamaan hoito vastaan
- Antaa konsultaatio neuvontaa etsiville työntekijöille
- Mahdollistaa nuoren työllistymistä ja kouluttautumista
- Ohjata nuori olemassa oleviin terveyspalveluihin saattaen vaihtaen periaattella
- Tarjota jalkautuvaa psykiatrisen sairaanhoitajan ja lääkärin palvelua toiminnassa tavoitetuille nuorille
- Järjestää nuorille suunnattuja info päiviä ja tilaisuuksia terveydenhuollon teemoihin liittyen.

Työtapana korostuvat joustavat vastaanottoajat, potilaan vastaanottoajat normaaleja pidemmät, sijainti lähellä nuorta, mahdollisuus jalkautumiseen, edellytetään nuoren suostumusta tietojen kirjaamiseen ja vaihtoon lääkärin/sairaanhoitajan välillä, verkostotyö, sairaanhoitajan toimiminen myös etsivänä työntekijänä, sairaanhoitajan konsultointimahdollisuus, sairaanhoitajan ottaminen mukaan oman asiakkaan luo (näitä tapauksia ei ole kirjattu sairaanhoitajan vastaanotoiksi)

Asiakasryhmänä kaikki Vamos-palvelukokonaisuuden piirissä olevat nuoret, jotka haluavat hakeutua terveydenhuollon palveluiden pariin, asiakasohjaus työntekijän kautta.

LIITE 4. Helsingin Diakonissalaitos, Vamos-projektin palvelukuvaus

Helsingin Diakonissalaitoksen Vamos-palvelukokonaisuus



TERVE HELSINKI -hanke

PITKÄAIKAISTYÖTTÖMYYTEEN LIITTYVÄN SYRJÄYTYMISEN EHKÄISY -osaprojekti

LOPPURAPORTTI

SISÄLLYS

1 PROJEKTIN TAUSTA 1
1.1 Työttömien terveys ja terveyspalvelut 1
1.2 Terveyden edistäminen 2
1.3 Työttömien terveyspalvelut ja toimintamallisuositukset 3
1.4 Terveys ja työllisyys Helsingissä 5
2 PROJEKTIN KUVAUS 7
2.1 Projektin tavoite ja toimenpiteet 7
2.2 Rajaukset 7
2.3 Projektin riskit ja niiden hallinta 8
3 PROJEKTIN ORGANISAATIO 9
3.1 Vastuuhenkilöt 9
3.2 Ohjaus- ja projektiryhmä sekä työryhmä 9
4 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN 9
4.1 Terveydenhoitajan vastaanottojen sijainti 9
4.2 Projektin aikataulu 9
4.3 Raportointi 10
5 PROJEKTISSA LUOTU TOIMINTAMALLI 10
5.1 Terveydenhoitajan vastaanoton mallinnus TE-toimistossa 10
5.2 Terveydenhoitajan käyttämät mittarit 14
5.2.1 Rand-36 mittari 14
5.2.2 Audit 14
5.2.3 Beck 14
5.2.4 Muut mittaukset 15
6 TULOKSET 15
6.1 Asiakasmäärät ja jatko-ohjaukset 15
6.2 Asiakaskuvauksia 18
6.3 Terveystarkastuslomakkeiden tulokset 19
6.4 Idealingon tulokset 21
7 JOHTOPÄÄTÖKSET 22
7.1 Pohdinta 22
7.2 Riskien toteutuminen 23
7.3 Projektista nousseet jatkokehittämisehdotukset 24

KUVIOT

Kuvio 1. Työttömien työnhakijoiden lukumäärä ikäryhmittäin Helsingissä (keskiarvo 2010, Työ- ja elinkeinoministeriön työnvälitystilastosta tarkasteltuna)
Kuvio 2. Terveydenhoitajan vastaanoton järjestäminen TE-toimistossa, malli.
Kuvio 3. Asiakaskäynnit terveydenhoitajalla.
Kuvio 4. Asiakkaiden prosentuaalinen osuus syntymävuosikymmenittäin
Kuvio 5. Tervveydenhoitajan vastaanotolla asioineet asiakkaat, asiakkaat, joilla oli terveysongelmia sekä jatko-ohjatut.
Kuvio 6. Jatko-ohjaukset
Kuvio 7. Vastaajien arvot terveys- ja hyvinvointimuuttujista (asteikolla 0-10, nolla heikoin, 10 paras tulos) keski-arvoina.
Kuvio 8. Vastaajien arvio omasta työkykyisyydestään (prosenttiosuuksina vastausryhmittäin)
Kuvio 9. Työttömien terveystarkastusten järjestäminen Malli 1.
Kuvio 10. Työttömien terveystarkastusten järjestäminen Malli 2.

TAULUKOT

Taulukko 1. SWOT-analyysi projektin vahvuuksista, heikkouksista, mahdollisuuksista ja uhista.
Taulukko 2. Projektin vaiheet ja aikataulu

LIITTEET

Liite 1. Projektin ohjausryhmä, projektiryhmä sekä työryhmä
Liite 2. Suostumuslomake
Liite 3. Esite ja juliste
Liite 4. Asiakasohjaus terveystarkastukseen
Liite 5. Terveystarkastuslomake. Lomake muokattu Kansanterveystieteenlaitoksen, PTT-hankkeiden sekä Helsingin terveyskeskuksen terveystarkastuslomakkeiden pohjalta.

1 PROJEKTIN TAUSTA

1.1 Työttömien terveys ja terveyspalvelut

Suomalaisen terveyspolitiikan tavoitteena on pitkään ollut terveyserojen kaventaminen ja terveyden edistäminen. Terveyserot ovat tästä huolimatta kasvaneet. Työttömyys muodostaa yhden niistä riskeistä, jonka seurauksena yksilön terveys saattaa huonontua.

Työttömällä tarkoitetaan henkilöä, joka on ilmoittautunut TE-toimistoon työttömäksi työnhakijaksi ja on valmis ottamaan vastaan kokopäivätyötä (Työttömät työnhakijat 22.2.2011). Työttömyyden pitkittyessä työttömyys muuttuu pysyvämmäksi, pidempikestoisemmaksi pitkäaikaistyöttömyydeksi. Työnhakija on pitkäaikaistyötön työttömyyden kestettyä yhtäjaksoisesti yli vuoden ajan (Laki julkisesta työvoimapalvelusta 30.12.2002/1295 7 §).

Työttömyyden syyt ovat moninaiset. Työmarkkinoiden kysynnän ja tarjonnan lisäksi työllistymiseen vaikuttavat eri tekijät, kuten työnhakijan ikä, sukupuoli, koulutus, terveys sekä toimintakyky (Parpo A 2007). Useissa tutkimuksissa on käsitelty työttömyyden ja terveyden välistä yhteyttä sekä terveyspalvelujen kohdentamista heikoimmassa asemassa oleville sosiaalisille ryhmille. Tulosten mukaan heikko terveydellinen tilanne näyttää johtavan työttömyyteen ja toisaalta, työttömyys näyttäisi vaikuttavan terveyden heikentymiseen (Heponiemi ym. 2008).

Terveyteen ja työkykyyn liittyvät ongelmat voivat olla työllistymisen este ja ne voivat olla riski työmarkkinoilta syrjäytymiseen (Sinervo L 2009). Työttömillä ja etenkin pitkäaikaistyöttömillä on suuri vaara syrjäytyä työmarkkinoilta (Talousneuvosto 13/2001). Syrjäytyminen voidaan määritellä huono-osaistumisen prosessiksi, jossa ongelmat eri elämänalueilla kasautuvat ja ruokkivat toisiaan. Syrjäytyminen ilmenee eri ulottuvuuksilla; syrjäytymisenä koulutuksesta, työstä, sosiaalisista suhteista ja vaikutusmahdollisuuksista. Syrjäytymisprosessiin liittyy usein myös terveyttä vaarantavia elintapoja. (Raunio 2006.) Ongelmat voivat myös siirtyä sukupolvilta toisille ja koskettaa koko perhettä. Vanhempien työttömyys saattaa heijastua myöhemmin myös heidän lastensa työllistymiseen negatiivisesti (Sipilä ym. 2011).

Työssä käyvillä on yleensä parempi terveys kuin työttömillä. Yksittäiset sairaudet, kuten sydän- ja verisuonisairaudet sekä mielenterveysongelmat, ovat keskimäärin yleisempiä vähemmän koulutusta saaneilla ja pienituloisimmilla. Itsemurhaa yrittäneistä ja siihen kuolleista suuri osa on eläkkeellä tai työttömänä ja kuuluu alimpaan koulutusryhmään. Sosiaalinen tuki töissä suojelee psykososiaalisilta sairauksilta. Työttömät tarvitsevat erityisiä työkykyä ja terveyttä ylläpitäviä palveluja. (Saikku ym. 2010.) Työllisyys- ja aktivointitoimilla on joidenkin arvioiden mukaan vaikutusta etenkin hyvinvoinnin- ja syrjäytymisen ehkäisyn kannalta (Ala-Kauhaluoma 2005).

Suomen perustuslaissa on julkisen vallan velvollisuudeksi säädetty sekä terveyspalvelujen turvaaminen että terveyden edistäminen. Terveyden edistämistä ohjaavat esimerkiksi Kuntalaki, Terveydenhuoltolaki, Kansanterveyslaki, Tupak-

kalaki, Mielenterveyslaki, Alkoholilaki, Sosiaalihuoltolaki sekä Työterveydensuojelulaki. Lisäksi lukuisat kansalliset ohjelmat ohjaavat terveyden edistämistä.

Kansanterveyslain mukaan kunnan tulee seurata asukkaidensa terveydentilaa, siihen vaikuttavia tekijöitä ja näiden kehitystä väestöryhmittäin. Kunnan tulee järjestää kaikille samanlaiset ja tasa-arvoiset terveyspalvelut. Kunnan on Kansanterveyslain mukaan huolehdittava asukkaidensa terveysneuvonasta sekä -tarkastuksista.

Uusi *terveydenhuoltolaki* (2010/1326, § 13) on tuonut uutena velvoitteena kunnalle järjestää terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi opiskelu- tai työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työikäiselle väestölle ja näiden palveluiden on tuettava työ- ja toimintakykyä sekä sairauksien ehkäisyä. Lisäksi lain tarkoituksena on edistää mielenterveyttä ja elämänhallintaa. Terveysneuvonnan ja -tarkastusten on lisäksi muodostettava yhdessä kunnan muiden palveluiden kanssa toimiva kokonaisuus. Terveydenhuoltolaissa todetaan, että terveystarkastuksella tarkoitetaan kliinisillä tutkimuksilla tai muutoin luotettavilla ja tarkoituksenmukaisilla keinoilla tapahtuvaa henkilön terveydentilan ja työ- ja toimintakyvyn kartoittamista. Terveystarkastuksessa keskeisiä kohteita ovat ravinto- ja liikuntatottumukset, tupakointiin ja alkoholinkäyttöön liittyvä terveysneuvonta sekä elämänhallinnasta ja sosiaalisista suhteista käytävä keskustelu.

Myös hallituksen politiikka-ohjelmassa painotetaan kuntien vastuuta terveyden edistämisestä sekä työikäisen väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämisestä. Terveys 2015 ohjelmassa tuodaan esiin työttömien ja työllisten välisten terveyserojen tavoitteita, kuten eriarvoisuuden vähentämistä, heikommassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvoinnin ja suhteellisen aseman parantamista. Ohjelman mukaisesti työttömille tulee taata samat mahdollisuudet terveyden edistämiseen ja terveyspalveluihin kuin työssäkäyvillä.

1.2 Terveyden edistäminen

Terveyden edistäminen on terveydenhuollon sekä kunnan muiden toimijoiden, kansalaisjärjestöjen ja elinkeinoelämän toimintaa väestön terveyden parantamiseksi ja väestöryhmien välisten terveyserojen vähentämiseksi. Kansallisen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman mukaan terveyden edistämistä sekä terveyserojen kaventamista toteutetaan erityisesti perusterveydenhuollossa, missä terveysneuvontaa ja ennaltaehkäisevää työtä tehdään hyvin monialaisesti. Perusterveydenhuollossa työskentelevällä terveydenhoitajalla on työssään mahdollisuus vaikuttaa terveyttä edistävästi. Terveydenhoitajan keskeisenä tehtävänä on asiakkaan aktivoiminen oman terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja ylläpitämiseen. Terveystarkastukset toimivat yhtenä terveydenhoitajan työn keskeisenä menetelmänä, jolla pyritään asiakkaan tilanteen ja terveyden mahdollisimman ennakoivaan tunnistamiseen. Terveystarkastus toimii myös annettavan neuvonnan ja ohjauksen pohjana. (Haarala ym. 2008.)

Jaana Vastamäki on väitöskirjassaan "Sense of Coherence and Unemployment" (2009) käsitellyt työttömän väestön koherenssin tunnetta ja elämänhallintakyvyn roolia osana hyvinvointia ja uudelleentyöllistymistä. Vahva koherens-

sin tunne on yhteydessä hyvään terveyteen. Vastamäen tutkimuksen tulosten mukaan työttömien koherenssin tunne on työssä käyviä henkilöitä matalampi, mutta työllisyysinterventioiden avulla koherenssin tunnetta voidaan vahvistaa. Tutkimustulosten mukaan suurimmat positiiviset muutokset havaittiin niillä, jotka olivat löytäneet uuden työpaikan kuuden kuukauden kuluessa seurannan aloittamisesta.

Terveyttä voidaan tarkastella myös terveyshyödyn kautta. Terveyshyödyllä tarkoitetaan sitä, että hyöty on osoitettavissa kustannusten vähentymisenä tai lisääntyneenä terveytenä. Terveyteen vaikutetaan eri tavoilla. Terveyden edistämisellä tarkoitetaan kaikkia niitä toimia, jotka parantavat mahdollisuuksia ylläpitää ja kehittää ihmisten ja heidän ympäristönsä terveyttä ja terveyden edellytyksiä. Terveyden edistäminen on terveyden edistämistä niin yksilön, yhteisön kun yhteiskunnan kannalta (Vertio 2003).

Sairauksien ehkäisyssä pyritään vähentämään sairauksia, tapaturmia, ennenaikaisia kuolemia sekä säästämään sairaanhoidon kustannuksissa. Tuloksellinen sairauksien ehkäisytoiminta sisältää terveyttä ylläpitävien voimien kasvattamisen.

1.3 Työttömien terveyspalvelut ja toimintamallisuositukset

Työttömien terveyspalvelujen kehittämistä on tehty kauan. Palvelujen kehittäminen on ollut eri hankkeiden ja projektien tavoitteena. 2000-luvun molemmin puolin työttömien terveyspalvelumallina ovat olleet "ostopalvelumallit", joissa projektin tai työhallinnon kautta on ostettu työterveyshoitajan ja lääkärin palveluja työttömille asiakkaille lähinnä yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Tällaisia malleja on kokeiltu Oulussa, Jyväskylässä ja Kalajoella. Toisena tapana on ollut ns. "yhteistyömalli", missä työhallinto on ohjannut työttömiä työnhakijoita perusterveydenhuollon työterveyspisteeseen työterveyshoitajan palveluihin. Tällaista on kokeiltu Seinäjoella ja Oulussa. Kolmantena tapana on ollut "sekamalli", missä kunnan työttömille asiakkaille on järjestetty työterveyden palveluja tarpeiden sekä palvelujen saatavuuden mukaan ostopalveluna niin julkisen kuin yksityisten palvelujen kautta. Tällaista on testattu esim. Kokkolassa.

Helsingin kaupunki on jo aiemmin kehittänyt pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluja. Helsinki järjestää sosiaaliviraston, terveyskeskuksen, henkilöstökeskuksen, Helsingin TE-toimiston sekä Kelan Helsingin vakuutuspiirin kanssa yhteistoimintaa Helsingin työvoimapalvelukeskus Duurissa, missä arvioidaan työllistymisen edellytyksiä ja ohjataan asiakasta työllistymispalveluissa. Duurissa työskentelee viisi terveydenhoitajaa ja osastonhoitaja. Toiminta on suunnattu vaikeasti työllistyville pitkäaikaistyöttömille ja sen tavoitteena on saattaa työttömäksi jääneitä työnhakijoita takaisin työelämään moniammatillisesti toimivan tiimin tuella. Tiimiin kuuluvat työvoimaohjaajat, sosiaalityöntekijät, psykologit, terveydenhoitajat sekä työterveyshoitajat.

Duuriin ohjautuvat asiakkaat omaavat yleensä heikon tai puutteellisen koulutuksen ja he tarvitsevat erilaisia aktivointimahdollisuuksia ja ohjausta niin sosiaalikuin terveydenhuollonkin palveluihin. Duurin tarjoama palvelu edistää työttömien työkykyä sekä edellytyksiä palata takaisin työelämään. Suurin osa Duurissa

asioivista asiakkaista tarvitsee terveydenhuollon palveluja. Duurin terveydenhuoltopalvelujen tavoitteena on työttömän henkilön työ- ja toimintakyvyn rajoitteiden selvittäminen, sairauksien varhainen toteaminen, terveyden edistäminen sekä itsehoidon lisääminen. Vuonna 2010 Duurin terveydenhoitajilla oli 1970 asiakaskäyntiä.

Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushankeen (PTT) kyselytutkimuksen perusteella kunnissa toteutettavista työttömien terveystarkastuksista suurin osa tehdään terveyskeskuksissa (66 %, 43 kuntaa) ja pienempi osuus työvoiman palvelukeskuksissa (25 %, 16 kuntaa tai kuntayhtymää). PTT-hankkeessa mukana olleista kunnista suurimmassa osassa (78 %) terveystarkastuksia toteutettiin vain yhdessä toimipisteessä. Kuudessa kunnassa tai kuntayhtymässä tarkastuksia tehtiin Työvoimapalvelukeskuksissa (TYP) ja kahdessa kunnassa terveystarkastukset olivat työ- ja elinkeinotoimistossa (TE-toimisto). Neljässä mukana olleessa kunnassa tai kuntayhtymässä tarkastuksia toteutettiin sekä terveyskeskuksessa että TYP:ssä. Lisäksi oli muodostettu toteutuksia, joissa terveystarkastukset toteutettiin toimipisteyhdistelmissä, kuten TYP ja työpaja tai terveyskeskus ja yksityinen työterveyshuolto. PTT-kyselyn perusteella asiakkaat ohjautuivat terveystarkastuksiin TE-toimistoista, sosiaalitoimistoista ja TYP:sta. Kehittämishankkeen tuloksista ilmenee, että siinä mukana olevista kunnista noin joka viides kunta tai kuntayhtymä ei sisällyttänyt terveyspalveluun työkyvyn kartoitusta, kuntoutustarpeen selvittelyä tai moniammatillista palaveria, vaan terveystarkastus oli suppea eikä siinä tarkasteltu terveydentilaa suhteessa työllistymisen mahdollisuuksiin. (Saikku 2010.)

Työ- ja elinkeinoministeriö asetti 4.5.2010 työryhmän selvittämään työttömien työkyvyn arviointi- ja terveyspalveluja. Työryhmän tavoitteena oli koota ehdotus työkyvyn arvioinnin ja terveyspalvelujen järjestämisestä. Työryhmän ehdotus on julkaistu Työ- ja elinkeinoministeriön raportteja sarjassa maaliskuussa 2011. Työryhmän ehdotuksen mukaan TE-toimiston tehtävänä on tunnistaa työllistämissuunnitelmaa laadittaessa ne työnhakijat, joiden työkyky tulee arvioida ja ohjata heidät terveystarkastukseen. Työryhmän ehdotuksena on, että ensimmäisen kerran työkykyyn liittyviä asioita otetaan työnhakijan kanssa esiin TE-toimistossa toteutettavassa haastattelussa, joka tehdään kahden viikon kuluessa työnhakijaksi ilmoittautumisesta. Työryhmä ehdottaa, että työkykyyn kiinnitetään erityistä huomiota niillä työnhakijoilla, joilla haastattelu tehdään työttömyyden jatkuttua yhtäjaksoisesti kuusi kuukautta. Työryhmä esittää erityisen huomion keskittämistä työnhakijoihin, joilla terveydentila aiheuttaa passivoitumista ja vetäytymistä ja mikä näkyy asiakkaan kieltäytymisenä palveluista tai palveluun tai tarjotut palvelut eivät tuota tulosta. Työkyvyn arviota varten asiakas ohjataan ehdotuksen mukaisesti joko psykologille, kuntoutusneuvojalle tai TE-toimistossa mahdollisesti työskentelevälle terveydenhuollon edustajalle.

Työryhmän mukaan TE-toimiston tehtävänä terveystarkastuksen jälkeen on arvioida, miten tarkastuksessa esiin tulleet tulokset vaikuttavat asiakkaan palvelutarpeeseen ja työllistymissuunnitelmaan. Työryhmän mukaan kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävänä on toteuttaa työkyvyn arvioimiseksi toteutettavat terveystarkastukset, hoitaa sairaudet, tarjota lääkinnällistä ja sosiaalista kuntoutusta, auttaa työtöntä mahdollisissa eläke-edellytysten selvittämisessä, ohjata työtön aina aktivointisuunnitelman tekemisen yhteydessä terveystarkastukseen

ellei työttömän terveydentilaa ja työ- ja toimintakykyä ole jo tätä ennen selvitetty sekä seurata työttömien terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä. Työryhmä pitää parempana ratkaisua, jossa työtön ohjataan terveystarkastukseen yksiöllisten tarpeiden perusteella, kuin että palvelua systemaattisesti tarjottaisiin kaikille.

1.4 Terveys ja työllisyys Helsingissä

Helsinkiläisen perusväestön elintavoissa sekä terveystottumuksissa tapahtuneet muutokset ovat olleet suotuisia. Ravintotottumukset ovat muuttuneet terveellisemmiksi, ylipainoisuuden lisääntyminen on pysähtynyt ja vapaa-ajan liikunta on kasvanut. Havaittavissa on kuitenkin polarisaatiotrendi terveyskäyttäytymisen suhteen; etenkin koululaisten, nuorten aikuisten, työttömien, yksin asuvien ja syrjäytyneiden elintavat lisäävät terveysriskejä. Helsinkiläisten terveyserot näkyvät sukupuolten, sosioekonomisten ryhmien ja alueiden välillä. Vuosien 1990–1995 ja 2000–2005 välinen vertailu osoittaa, että terveyserot sosioekonomisten ryhmien välillä ovat kasvaneet keskimäärin 0,5 vuotta ja alueiden välillä 0,8 vuotta (Valkonen ym. 2003).

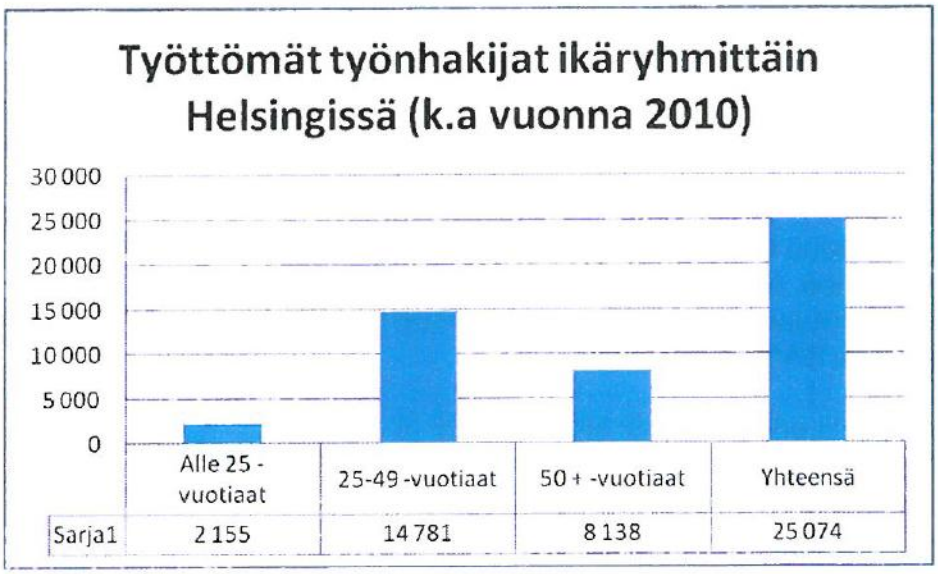
Helsingin erityispiirteitä, elinajanodotteen ja lyhemmän aktiiviajan lisäksi ovat muuta maata laajempi asunnottomuus, tupakointi, alkoholin suuri kulutus, huumeiden käyttö, tapaturmakuolleisuus, vaikeiden psyykkisten ongelmien esiintyvyys sekä muuta maata suurempi maahanmuuttajien määrä. Moniongelmaisten lasten, nuorten ja perheiden määrä on Helsingissä suurempi kuin muualla Suomessa. (Helsingin terveydenhuollon toimintaympäristön analyysi 2008.)

Runsaan alkoholin käytön arvellaan vaikuttavan Helsingissä itsemurha- ja tapaturmakuolleisuuteen. Alkoholin riskikulutus on kasvanut alkoholin hintojen laskettua. Myös huumeidenkäyttö on lisääntynyt. Epäedullisen terveyskäyttäytymisen lisäksi kaupunkiympäristöön liittyvien ominaispiirteiden, kuten kiireisen elämänrytmin aiheuttaman stressin ja ilmansaasteiden on arveltu vaikuttavan asiaan. (Helsingin terveydenhuollon toimintaympäristön analyysi 2008.)

Väestön taloudellinen hyvinvointi ei jakaudu kaupungin sisällä tasaisesti. Helsingin kaupungin tietokeskuksen (Tilastoja 8/2010) mukaan tulot ovat vuosina 1995–2007 nousseet eniten niillä alueilla, joiden tulotaso on alun perinkin ollut korkea. Hyvätuloisilla alueilla asuvien tulot koostuvat pääasiassa palkka-, yrittäjä- ja omaisuustuloista. Pienituloisten alueilla väestö elää enimmäkseen julkiselta sektorilta saatujen tulonsiirtojen varassa. Väestörakenteesta johtuen merkittävä osa näiden alueiden tuloista muodostuu työeläkkeistä. Pienituloisilla alueilla elää paljon työelämän ulkopuolella olevaa väestöä. (Helsingin terveydenhuollon toimintaympäristön analyysi 2011.)

Helsingin työllisyysaste (2010 lopussa) oli 73,6 prosenttia, mikä oli 0,5 prosenttia edellisvuotta alhaisempi. Työ- ja elinkeinoministeriön työnvälitystilastotietojen mukaan Helsingin työttömyysaste oli joulukuun 2010 lopussa 7,8 prosenttia, mikä oli 0,8 prosenttia edellisvuotta alhaisempi. Vuonna 2010 työttömiä työnhakijoita (keskiarvo) oli Helsingissä 25 074. Työttömyysaste 2010 vuoden keskiarvona oli 8 %.

Helsingissä alle 25-vuotiaita työttömiä työnhakijoita oli 2 155 henkeä, mikä oli 8,59 % kaikista työnhakijoista. Työttömien työnhakijoiden ikäryhmittäistä määrää on tarkasteltu kuviossa 1. THL:n toimeentulotuen menot tilastoraportin (17/2011) mukaan toimeentulotukea helsinkiläisistä sai 37 342 kotitaloutta.



Kuvio 1. Työttömien työnhakijoiden lukumäärä ikäryhmittäin Helsingissä (keskiarvo 2010, Työ- ja elinkeinoministeriön työnvälitystilastosta tarkasteltuna)

Eläketurvakeskuksen mukaan vuoden 2010 lopussa työkyvyttömyyseläkkeellä helsinkiläisistä oli 21 355 henkeä. Työkyvyttömyyseläkkeen saajien yleisimmät päädiagnoosit olivat mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt (11 786 henkeä), tuki- ja liikuntaelinten sekä side-kudoksien sairaudet (3194 henkeä), hermosto-sairaudet (1699 henkeä), verenkiertoelinten sairaudet (1230 henkeä) sekä vammautumiset ja myrkytykset (1028 henkeä).

2 PROJEKTIN KUVAUS

Pitkäaikaistyöttömyydestä aiheutuvan syrjäytymisen ehkäisy -projekti oli yksi Helsingin terveyskeskuksen Terve Helsinki -hankkeen neljästä osaprojektista. Projektityöntekijä aloitti projektissa 1.6.2010. Pitkäaikaistyöttömyydestä aiheutuvan syrjäytymisen ehkäisy -projekti toteutettiin Helsingin terveyskeskuksen ja Helsingin TE-toimiston Itäkeskuksen yksikön välisenä yhteistyöprojektina.

2.1 Projektin tavoite ja toimenpiteet

Projektin tarkoituksena oli parantaa työelämän ja työterveyshuollon ulkopuolelle jäävien aikuisikäisten henkilöiden hoidon saatavuutta, tukea työttömäksi jääneen henkilön aktivoitumista työhön, koulutukseen tai harrastustoimintaan ja edistää työttömäksi jääneen terveyttä.

Projektin tavoitteisiin pääsemiseksi toimenpiteinä oli

- kehittää, testata ja arvioida uutta toimintamallia, jolla toteutetaan työttömäksi jääneiden terveystarkastuksia ja terveydenhoitajan vastaanottoja TE-toimistossa
- toteuttaa TE-toimistossa työttömien terveystarkastuksia
- tunnistaa asiakkaiden terveysongelmat ja ohjata asiakas olemassa olevien terveys-, sosiaali- ja työllisyyspalvelujen piiriin
- aktivoida asiakasta
- tukea ja voimavaraistaa asiakasta vastaanottamaan terveyttä edistävää apua

Työttömien työnhakijoiden hakeutumista terveydenhoitopalveluihin haluttiin madaltaa sijoittamalla terveydenhoitaja TE-toimiston tiloihin. Palvelun sijoittamisella haluttiin myös edistää TE-toimiston ja terveyskeskuksen välistä toimintaa.

2.2 Rajaukset

Projektin kohderyhmä rajattiin Itäisen terveyspiirin alueen asiakkaisiin, jotka olivat myös Itäkeskuksen TE-toimiston asiakkaita tai jotka tulivat projektin toteutuksen aikana kyseisen toimiston asiakkaiksi. Asiakasmäärän lisäämiseksi tammikuussa 2010 sovittiin myös Helsingin TE-toimiston Kluuvin tai Haapaniemen yksikössä asioivien, Itäisellä alueella asuvien asiakkaiden ohjaamisesta Itäkeskuksen TE-toimiston terveydenhoitajan vastaanotolle. Projektin ensisijaisena kohderyhmänä olivat juuri työttömäksi jääneet, ei pitkäaikaistyöttömät, mutta ketään ei estetty tulemasta terveydenhoitajan vastaanotolle.

2.3 Projektin riskit ja niiden hallinta

Taulukko 1. SWOT-analyysi projektin vahvuuksista, heikkouksista, mahdollisuuksista ja uhista.

Vahvuudet	**Mahdollisuudet**
- Ehkäistään syrjäytymistä yksilöllisesti kohdennetun asiakasryhmän kanssa - Pysyvät yhteiskunnalliset ja taloudelliset hyödyt, inhimilliset tekijät, kuten asiakkaiden auttaminen ja tukeminen kohti uusia mahdollisuuksia. - Asiakkaille ja yksilöllisyydelle oli riittävästi aikaa (perusterveydenhuolto vs. kohdennettu palvelu) - Osaprojekti linkittyi suoraan perusterveydenhuoltoon ja sähköiseen potilastietojärjestelmään - Mahdollisuus moniammatillisuuteen - Jalkautuminen toimintaympäristöön, missä asiakkaat konkreettisesti olivat.	- Asiakkaiden pysyvät elämäntapamuutokset, elämänhallinnan lisääntyminen - Asiakkaiden hyvinvoinnin, terveyden, työ- ja toimintakyvyn lisääntyminen - Asiakkaan työllistymisen avulla mahdollisesti vaikean ja kuluttavan taloustilanteen korjaantuminen - Uusien menetelmien ja tapojen kehittäminen ehkäisemään pitkäaikaistyöttömyyttä ja vähentämään sellaista työttömyyttä, joka johtuu ensisijaisesti asiakkaiden terveydellisistä vajeista. - Lisätään monihallinnollista ja moniammatillista yhteistyötä.
Uhat	**Heikkoudet**
- Asiakkaita ei ohjaudu riittävästi - Asiakas ei sitoudu itsestänsä huolehtimiseen ja saamiinsa ohjeisiin - Tiedonkulku eri organisaatioiden välillä ei löydä luontevia ilmenemismuotoja - Hyötyä ja saavutettuja tuloksia ei ole yksiselitteisesti mahdollista mitata lyhyen aikavälin aikana - Terveyden edistämisen ja syrjäytymisen ehkäisyn näkyvyys vähäistä, jolloin uskoa tehdyn työn merkityksellisyyteen on vaikea nähdä. - Toiminnan rahoittamiseen projektin päättyessä ei löydy varoja. - Toimintamalli ei osoittaudu toimivaksi ja sitä ei saada osaksi vakiintunutta toimintaa. - Useiden tahojen saaminen mukaan projektiin voi olla haastavaa.	- Resurssien pienuus - Hyöty konkretisoituu tulevaisuudessa esim. päihde- ja mielenterveyspalvelujen tai muiden sairauksien hoitomenojen säästämisessä, mutta hyödyn osittaminen on vaikeaa. - Eri toimijoiden hallinnolliset toiminnot ja lainsäädäntö voivat hidastaa ja vaikeuttaa innovatiivisten mallien kehittämisen.

3 PROJEKTIN ORGANISAATIO

3.1 Vastuuhenkilöt

Terve Helsinki -hankkeen ohjausryhmän puheenjohtajana oli Helsingin terveyskeskuksen kehittämisjohtaja. Osahankkeen vastuu oli projektipäälliköllä. Projektityöntekijänä toimi terveydenhoitaja ajalla 1.6.2010–17.6.2011.

3.2 Ohjaus- ja projektiryhmä sekä työryhmä

Hankkeen etenemistä ja toteutusta ohjasi, valvoi ja arvioi terveyskeskuksen eri osastojen asiantuntijoista sekä hankkeen ulkopuolisista yhteistyötahoista muodostettu ohjausryhmä. Sen tehtävänä oli myös osaltaan hyväksyä hankesuunnitelma, päättää tarvittavista muutoksista, valvoa resurssien käyttöä ja kustannuksia sekä tukea projektipäällikön ja osaprojektien työskentelyä. Projektin etenemiseksi perustettiin projektiryhmä sekä työryhmä. Ryhmien kokoonpanot ovat liitteessä 1.

4 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

4.1 Terveydenhoitajan vastaanottojen sijainti

Projektin toteuttamispaikaksi valittiin työhallinnon ehdotuksesta Helsingin TE-toimiston Itäkeskuksen yksikkö. Paikan valintaan vaikutti se, että kyseisessä TE-toimistossa asiakasmäärä on suuri ja työttömäksi jäävien uusien työnhakijoiden määrä kuukausitasolla on korkea. Lisäksi Itäkeskuksen TE-toimiston asiakaspiirin peitto oli hyvin yhteneväinen Itäkeskuksen terveysaseman asiakaspiirin kanssa. Itäkeskuksen TE-toimistossa oli projektin toteuttamisen kannalta tarpeelliset tilat muutettavissa terveydenhoitajan vastaanottoihin sopiviksi.

4.2 Projektin aikataulu

Projektille laadittiin projektisuunnitelma ja aikataulu. Projektin vaiheet on nähtävissä tarkemmin taulukossa 2.

Taulukko 2. Projektin vaiheet ja aikataulu

Tehtävä	*Tehtävän kuvaus*	*Vastuuhenkilö(t)*
Pitkäaikaistyöttömyyden ehkäisy projektin käynnistäminen, 04/2010–08/2010	Projektityöntekijän rekrytointi, yhteistyön sopiminen TE-toimiston kanssa, projektisuunnitelman laatiminen, projektityöntekijän perehtyminen, yhteistyöstä sopiminen.	projektipäällikkö, projektityöntekijä, Helsingin TE-toimiston itäkeskuksen yksikön paikallisjohto
Toiminnan käynnistäminen ja mallin suunnittelu, 09/2010–11/2011	Toimintaedellytysten luominen, toiminnan käynnistäminen ja mallin testaaminen käytännössä. Tarvikehankinnat, tavoitteiden tarkentaminen. Kahden viikon mittainen	projektipäällikkö, projektityöntekijä, Itäkeskuksen terveysaseman johto, Itäkeskuk-

	toiminnan pilotointivaihe.	sen yksikön TE-toimiston johto, asiakkaat.
Toiminnan käynnistyminen ja mallin testaaminen käytännössä 12/2011–6/2011	Terveystarkastusten suorittaminen, yhteistyön kehittäminen.	projektipäällikkö/ projektityöntekijä, Itäkeskuksen terveysaseman johto, Itäkeskuksen yksikön TE-toimiston johto.
Toiminnan analysointi ja jatkokehittäminen 06-08/2011	Tulosten analysointi, toiminnan kehittäminen ja mallintaminen.	projektipäällikkö, projektityöntekijä, Itäkeskuksen yksikön TE-toimiston johto.
Loppuraportti 06–12/2011	Hankkeen loppuraportin laatiminen ja esittäminen ohjausryhmälle, toimenpiteiden esitys.	projektipäällikkö, projektityöntekijä, kehittämisjohtaja, TE-toimiston johto, ohjausryhmä

4.3 Raportointi

Projektipäällikkö raportoi hankkeen etenemisestä, sen vaiheista ja toimenpiteistä hankkeen ohjausryhmän ja terveyskeskuksen johtoryhmän kokouksissa vuosittain. Projektipäällikkö ja projektityöntekijät laativat myös hankkeen raportit ja julkaisut. Osastokohtaisten työryhmien jäsenet ja/tai tukihenkilöt raportoivat käyttöönoton etenemisestä pääosin työkokouksissa. Ongelmatilanteista raportoitiin suoraan projektipäällikölle, joka konsultoi tarvittaessa ohjausryhmää, kehittämisjohtajaa tai muita asiantuntijoita.

5 PROJEKTISSA LUOTU TOIMINTAMALLI

5.1 Terveydenhoitajan vastaanoton mallinnus TE-toimistossa

Projektissa luotiin uusi toimintamalli, jossa TE-toimiston asiakkaalle tarjottiin terveydenhoitajan vastaanottoa TE-toimiston tiloissa.

TE-toimisto palvelee työtöntä työnhakijaa. Helsingin TE-toimistojen henkilöasiakkaan palveluprosessin lähtökohtana on palvelutarpeen mukainen asiakasohjaus alkukartoitukseen ja segmentin mukaiseen palveluun. Alkukartoitus tehdään kaikille työttömille työnhakijoille, jotka tulevat TE-toimiston asiakkaiksi työmarkkinoilta tai työvoiman ulkopuolelta. Alkukartoituksessa arvioidaan asiakkaan palvelutarve ja laitetaan työttömyysetuus vireille. Asiakasta ohjataan tarvittaessa sähköiseen työnhakuinfoon. Aika henkilökohtaiseen työnhakuhaastatteluun ja työllistymissuunnitelman tekoon on enimmillään kaksi viikkoa.

Itäkeskuksen TE-toimiston henkilöasiakaan palvelu määrittyy työnhakijan iän mukaan. Alle 25-vuotiaat ohjataan nuorten tiimiin. Yli 25-vuotiaat jakautuvat suoraan työmarkkinoille suuntautuviin (työnvälitystiimiin), osaamisen kehittämisen kautta työmarkkinoille suuntautuviin (toimihenkilötiimi, palvelualojen tiimi, teollisuustiimi) ja työmarkkinoille kuntoutettaviin (työvoiman palvelukeskus) palveluihin. Lisäksi asiakkaalla on mahdollisuus saada ammatinvalintaohjausta, koulutusneuvontaa tai ammatillisen kuntoutuksen palveluita. Henkilöasiakkaan palvelun tarkoituksena on alkukartoituksen jälkeen ohjata asiakas oikeiden palvelujen kautta takaisin työmarkkinoille. Asiakkaan uusi palvelumalli tuli voimaan helmikuussa 2011.

Työttömäksi jääneen työnhakijan asioidessa työnhaun aktivoimiseksi TE-toimistossa, hänelle tarjottiin mahdollisuutta asioida maksuttomassa terveydenhoitajan terveystarkastuksessa TE-toimiston tiloissa. Palvelusta kerrottiin kaikille asiakkaille joko hänen ensimmäisellä tai toisella käynnillään TE-toimistossa, mikä tapahtuu kahden viikon sisällä asiakkaan työnhakijaksi ilmoittautumisesta.

Projektin kahden ensimmäisen kuukauden aikana terveydenhoitajan palvelua tarjottiin ensisijaisesti niille asiakkaille, jotka olivat äskettäin jääneet työttömiksi ja joilla työvoimaneuvojan arvion mukaan voisi olla terveyteen liittyviä seikkoja, jotka vaikuttavat työllistymiseen.

TE-toimiston asiakassegmentointiuudistuksen (TE-toimistojen palvelukonseptin muutos 2011) myötä terveydenhoitajalle tapahtuneiden ohjausten osalta päädyttiin siihen, että terveystarkastuksia ja terveydenhoitajan vastaanottoa tarjottiin kaikille asiakkaille. Palvelusta kertominen kaikille asiakkaille valittiin toimintatavaksi, koska siten työttömän asiakkaan terveydentilaa ja työkykyä voitiin arvioida osana työllistymistä suuntaavia toimenpiteitä. Lisäksi valitulla menetelmällä pyrittiin siihen, ettei työvoimaneuvojan tarvinnut harkita asiakkaan terveydentilaa. Palvelusta kertomisen tukena TE-toimiston virkailijalla oli käytössään suostumuslomake (liite 2), terveydenhoitajan palvelua kuvaava esite (liite 3) sekä ohjeistusohje (liite 4).

Asiakkaat saivat varata vastaanottoajan terveydenhoitajalta myös suoraan itsenäisesti.

Terveydenhoitajan vastaanotto ei ollut mahdollinen ilman asiakkaan allekirjoittamaa kirjallista suostumusta tietojenvaihtoon sekä potilastietojen kirjaamiseen. Lomakkeessa asiakas suostui siihen, että hänen tietonsa voitiin kirjata Helsingin terveyskeskuksen Pegasos-potilastietojärjestelmään, mikä oli terveydenhoitajan käytössä. Pegasos-potilastietojärjestelmä mahdollisti terveystarkastuksen tietojen välittömän kirjaamisen ja siten tiedot välittyivät suoraan esimerkiksi terveysaseman lääkärin nähtäviksi. Järjestelmä mahdollisti myös ajanvarauksien toteuttamisen ja tuki jatko-ohjaamista. Suostumuslomakkeessa asiakas suostui myös siihen, että terveyskeskus sai antaa TE-toimiston virkailijalle hänen työllistymisensä kannalta olennaista terveyteen liittyvää tietoa. Luovutettavien tietojen tuli liittyä asiakkaan työkykyyn suhteessa hänen hakemaansa työhön. Tietojen luovuttamisen suhteen oltiin erittäin tarkkoja. Tieto terveydentilasta voitiin kertoa esimerkiksi tilanteessa, jossa maalarina toiminut työnhakija oli allergisoitunut työssä käytettäville kemikaaleille. Kuitenkin luovutettava tieto oli rajattu koske-

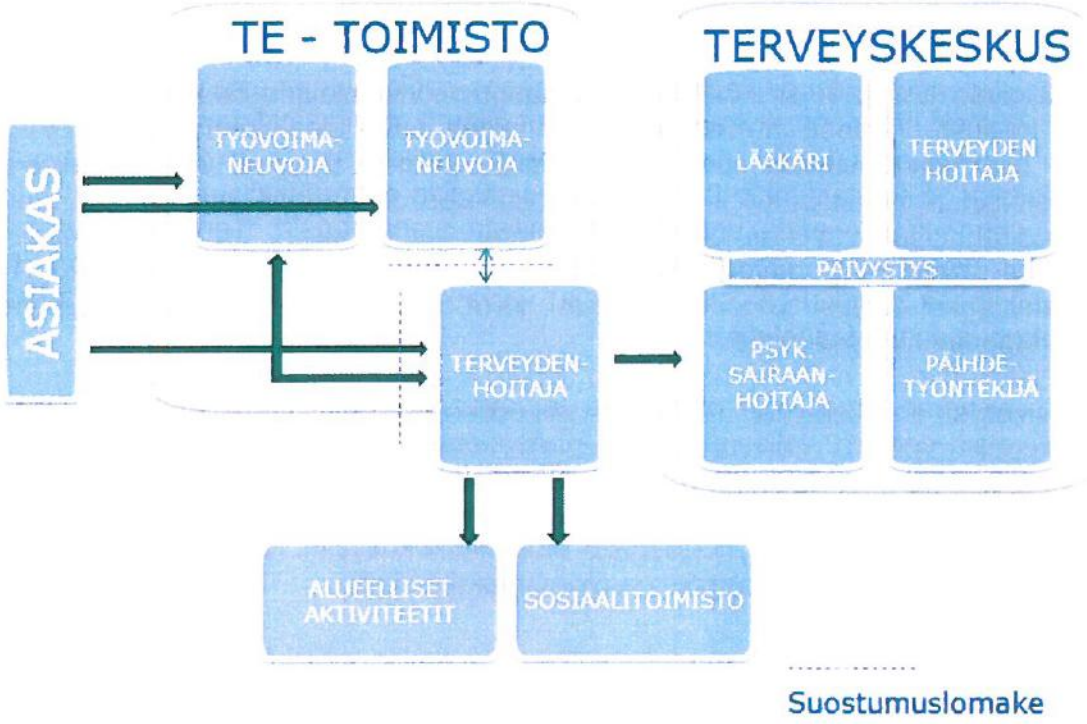
maan vain kyseistä asiaa. Mikäli maalarilla oli muita, ei työllistymiseen liittyviä terveysongelmia, ei niitä ollut lupa kertoa TE -toimiston virkailijalle.

Suostumuslomakkeen sisällön hyväksyivät Helsingin terveyskeskuksen sekä TE-toimiston lakimiehet. Terveydenhoitajan toimintaa säätelivät normaalit terveyskeskuksen tietosuojasäädökset. Vastaavasti työvoimaneuvojaa säätelivät TE-hallinnon säädökset. Suostumuslomakkeista yksi jäi asiakkaalle, yksi TE-toimistoon ja yksi tallennettiin asiakkaan potilaskansioon.

Asiakkaan tuleminen terveydenhoitajan vastaanotolle perustui vapaaehtoisuuteen. Käytäntö tuki TE-toimistossa käyttöön otettua segmentointi ajattelua. TE-toimiston virkailija käy ensimmäisellä tapaamiskerralla läpi työttömäksi jääneen työnhakijan kanssa hänen työllistymiseensä tai työttömäksi jäämiseensä liittyvät viralliset asiat ja kertoi samalla TE-toimistossa olevasta palvelukokeilusta.

Terveydenhoitajan palvelusta kerrottiin asiakkaalle viimeistään hänen asioidessaan TE-toimistossa seuraavan kerran, työllistymissuunnitelman laatimisen yhteydessä. Toiminnan pääpaino oli kuitenkin siinä, että palvelusta kerrottiin heti työnhakuprosessin aktivoituessa.

TE-toimistossa työttömällä työnhakijalla ei ole omaa nimettyä, pysyvää työvoimaneuvojaa suurten asiakasmäärien takia. Työllistymissuunnitelman tehnyt työvoimaneuvoja kuitenkin vastaa asiakkaan palveluprosessista seuraavan suunnitelman tekoon saakka. TE-toimiston omiin tietokantoihin oli mahdollistettu merkintä, mistä työnhakijan asiaa hoitavalla työvoimaneuvojalla oli nähtävissä, että asiakas on jo ohjattu terveydenhoitajan vastaanotolle. Toimintamalli on kuvattu kuviossa 2.



Kuvio 2. Terveydenhoitajan vastaanoton järjestäminen TE-toimistossa, malli.

Saavuttuaan terveydenhoitajan vastaanotolle asiakkaan terveydellinen tilanne kartoitettiin. Terveystarkastuksen ja asiakkaalle annettujen suullisten ja kirjallisten ohjeiden ja materiaalien lisäksi terveydenhoitajan työhön kuului myös muita työttömän asiakkaan terveyteen ja työkykyyn liittyviä osioita, kuten terveysneuvontaa, yhteistyötä ja konsultointia sekä asiakkaan jatko-ohjaamista.

Terveydenhoitajan työskentelyyn liittyi asiakkaiden voimavaraistaminen. Työttömän kohdalla voimavaraistamisella tarkoitetaan sitä, että tuetaan häntä itse löytämään omakohtaisia ratkaisuja terveytensä ja työkykynsä ylläpitämiseen.

Asiakkaan terveydellisestä tai sosiaalisesta tilanteesta riippuen asiakas ohjattiin tarpeen mukaisiin terveyspalveluihin, sosiaalipalveluihin tai työ- ja elinkeinohallinnon tarjoamiin palveluihin. Keskeisiä terveydenhuollon palveluja olivat terveysasemien lääkärin, terveydenhoitajan, psykiatrisen sairaanhoitajan ja päihdetyöntekijän palvelut. Asiakkaita ohjattiin myös sosiaalihuollon palveluihin esim. toimeentulotukiasioissa tai muihin alueellisiin tukipalveluihin kuten lähiöliikuntaan, muihin edullisiin harraste tai kulttuuri aktiviteetteihin ja erilaisiin työttömille kohdennettuihin ryhmiin. Lisäksi asiakkaille annettiin tarvittaessa tietoa tupakkavieroitusryhmästä, AA- ja NA- ryhmistä. Asiakkaita ohjattiin aktiivisesti myös muihin alueellisiin aktiviteetteihin ja tukipalveluihin.

Uudessa toimintatavassa terveydenhoitajan tapaamiset oli mitoitettu aikatauluiltaan joustaviksi, mikä mahdollisti asiakkaiden tilanteen mahdollisimman perusteellisen tarkastelun. Jo vastaanottoaikaa varattaessa selvitettiin alustavasti asiakkaan tilannetta. Varattavien vastaanottoaikojen pituudet vaihtelivat viidestätoista minuutista puoleentoista tuntiin. Terveydenhoitajan vastaanoton sijoittamisella TE-toimiston tiloihin pyrittiin vaikuttamaan siihen, että terveydenhoitajan vastaanotolle pääsy olisi mahdollisimman helppoa.

Terveydenhoitajalla oli käytössään Pegasos-potilastietojärjestelmä, johon käynnit kirjattiin. Tarpeen mukaan terveydenhoitaja kutsui asiakkaan uusintakäynnille. Terveystarkastuksia suoritettiin päivittäin kello 9.15–15.45 välisenä aikana. Tiistaisin ja torstaisin klo 9.30–11.30 asiakkailla oli mahdollisuus hakeutua terveydenhoitajan vastaanotolle ilman erillistä ajanvarausta. Terveydenhoitajalta pystyi varaamaan terveystarkastusaikoja puhelimitse tai asioidessaan TE-toimistossa. Lisäksi työvoimaneuvojat voivat tuoda asiakkaan suoraan terveydenhoitajan vastaanotolle.

TE-toimiston virkailijoille oli varattu terveydenhoitajalle konsultaatioaika keskiviikkoisin klo 9–10 välisenä aikana. Konsultaatioajalla työvoimaneuvojan kanssa voitiin käydä läpi sitä, miten terveystarkastuksessa esiin tulleet terveydelliset seikat vaikuttivat asiakkaan palvelutarpeeseen. Torstaisin terveydenhoitajalla oli mahdollisuus osallistua TE-toimiston toimistokokouksiin. Lisäksi terveydenhoitaja osallistui projektin projekti- ja työryhmäkokouksiin.

5.2 Terveydenhoitajan käyttämät mittarit

Asiakkaiden terveydentilan selvittämiseksi valittiin Käypä hoito -suosituksien ja käytäntöjen mukaiset hyväksi havaitut menetelmät ja mittarit asiakkaiden riskien, terveydentilan, oireiden tai toimintakyvyn selvittämiseksi.

5.2.1 Rand-36 mittari

RAND-36 on STAKESin (nykyisin THL) terveydenhuollon tutkimusyksikön ja KTL:n mielenterveyden osaston yhteistyönä valmistama suomenkielinen versio yhdysvaltalaisesta elämänlaadun kyselystä "RAND 36-item Health Survey", jolla kartoitetaan terveystarkastuksiin saapuvien elämänlaatua, fyysisen ja psykososiaalisen toimintakyvyn edellytyksiä. Mittari tuo esiin työ- ja toimintakykyyn liittyviä fyysisiä ja psyykkisiä vajeita, jotta työ- ja toimintakykyä voitaisiin kohdennetuin toimenpitein ylläpitää ja edistää. Myös asiakkaan tietoisuus omasta toimintakyvystä ja elämänlaadusta voi toimia myönteisenä askeleena sekä motivaatiotekijänä kohti terveyden edistämistä ja myönteisiä elämäntapamuutoksia. Rand kyselykaavakkeen täyttäminen yhdessä asiakkaan kanssa toimi välineenä, mikä mahdollisti luontevan keskustelun sekä asiakkaan henkilökohtaiseen auttamisen, aktivoinnin, ohjauksen, tukemisen ja voimavaraistamisen.

5.2.2 Audit

AUDIT-kysely on WHO:n kehittämä ja suosittelema, alkoholin riskikäytön tunnistamiseen kehitetty mittari. AUDIT-kysely sopii varhaisen työkyvyn aleneman tunnistamiseen niin työterveyshuollossa kuin työttömien työhönpaluun tai toimintakyvyn arvioinnissa (Claussen yms. 1993). AUDIT-kysely mittaa myös ajankohtaista alkoholinkulutusta. Kyselyn etuna on myös se, että se soveltuu käytettäväksi eri kulttuureissa.

Asiakkaan alkoholin käyttöä kartoitettiin Audit kyselyllä kysymällä terveystarkastuksessa täytettävässä terveyskyselylomakkeessa AUDIT-C. Nämä kolme kysymystä kartoittivat alkoholin käyttömääriä ja tapoja. Mikäli terveyskyselylomakkeen AUDIT-C kysymykset antoivat viitteitä runsaammasta päihteiden käytöstä, ohjattiin asiakas täyttämään laajempi, kymmenkohtainen AUDIT-kysely. Lisäksi terveydenhoitajan vastaanottokäynneillä päihdeasioita miettineille tai keskustelussa niistä maininneille asiakkaille ehdotettiin AUDIT-lomaketta täytettäväksi.

Alkoholin riskien ollessa vähäiset, interventiona oli tiedon antaminen. Alkoholin käytön riskien kasvaessa tai käytön ollessa haitallista interventiona toteutettiin lyhytneuvonta. Mahdollisen alkoholiriippuvuuden kohdalla asiakkaan kanssa käytiin motivoiva keskustelu, tehtiin laajempi arvio ja hoitoonohjaus. Pääsääntöisesti asiakkaiden jatko-ohjaukset suuntautuivat terveysasemien päihdetyöntekijöille.

5.2.3 Beck

BDI masennusseula (BDI, Beck Depression Inventory) oli käyttökelpoinen apuväline masennusoireiden tunnistamiseen ja seulomiseen (Käypä hoito 2009). Beck ei anna masennusdiagnoosia, mutta se kuvaa hyvin asiakkaan sen hetki-

siä oireita. Terveystarkastuksissa tehtiin BDI-testi henkilöille, jotka ilmaisivat kokevansa masennusta. Testi toimii pohjana jatko-ohjaukseen ja siten tarkempien tutkimusten tekemiseen.

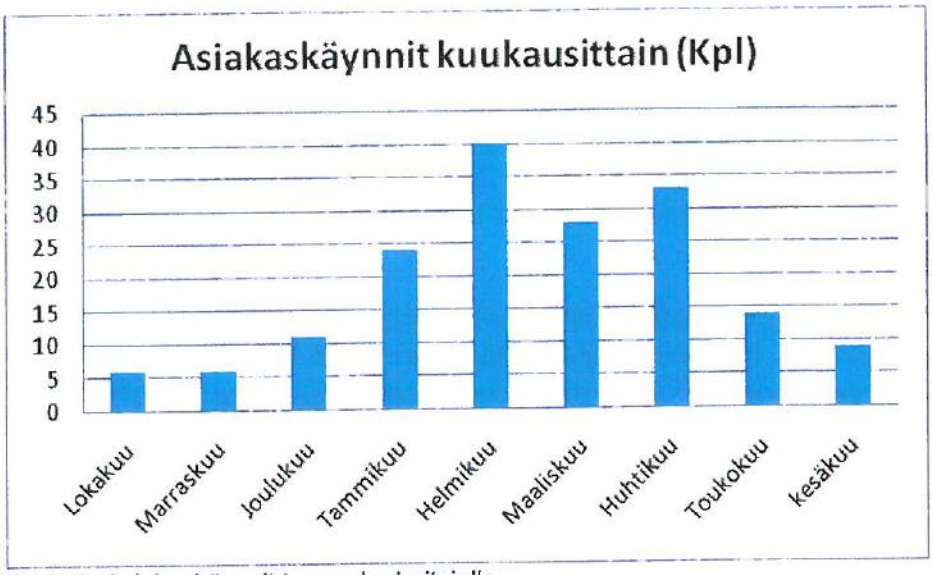
5.2.4 Muut mittaukset

Lisäksi terveydenhoitaja suoritti muita, terveydenhuollon piirissä yleisesti olevia terveydentilan kartoittamiseen käytettäviä mittauksia, kuten verenpaineen, painon, pituuden ja vyötärön ympäryksen (BMI) mittaamista. Lisäksi asiakkaiden näkökykyä sekä keuhkojen kuntoa puhallustestein testattiin.

6 TULOKSET

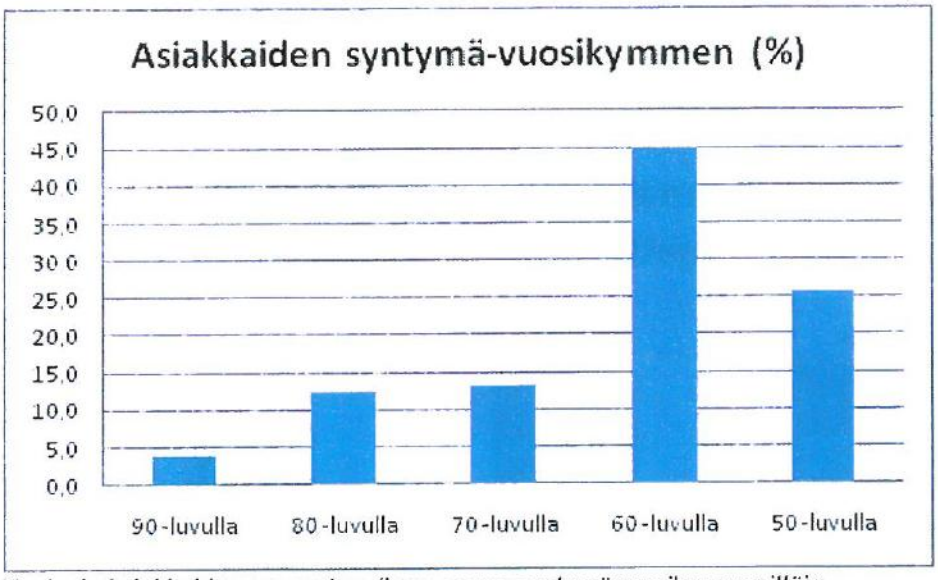
6.1 Asiakasmäärät ja jatko-ohjaukset

Terveydenhoitajan vastaanotot toteutettiin aikavälillä 5.10.2010–17.6.2011. Asiakkaita terveydenhoitajalla kävi yhteensä 171, mikä oli 0,96 asiakasta terveydenhoitajan työpäivää kohden. Työpäivinä on huomioitu vain toteutuneet arkityöpäivät ja niistä on poistettu lomat ja muut poissaolopäivät.



Kuvio 3. Asiakaskäynnit terveydenhoitajalla.

Terveydenhoitajalla käyneistä asiakkaista miehiä oli 45 %. Valtaosa asiakkaista oli syntynyt 60 -luvulla. Ulkomaalaistaustaisia asiakkaita oli 26 % ja romaneja 2 %.



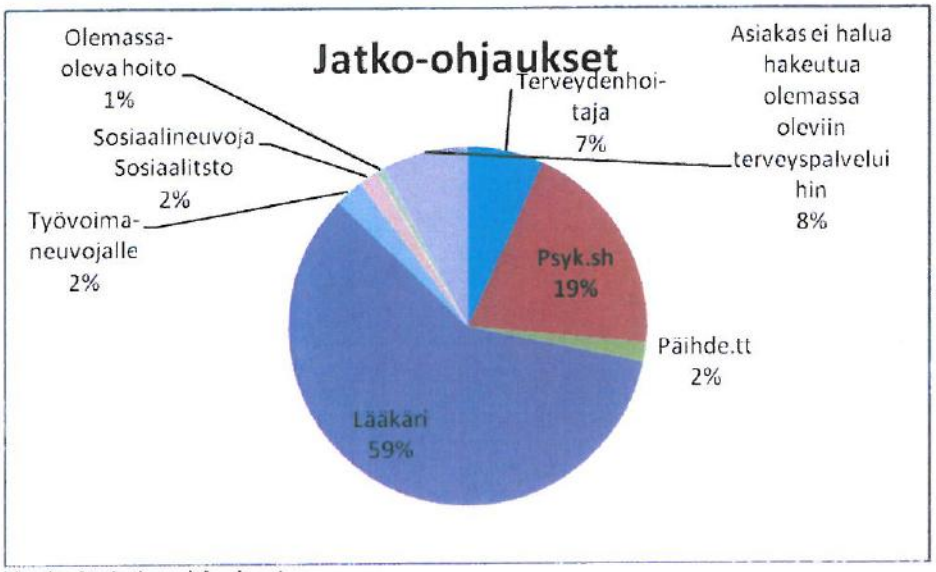
Kuvio 4. Asiakkaiden prosentuaalinen osuus syntymävuosikymmenittäin

Terveyskäynneistä alle 60 -minuuttia kestäviä käyntejä oli 50 ja 121 käyntiä kesti tunnin tai sen yli. Tarvittaessa asiakas pyydettiin jatkokäynnille. Ensimmäisiä käyntikertoja oli 136, toisia käyntikertoja 34 ja kolmansia käyntikertoja yksi. Asiakkaille tehtiin tarpeen mukaan laajempi terveystarkastus, joita toteutui yhteensä 43 kappaletta.

