

Agnes Stenius-Ayoade, Peija Haaramo ja Johan G. Eriksson

Kodittomuuden haasteet tulisi huomioida myös terveydenhuollossa

Asunnottomuuteen liittyy suuria terveysriskejä

Ensisuojissa majoittuvat asunnottomat ovat haavoittuvainen ryhmä, jolla esiintyy paljon sekä somaattisia että psykiatrisia pitkäaikaissairauksia (1). Varsinkin päihdeongelmat ovat yleisiä suomalaisilla ensisuojiensa käyttäjillä (2). Kyky huolehtia omasta terveydestään ja turvallisuudestaan on usein heikentynyt, eikä tukiverkostoa, jonka luona voisi yöpyä, enää ole (3). Suurin osa ensisuojoissa yöpyvistä henkilöistä on ensisuojoissa vain lyhyen ajan, ja he yöpyvät välillä rapuissa, kaduilla, yökahviloissa, tuttavien luona tai tuetuissa asumismuodoissa. Asunnottomuutta ja kodittomuutta on kirjallisuudessa määritelty monella eri tavalla. Tässä kirjoituksessa tarkoitamme asunnottomilla henkilöitä, jotka yöpyvät kadulla tai ensisuojoissa, ja joilla ei ole vakinaista paikkaa, mihin mennä yöksi.

Asunnottomuuteen liittyy suuri kuolleisuus (1,4). Samanikäisiin verrokkeihin verrattuna suomalaisilla asunnottomilla on yli viisinkertainen kuolemanriski (5). Ylikuolleisuus on suurta varsinkin nuorilla asunnottomilla. Sen lisäksi, että asunnottomien kuolemanriski tauteihin on yli kolminkertainen, kuolemanriski ei-luonnollisiin syihin, kuten myrkytyksiin, tapaturmiin, itsemurhiin ja väkivaltaan, on yli kymmenkertainen ja alle 50-vuotiailla lähes 20-kertainen (5).

Asunnottomat ovat usein sosiaali- ja terveyspalvelujen suurkuluttajia. Terveyspalveluista varsinkin erikoissairaanhoidon ja päivystysluontoisten palvelujen käyttö on lisääntynyttä (1,2,6,7). Puolen vuoden tarkastelussa helsin-

kiläisillä asunnottomilla oli keskimäärin 5,5 sairaalapäivää ja 0,8 päivystyskäyntiä erikoissairaanhoidossa, kun vastaavat luvut verrokiryhmässä olivat 1,2 ja 0,1 (5). Polikliinisiä käyntejä asunnottomilla ja verrokkiryhmällä oli yhtä paljon (keskimäärin 0,4 käyntiä puolessa vuodessa). Tautitakkaan nähden suhteellisen vähäinen polikliinisten palvelujen käyttö kuvastaa hyvin sitä, että avohoidossa toteutetut tutkimukset ja hoito ovat monesti haastavia, jos elämänhallinta on muiltakin osin heikkoa.

Avohoitopalvelujen käyttöön on useita kynnyksiä, jotka voivat olla ylitsempäsemättömiä asunnottomalle. Potilaan tavoittaminen vastaanottoajan antamiseksi on vaikeaa, jos ei ole puhelinta tai voimassa olevaa osoitetta. Potilaan on muistettava ja osattava mennä varatulle vastaanotokäynnille, pystyttävä esittämään asiansa asiallisesti ja ymmärrettävä annetut ohjeet. Useilla asunnottomilla esiintyy muistiongelmia tai muita kognitiivisia vaikeuksia, psykoosisairauksia, persoonallisuushäiriöitä sekä aktiivista päihdekäyttöä (3), jotka vaikeuttavat asiointia vastaanotolla. Annettujen hoito-ohjeiden noudattaminen voi myös kadulta tai ensisuojoista käsin olla käytännössä mahdotonta.

Suomessa on onnistuttu vähentämään pitkäaikaisasunnottomien ja tilapäisissä majoituksissa yöpyvien asunnottomien määrää (8), mutta jonot pysyvään tuettuun asumiseen voivat olla jopa vuosia pitkiä, eikä pääsyä vapaille asunto-markkinoille ole hätätaustalla ja luottotietojen puuttuessa (9). Tänä päivänä sosiaaliset syyt nähdään harvoin syynä jatkaa sairaalahoitoa, ja

Kotikunto ei ole sama asia kuin katukunto

kun jonotusajat tuettuun asumiseen ovat pitkät, jokainen ymmärtää, että asuntoa ei voi jonottaa kuukausien ajan erikoissairaanhoidossa. Olisi kuitenkin toivottavaa, että sairaaloissa uloskirjoituksen lähestyessä huomioitaisiin se, että kotikunto ei ole sama asia kuin katukunto. Omasa kodissaan toipilas voi levätä kaikessa rauhassa, hänellä on usein omaisia, jotka auttavat, ja lisäksi kotihoito voi tarvittaessa tulla auttamaan lääkehoidossa ja hoitotoimenpiteissä.

Ensisuojassa Helsingissä asiakas pääsee lepäämään kovalle patjalle alkuillasta ja samassa huoneessa nukkuu useita rauhattomia ja päihtyneitä asiakkaita. Sänkypaikan saattaa menettää, jos nousee yöllä käydäkseen wc:ssä, eikä päiväsaikaan ole mahdollista levätä. Päivisin asunnottoman pitää jaksaa vahtia ja kantaa mukanaan tavaroitaan ja lääkkeitään, ja jos ei ole rahaa, on itse järjestettävä Kelan kautta maksusitoumus lääkkeisiin ja jaksettava käydä apteekissa. Valitettavan usein nähdäänkin, että hoito loppuu uloskirjoitusvaiheeseen, ja psyykkisesti sairaat, muistiongelmaiset tai vielä hoitotoimenpiteitä vaativista somaattisista sairauksista kärsivät asunnottomat potilaat kirjoitetaan ulos sairaalasta toipilasvaiheessa.

