



Taustatietoa syrjäytymisestä ja suunterveydestä

Johdanto

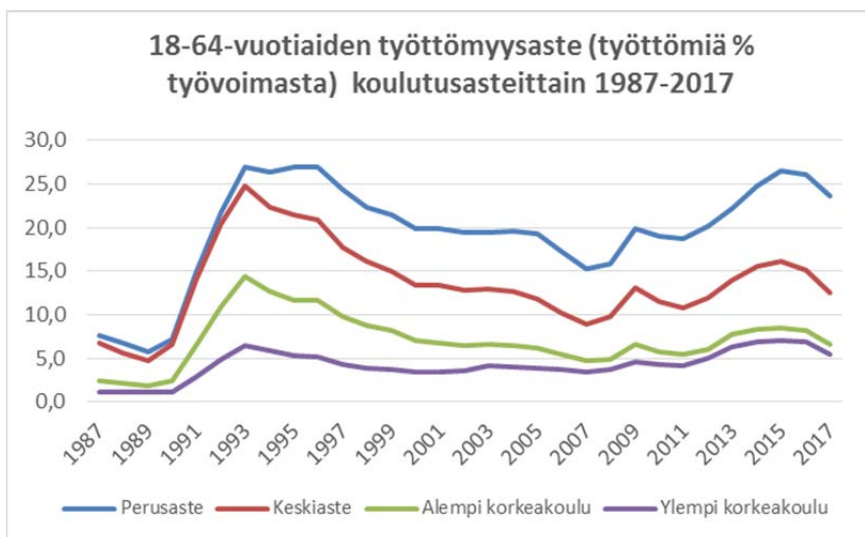
Potilaiden yhdenvertainen kohtelu, riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut, palvelujen yhdenvertainen saatavuus ja palvelujen asiakaskeskeisyys sekä terveyserojen kaventaminen ovat kirjattu lainsäädäntöön (perustuslaki, terveydenhuoltolaki ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista).

Syrjäytyminen on monimuotoinen ilmiö, joka tapahtuu yksilön ja ympäristön välisessä systeemissä. Se syntyy suhteessa toisiin ihmisiin, yhteiskuntaan ja sen instituutioihin. Syrjäytyminen ilmenee eri ulottuvuuksilla: syrjäytymisenä koulutuksesta, palkkatyöstä, toimeentulosta tai sosiaalisista suhteista (Laine, 2010). Sekä yksilöt että ryhmät voivat syrjäytyä. Ongelmat toimeentulossa, osattomuus, ulkopuolisuuden kokemukset yhteiskunnassa ja syrjäytyminen voivat edistää radikalisoitumista.

Syrjäytymisen vastakäsitteitä ovat osallisuus, voimaantuminen ja liittäminen. Syrjäytymisen vastustamista ja syrjäytymisen vastaista työtä ovat toimenpiteet, ajattelutavat ja politiikat, jotka tuovat sivuun joutuneita kansalaisia takaisin yhteisöjen piiriin. Syrjäytymisen ennaltaehkäisy pyrkii tunnistamaan syrjäytymistä aiheuttavia tekijöitä ja määrittelemään toimintoja, joilla puututaan niiden ihmisryhmien elämään, jotka ovat haavoittuvassa asemassa yhteiskunnassa. Syrjäytymisen ehkäiseminen ja osallisuus lisäävät yhteiskunnan koheesiota ja kaupunkilaisten hyvinvointia. (Laine, 2010)

Faktaa nykytilanteesta

Perusasteen jälkeisen tutkinnon puute on merkittävin yksittäinen työmarkkinoilta ja yhteiskunnasta syrjäytymisen tekijä (Kuva 1).