Terveydenhoitajan vastaanotolla käyneistä asiakkaista 97 %:lla oli terveydellisiä ongelmia saapuessaan terveydenhoitajan käynnille. Jatko-ohjauksia terveydenhuollon palveluihin tehtiin 108 kappaletta. Terveydenhoitajan luona asioineilla asiakkailla terveysongelmia oli 1,38 ongelmaa per asiakas. Mielenterveysongelmia, kuten masennusta tai mielialahäiriöitä testien perusteella todettiin 40 %:lla, päihdeongelmia 14 % ja muita terveysongelmia 90 %:lla. Muina terveysongelmina korostuivat tuki- ja liikuntaelinsairaudet, vammat ja tapaturmat sekä erilaiset säryt, ylipaino sekä kohonnut verenpaine. Taloudellisista ongelmista mainitsi 24 % asiakkaista.

Kuvio 5. Terveydenhoitajan vastaanotolla asioineet asiakkaat, asiakkaat, joilla oli terveysongelmia sekä jatko-ohjatut.

Terveydenhoitaja ohjasi lääkärille 56 % asiakkaista ja psykiatriselle sairaanhoitajalle 19 %. Terveysaseman terveydenhoitajalle tehtiin ohjauksia 7 % ja päihdetyöntekijälle 2 %. Kaikille terveydenhoitajan luona käyneille annettiin ohjausta elintapoihin, liikuntaan ja ravitsemukseen liittyen. Heitä myös aktivoitiin paikallisiin toimintoihin, kuten liikunnan ja muun harrastetoiminnan pariin.



Kuvio 6. Jatko-ohjaukset

Terveydenhoitajan vastaanotolla käyneistä asiakkaista 63 %:lla työttömyys oli ollut kestoltaan alle vuoden mittainen. 5 %:lla tilanne TE-toimistossa oli edennyt projektin aikana ja 73 % oli toiminnan päättyessä työttömänä. Työvoimahallinnon ulkopuolelle oli siirtynyt 12,4 % ja työhön 6,7 % asiakkaista. Terveydenhoitajalla käyneistä asiakkaista viidelle prosentille oli merkitty vajaakuntoisuusmerkintä.

Asiakasmääriä tarkasteltaessa todettiin, että asiakaskato TE-toimiston virkailijalta tapahtuneesta ohjauksesta ja suostumuslomakkeen allekirjoittamisesta terveydenhoitajan vastaanotolle saapumiseen oli huomattava. Esimerkiksi asiakasohjauksia TE-toimistosta terveydenhoitajalle tehtiin 70 ajalla 8.4–31.5.2011. Lähes vastaavalla (1.4.–31.5.2011) ajanjaksolla 47 asiakasta saapui terveydenhoitajan vastaanotolle. Asiakaskato ohjauksesta terveydenhoitajan vastaanotolle saapumiseen oli 33 %.

6.2 Asiakaskuvauksia

Mies 60-luvulla syntynyt, ei syntyperäinen suomalainen
Tyrän seurauksena asiakas tarvitsi selvitystä työkykyisyydestä ja B-lausuntoa. Asiakas ohjattiin terveysaseman lääkärille B-lausunnon pyytämistä varten. Tämän jälkeen asiakas ohjattiin varaamaan aikaa TE -toimiston kuntoutusneuvojalle, joka auttaa vajaakuntoisen työmahdollisuuksien selvittämisessä.

Asiakas kävi psykiatrisella sairaanhoitajalla, lääkärillä ja röntgenissä. Suoritettiin tyräleikkaus, ultraäänikoe, aloitettiin lääkitys ja tehtiin laboratoriokokeet. Asiakas sai B-lausunnon TE-toimistoa varten.

Nainen 60-luvulla syntynyt, ei syntyperäinen suomalainen
Terveydenhoitajakäynnillä selvisi, että asiakkaalla on ongelmana ruoan ahmiminen. Terveystarkastuksen yhteydessä asiakas sai Beckin masennusseulasta 12 pistettä. Asiakkaan vyötärönympärys oli yli 105 cm ja BMI yli 35. Verenpaine oli koholla (yläpaine yli 150, alapaine yli 100). Asiakas ohjattiin varaamaan aikaa terveysaseman terveydenhoitajalle verenpaineen seurantaa varten. Ahmimisongelman ja korkean verenpaineen vuoksi asiakas ohjattiin hakeutumaan myös terveysaseman lääkärille.

Asiakas kävi lääkärillä, joka ohjasi psykiatriselle sairaanhoitajalla tarkempaa selvitystä varten. Lääkäri lähetti myös asiakkaan laboratoriokokeisiin. Psykiatrinen sairaanhoitaja piti perusteltuna jatkohoitoa syömishäiriön takia. Lääkäri siirsi asiakkaan jatkohoidon syömishäiriöpoliklinikalle.

Mies 80-luvulla syntynyt
Asiakas kertoo käyttävänsä noin kerran viikossa hasista. Muuten kertoo suhtautuvansa kielteisesti alkoholiin tai reseptillä myönnettyihin psyykelääkkeisiin. Ongelmana oli ahdistus, masennus ja käden/ranteen toimintakyvyttömyys.

Beckin masennustestin tulokseksi saatiin 27 pistettä eli kohtalainen taikeskivaikea masennus. Asiakas ohjattiin terveysaseman lääkärille työkykyyn liittyvien vajeiden vuoksi. Asiakas oli suostuvainen vastaanottamaan apua sekavaan

elämäntilanteeseensa, ahdistukseen ja masennukseen. Asiakas oli kiinnostunut myös psykiatrisen sairaanhoitajan tai poliklinikan palveluista. Tapaturmassa aikaisemmin loukkaantunut käsi ei ollut kuntoutunut eikä sitä pystynyt normaalisti käyttämään. Asiakas ohjattiin terveysaseman lääkärille, psykiatriselle sairaanhoitajalle ja päihdehoitajalle.

6.3 Terveystarkastuslomakkeiden tulokset

Asiakkaiden terveystiedoista terveyskyselyn tuloksia sekä RAND-36 kyselyn tulokset analysoitiin SPSS (19.0) -ohjelmalla. Myös asiakkaiden täyttämät AUDIT ja BDI (Beck masennustesti) lomakkeet analysoitiin. Terveystarkastuslomake on liitteenä (liite 5).

Terveydenhoitajalla käyneistä asiakkaista laaja-alaiseen terveystarkastukseen halukkaita asiakkaita oli 43, joista naisia oli 24 ja miehiä 19. Terveystarkastuslomakkeiden vastaajamäärä oli pieni, joten tulokset ovat vain suuntaa-antavia.

Terveystarkastuslomake jakautui neljään osioon; monivalintatehtäviin, avoimiin kysymyksiin, terveydenhoitajan täyttämään perustieto-osioon sekä asiakkaan itse arvioimaan terveydentilaosioon.

Kyselyyn vastanneista tupakoi 44,2 %. Naisista tupakoi 37,5 %, miehistä 52,6 %. Tupakoivista valtaosa oli 70 -luvulla syntyneitä. Alkoholia vastaajista käytti 79,1 %, naisista 79,2 % ja miehistä 78,9 %. Laittomia huumausaineita ilmoitti käyttävänsä 4,7 %, jotka kaikki olivat miehiä.

Asiakkaita pyydettiin kuvaamaan kokemaansa terveydentilaa kuvatulla janalla asteikolla 0–10 (0 edusti heikkoa tai minimiä tai ei yhtään, 10 erinomaista tai maksimia). Tuloksissa mitattiin asiakkaiden janoille piirtämien arvojen antamat keski-arvot. Tulokset on esitetty kuviossa 8.

Kuvio 7. Vastaajien arvot terveys- ja hyvinvointimuuttujista (asteikolla 0-10, nolla heikoin, 10 paras tulos) keski-arvoina.

Kaikkien vastaajien kokema arvio terveydentilastaan sai arvon 5,1. Naiset kokivat terveydentilansa (5,2) hieman miehiä paremmaksi (4,9). 60 -luvulla syntyneet antoivat muita alhaisempia arvoja kokemastaan terveydentilastaan.

Terveyskyselylomakkeen täyttäneistä asiakkaista fyysisen kunnon kokeminen sai arvon 4,7. Naiset kokivat fyysisen kuntonsa (4,5) miehiä heikommaksi (5,0). Hyvinvointi sai arvon 5,5. Hyvinvoinnin osalta naiset kokivat hyvinvointinsa hieman (5,6) miehiä (5,4) paremmaksi.

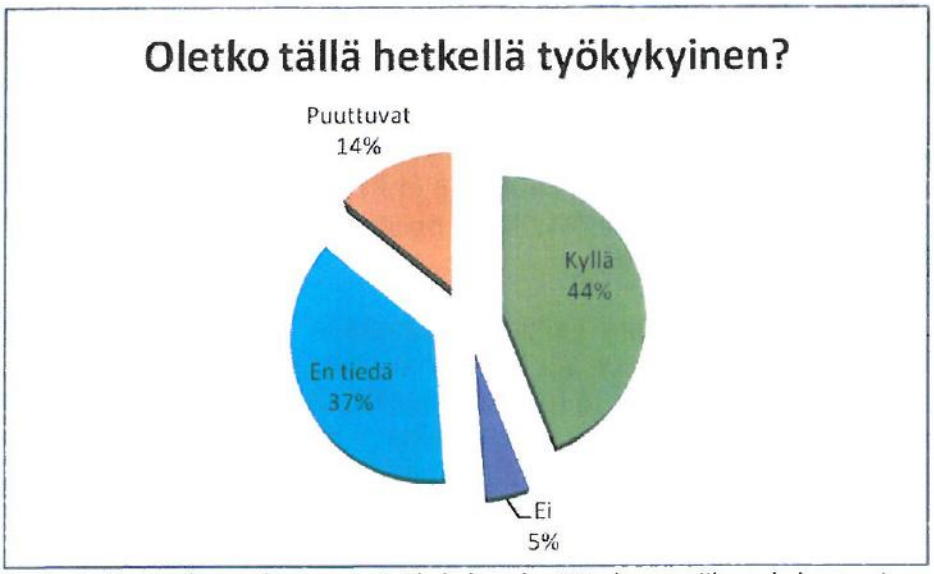
Asiakkailta kysyttiin myös arvioita kärsivällisyydestään, tavoitteellisuudestaan sekä osaamisestaan. Kärsivällisyys sai arvon 6,6. Naiset kokivat kärsivällisyytensä (6,4) miehiä huonommaksi (6,8). Tavoitteellisuus sai arvon 6,3. Naiset kokivat tavoitteellisuuden (6,6) miehiä paremmaksi (5,8). Osaaminen sai kaikilta vastaajilta arvon 7,1. Miehet arvioivat osaamisensa (7,0) naisia alhaisemmaksi (7,2). Osaaminen sai itsearviointi-osuuden korkeimmat arvosanat.

Asiakkaat arvioivat myös kiputuntemuksiaan. Kiputuntemus sai arvon 3,9. Naiset kokivat kipua (3,3) vähemmän kuin miehet (4,7). Onnellisuus koettiin 6,2 arvoiseksi. Naiset (6,4) olivat miehiä (6,0) onnellisempia. 50 -luvulla syntyneet vastasivat alhaisempia onnellisuusarvoja, kuin 60-, 70- tai 80-luvulla syntyneet.

Sosiaalisuus sai arvon 6,2. Miehet (6,4) kokivat olevansa naisia sosiaalisempia (6,0). Vastanneet arvioivat lisäksi taloustilannettaan. Asiakkaat kokivat taloudellisen tilanteensa 2,7 arvoiseksi. Miehet kokivat taloudellisen tilanteensa (3,1) naisia paremmaksi (2,4). 70 -luvulla syntyneet antoivat talousosiosta korkeimmat arvosanat (3,8). Itsearviointiosuudessa taloustilanne sai alhaisimmat arviot.

Monivalintakysymykset
Monivalintakysymysten perusteella 40 %:lla asiakkaista oli jokin työkykyyn vaikuttava, lääkärin toteama sairaus. 30 % koki olevansa masentunut, ahdistunut tai alakuloinen. Naisilla masennusta, ahdistusta tai alakuloisuutta oli miehiä enemmän. Kaikista vastaajista 26 %:lla oli jokin muu terveyteen liittyvä asia, mistä he halusivat keskustella terveydenhoitajan kanssa. Naiset ilmaisivat keskustelun tarvetta miehiä enemmän.

Vastaajista 65 % ilmoitti, että hänellä on tällä hetkellä vaivoja, oireita tai epäily jostakin sairaudesta, johon toivoi selvittelyä ja 16 % oli jonossa joko hammas-, mielenterveys- tai terveyspalveluihin. 56 % vastaajista oli kiinnostunut paikallisesta ryhmätoiminnasta. Naiset olivat ryhmätoiminnasta miehiä kiinnostuneempia.



Kuvio 8. Vastaajien arvio omasta työkykyisyydestään (prosenttiosuuksina vastausryhmittäin)

Vastanneista 44,2 % koki olevansa työkykyisiä. Kaksi vastaajista ei kokenut olevansa työkykyisiä ja 37,2 ei tiennyt, ovatko he työkykyisiä. Kuuden vastaajaan lomakkeessa ei kysymystä esiintynyt, joten siksi he eivät voineet vastata (lomakkeeseen lisättiin tämä kysymys kuuden täytetyn lomakkeen jälkeen).

Vastaajilta tiedusteltiin laadullisten kysymysten avulla työllistymiseen liittyviä esteitä sekä terveyteen liittyviä huolia:

Työllistymisen esteitä vastaajien mukaan olivat ikä (9 mainintaa), tuki- ja liikuntaelinvaivat (6 mainintaa), heikko yleiskunto (4 mainintaa) sekä heikko työllisyystilanne (4 mainintaa). Kaksi (2) mainintaa sai: ammattitutkinnon puute tai heikko koulutus, psyykkiset ongelmat, ulkomainen työvoima ja ylipaino. Kertaalleen mainittiin: leikkauksesta toipuminen, omaishoitajuus, krooninen sairaus ja liian osaava.

6.4 Idealingon tulokset

Projektissa toteutettiin elokuussa 2011 Helsingin kaupungin terveyskeskuksen Terveellinen kaupunginosa -ohjelman Idealinko (www.idealinko.fi) Forum Viriumin vetämänä. Puolipäiväisessä ideointi-tilaisuudessa pohdittiin aihetta "Miten työttömien terveyspalvelut tulisi Helsingissä järjestää niin, että niiden avulla tavoitettaisiin riittävästi asiakkaita?". Kehitysideana hyödynnettiin konsultin vetämää työpajamenetelmää, jossa selkeiden vaiheiden kautta edettiin muutaman ydinkysymyksen ja idean valintaan ja jatkotyöstämiseen. Idealingossa oli paikalla Itäkeskuksen TE-toimiston työntekijöitä sekä Helsingin terveyskeskuksen projektipäällikkö, projektityöntekijä ja muita projektissa mukana olleita henkilöitä.

Työpajan tuloksena kiteytettiin projektin kannalta keskeisiä kysymyksiä, jotka vapautettiin internetissä olevaan Idealinkoon kaikkien kansalaisten, asiakkaiden, asiantuntijoiden yms. tahojen kommentoitavaksi ja jatkokehitettäväksi. Internetissä marraskuulle 2011 asti olleisiin kysymyksiin saatiin yhteensä 10 ehdotusta jatkokehitettäväksi. Tulokset analysoitiin kahden asiantuntijan avustuk-

sella, joista toinen oli TE-toimistosta ja toinen Helsingin terveyskeskuksesta. Idealingon ehdotuksista eniten ääniä saanut (6 ääntä) oli ehdotus, jossa kaupunki antaisi liikunta- ja kulttuuriseteleitä palkkioksi vapaaehtoistyön tekemisestä. Toiseksi eniten ääniä sai (5 ääntä) ehdotus, jossa toivottiin palvelujen toteuttamista mahdollisimman avoimena kaikille Helsingin työttömille. Palvelukonsepti toimisi eri organisaatiotahojen yhteistyönä, maksuttomana ja asiakaskeskeisenä. Seuraava ehdotus (4 ääntä) sai eniten kommentteja (4 kpl). Siinä toivottiin työttömien terveyspalvelujen järjestämistä osana normaalia toimintaa.

Idealingon ajatusten jatkokehittäminen jää Helsingin kaupungin henkilöstökeskuksen ja terveysasemaosaston tehtäväksi heidän suunnitellessa työttömille järjestettävien terveystarkastusten käytännön toimintaa.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Pohdinta

Projektissa oli tavoitteena kehittää ja testata uusia toimintamalleja työttömien työnhakijoiden terveyden edistämiseksi ja terveystarkastuksien -ja neuvonnan toteuttamiseksi. Lisäksi tavoitteena oli löytää toiminnalle vakiinnuttamiskelpoinen toteuttamismuoto.

Projektin toiminnan aikana onnistuttiin kehittämään ja testaamaan uusia toimintamalleja. Mallin kehittelyssä lähdettiin liikkeelle TE-toimiston tarpeesta ja terveyskeskuksen mahdollisuuksista. Kehittämistyön taustaksi perehdyttiin asiaa ohjaavaan lainsäädäntöön sekä aiempien hankkeiden pohjalta saatuihin kokemuksiin. Toimintamallia muodostettaessa pidettiin mielessä asiakaslähtöisyys.

Terveyspalvelu haluttiin sijoittaa sinne, missä asiakas työnhakuun liittyvissä asioissa asioi. Toiminta TE-toimiston tiloissa mahdollisti myös työvoimaneuvojien osalta matalan kynnyksen asioinnin terveydenhoitajan luona.

Toteutettu toimintatapa vastaa pitkälle TEM:n maaliskuussa 2011 ehdottamaa toimintatapasuositusta. Palvelu oli avointa kaikille kyseisen TE-toimiston työnhakijoille. Asiakkaille sekä työvoimaneuvojille pyrittiin tarjoamaan riittävästi tietoa palvelusta sekä sen saatavuudesta. Asiakkaalta pyydettiin aina yksilöity suostumus viranomaisten välisten tietojen vaihtoon ja asiakkaalle kerrottiin, mihin näitä tietoja tarvitaan tai käytetään. Kahden eri hallintoalan välisten toimijoiden kesken yhteistyökäytännöstä ja tietosuojalain mukaisista menettelyistä sovittiin huolellisesti. Asiakkaan oli mahdollista antaa viranomaisille palautetta palvelusta.

Toimintamallissa terveydenhoitajan tavoitettavuutta pyrittiin varmentamaan ja yhteystiedot olivat esillä laaditun esitteen kautta. Terveydenhoitajan asiantuntemusta vahvistettiin sopimalla suora konsultointimahdollisuus terveysasemalta nimetyn lääkärin konsultaatiotuen kautta. Asiakkaiden vastaanottoa varten oli järjestetty normaalia terveysasemavastaanottoa pidempi vastaanottoaika. Vas-

taanotto sisälsi terveydentilan kartoituksen lisäksi asiakkaan aktivointia ja elämäntapaneuvontaa.

Asiakkaiden ohjauskäytännöistä oli sovittu toimijoiden kesken. Jatko-ohjaus olemassa oleviin terveyspalveluihin oli joustavaa ja asiakkaan ohjaukset pyrittiin hoitamaan eteenpäin asiakkaan asioidessa TE-toimistossa. TE-toimiston virkailijalle tarjottiin mahdollisuus palautteen saamiseen työnhakijan terveyteen liittyen.

Terveydenhoitajan vastaanotolla käyneistä asiakkaista valtaosalla oli useampia terveyteen liittyviä ongelmia, jotka vaativat jatko-ohjausta. Monella asiakkaalla hakeutuminen terveydenhuollon palveluun aktivoitui TE-toimistossa toteutetun terveydenhoitajakäynnin jälkeen. Toimintamalli tuki työttömien sosiaalisen hyvinvoinnin ja elämänlaadun lisääntymistä aktivoitumisen kautta. Toisaalta alhainen asiakasmäärä ja ohjautumisessa ilmennyt kato saattoi aiheuttaa sen, että ne, jotka erityisesti terveydenhuollon palveluja tarvitsisivat, eivät hakeutuneet palvelun piiriin.

Myös terveystarkastuslomakkeen kysymysten järjestys olisi voinut olla toinen (liite 5). Terveystarkastuksen aloittaminen kysymällä ensimmäiseksi päihteidenkäytöstä ei välttämättä edistä avoimuutta ja auta luomaan luottamuksellista ilmapiiriä.

Asiakkaiden suora tuominen saman tien terveydenhoitajan vastaanotolle oli sallittua, jopa suotavaa. Projektin alussa työvoimaneuvojille olisi haluttu saada käyttöön yhtenäinen, sähköinen ajanvarauspohja tai vaihtoehtoisesti Internetin kautta tapahtuva ajanvarausjärjestelmä. Tällaisten vaihtoehtojen toteuttaminen osoittautui projektin lyhyeen kestoon nähden suhteettoman kalliiksi ratkaisuksi. Eri toimijoiden kesken myöskään yksinkertaista, Outlookin kautta tapahtuvaa ajanvarauskalenteria oli mahdotonta luoda.

Laaja-alainen toiminta edellytti terveydenhoitajalta erittäin laajaa tietämystä olemassa olevista palveluista. Konsultointimahdollisuus niin perusterveydenhuollon kuin verkostojen kanssa oli siten välttämätöntä. Jatko-ohjausmahdollisuudet erityisesti terveysaseman päihde- ja psykiatriselle sairaanhoitajille oli luotu joustaviksi. Terveydenhuollon tehtävänä on hoitaa ja parantaa asiakkaiden terveyttä ja toimintakykyä sekä edistää terveellisiä elämäntapoja ja sitä kautta parantaa asiakkaiden työllistymismahdollisuuksia ja poistaa siihen liittyviä terveydellisiä esteitä.

7.2 Riskien toteutuminen

Projektia aloitettaessa laadittiin SWOT-analyysi projektin vahvuuksista, heikkouksista, mahdollisuuksista ja uhista. Yhtenä uhkana nähtiin, että tiedonkulku ei löydä luontevia muotoja eri organisaatioiden välillä. Uhka toteutui, sillä projektin aikana ei saatu riittävästi kehitettyä toimijoiden välistä tiedonvaihtoa. Terveydenhoitaja ei saanut TE-toimistolta käyttöönsä työ- ja elinkeinohallinnon kautta asiakkaalle aiemmin tehtyjä terveydentilan selvityksiä ja terveydenhoitajan vastaanotolla käyneiden asiakkaiden työllistymiseen liittyviä terveystietoja hyödynnettiin heikosti.

Asiakkaan näkökulmasta katsottuna TE-toimistossa toteutettu terveydenhoitajan vastaanotto jäi irralliseksi TE-toimiston tarjoamista palveluista eikä siinä onnistuttu luomaan moniammatilliseen yhteistyöhön pohjautuvaa toimintaa asiakkaan aktivointi- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa.

Uhkina nähtiin myös se, että asiakkaita ei ohjaudu tarpeeksi terveydenhoitajan vastaanotolle eikä toimintamalli osoittaudu toimivaksi. Uhat realisoituivat toiminnan aikana. Terveydenhoitajan vastaanotot lopetettiin kesäkuun 17. päivä. Syynä päätökseen oli, että luodun toimintamallin kautta ei tavoitettu toiminnan vakiinnuttamisen kannalta riittävää asiakasvirtaa. Tämä oli kaupungin yksipuolinen päätös, TE-toimisto olisi halunnut jatkaa hanketta. Asiakasmäärät kehittyivät koko kevään ajan negatiiviseen suuntaan aktivointitoimenpiteistä huolimatta.

7.3 Projektista nousseet jatkokehittämisehdotukset

Jatkoehdotuksena tulosten perusteella on, että työttömien työnhakijoiden terveysneuvonta tulee toteuttaa eri tavalla.

1. Asiakkaan tilanteen kokonaisvaltainen tarkastelu vaatisi moniammatillisemman tiimin perustamista. Kokemusten perusteella tiimiin tulisi kuulua terveydenhoitajan ja työvoimaneuvojan lisäksi lääkäri, toimintaterapeutti sekä sosiaalitoimiston edustajat. Asiakas tulisi tavata moniammatillisen tiimin avulla asiakkaan asioidessa TE-toimistossa työnhaun aktivoituessa.

2. Asiakkaan tuen tulisi olla jatkuvaa ja tiivistä.

3. Tarvittaessa työntekijän tulisi jalkautua työttömän työnhakijan kotiin, mikäli hakeutuminen terveyspalveluihin olisi vaikeaa.

4. Pysyvän yhteistyön kehittäminen vaatisi niin rakenteellisia kuin tietojärjestelmällisiä kehittämisaiheita toimivan yhteistyön luomiseksi.

5. TE-toimisto ei ole asiakkaan asioimisen kannalta välttämättä paras mahdollinen asiakkaan kohtaamispaikka. Asiakaskatoa pohdittaessa yhdeksi syyksi voi nousta asiakkaan pelot. Asiakkaat toivat terveydenhoitajan luona käydessään esiin sen, että he eivät toivoneet terveydenhoitajan luona käymisestä seuraavan suoria sanktioita heidän työttömyyteensä liittyviin tukiin. Asiakkaat mielsivät terveyspalvelut vieraaksi, kun ne tapahtuivat TE-toimistossa.

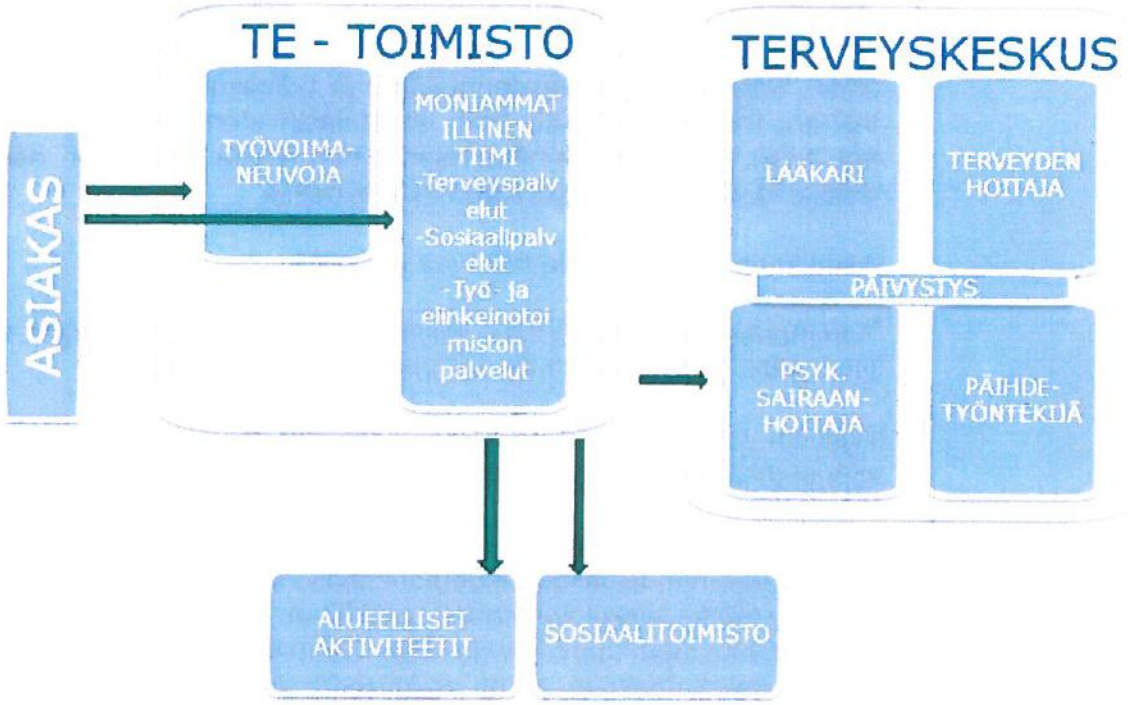
6. Terveyspalvelut tulisi järjestää ilman ehtoja, esim. ilman kirjallisen suostumuksen allekirjoittamista tietojen vaihdosta TE-toimiston kanssa, jolloin asiakkaat voisivat hakeutua niihin luottavaisesti.

MALLI 1:

Jatkokehitysideana voisi olla palvelun kehittäminen osana olemassa olevia terveyspalveluja. Asiakasohjaukset voisivat lähteä kaikista Helsingin TE-toimistoista, sosiaalitoimistoista ja muista tahoista, jotka työskentelevät työttömien työnhakijoiden kanssa. Terveysasemille voitaisiin nimetä hoitajat, joille työttömiä lähetettäisiin terveydentilan kartoitukseen. Tämä toteutustapa ei välttämättä vaatisi terveysasemalta tai TE-toimistolta lisäresursseja, sen sijaan se vaatisi uudenlaista osaamista henkilöstöltä ja lisää aikaa asiakastapaamisiin. Pitkällä aikavälillä tarkasteltuna tätä kautta terveysasemille ohjautuvien asiakkaiden painopiste voisi ohjautua juuri niiden asiakkaiden suuntaan, jotka tarvitsevat terveyspalveluja, mutta jotka muuten eivät hakeudu niihin.

MALLI 2:

Toiminta toteutettaisiin moniammatillisena toimintana TE-toimistossa.



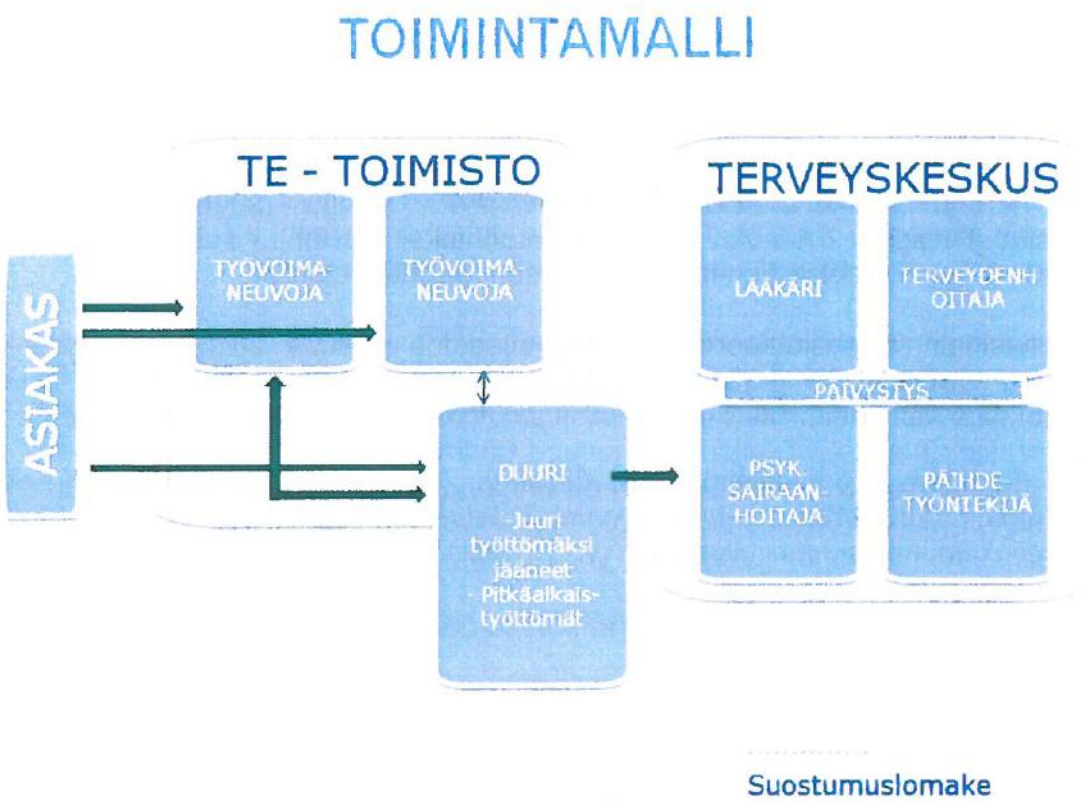
Kuvio 9. Työttömien terveystarkastusten järjestäminen MALLI 2.

Toiminta pohjautuisi moniammatilliseen arvioimiseen ja jatkotoimenpiteistä sopimiseen olemassa olevan asiakassegmentoinnin mukaisesti. Palveluun kuuluisi terveyspalvelut, sosiaalipalvelut, työ- ja elinkeinotoimiston palvelut ja mahdollisesti myös 3. sektorin toimijoiden tarjoamat palvelut. Terveydenhuoltopalveluihin liittyisi TE-toimistossa toimiva lääkäri sekä terveydenhoitaja. Asiakas saisi TE-toimiston lääkäriltä lähetteet suoraan erikoissairaanhoitoon ja hä-

nelle voitaisiin määrätä työkykytutkimukset (B-lausunto). Asiakkaan seurantakäynnit sovittaisiin asiakkaan tarpeen mukaan. Malli sisältäisi motivoinnin ja kannustamisen sekä ohjauksen erilaisiin aktiviteetteihin ja työnhakuun.

MALLI 3:

Projektin kokemusten perusteella nähtävänä toteutusvaihtoehtona olisi työttömien terveyspalvelujen laajentaminen Duurissa. Tätä vaihtoehtoa pyrittiin myös projektin aikana kehittämään, mutta Duuri ei nähnyt yhteistyön kehittämistä mielekkäänä vaihtoehtona. Projektissa kerättyjen kokemusten pohjalta voidaan kuitenkin todeta, että Duuriin voitaisiin ohjata nykyisten pitkäaikaistyöttömien lisäksi myös kaikki juuri työttömäksi jääneet työnhakijat. Duurissa jo nyt olemassa olevat rakenteet ja puitteet mahdollistaisivat hyvin pienillä lisäresursseilla mallin toteuttamisen ja tämä painopisteen lisäys pitkällä aikavälillä tarkasteltuna voisi lisätä asiakkaiden terveydentilaan nähden varhaisempaa puuttumista, joka puolestaan voisi toimia pitkäaikaistyöttömyyttä ehkäisevänä tekijänä. (Kuvio 10).



Kuvio 10. Työttömien terveystarkastusten järjestäminen MALLI 3.

Helsingin kaupungin Henkilöstökeskus kehittää jatkossa osaltaan Helsingin terveyskeskuksen terveysasemaosaston kanssa tapoja työttömien terveydenhoitopalvelujen kehittämiseksi ja kehittämistyössä huomioidaan Pitkäaikaistyöttömyydestä aiheutuvan syrjäytymisen ehkäisy -projektin tulokset.

LÄHDELUETTELO

Aalto, A-M & Aro, A & Teperi, J (1999). RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina - Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. STAKES. Tutkimuksia 101.

Ala-Kauhaluoma, M (2005). Keppiä ja porkkanaa. Voidaanko työttömien aktivoinnilla vaikuttaa työllistymiseen ja hyvinvointiin? Yhteiskuntapolitiikka 70:1, 42–53.

Alkula, T & Pöntinen, S & Ylöstalo, P. (1991) Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät, WSOY, Porvoo.

Eläketurvakeskus/Tilasto-osasto (tilastot saatu puhelimitse) 22.9.2011.

Haarala, P & Honkanen, H & Mellin, O-K & Tervaskanto-Mäentausta, T (2008) Terveydenhoitajan osaaminen. Edita Prima, Helsinki.

Helsingin kaupungin tilastokeskus. Tilastoja 8/2010. Asuntokuntien tulot Helsingissä 1995–2007.

Helsingin kaupungin tilastokeskus. Tilastoja 3/2011. Työllisyys ja työttömyys Helsingissä 4. vuosineljänneksellä 2010.

Helsingin terveydenhuollon toimintaympäristön analyysi (2008) Terveyskeskuksen strategian 2009–2011 valmistelun pohjaksi. Nyman, J & Simoila, R & Väistö, O (toim.). Helsingin terveyskeskuksen raportteja 2008:1.

Helsingin terveydenhuollon toimintaympäristön analyysi (2011) Terveyskeskuksen strategian 2012–2014 valmistelun pohjaksi. Nyman, J & Simoila, R & Väistö, O & Nieminen, A-L (toim.). Helsingin terveyskeskuksen raportteja 2011:2.

Heponiemi, T & Wahlström, M & Elovainio, M & Sinervo, T & Aalto, A. & Keskimäki, I (2008) Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Työ ja yrittäjyys 14/2008, Helsinki.

Laki julkisesta työvoimapalvelusta 30.12.2002/1295 7 §.

Sinervo, L (2009) Pitkäaikaistyöttömien terveyshanke. Kehittämisvaiheen loppuraportti ja paikalliset toimintamallit. Raportti 23/2009.

Nenonen, T & Leemann, L & Härkänen, T & Tyyni, U & Kaikkonen, R & Koskinen, S & Kokoo, R-L & Kotiranta, P-L & Linnanmäki, E (2011) Terveys- ja hyvinvointivaikutukset – lähtötason tilanne 2009–2013. Raportti 22/2011, Helsinki.
Parpo, A (2007). Työllistymisen esteet. Stakesin raportteja 11/2007.

Pekkonen, M (2010) Terveyteen liittyvä elämänlaatu laitoskuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa, RAND-36-mittarin soveltuvuus työikäisten laitoskuntoutuksen ongelmaprofiilin määrittämiseen ja kuntoutuksen arvioimiseen, Akateeminen väitöskirja, Helsinki.

Raunio, K (2006) Syrjäytyminen – Sosiaalityötä kiinnostavia näkökulmia. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.

Saikku, P (2010) Perusterveydenhuolto ja työttömien palvelut. Työttömien terveystarkastukset ja -palvelut kunnissa 2009. Avauksia 12/2010. http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/5de0d9d6-0c3d-4268-83d8-70346310c7a0

Saikku, P. (2009) Terveyspalvelu työllistymisen tukena. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja -palvelut siirtymätyömarkkinoilla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 22/2009. http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0b1c0c86-edd3-4e4b-b3cd-d1492b5a6830

Saikku, P & Sinervo, L (2010) Työttömien terveyspalvelun juurrutus. Valtakunnallisen PTT-hankkeen kokemuksia, arviointitutkimuksen tuloksia ja kansallisia suosituksia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 42/2010. http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0bab4ac8-ef15-4080-8b7b-b3d101d07818

Sinervo, L (2009) Pitkäaikaistyöttömien terveyshanke. Kehittämisvaiheen loppura-portti ja paikalliset toimintamallit. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 23/2009.
http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/a79cf7a8-e4fe-4b72-b4fa-79268290bc10

Sipilä, N & Kestilä, L & Martikainen, P (2011) Koulutuksen yhteys nuorten työttömyyteen. Mihin peruskoulututkinto riittää 2000-luvun alussa? Yhteiskuntapolitiikka 2/2011.

TE-toimistojen palvelukonseptin muutos. www.verve.fi/Link.aspx?id=1022112

THL. Toimeentulotuen menot 2010. THL Tilastoraportteja, 17/2011.

Työttömät työnhakijat 22.2.2011. www.tem.fi

Työ- ja elinkeinoministeriö (2011) Vaikeasti työllistyvien tilannetta ja palveluita selvittävä tutkimus. 23/2011.

Työllisyyskatsaus 2/2011. Työ- ja elinkeinoministeriö 2011. http://www.tem.fi/files/29486/HELMI11.pdf

Valkonen, T & Ahonen, H & Martikainen, P (2003) Sosiaaliryhmien väliset erot elinajanodotteessa kasvoivat 1990-luvun loppuvuosina. Hyvinvointikatsaus 2003:2:12–18.

Vertio, H (2003). Terveyden edistäminen. Tammi, Helsinki.

LIITTEET
Liite 1. Projektin ohjausryhmä, projektiryhmä sekä työryhmä

Terve Helsinki -hankkeen ohjausryhmän muodostivat:

Riitta Simoila, kehittämisjohtaja, puheenjohtaja, Helsingin terveyskeskus
Katja Louhio, projektipäällikkö, sihteeri, 9.10.2011 asti, Helsingin terveyskeskus
Marianne Hellsten, projektipäällikkö, sihteeri, 10.10.2011 alkaen, Helsingin terveyskeskus
Juha Nyman, erityissuunnittelija, Helsingin terveyskeskus
Tuula Saarela, johtajapsykiatri, Helsingin terveyskeskus
Katariina Jantunen, ylihoitaja, Helsingin terveyskeskus
Ari Karppinen, sairaanhoitaja, Helsingin terveyskeskus
Anna-Liisa Niemelä, projektipäällikkö, Helsingin terveyskeskus
Hanna Laurila, kehitysjohtaja, Diakoniaopisto
Eila Linnanmäki, projektipäällikkö, THL
Ilkka Haahtela, paikallisjohtaja, Työvoiman palvelukeskus (Pois 2/11 alk.)
Henkilöstöjärjestöä on vahvistanut terveyskeskuksen henkilöstötoimikunnan kokouksessa 8.2.2010 varsinaiseksi edustajaksi
Mirja Pirskasen, terveydenhoitaja, Helsingin terveyskeskus sekä varaedustajaksi Silja Paavolan, perushoitaja, pääluottamusmies, Helsingin terveyskeskus

Pitkäaikaistyöttömyyteen liittyvän syrjäytymisen ehkäisy -projektiryhmä
Katja Louhio, projektipäällikkö, 9.10.2011 asti, Helsingin terveyskeskus
Marianne Hellsten, projektipäällikkö, 10.10.2011 alkaen, Helsingin terveyskeskus
Juha Nyman, erityissuunnittelija, Helsingin terveyskeskus
Eila Linnanmäki, kehittämispäällikkö, THL
Leini Sinervo, kehittämispäällikkö, THL (pois 1/2011 alkaen)
Ilkka Haahtela, paikallisjohtaja, Työvoiman palvelukeskus (pois 2/11 alkaen)
Pirjo Paajanen, toimialapäällikkö, Työ- ja Elinkeinotoimisto
Riitta Pyörre, sosiaaliohjaaja, Helsingin terveyskeskus
Päivi Koskinen, kehittämiskonsultti, Helsingin sosiaalivirasto
Ilkka Oksman, erityissuunnittelija, Henkilöstökeskus, Helsingin kaupunki 1.3.2011 alkaen
Anne Kuusiniemi, kuntoutusneuvoja, Itäkeskus/TE-toimisto 11/2010 alkaen.

Työryhmä
Katja Louhio, projektipäällikkö, Helsingin terveyskeskus
Petri Takkavuori, projektityöntekijä, Helsingin terveyskeskus
Tarja Hassinen, paikallisjohtaja, Helsingin TE-toimisto Itäkeskus

Ohjausryhmä kokoontui 12.2., 26.4., 15.9. ja 15.11.2010.
Projektiryhmä kokoontui 18.1., 15.2., 23.3., 3.6., 6.9., 26.10 ja 8.12.2010.
Yhteistyöryhmä kokoontui 16.7., 18.8., 24.9. ja 1.11.2010.
Lisäksi Itäkeskuksen terveysaseman osastonhoitajaa, ylihoitajaa, ylilääkäriä ja idän alueen johtavaa ylilääkäriä tavattiin useamman kerran syksyn 2010 aikana.

Liite 2. Suostumuslomake

HELSINGIN KAUPUNKI
TERVEYSKESKUS

Työ- ja elinkeinotoimisto
Helsinki / Itäkeskus

Nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Puh. _____

TE -toimiston virkailijan nimi: _____

SUOSTUMUS YHTEISTOIMINNASSA TAPAHTUVAAN TIETOJEN VAIHTAMISEEN JA KÄYTTÖÖN

Osallistun Helsingin terveyskeskuksen Terve Helsinki -hankkeeseen, joka toteutetaan yhteisesti työ- ja elinkeinotoimiston (TE -toimisto) Itäkeskuksen yksikön kanssa. Yhtenä alaprojektina on pitkäaikaistyöttömyyden liittyvän syrjäytymisen ehkäisy. Helsingin terveyskeskuksella ja Helsingin TE -toimistolla on molemmilla käytössään omat asiakastietojärjestelmänsä, joiden rekisterinpidosta kumpikin vastaa itse.

Suostun siihen, että Helsingin kaupungin terveyskeskuksen terveydenhoitaja ja TE -toimiston Itäkeskuksen virkailija voivat keskenään vaihtaa sellaisia minua koskevia tietoja ja asiakirjoja, jotka liittyvät

- terveydentilani sekä
- työ- ja toimintakykyni kartoitukseen.

Tietojen ja asiakirjojen on oltava viranomaisten yhteistoiminnan kannalta tarpeellisia ja välttämättömiä. Tietojen vaihdon ja käytön on tapahduttava luottamuksellisesti työntekijöiden välillä.

Suostun siihen, että yllä mainituissa asioissa tietojen vaihto voi koskea Helsingin kaupungin terveyskeskuksen rekistereihin jo tallennettuja yhteistoiminnan kannalta tarpeellisia tietoja ja asiakirjoja sekä terveystarkastuksesta syntyviä terveydentilaani liittyviä tietoja. Lisäksi ymmärrän, että terveystarkastuksen tiedot tallennetaan terveysaseman asiakastietorekisteriin ja että olen terveysaseman asiakas.

Suostun siihen, että työllistymishistoriaani liittyviä tietoja em. tahojen välillä voidaan luovuttaa, kuitenkin siten että minua ei niistä voi tunnistaa.

Minulle on kerrottu suullisesti yhteistoiminnan tavoitteista ja sisällöstä. Tässä yhteydessä antamani suostumus on voimassa niin kauan kuin TE -toimiston ja terveydenhuollon yhteistyö on tarpeellista asioideni hoitamisen kannalta, päättyen viimeistään vuoteen 2012 mennessä.

Minulle on kerrottu henkilötietolain (523/1999) mukaisesta oikeudesta tarkastaa minua koskevat asiakasrekisteritiedot ja siitä, kuka on toiminnasta vastaava rekisterikirjanpitäjä sekä viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain (621/1999) mukaisesta oikeudesta saada tietoa itseäni koskevasta asiakirjasta. Minulle on myös kerrottu henkilötietolain mukaisesta oikeudesta korjata itseäni koskeva henkilörekisteriin talletettu virheellinen tieto.

Suostumuksen antaminen on vapaaehtoista ja minulla on oikeus peruuttaa suostumukseni ilmoittamalla siitä kirjallisesti Helsingin Itäkeskuksen terveysaseman osastonhoitajalle.

Allekirjoituksellani annan suostumukseni tietojen vaihtoon ja käyttöön.

_____ _____

Paikka ja aika Asiakkaan allekirjoitus ja nimenselvennys

Liite 3. Esite ja juliste

Helsingin kaupunki
Terveyskeskus

www.hel.fi/terveyskeskus

Tervetuloa terveydenhoitajan vastaanotolle TE-toimistoon!

Koska olette viimeksi käynyt terveystarkastuksessa? Mietityttääkö Teitä jokin terveyteenne liittyvä asia?

Teillä on nyt mahdollisuus terveydenhoitajan vastaanottokäyntiin Helsingin TE -toimiston tiloissa/Itäkeskuksen toimipisteessä ja keskustella terveyteenne liittyvistä asioista luottamuksellisesti terveydenhoitajan kanssa. Palvelu on Teille maksutonta.

Voitte varata ajan terveydenhoitajalle puhelimitse tai paikan päällä TE-toimistossa. Tarvittaessa TE-toimiston virkailija auttaa Teitä ajanvarauksessa. Terveydenhoitaja ottaa Teidät vastaan mahdollisuuksien mukaan vaikka heti.

Terveydenhoitaja Petri Takkavuori
Itäkeskuksen TE-toimisto
Itäkatu 3 – 5, IV krs. 00930 Helsinki

Ajanvaraus ja vastaanotto tiistaisin ja torstaisin klo 9.30 – 11.30
puh. (09) 3104 8639, 040 180 7649

Tervetuloa!

Liite 4. Asiakasohjaus terveystarkastukseen

Tiivistelmä asiakasohjauksesta terveydenhoitajan terveystarkastukseen

1. Virkailija kysyy asiakkaalta, että onko hänellä jokin terveydellinen haitta tai vamma, jonka takia haluaisi terveydenhoitajan vastaanotolle? Onko asiakas kiinnostunut osallistumaan terveydenhoitajan suorittamaan terveystarkastukseen?

2. Asiakasta pyydetään allekirjoittamaan 3 kappaletta kirjallisia suostumuksia yhteistoiminnassa tapahtuvaan tietojen vaihtamiseen ja käyttöön. Yksi asiakirjoista jää asiakkaalle, yksi TE -toimiston virkailijalle ja yksi toimitetaan terveydenhoitajalle.

3. Ensisijaiset asiakaskohderyhmät:
   a. Työttömäksi juuri jääneet nuoret, joilla ei aikaisempaa työttömyyshistoriaa
   b. Työttömäksi jääneet henkilöt, joilla ei ole ennestään pitkää työttömyyshistoriaa
   c. Henkilöt, joilla on terveydellisistä syistä johtuvaa tarvetta terveystarkastuksille

4. Asiakas ohjataan tiistaisin ja torstaisin klo 9.30–11.30 varaamaan henkilökohtaisesti jonotusperiaatteella aika terveydenhoitajalta 1,5 tuntia kestävään terveystarkastukseen, joita suoritetaan arkisin klo 9.15–15.45 välisenä aikana.

5. Pyydetään asiakasta ottamaan terveydenhoitajan käynneille mukaan kela -kortti.

Terveystarkastuksilla pyritään:

1. Sairauksien tunnistamiseen; Edistetään asiakkaan terveyttä, hyvinvointia ja työkykyisyyttä

Edistetään työttömän työllistymistä tunnistamalla terveydellisiä puutteita, sairauksia tai vikoja, jotka haittaavat asiakkaan työllistymistä. Edistetään asiakkaan hyvinvointia, terveyttä ja mielenterveyttä. Poistetaan tai vähennetään terveyteen liittyviä riskejä tai haittoja. Motivoidaan ja kannustetaan (aktivoidaan) terveellisiin elämäntapoihin ja edistetään asiakkaan kykyä huolehtia itsestä.

2. Hoitopolun luomiseen; Ohjataan asiakas tarvittaessa lisätutkimuksiin, hoitoon tai alueelliseen ryhmä/tukitoimintaan.

Asiakas ohjataan lääkärin tai muihin terveyspalveluihin, tarvittaessa varataan aika. Ohjataan asiakkaita alueellisiin toimintoihin (liikunta-, painonhallinta- ja vertaistukityhmät jne.) Strategisena kokonaistavoitteena on asiakkaan hoitoon pääsyn turvaaminen.

3. Terveysneuvontaan; Terveydellistä neuvontaa ja ohjausta yksilöllisesti syömiseen, uneen, liikuntaan, itsestä huolehtimiseen ja elämänhallintaan liittyen

Kannustetaan, aktivoidaan ja tuetaan asiakasta kehittyneempään elämänhallintaan. Strategisena kokonaistavoitteena on asiakkaiden terveyden edistäminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Projektissa tunnistetaan päihteiden käyttöä, virheellisiä elintapatottumuksia ja liikunnan riittämättömyyttä. Varhaisen vaiheeseen suunnatulla tuella pyritään pysyviin elämäntapamuutoksiin. Ohjataan asiakasta aktiivisesti osallistumaan alueellisiin tukipalveluihin ja toimintoihin. Motivoidaan keskustelun avulla.

Liite 5. Terveystarkastuslomake.
Lomake muokattu Kansanterveystieteenlaitoksen, PTT-hankkeiden sekä Helsingin terveyskeskuksen terveystarkastuslomakkeiden pohjalta.

TERVEYSTARKASTUSLOMAKE Päivämäärä ____/____ 2011 klo _____

1. Päihteiden käyttö

Tupakoitko	☐ Kyllä	☐ Ei
Käytätkö alkoholia	☐ Kyllä	☐ Ei
Muut päihteet	☐ Kyllä	☐ Ei

Jos käytät alkoholia, vastaa kolmeen seuraavaan kysymykseen

Kuinka usein keskimäärin juot alkoholijuomia, _____ kertaa kuukaudessa

Kuinka monta alkoholiannosta otat keskimäärin, kun käytät alkoholia, _____ annosta

Kuinka usein juot kerralla kuusi alkoholiannosta tai enemmän, _____ kertaa kuukaudessa

Yksi alkoholiannos = pullo keskiolutta, 4 cl väkeviä, 8 cl vahvoja viinejä tai 12 cl mietoja viinejä

2. Työ- ja toimintakyky (vedä poikkiviiva janan läpi)

	Heikko/ minimi		Erinomainen/ maksimi
Terveydentila	0	⟷	10
Fyysinen kunto	0	⟷	10
Hyvinvointi	0	⟷	10
Kärsivällisyys	0	⟷	10
Tavoitteellisuus	0	⟷	10
Osaaminen	0	⟷	10

3. Muu elämäntilanne

	Ei yhtään		Maksimi
Kiputuntemuksia	0	⟷	10
Onnellisuus	0	⟷	10
Sosiaalisuus	0	⟷	10
Taloustilanne	0	⟷	10

4. Terveyteen. työkykyyn ja kiinnostukseen liittyvät kysymykset

Onko sinulla jokin työkykyyn vaikuttava lääkärin toteama sairaus ?

☐ Kyllä ☐ Ei ☐ En tiedä

Oletko masentunut. ahdistunut tai alakuloinen ?

☐ Kyllä ☐ Ei ☐ En tiedä

Onko sinulla muita asioita mistä haluaisit keskustella?

☐ Kyllä ☐ Ei ☐ En tiedä

Oletko jonossa hammas-. mielenterveys- tai terveyspalveluihin?

☐ Kyllä ☐ Ei ☐ En tiedä

Kiinnostaako jokin paikallinen (liikunta. harrastus. painopudotus yms.) ryhmätoiminta?

☐ Kyllä ☐ Ei ☐ En tiedä

Onko sinulla tällä hetkellä vaivoja. oireita tai epäily jostakin sairaudesta. johon toivoisit selvittelyä?

☐ Kyllä ☐ Ei ☐ En tiedä

Oletko tällä hetkellä työkykyinen? ☐ Kyllä ☐ En ☐ Osittain

Mielestäni työllistymiseni este on ?

_____

Terveyteen liittyvä huoleni on ?

_____

5. Perustiedot

_____ _____

Nimi Syntymävuosi

Sukupuoli ☐ Mies ☐ Nainen

Terveydenhoitaja täyttää

_____ cm Pituus _____ kg Paino _____ cm Vyötärönympärys _____ BMI

1) _____/_____ Verenpaine _____ Pulssi klo _____

2) _____/_____ Verenpaine _____ Pulssi klo _____

Päivystyksestä hoitoon -projekti

TERVE HELSINKI -hankkeen osaprojekti

LOPPURAPORTTI

Helsingin kaupunki Terveyskeskus | **Helsingfors stad** Hälsovårdscentraler | **City of Helsinki** Health Centre

KUVAILULEHTI
PRESENTATIONSBLAD
PRESENTATION

Tekijä(t) - Författare - Author(s)
Hellsten Marianne, Louhio Katja, Kylmänen Petri, Simoila Riitta

Julkaisun nimi – Publikationens titel – Title of the Publication
Päivystyksestä hoitoon -projekti
Terve Helsinki -hankkeen osaprojekti

Julkaisija - Utgivare - Publisher	Julkaisuaika - Publikationsdatum Published	Sivumäärä, liitteet - Sidoantal, bilagor Pages, appendices
Helsingin kaupungin terveyskeskus	2012	85

Sarja - Serie - Series	Osanumero - Del nummer Part number
Helsingin kaupungin terveyskeskuksen raportteja	2012:2

ISSN	ISBN paperi – papper – paper	ISBN pdf	Kieli - Språk - Language
1459-9112	978-952-272-152-5	978-952-272-153-2	suomi

Tiivistelmä – Referat – Abstract
Helsingin kaupungin terveyskeskus käynnisti Terve Helsinki -hankkeen 1.3.2009. Hankkeen tarkoituksena oli kehittää ja ottaa käyttöön vaikuttavia toimintatapoja helsinkiläisten sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseksi.

Päivystyksestä hoitoon -projekti oli yksi Terve Helsinki -hankkeen osaprojekteista.
Projektin tavoitteena oli,
- että helsinkiläisten työikäisten kuolleisuus väkivaltaan, tapaturmiin, alkoholisairauksiin ja itsemurhiin vähenee 2 % vuoteen 2015 mennessä
- vahvistaa yhteistyötä sosiaaliviraston päihdeyksiköiden ja terveyskeskuksen kesken potilaan hoitopolun selkeyttämiseksi
- kehittää, testata ja arvioida toimintamalleja päivystyksen kautta tavoitettavien, syrjäytymisvaarassa olevien aikuisten tunnistamiseksi ja hoitoon ohjaamiseksi

Päivystyksestä hoitoon -projektissa luotiin uusi toimintamalli päivystykseen alkoholin riskikäytön tunnistamiseksi. Projektin päämääränä oli AUDIT-lomakkeen (Alcohol Use Disorders Identification Test) jakaminen systemaattisesti kaikille päivystyksessä asioiville potilaille. Tämän avulla pyritään vaikuttamaan potilaiden omaan tietoisuuteen alkoholin aiheuttamista terveysriskeistä sekä korostaa potilaiden omaa vastuuta terveydestään.
Projektissa koulutettiin henkilökuntaa tunnistamaan syrjäytymisvaarassa oleva asiakas sekä ohjaamaan heidät tarvittaessa jatkohoitoon. Henkilökunnan koulutus oli laajaa ja tapahtui sekä isoissa koulutustilaisuuksissa että pienryhmissä.

Avainsanat - Nyckelord - Key words
terveydenhuolto, terveyserot, Helsinki, terveyskeskus, päivystys, AUDIT, alkoholin riskikäyttö, alkoholin suurkulutus, päihdehoito

Hinta Pris Price		Julkaisumuoto Publikationsform Publishing form	painettu, internet

Julkaisun jakelu:
Helsingin terveyskeskus / tietopalvelu
PL 6000, 00099 HELSINGIN KAUPUNKI
Puhelin: 09 310 48183

Distribution:
Helsingfors stad
Hälsovårdscentralen / informationstjänst
PB 6000, 00099 HELSINGFORS STAD
Telefon: 09 310 48183

Distribution:
City of Helsinki Health Centre / Information Services
P.O. Box 6000, 00099 City of Helsinki
Tel: +358 9 310 48183

SISÄLLYS

1 PROJEKTIN KUVAUS 1
1.1 Hankkeen lähtökohta 1
1.2 Tausta 4
1.3 Tarkoitus ja tavoitteet 5
1.4 Rajaukset 6
1.5 Yhteydet muihin kehittämishankkeisiin 6
1.6 Riskit ja niiden hallinta 6
2 HANKKEEN JA OSAPROJEKTIN OHJAAMINEN 7
2.1 Terve Helsinki -hankkeen ohjausryhmä 7
2.2 Projektiryhmä 7
2.3 Menot ja rahoitus 8
2.4 Seuranta ja arviointi 8
3 PROJEKTIN TOIMINTA 8
3.1 Projektityöntekijöiden toiminta 8
3.2 Projektin kulku 9
3.3 AUDIT-testi 10
3.4 Päihteiden käyttöön puuttumisen malli 12
3.4.1 Tulotilanne 12
3.4.2 Toimenpiteet 13
3.4.3 Jatkohoito 14
4 KOULUTUS 15
4.1 Osaamisen kehittäminen, koulutus 15
4.2 Koulutusprosessi 2010 16
4.2.1 Koulutusosio 1 17
4.2.2 Koulutusosio 2 17
4.2.3 Koulutusosio 3 18
4.2.4 Koulutusosio 4 18
4.3 Pienryhmäkoulutukset vuonna 2011 19
5 MUUT TOTEUTETUT KEHITTÄMISTOIMENPITEET 20
6 TILAISUUDET JA JULKAISUT 21
6.1 Tilaisuudet 21
6.2 Projektijulkaisut 22
6.3 Projektikansio 22
7 PÄIVYSTYKSESTÄ HOITOON -PROJEKTIN TULOKSET 23
7.1 Päihdetyöntekijöiden asiakasmäärät 23
7.2 Ulkoinen arviointi mallin toimivuudesta 25
7.2.1 Henkilökuntakyselyn tulokset 25
7.2.2 AUDIT päivystyksessä (Tulokset mallin toimivuudesta) 30
7.2.3 Projektin toteutumisen tarkastelu 32
8 JOHTOPÄÄTÖKSET 34
8.1 Konsultin päätelmät mallista, henkilökuntakyselystä ja osaprojektista 34
8.1.1 Päätelmät päivystyksessä toteutettavan mallin toimivuudesta 34
8.1.2 Päätelmät henkilökunnalle toteutetusta kyselystä 35
8.1.3 Päätelmät projektista 35
8.1.4 Arviointi 36
8.2 Pohdinta 36
9 PROJEKTIN JATKOKEHITTÄMISEHDOTUKSET 38
Lähteet 40

LIITTEET

Liite 1. Päihdetyöntekijän toimenkuva
Liite 2. AUDIT:n merkitseminen Pegasokseen
Liite 3. Koulutukset
Liite 4. Koulutuspalautelomake
Liite 5. Kyselylomake henkilökunnalle (sähköinen kysely)
Liite 6. Jatko-ohjaus kooste
Liite 7. Päivystyksestä hoitoon -osaprojektin selvitystyö, sh (YAMK) Jan Holmberg

TAULUKOT

Taulukko 1. Projektin riskit ja niiden hallinta
Taulukko 2. Päivystyksestä hoitoon -projektin aikataulu
Taulukko 3. Koulutussuunnitelman ajallinen jakautuminen
Taulukko 4. Päihteitä käyttävän potilaan osalta tehtävä yhteistyö

KUVIOT

Kuvio 1. Päivystyksen toimintamalli
Kuvio 2. Päihdetyöntekijöiden potilaiden ikäjakauma Haartmanin ja Marian sairaaloissa, yhteensä.
Kuvio 3. Potilaiden jatkohoito
Kuvio 4. Työntekijöiden näkemys mielenterveys- tai päihdepotilaiden sekä sosiaalisesti syrjäytyneiden ihmisten kohtaamisesta päivystyksessä
Kuvio 5. AUDIT-testin käyttö
Kuvio 6. Mini-intervention tuttuus
Kuvio 7. Henkilökunnan tekemä yhteistyö sosiaalityöntekijän ja psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa päihteitä käyttävän potilaan kohdalla vuonna 2009 ja 2011.
Kuvio 8. Henkilökunnan yhteistyö, konsultointi ja ohjaus päihdetyöntekijälle
Kuvio 9. Henkilökunnan osallistuminen työnantajan järjestämään päihde-koulutukseen vuosina 2010 ja 2011
Kuvio 10. AUDIT-testin mukainen jakautuma riskikäytöstä

1 PROJEKTIN KUVAUS

1.1 Hankkeen lähtökohta

Alkoholin käyttö on noussut viime vuosina usein julkiseen keskusteluun ja mediaan. Suomalaisten alkoholia koskevat asenteet ovat tiukentuneet ja alkoholin aiheuttamista haitoista keskustellaan runsaasti. Nykyisin on hyväksyttävää ja jopa muodikasta kieltäytyä juomasta, ja raittiuden puolesta on kirjoitettu kirjoja ja aikakausilehdet julkaisevat haastatteluja julkisuudessa esiintyvien henkilöiden raittiudesta. Alkoholin käytön aiheuttamien haittojen vähentämiseksi on lukuisia eri projekteja, osa valtakunnallisia ja osa paikallisia. Kaikesta tästä kehityksestä huolimatta alkoholihaitat lisääntyvät, vaikka alkoholin kokonaiskulutus onkin vähentynyt huippuvuosista. Helsingin kaupungin strategiaohjelmassa vuosille 2009–2012 on painotettu terveyden edistämistä ja syrjäytymisen ehkäisyä. Strategian mukaisesti Helsinki on laatinut "Vastuullisen alkoholikäytön toimenpideohjelman" (2010), jossa alkoholinkäyttöön pyritään puuttumaan mahdollisimman varhain. Terve Helsinki -hankkeen Päivystyksestä hoitoon -projekti toimi yhtenä toimenpiteenä kohti asetettuja tavoitteita.