Jatkohoito, varsinkin jos se edellyttää päiheteetttömyyttä ensisuojassa, voi olla hyvin vaikea toteuttaa, kun valtaosa asiakkaista on päihtyneitä. Vaikka hoitohenkilökuntaa ja sosiaalityöntekijöitä löytyykin ensisuojusta arkisin päiväsaikaan, niin vastuu omasta hoidostaan on potilaalla itsellään. Esimerkiksi perjantai-iltopäivänä voi olla käytännössä mahdotonta järjestää rahaa lääkitykseen, kuten infektion jatkohoitoon, ja vaikka lääkkeitä olisikin annettu sairaalasta mukaan, ne on usein varastettu jo seuraavana päivänä. Tällöin on suuri riski siihen, että potilas on pian takaisin päivystyksessä tai erikoissairaanhoidossa.

Suomessa asunnottomille suunnattuja terveydenhoitopalveluja on hyvin vähän. Ensisuojissa ja asumisyksiköissä saattaa olla sairaanhoitajia, mutta ilman pääsyä terveydenhuollon potilastietojärjestelmiin ja ilman lääkärin tukea heidän mahdollisuutensa toimia ovat rajalliset. Helsingin terveyskeskus on panostanut sijoittamalla lääkärin ensisuojaan, ja tästä on hyviä kokemuksia. Tämän haavoittuvan ja paljon

palveluja käyttävän ryhmän auttamiseksi tarvitsemme kuitenkin lisää integroituja terveyspalveluita, ja toivommekin sote-integraation mahdollistavan tämän.

Muualla Euroopassa on saatu hyviä kokemuksia kaduille ja tilapäisasumisyksiköihin jalkautuvasta terveydenhuollosta ja sairaalapäivystyksiin sijoitetuista moniammatillisista tiimeistä, jotka huolehtivat asunnottomista ja varmistavat, että hoito ja sosiaalinen tuki toteutuu niin sairaalahoidon aikana kuin sen jälkeenkin. Monissa isoissa eurooppalaisissa kaupungeissa on lisäksi asunnottomille suunnattuja hoitokoteja, joissa tarjotaan somaattisesti sairaille asunnottomille hoitomahdollisuus silloin, kun avohoito ei onnistu kadulla, pärjääminen tavallisella sairaalaosastolla on vaikeaa, tai sairaalahoidon jatkeeksi silloin, kun erikoissairaanhoidon tarvetta ei enää ole.

Olisi tärkeää, että myös Suomessa läärikunta ja päättäjät tiedostaisivat sen, että asunnottomat henkilöt tarvitsevat erityishuomiota ja parempia, meidän palvelujärjestelmäämme istuvia integroituja ratkaisuja, jotta voisimme kohentaa heidän terveydentilaansa, vähentää ennalta aikaisia kuolemia ja hillitä asunnottomien runsaasti käyttämän erikoissairaanhoidon kustannuksia. Niin kauan, kun sairaalahoidon jälkeisiä riittäviä asumis- ja terveyspalveluita ei ole saatavilla, jokaisen lääkärin, joka kirjoittaa ulos asunnottoman henkilön sairaalasta, on otettava kokonaistilanne huomioon ja arvioitava riskit, mikäli potilas lähetetään kadulle tai ensisuojaan. ■



AGNES STENIUS-AYOADE, yleislääketieteen erikoislääkäri
Helsingin kaupunki, THL ja
Folkhälsanin tutkimuskeskus

PEIJA HAARAMO, FT, tilastotutkija
THL

JOHAN G. ERIKSSON, professori, ylilääkäri, sisätautien ja yleislääketieteen erikoislääkäri
Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto, Clinicum, Helsingin yliopisto
Perusterveydenhuollon yksikkö, Hus

SIDONNAISUUDET
Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

1. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet* 2014; 384:1529–40.
2. Stenius-Ayoade A, Haaramo P, Erkkilä E, ym. Mental disorders and the use of primary health care services among homeless shelter users in the Helsinki metropolitan area, Finland. *BMC Health Serv Res* 2017;17:428.
3. Erkkilä E, Stenius-Ayoade A. Asunnottomat vastaanottoyksiköissä – asunnottomien vastaanottoyksiköiden asiakkaiden sosiaalinen tilanne ja terveydentila pääkaupunkiseudulla. Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Soccan työpapereita 2009:2.
4. Nielsen SF, Hjorthoj CR, Erlangsen A, ym. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *Lancet* 2011;377:2205–14.
5. Stenius-Ayoade A, Haaramo P, Kautiainen H, ym. Mortality and causes of death among homeless in Finland: a 10-year follow-up study. *J Epidemiol Community Health* 2017;71:841–8.
6. Bharel M, Lin WC, Zhang J, ym. Health care utilization patterns of homeless individuals in Boston: preparing for Medicaid expansion under the Affordable Care Act. *Am J Public Health* 2013;103(Suppl 2): S311–7.
7. Beijer U, Andreasson S. Gender, hospitalization and mental disorders among homeless people compared with the general population in Stockholm. *Eur J Public Health* 2010;20:511–6.
8. Pleace N, Culhane D, Granfelt R, ym. The Finnish homelessness strategy – an international review. Helsinki: Ympäristöministeriön raportti 3/2015.
9. Sunikka S. Hietsussa yöpyneiden asunnottomuuspolut: liikkuvuus asunnottomuuden ja asuntoväestön välillä. Sosiaaliryöpylän erikoistumiskoulutukseen kuuluva lisensiaatintutkimus. Helsingin yliopisto 2016.