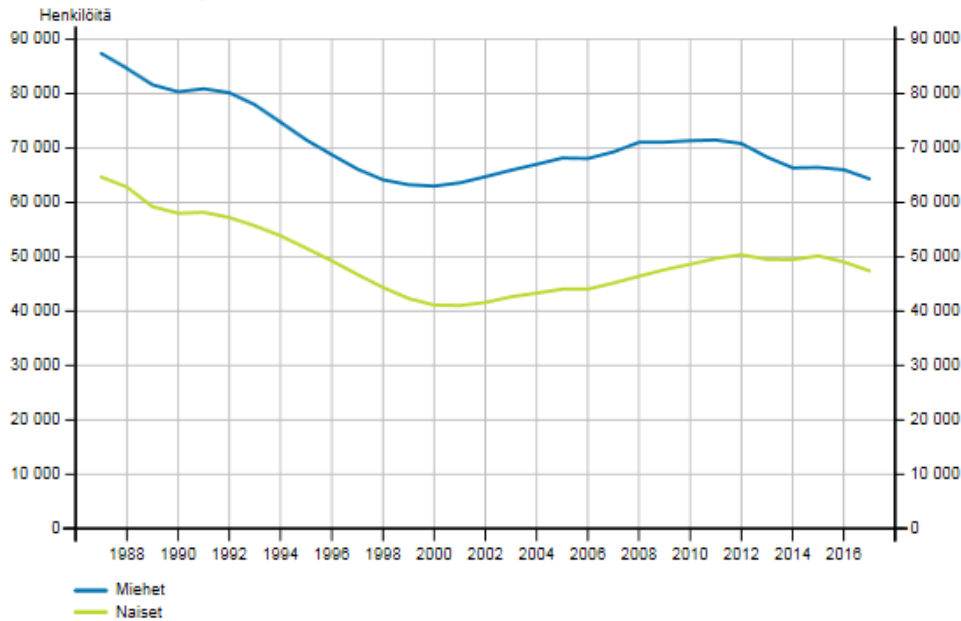


Kuva 1. Työttömyysaste 18–64 –vuotiailla koulutuksen mukaan vuosina 1987–2017 (Lähde: Tilastokeskus)



Vuonna 2017 pelkän perusasteen suorittaneita 20–29-vuotiaita oli Suomessa 112 000 henkilöä, joka on 16 prosenttia ko. ikäluokasta (miehistä 18 % ja naisista 14 %). Ilman perusasteen jälkeistä tutkintoa olevia 20–29-vuotiaita oli eniten Ahvenanmaalla (23 %) ja vähiten Etelä-Pohjanmaalla ja Kainuussa (12 %). Helsingissä heitä oli 19 % (miehistä 23 % ja naisista 15 %).

Perusasteen jälkeistä tutkintoa vailla olevat 20-29-vuotiaat 1987-2017



Tilastokeskus / Väestön koulutus rakenne

Kuva 2. Perusasteen jälkeistä tutkintoa vailla olevien 20–29 -vuotiaiden määrän kehitys. Korkeintaan perusasteen tutkinnon suorittaneiden ryhmään sisältyvät lisäksi henkilöt, joiden koulutus perusasteen koulutuksen jälkeen on vielä kesken, henkilöt, joiden koulutuksesta ei ole tietoa (esimerkiksi ulkomailla perusasteen tutkintonsa suorittaneet) sekä perusasteen koulutuksen kesken jättäneet tai oppivelvollisuutensa kokonaan laiminlyöneet. Ryhmään kuuluvat lisäksi oppivelvollisuudesta vapautetut.

Terveys 2000 suun terveyden tutkimustulosten mukaan mitä korkeampi koulutus hampaallisella tutkittavalla oli, sitä todennäköisemmin hän arvioi suunsa terveydentilan melko hyväksi tai hyväksi. Hampaiden harjaamiskerrat olivat yhteydessä tutkittavan koulutusasteeseen (Kuva 3). Perusasteen koulutuksen saaneet harjasivat hampaitaan harvemmin kuin muut, ja korkea-asteen koulutuksen saaneet useammin kuin muut tämän eron ollessa miehillä vielä suurempi kuin naisilla. Harvemmin kuin päivittäin hampaansa harjaavien osuus oli perusasteen koulutuksen saaneilla miehillä viisinkertainen verrattuna eniten koulutusta saaneisiin miehiin. (KTL 2004).