Suomalaisten alkoholinkulutus on kasvanut voimakkaasti viimeisten 40 vuoden ajan. Vuonna 1960 alkoholin kulutus oli n. 2,4 litraa puhdasta alkoholia asukasta kohti. Määrä on tasaisesti kasvanut ja oli vuonna 2010 10,0 litraa (tilastoitu ja tilastoimaton kulutus yhteensä). Samalla suomalaisten käyttämien juomien rakenne on muuttunut. 1960-luvulla suomalaiset joivat suurimmaksi osaksi väkeviä alkoholeja, mutta 1980-luvun puolivälin jälkeen Suomen voidaan katsoa siirtyneen olutmaaksi. Muutokseen vaikuttivat vuoden 1968 oluen myynnin vapautuminen ruokakauppoihin sekä Suomen liittyminen vuonna 1996 EU:hun ja sen seurauksena tapahtunut matkustajatuonnin lisääntyminen. Vuonna 2004 matkustajatuonnin kiintiöt poistuivat muista EU-maista saapuvilta matkustajilta kokonaan ja Virosta tuli EU:n jäsenmaa. Samana vuonna Suomen hallitus laski alkoholiveroa. (Karlsson ja Österberg 2010, 14–15.)

Eurooppalaisittain katsottuna Suomen alkoholin kulutus oli pientä 1960 -luvulla. Tällöin Ranskassa alkoholia kului lähes 18 litraa asukasta kohden ja muissa Välimeren viinimaissa kulutus oli noin 13 litraa. Kuitenkin useissa Välimeren maissa alkoholin kulutus on kääntynyt laskuun ja laskee edelleen, kun taas Suomessa, samoin kuin Irlannissa ja Isossa-Britanniassa, alkoholin kulutus on kasvanut. Tällä hetkellä Suomi on Euroopan kärkimaita alkoholin kulutuksessa ja lähes samalla tasolla Tšekin, Unkarin, Slovenian ja Romanian kanssa. (Karlsson ja Österberg 2010, 17.)

Myös suomalaisten juomatottumukset ja -tavat ovat muuttuneet viimeisten 40 vuoden aikana. Juominen on siirtynyt enenevässä määrin kotona tapahtuvaksi ja arvion mukaan noin kolme neljäsosaa alkoholin käyttökerroista tapahtuu kotiympäristössä. Muutos on ollut suuri ja siihen liittyy pariskuntien yhteinen alkoholin käyttö kotona. Naisten juominen on selkeästi lisääntynyt ja lähentynyt miesten juomatapoja. Samaan aikaan myös kotitapaturmien ja poliisin raportoimien

kotihälytysten määrä on lisääntynyt. Myös lastensuojelutilastot osoittavat, että huostaanottojen määrä on kasvanut. (Mustonen ja Österberg 2010, 83.)

Nuorten juomatottumuksia on tutkittu lähes 60 vuoden ajan mm. kouluterveyskyselyn ja erilaisten kvalitatiivisten tutkimusten avulla. Tutkimustulosten mukaan sosiaalinen tausta vaikuttaa osaltaan nuorten alkoholin käyttöön. Yksinhuoltajaperheiden nuoret sekä runsaasti käyttövaroja saavat nuoret juovat enemmän. Asuinalueella sekä koulumenestyksellä on merkitystä nuorten juomatapoihin. Tutkimukset kuitenkin osoittavat, että nuorten raittius on lisääntynyt ja humalajuominen vähentynyt kymmenen viime vuoden aikana. Muutokset koskevat koko nuorisoa eivätkä ole paikallistettavissa johonkin tiettyyn nuorten joukkoon. Silti THL:n alkoholiehtoisten hoitojaksojen mukaan nuorten ja lasten alkoholin aiheuttamat päihtymystilat ja alkoholimyrkytykset ovat säilyneet ennallaan ja 15–19 -vuotiailla tytöillä kyseiset hoitojaksot ovat vuonna 2008 ohittaneet poikien hoitojaksot. (Ahlström ja Karvonen 2010, 135–139.)

Työikäisten alkoholinkäyttö voidaan Mäkelän ja Mustosen (2010, 199) mukaan jakaa viiteen ryhmään: 1) raittiit, 2) puhtaat kohtuukäyttäjät, 3) silloin tällöin humaltuvat, 4) usein humaltuvat ja 5) suurkuluttajat. Miehistä ryhmään 3–5 kuuluu 65 % väestöstä ja naisista 55 %.

Ikääntyneiden ihmisten alkoholinkäyttöä on tutkittu toistaiseksi melko vähän. Ikääntymisen myötä alkoholin käytön on ajateltu vähenevän ja loppuvan. Usein näin tapahtuukin, mutta lähinnä ns. kolmatta ikää (65–79 -vuotiaat) elävien kohdalla on raportoitu myös päinvastaisista tuloksista. Tässä ikäryhmässä raittiiden naisten määrä on vähentynyt samalla tavoin kuin muissakin ikäryhmissä. Ikääntymisen myötä usein tulevat sairaudet ja lääkkeet sekä ikääntyneen ihmisen fysiologiassa tapahtuvat muutokset aiheuttavat liiallisen alkoholin käytön kanssa merkittäviä terveydellisiä ongelmia. (Vilkko ym. 2010, 150–152.)

Alkoholiperäiset kuolinsyyt ovat olleet työikäisillä miehillä vuodesta 2005 ja naisilla vuodesta 2006 yleisin kuolinsyy Suomessa. Vuonna 2004, jolloin alkoholiveroa laskettiin jyrkästi, kasvoivat myös alkoholiperäiset kuolinsyyt. (Tilastokeskus 2011.) Alkoholisairauksien vuoksi hoidettujen potilaiden määrä on vähentynyt vuosittain päädiagnooseittain katsottuna, mutta alkoholisairauksien sivudiagnoosit ovat lisääntyneet joka vuosi vuodesta 1996 lähtien (THL 2011).

Helsingin kaupunginjohtaja asetti 18.11.2009 työryhmän valmistelemaan vastuullisen alkoholinkäytön toimenpideohjelman Helsinkiin. Ohjelma valmistui 20.9.2010 yhteistyössä eri hallinnonalojen, kansalaisjärjestöjen, Päivittäistavarakauppa ry:n ja Helsingin poliisilaitoksen edustajien kanssa. Ohjelman käytännön toimenpiteiksi ehdotettiin ensisijaisesti kaupungin hallintokuntien käytettävissä olevia keinoja, joilla voidaan vaikuttaa alkoholinkulutukseen ja vähentää alkoholista aiheutuvia haittoja Helsingissä.

Vastuullisen alkoholinkäytön toimenpideohjelman päämäärät ovat:

1. Alkoholin kulutus vähenee Helsingissä
2. Lapsia ja nuoria suojellaan alkoholilta
3. Alkoholin ongelmakäyttöön puututaan varhain

Toimenpideohjelma on jaettu alatavoitteisiin ja käytännön toimenpiteisiin, joista eri hallintokunnat ovat vastuussa. Ohjelma on luettavissa Helsingin kaupungin verkkosivuilla (www.hel.fi).

Helsingin erityispiirteisiin kuuluu muuta Suomea alhaisempi elinajanodote ja lyhyempi aktiiviaika. Ero näkyy sekä naisilla että miehillä keski- ja perusasteen koulutuksen saaneiden kohdalla. Korkea-asteen koulutuksen saaneilla eroa ei muuhun Suomeen verrattuna ole. (Kauppinen ym. 2008.) Helsingin haasteisiin kuuluu lisäksi muuta maata laajempi asunnottomuus, tupakointi, alkoholin suuri kulutus, huumeiden käyttö, tapaturmakuolleisuus, vaikeiden psyykkisten ongelmien esiintyvyys ja suurempi maahanmuuttajien määrä. Myös moniongelmaisten lasten, nuorten ja perheiden määrä on Helsingissä suuri. (Helsingin terveydenhuollon toimintaympäristön analyysi 2008.)

Runsaan alkoholin käytön ja tupakoinnin yleisyyden arvellaan vaikuttavan Helsingissä muuta maata korkeampaan itsemurha- ja tapaturmakuolleisuuteen. Alkoholin riskikulutus on kasvanut alkoholin hintojen laskettua. Myös huumausaineiden kokeilu ja käyttö ovat lisääntyneet. Epäedullisen terveyskäyttäytymisen lisäksi kaupunkiympäristöön liittyvien ominaispiirteiden, kuten kiireisen elämänrytmin aiheuttaman stressin ja ilmansaasteiden, on arveltu osaltaan vaikuttavan asiaan. (Helsingin terveydenhuollon toimintaympäristön analyysi 2008.)

Väestön taloudellinen hyvinvointi ei jakaudu kaupungin sisällä tasaisesti. Tulot ovat vuosina 1995–2007 nousseet reaalisesti eniten niillä alueilla, joiden tulotaso on alun perinkin ollut korkea. Hyvätuloisilla alueilla asuvien tulot koostuvat pääasiassa palkka-, yrittäjä- ja omaisuustuloista. Pienituloisten alueilla väestö elää enimmäkseen julkiselta sektorilta saatujen tulonsiirtojen varassa. Väestörakenteesta johtuen merkittävä osa näiden alueiden tuloista muodostuu työeläkkeistä. Pienituloisilla alueilla elää pääasiassa työelämän ulkopuolella olevaa väestöä.

Konkreettisia lukuja helsinkiläisten alkoholinkulutuksesta ei ole saatavilla, mutta alkoholin myynti Helsingissä oli 9,1 litraa asukasta kohden. Vantaalla myynti oli 8,3 litraa ja Espoossa 6,2 litraa. (Tilastokeskus 2011). Luvut eivät ole kokonaiskulutusta kuvaavia, mutta antanevat kuvan pääkaupunkiseudun kolmen suurimman kunnan välisistä eroista.

Vuonna 2010 kouluterveyskyselyyn vastanneista (n=8332) peruskouluikäisistä helsinkiläisistä nuorista 14 % kertoi läheisen alkoholin käytön aiheuttaneen ongelmia, kun koko maan luku oli 13 %. Läheisten alkoholin käyttö oli aiheuttanut ongelmia yleisemmin tytöille kuin pojille. Helsinkiläisistä peruskoululaisista 16 % vastasi käyttävänsä alkoholia tosi humalaan asti vähintään kerran kuukaudessa. Osuus oli sama koko aineiston kanssa. Kyselyyn vastanneista lukiolaisnuorista (n=6135) läheisten alkoholin käyttö on aiheuttanut ongelmia tytöille poikia yleisemmin. Kyselyyn vastanneista helsinkiläisistä lukiolaisnuorista 14 % vastasi läheisen alkoholin käytön aiheuttaneen ongelmia. Osuus oli vastaava koko aineistossa. Helsinkiläisistä lukiolaisista 30 % vastasi käyttävänsä alkoholia tosi humalaan asti vähintään kerran kuukaudessa. Tämä vastasi koko aineiston tasoa.

Kouluterveyskyselyyn vastanneista ammattikoulussa opiskelevista nuorista läheisen alkoholin käyttö oli aiheuttanut ongelmia tytöille yleisemmin kuin pojille. Vastanneista helsinkiläisistä nuorista 20 % ilmoitti läheisen alkoholin käytön aiheuttaneen ongelmia, koko aineistossa vastaava osuus oli 14 %. Helsingissä ammatillisissa oppilaitoksessa opiskelleista 41 % vastasi käyttävänsä alkoholia tosi humalaan asti vähintään kerran kuukaudessa, koko aineistossa vastaava osuus oli 39 %.

Vuonna 2009 terveysasemilla kävi 2954 työikäistä potilasta, joilla oli pää- tai sivudiagnoosina alkoholin aiheuttama aivo-oireyhtymä tai käyttäytymisen häiriö. Kaupunginsairaalassa ko. potilaita oli 2800 ja psykiatriaosastossa 1900. Alkoholin aiheuttama aivo-oireyhtymä tai käyttäytymisen häiriö -diagnoosin omaavista potilaista aiheutui Helsingin kaupungin terveyskeskukselle 30 miljoonan euron kustannukset. Päihdehuollon nettokustannukset vuonna 2008 olivat 53,9 euroa asukasta kohden. Kustannuksissa ei ole mukana sairaaloiden eikä terveysasemien kustannuksia, eikä myöskään päihdehuollon asumispalveluista aiheutuvia kustannuksia. (Nyman, Simoila & Väistö 2010, 90.)

1.2 Tausta

VTM Jaakko Harkko teki vuonna 2008 selvityksen "Päivystyspotilaan hoidon kiireellisyysryhmittely" osana laajempaa pääkaupunkiseudun Päivystyshanketta. Selvityksessä tarkasteltiin erityisesti ei-kiireellisen ryhmän potilaita (E-luokka) Helsingin terveyskeskuspäivystyksen käyttäjinä. Selvityksestä kävi ilmi, että runsas terveyskeskuspäivystyksen käyttö oli yleisempää heikoimmilta sosioekonomisilta alueilta ja psyykkinen kuormittuneisuus yhdistettynä muihin sosiaalisiin ongelmiin ja alkoholin riskikulutukseen oli tavallisempaa kuin väestöllä keskimäärin. Myös nuorten naisten huomattava osuus tuli ilmi selvityksessä, samoin se, että terveyskeskuspäivystyksen käyttäjät näyttivät olevan yleisesti sairaampia kuin helsinkiläinen väestö keskimäärin.

Vuonna 2008 Malmin sairaalassa sosiaalityöntekijä Pia Korkeala selvitti terveyskeskuspäivystyksen sekä päivystyspoliklinikan palvelutarpeita. Pääkaupunkiseudun terveydenhuollon päivystyshankkeessa oli tullut esiin, että terveyskeskuspäivystyksen käyttäjillä on keskimääräistä suurempi sosiaalisen syrjäytymisen riski. Näiden päivystystä käyttävien erityisryhmien tavoittamiseksi ja heidän terveytensä edistämiseksi päivystyspalveluiden käytön ohjaus ja laatu vaativat kehittämistä.

Selvitysten pohjalta Helsingin terveyskeskus teki (Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmän esitys 17.12.2008 § 280) joulukuussa 2008 Terve Helsinki -hanke ehdotuksen sosiaali- ja terveysministeriölle. Ehdotuksen pohjalta käynnistyi Terve Helsinki -hanke, joka tähtäsi helsinkiläisten terveyserojen kaventamiseen. Hanke oli keskeinen terveyskeskuksen strategian toteutuksen kannalta. Hanke toteutettiin ajalla 1.3.2009–31.12.2011 ja hanke koostui neljästä osaprojektista.

Päivystystilanteessa potilaan päihteiden käyttöön tulee puuttua. Terveysriskejä aiheuttavaan alkoholin riskikulutukseen ja sen ehkäisemiseen vaikutetaan par-

haiten varhaisella havaitsemisella ja puuttumisella (Vastuullisen alkoholinkäytön toimenpideohjelma, 2010). Päihtymys ei saa estää akuuttihoidon tarpeen arviointia ja hoidon järjestämistä sekä asianmukaista palvelua ja kohtelua (STM 2006). Puuttuminen ja laadukas, hyvä hoito on ammattilaisen velvollisuus ja potilaan oikeus (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992).

Päivystys valittiin projektin kohteeksi osittain siksi, että sekä Harkon että Korkealan selvitysten mukaan päivystyksessä asioivilla, erityisesti E-ryhmän potilailla, oli muita potilaita runsaammin erilaisia sosiaalisia ja syrjäytymisriskiä lisääviä ongelmia. Terveyden edistämisen näkökulmasta päivystys oli hyvä paikka herättää ihmisiä pohtimaan omaa alkoholin käyttöään ja siitä mahdollisesti aiheutuvia terveysriskejä. Päivystyksessä tavoitetaan myös ihmisiä, joita olisi muuten vaikea tavoittaa julkisen terveydenhuollon kautta.

1.3 Tarkoitus ja tavoitteet

Terve Helsinki -hankkeen tavoitteena oli ottaa käyttöön vaikuttavia toimintatapoja terveyserojen kaventamiseksi. Hankkeen yhtenä osana oli *Päivystyksestä hoitoon* -projekti, jonka tarkoituksena oli edistää päivystyksessä asioivien potilaiden omaa tietoisuutta alkoholin käytöstä, lisätä hoitohenkilökunnan valmiuksia puuttua haittoja aiheuttavaan päihteiden käyttöön ja ennaltaehkäistä terveysriskejä. Projektin kohderyhmäksi valittiin työikäiset alkoholin riskikäyttäjät, joilla ei ole alkoholismi-diagnoosia ja jotka eivät itse miellä alkoholinkäyttöään ongelmaksi ja jotka eivät tuo alkoholin riskikäyttöä esiin asioidessaan terveydenhuollon palveluissa.

Projektin tavoitteena oli,

- että helsinkiläisten työikäisten kuolleisuus väkivaltaan, tapaturmiin, alkoholisairauksiin ja itsemurhiin vähenee 2 % vuoteen 2015 mennessä,
- vahvistaa yhteistyötä sosiaaliviraston päihdeyksiköiden ja terveyskeskuksen kesken potilaan hoitopolun selkeyttämiseksi
- kehittää, testata ja arvioida toimintamalleja päivystyksen kautta tavoitettavien, syrjäytymisvaarassa olevien aikuisten tunnistamiseksi ja hoitoon ohjaamiseksi.

Päivystyksestä hoitoon -projektin tarkoituksena oli luoda päivystykseen uusi toimintamalli alkoholin riskikäytön tunnistamiseksi. Päivystyksen työntekijöille terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän terveysvalistuksen antaminen oli uusi ajatus, päivystyspisteissä oli totuttu hoitamaan ja parantamaan olemassa olevia, äkillisiä sairauksia ja vammoja. Projektin päämääränä oli viedä käytäntöön AUDIT-lomakkeiden antaminen kaikille päivystyksen asiakkaille ja sitä kautta ehkäistä ja vaikuttaa päihteiden käytön aiheuttamiin haittoihin ja terveysriskeihin korostamalla potilaiden omaa vastuuta alkoholin käytöstä.

Projektin tarkoituksena oli lisätä terveyden edistämisen näkökulmaa jokaisen Helsingin terveyskeskuksen päivystyksessä toimivan hoitotyöntekijän toimintaan, jotta syrjäytymisvaarassa olevien asiakkaiden tunnistaminen ja hoitoon

ohjaus toteutuisi. Lisäksi tavoitteena oli uuden intensiivipalvelun tuottaminen niille, jotka eivät nykyisen palvelujärjestelmän kautta saaneet riittävää palvelua puutteellisen tunnistamisen takia.

1.4 Rajaukset

Projekti rajattiin helsinkiläisten terveyskeskuksen päivystyksessä asioivien, ei-kiireellisten asiakkaiden terveyserojen kaventamiseen. Vaikka projektin pääasiallisena kohderyhmänä oli työikäinen väestö, projektityöntekijät eivät rajanneet toimintaansa pelkästään heihin kohdistuviksi vaan toimivat aktiivisesti kaikkien päivystyksessä asioivien potilaiden kanssa.

Raportissa päivystyksellä tarkoitetaan Haartmanin ja Marian sairaalan terveyskeskus- ja sairaalapäivystystä sekä päivystyksen vuodeosastoja.

1.5 Yhteydet muihin kehittämishankkeisiin

Projektilla oli tiiviit yhteydet muihin Terve Helsinki -hankkeen alla toimiviin osaprojekteihin. Lisäksi projektilla oli tiivis yhteistyö Helsingin terveyskeskuksen Terveysasema kuntalaisen käyttöliittymänä -hankkeen kanssa. Yhteistyö koski etenkin terveysaseman päihdetyöntekijöiden kanssa kehitettävää yhteistyötä asiakkaiden jatkohoidon järjestämisen yhteydessä.

1.6 Riskit ja niiden hallinta

TAULUKKO 1: Projektin riskit ja niiden hallinta

Riskit	Toimenpiteet riskien minimoimiseksi
Toimintamallin käyttöönotto testausvaiheessa epäonnistuu henkilöstön sitoutumattomuuden takia	Otetaan henkilökunta mukaan toiminnan kehittämiseen projektin alkuvaiheesta alkaen. Kuunnellaan ja kehitetään toimintaa saadun palautteen pohjalta. Kehitetään asiakas- ja työntekijälähtöinen malli.
Johdon sitoutuminen	Yhteinen ohjausryhmä, tiivis yhteistyö päivystyksen ylihoitajiin ja osastonhoitajiin, Tiedottaminen koko projektin ajan.
Moniammatillisen toiminnan vaikeudet	Riskejä pienennettiin lisäämällä erityistyöntekijöiden välistä osallisuutta sekä vaikutusmahdollisuuksia toiminnan kehittämiseen. Yhteistyön tehostaminen.
Toiminnan juurruttaminen pysyviin rakenteisiin osaksi perustyötä.	Henkilöstön kuuleminen ja hyvien käytäntöjen hyödyntäminen. Tietoisuus resursseista ja mahdollisesta lisätyöstä uuden työmenetelmän alkuvaiheessa. Projektityöntekijöiden ja hallintokuntien aktiivinen rooli hankkeen eteenpäin viemiseksi ja juurruttamisessa. Pilotointikokemukset arvioidaan kriittisesti. Seurataan projektin etenemistä. Kerätään palautetta henkilökunnalta.

2 HANKKEEN JA OSAPROJEKTIN OHJAAMINEN

Terve Helsinki -hankkeen ohjausryhmä ohjasi ja valvoi osaprojektin etenemistä. Projektiryhmä toimi asiantuntijana osaprojektin toteutuksessa.

2.1 Terve Helsinki -hankkeen ohjausryhmä

Riitta Simoila, kehittämisjohtaja, puheenjohtaja, Helsingin terveyskeskus
Katja Louhio, projektipäällikkö, sihteeri, Helsingin terveyskeskus
(9.10.2011 asti)
Marianne Hellsten, projektipäällikkö, sihteeri, Helsingin terveyskeskus
(10.10.2011 alkaen)
Juha Nyman, erityissuunnittelija, Helsingin terveyskeskus
Tuula Saarela, johtajapsykiatri, Helsingin terveyskeskus
Katariina Jantunen, ylihoitaja, Helsingin terveyskeskus
Ari Karppinen, sairaanhoitaja, Helsingin terveyskeskus
Anna-Liisa Niemelä, projektipäällikkö, Helsingin terveyskeskus
Hanna Laurila, kehitysjohtaja, Diakoniaopisto
Eila Linnanmäki, projektipäällikkö, THL
Ilkka Haahtela, paikallisjohtaja, Työvoiman palvelukeskus (2/11 asti)
Mirja Pirskanen, henkilöstön edustaja, terveydenhoitaja,
Helsingin terveyskeskus
Silja Paavola, henkilöstön varaedustaja, perushoitaja, pääluottamusmies,
Helsingin terveyskeskus

2.2 Projektiryhmä

Katja Louhio, projektipäällikkö 9.10.2011 asti, Helsingin terveyskeskus
Marianne Hellsten, projektipäällikkö 10.10.2011 alkaen,
Helsingin terveyskeskus
Juha Nyman, erityissuunnittelija, Helsingin terveyskeskus
Katariina Jantunen, ylihoitaja, Helsingin terveyskeskus
Paula Pihlaja, ylilääkäri, Helsingin terveyskeskus (syksy 2010 asti)
Esa Sarvasmaa, apulaisylilääkäri, Helsingin terveyskeskus
Marianne Winberg, Läntisen A-klinikan johtaja, sosiaalivirasto
Terhi Laine, tutkija yliopettaja, Diakonia ammattikorkeakoulu
Arja Suikkala, koulutusjohtaja, Diakonia ammattikorkeakoulu
Hilkka Heikkilä, ylihoitaja, Helsingin terveyskeskus
Anna-Liisa Niemelä, projektipäällikkö, Helsingin terveyskeskus
Petri Kylmänen, projektityöntekijä, Helsingin terveyskeskus 08/2010 alk.
Marianne Hellsten, projektityöntekijä, Helsingin terveyskeskus 12/2010 – 9/2011
Marco Nylander, projektityöntekijä, Helsingin terveyskeskus 09/2011 alk.

Hankkeen ohjausryhmä ja projektiryhmä kokoontuivat säännöllisesti ja seurasivat hankkeen etenemistä sekä pohtivat tarvittaessa uusia keinoja tavoitteisiin pääsemiseksi.

2.3 Menot ja rahoitus

Päivystyksestä hoitoon projektin pääasialliset menot muodostuivat projektissa toimineiden henkilöiden palkka- ja sivukuluista sekä koulutuskuluista. Lisäksi kuluja aiheutui tila- ja välinevuokrista, puhelinkuluista sekä julkaisukuluista. Osaprojektia rahoitettiin koko Terve Helsinki -hankkeelle osoitetulla, Sosiaali- ja terveysministeriön vuosittain myöntämällä Terveyden edistämisen määrärahalla (100 000 e/vuosi). Lisäksi vuosien 2010 ja 2011 aikana toimintaa rahoitti myös Helsingin kaupungin Innovaatiorahasto (150 000 e/vuonna 2010 ja 200 000 vuonna 2011). Helsingin terveyskeskus rahoitti ulkopuolisen rahoituksen ylittävän määrän vuosittain.

2.4 Seuranta ja arviointi

Seurannan ja arvioinnin apuvälineenä hyödynnettiin sekä hankkeen että terveyskeskuksen osaprojektien suunnitelmia. Osaprojektikohtaiset työryhmät yhdessä projektipäällikön kanssa toteuttivat hankkeen etenemisen ja sen tulosten jatkuvan seurannan ja sisäisen arvioinnin. Palautetiedon perusteella tarkistettiin suunnitelmia. Ohjausryhmä seurasi ja valvoi hankkeen etenemistä koko hankkeen ajan. Hanketta seurattiin myös terveyskeskuksen johtoryhmässä. Ohjausryhmä arvioi ja otti kantaa ehdotettuihin suunnitelmiin ja toteutukseen hankkeen tavoitteiden ja tulosten saavuttamiseksi.

3 PROJEKTIN TOIMINTA

3.1 Projektityöntekijöiden toiminta

Projektin ajaksi molempiin päivystyssairaaloihin palkattiin päihdetyöntekijät. Päihdetyöntekijät olivat kokeneita työntekijöitä ja toimineet pitkään päihde- ja mielenterveystyössä. Kokemuksella ja professionaalisella työskentelytavalla oli suuri merkitys, koska tällöin päihdetyöntekijät voivat toiminnallaan tarjota muulle henkilökunnalle ammatillisen päihdetyön mallin.

Työskentelynsä alussa molemmat päihdetyöntekijät tutustuivat toimintaympäristöön ja kävivät eri kokouksissa kertomassa työstään ja toimenkuvastaan. Päihdetyöntekijät verkostoituivat eri yhteistyökumppaneiden kanssa ja toivat tietoa päivystyksen henkilökunnalle uusista toimintamalleista ja käytännöistä. Päihdetyöntekijät vastasivat osaltaan päihdehoitotyöstä, antoivat konsultaatioapua päihdeasioissa ja kouluttivat henkilökuntaa sekä mallinsivat päivystyksen tarpeista lähtöisin olevaa päihdetyöntekijän toimenkuvaa. (Liite 1. Päihdetyöntekijöiden toimenkuva.)

Päihdetyöntekijät tekivät toimenkuvan mallintamisen myötä erilaisia työvuoroja, kuten ilta- ja yövuoroja sekä viikonloppuja. Kokeilun mukaan iltaisin ja viikonloppuisin päihdetyöntekijöille oli päivystyksessä tarvetta, henkilökunta konsultoi herkästi päihdetyöntekijää ja potilaiden jako-ohjauksen selvittelyä voitiin tehdä myös ilta-aikaan seuraavaa päivää ajatellen. Iltaisin oli myös mahdollista käydä

keskusteluja osastoilla olevien potilaiden kanssa. Yövuoroissa potilaat olivat pääsääntöisesti liian päihtyneitä, jotta keskustelusta tms. interventiosta olisi ollut hyötyä. Lähes kaikki jatkohoito-paikat toimivat vain virka-aikana, joten yhteyden saaminen ja asioiden selvittely virka-ajan ulkopuolella muiden viranomaisten kanssa on hankalaa.

3.2 Projektin kulku

TAULUKKO 2. Päivystyksestä hoitoon -projektin aikataulu

Päivystyksestä hoitoon -projekti, suunnittelu 09/2009	Osaprojektin suunnittelu käynnistyi.	projektipäällikkö, ylihoitaja Katariina Jantunen, erityis-suunnittelija Juha Nyman, projektiryh-mä
Suunnittelu 10/2009 – 8/2010	Tilanteen kartoitus, resurssien mitoitus, kou-lutuksien alkaminen	projektipäällikkö, yh K. Jantunen, oh-jaustyhmä, projekti-ryhmä
Toteutus alkaen 08/2010–12/2012.	Pilottiryhmän käynnistäminen Marian (Mal-min) päivystyksessä.	projektipäällikkö, yh Katariina Jantunen, ohjausryhmä, projektiryhmä, päih-detyöntekijät
Mallin laajennus 12/2010	Toimintatavan laajentaminen muihin (Haartman)	projektipäällikkö, yksiköiden edustajat, päihdetyöntekijä
Väliraportin laatiminen 1/2011	Väliraportti laadittiin	projektipäällikkö, projektityöntekijät, ohjausryhmä
Toiminnan kehittäminen 01–12/2011	Toimintamallin testaaminen, kehittäminen, koulutukset	projektipäällikkö, projektityöntekijät
Toiminnan analysointi 06/2011–08/2011	Toimintamallin analysointi	projektipäällikkö, projektityöntekijä, konsultoiva sairaan-hoitaja Jan Holmberg
Loppuraportti 08–12/2011	Loppuraportti	projektipäällikkö, projektityöntekijät, kehittämisjohtaja ohjausryhmä

Marian sairaalan päihdetyöntekijä aloitti projektissa puolipäiväisenä työntekijänä elokuussa 2010 jatkaen vuoden 2011 alusta kokopäiväisenä työntekijänä. Haartmanin sairaalan päihdetyöntekijä aloitti toiminnan joulukuussa 2010. Projektin kesto oli Terve Helsinki -hankeen kestoa lyhyempi hankkeen kokonaisrahoituksesta ja resursseista johtuen. Vuoden 2009 aikana toiminnan käynnistymistä, toteutusta ja rekrytointia suunniteltiin ja edistettiin sekä käynnistettiin päivystyksen henkilökunnan koulutus. Vuoden 2009–2010 vaihteessa suunnattiin päivystyksen henkilökunnalle sähköinen kysely (liite 5). Kyselyn avulla kerättiin tietoa päihdeasiakkuuksista, päihdeosaamisesta sekä henkilökunnan suhtautumisesta päihdeasiakkaisiin päivystyksessä. Kyselyn tuloksia hyödynnettiin projektin päihteisiin ja terveyden edistämiseen liittyvien koulutuksien kehittämisessä sekä toiminnan mallintamisessa.

Osaprojektissa kehitettiin päivystyksen palveluja ja tiivistettiin ja kehitettiin yhteistyötä sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon välillä. Tavoitteiden saavuttaminen edellytti päihdetyöntekijän, sosiaalityöntekijän ja psykiatrisen sairaanhoitajan yhteistyön kehittämistä ja tiivistämistä päivystyksessä. Projektissa kehitettiin ehkäisevää päihdetyötä, riskikuluttajan tunnistamista ja hoitoonohjausta olemassa oleviin palveluihin. Päihdeasiakkaiden hoitoon pääsyä ja hoito-ohjeita päivitettiin vuoden 2011 aikana.

Terveyskeskuspäivystykseen sekä sairaalapäivystykseen saapuvilta asiakkailta tiedusteltiin maaliskuusta 2011 alkaen alkoholin käyttöä kaikille, ei-kiireellisesti asioiville asiakkaille jaettavan AUDIT -lomakkeen (Alcohol Use Disorders Identification Test) tulosten kautta. AUDIT-lomake sisälsi myös psyykkistä vointia kartoittavan kysymyksen. AUDIT:n tekeminen kirjattiin Pegasokseen ja kesäkuusta 2011 alkaen Pegasos -kehittämistyön tuloksena AUDIT-pisteiden kirjaaminen mahdollistui Pegasokseen.

Päihdetyöntekijöiden työn toteuttamista jatkettiin koko vuoden 2011 loppuun saakka. Kesän 2011 aikana analysoitiin projektin tuloksia ja syksyllä 2011 toimenpide-ehdotukset projektin tulosten pohjalta jätettiin Helsingin terveyskeskuksen johdolle käsiteltäväksi.

3.3 AUDIT-testi

AUDIT-testi on WHO:n kehittämä ja suosittelema, alkoholin riskikäytön tunnistamiseen kehitetty mittari. AUDIT-testi on sovelias kuvaamaan alkoholinkäyttöön liittyviä ongelmia ja seurauksia. AUDIT-kysely mittaa myös ajankohtaista alkoholinkulutusta. Kyselyn käyttöä ja monipuolisuutta lisää sen soveltuvuus eri kulttuureihin. Eri maissa on erilaiset rajat riskikäytölle. Suomessa rajat ovat kansainvälisesti melko korkeat, esim. Ruotsissa ja Englannissa riskirajat ovat 14 annosta / viikko, kun Suomessa raja on 24 annosta / viikko (Parker ym. 2008).

Projektin alussa pohdittiin erilaisia toimintamalleja AUDIT-testin tekemiseksi päivystyksessä. Ensimmäisenä mallina oli, että potilaita vastaanottava ja hoidon tarpeen arvion tekevä, päivystyksen asiakasvastaanotossa toimiva TRIAGE-hoitaja, kysyisi kaikilta päivystykseen tulevilta potilailta AUDIT-C:n eli A UDIT:n

kolme ensimmäistä kysymystä sekä psyykkistä ja sosiaalista tilannetta kartoittavat kysymykset.

Toimintamallia suunniteltaessa ilmeni, että ruuhkaisessa päivystyksessä henkilökohtaisten kysymysten kysyminen ilmoittautumisen yhteydessä voisi osoittautua haasteelliseksi. Mahdollisimman toimivan mallin luomiseksi asiasta keskusteltiin sekä henkilökunnan että projektin ohjaus- ja projektiryhmän kanssa. Projektin toimintamalliksi päätettiin ottaa koko AUDIT-kysely (10 kysymystä) sisältäen lisäkysymyksen psyykkisestä hyvinvoinnista. Valintaa puolsi se, että jos AUDIT-C ylittää riskirajat, suositellaan koko AUDIT-testin tekemistä. Sosiaalista tilannetta selvittävä kysymys (Koetteko huolta sosiaalisesta tilanteestanne?) jäi pois, koska yhteinen näkemys siitä, millä kysymyksellä tilannetta voisi kartoittaa, jäi saavuttamatta.

Paperisen AUDIT-lomakkeen saavat täytettäväkseen kaikki ne potilaat, jotka kykenevät vastaamaan kyselyyn. Potilaat täyttävät testin itse-arviona ja tuloksia ohjeistettiin käsittelemään potilaan vastaanottavan lääkärin tai hoitotyöntekijän kanssa. Lomakkeen jäämistä potilaalle itselleen puolsi ajatus potilaiden oman vastuun korostamisesta. Lomakkeen toiselle puolelle on laitettu riskirajat ja myös ikääntyneiden, yli 65-vuotiaiden, rajat (LIITE 1). AUDIT-testit käännettiin suomenkielen lisäksi ruotsin, englannin ja venäjän kielelle.

Haartmanin ja Marian päivystyksissä AUDIT-kyselyiden systemaattinen jakaminen aloitettiin maaliskuussa 2011.

Terveyskeskuspäivystyksen lääkärit ovat haasteellinen ryhmä AUDIT:n käytön perehdytyksessä, vaikkakin LKT Harri Vertio toteaa Lääkärilehden artikkelissa (2006), että lääkäreillä on mainio tilaisuus terveyden edistämiseen antamalla oman asiantuntemuksensa potilaiden käyttöön ja keskustelemalla elintavoista potilaidensa kanssa vastaanotolla. Osa lääkäreistä on terveyskeskuksen omaa henkilökuntaa, mutta yksityisistä yrityksistä tulevat lääkärit tekevät n. 30 % terveyskeskuspäivystyksen vuoroista. Määrällisesti heitä on noin 100 eri lääkäriä. Terveyskeskuspäivystys on kuormitettu ja potilaiden vastaanottoaika on keskimäärin 12 minuuttia. Terveyskeskuspäivystyksessä oltiinkin huolissaan siitä, kuinka aika riittää päihdeasioista kysymiseen ja mini-intervention antamiseen. Tieto AUDIT:n käyttöönotosta ja siihen liittyvistä asioista, kuten Pegasokseen tilastoinnista, on terveyskeskuspäivystyksessä edelleen kesken.

Eräänä huolena työntekijöillä oli jatko-ohjaus. Henkilökunta oli koulutuksesta ja päihdetyöntekijöiden opastuksesta huolimatta ajoittain epätietoinen siitä, kuinka tulee menetellä, kun potilaiden riskirajat ylittyvät. Asiaa käytiin läpi osastokokouksissa, vapaamuotoisissa keskusteluissa sekä koko henkilökunnalle suunnatuissa koulutuksissa.

AUDIT:n käyttö päihdeongelman tunnistamisessa on Käypä Hoito -suosituksen mukaan vaikuttavuudeltaan tasoa B. Useat muut toimijat Helsingin terveyskeskuksessa ovat toivoneet saavansa AUDIT:n käyttöön sekä siihen liittyen myös AUDIT-pisteet tilastoitua. Sepän ja Vartiaisen (2006) mukaan on tärkeää merkitä potilastietoihin myös terveysriskeistä, kuten alkoholin käytöstä ja tupakoinnista, saadut tiedot. Helsingin terveyskeskuksen potilaskirjaukseen käyttämään

Pegasos -potilastietojärjestelmään oli kuitenkin hankala löytää paikkaa pisteiden kirjaukselle. Monen tahon yhteistyöllä ongelma kuitenkin saatiin ratkaistuksi ja Pegasokseen luotiin vapaat raportointikoodit, joihin AUDIT-pisteet saadaan merkittyä. Koodit olivat AUDIT < 8 tai AUDIT > 8. Vapaat raportointikoodit ovat kaikkien terveyskeskuksen eri osastojen käytettävissä. Kirjaamisesta annettiin koko henkilökunnalle kirjalliset ohjeet sekä koulutusta. AUDIT -kirjaaminen on kuvattu tarkemmin liitteessä 3.

3.4 Päihteiden käyttöön puuttumisen malli

Malli perustui AUDIT-testin vaikuttavuuteen sekä päivystyksessä työskenteleviin päihdetyöntekijöihin, heidän konsultoitavissa olevaan rooliinsa sekä muun hoitohenkilökunnan osaamiseen. Mallissa potilaiden omaa vastuuta terveydestään ja alkoholin käytöstään korostettiin. Vaikka hankkeen tavoitteissa oli kohderyhmänä työikäinen väestö, päivystyksessä asioi yli 16 vuotta vanhemmat helsinkiläiset. Näin ollen mallia sovellettiin kaikkiin päivystyksessä asioiviin potilaisiin, myös ikääntyneeseen väestöön. Poissulkukriteerejä ei mallin käyttöönottovaiheessa erityisesti korostettu. Poissulkukriteerejä ovat mm. alkoholismidiagnoosi, voimakas päihtymys, muistamattomuus, raskaus ja alle 18-vuoden ikä sekä yli 65-vuoden ikä.

AUDIT-testiin liitettiin psyykkistä vointia koskeva kysymys. Kysymyksen avulla oli tarkoitus löytää potilaat, jotka kokivat psyykkisen vointinsa huonoksi ja mahdollisesti tarvitsivat päivystyksessä toimivan psykiatrisen sairaanhoitajan tai psykiatrin apua.

3.4.1 Tulotilanne

Potilaiden tulosyy päivystykseen on yleensä äkillinen sairaus tai tapaturma, harvemmin selkeä päihdesyy. Useat sairaudet ovat kuitenkin yhteydessä alkoholinkäyttöön ja tapaturmista monet tapahtuvat alkoholin vaikutuksen alaisina. Potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon varmistamiseksi päivystysprosessin kuluessa on tarpeen arvioida potilaan mahdolliset päihteidenkäyttöön liittyvät oireet ja sairaudet. (Alkoholiongelmaisen hoito 2010, Huumeongelmaisen hoito 2006). Toimintamallin tarkoituksena on selvittää alkoholinkäytön kannalta riskiryhmään kuuluvien henkilöiden alkoholinkäyttöä, saada heidät miettimään omia alkoholinkäyttötapojaan, muuttamaan niitä ja ohjautumaan mahdollisesti hoitoon, mikäli alkoholin käyttö aiheuttaa huolestumista.

Potilaille jaetaan ilmoittautumisvaiheessa AUDIT-testi itsenäisesti täytettäväksi. AUDIT-testin täyttäminen on vapaaehtoista. Potilas antaa täytetyn testin omahoitajalle tai lääkärille, joka kirjaa testin tuloksen potilaan tietoihin sekä käy läpi tarvittavan keskustelun alkoholinkäyttöön liittyen. Keskustelujen sisältö määräytyy AUDIT-testin tuloksen perusteella ja menetelminä käytössä on miniinterventio sekä tarvittaessa ohjaus jatkohoitoon. Potilaan saamat AUDIT-testin pisteet merkitään Pegasokseen. Mikäli potilas ei kykene suorittamaan testiä, kirjataan tämä potilaan tietoihin. AUDIT-testi jää potilaalle itselleen eikä sitä liitetä potilaspapereihin. Hoitohenkilökunta ohjaa tarpeen mukaan potilaan päihde-

työntekijälle. Mikäli päihdetyöntekijä ei ole tavattavissa, sovitaan asiakkaan kanssa, että terveysaseman päihdetyöntekijä ottaa häneen yhteyttä myöhemmin.

Päivystyksessä asioiva henkilö voi olla myös päihteillä oireileva. Terveydenhuollon päivystykseen hakeutuneen tai sinne tuodun päihtyneen henkilön hoidon tarve on arvioitava terveydenhuollossa. Lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994). Terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskinäisen työnjaon on oltava tarkoituksenmukainen ja vastuusuhteiden on oltava selkeästi määritellyt. Työpisteissä tulee olla ajan tasalla olevat ohjeet asiasta.

Psyykkistä hyvinvointia kysytään seuraavalla kysymyksellä: Millaiseksi arvioit psyykkisen vointisi? Vastausvaihtoehtoja on kolme, hyvä, kohtalainen tai huono. Mikäli potilas kertoo kokevansa sen huonoksi, hänet ohjataan psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle, mikäli potilas toivoo sitä.

3.4.2 Toimenpiteet

Oireiden mukainen hoito annetaan Käypä hoito- ja päivystyspoliklinikan ohjeiden mukaisesti kaikille potilaille. Hoidon päälinjoja (ks. työpistekohtaiset ohjeet) oireenmukaisen hoidon lisäksi ovat:
a. Yliannostuspotilaan,
b. delirium tremens -potilaan,
c. päihtymystila (ja tapaturma) -potilaan
d. päihtymystila (ja somaattinen oire) -potilaan,
e. vieroitusoirepotilaan,
f. kaksoisdiagnoosipotilaan
g. epäspesifien oireiden hoito. (Käypä hoito 2011)

Kaikista alle 18-vuotiaista päihtyneistä potilaista tehdään lastensuojeluilmoitus ja ilmoitus vanhemmille. Alle 13-vuotiaista pyydetään psykiatrin konsultaatio ja nuorisopsykiatrinen yksikkö arvioi 13–15-vuotiaiden nuorisopsykiatrisen hoidon tarpeen. Helsingin terveyskeskuksen kantana on, että selkeästi päihtyneellä nuorella tarkoitetaan sitä, että 0 promillea ylittyy. Tarvittaessa ollaan yhteydessä sosiaalipäivystykseen ja tehdään lastensuojeluilmoitus, jos esim. vanhempi on päihtyneenä lapsen kanssa päivystyksessä tai päihtynyt on alaikäinen.

Potilaan kanssa tehdään tarvittaessa muutosvalmiuden kartoitus ja potilasta motivoidaan muuttamaan alkoholinkäyttötapojaan. Tarvittaessa konsultoidaan psykiatrista erikoissairaanhoitoa, sosiaaliviranomaisia tai poliisia (STM 2006.) Mikäli potilaan tilanne vaatii, tavataan potilas yhdessä toisen erityistyöntekijän, kuten psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa. Mikäli yhteistapaaminen ei ole mahdollista, pyritään asiakkaalle varaamaan aika psykiatriselta sairaanhoitajalta tai sosiaalityöntekijältä. Kaikki tehdyt toimenpiteet kirjataan potilastietojärjestelmään.

Potilaalle on velvollisuus antaa hänen henkeään tai terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen hoito, vaikka hänen tahtoaan ei tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi voida selvittää. Ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä tarvitaan hänen laillisen edustajansa, lähiomaisensa tai muun läheisen suostumus. Alaikäisen osalta tilanne riippuu henkilön iästä ja kehitystasosta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992).

Jos päihtynyt kykenee kertomaan hoitoa koskevan tahtonsa ja kieltäytyy hoidosta, ei kiireellistäkään hoitoa voi antaa. Potilaan ollessa selvästi hoidon tarpeessa, mutta siihen haluton, hoidon tarve on perusteltava ja motivoitava häntä jäämään. Potilaan päättäessä lääkärin ohjeesta huolimatta poistua, on tilanteesta tehtävä merkintä potilasasiakirjoihin ja vahvistettava se potilaan allekirjoituksella tai muulla luotettavalla tavalla, kuten kahden muun henkilön nimikirjoituksella. (STM 2001.)

Myös tilanteissa, joissa potilas ei ole hakeutunut päivystykseen päihdesyystä johtuen, mutta AUDIT-testin tulos antaa syytä epäillä potilaan päihteidenkäytön olevan ongelmallista, käy hoitaja tai lääkäri AUDIT-testin mukaisten tulosten perusteella läpi asiakkaan tilannetta, hoidon tarvetta ja jatko-ohjausta. AUDIT-testin ylittäessä riskirajat (naisilla > 5 ja miehillä > 8 pistettä), hoitohenkilökunta keskustelee potilaan kanssa, kartoittaa potilaan päihteiden käyttöä ja siitä mahdollisesti aiheutuvia terveysongelmia, antaa neuvontaa, konsultoi päihdetyöntekijää ja ohjaa potilaan tarvittaessa jatkohoitoon.

3.4.3 Jatkohoito

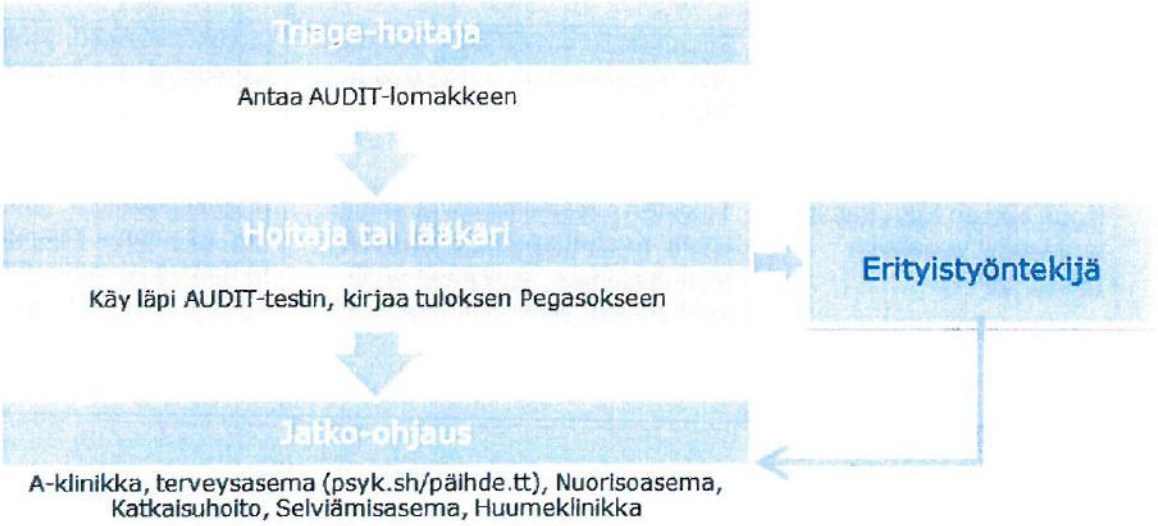
Helsinkiläiset ohjataan jatkohoitoon ensisijaisesti Helsingin kaupungin tarjoamiin palveluihin, kuten terveysasemille, A-klinikoille ja Nuorisoasemille. Jos potilaan somaattinen ja psyykkinen vointi on vakaa eikä hänen kanssaan päästä sopimukseen jatkohoidosta, annetaan hänelle aina suullisesti ja kirjallisesti tietoa soveltuvista päihdehoitopaikoista.

Tarvittaessa potilaan tilanteesta voidaan konsultoida psykiatrian päivystävää lääkäriä ja hoitajia. Potilas voidaan lähettää psykiatriseen päivystykseen päihtymyksestä huolimatta, eikä psykiatrinen sairaala voi vedota promillerajaan tai päihtymyksen asteeseen. Ellei sairaankuljetushenkilöstö pysty kuljettamaan potilasta psykiatrian yksikköön, on poliisi velvollinen antamaan virka-apua kuljetuksen turvaamiseksi (Mielenterveyslaki 1990). Lääkäri voi määrätä potilaan myös tahdosta riippumattomaan päihdehoitoon terveysvaaran perusteella. Terveysvaaran perusteella annettava potilaan hoito toteutetaan toimintayksikössä, jolla on parhaat edellytykset antaa kyseistä hoitoa eli yleensä ensihoidon antaneessa yksikössä. (Päihdehuoltolaki 1986.)

Potilaalla tulee olla paikka, mihin kotiutua, esim. asunto, asuntola, tukiasunto, palveluasunto, palvelukoti, hoitokoti tai laitospaikka. Potilaalle voidaan lisäksi suositella mm. päiväkeskusta, oma-apu- tai vertaistukiryhmää, tukihenkilöä ja päihdetyön verkkopalveluita. Jatkohoitopaikasta voidaan konsultoida palveluohjausta. Potilaalle on annettava sekä suulliset että kirjalliset ohjeet jatkohoitoon

hakeutumiseksi. Kotihoidon ja kotiavun järjestämiseksi voi konsultoida kotiutushoitajaa.

Lievissä päihdeongelmissa asiakas ohjataan jatko-hoitoon oman terveysaseman päihdetyöntekijälle. Päivystyksen hoitaja ja lääkäri voivat myös tarvittaessa konsultoida päivystyksen psykiatria tai psykiatrista sairaanhoitajaa, sosiaalihoitajaa sekä päihdetyöntekijää.



KUVIO 1. Päivystyksen toimintamalli

Potilaan ollessa sairaalaan tullessa kykenemätön täyttämään AUDIT-testiä, testi tehdään myöhemmin potilaan voinnin parannuttua esim. vuodeosastolla.

4 KOULUTUS

4.1 Osaamisen kehittäminen, koulutus

Osaamisen kehittämiseen liittyvän koulutuksen suunnittelu käynnistyi Terve Helsinki -hankkeen alkuvaiheessa. Koulutuksen sisältöä suunniteltiin henkilöstöltä saadun palautteen sekä vuonna 2009 päivystyksen henkilökunnalle suunnatun kyselytutkimuksen antamien tietojen pohjalta. Koulutuksen toteutus aloitettiin vuoden 2010 aikana ja sitä jatkettiin vuoden 2011 ajan.

Koulutuksen tavoitteena oli päivystyksen henkilökunnan osaamisen kehittäminen. Keskeistä oli tukea hoitohenkilökunnan kykyä tunnistaa syrjäytymisvaarassa olevat henkilöt ja puuttua ennakoivasti potilaan tilanteeseen sekä vaikuttaa positiivisesti henkilökunnan asenteisiin päihdeasiakasta kohtaan. Koulutuksessa korostui erityisesti syrjäytymisvaarassa olevien erityisryhmien tunnistaminen sekä palvelu- että päihdetietouden ja puheeksiottamisen tukeminen. Vuoden 2010 koulutukset toteutettiin tammi- touko ja syyskuussa ja vuoden 2011 pienryhmäkoulutukset helmi-, maalis-, huhti-, touko- sekä syys- ja lokakuussa.

TAULUKKO 3. Koulutussuunnitelman ajallinen jakautuminen

Tehtävä	*Tehtävän kuvaus*	*Vastuuhenkilö(t)*
Koulutussuunnitelman laadinta 2009–2011.	Suunnittelussa huomioitava kohderyhmät, tiedottaminen ja koulutuspalautteiden keruu	projektipäällikkö, projektityöntekijät, koulutussihteeri
Koulutusmateriaalin ja koulutussisällön yksityiskohtainen suunnittelu ja laatiminen	Suunniteltiin materiaalit, koulutuksen järjestäminen, puhujat ja toteutus.	projektipäällikkö, projektityöntekijät, koulutussihteeri
Koulutuksen toteuttaminen ja arviointi vuosittain (2010, 2011)	Tulosten julkaiseminen ja analysointi. Koulutuspalaute kerättiin koulutuksittain. Suurempi arvio koulutuksen sisällöstä toteutettiin vuonna 2009.	projektipäällikkö, yksiköiden esimiehet kliinistä työtä tekevä henkilökunta sekä koulutussihteeri Katariina Ilves sekä projektityöntekijät

4.2 Koulutusprosessi 2010

Terve Helsinki -hankkeen koulutusprosessi Haartmanin ja Malmin (myöhemmin Marian) kaupunginsairaaloiden hoitohenkilökunnalle sekä lääkäreille toteutettiin neliosaisena vuonna 2010. Koulutussuunnittelussa hyödynnettiin henkilökunnalle tehtyä kyselyä, jolla mitattiin tiedollisia ja taidollisia valmiuksia sekä työntekijöiden asenteita päihteitä käyttäviä ja niiden käytöllä oireilevia potilaita kohtaan. Kyselyssä selvitettiin myös kuinka usein työntekijät kohtaavat päihteitä käyttäviä, mielenterveysongelmaisia ja syrjäytyneitä potilaita. Koulutusprosessin punaisena lankana oli käsitellä teemoja työelämälähtöisesti ja motivoida työntekijöitä siihen, että heillä on merkittävä vaikutusmahdollisuus päihde-ehtoisten sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. Kyselyssä tuli esille muun muassa se, että päihteiden käyttäjiä kohdataan työssä usein ja työntekijät kokevat päihteiden käyttöön puuttumisen tärkeäksi. Toisaalta vastaajat kokivat vaikeaksi alkoholin käytön puheeksi ottamisen ja siihen puuttumisen. Vaikeutta lisäsi aikaresurssien rajallisuus sekä tiedollisten ja taidollisten valmiuksien puuttuminen.

Koulutusprosessien tavoitteina oli lisätä ja vahvistaa työntekijöiden tiedollisia ja taidollisia valmiuksia asiakkaiden päihteiden käyttöön liittyvissä kysymyksissä sekä kannustaa työntekijöitä pohtimaan omia asenteitaan työssään. Lisäksi tavoitteena oli se, että koulutusprosessi tukee päivystyspoliklinikoiden toimintamallin kuvaamista ja jalkauttamista. Koulutusprosessin odotettiin myös tukevan lähijohtamista, työryhmien yhteisten pelisääntöjen muodostumista, Helsingin kaupungin palvelujärjestelmän tarkoituksenmukaista käyttöä sekä moniammatillista yhteistyötä. Lopullisiksi hyödynsaajiksi kirjattiin kaupunginsairaaloiden potilaat läheisineen. Koulutusprosessin suunnittelussa huomioitiin Opetushallituksen (2007) suositus päihdetyön opetuksesta, jossa mainitaan että päihdetyön koulutuksen sisältönä tulee olla ajankohtaisen tiedon tarjoaminen päihteistä,

päihdehaitoista, päihteiden vaikutuksesta yksilöön ja yhteisöön sekä päihdehoidoista ja niiden vaikuttavuudesta.

4.2.1 Koulutusosio 1

Ensimmäinen koulutusosio järjestettiin 26–27.1.2010 Rantasipi Airport Congress Centerissä, Vantaalla ja hotelli Linnassa, Helsingissä. Koulutusosio 1:n koulutuspäiviin osallistui yhteensä 254 henkilöä.

Koulutus aloitettiin koulutusprosessin ja henkilöstölle suunnatun kyselyn tulosten käsittelyllä. Kyselyn tuloksia käsiteltäessä mainittiin, että koulutusprosessin suunnittelussa tuloksilla on ollut tärkeä merkitys. Ihmisten välistä vuorovaikutusta käsiteltiin ammattinäyttelijän johdolla. Tavoitteena oli herätellä osallistujissa omien työtapojen ja viestinnän peilaamista työssään sekä korostaa omaa vastuuta rakentavan vuorovaikutuksen osana.

Osion iltapäivällä esitetyt alustukset käsittelivät elämänkaarimalliin rakentuen nuorten, työikäisten sekä ikääntyvien päihteiden käytön tilannetta (alkoholipainotteinen) sekä tehokkaiden interventioiden esittelyä. AUDIT -kysely esiteltiin ja sitä suositeltiin tehokkaana menetelmänä alkoholin käytön kartoittamisessa työikäisillä asiakkailla.

Koulutuksessa esiteltiin lyhyesti myös muita keskeisiä päihteiden käytön kartoittamisen apuvälineitä, koska osa asiakkaista on nuoria alaikäisiä ja ikääntyviä yli 65-vuotiaita. Mainittuja muita esiteltyjä päihteiden käytön kartoittamisen välineitä olivat CRAFFT, ADSUME, CAGE ja ikääntyneiden AUDIT.

Koulutusosiossa korostettiin, että asiakkaan oireeseen ja tilanteeseen suhteutettua alkoholineuvontaa annettaessa, vastaanoton ilmapiiri on tärkeä (empaattinen suhtautuminen, rohkaisu ja kannustus). Koulutusosiossa esiteltiin motivoivan haastattelun (Miller & Rollnick 2002) periaate vuorovaikutuksellisena elementtinä, jossa työntekijä voi vuorovaikutustaidoillaan vaikuttaa asiakkaan sisäiseen motivaatioon positiivisesti. Koulutettavia kannustettiin AUDIT-testin käyttöön ja alkoholin käytön puheeksi ottamiseen.

4.2.2 Koulutusosio 2

Seuraava koulutusosio järjestettiin 26–27.5.2010 Rantasipi Airport Congress Centerissä, Vantaalla. Osion koulutuspäiviin osallistui yhteensä 226 henkilöä.

Koulutuspäivä aloitettiin esittelemällä tilastoja suomalaisten alkoholinkäytöstä ja käytön seurauksista. Tällä pyrittiin motivoimaan osallistujia siihen, että varhaisessa vaiheessa puheeksi otettu alkoholin riskikäyttö muuttuu todennäköisimmin riskittömämmäksi. Tutkijan tilastot osoittivat selkeästi sen, että alkoholisairauksien ja alkoholiperäisten kuolemien suhteellinen osuus on suurempi niillä henkilöillä, jotka ovat työelämässä ja joilla on alkoholin suurkulutusta. Lisäksi nämä henkilöt käyttävät runsaasti sosiaali- ja terveysalan palveluja joillakin muilla kuin alkoholisyillä. Tällaisia ovat esimerkiksi vatsakivut, masennusoireet,

unettomuus jne. Koulutusosiossa käytettiin teatteriryhmää, jonka johdolla päihteiden käytön puheeksi ottoa ja päihteitä käyttävään potilaaseen suhtautumista käsiteltiin.

