



Helsingin kaupunki
Terveyskeskus

TERVE ASUNNOTON -HANKKEEN ARVIOINTIRAPORTTI

MARI LUNTAMO



TERVE ASUNNOTON -HANKKEEN ARVIOINTIRAPORTTI

MARI LUNTAMO

HELSINGIN KAUPUNKI
TERVEYSKESKUS

KANNEN KUVA: LEIF MÄKELÄ
PAINO: UNIGRAFIA OY YLIOPISTOPAINO
ISBN 978-952-272-329-1

Tiivistelmä

Tässä raportissa esitetään Helsingissä Hietaniemenkadun palvelukeskuksessa toimivan Terve asunnoton –hankkeen asunnottomille tarjoamien terveyspalveluiden arvioinnin tulokset.

Asunnottomuus on edelleen vakava ongelma Suomessa. Eniten asunnottomia on Helsingissä, jossa vuoden 2011 lopulla arvioitiin olevan 3 400 yksinäistä asunnottomia ja 220 asunnottomia perhettä. Asunnottomien sairastavuus ja kuolleisuus on todettu korkeiksi. Etenkin päihde- ja mielenterveysongelmia ja niistä aiheutuvia sairauksia esiintyy paljon. Asunnottomien on kuitenkin vaikea asioida terveysasemilla. Siksi terveysongelmat usein pahenevat, ja niitä joudutaan hoitamaan päivystyksessä ja sairaalahoidossa, mikä on kallista avoterveydenhuoltoon verrattuna.

Helsingissä avattiin kesäkuussa 2009 asunnottomille tilapäistä asumista, päiväkeskuspalveluja (esimerkiksi ruokailu- ja peseytymismahdollisuus) ja sosiaalihuollon palveluja tarjoava Hietaniemenkadun palvelukeskus (jäljempänä *palvelukeskus*). Terve asunnoton -hankkeessa (jäljempänä *hanke*) palvelukeskukseen perustettiin sairaanhoitajan ja lääkärin vastaanotto, joka toimii virka-aikana. Jalkaterapeutin palvelut ovat saatavilla kerran viikossa. Hankkeen sairaanhoitaja myös jalkautuu toiseen asumisyksikköön ja tukee sen asukkailleen järjestämiä terveyspalveluja (niin sanotut *mobiilipalvelut*). Näitä palveluja rahoittavat Helsingin kaupungin terveyskeskus, sosiaalivirasto sekä Innovaatiorahasto.

Terve asunnoton -hankkeelle asetettiin neljä tavoitetta: 1) asunnottomien sairastavuuden vähentäminen ja heidän elämänlaatussa parantaminen, 2) asunnottomien ennaltaehkäistävissä olevien päivystyskäyntien ja sairaalahoitajaksojen vähentäminen, 3) pitkäaikaisasunnottomuuden vähentäminen löytämällä uusia ratkaisuja paljon tukea vaativille pitkäaikaisasunnottomille, joilla on vaikeita sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia, sekä 4) tiedon lisääminen asunnottomien terveydentilasta ja heille toimivista palveluratkaisuista.

Hankkeen palvelut arvioitiin huhti–toukokuussa 2012. Palveluiden asiakkaita (26 henkilöä), hankkeen omaa henkilökuntaa sekä 18 tärkeintä yhteistyötahoa haastateltiin tai he täyttivät kyselylomakkeen. Kerätystä materiaalista analysoitiin ilmisältö sisältöanalyysin keinoin. Palveluiden vaikutuksia voitiin arvioida vain haastateltavien kokemuksiin perustuvien arvioiden pohjalta, koska vastaavia tietoja ei ollut kerätty hankkeen alussa. Hankkeen palveluiden vaikutuksia oli myös vaikea erottaa palvelukeskuksen muiden palveluiden (asumis-, ruokailu- ja hygieniapalvelut) sekä sinne jalkautuvien, muiden tahojen tarjoamien päihde- ja mielenterveyspalveluiden vaikutuksista.

Arvioinnissa tuli esille edellä mainittu asunnottomien korkea kynnys hakeutua omatoimisesti yleisiin terveyspalveluihin, joissa heidän hoitamisensa koetaan hankalana. Asunnottomuus sekä päihde- ja mielenterveysongelmat myös vaikeuttavat hoito-ohjeiden noudattamista, mikä johtaa huonoihin hoitotuloksiin. Sen sijaan asumis- ja sosiaalipalveluiden kanssa samassa talossa, keskeisellä paikalla sijaitseviin hankkeen palveluihin asunnottomien on helppo hakeutua. Tuttu henkilökunta, heidän korkea ammattitaitonsa sekä asiakkaiden kunnioittava kohtelu madaltavat kynnystä. Vastaanotolle voi tulla ilman ajanvarausta ja päihtymystilasta huolimatta.

Koska vastaavista palveluista ei Suomessa ole aiempaa kokemusta, henkilökunta on itseohjautuvasti luonut asunnottomille sopivan joustavan palvelumallin. Hankkeen asiakkaat ja

yhteistyötahot pitivät palveluja asiakaslähtöisinä ja korkeatasoisina. Asiakkaat saavat kokonaisvaltaista hoitoa ja terveysongelmien pahenemista ennaltaehkäistään. Asunnottomien terveydentilaa ja hoitoa seurataan aktiivisesti ja tarvittaessa heitä ohjataan muualle hoitoon.

Asiakkaat, yhteistyötahot ja hankkeen henkilökunta arvioivat hankkeen asiakkaiden terveydentilan parantuneen sekä ennaltaehkäistävissä olevien päivystyskäyntien ja sairaalahoitojen vähentyneen. Tähän ovat vaikuttaneet erityisesti infektioiden, haavojen ja pitkäaikaisten sairauksien hoitaminen sekä asiakkaiden ja heidän lääkityksensä seuranta. Siten palvelut ovat todennäköisesti vähentäneet asunnottomien terveydenhuollosta aiheutuvia kustannuksia. Terveydentilan paraneminen on myös helpottanut jatkoasutuspaikkojen ja palvelukeskuksen muuta toimintaa sekä mahdollisesti parantanut itsenäisen asumisen onnistumismahdollisuuksia.

Hankkeen henkilökunta tekee tiivistä ja hyvin toimivaa moniammatillista yhteistyötä palvelukeskuksen sosiaalipalveluiden ja muiden yhteistyötahojen kanssa. Tämä tehostaa kunkin tahon toimintaa ja parantaa palveluiden laatua. Monet yhteistyötahot toivoivat yhteistyön syventämistä ja parempaa tiedotusta hankkeen palveluista. Yhteistyön pääasialliseksi ongelmaksi koettiin erilliset tietojärjestelmät, jotka haittaavat tiedonkulkua ja siten aiheuttavat turhaa työtä ja lisäävät riskiä hoitovirheisiin.

Edellisen kolmen vuoden aikana luotu palvelumalli toimii nykyisellään erittäin tarkoituksenmukaisesti. Palveluja voidaan entisestään tehostaa parantamalla sisäistä työn suunnittelua, systematisoimalla palvelukeskuksen asukkaiden terveystarkastukset sekä selkeyttämällä vastuunjakoa hankkeen kehittämisessä. Palvelukeskuksessa tulee luoda järjestelmällinen menettely, jonka avulla sosiaalipalveluiden henkilökunnan huomaamat asukkaiden terveysongelmat saatetaan hankkeen henkilökunnan tietoon. Lisäksi sosiaalipalveluiden henkilökunnan roolia terveysongelmien hoidossa on hyvä selkeyttää.

Hankkeen tavoitteet asunnottomien sairastavuuden vähentämisestä ja elämänlaadun parantamisesta sekä ennaltaehkäistävissä olevien päivystyskäyntien ja sairaalahoitojaksojen vähentämisestä näyttävät toteutuneen. Tämä koskee kuitenkin vain palveluissa asioineita asunnottomia. Lisäämällä mobiilipalveluja sekä laajentamalla palveluiden saatavuutta iltoihin ja viikonloppuihin useampi asunnoton hyötyisi niistä.

Tavoite pitkäaikaisasunnottomuuden vähenemisestä on toteutunut, mutta hankkeen palveluiden osuutta on mahdotonta erottaa muiden samaan tavoitteeseen tähtäävien toimien vaikutuksista. Nyt luotu tehokas malli asunnottomien terveystarpeille ja terveys- ja sosiaalihuollon yhteistyölle sekä sen soveltaminen tulevaisuudessa muihin asumispalveluja tarjoaviin yksiköihin edistävät tämän tavoitteen saavuttamista. Tavoite tiedon lisäämisestä asunnottomien terveydentilasta ja heille toimivista palveluratkaisuista on toteutunut, mutta tätä tietoa ei ole systemaattisesti analysoitu tai hyödynnetty. Kerääntynyttä tietoa tulisi jakaa esimerkiksi järjestämällä koulutuksia ja tukemalla muiden vastaavien palveluiden perustamista. Myös erilaisten terveystarpeiden vaikutuksia asunnottomien terveydentilaan, muiden palveluiden käyttöön ja kokonaiskustannuksiin tulisi tutkia systemaattisesti.

Kaikki haastatellut tahot kokivat nykyiset asunnottomille räätälöidyt palvelut erittäin tarpeellisiksi. Niitä tulee jatkaa inhimillisen kärsimyksen vähentämiseksi ja todennäköisten kustannussäästöjen vuoksi. Mahdollisuuksien mukaan palveluita tulee laajentaa, mikä vaatisi kuitenkin lisäresursseja.

Sisällysluettelo

1.	Arvioidun hankkeen tausta ja tavoitteet	1
1.1	Asunnottomuus Suomessa ja Helsingissä	1
1.2	Asunnottomien terveydentila ja terveystalouden käyttö	2
1.3	Arvioidun Terve asunnoton-hankkeen lähtökohdat ja tavoitteet	3
2.	Arviointimenetelmät	5
3.	Hankkeen kuvaus ja arvioinnin tulokset	7
3.1	Hankkeen toimintaympäristö, tilat ja varustelu	8
3.1.1	Kuvaus	8
3.1.2	Arvioinnin tulokset	9
3.1.3	Parannusehdotukset	9
3.2	Hankkeen henkilökunta	10
3.2.1	Kuvaus	10
3.2.2	Arvioinnin tulokset	10
3.2.3	Parannusehdotukset	11
3.3	Hankkeen hallinto ja rahoitus	11
3.3.1	Kuvaus	11
3.3.2	Arvioinnin tulokset	12
3.3.3	Parannusehdotukset	12
3.4	Hankkeen tarjoamat palvelut ja niiden vaikutukset	12
3.4.1	Kuvaus	13
3.4.2	Arvioinnin tulokset	14
3.4.3	Parannusehdotukset	26
3.5	Hankkeen tekemä yhteistyö	28
3.5.1	Kuvaus	28
3.5.2	Arvioinnin tulokset	29
3.5.3	Parannusehdotukset	34
4.	Johtopäätökset ja suositukset	38
4.1	Arvioinnin päätulokset ja niiden luotettavuuden pohdinta	38
4.2	Hankkeelle asetettujen tavoitteiden toteutuminen	39
4.3	Suosituksukset	40
	Lähteet	42
	Liitteet	44
	Liite 1. Arviointiin osallistuneet yhteistyötahot	44
	Liite 2. Arviointiin haastateltujen hankkeen palveluiden asiakkaiden taustatiedot	45
	Liite 3. Suostumuslomake asiakashaastatteluun	46

1. Arvioidun hankkeen tausta ja tavoitteet

Kappale kuvaa asunnottomuutta Suomessa ja Helsingissä, asunnottomien terveydentilaa ja terveyspalveluiden käyttöä sekä arvioidun Terve asunnoton -hankkeen lähtökohtia ja tavoitteita.

1.1 Asunnottomuus Suomessa ja Helsingissä

Kappaleen keskeinen sisältö:

- Suomessa asunnottomuus keskittyy Helsinkiin, jossa vuoden 2011 lopulla oli noin 3400 yksinäistä asunnotonta ja 220 asunnotonta perhettä.
- Asunnottomuuden taustalla on useita toisiinsa kietoutuneita yhteiskunnallisia, sosiaalisia sekä henkilökohtaisia syitä.

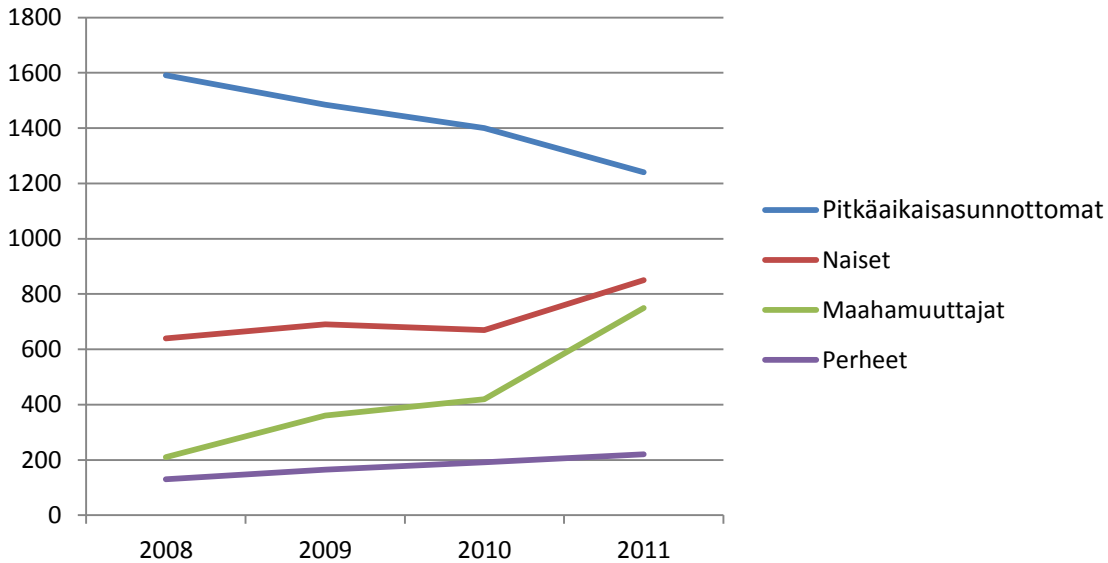
Suomessa asunnottomiksi tulkitaan ne, jotka asuvat ulkona ja ensisuojuissa tai tilapäisesti asuntoloissa, majoitusliikkeissä, laitoksissa, hoito- tai huoltokodeissa ja joilla ei ole vakituista asuntoa [1]. Myös sukulaisten ja tuttavien luona tilapäisesti asunnon puutteen vuoksi majoilevat sekä asunnottomat vapautuvat vangit luetaan asunnottomiin.

Asunnottomien henkilöiden määrä puolittui Suomessa vuodesta 1987 vuoteen 2003 arviolta 16 000:sta 8000:een, jonka jälkeen se on pysynyt melko tasaisena [2]. Asunnottomuus keskittyy suurimpiin kaupunkeihin ja erityisesti Helsinkiin, jossa marraskuun puolivälissä 2011 yksinäisiä asunnottomia arvioitiin olevan 3 400 ja asunnottomia perheitä 220 (5,7 asunnotonta / 1000 asukasta).

Yksinäisistä asunnottomista pitkäaikaisasunnottomien¹ määrä on vähentynyt vuodesta 2008, kun taas naisten ja maahanmuuttajien määrä on lisääntynyt [2–4, kuva 1]. Myös asunnottomien perheiden määrä on lisääntynyt. Suurin osa yksinäisistä asunnottomista (noin 70 %) asuu tilapäisesti tuttavien ja sukulaisten luona, ja noin neljäsosa on erilaisissa laitoksissa ja asuntoloissa [2]. Ulkona, porraskäytävissä ja ensisuojuissa arveltiin vuoden 2011 lopulla koko Suomessa asuvan n. 400 henkilöä, joista neljäsosa oli Helsingissä.

Asunnottomuuden vähentämiseksi on toteutettu sekä valtakunnallisia että paikallisia ohjelmia (esimerkiksi hallituksen Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmat, Nimi Ovesa -hanke). Uusia asunnottomia tulee kuitenkin muuttoliikkeen seurauksena sekä asumisen epäonnistuessa [2]. Useimmiten asunnottomuuden taustalla on useita toisiinsa kietoutuneita yhteiskunnallisia, sosiaalisia sekä henkilökohtaisia syitä. Näitä ovat esimerkiksi kohtuuhintaisten asuntojen puute, tukitoimien riittämättömyys, taloudelliset ongelmat, vaikeudet perheessä ja ihmissuhteissa sekä päihde- ja mielenterveysongelmat [1].

¹ Pitkäaikaisasunnottomalla tarkoitetaan henkilöä, jonka asunnottomuus on pitkittynyt tai uhkaa pitkittyä sosiaalisten tai terveydellisten syiden vuoksi yli vuoden mittaiseksi tai asunnottomuutta on esiintynyt toistuvasti viimeisen kolmen vuoden aikana (2). Tavalliset asumisratkaisut eivät pitkäaikaisasunnottomien kohdalla toimi, vaan he tarvitsevat erilaisia tukipalveluja asumisessaan.



Kuva 1. Yksinäisten pitkäaikaisasunnottomien, asunnottomien naisten ja maahanmuuttajien, sekä asunnottomien perheiden määrä Helsingissä 2008–2011 [2-4]. Valtakunnalliset muutokset ovat samansuuntaisia.

1.2 Asunnottomien terveydentila ja terveispalveluiden käyttö

Kappaleen keskeinen sisältö:

- Asunnottomilla on paljon psyykkisiä ja fyysisiä sairauksia sekä päihdeongelmia.
- Asunnottomien on vaikea asioida terveysasemilla. Siksi terveysongelmat usein pahenevat ja niitä joudutaan hoitamaan päivystyksessä ja sairaalahoidossa, mikä on kallista avoterveydenhuoltoon verrattuna.

Useissa tutkimuksissa sekä Suomessa että ulkomailla asunnottomien sairastavuus ja kuolleisuus on todettu korkeiksi [1,5-13]. Asunnottomilla esiintyy valtaväestöä enemmän erityisesti päihde- ja mielenterveysongelmia sekä infektioitauteja, ja usein samalla henkilöllä on useampia fyysisiä ja psyykkisiä sairauksia. Tästä saattaa syntyä eräänlainen noidankehä. Asunnottomuuden taustalla on usein terveysongelmia ja erityisesti päihde- ja mielenterveysongelmia. Asunnottomuus taas saattaa pahentaa näitä ongelmia sekä aiheuttaa uusia terveysongelmia, jotka vuorostaan vaikeuttavat uudelleen asuttamista. Terveysongelmien syntyyn ja pahenemiseen vaikuttavat elämäntilanteen puute ja elinympäristö sekä vaikeudet hakeutua ja sitoutua hoitoon.

Asunnottomilla on vaikeuksia käyttää terveispalveluita asianmukaisesti [6,13-16]. Päihde- ja mielenterveysongelmiensa sekä heikentyneen toimintakykynsä vuoksi heidän on usein vaikea käyttää tavanomaisia terveys- ja päihdehuollon palveluita, jotka edellyttävät omatoimisuutta ja päihdeettömänä asiointia ennalta varattuna ajankohtana. Terveysasemilla ei myöskään ole tämän ryhmän hoitamiseen vaadittavaa erityisosaamista. Suuresta sairastavuudesta huolimatta vain harvalla asunnottomalla onkin toimiva hoitosuhde. Tämä johtaa terveysongelmien pahenemiseen, mikä suurelta osin olisi avohoito- ja palveluiden käytöllä ennaltaehkäistävä. Asunnottomat käyttävätkin valtaväestöä enemmän päivystyspalveluita ja tarvitsevat sairaalahoitoa, jotka ovat huomattavasti kalliimpia hoitomuotoja kuin avoterveydenhuolto.

Pääkaupunkiseudun vastaanottoyksiköissä² vuonna 2008 tehdyssä tutkimuksessa saatiin hyvin samankaltaisia tuloksia kuin edellä mainituissa, lähinnä ulkomailla tehdyissä selvityksissä [6]. Tutkimuksessa kartoitettiin vastaanottoyksiköissä yöpyneiden 158 asunnottoman sosiaalista ja terveydellistä tilannetta. Kyseisessä otoksessa valtaosalla (89 %) oli päihde- ja mielenterveysongelmia, muun muassa alkoholin ja huumeiden käyttöä, masentuneisuutta, ahdistuneisuutta sekä psykoottisia häiriöitä. Päihdeongelmat liittyivät usein asunnottomuuden taustalla oleviin ilmiöihin: häiriöitä aiheuttavaan asumiseen sekä vuokrien maksamattomuuteen. Seuraavaksi yleisimpiä sairauksia olivat tartuntataudit sekä vammat ja myrkytykset, joita molempia oli noin neljäsosalla otoksesta. Verenkierto-, hengitys- tai tuki- ja liikuntaelinten sairauksia, joista monet ovat kroonisia, oli kutakin noin kuudesosalla. Monilla oli useita sairauksia samanaikaisesti.

Lisäksi kahdella kolmasosalla kliinisesti tutkituista asunnottomista (24/36) oli vaikeasti heikentynyt sosiaalinen ja psyykinen toimintakyky. Tämä johtaa kykenemättömyyteen hoitaa terveyttä, taloutta ja arjen perustoimintoja (kuten ruokailua ja hygieniaa) sekä vaikeuksia sosiaalisissa suhteissa ja asioiden hoitamisessa.

Yleisimmät syyt hakeutua lääkärille olivat odotetusti päihde- ja mielenterveysongelmat, vammat sekä tulehdukset. Suuri osa vammoista ja tulehduksista sekä muista hoitoon hakeutumisen syistä liittyi päihteiden käyttöön. Korkeasta sairastavuudesta huolimatta kyseiseen tutkimukseen osallistuneet asunnottomat kävivät terveysasemilla vain hieman enemmän kuin valtaväestö ja harva kävi kroonisten sairauksien kontrollikäynneillä. Vajaalla kolmasosalla oli suhde omaan lääkäriin, joka pystyisi puuttumaan ennaltaehkäisevästi terveysongelmiin. Otoksen asunnottomat kävivätkin terveyskeskuspäivystyksessä keskimäärin yli kuusi kertaa ja sairaalapäivystyksessä yli 16 kertaa useammin kuin valtaväestö.