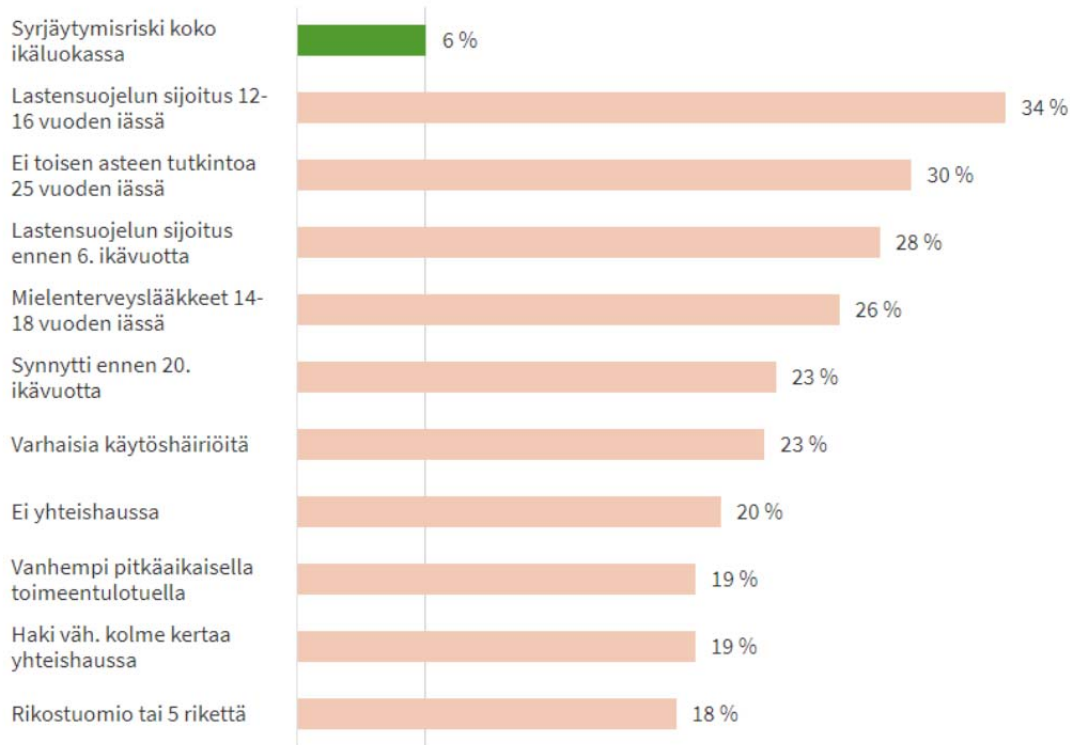


Koulutusaste	Hampaiden harjaamiskerrat	Kaikki	Miehet	Naiset
Kaikki	Kahdesti päivässä	61	45	76
	Kerran päivässä	31	41	22
	Harvemmin	8	14	2
Perusaste	Kahdesti päivässä	50	33	66
	Kerran päivässä	37	44	30
	Harvemmin	13	23	4
Keskiaste	Kahdesti päivässä	58	44	78
	Kerran päivässä	34	44	21
	Harvemmin	8	12	1
Korkea-aste	Kahdesti päivässä	76	64	85
	Kerran päivässä	22	32	15
	Harvemmin	2	4	<1

Kuva 3. Hampaiden harjaamiskertojen jakaumat (%) koulutuksen ja sukupuolen mukaan niillä, jotka haastattelutiedon mukaan olivat hampaallisia (n = 5 595). Terveys 2000 -tutkimustulokset.

Tiivistelmä keskeisistä ongelmista

Syrjäytymisessä tunnistetaan riski- tai vaaratilanteita, jotka edeltävät heikkoon asemaan joutumista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ja Me-säätiön rakentama työkalu syrjäytymisen dynamiikasta (<http://data.mesaatio.fi/syrjaytymisen-dynamiikka>) hyödyntää laajaa THL:n Kohortti87-aineistoa, johon on kerätty tiedot ko. vuonna Suomessa syntyneistä. Työkalu osoittaa, millaisia yhteyksiä erilaisilla syrjäytymisen tekijöillä on toisiinsa ja missä mittakaavassa syrjäytyminen siirtyy sukupolvelta toiselle. Työkalu osoittaa myös kymmenen merkittävintä syrjäytymisen riskitekijää ennen 30 ikävuotta (Kuva 4). Lastensuojelun sijoitus, kouluttamattomuus ja mielenterveyden haasteet olivat yleisimmät riskitekijät syrjään jääneiden vuonna 1987 syntyneiden taustalla.



Kuva 4. Kymmenen merkittävintä syrjäytymisen riskitekijää v. 1987 syntyneillä suomalaisilla. Lähde: Me-Säätiö.