Koulutuspäivää jatkettiin alustuksella, jossa käsiteltiin päihteiden käytöllä oireilevan henkilön muutosprosessia ja sen eri vaiheita sekä työntekijän roolia eri vaiheissa. Tämä ja teatteriryhmän alustus kytkettiin ensimmäisessä osiossa käsiteltyyn vuorovaikutukseen sekä motivointiin. Koulutuspäivän viimeisessä osiossa esiteltiin Helsingin kaupungin päihdepalvelujärjestelmää.

4.2.3 Koulutusosio 3

Kolmas koulutusosio järjestettiin 21–22.9.2010 High Tech Centerissä, Helsingissä. Koulutuspäiviin osallistui yhteensä 119 henkilöä.

Koulutusosion sisältö käsitteli alkoholin käyttöön liittyviä somaattisia sisätautisairauksia, akuuttihoitoa ja päihdepsykiatrisen potilaan kohtaamista. Lisäksi koulutuksessa käsiteltiin koulutuspalautteiden perusteella erityiskysymyksinä intoksikaatiopotilaan ja ulkomaalaistaustaisen asiakkaan kohtaamiseen liittyviä kysymyksiä sekä päivitettiin huumausainetilannetta että -tietoutta. Koulutuspäivän kuluessa esiteltiin alustavasti hankkeeseen liittyvän ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön (Nyman A 2010) tuloksia sekä päivystyspoliklinikoilla sovellettavaa toimintamallia.

4.2.4 Koulutusosio 4

Neljäs koulutusosio järjestettiin puolipäiväisinä tilaisuuksina 7–8.12.2010 Helsinki Congress Paasitornissa. Koulutuspäiviin osallistui yhteensä 157 henkilöä.

Koulutusosion alustuksissa käsiteltiin akuutin tilanteen takia vakinaista asuntoa vailla olevien potilaiden infektioiden hoitolinjoja. Syksyn 2010 aikana tämän potilasryhmän keskuudessa oli epidemiauhka tuberkuloosin ja MRSA:n osalta. Osallistujille päivitettiin päihteiden käyttöön liittyvät terveyspalvelut ja kokemusasiantuntijan alustus käsitteli asiakasnäkökulmaa entisen moniongelmaisen päihteiden käyttäjän kertomana. Osallistujille esiteltiin päivitetty päivystyspoliklinikoiden toimintamalli sekä vuoden 2011 koulutustarjonta.

Koulutusprosessista kerättiin palaute osallistujilta, mutta palautteiden määrä jäi pieneksi. Keskimäärin palautteiden määrä edusti 3–5 prosenttia osallistujista. Palautetta kerättiin myös reflektoimalla koulutusta osallistujien ja kouluttajien kanssa. Palautteiden perusteella koulutusprosessi vastasi työelämän tarpeisiin hyvin tai erittäin hyvin. Palautteita järjestetyistä koulutuksista kerättiin myös päivystyksen esimiesten antaman palautteen pohjalta. Henkilökuntaa myös kannustettiin antamaan suoraa palautetta hankkeen projektipäällikölle. Negatiivisten palautteiden määrä oli pientä ja se väheni koulutusprosessin edetessä. Erityisesti tämä näkyi niin, että potilaisiin suuntautuvien asenteeltaan negatiivisten kommenttien määrä väheni. Toisaalta vähemmistön kritiikki suuntautui tämän jälkeen kehitettävää toimintamallia kohtaan. Toteutetut koulutukset olivat koko-

naisuudessaan mittavia ja vastaavanlaisten koulutusten järjestämisestä laajemmalle kuulijakunnalle saatiin jatkuvasti toiveita.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että prosessiluonteinen ja moniammatillisille osallistujille suunnattu yhteinen koulutus vastasi hyvin sille asetettuihin tavoitteisiin. Koulutusprosessi oli suunniteltu siten, että työntekijät osallistuisivat kaikkiin osioihin, arvioiden mukaan tämä toteutui 60 prosentin osalta. Koulutusprosessin osiot 3 ja 4 ajoittuivat ajankohtaan, jossa Malmin sairaala siirtyi Marian sairaalan tiloihin ja organisaatioissa tapahtui muutoksia. Nämä isot muutokset karsivat osallistujia koulutusprosessilta.

4.3 Pienryhmäkoulutukset vuonna 2011

Vuonna 2011 toteutettiin Haartmanin ja Marian sairaaloiden sekä selviämishoitoaseman työntekijöille puolenpäivän kestoisia pienryhmäkoulutuksia yhteensä 10 kertaa ja niihin osallistui yhteensä 96 henkilöä kevään aikana. Koulutusryhmien koko oli rajattu maksimissaan 20 henkilöön, koska osatavoitteena oli harjaannuttaa mentoroituna osallistujia alkoholin käytön puheeksi ottamiseen sekä terveysneuvontaan omassa työssään. Kouluttajina toimivat Terve Helsinki -hankkeen päihdetyöntekijät Marianne Hellsten ja Petri Kylmänen sekä Terveysasema kuntalaisen käyttöliittymänä -hankkeen projektityöntekijä Ari Karppinen.

Koulutuksessa toteutettiin AUDIT:n käyttöön perehtyminen interaktiivisella menetelmällä ja tämän jälkeen keskustellen sen käytöstä omaan työhön liittyen (soveltaminen). Interaktiivisessa menetelmässä osallistujat tekivät AUDIT-testin äänestyslaitteita hyväksi käyttäen ja ryhmän tulos heijastettiin reaaliajassa vastaajien käytettäväksi. Tämän jälkeen käytiin läpi muutosvaiheen malli ja motivoivan haastattelun periaatteet (Miller & Rollnick 2002) sekä keskusteltiin lyhytneuvonnan toteuttamisesta käytännössä.

Koulutus jatkui kolmikantamenetelmällä toteutetulla keskusteluharjoitteella, jossa osallistujille jaettiin valmiiksi täytetyt AUDIT-testit taustatietoineen. Vuorollaan yksi osallistuja oli työntekijän, potilaan tai tarkkailijan asemassa. Harjoittelu purettiin yleiskeskustelulla. Koulutusosio päättyi palvelujärjestelmän päivittämisellä ja osallistujia kannustettiin alkoholin riskikäyttäjien ohjaamiseen omille terveysasemilleen.

Koulutuksessa jokaiselle osallistujalle jaettiin henkilökohtainen kirjallinen materiaalipaketti työn tueksi ja se käsitti seuraavat aineistot: Terveydeksi -esite, alkoholi ja perusterveydenhuolto, riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio -hoitosuosituksen yhteenveto (PHEPA-hankkeen hoitosuositus), alkoholin riskikäytön tunnistaminen ja mini-interventio -laminoitu neuvontakortti eli A-kortti sekä S-kortti, esitteet alkoholinkäytön itsearviointiin ja/tai neuvontaan, Helsingin terveyskeskuksen versio 10-henkilökohtaista kysymystä alkoholinkäytöstä (AUDIT), tiedätkö, paljonko juot? -kortti, alkoholi suurkulutuksen riskit -kortti, juomanlaskijan opas, 'Vähennä Vähäsen' -opas, Otetaan selvää - ikääntyminen ja alkoholi -opas sekä Helsingin kaupungin päihdepalvelut -monisteet.

Koulutusprosessista kerätyn palautteen perusteella koulutusprosessi vastasi hyvin osallistujien tarpeisiin. Jatkoehdotuksena on vastaavien koulutusten ylläpitäminen. Erityisesti tulee korostaa sitä, että kohderyhmänä ei ole päihteiden käytöllä näkyvästi oireilevat, vaan erityisesti riskikuluttajat ja alkoholia haitallisesti käyttävät. Koulutusprosessi kytkeytyi kansalliseen alkoholiohjelmaan 2008–2011. Alkoholiohjelmassa korostetaan yhteistyötä alkoholihaittojen vähentämiseksi ja sen keskeinen sanoma on, että monet yhteiskunnan toimijat voivat ratkaisuillaan ja toiminnallaan vähentää alkoholihaittoja.

5 MUUT TOTEUTETUT KEHITTÄMISTOIMENPITEET

Projektissa

- Osallistuttiin Terve Helsinki Forumiin
- Koottiin Päihdekansiot päivystyksen ja osastojen käyttöön
- Koulutettiin päivystyksen henkilökuntaa havainnoimaan, tunnistamaan ja ohjaamaan olemassa olevaan palvelujärjestelmään syrjäytymisvaarassa oleva tai syrjäytynyt asiakas tehostamalla päihdeasiantuntemusta ja psykiatrisen potilaan kohtaamista
- päivitettiin tiedot palvelujärjestelmästä
- muodostettiin sairaaloihin päihdeyhdyshenkilöiden verkosto sekä
- kuvattiin ja mallinnettiin toiminta.

Projektin aikana kehitettiin päivystyksessä toimivien erityistyöntekijöiden eli päihdetyöntekijöiden, psykiatristen sairaanhoitajien sekä sosiaalityöntekijöiden välistä yhteistyötä. Samalla sovittiin erityistyöntekijöiden kesken moniammatillisen työskentelyn toteuttamisesta sekä joustavasta asiakkaan siirtämisestä työntekijältä toiselle.

Projektin kuluessa tehostettiin asiakkaiden jatko-ohjautumista terveysasemien päihdetyöntekijöille sekä psykiatrisille sairaanhoitajille. Terveysasemien päihdetyöntekijöille potilaita voitiin siirtää eri tavoin: välittämällä tietoa Pegasos-postin välityksellä, soittamalla, potilaiden omilla yhteydenotoilla ja päivystyksen henkilökunnan yhteydenotoilla. Päivystyksen psykiatrisilta sairaanhoitajilta ei jatkossa edellytetty terveysasemien lääkärin arviota psykiatrisen sairaanhoidon tarpeen arviosta, vaan päivystyksessä tehty arvio mahdollistaa asiakkaan suoran ohjaamisen terveysaseman psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle.

Projektin aikana raportoitiin myös Helsingin kaupungin sosiaalivirastolle päihdeasiakkaiden hoitoon pääsyn ongelmista ja siinä erityisesti päivystyksen näkökulmasta esiintyneistä hankaluuksista. Ongelmia ratkottiin yhdessä sosiaaliviraston henkilökunnan kanssa ja mm. päivystykset pystyvät jatkossa tekemään ns. yövarauksia katkaisuhoitoon pääsemisen varmistamiseksi seuraavana päivänä.

Yhteistyötä kehitettiin myös päihdekatkaisua tarjoavien laitoshoitopaikkojen kanssa. Kesäkuussa 2011 sovittiin, että päivystyksen päihdeasiakkaita voidaan

jatkossa ohjata päivystyksestä Hangonkadun kuntoutuskeskukseen myös viikonloppuisin. Hangonkatu aloitti potilaiden vastaanottamisen lähetteillä viikonlopun aikana 1.8.2011. Läntinen A-klinikka on ottanut koko ajan potilaita lähetteillä myös iltaisin ja viikonloppuisin.

Terveyskeskuspäivystykset aloittivat syyskuussa 2011 avokatkaisut päivystyksissä.

AA-ryhmän (Anonyymit Alkoholistit) käynnistämisen valmistelu aloitettiin Haartmanin sairaalan tiloissa tammikuussa 2011. Helsingin terveyskeskus tarjosi ryhmälle kokoontumistilan. Ryhmä aloitti toimintansa 7.2.2011 kokoontuen joka maanantai klo 18.00–19.30. Ryhmä toimi säännöllisesti ja ryhmän vetämisestä ja toiminnasta vastaa AA.

Lisäksi projektin jäsenet osallistuivat aktiivisesti Helsingissä kokoontuviin päihdetyön verkostotapaamisiin mm. Helsingin mielenterveys- ja päihdetyön verkostoon sekä Päihdeverkosto -toimintaan, joiden tehtävänä on tiedottaa alalla tapahtuvista muutoksista, saada eri toimijoita verkostoitumaan keskenään ja näillä toimin parantaa potilaan kulkua hoitopoluissa.

6 TILAISUUDET JA JULKAISUT

6.1 Tilaisuudet

Projekti oli esillä lukuisissa eri tilaisuuksissa ja tapahtumissa niin Helsingin terveyskeskuksessa kun sen ulkopuolellakin:

- Johtavien ylihoitajien päivillä (2010)
- Terveysasemien johtajien seminaarissa (2011)
- Kaupunginsairaalan johtoryhmässä (2011)
- Nordic Conference of Mental Health Nursing (2010)
- Sairaanhoitajapäivät Helsingin Messukeskuksessa (2010 ja 2011)
- Kaupunginsairaalan johtoryhmässä (2011)
- Malmin ja Marian sekä Haartmanin sairaaloiden henkilökuntien osastokokouksissa (2010–2011), samalla on muodostettu sairaaloiden päihdehoitotyön yhdyshenkilöverkosto
- Laakson sairaala, osastokokous (2010)
- Marian sairaalan lääkäreiden kokouksissa viisi kertaa (2010–2011)
- Haartmanin sairaalan lääkäreiden kokouksessa kerran (2011)
- Haartmanin ja Marian sairaaloiden lääkäreiden koulutustilaisuudessa huhtikuussa 2011
- Päihdetyöntekijän toimenkuvan esittely Helmi-intrassa helmikuussa 2011
- Läntisellä A-klinikalla ja Hangonkadun kuntoutuskeskuksessa sekä Tervalammin päihdekuntoutusyksikössä (2011)
- Opetushallituksen päihdetutkintotoimikunnassa (2010)
- Uudenmaan sairaanhoitajat ry:n päihdehoitotyön verkostolle (2010)

- HUS:in henkilöstölle kahdessa tilaisuudessa Meilahdessa (2011)
- Auroran sairaalan Psykiatrian päivystyksen sekä vuodeosastojen henkilökunnalle (2010 ja 2011)
- Lapin ja Satakunnan sairaanhoitopiirien Kaste-ohjelmassa työskenteleville hanketyöntekijöille (2011)
- Terken päihdekoulutusiltapäivissä (4) (2011)
- Terveyden ja hyvinvoinnin hankkeen kolmessa koulutusseminaarissa Venäjällä (Kuola, Montshegorsk ja Apatiitit). Koulutusseminaarit järjestettiin kesäkuussa 2011 ja niiden tavoite oli paikallishallinnon yhteistoiminnan tehostaminen päihteiden vastaisessa työssä. Koulutusseminaarissa esiteltiin Terve Helsinki-hankkeen toimintaa ja erityisesti päivystyksestä hoitoon osahankkeessa saatuja kokemuksia sekä toimintoja.
- Tulossa vuonna 2012 1st European Conference of Mental Health Nursing 2012
- Yle Tv-uutisten päälähetyksessä uutisointi (29.7.2011).

6.2 Projektijulkaisut

Osaprojektista laadittiin Terve SOS -tapahtumassa esitetty posteri "Päihdetyö tehostuu Helsingin terveyskeskuksen päivystyksissä" ja posteri oli tapahtuman posterinäyttelyssä.

Päivystyksestä hoitoon -projektiin liittyen on julkaistu Petri Kylmäsen kaksi artikkelia Poliklinikkasairaanhoitaja-lehdessä, ensimmäisessä käsiteltiin alaikäisen päihteiden käytöllä oireilevan potilaan hoitotyötä päivystyspoliklinikalla (2010) ja toisessa aikuisen potilaan hoitotyötä päivystyspoliklinikalla (2011). Päivystyksestä hoitoon -osahankkeesta on uutisoitu Sairaanhoitajalehdessä syksyllä 2010.

Projektista on tehty kaksi opinnäytetyötä. Sairaanhoitaja Anu Nyman teki Diakonia-ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulun lopputyönä hankkeen aineistosta "Päihdehoitotyö päivystyksessä" -nimisen opinnäytetyön keväällä 2011. Sairaanhoitajat Senja Lalla ja Piia Lahtinen tekivät opinnäytteen "Päihteitä käyttävän potilaan kohtaaminen päivystyksessä -hoitohenkilökunnan näkemyksiä". Opinnäytetyöt on esitelty päivystyksen henkilökunnalle osastotunneilla sekä Anu Nymanin työ myös Päivystyksestä hoitoon -hankkeen projektiryhmälle.

6.3 Projektikansio

Hankkeen keskeisimmät dokumentit on talletettu hankkeen projektikansioon, joka löytyy työpöydän Yhteiset-kansiosta, joka on kaikkien terveyskeskuksen työntekijöiden käytettävissä.

Projektityöntekijät koostivat keväällä 2011 Päihdekansion Haartmanin ja Marian päivystysten käyttöön. Kansiosta löytyvät keskeiset asiat koskien potilasohjausta sekä yleistä tietoa päihteistä ja päihteidenkäyttäjien hoidosta. Kansiot jaettiin

kaikkiin päivystyksen huoneisiin sekä osastoille ja ajanvarauspoliklinikoille. Kansioiden tarkoituksena on helpottaa hoitohenkilökunnan työtä jatkopaikkojen selvittelyssä ja päihdepotilaiden hoidossa. Osa kansion materiaalista on saatavissa myös sähköisenä versiona.

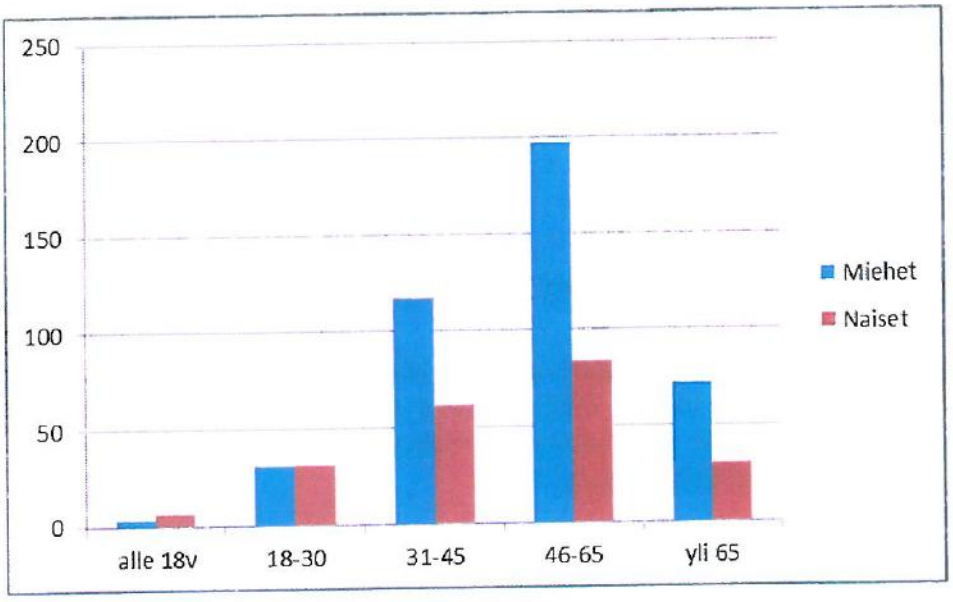
7 PÄIVYSTYKSESTÄ HOITOON -PROJEKTIN TULOKSET

Osaprojektin tuloksia on kerätty Haartmanin ja Marian sairaalan päivystyksen henkilökunnalle tehdyistä, vuosina 2009 ja 2011 toteutetuista kyselyistä sekä ulkoisen arvioijan tekemästä selvityksestä. Päihdetyöntekijöiden asiakasluvut on poimittu Pegasos-potilastietojärjestelmästä.

7.1 Päihdetyöntekijöiden asiakasmäärät

Haartmanin ja Marian sairaaloiden päihdetyöntekijöiden asiakasmäärät ajalla 1.1–22.8.2011 olivat yhteensä 632 potilasta, joista päivystyspoliklinikoilla 360 potilasta ja osastoilla 230 potilasta. Tämän lisäksi päihdetyöntekijän vastaanotolla kävi 37 potilasta. Konsultaatioita päivystyspoliklinikoille oli lisäksi 154, osastoille 159 ja ulkopuolisille 36 kpl. Soittoja potilaille tai potilailta oli yhteensä 129 puhelua. Tämän lisäksi päihdetyöntekijät tapasivat potilaiden omaisia. Osaa potilaista tavattiin yhdessä sosiaalityöntekijän, psykiatrisen sairaanhoitajan tai kotiutushoitajan kanssa.

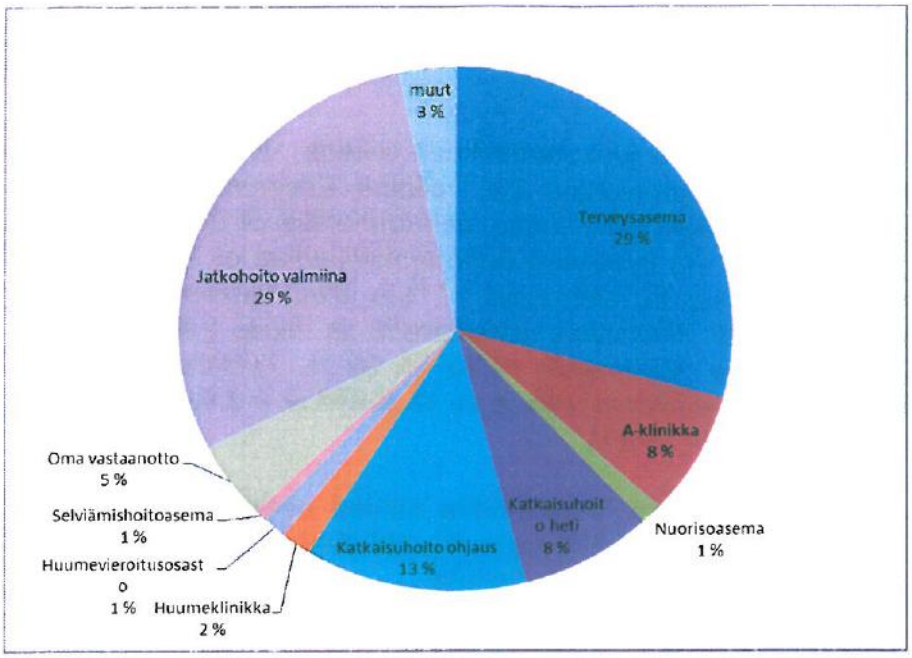
Potilaiden ikäjakauma noudatti päihdehuollon piirissä vallitsevaa jakaumaa, jonka mukaan tyypillisin asiakas oli noin 48-vuotias mies. 46–65 -vuotiaiden miesten ryhmä oli selkeästi suurin, 197 potilasta. Kaikkiaan miehillä oli 420 käyntiä (66 % kaikista käynneistä). Naisia potilaista oli 212 potilasta (34 % kaikista asiakkaista), mikä on hiukan päihdehuollon tilastoissa esiintyviä lukuja korkeampi (yleensä n. 30 %). Myös naisilla 46–65 -vuotiaiden määrä oli merkittävä (40 % naisasiakkaiden määrästä). Asiakkaiden ikäjakaumaa on tarkasteltu sukupuolittain kuviossa 2.



KUVIO 2. Päihdetyöntekijöiden potilaiden ikäjakauma Haartmanin ja Marian sairaaloissa, yhteensä.

Päihdetyöntekijöiden käytännön päihdehoitotyö sisälsi keskustelua, ohjausta, kannustamista, kehotuksia harkita päihteiden käytön lopettamista sekä asiakkaan jatkohoitoon ohjaamista. Psykiatrista sairaanhoitajaa, sosiaalityöntekijää ja kotiutushoitajaa konsultoitiin varsin matalalla kynnyksellä.

Päihdetyöntekijät ohjasivat 71 % potilaista jatkohoitoon. Jatkohoito-ohjauksen ulkopuolelle jäi potilaista ne (29 %), joilla oli jo toimiva avohoito tai jotka siirtyivät esim. kaupunginsairaalan vuodeosastoille. Vaikka osa potilaista ei ollut valmiita vielä jatkohoidon piiriin, kaikille potilaille annettiin ohjeistus ja tiedot jatkohoitomahdollisuuksista. Jatkohoito "muut" piti sisällään mm. Vamos-projektin, Ahtilan toipilaskodin, työterveyshuollon, Pilke-projektin, päivystyksen psykiatrisen sairaanhoitaja ja psykiatrin luo tapahtuneet ohjaukset (kuvio 3)



KUVIO 3. Potilaiden jatkohoito

7.2 Ulkoinen arviointi mallin toimivuudesta

Projektin sisäisen arvion lisäksi projektille haluttiin ulkopuolinen näkemys, joten projektista tilattiin ulkoinen arvio päihde- ja projektityön asiantuntijalta, sairaanhoitaja (YAMK) Jan Holmbergilta. Selvitystyö sisälsi AUDIT:n käyttöönoton arvioimisen, henkilökuntakyselyiden arvioimisen sekä osaprojektin kokonaisarviointia. Selvitykselle haettiin ja saatiin selvityslupa keväällä 2011.

Selvitystyö aloitettiin tutustumalla Helsingin terveyskeskuksen päivystyksen tiloihin ja henkilökuntaan sekä lähettämällä henkilöstökysely päivystyksen henkilökunnalle. Henkilöstökysely vastasi projektin alussa tehtyä kyselyä. Selvitystyössä arvioitiin AUDIT:n käyttöä terveyskeskuspäivystyksissä Pegasos potilastietojärjestelmästä. Henkilöstökyselyn vastausten valmistuttua siirryttiin tulosten evaluointiin. Lopulta tehtiin koko projektista selvitys. Selvitystyö on liitteenä 7.

Selvitystyö tehtiin sekä toimeksiantajan että konsultin tiloissa, mikä mahdollisti joustavan työskentelyn. Samalla saatiin ymmärrys projektin luonnollisesta ympäristöstä.

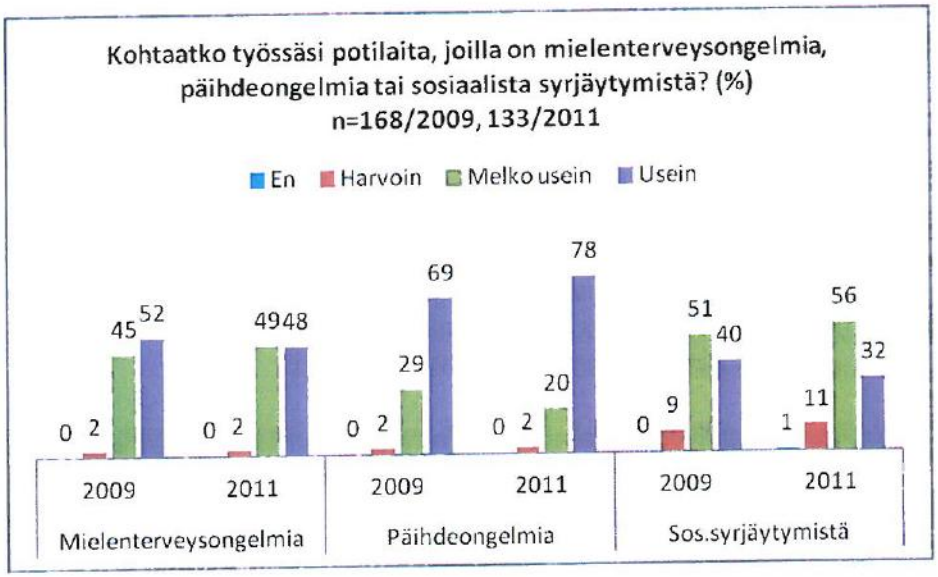
7.2.1 Henkilökuntakyselyn tulokset

Päivystyksen henkilökunnalle lähetettiin kaksi lähes samansisältöistä sähköistä kyselyä. Jälkimmäistä kyselyä täydennettiin lisäksi lisäkysymyksillä koulutuksiin ja päihdetyöntekijöihin liittyen. Kyselyllä kartoitettiin henkilökunnan asenteita, tietoja ja taitoja päihteitä käyttävien, mielenterveysongelmaisten sekä sosiaalisesti syrjäytyneiden henkilöiden hoitotyöstä. Lisäksi kysyttiin päihdehoitotyöhön liittyvästä yhteistyöstä, ohjaamisesta sekä ohjeistuksista. Kyselyssä oli mukana

poliklinikoiden lisäksi Haartmanin ja Marian sairaalan osastot sekä selviämishoitoasema.

Ensimmäinen kysely toteutettiin joulu-tammikuun aikana, vuoden 2009–2010 vaihteessa ja toinen kysely kesä-elokuun 2011 aikana. Ensimmäiseen kyselyyn (E) vastanneista 80 % oli hoitohenkilökuntaa: sairaanhoitajia oli 58 %, perus- tai lähihoitajia 22 %. Toisessa (T) kyselyssä hoitohenkilökuntaa oli 81 prosenttia: Sairaanhoitajia 64 % ja perus- tai lähihoitajia 17 %:a. Muut vastaajat olivat lääkäreitä, sosiaalityöntekijöitä, lääkintävahtimestareita ja muita päivystyksessä työskenteleviä ammattilaisia. Vastaajista naisia oli 82 %. Työkokemuksen pituuden suhteen vastaajia oli eniten ryhmissä yli 15 vuotta ja 0-3 vuotta työskennelleiden joukossa (vajaa kolmasosa).

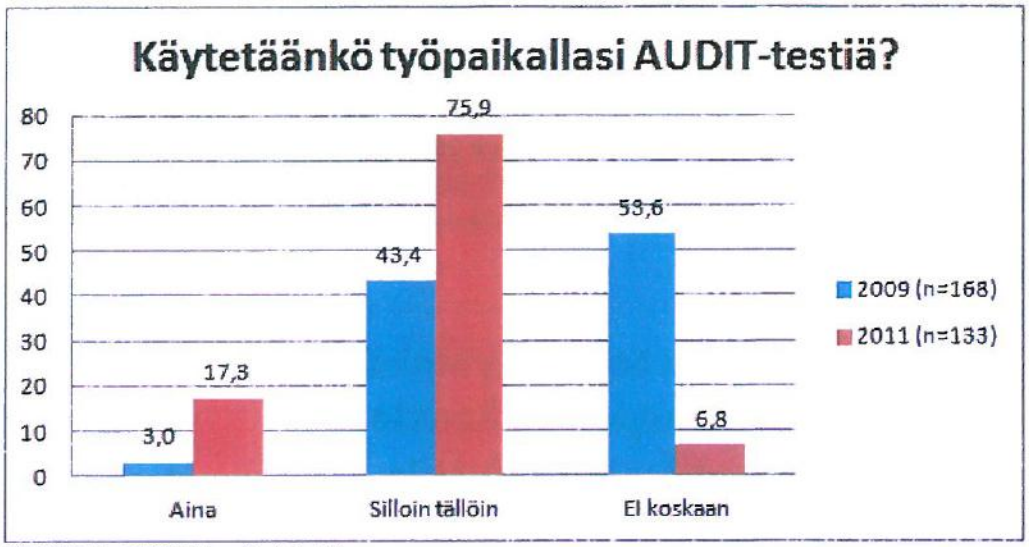
Vastausten mukaan päivystyksen henkilökunta kohtaa usein tai melko usein työssään asiakkaita, joilla on mielenterveys- tai päihdeongelmia tai jotka ovat työntekijöiden mielestä sosiaalisesti syrjäytyneitä.
Tulokset on esitetty kuviossa 4.



KUVIO 4. Työntekijöiden näkemys mielenterveys- tai päihdepotilaiden sekä sosiaalisesti syrjäytyneiden ihmisten kohtaamisesta päivystyksessä

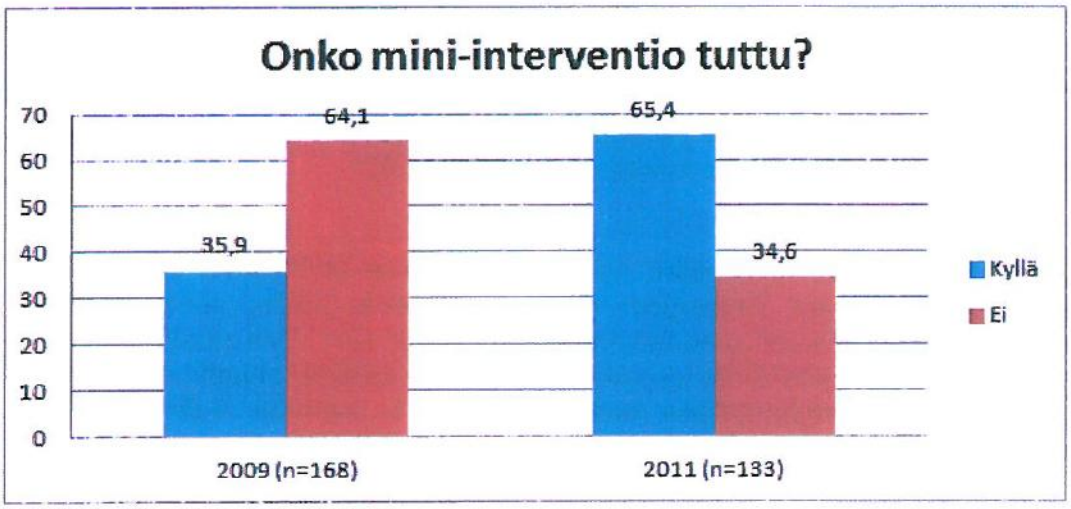
Molempien kyselyiden osalta 92 % ilmoitti, että alkoholinkäyttö kannattaa ottaa puheeksi potilaan kanssa. Tulosten mukaan vastaajat myös puuttuivat työssään asiakkaan päihteiden käyttöön (E 89, T 91 prosenttia), mielenterveysongelmiin (E 78, T 74 prosenttia) sekä sosiaaliseen syrjäytymiseen (E 68, T 55 prosenttia). Tulosten mukaan alkoholin käyttö otettiin puheeksi melko usein (E 29, T 37 prosenttia), usein (E 38, T 32 prosenttia) tai aina (E 24, T 18 prosenttia).

Projektin kannalta haluttiin selvittää, käytetäänkö päivystyksessä AUDIT-testiä. Ensimmäisessä kyselyssä yli puolet (54 %) vastaajista ilmoitti, ettei AUDIT-testiä käytetä koskaan heidän työpaikallaan. Jälkimmäisessä kyselyssä AUDIT-testiä kokonaan käyttämättömien osuus oli laskenut alle seitsemään prosenttiin. Tulokset on esitetty kuviossa 5.



KUVIO 5. AUDIT-testin käyttö

Käypä hoito (2011) suosituksen mukainen alkoholi mini-interventio eli lyhytneuvonta oli tuttu menetelmä ensimmäisessä kyselyssä 36 prosentille vastaajista ja toisessa kyselyssä 65 prosentille (kuvio 6). Lyhytneuvonta menetelmänä oli jälkimmäisessä kyselyssä huomattavasti tutumpaa.

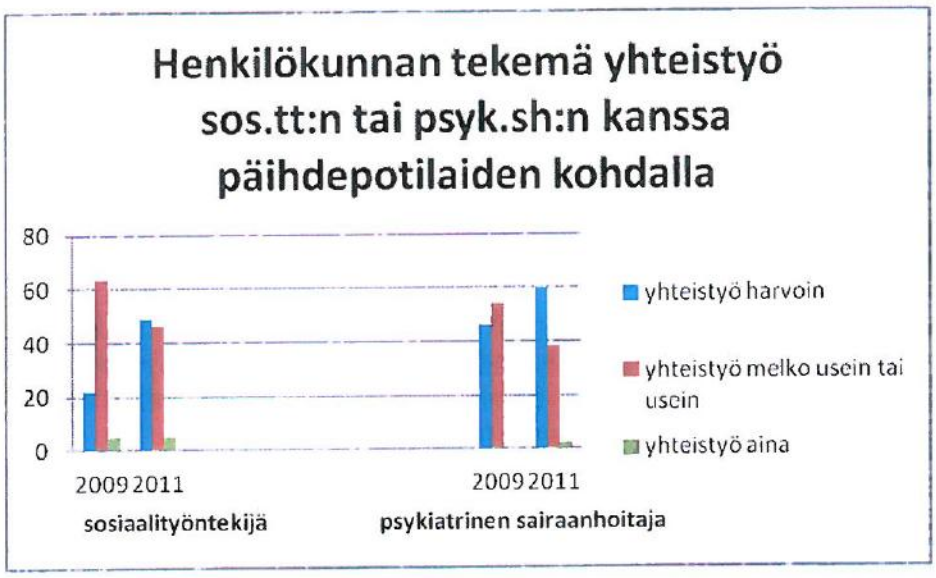


KUVIO 6. Mini-intervention tuttuus

Henkilökunnalle suunnatussa kyselyssä kartoitettiin myös päihdepotilaan kohtaamista sekä päihdetyöhön liittyviä asenteita. Päihteitä käyttävien potilaiden hyökkäävä tai uhkaava käyttäytyminen henkilökuntaa kohtaan oli molemmissa kyselyissä korkea, vaikka laskua oli hiukan tapahtunut. (E 82, T 74 prosenttia vastaajista). Vastausten perusteella päihdeasiakkaisiin oli vaikea luottaa (E 79, T 76 prosenttia).

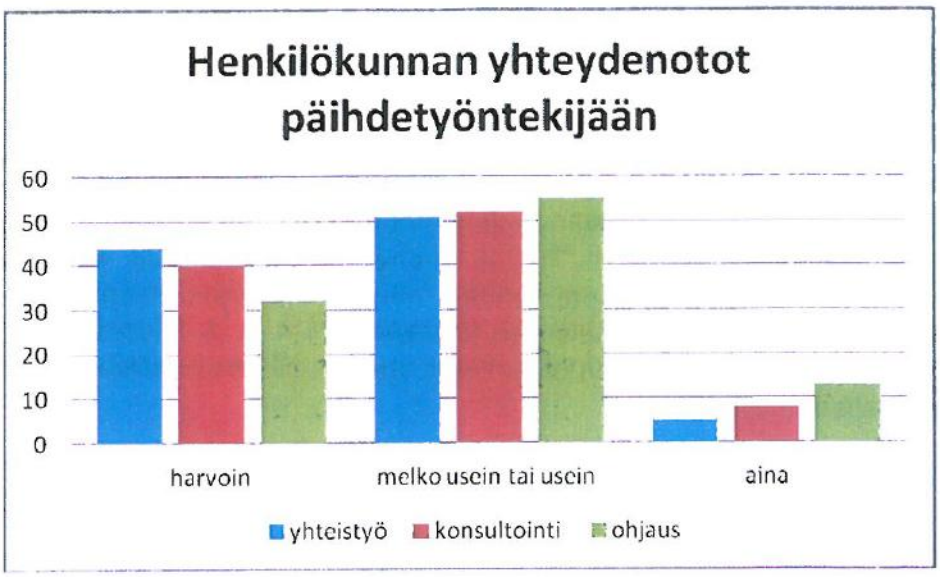
Vastaajien mielestä asiakkaan haluttomuus osallistua omaan hoitoon vähensi henkilökunnan hoitomotivaatiota ensimmäisessä kyselyssä jälkimmäistä enemmän (E 74, T 57 prosenttia).

Päihteitä käyttävän potilaan osalta tehtiin yhteistyötä päivystyksen sosiaalityöntekijän kanssa melko usein (E 32, T 26 prosenttia), usein (E 31, T 20) tai aina (E 5, T 5 prosenttia) ja päihteitä käyttävä potilas ohjattiin psykiatriselle sairaanhoitajalle melko usein (E 40, T 30 %), usein (E 14, T 8 %) tai aina (E 0, T 2 %), kuvio 7. Toisaalta psykiatrista apua tarvitseva potilas ohjattiin psykiatriselle sairaanhoitajalle melko usein (T 34 %), usein (T 35 %) tai aina (T 16 %) ja mielenterveyspotilas ohjattiin jatkohoitoon melko usein (E 42, T 41 %), usein (E 25, T 16 %) tai aina (E 5, T 8 %).



KUVIO 7. Henkilökunnan tekemä yhteistyö sosiaalityöntekijän ja psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa päihteitä käyttävän potilaan kohdalla vuonna 2009 ja 2011.

Vuonna 2011 tiedusteltiin miten henkilökunta tekee yhteistyötä päivystyksen päihdehoitajan kanssa. Yhteistyötä tehtiin melko usein (28 %), usein (33 %) tai aina (5 %). Päivystyksen päihdetyöntekijää konsultoitiin hyvin (melko usein 28 %, usein 24 %, ja aina 8 %) ja päihteitä käyttävä asiakas ohjattiin tarvittaessa päivystyksen päihdetyöntekijälle (melko usein 23 %, usein 32 % tai aina 13 %) Kuvio 8.



KUVIO 8. Henkilökunnan yhteistyö, konsultointi ja ohjaus päihdetyöntekijälle

Päihteitä käyttävälle potilaalle annettiin tulosten mukaan ohjausta eri tukiryhmien yhteystiedoista harvoin (E 52, T 50 %) tai ei koskaan (E 14, T 16 %). Ohjeita päihteistä kieltäytymiseksi erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa annettiin myös melko harvoin (E 46, T 51 %) tai ei koskaan (E 21, T 30 %).

Henkilökunnalta tiedusteltiin päihteitä käyttävän potilaan osalta tapahtuvaa yhteistyötä sosiaalityöntekijän, sosiaalipäivystyksen, päihdeyksikön, asiakkaiden läheisten, poliisin ja järjestöjen kanssa. Tulosten perusteella henkilökunnan yhteistyö sosiaalityöntekijän, sosiaalipäivystyksen, poliisin ja läheisten kanssa tapahtuu aiempaa harvemmin. Järjestöjen kanssa tehtävää yhteistyötä tapahtuu harvoin.

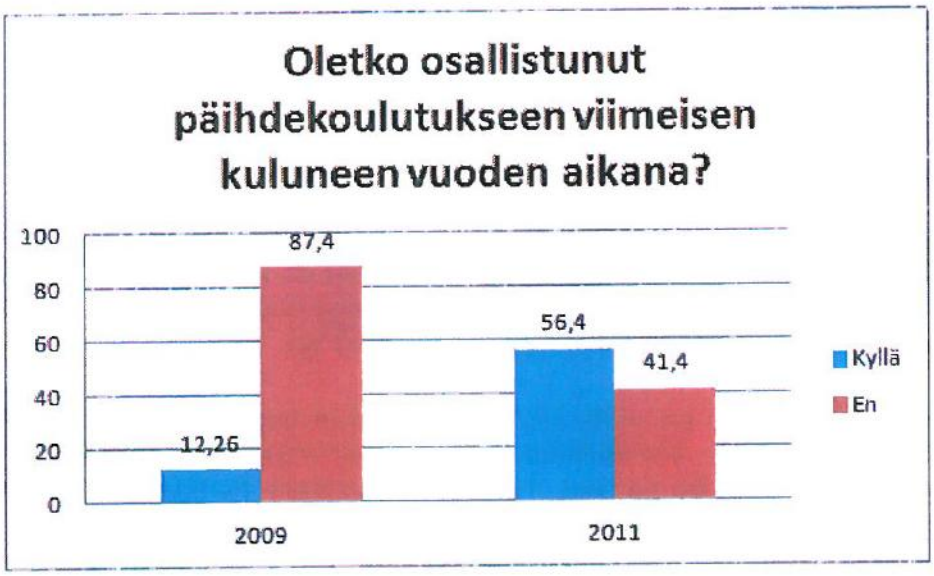
TAULUKKO 4. Päihteitä käyttävän potilaan osalta tehtävä yhteistyö

Päihteitä käyttävän potilaan osalta yhteistyötä	Vuosi	En koskaan	Harvoin	Melko usein	Usein	Aina
Sosiaalityöntekijän kanssa	2009	6,0 %	25,3 %	31,9 %	31,3 %	5,4
	2011	8,6 %	40,6 %	25,8 %	20,3 %	4,7 %
Sosiaalipäivystyksen kanssa	2009	22,3 %	59,6 %	12,0 %	4,8 %	1,2 %
	2011	18,6 %	68,2 %	12,4 %	0,8 %	0 %
Päihdeyksikön kanssa	2009	18,1 %	53,6 %	16,9 %	10,2 %	1,2 %
	2011	12,4 %	54,3 %	23,3 %	10,1 %	0 %
Asiakkaan läheisen kanssa	2009	3,7 %	40,1 %	39,3 %	18,5 %	4,3 %
	2011	3,9 %	40,3 %	37,2 %	14,7 %	3,9 %
Poliisin kanssa	2009	14,5 %	48,2 %	24,7 %	12,0 %	0,6 %
	2011	21,9 %	42,2 %	18,8 %	15,6 %	1,6 %
Järjestöjen, Srk:n ja vastaavien kanssa	2009	50,6 %	44,0 %	4,2 %	1,2 %	0 %
	2011	56,3 %	34,4 %	7,0 %	2,3 %	0 %

Vastausten perusteella päihteitä käyttävien potilaiden ohjaukset A-klinikalle laskivat samalla, kun ohjaukset terveysasemalle lisääntyivät. Ohjauksia A-klinikalle

tehtiin melko usein (E 34, T 31 prosenttia), usein (E 22, T 19 prosenttia) tai aina (E 2, T 2 prosenttia) sekä terveysasemalle melko usein (E 39, T 44 prosenttia), usein (E 10, T 24 prosenttia) ja aina (E 1, T 2 prosenttia).

Henkilökunnalle suunnatussa kyselyssä kartoitettiin henkilökunnalle suunnatun päihdekoulutuksen määrää oman tutkinnon ja työnantajan antaman koulutuksen osalta. Kaikista vastaajista yli 70 % ilmoitti saaneensa tutkintoonsa liittyvää päihdekoulutusta (E 74,4 ja T 77,4 prosenttia). Viimeisen vuoden aikana päihdekoulutusta ei ollut saanut ensimmäisessä kyselyssä 87,4 % ja toisessa 23,3 % työntekijöistä. AUDIT-koulutukseen oli kuluvan vuoden aikana osallistunut 56 prosenttia vastaajista (kuvio 9).



KUVIO 9. Henkilökunnan osallistuminen työnantajan järjestämään päihdekoulutukseen v. 2010 ja 2011 (%, n (2011)=133, n (2009)=167)

Ensimmäisen kyselyn vastausten perusteella reilu kolmannes (33 %) oli samaa tai täysin samaa mieltä siitä, että työyhteisössä on selkeät, yhtenäiseksi sovitut linjaukset päihteitä käyttävien potilaiden osalta. Vuoden 2011 kyselyssä luku oli noussut 55 prosenttiin. Kaikista vastaajista 90 prosenttia oli sitä mieltä, että päivystysyksikössä tarvitaan omaa päihdetyöntekijää.

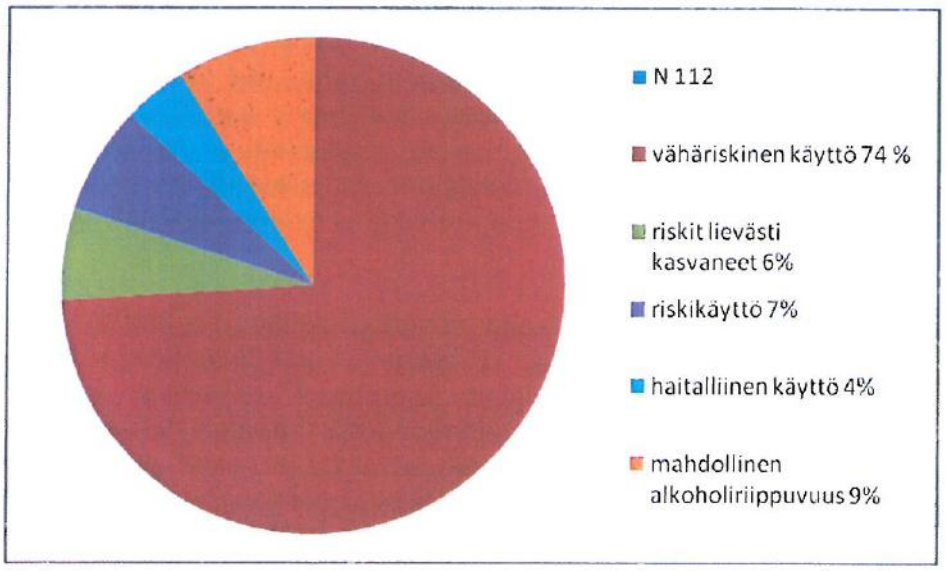
7.2.2 AUDIT päivystyksessä (Tulokset mallin toimivuudesta)

Strukturoidun AUDIT-kyselyn käyttöä kartoitettiin Marian ja Haartmanin sairaalan terveyskeskuspäivystyksessä, traumapäivystyksessä sekä sisätautipäivystyksessä. Aineisto kerättiin tarkastelemalla Pegasoksen kirjallisista potilastiedoista AUDIT-merkinnät satunnaisesti valittuna kesäkuun vuorokautena. Selvityksestä ei tiedotettu henkilökunnalle, eikä ajankohta ollut heidän tiedossaan. Selvityksellä kerättiin tietoa siitä, oliko AUDIT-kysely annettu asiakkaalle, oliko sen käyttö kirjattu ja millaiset AUDIT-pisteet potilaat saivat. Selvityksen tarkoituksena ei ollut verrata päivystyksen yksiköitä toisiinsa vaan saada kuvaa miten päivystykseen luotu malli toimii käytännössä.

Selvityksen mukaan päivystyksessä olleesta 440 asiakkaasta naisia oli 262, miehiä 178. AUDIT oli kirjattu 44 % kaikista potilaista. Kun tarkastelussa huomioitiin ns. AUDIT:n tekemisen poissulkukriteerit, nousi AUDIT:n kirjaamisprosentti 58:n. Poissulkukriteerejä olivat alaikäisyys, raskaus, potilaan kieli- tai kommunikaatiovaikeudet, vahva humalatila, tajunnantason alhaisuus, muistisairaus, päihderiippuvuusdiagnoosi, potilaan kieltäytyminen vastaamisesta tai aggressiivinen ja uhkaava käytös. Esimerkiksi kirjattu teksti "Ei halua täyttää AUDIT -kyselyä, potilaan käyttäytyminen aggressiivista, uhkaa lyödä hoitajia ja lääkäriä, kaksi vartijaa ollut turvaamassa tilannetta".

AUDIT pisteiden kirjaamisen tulos on yhteneväinen Kuokkasen ja Sepän (2010) Helsingin terveyskeskuksen terveysasemilla tekemän tutkimuksen kanssa, jossa AUDIT pisteiden kirjaaminen nousi 55,7 prosenttiin potilaista.

Toisaalta osa potilaista oli saanut alkoholimini-intervention, vaikka itse AUDIT merkintää ei ollut tehty potilasasiakirjoihin. Esimerkkinä kirjaus " Ei tupakoi, ei nuuskaa, kielteinen kanta huumeisiin. Alkoholia useita kertoja kuukaudessa, juo lähes aina humaltuakseen, illalla saattaa kulua 8–9 annosta kerralla. Ei koe määristä huolimatta alkoholinkäyttöään ongelmalliseksi, harvoin krapulapäiviä. Jää kuitenkin miettimään käyttämiään alkoholimääriä."



KUVIO 10. AUDIT-testin mukainen jakautuma riskikäytöstä

Alkoholin käyttö oli 74 % vähäriskistä, 6 %:lla riskit olivat lievästi kasvaneet ja 7 %:lla alkoholinkäyttö oli riskikäyttöä, neljällä prosentilla haitallista käyttöä. Yhdeksällä prosentilla potilaista oli aineiston perusteella mahdollinen alkoholiriippuvuus, korkeimman AUDIT-pistemäärän ollessa 29. Riskikäyttäjien (miehellä 8, naisella 5 pistettä) osuus oli 26 %:a potilaista.

Päivystykseen tulosyitä olivat vatsakivut, haavahoidot, hengitys- ja vilustumisoireet. Lisäksi tulosyinä oli pahoinpitelyjä, murtumia, sydänoireita sekä yleistilan lasku, virtsatieinfektiot, selkäkivut ja alkoholin liikakäytöllä oireilevat potilaat. Lisäksi hoidettiin neljä intoksikaatiota ja yksi delirium tremens tapaus.

Jatkohoitoon ohjauksia oli tehty AUDIT -kyselyn pisteiden ylittäessä 16 pistettä. Kirjattuja jatkohoito-ohjauksia oli yhdeksän. Potilaan lähettäminen suoraan päivystyksestä jatkohoitoon oli viikonloppuna haasteellista, sillä jatkohoitopaikat ovat usein täynnä tai niihin pääsy on mahdollista vain virka-aikana.

7.2.3 Projektin toteutumisen tarkastelu

Konsultti on tutustunut työyksiköihin, projektin päällikköön ja työntekijöihin kesäkuussa 2011. Päätelmät tehtiin sekä dokumenteista että koulutuspäivien ja tutustumisen aikana esiin nousseesta informaatiosta.

Projektin idea ja tavoite vastaavat omalta osaltaan kuntien velvollisuuteen huomioida päihteitä käyttävien asiakkaiden asema ja hoito strategiassaan sekä järjestää palvelut käytännön tarvetta vastaavalla tavalla (mm. Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, Päihdehuoltolaki 1986, Sosiaali- ja terveysministeriö 2009; 2007).

Toiminta on ollut prosessinomaista. Se on alkanut avainhenkilöiden sitouttamisella ja päihdehoitotyötä sekä projektityötä tuntevan työryhmän kokoamisella. Projektissa on selvitelty alkutilanne, käytännön tarpeet ja toimeksiantoa on selvennetty projektin aikana. Toiminta on perustunut projektisuunnitelmaan ja se on ollut Helsingin terveyskeskuksen organisaation hyväksymää toimintaa. Projektisuunnitelma on lopulta arvioitu ja tarkistettu suhteessa toimintaan ja sen tuloksiin. Projekti on dokumentoitu (projektiraportit, budjetointi ja lehtiartikkelit) ja keskeisistä tunnusluvuista (päihdetyöntekijöiden käyntisuoritteet, koulutusmäärät, koulutuksiin osallistuneet, asiakastapaamiset ja työmenetelmät) on kerätty tietoa.

Projektityöntekijät ovat työskennelleet sekä osana projektiorganisaatiota että Helsingin terveyskeskuksen henkilökuntaa. Projekti- eli päihdetyöntekijät toimivat osana kliinistä työryhmää, hoitivat potilaita itsenäisesti, tehostivat jatkohoitoon ohjausta ja kykenivät antamaan konsultaation lisäksi henkilökunnalle bedside -opetusta osana työtään. Toisaalta päihdetyöntekijät eivät suorittavina työntekijöinä ole välttämättä tehokkaimpia päihdehoitotyön koordinoija ja kouluttaja. Tähän voidaan vaikuttaa selkiyttämällä päihdetyöntekijöiden toimenkuvaa ja tehostamalla työaikajärjestelyjä.

Valtaosa henkilökunnasta arvosti päihdetyöntekijöiden työpanosta päivystyksessä. He näkivät sen kauan kaivattuna päivystystyön tehostamisena, monipuolisena erityisosaamista vaativana alana sekä arvokkaana oppimis- ja konsultaatiomahdollisuutena. Se on ymmärrettävää, koska erilaiset päihteitä käyttävät ihmiset ovat näkyvä potilasryhmä päivystystyössä. Muun muassa Kantonen ym. (2006) toteavat, että päivystyksen potilaista noin neljännes (27 prosenttia) on päihdepotilaita ja he työllistävät hoitohenkilökuntaa enemmän kuin muut potilasryhmät. Aallon mukaan (2010) päihdeongelmaisen tunnistaminen ja ongelmaan puuttuminen on tärkeää. Projektissa on kuitenkin pyritty luomaan hoitoprosessia, joka tunnistaisi riskikäyttäjät, jolloin puuttuminen tapahtuisi päihdeongelmien syntymiseen nähden ajoissa (Mäkelä ym. 2010, Seppä ym. 2001).

Osa henkilökunnasta oli kriittistä päihdetyöntekijöiden työskentelyä kohtaan. He näkivät päihdetyöntekijän vaikutuksen päivystystyössä pienenä ja osaamisalueen kapea-alaisena. He olivat sitä mieltä, että he kykenivät tekemään päihdetyöntekijän työn itse osana työtään eli testaamaan ja haastattelemaan potilaan, soittamaan jatkohoitopaikkaan ja lähettämään potilaan sinne. Heidän mielestään päihdetyöntekijän toimenkuvan olisi tullut olla itsenäisempi ja lähempänä psykiatristen työntekijöiden konsultaatiomenettelyä.

Huomattavaa on, että päihdehoitotyön haastattelu- ja arviointitapojen, menetelmien ja uusimman tiedon käyttäminen vaatii jatkuvaa muistuttamista, kannustamista sekä uusien työntekijöiden perehdyttämistä (Holmberg 2010). Päihdetyöntekijät eivät yksin kykene muokkaamaan muun henkilökunnan asenteita riittävästi, jotta päihdehoitotyön osallisuuden merkitys ymmärrettäisiin. He tarvitsevat tuekseen työhön sitoutuneet esimiehet ja työntekijät.

Henkilökunnan vaihtuvuus on ollut päivystysyksiköissä nopeaa ja se on vaikeuttanut projektin tiedon jakamista, konsultaatiomahdollisuuksien käyttämistä ja koulutussuunnittelua. Projektin aikana Malmin sairaala muutti Marian tiloihin. Osa henkilökunnasta suhtautui erityisesti päihteitä väärin käyttäviin ihmisiin asenteellisesti. Henkilökunnan asenteellisuus voi johtua muun muassa uuden tiedon ja koulutuksen puutteesta, yksikön totutuista toimintatavoista tai päihteitä käyttävien ihmisten omasta toiminnasta. Erityisesti päihdeongelmaiset tai -riippuvaiset ihmiset hakeutuvat usein päivystykseen, vaikka asia ei aina vaadi päivystyshoitoa. (Suikkala ym. 2010.) Näin on toisaalta monen muunkin potilasryhmän, kuten monien virusinfektiopotilaiden kohdalla, vaikka kyseessä eivät toki ole suoraan verrannolliset potilasryhmät.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

8.1 Konsultin päätelmät mallista, henkilökuntakyselystä ja osaprojektista

8.1.1 Päätelmät päivystyksessä toteutettavan mallin toimivuudesta

Helsingin terveyskeskuksen päivystysten henkilökunta seuloi satunnaistettuna päivänä yli puolet kaikista potilaista käyttäen AUDIT-kyselyä, mikä on hyvä tulos. Tutkimuksissa kyselylomakkeiden teho onkin alkoholin riskikulutuksen tunnistamisessa mm. laboratoriotutkimuksiin verrattuna selvästi parempi (Aergeerts ym. 2001). Henkilökunnan AUDIT-kyselyn poissulkukriteerit olivat adekvaatteja. Ne saneli pääosin kliininen päivystystyö, koulutuksessa saatu tieto tai pistemäärien suhteellisuus. Riskirajat ja haitallisen käytön rajat eivät sovi esimerkiksi raskaana oleville (Autti-Rämö ym. 2008) tai ikääntyneille (Aalto ja Holopainen 2008).

Toiminnan kattavuus mahdollisti varhaisvaiheen riskikulutuksen tunnistamisen (Saunders ym. 1993). Riskikuluttajia oli aineistossa suurempi määrä, mitä perusterveydenhuollon tutkimuksissa on aiemmin esitetty (Kuokkanen ja Seppä 2010, Aalto ym. 1999). Toisaalta, juuri päivystyksen toimipisteissä tehdyissä tutkimuksissa on todettu aiemmin vastaavan suuruisia määriä päihteitä käyttäneistä ja päihtyneistä potilaista (Kantonen ym. 2006, Seppä ym. 2001). Päivystyksen lukuja selittänee päivystystyön luonne, ajankohta ja runsaan alkoholinkäytön keskittyminen Suomessa viikonloppuihin.

AUDIT-kyselyn täyttömäärä viittaa siihen, että sen käyttö soveltuu kiireiseen päivystystyöhön. Tulos on yhtenevä Aallon ja Sepän tutkimuksen (2005) kanssa. AUDIT-kyselyn spesifisyys ja sensitiivisyys on osoitettu tutkimuksissa erittäin hyviksi (Aalto ym. 2006, Reinert ja Allen 2007) ja mini-interventio on tehokasta (Kaner ym. 2007) ja alkoholinkäyttö oli otettu osan potilaista kanssa puheeksi Käypä hoito (2011) suosituksen mukaisesti. Jatkohoitoon ohjausta vaikeutti se, että satunnaisesti valittu päivä oli lauantai. Viikonloppuisin osa päihdepalveluista oli kiinni, eikä päivystyksen omien erityistyöntekijöiden, kuten päihdetyöntekijöiden antamaa konsultaatiota hyödyntää.

Kaiken kaikkiaan näyttää kuitenkin siltä, että AUDIT:N käyttöönotto toteutui hyvin päivystysten toimipisteissä. Tätä voidaan pitää merkkinä siitä, että päivystyksen henkilökunta hyväksyy valtaosin menetelmän käytön, AUDIT-lomake ja mini-interventio ovat tuttuja ja menetelmiä sovelletaan omassa työssä. Toimintamallit ovat projektin aikana täsmentyneet. Mallin pysyvyyden ja toimintamallien ylläpito vaativat kuitenkin pysyviä rakenteita ja pitkäkestoista ja jatkuvaa koulutusta, ohjausta ja tukea.

8.1.2 Päätelmät henkilökunnalle toteutetusta kyselystä

Kyselylomakkeiden vastausten päätelmiin vaikuttaa se, että kyselylomakkeet poikkeavat hieman toisistaan ja vastaajajoukko on valikoitunut satunnaisesti. Aineistosta voidaan päätellä, että päivystyksen hoitotyöhön kuuluu olennaisena osana päihteidenkäytön ja mielenterveysongelmien tunnistaminen sekä päihdehoitotyö koska valtaosa, erityisesti hoitohenkilökunnasta, kohtaa päihteiden käyttäjiä työssään usein. Myös sosiaalisen syrjäytymisen tunnistaminen on osa päivystystyötä.