1.3 Arvioidun Terve asunnon-hankkeen lähtökohdat ja tavoitteet

Kappaleen keskeinen sisältö:

- Terve asunnon -hankkeessa Hietaniemenkadun palvelukeskukseen Helsingissä perustettiin asunnottomille suunnattu terveyspalvelupiste kesäkuussa 2009.
- Hankkeen palveluilla oli neljä tavoitetta:
 - 1) asunnottomien terveydentilan parantaminen
 - 2) ennaltaehkäistävässä olevien sairaalakäyntien vähentäminen
 - 3) pitkäaikaisasunnottomuuden vähentäminen löytämällä uusia ratkaisuja paljon tukea vaativille pitkäaikaisasunnottomille, joilla on vaikeita sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia
 - 4) tiedon lisääminen asunnottomien terveydentilasta ja heille sopivista terveyspalveluista.

Edellä esitettyjen tutkimustietojen perusteella pääteltiin, että asunnottomat hyötyisivät heille suunnatuista kokonaisvaltaisista matalan kynnyksen terveyspalveluista, jollaisia ei hanketta suunniteltaessa Suomessa ollut. Helsingissä kesäkuussa 2009 avattuun asunnottomille tilapäisiä

² Vastaanottoyksiköt eli ensisuojaat tarjoavat viimesijaista asumis- ja majoituspalvelua asunnottomille.

asumispalveluja tarjoavaan sosiaaliviraston alaiseen Hietaniemenkadun palvelukeskukseen perustettiin kahden sairaanhoitajan vastaanotto. Lisäksi Helsingin kaupungin innovaatorahastolta saatiin Terve asunnoton -hankkeen puitteissa kolmen vuoden rahoitus yhden lääkärin ja lisäsairaanhoitajan palkkaamiseksi. Toiminnan suunnittelussa otettiin mallia muun muassa Tukholmassa toimivista asunnottomille suunnatuista terveydenhuollon yksiköistä sekä Helsingissä siihen mennessä tehdystä moniammatillisesta kaduille ja koteihin jalkautuvasta työstä (esimerkiksi Asunnottomien sosiaalipalvelut, Vailla vakinaista asuntoa ry:n toiminta sekä ”Hoitoa vailla, vaikea hoitaa” - projekti) [17].

Hankkeen tavoitteena oli kehittää asunnottomille suunnattu terveysterveyspalvelupiste Hietaniemenkadun palvelukeskukseen, ja sen palveluiden kautta:

- 1) vähentää asunnottomien sairastavuutta, parantaa vastaanottoyksiköiden asiakkaiden elämänlaatua ja terveyttä, sekä tukea heidän itsehoitokykyään
- 2) vähentää asunnottomien ennaltaehkäistävissä olevia päivystyskäyntejä ja sairaalahoitajaksoja
- 3) vähentää pitkäaikaisasunnottomuutta löytämällä uusia ratkaisuja pitkäaikaisasunnottomille, joilla on vaikeita sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia, ja jotka tarvitsevat asunnon lisäksi merkittävässä määrin palvelua, tukea ja/tai valvontaa
- 4) lisätä tietoa asunnottomien terveydentilasta ja heille toimivista palveluratkaisuista.

2. Arviointimenetelmät

Kappaleessa kuvataan Terve asunnoton –hankkeen arviointiin käytetyt menetelmät.

Kappaleen keskeinen sisältö:

- Arviointi suoritettiin huhti–toukokuussa 2012.
- Arviointi toteutettiin pääosin laadullisin menetelmin. Tiedot kerättiin käyttäen puolistrukturoituja ja strukturoituja teemahaastatteluja, kyselylomakkeeseen vastaamista sekä tarkkailua. Tiedot analysoitiin sisältöanalyysin keinoin.
- Arviointiin osallistuivat hankkeen palveluita käyttäneet asiakkaat, hankkeen henkilökunta sekä tärkeimmät yhteistyötahot.
- Tietoja asiakkaiden terveydentilasta, terveyspalveluiden käytöstä tai tästä aiheutuvista kustannuksista palvelujen alkaessa ei ollut kerätty, joten hankkeen vaikutuksia voitiin arvioida vain haastateltavien kokemuksiin perustuvien arvioiden pohjalta.

Tämä arviointi koskee Hietaniemenkadun palvelukeskuksen asunnottomille suunnatun vastaanoton toimintaa, joka aloitti toimintansa kesällä 2009. Arviointi suoritettiin huhti–toukokuussa 2012. Arviointi kattoi palvelukeskuksessa toimivat lääkärin, sairaanhoitajan ja jalkaterapeutin vastaanotot sekä hankkeen jalkautuvat eli mobiilipalvelut arviointihetkellä. Arviointi toteutettiin pääosin laadullisin menetelmin käyttäen puolistrukturoituja ja strukturoituja teemahaastatteluja, kyselylomakkeeseen vastaamista sekä hankkeen toimintojen vapaamuotoista tarkkailua. Lisäksi henkilökunta kirjasi tietoja hankkeen toiminnoista. Terveyskeskuksesta saatiin tilastotietoja vuoden 2011 lääkärin vastaanottokäynneistä. Sairaanhoitajien vastaanoton osalta ei ollut vastaavia tietoja saatavilla, mutta he kirjasivat tietoja asiakaskäynneistä yhden viikon ajan arvioinnin aikana.

Hankkeen arviointiin osallistuivat seuraavat tahot:

- 1) palveluita käyttävät tai käyttäneet asiakkaat
- 2) hankkeen hallinnosta vastaavat henkilöt, kliininen henkilökunta ja ostopalvelun henkilökunta (jalkaterapeutit)
- 3) 18 tärkeintä yhteistyötahoa sisältäen Hietaniemenkadun palvelukeskuksen henkilökunnan ja palvelukeskukseen jalkautuvat tahot (Liite 1)

Asiakashaastatteluina tehtiin kuusi pidempää puolistrukturoitua haastattelua ja 20 lyhyempää strukturoitua asiakastyytyväisyshaastattelua. Näihin haastatteluihin osallistuneiden asiakkaiden taustatiedot esitetään liitteessä 2. Kaikki haastatteluun pyydettyt asiakkaat suostuivat siihen. Haastattelut suoritettiin suomeksi tai englanniksi.

Puolistrukturoiduissa haastatteluissa tavoitteena oli, että haastateltavat edustaisivat mahdollisimman laajasti asiakaskuntaa ennalta määriteltyjen tekijöiden suhteen.³ Palvelukeskuksen ohjaajat auttoivat haastateltavien valinnassa. Hankkeen palveluiden arvioinnin lisäksi haastatteluissa pyrittiin käsittelemään terveyden, terveydenhuollon ja asunnottomuuden suhdetta haastateltavan elämänsä aikana.

³ Ikä, sukupuoli, alkuperä (suomalainen / ulkomaalainen), tämänhetkinen asumistilanne (palvelukeskuksen asumispäivystys / palvelukeskuksen kerrokset / muualla), asiointi hankkeen palveluissa (ei asioinut / lääkärillä / sairaanhoitajalla / jalkaterapeutilla asioinut, sekä kertakäynti / satunnainen / säännöllinen asiointi)

Lyhyemmät strukturoidut asiakastyytyväisyshaastattelut suoritettiin välittömästi vastaanottokäynnin jälkeen kuuden eri päivän aikana. Niihin tulivat kaikki haastatteluajana vastaanotolla olleet siten, että otokseen saatiin sekä lääkäriä, sairaanhoitajalla että jalkaterapeutilla käyneitä asiakkaita. Samaa asiakasta haastateltiin kuitenkin vain kerran. Haastatteluissa keskityttiin kyseisen päivän vastaanottokäynnin arviointiin, mutta mahdollisuuksien mukaan käsiteltiin myös muita asiakkaiden kokemuksia ja tarpeita.

Tärkeimmät yhteistyötahot valittiin yhdessä hankkeen kliinisen ja hallinnollisen henkilökunnan kanssa siten, että ne edustaisivat mahdollisimman laajalti asunnottomien ja heidän terveydentilansa kanssa tekemisissä olevia tahoja. Lista osallistuneista tahoista on liitteessä 1. Poliisi oli ainoa valituista yhteistyötahoista, joka kieltäytyi haastattelusta. Yhteistyötahoilta ja hankkeen henkilökunnalta tietoja saatiin joko puolistrukturoidulla haastattelulla tai kyselylomakkeella.

Kerätystä aineistosta analysoitiin ilmisältö (manifest content) teemoittain laadullisen analyysin keinoin. Tämän arvioinnin aikataulun puitteissa ei ollut mahdollista tehdä syvempää piilosisällön (latent content) analyysiä.

Hankkeen vaikutusten arvioinnissa oli lukuisia haasteita. Tutkimuslupien viipymisen vuoksi hankkeen alussa ei ollut voitu kerätä tietoa asiakkaista, heidän terveydentilastaan tai terveyspalveluiden käytöstään (baseline data), johon arviointihetken tilannetta olisi voitu verrata. Hankkeen palvelut myös alkoivat lähes samanaikaisesti Hietaniemenkadun palvelukeskuksen toiminnan kanssa, joten hankkeen ja palvelukeskuksen muiden palveluiden vaikutuksia on hankala erottaa toisistaan. Siten hankkeen vaikutuksia voitiin arvioida vain laadullisesti haastateltavien kokemuksiin perustuvien arvioiden pohjalta.

Kaikille haastateltaville ja kyselylomakkeen saaneille kerrottiin arvioinnin tarkoituksesta sekä annettujen tietojen luottamuksellisesta ja nimettömästä käsittelystä. Asiakkaille korostettiin lisäksi sitä, ettei arviointiin osallistuminen tai osallistumattomuus vaikuta heidän saamiinsa palveluihin. Kaikki haastatellut asiakkaat allekirjoittivat suostumuslomakkeen (liite 3). Haastateltavien alhaisen lukumäärän vuoksi tuloksissa esitettyjen suorien lainausten yhteydessä ei tunnistamisen ehkäisemiseksi ole annettu kohderyhmän lisäksi muita tietoja. Raportissa esitetyt lainaukset on valittu siten, että esiin tulee mahdollisimman monen haastateltavan näkemys.

3. Hankkeen kuvaus ja arvioinnin tulokset

Kappaleessa kuvataan, arvioidaan ja annetaan parannusehdotuksia koskien hankkeen toimintaympäristöä, henkilökuntaa, hallintoa ja rahoitusta, hankkeen tarjoamia palveluja ja niiden vaikutuksia sekä hankkeen yhteistyötä muiden tahojen kanssa.

Arvioinnissa käytetyt ilmaisut

Arviointiraportissa sanalla *hanke* viitataan koko Hietaniemenkadun palvelukeskuksen asunnottomille suunnatun vastaanoton henkilökuntaan ja sen toimintaan riippumatta siitä, mikä taho maksaa henkilökunnan palkat tai toimintojen kulut (kappale 3.3). *Palvelukeskus* ja haastateltujen käyttämä *Hietsu* viittaavat Hietaniemenkadun palvelukeskukseen. Ellei muuta mainita, *asiakas* viittaa hankkeen tarjoamia palveluita käyttäviin tai käyttäneisiin asunnottomiin ja *henkilökunta* viittaa hankkeessa työskenteleviin kahteen sairaanhoitajaan ja kahteen lääkäriin sekä hankkeen hallinnosta vastaaviin henkilöihin. *Yhteistyötaho* viittaa asunnottomien ja heidän terveydentilansa kanssa tekemisissä oleviin tahoihin, joilla kaikilla ei välttämättä ole suoraa yhteistyötä hankkeen kanssa. *Sosiaalipalvelut* viittaavat palvelukeskuksen sosiaaliviraston alaiseen toimintaan ja henkilökuntaan. Ne on luettu yhdeksi yhteistyötahoista, paitsi kun erikseen mainittu ja kappaleessa 3.5, jossa hankkeen yhteistyö sosiaalipalveluiden kanssa on analysoitu erillään muista yhteistyötahoista. *Sosiaalivirasto* viittaa Helsingin kaupungin sosiaalivirastoon ja *terveyskeskus* Helsingin kaupungin terveyskeskukseen. Ilmaisulla *yleiset terveyspalvelut* viitataan muihin kuin erikseen asunnottomille suunnattuihin terveyspalveluihin. Sanalla *asuttaminen* tarkoitetaan avustettua pysyvämmän asumispaikan löytämistä ja sanalla *jatkoasutuspaikka* asumispaikkaa, johon asunnon muuttaa palvelukeskuksesta (usein tuettu asumismuoto). *Mobiilipalvelut* ovat hankkeen tarjoamia, yleensä jatkoasutuspaikkoihin jalkautuvia palveluja. Ilmaisuu *somaattinen terveydenhuolto* tarkoittaa fyysisiä vaivoja diagnosoivaa ja hoitavaa terveydenhuoltoa. Kursiivilla kirjoitetuissa lainauksissa arvioitsijan merkitsemät selvennykset ja henkilöiden tunnistamisen estämiseksi haastatteluissa mainittujen nimien tilalle merkityt sanat on merkitty hakasulkeisiin.

Yhteistyötahojen tiedot hankkeesta

Palvelukeskuksen sosiaalipalveluiden henkilökunta on päivittäin tekemisissä hankkeen ja sen toimintojen kanssa. Muiden yhteistyötahojen tiedot hankkeesta ja sen palveluista sen sijaan vaihtelivat suuresti. Monet tekevät tiivistä yhteistyötä hankkeen henkilökunnan kanssa, kun taas toiset olivat ainoastaan tietoisia palveluiden olemassaolosta. Esimerkiksi palvelukeskukseen jalkautuvilla tahoilla ja jatkoasutuspaikoilla, joihin hankkeen henkilökunta jalkautuu tai joita he tukevat konsultoimalla, on paljon suoraa yhteistyötä hankkeen työntekijöiden kanssa. Muut terveys- ja päihdehuollossa työskentelevät haastatellut olivat tutustuneet hankkeen palveluihin lähinnä asiakkaista kirjoitettujen tekstien ja molemminpuolisten puhelinkonsultaatioiden kautta sekä kuulemalla kommentteja asiakkailta itseltään. Myös muiden yhteistyötahojen edustajat mainitsivat kuullensa hankkeesta yhteisiltä asiakkailta.

3.1 Hankkeen toimintaympäristö, tilat ja varustelu

Kappaleen keskeinen sisältö:

- Hanke toimii asunnottomille tilapäistä asumista, päiväkeskuspalveluja ja sosiaalialan palveluja tarjoavassa Hietaniemenkadun palvelukeskuksessa.
- Palveluiden sijainti keskeisellä paikalla ja samassa talossa asumis- ja sosiaalipalveluiden kanssa madaltaa asunnottomien kynnystä hakeutua hoitoon.
- Tilanpuute aiheuttaa toisinaan tehottomuutta hankkeen toimintaan.

3.1.1 Kuvaus

Hietaniemenkadun palvelukeskus

Hanke toimii Hietaniemenkadun palvelukeskuksen tiloissa, joka on sosiaaliviraston alainen asunnottomille palveluja tarjoava yksikkö Etu-Töölön kaupunginosassa Helsingissä [18]. Palvelukeskuksen sosiaaliviraston alaiseen henkilökuntaan kuuluvat päivätyötä tekevät johtaja, sosiaalityöntekijät ja sosiaaliohjaajat sekä vuorotyötä tekevät ohjaajat.

Palvelukeskus on avoinna ympärivuorokautisesti ja tarjoaa seuraavia palveluja:

- vastaanottava toiminta ja asumispäivystys: yösiija jaetuissa huoneissa yö kerrallaan klo 17–8 enintään 60 asunnottomalle
- tilapäinen asuminen yhden hengen huoneissa enintään 52 asunnottomalle (jaettu keittiö ja saniteettitilat)
- päiväkeskustoiminnot: mahdollisuus ruokailuun, peseytymiseen, vaatteiden pesuun, ajanviettoon palvelukeskuksessa ja pääsy sosiaalityöntekijän vastaanotolle
- aktiivinen arviointi, neuvonta ja ohjaus, joiden tavoitteena on pysyvä asumisratkaisu

Asumispäivystykseen ja päivätoimintoihin ei tarvita lähetettä tai maksusitoumusta. Päihtymys ei ole esteenä yöpymiselle, mutta yöpyjän on oltava omatoiminen esimerkiksi liikkumisen ja peseytymisen suhteen. Myöskään terveydenhoitoon ei ole saatavilla tukea virka-ajan ulkopuolella. Siten asumispäivystys ei sovellu päihdekuntoutujille tai henkilöille, jotka esimerkiksi sairaalasta uloskirjoituksen jälkeen eivät itsenäisesti kykene huolehtimaan tarvittavasta jatkohoidosta. Sosiaaliohjaajat ottavat hankkeen henkilökunnalta kuulemansa terveydelliset seikat huomioon valitessaan yhden hengen huoneisiin siirtyvät asunnottomat.

Hankkeen palvelut toimivat palvelukeskuksessa kolmessa vierekkäisessä huoneessa. Käytettävissä on tavanomainen terveysaseman lääkärin vastaanoton varustus sekä tulehdusarvo-, hemoglobiini- ja sokerimittarit. Vaativampia tutkimuksia ja hoitotoimenpiteitä varten asiakkaat lähetetään muihin terveyskeskuksen käytettävissä oleviin toimipisteisiin, toisinaan ohjaajan saattamana.

Hankkeen terveyspalveluiden lisäksi palvelukeskukseen jalkautuvat A-klinikka kerran viikossa, huumeiklinikka kerran kahdessa viikossa sekä Auroran sairaalan psykiatrian erityispoliklinikka tarvittaessa. Nämä toimijat tapaavat palvelukeskuksessa olevia asiakkaitaan ja ohjaavat heitä tarvittaessa jatkohoitoon muualle. Myös Lähityöhanke ja Kotikuntoutustiimi jalkautuvat palvelukeskukseen tarvittaessa.

3.1.2 Arvioinnin tulokset

Asiakkaat, yhteistyötahot ja hankkeen henkilökunta (jäljempänä *henkilökunta*) kokivat, että hankkeen palveluiden sijainti palvelukeskuksessa keskeisellä paikalla kaupunkia madaltaa asiakkaiden kynnystä hakeutua terveyspalveluihin. Sijainti sosiaalipalveluiden kanssa samassa talossa mahdollistaa moniammatillisen ja kokonaisvaltaisen tuen saamisen yhdestä paikasta. Esimerkkejä tästä ovat eri alojen lausuntojen ja määrättyjen lääkkeiden maksusitoumusten välitön saaminen.

”Erittäin hyvä että [terveyspalveluita] on tällaisessa paikassa, jossa on epäsosiaalisia tapauksia. Tuskin hakeutuvat muualle, itsellekin vähän vaikeaa, kun on koko iän ollut laitoksessa. Haluan että on sama henkilö, tässä on erittäin kivat hoitajat, uudelle ihmiselle ei voi niin avautua.”
(Asiakas)

”Puskaradiossa menee tieto että mistä saa apua. Irralliselle porukalle keskitetty piste kaupungissa on hyvä. Hienoa että piste on keskustassa, koska siellä pyörivät eniten.”
(Yhteistyötaho)

”Hyvä toimintamalli, kaikki on saman katon alla.” (Yhteistyötaho)

”Asiakas otetaan kokonaisuutena kun on molempien alojen ammattilainen mukana, kaikki tietävät missä mennään.” (Yhteistyötaho)

Henkilökunta koki työtilat ja vastaanoton varustelun asianmukaisiksi. Vastaanottohuoneiden yhteys toisiinsa mahdollistaa välittömän konsultaation ja asiakkaan ohjaamisen toiselle vastaanotolle. Toisinaan tilanpuute kuitenkin aiheuttaa tehottomuutta.

Kaupungin byrokratia on hankaloittanut joitakin hankintoja. Esimerkiksi potilastietojärjestelmällä varustettujen kannettavien tietokoneiden saaminen kesti vuosia ja siten viivästytti ja vaikeutti hankkeen mobiilipalveluiden aloittamista (kappale 3.4.1).

3.1.3 Parannusehdotukset

Tilaongelman vuoksi yksi lisähuone tarvittaisiin ainakin niinä päivinä, jolloin jalkaterapeutit tai palvelukeskukseen jalkautuvat päihde- ja mielenterveyspalvelut tarvitsevat yhden kolmesta huoneesta käyttöönsä. Yksi vastaanottohuoneista pitäisi myös järjestää uudelleen henkilökunnan nopean poispääsyn turvaamiseksi mahdollisissa vaaratilanteissa.

Vastaanotolle toivottiin joitakin lisävarusteita kuten elvytyksessä käytettävää defibrillaattoria sekä pikatestejä, esimerkiksi HIV:n, C-hepatiitin ja raskauden diagnosoimiseksi. Toisinaan ongelmana on, ettei asiakas mene tarvittaviin laboratoriotutkimuksiin muihin toimipisteisiin. Tähän ehdotettiin ratkaisuksi näytteiden ottamista vastaanotolla ja niiden lähettämistä kuljetuspalvelun avulla laboratorioon analysoitavaksi.

3.2 Hankkeen henkilökunta

Kappaleen keskeinen sisältö:

- Hankkeessa työskentelee kaksi kokoaikaista sairaanhoitajaa, kaksi osa-aikaista yleislääkärinä sekä ostopalveluna yhden päivän viikossa jalkaterapeutti.
- Henkilökunnan ammattitaitoa, asennetta ja motivaatioita työhön pidettiin erinomaisina.
- Lisää henkilökuntaa toivottiin muun muassa palveluiden laajentamiseen iltoihin ja viikonloppuihin sekä mobiilipalveluihin.