Perhetausta määrittelee merkittävästi lapsen tulevaisuutta. Eriarvoistuminen vaarantaa lapsen mahdollisuuksia kasvaa täyteen potentiaaliinsa, jolloin voidaan menettää paljon lahjakkuutta ja inhimillistä pääomaa. Lasten omissa arvioissa syrjäytyminen määrittyy kaverisuhteiden puuttumisena ja yksinäisyytenä. Kouluterveyskyselyn mukaan kaikista Suomen 8. ja 9. luokkalaisista 2 % tuntee itsensä yksinäiseksi ja on koulukiusattuna vähintään kerran viikossa. Sijoitettujen nuorten osalta luku on 8 % ja ulkomailla syntyneistä 11 %. Ongelmaa olisi lähestyttävä kokonaisvaltaisesti lasten, nuorten ja perheiden näkökulmasta ja etsittävä keinoja tunnistaa enemmän tukea tarvitsevat lapset ja perheet riittävän aikaisin ja kohdistaa toimenpiteitä heille.

Suurin syrjäytymisriski on miehillä. Siksi myös ratkaisuja pitäisi etsiä heidän elämänvaiheistaan ja selvittää, miksi miehet käyttävät terveydenhuollon palveluja naisia vähemmän.

Haasteena on kotouttaa ja ottaa palvelujen piiriin suuri ulkomaalaistaustainen väestö. Vuonna 2000 muun kuin suomen, ruotsin tai saamen kielisiä oli 1,9 % (99 000 henkilöä) väestöstä, mutta v. 2017 jo 6,8 % (373 000 henkilöä), Helsingissä 15 % (98 000 henkilöä). Koko Suomessa ulkomaalaistaustaisten äitien synnytyksiä oli jo 13 % vuonna 2017, kun niitä oli 4 % vuonna 2000. (Lähde: Tilastokeskus)



Ratkaisuja ongelmien korjaamiseksi

Suun terveydenhuollossa voidaan tunnistaa myös muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarve ja ohjata asiakas niiden piiriin. Suun kunnan romahdus saattaa edeltää yleiskunnan romahtamista tai olla merkinä elämänhallinnan pettämisestä tai psyykkisen tilan romahduksesta. Jotkut yleisterveyteen liittyvät ongelmat ja vakavat sairaudet näkyvät suusta toki myös suoraan. Eri toimijoiden yhteistä tekemistä vahvistamalla aikaansaadaan tuki- ja palveluverkostoa suuren palvelun tarpeessa oleville. Sosiaali- ja terveysalan työntekijän kannalta haastavaa on hahmottaa paljon palvelua tarvitsevan tai syrjäytymisvaarassa olevan asiakkaan/potilaan elämäntilanteen kokonaisuus. Tässä haasteessa auttavat eri ammattilaisten kanssa yhdessä sovitut potilaan hoidon ja palvelun tarvetta kartoittavat kysymykset ja puheeksi ottamisen mallit sekä potilaalle laadittava terveys- ja hyvinvointisuunnitelma ja potilaalle nimetty yhteyshenkilö, joka koordinoi proaktiivisesti potilaan tarvitsemia palveluja. Julkisten sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden potilastietojärjestelmien liittyminen kansalliseen potilastiedon arkistoon ja erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä Apotti mahdollistavat muiden ammattilaisten kirjauksien välittämisen ja hyödyntämisen ja tukevat osaltaan asiakkaan ja potilaan sujuvia hoito- ja palveluketjuja.

Potilaan kannalta haastavaa on löytää oikea apu; potilas voi olla yhtä aikaa useamman ammattilaisen työn kohteena eri palvelupisteessä. Syrjäytymistä kokeneiden ihmisten ei ole helppo löytää voimavarojaan ja piileviä taitojaan sekä luottaa omiin kykyihinsä. Tähän on mm. vastattu uudistamalla sosiaali- ja terveystalvija palvelemaan asiakkaita ns. yhden oven periaatteella: asiakkaaksi tulon kanavia parannetaan sekä neuvonta- ja ohjauspalveluja kehitetään yhdenmukaiseksi kokonaisuudeksi. Etsivä/ jalkautuva työ on osa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja, ja sen avulla saatetaan palvelujen piiriin riskiyrkilöitä ja -ryhmiä, jotka hyötyisivät sosiaali- ja terveystalvijaista, mutta ovat niiden ulkopuolella.