Rohkaisevaa on, että vastaajista valtaosan (yli 90 prosenttia) mielestä alkoholin käyttöön kannattaa puuttua. Työnantajan tarjoama päihdehoitotyön koulutusmäärä oli noussut ja AUDIT-kyselyä käytettiin enemmän toisen kyselyn vastausten mukaan. Myös asenteissa tapahtui myönteistä kehitystä.

Psykiatrisen sairaanhoitajan, sosiaalityöntekijän ja psykiatrin konsultaatiosta oli päivystyksessä aiempaa kokemusta. Tulosten perusteella myös päihdetyöntekijälle ja häneltä saatavalle konsultaatiolle koettiin olevan selvää tarvetta.

8.1.3 Päätelmät projektista

Projektin menestystekijöitä olivat toimijoiden sitouttaminen varsin lyhyessä ajassa projektiin, päihdehoitotyön asiantuntemus ja projektiprosessin läpinäkyvyys. Työote oli käytännönläheistä ja asiantuntevaa. Projektin aikana tehtiin päivystystyöhön soveltuva päihdehoitotyön toimintamalli ja henkilöstö saatiin projektin aikana jakamaan päivystykseen saapuville potilaille AUDIT-lomake. Projektin aikana myös päihdetyöhön liittyvät aineistot päivitettiin ja henkilöstöä koulutettiin kattavasti.

Lyhytneuvonnan toteutumisen perusedellytyksenä on tiedostaa alkoholin riskikulutuksen yleisyys ja kysyä sitä aktiivisesti kaikilta potilailta (Käypä hoito 2011), kun se on mahdollista. Projektin edetessä henkilökunta näytti osaavan kohdentaa AUDIT-kyselyn kaikille potilaille riski ja ongelmatapausten sijasta. Henkilöstön tekemien mini-interventioiden määrä kasvoi ja asiakkaiden jatkoohjautuminen etenkin omalle terveysasemalle kehittyi positiivisesti. Tämä on kansanterveydellisesti (päivystysyksiköiden vaikutuspiirissä) katsottuna merkittävä positiivinen muutos aiempaan toimintaan nähden, jolloin potilaalle kuuluva mini-interventio oli sattumanvaraisempaa.

Päivystysyksiköiden henkilökunnan nopea vaihtuvuus luo paineita aloittaa työyksiköissä jatkuva päihdehoitotyön täydennyskoulutus. Henkilöstö on osallistunut tarjottuun koulutukseen suurella mielenkiinnolla ja koulutusmäärät ovat olleet suuria. Toisaalta voidaan kysyä, miksei tähän ole puututtu selkeämmin oppilaitosten, kuten ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen ammatillisissa peruskoulutusohjelmissa. Tähän voidaan vaikuttaa oppilaitosyhteistyön ja päivystyksessä ammatillista harjoittelua suorittavien opiskelijoiden perehdytysohjelman tehostamisella päihdehoitotyön osalta.

Projektin implementointivaihe on ollut varsin lyhyt, mikä voi näkyä haasteena jalkauttaa hyviä tuloksia kliiniseen hoitotyöhön. Kyseessä on sama seikka, joka vaikeuttaa projektin tulosten arviointia ja niiden pysyvyyttä. Varovasti arvioiden tämä näyttäisi johtuvan projektin rahoituksesta ja sen vaikutuksesta projektin sovittuun kestoaikaan.

Projektisuunnitelmassa mainittuun sosiaaliseen syrjäytymiseen puuttuminen ei muuttunut merkittävästi projektin aikana. Tämä kaipaa lisäselvitystä ja pohdintaa siitä, miksi näin ei ole tapahtunut projektin muihin tavoitteisiin ja tuloksiin nähden.

8.1.4 Arviointi

Päivystyksestä hoitoon -projektin aikana Haartmanin ja Marian sairaalan henkilökuntaa on koulutettu päihteitä käyttävien ja erityisesti päihteillä oireilevien potilaiden kohtaamiseen, puheeksiottoon ja jatkohoitoon ohjaamisessa.

AUDIT-testin jalkauttaminen päivystyksen toimintamuodoksi saatiin mallinnettua ja toimintamalli vietyä läpi ja malliin liittyvää Pegasos-kehitystyötä saatiin edistettyä. Toimintamallin vakinaistaminen pysyväksi toiminnaksi vaatii kuitenkin jatkuvaa ylläpitoa. Päivystyspisteiden suuren henkilökuntamäärän ja vaihtuvuuden takia uusien toimintamallien omaksuminen ja sisäistäminen normaaliksi rutiiniksi vie aikaa. Suurin osa henkilökunnasta on valmis puuttumaan potilaiden liialliseen alkoholinkäyttöön, mutta he tarvitsevat työssään tukea, koulutusta ja päihdetyöntekijöiden konsultointimahdollisuutta, jotta voivat itse auttaa ja neuvoa potilasta. Lisäksi tulosten perusteella on ilmeistä, että päihdetyöntekijöitä tarvitaan osaksi päivystyksen henkilökuntaa.

Projektissa onnistuttiin vahvistamaan yhteistyötä Helsingin terveyskeskuksen ja sosiaaliviraston päihdeyksiköiden kesken. Asiakkaiden hoidonpääsykriteereitä madallettiin ja potilaan hoitopolkuja selkeytettiin.

Projektissa onnistuttiin vaikuttamaan päivystyksen työntekijöiden asenteisiin ja työtapoihin ja päihdeasioiden puheeksiottoon. Osaprojektin päämääränä oli jalkauttaa AUDIT-lomakkeiden antaminen kaikille päivystyksen asiakkaille ja sitä kautta ennaltaehkäistä ja vaikuttaa päihteidenkäyttöön. Tässä tavoitteessa onnistuttiin.

8.2 Pohdinta

Päivystyksestä hoitoon -projektissa testattiin toimintamallia, jossa päihdetyöntekijät olivat osa päivystyksen henkilökuntaa ja henkilökunnan käytettävissä konsultaation kautta. Henkilökuntakyselyn (2011) mukaan 85 % työntekijöistä oli sitä mieltä, että päivystyksissä tarvitaan päihdetyöntekijä. Vain 4 % vastaajista oli kielteisellä kannalla, 11 % ei osannut sanoa mielipidettään. Kyselyn avovastauksissa korostui toive, että päihdetyöntekijän olisi hyvä olla vuorossa myös iltaisin ja viikonloppuisin. Erilaisia työvuoroja on kokeiltu projektin aikana ja kokeilujen perusteella myös iltaisin ja viikonloppuisin tehtävä työ palvelee sekä

päivystyksen henkilökuntaa että potilaita. Yhtenä selityksenä saattaa olla se, että monimutkaisissa ja aikaa vievissä kohtaamisissa päihdetyöntekijän konsultaatiomahdollisuus helpottaa muun henkilökunnan työtä.

Henkilökuntakyselyn mukaan henkilökunnan tekemä yhteistyö sekä sosiaalityöntekijän että psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa on vähentynyt päihdepotilaiden kohdalla. Tulosta saattaa selittää se, että yhteydenotot päihdetyöntekijään olivat tavallisia päihdepotilaiden hoidon aikana ja päihdetyöntekijä konsultoi sosiaalityöntekijää tai psykiatrista sairaanhoitajaa tarvittaessa. Näin ollen myös sosiaalityöntekijän ja psykiatrisen sairaanhoitajan resursseja vapautui oman alan asiantuntemusta vaativaan käyttöön.

Sosiaaliseen syrjäytymiseen puuttuminen koettiin edelleen henkilökuntakyselyn mukaan hankalaksi. Kyselyn mukaan v. 2009 sosiaaliseen syrjäytymiseen puuttui 68 % vastaajista, kun vuoden 2011 kyselyssä puuttuminen oli laskenut 55 %:in. Avovastauksissa tuotiin esiin sitä, kuinka omat kyvyt ja taidot eivät riittäneet monimutkaisten ja vaativien sosiaalisten ongelmien ratkaisuun. Apua toivottiinkin sosiaalityön ammattilaisilta, joilla katsottiin olevan tietoa ja osaamista sosiaalityön sektorilla.

Päivystyksestä hoitoon -projektin kohdalla koulutustavoitteet tulivat saavutetuksi hyvin. Projektin kesäkuussa 2011 56 % työntekijöistä oli osallistunut päihdekoulutukseen viimeisen vuoden aikana. Koulutuksen merkitys projektin tavoitteiden saavuttamiseksi näyttäytyykin yhtenä merkityksellisenä tekijänä. Koulutuksen avulla oli ja on mahdollista vaikuttaa henkilökunnan asenteisiin ja uusien työtapojen omaksumiseen.

9 PROJEKTIN JATKOKEHITTÄMISEHDOTUKSET

Päihteiden riskikäyttö on vakava ja laaja yhteiskunnallinen ongelma, jolla on sekä inhimillistä kärsimystä aiheuttavia että taloudellisia vaikutuksia monella eri tasolla.

Varhainen puuttuminen päihteiden riskikäyttöön vähentää sekä terveydellisiä että sosiaalisia haittoja. Tämän takia on tarkoituksenmukaista, että koko Helsingin kaupungin terveyskeskus ottaa tehtäväkseen ja sitoutuu alkoholinkäyttöön liittyvään varhaiseen puuttumiseen. Ennaltaehkäisevän puuttumisen ja riskien minimoimisen tärkeyden tulee läpäisyperiaatteen mukaisesti koskea myös kaikkia hallintokuntia ja organisaation tasoja.

Varhaisen puuttumisen perusdynamiikan ymmärtäminen ja siihen kehitettyjen työkalujen käyttö, mm. AUDIT, mini-interventio ja motivoiva haastattelu, vaativat työntekijöiden kouluttamista ja sitouttamista toimintamallin käyttöön. Päihdeasioita tulee jatkossa kehittää koko Helsingin terveyskeskuksen tasolla mukaan lukien sairaaloiden vuodeosastot ja avoterveydenhuolto. AUDIT tulee ottaa käyttöön kaikilla terveyskeskuksen eri osastoilla.

Väestön ikääntyessä alkoholin suurkulutuksesta aiheutuvat haitat tulevat myös osaksi vanhenevan väestön sairauden- ja terveydenhoitoa. Tästä on jo olemassa selviä viitteitä. Ikäihmisille suunnatun AUDIT:n käyttöönottoa tulisi tämän takia harkita terveyskeskuksen toimipisteissä, sekä avohoidossa että sairaaloissa. (Aalto ym. 2011.)

Pegasos-potilastietojärjestelmää tulisi kehittää niin, että tieto AUDIT-testistä sekä muista terveysriskeistä olisi helposti saatavilla ja näkyvissä olisivat myös eri ikä- ja sukupuoliryhmien riskirajat.

Päivystyksestä hoitoon -osaprojektin tuloksista voidaan luoda seuraavat kehittämislinjaukset:

1. Päihdehoitotyön tulee olla luonteva osa Helsingin terveyskeskuksen modernia päivystyshoitotyötä. Se on kansanterveydellisesti, tilastollisesti ja Helsingin terveyskeskuksen strategiasuunnittelun näkökulmasta katsottuna perusteltua toimintaa. Päihdehoitotyö asettuu terveys- ja sosiaalitoimen yhteiselle toiminta-alueelle, jolloin yhteistyön vahvistamiseen tulee kiinnittää huomiota.

2. Helsingin terveyskeskuksen henkilökunnalle tulee koordinoida jatkuva työprosessi, jossa konsultaatioiden ja koulutuksen avulla muokataan asenteita ja mahdollistetaan tehokas päihteitä käyttävien potilaiden seulonta- ja hoitotyö.

3. Potilaiden jatkohoitoon ohjaamisen saumattomuus tulee jatkossakin turvata.

4. Helsingin terveyskeskuksen Haartmanin ja Marian päivystysyksiköitä on täydennettävä päihdetyöntekijöillä, joiden erikoisalana ovat ehkäisevä päihdetyö, päihteidenkäyttäjien hoitotyö ja jatkohoitopaikkojen hyvä tuntemus.

5. AUDIT-testin käyttö tulee laajentaa kaikkia Helsingin terveyskeskuksen osastoja koskevaksi ja Pegasos-potilastietojärjestelmää tai avo-Hilmoa tulee kehittää edelleen mm. tilastoinnin osalta.

6. Yhteistyötä päihde-, mielenterveys- ja sosiaalipuolen toimijoiden kesken tulee edistää.

7. Helsingin terveyskeskuksen työntekijöille tulee järjestää jatkuvaa 3-tasoista päihdekoulutusta. Perustason koulutus on tarkoitettu niille työntekijöille, joille perustiedot päihdyttävistä aineista, hoitomuodoista ja potilaan jatko-ohjauksesta päihdehoitoon ovat riittävät. Edistynyt taso on riittävä lääkäreille ja hoitajille, jotka työssään kohtaavat päihdyttävien aineiden väärinkäyttöä, mutta jotka eivät päätyökseen hoida päihdeongelmaisia. Päihdehoidon asiantuntijatasolla työntekijä toimii päihdehoidon kouluttajana ja on hankkinut syvälliset tiedot päihderiippuvuuksista, päihdeongelmista, päihteiden riskikäytöstä, päihdepalvelujärjestelmästä, hoitovaihtoehdoista, erityisryhmien hoidosta sekä lainsäädännöstä. Kaikilla osaamisen tasoilla työntekijä osaa käyttää AUDIT-testiä ja työntekijöitä rohkaistaan perehtymään motivoivan haastattelun periaatteisiin.

8. Ikääntyvien ihmisten päihteiden riskikäyttöön puuttumista tehostetaan ja riskikäytön haittoja tuodaan esiin Helsingin terveyskeskuksen kaikilla osastoilla yhteistyössä sosiaaliviraston kanssa.

PÄIVYSTYKSESTÄ HOITOON -PROJEKTIN LÄHTEET

Aalto, M (2010) Alkoholin ongelmakäyttö. Teoksessa Seppä, K & Alho, H & Kiianmaa, K (toim.) Alkoholiriippuvuus. Duodecim, Helsinki.

Aalto, M & Holopainen, A. (2008) Ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja hoito. Duodecim 124:1492-8.

Aalto, M & Seppä, K (2005) Use of laboratory markers and the AUDIT-questionnaire by primary care physicians to detect alcohol abuse by patients. Alcohol Alcohol 40: 520-3.

Aalto, M & Tuunanen, M & Sillanaukee, P & Seppä, K (2006) Effectiveness of structured questionnaires for screening heavy drinking in middle-aged women. Alcohol Clin Exp Res 30: 1884-8.

Aergeerts, B & Buntinx, F & Ansoms, S & Fevery, J (2001) Screening properties of questionnaires and laboratory tests for detection of alcohol abuse or dependence in general practice population. Br J Gen Pract 464: 2006-7.

Autti-Rämö, I & Fagerlund, Å & Korkman, M (2008) Miten tunnistat sikiön alkoholivauriot? Suomen Lääkärilehti 63:501-6.

Ahlström, S & Karvonen, S (2010) Miten nuoret juovat? Teoksessa Suomi juo. Toim. Mäkelä, P & Mustonen, H & Tigerstedt, C. Yliopistopaino, Helsinki.

Alkoholiongelmaisen hoito (2010) Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. www.kaypahoito.fi.

Alkoholisairauksien hoito terveydenhuollossa 2009 -
Behandlingen av alkoholrelaterade sjukdomar inom hälso- och sjukvården 2009 - Treatment of alcohol-related diseases in public health care services in 2009
Tilastoraportti 01/2011 19.1.2011.
Suomen virallinen tilasto, Terveys 2011. THL. Luettu 16.8.2011.

Harkko, Jaakko (2008) Päivystyspotilaan hoidon kiireellisyysryhmittely. Päivystyshanke. http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,13120,11437,12914 luettu 16.8.2011.

Helsingin kaupunki (2010) Vastuullisen alkoholinkäytön toimenpideohjelma. Helsingin terveyskeskus. www.hel.fi.

Holmberg, J (2010) Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Edita, Helsinki.

Kaner, EF & Beyer, F & Dickinson, HO ym. (2007) Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev 2: CD004148.

Kantonen, J & Niittynen, K & Mattila, J & Kuusela-Louhivuori, P & Manninen-Kauppinen, E & Pohjola-Sintonen, S (2006) Päihtyneet ja päihdeongelmaiset potilaat Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikalla. Suomen Lääkärilehti 47: 5923-7.

Kuokkanen, M & Seppä, K (2010) Soveltuvatko mini-interventiosuositukset käytäntöön? Duodecim 11: 1322-7.

Huumeongelmaisen hoito 2006. Käypä hoito -suositus (2006) Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. www.kaypahoito.fi.

Karlsson, T & Österberg, E (2010) Mitä tilastot kertovat suomalaiset alkoholinkäytöstä? . Teoksessa Suomi juo. Toim. Mäkelä, P & Mustonen, H & Tigerstedt, C. Yliopistopaino, Helsinki.

Kauppinen, T & Valkonen, T & Martikainen, P & Tarkiainen, L (2008) Elinajanodotteen muutos Helsingissä 1991-2005: Helsinkiläiset saaneet lisää elinvuosia, mutta niitä on vähemmän kuin muilla suomalaisilla. Kuntapuntari 3. Tilastokeskus.

Kylmänen, P (2011) Alaikäinen nuori päihteidenkäyttäjä päivystyspoliklinikalla. Poliklinikka 1:2011.

Kylmänen, P (2010) Aikuinen alkoholin ongelmakäyttäjä päivystyspoliklinikalla. Poliklinikka 2:2010.

Kylmänen, P & Inkinen, M (2010) Sairaanhoitajan käsikirja. Alkoholin riskikäyttäjän tunnistaminen ja lyhytneuvonta (mini-interventio). Duodecim, Helsinki.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. www.finlex.fi .

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. www.finlex.fi.

Lalla, S & Lahtinen, P (2011) Päihdepotilas päivystyksessä – hoitohenkilökunnan näkökulma. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki.

Lääkärilehti (2006) Terveyden edistämisen kielen on palattava lähemmäksi arkea. Harri Vertion haastattelu. 6/2006.

Mielenterveyslaki 1116/1990. www.finlex.fi .

Mustonen, H & Österberg E (2010) Missä juodaan? Alkoholinkäyttö koti- ja anniskeluympäristössä. Teoksessa Suomi juo. Toim. Mäkelä, P & Mustonen, H & Tigerstedt, C. Yliopistopaino, Helsinki.

Mäkelä, P & Mustonen, H (2010) Koskevatko juomisen riskit vain pientä vähemmistöä? Teoksessa Suomi juo. Toim. Mäkelä, P & Mustonen, H & Tigerstedt, C. Yliopistopaino, Helsinki.

Nyman, A (2011) Päihdehoitotyö päivystyksessä. Opinnäytetyö, sairaanhoitaja ylempi AMK. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki.

Nyman, J & Simoila, R & Väistö, O (2008) Helsingin terveydenhuollon toimintaympäristön analyysi. Terveyskeskuksen strategian 2009–2011 valmistelun pohjaksi. Raportteja 2008:1. Terveyskeskus. Helsingin kaupunki.

Nyman, J & Simoila, R & Väistö, O (2010) Helsinkiläisten sairastavuus ja terveyskeskuksen järjestämien palvelujen käyttö vuonna 2008. Raportteja 2010:4. Terveyskeskus. Helsingin kaupunki.

Parker, A & Marshall, E (2008) Diagnosis and management of alcohol use disorders.
BMJ 335.

Päihdehuoltolaki 41/1986. www.finlex.fi.

Reinert, DF & Allen, JP (2007) The alcohol use disorders identification test: an update of recearch findings. Alcohol Clin Exp Res 30: 185–99.

Salaspuro, M & Kiianmaa, K & Seppä, K (2003) Päihdelääketiede. Duodecim, Helsinki.

Saunders, JB & Aasland, OG & Babor, TF & de la Fuente, JR & Grant, M (1993) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. Addiction 88:791-804.

Seppä, K & Aalto, M & Pekuri, P & Antila, S & Lahtinen, T & Alaja, R (2001) Päihdepotilaat päivystyspoliklinikalla – ongelmasta toimintamallin kehittämiseen. Suomen Lääkärilehti 56: 2249-53.

Seppä, K & Vartiainen, E (2006) Terveysriskit ansaitsevat potilasasiakirjamerkinnän. Suomen Lääkärilehti 47/2006.

http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Paihteet/alkoholijuomienkulutus.htm, luettu 16.8.2011

STM (2006) Päihtyneen henkilön akuuttihoito. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:65. www.stm.fi .

STM (2001) Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (99/2001). www.finlex.fi

Suikkala, A & Laine, T (2010) Terveyskeskuspäivystys – osa matalan kynnyksen palvelujärjestelmää? Teoksessa Laine, T & Hyväri, S & Vuokila-Oikkonen, P (toim.) Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Riika.

Tilastokeskus (2011) Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt [verkkojulkaisu].
ISSN=1799-5051. 2009. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 16.8.2011].
Saantitapa: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2009/ksyyt_2009_2010-12-17_tie_001_fi.html

Valkonen, T & Martikainen, P & Kauppinen, T.M. & Tarkiainen,L (2008) Elinajanodotteen kehitys Helsingissä ja sen väestön osaryhmissä 1991-2005. Helsingin kaupungin tietokeskus. Tutkimuksia 2. Paintek, Helsinki.

Vilkko, A & Sulander, T & Laitalainen, E & Finne-Soveri, H (2010) Miten iäkkäät suomalaiset juovat? Teoksessa Suomi juo. Toim. Mäkelä, P & Mustonen, H & Tigerstedt, C. Yliopistopaino, Helsinki.

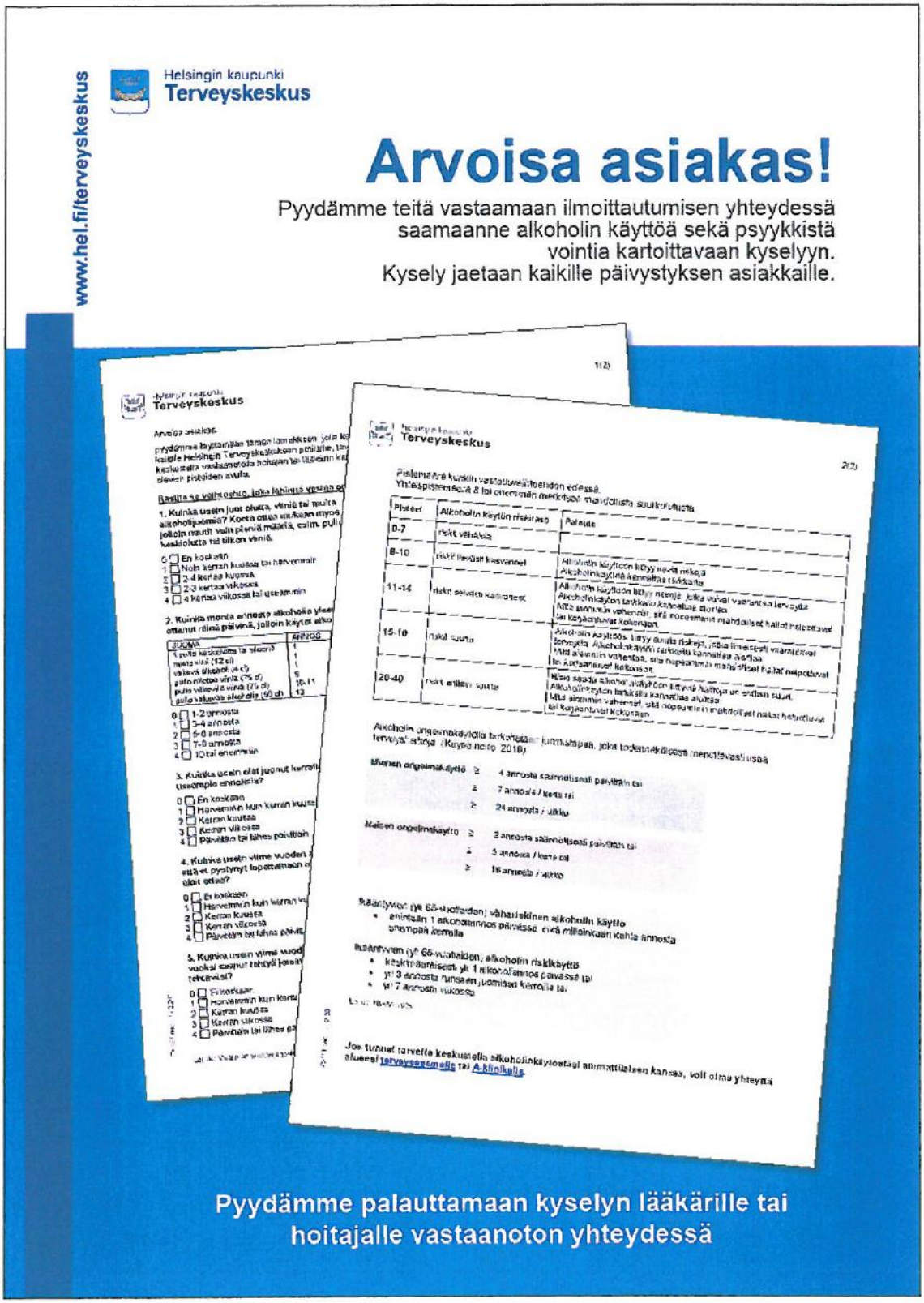
LIITTEET

Liite 1. Päihdetyöntekijän toimenkuva

Päihdetyöntekijän toimenkuva suunnitelmassa

1. Kehittää yhteistyössä moniammatillisen tiimin kanssa varhaisen puuttumisen toimintamallia päihdeongelmaisen päivystyspotilaan kohdalla ja tuottaa toimintamallista kirjallinen selvitys	Käynnistynyt	Toteutunut
2. Päihdeongelmaisen potilaan hoitopolun kartoittaminen päivystyksestä hoitoon yhteistyössä sosiaaliviraston päihdeasiantuntijoiden kanssa	Käynnistynyt	Toteutunut
3. Toimia päivystyksen päihdetyön asiantuntijana työparinaan psykiatrinen sairaanhoitaja	Käynnistynyt	Toteutunut
4. Kehittää päivystyksen päihdetyön asiantuntijan toimenkuvaa	Käynnistynyt	Toteutunut
5. Palveluohjaus: arvioida ja ohjata potilaita olemassa oleviin päihdehuollon yksiköihin tai muihin palveluihin	Käynnistynyt	Toteutunut
6. Antaa konsultaatioita päivystyksen moniammatillisen tiimin jäsenille	Käynnistynyt	Toteutunut
7. Päivystyksen henkilökunnan kouluttaminen	Käynnistynyt	Toteutunut
8. Verkoston luominen, ylläpito ja käyttö	Käynnistynyt	Toteutunut

Liite 2. AUDIT juliste



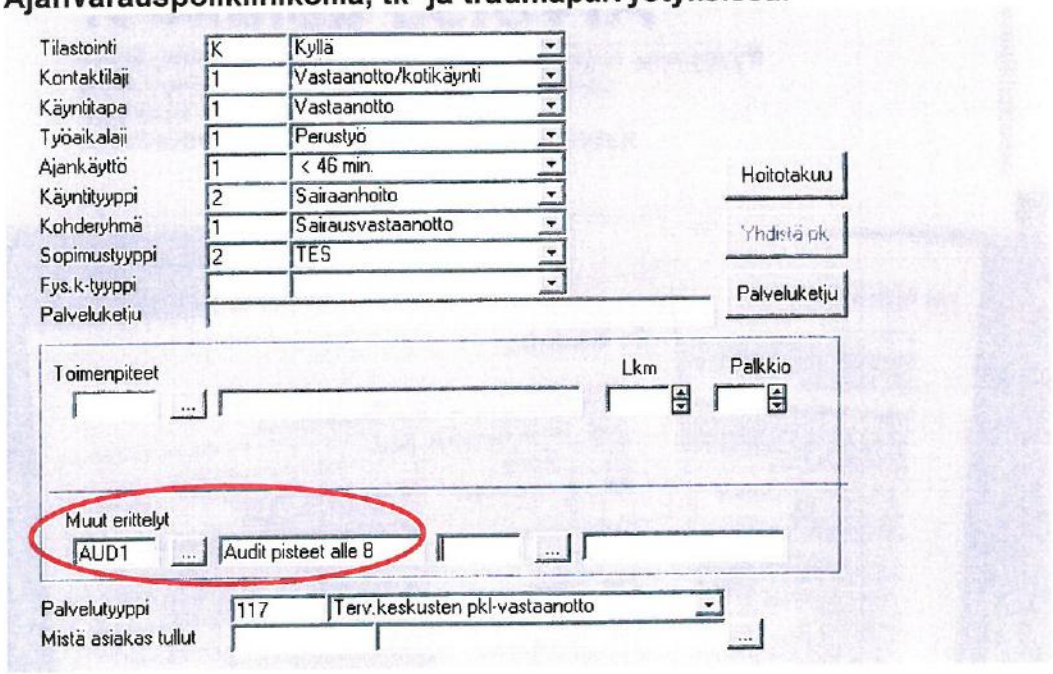
Liite 3. Auditin merkitseminen Pegasokseen

Pegasoksen tilastotietoihin Audit-koodi tallennetaan Muut erittelyt -kenttään

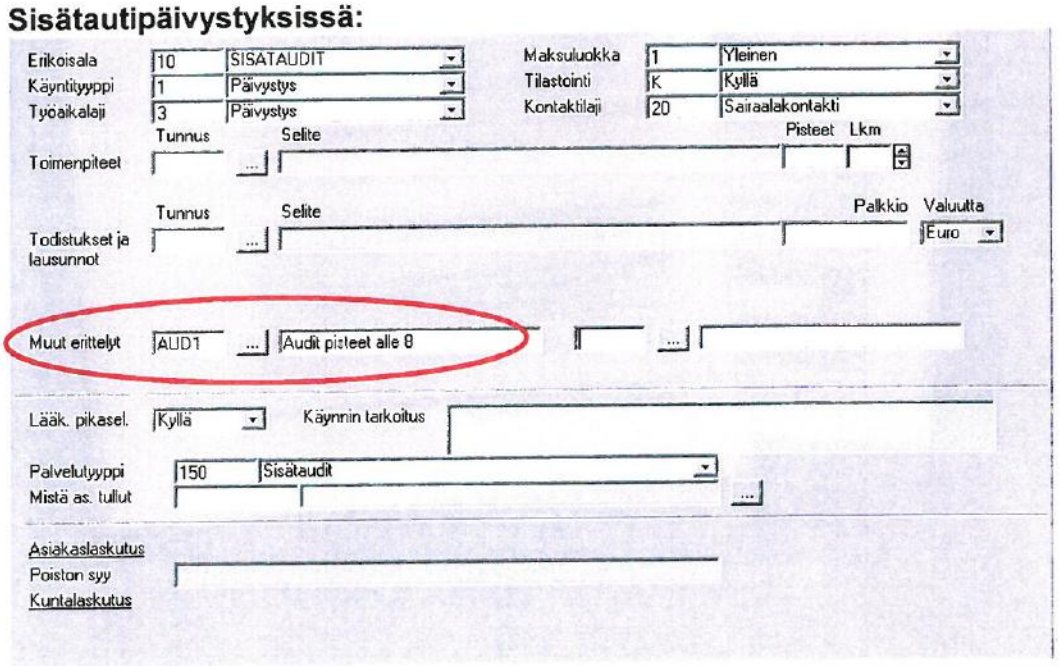
AUD1 Audit pisteet alle 8

AUD2 Audit pisteet 8 tai yli

Ajanvarauspoliklinikoilla, tk- ja traumapäivystyksissä:



Sisätautipäivystyksissä:



Liite 4. Koulutuspalautelomake

Koulutuksen nimi:
Koulutuspaikka:
Päivämäärä/t:

Ympyröi mielipidettäsi vastaava vaihtoehto, lisätietoja voit kirjoittaa alla oleville riveille.

	Erittäin hyvä	Hyvä	Keski-tasoinen	Heikko	Erittäin heikko
1. Koulutuksen sisältö	5	4	3	2	1
2. Kouluttaja/t	5	4	3	2	1
3. Koulutuksen hyöty oman työni kannalta	5	4	3	2	1
4. Oma aktiivisuuteni	5	4	3	2	1
5. Tilat ja järjestelyt	5	4	3	2	1

6. Koulutuksen tärkein anti itselleni:

_____
_____
_____

7. Mitä olisin halunnut lisää?

_____
_____
_____

8. Mitä olisin jättänyt pois?

_____
_____
_____

9. Mitä muuta haluaisin sanoa?

_____
_____
_____

Kiitos palautteesta!
Palauta arviointilomake kouluttajalle koulutustilaisuudessa.

Liite 5. Kyselylomake henkilökunnalle (sähköinen kysely)

Työskentelen
Haartmanin päivystys- ja valvontaosastolla
Haartmanin päivystyspoliklinikalla
Haartmanin vuodeosastolla
Malmin päivystyspoliklinikalla ja terveyskeskuspäivystyksessä
Malmin valvonta- ja vuodeosastolla
Selviämishoitoasemalla
Sukupuolenne
Nainen
Mies
Syntymävuotesi
Ammattisi (valitse sopivin kuvaamaan nykyistä tehtävääsi)
Sairaanhoitaja (kaikki tutkintomuodot esim. esh, amk)
Lähihoitaja tai perushoitaja
Sosiaalityöntekijä
Lääkäri
Jokin muu, mikä
Onko tutkintoosi kuulunut päihteisiin liittyvää opetusta?
Kyllä
Ei
Oletko osallistunut AUDIT -koulutukseen (mini-interventio, puheeksiotto) työpaikallasi viimeksi kuluneen vuoden aikana?
Kyllä
En
En osaa sanoa
Oletko käynyt työsi puolesta päihdekoulutuksessa viimeisen kuluneen vuoden aikana?
Kyllä
En
Jos et, miksi et
Kohtaatko työssäsi potilaita, joilla on mielestäsi päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia?
En koskaan
Harvoin
Melko usein
Usein
Puututko työssäsi potilaan päihteiden käyttöön?
Kyllä
En
Käytetäänkö työpaikallasi AUDIT-testiä ja/tai mini-interventiota? (Mini-interventiolla tarkoitetaan päihteitä käyttävälle potilaalle annettavaa lyhytneuvontaa, esim. keskustelu, ohjaus, opastus motivointi)
Aina
Silloin tällöin
Ei koskaan
Onko mini-interventio (lyhytneuvonta) sinulle tuttu työskentelymenetelmänä?
Kyllä
Ei
Kannattaako alkoholinkäyttö ottaa puheeksi potilaan kanssa?
Kyllä
Ei
En osaa sanoa
Terve Helsinki -hankkeen aikana on Marian ja Haartmanin sairaalassa toiminut päihdetyöntekijä. Tarvitaanko päivystyksessä päihdetyöntekijöitä?
Kyllä
Ei
En osaa sanoa
Kohtaatko työssäsi potilaita, joilla on mielestäsi mielenterveysongelmia?
En koskaan
Harvoin
Melko usein
Usein
Puututko potilaan mielenterveysongelmiin?
Kyllä
En
Kohtaatko työssäsi potilaita, jotka ovat mielestäsi sosiaalisesti syrjäytyneitä?
En koskaan

Harvoin
Melko usein
Usein
Puututko potilaan sosiaaliseen syrjäytymiseen?
Kyllä
En
Päihtyneen henkilön akuuttihoito-ohjeista, [1. Päihtymys saa estää henkilön akuuttihoidon tarpeen arvioinnin ja hoidon järjestämisen?]
Kyllä
Ei
En osaa sanoa
Päihtyneen henkilön akuuttihoito-ohjeista, [2. Terveydenhuollon päivystykseen hakeutuneen tai sinne tuodun päihtyneen henkilön hoidon tarve on arvioitava terveydenhuollossa?]
Kyllä
Ei
En osaa sanoa
Päihtyneen henkilön akuuttihoito-ohjeista, [3. Psykiatrinen sairaala saa kieltäytyä ottamasta potilasta tuotavaksi pelkästään humalatilan tai tietyn promillerajan perusteella?]
Kyllä
Ei
En osaa sanoa
Päihtyneen henkilön akuuttihoito-ohjeista, [4. Katkaisuhoidossa voi edellyttää henkilön olevan selvinnyt ennen katkaisun aloittamista?]
Kyllä
Ei
En osaa sanoa
Päihtyneen henkilön akuuttihoito-ohjeista, [5. Päihtyneen henkilön akuuttihoidon yhteydessä tulee arvioida myös päihdehuollon tarve?]
Kyllä
Ei
En osaa sanoa
Päihtyneen henkilön akuuttihoito-ohjeista, [6. Päihtymyksen vuoksi päivystykseen tuodulle potilaalle on annettava suullisesti tai kirjallisesti tietoa soveltuvista päihdehoitopaikoista?]
Kyllä
Ei
En osaa sanoa
Päihteitä käyttävän potilaan kohtaaminen, [1. Kysyn potilaalta hänen alkoholin käytöstään]
En koskaan
Harvoin
Melko usein
Usein
Aina
Päihteitä käyttävän potilaan kohtaaminen, [2. Keskustelen runsaasti alkoholia käyttävän potilaan kanssa hänen itsetuhoajatuksista]
En koskaan
Harvoin
Melko usein
Usein
Aina
Päihteitä käyttävän potilaan kohtaaminen, [3. Käsittelen runsaasti alkoholia käyttävän potilaan kanssa hänen tunteitaan]
En koskaan
Harvoin
Melko usein
Usein
Aina
Päihteitä käyttävän potilaan kohtaaminen, [4. Keskustelen runsaasti alkoholia käyttävän potilaan omaisten/läheisten kanssa asiakkaan terveydentilaan vaikuttavista asioista]
En koskaan
Harvoin
Melko usein
Usein
Aina
Päihteitä käyttävän potilaan kohtaaminen, [5. Annan runsaasti alkoholia käyttävälle potilaalle tietoa terveyteen vaikuttavista asioista]
En koskaan
Harvoin
Melko usein

Usein
Aina
Päihteitä käyttävän potilaan kohtaaminen, [6. Annan runsaasti alkoholia käyttävän potilaan omaisille/läheisille tietoa hoitopaikoista (esim. A-klinikka)]
En koskaan
Harvoin
Melko usein
Usein
Aina
Päihteitä käyttävän potilaan kohtaaminen, [7. Annan potilaalle kirjallista tietoa päihteiden käytöstä ja vaikutuksista]
En koskaan
Harvoin
Melko usein
Usein
Aina
Yhteistyö, [1. Päihteitä käyttävän potilaan osalta teen yhteistyötä sosiaalityöntekijän kanssa]
En koskaan
Harvoin
Melko usein
Usein
Aina
Yhteistyö, [2. Päihteitä käyttävän potilaan osalta teen yhteistyötä sosiaalipäivystyksen kanssa]
En koskaan
Harvoin
Melko usein
Usein
Aina
Yhteistyö, [3. Päihteitä käyttävän potilaan osalta teen yhteistyötä päihdeyksiköiden (esim. Nuorisoasema, A-klinikka) kanssa]
En koskaan
Harvoin
Melko usein
Usein
Aina
Yhteistyö, [4. Päihteitä käyttävän potilaan osalta teen yhteistyötä päivystyksen päihdehoitajan kanssa]
En koskaan
Harvoin
Melko usein
Usein
Aina
Yhteistyö, [5. Päihteitä käyttävän potilaan osalta teen yhteistyötä hänen läheistensä kanssa]
En koskaan
Harvoin
Melko usein
Usein
Aina
Yhteistyö, [6. Päihteitä käyttävän potilaan osalta teen yhteistyötä poliisin kanssa]
En koskaan
Harvoin
Melko usein
Usein
Aina
Yhteistyö, [7. Päihteitä käyttävän potilaan osalta teen yhteistyötä järjestöjen, seurakunnan tai vastaavien tahojen kanssa]
En koskaan
Harvoin
Melko usein
Usein
Aina
Ohjaus, [1. Ohjaan päihteitä käyttävän potilaan A-klinikalle]
En koskaan
Harvoin
Melko usein
Usein
Aina
Ohjaus, [2. Annan päihteitä käyttävälle potilaalle ohjausta erilaisten tukiryhmien yhteystiedoista]
En koskaan

Harvoin
Melko usein
Usein
Aina
Ohjaus, [3. Annan päihteitä käyttävälle potilaalle ohjeita päihteistä kieltäytymiseksi sosiaalisissa tilanteissa]
En koskaan
Harvoin
Melko usein
Usein
Aina
Ohjaus, [4. Annan päihteitä käyttävälle potilaalle ohjeita riskitekijöiden/-tilanteiden välttämiseksi]
En koskaan
Harvoin
Melko usein
Usein
Aina
Ohjaus, [5. Ohjaan päihteitä käyttävän potilaan hänen omalle terveysasemalle]
En koskaan
Harvoin
Melko usein
Usein
Aina
Ohjaus, [6. Ohjaan päihteitä käyttävän potilaan psykiatriselle sairaanhoitajalle]
En koskaan
Harvoin
Melko usein
Usein
Aina
Ohjaus, [6. Ohjaan psykiatrista apua tarvitsevan potilaan psykiatriselle sairaanhoitajalle]
En koskaan
Harvoin
Melko usein
Usein
Aina
Ohjaus, [8. Ohjaan mielenterveyspotilaan jatkohoitoon]
En koskaan
Harvoin
Melko usein
Usein
Aina
Ohjaus, [9. Konsultoin päivystyksen päihdetyöntekijää]
En koskaan
Harvoin
Melko usein
Usein
Aina
Ohjaus, [10. Ohjaan päihteitä käyttävän potilaan tarvittaessa päivystyksen päihdetyöntekijälle]
En koskaan
Harvoin
Melko usein
Usein
Aina
Millaisena potilaan päihteitä ongelmallisesti käyttävä koetaan?, [1. Potilaan itsetuhoinen käyttäytyminen ahdistaa minua]
Täysin samaa mieltä
Samaa mieltä
Eri mieltä
Täysin eri mieltä
En osaa sanoa
Millaisena potilaan päihteitä ongelmallisesti käyttävä koetaan?, [2. Potilaan haluttomuus osallistua omaan hoitoonsa vähentää motivaatiotani työskennellä hänen kanssaan]
Täysin samaa mieltä
Samaa mieltä
Eri mieltä
Täysin eri mieltä
En osaa sanoa
Millaisena potilaan päihteitä ongelmallisesti käyttävä koetaan?, [3. Jos päihteitä käyttävä potilas ei itse

ole halukas lopettamaan päihteiden käyttöä, minulla ei ole velvoitteita antaa hänelle terveysvalistusta]
Täysin samaa mieltä
Samaa mieltä
Eri mieltä
Täysin eri mieltä
En osaa sanoa
Millaisena potilaan päihteitä ongelmallisesti käyttävä koetaan?, [4. Päihteitä käyttävään potilaaseen on vaikea luottaa]
Täysin samaa mieltä
Samaa mieltä
Eri mieltä
Täysin eri mieltä
En osaa sanoa
Millaisena potilaan päihteitä ongelmallisesti käyttävä koetaan?, [5. Päihteitä käyttävä potilas vie toisten potilaiden kustannuksella henkilökunnan aikaa]
Täysin samaa mieltä
Samaa mieltä
Eri mieltä
Täysin eri mieltä
En osaa sanoa
Millaisena potilaan päihteitä ongelmallisesti käyttävä koetaan?, [6. Päihteitä käyttävä potilas arvostaa saamiaan palveluja]
Täysin samaa mieltä
Samaa mieltä
Eri mieltä
Täysin eri mieltä
En osaa sanoa
Millaisena potilaan päihteitä ongelmallisesti käyttävä koetaan?, [7. Päihteitä käyttävä potilas on käyttäytynyt hyökkäävästi/uhkaavasti minua kohtaan]
Täysin samaa mieltä
Samaa mieltä
Eri mieltä
Täysin eri mieltä
En osaa sanoa
Millaisena potilaan päihteitä ongelmallisesti käyttävä koetaan?, [8. Potilaan saattajina toimivat päihteitä käyttäneet henkilöt aiheuttavat minussa turvattomuuden tunteita (esim. pelko, ahdistus)]
Täysin samaa mieltä
Samaa mieltä
Eri mieltä
Täysin eri mieltä
En osaa sanoa
Toimintamallit ja ohjeistukset, [1 Selkeiden ohjeiden ja yhteisten toimintalinjojen avulla päihteitä käyttävien potilaiden palvelu on selkeää]
Täysin samaa mieltä
Samaa mieltä
Eri mieltä
Täysin eri mieltä
En osaa sanoa
Toimintamallit ja ohjeistukset, [2. Päihteitä käyttävien potilaiden palveluissa on piirteitä, jotka ovat vastaan minun omaa etiikkaani]
Täysin samaa mieltä
Samaa mieltä
Eri mieltä
Täysin eri mieltä
En osaa sanoa
Toimintamallit ja ohjeistukset, [3. Työyhteisössäni on selkät yhteisesti sovitu linjaukset päihteitä käyttävien potilaiden osalta]
Täysin samaa mieltä
Samaa mieltä
Eri mieltä
Täysin eri mieltä
En osaa sanoa
Toimintamallit ja ohjeistukset, [4. Päivystysyksiköissä tarvitaan päihdetyöntekijää]
Täysin samaa mieltä
Samaa mieltä
Eri mieltä
Täysin eri mieltä
En osaa sanoa

Avoimet kysymykset:

Millä menetelmillä tai keinoilla puutut potilaiden päihteiden käyttöön?

Jos et puutu potilaan päihteiden käyttöön, miksi et?

Miten kehittäisit päivystyksen päihdetyötä?

Millä menetelmillä tai keinoilla puutut potilaiden mielenterveysongelmiin?

Miksi et puutu potilaan mielenterveysongelmiin?

Millä menetelmillä tai keinoilla puutut potilaan sosiaaliseen syrjäytymiseen?

Jos et puutu potilaan sosiaaliseen syrjäytymiseen, miksi et?

Liite 6. Jatko-ohjaus kooste

OHJAUSTA ONGELMISSA
Päihteiden käyttö

ALKOHOLI

Terveyskeskus:
http://www.hel.fi/terveyskeskus → Terveyspalvelut → Päihdehoito
Sosiaalivirasto:
http://www.hel.fi/sosv/ → Palvelut A-Ö →Päihdetyön palvelut
A-klinikat:
http://www.hel.fi/hki/sosv/fi/paihdetyo/a-klinikat

Eteläinen alue:	**Sörnäisten toimipiste** p. 310 42947 Hämeentie 31 A 5. krs PL 8545, 00099 Helsingin kaupunki
Itäinen alue:	**Itäkeskuksen toimipiste** p. 310 61230 Visbynkuja 2, 4. krs PL 7420, 00099 Helsingin kaupunki **Vuosaaren toimipiste** p. 310 61235 Kahvikuja 3 B, 4. krs PL 7421, 00099 Helsingin kaupunki
Pohjoinen alue:	**Malmin toimipiste** p. 310 58360 Latokartanontie 7 C PL 70800, 00099 Helsingin kaupunki **Maunulan toimipiste** p. 310 69370 Suursuonlaita 1, 1 krs PL 8300, 00099 Helsingin kaupunki
Läntinen alue:	**Läntinen klinikka ja katkaisuhoitoasema** p. 310 47918 katkaisuhoitoasema Mechelininkatu 46 A, 4. krs PL 8130, 00099 Helsingin kaupunki

Katkaisuhoito:
Hangonkadun kuntoutuskeskus p.31042942
Läntinen A-klinikka ja katkaisuhoitoasema neuvonta p. 3104 7910, katkaisu p.310 47918
Selviämishoitoasema Töölön kisahalli (24h) p.310 80095:
http://www.hel.fi/wps/portal/Terveyskeskus/Artikkeli?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/terke/fi/Terveyspalvelut/P_ihdehoito

Nuorisoasemat:
http://www.hel.fi/wps/portal/Sosiaalivirasto/Artikkeli?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/Sosv/fi/Perheiden+palvelut/Nuorisoasemat

www.a-klinikka.fi
www.paihdelinkki.fi
http://neuvoa-antavat.stakes.fi/FI/index.htm
www.kalliola.fi
www.a-kiltojenliitto.fi

www.sininauhaliitto.fi
www.tervalammenkartano.com
www.naistenkartano.com
www.aa.fi
AA-auttava puhelin 750 200 (klo 9-21), AA-vastauspalvelu 040 8484000(24h)
Juomisen itsehallintaryhmät

HUUMEET

A-klinikat:
http://www.hel.fi/hki/sosv/fi/paihdetyo/a-klinikat

Nuorisoasemat:
http://www.hel.fi/wps/portal/Sosiaalivirasto/Artikkeli?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/Sosv/fi/Perheiden+palvelut/Nuorisoasemat

Huumeklinikka:
http://www.hel.fi/hki/sosv/fi/paihdetyo/kuntoutuskeskukset/huumeklinikka

HUS:n päihdepsykiatrian osasto 6:
http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,956,1236,5149

Helsingin diakonissalaitos:
www.hdl.fi/huumetyo, Munkkisaarenkatu 16 00150 Helsinki
Neuvonta 0800 90045 (maksuton)
Huumevieroitusosasto p. 050 578 1169 (2. krs), p. 050 502 7661 (5. krs)
Korvaushoitoyhteisö p. 050 578 1215 (1.krs), p. 050 502 7691 (6.krs)
Huumekuntoutuspoliklinikka Mäkelänkatu 58-60, p. 09-7750 4420

Terveysneuvontapiste VINKKI: http://toimipaikka.a-klinikka.fi/vinkki/toimipisteet/helsinki
Keskustan VINKKI: Toinen linja 15 HKI 53 p.7268 8080, avoinna ma 12 - 16
Itä-VINKKI: Visbynkuja 2/ Lyypekinkuja 1, 93 HKI, p.328 59320 avoinna ma, ke, pe 12 – 16
Malmin VINKKI: Hietakummuntie 16, 70 Hki, p. 045 6577469, 040 5935305avoinna ti klo 12–16
Maunulan VINKKI: Pakilantie 17, 63 HKI, p. 045-657 9255, to klo 14–16

Hietalinna-yhteisö: www.hietalinna.fi
Nimettömät narkomaanit: www.nasuomi.org
Irti huumeista: www.irtihuumeista.fi
www.antidrugnet.org
Takaisin elämään ry http://www.takaisinelamaan.fi/index.php?id=82

OHJAUSTA ONGELMISSA

VÄKIVALTA

A-klinikat:
http://www.hel.fi/hki/sosv/fi/paihdetyo/a-klinikat

Perhekeskukset:
http://www.hel.fi/wps/portal/Sosiaalivirasto/Artikkeli?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/Sosv/fi/Perheiden+palvelut/Perhekeskukset
p. vaihde 3104 011

Eteläinen perhekeskus **Kampin toimipiste**
Malminkatu 3 F, 3 krs.
PL 7130, 00099 Helsingin kaupunki
Lastensuojelun päivystys puh. 050 553 2873
Kallion toimipiste
Toinen linja 4 A, 5 krs.
PL 7740, 00099 Helsingin kaupunki
Lastensuojelun päivystys puh. 050 402 0549

Itäinen perhekeskus **Herttoniemen - Itäkeskuksen toimipiste**
Visbynkuja 2
PL 7500, Helsingin kaupunki
Lastensuojelun päivystys puh. 050 402 0210
Kivikon toimipiste
Kivikonkaari 21
PL 7330, 00099 Helsingin kaupunki
Lastensuojelun päivystys puh. 050 402 0266
Vuosaaren toimipiste
Kahvikuja 3 A, 6.krs
PL 7425, 00099 Helsingin kaupunki
Lastensuojelun päivystys puh. 050 402 0311

Pohjoinen perhekeskus **Malmin toimipiste**
Ala-Malmin tori 2
PL 7900, 00099 Helsingin kaupunki
Lastensuojelun päivystys puh. 050 402 5939 (Malmin alue) 050 402 2827 (Latokartanon alue)
Maunulan toimipiste
Suursuonlaita 1, 2. krs
PL 8330, 00099 Helsingin kaupunki
Lastensuojelun päivystys puh. 050 402 5902
Tapulin toimipiste
Maatullinaukio 10 A, 2. krs
PL 7960, 00099 Helsingin kaupunki
Lastensuojelun päivystys puh. 050 402 0717

Läntinen perhekeskus **Kaarelan toimipiste**
Hopeatie 6, 3. krs
PL 8170, 00099 Helsingin kaupunki
Lastensuojelun päivystys puh. 050 347 0989

Lassilan toimipiste
Kaupintie 11 A, 6.krs.
PL 8200, 00099 Helsingin kaupunki
Lastensuojelun päivystys puh. 050 343 5476
Läntinen perheryhmä
Näyttelijäntie 15 A
PL 8200, 00099 Helsingin kaupunki
Puh. 050 309 8378

Lastensuojelun päivystys virka-ajan (ma - pe 8.15- 16) ulkopuolella p. 0106 6006

Perheneuvola:
www.hel.fi/wps/portal/Sosiaalivirasto/Artikkeli?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/Sosv/fi/Perheiden+palvelut/perheneuvola

Etelä - Läntinen alue
Kampin toimipiste p. 310 44960
Malminkatu 34, 4. krs
PL 7220, 00099 Helsingin kaupunki
Kallion toimipiste p. 310 42751
Siltasaarenkatu 11C, 2. krs
PL 7710, 00099 Helsingin kaupunki
Laakson toimipiste ja vauvaperhevastaanotto
p. 310 47468
Lääkärinkatu 8 C
PL 8120, 00099 Helsingin kaupunki

Itäinen alue
Itäkeskuksen toimipiste p. 310 62470
Visbynkuja 2
PL 7410, 00099 Helsingin kaupunki
Laajasalon toimipiste p. 310 56600
Koulutanhua 2 A, 2. krs
PL 7520, 00099 Helsingin kaupunki
Vuosaaren toimipiste p. 310 62487
Iiluodontie 17
PL 7411, 00099 Helsingin kaupunki
Itäinen vauvaperhevastaanotto p. 310 56611
Mäenlaskijantie 4
PL 81750, 00099 Helsingin kaupunki

Pohjoinen alue
Malmin toimipiste p. 310 58243, 310 58489
Malmin asematie 3 A, 2. krs
PL 70790, 00099 Helsingin kaupunki
Maunulan toimipiste ja vauvaperhevastaanotto
p. 310 69515
Suursuonlaita 1, 2. krs
00630 Helsinki

SOSIAALIPÄIVYSTYS 24 h
Paasivuorenkatu 3, 5.krs
PL 8630, 00099 Helsingin kaupunki
P. 020 69006

SOSIAALIAALITURVATYÖ
Puh. 310 4011/ vaihde
Eteläinen sosiaaliasema Kallion toimipiste
Kallion virastotalo
Toinen Linja 4 A 3. ja 4. krs
PL 7752, 00099 Helsingin kaupunki
Kampin toimipiste
Malminkatu 3 F
PL 7120, 00099 Helsingin kaupunki
Itäinen sosiaaliasema
Herttoniemen toimipiste
Kettutie 8 E
PL 7510, 00099 Helsingin kaupunki
Itäkeskuksen toimipiste
Palvelukeskus Albatross
Kahvikuja 3 A, 6. krs
PL 7310, 00099 Helsingin kaupunki
Vuosaaren toimipiste
Kahvikuja 3
PL 7370, 00099 Helsingin kaupunki
Myllypuron toimipiste
Kivensilmänkuja 2
PL 7350, 00099 Helsingin kaupunki
Pohjoinen sosiaaliasema
Malmin toimipiste
Malmin virastotalo, Ala-Malmin tori 2
PL 7970, 00099 Helsingin kaupunki
Maunulan toimipiste
Suursuon virastotalo 1. kerros, Suursuonlaita 1
PL 8320, 00099 Helsingin kaupunki
Läntinen sosiaaliasema
Haagan toimipiste
Hopeatie 6
PL 8100, 00099 Helsingin kaupunki

TERVEYSKESKUS
Aikuiset (16 vuotta täyttäneet)
Haartmanin sairaala
Haartmaninkatu 4, rakennus 12
p. (09) 310 63231 tai (09) 310 5018/vaihde

Malmin sairaalan päivystys on REMONTISSA,
Talvelantie 6,
p. (09) 310 67468 tai (09) 310 6611/vaihde.
Yöllä klo 22 - 8 päivystävät Haartmanin ja Marian päivystyspoliklinikat.

Malmin Mariassa sijaitsevan päivystyksen yhteystiedot

Käyntiosoite: Lapinlahdenkatu 16, rakennus 15 C, sisäpiha Postiosoite: PL 6501, 00099 Helsingin kaupunki
Terveyskeskuspäivystyksen puh. (09) 310 67468
Päivystyspoliklinikan puh. (09) 310 67204

Lapset

Lasten ja nuorten sairaala, Lastenklinikka,
Stenbäckinkatu 11,
p. (09) 10023 tai (09) 4711/vaihde.
Yöllä klo 22–8 päivystää Lastenklinikan päivystyspoliklinikka.

MUUT LÄHISUHDEVÄKIVALTAAN ERIKOISTUNEET TAHOT

Poliisi	Yleinen hälytysnumero 112
Ensi- ja turvakotien liitto	Asemamiehenkatu 4 A, 7. krs 00520 Helsinki Puh. 454 2440, www.ensijaturvakotienliitto.fi
Demeter - projekti	Avoin linja naisille, jotka käyttävät tai pelkäävät käyttävänsä väkivaltaa Puh. 7562 2260, www.maria-akatemia.fi
Jussi-toimipiste	Ratavartijankatu 3 00520 Helsinki Apua väkivaltaa käyttäville miehille, www.jussitpasila.com Puh. 278 8223
Kirkkohallitus	Perheasiat http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/sp?open&cid=Content81CBF
Kirkon perheasiain neuvottelukeskus	**Kallio** Kolmas linja 22 B 00530 Helsinki Puh. 2340 2555 ajanvaraus klo 9-12 **Itäkeskus** Turunlinnantie 3 00900 Helsinki Puh. 2340 2555 ajanvaraus klo 9-12 **Malmi** Pekanraitti 16 00700 Helsinki 2340 2555 ajanvaraus klo 9-12

Miessakit ry **Lyömätön linja**	Annankatu 16 B 28 00120 Helsinki Puh. 612 66212, 044 751 1334 www.miessakit.fi/fi/lyomaton_linja
Miesten keskus	Asemamiehenkatu 4 B, 7. krs, 00520 Helsinki http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/miestenkeskus/asiakkaaksi/yhteystiedot/
Monika – Naiset Liitto ry	Tukea väkivaltaa kokeneille maahanmuuttaja-naisille P. (09) 6922 304 www.monikanaiset.fi
Naisten linja	p. 0800 02400 suomeksi ma-pe klo 16-20 ruotsiksi ke klo 16-20 englanniksi pe klo 16-20 www.naistenlinja.fi
NUORTEN KRIISIPISTE	12-29-vuotiaille nuorille ja heidän perheilleen Hämeentie 29, 6.kerros 00500 HELSINKI **Kriisipuhelin** 045 3410 583 päivystysaika tiis-tai-torstai klo 9.00-13.00 www.nuortenkriisipiste.com
RAISKAUSKRIISKESKUS TUKINAINEN	PL 111 00121 Helsinki Puh. 586 0360, www.tukinainen.fi **Kriisipäivystyksen** maksuton puhelinnumero on 0800-97899 (ma-pe klo 9-15, la-su klo 15-21, pyhinä ja niiden aattoina klo 15-21) **Juristipäivystyksen** maksuton puhelinnumero on 0800-97895 (ma-to klo 13-16) **Lähisuhdeväkivaltaa** kokeneille juristipäivystyksen maksuton puhelinnumero on 0800-97895 (pe klo 9-13)
RIKOSUHRIPÄIVYSTYS	**Auttava puhelin (maksullinen)** Puh. 0203 16116 ma – ti klo 13 - 21, ke - pe klo 17 – 21, www.rikosuhripaivystys.fi **Juristineuvonta (maksullinen)** Puh. 0203 16117 ma - to klo 17 - 19
Suomen Mielenterveysseura	**SOS-kriisikeskus**

www.mielenterveysseura.fi/sos-kriisikeskus/
Maistraatinportti 4 A, 4.kerros
00240 Helsinki
puh 413 50510
www.mielenterveysseura.fi

SPR- Nuorten turvatalo
(alle 19-vuotiaat)

Uudenmaankatu 32 A 6
00120 Helsinki
Puh. 622 4322
www.redcross.fi/apuajatukea/nuortenturvatalot/talosivut/helsinki/fi_FI/index/

TURVAKOTI

Pääkaupungin turvakoti
Steniuksentie 20, 00320 Helsinki
Puh. (09) 477 7180
24 tuntia/vrk
www.paakaupunginturvakoti.fi

Unioni Naisasialiitto Suomessa ry

Bulevardi 11 A 1
00120 Helsinki
Puh. 643 158
Juristineuvonta (09) 643 158 klo 18-19

INTERNETIN KAUTTA TIETOA

Hakusanoilla:
- väkivalta
- perheväkivalta
- poliisi-rikostutkinta- väkivaltarikokset
- poliisi-rikostutkinta- lähestymiskielto
- lähestymiskielto
- psyykkinen trauma
- raiskaus

WWW- OSOITTEITA:

www.miessakit.fi (Lyömätön Linja)

www.saunalahti.fi/jussitpa/

www.naistenlinja.com (maksuton Naisten Linja antaa neuvontaa, ohjausta ja tukea tytöille ja naisille, jotka kokevat väkivaltaa, uhkaa tai pelkoa)

www.naisunioni.fi

www.tukinainen.fi

www.turvakoti.net

www.tukinet.net

www.nuortenkriisipiste.com

www.evl.fi/kkh/to/kpk/vaki.htm

www.rikosuhripaivystys.fi

www.paakaupunginturvakoti.fi (Steniuksentie 20, 00320 Helsinki, puh.09- 4777180 Turvaa fyysistä tai henkistä väkivaltaa kokeville 18 vuotta täyttäneille)

www.poliisi.fi/lh/etela/sto/home.nsf/pages/38EFABD5C10FCF9EC22570A70028E1BE?opendocument (Lähisuhteissa ja perheissä tapahtuvan väkivallan ehkäisemishanke 2004- 2007)

www.poliisi.fi

www.thl.fi

www.vaestoliitto.fi

www.mll.fi

www.mielenterveysseura.fi

www.monikanaiset.fi

www.maria-akatemia.fi

Helsingin diakonissalaitoksen asumispalvelut:
www.hdl.fi/fi/asumispalvelut

Lisää tietoa:
Parisuhdeväkivalta puheeksi – opas terveydenhuollon ammattihenkilöstölle äitiys-huollossa ja lasten terveyspalveluissa www.hyvan.helsinki.fi/daphne/vakivalta.pdf

Ota väkivalta puheeksi STM:
www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=40879&name=DLFE-10512.pdf

Malmin mallin PAKE - lomakkeisto ja Hyvät käytännöt ohjeisto on kopioitavissa aluehallintoviraston nettisivuilta:

http://www.laaninhallitus.fi/lh/etela/sto/home.nsf/pages/1498EDC9E1753383C22570A80027DF38/$file/PAKE_Suomi.pdf

http://www.laaninhallitus.fi/lh/etela/sto/home.nsf/pages/1498EDC9E1753383C22570A80027DF38/$file/Hyvat_Kaytannot_Suomi.pdf

Tunnista vauvan hätä

http://ensijaturvakotienliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/cc283a94f930f214ea8b422d51b62175/1280475377/application/pdf/3031961/tunnistavauvanhata_low.pdf

www.kotirauhaa.fi

Lastensuojelun keskusliitto www.alalyolasta.fi

KRIISIAPUA

Sosiaalipäivystys (Helsinki) 0206 96006 (24 h)

Kriisipäivystys (Helsinki) 09 3104 4222 (24h)
Pari- ja perheterapiayksikön kriisipuhelin (Helsinki) p.310 43 275 (ma – to 11 – 12)
Helsingin kaupungin mielenterveyspalvelujen neuvontapuhelin p.310 65721 (8-15.30)
http://www.hel.fi/palvelut → terveyspalvelut → mielenterveys
Alueelliset psykiatrian poliklinikat ja kriisityöryhmät
Psykiatrian päivystyspoliklinikka: Auroran sairaala Nordenskiöldinkatu 20 rakennus 14 HKI 25
p.31065721

Päihdepsykiatrian poliklinikka HUS (kaksoisdiagnoosipotilaille)
http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,956,5148
p.471 63 636, Välskärinkatu 12, 4. krs.