3.2.1 Kuvaus

Arviointihetkellä hankkeessa oli töissä kaksi kokoaikaista sairaanhoitajaa sekä kaksi osa-aikaista yleislääkärinä (kumpikin 3 päivää viikossa). Henkilökunnan määrä on vaihdellut; esimerkiksi kahtena ensimmäisenä vuonna hankkeessa toimi vain yksi osa-aikainen lääkäri. Suurimman osan hankkeen kestosta siinä on työskennellyt kaksi sairaanhoitajaa suunnitellun kolmen sijaan. Sijaisia ei ole käytettävissä henkilökunnan lomien, koulutusten tai sairauspoissaolojen aikana. Kaikilla henkilökunnan jäsenillä on aikaisempaa kokemusta somaattisen terveydenhuollon lisäksi mielenterveys- tai päihdehuollosta. Ostopalveluna toinen kahdesta jalkaterapeutista työskentelee hankkeen tiloissa yhtenä päivänä viikossa.

3.2.2 Arvioinnin tulokset

Asiakkaat ja yhteistyötahot kehuivat henkilökunnan ammattitaitoa, kärsivällisyyttä ja asennetta, mikä tulee ilmi asiakkaiden kunnioittavana kohteluna. Monilla asiakkailla oli kokemuksia, ettei heitä oteta vakavasti muissa terveydenhuollon toimipisteissä (kappale 3.4.2). Hankkeen henkilökunnan sen sijaan koettiin paneutuvan asiakkaiden ongelmiin.

”Erittäin ystävällistä, kohteliasta, erittäin mukava henkilökunta, saa hyvän kontaktin, erittäin kiva käydä.” (Asiakas)

”Huippulääkäri, ymmärsi mikä vaivaa. [Hankkeen henkilökunta] uskomattoman ammattimainen” (Asiakas)

Yhteistyötahot mainitsivat henkilökunnan persoonallisuuden yhtenä tärkeimmistä työkaluista ja tämänhetkinen henkilökunta koettiin sopivana tähän työhön. Kiitosta sai myös henkilökunnan aikaisemmista työpaikoistaan hankkima erityisosaaminen, jota tarvitaan tässä työssä.

”Hyötysuhdetta saa jos tehdään riittävän laadukkaasti työtä: sitoutuvat, osaavat ja kiinnostuneet työntekijät, he tärkeät. Nyt hyvät henkilöt, jos on kuka tahansa ei välttämättä auta. Missionäärinen asenne tarvitaan henkilökunnalta asiakaskunnan vuoksi.” (Yhteistyötaho)

Henkilökunta on motivoitunut työhönsä ja sen kehittämiseen. Henkilökunnan keskuudessa vallitsee erittäin hyvä henki ja luottamus, mikä mahdollistaa saumattoman yhteistyön eri ammattiryhmien sisällä ja välillä. Hankkeen sisäinen kollegiaalinen tuki koettiin tärkeäksi, koska ulkopuolista asiantuntemusta on palveluiden uutuuden ja erityisluonteen vuoksi vähän saatavilla. Henkilökunnan erityisosaamisalueet täydentävät toisiaan, ja toimiva yhteistyö mahdollistaa tämän osaamisen laaja-alaisen hyödyntämisen.

*”Työryhmän pieni koko ja hyvin toimiva kemia on mahdollistanut toimivat purut ja tuen työssä.”
(Henkilökunta)*

3.2.3 Parannusehdotukset

Sairaanhoitajat ovat tyytyväisiä saamaansa lisäkoulutukseen, mutta lääkäreiden koulutukset ja koko kliinisen henkilökunnan henkilökohtainen työnohjaus hyötyisivät suunnitelmallisesta tarpeiden kartoittamisesta ja niiden huomioon ottamisesta. Työnohjauksen järjestämisessä haasteena on hankkeen ulkopuolisten alan asiantuntijoiden puuttuminen Suomesta.

Asiakkaat, yhteistyötahot ja henkilökunta toivoivat lisähenkilökuntaa, mutta eri perustein. Asiakkaat toivoivat kolmatta sairaanhoitajaa, jotta toisinaan pitkät jonotusajat vastaanotolle lyhenisivät. Yhteistyötahot sen sijaan lisäisivät mielenterveys- ja päihdehuollon osaamista, koska näiden alojen ongelmat vaikuttavat eniten asumisen onnistumiseen. Sekä asiakkaat että yhteistyötahot toivoivat palveluiden laajentamista iltoihin ja viikonloppuihin (kappale 3.4). Hankkeen henkilökunta taas koki, että lisähenkilökuntaa tarvittaisiin lähinnä mobiilipalveluiden kehittämiseen. Henkilökunta ja yhteistyötahot mainitsivat myös sijaisten puutteen ongelmana. Ennen mahdollisen lisähenkilökunnan palkkaamista pitäisi kuitenkin ratkaista hankkeen tilaongelmat (kappale 3.1).

3.3 Hankkeen hallinto ja rahoitus

Kappaleen keskeinen sisältö:

- Hanke on hallinnollisesti Helsingin kaupungin terveyskeskuksen alainen, mutta sitä ohjaa seurantaryhmä, jossa on jäseniä sekä terveyskeskuksesta että sosiaalivirastosta.
- Henkilökunta on itseohjautuvasti luonut kohdeväestölle sopivan uuden palvelumallin.
- Palveluiden kehittäminen hyötyisi tiiviimmästä ohjauksesta ja selkeämmästä vastuunjaosta.

3.3.1 Kuvaus

Hanke on hallinnollisesti Helsingin kaupungin terveyskeskuksen alainen. Hanketta kuitenkin ohjaa seurantaryhmä, jossa on jäseniä sekä terveyskeskuksesta että sosiaalivirastosta. Aikaisempaa kokemusta vastaavasta toiminnasta ei Suomessa ole, joten hankkeen henkilökunta on itsenäisesti kehittänyt toimintaa seurantaryhmän sekä terveys- ja sosiaalipuolen esimiesten tuella.

Hanketta ovat rahoittaneet Helsingin kaupungin terveyskeskus ja sosiaalivirasto sekä Innovaatorahasto. Kahden sairaanhoitajan palkan maksaa sosiaalivirasto terveyskeskuksen kautta, jotta sairaanhoitajilla olisi terveyskeskuksen potilastietojärjestelmän käyttöoikeudet (kappale 3.5.1). Lääkäreiden palkat maksetaan Innovaatorahaston rahoituksesta ja suurin osa lääkkeitä saadaan terveyskeskuksen sairaala-apteekista.

3.3.2 Arvioinnin tulokset

Henkilökunta koki, että heillä on ollut vapaus luoda kohdeväestölle sopiva uusi palvelumalli ja kehittää sitä joustavasti tarpeiden mukaan. Tämän ovat mahdollistaneet johdon tuki ja luottamus, Innovaatorahaston joustava rahoitus sekä toimiva yhteistyö muiden tahojen, erityisesti palvelukeskuksen sosiaalipalveluiden henkilökunnan kanssa.

”Paljon ideoitu matkan varrella, ei ollut valmista mallia olemassa. Mietitty asiakkaan kannalta mikä olisi toimivaa.” (Henkilökunta)

”Johto on yleensä ollut positiivinen suhtautumisessaan meidän ideoihin ja uusiin suunnitelmiin, annettu hyvin vapaat kädet.” (Henkilökunta)

”Sama kai kenen pussista [rahat] tulee, pääpointti että asiakas saa tarvitsemansa palvelun eikä se kuka sen maksaa. Asiakkaan eteen tehdään työtä.” (Yhteistyötaho)

3.3.3 Parannusehdotukset

Vaikka itseohjautuvuus ja hallinnon luottamus henkilökuntaan koettiin motivoivina, kliininen henkilökunta toivoi tiiviimpää johtamista ja ohjausta, esimerkiksi enemmän seurantaryhmän kokouksia. Esille tuli tarve suunnitelmallisuuteen ja selkeämpään vastuunjakoon hankkeen kehitystyötä ja suunnitelmien seurantaa koskien. Myös yhteistyötahot toivoivat hankkeen johtajuuden selkeyttämistä, vaikka hekin pitivät itseohjautuvuutta hyvänä toimintamallina.

3.4 Hankkeen tarjoamat palvelut ja niiden vaikutukset

Kappaleen keskeinen sisältö:

- Hankkeen palvelut koostuvat sairaanhoitajien, lääkärin ja jalkaterapeuttien vastaanotoista sekä muihin asumisyksiköihin jalkautuvista mobiilipalveluista.
- Asunnottomien on vaikea hakeutua yleisiin terveyspalveluihin, joissa heidän hoitamisensa koetaan hankalana.
- Hankkeen asiakaslähtöisiin palveluihin hakeutumiseen ja sitoutumiseen asunnottomilla sen sijaan on matala kynnyks.
- Asiakkaat saavat kokonaisvaltaista hoitoa ja palvelut ennaltaehkäisevät terveysongelmien pahenemista.
- Asunnottomien terveydentila on parantunut ja ennaltaehkäistävässä olevia päivystyskäyntejä ja sairaalahoitoa on pystytty vähentämään.
- Palvelut ovat todennäköisesti vähentäneet asunnottomien terveydenhuollosta aiheutuvia kustannuksia sekä parantaneet itsenäisen asumisen onnistumismahdollisuuksia.
- Asiakaskunnan erityislaadun vuoksi heille räätälöidyt palvelut koetaan tarpeellisiksi.
- Hankkeen toimintaa voitaisiin tehostaa suunnitelmallisemmalla otteella työhön ja sen kehittämiseen.
- Palveluita tulisi laajentaa, jos resursseja on mahdollista lisätä. Etenkin toivottiin ilta- ja viikonloppuvastaanottoa sekä enemmän mobiili-, mielenterveys- ja päihdepalveluja.

3.4.1 Kuvaus

Hankkeen palvelut koostuvat sairaanhoitajien, lääkärin ja jalkaterapeuttien vastaanotoista sekä muihin asumispalveluyksiköihin jalkautuvista mobiilipalveluista. Kaikki palvelut ovat maksuttomia asiakkaille, ja niihin saa tulla myös päihtyneenä. Palvelut on tarkoitettu palvelukeskuksen nykyisille ja entisille asiakkaille.

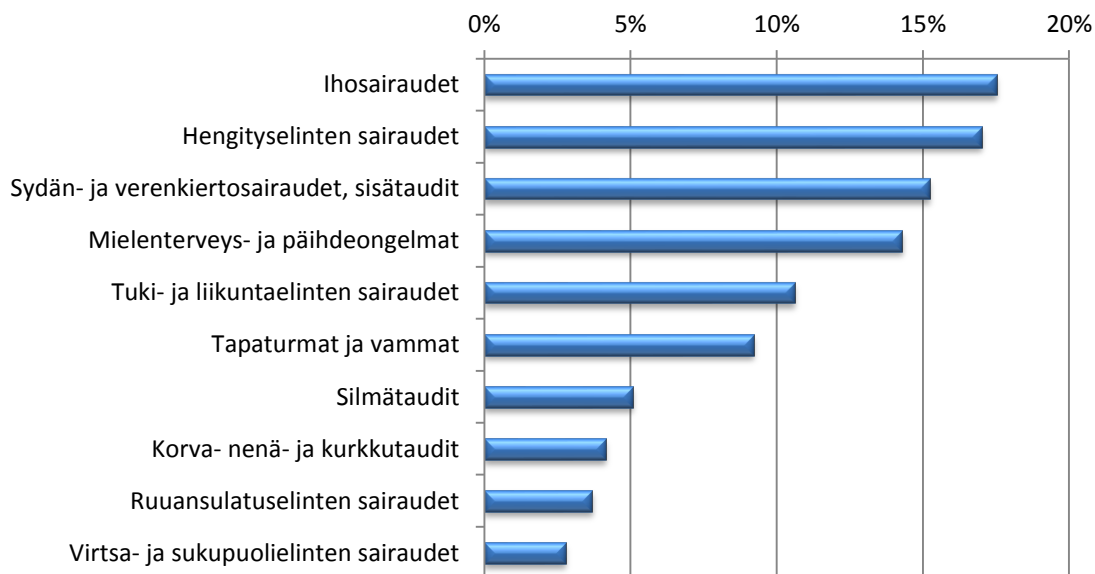
Sairaanhoitajan ja lääkärin vastaanotto

Sairaanhoitajien ja lääkärin vastaanotto on toiminut koko hankkeen keston ajan eli kesästä 2009. Vastaanotto on arkisin virka-aikana. Sairaanhoitajien vastaanotolle pääsee jonottamalla eikä ajanvarausjärjestelmää ole käytössä. Myöskään vastaanottoajan kestoa ei ole ennalta määritetty. Usein sairaanhoitajat myös jalkautuvat palvelukeskuksen käytäville muistuttaakseen asiakkaita sovituista hoidoista tai tapaamisista ja seuratakseen heidän vointiaan.

Lääkärin vastaanotolle pääsee sairaanhoitajan ohjaamana. Sairaanhoitajan ja lääkärin vastaanottotilat ovat vierekkäisissä huoneissa, joten he voivat tarvittaessa vastaanoton aikana joustavasti konsultoida toisiaan tai ohjata asiakkaan välittömästi toisen vastaanotolle. Monesti lääkäri ja sairaanhoitaja ottavat asiakkaan yhdessä vastaan. Tarvittaessa asiakas ohjataan muihin terveyspalveluihin.

Vastaanotolle voi tulla myös keskustelemaan mielenterveys- ja päihdeongelmista tai arkielämään liittyvistä asioista. Asiakkaiden pyynnöstä heidän lääkkeensä voidaan säilyttää vastaanoton tiloissa niiden häviämisen ja varastamisen ehkäisemiseksi, lääkkeitä voidaan jakaa valmiiksi doetteihin tai asiakas voi ottaa ne vastaanotolla. Tärkeää palveluissa on myös terveysneuvonta sekä asiakkaiden kannustaminen oman terveyden hoitoon.

Vuoden 2011 lääkärin vastaanottokäynneistä 86 %:ssa asiakas oli mies ja 14 %:ssa nainen. Suurimman osan (66 %) käynneistä tekivät 45–64 -vuotiaat. Tätä nuorempien osuus oli 19 % ja vanhempien 15 %. Vuonna 2011 lääkärin vastaanottokäynneillä tehdyt diagnoosit esitetään kuvassa 2. Yleisimpiä olivat iho- ja hengityselinten sairaudet, joista suurin osa oli infektioita. Sairaanhoitajien yhden viikon vastaanottokäyntien tiedoista voidaan päätellä, että heidän vastaanottoon tullaan paljon samoista syistä. He hoitavat suurimman osan asiakkaiden terveydentilan ja lääkityksen tiiviistä seurannasta sekä asiakkaiden ohjauksesta tarvittaviin palveluihin. He myös keskustelevat asiakkaiden kanssa näiden kuulumisista ja samalla usein havaitsevat aiemmin huomaamattomia terveysongelmia, jotka siten voidaan hoitaa ennen niiden vaikeutumista.



Kuva 2. Vuoden 2011 lääkärin vastaanottokäynneillä tehdyt päädiagnoosit tautiluokittain.

Jalkaterapeuttien vastaanotto

Vuoden 2010 alusta jalkaterapeuttien vastaanotto on ollut yhtenä päivänä viikossa hankkeen tiloissa. Jalkaterapeutit hoitavat muun muassa jalkojen ja säärien haavoja, tulehduksia ja hautumia sekä ihon ja kynsien sieni-infektioita. Hoidolla ja itsehoitoon ohjaamalla pyritään esimerkiksi estämään ihotulehduksia, joista osa pahentuessaan vaatii sairaalahoitoa.

Myös jalkaterapeutit tekevät tiivistä yhteistyötä muun henkilökunnan kanssa. Suurin osa heidän asiakkaistaan tulee sairaanhoitajan tai lääkärin lähettämänä, joita jalkaterapeutit tarvittaessa konsultoivat. Ammattikunnat myös jakavat osaamistaan toisilleen. Esimerkiksi sairaanhoitajat jatkavat usein asiakkaiden haavahoitoja jalkaterapeuttien ohjeiden mukaisesti.

Mobiilipalvelut

Arviointihetkellä toinen sairaanhoitajista jalkautui puoli päivää viikossa Pelastusarmeijan ylläpitämään Inarintien vastaanotto- ja tukiasumisyksikköön, jossa hän yhdessä yksikön sairaanhoitajan kanssa tapaa yksikössä asuvia sekä suunnittelee heidän hoitoaan. Lisäksi muut asumispalveluja tarjoavat yksiköt voivat konsultoida hankkeen henkilökuntaa puhelimitse.

Mobiilipalveluja oli suunniteltu ja aiemmin toteutettukin laajemmin, mutta asuntoloiden muuttaminen vuokrasopimusperusteisiksi asumisyksiköiksi, näihin palkattu terveydenhuoltohenkilökunta sekä hankkeeseen suunnitellun kolmannen sairaanhoitajan poisjäänti vähensivät mobiilipalvelut nykyiseen laajuuteen. Mobiilipalveluiden aloitus myöhästyi noin vuodella, ja aluksi työtä tehtiin ilman potilastietojärjestelmällä varustettua kannettavaa tietokonetta, joka saatiin hankkeen käyttöön vasta noin vuosi sitten.

3.4.2 Arvioinnin tulokset

Kokemuksia asunnottomien asioinnista yleisissä terveystalouksissa

Jotta asunnottomille suunnatun erillisen terveystalouden tarvetta voitaisiin arvioida, arvioinnissa selvitettiin asiakkaiden, yhteistyötahojen sekä hankkeen henkilökunnan kokemuksia

asunnottomien asioinnista yleisissä terveyspalveluissa eli muissa kuin erikseen asunnottomille suunnatuissa terveyspalveluissa.

Haastatellut somaattisessa ja psykiatrisessa terveydenhuollossa sekä päihdehuollossa työskentelevät henkilöt kertoivat kohtaavansa paljon asunnottomia. Yleisimmät syyt hakeutua hoitoon ovat alkoholin tai huumeiden käyttö ja niiden aiheuttamat sairaudet sekä infektiot ja vammat. Muut yhteistyötahot olivat kuulleet asunnottomien ja yleisissä terveyspalveluissa työskentelevien henkilöiden kokemuksia asunnottomien asioinnista terveyspalveluissa joko näiltä itseltään tai saattaessaan asunnottomia palveluihin.

Arvioinnissa tuli ilmi jo aikaisemmissa tutkimuksissa todettu asunnottomien vaikeus käyttää yleisiä terveyspalveluja tarkoituksenmukaisesti. Asiakkaat, yhteistyötahot ja hankkeen henkilökunta kertoivat, että suuri osa asunnottomista ei hakeudu hoitoon ajoissa, jolloin terveysongelmat pahenevat, kun taas osa hakeutuu hoitoon väärään paikkaan (esimerkiksi päivystykseen perusterveydenhuollossa hoidettavissa olevan kiireettömän terveysongelman vuoksi) tai väärin perustein (esimerkiksi saadakseen yösijan).

Kolme neljäsosaa haastatelluista asiakkaista koki, että heidän olisi vaikea hakeutua yleiselle terveysasemalle. Syinä mainittiin tuntematon henkilökunta, pitkä jonotus, ajanvarauksen hankaluus, lyhyt vastaanottoaika, maksut sekä pitkä matka omalle terveysasemalle. Osa ei edes tiennyt, mille terveysasemalle heidän tulisi hakeutua. Yli kolmasosalla haastatelluista oli henkilökohtaisia kokemuksia huonosta kohtelusta yleisissä terveyspalveluissa. Heitä ei ollut otettu vakavasti, heitä oli kohdeltu tylysti tai jopa käännytetty pois.

”[Muualla] ei oteta niin vakavasti, kun katsotaan, että on syrjäytynyt tai juoppo. Täällä on hoitunut kaikki tosi nätisti, tosi ystävällistä, otetaan vakavasti.” (Asiakas)

” [Terveysasemalla on] hidasta ja välinpitämätöntä palvelua, ei kuunnella mitä kertoo. Pitkä jonotus, ei kuunnella ihmisiä kuten täällä, siellä yksi tehtaan osa, täällä otetaan ihmisenä.” (Asiakas)

Myös yhteistyötahot ja henkilökunta tiesivät, että monella asunnottomalla on vaikeuksia hakeutua terveysasemille. Heidän mukaansa korkean kynnyksen palveluihin hakeutumiseen aiheuttavat huonontunut elämänhallinta ja toimintakyky, häpeä omasta tilasta, pelko ja kokemukset huonosta kohtelusta ja siitä, että vastaanotolla keskitytään vain päihdeongelmaan. Henkilökunnan kokemuksen mukaan monella asunnottomalla ei myöskään ole ajanvaraukseen tarvittavaa kärsivällisyyttä jonottaa puhelimesta, ja heidän puuttuvat tai väärät osoitetietonsa saattavat estää ajanvarauksen. Moni haastateltu vahvasti asunnottomien kokemukset huonosta kohtelusta ja palvelusta terveysasemilla ja sairaaloissa, joissa heitä saatetaan vieroksua, vaikka heillä olisi lähete palveluihin tai saattaja mukana.

”Asiakkaille voi olla kynnyks mennä yleisiin palveluihin leiman takia, voi vaikuttaa otetaanko todesta ja palvelunsaantiin. Jonotukset terveysasemalla, stigmatisointi.” (Yhteistyötaho)

”Potilasta ei otettu vastaan, koska hänellä oli täitä.” (Yhteistyötaho)

”Jos meillä on talossakin usein vaikeuksia tavoittaa asiakkaita ja saada heitä vastaanotolle niin voit kuvitella että lähteminen terveysasemalle on lähes mahdotonta.” (Henkilökunta)

Toisaalta yleisessä terveydenhuollossa ei ole valmiuksia hoitaa asunnottomia. Yhteistyötahojen kokemusten mukaan asunnottomat jättävät usein varatun vastaanottoajan käyttämättä tai he saattavat tulla päihtyneenä ja aiheuttaa häiriöitä. Heidän on vaikea noudattaa hoito-ohjeita joko päihde- tai mielenterveysongelmien takia, koska heillä ei ole rahaa lääkkeisiin tai yksinkertaisesti siksi, ettei heillä ole paikkaa, jossa tehdä hoitotoimenpiteitä. Myös sairaalasta kotiuttamisen jälkeen jatkohoidon järjestäminen on hankalaa, jos potilaalla ei ole kotia. Tällöin hoitotulokset jäävät huonoiksi.

”Ovat kaikki järjestäen huonossa kunnossa, normipalvelu ei pysty heitä palvelemaan. Ovat niin huonokuntoisia, ei ole normikansalaisen näköisiä ja hajuisia ja niin edelleen. Ei huomioida normipalveluissa, pääsääntöisesti asiointi vaikeaa.” (Yhteistyötaho)

”Hoito on hankalaa, asiakkaiden rahat on loppu ja tarvitaan maksusitoumuksia. Ei noudata hoito-ohjeita, vaikea hoitaa esimerkiksi haavaa kun ei voi suihkutella kun ei ole kotia. Hoitotulokset huonompia. Ihmisen hoitaminen siten että tuntisi itseensä terveeksi, jos ei ole asuntoa, on vaikeaa.” (Yhteistyötaho)

”Asunnottomien ongelmat on yhä enemmän kaksoisdiagnoosi [samanaikainen päihde- ja mielenterveysongelma]. Hoitovastuu on terveysasemilla, mutta siellä ei ole osaamista, asiakas ahdistuu siellä tai vain uusii reseptit, ei saa hoitoa.” (Henkilökunta)

Nämä ongelmat johtavat siihen, että monet asunnottomat eivät terveysongelmista huolimatta hakeudu hoitoon, ennen kuin tilanne on niin vakava, että heidän on mentävä päivystykseen, josta osa joutuu sairaalahoitoon. Toisaalta koetut vaikeudet hakeutua terveysasemalle johtavat siihen, että pieni osa asunnottomista hakeutuu liiankin helposti päivystykseen. Terveys- ja päihdepalveluihin hakeutumisen syiksi ilmenivät myös yösijan tarve sekä yksinäisyys ja turvattomuus. Tämä vie resursseja muilta, jotka todella tarvitsevat kyseisen tahon palveluja.

”Asiakkaat eivät helposti hakeudu terveystaloihin. Hankkeen palveluihin tulevat kun kynnys on matala, riitelevät jonopaikoista tässä. Ennen lähetettiin paikasta paikkaan, kun kukaan ei halunnut, ja hakeutuivat vasta viime tingassa, kun kädet ja jalat tippuu.” (Yhteistyötaho)

Edellä mainituista syistä asiakkaat, yhteistyötahot ja hankkeen henkilökunta kokivat, että erillinen asunnottomille suunnattu hoitopaikka, johon on helppo hakeutua ja jossa on asunnottomien hoitoa koskevaa erityisosaamista ja ymmärrys asiakkaan kokonaistilanteesta, on järkevä ja tarpeellinen palveluratkaisu. Tällainen palvelu, joka ennaltaehkäisee ongelmien pahenemista, voi vähentää kalliita päivystyskäyntejä ja sairaalahoitoja.

”Totuus on etteivät kykene normaaliasiointiin, tämä tosiasia on myönnettävä.” (Yhteistyötaho)

”Asiakaskunnan asioimiskykyä ja –tyyliä ajatellen, rationaalinen ratkaisu että on erillinen hoitoratkaisu heille. Asiakaslähtöisyys hyvää.” (Yhteistyötaho)

Kokemukset hankkeen palveluista

Asiakkaat, yhteistyötahot ja hankkeen henkilökunta kokivat asetetun tavoitteen matalan kynnyksen kokonaisvaltaisista ja asiakaslähtöisistä terveyspalveluista toteutuneen erinomaisesti. Hoitoon on helppo hakeutua, koska vastaanotolle pääsee joustavasti ilman ajanvarausta ja päihtymystilasta huolimatta, ja henkilökunta on ystävällistä ja tuttua. Yhteistyötahot totesivat, että asiakkaisiin tutustuminen, luotettavuus, pitkäjänteisyys ja kokonaisvaltaisuus ovat tärkeitä tämän haasteellisen asiakasryhmän sitouttamisessa hoitoon. Moni asiakas, joka ei itse ole hakeutunut eikä ohjattunakaan suostunut menemään muualle hoitoon, on sitoutunut hankkeen palveluihin. Asiakkaiden kokemukset haastattelupäivän vastaanottokäynnistä on esitetty kuvassa 3.

”Hyvä hoito, hyvä kohtelu, 10+ arvosana.” (Asiakas)

”Sitoutuminen hoitoon on ollut yllättävän hyvää.” (Henkilökunta)

”Ainutlaatuinen. Ennen ei tiedetty miten saadaan asiakkaat lääkäriin, eivät halunneet mennä, eivät päässeet. [Hankkeen] terveyspalvelut on matalalla kynnyksellä ja toimii hyvin.” (Yhteistyötaho)

”Vaikeatkin asiakkaat pysyneet [hoidossa] Hietsussa. Vaatii erityisosaamista ja kiinnostusta, mitä ei ole terveysasemilla. Työntekijöiden persoonallisuus ja syrjäytymisen ymmärtäminen tärkeää, kokonaiskuva pitää ymmärtää.” (Yhteistyötaho)

Asiakkaat kertoivat saavansa avun nopeasti, ja yhteistyötahoille oli välittynyt kuva asiakkaiden hyvästä hoidosta. Yhteistyötahojen ja henkilökunnan mielestä merkittävää on se, että hankkeessa aktiivisesti etsitään, seurataan ja ohjataan hoitoon henkilöitä, joilla on terveysongelmia, mutta jotka eivät itse hakeudu tarvitsemiinsa terveyspalveluihin. Hankkeen kautta mahdollistuu säännöllinen ja tarvittaessa tiiviskin seuranta ja hoito. Kaikki haastatellut tahot mainitsivat hoitoketjun toimivan tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti sairaanhoitajalta lääkärille ja tarvittaessa edelleen muihin palveluihin.

”Oon todella tyytyväinen, aina saa apua.” (Asiakas)

”Tämä paras terveysasema jossa oon ikinä käynyt. Tajutaan heti ja toimitaan nopeasti, ei valitettavaa.” (Asiakas)

”Sairaanhoitaja haki alakerrasta [asumispäivystyksestä] kun yskin niin pahasti.” (Asiakas)

”[Hyvää on] saumaton yhteistyö hoitajien kanssa: hoitajat seulovat potilaat ja lääkärin vastaanotolle pääsee tarvittaessa lähes suoraan hoitajan luota.” (Henkilökunta)

Asiakkaat, yhteistyötahot ja henkilökunta mainitsivat erikseen jalkaterapian ja tuen lääkehoitojen toteuttamisessa, joita palvelukeskuksen muiden palveluiden ohella pidettiin tärkeinä osina kokonaisvaltaista huolenpitoa. Hankkeen sisäistä ja palvelukeskuksessa tapahtuvaa moniammatillista yhteistyötä pidettiin tehokkaana palvelumallina (kappale 3.5). Mobiilipalvelut koettiin tarpeellisiksi kohteissa, joihin jalkauduttiin, sekä hyödyllisiksi hankkeen henkilökunnalle,

joka näin oppii tuntemaan jatkoasutuspaikkoja (pysyvämpiä asumispaikkoja, joihin asunnoton muuttaa palvelukeskuksesta).

Asiakkaat, yhteistyötahot ja henkilökunta pitivät tärkeänä palveluiden inhimillistä puolta. Myös asunnottomille, jotka ovat yksi sairaimmista ja syrjäytyneimmistä ryhmistä yhteiskunnassa, tulee tarjota heille sopivia palveluja. Hoitoon pääseminen vähentää inhimillistä kärsimystä sekä saattaa parantaa yksilön hyvinvointia ja elämänlaatua. Asiakkaat kokivat erittäin tärkeänä mahdollisuuden luottamuksellisiin keskusteluihin henkisestä hyvinvoinnista, elämäntilanteesta ja arkipäiväisten asioiden hoitamisesta sekä tuen saamisen näihin. Myös sille annettiin arvoa, että henkilö tuntee paremmin oman terveydentilansa ja tarvitsemansa lääkityksen. Yksi haastateltava mainitsi, että palveluiden tarpeen huomaa konkreettisesti siitä, että niihin jonotetaan joka päivä.

”Puoli kaupunkia räjähtäisi jos ei välillä pystyisi purkamaan sydäntä. Tärkeää että saa tulla tänne kertomaan asioita.” (Asiakas)

”Nämä asiakkaat ovat oikeasti sairaita, huonoennusteisia ja huono-osaisia, jotka tarvitsevat apua ihan inhimillisyydenkin nimessä. Sen lisäksi he ovat kalliita yhteiskunnalle.” (Henkilökunta)

”Joustavuus, asiakasryhmän hyvin tunteva henkilökunta, osaamistaso korkealla, on kuka vaan tervetullut. Juuri sellaista tarvitaan ihmisille, jotka eivät sitoudu mihinkään hoitoon. Otetaan kaikista vaikeimmatkin ihmiset hoitoon, ketään ei rajata ulkopuolelle: yhdenvertaisuus.” (Yhteistyötaho)

”Inhimillistä toimintaa, tiedetään että asiakkaat tarvitsevat palveluja ja tarjotaan niitä. Ollaan aktiivisena tarjoamassa palveluja heille, jotka eivät osaa itse hakea niitä, eivät pysty hakemaan palveluja vaikka tarvetta olisi. Täällä suhtaudutaan asiakkaisiin kunnioittavasti, nämä ovat liian vaikeita juttuja ja asiakkaita terveysasemalle. Arvokasta työtä. Yksilön kohdalla on iso vaikutus, on päässyt hoitojen pariin.” (Yhteistyötaho)

Yleisesti ottaen haastateltujen oli vaikea nähdä hankkeen palveluissa mitään negatiivista. Muutama asiakas mainitsi jonotusajan vastaanotolle olevan toisinaan liian pitkä, ja ratkaisuna tähän ehdotettiin kolmannen sairaanhoitajan palkkaamista (kappale 3.2.3). Tosin jonotusajan terveysasemilla kerrottiin olevan vielä paljon pidempi. Muutamat kokivat stressaavana vuoroaan odottavien asiakkaiden koputtamisen vastaanottohuoneen oveen. Neljä asiakasta mainitsi ongelmallisena sen, etteivät hankkeen lääkärit määrää voimakkaita kipu- tai rauhoittavia lääkkeitä, ja yksi haastateltava oli tämän vuoksi lopettanut palveluiden käyttämisen. Sosiaalipalveluiden ja hankkeen henkilökunnat kuitenkin pitivät tätä hyvänä linjauksena, koska osa asiakkaista käyttää näitä lääkkeitä väärin.

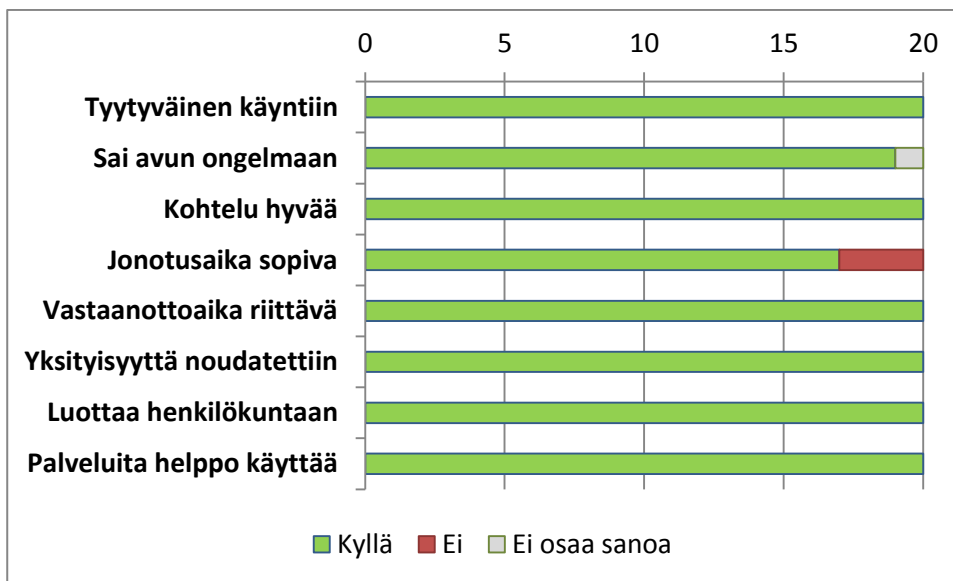
”En ainakaan huonoa keksi, kaikki on hyvää.” (Asiakas)

”Kaikki asiat pystytään puhumaan, oon niin tyytyväinen. En voi moittia, paremmaksi ei mene enää.” (Asiakas)

”Odotusaikaa voisi lyhentää.” (Asiakas)

Muutammat yhteistyötahot mainitsivat mahdollisena ongelmana sen, että kaikkien palveluiden saaminen saman katon alta saattaa passivoittaa palvelukeskuksen asiakkaita sekä tehdä hankalaksi siirtymisen muualle asumaan ja käyttämään yleisiä palveluja. He kuitenkin totesivat, että sairaana on vieläkin vaikeampi hakeutua oikeaan paikkaan saadakseen tarvitsemiaan palveluja ja että kyseisestä palvelumallista saadut hyödyt ovat isommat kuin tämä uhka. Negatiivisena koettiin myös se, että hankkeen palvelut tavoittavat lähinnä vain palvelukeskuksessa asioivat asunnottomat.

”Toisaalta asiakkaalla voi olla pelko kun lähtee pois että mitä tapahtuu kun palvelut eivät olekaan enää saman katon alla. Ei pääsekään heti palveluihin.” (Yhteistyötaho)



Kuva 3. Strukturoituun haastatteluun osallistuneiden 20 asiakkaan vastaukset kysymyksiin haastattelupäivän lääkärin, sairaanhoitajan tai jalkaterapeutin vastaanottokäynnistä.

Palveluiden vaikutus terveydentilaan

Asiakkaat, yhteistyötahot ja henkilökunta arvioivat, että hankkeen palvelut ovat parantaneet palveluissa asioivien terveydentilaa ja yleistilaa. Tähän ovat vaikuttaneet erityisesti infektioiden, haavojen ja pitkäaikaisten sairauksien hoitaminen sekä asiakkaiden ja heidän lääkityksensä seuranta. Jalkaterapian mainittiin vähentäneen muun muassa jalkaterien infektiota, jotka saattavat pahentua sairaalahoitoa vaativiksi yleisinfektioiksi. Mahdollisesti myös tarvetta amputaatioihin on pystytty vähentämään.

”[Hankkeen] lääkäri lähetti sairaalaan, sairaalalääkäri määräsi lääkkeet, jotka auttaneet. Aikaisemmin olin pyörätuolissa.” (Asiakas)

”On vaikuttanut terveydentilaan. [Sairaanhoitajat] jakavat pumppulääkkeet viikoksi, aikaisemmin unohdin lääkkeet.” (Asiakas)

”Hoitamattomia perussairauksia on parhaissa tapauksissa saatu jonkinlaiseen hyvään hoitotasapainoon, samalla kuin potilas on ottanut kokonaisvastuuta omasta tilastaan. Parhaimmillaan tämä on tarkoittanut (tilapäistä?) raittiutta, hoitosuunnitelmaan sitoutumista eli tutkimuksissa ym. käyntiä ja lääkkeiden ottamista ja jopa tupakoinnin vähentämistä – tällaisten potilaiden yleistila ja koko elämäntilanne on kehittynyt suotuisasti.” (Henkilökunta)

”Tämä projekti on suurimpia asioita joka on tapahtunut asunnottomien kanssa. Jos verrataan Socca-tutkimuksen [kappaleessa 1.2 mainittu lähde 6] tuloksia ja nyt, ero [terveydentilassa] on kuin yö ja päivä.” (Yhteistyötaho)

”Aivan varmasti vaikutusta [terveydentilaan]. Kauhea ero, kokemusta 5 vuotta sitten, silloin suunnilleen amputoitavassa kunnossa. Täällä ei pääse niin pahaan kuntoon, tartutaan asioihin aikaisemmin. Hoitajat ja lääkärit ovat paikalla, tehdään tarkkailua.” (Yhteistyötaho)

Kunnioittavan ja välittävän suhtautumisen arveltiin jo sinällään vähentävän riskikäyttäytymistä ja kannustavan asiakkaita ottamaan vastuuta omasta terveydentilastaan. Myös asiakkaat pitivät hyvää kohtelua ja henkistä tukea erittäin tärkeinä. Neljäsosa asiakkaista sanoi, että palvelut ovat parantaneet heidän motivaatiotaan huolehtia omasta terveydestään. Suurin osa niistä, joiden motivaatio ei ollut parantunut, sanoi, että henkilökunnan motivoinnista ja neuvoista huolimatta esimerkiksi raitistuminen on omasta halusta kiinni.

”Ammattitaitoinen henkilökunta. Tulee sellainen olo rintaan että kunnioitetaan.” (Asiakas)

”Raitistuminen on omasta halusta kiinni, ilman tätä ei auta. Sain neuvoja, konkreettista apua, keskustelut paransi motivaatiota, tsemppaavia ihmisiä [hankkeen sairaanhoitajat], on ollut tärkeää. Kohtelu muuttanut käsitystä ihmisistä: ulkona tapellaan viinapullosta, eri tapa tehdä asioita.” (Raitistunut asiakas)

”Välittäminen on tärkeää. Asiakas huomaa että hänestä välitetään, tapahtuu enemmän asiakkaan ehdoilla. Asiakas ottaa osaa ja alkaa hallita itseään paremmin yhteiskunnan jäsenenä. Asiakas voi pienellä vaivalla paremmin.” (Henkilökunta)

”Joillekin ainoa paikka jossa hoitaa terveysongelmiaan. Kohtelu on kaiken A&O. Saaneet asiakkaita tänne muttei muualle, terveydentila on parantunut.” (Yhteistyötaho)

Myös palvelukeskuksen muilla palveluilla (asumis-, ruokailu-, hygienia- ja sosiaalipalvelut) sekä sinne jalkautuvilla päihde- ja mielenterveyspalveluilla koettiin olevan suuri merkitys palvelukeskuksessa asioiden tilan paranemisessa. Haastatellut yhteistyötahot sanoivatkin, että palvelukeskuksen eri palveluiden yksittäisiä vaikutuksia on mahdoton erottaa toisistaan, ja he pitivät palveluiden muodostamaa kokonaisuutta tärkeänä. Kokonaisuuden toimiminen vaatii hyvää yhteistyötä eri tahojen välillä siten, että asunnoton ohjataan oikeaan paikkaan, jonne hänen on helppo hakeutua.

”Uskomattoman hyvät palvelut, myös sauna, vaatteiden pesu, ruoat. Olisin ihan hunningolla jos en olisi täällä” (Asiakas)

”Vaikea erottaa hanketta kokonaisuudesta. Terveyspalvelut lähellä ja matalalla kynnyksellä, voisi olettaa että asiakkaat voivat paremmin. Koko konsepti tuottaa sen, että asiakkaat voivat paremmin. Puhtaus ja ruokapuoli, kerroksiin [yhden hengen huoneisiin] päässeet usein rauhoittuu. Kokonaisvaltaisuus tärkeää, konsepti on hyvä.” (Yhteistyötaho)

Terveydentilan ja palveluiden vaikutus itsenäisen asumisen edellytyksiin

Asiakkaiden pidemmissä puolistrukturoiduissa haastatteluissa tuli selkeästi esille tunnettu yhteys päihteiden käytön ja asunnottomuuden välillä. Suurin osa haastatteluista oli ajautunut asunnottomaksi häiriöitä aiheuttavan asumisen tai maksamattomien vuokravielkojen takia, joiden syynä oli päihteiden käyttö. Raitistumisen koettiin olevan tärkein edellytys itsenäisen asumisen onnistumiselle, mutta myös fyysisellä terveydentilalla on merkitystä. Paremman terveydentilan mainittiin muun muassa vähentävän juomista ja helpottavan jatkoasumispaikkaan siirtymistä.

”Päihdeongelma 12-vuotiaasta ... Oli asunto, mut päästin narkkareita sisään jotka piti meteliä, lähdin tai oisin saanu hädän. Asuin kavereiden luona ja asuntoloissa ja olin vankilassa ... Tulin Hietsuun 2-3 vuotta sitten, silloin pahin alkoholi-ongelma ... Sain täältä [hankkeen palveluista] keskusteluapua, neuvoja missä kannattaa käydä. Sain antabus-kuurin, mutten muista mistä. Lopetin dokaamisen ja pääsin kerroksiin [yhden hengen huoneisiin] ja sitten [tuetun asumisen yksikköön].” (Asiakas)

”Kävely vaikeaa, sattuu. Hietsussa jalat parantuneet. Tavallaan helpompi mennä toiseen paikkaan asumaan kuin jos sattuu jalkoihin paljon.” (Asiakas)

Yhteistyötahot ja henkilökunta arvioivat, että terveempänä asunnoton henkilö jaksaa paremmin keskittyä kuntoutukseen sekä pysyvän asuinpaikan hakemiseen ja sinne asettumiseen. Myös he mainitsivat päihde- ja mielenterveysongelmien suuren vaikutuksen asumisen onnistumiseen. Se, että hanke tukee näistä ongelmista kärsivien asiakkaiden sitoutumista tarvitsemaansa hoitoon ja lääkitykseen, parantaa huomattavasti heidän edellytyksiään asua itsenäisesti.