Terveysneuvontaa 10023 (24h)

Suomen mielenterveysseuran SOS-kriisikeskus 09-413 50510 ja **Valtakunnallinen** kriisipuhelin 01019 5202 (ma-pe 09 - 06, la 15 - 06 ja su 15 – 22)

Kirkon palveleva puhelin 09-10071 (21- 03) suomeksi, 09-10072 tai 19072 ruotsiksi

Pari- ja perhetyö
http://www.hel.fi/sosv → perheiden palvelut → perheneuvolat
http://www.hel.fi/hki/Sosv/fi/Perheiden+palvelut/perheneuvola

Sosiaaliviraston pari- ja perheterapiayksikkö
p.(09) 310 43 275 (ma - to 11 – 12) Toinen linja 4 A 8.krs HKI 53

Seurakuntayhtymän perheneuvonta p. (09) 2340 2555 (ma - pe 9-12)

Väestöliiton perheklinikka (palvelut maksullisia) p. 2280 5267
(ma – to klo 13 – 15)

NUORET

Helsingin nuorisoasema (13- 25 v) ostopalvelu
http://www.a-klinikka.fi/helsinginnuorisoasema/esittely.htm
Hietaniemenkatu 5 HKI 10 2.-3.krs
p.09-4056240 (11- 12), päivystysvastaanotto ma 14- 16.30, to 9-11

Itäinen nuorisoasema (13- 22 v) p.09-310 61 202
http://www.hel.fi/wps/portal/Sosiaalivirasto/Artikkeli?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/Sosv/fi/Perheiden+palvelut/Nuorisoasemat/It_inen+nuorisoasema
Pohjoinen nuorisoasema(13-25v) p.310 58464
http://www.hel.fi/hki/Sosv/fi/Perheiden+palvelut/Nuorisoasemat/Pohjoinen+nuorisoasema

Nuorten kriisipiste www.nuortenkriisipiste.com
Hämeentie 64 Hki50 (18- 29 v) p. 2528 2740 avoinna ma – pe 9 – 13
Itäkeskus (12- 25v) p.3284 1310 avoinna ma – pe 9 – 13

Nuorten tukikeskus Dooris Hitsaajankatu 9 A Hki 81 www.nk.hel.fi
p.31089061(12 -13) avoinna ma, ke 12- 20, ti, to, pe 9-16

Nuorison neuvonta-asema (alle 30v) Valkonauhaliitto, Liisankatu 27 A 3 Hki17
p.09-1351268 tarjoaa esim. ryhmäterapiamahdollisuuksia

Nyyti - opiskelijoiden tukikeskus Rikhardinkatu 4 B HKI 13, 3.krs
www.nyyti.fi p.09-6840660 toimisto avoinna ma - to 10 – 16

Nuorisosäätiö-asumispalvelut Hiihtäjäntie 5 HKI 81
www.nuorisosaatio.fi p.75524700

Nuorten turvatalo p. 622 4322 www.redcross.fi/apuajatukea/nuortenturvatalot

Lasten ja nuorten puhelin 116 111 ma – pe 14- 20, la – su 17-20
http://www.mll.fi/nuortennetti/info/lasten_ja_nuorten_puhelin_ja_net/

www.nonfighting.fi

Nuorisoasiainkeskus Kompassi http://www.kompassi.info/, p.09-310 80080 (13-25v)

www.helppimesta.fi

IKÄÄNTYNEET

http://www.hel.fi/sosv → **vanhusten palvelut**
http://www.hel.fi/hki/Sosv/fi/Vanhusten+palvelut
Seniori-info: neuvonta ikäihmisten palveluista p. 310 44556 ma – pe 10 – 16
http://www.hel.fi/wps/portal/Sosiaalivirasto/Artikkeli?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/Sosv/fi/Neuvonta/Seniori-info

Senioripysäkki
http://www.helsinkicitymission.fi/?sid=37&hcm_reg=u7adfav0r2u6br9hag2lckvdd0
Kinaporinkatu 11 A 3.krs HKI 50, p. 09-2528 2720 (ma – pe 9 – 17) kohtaamispaikka, yksilö - ja ryhmähoitoa
Aamukorva – eläkeläisiä auttava puhelin
p. 09-2528 2730 / 045-341 0504 (ma-su 5-9.)

Ensi- ja turvakotien liiton Vanhusten auttava puhelin - perheväkivaltaa kokeneille
p.09-726 2422 (ti 12 - 15)

www.kantti.fi p.(09) 4342 4833

MAAHANMUUTTAJAT

Helsingin kaupunki:
http://www.hel.fi/hki/sosv/fi/maahanmuuttajien_palvelut/maahanmuuttoyksikko

SPR http://www.redcross.fi/apuajatukea/maahanmuuttajientuki/fi_FI/

Selma Suomen mielenterveysseuran SOS- keskus ulkomaalaisyksikkö
http://www.selma-net.fi/page.asp?notice=1&_item_id=778 konsultaatioapua ammattilaisille:
p.(09) 413 50 501(ma – pe 9 – 15) Maistraatinportti 4 A 4.krs HKI 24

Kidutettujen kuntoutuskeskus http://www.hdl.fi/fi/maahanmuuttajat/kidutettujen-kuntoutuskeskus
p.09-7750 4584 (ma-pe 8.30-15)

Helsingin seurakuntayhtymän maahanmuuttajatyö
http://www.helsinginseurakuntayhtyma.fi/?Deptid=4964
http://evl.fi/EVLfi.nsf/Documents/A02091BF9BCCC900C2257480003C8455?OpenDocument&lang=FI

Familia http://www.familiaclub.fi/ toimintaa maahanmuuttajille, vertaisryhmiä
Inkerikeskus ry http://www.inkerikeskus.fi/
Kansainvälinen kulttuurikeskus Caisa http://www.caisa.fi/
Maahanmuuttajan infopankki: http://www.infopankki.fi/
Turvakoti Mona http://www.monikanaiset.fi/
Vähemmistövaltuutetun toimisto http://www.vahemmistovaltuutettu.fi/

OHJAUSTA ONGELMISSA

Terapialinkkejä

www.mtkl.fi → tietopankki → mistä apua? → erilaisia terapiamuotoja
www.psy.fi
www.psykoanalyysi.com
www.therapeia-saatio.fi
www.kognitiivinenpsykoterapia.org
www.ratkes.fi
www.oktoivo.fi
www.suomenryhmapsykoterapia.fi
www.suomennlp-yhdistys.fi
www.traumaterapiakeskus.com
www.ihmis.fi (psykodraama)

Mielenterveysyhdistyksiä ja tietoa mielenterveydestä

Mielenterveyden keskusliitto www.mtkl.fi

Propelli- mielenterveyskuntoutuksen tietopalvelu 0203 91920 ma, ti, to 9-14, ke 9 – 16, pe 10 – 15

Suomen Mielenterveysseura www.mielenterveysseura.fi

Mielenterveysyhdistys Helmi ry www.mielenterveyshelmi.fi

Helsingin klubitalo p. 09-7288 550 (ma – pe 8 -16) Hämeentie 54 HKI 50
www.helsinginklubitalo.org

Niemikotisäätiön työkeskukset www.niemikoti.fi

Lisäksi paljon yhdistysten ja muiden ylläpitämiä kohtaamispaikkoja mm: Tukiyhdistys Karvinen ry, Elokolo (Elämäntapaliitto), Tukiyhdistys Majakka ry, Etappi ry, Mielenterveysyhdistys Neilikka ry, Suomen Moniääniset ry

Mieli maasta ry www.mielimaasta.fi

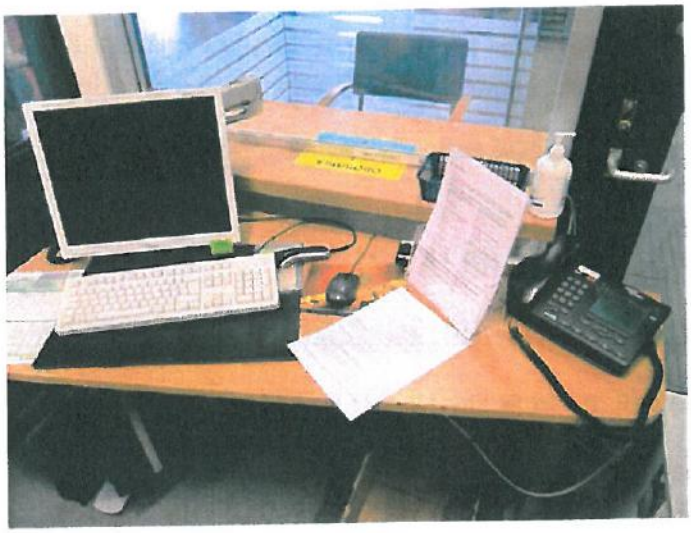
Omaiset mielenterveystyön tukena www.omaisten.org
www.omaisetpsyuusimaa.fi

http://www.apua.info/fi-FI/
www.tukiasema.net
www.tukinet.net
www.verkkoklinikka.fi
www.lskl.fi Lastensuojelun keskusliitto
www.pela.fi Pelastakaa lapset

Muita palveluja
Aids - puhelin 0203 27 000 (ma-to 17 – 20) www.redcross.fi
Aids-tukikeskus neuvonta ja ajanvaraus 0207 465 705 (ma – pe 10 – 15.30)
www.aidstukikeskus.fi
Alkoholiongelmaisen läheisille www.al-anon.fi
Asunnottomien naisten tukipiste Salli , Puotinharjun ostoskeskus, 050 502 7611
http://www.hdl.fi/fi/paivatoiminta/salli
(avoinna ma-ke 9-16, to-pe 9-14)
Autismi- ja Aspergerliitto p.09-774 2770 http://www.autismiliitto.fi/
Delfins ry 050 583 5000 seksuaalisen hyväksikäytön uhreille ja heidän läheisilleen
http://www.suomendelfins.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=7
www.ensijaturvakotienliitto.fi
Itsemurhan tehneiden läheiset p. 040 5458 954 (ma - to klo 9-13)
www.itsemurhantehneidenlaheiset.net
Kuurojen palvelusäätiö www.kuurojenpalvelusaatio.fi
Kysy kuulosta (09) 580 3370 http://www.kuuloliitto.fi/
Käpy ry 0800 95959 (ma ja to 8.30 -11.30) lapsensa menettäneille. www.kapy.fi
Linjaari Näkövammaisten keskusliitto ry http://www.nkl.fi/fi/etusivu
Mieli maasta ry p. 050 441 2112 www.mielimaasta.fi
Muistiliitto http://www.muistiliitto.fi/

Omaiset mielenterveystyön tukena www.omaisten.org
Paniikkihäiriöyhdistys p.(09) 438 7360
Peluuri 0800 100101 (arkisin 12 – 18) peliongelmissa auttava puhelin
www.peluuri.fi
Perheverkko p. 612 7102 (ma 10 - 11.30, ke 13 - 14.30) apua ja neuvoa pikkulapsiperheille www.vaestoliitto.fi
Perheklinikka p. 2280 5267 (ma – to klo 13 – 15) apua ihmissuhdekriiseissä ja –ongelmissa Positiiviset ry HIV- tartunnan saaneiden potilasjärjestö p.692 5441 (ma – pe 9 – 16) www.positiiviset.fi
Pro-tukipiste ry (09) 726 2877 prostituutioon liittyvissä ongelmissa, http://www.pro-tukipiste.fi/
Seksuaaliongelmia? www.sexpo.fi
SETA:n puhelinpäivystys p.(09) 681 25 855 (to 18 – 21)
Seurakuntayhtymä:
http://evl.fi/EVLfi.nsf/Documents/C871691F974613C2C2257480003C5857?OpenDocument&lang=FI
Siipi Maassa puh. (09)5845 9642 (ti, pe ja la klo 18-22) Helsingin ortodoksinen srk
www.smoto.fi motoristeille vertaistukea traumatilanteissa
Synnytysmasennuksesta irti Äimä ry www.aima.fi vertaistuki 040 746 7424
www.syomishairiokeskus.net p 040-540 38 24
Teratologinen tietopalvelu HUS 47176500 ma-pe 9-12 tietoa sikiövaurioita aiheuttavista tekijöistä
Tinnitusyhdistys http://www.tinnitusyhdistys.fi/yhteystiedot.php
Tupakkaverkko www.tupakka.org
Transtukipiste SETA ry www.seta.fi/
www.unettomat.net
www.uniliitto.fi
Uskontojen uhrien tuki ry 0400 466 990 www.uskontojenuhrientuki.fi
Vanhempainpuhelin 0600 12277 ti 10 – 13 ja 17 – 20, ke 10-13, to 14 – 20
http://www.mll.fi/vanhempainnetti/
Vammaispalveluista puhelinneuvontaa p. 0200 1234 www.invalidiliitto.fi
Velkalinja p.0800 98009 ma - pe 10-14 http://www.takuu-saatio.fi/
Ystäväpalvelu www.redcross.fi

Liite 7. Päivystyksestä hoitoon -osaprojektin selvitystyö, sh (YAMK) Jan Holmberg



TERVE HELSINKI -hanke

Päivystyksestä hoitoon -osaprojekti

selvitystyö

Jan Holmberg

SISÄLLYS

1 PROJEKTIN KUVAUS 70

2 SELVITYSTYÖN KUVAUS 70
2.1 Tarve 70
2.3 Suunnitelma ja aikataulu 71

3 SELVITYSTYÖN TOTEUTUS 71
3.1 Vaiheet 71
3.2 Toiminta 72
3.3 Arviointi 72

4 SELVITYSTYÖN TULOKSET 72
4.1 AUDIT päivystyksessä 72
4.2 Henkilökuntakyselyt 75
4.3 Osaprojektin toteutuminen 77

5 TULEVAISUUDEN KEHITYSTARPEET 80

LÄHTEET

1 PROJEKTIN KUVAUS

Terve Helsinki-hanke toteutetaan ajalla 1.3.2009–31.12.2011. Sen tavoitteena on ollut ottaa käyttöön vaikuttavia toimintatapoja terveyserojen kaventamiseksi.

Kuva: Jan Holmberg

Yksi hankkeen neljästä osaprojektista on Päivystyksestä hoitoon -projekti. Siinä on kehitetty toimintamallia päivystyksen kautta tavoitettavien, syrjäytymisvaarassa olevien ja päihteitä riskikäyttävien työikäisten aikuisten hoitoon saattamiseksi ja syrjäytymisen vähentämiseksi.
Osaprojektin toteuttamisesta ovat vastanneet projektipäällikkö Katja Louhio, projektityön-tekijät Petri Kylmänen ja Marianne Hellsten. Hankkeen ohjausryhmän puheenjohtajana on toiminut kehittämisjohtaja Riitta Simoila.

2 SELVITYSTYÖN KUVAUS

2.1 Tarve

Helsingin terveyskeskus on sitoutunut vastuullisen alkoholinkäytön toimenpideohjelmaan (2010), jossa alkoholin ongelmakäyttöön pyritään puuttumaan mahdollisimman varhain. Terve Helsinki -hanke toimii yhtenä välineenä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi.

Yhtenä osaprojektin toimenpiteenä on Marian ja Haartmanin sairaalan päivystyksen henkilökunnan osaamisen lisääminen terveyden edistämisessä, työtavoissa sekä päihdeosaamisessa jotta syrjäytymisvaarassa olevien asiakkaiden tunnistaminen ja hoitoon ohjaus toteutuisi.

Päivystyksestä hoitoon -projektissa pyrittiin kehittämään, testaamaan ja juurruttamaan vaikuttaviksi osoitettuja menetelmiä terveyserojen kaventamiseksi ja päihteiden riskikäyttäjän tunnistamiseksi ja hoitoon ohjaamiseksi. Toiminnan kehittämistä on mallinnettu projektin aikana päivystykseen sijoitettujen päihdetyöntekijöiden, henkilökunnan koulutuksen sekä käyttöön otetun toimintatavan pohjalta.

Osaprojektin aloituksen ja toimintavaiheen jälkeen siinä kehitettyjä innovaatioita oli tarpeen myös arvioida tämän selvityksen avulla. Osaprojektista tilattiin keväällä 2010 ulkoinen arvio. Selvitystyön toteutti mielenterveys-, päihde- ja projektityön asiantuntijana toimiva konsultti, sh (ylempiAMK) Jan Holmberg. Projektipäällikkö Katja Louhion kanssaan sovittiin järjestelyistä ja selvitykseen edellyttävistä tarvittavista toimintaluvista. Selvitystyö sisältäisi AUDITin käyttöönoton arvioimisen, henkilökuntakyselyiden arvioimisen ja osaprojektin kokonaisarvion.

2.2 Suunnitelma ja aikataulu

Selvitystyön avulla haluttiin tarkastella osaprojektin toteutuksen onnistumista ja lisätä osittain Terve Helsinki -hankkeen onnistumisen arviointia. Suunnitelma aikataulutettiin ja siitä laadittiin suunnitelma.

Toimintasuunnitelma

Tehtävä	*Tehtävän kuvaus*	*Vastuuhenkilö(t)*
Selvitystyön suunnitelman laatiminen 04/2011	Terveyskeskuksen (Marian ja Haartmanin sairaala) päivystystä koskevan selvityksen suunnitelman laatiminen.	projektipäällikkö, projektityötyöntekijät, konsultti.
Selvitystyön suunnitelman ja toteutuksen hyväksyminen	Sovittiin selvityksen sisällöstä. Anottiin selvityksen edellyttämät tutkimusluvat.	projektipäällikkö, konsultti, toimitusjohtaja
Henkilöstön loppukysely 06/2011	Suunniteltiin ja toteutettiin sähköinen kysely, joka perustui osaprojektin alussa toteutettuun kyselyyn.	projektipäällikkö, projektityötyöntekijät, konsultti.
Tutustumispäivä 06/2011	Tutustuttiin päihteitä käyttävän asiakkaan toiminta- ja hoitoprosessien toteutumiseen ja uusiin toimintaohjeisiin kliinisessä työssä.	projektityötyöntekijät, konsultti, päivystyksen henkilökunta
Otospäivä 07/2011	Valittiin yksi satunnainen päivä. Arvioitiin päihdeasiakkaan hoitoprosessin toteutumista päivystyksissä.	konsultti.
Selvitysraportin työstäminen 07–09/2011	Kirjoitettiin auki tehdyt havainnot ja koottiin tuloksista selvitysraportti.	konsultti.
Valmis selvitystyö 09/2011	valmis selvitystyö luovutetaan Helsingin terveyskeskuksen käyttöön ja annetaan tiedoksi hankkeen ohjausryhmälle sekä projektin projektiryhmälle.	projektipäällikkö, konsultti.

3 SELVITYSTYÖN TOTEUTUS

3.1 Vaiheet

Selvitystyö aloitettiin tutustumalla Helsingin terveyskeskuksen päivystysten tiloihin ja henkilökuntaan sekä lähettämällä toinen henkilöstökysely vastaajille. Seuraavaksi konsultti arvioi AUDITin käyttöä terveyskeskuspäivystyksissä Pegasos-potilastietojärjestelmästä tehdyn poiminnan avulla. Molempien henkilöstökyselyjen ollessa käytössä siirryttiin tulosten arviointiin. Lopulta osaprojektista tehtiin päätelmät ja luovutettiin selvitystyö sähköisessä muodossa Helsingin terveyskeskuksen ja projektiorganisaation käyttöön.

3.2 Toiminta

Selvitystyö tehtiin sekä toimeksiantajan että konsultin tiloissa, mikä mahdollisti joustavan työskentelyn. Konsultti sai tietoa osaprojektin luonnollisesta ympäristöstä ja selvitystyön laatiminen toiminnan ulkopuolisissa tiloissa mahdollisti pääsemisen objektiiviseen lopputulokseen. Yhteistyö kaikkien tahojen kanssa oli nopeaa ja sujuvaa. Käytössä olivat kaikki tarvittavat dokumentit, laitteet ja mahdollisuus tarkentaa henkilöstöltä selvitystyön tekemiseen tarvittavia tietoja.

3.3 Arviointi

Selvitystyötä varten arvioitavat osa-alueet muodostivat varsin laajan, mutta koherentin kokonaisuuden. Selvitystyön onnistumisen kannalta oli tärkeää saada riittävän paljon tietoa, dokumentteja ja kontakteja avainhenkilöihin, jotta toiminnasta saatiin selkeä kuva ja pystyttiin kokoamaan saadut tiedot kokonaisuudeksi. Arviointia auttoi jäsennelty kokonaisuus ja neuvottelut, joissa seurattiin arvioinnin edistymistä ja täsmennettiin selvitystyön sisältöä. Selvitystyön tekemisen teki haastavaksi Päivystyksestä hoitoon -osaprojektin dokumentoinnin suuri määrä sekä toisaalta projektin laaja-alaisuus ja toisaalta analysointiin käytettävän ajanjakson lyhyys.

4 SELVITYSTYÖN TULOKSET

Selvitystyö perustuu osaprojektin dokumentteihin, henkilöstökyselyihin, potilasaineistoon ja konsultin havaintoihin eri työyksiköissä.

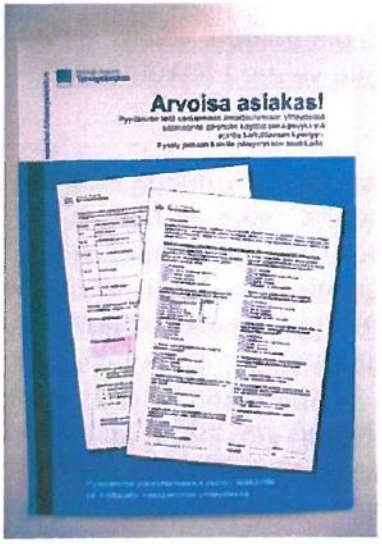
4.1 AUDIT päivystyksessä

Strukturoidun AUDIT-testin käyttöä kartoitettiin Marian ja Haartmanin sairaalan terveyskeskuspäivystyksessä, traumapäivystyksessä ja sisätautipäivystyksessä. Aineisto saatiin keräämällä yhtenä satunnaisesti valittuna kesäkuun vuorokautena kirjalliset potilastiedot kaikista potilaista, jotka käyttivät päivystysten terveyspalveluja kyseisenä päivänä. Selvitystyön ajankohta ei ollut päivystyksen työntekijöiden tiedossa.

Selvitystä varten tietoa kerättiin siitä oliko AUDIT-testi annettu potilaalle, oliko sen käyttö kirjattu ja millaisia AUDIT-pisteitä päivystyspotilaat olivat saaneet. Päätelmät tehtiin aineistosta nousevasta informaatiosta. Selvityksessä ei vertailtu eri yksiköiden toimintaa, vaan pyrittiin saamaan mahdollisimman selkeä kuva henkilökunnan AUDIT-testin käytöstä ja sitä kautta projektin aikana kehitetystä päihdehoitotyön uudesta mallinnuksesta ja sen toimivuudesta.

Tulokset

Selvityksen mukaan päivystyspotilaita oli yhteensä 440, joista naisia oli 262 ja miehiä 178. AUDIT oli kirjattu Pegasokseen 44 prosentilla potilaista. Huomioitaessa AUDITin käytön poissulkukriteerit kirjaus oli tehty 58 prosentille kaikista potilaista. Tulos on yhtenevä Kuokkasen ja Sepän (2010) Helsingin terveyskeskuksen terveysasemilla tekemän tutkimuksen kanssa, jossa AUDIT-pisteet kirjattiin 55,7 prosentille potilaista.



Kuva: Jan Holmberg

Poissulkukriteereitä olivat alaikäisyys, korkea ikä, raskaus, potilaan kieli- tai kommunikointivaikeudet, vahva humalatila, tajunnantason alhaisuus, voimakas kiputila, muistisairaus, päihderiippuvuusdiagnoosi, potilaan kieltäytyminen vastaamasta (esimerkiksi kyseessä oli raitis henkilö tai asiakas ei palauttanut annettua lomaketta) tai aggressiivinen ja uhkaava käytös (esimerkiksi: "Ei halua täyttää AUDIT-testiä. Potilaan käyttäytyminen aggressiivista, uhkaa lyödä hoitajia ja lääkäriä. Kaksi vartijaa ollut turvaamassa tilannetta.")

Osa potilaista oli saanut alkoholimini-intervention, vaikka varsinaista AUDIT-merkintää ei oltu tehty potilasasiakirjoihin (esimerkkinä kirjaus: "Ei tupakoi, ei nuuskaa, kielteinen kanta huumeisiin. Alkoholia useita kertoja kuukaudessa, juo lähes aina humaltuakseen, illassa saattaa kulua 8-9 annosta kerralla. Ei koe määristä huolimatta alkoholinkäyttöään ongelmalliseksi, harvoin krapulapäiviä. Jää kuitenkin miettimään käyttämiään alkoholimääriä.")

AUDIT-pisteet oli merkitty 112 potilaan tietoihin. Alkoholinkäyttö oli 74 prosentilla vähäriskistä käyttöä. Potilaista kuudella prosentilla riskit olivat lievästi kasvaneet, seitsemällä prosentilla oli riskikäyttöä ja neljällä prosentilla oli haitallista käyttöä. Aineiston potilaista yhdeksällä prosentilla oli mahdollinen alkoholiriippuvuus, korkeimman pistemäärän ollessa 29.

Audit-merkintä	Audit pisteet
112 (N 440)	74 % (vähäiset riskit) 6 % (riskit lievästi kasvaneet) 7 % (riskikäyttö) 4 % (haitallinen käyttö) 9 % (mahdollinen alkoholiriippuvuus)

Taulukko 1. Audit pisteet.

Riskikäyttäjien (miehillä yli kahdeksan ja naisilla yli kuusi pistettä) osuudeksi tuli 26 prosenttia.

Yleisimpiä päivystykseen tulon syitä olivat vatsakivut, erilaiset haavahoidot (osa suunniteltuja), hengitystie- ja vilustumisoireet. Toiseksi eniten oli pahoinpitelyjä, murtumia ja sydänoireita. Kolmannen ryhmän muodostivat yleistilan laskulla, virtsatie-infektiolla, selkäkivuilla tai alkoholin haitallisella käytöllä oireilevat potilaat. Lisäksi hoidettiin neljä intoksikaatiota ja yksi delirium tremens tapaus.

Jatkohoitoon ohjaus oli tehty AUDIT-testin tulosten ylittäessä 16 pistettä. Kirjattuja tapauksia oli yhdeksän. Potilaan lähettäminen suoraan päivystyksestä jat-

kohoitoon oli viikonloppuna haasteellista ja hoidon aloittaminen voitiin siirtää arkiviikolle: "Hakeutuu maanantaina A-klinikalle. Kotiutuu vaimon hakemana."

Päätelmät

Helsingin terveyskeskuksen päivystysten henkilökunta seuloi satunnaistettuna päivänä yli puolet kaikista potilaista käyttäen AUDIT-testiä, mikä on hyvä tulos. Tutkimuksissa kyselylomakkeiden teho on alkoholin riskikulutuksen tunnistamisessa hyvä ja se on mm. laboratoriotutkimuksiin verrattuna selvästi parempi vaihtoehto (Aergeerts ym. 2001). Henkilökunnan AUDIT-testin poissulkukriteerit olivat adekvaatteja. Ne saneli pääosin kliininen päivystystyö, koulutuksessa saatu tieto tai pistemäärien suhteellisuus. Riskirajat ja haitallisen käytön rajat eivät sovellukaan esimerkiksi raskaana oleville (Autti-Rämö ym. 2008) tai ikääntyneille (Aalto ja Holopainen 2008). Toiminnan kattavuus ja potilaiden itsearviointiin perustuva toiminta mahdollistivat varhaisvaiheen riskikulutuksen tunnistamisen (Saunders ym. 1993).

Riskikuluttajia oli aineistossa suurempi määrä, mitä perusterveydenhuollon tutkimuksissa on aiemmin esitetty (Kuokkanen ja Seppä 2010, Aalto ym. 1999). Toisaalta tutkimuksia tai dokumentoituja kokemuksia sairaalapäivystysten vastaavasta toiminnasta on vähän, mutta juuri päivystyksen toimipisteissä tehdyissä tutkimuksissa on todettu suunnilleen vastaava määrä päihteitä käyttäneitä ja päihtyneitä potilaita (Kantonen ym. 2006, Seppä ym. 2001), kuin tässä aineistossa. Tätä selittää todennäköisesti päivystystyön luonne, ajankohta ja runsaan alkoholinkäytön keskittyminen Suomessa viikonloppuihin.

Päihteitä käyttävät potilaat ohjautuvat ilmeisen helposti virka-ajan ulkopuolella päivystyspisteisiin, koska heidän määränsä koko potilasaineistosta oli varsin suuri. Murtumat yläraajoissa, kasvoissa ja muualla päässä erityisesti myöhään lauantaiyönä viittasivat aineistossa yleensä päihteidenkäyttöön ja/tai fyysiseen pahoinpitelyyn. Mielenterveysongelmaiset olivat pieni, mutta toinen selkeä potilasryhmä, jossa päihteidenkäyttö oli yleistä.

Marian ja Haartmanin sairaalan päivystyksen AUDIT-testiin on sisällytetty yksi psyykkisen hoidon tarvetta kartoittava kysymys, joka toiminee hyvin näiden potilaiden seulomisen lisäämiseksi. Selvityksessä tehdyn asiakkaiden tietojen perusteella voidaan todeta, että yleisesti ottaen alkoholia kohtuudella käyttävien 18–65-vuotiaiden terveys oli merkittävästi parempi kuin alkoholin ja muiden päihteiden suurkuluttajien. Muiden päivystykseen tulleiden potilasryhmien AUDIT-pisteillä ei aineistossa ollut selkeää yhteyttä päivystykseen tulon syyhyn.

AUDIT-testin täyttömäärä viittaa siihen, että sen käyttö soveltuu kiireiseen päivystystyöhön. Tulos on yhtenevä Aallon ja Sepän tutkimuksen (2005) kanssa. AUDIT-testin spesifisyys ja sensitiivisyys onkin osoitettu tutkimuksissa erittäin hyviksi (Aalto ym. 2006, Reinert ja Allen 2007) ja mini-interventio on tehokasta (Kaner ym. 2007). Päivystyksissä tiedotettiin AUDIT-testin täyttämisestä asiallisesti julisteiden sekä TV-monitorissa pyörivien tiedotustekstien avulla, mikä lisännee asiakkaiden myönteistä suhtautumista testin täyttämiseen.

Voidaan kuitenkin spekuloida kysymyksellä: Mitä sitten. Mitä päivystyksessä ja potilaan hoitoketjussa tapahtuu sen jälkeen, kun potilaan lomakkeesta löytyy

hänen arvioimanaan yli kahdeksan pistettä? Tähän kysymykseen aineisto ei vastaa muilta kuin niiltä osin, että alkoholinkäyttö oli otettu osan potilaista kanssa puheeksi Käypä hoito (2010) suosituksen mukaisesti. Voidaan ainoastaan tarkastella mahdollista jatkoon ohjausta ja konsultaatioiden käyttöä. Jatkohoitoon ohjausta vaikeutti se, että satunnaisesti valittu päivä oli lauantai. Suurin osa päihdepalveluista oli kiinni, eikä päivystyksen omien erityistyöntekijöiden, kuten päihdetyöntekijöiden antamaa konsultaatiota voitu hyödyntää. Vähäisistä resursseista huolimatta ainakin yhdeksän potilasta oli ohjattu päivystyksestä jatkohoitoon.

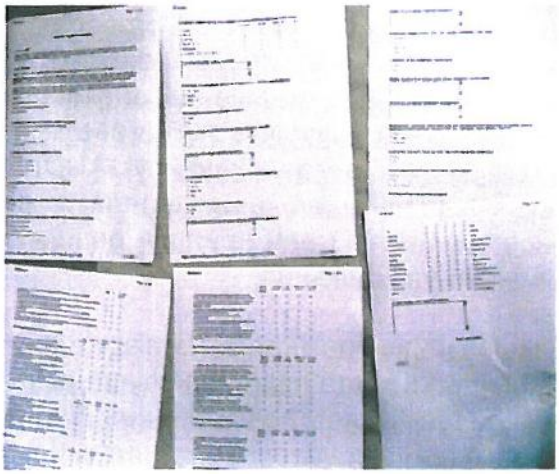
Kaiken kaikkiaan näyttää siltä, että AUDITin käyttöönotto toteutui hyvin päivystysten toimipisteissä. Tätä voidaan pitää merkkinä siitä, että päivystyksen henkilökunta ja potilaat hyväksyvät valtaosin kyselymenetelmän ja henkilökunta soveltaa sitä työssään, kun se on mahdollista ja he näkevät sen tarpeelliseksi.

4.2 Henkilökuntakyselyt

Henkilökunnalle lähetettiin kaksi samansisältöistä sähköistä kyselyä (jälkimmäisessä oli lisäkysymyksiä uudesta koulutuksesta ja uusista päihdetyöntekijöistä päivystyksessä). Kyselyyn vastasivat päivystyksen ja selviämishoitoaseman henkilöstö. Ensimmäinen kysely valmistui tammikuussa 2010 (N 168) ja toinen elokuussa 2011 (N 133). Kyselyillä kartoitettiin henkilökunnan asenteita, tietoa ja taitoa päihteitä käyttävien, mielenterveysongelmaisten sekä sosiaalisesti syrjäytyneiden henkilöiden hoitotyössä. Lisäksi kysyttiin päihdehoitotyöhön liittyvästä yhteistyöstä, ohjaamisesta ja ohjeistuksesta.

Tuloksia

Ensimmäiseen kyselyyn vastanneista 80 prosenttia oli hoitohenkilökuntaa: sairaanhoitajia (58 prosenttia) ja perus- tai lähihoitajia (22 prosenttia). Toisessa kyselyssä hoitohenkilökuntaa oli 81 prosenttia: sairaanhoitajia (64 prosenttia) ja perus- tai lähihoitajia (17 prosenttia). Muut vastaajat olivat lääkäreitä, sosiaalityöntekijöitä, lääkintävahtimestareita ja muita ammattilaisia. Kaikista vastaajista valtaosa oli naisia. Työkokemusta vastaajilla oli eniten ryhmissä yli 15 vuotta ja 0–3 vuotta (vajaa kolmasosa).



Kuva: Jan Holmberg

Vastaajista yli 70 prosenttia ilmoitti saaneensa tutkintoonsa liittyvää päihdeopetusta. Ensimmäisessä kyselyssä (E) työn puolesta koulutusta oli saanut viimeisen vuoden aikana vain 13 prosenttia. Toisessa kyselyssä (T) vastausprosentti oli noussut 67 prosenttiin. Uuteen AUDIT-koulutukseen oli kuluvan vuoden aikana osallistunut 56 prosenttia vastaajista.

Valtaosa vastaajista kohtasi melko usein tai usein työssään päihteitä käyttäviä, mielenterveysongelmaisia tai sosiaalisesti syrjäytyneitä ihmisiä. Päihteiden ongelmakäyttäjistä kohdattiin eniten alkoholin, tupakan ja lääkkeiden käyttäjiä. Huumausaineiden käyttäjiä ja sekakäyttäjiä tavattiin harvemmin.

Terveyshaittojen vähentäminen oli valtaosan mielestä tärkeää, vaikka potilaan päihteidenkäyttö jatkuisikin. Päihteitä käyttävät potilaat vaativat henkilökunnalta keskimäärin enemmän kärsivällisyyttä ja heidän kanssaan tuli herkemmin ongelmia kuin muiden potilasryhmien kanssa. Hajontaa vastauksissa aiheutti kysymys siitä, onko potilas itse syyllinen tilanteeseensa. Ensimmäisessä kyselyssä hieman yli puolet vastaajista koki päihteiden käyttäjien olevan väärien palveluiden piirissä.

Yli puolet vastaajista koki päihteitä ongelmallisesti käyttävän potilaan vievän, toisten potilaiden kustannuksella, henkilökunnan aikaa. Kysymys päihteitä käyttävien potilaiden hoidosta henkilökohtaisen ammattietiikan vastaisena piirteenä palveluissa jakoi ensimmäisessä kyselyssä vastaajat kahtia. Samaa ja eri mieltä oli vastaajista 38 prosenttia. Toisessa kyselyssä samaa mieltä oli 29 ja eri mieltä 50 prosenttia. Päihteitä käyttävä potilas oli käyttänyt hyökkäävästi tai uhkaavasti henkilökuntaa kohtaan (E 82, T 74 prosenttia vastaajista), heihin oli vaikea luottaa (E 79, T 76 prosenttia) ja heidän haluttomuutensa osallistua omaan hoitoonsa vähensi henkilökunnan motivaatiota hoitaa heitä (E 74, T 57 prosenttia). Harvemmin kuitenkin koettiin, että potilaat arvostivat saamaansa päivystyshoitoa (E 36, T 44 prosenttia).

Kummassakin kyselyssä vastaajista 90 prosenttia oli sitä mieltä, että päivystysyksikössä tarvitaan omaa päihdetyöntekijää. Ensimmäisessä kyselyssä kaivattiin yhteneviä ohjeistuksia ja selkeitä toimintalinjoja hoitotyöhön. Toisessa kyselyssä 55 prosenttia (12 prosenttia ei osannut vielä sanoa) oli samaa tai täysin samaa mieltä siitä, että työyhteisössä on selkeät yhteisesti sovitut linjaukset päihteitä käyttävien potilaiden hoitamiseen.

Vastaajat puuttuivat päihteiden käyttöön (E 89, T 91 prosenttia), mielenterveysongelmiin (E 78, T 74 prosenttia) ja sosiaaliseen syrjäytymiseen (E 68, T 55 prosenttia) osana työtään. Päihtyneen henkilön akuuttihoito-ohjeistus tunnettiin hyvin ja alkoholin käyttö otettiin puheeksi melko usein (E 29, T 37 prosenttia), usein (E 38, T 32 prosenttia) tai aina (E 24, T 18 prosenttia). Käypä hoito (2010) suosituksen mukainen alkoholi mini-interventio oli tuttu menetelmä ensimmäisessä kyselyssä 36 prosentille vastaajista ja toisessa kyselyssä 65 prosentille. Ensimmäisessä kyselyssä yli puolet vastaajista ei koskaan käyttänyt AUDIT-testiä ja/tai mini-interventiota. Toisessa kyselyssä tällaisten vastaajien määrä oli tippunut seitsemään prosenttiin. Noin puolet vastaajista antoi harvoin potilaalle tai hänen omaisilleen kirjallista tietoa päihteiden vaikutuksista.

Käytännön päihdehoitotyö sisälsi keskustelua, ohjausta, kannustamista, lääkitysten aloittamista, kehotuksia harkita päihteiden käyttöä sekä pyrkimystä jatkohoitoon ohjaamiseen. Mielenterveyden osalta lääkitykset, hoitoonohjaus ja konsultaatio-käytännöt olivat selkeitä. Sosiaaliseen syrjäytymiseen puuttuminen koettiin tulosten perusteella vaikeammaksi. Haastattelun ja keskustelun jälkeen potilaille ehdotettiin lähinnä järjestöpalveluihin hakeutumista. Sosiaalityönteki-

jää, psykiatrista sairaanhoitajaa ja kotiutushoitajaa konsultoitiin kutienkin varsin matalalla kynnyksellä.

Yhteistyötä tehtiin lähinnä sosiaalityöntekijän ja omaisten kanssa. Päihdeyksiköiden ja poliisin kanssa yhteistyö oli harvinaisempaa ja vähiten yhteistyötä tehtiin sosiaalipäivystyksen ja järjestöjen yms. kanssa. Mielenterveyspotilaiden jatkohoitoon ohjaamista tehtiin eniten. Puolet tai yli puolet vastaajista ohjasi potilaita myös A-klinikoiden palveluihin, psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle ja terveysasemille. Tukiryhmiin ohjaamista ja päihteistä kieltäytymisen sekä riskitilanteiden välttämisen neuvontaa tehtiin vähiten. Toisessa kyselyssä 68 prosenttia ohjasi päihteitä käyttävän potilaan päihdetyöntekijälle ja heitä konsultoi potilaan jatkohoitoon ohjaamisessa 61 prosenttia vastaajista.

Päätelmät
Aineistot ovat erilaisia siinä mielessä, että kyselylomakkeet poikkeavat hieman toisistaan ja vastaajajoukko on valikoitunut satunnaisesti. Aineistosta voidaan päätellä, että hoitotyöhön kuuluu olennaisena osana päihteidenkäytön ja mielenterveysongelmien tunnistaminen sekä päihdehoitotyö koska valtaosa, erityisesti hoitohenkilökunnasta, kohtaa päihteiden käyttäjiä työssään varsin usein.

Rohkaisevaa on, että vastaajista valtaosan (yli 90 prosenttia) mielestä alkoholin käyttöön kannattaa puuttua. Työnantajan tarjoama päihdehoitotyön koulutusmäärä oli noussut ja AUDIT-testiä käytettiin enemmän toisen kyselyn vastausten mukaan. Asenteet päihdehoitotyötä kohtaan muuttuivat vähän. Toisaalta yli puolet koki, että (uudet) päihteitä käyttävien potilaiden hoitolinjaukset olivat omassa toimipisteessä selkeitä.

Psykiatrisen sairaanhoitajan, sosiaalityöntekijän ja psykiatrin konsultaatiosta oli ennestään päivystyksessä paljon kokemusta. Ilmeisesti myös päihdetyöntekijälle ja häneltä saatavalle konsultaatiolle koettiin näin ollen olevan tarvetta. Yli puolet vastaajista hyödynsi uusien päihdetyöntekijöiden osaamista ja konsultaatio-mahdollisuutta, mikä on hyvä tulos.

4.3 Osaprojektin toteutuminen

Konsultti on perehtynyt työyksiköiden toimintaan, päihdetyöntekijöiden työskentelyyn sekä käynyt keskusteluja hankkeen projektipäällikön kanssa. Lisäksi konsultti sai tutustuttavakseen hankkeeseen ja osaprojektiin liittyvän kirjallisen materiaalin ja kyselytutkimusten sekä Pegasos-selvityksen antamat tulokset, joiden pohjalta päätelmät tehtiin.

Projektin idea ja tavoite vastaavat omalta osaltaan kuntien velvollisuuteen huomioida päihteitä käyttävien asiakkaiden asema ja hoito strategiassaan sekä järjestää palvelut käytännön tarvetta vastaavalla tavalla (mm. Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, Päihdehuoltolaki 1986, Sosiaali- ja terveysministeriö 2009; 2007).

Projektin toiminta on ollut prosessinomaista. Se on alkanut suunnitelman laatimisella, asiantuntijoiden rekrytoinnilla, avainhenkilöiden sitouttamisella ja päihdehoitotyötä sekä projektityötä tuntevan työryhmän kokoamisella. Projektipääl-

likkö on projektin alussa viettänyt parin viikon mittaiset perehtymisjaksot molemmissa päivystyksissä keräten samalla henkilökunnalta ajatuksia osaprojektin mukaisten tavoitteiden osalta, mikä on osaltaan nopeuttanut projektin toteutuksen suunnittelua lähtökohtatilanteesta käsin. Toisaalta projekti on toteutettu ajankohdassa, mihin on ajoittunut suuria muutoksia, kuten Malmin sairaalan päivystyksen siirtyminen kokonaisuudessaan Marian sairaalaan. Lisäksi henkilökunnassa on tapahtunut suurta muutosta.

Osaprojektissa on selvitelty alkutilanne, käytännön tarpeet ja toimeksiantoa on selvennetty projektin aikana. Toiminta on perustunut osaprojektin suunnitelmaan ja se on ollut Helsingin terveyskeskuksen organisaation hyväksymää toimintaa. Projektisuunnitelma on lopulta arvioitu ja tarkistettu suhteessa toimintaan ja sen tuloksiin. Osaprojekti on dokumentoitu (projektiraportit, budjetointi ja lehtiartikkelit) ja keskeisistä tunnusluvuista (päihdetyöntekijöiden käyntisuoritteet, koulutusmäärät, koulutuksiin osallistuneet, asiakastapaamiset ja työmenetelmät) on kerätty tietoa.

Projektityöntekijät ovat työskennelleet sekä osana projektiorganisaatiota että Helsingin terveyskeskuksen henkilökuntaa. Projekti- eli päihdetyöntekijät toimivat osana kliinistä työryhmää, hoitivat potilaita itsenäisesti, tehostivat jatkohoitoon ohjausta ja kykenivät antamaan konsultaation lisäksi henkilökunnalle bedside -opetusta osana työtään. Toisaalta päihdetyöntekijät eivät suorittavina työntekijöinä ole välttämättä tehokkaimpia päihdehoitotyön koordinoijia ja kouluttajia. Tähän voidaan vaikuttaa selkiyttämällä päihdetyöntekijöiden toimenkuvaa ja tehostamalla työaikajärjestelyjä.

Valtaosa henkilökunnasta arvosti päihdetyöntekijöiden työpanosta päivystyksessä. He näkivät sen päivystystyön tehostamisena, monipuolisena erityisosaamista vaativana alana sekä arvokkaana oppimis- ja konsultaatiomahdollisuutena. Erilaiset päihteitä käyttävät ihmiset ovatkin näkyvä potilasryhmä päivystystyössä. Muun muassa Kantonen ym. (2006) toteavat, että päivystyksen potilaista noin neljännes (27 prosenttia) on päihdepotilaita ja he työllistävät hoitohenkilökuntaa enemmän kuin muut potilasryhmät. Aallon mukaan (2010) päihdeongelmaisen tunnistaminen ja ongelmaan puuttuminen on tärkeää. Osaprojektissa on kuitenkin pyritty luomaan hoitoprosessia, joka tunnistaisi riskikäyttäjät, jolloin puuttuminen tapahtuisi päihdeongelmien syntymiseen nähden ajoissa (ks. Mäkelä ym. 2010, Seppä ym. 2001).

Osa henkilökunnasta oli kriittistä päihdetyöntekijöiden työskentelyä kohtaan. He näkivät päihdetyöntekijän vaikutuksen päivystystyössä pienenä ja osaamisalueen kapea-alaisena. He olivat sitä mieltä, että he kykenivät tekemään päihdetyöntekijän työn itse osana työtään. Heidän mielestään päihdetyöntekijän toimenkuvan olisi tullut olla itsenäisempi ja lähempänä psykiatristen työntekijöiden konsultaatiomenettelyä.

Huomattavaa on, että päihdehoitotyön haastattelu- ja arviointitapojen, menetelmien ja uusimman tiedon käyttäminen vaatii jatkuvaa muistuttamista, kannustamista sekä uusien työntekijöiden perehdyttämistä (Holmberg 2010). Päihdetyöntekijät eivät yksin kykene muokkaamaan muun henkilökunnan asenteita riittävästi, jotta päihdehoitotyön osallisuuden merkitys ymmärrettäisiin. He tarvit-

sevat tuekseen työhön sitoutuneet esimiehet, henkilökunnan sekä koulutuksen kautta tulevan tuen.

Henkilökunnan vaihtuvuus on ollut päivystysyksiköissä nopeaa ja se on vaikeuttanut osaprojektin tiedon jakamista, konsultaatiomahdollisuuksien käyttämistä ja koulutussuunnittelua. Osa henkilökunnasta suhtautui päihteitä väärin käyttäviin ihmisiin asenteeltaan negatiivisesti. Henkilökunnan asenteellisuus voi johtua muun muassa uuden tiedon ja koulutuksen puutteesta, yksikön totutuista toimintatavoista tai päihteitä käyttävien ihmisten omasta toiminnasta. Erityisesti päihdeongelmaiset tai -riippuvaiset ihmiset hakeutuvat usein päivystykseen, vaikka asia ei aina vaadi päivystyshoitoa (Suikkala ym. 2010). Näin on toisaalta monen muunkin potilasryhmän, kuten monien virusinfektiopotilaiden kohdalla, vaikka kyseessä eivät toki ole suoraan verrannolliset potilasryhmät.

Päätelmät

Osaprojektin menestystekijöitä olivat toimijoiden, eli niin johdon kuin työntekijöiden, sitouttaminen varsin lyhyessä ajassa yhteisen tavoitteen saavuttamiseen, onnistuneiden rekrytointien kautta saavutettu päihdehoitotyön asiantuntemuksen korkea taso, henkilökunnan mukaan ottaminen projektin vaiheisiin ja projektiprosessin läpinäkyvyys. Työote oli käytännönläheistä ja asiantuntevaa. Osaprojektin aikana tehtiin päivystystyöhön soveltuva päihdehoitotyön toimintamalli, jota testattiin myös käytännössä. Siihen liittyvät aineistot päivitettiin ja henkilöstöä koulutettiin kattavasti, mikä on hyvä tulos.

Lyhytneuvonnan toteutumisen perusedellytyksenä on tiedostaa alkoholin riskikulutuksen yleisyys ja kysyä sitä aktiivisesti kaikilta potilailta (Käypä hoito 2010), kun se on mahdollista. Osaprojektin edetessä henkilökunta näytti muun muassa osaavan paremmin kohdentaa AUDIT-testin kaikille potilaille epäiltyjen riski- ja ongelmatapausten sijasta, ja he alkoivat tehdä enemmän mini-interventioita. Tämä on kansanterveydellisesti (päivystysyksiköiden vaikutuspiirissä) katsottuna merkittävä positiivinen muutos aiempaan toimintaan nähden, jolloin potilaalle kuuluva mini-interventio oli sattumanvaraisempaa.

Päivystysyksiköiden henkilökunnan nopea vaihtuvuus luo paineita aloittaa työyksiköissä jatkuva päihdehoitotyön täydennyskoulutus, koska henkilöstö on osallistunut tarjottuun koulutukseen suurella mielenkiinnolla ja koulutusmäärät ovat olleet suuria.

Osaprojektisuunnitelmassa mainittuun sosiaaliseen syrjäytymiseen puuttuminen ei erillisesti tarkasteltuna kehittynyt eteenpäin, säilyttäen pitkälti lähtökohtatasonsa. Tämän seikan selvittely kaipaisi lisäselvitystä ja pohdintaa siitä, miksi näin ei ole tapahtunut osaprojektin muihin tavoitteisiin ja tuloksiin nähden.

Projektin implementointivaihe on ollut varsin lyhyt, mikä voi näkyä haasteena jalkauttaa sinänsä hyviä tuloksia pysyvästi kliiniseen hoitotyöhön.

5 TULEVAISUUDEN KEHITYSTARPEET

1. Päihdehoitotyön tulee olla luonteva osa Helsingin terveyskeskuksen modernia päivystyshoitotyötä. Se on kansanterveydellisesti, tilastollisesti ja Helsingin terveyskeskuksen toimintaperiaatteiden näkökulmasta katsottuna perusteltua toimintaa. Päihdehoitotyö asettuu terveys- ja sosiaalitoimen yhteiselle toiminta-alueelle, jolloin yhteistyön vahvistamiseen kannattaa kiinnittää huomiota.

2. Helsingin terveyskeskuksen henkilökunnalle tullee koordinoida jatkuva työprosessi, jossa konsultaatioiden ja koulutuksen avulla muokataan asenteita ja mahdollistetaan tehokas päihteiden riskikuluttajien seulonta- ja hoitotyö sekä turvataan potilaiden jatkohoitoon ohjaamisen saumattomuus.

3. Helsingin terveyskeskuksen päivystyksen henkilökuntaa voidaan täydentää päihdetyöntekijöillä, joiden erikoisalana ovat ehkäisevä päihdetyö, päihteidenkäyttäjien hoitotyö ja joustavaan jatkohoitoon ohjaus.

Selvitystyön lähteet

Aalto M. 2010. Alkoholin ongelmakäyttö. Teoksessa Seppä K, Alho H, Kiianmaa K (toim.) Alkoholiriippuvuus. Duodecim: Helsinki.

Aalto M, Holopainen A. 2008. Ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja hoito. Duodecim 124:1492-8.

Aalto M, Seppä K. 2005. Use of laboratory markers and the AUDIT-questionnaire by primary care physicians to detect alcohol abuse by patients. Alcohol Alcohol 40: 520-3.

Aalto M, Seppä K, Kiianmaa K, Sillanaukee P. 1999. Drinking habits and prevalence of heavy drinking among primary health care outpatients and general population. Addiction 94: 1371-9.

Aalto M, Tuunanen M, Sillanaukee P, Seppä K. 2006. Effectiveness of structured questionnaires for screening heavy drinking in middle-aged women. Alcohol Clin Exp Res 30: 1884-8

Aergeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. 2001. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for detection of alcohol abuse or dependence in general practice population. Br J Gen Pract 464: 2006-7.

Autti-Rämö I, Fagerlund Å, Korkman M. 2008. Miten tunnistat sikiön alkoholivauriot? Suomen Lääkäril 63:501-6.

Helsingin kaupunki. 2010. Vastuullisen alkoholinkäytön toimenpideohjelma. Terveyskeskus: Helsinki.

Holmberg J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Edita: Helsinki.

Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, ym. 2007. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev 2: CD004148.

Kantonen J, Niittynen K, Mattila J, Kuusela-Louhivuori P, Manninen-Kauppinen E. & Pohjola-Sintonen S. 2006. Päihtyneet ja päihdeongelmaiset potilaat Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikalla. Suomen Lääkäril 47: 5923-7.

Kuokkanen M & Seppä K. 2010. Soveltuvatko mini-interventiosuositukset käytäntöön? Duodecim 11: 1322-7.

Käypä hoito. 2010. Alkoholiongelmaisen hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Saatavissa: www.kaypahoito.fi.

Mäkelä P, Mustonen H & Tigerstedt C. (toim.) Suomi Juo. THL: Helsinki.

Päihdehuoltolaki 1986/41. Saatavissa: www.finlex.fi.

Päihdepalvelujen laatusuositukset. 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Kuntaliitto: Helsinki.

Reinert DF, Allen JP. 2007. The alcohol use disorders identification test: an update of recearch findings. Alcohol Clin Exp Res 30: 185–99.

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. 1993. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. Addiction 88:791-804.

Seppä K, Aalto M, Pekuri P, Antila S, Lahtinen T, Alaja R. 2001. Päihdepotilaat päivystyspoliklinikalla – ongelmasta toimintamallin kehittämiseen. Suomen Lääkäril 56: 2249-53.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Hyvinvointi 2015-ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Julkaisuja 2007:3. STM: Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyönkehittämiseksi vuoteen 2015. Julkaisuja 2009:3. STM: Helsinki.

Suikkala A, Laine T. 2010 Terveyskeskuspäivystys – osa matalan kynnyksen palvelujärjestelmää? Teoksessa Laine T, Hyväri S, Vuokila-Oikkonen P (toim.) Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Riika.

TERVE HELSINKI -hanke

TSEMPPARI -hanke

Väliraportti aikaväliltä 2008–2011

Helsingin kaupunki
Terveyskeskus

Helsingfors stad
Hälsovårdscentralen

City of Helsinki
Health Centre

KUVAILULEHTI
PRESENTATIONSBLAD
PRESENTATION

Tekijä(t) - Författare - Author(s)
Kolehmainen Marjukka, Hellsten Marianne, Louhio Katja, Simoila Riitta

Julkaisun nimi – Publikationens titel – Title of the Publication
Terve Helsinki -hanke
Tsemppari-hanke Väliraportti aikaväliltä 2008 - 2011

Julkaisija - Utgivare - Publisher	Julkaisuaika - Publikationsdatum Published	Sivumäärä, liitteet - Sidoantal, bilagor Pages, appendices
Helsingin kaupungin terveyskeskus	2012	42

Sarja - Serie - Series	Osanumero - Del nummer Part number
Helsingin kaupungin terveyskeskuksen raportteja	2012:5

ISSN	ISBN paperi – papper – paper	ISBN pdf	Kieli - Språk - Language
1459-9112	978-952-272-184-6	978-952-272-197-6	suomi

Tiivistelmä – Referat – Abstract
Tsemppari Nuorten Aikalisä -hankkeen tavoitteena oli varsinaisen Aikalisän eli armeijapudokkaille suunnitellun toimintamallin soveltaminen ammatillisissa oppilaitoksissa. Taustalla oli huoli yhteiskunnasta syrjäytyvistä nuorista. Koulutusuraan liittyvät terveys- ja hyvinvointierot ovat merkittäviä ja koulupudokkaat ovat syrjäytymisen riskiryhmä. Ammatillisissa oppilaitoksissa opintojen keskeyttämisprosentit ovat korkeita.

Tsemppari-hankkeen tavoitteena on tukea nuorta suorittamaan oppilaitosmuotoinen ammatillinen perustutkinto sekä tukea siirtymävaiheessa niitä nuoria, jotka keskeyttävät ammatillisen perustutkinnon suorittamisen.

Tsemppari toiminta alkoi syksyllä 2008 Helsingin tekniikan alan oppilaitoksessa(Heltech) Vallilassa ja se laajeni syksyllä 2010 Helsingin sosiaali- ja terveysalan oppilaitokseen(Hesote), Helsingin palvelualojen oppilaitokseen(Helpa) ja Diakoniaopistoon. Hankkeessa toimii neljä psykiatrista sairaanhoitajaa tsemppariohjaajina.

Poissaolojen kasautuminen osoittautui selvimmäksi indikaatioksi keskeyttämisille. Hankkeessa mallinnettiin aikalisätoimintaan perustuva työskentelymalli, jossa korostuvat psykiatrisen sairaanhoitajan, ryhmänohjaajan ja opiskelijan yhteistyö, varhainen puuttuminen sekä yksittäisen opiskelijan näkökulmasta ongelmien kasautumisen ennaltaehkäisy. Psykiatrisen sairaanhoitajan työ on muuttunut tavallisesta vastaanottotyöstä osin jalkautuvaksi työksi oppilaitoksen sisällä. Hän tapaa opiskelijoita työsaleissa ja oppituntien aikana. Tsemppariтyöotteen perusta on yksilöllinen kohdennettu tuki kaikille. Keskeinen osa tukipalvelua on poissaoloihin puuttumisen tehostaminen. Jalkautuvalla työtavalla pyritään kohtaamaan mahdollisimman suuri joukko nuoria, havainnoimaan keskeyttämisiä ennakoivia riskejä sekä ennaltaehkäisemään niiden kasautumista. Tsemppari-tukipalvelussa annetaan nuorelle mahdollisuus henkilökohtaiseen, säännölliseen tukeen, minkä on todettu olevan merkittävää opintojen etenemisen ja ongelmien ylipääsemisen kannalta. Ohjauksessa ja tukipalvelussa kiinnitetään erityisesti huomiota nuoren voimavaroihin ja niiden tukemiseen. Yhteistyö koulun muiden toimijoiden ja etsivän nuorisotyön kanssa on osa tukipalvelua.