”Psykoosipotilaiden hoito on mahdollistanut asumisen. Samoin elämä saattaa myös korvaushoidosta tasaantua niin että asuminen onnistuu. Toki me ei aloiteta korvaushoitoa, mutta se ohjataan ja usein aloitus tapahtuu täällä.” (Henkilökunta)

”Paremmat mahdollisuudet saada asunto, ja motivaatio kasvaa, kun on terveys kunnossa. Kun on jalka amputoitavassa kunnossa, ei kiinnostu huominen. Voi sitten tehdä muitakin elämäntapamuutoksia.” (Yhteistyötaho)

”Joillekin asunnottomille terveydentilan parantuessa on helpompi pohtia asumista sisätiloissa ja heidän alkaa integroitua yhteiskuntaan.” (Yhteistyötaho)

Palvelussa kerätyistä asunnottomien terveystiedoista on hyötyä myös sopivan jatkoasumispaikan valinnassa. Henkilökunta tuo nimittäin esille terveydelliset näkökohdat valittaessa asukkaita palvelukeskuksen yhden hengen huoneisiin ja jatkoasumispaikkoihin sekä kirjoittaa asuttamiseen (avustettuun asuinpaikan löytämiseen) tarvittavat asiakkaiden terveyttä koskevat lausunnot. Hankkeen palveluiden käyttömahdollisuus vielä palvelukeskuksesta pois muuton jälkeen koettiin tukevan jatkoasumista. Näin pystytään seuraamaan ja tukemaan asiakkaan sopeutumista uuteen

ympäristöön ja ohjaamaan häntä tarvitsemiinsa terveyspalveluihin. Tällaista seurantaa voitaisiin kuitenkin toteuttaa nykyistä systemaattisemmin.

”Jotkut asiakkaat voi vielä jonkun aikaa asuttamisen jälkeen käydä [hankkeen] palveluissa kertomassa kuulumisiaan. Hyvä että on edes joku jolle voi kertoa, on seurantaa että miten siirtyminen tapahtuu. Muutokset kuormittaa ketä tahansa ja muuttaminen on muutos.”
(Yhteistyötaho)

Hankkeen palveluiden vaikutukset muiden palveluiden käyttöön

Noin puolet haastatelluista asiakkaista totesi, että hankkeen palvelut ovat vähentäneet heidän käyntejään muissa terveydenhuollon pisteissä sekä päivystyksessä. Vain muutama totesi, ettei palveluilla ole ollut minkäänlaista vaikutusta tähän, muilla ei ollut mielipidettä asiasta. Myös yhteistyötahot ja henkilökunta arvioivat, että asunnottomien tekemien ennaltaehkäistävissä olevien päivystyskäyntien ja sairaalahoitojen määrä on vähentynyt. Tähän ovat vaikuttaneet edellä mainittujen terveysongelmien hoitaminen sekä ongelmien pahenemisen ennaltaehkäisy eli terveysongelmaisten aktiivinen etsiminen ja tarvittaessa ohjaaminen tarkoituksenmukaisiin palveluihin. Myös matala kynnyksen hakeutua hankkeen palveluihin ja asiakkaiden luottamus siihen, että he tarvittaessa saavat lähetteen muihin palveluihin, on vähentänyt tarpeetonta hakeutumista päivystykseen. Erityistapauksena mainittiin muutama erittäin vaikea asiakas, jotka ovat aikaisemmin toistuvasti työllistäneet poliisia, pelastuspalveluita sekä sairaalapäivystystä ja joilla on ollut lukuisia sairaalahoitokasvoja. Heidät on saatu pysymään hankkeen palveluiden piirissä, ja siten muiden tahojen kuormitus on vähentynyt.

”Tulen ensin tänne kysymään, sitten muualle jos on tarve.” (Asiakas)

”Asunnottomien pitkäaikaissairauksien hoito on parempaa kuin aiemmin. Vähentänyt päivystyskäyntejä silloin kuin mahdollista, jos ongelma on perusterveydenhuollon hoidettavissa. Joustavuus, proaktiivisuus eli etsivät niitä joilla ongelmia tärkeitä. Esimerkiksi potilas joka oli koko ajan täällä [terveydenhuollon yksikössä], lääkehoito ja seuranta eivät onnistuneet. Potilas jäänyt pois koska on ollut [hankkeen lääkärin] seurannassa. On ollut useampiakin. Näillä saattanut olla käyntejä lähes viikoittain, iso asia jos on parikin näitä.” (Yhteistyötaho)

”On muutamia asiakkaita jotka ovat todella huonossa kunnossa psyykkisesti tai fyysisesti, kuormittaa paljon A-klinikkaa, hankkeen palveluita, sairaaloita, poliisia, terveysasemia. Hankkeen henkilökunta näkee asiakasta usein, mutta muut vain välillä. Täällä on arvokasta tietoa asiakkaasta, siitä mikä olisi hyvä hänelle. Säästää muiden tahojen kustannuksia, koska perusterveydenhuolto hoidetaan täällä.” (Yhteistyötaho)

”Aika ennen ja jälkeen Hietaniemen [palvelukeskuksen]: jalkoihin liittyneet infektiot, kalliit infektioidot vähentyneet, selluliitteja vähemmän, infektiot vähentyneet. [Hankkeen] palveluilla on ollut vaikutus, vähentäneet päivystyskäyntejä.” (Yhteistyötaho)

Asiakkaiden ohjaus tarkoituksenmukaisiin palveluihin koettiin tärkeäksi. Muutama asiakas mainitsi, että positiivinen kokemus hankkeen palveluista on madaltanut heidän kynnystään hakeutua muihin terveyspalveluihin. Yhteistyötahojen kokemusten mukaan asunnottomat kuuntelevat paremmin tuntemiensa terveydenhuollon ammattilaisten kehotuksia hakeutua

tarvittavaan hoitoon. Myös henkilökunta koki palveluiden tehostavan oikeaan hoitoon hakeutumista sekä vähentävän epätarkoituksenmukaisia käyntejä.

”Jos joku asiakas oppii luottamaan hankkeen palveluiden kautta, että saa apua ja autettiin, niin on ainutlaatuisen arvokasta. Kokemus, että joku on kiinnostunut ja joku on yrittänyt auttaa, voi vaikuttaa, että uskaltaa mennä muuallekin hoitoon, saattaa kantaa pitkälle.” (Yhteistyötaho)

Edellä mainittujen hyötyjen lisäksi yhteistyötahot arvioivat, että hankkeen palvelut tukevat sekä palvelukeskuksen muuta toimintaa että jatkoasumispaikkojen työtä (katso myös kappale 3.5). Palvelukeskuksen työ tehostuu, kun sen asiakkaat ovat terveempiä, ja sinne kuulumattomat monisairaat asunnottomat on tunnistettu ja lähetetty asianmukaiseen hoitoon. Myös jatkoasuttaminen on tehokkaampaa, koska asuinpaikan valinnassa terveydelliset tekijät voidaan ottaa huomioon.

”Kun on sairaanhoitajat paikalla, ei edes huomaa sairasjuttuja.” (Yhteistyötaho)

Jatkoasutuspaikkojen työ on helpottunut niihin palvelukeskuksesta tulevien asunnottomien paremman terveydentilan ja palvelussa kerättyjen terveystietojen myötä, joita asiakkaiden luvalla saadaan luovuttaa. Jatkoasutuspaikkojen terveydenhuollon henkilökunnan on helpompi luoda kontakti henkilöihin, joilla on hyviä kokemuksia hankkeen palveluista ja jotka ovat oppineet luottamaan hankkeen henkilökuntaan.

”[Hankkeen] palveluissa päässyt matalalla kynnyksellä hoitokontaktiin. Helpompi ehkä täällä [jatkoasutuspaikassa] luoda uusi kontakti kun on jo ollut siellä kontakti ja tullut luottamus. Yllättävän hyvin ovat saaneet selvitettyä asukkaiden taustat ja mitä tarvitsee terveyspuolella.” (Yhteistyötaho)

Palveluiden vaikutukset kustannuksiin

Terveydenhoito avopalveluiden piirissä on huomattavasti edullisempaa kuin päivystyskäynnit ja sairaalahoito. Yhteistyötahot mainitsivat myös, että laadukas ja kokonaisvaltainen moniongelmaisten potilaiden hoito tulee usein halvemmaksi kuin ongelmien hoitaminen yksi kerrallaan ja usein pinnallisesti terveysasemalla tai päivystyksessä. Hankkeessa tunnetaan asiakkaat hyvin, ja siten pystytään arvioimaan paremmin kokonaiskuvaa ja puuttumaan ongelmiin aiemmin.

”[Hankkeen palveluiden kautta] pystytään aiemmin puuttumaan, esimerkiksi infektio voidaan hoitaa lyhyellä hoidolla ennen kuin tulee sepsis ja osasto ja amputaatio, joka johtaa laitoshoitoon ... Jos päästetään pahaksi, silloin kustannukset valtavat, näitä todella tulee ja niitä näkee. Vähän myöhästynyt hoito maksaa paljon, mutta paljon myöhästyneestä tulee valtava kustannus.” (Yhteistyötaho)

”[Hankkeen palveluissa] pystytään paremmin auttamaan ja siten säästyy rahaa. Palvelu, joka on räätälöity ja jossa pystytään auttamaan tehokkaasti, on rahan säästöä, eikä se, että lähetetään muualle jossa ei pystytä auttamaan.” (Yhteistyötaho)

Näihin seikkoihin perustuen yhteistyötahot arvioivat, että asunnottomille erikseen suunnattujen palveluiden lisäkustannuksista huolimatta kokonaiskustannukset laskevat. Tämän arveltiin koskevan myös monien haastateltujen yhteistyötahojen sekä poliisin, pelastustoimen ja terveysasemien vartijapalveluiden kustannuksia. Esimerkiksi palvelukeskuksesta joudutaan aiempaa harvemmin soittamaan hätänumeroon ja terveysasemilla palveluiden arveltiin vähentäneen häiriöitä, käyttämättömiä vastaanottoaikoja sekä ulosottoon meneviä laskuja.

”[Hankkeen] palveluiden suorittamalla asiakkaiden seurannalla voidaan estää sairaalahoitoa, ilman tätä tulisi enemmän päivystyskäyntejä. Täällä hoidetaan somatiikkaa, ilman sitä asiakkaan tila huononisi niin että joutuisi osastohoitoon. Eivät mene terveysasemille, vaan tulisi käyttämättömiä aikoja. Nämä asiakkaat pitää hoitaa siellä missä ovat, eivät kykene odottamaan, aiheuttaisivat häiriöitä. (Yhteistyötaho)

Palveluiden lopettamisen seuraukset

Haastatelluilta kysyttiin, mitä seurauksia he arvelisivat olevan, jos hankkeen palveluja ei jatkettaisi. Asiakkaat, yhteistyötahot ja henkilökunta arvioivat, että palvelukeskuksen asiakkaiden terveydentila ja yleistila heikkenisivät ja sairastavuus ja kuolleisuus lisääntyisivät. Suuri osa asiakkaista sanoi, ettei edellä mainittujen syiden takia hakeutuisi muualle hoitoon. Muutamat asiakkaat mainitsivat, että heidän elämänsä vaikeutuisi, lääkityksensä menisi sekaisin ja jatkuvaa seurausta ja hoitoa vaativa sairautensa jäisi hoitamatta. Myös mielenterveys- ja päihdeongelmien arveltiin pahenevan.

”Menisin huonoon kuntoon jos ei olisi [terveys]palveluita.” (Asiakas)

” [Jos hankkeen palveluita ei olisi,] useampi alakerrassa [asumispäivystyksessä] olisi sairaampi ja kuolisi. Se, että palvelut on täällä mahdollistaa terveysongelmien löytämisen kun ne ovat pahenemassa, ei liian myöhään.” (Asiakas)

” [Jos terveyspalveluita ei olisi,] monella voisi olla asiat aika huonosti. [Täällä] on paljon juopuneita ja huumeiden käyttäjiä, eivät enää pysty pitämään itsestä huolta, hyvä että joku katsoo perään.” (Asiakas)

”Jos ei olisi terveydenhoitoa [palvelukeskuksessa], moni jättäisi menemättä terveysasemalle, katkeroituisi, hakisi pullon ja ryyppäisi. [Yleisiin] terveyspalveluihin niin korkea kynnys, ajattelisi että menee huomenna ja siirtyy kuukaudella.” (Asiakas)

Yhteistyötahot arvioivat, että suuri osa hankkeen kautta hoidetuista putoaisi kokonaan pois terveyspalveluiden piiristä. Kokemustensa perusteella he myös epäilivät, saisivatko muualle hoitoon hakeutuneet asunnottomat tarvitsemaansa apua. Asiakkaat, yhteistyötahot ja henkilökunta arvelivat, että palveluiden lopettaminen saattaisi johtaa päivystyskäyntien, sairaalahoidon ja laitospaikkojen tarpeen lisääntymiseen, mikä lisäisi kustannuksia. Häiriöiden oletettiin lisääntyvän terveysasemilla ja poliisin sekä pelastustoimen palveluiden tarpeen kasvavan.

”Joutuisi sairaalassa ensiavun paikoissa juoksemaan, ei lähtisi niihin, menisi laiminlyönniksi ja hutiloinniksi.” (Asiakas)

”Sairaala olisi ruuhkaa täynnä, ihmiset ei hoitaisi itseään, pienestäkin ongelmasta tulisi iso, terveydellisesti tai mielen kannalta. Täällä välitetään, henkilökunta ei katkeroidu pienestä, terveysasemalla voi käännyttää takaisin tai kohdella huonosti.” (Asiakas)

”Luulen että ilman hanketta suuri osa potilaistamme jäisi ilman valtaosaa sitä hoitoa mitä he nyt saavat, ja tämä näkyisi päivystyksissä, vuodehoitajaksoina ja potilaiden kunnossa.” (Henkilökunta)

”Asiakkaat hajaantuisivat terveysasemille ja loput jäisivät hoitamatta. Hoitamatta jättäminen maksaa enemmän, kuolleisuus lisääntyisi, pienestä haavasta tulee iso operatio.” (Yhteistyötaho)

”Moni menisi päivystykseen ja huonossa kunnossa, aiheuttaisi myös häiriötä. Hankalaa olisi saada palveluja muualla, aikoja jäisi käyttämättä.” (Yhteistyötaho)

Asiakkaat, yhteistyötahot ja henkilökunta arvelivat myös jatkoasutuspaikkojen ja palvelukeskuksen muun toiminnan vaikeutuvan. Palvelukeskuksessa terveysongelmat tulisivat niihin kouluttamattomien arvioitaviksi, jolloin siellä asioivia asunnottomia lähetettäisiin herkemmin muihin terveyspalveluihin. Lääkärin lausuntojen saaminen viivästyisi, niistä tulisi kustannuksia ja ne tekisi lääkäri, joka useimmiten ei tunne hyvin potilasta. Asunnottomien terveydentilan huononeminen saattaisi johtaa myös jatkoasumisen onnistumismahdollisuuksien heikkenemiseen, jolloin moni asunnoton palaisi takaisin palvelukeskukseen. Jatkoasutuspaikkoihin tulevat asunnottomat olisivat luultavasti huonommassa kunnossa, ja heidän terveydentilansa selvittely pitäisi aloittaa alusta, koska monilla heistä ei ole ollut hankkeen ulkopuolista terveydenhuollon kontaktia vuosikausiin.

”[Jos terveyspalveluita ei olisi, tulisi] aikamoinen sotku. Niin paljon invalideja jotka syö dosetista lääkkeitä, ei osaisi laittaa lääkkeitä, ei saisi lääkärin tai jalkahoitajan apua. Ei ole terveitä ihmisiä täällä. Sotkisi talon kuvioita paljon, on paljon ihmisiä jotka tarvii terveyspalveluita, kaataisi koko talon.” (Asiakas)

”[Jos hankkeen palvelut loppuisivat, seurauksena olisi] enemmän jumittuvia asunnottomia joille ei saada oikeata hoitoa ja palvelua, enemmän sairaalajaksoja ja lähiterveysasemien kuormittamista.” (Henkilökunta)

”Olisi katastrofi kaikilla mittareilla, tulisi sekasorto. Inhimillinen puoli, kunto romahtaisi monella. Pelottaa edes ajatella kuka arvioisi ne jotka tarvitsevat sairaalahoitoa. Soittaisi paljon useammin ambulanssin. Lääkehuolto jäisi pois. Mullistaisi, talo voisi joutua sanoutumaan irti jostain tehtävistä. Mahdoton ajatus, ettei olisi terveydenhuoltoa, on todella iso osa palveluita. Kauhistan mahdollisuudesta, ettei niitä olisi.” (Yhteistyötaho)

”Asukkaat jotka tulisi sieltä [palvelukeskuksesta], olisivat paljon huonommassa kunnossa. Voisi olla ettei heillä olisi terveydenhuollon kontaktia vuosikausiin, pitäisi lähteä alusta täällä [jatkoasutuspaikassa].” (Yhteistyötaho)

Haastateltujen mukaan siinä tapauksessa, että hankkeen palvelut eivät sellaisinaan jatkuisi palvelukeskuksessa, vastaavia palveluja tulisi olla toisessa keskeisessä paikassa. Palvelukeskuksessa tulisi kuitenkin säilyttää sairaanhoitajien vastaanotto sekä osa-aikaiset lääkäripalvelut, jottei terveystalouden saatavuus ja käyttö vähenisi.

”Hanke pitäisi säilyttää ja vakinaistaa, inhimillinen puoli ja kokonaiskustannus puoltaa. Pitäisi hoitaa asiat ennen kuin ne eskaloituvat.” (Yhteistyötaho)

”Fokusoitujen toimintojen hävittämisessä kannattaa olla tarkka, ettei lisää laituskysyntää.” (Yhteistyötaho)

3.4.3 Parannusehdotukset

Suuri osa haastatelluista koki, että hankkeen palvelut ovat hyvät sellaisenaan. Muutama haastateltu mainitsi, että koska kyseessä on täysin uudenlainen palvelumalli, sen vahvuudet ja heikkoudet tulevat esille ajan myötä, ja vasta palveluiden vakinaistaminen mahdollistaa niiden kehittämisen pitkällä aikavälillä. Ehdotetut parannukset liittyivät lähinnä palveluiden laajentamiseen, mutta joitakin ehdotuksia on mahdollista toteuttaa myös nykyisillä resursseilla.

Hankkeen ja palvelukeskuksen sosiaalipalveluiden henkilökunnat kokivat, että hankkeen toimintaa olisi mahdollisuus tehostaa suunnitelmallisemmalla otteella työhön ja sen kehittämiseen. Tämä koskee niin sisäistä työn koordinaatiota kuin myös potilasvirtoja, ja jo mainittua selkeämpää vastuunjakoa ja tiiviimpää ohjausta (kappale 3.3.3). Yhtenä parannuskeinona ehdotettiin säännöllisiä hankkeen henkilökunnan kokouksia, joissa mietittäisiin rutiineja ja toiminnan kehittämistä. Tarvetta on myös systematisoida palvelukeskuksen sisällä asumispäivystyksestä yhden hengen huoneisiin muuttavien terveystarkastukset ja tarvittavien terveystalouksien tekeminen heille. Sama koskee palvelukeskuksesta pois muuttavia, joille lisäksi voitaisiin antaa tärkeimmät terveystiedot kirjallisena jatkohoito- ja jatkoasutuspaikkaa varten. Yhteistyössä palvelukeskuksen muun henkilökunnan kanssa tulisi myös tehostaa niiden terveysongelmaisten palvelukeskuksen asiakkaiden tavoittamista, jotka eivät itse hakeudu terveystalouteen.

”Kerroksiin [yhden hengen huoneisiin] siirtyvät asukkaat voisi ottaa systemaattiseen arvioon, käydä läpi sairaskertomustekstit ja laatia tarvittaessa hoitosuunnitelma, joka on osa kokonaisuutta, jolla pyritään saamaan asukas täältä eteenpäin.” (Henkilökunta)

”Vielä enemmän käyttää tietoa hyväksi, jotta voisi löytää asunnottomalle juuri sopiva asumisratkaisu ja tulevassa esimerkiksi tuetussa asumisessa olisi helpompi jatkaa työskentelyä jo Hietaniemenkadun palvelukeskuksen keräämien tietojen perustalla, asukkaan luvalla.” (Yhteistyötaho)

Hankkeen palveluista toivottiin parempaa tiedotusta asumispäivystyksessä yöpyville, kadulla asuville ja yhteistyötahoille (kappale 3.5). Asiakkaat ja palvelukeskuksen sosiaalipalveluiden henkilökunta toivoivat myös, että hankkeen henkilökunnan poissaoloista ja lääkäreiden vastaanottoajoista ilmoitettaisiin etukäteen. Samat tahot ehdottivat kampanjoita, joissa tiedotettaisiin terveysasioista, esimerkiksi täiepidemian hoidosta palvelukeskuksen asiakkaille ja henkilökunnalle sekä pitkäaikaissairaiden hoidon tukemisesta sosiaalipalveluiden henkilökunnalle.

”Esimerkiksi, jos jollakin tosi paha diabetes, tukea sosiaalipuolelle siihen miten heidän näkökulmastaan voisi auttaa asiakasta ja olisi parempi ymmärrys tilanteesta, ettei menisi pinna kireälle.” (Yhteistyötaho)

Sekä asiakkaiden että henkilökunnan keskuudessa tuli ilmi kaksijakoisuus tehokkaamman päihdeongelmaan puuttumisen suhteen: toisaalta koettiin hyvänä se, ettei asiakkaan päihdeongelma vienyt päähuomiota muilta terveysongelmilta, toisaalta jämäkempi puuttuminen saattaisi olla hyödyllistä, koska päihdeongelmat ovat todennäköisesti suurin haaste itsenäiselle asumiselle. Henkilökunta arveli, että tiukempi puuttuminen ongelmaan ei todennäköisesti parantaisi monenkaan asiakkaan tilannetta vaan päinvastoin saattaisi karkottaa osan asiakkaista. Henkilökunta kuitenkin keskustelee asiakkaiden kanssa näistäkin ongelmista ja ohjaa päihdeongelmaisia päihdehuollon palveluihin. Esille tuli myös, että useat asiakkaat haluavat hoitaa päihdeongelmaansa eri paikassa kuin muita terveysasioitaan. Yhteistyötahot sen sijaan toivoivat enemmän mielenterveys- ja päihdehuollon henkilökuntaa hankkeeseen.

”Joskus tuntuu, että ehkä päihteistä olisi hyvää keskustella asiakkaiden kanssa enemmän. Joskus taas tuntuu, että on tärkeitä, että tänne voi tulla juttelemaan terveyshuolista ilman, että heti aloitetaan paasaaminen päihteistä.” (Henkilökunta)

Asiakkaat ja erityisesti yhteistyötahot toivoivat sairaanhoitajan vastaanottoa myös iltaisin ja viikonloppuisin. Tätä perusteltiin muun muassa sillä, että haavat ja ruhjeet syntyvät useammin viikonloppuisin, päihde- ja mielenterveysongelmaisten levottomuus lisääntyy usein iltaisin ja tärkeätkin lääkkeet saattavat jäädä ottamatta ilman tukea. Iltavastaanotto palvelisi myös niitä asumispäivystyksessä yöpyviä, jotka tulevat palvelukeskukseen vasta illalla ja lähtevät aikaisin aamulla. Hankkeen henkilökunnan jatkuva läsnäolo tukisi palvelukeskuksen sosiaalipalveluiden henkilökuntaa virka-ajan ulkopuolisissa tilanteissa, joissa esimerkiksi harkitaan, tarvitseeko terveysongelmainen asukas sairaalahoitoa tai onko asunnoton potilas liian huonokuntoinen kotiutettavaksi sairaalasta palvelukeskukseen. Samoin yhteistyömahdollisuudet joidenkin lähinnä iltaisin ja yöllä toimivien yhteistyötahojen kanssa paranisivat. Iltavastaanottoa on kokeiltu hankkeen alkuvaiheessa, mutta asiakkaita ei riittänyt vastaanotolle tai he olivat liian päihtyneitä hyötyäkseen palvelusta. Uutta kokeilua toivottiin nyt, kun toiminta on vakiintunut ja asiakkaat tuntevat palvelut. Pysyvä palveluiden laajentaminen virka-ajan ulkopuolelle vaatisi kuitenkin lisää henkilökuntaa.

”Joskus voisi olla hyvä että jompikumpi hoitaja voisi jatkaa pidempään päivää, esimerkiksi klo 19–20:een, koska tietty asiakasryhmä lähtee klo 5 aamulla ja tulee klo 17. Pitäisi käydä näyttämässä jotain hoitajalle, mutta hoitajat eivät ole paikalla, eikä asiakas mene aamulla vaan häipyy, vaikka lupaa mennä hoitajalle. Säarihaavat ja niin edelleen.” (Yhteistyötaho)

Lisähenkilökuntaa vaatisi myös yhteistyötahojen ja henkilökunnan ehdottama mobiilipalveluiden eli muihin asumisyksiköihin ja kadulle jalkautuvien palveluiden lisääminen. Sitä tarvittaisiin erityisesti niihin asumispalveluihin, joissa ei ole omaa terveydenhuollon henkilökuntaa sekä niille itsenäisesti asumaan muuttaneille, jotka eivät asioi terveysasemilla. Toisinaan asukkaan huono kunto on asumispalveluyksikön henkilökunnan tiedossa, mutta häntä ei saada hakeutumaan lääkäriin, ennen kuin tilanteen huononeminen vaatii päivystysluontoista hoitoa. Asumispalveluihin jalkautuva lääkäri ja sairaanhoitaja pystyisivät todennäköisesti estämään tilanteen pahenemisen tähän pisteeseen. Säännöllinen jalkautuminen tukisi myös joihinkin asumispalveluyksiköihin

palkatun terveydenhuollon henkilökunnan työtä (kappale 3.5) sekä todennäköisesti vähentäisi aikaisemmin mainittuja ongelmia kuten hukka-aikoja ja häiriöitä terveysasemilla. Hankkeessa asioineiden hoidon pitkäaikaistuloksia voisi parantaa systemaattisella jatkoseurannalla ja -hoidolla seuraavassa asuinpaikassa. Lääkärin jalkautumisesta kadulle taas voisi olla hyötyä erityisesti huonossa kunnossa oleville, kadulla asuville mielenterveysongelmallisille.

”Lisäresurssit voisivat mahdollistaa [sen, että] kun asiakkaat muuttavat palvelukeskuksesta, voisimme ”saattaa” heidät uuteen yksikköön ja istua siellä alas ”pohtimaan” uutta tilannetta, lääkityksiä, uutta terveysasemaa ja niin edelleen.” (Henkilökunta)

”Voisiko lääkäri jalkautua sairaanhoitajan ja sosiaaliohjaajien kanssa, jos akuutti tilanne tai asukas ei suotu lähtemään hoitoon ja kunto jo huono, olisiko voinut hoitaa ennen kuin pitää mennä ambulanssilla? Lähinnä tukiasuntojen ja –kotien kanssa, yksityistenkin kanssa. Säästäisikö kaikkien aikaa jos lääkäri kävisi kerran viikossa, tulisiko hukka-aikoja vähemmän terveysasemilla, jos lääkäri menisi luo?” (Yhteistyötaho)

Yksi lisäresursseja vaativa ehdotus oli palvelukeskukseen jalkautuva tai muunlainen matalan kynnyksen hammashoito. Tälle on tarvetta, koska monen asunnottoman hampaat ovat todella huonossa kunnossa ja kynnyks hakeutua hammashoitoon on korkea. Jotkut asiakkaat toivoivat myös jalkaterapiavastaanottojen lisäämistä sekä fysioterapiapalveluja. Yhteistyötahot ja henkilökunta kokivat aiheelliseksi hankesuunnitelmassakin mainitun, mutta palveluista pois jääneen rokotustarpeiden kartoittamisen ja tarpeellisiksi todettujen rokotusten antamisen. Myös jo mainittuja HIV:n ja C-hepatiitin pikatestauksia sekä raskaustestejä ehdotettiin sisällytettäväksi palveluihin.

3.5 Hankkeen tekemä yhteistyö

Kappaleen keskeinen sisältö:

- Hanke tekee tiivistä ja toimivaa moniammatillista yhteistyötä palvelukeskuksen muun henkilökunnan ja muiden yhteistyötahojen kanssa.
- Yhteistyö tehostaa sitä tekevien tahojen toimintaa ja parantaa palveluiden laatua.
- Yhteistyön ongelmana ovat erilliset tietojärjestelmät, jotka haittaavat tiedonkulkua ja aiheuttavat päällekkäisyyttä ja muuta turhaa työtä sekä lisäävät riskiä hoitovirheisiin.
- Palvelukeskuksessa tulisi systematisoida tiedonkulkua hankkeen ja sosiaalipalveluiden välillä sekä selkeyttää sosiaalipalveluiden henkilökunnan roolia terveysongelmien hoidossa.
- Hankkeelta toivottiin parempaa tiedotusta sen tarjoamista palveluista sekä asunnottomille sopivista terveyspalveluista kerääntyneen tiedon jakamista.

3.5.1 Kuvaus

Yhteistyö Hietaniemenkadun palvelukeskuksen sosiaalipalveluiden henkilökunnan kanssa

Hankkeen sairaanhoitajat, lääkärit ja jalkaterapeutit tekevät tiiviistä moniammatillista yhteistyötä palvelukeskuksessa työskentelevän sosiaaliviraston alaisen henkilökunnan (jäljempänä

sosiaalipalveluiden henkilökunta) kanssa. Hankkeen ja sosiaalipalveluiden henkilökunnat ohjaavat tarvittaessa omia asiakkaitaan toistensa vastaanotoille, tapaavat toisinaan asiakkaita yhdessä ja saavat toisiltaan esimerkiksi lausunnot sekä maksusitoumukset asiakkaille määrättyihin lääkkeisiin. Hankkeen henkilökunta tarkastaa useimpien yhden hengen huoneisiin siirtyvien ja palvelukeskuksesta muualle muuttavien henkilöiden terveydentilan ja avustaa sosiaalipalveluiden henkilökuntaa asutuspäätöksissä tuoden terveydelliset näkökohdat esiin. Hankkeen ja sosiaalipalveluiden henkilökunnat pitävät säännöllisiä kokouksia asiakkaiden asioista ja käyvät paljon myös epävirallisia keskusteluja.

Yhteistyö muiden yhteistyötahojen kanssa

Hankkeen yhteistyön määrä muiden haastateltujen yhteistyötahojen kanssa vaihteli suuresti, kuten on mainittu kappaleen 3 alussa. Toiset tahot ovat yhteydessä hankkeen henkilökuntaan viikoittain, kun taas toiset olivat ainoastaan tietoisia palveluiden olemassaolosta. Hankkeen ja haastateltujen yhteistyötahojen työntekijät konsultoivat toisiaan ja hyötyvät siten toistensa erityisosaamisesta sekä saavat tietoa palveluista, joihin he tarvittaessa ohjaavat omia asiakkaitaan. Asiakkaiden luvalla heidän asioitaan voidaan selvittää yhdessä, ja joidenkin tahojen kanssa on pidetty kokouksia tai yhteisvastaanottoja.

Tietojärjestelmien rooli tiedonkulussa

Somaattinen terveydenhuolto, psykiatrinen terveydenhuolto, päihdehuolto ja sosiaalihuolto käyttävät kukin erillisiä tietojärjestelmiä, eikä yhtä järjestelmää käyttävällä yleensä ole oikeuksia toiseen järjestelmään.⁴ Lisäksi yksityisillä organisaatioilla on kullakin oma järjestelmänsä. Pääsy tietojärjestelmään riippuu työnantajasta siten, että esimerkiksi sosiaalihuollon palkkaama sairaanhoitaja ei pääse terveydenhuollon tietojärjestelmään eikä terveysaseman palkkaama sosiaaliohjaaja pääse sosiaalihuollon järjestelmään.

Palvelukeskuksessa sosiaalipalveluiden henkilökunta käyttää sosiaaliviraston asiakastietojärjestelmää (ATJ), kun taas hankkeen henkilökunta käyttää terveyskeskuksen potilastietojärjestelmää (Pegasos), eikä kummallakaan osapuolella ole oikeutta nähdä toisessa tietojärjestelmässä olevia tietoja. Palvelukeskuksen yhden hengen huoneisiin hakevat allekirjoittavat luvan tietojensa jakamiseen palvelukeskuksen sisällä hankkeen ja sosiaalipalveluiden kesken. Asumispäivystyksessä yöpyviltä ei pyydetä lupaa tietojen jakamiseen. Palvelukeskuksessa ei kuitenkaan ole systemaattista kanavaa päivittäiseen tiedon jakamiseen eri tietojärjestelmiä käyttävien kesken, vaan se tapahtuu useimmiten epävirallisissa keskusteluissa sekä edellä mainituissa viikoittaisissa kokouksissa.

3.5.2 Arvioinnin tulokset

Hankkeen palvelut osana Hietaniemenkadun palvelukeskusta ja yhteistyö sen henkilökunnan kanssa

Asiakkaat, hankkeen ja palvelukeskuksen sosiaalipalveluiden henkilökunta kokivat hankkeen palvelut kiinteänä osana palvelukeskusta toimintaa. Yhteistyötahoista suuri osa luuli, että

⁴ Poikkeuksina esimerkiksi julkisella sektorilla psykiatrian järjestelmää käyttävät näkevät myös muun terveydenhuollon tekstit, ja terveydenhuollon järjestelmää käyttävät näkevät psykiatrian tiivistelmätekstit, mutta eivät kaikkia tekstejä.

hankkeen palvelut ovat pysyvä osa palvelukeskuksen toimintoja ja usein hankkeen ja palvelukeskuksen muut palvelut sekoitettiin keskenään. Palvelukeskuksen sisäisen yhteistyön koettiin suurimmaksi osaksi toimivan erittäin hyvin ja saumattomasti. Hankkeen ja sosiaalipalveluiden henkilökunnat tekevät aktiivisesti yhteistyötä toistensa kanssa ja tiedonvaihto on nopeaa. Positiivisena pidettiin matalaa kynnystä ottaa yhteyttä toiseen osapuoleen, epämuodollisia keskusteluja sekä asiakkaita koskevia yhteisiä kokouksia. Sosiaalipalveluiden henkilökunnan osallistumista hankkeen palveluiden suunnitteluun, kehittämiseen sekä seurantaryhmään pidettiin tärkeänä.

”Koemme itsemme kiinteäksi osaksi palvelukeskusta.” (Hankkeen henkilökunta)

”[Hankkeen] terveyspalvelut on osa Hietsua, on hyvin alkanut alusta alkaen yhteistyö. Olennainen osa, vaikea kuvitella, että talo pyörisi näin ilman terveyspalveluita. Sairaanhoidtaja ja lääkäri hyvä yhdistelmä, heillä on suuri määrä asiakkaita.” (Sosiaalipalveluiden henkilökunta)

Palvelukeskuksen sisäisen yhteistyön koettiin tehostavan molempien osapuolten toimintaa ja vähentävän byrokratiaa. Sosiaalipalveluiden työntekijät kertoivat olevansa aikaisempaa motivoituneempia tarkkailemaan palvelukeskuksessa asioivien terveydentilaa, koska on helpompaa ohjata heitä hankkeen palveluihin kuin lähteä saattamaan heitä terveysasemalle. Asutus päätöksissä otetaan terveydelliset seikat huomioon. Oikean tukitason asumispaikka parantaa sekä sinne muuttavan henkilön tehokkaan terveydenhoidon mahdollisuuksia että todennäköisyyttä asumisen onnistumiseen. Hankkeen palvelut helpottavat sosiaalipalveluiden henkilökunnan työtä, koska asiakkaat ovat paremmassa kunnossa. Hankkeen henkilökunta ottaa vastaan myös sairaaloiden kotiutuspuhelut estäen siten liian huonokuntoisten henkilöiden kotiuttamisen palvelukeskukseen (kappale Yhteistyö muiden yhteistyötahojen kanssa). Sekä hankkeen että sosiaalipalveluiden henkilökunnat kokivat oppineensa yhteistyön kautta uusia ja hyödyllisiä asioita.

”Hyvin sairaat, hoitoa ja hoivaa vaativat on saatu sairaalahoitoon ja resursseja vapautunut muille asiakkaille.” (Hankkeen henkilökunta)

”Matala kynnyks ja saumatonta yhteistyötä, helppo ottaa asioita puheeksi. Luottamus on erittäin hyvä ja molemminpuolinen.” (Sosiaalipalveluiden henkilökunta)

Työnjako hankkeen ja sosiaalipalveluiden välillä koettiin pääosin selväksi. Tosin palvelukeskuksessa ympäri vuorokauden olevien ohjaajien rooli terveydenhuollollisissa kysymyksissä on vaihteleva, mikä aiheuttaa joskus ongelmia. Osa ohjaajista on kiinnostuneita terveysasioista, ja he tekevätkin terveydenhoitoon liittyviä tehtäviä, kun taas toiset kokevat, etteivät terveysasiat kuulu heidän työnkuvaansa.

Hankkeen ja sosiaalipalveluiden henkilökunta arvioivat, että toimiva yhteistyö, sijainti samassa talossa ja asioiden katsominen eri näkökulmista on ennen kaikkea palvelukeskuksen asiakkaiden etu. Asiakkaita on joustavasti voitu ohjata toisen puolen vastaanotolle, jolloin heidän asiansa ovat ratkenneet nopeasti. Esimerkiksi välitön maksusitoumusten saaminen lääkkeisiin on huomattavasti parantanut hoidon toteutumisen todennäköisyyttä, ja lausuntojen nopea saaminen sekä terveydentilan huomioon ottaminen taas edistävät jatkoasuttamista.

”Yhteistyöstä on apua asiakkaalle ja itselle on avautunut laajempi näkökulma. Työtä tehdään yli omien toimenkuvien”. (Hankkeen henkilökunta)

”Palveluja pystytään tehostamaan eikä tarvita turhia papereita ja lähetteitä kun voi vaan nykäistä kädestä. Saadaan nopeasti sosiaalipuolen palvelut kun niitä tarvitaan, esimerkiksi lääkkeisiin maksusitoumukset. Tämä ei vie aikaa keneltäkään eikä maksa paljon mutta mahdollistaa monessa tapauksessa hoidon.” (Hankkeen henkilökunta)

”Jo kauan on toimittu niin, ettei ajatella mitä organisaatiota edustaa. Asiakas on keskiössä ja hänen asiaansa ajetaan” (Sosiaalipalveluiden henkilökunta)

Toisinaan asioiden katsominen eri näkökulmista aiheuttaa kuitenkin näkemuseroja. Hankkeen ja sosiaalipalveluiden työntekijöillä on ollut erilaisia käsityksiä esimerkiksi palvelukeskuksen asiakkaiden kohtelusta ja rajaamisesta palvelukeskuksen ulkopuolelle väkivaltaisen käyttäytymisen vuoksi. Näistä asioista on kuitenkin näkemuseroja myös sosiaalipalveluiden henkilökunnan kesken ja aiheesta käydään jatkuvaa sisäistä keskustelua.

Asiakkaat mainitsivat samat yhteistyön edut kuin hankkeen ja sosiaalipalveluiden henkilökuntakin. Joidenkin asiakkaiden kohdalla hankkeen henkilökunta on myös toiminut välittäjänä, kun asiakkaan ja sosiaalipalveluiden henkilökunnan välille oli tullut ristiriitoja esimerkiksi terveydellisistä syistä tarvittavista lisäpalveluista. Asiakkaiden näkökulmasta hankkeen ja sosiaalipalveluiden yhteistyö palvelukeskuksessa on tiivistä, eivätkä he olleet huomanneet eri organisaatioiden välisiä raja-aitoja.

”Näen [palvelukeskuksen] yhtenä paikkana, en näe eroa palveluiden välillä. Kaikki henkilökunta osaa asiat, tuntee toisensa, tekee tiivistä yhteistyötä.” (Asiakas)

Myös muut yhteistyötahot olivat sitä mieltä, että asunnottomille on paljon hyötyä hankkeen ja sosiaalipalveluiden läheisestä yhteistyöstä. Suuri osa mainitsi, että asunnottomien kanssa työskentelemisessä tarvitaan monialaista osaamista, koska asiakasryhmä ei sovellu tiukkoihin byrokratian määrittelemiin rajoihin. Palvelukeskuksessa tapahtuvaa sektorien raja-aidat kaatavaa joustavaa ja ennakkoluulotonta yhteistyötä pidettiinkin mallina, josta voisi ottaa oppia ja jonka voisi toistaa koko palvelusysteemissä.

”Hyvä avioliitto, on oma rauha ja turva, ei häiritsevästi läsnä mutta löytyy tarvittaessa, hyvänlainen symbioosi.” (Sosiaalipalveluiden henkilökunta)

Yhteistyö muiden yhteistyötahojen kanssa

Hankkeen henkilökunta ja muut yhteistyötahot kokivat yhteistyön ja työnjaon toimivan hyvin ja joustavasti. Moniammatillisessa yhteistyössä eri alojen ammattilaiset näkevät asunnottoman tilanteen erilaisista näkökulmista, ja toimivan yhteistyön kautta muodostuu hyvä kokonaiskuva. Tämän arveltiin parantavan palveluiden laatua ja tehostavan yhteistyötahojen toimintaa. Moni haastateltu mainitsi myös molemminpuolisten konsultaatioiden kautta oppineensa uusia terveydenhoitoa sekä palvelujärjestelmää koskevia asioita. Osa haastatelluista tosin mainitsi, että asunnottomien kanssa toimii paljon eri tahoja, joilla ei ole aina ole yhteistä linjaa tai tietoa toistensa toimista, mikä tekee järjestelmästä hajanaisen.

*”Yhteistyö toimii todella hyvin, avoimet välit, voi miettiä asiakkaan ongelmia yhdessä.”
(Yhteistyötaho)*

”Itse olen saanut paljon tukea työhöni Terve asunnoton-hankkeesta, joka on auttanut mielestäni samalla asukkaidemme elämäntilannetta.” (Yhteistyötaho)

”Kaupungin eri yksiköillä on eri käsitys kuka hoitaa minkäkin asian. Joutuu soittamaan useita puheluja ja pahimmillaan pitämään kokouksia asian tiimoilta, eikä se takaa silti asioiden onnistumista.” (Hankkeen henkilökunta)

Hankkeen henkilökunta piti erityisesti palvelukeskukseen jalkautuvia päihde- ja mielenterveyspalveluja toimivana palvelu- ja yhteistyömallina. Asiakkaita on helppo ohjata näihin palveluihin, joista heitä voidaan tarvittaessa lähettää eteenpäin. Näin saadaan seurattua myös niitä näiden alojen hoitoa tarvitsevia henkilöitä, jotka eivät suostu käyttämään palvelukeskuksen ulkopuolisia palveluja. Yhteistyö tehostaa palvelukeskukseen jalkautuvien tahojen palveluiden tarkoituksenmukaista käyttöä, koska hanke tunnistaa hoitoa tarvitsevia asiakkaita ja toisaalta voi hoitaa potilaiden voinnin ja hoidon jatko seuranta. Samassa paikassa toimimisen etuna on, että molemminpuoliset konsultaatiot, asiakkaiden yhteisvastaanotot sekä yhteisten hoitosuunnitelmien laatiminen on tarvittaessa helppo toteuttaa. Samoista syistä hankkeen jalkautuvat palvelut eli mobiilipalvelut jatkoasutuspaikkoihin koettiin hyödyllisiksi. Muita yhteistyön etuja on käsitelty kappaleessa 3.4.2.