Avainsanat - Nyckelord - Key words
Koulupudokkuus, psykiatrinen sairaanhoitaja, tsemppariohjaaja, nuorten syrjäytyminen

Hinta Pris Price		Julkaisumuoto Publikationsform Publishing form	painettu, internet

Julkaisun jakelu:
Helsingin terveyskeskus / tietopalvelu
PL 6000, 00099 HELSINGIN KAUPUNKI
Puhelin: 09 310 48183

Distribution:
Helsingfors stad
Hälsovårdscentralen / informationstjänst
PB 6000, 00099 HELSINGFORS STAD
Telefon: 09 310 48183

Distribution:
City of Helsinki Health Centre /
Information Services
P.O. Box 6000, 00099 City of Helsinki
Tel: +358 9 310 48183

SISÄLLYS

1 HANKKEEN KUVAUS 1
1.1 Hankkeen lähtökohta 1
1.2 Hankkeen perustelu 2
1.3 Psykiatrinen sairaanhoitaja tsempparіohjaajana 3
1.4 Hankkeen tavoitteet 3
1.5 Yhteydet muihin kehittämishankkeisiin 4
1.6 Hankkeen riskit ja niiden hallinta 5
2 HANKKEEN ORGANISOINTI 6
2.1 Hankkeen käynnistyminen 6
2.2 Hankkeen laajentuminen 6
2.3 Projektiryhmä 7
2.4 Tsemppari -työryhmät 7
2.5 Kehittämisryhmä 8
2.6 Yhteisen toimintakulttuurin muodostuminen 8
3 HANKKEEN TOIMINTAMALLIT 8
3.1 Tsemppari-toimintamallit 8
3.1.1 Tsemppari-toimintamalli poissaolojen pitkittymisen ehkäisemiseksi 9
3.1.2 Tsemppari-toimintamalli opintojen keskeytymistilanteessa 12
4 HANKKEEN KEHITTÄMISTOIMINTA 15
4.1 Sähköisen opiskelijajärjestelmän kehittäminen 15
4.2 Vallilan varikko 15
4.3 Terveydenhoitajan, koululääkärin ja tsempparіohjaajan yhteistyö 15
4.4 Ryhmänohjauksen kehittäminen 16
4.4.1 Ryhmänohjaajien valmennusohjelma 16
4.4.2 Ryhmänohjaajien työpajat 16
4.5 Ryhmäyttämisen kehittäminen 17
4.6 Ohjaussuunnitelman laatiminen ja opiskelijahuollon kehittäminen 17
4.7 Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmatyö 18
5 VIESTINTÄ 19
5.1 Tiedottaminen 19
6 TULOKSET 20
6.1 Toiminnan analysointi 20
6.2 Asiakkuuksien kehittyminen 20
6.2.1 Psyra-kyselyn tulokset 21
6.2.2 Psykiatristen sairaanhoitajien asiakkuuksien kehittyminen 2011 24
6.2.3 Keskeyttämisten seuranta 25
6.2.4 Eroavien opiskelijoiden toimintamallin käynnistyminen 26
7 TAPAUSKUVAUKSIA 27
8 HANKKEEN TULOSTEN ARVIOINTIA 28
8.1 Johtopäätökset 29
8.2 Toimintojen vakiinnuttaminen 30
9 HANKKEEN JATKOKEHITTÄMISTOIMINTA VUODELLE 2012 31
Hankkeesta tehdyt posterit: 32
LÄHTEET 33
LIITTEET 34
Liite 1. Ohjaus- ja projektiryhmä 34
Liite 2. PSYRA -lomake 35
Liite 3: Kelan ammatillisia oppilaitoksia koskevat opintotukeen liittyvät asiat –lomake 39

TAULUKOT

Taulukko 1. Hankkeen riskit ja niiden hallinta

KUVIOT

Kuvio 1: Poissaoloihin puuttumisen kolmikantamalli
Kuvio 2: Psykiatrisen sairaanhoitajan työn jakautuminen Tsemppari-ohjaajana toimittaessa
Kuvio 3. Tsemppari-toiminta opintojen keskeytymistilanteessa
Kuvio 4. Käyntimäärät (2010–2011)
Kuvio 5. Pääasiallinen tulosyy (%)
Kuvio 6. Psykiatristen sairaanhoitajien puhelut (%)
Kuvio 7. Konsultointi (%)
Kuvio 8. Jatko-ohjauksien pääasiallinen syy (%)
Kuvio 9. Ohjautuminen Tsemppari-ohjaajalle (%)
Kuvio 10. Nuorten psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle hakeutumisen syyt (%)
Kuvio 11. Opintonsa negatiivisesti keskeyttäneet (2008–2009)

1 HANKKEEN KUVAUS

1.1 Hankkeen lähtökohta

Huoli suomalaisten nuorten hyvinvoinnista on viime vuosina ollut näkyvästi esillä. Näyttää siltä, että vaikka suurimmalla osalla nuorista menee hyvin, osalla menee entistä huonommin. Koulutusuraan liittyvät terveys- ja hyvinvointierot ovat merkittäviä. Koulupudokkaat ovat syrjäytymisen riskiryhmässä. Joka kymmenes nuori on vaarassa syrjäytyä. (Rintanen 2000.)

Helsingissä jäi vuonna 2008 ilman jatkokoulutuspaikkaa 12 % peruskoulun päättäneistä nuorista, koko maassa 6 % (Simoila 2008.). Helsingin kaupungin ammatillisissa oppilaitoksissa vuonna 2008 keskeyttäneitä opiskelijoita oli 1218 ja heistä negatiivisesti keskeyttäneitä oli 824 (opetusviraston tieto- ja ennakointipalvelut 2008). Negatiivisesti keskeyttäneillä tarkoitetaan niitä opiskelijoita, joilla ei syynä keskeytykseen ole raskaus, armeijaan meno, toiseen oppilaitokseen siirtyminen tai työ. Negatiivisesti keskeyttävät ovat poisto oppilaitoksen toimesta pitkään jatkuneiden poissaolojen takia eikä heillä ole uutta koulutuspaikkaa tai työsuhdetta.

Koulutuksen tai työelämän ulkopuolella olevat nuoret ovat riskiryhmässä inhimillisesti ja taloudellisesti tarkasteltuna. Työmarkkinoilta syrjäytymisen yhteiskunnalliset kustannukset nousevat 1 milj. euroon syrjäytynyttä nuorta kohti (Kajanoja 2000). Nuorten terveyserojen ehkäisy on merkittävää niin työvoimapoliittisesti, yhteiskunnallisesti kuin terveyspoliittisesti tarkasteltuna. Opiskelunsa keskeyttävä nuori on vaarassa pudota "ei-minnekään".

Nuorten syrjäytymisen ehkäisyyn on tällä hetkellä vahva poliittinen tuki. Monissa kansallisissa ohjelmissa ja suosituksissa annetaan lasten ja nuorten hyvinvointiin liittyviä ohjeistuksia. Edellisellä hallituskaudella toimineessa hallitusohjelmassa sitouduttiin vähentämään lasten, nuorten ja perheiden pahoinvointia ja syrjäytymistä. **Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelmassa** painopisteinä ovat ehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen. Ohjelmalla tuetaan lasten ja perheiden arjen hyvinvointia, vähennetään syrjäytymistä, lisätään nuorten osallistumista ja kuulemista sekä lasten oikeuksista tiedottamista. Politiikkaohjelman tärkeänä tavoitteena oli parantaa hallinnonalojen välistä yhteistyötä. **Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa** nuoret ovat erityisesti nostettu esiin. Sen avulla vietiin eteenpäin terveysnäkökohtien huomioon ottamista yhteiskunnan kaikessa toiminnassa ja päätöksenteossa. Ohjelma keskittyi niihin toimiin, joilla voidaan ehkäistä ongelmien syntymistä tai puuttua riittävän varhain terveyttä uhkaaviin tekijöihin. Ohjelmassa nostettiin Time out! Aikalisä -toimintamallin laajentaminen koko maahan tärkeäksi tavoitteeksi. **Kansallisessa terveyserojen kaventamisohjelmassa** tavoitteeksi on nostettu nuorten tukitoimien turvaaminen koulutuksen ja työelämään siirtymisen nivelvaiheessa. **Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma (KASTE)** vie politiikkaohjelmat käytäntöön. Tavoitteena on mm. että koulutuksen ulkopuolelle jääneiden 17–24 -vuotiaiden nuorten osuus ikäluokasta tulisi jäädä alle 10 prosentin.

Kouluterveyskyselyn (2010) mukaan ammattiin opiskelevat kokivat terveytensä heikommaksi kuin peruskoululaiset tai lukiolaiset. Ammattiin opiskelevilla oli myös terveysongelmia, kuten ylipainoa, yleisemmin kuin peruskoululaisilla ja lukiolaisilla. Pääkaupunkiseudun yläluokkalaisten ja lukiolaisten huumekokeilut vähenivät 2000-luvun alussa, mutta ovat yleistyneet jälleen 2000-luvun puolivälin jälkeen. Laittomien huumeiden kokeilut yleistyivät selvästi myös ammatillisten oppilaitosten opiskelijoiden keskuudessa. Myös tupakointi yleistyi hieman. Kokemus opiskelijahuollon tuen saamisesta ammattiin opiskelevien kohdalla koettiin vaikeammaksi kuin kaksi vuotta aiemmin. Ongelmana oli myös pääseminen kouluterveydenhoitajan, koululääkärin ja koulupsykologin vastaanotoille. Avun puutetta esiintyi itseä koskevissa huolestuttavissa asioissa 15–16 prosentilla toisen asteen opiskelijoista.

Nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseksi on kehitetty hankkeita eri hallinnonaloilla. Nuorten syrjäytymisen ehkäisyn keskeinen vaikuttavuuden edellytys on hyvä perustyön hallinta. Valtiontalouden tarkastusviraston raportti (2007) Nuorten syrjäytymisen ehkäisystä painottaa koulutuksen nivelvaiheissa tehtävää yhteistyötä ja siihen liittyvää vastuukysymysten hallintaa.

1.2 Hankkeen perustelu

Helsingin kaupungin yhtenä strategisena tavoitteena on syrjäytymisen ehkäisy ja yhteistyön kehittäminen eri hallintokuntien välillä. Syrjäytyminen merkitsee koulutuksen, työn, sosiaalisten suhteiden ja kulutuksen ulkopuolelle joutumista niin, että toimintamahdollisuudet supistuvat ja kiinnittyminen yhteiskuntaan heikkenee.

Tsemppari-hankkeessa on mukana Helsingin kaupungin neljä eri hallintokuntaa ja neljä näkökulmaa: terveyskeskus terveyserojen kaventamisen näkökulmasta, opetusvirasto opintojen keskeyttämisten vähenemisen näkökulmasta, sosiaalivirasto syrjäytymisen ehkäisyn näkökulmasta ja henkilöstökeskus työllisyyden hoidon näkökulmasta. Hankkeeseen mukaan lähteneiden hallintokuntien omat strategiset linjaukset olivat yhteneväiset ja yhteistyön ja palveluprosessien kehittäminen eri hallintokuntien välillä nähtiin tarpeelliseksi. Terveyskeskuksen strategiasuunnitelman (2009 – 2011) yksi tavoite on ollut helsinkiläisten terveyden edistäminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen. Vuoden 2009 suunnittelukaudella panostettiin erityisesti lasten ja nuorten terveyden edistämiseen.

Terveyskeskuksen terveysasematosastoon kuuluvan koulu- ja opiskeluterveydenhuollon yksikön toimintasuunnitelmassa yhtenä avaintekijänä oli syrjäytymisvaarassa olevien nuorten tunnistaminen yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa niin, että syrjäytyminen vähenee. Henkilöstökeskus nosti nuoret ja nuoret aikuiset painopisteryhmiksi Helsingin kaupungin työllisyydenhoidon kehittämisessä. Henkilöstökeskuksen tavoitteiden mukaisesti nuorten työllisyydenhoidossa tulisi kiinnittää erityistä huomiota nuorten syrjäytymisriskien varhaiseen tunnistamiseen ja nuorten ohjaamiseen koulutukseen.

Helsingissä on kolme kaupungin ammatillista oppilaitosta, joissa vuonna 2010 oli 7340 opiskelijaa. Helsingin palvelualojen oppilaitoksessa Helpassa on 1705 opiskelijaa, Helsingin sosiaali- ja terveydenhuoltoalan oppilaitoksessa Hesotessa 1861 opiskelijaa ja Helsingin tekniikan alan oppilaitoksessa Heltechissä 3774 opiskelijaa. Jatkossa raportissa oppilaitoksista käytetään lyhenteitä Heltech, Hesote ja Helpa tai koulutusyksiköiden nimiä. Lisäksi Helsingissä on 11 yksityistä ammatillista oppilaitosta, joissa on 7136 opiskelijaa. Aloituspaikkoja syksyllä 2011 Helsingin kaupungin ammatilliseen perustutkintoon johtavaan koulutukseen on 2518 ja yksityisiin ammatillisiin oppilaitoksiin 1254. (Kukkonen 2010.)

Helsingin kaupungin ammatillisissa oppilaitoksissa ammatillisesta peruskoulutuksesta erosi 20.9.2010–20.9.2011 yhteensä 1493 opiskelijaa. Heistä Helpasta 308, Hesotesta 419 ja Heltechistä 766. Eronneista miehiä oli 48,8 % ja naisia 51,2 %. (Opetusviraston tieto ja ennakointipalvelut 2011.)

Lähtökohtana ja mallina koulupudokashankkeelle oli Time Out Aikalisä -malli, joka on kutsuntaikäisten nuorten miesten syrjäytymisen ehkäisyyn kehitetty valtakunnallinen toimintamalli. Kaste-ohjelman tavoitteiden mukaan mallin soveltuvuutta muihin konteksteihin suositeltiin kokeiltavaksi.

Tsemppari-hankkeessa mallinnettiin opiskelijoiden poissaoloihin puuttuva työskentelymalli sekä opintonsa keskeyttämistilanteeseen kohdentuvan mallin rakentaminen ja testaaminen. Mallissa korostuivat varhainen puuttuminen sekä opiskelijan "saattaen – vaihtaen" palvelu.

1.3 Psykiatrinen sairaanhoitaja tsempparіohjaajana

Psykiatriset sairaanhoitajat olivat uusi lisäresurssi terveysasemille ja osa heistä suunnattiin koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon nuorten syrjäytymisen ehkäisyyn. Aluksi heidät sijoitettiin toimimaan terveysasemalta käsin ja ohjautumisia oppilaitoksista tuli hyvin vähän ja peruuttamattomia ajanvarauksia oli paljon. Toiminta ei kehittynyt riittävästi ja nuoria ei tavoitettu. Aikalisämallin mukaisesti toiminta vietiin oppilaitoksen sisälle ja siellä kehitettiin uudenlaista osaamista jalkautuvalla työtavalla. Tarvittiin erityisosaamista ammatillisten oppilaitosten nuorten mielenterveys- ja päihdeongelmiin ja niiden ennaltaehkäisyyn. Neljä (4) psykiatrista sairaanhoitajaa toimii tsempparіohjaajina.

1.4 Hankkeen tavoitteet

Tsemppari-hankkeen tavoitteena oli

- tukea nuorta suorittamaan oppilaitosmuotoinen ammatillinen perustutkinto tai tutkinnon osia
- tukea niitä nuoria, jotka keskeyttävät oppilaitosmuotoisen ammatillisen perustutkinnon suorittamisen

Hankkeessa mallinnettiin aikalisätoimintaan perustuva työskentelymalli, jossa korostuivat psykiatrisen sairaanhoitajan ja ryhmänohjaajan yhteistyö, varhainen

puuttuminen sekä yksittäisen opiskelijan näkökulmasta ongelmien kasautumisen ennaltaehkäisy. Hankkeessa oli tärkeää opiskelijan opiskeluprosessin kokonaisvaltainen tukeminen yhdessä muiden toimijoiden kanssa siten, että opiskelija sitoutui opintoihinsa ja poissaoloihin puututtiin reaaliaikaisesti ja mahdollisimman nopeasti. Tämä mahdollistaa nuoren valmistumisen ammattiin ja siirtymisen työelämään osaavana työntekijänä. Opiskelijaa tuettiin myös opintojen keskeytyessä ja huolehdittiin hänen siirtymisestä saattaen vaihtaen -periaatteella muiden tarvittavien palvelujen piiriin.

Hankkeen tavoitteita ja toimenpiteitä suunniteltaessa oppilaitokset otettiin tiiviisti mukaan kehittämistoimintaan. Opiskelijoiden osallisuutta korostettiin koko hankkeen ajan. Opiskelijoita on ollut mukana oppilaitosten kehittämisryhmissä. Opiskelijat ovat tuottaneet materiaalia ja osallistuneet ideointiin, kuten hankkeen nimen, Tsemppari-hanke, keksimiseen. Nuorten omilla mielipiteillä on ollut tärkeä merkitys kehittämistoiminnassa.

1.5 Yhteydet muihin kehittämishankkeisiin

Tsemppari-hankkeella on ollut tiivis yhteistyö nuorille palveluja tarjoavien hankkeiden ja projektien kanssa. Hankkeen alkuvaiheen toiminnassa painottui kansallinen Time Out! Aikalisä -toiminta, jolloin yhteistyötä tehtiin Stakesin (nyk. THL) ja Lapin sairaanhoitopiirin ky / Lapin mielenterveyshankkeen ja Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen / Nuorten Aikalisän kanssa. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen Mielenterveyden yksikön kanssa yhteistyötä on tehty koko hankkeen ajan.

Projektikoordinaattorit ovat osallistuneet Nuorten syrjäytymisen ehkäisy -projektin kehittämiskokouksiin, joissa mallinnettiin eronneiden opiskelijoiden suora ohjautuminen tarvittaessa terveyskeskuksen psykiatrisille sairaanhoitajille. Yhteistä kehittämistyötä sekä asiakkuuksia on syntynyt myös Helsingin Diakonissalaitoksen Vamos -projektin kanssa.

Yhteistyötä tehtiin Helsingin henkilöstökeskuksenTulevaisuustiskin kanssa, jonne ohjautuvat nuoret, jotka eivät peruskoulun jälkeen saa toisen asteen opiskelupaikkaa. Myös tsempparіohjaajat ohjaavat Tulevaisuustiskille nuoria, jotka keskeyttävät opintonsa varhaisessa vaiheessa.

Helsingin opetusviraston Armi-projekti käynnistyi syksyllä 2010 ja sen tavoitteena on luoda ammatillisiin oppilaitoksiin nuorten arjentaitoja kehittävä ja tukeva toimintamalli. Tsempparin ja Armin yhteisenä tavoitteena on luoda jalkautuvaan ohjaukseen perustuvia toimintamalleja, joilla tavoitetaan mahdollisimman suuri joukko opiskelijoita. Tiivis toistuva kontakti opiskelijaan mahdollistaa varhaisen puuttumisen opintojen keskeytymistä ennakoiviin tilanteisiin. Tsemppari-hankkeella ja Armi-projektilla on runsaasti yhtymäkohtia. Molemmissa toiminta tapahtuu oppilaitoksissa jalkautuen opiskelijoiden pariin. Armi-ohjaajat painottavat työssään nuorten sosiaalisten tilanteiden tunnistamista ja selvittämistä. Armi-hankkeessa on hyödynnetty Tsemppari-hankkeen toimintamalleja.

Opetusvirastossa alkoi syksyllä 2011 etsivän nuorisotyön koordinoinnin suunnittelu koko Helsingin osalta. Yhteistä kehittämistyötä tehdään oppilaitosten sisäisen ohjauksen suunnittelemiseksi ja kehittämiseksi.

Terveyskeskus kuntalaisen käyttöliittymänä -hankkeen hankekoordinaattorit ovat olleet Tsemppari-hankkeen kehittämisryhmässä esittelemässä toimintaansa ja suunnittelemassa yhteisiä toimintalinjoja.

1.6 Hankkeen riskit ja niiden hallinta

Taulukko 1: Hankkeen riskit ja niiden hallinta

Riskit	**Toimenpiteet riskien minimoimiseksi**
Johdon sitoutuminen	Yhteinen ohjausryhmä, Terveyskeskuksen, Sosiaaliviraston, Opetusviraston ja Henkilöstökeskuksen edustajat ovat hankkeessa aktiivisena toimijana alusta saakka. THL on vahvana tukena heti alkuvaiheessa. Tiedottaminen koko projektin aikana / oma tiedotussuunnitelma.
Eri hallintokuntien välinen toiminta	Hankkeen neljän eri hallintokunnan välisen toiminnan kehittäminen vaatii yhteistä tahtotilaa ja päämäärää. Riskejä on pienennetty lisäämällä eri hallintokuntien välistä toimintaa sekä tehostamalla tiedottamista.
Hankkeen juurruttaminen pysyviin rakenteisiin osaksi perustyötä.	Henkilöstön kuuleminen ja hyvien käytäntöjen hyödyntäminen. Tietoisuus resursseista ja mahdollisesta lisätyöstä uuden työmenetelmän alkuvaiheessa. Muita hankkeita on paljon. Tietoisuuden, yhteistyön ja työnjaon lisääminen päällekkäisyyksien välttämiseksi. Ennaltaehkäisevän työn tulokset näkyvät vasta tulevaisuudessa. Projektityöntekijöiden ja hallintokuntien aktiivinen rooli hankkeen eteenpäin viemiseksi sekä juurruttamisessa. Pilotointikokemukset arvioidaan kriittisesti /oma arviointisuunnitelma. Seurataan opintojensa keskeyttäneiden määrää.
Oppilaitoksen sitoutuminen	Opetusviraston tuki. Hankkeen vastuuhenkilöiden oikea valinta. Oppilaitoksesta yhdyshenkilö, hänen osallistuminen koulutuksiin. Yhteydenpito rehtoreihin, osallistuminen THL:n koulutuksiin. Vertaistuen hyödyntäminen koko projektin aikana / yhteistyö muiden hankkeiden kanssa.
Nuorten parissa työskentelevän henkilöstön sitoutuminen ja mukaan saaminen	Tiedottaminen, yhdessä suunnittelu, tekeminen ja vastuuttaminen. Yhteisten kokousten järjestäminen, joissa kaikkien työntekijäryhmien aito tarve nuorten hyvinvoinnin tukemisessa ja lisäämisessä tulee näkyväksi. Yhteistyö vähentää yksittäisen työntekijän taakkaa.

2 HANKKEEN ORGANISOINTI

2.1 Hankkeen käynnistyminen

Tsemppari-hanke käynnistyi maaliskuussa 2008. Hankkeelle perustettiin oma ohjausryhmä. Hankkeen ohjausryhmä muodostuu Helsingin kaupungin terveyskeskuksen, henkilöstökeskuksen, opetusviraston ja sosiaaliviraston henkilöistä ja projektikoordinaattorista, joka aloitti 1.9.2008. Hankkeessa aloitti psykiatrinen sairaanhoitaja 22.9.2008. Syksyllä 2009 aloitti hankkeessa myös opetusviraston projektikoordinaattori, mikä mahdollisti opetusviraston vahvemman sitoutumisen yhteiseen toimintaan.

Terve Helsinki -hankkeen alaisuuteen Tsemppari-hanke siirtyi 1.4.2010, jolloin Terve Helsinki -hankkeen projektipäällikkö aloitti toimintansa Tsemppari-hankkeen ohjausryhmän puheenjohtajana. Ohjausryhmä on kokoontunut keskimäärin kaksi kertaa lukukaudessa. Ohjausryhmä linjasi hankkeen toimintaa virastotasolla sekä otti kantaa ehdotettuihin yhteistyörakenteisiin ja hankkeen toimintojen toteutuksiin. Ohjausryhmä hyväksyy ja esittää johtoryhmään ja lautakuntiin vietävät asiat sekä hyväksyy hankkeen väli- ja loppuraportit. Ohjausryhmän jäsenet tiedottavat hankkeen toiminnasta omissa organisaatioissaan. Ohjausryhmän kokouksia pidettiin 2008 yhteensä 6 kpl, 2009 6 kpl, 2010 6 kpl ja 2011 5 kpl.

Hanke täydentyi ohjausryhmän ja kehittämisryhmän nostamien teemojen ja lisäkysymysten mukaan. Ohjausryhmän tapaamisissa eri hallintokuntien edustajat kokosivat omista organisaatioistaan taustatietoja ja perusteita päätöksille ja linjauksille, jotka sitten olivat hankkeen käytettävissä. Ohjausryhmän ja projektiryhmän kokoonpanot ovat liitteessä 1.

2.2 Hankkeen laajentuminen

Hankkeen organisointi vaati selkeän rakenteen hankkeen laajentuessa elokuussa 2010 yhteensä kuuteen eri toimipisteeseen. Monen hallintokunnan yhteistyön edellytyksenä oli tahto tehdä yhteistyötä ja sovittaa aikatauluja yhteistyökokousten järjestämiseksi. Uusien työryhmien perustamisen lisäksi Tsemppari on ollut esillä opetusviraston nuoriso- ja aikuiskoulutuslinjan linjapalavereissa ja ammatillisten oppilaitosten rehtoreiden kokouksissa.

Hankkeen projektikoordinaattorit jalkautuivat tekemään oppilaitosten kanssa varhaiseen puuttumiseen ja opiskelijan ohjaukseen liittyvää kehittämistyötä samaan aikaan, kun psykiatrisia sairaanhoitajia sijoittui elokuussa 2010 työskentelemään oppilaitoksiin. Projektikoordinaattorit osallistuivat useisiin oppilaitoksien sisäisiin kokouksiin.

Projektikoordinaattorit raportoivat ohjausryhmälle väliraportilla hankkeen tilanteen ja laajenemissuunnitelman. Samalla mallinnettiin toimintatapa ja suunnitel-

tiin kehittämistoimenpiteet. Kehittämisryhmässä kokemuksia ja toimintamalleja käsiteltiin ja kehitettiin edelleen. Syksyn 2010 aikana toimintamallin läpivientiä ja toteutusta sekä seurantaa jatkettiin jokaisessa alla mainitussa yksikössä.

Elokuusta lähtien Helsingin kaupungin ammatillisissa oppilaitoksissa ja Diakoniaopistossa työskenteli psykiatrisia sairaanhoitajia seuraavasti:

ma – pe	Heltech, Vallilan koulutusyksikkö
ma – ti	Hesote, Malmin koulutusyksikkö
ke – pe	Heltech, Käpylän koulutusyksikkö
ma – ti	Heltech, Haagan koulutusyksikkö
ke – pe	Diakoniaopisto
ma-ti	Helpa, Roihuvuoren yksikkö

Henkilöstövaihdoksia psykiatristen sairaanhoitajien keskuudessa oli neljä kappaletta.
Projektikoordinaattorit tapasivat psykiatrisia sairaanhoitajia oppilaitoksissa viikoittain ja olivat heidän kanssaan oppilaitosten kehittämisryhmissä. Työtavan muuttuminen aikaisemmasta vastaanottotyöstä suurelta osin jalkautuvaksi työksi vaati ennaltaehkäisyn näkemistä tärkeänä. Työotteen muutoksessa projektikoordinaattorit olivat psykiatristen sairaanhoitajien tukena.

Hankkeen ohjausryhmän puheenjohtaja kävi tapaamassa syksyn 2010 aikana oppilaitosten psykiatriset sairaanhoitajat. Opetusviraston projektikoordinaattori siirtyi muihin tehtäviin 8.6.2011.

2.3 Projektiryhmä

Hankkeen toiminnan tukemiseksi perustettiin projektiryhmä keväällä 2010 ja se on kokoontunut lähes kuukausittain. Ryhmän muodostavat terveyskeskuksen ja opetusviraston projektikoordinaattorit sekä opetusviraston ohjauspalvelujen päällikkö ja Terve Helsinki -hankkeen projektipäällikkö sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ylihoitaja. Ryhmä toimii koordinaattoreiden tukena ja ohjaajana hankkeen toiminnan suuntaamisessa ja valmistelee ohjausryhmälle tuotettavat asiat. Ryhmän kokouksia pidettiin 2010 5 kpl ja 2011 3 kpl. Kokousten tarkoituksena oli edistää hankkeen monihallinnollisten tavoitteiden eteenpäin viemistä, lisätä tiedonkulkua sekä tukea eri hallintokuntien välisten toimijoiden välistä yhteistyötä hankkeen mukaisten päämäärien tavoittamiseksi.

2.4 Tsemppari -työryhmät

Koulutusyksikköissä Tsemppari-työryhminä ovat toimineet laajat opiskelijahuoltoryhmät. Projektikoordinaattorit ovat toimineet Tsemppari-työryhmien kokoonkutsujina tai he ovat osallistuneet opiskelijahuoltoryhmien kokouksiin. Ryhmät ovat tukeneet Tsemppari-ohjaajien toimintaa ammatillisissa oppilaitoksissa. Näiden ryhmien kautta oppilaitoksissa on kehitetty ja viety eteenpäin psykiatristen sairaanhoitajien jalkautuvaa työtapaa ja kehitetty oppilaitoksen sisäistä yhteistyötä opiskelijan opintojen edistymisen tukemiseksi erilaisia varhaisen puut-

tumisen menetelmiä hyödyntämällä. Kokouksien päämääränä on ollut hankkeen toimintoihin ja tavoitteisiin sitouttaminen, tiedon kerääminen ja viestittäminen sekä toimintojen mallinnuksen mahdollistaminen.

2.5 Kehittämisryhmä

Kehittämisryhmään kuuluvat kaikki ammatillisissa oppilaitoksissa työskentelevät psykiatriset sairaanhoitajat (4) ja projektikoordinaattorit. Kehittämisryhmä kokoontui kerran kuukaudessa. Projektikoordinaattorit tapasivat lisäksi tsemppariohjaajina työskenteleviä psykiatrisia sairaanhoitajia säännöllisesti heidän omissa oppilaitoksissaan. Tarvittaessa mukaan kutsuttiin oppilaitoksen edustajia ja muita henkilöitä, jotka työskentelevät nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseksi. Kehittämisryhmässä työstetään käytännön työssä nousseita kehittämisehdotuksia ja mallin soveltamista käytäntöön eri oppilaitoksien prosesseissa.

Lisäksi hankkeen vaiheista, tavoitteista ja tuloksista tiedotettiin koulu- ja opiskeluterveydenhuollon kokouksissa.

2.6 Yhteisen toimintakulttuurin muodostuminen

Tarve opetusviraston ja terveyskeskuksen johtotason yhteisille kokouksille nousi monissa eri yhteyksissä esiin. Yhteistyön ja kokonaisuuden parantamiseksi päädyttiin säännöllisten verkostokokousten järjestämiseen opetusviraston nuoriso- ja aikuiskoulutuslinjan ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollon yksikön johdon kanssa. Säännölliset kokoukset sovittiin pidettäviksi kaksi kertaa lukuvuoden aikana. Tämä mahdollistaa yhteisten tavoitteiden määrittelyn, toimintatapojen suunnittelun, työnjaon ja vastuunjaon onnistumisen. Tiedonkulku paranee, yhteinen osaaminen kehittyy ja halu tehdä monitoimijaista yhteistyötä lisääntyy. Ensimmäinen kokous pidettiin maaliskuussa 2011.

3 HANKKEEN TOIMINTAMALLIT

3.1 Tsemppari-toimintamallit

Toiminnan mallintaminen ja pilotointi käynnistyi Heltechin Vallilan koulutusyksikössä. Pilotoinnin jälkeen toiminta laajeni syksyllä 2010 Heltechin Käpylän ja Haagan koulutusyksikköön, Hesoten Malmin koulutusyksikköön, Helpan Roihuvuoren koulutusyksikköön ja Diakoniaopistoon. Keskeisenä toimijana koulupudokkuuden ehkäisemisessä toimii oppilaitoksissa työskentelevä psykiatrinen sairaanhoitaja eli tsempparіohjaaja. Toiminnan kautta opiskelijoiden poissaoloihin puututtiin aiempaa tehokkaammin ja toiminnassa korostuivat moniammatillisuus sekä jalkautuva työmuoto. Tukipalvelun keskeisimmät periaatteet ovat aktiivisen tavoittamisen periaate, asiakas- ja tilannelähtöisyys, kokonaisvaltaisuus, voimavarakeskeisyys sekä ratkaisuhaluisuuden, käytännöllisyyden ja tavoitteellisuuden periaatteet. Kokonaisvaltaisen työskentelyotteen ansiosta tsemppa-

riohjaajalla on usein tiedossaan nuoren kokonaistilanne. Tarvittaessa tsemppariohjaaja ohjaa nuoren muiden olemassa olevien palveluiden pariin.

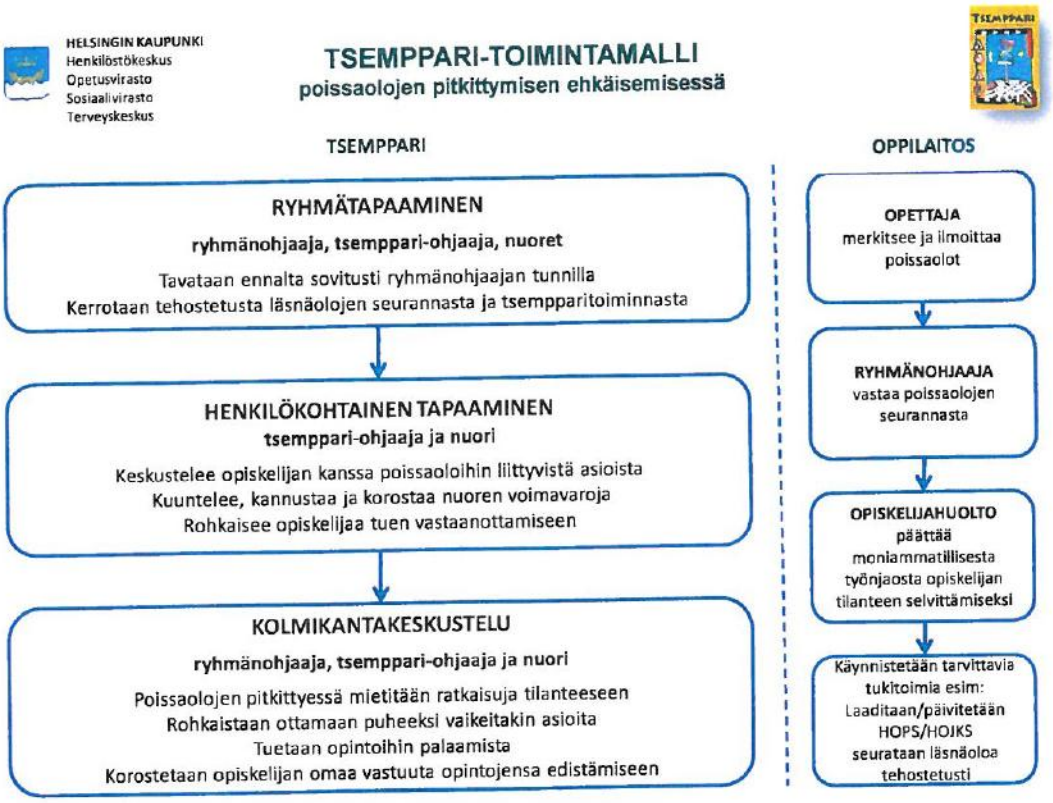
Vuoden 2011 alussa voimaan tullut Nuorisolaki velvoittaa oppilaitokset ilmoittamaan alle 25-vuotiaan ammatillisen koulutuksen keskeyttävän nuoren yksilöinti- ja yhteystiedot kunnan etsivälle nuorisotyölle. Tiedon luovuttamisessa tulee käyttää kokonaisharkintaa, eli etsivälle nuorisotyölle luovutetaan vain niiden nuorten tiedot, joiden arvioidaan tarvitsevan tukea ja ohjausta ja joita oppilaitoksen puolelta ei tavoiteta tai kyetä auttamaan. Tsemppari-mallin mukaisesti arvion etsivän nuorisotyön tarpeesta tekee psykiatrinen sairaanhoitaja yhdessä koulun muiden toimijoiden kanssa. Vuosien 2011 ja 2012 aikana mallinnetaan tsemppari-toimintamalli, jonka lähtökohtana on tavoittaa jokainen opintonsa keskeyttävä opiskelija. Tsemppari-mallin mukaisesti toimittaessa jokainen opiskelija saa opintojen keskeytyessä saman palvelun, vaikka oppilaitosten eroprosessit ja toimijoiden roolit vaihtelevat.

3.1.1 Tsemppari-toimintamalli poissaolojen pitkittymisen ehkäisemiseksi

Tsemppari-hankkeen toiminta on luonteeltaan kehittävää ja tähtää pysyviin työkäytäntöjen muutoksiin. Tsemppari-mallin tarkoituksena on opiskelijoiden opiskelukyvyn ja opiskeluissa suoriutumisen tukeminen. Tavoitteena on auttaa ryhmänohjaajia huolehtimaan opiskelijoiden jaksamisesta niin, että yksilötasolla opiskelukyvyn ja oppilaitostasolla opiskeluhyvinvoinnin heikkenemisen ennusmerkit osataan havaita riittävän varhain. Ryhmänohjaajien tehtäviin kuuluu tukea ja seurata opiskelijoidensa opinnoissa selviytymistä ja selvittää taustaa poissaoloille. Jotta opiskelukyvyn tukemisessa saavutetaan riittävät ja oikein kohdennetut tukitoimet, ryhmänohjaajan ja opiskelijan edellytetään keskustelevan tilanteesta välittömästi, kun poissaoloja alkaa kertyä. Ryhmänohjaajille ja nuorille tarjotaan tsemppari-työntekijän tukea poissaoloihin liittyviin keskusteluihin.

Tsempparimalli kehittyi poissaolojen seuraamisen pohjalta, koska poissaolot nähtiin keskeiseksi tekijäksi opintojen etenemisen kannalta. Hankkeen alkuvaiheessa oppilaitosten toimintatavat poissaoloihin puuttumiseksi vaativat selkeästi kehittämistä. Oppilaitoksissa oltiin halukkaita kehittämään avointa toimintaa poissaoloihin puuttumiseksi yhdessä ryhmänohjaajien kanssa. Poissaoloista keskustellaan opiskelijan ja ryhmänohjaajan suostumuksella ja läsnä ollessa. Mallissa tuki ja kontrolli yhdistyvät.

Tsempparitukipalveluun kuuluva Tsemppari-toimintamalli auttaa syrjäytymisvaarassa olevia nuoria (kuvio 1). Malli etsittiin kokeillen ja muokaten, toimintatavat valittiin tilanteen ja tarpeen mukaan.



Kuvio 1: Poissaoloihin puuttumisen kolmikantamalli

Hankkeen aikana ammatillisessa oppilaitoksessa työskentelevän psykiatrisen sairaanhoitajan työ on muuttunut tavallisesta vastaanottotyöstä osin jalkautuvaksi, etsiväksi työksi oppilaitoksen sisällä. Psykiatrinen sairaanhoitaja tapaa nuoria työsaleissa ja oppituntien aikana. Näin voidaan kohdata nuoria "ei-ongelmalähtöisesti" ja nuorella on mahdollisuus tulla kuulluksi. Kohtaamisten lisäämisen tärkeys tuli esille Kouluterveyskyselyssä (2010), jonka mukaan useat ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevista nuorista kokivat, että he eivät tule kuulluiksi oppilaitoksissa.

Kuvio 2: Psykiatrisen sairaanhoitajan työn jakautuminen Tsempparіohjaajana toimittaessa

Tsemppari-tapaamisissa keskustellaan elämäntilanteesta, opiskelun etenemisestä sekä erityisesti nuoren käsityksestä omista poissaoloistaan. Poissaoloista puhuttaessa nostetaan esiin niiden taustalla olevia syitä ja mietitään parannusta tilanteeseen. Nuorta kannustetaan edistämään opintojaan suorittamalla mahdollisesti rästiin jääneitä opintoja nopeasti. Työote on ratkaisu- ja voimavarakeskeinen ja keskusteluissa löydetään yhdessä asioita, jotka sujuvat hyvin ja tuovat jaksamista arkeen. Keskeistä tuen tarpeen arvioinnissa on, että annetaan etusija nuoren omille käsityksille ja tunteille asioissa. Ensiarvoisen tärkeää on myös, että nuorta uskotaan ja nuoreen luotetaan.

Toimintamallin kautta psykiatrinen sairaanhoitaja tulee kaikille opiskelijoille tutuksi, jolloin kynnys hakeutua tsempparіohjaajan luo on matala. Tsempparіotteen perusta on yksilöllinen kohdennettu tuki kaikille. Psykiatrinen sairaanhoitaja tekee tiivistä, toimivaa ja joustavaa yhteistyötä ryhmänohjaajien ja koulun muiden toimijoiden kanssa. Keskeinen osa tukipalvelua on poissaoloihin puuttumisen tehostaminen. Kolmikantamallin mukaisesti ryhmänohjaajalla on mahdollisuus tavata psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa opiskelijoita, joilla poissaoloja on paljon tai joilla on mielenterveys- tai päihdeongelmia. Tsempparіohjaajat toimivat oppilaitoksissa mielenterveys- ja päihdeasioiden asiantuntijoina ja ennaltaehkäisevät näin omalta osaltaan opintojen keskeyttämisiä ja siitä mahdollisesti aiheutuvaa syrjäytymistä.

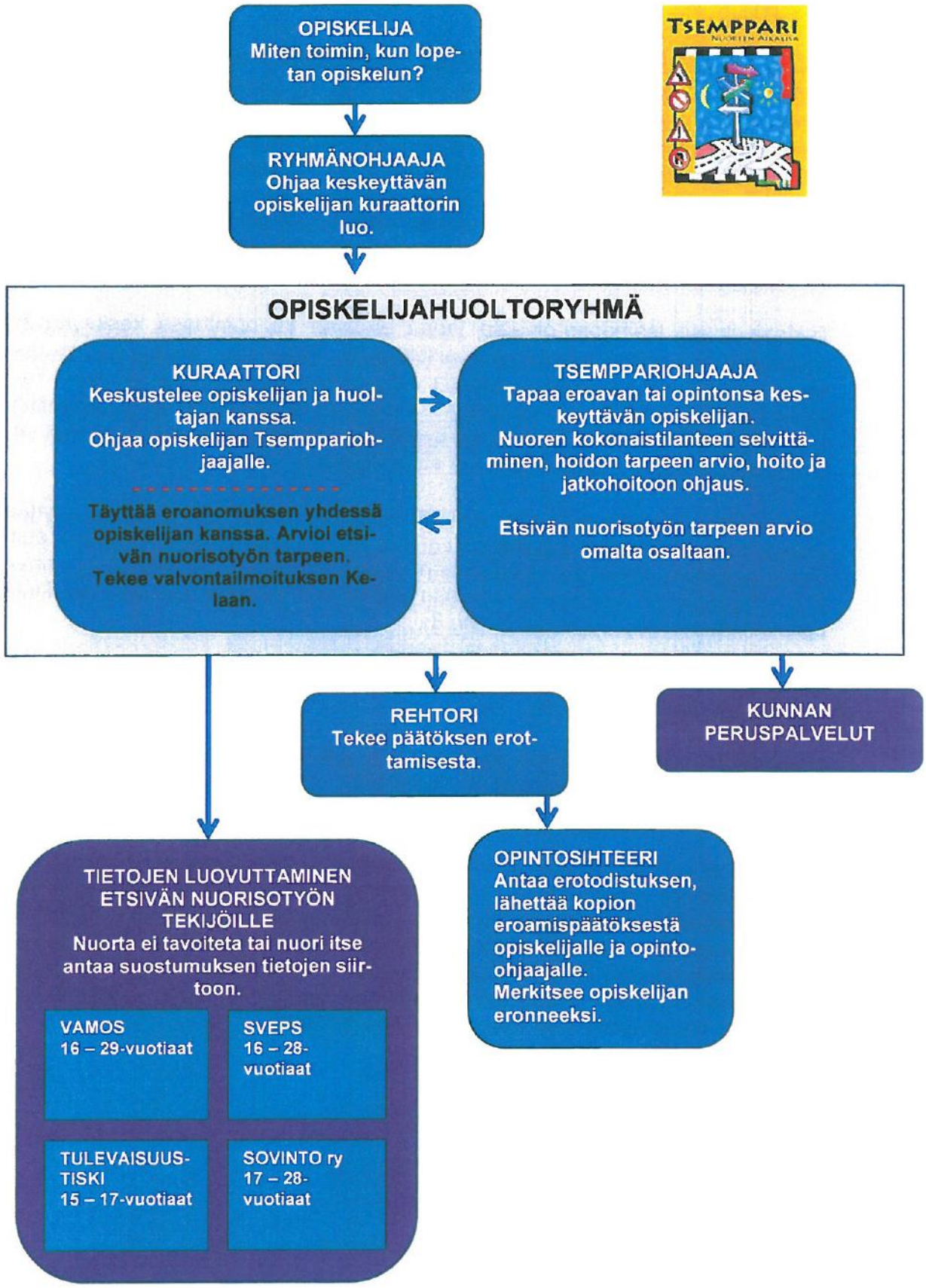
Psykiatriset sairaanhoitajat tapaavat useamman kerran nuoria, jotka ovat vaarassa keskeyttää opintonsa ja ohjaavat heidät tarvittaessa perusterveydenhuoltoon tai muihin palveluihin. He vaikuttavat omalta osaltaan siihen, että nuoret

eivät putoa yhteiskunnan turvaverkkojen ulkopuolelle. Tärkeitä yhteistyökumppaneita ovat Tulevaisuustiski, Vamos ja Armi-arkiohjauksen malli -hanke.

3.1.2 Tsemppari-toimintamalli opintojen keskeytymistilanteessa

Tsemppari-toiminta opintojen keskeyttämistilanteissa -mallin lähtökohtana on tavoittaa jokainen opintonsa keskeyttävä opiskelija, eron syyhyn katsomatta. Koulutus on yksi keskeisimmistä sosiaalisista instituutioista, jonka kautta integroidutaan yhteiskuntaan. Opiskelun keskeyttäminen on nuoren itsensä tekemä päätös, jota ei koskaan saisi jättää käsittelemättä. Tsemppari-toimintamallin mukaan toimittaessa jokainen opiskelija saa opintojen keskeytyessä saman palvelun psykiatriselta sairaanhoitajalta, vaikka oppilaitosten eroprosessit ja toimijoiden roolit vaihtelevat.

Kuviossa 3 on esitetty toimintamalli ja eri toimijoiden roolit opiskelijan keskeyttäessä opintonsa.



Kuvio 3. Tsemppari-toiminta opintojen keskeytymistilanteessa

Toimintamallissa jokaiselle eroavalle opiskelijalle kerrotaan Tsemppari-tukipalvelusta ja järjestetään tarvittaessa yhteistapaaminen psykiatrisen sairaanhoitajan, kuraattorin, nuoren ja hänen huoltajiensa kanssa. Jos yhteistapaamista ei saada järjestettyä, niin tsempparionjaajalle annetaan nuoren tunnistetiedot. Ohjaaja tavoittelee eronnutta opiskelijaa aktiivisesti puhelimitse ja tekstiviestillä. Opiskelujen keskeyttämistilanteessa nuorella on usein tarve selvitellä keskeyttämiseen liittyviä syitä ja tunteita sekä saada tukea lähitulevaisuutensa suunnitteluun. Kontaktin saaminen nuoreen vaatii sitkeyttä ja sinnikkyyttä. Tämä on tukipalvelun yksi suurimmista haasteista.

Tukipalvelussa tsemppari-ohjaaja tapaa eroavan tai opintonsa keskeyttävän opiskelijan ja selvittää nuoren kokonaistilanteen. Tsemppari-ohjaaja etsii yhdessä nuoren kanssa neuvotellen erilaisia vaihtoehtoja ajankohtaisiin asioihin. Tärkeää on, että nuorella on käytettävissä helposti lähestyttävä ammattihenkilö, jolle voi kertoa huolistaan ja jolta voi kysyä neuvoa. Nuoren kohdalla aidolla välittämisellä ja rinnalla kulkemisella on suuri merkitys.

Tarvittaessa nuorelle tarjotaan etsivän nuorisotyön tukea. Kuraattori täyttää eroanomuksen yhdessä opiskelijan kanssa ja luovuttaa tiedot tarvittaessa etsivän nuorisotyön toimijoille. Erovaiheen tsempparitoiminta käynnistyy jo ennen kuin opiskelija on eronnut tai katsottu eronneeksi ja tästä on tehty merkintä opiskelijahallintajärjestelmään (kuvio 3).

Mikäli nuorta ei tavoiteta, kuraattori luovuttaa hänen tunnistetietonsa viipymättä etsivän nuorisotyön toimijalle.

Opiskelijahuollon henkilöstön työpanos on tehokkaammin kohdennettavissa opintojaan jatkavien opiskelijoiden ohjaukseen, kun erovaiheen ohjaus osoitetaan tsemppari-ohjaajalle.

Psykiatrisen sairaanhoitajan arvio opiskelijan eroamisvaiheessa katsotaan olevan ehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä. Tavoitteena on tukea ja auttaa nuoria varhaisessa vaiheessa ja siten vastataan esiin nousseisiin tarpeisiin. Tsempparimallissa nähdään erittäin tärkeänä ennaltaehkäisy ja tarvittaessa korjaaviin toimenpiteisiin lähettäminen. Tärkeää on nivelvaiheessa tehtävä yhteistyö ja siihen liittyvien vastuukysymysten hallinta. Sitoutuminen opintojen keskeyttämisvaiheen toimintaan toteutettiin syksyllä 2011.

4 HANKKEEN KEHITTÄMISTOIMINTA

4.1 Sähköisen opiskelijajärjestelmän kehittäminen

Opetusviraston sähköisen poissaolo -järjestelmän toimivuuden varmistaminen keskeyttämisindikaatioiden mahdollisimman varhaisen toteamisen mahdollistamiseksi oli tärkeä kehittämistyö hankkeessa. Lisäksi vanhempien mahdollisuus opiskelijoiden opintojen seuraamiseen reaaliajassa nähtiin tärkeäksi, jotta keskeyttäneiden opiskelijoiden määrä vähenee. Vuonna 2010 tsemppari-hankkeen pohjalta tehty selvitystyö sähköisen järjestelmän puutteista annettiin nuoriso- ja aikuiskoulutuslinjan johdolle ja sähköisen opiskelijahallintajärjestelmän kehittämistyö käynnistyi syksyllä 2011 nuoriso- ja aikuiskoulutuslinjan rahoituksella.

4.2 Vallilan varikko

Hankkeen aikana kokeiltiin pienempiä erillisiä kokeiluja. Yksi niistä oli ns. Vallilan varikko, jota kokeiltiin keväällä 2009. Siinä psykiatrinen sairaanhoitaja jalkautui kahvioon pitämään avointa vastaanottoaikaa nuorille yhdessä psykologin kanssa. Vallilan varikon puitteissa järjestettiin nuorille kilpailu ja he tekivät palveluun mainoskyltin. Kokeilu teki toimintaa tunnetuksi.

Hankkeen aikana kokeilu jouduttiin keskeyttämään, koska kyseisessä oppilaitoksessa työntekijä vaihtui ja uuden työntekijän rekrytointi kesti kaksi kuukautta. Jalkautuva työ opiskelijoiden pariin osoittautui kuitenkin hyväksi.

Toiminnan kehittämistä kannattaisi jatkaa yhteistyössä nuorisoasiainkeskuksen, työvoimapalvelun, KELA:n ja muiden tahojen kanssa "vuosikelloperiaatteella"-mikä kulloinkin on ajankohtaista nuoren elämässä. Vastaavista matalan kynnyksen jalkautuvista malleista on hyviä kokemuksia mm. Hesoten Malmin koulutusyksikössä, jossa mukana toiminnassa ovat myös kuraattorit.

4.3 Terveydenhoitajan, koululääkärin ja tsempparіohjaajan yhteistyö

Oppilaitoksissa työskentelevät tsempparіohjaajat ovat osa koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa. Hankkeessa lähtökohtana oli vahvistaa ja tukea mielenterveys- ja päihdeosaamista koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Terveydenhoitaja ja lääkäri muodostavat kiinteän työparin, joka tekee moniammatillista yhteistyötä oppilaitoksissa ja nyt kokonaisuudessa on mukana psykiatrisen sairaanhoitajan työpanos. Mielenterveyspalvelujen kysyntä on 90-luvulta lähtien tasaisesti lisääntynyt ja mielenterveys- ja päihdeongelmien käsittelystä on muodostunut yksi opiskeluterveydenhuollon keskeisistä tehtävistä. (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006).

Terveydenhoitajan, lääkärin ja psykiatrisen sairaanhoitajan yhteistyö on ollut luonnollista ja nuorten ohjautumisia terveydenhoitajalta ja lääkäriltä psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle on ollut runsaasti. Yhteinen potilastietojärjestelmä on helpottanut yhteistyön tekemistä. Hankkeen aikana kokeiltiin yhteisvas-

taanottoja, ryhmien pitämistä yhdessä ja erilaisia ohjautumisväyliä. Myös psykiatrinen sairaanhoitaja on voinut ohjata sekä terveydenhoitajalle että koululääkärille asiakkaitaan ilman lähetettä. Terveyskeskusten psykiatrisille sairaanhoitajille ohjautuminen tehtiin mahdollisimman helpoksi esimerkiksi opiskelijan erotessa oppilaitoksesta. Opiskeluterveydenhuollossa nähtiin runsaat poissaolot tärkeänä ongelmien varhaisen puuttumisen indikaationa. Poissaolojen ja opintojen etenemisongelmien selvittely vaatii tiivistä moniammatillista yhteistyötä. Tässä työssä psykiatrinen sairaanhoitaja tuli terveydenhoitajan työpariksi ja tueksi.

4.4 Ryhmänohjauksen kehittäminen

Ryhmänohjaukseen liittyvät kehittämistoimenpiteet ovat olleen keskeinen osa Tsemppari-hankkeen toimintaa alusta asti. Hankkeen aikana on pilotoitu, mallinnettu ja arvioitu ryhmänohjaajille tarkoitettuja koulutus- ja perehdytystilaisuuksia ja niiden pohjalta on tehty kehittämisehdotuksia.

4.4.1 Ryhmänohjaajien valmennusohjelma

Ammatillisten ryhmänohjaajien Vallilan koulutusyksikön valmennusohjelma toteutettiin lukuvuoden 2009–2010 aikana. Valmennusohjelma sisälsi kahdeksan puolen päivän koulutustilaisuutta, joiden sisällöt suunniteltiin ja toteutettiin yhteistyössä Educode Oy:n kahden kouluttajan kanssa. Koulutuskokonaisuuden tavoitteena oli ryhmänohjaajien ohjausosaamisen lisääminen. Sisältönä olivat mm. varhainen puuttuminen, ryhmänohjausmenetelmät, nuorisokulttuurit, työelämän muuttuvat odotukset, ryhmänohjaajan verkosto ja monialainen yhteistyö sekä yhteisöllisyys ryhmänohjaajan tukena. Koulutus tarjosi ryhmänohjaajille mahdollisuuden tarkastella rooliaan erilaisten ohjauksellisten työvälineiden ja harjoitusten avulla. Koulutuksen toteutumisesta tehtiin kysely ja sen perusteella koottiin kehittämisehdotuksia tulevia koulutuksia varten.

Opetusvirasto jatkoi ryhmänohjaajien koulutuksia kehittämisehdotukset huomioiden. Vuoden 2011 aikana järjestettiin kaksi ryhmänohjaajakoulutusta, joihin osallistui noin 50 ryhmänohjaajaa kahdesta eri oppilaitoksesta. Kouluttajana toimi Educode Oy ja koulutusten sisällöt on kehitetty oppilaitosten tarpeita vastaaviksi.

4.4.2 Ryhmänohjaajien työpajat

Helsingin tekniikan alan Haagan koulutusyksikössä järjestettiin kevään 2011 aikana kolme ryhmänohjaajien työpaja-tapaamista, joissa tiivistettiin opettajien ja opiskelijahuollon välistä yhteistyötä yhteisiä prosesseja ja ryhmänohjauksen materiaalia työstämällä. Tsempparin projektikoordinaattorit olivat suunnittelemassa ja toteuttamassa ryhmänohjaajien työpajoja. Työpajoihin osallistuivat sovitusti autoalan ensimmäisen vuosikurssin ryhmänohjaajat (10), opinto-ohjaaja, kuraattori, osastonjohtaja sekä apulaisrehtori. Työpajoissa päivitettiin ryhmänohjaajien tehtävien kuvaus, tehtiin ryhmänohjauksen vuosikello, suunniteltiin ryhmäyttämistoimintaa ja perehdytettiin opettajat opiskelijahuoltoryhmän

toimintaan. Tapaamisissa tuotettu materiaali on opettajien käytössä yhteisessä kansiossa ja sitä hyödynnetään syksyllä 2011 uusien ryhmänohjaajien perehdyttämisessä. Sekä opettajat että opiskelijahuollon toimijat kokivat tapaamisten ja prosessien yhteisen kehittämisen tiivistäneen yhteistyötä ja lisänneen ohjauksellista työotetta.

4.5 Ryhmäyttämisen kehittäminen

Ryhmäyttämistoiminnan ja ryhmäyttämispäivien järjestelyiden tukeminen on ollut yksi projektikoordinaattoreiden tärkeistä tehtävistä. Psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa toteutettiin ryhmäyttämispäivien järjestäminen kaikille Vallilan koulutusyksikössä syksyllä 2009 aloittaneille opiskelijoille yhteisöllisyyden vahvistamiseksi. Ryhmäyttämispäivät järjestettiin 600 aloittavalle opiskelijalle Heltechin omistamassa Honkasyrjässä neljän viikon aikana joka päivä. Henkilöstökeskus rahoitti päivistä syntyneet kulut. Ryhmäytyminen nähtiin merkittävänä tekijänä nuorten opintojen keskeyttämisen ehkäisemisen kannalta. Vuonna 2010 Vallilan koulutusyksikkö päätti jatkaa ryhmäytymiseen ohjaavaa toimintaa ja pitää yhden päivän ryhmäyttämisen kaikille aloittaneille opiskelijoille. Hankkeessa työskentelevät projektikoordinaattorit olivat suunnittelemassa yhdessä Vallilan koulutusyksikön opiskelijahuollon toimijoiden kanssa syksyllä (1.9.2010) järjestettyä, aloittavien opiskelijoiden ryhmäyttämistapahtumaa. Oppilaitos vastasi eri osastojen kanssa Mustikkamaalla toteutuneen tapahtuman järjestelyistä ja ohjelmasta. Tapahtumasta kerättiin myös palautteet. Tietoja hyödynnetään ryhmäyttämistoiminnan kehittämisessä. Opiskelijoiden ryhmäyttämistoiminnasta on tullut järjestelmällinen, pysyvä osa opiskelujen aloittamista.

Vuonna 2010 ryhmäyttämistoimintaa kohdennettiin Heltechin Käpylän koulutusyksikköön, jossa toteutetaan Tsemppari-hankkeeseen liittyen ns. "jatkuvan ryhmäyttämisen" toimintaa. Prosessitekniikan opintolinjalla syksyllä 2010 aloittanut ryhmä teki ammattiin orientoivia työpaikkavierailuja oman alan yrityksiin ja toimipisteisiin. Yhteiset käynnit toimivat samalla ryhmäytymiskäynteinä ja vahvistivat niin ammattiin kuin ryhmään ja opiskeluunkin kohdistuvaa sitoutumista. Ryhmässä sovittiin lisäksi 30 tunnin poissaoloraja, jolloin pidettiin niin sanottu "pysäytyspalaveri". Kyseisessä ryhmässä ei aikaisempien kokemusten vastaisesti keskeyttänyt yksikään opiskelija opintoja syksyn 2010 aikana. Jatkuvan ryhmäyttämisen ja poissaolojen tiiviin seurannan voidaan tulkita vähentävän keskeyttämisiä.

4.6 Ohjaussuunnitelman laatiminen ja opiskelijahuollon kehittäminen

Opetusvirasto käynnisti vuoden 2010 lopussa koulutuksenjärjestäjätasoisen ohjaussuunnitelman laatimisen. Työ jatkuu lukuvuoden 2011–2012 aikana osana ohjaus- ja tukipalveluiden kehittämistä. Oppilaitoskohtaisia ohjaussuunnitelmia tehtiin vuoden 2010 aikana. Projektikoordinaattorit osallistuivat ohjaussuunnitelman laatimiseen.

Vallilan koulutusyksikössä ei ollut alakohtaisia opiskelijahuoltoryhmiä hankkeen alkaessa syksyllä 2008. Oppilaitokseen perustettiin opiskelijahuoltoryhmät tut-

kinnoittain. Alakohtaisia opiskelijahuoltoryhmiä on kuusi ja ne kokoontuvat säännöllisesti. Opiskelijahuoltoryhmät koetaan hyväksi varhaisen puuttumisen välineeksi. Opiskelijahuoltoryhmien toimintaa tulee kehittää edelleen, jotta ne toimivat mahdollisimman kattavana ja moniammatillisena osana opiskelijan ohjausta. Psykiatrinen sairaanhoitaja toimii oman alansa asiantuntijana opiskelijahuoltoryhmässä ja alakohtaisen opiskelijahuoltoryhmän kautta hänelle ohjautuu keskeyttämisvaarassa olevia tai opintonsa keskeyttäviä opiskelijoita.

Koulutusyksikössä toimii myös laaja opiskelijahuoltoryhmä. Sen tehtävänä on miettiä suurempia linjauksia esim. kouluterveyskyselyjen tulosten pohjalta ja tehdä koulun hyvinvointisuunnitelma, kriisisuunnitelma, päihdetoimintamalli, suunnitella teemapäiviä sekä tehdä muita koulun käytänteisiin liittyviä suunnitelmia ja sopimuksia. Projektikoordinaattori ja psykiatrinen sairaanhoitaja ovat osallistuneet näihin kokouksiin kaksi kertaa lukukaudessa kertoen siellä esim. kouluterveyskyselyn tuloksista ja hankkeen etenemisestä. Lisäksi he ovat osallistuneet erilaisiin työryhmiin (esim. oppilaitoksen kriisitoimintamallin päivittäminen). Laajalle opiskelijahuoltoryhmälle järjestettiin yhteistyössä THL:n kanssa perehdytyspäivä aikalisäohjauksen periaatteista marraskuussa 2009.

Yksilötasolla toteutuvan opiskelijahuollon kehittämistyötä on viety eteenpäin kehittämällä opiskelijahuoltoryhmätyötä Käpylän koulutusyksikön opiskelijahuollon edustajien kanssa sekä Haagan koulutusyksikössä opiskelijahuollon toimijoiden ja ryhmänohjaajien kanssa.

4.7 Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmatyö

Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmaan (LASU) perustuvassa yhteistyössä Tsemppari on ollut mukana alusta asti. Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelman tehtävänä on edistää helsinkiläisten lasten ja nuorten hyvinvointia ja ehkäistä syrjäytymistä. Kehittämisen keskiössä ovat erityisesti monihallinnollisesti toteutettavat hankkeet. Tsemppari kuuluu nuorten palveluiden kehittämiskohteisiin. Projektikoordinaattorit osallistuivat hankkeen LASU arvioinnin koulutuksiin ja tilaisuuksiin. Vuoden 2010 lopussa rakennettua hankkeen loogista mallia sekä siihen liittyvien mittareiden, prosessinarvioinnin sekä tulosarvioinnin kehittämistyötä jatkettiin vuoden 2011 aikana. Loogisessa mallissa on työstetty hankkeen riskit, hyödyt, tehokkuus ja tuloksellisuus.

Tsempparin taustalla on Aikalisä-menetelmä, jolla oletetaan olevan vaikutuksia nuoren opintojen jatkamiseen. Hankkeen tavoitteena on ennen kaikkea ollut toimintamallien kehittäminen ja näin arvioinnin painopiste on palvelurakenteessa. Arvioinnin kohteena oli, miten malli on rakennettu ja miten mallin mukainen toiminta on käynnistynyt oppilaitoksissa. Palvelurakenteen arvioinnin mukaan onnistuttiin rakentamaan tehokas tsempparimalli, joka juurtui oppilaitosten toimintaan. Jatkossa arvioinnissa keskeinen kysymys liittyy asiakastason tuloksiin. Asiakasnäkökulmasta toimintamallin arvioinnissa on katsottu, paljonko kohtaamisia nuorten kanssa on saatu, onko nuoria saatu kiinnittymään toimintaan, kokevatko nuoret hyötyvänsä palvelusta ja minkälaisia muutoksia nuoren opiskeluissa ja hyvinvoinnissa on tapahtunut. Asiakaskohtaamiset ovat nousseet

104 % psykiatrisilla sairaanhoitajilla ja negatiivisesti keskeyttäneiden määrä on laskenut. Lasu-arviointia jatketaan hankkeen jatkuessa vuoden 2012 loppuun.

5 VIESTINTÄ

5.1 Tiedottaminen

Tsemppari-hankkeen toiminnasta ja kehittämistyöstä on raportoitu Helsingin terveyskeskukselle, opetusvirastolle sekä rahoittajalle henkilöstökeskukselle puolivuosittain. Väliraportit ja laajenemissuunnitelmat on ohjausryhmän kautta jaettu kaikille hankkeessa mukana olleille virastoille.

Tsemppari-hankkeen toimintaa ja kehittämistä on esitelty monissa eri yhteyksissä omissa virastoissa, terveyden edistämisen kehittämispäivillä, ulkopuolisissa tilaisuuksissa sekä koulutuksissa kuten:

Mielenterveys- ja päihdetyön valtakunnallinen kehittämisseminaari (25.8.2009)
Työllistämistoimikunnan seminaari 2009 (11.9.2009)
Nuorten tuen tarpeet ja ohjauksen haasteet -seminaari (UNO-hanke 29.1.2010)
Omaa Polkua Tulevaisuuteen -seminaari (25.3.2010)
Opiskelijahuollon kohtaamispäivä (21.10.2010)
Opiskelijahuollon ja terveydenedistämisen mahdollisuudet ammatillisissa oppilaitoksissa (Aluehallintokeskus 28.9.2010)
Lautakuntien iltakoulu (23.3.2011)
Ammatillisen koulutuksen hyvinvointiseminaari (9.3.2011)
Terve – Sos -päivät (18–19.5.2011)
Kouluterveydenhuollon yksikön Lääkärikokous (24.4.2011)
Psykiatrisen konsultaatiopoliklinikan kehittämispäivä (8.6.2011)
Kouluterveyspäivät 20–21.9.2011
Päihde- ja mielenterveyspäivät (11–12.10.2011).

Tsemppari-hankkeesta tehtiin omat internet-sivut (http://www.hel2.fi/tsemppari). Hankkeen etenemisestä tiedotettiin sisäisesti mm. toimittamalla ajankohtaisia tiedotteita opetusviraston, oppilaitosten ja terveyskeskuksen intranettiin. Hankkeella on myös omat sivut facebookissa.

Hanke on ollut esillä Terveiset lehdessä, Koulu-Helsinki -lehdessä, Terveys-lehdessä ja sosiaalisissa medioissa. Tsemppari-hankkeesta on kirjoitettu kolme artikkelia ja tehty kolme posteria. Hankkeen keskeisimmät dokumentit on tallennettu hankkeen projektikansioon, joka löytyy Helsingin terveyskeskuksen tiedostoista Yhteiset kansiosta.

6 TULOKSET

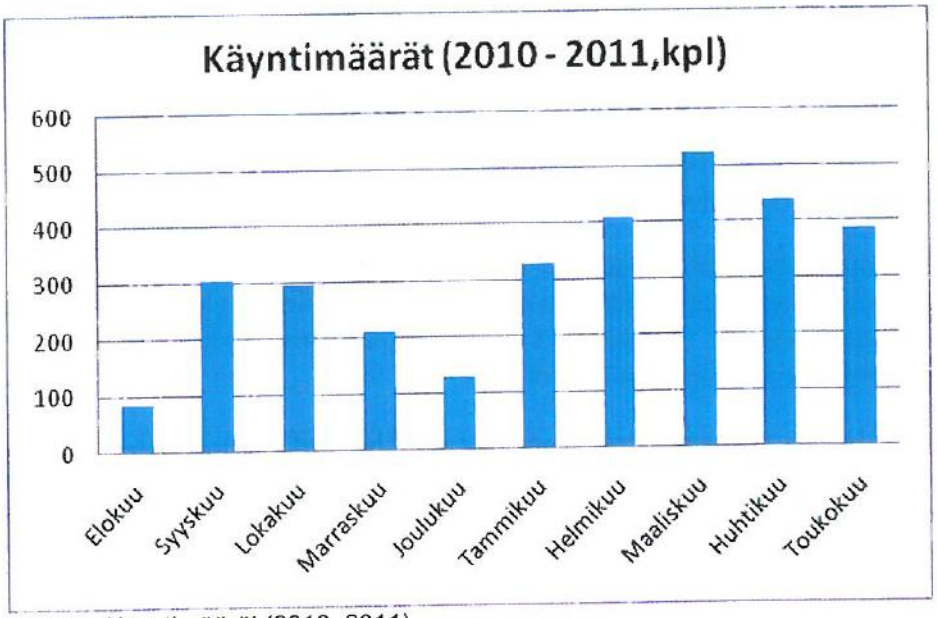
6.1 Toiminnan analysointi

Tsempparitoiminnan kehittymistä seurattiin asiakasmäärien sekä opintonsa keskeyttäneiden määrien kehittymisen kautta. Asiakasmääriä on tarkasteltu koko toimintakauden ajalta. Psykiatristen sairaanhoitajien työnkuvaa ja asiakaskohtaamisia tarkasteltiin syksyllä 2010 tarkemmin erillistä psyra-lomaketta käyttämällä (liite 2). Seurannan avulla mitattiin psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanottotoimintaa, puheluja ja jatkotoimenpiteitä, kokouksia, koulutuksia ja muuta toimintaa. Aineisto kerättiin ajalla 9.8.2010–15.10.2010. Keväällä 2011 seurattiin vastaavia asioita helmi-maaliskuun ajan.

Toimintaa on lisäksi arvioitu kyselyllä tsempparіohjaajilta, ryhmänohjaajilta, opettajilta ja opiskelijoilta itseltään. Arviointia on tehty otoksina muutaman kuukauden ajan.

6.2 Asiakkuuksien kehittyminen

Asiakasmäärät ovat kasvaneet koko Tsemppari-hankkeen etenemisen ajan. Psykiatriset sairaanhoitajat tavoittivat jalkautuvan työskentelymallin ansiosta enemmän asiakkaita kuin perinteisellä työskentelymallilla. Ehkäisevän työn painotus lisääntyi.



Kuvio 4. Käyntimäärät (2010–2011)

Elo-joulukuun 2010 aikana eli syyslukukautena tsempparіohjaajina toimiville psykiatrisille sairaanhoitajille kertyi yhteensä 1020 käyntiä. Tammi-toukokuun 2011 aikana käyntejä oli 2083. Käyntimäärät lisääntyivät syyslukukaudesta kevätlukukauteen 104,2 %. Kasvua selittää se, että syyslukukauden lopussa tapahtui henkilöstövaihdoksia, ja Tsemppari-toimintamallin omaksuminen tehostui kevätlukukautta kohden (kuvio 4).

6.2.1 Psyra-kyselyn tulokset

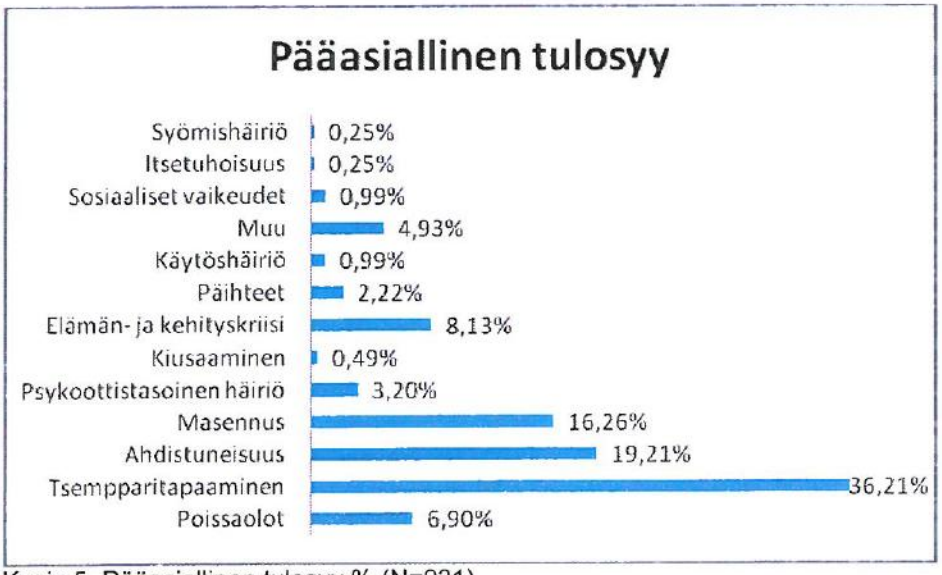
Ammatillisissa oppilaitoksissa toimivien psykiatristen sairaanhoitajien (4 kpl) toimintaa tarkasteltiin aikavälillä 9.8.2010–15.10.2010. Tarkasteluväli oli yhteensä 10 viikkoa. Psykiatriset sairaanhoitajat täyttivät lomakkeet, jotka tallennettiin ja käsiteltiin SPSS 17.0 -tilasto-ohjelmalla. Tilastollisina menetelminä käytettiin ristiintaulukointia sekä keskiarvoja ja prosenttiosuuksia.

Kyselyn tarkoituksena oli tarkastella ammatillisessa oppilaitoksessa toimivan psykiatrisen sairaanhoitajan työnkuvaa, potilasmäärää, sukupuolijakaumaa, ohjautumista ja työajan painotusta sekä uuden työmuodon omaksumista.

Psykiatrista sairaanhoitajaa pyydettiin merkitsemään lomakkeelle asiakkaan ikä, sukupuoli sekä oppilaitos. Ikä merkittiin täysinä vuosina.

Ammatillisissa oppilaitoksissa työskentelevät psykiatriset sairaanhoitajat (4 kpl) tapasivat yhteensä 1687 asiakasta. Hoitajittain asiakasmäärät vaihtelivat 241:stä 565:n. Vaihteluväli oli 4,8–11,3 asiakasta päivässä, keskiarvon ollessa 8,4 tapaamista päivässä. Laskennassa huomioitiin hoitajan ilmoittamat todellisesti toteutuneet työpäivät (lomat ja vapaapäivät poistettu laskelmasta). Asiakkaiden ikä vaihteli 13–50-vuoteen. Alle 20 -vuotiaiden asiakaskäyntejä oli 64,6 % (484 kpl), 20–29-vuotiaita oli 30,7 % (230 kpl) ja 30 -vuotiaita tai sitä vanhempia 4,7 % (35 kpl). Ikää ei ollut merkitty 56 %:in käynneistä. Asiakkaiden keski-ikä oli 20 vuotta. Asiakkaista 54,9 % oli naisia ja 45,1 % miehiä.

Pääasiallisena tulosyynä psykiatrisen sairaanhoitajan tapaamisille oli tsemppariohjaajan tekemät, jalkautuvat tapaamiset nuorten parissa. Muita tulosyitä olivat ahdistuneisuus ja masentuneisuus, elämän- ja kehityskriisit sekä poissaolot. Pääasialliset tulosyyt on kuvattu tarkemmin kuviossa 5.



Kuvio 5. Pääasiallinen tulosyy % (N=931)

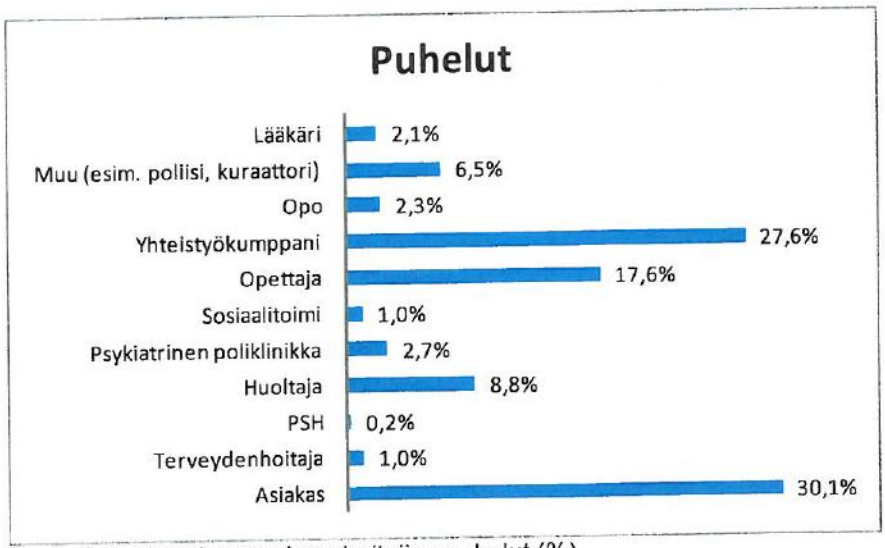
Asiakastapaamisista 86,8 % kesti puoli tuntia tai vähemmän ja 13,2 % oli yli puolen tunnin mittaisia tapaamisia. Kaikista asiakastapaamisista peruuntuneita ajanvarauksia kertyi 5,6 % (95 kpl).

Psykiatristen sairaanhoitajien työskentely jaoteltiin vastaanottoon, puheluihin ja jatkotoimenpiteisiin, kokouksiin ja koulutuksiin sekä muuhun toimintaan. Vastaanottojen osuus oli 29,7 % (505 kpl), puhelujen ja jatkotoimenpiteiden osuus 33,5 % (569 kpl), kokouksia ja koulutuksia 12,9 % (220 kpl) ja muita 23,9 % (406 kpl).

Psykiatriset sairaanhoitajat merkitsivät lomakkeelle oliko kyseessä asiakkaan ensimmäinen käynti vai seurantakäynti. Ensimmäinen käynti merkattiin silloin, kun kysymyksessä ei ollut luokassa tapahtuva poissaoloihin liittyvä tsemppari-tapaaminen vaan asiakas tuli perinteiselle asiakasvastaanotolle ensimmäistä kertaa. Lähettäväksi tahoksi merkittiin se taho, joka oli ollut aktiivisena osapuolena vastaanottoa varattaessa. Psykiatriset sairaanhoitajat merkitsivät tutkimus-lomakkeelle tekemiensä lähetteiden määrän sekä tahon, johon asiakas oli lähetetty tai ohjattu. Lisäksi merkittiin ohjauksen pääasiallinen syy.

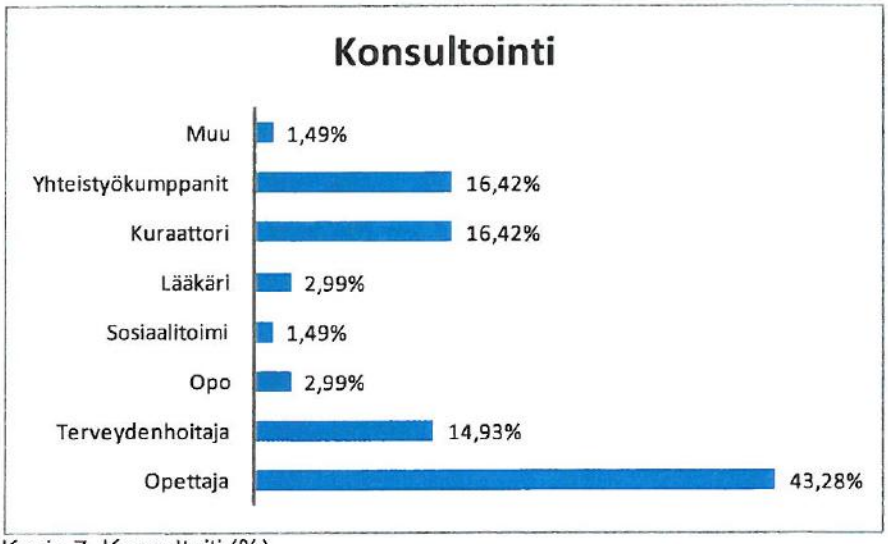
Asiakkaita psykiatriselle sairaanhoitajalle ohjasivat eniten terveydenhoitaja (34,3 %) ja opettaja (21,6 %). 19,4 % hakeutui itse vastaanotolle. Muita lähettäviä tahoja olivat vanhemmat (7,5 %), lääkäri (5,2 %), kuraattori (4,5 %), opinto-ohjaaja (2,2 %), psykologi (2,2 %) sekä psykiatrian poliklinikka (0,7 %).

Psykiatriset sairaanhoitajat kirjasivat puheluita ja jatkotoimenpiteitä yhteensä 478 kappaletta. Jatkotoimenpiteillä tarkoitettiin konsultointeja ja eteenpäin tehtyjä lähetteitä. Puheluista ja konsultoinneista kirjattiin myös kenen kanssa oli keskusteltu, mikä oli puhelun tai konsultoinnin pääsyy ja siihen käytetty aika ja keneen oltiin yhteydessä. Puheluiden jakautuminen on kuvattu tarkemmin kuviossa 6.



Kuvio 6. Psykiatristen sairaanhoitajien puhelut (%)

Työtä tarkasteltiin myös siltä osin, ketä psykiatriset sairaanhoitajat konsultoivat ja mikä oli konsultoinnin pääasiallisin syy. Konsultointeihin laskettiin mukaan kasvokkain tapahtunut konsultointi. Konsultointeja kertyi yhteensä 67. Konsultointeja kertyi eniten opettajien, kuraattoreiden ja yhteistyökumppaneiden kesken (kuvio7).



Kuvio 7. Konsultoiti (%)

Jatko-ohjauksia (n=10) kertyi psykiatriselle poliklinikalle (40 %) ja terveydenhoitajalle (20 %). Lisäksi nuoria lähettiin koululääkärille, päivystykseen, rehtorin luo sekä kolmannen sektorin toimijalle (10 % kuhunkin). Tsempparіohjaajat ottivat tarvittaessa nuoren myös uusintakäynnille. Kun tarkastellaan kaikkien jatko-ohjauksien (n=180) pääsiallisia syitä, muodostuivat ne poissaoloista sekä ahdistuneisuus- ja masennusoireista (kuvio 8).

Kuvio 8. Jatko-ohjauksien pääsiallinen syy (%)

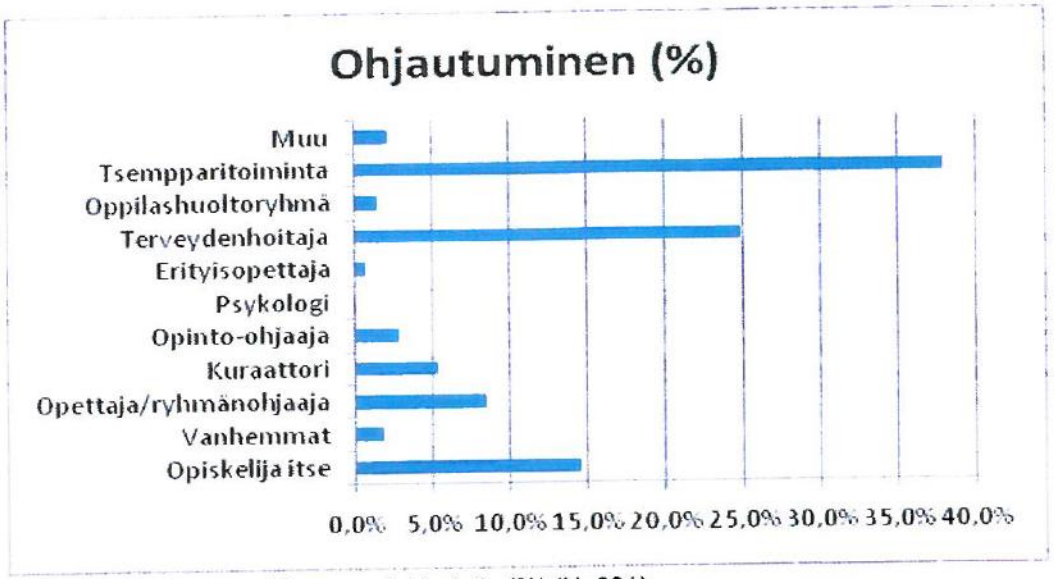
Psykiatristen sairaanhoitajien työ sisältää runsaasti yhteistyökokouksia sekä kokouksia oppilashuoltoryhmän kanssa. Lisäksi erilaiset omaa työtä ja toimintaa kuvaavat tiedotustilaisuudet sekä esittelemiset vievät osan päivittäisestä työajasta.

6.2.2 Psykiatristen sairaanhoitajien asiakkuuksien kehittyminen 2011

Tsempparіohjaajien työskentelyä tarkasteltiin uudestaan helmi- ja maaliskuun 2011 aikana tehdyllä tilastoseurannalla. Tsempparіohjaajalla käyneistä asiakkaista naisia oli hieman yli puolet kaikista tavatuista asiakkaista (51,2 %). Tsempparіohjaajien työ on moninaista ja muodostuu jalkautuvasta työmuodosta, yhteistyökokouksista, perinteisestä vastaanottotyöstä ja hankkeen aikaisista kehittämiskokouksista. Monet tehtävät vaativat paljon etukäteisvalmisteluja, synnyttävät jatkotoimenpiteitä ja niiden arviointi on hankalaa. Lisäksi henkilön siirtymiset oppilaitoksien välillä vievät aikaa. Asiakastapaamisten vaihteluväli oli 1-10 tapaamista päivää kohden, keskiarvon ollessa 5,0 asiakasta.

Nuorista valta-osa tuli vastaanotolle aiemmin toteutetun tsempparіohjaajan jalkautuvan asiakaskohtaamisen kautta (37,9 %). Luku oli syksyllä tehtyä Psyrakyselyn lukua (19,4 %) suurempi.

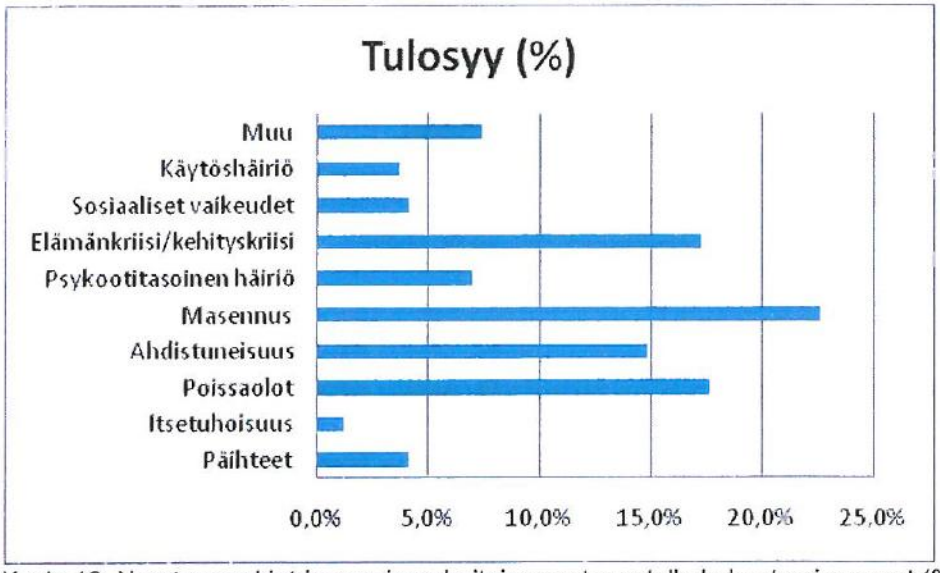
Terveydenhoitajan lähettämänä vastaanotolle saapuneita oli 24,8 %. Itseohjautuneena vastaanotolle saapui 14,5 % nuorista. Koulussa toimivien opettajien ja ryhmänohjaajien lähettämänä vastaanotolle saapui 8,5 %, kuraattorin 5,3 % ja opinto-ohjaajan lähettämänä 2,8 %. Opiskelijahuoltoryhmän kautta ohjauksia tuli 1,4 %. Koulun ulkopuolisilta tahoilta tapahtuneista yhteydenotoista ohjauksia tuli vanhempien kautta (1,8 %) ja muina ohjauksina 2,1 %. Muita ohjaavia tahoja olivat esimerkiksi Helsingin Diakonissalaitoksen Vamos-projekti. Psykologilta psykiatriselle sairaanhoitajalle ei tullut yhtään ohjausta tarkasteltavan ajankohdan aikana. Tsemppari-ohjaajalle ohjautuminen on kuvattu kuviossa 9.



Kuvio 9. Ohjautuminen Tsempparіohjaajalle (%) (N=931)

Tsempparіohjaajien asiakaskohtaamisista valta-osa muodostui jalkautuvasta Tsemppari käynnistä (74 %). Perinteisiä vastaanottotapaamisia oli vähemmän (26 %). Varatuista asiakaskäynneistä peruuntuneita aikoja oli 11,6 %.

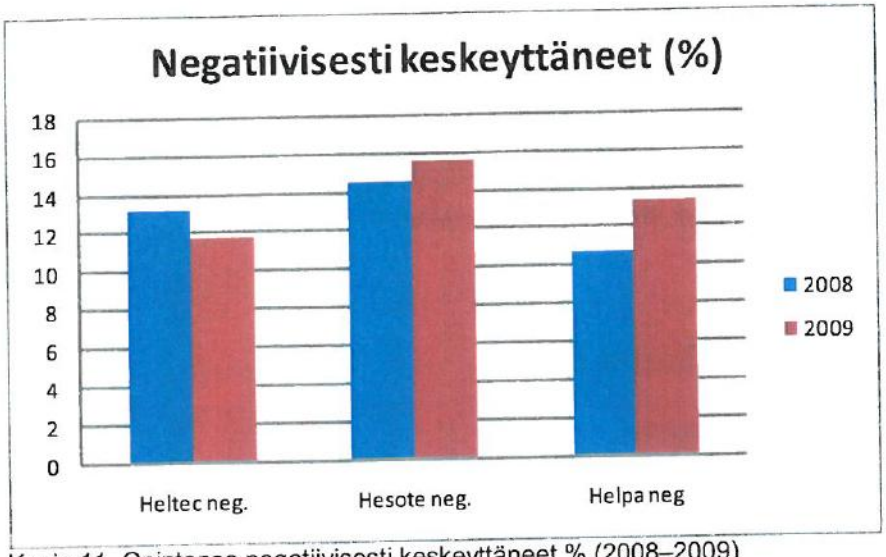
Keskeisiä tulosyistä olivat masennusoireet (22,6 %), poissaolot (17,7 %), elämänkriisit (17,3 %) sekä ahdistuneisuus (14,8 %). Psykoottistasoisen oireilun johdosta psykiatrista sairaanhoitajaa tapasi 7,0 %, päihteiden takia 4,0 %, sosiaalisten tekijöiden johdosta 3,7 % ja käytöshäiriöiden takia 3,7 % nuorista. 1,2 %:lla oli itsetuhoisuus vastaanotolle hakeutumisen syynä. Psykiatrisen sairaanhoitajan luo hakeutumisen syyt on kuvattu kuviossa 11.



Kuvio 10. Nuorten psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle hakeutumisen syyt (%)

6.2.3 Keskeyttämisten seuranta

Helsingin opetusvirasto seuraa opintonsa keskeyttävien määrää. Opetusviraston raportin mukaan negatiivisesti eronneiden opiskelijoiden määrä laski vuodesta 2008 vuoteen 2009 13,2 %:sta 11,8 %:iin Heltechissä, missä Tsempparitoimintaa oli pilotoitu. Samanaikaisesti Hesotessa ja Helpassa, missä Tsemppari-toimintaa ei vielä tuolloin ollut, negatiivisesti eronneiden määrä kasvoi vastaavalla ajanjaksolla tarkasteltuna. (Kuvio 11. Opintonsa negatiivisesti keskeyttäneet).



Kuvio 11. Opintonsa negatiivisesti keskeyttäneet % (2008–2009)

6.2.4 Eroavien opiskelijoiden toimintamallin käynnistyminen

Nuorisolain edellyttämä eronneiden opiskelijoiden ilmoittaminen etsivään nuorisotyöhön käynnistyi kesällä 2011 ja ohjauksia etsivän nuorisotyön toimijoille tehtiin satoja. Alkuvaiheessa ilmoitetuista vain 10 % tarvitsi etsivän nuorisotyön tukea. Tsemppari-hankkeessa luotiin ja pilotoitiin opiskelujen keskeyttämiseen puuttumisen mallia syksyllä 2011. Malli kehitettiin yhteistyössä opetusviraston ja terveyskeskuksen kanssa. Rehtorit hyväksyivät mallin lokakuussa 2011 ja mallia lähdettiin soveltamaan kaikissa koulutusyksiköissä. Marraskuun alussa etsivän työn tuen tarve ilmoitetuista opiskelijoista nousi 25 %:iin. Ilmoituksia etsivän työn toimijoille tulee samasta opiskelijasta sekä oppilaitoksen kuraattoreilta että opintojenohjaajilta. Useilla ohjatuista oli jo toinen opiskelupaikka tai he olivat työssä. Näyttäisi siltä, että oppilaitoksen sisäistä mallinnusta tulee edelleen tehostaa. Ohjaukset tsempparіohjaajille ovat käynnistyneet hitaasti, mutta niiden perusteella psykiatrisen sairaanhoitajan interventio on merkittävä. Muutama opiskelija palasi opintoihinsa keskusteltuaan tsempparіohjaajan kanssa. Psykiatriset sairaanhoitajat itse kokivat intervention erovaiheessa tärkeäksi. Opiskelijoiden ohjautuminen psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle oppilaitoksessa on edelleen kesken ja toimintamallin muokkaaminen oppilaitoksien prosesseihin sopivaksi vaatii aikaa.

7 TAPAUSKUVAUKSIA

Tsempparіohjaajina toimivien psykiatristen sairaanhoitajien työn kuvaamiseksi koottiin lyhyet, todellisuuteen pohjautuvat tapauskuvaukset. Tsempparіohjaajina toimivat psykiatriset sairaanhoitajat kirjoittivat kuvaukset.

"Aloitin Tsempparіohjaajana tammikuussa. Tapasin pojan, jolla oli erittäin paljon poissaoloja. Keskustellessamme hän sanoi, että olisimmepa tavanneet jo syksyllä, niin tilanne ei olisi päässyt näin pahaksi"

"Tapasin tytön, joka jännitti työjaksolle menoa ja ajatteli olevansa syvästi masentunut. Tapaamisten aikana hän oppi ymmärtämään, että jännittäminen on normaalia eikä oire masennuksesta. Nyt hän näkee itsensä pystyvänä opiskelijana"

"Yksi opiskelija kiitti, että ihanaa, että tällaista toimintaa on ja voi jutella omista asioistaan, vaikka varsinaista ongelmaa ei olekaan"

"Opintojenohjaaja otti yhteyttä erään opiskelijapojan tilanteen vuoksi. Hänelle oli kertynyt runsaasti poissaoloja ja opiskelut olivat jääneet tekemättä. Tilanne vaikutti siltä, että opinnot keskeytyvät. Tilanteen kartoituksen ja opiskelijan säännöllisen tuen avulla opiskelut lähtivät taas toteutumaan. Poika sai positiivista palautetta ja pystyi jatkamaan aloittamiaan opintoja. Nopealla ja varhaisella puuttumisella pieni korjaava ja tukeva liike oli riittävä."

"Äiti otti yhteyttä, että ei jaksa enää huolehtia poikansa opiskeluista, kun hän on vain tietokoneella kaikki yöt. Poika saatiin vastaanotolle ja hän alkoi pitää unipäiväkirjaa ja käydä vastaanotolla. Pian hän ymmärsi valvomisen merkityksen opintojen edistymiselle. Tarvittiin ulkopuolinen henkilö kuuntelemaan nuoren ongelmia."

"Opiskelija otti yhteyttä tsempparitapaamisen jälkeen muutaman viikon kuluttua. Hän kertoi, että hänellä sittenkin ongelmia, vaikka hän ei tsempparitapaamisessa sitä vielä kertonutkaan. Hän tuli vastaanotolle ja ajankäytön suunnitelman avulla ja säännöllisillä tapaamisilla, hän sai taas otteen opiskeluista ja valmistui keväällä 2011."

"Lyhyessä tsempparitapaamisessa nuori kertoi ahdistuksesta ja jännityksestä. Kertoi, että pelkää olla tunneilla, esim. jos muut kuulee että vatsa kurisee. Annettiin aika vastaanotolle ja käytiin läpi sosiaalisten tilanteiden pelkoa. Tunneille meno helpottui, käy edelleen vastaanotolla säännöllisesti."

"Äiti soittaa kuraattorille, on huolissaan reilu 20 vuoden ikäisestä pojastaan, joka viettää kaiken ajan kotona. Aloittanut opiskelut kolmatta kertaa oppilaitoksessa, noin vuoden opinnot jäljellä. Kuraattori otti yhteyttä psykiatriseen sairaanhoitajaan. Selvitelty tilannetta: noin vuoden aikana ei yhtään opintosuoritusta, ei ole käynyt koulua. Nostanut KELA:n tuet. Psykiatrisen sairaanhoitajan arvio, jonka jälkeen psykiatrin konsultaatio. Jatkohoito omalla terveysasemalla, jonne varat-

tu aika työntekijän toimesta. Käyntimääriä 4, saatettu terveysasemalle ensimmäiseen tapaamiseen."

"Terveydenhoitajan ohjaamana, ahdistusproblematiikkaa, reilu 20 vuoden ikäinen opiskelija. Muutama paniikkihäiriökohtaus, pelkotiloja niiden uusiutumisesta. Psyk. sh arvio, työskentelyä, käyntikertoja 10. Nuoren tilanne selkeästi kohentunut :omanarvontunne on kasvanut, lähtenyt aktiivisesti tekemään asioita oman hyvinvointinsa eteen. "

"Kuraattorin yhteydenotto saattaen vaihtaen. Unihygieniaohjausta, unipäiväkirjan täyttöä. Käyntikertoja 2, tilanne korjautunut jonkin verran, poissaolot vähentyneet."

8 HANKKEEN TULOSTEN ARVIOINTIA

Tsemppari-hankkeen tavoitteena on kehittää toimiva palvelumalli, jossa tsempparіohjaajina toimivien psykiatristen sairaanhoitajien toiminta ennaltaehkäisee koulutuksen keskeyttämistä ja auttaa nuoria jatkamaan opintonsa loppuun. Tavoitteena on juurruttaa toimintaan tulosten ja testaamisten kautta saatujen Tsemppari-palvelumallien vakiinnuttamiskelpoiset toiminnot.

Hankkeen aikana

- Luotiin oppilaitoksiin varhaisen puuttumisen mallinnus, jossa opiskelijoilla ei ole mahdollista olla pitkiä aikoja pois koulusta ilman, että kukaan puuttuu asiaan.
- Varhainen puuttuminen tuotiin jokaisen oppilaitoksessa työskentelevän työotteeseen ja
- tavoitteena oli, että oppilaitoksesta eronneella opiskelijalla oli suunnitelma tulevaisuudestaan ja tätä suunnitelmaa tuki saattaen vaihtaen - työskentelevä ohjausverkosto.

Hankkeessa kokeiltiin erilaisia toimintavaihtoehtoja. Kaikkein parhaimmaksi ja toteuttamiskelpoisimmaksi nousi poissaoloihin puuttuva Tsemppari-toimintamalli. Nuorten oikea-aikainen ja tarpeenmukainen tuki vähentää tilanteen pitkittymistä ja ehkäisee syrjäytymistä. Nopea reagointi helpottaa nuoren selviytymistä ja varhainen puuttuminen ja tunnistaminen ehkäisevät tilanteen pahenemisen. Karttusen (2011) tutkimuksessa nuorten ongelmiin puuttuminen on tärkeää siellä, missä nuoret kohdataan. Tapaamispaikka valitaan siten, että apu tuodaan nuoren elinympäristöön (Seikkula & Arnkil 2005). Tavoitteena on, että kaikki opiskelijahuollon toimijat jalkautuisivat toimimaan luokkatilanteissa ja syksyllä 2011 käynnistetty opiskelijahuoltoryhmän työparimalli jatkaa jalkautuvalla työotteella tehtävää työtä. Mallin mukaan jokaisella aloittavalla ryhmällä ja ryhmänohjaajalla olisi oma opiskelijahuoltoon kuuluva tukihenkilö. Opiskelijahuoltoryhmän työpari tapaisi säännöllisesti sekä ryhmän opiskelijoita että ryhmänohjaajaa.
Tavoitteiden saavuttamista on hankaloittanut se, ettei oppilaitoksissa käytössä ollut sähköinen poissaoloseuranta tukenut hankkeen aikana tapahtunutta pois-

saolojen seurantaa. Poissaolomerkinnöistä ei hankkeen aikana tähän mennessä ole saatu sovittua yhtenäisiä, tarkkoja käytäntöjä, joita oppilaitosten henkilökunta olisi voinut noudattaa. Poissaoloista ei myöskään ole saatu selkeitä tilastoja opetusvirastolta. Poissaoloihin puuttuminen ja niiden systemaattinen seuranta oppilaitoksissa ei läheskään aina toteudu toivotulla tavalla. Poissaoloihin puuttumisiin toivotaan selkeää ohjeistusta opetusvirastosta.

8.1 Johtopäätökset

Tsemppari-hanke alkoi vuonna 2008. Hankeen alkuperäiseksi kestoksi oli suunniteltu vuodet 2008–2009, mutta hankkeen alkuvaihe eteni alkuperäistä suunnitelmaa hitaammin. Hanke siirtyi Terve Helsinki -hankkeen alaisuuteen keväällä 2010 ja virastojen välistä yhteistyötä ja toimintaa tiivistettiin. Terveysasemilla töitä tehneet psykiatriset sairaanhoitajat siirtyivät työskentelemään oppilaitoksiin syksyllä 2010 ja tsemppari-toiminnan jalkautuminen pilottioppilaitoksesta Helpaan, Hesoteen ja Diakoniaopistoon onnistui. Vuoden 2010–2011 aikana tulosten seurantaa ja raportointia kehitettiin. Syksyllä 2011 käynnistettiin etsivän työn mallinnuksen testaaminen oppilaitoksissa. Tulokset mallista valmistuvat vuoden 2012 aikana.

Hanke on edennyt hankesuunnitelman mukaisia tavoitteita kohti. Hankkeen toimintojen vakiinnuttamisen ja rakenteiden pysyvyyden kannalta on tärkeätä, että toimintaa jatketaan vuoden 2012 loppuun. Opetusviraston poissaolojen seurannan tekninen kehittäminen on viivästynyt rekrytointiongelmien vuoksi, ja niiden kehittäminen ja loppuunsaattaminen hankkeen aikana olisi toivottavaa. Hankkeen aikana yhteistyötä eri hallintokuntien välillä on tiivistetty ja tehostettu lisäämällä yhteistyötä eri hallinnon tasoilla.

Psykiatriset sairaanhoitajat kokivat uuden tavan tehdä työtä joustavaksi ja oman työn suunnittelun mielekkääksi. Asiakkuudet ovat keveämpiä ja nuorten palaute hyvää. Se, että psykiatriset sairaanhoitajat tapaavat nuoria jalkautuvan työn kautta mahdollistaa ennaltaehkäisyn ja terveyden edistämisen sekä nopeamman puuttumisen mahdollisiin ongelmiin. Opiskelijoiden mahdollisuus hakeutua/tarttua tukeen ilman leimaantumisen pelkoa koettiin tärkeäksi. Asiakaslähtöisyys nähtiin uuden työskentelymallin vahvuutena. Ongelmalähtöisen lähestymistavan sijasta voimavarakeskeinen, suojaavien tekijöiden tunnistamista ja niiden vahvistamista tukeva työote nähtiin oppilaitosympäristössä hyvänä työmuotona.

Tsempparіohjaajina toimivat psykiatriset sairaanhoitajat saivat työnohjausta hankkeen ajan ja heillä oli mahdollisuus konsultoida nuorisopsykiatria. Nämä nähtiin tärkeinä uuden työmuodon käyttöönotossa.

Hankkeen aikana tehtyjen seurantojen perusteella voidaan todeta, että psykiatristen sairaanhoitajien jalkautuva työtapa auttaa tavoittamaan nuoret paremmin kuin perinteinen vastaanottotyö. Hankkeessa muodostettu työskentelytapa mahdollistaa peruuntuneiden aikojen nopean hyödyntämisen, kun tsempparіohjaaja voi täyttää yllättäen vapautuvan ajan käymällä ryhmänohjaajien tunneilla.

Vaikka käyntimäärät nousivat hankkeen toimintamallin sisäistämisen myötä, voisi lisäystä tapahtua edelleen. Saavutettuja tuloksia tarkasteltaessa on huomioitava, että hankkeen aikana psykiatrisia sairaanhoitajia ei ole ollut kaikissa koulutusyksiköissä. Yhdellä psykiatrisella sairaanhoitajalla saattoi olla kolme eri oppilaitosta hoidettavana. Parhaat tulokset hankkeen aikana saatiin selkeästi sellaisesta koulutusyksiköstä, jossa oli yksi kokopäiväinen toimija (yhteensä 2037 opiskelijaa). Tämä mahdollisti parhaiten myös Tsemppari-ohjaajan akuutin tavoittamisen. Kaikkiin suurimpiin koulutusyksiköihin olisi tarve saada psykiatrinen sairaanhoitaja, jotta mielenterveys- ja päihdepalvelujen saanti turvattaisiin paremmin.

Tulokset osoittavat myös sen, että hankkeessa toteutetulla ja testatulla mallilla tavoitetaan nuoret, tunnistetaan opintojen keskeyttämistä ennakoivia merkkejä sekä pystytään ohjauksella vaikuttamaan nuoren tilanteeseen. Poissaoloista puhumisen ja sen merkityksen korostaminen on oppilaitosten työntekijöiden mukaan vaikuttanut positiivisesti mm. poissaoloista etukäteen ilmoittamiseen ja oman poissaolotilanteen selvittämiseen.

Tsemppari-hankkeen aikana kehitetyn oppilaitoksen etsivän työn kehittämisen ja testaamisen myötä on tullut esiin, että oppilaitosten nykyiset resurssit eivät riitä oppilaitoksen mukaan Kelan määräämän viikon poissaolon ilmoittamisen mahdollistamiseen. Selvitys Kelan ohjeista on liitteenä 3. Ongelmana on, että poissaoloja ei aina pystytä kirjaamaan ja poissaoloista ei tule mitään seuraamuksia opiskelijoille. Tässä rajapinnassa työskentelevä psykiatrinen sairaanhoitaja on löytänyt paikkansa oppilaitoksen toiminnassa. Poissaoloihin asetetut rajat ja niiden valvominen ryhmänohjaajien ja opettajien taholta tukisi nuorta hänen pyrkimyksissään valmistua ammattiin opiskeluajan puitteissa. Ilmoitus poissaoloista tulisi näkyä tietokoneelta, jotta sekä opiskelija, vanhemmat että opetushenkilöstö näkisivät tilanteen reaaliajassa ja pystyisivät reagoimaan siihen heti.

Hankkeen aikana nousseita kehittämiskohteita jatketaan Helsingin kaupungin opetusviraston Opetushallituksen rahoittamassa Polku -ammatillisen koulutuksen läpäisyn tehostamishankkeessa, joka alkoi syksyllä 2011.

8.2 Toimintojen vakiinnuttaminen

Helsingin terveyskeskukselle jätettiin elokuussa 2011 ehdotus ammatillisissa oppilaitoksissa toimivien psykiatristen sairaanhoitajien toiminnan vakiinnuttamiseksi sekä resurssien lisäämiseksi. Toiminnan vakiinnuttamista puolsivat hankkeen tulokset. Hankkeen aikana on osoitettu, että psykiatristen sairaanhoitajien ammattiosaamista tarvitaan ammatillisissa oppilaitoksissa ennaltaehkäisemään nuorten mielenterveys ja päihdeongelmia. Psykiatriset sairaanhoitajat tukevat osaltaan nuoria valmistumaan ammattiin ja työllistymään tulevaisuudessa. Asiakasmäärät ovat edelleen syksyn 2011 aikana kehittyneet myönteisesti ja tsempparitoiminnan juurruttaminen oppilaitosten palveluprosesseihin on löytänyt paikkansa.

9 HANKKEEN JATKOKEHITTÄMISTOIMINTA VUODELLE 2012

Tsemppari-hanke on toiminut vuosien 2008–2011 ajan. Alkuperäisenä tavoitteena oli hankkeen päättäminen jo vuoden 2009 lopussa. Hankkeen vakiinnuttaminen ja laajentaminen edellytti toiminnan jatkamista vuoden 2011 loppuun.

Henkilöstökeskus teki päätöksen jatkaa Tsemppari-hankkeen rahoittamista vuoden 2012 loppuun, jotta opetusviraston kehittämä poissaolojen seuranta tehostuu ja hankkeen loppuvaiheessa kehitetty etsivä työmuoto saadaan paremmin vakiinnutettua toimintayksiköissä. Nuorisolain muutos astui voimaan 1.1.2011, jonka jälkeen hankkeessa on kehitetty yhteistyömalleja tsemppari-ohjaajan ja etsivän nuorisotyön välille.

Tärkeä osa tulevaa toimintaa on

1. sopia kunnan etsivän nuorisotyön koordinaattorin kanssa oppilaitosten sisäisistä, yhteisistä menettelytavoista

2. kehittää edelleen yhteistyötä nuorten palveluja tarjoavien, etsivän nuorisotyön ja oppilaitosten toimijoiden välille.

3. nuorten syrjäytymisen ehkäisyn verkoston kehittäminen ja siihen liittyvä keskeyttämistilanteissa olevien opiskelijoiden joustava tukeminen

4. verkoston mahdollisuus tehostaa nuorten palveluihin ohjautumista ja palvelusta toiseen siirtymistä ja edistää nuorten palvelujen järjestämiseen liittyvän tietojen vaihdon sujuvuutta suunnittelemalla yhteisiä menettelytapoja viranomaisten kesken.

5. opetusviraston poissaolojärjestelmän kehittäminen ja käyttöönotto

6. LASU-yhteistyön jatkuminen edelleen. Henkilöstökeskus sekä osittain Helsingin terveyskeskus rahoittavat Tsemppari -hankkeen toimintaa vuoden 2012 loppuun. Tsemppari-hanke jatkaa toimintaansa terveyskeskuksen koulu- ja opiskeluterveydenhuollon yksikössä hallinnollisesti.

Hankkeesta tehdyt posterit:

Viiala M, Lehtonen K. Tsemppari-Nuorten Aikalisä –hanke ammatillisissa oppilaitoksissa. Koulupudokkuuteen vaikuttaminen (2010)

Louhio K., Viiala M., Lehtonen K., Simoila R. Terveyserot kaventuvat kohdennetuilla toimenpiteillä –Erityistyöntekijöiden jalkautuminen ammatillisiin oppilaitoksiin (2010)

Viiala M.,Louhio K., Simoila R. Terveyserot kaventuvat kohdennetuilla toimenpiteillä – Tsemppari-hankkeen erityistyöntekijöiden jalkautuminen ammatillisiin oppilaitoksiin. Toisen asteen koulutuksen keskeyttämisvaarassa olevien ja keskeyttävien nuorten tukeminen ja ohjaaminen (2011)

Kolehmainen M., Louhio K.,Simoila R. Terveyserot kaventuvat kohdennetuilla toimenpiteillä. Toisen asteen ammatillisen koulutuksen keskeyttämisvaarassa olevien ja keskeyttävien nuorten tukeminen ja ohjaaminen(2011)

Kolehmainen M., Hellsten M., Simoila R. Toisen asteen koulutuksen keskeyttämisvaarassa olevien ja keskeyttävien nuorten tukeminen ja ohjaaminen – erityistyöntekijän jalkautuminen ammatillisiin oppilaitoksiin(2011)

LÄHTEET

Helsingin terveyskeskuksen strategiasuunnitelma vuosille 2009–2011. Helsingin kaupungin terveyskeskuksen raportteja 2008:11.

Kajanoja, J (2000) Syrjäytymisen hinta. Teoksessa Heikkilä, M & Karjalainen,J. (toim.). Köyhyys ja hyvinvointivaltion murros. Helsinki.

Karttunen, M (2011) Nuorisopsykiatrian poliklinikan työntekijöiden ja terveydenhoitajien välinen yhteistoiminta Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä. Ylempi AMK Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Käsikirjoitus.

Kukkonen, A. 2010. Esitys työllisyydenhoidon seminaarissa 28.9.2010.

Nyman, J & Simoila, R & Väistö, O (2008) Helsingin terveydenhuollon toimintaympäristön analyysi. Helsingin kaupungin terveyskeskuksen raportteja 2008:1.

Tilastokeskus 2008 http://tilastokeskus.fi/til/kkesk/index.html.

Opetusviraston tieto ja ennakointipalvelut Antman 2008 ja 2011.

Opiskeluterveydenhuollon opas 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:12. Helsinki.

Puusniekka, R & Harju, H & Sinkkonen, A & Jokela, J & Kinnunen, T & Lupa, P & Pietikäinen, M (2008) Kouluterveys 2008: Helsingin kuntaraportti ammattiin opiskelevista. Stakes.

Rintanen, H (2000) Terveys ja koulutuksellinen syrjäytyminen nuoren miehen elämänkulussa. Tampere.

Seikkula, J & Arnkil,T (2005) Dialoginen verkostotyö. Helsinki.Tammi.

Simoila, R (2008) Esitys: Hoitotyön johdon päivät 27-28.10.2008

Stengård, E & Haarakangas, T & Upanne, M & Appelqvist-Schmidlechner, K & Savolainen, M & Ahonen J (2008) Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen – toimintamalli. Käsikirja. Gummerus. Vaajakoski.

www.hel.fi Kaupungin yhteisstrategiat 2008.

Valtiontalouden tarkastusviraston raportti (2007)

LIITTEET

Liite 1. Ohjaus- ja projektiryhmä

Ohjausryhmä

Katja Louhio, projektipäällikkö, Helsingin terveyskeskus (pj.), 9.10.2011 asti
Marianne Hellsten, projektipäällikkö, Helsingin terveyskeskus (pj.), 10.10.2011 alkaen
Marjukka Viiala, Helsingin terveyskeskus (projektikoordinaattori, siht.),
Katja Lehtonen, Helsingin opetusvirasto (projektikoordinaattori), 8.6.2011 asti
Arja Kukkonen, Helsingin opetusvirasto
Jaana Karvonen, Helsingin kaupungin henkilöstökeskus
Ulla Juhanko (syksyllä 2010), Helsingin kaupungin henkilöstökeskus
Minna Savolainen, THL
Jyrki Wehkalampi, Helsingin terveyskeskus
Anne Hyrkäs, Helsingin sosiaalivirasto
Marja Heikkinen, Helsingin sosiaalivirasto
Päivi Ilkko, Helsingin sosiaalivirasto
Manu Viitala, Helsingin opetusvirasto
Leila Palviainen, Helsingin sosiaalivirasto
Hanna Viitala, Helsingin terveyskeskus

Projektiryhmä

Jyrki Wehkalampi, ylihoitaja, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, Helsingin terveyskeskus
Katja Louhio, Terve-Helsinki -hankkeen projektipäällikkö, Helsingin terveyskeskus 9.10.2011 asti
Marianne Hellsten, Terve Helsinki -hankkeen projektipäällikkö, Helsingin terveyskeskus 10.10.2011 alkaen
Arja Kukkonen, ohjaus- ja palvelualojen päällikkö, Helsingin opetusvirasto
Katja Lehtonen, projektikoordinaattori, Helsingin opetusvirasto, 8.6.2011 asti
Marjukka Kolehmainen, projektikoordinaattori, Helsingin terveyskeskus

Liite 2. PSYRA –lomakkeet 1-4

Helsingin kaupunki **PsyRa-lomake** **1(4)**
Terveyskeskus
Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto **Vastaanotto**

Psykiatrisen sairaanhoitajan nimi:

Oppilaitos (valitse oikea) peruskoulu / lukio / ammatillinen oppilaitos / ammattikorkeakoulu

							1. käynti											Seurantakäynti																								
							Lähettävä taho											Lähettävä taho																								
nro	Päivämäärä	Ikä	näinen	mies	Alka desimaaleina (0,5 tunnin tarkkuudella)	Peruuttamaton ajanvaraus	Terveydenhoitaja	Lääkäri	Kuraattori	Psykologi	Opettaja	Opinto-ohjaaja	Oppilas/opiskelija itse	Psykiatrinen sairaanh.	Vanhemmat	Psyk. Pkl	Muu, mikä	Terveydenhoitaja	Lääkäri	Kuraattori	Psykologi	Opettaja	Opinto-ohjaaja	Oppilas/opiskelija itse	Psykiatrinen sairaanh.	Vanhemmat	Psyk. Pkl	Lähete palautettu	Muu, mikä	Käytöshäiriö	Kiusaaminen	Ahdistuneisuus	Masennus	Syömishäiriö	Psykoottistasoinen häiriö	Elämän- tai kehityskriisi	Päihteet	Sosiaaliset vaikeudet	Itsetuhoisuus	Poissaolot	Tutustumiskäynti	Muu, mikä
1																																										
2																																										
3																																										
4																																										
5																																										
6																																										
7																																										
8																																										
9																																										
10																																										
11																																										
12																																										
13																																										
14																																										
15																																										
16																																										
17																																										
18																																										
19																																										
20																																										
21																																										
22																																										

Helsingin kaupunki
Terveyskeskus
Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto

PsyRa-lomake

Puhelut ja jatkotoimenpiteet

2(4)

Psykiatrisen sairaanhoitajan nimi:

Oppilaitos (valitse oikea) peruskoulu / lukio / ammatillinen oppilaitos / ammattikorkeakoulu

						Puhelut Kenen kanssa?									Konsultointi (ei puhelu)						Ohjattu eteen-päin/tehty lähete					Pääasiallinen syy											
nro	Päivä	Ikä	Nainen	Mies	Aika minuutteina, 10 minuutin tark.	Asiakas	Huoltaja	Psykiatrinen poliklinikka	Sosiaalitoimi	Opettaja	Yhteistyökumppanit	Lääkäri (koulu, terv.as.)	Verkoston keräämiinen	Muu, kuka?	Psykiatrinen poliklinikka	Sosiaalitoimi	Opettaja	Yhteistyökumppanit	Lääkäri (koulu, terv.as)	Muu, kuka?	Psykiatrinen poliklinikka	Lastensuojeluilmoitus	Luotsi-toiminta	Koimas sektori	Muu, minne?	Käytöshäiriö	Kiusaaminen	Ahdistuneisuus	Masennus	Syömishäiriö	Psykoottisiasoinen häiriö	Elämän- tai kehityskriisi	Pilihteet	Sosiaaliset vaikeudet	Itsetuhoisuus	Poissaolot	Muu. Mikä?
1																																					
2																																					
3																																					
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					
11																																					
12																																					
13																																					
14																																					
15																																					
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					
21																																					
22																																					

Helsingin kaupunki
Terveyskeskus
Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto

PsyRa-lomake

Kokoukset, koulutukset, muut

Psykiatrisen sairaanhoitajan nimi:

Oppilaitos (valitse oikea) peruskoulu / lukio / ammatillinen oppilaitos / ammattikorkeakoulu

nro	Päivämäärä:	Aika desimaalein (0,5 tarkkuudella)	Aihe								
			Henkilöstökokous	Oppilashuoltoryhmä	Verkostokokous	Yhteistyökokous	Vanhempien tapaaminen	Ryhmäyttämispäivä	Työnohjaus	Koulutus, mikä	Muu, mikä
1	3.8.	1,5	x								
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											

Helsingin kaupunki
Terveyskeskus
Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto

Psyra-lomake

Muuta

Lomake 4(4)

Psykiatrisen sairaanhoitajan nimi:

Oppilaitos (valitse oikea) peruskoulu / lukio / ammatillinen oppilaitos / ammattikorkeakoulu

nro	Päivämäärä	Aika min.	Mitä? Esim. sähköposti / tekstiviestit / sairaslomapäivät. Ruoka- ja kahvitaukoja ei merkitä
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

Liite 3: Kelan ammatillisia oppilaitoksia koskevat opintotukeen liittyvät asiat – lomake

Tsempparin selvitys: Kelan ammatillisia oppilaitoksia koskevat opintotukeen liittyvät asiat 1.3.2011

Opintotuen ja koulumatkan toimeenpano tehdään oppilaitosten ja Kelan yhteistyönä. Oppilaitoksen tehtävä on tärkeä, jotta opiskelijat saavat etuudet, joihin he ovat oikeutetut, ja jotta verovaroin rahoitettuja etuuksia ei makseta perusteetta. Kelalla on kokemus siitä, että eri oppilaitokset hoitavat eri tavoin opinto- ja koulumatkatukeen liittyviä tehtäviään. Se asettaa opiskelijat keskenään kovin eriarvoiseen asemaan ja valvonnan laiminlyönnit ovat ongelma julkisten varojen käytön kannalta. Toki on myös hyvin tehtävänsä hoitavia oppilaitoksia, joissa on selkeät poissaolo- ja läsnäolokäytänteet. Oppilaitosten tärkeimmät tehtävät ovat opiskelijoiden läsnäoloseuranta ja opinnoissa edistymisen seuranta.

Kela lähetti helmikuussa muistutuskirjeen "paimenkirjeen" oppilaitosten rehtoreille pääkaupunkiseudulla.

Oppilaitosten tehtävänä on valvoa, että opintotuen saaja tekee "opiskelutyötään". Oppilaitosten osuus opintosuoritusvalvojana on merkittävä. Oppilaitosten tehtävänä on laittaa järkevät rajat opintojen laiminlyönneille. Oppilaitokset ovat parhaita asiantuntijoita arvioimaan mikä on riittävää ja opiskelijan edun mukaista. Hyvä ohjeistus opiskelijoille riittävän opiskelutyön suorittamisesta on tärkeää.

Ammatilliseen tutkintoon johtavassa koulutuksessa opinnoissa edistyminen katsotaan riittäväksi, jos opiskelijan voidaan arvioida suoriutuvan opinnoistaan enintään yhtä vuotta opintojen laajuudeksi määriteltyä aikaa pidemmässä ajassa. Hitaaseen edistymiseen on oltava hyväksyttävä syy. Oppilaitoksen tehtävänä on harkita, milloin opinnoissa edistyminen on niin puutteellista, ilmoitus on tehtävä ainakin silloin, kun suorituksia ei ole tietyn jakson tai lukukauden aikana ollenkaan. Ohjeelliset rajat ovat keskimäärin 3 ov/opiskelukuukausi. Tätä vähemmät opinnot voidaan katsoa riittäviksi, jos opinnot kuitenkin edistyvät ja ei ole aiheettomia poissaoloja ja suorituksia kerääntyy tasaisesti. Sairaudesta pitää olla lääkärintodistus. Pitää kuitenkin olla osallistunut opetukseen, vaikka suorituksia ei olekaan.

Selvityspyyntö on lähetettävä opiskelijalle viipymättä. Pelkkä selvityspyyntöön vastaaminen ei riitä, pitää olla hyväksyttävä syy opintojen hidastumiseen. Ensimmäisen lukukauden tai -vuoden opiskelijoiden kohdalla opintojen etenemistä on tärkeä seurata. Jos opinnot eivät käynnisty kunnolla, tuki voidaan antaa vain määräaikaisena. Suositus vähintään 3 ov/opiskelukuukausi tai 10 kurssia lukukautta kohti. (2 kurssia/opiskelukuukausi) Opiskelu katsotaan lakkautuneeksi selvityspyyntökirjeen lähettämistä seuraavan toisen kuukauden alusta lukien.

Opintotuki voidaan periä takautuvasti, jos opintosuorituksia ei ole ollut lukukauden aikana ollenkaan tai opinnot ei ole olleet päätoimisia. Opintotuen seurantaluettelot lähetetään oppilaitoksiin viisi kertaa lukuvuoden aikana: elo-, syys-, loka-, tammi- ja maaliskuussa. Opiskelijoiden osalta oppilaitoksen tulee tarkistaa, että opiskelija opiskelee oppilaitoksessa ja seurata opintotuen saamisen edellytysten täyttymistä. Oppilaitoksissa on seurattava ja valvottava opiskelijan opintojen päätoimisuutta ja edistymistä. Poissaolotuntien määrää ei tarvitse ilmoittaa, mutta yli viikon kestäneet poissaolot tulee kuitenkin ilmoittaa.