”Yhteistyö toimii. Asiakkaiden asioita hoidetaan yhdessä. Osa asiakkaista osaa hakeutua itse [jalkautuvan palvelun] vastaanotolle ja osa saattellaan ja ”kesytellään” puolin ja toisin. Vaikka [jalkautuva palvelu] viekin yhden vähistä huoneistamme on heidän järkevää sijoittua meidän viereemme koska asiakkaiden asiat on helpompi hoitaa näin. Haetaan puolin ja toisin työntekijöitä asiakasta tapaamaan.” (Hankkeen henkilökunta)

Yksi monien mainitsema ongelma on, että palvelukeskuksen nimi ja tieto siellä olevista terveyspalveluista ovat ilmeisesti luoneet vääriä mielikuvia keskuksen toiminnasta. Siitä sekä resurssipulasta johtuen sekä somaattisilta että psykiatrisilta osastoilta on kotiutettu potilaita palvelukeskuksen asumispäivystykseen, jossa heille on luultu voitavan antaa ympärivuorokautista jatkohoitoa. Tämän toteuttaminen on kuitenkin hyvin vaikeaa, koska hanke toimii vain virka-aikana. Toisinaan palvelukeskuksessa ei edes tiedetä, että sinne tuleva henkilö on ollut sairaalahoidossa. Nämä potilaat saattavat pudota kokonaan hoidon ulkopuolelle, kunnes heidän vointinsa huononee ja he joutuvat uudelleen päivystyksen kautta sairaalaan. Tästä syystä palvelukeskuksen hyväksi koettuna käytäntönä on, että virka-aikana sairaaloista tulevat kotiutuspuhelut ohjataan hankkeen henkilökunnalle, joka pystyy arvioimaan, pärjääkö potilas asumispäivystyksessä ja voidaanko häntä hoitaa hankkeen palveluissa. Virka-ajan ulkopuolella tulevat kotiutuspuhelut ja ilman sairaalan ilmoitusta kotiutetut sen sijaan koettiin ongelmallisiksi.

”[Ongelma on] osastojen tietämättömyys toimistamme. Asiakas kotiutetaan kadulle, jatkohoito auki tai järjestämättä osastolta käsin. Joskus uloskirjoitetaan potilaita pitkienkin osastojaksojen jälkeen suoraan tänne, mikä ei edesauta potilaan kuntoutumista. Joillakin osastoilla ei ole tietoa palvelustamme, nimemme hämää ja he ajattelevat että tämä on lähes hoitokoti. Ymmärrys siitä, mikä potilaiden tilanne on, kun he päätyvät tänne, on vähäinen. Olisi hyvä, jos meillä olisi aikaa käydä siellä tiedottamassa.” (Hankkeen henkilökunta)

Myös alkoholivieroituksesta saatetaan alkoholi-ongelmainen asunoton kotiuttaa palvelukeskuksen asumispäivystykseen, jossa yöpyvistä valtaosa on päihdeongelmaisina. Tällöin on suuri vaara, että päihdeistä ainakin katkaisuhoidon ajaksi eroon päässyt henkilö ajautuu nopeasti uuteen juomiskierteeseen. Tämä kuitenkin johtuu lähinnä päihdehuollon liian pieniksi koetuista resursseista. Myös pitkät jonot alkoholi- ja huumevieroituksiin mainittiin ongelmallisina. Asumispalveluiden väliinpuotoajina taas mainittiin yli 65-vuotiaat sekä ulkopaikkakuntalaiset asunnottomat, joiden on vaikea saada pysyvämpää asuntoa ja jotka siten jäävät usein pitkäksi aikaa palvelukeskukseen.

”Jos on alkoriippuvuus, hoidon organisoimisessa pidemmälle parannettavaa. Ei vain katkoa viikon verran, vaan myös jatkohoito. Jos menee alakertaan [asumispäivystys], niin taas lähtee hakemaan pulloa.” (Asiakas)

Tietojärjestelmien rooli tiedonkulussa

Lähes kaikki haastatellut yhteistyötahot sekä hankkeen henkilökunta mainitsivat isona ongelmana organisaatioiden erilliset tietojärjestelmät sekä sen, että yleensä yhden tietojärjestelmän käyttäjällä ei ole pääsyä muihin järjestelmiin. Tämä vaikeuttaa huomattavasti tiedonkulkua ja aiheuttaa tehottomuutta. Taustatiedot täytyy selvittää soittamalla toisiin yksiköihin ja toisinaan tarvittavia tietoja ei ole tietoturvan vuoksi mahdollista saada. Myös päällekkäisyyttä esiintyy esimerkiksi kahden tahon teettäessä samat selvitykset toisistaan tietämättä. Toisinaan taas eri tahot tekevät erilaiset hoitosuunnitelmat. Jopa hoitovirheitä saattaa aiheutua, koska hoitavat tahot eivät aina näe toistensa määräämiä lääkkeitä. Tämä vaara on erityisesti moniongelmaisten henkilöiden kohdalla.

”Tehdään päällekkäisiä suunnitelmia monessa paikassa. Asiakkaat eivät osaa itse kertoa mitä jo tehty tai suunniteltu. Kuluu työaikaa asioiden selvittelyyn, joutuu soittelemaan.” (Yhteistyötaho)

”Tiedonkulku on ongelma sosiaali- ja terveystieteiden välillä, toivottavasti uusi uudistus tuo avun jotta tulisi saumatonta auttamista. Nyt päällekkäisyyttä ja joutuvat jopa väärään hoitoon ja rahantuhlausta.” (Yhteistyötaho)

Eryteisesti yksityiset organisaatiot kokivat tiedonkulun suurena ongelmana ja toivoivat parempia konsultaatiomahdollisuuksia asiakkaitensa terveydentilaa koskien. Osa jatkoasutuspaikoista arvosti hankkeen mobiilipalveluja erityisesti siksi, että jalkautuvalla henkilöllä on käytössään kannettava tietokone, jossa on terveydenhuollon tietojärjestelmä. Siitä hankkeen sairaanhoitaja ja jatkoasutuspaikan terveydenhuollon henkilökunta voivat asiakkaan luvalla yhdessä katsoa hänen aikaisempia terveystietojaan ja niiden avulla tehdä parempia hoitosuunnitelmia.

”Tiedonsaanti on suuri ongelma. Sairaalajakson jälkeen pyydetään sairaalalta kaikkea dataa mutta kotiutustiedot ovat puutteellisia. Jopa vaarallista ettei tiedä mitä lääkitystä tai kontrollia määrätty. Eivät sairaalassa ymmärrä että täälläkin on terveyspalveluita.” (Yhteistyötaho)

Erilliset tietojärjestelmät aiheuttavat myös palvelukeskuksen sisäisiä tiedonkulun ongelmia sosiaalipalveluiden ja hankkeen henkilökuntien välillä. Paikalla jatkuvasti olevat ohjaajat eivät näe tietoja palvelukeskuksen asiakkaiden pitkäaikaissairauksista tai lääkityksistä, joita saatetaan tarvita hakeen toiminta-ajan ulkopuolella esimerkiksi hätätilanteessa. Tieto havaituista terveysongelmista ei myöskään automaattisesti kulje ohjaajilta hankkeen henkilökunnalle.

”Parannettavaa: Yhteiset tietojärjestelmät tai käyttöoikeudet. Tiedonkulku päivittäisessä elämässä ei aina toimi, siihen pitäisi keksi toimivat kanavat.” (Hankkeen henkilökunta)

”Kommunikointi on lippusten ja lappusten varassa. Ohjaajat eivät tiedä mitään terveydestä. On tullut esimerkiksi potilas jolla on diabetes ja kramppasi ja luultiin viinakrampiksi.” (Sosiaalipalveluiden henkilökunta)

”Tiedonkulkua voisi parantaa, että kulkisi [hankkeen] ja sosiaalipuolen välillä. Esimerkiksi ohjaajien ja hoitajien välillä voi kadota tieto, että [asiakkaan] pitäisi mennä hoitajille. Suurin osa havainnoista tulee ohjaajilta, myös silloin kun hoitajat eivät ole paikoilla. Tieto saattaa hukkaa rapsaan tai sitä ei kirjata, ja hoitajat eivät näe rapsaa. Prosessit voivat näin pitkittyä.” (Sosiaalipalveluiden henkilökunta)

3.5.3 Parannusehdotukset

Parannusehdotukset palvelukeskuksen sisäiseen yhteistyöhön

Palvelukeskuksessa yhteistyö asiakkaiden asioiden osalta toimii hyvin, mutta hankkeen toimintojen kehittämisen suhteen koettiin tarvetta lisätä yhteistyötä ja parantaa tiedonkulkua siitä sosiaalipalveluiden henkilökunnalle. Myös palvelukeskuksen asiakkaiden terveysongelmia koskevan tiedon kulkua pitäisi systematisoida (kappale Parannusehdotukset tietojärjestelmiä koskien). Terveys- ja sosiaalipalveluiden yhteisvastaanottoja ehdotettiin lisättävän erityisesti niille henkilöille, jotka haluavat siirtyä yhden hengen huoneisiin.

”Lisää yhteisiä tilaisuuksia ja lisää keskustelua. Asiakaskokouksissa on molemmat porukat läsnä, siinä unohdetaan sosiaali- ja terveyspuolen rajat, mutta voisi puhua lisää prosesseistakin.” (Sosiaalipalveluiden henkilökunta)

Suunnitelmallisuutta ja selkeyttä toivottiin yhteistyöhön palvelukeskuksen ohjaajien kanssa koskien heidän osallistumistaan asiakkaiden lääkitys- ja terveysasioiden hoitoon. Heiltä toivottiin myös lisää tukea niiden palvelukeskuksessa asioivien terveydentilan kartoitukseen, jotka eivät hakeudu hankkeen vastaanotolle, samoin kuin hankkeen palveluissa asiakkaille tehtyjen terveysuunnitelmien seuraamiseen. Ratkaisuna näihin ongelmaan ehdotettiin yhteisiä suunnittelukokouksia sekä ohjaajien roolin selkeyttämistä. Terveysasioista kiinnostuneet ohjaajat toivoivat myös lisää vapaamuotoista neuvontaa terveysasioista.

Parannusehdotukset yhteistyöhön muiden yhteistyötahojen kanssa

Haastatellut tahot, joilla on yhteistyötä hankkeen kanssa, toivoivat sen laajentamista ja syventämistä ja ne tahot, joiden kanssa sitä ei vielä ollut, olivat kiinnostuneita tutustumaan hankkeen palveluihin sekä kartoittamaan yhteistyömahdollisuuksia. Myös hankkeen henkilökunta toivoi lisää yhteistyötä muiden asunnottomien parissa toimivien tahojen kanssa. Joidenkin tahojen kanssa on tarvetta selkeyttää vastuunjako asunnottomien terveysasioiden hoidossa. Tiiviimmällä yhteistyöllä arveltiin voitavan tehostaa hoitoa, vähentää päällekkäisyyttä sekä jakaa tietoa ja ammattitaitoa. Myös asunnottoman elämäntilanteen kokonaisuuden hallinta ja hänen jatkoasuttamismahdollisuutensa arveltiin paranevan.

”Jatkossa olisi hyvä että tehdään yhdessä, saada yhteistyöllä asukkaan elämä raiteille, jotta pystyisi asumaan itsenäisesti. Tämä malli ei saisi jäädä vain Hietsuun.” (Yhteistyötaho)

”Toivoisimme esittelyä hankkeesta ja palaveria hankkeen yhteistyö – ja kehittämismahdollisuuksista matalan kynnyksen toimipisteissä. Jos on yhteisiä asiakkaita, voisi keskustella näistä, ettei tulisi päällekkäisyyksiä.” (Yhteistyötaho)

Yhteistyötahot ja henkilökunta kokivat tarpeellisina molemminpuoliset tutustumiskäynnit sekä laajemman tiedotuksen ja hankkeen toiminnan esittelyn. Näin luodut henkilökohtaiset kontaktit sekä eri toimijoiden palveluiden ja toimintatapojen parempi tunteminen helpottavat keskinäistä konsultointia ja asunnottomien ohjaamista oikeisiin palveluihin. Nämä toimet poistaisivat myös niitä vääriä mielikuvia palvelukeskuksen ja hankkeen palveluista, jotka ovat aiheuttaneet edellä mainittuja liian huonokuntoisten potilaiden kotiuttamisia palvelukeskukseen.

Yhteistyön syventämismahdollisuuksina esitettiin muun muassa molemminpuolisten vapaamuotoisten koulutusten järjestäminen, hankkeen henkilökunnan konsultaatiomahdollisuuden laajentaminen sekä haastavien asiakkaiden yhteisvastaanotto ja yhteisten suunnitelmien tekeminen heidän hoidostaan. Monet mainitsivat jälleen systemaattisen, asiakkaan luvalla tapahtuvan terveystietojen välittämisen seuraavaan asumispaikkaan. Myös asunnottomien terveydenhoitoa koskeva seminaari ja asunnottomien kanssa toimivien tahojen verkoston luominen koettiin tarpeellisiksi. Hankkeen henkilökunta kuitenkin huomautti, että monet edellä mainituista yhteistyön lisäämisehdotuksista veisivät aikaa potilastyöltä, joka on heidän pääasiallinen tehtävänsä. Siten myös yhteistyön laajentamiseen tarvittaisiin lisäresursseja.

”Yhteisvastaanotot [hankkeen] sairaanhoitajien kanssa olisivat hyviä. Organisaatorajat ylittävästä yhteistyöstä olisi hyötyä esimerkiksi todella huonokuntoisen potilaan kuntoutussuunnitelman laatimisessa, jotta lääkitykset kuntoon ja niin edelleen. On ollut puhetta, mutta haasteena aikataulut.” (Yhteistyötaho)

Hankkeen henkilökunnalle on hankkeen aikana kertynyt paljon tietoa asunnottomien terveydentilasta ja heille sopivista palveluratkaisuista. Resurssipulan vuoksi tätä tietoa ei kuitenkaan ole systemaattisesti kerätty ja analysoitu. Sitä voitaisiin hyödyntää sekä hankkeen että muiden vastaavien palveluiden kehittämisessä. Tätä tietoa voitaisiin käyttää myös esimerkiksi muiden terveyspalveluiden tarjoajien kouluttamiseen tavoitteena asunnottomien kohtaamisen helpottaminen. Hankkeen yhteyteen oli suunniteltu lääketieteen ja sosiaalialan tutkimusta sekä koulutusta opiskelijoille ja asumisyksiköiden työntekijöille, mutta nämä eivät ole toteutuneet

suunnitelmien mukaisesti. Sekä tutkimusta että koulutusta olisi hankkeen henkilökunnan mielestä hyvä lisätä, mutta tämä vaatisi lisäresursseja ja yhteistyötä koulutusorganisaatioiden kanssa.

*”Varmaan asenteellisuutta syrjäytyneitä kohtaan voitaisiin helpottaa, ainakin jakamalla tietoa. Ehkä asunnottomien palvelut ja vastaanotto muualla palveluverkostossa paranisi hieman.”
(Henkilökunta)*

”Hankkeen osaamisen jalkauttamista terveysasemille ja asunnottomien palveluita tuottaviin yksiköihin.” (Yhteistyötaho)

Yhteistyötahot painottivat, ettei hankkeessa luotu kokonaisvaltainen ja eri alojen yhteistyöhön perustuva palvelumalli saisi jäädä vain palvelukeskukseen, vaan siitä pitäisi ottaa oppia myös muissa yksiköissä. Monet ehdottivatkin, että hankkeen kaltaisia palveluja tulisi olla asumisyksiköissä sekä päiväkeskuksissa ja hankkeen henkilökunta voisi avustaa niiden kehittämisessä. Joihinkin yksiköihin onkin palkattu terveydenhuollon henkilökuntaa, mutta toimintaa hankaloittavat edellä mainitut erilliset tietojärjestelmät. Yhteistyön tiivistämistä ehdotettiin myös kadulla olevien asunnottomien parissa työskentelevien kanssa.

”Myös työntekijät orientoituneet siihen että hanke on osa Hietsua, ja että voidaan tehdä yhdessä ja ylittää hallintokuntien rajat. Voisi ottaa oppia tästä, voisi hyödyntää tätä oppia miten näkymättömistä seinistä pääsee eroon.” (Yhteistyötaho)

”Hoidin [jatkoasutuspaikkaa], ei ollut terveydenhuoltoa. Ihan mahdotonta, koska kaikki olivat vanhoja ja sairaita. Kun saatiin sairaanhoitaja ja kotisairaanhoidon lääkäri käy tarvittaessa, niin ongelma loppui. Halvempaa kuin että sosiaalityöntekijä raahaa potilaan terveysasemalle ja hoito silti huonompi. Asuntoloita moneen lähtöön, tuetummassa jossa on henkilökuntaa, pitäisi terveydenhuolto olla integroitu. Osassa asuntoloista ulkopuolelta sairaanhoitaja, jolla ei Pegasos-oikeuksia [terveydenhuollon tietojärjestelmä].” (Yhteistyötaho)

Vastaavasti terveysasemille ja sairaaloihin toivottiin enemmän sosiaalityöntekijöitä. Toisinaan terveys- ja sosiaalipalveluiden erilainen tapa hoitaa asioita koettiin kuitenkin ongelmalliseksi. Monessa terveydenhuollon toimipisteessä potilaat vaihtuvat nopeasti, mutta sosiaalihuollon toimenpiteet saattavat viedä paljon aikaa eivätkä usein ole hoidettavissa päivystysaikana. Sosiaalityöhön toivottiinkin lisää joustavuutta ja päivystyspalveluja. Yhteistyötahot toivat esille mahdollisuuden tiiviimpään yhteistyöhön myös palvelukeskuksen sosiaalipalveluiden henkilökunnan kanssa.

Parannusehdotukset tietojärjestelmiä koskien

Koska erilliset tietojärjestelmät ovat tiedonkulun esteenä ja siten aiheuttavat tehottomuutta ja lisäävät riskiä hoitovirheisiin, suurin osa haastatelluista koki, että tietojärjestelmiä tulisi yhtenäistää, pääsyä toisiin tietojärjestelmiin lisätä tai ainakin konsultaatiomahdollisuuksia parantaa. Tällöin ongelmaksi saattaa kuitenkin tulla tietoturva. Pelättiin myös, että aikaisemmin kirjoitetut tekstit saattavat leimata henkilön. Muutama yhteistyötaho korostikin, ettei tekstien näkyminen saisi johtaa siihen, että luetaan vain niitä, vaan pitää kuunnella palveluita käyttäviä asiakkaita ja lisätä viranomaisten suoraa keskinäistä kommunikointia.

”Pitää kuitenkin olla tarkka ettei levitellä ihmisten tietoja liikaa: asiakkaalle ei edes jää mahdollisuutta toimia toisin jos on jo mustamaalattu.” (Yhteistyötaho)

Konsultaatiomahdollisuuksia jatkoasutuspaikkojen asukkaiden terveystiedoista voitaisiin lisätä esimerkiksi hankkeen mobiilipalveluja laajentamalla. On kuitenkin pohdittava, onko resurssien käyttö tarkoituksenmukaista, jos hankkeen henkilökunnan jalkautumisen pääsyy on se, että jatkoasutuspaikkojen henkilökunta voisi katsoa terveystietoja hankkeen tietokoneelta. Mobiilipalveluille koettiin paljon muita tarpeita, joihin voitaisiin tehokkaammin vastata, jos asukkaiden terveystiedot olisivat jatkoasutuspaikkojen henkilökunnan saatavissa muuta kautta.

”Koska olemme yksityinen toimija, emme pääse kaupungin tietokantaan. Tämä aiheuttaa ongelmia tietyissä hoitoon liittyvissä asioissa. Tämän takia olisi tärkeää, että pystyisimme jostain konsultoida mahdollisesti asukkaiden terveystilanteesta ynnä muusta.” (Yhteistyötaho)

Palvelukeskuksessa hankkeen ja sosiaalipalveluiden henkilökuntien tulisi voida nähdä edes tärkeimmät osat toistensa teksteistä. Vaihtoehtoisesti ehdotettiin toisenlaisen systemaattisen raportointijärjestelmän luomista tahojen välille, joka varmistaisi muun muassa sen, että hankkeen toiminta-ajan ulkopuolella huomattavat terveysongelmat tulisivat järjestelmällisesti hankkeen henkilökunnan tietoon. Tietoturvalainsäädäntö kuitenkin saattaisi estää tällaisen järjestelmän toteuttamisen.

”Käyttöoikeus ATJ:lle [sosiaalihuollon tietojärjestelmä] lisäisi raportointimahdollisuuksia ja poistaisi turhaa työtä ja päällekkäisyyttä.” (Hankkeen henkilökunta)

4. Johtopäätökset ja suositukset

Kappaleessa esitetään johtopäätökset arvioinnin tuloksista ja pohditaan niiden luotettavuutta. Lisäksi arvioidaan hankkeen tavoitteiden toteutumista sekä annetaan suositukset jatkosta.

Kappaleen keskeinen sisältö:

- Hankkeessa kehitettyihin palveluihin oltiin erittäin tyytyväisiä ja ne vastaavat hyvin asunnottomien ja yhteistyötahojen tarpeisiin.
- Hankkeen asiakkaat, yhteistyötahot ja henkilökunta arvioivat asiakkaiden terveydentilan parantuneen ja muiden palveluiden epätarkoituksenmukaisen käytön sekä kokonaiskustannusten vähentyneen. Vaikka nämä tulokset perustuvat ainoastaan haastateltujen kokemuksiin perustuviin arvioihin, aiempien tutkimustulosten perusteella on todennäköistä, että arvio vaikutuksista pitää paikkaansa.
- Hankkeen tavoitteet ovat pääosin toteutuneet.
- Suositukset palveluiden jatkamisesta:
 - 1) Hankkeen tarjoamia tai vastaavia asunnottomille suunnattuja terveyspalveluja tulee jatkaa, ja jos mahdollista, laajentaa.
 - 2) Suunnitelmallisuutta ja systemaattisuutta tulee lisätä palveluissa ja niiden kehittämisessä.
 - 3) Asunnottomille sopivista terveyspalveluista ja moniammatillisesta yhteistyöstä kertynyttä tietoa tulee analysoida ja hyödyntää.

4.1 Arvioinnin päätulokset ja niiden luotettavuuden pohdinta

Hankkeessa on kehitetty uusi asiakaslähtöinen ja kokonaisvaltainen matalan kynnyksen terveydenhuollon palvelumalli asunnottomille. Arviointiin osallistuneet olivat erittäin tyytyväisiä palveluihin. Heidän käsityksensä mukaan palvelut ovat parantaneet niissä asioivien asunnottomien terveydentilaa, vähentäneet epätarkoituksenmukaisia käyntejä muissa terveys- ja päihdehuollon palveluissa sekä vähentäneet asunnottomien terveydenhuollon kokonaiskustannuksia. Tähän on johtanut pitkäaikaissairauksien ja akuuttien terveysongelmien tunnistaminen ja hoito sekä potilaiden terveydentilan ja lääkityksen aktiivinen seuranta. Tarvittaessa potilaita on lähetetty muihin palveluihin ennen ongelmien vaikeutumista. Hankkeen ja muiden tahojen välisen moniammatillisen yhteistyön koettiin tehostavan kunkin tahon toimintaa ja parantavan palvelujen laatua.

On todettu, että yleensä asiakastyytyväisyyskyselyissä 70–80 % asiakkaista on tyytyväisiä palveluihin, ja vain tätä korkeampi tulos merkitsee keskimääräistä tyytyväisempiä asiakkaita [19]. Tyytyväisyyteen vaikuttavat muun muassa aikaisemmat kokemukset, odotukset palveluista, palveluiden merkitys asiakkaille sekä se, onko vaihtoehtoisia palveluja saatavilla. Koska arvioidussa hankkeessa on luotu uusi terveyspalvelu korkean sairastavuuden kohderyhmälle, jolle ei aikaisemmin ole ollut lainkaan eikä nykyäänkään ole muita vastaavia palveluita, ja asunnottomilla sekä yhteistyötahoilla on paljon negatiivisia kokemuksia kohtaamisista muissa terveyspalveluissa, oli etukäteen odotettavissa, että tyytyväisyys hankkeen palveluihin olisi jopa edellä mainittua korkeampi.

Merkittävää kuitenkin on, että kaikki hankkeen asiakkaat ja sen palveluja tuntevat yhteistyötahot pitivät palveluita hyvinä ja heidän oli vaikea löytää niistä mitään negatiivista.⁵ Parannusehdotukset koskivatkin lähinnä toimintojen laajentamista. Myös ne arviointiin osallistuneet henkilöt, jotka olivat vain kuulleet palveluiden olemassaolosta, mutta eivät tunteneet niitä tarkemmin, kokivat hankkeen kaltaiset palvelut tarpeellisiksi. Siten voidaan todeta, että asiakastyytyväisyys oli korkea ja hankkeessa kehitetyt palvelut vastaavat hyvin asunnottomien ja yhteistyötahojen tarpeisiin.

Hankkeen vaikutusten arviointia asiakkaiden terveydentilaan, muiden palveluiden käyttöön ja kustannuksiin – eli näiden tekijöiden vertailua hankkeen alussa (baseline) ja nyt arviointihetkellä – ei voitu tehdä kattavasti, koska vastaavia tietoja ei hankkeen alussa voitu kerätä tutkimusluvan viipymisen vuoksi. Nytkään näistä tekijöistä ei kerätty numeerisia tietoja, sillä se olisi vaatinut lisää tutkimuslupia ja enemmän resursseja. Koska hanke käynnistyi samanaikaisesti palvelukeskuksen muiden palveluiden (asumis-, ruokailu- ja hygieniapalvelut) kanssa, on terveyspalveluiden vaikutuksia myös vaikea erottaa näistä sekä palvelukeskukseen jalkautuvien päihde- ja mielenterveyspalveluiden vaikutuksista.

Kaikki asiaan kantaa ottaneet arvioivat kokemuksiinsa perustuen hankkeen palveluiden parantaneen asiakkaiden terveydentilaa ja vähentäneen asunnottomien terveydenhuollon kokonaiskustannuksia sekä epätarkoituksenmukaisia käyntejä muissa palveluissa. Tämän arvion paikkansapitävyyden todennäköisyyttä tukevat sekä ulkomaalaiset että yksi suomalainen tutkimus, joissa tuetuissa asumismuodoissa suoritettuna tarkoituksenmukaisiin terveyspalveluihin ohjaamisen on todettu saaneen aikaan yllä mainitut vaikutukset [16,20-23]. Esimerkiksi suomalaisessa tutkimuksessa todettiin tehostetun tuen asumisyksikköön muuttaneen 15 päihde- tai mielenterveysongelmaisen asunnottoman sairaalavuorokausien, ensiapukäyntien, erikoissairaanhoidon käyntien ja ambulanssikuljetusten vähentyneen, kun taas käynnit normaaleilla lääkärin ja sairaanhoitajan vastaanotoilla kasvoivat hieman [23]. Nämä muutokset tuottivat noin 24 000 euron säästöt viiden ensimmäisen asumiskuukauden aikana verrattuna viiteen tukiasumista edeltäneeseen kuukauteen. Edellä mainitut tulokset eivät kuitenkaan ole suoraan verrattavissa hankkeen palveluiden vaikutuksiin: nyt arvioidussa hankkeessa luodut asunnottomille suunnatut lisäpalvelut aiheuttavat lisää kustannuksia, mutta toisaalta niillä todennäköisesti on pelkkää palveluihin ohjaamista suurempi vaikutus asiakkaiden terveydentilaan ja käynteihin muissa palveluissa, mikä taas tuottaa enemmän säästöjä.

4.2 Hankkeelle asetettujen tavoitteiden toteutuminen

Hankkeen ensimmäisen tavoitteen ”vähentää asunnottomien sairastavuutta, parantaa vastaanottoyksiköiden asiakkaiden elämänlaatua ja terveyttä, sekä tukea heidän itsehoitokykyään” voidaan katsoa toteutuneen hankkeen palveluissa asioineiden keskuudessa. Hankkeen ansiot sen asiakkaiden sairastavuuden vähentämisessä ja terveyden parantamisessa mainittiin useimmissa haastatteluissa ja kyselylomakkeissa, vaikka myös palvelukeskuksen muut palvelut ovat vaikuttaneet tähän. Sen sijaan kysymykseen elämänlaadun muutoksista asiakkaiden oli vaikea vastata. Tässä yhteydessä monet kuitenkin mainitsivat erittäin tärkeinä palveluista saamansa henkisen tuen ja hyvän kohtelun sekä tunteen siitä, että heidän asioihinsa paneudutaan. Itsehoitokykyyn taas vaikuttavat olosuhteet, motivaatio ja tieto siitä, miten terveyttä voi hoitaa.

⁵ Myös asiakas, joka oli lopettanut hankkeen palveluiden käyttämisen, koska siellä ei määrätä voimakkaita kipu- tai rauhoittavia lääkkeitä, oli tyytyväinen aiempiin asiointikertoihinsa palveluissa.

Palvelut pyrkivät parantamaan näitä kaikkia, mutta kuten asiakkaat totesivat, motivaatio itsensä hoitamiseen on kuitenkin lopulta jokaisesta itsestä kiinni.

Parantuneen terveydentilan, ongelmien ennaltaehkäisyn ja tehostuneen hoidon kautta myös toinen tavoite ”vähentää asunnottomien ennaltaehkäistävissä olevia päivystyskäyntejä ja sairaalahoitojaksoja” on mitä todennäköisimmin toteutunut, kuten edellä mainitaan.

Palveluiden kolmas tavoite oli ”vähentää pitkäaikaisasunnottomuutta löytämällä uusia ratkaisuja pitkäaikaisasunnottomille, joilla on vaikeita sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia ja jotka tarvitsevat asunnon lisäksi merkittävässä määrin palvelua, tukea ja/tai valvontaa”. Pitkäaikaisasunnottomien määrä on laskenut useana vuonna peräkkäin (kappale 1.1), mutta hankkeen palveluiden osuutta tähän on mahdotonta erottaa muiden samaan tavoitteeseen tähtäävien toimien vaikutuksista. Hankkeessa on kuitenkin löydetty tavoitteessa mainittuja uusia ratkaisuja pitkäaikaisasunnottomien tukemiseksi. Kehitetty toimiva malli asunnottomien terveyspalveluille sekä terveys- ja sosiaalihuollon yhteistyölle, ja sen soveltaminen tulevaisuudessa muissa asumisyksiköissä edistää tämän tavoitteen saavuttamista. Myös parantuneen terveydentilan arveltiin lisäävän itsenäisen asumisen onnistumismahdollisuuksia.

Neljäs tavoite ”lisätä tietoa asunnottomien terveydentilasta ja heille toimivista palveluratkaisuista” on toteutunut hankkeen henkilökunnan osalta, jolle on kerääntynyt runsaasti tietoa asunnottomien terveysongelmista sekä heille sopivista terveyspalveluista. Hankkeen palveluiden kehittäminen sekä jatkoasutuspaikat, joihin hanke on jalkautunut, ovat hyötyneet tästä tiedosta. Koska sitä ei kuitenkaan ole systemaattisesti kerätty ja analysoitu, kerääntynyttä tietoa ei ole ollut mahdollista hyödyntää laajemmin, vaikka tarvetta tähän ilmeni.

4.3 Suositukset

1. Hankkeen tarjoamia tai vastaavia asunnottomille suunnattuja terveyspalveluja tulee jatkaa, ja jos mahdollista, laajentaa.

Asunnottomille räätälöityjä, matalan kynnyksen terveyspalveluja tarvitaan, koska asunnottomien on vaikea hakeutua yleisiin terveyspalveluihin, heidän hoitonsa niissä on hankalaa ja hoidon tulokset ovat usein huonoja. Arvioidussa hankkeessa kehitetyn kaltaisia tehokkaiksi koettuja palveluja tulee jatkaa inhimillisen kärsimyksen ja sairastavuuden vähentämiseksi, muiden palveluiden epätarkoituksenmukaisen kuormituksen vähentämiseksi sekä todennäköisten kustannussäästöjen vuoksi.

Mahdollisuuksien mukaan palveluja tulee laajentaa. Lisäämällä mobiilipalveluja sekä laajentamalla palveluiden saatavuutta iltoihin ja viikonloppuihin useampi asunnoton hyötyisi niistä. Asiakkaiden hoidon pitkäaikaistuloksia voidaan parantaa systemaattisella jatkoseurannalla ja -hoidolla sekä moniammatillisella tuella seuraavassa asuinpaikassa.

2. Suunnitelmallisuutta ja systemaattisuutta tulee lisätä hankkeen palveluissa ja niiden kehittämisessä.

Palveluja voidaan entisestään tehostaa parantamalla hankkeen sisäistä työn suunnittelua, systematisoimalla palvelukeskuksen asukkaiden terveystarkastukset sekä selkeyttämällä

vastuunjakoa hankkeen kehittämisessä. Jos erillisten tietojärjestelmien aiheuttamaa tiedonkulun ongelmaa ei voida poistaa, palvelukeskuksessa tulee luoda tietoturvalainsäädännön huomioon ottava järjestelmällinen menettely sosiaalipalveluiden henkilökunnan huomaamien asukkaiden terveysongelmien saattamiseksi hankkeen henkilökunnan tietoon. Lisäksi tulee selkeyttää sosiaalipalveluiden henkilökunnan roolia terveysongelmien hoidossa.

3. Asunnottomille sopivista terveyspalveluista ja moniammatillisesta yhteistyöstä kertynyttä tietoa tulee kerätä ja hyödyntää.

Hankkeen henkilökunnalle kertynyttä tietoa ja heidän asiantuntijuuttaan tulee hyödyntää myös hankkeen ulkopuolisissa palveluissa. Lisäresursseja tarvitaan, jotta osaamista voidaan jakaa esimerkiksi järjestämällä koulutuksia, tarjoamalla konsultaatiopalveluja ja tukemalla muiden vastaavien palveluiden perustamista. Tätä varten hankkeen aikana kertynyt tieto tulisi kerätä ja analysoida systemaattisesti. Myös erilaisten terveyspalveluiden vaikutuksia asunnottomien terveydentilaan, muiden palveluiden käyttöön ja kokonaiskustannuksiin tulisi tutkia.

Lähteet

1. Lehtonen L, Salonen J (2008) Asunnottomuuden monet kasvot. Suomen ympäristö 3/2008. Helsinki: Ympäristöministeriö.
2. Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus (ARA) (2012) Asunnottomat 2011. Selvitys 1/2012. Lahti: Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus.
3. Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus (ARA) (2010) Asunnottomat 2009. Selvitys 5/2010. Lahti: Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus.
4. Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus (ARA) (2009) Asunnottomat 2008. Selvityksiä 3/2009. Lahti: Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus.
5. Mäkelä R (1974) Asunnottomien alkoholistien terveydentila ja hoidon tarve. Tutkimuksia ja selvityksiä. Tampere: Tampereen yliopisto, Kansanterveystieteen laitos.
6. Erkkilä E, Stenius-Ayoade A (2009) Asunnottomat vastaanottoyksiköissä. Asunnottomien vastaanottoyksiköiden asiakkaiden sosiaalinen tilanne ja terveydentila pääkaupunkiseudulla. Työpapereita 2009:2. Helsinki: Socca. Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus.
7. Halldin J, Beijer U, Feltsen E et al. (2001) En klinisk pilotstudie av 35 hemlösa i Stockholm. Stockholm: Socialmedicin, Stockholms läns landsting/Karolinska Institutet.
8. Nordentoft M, Wandall-Holm N (2003) 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *BMJ* 327:81-83.
9. Beijer U (2009) Homelessness and Health: Analysis of mortality and morbidity from a gender perspective. Stockholm: Karolinska Institutet.
10. Salize HJ, Dillmann-Lange C, Stern G et al. (2002) Alcoholism and somatic comorbidity among homeless people in Mannheim, Germany. *Addiction* 97:1593-1600.
11. Beijer U (2007) Hemlösas fysiska och psykiska hälsa utifrån inläggningar på sjukhus - en jämförelse mellan hemlösa och befolkningen i övrigt och mellan hemlösa män och kvinnor, FoU rapport 2007:8. Stockholm: Stockholms stad, Forsknings- och Utvecklingsenheten.
12. Fazel S, Khosla V, Doll H et al. (2008) The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med* 5:e225.
13. Trabert G (1997) [Health status and medical care accessibility of single, homeless persons]. *Gesundheitswesen* 59:378-86.
14. Burra TA, Stergiopoulos V, Rourke SB (2009) A systematic review of cognitive deficits in homeless adults: implications for service delivery. *Can J Psychiatry* 54:123-33.
15. Bhui K, Shanahan L, Harding G (2006) Homelessness and mental illness: a literature review and a qualitative study of perceptions of the adequacy of care. *Int J Soc Psychiatry* 52:152-65.
16. Massachusetts Housing and Shelter Alliance (MHSA) (2011). Home & Healthy for Good, A Statewide Housing First Program, Progress report, March 2011. Boston, MA: MHSA
17. Helsingin kaupunki, Terveyskeskus (2009) Hankesuunnitelma. Terve asunnoton – hanke. Asunnottomille suunnattu mobiili terveystalvupiste Hietaniemenkadun palvelukeskukseen. Helsinki: Helsingin kaupunki, Terveyskeskus.
18. Helsingin kaupunki, Sosiaalivirasto. Hietaniemenkadun palvelukeskus. <http://www.hel.fi/hki/sosv/fi/asunnottomien_palvelut/palvelukeskuset/hietaniemenkadun_palvelukeskus> 5.6.2012.

19. Hokkanen L (2012) Asiakastyytyväisyystutkimuksen kritiikistä. Teoksessa Pohjola A, Kemppainen T, Väyrynen S (toim.) Sosiaalityön vaikuttavuus. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus. 122-125.
20. Mondello M, Gass AB, McLaughlin T et al (2007) Cost of Homelessness, Cost Analysis of Permanent Supportive Housing, State of Maine – Greater Portland: Maine Department of Health and Human Services.
21. Perlman J, Pavensky J (2006) Denver Housing First Collaborative, Cost Benefit Analysis and Program Outcomes Report. Denver, CO: Colorado Coalition for the Homeless.
22. Martinez TE, Burt MR (2006) Impact of permanent supportive housing on the use of acute care health services by homeless adults. *Psychiatr Serv* 57:992-9.
23. Jyväskylän yliopisto, Tampereen teknillinen yliopisto, Kaupunkitutkimus TA Oy (2011) Asunnottomuuden vähentämisen taloudelliset vaikutukset. Ympäristöministeriön raportteja 7/2011. Helsinki: Ympäristöministeriö.

Liitteet

Liite 1. Arviointiin osallistuneet yhteistyötahot

- Asumisen tuki / Sosiaalivirasto⁶
 1. Asumisen tuen (ASTU) yksikkö
 2. Hietaniemenkadun palvelukeskuksen työntekijät: va. johtaja, sosiaalityöntekijät, sosiaaliohjaajat ja ohjaajat
- Jatkoasuttamispaikat
 3. Aurora-talo / Helsingin Diakonissalaitos
 4. Pitäjämäen asumispalveluyksikkö ja Inarintien vastaanotto- ja tukiasumisyksikkö / Pelastusarmeija
 5. Puolimatkankoti Pessi / Sininauhasäätiö
 6. Tukikodit / Sosiaalivirasto (ASTU)
- Mielensterveys- ja päihdehuolto
 7. Auroran sairaalan psykiatrian erityispoliklinikka (jalkautuu palvelukeskukseen) / Terveyskeskus⁷
 8. Auroran sairaala, psykiatrian päivystisyksikkö / Terveyskeskus
 9. Eteläinen A-klinikka (jalkautuu palvelukeskukseen) / Sosiaalivirasto
 10. Huumeklinikka (jalkautuu palvelukeskukseen) / Sosiaalivirasto
 11. Selviämishoitoasema (Kisahalli) / Terveyskeskus
 12. Hangonkadun kuntoutuskeskus, ”katko” / Sosiaalivirasto
- Somaattinen terveydenhuolto, terveyskeskukset ja sairaalat / Terveyskeskus
 13. Haartmanin sairaala, päivystys
 14. Kallion terveysasema
- Muut
 15. Sällikoti, Yökahvila Kalkkers jne. / Vailla vakinaista asuntoa ry
 16. Erityispäiväkeskus Stoori & Salli / Helsingin Diakonissalaitos
 17. Kotikuntoutustiimi / Terveyskeskus
 18. Lähityöhanke / Sosiaalivirasto

⁶ Sosiaalivirasto: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto

⁷ Terveyskeskus: Helsingin kaupungin terveyskeskus

Liite 2. Arviointiin haastateltujen hankkeen palveluiden asiakkaiden taustatiedot

1) Puolistrukturoidut haastattelut

6 haastateltua

- Ikä: 25–55 vuotta, keskiarvo 44 vuotta
- Sukupuoli: 2 nainen, 4 mies
- Alkuperä: 5 suomalainen, 1 ulkomaalainen
- Haastatteluhetken asumistilanne: 5 Hietaniemenkadun palvelukeskuksen tilapäisessä asumispalvelussa (oma huone), 1 muualla (muussa asumispalvelussa)
- Kokemusta hankkeen palveluista: 6 käynyt lääkärillä, 6 sairaanhoitajalla, 2 jalkaterapeutilla; 1 ei enää asioi hankkeen palveluissa

2) Strukturoidut asiakastyytyväisyshaastattelut

20 haastateltua

- Ikä: 31–67 vuotta, keskiarvo 50 vuotta
- Sukupuoli: 2 nainen, 18 mies
- Alkuperä: 18 suomalainen, 2 ulkomaalainen
- Haastatteluhetken asumistilanne: 5 Hietaniemenkadun palvelukeskuksen asumispäivystyksessä, 10 palvelukeskuksen tilapäisessä asumispalvelussa (oma huone), 5 muualla (4 muissa asumispalveluissa, 1 kaverien luona)
- Haastattelukerran käynti: 15 sairaanhoitajalla, 2 lääkärillä, 2 jalkaterapeutilla, 1 sekä sairaanhoitajalla että lääkärillä
- Aikaisemmat käynnit: kaikilla haastateltavilla oli aikaisempia käyntejä: 18 oli käynyt sairaanhoitajalla, 16 lääkärillä, 11 jalkaterapeutilla
- Käyntitiheys: 12 satunnaisesti, 8 säännöllisesti

Liite 3. Suostumuslomake asiakashaastatteluun

SUOSTUMUS HAASTATTELUUN

SUOSTUMUS TERVE ASUNNOTON -HANKKEEN ARVIOINTIHAASTATTELUUN

Terve asunnoton -hankkeen arvioinnin tarkoituksena on selvittää asiakastyytyvää Hietaniemenkadun palvelukeskuksessa annettaviin terveyspalveluihin, sekä näiden palveluiden vaikuttavuutta. Arvioinnin tuloksia saatetaan käyttää myös tulevien vastaavien palveluiden suunnittelussa.

Minulle on kerrottu Terve asunnoton -hankkeesta, sekä sen arvioinnista ja arviointimenetelmistä. Minulle on annettu mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä ja kaikkiin arviointia koskeviin kysymyksiini on vastattu.

Voin halutessani kieltäytyä haastattelusta. Ymmärrän, että haastatteluun osallistuminen tai siinä kertomani asiat eivät vaikuta saamaani terveys- tai muihin palveluihin Hietaniemenkadun palvelukeskuksesta. Ymmärrän myös, että antamani tietoja käsitellään luottamuksellisesti, eikä tietoja luovuteta tai niistä keskustella hankkeen henkilökunnan tai ulkopuolisten kanssa. Antamani tietoja käsitellään nimettöminä sellaisessa muodossa, jossa yksittäistä haastateltavaa ei voi tunnistaa.

Olen perehtynyt tämän arvioinnin tarkoitukseen ja sisältöön ja annan suostumukseni haastatteluni tekemiseen sekä sen käyttämiseen Terve asunnoton -hankkeen arvioinnissa.

Minuun saa/ei saa (ympäröi oikea vaihtoehto) tarvittaessa ottaa yhteyttä lisätietoja varten.

Päiväys _____ Allekirjoitus: _____

Nimen selvennys: _____

Yhteystiedot (vapaa-ehtoinen) _____

KOODI: _____



Helsingin kaupunki
Terveyskeskus