Terveys- ja hyvinvointierojen kaventamisessa toiminta suunnataan koko väestöön siten, että vaikutukset ovat tuntuvampia huonommin pärjäävissä ryhmissä ja lisäksi kohdennetaan toiminta huono-osaisimpiin ryhmiin. Tärkeää on säilyttää ja vahvistaa järjestelmiä, joissa terveyden heikkeneminen voidaan tunnistaa ja siihen voidaan puuttua jo varhaisessa vaiheessa (neuvola, kouluterveydenhuolto, kutsunnat, jne.). Järjestelmien sisällä tunnistetaan riskitekijät ja -yksilöt, joille tehostettu toiminta kohdistetaan ja jotka ohjataan oikean palvelun äärelle. Eri toimijoiden yhteistyötä vahvistetaan siten, että aikaansaadaan tukiverkostoa syrjäytymässä olevalle.

Esimerkkejä hyvistä toimintamalleista

Kunnat voivat tarjota rakenteet ja palvelujärjestelmän, jossa syrjäytymistä ehkäistään ja syrjäytymisvaarassa olevia yksilöitä ja yhteisöjä tunnistetaan ja autetaan. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimialalla palveluja on uudistettu luomalla terveys- ja hyvinvointikeskus, perhekeskus ja monipuolinen palvelukeskus -toimintamallit. Ydinprosesseiksi on määritelty asiakkaaksi tulon prosessi, satunnaista palveluja tarvitsevien ja paljon palveluja tarvitsevien prosessit sekä riskiryhmien etsiminen ja tunnistaminen.

Helsingin kaupungin lasten ja nuorten syrjäytymisen ehkäisemisen Mukana-ohjelman tavoitteena on saada aikaan systeeminen muutos, jonka myötä lasten ja nuorten syrjäytyminen, ylisukupolvisen syrjäytymisen periytyminen ja alueellinen eriytyminen vähenevät Helsingissä. Olemassa olevan tutkimustiedon, viranomaistiedon ja nuorilta kerätyn kokemustiedon perusteella keskeisiksi juurisyiksi ylisukupolviselle syrjäytymiselle on priorisoitu: yksinäisyys ja ulkopuolisuus, turvaton



lapsuus, peruskoulun varaan jääminen ja lapsuuden ajan köyhyys. Ohjelmassa panostetaan suurimmassa syrjäytymisvaarassa olevien lasten ja nuorten tien turvaamiseen, ja lisäksi vahvistetaan peruspalveluja, jotta syrjäytymisriskit eivät lisäänty. Syrjäytymisen ehkäisyssä tärkeää on kohdentaa toimenpiteet oikea-aikaisesti, vahvistaa hyvinvointia tukevien ja suojaavien tekijöiden ja kasvuympäristöjen, kuten päivähoidon, koulun ja harrastusten toimintamahdollisuuksia sekä huolehtia palveluiden tavoitettavuudesta. Ratkaisuja etsitään yhteisesti kaupungin eri toimialojen, kolmannen ja yksityisen sektorin toimijoiden ja kaupunkilaisten kanssa.

Kolmevuotiaille kohdennettavalla Neuvola päiväkodissa -toimintamallilla pyritään tavoittamaan perheet ja lapset tutussa toimintaympäristössä: neuvolan terveydenhoitajat toteuttavat terveystarkastuksen ja suun terveydenhuollosta hammashoitajat suun terveystarkastuksen päiväkodissa ja pitävät vanhemmille yhteisen keskustelutilaisuuden yhdessä varhaiskasvatuksen ammattilaisten kanssa. Toimintamallilla tavoitetaan niitä suomalaisia ja ulkomaalaistaustaisia perheitä, jotka eivät käy tavanomaisissa neuvolapalveluissa.

Helsingiläisille lapsiperheille on kehitetty yhdessä asiantuntijoiden ja vanhempien kanssa Perheentuki-sivusto (www.hel.fi/perheentuki), josta löytyy yhden osoitteen alta tietoa raskaudesta, synnytyksestä, lapsen eri kehitysvaiheista sekä lapsiperheiden palveluista. Lisäksi kehitteillä on lapsi- ja perhepalveluja tukeva HelppiPerhe-toimintamalli, johon kuuluvat perheen tilanteen selvittely, palvelutarpeen arviointi ja varhainen tuki. Osana ”HelppiPerhettä” otetaan käyttöön lapsiperheille suunnattu sähköinen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteydenottolomake.

Riskiryhmien etsiminen ja tunnistaminen on yksi Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan määrittämisestä ydinprosesseista. Toukokuussa 2018 Pohjois-Helsingissä toteutettiin kokeilu, jonka tarkoituksena oli kehittää keinoja puuttua jo varhaisessa vaiheessa lasten tuen tarpeen ja vanhempien voimavarojen tunnistamiseen. Lapsia, vanhempia ja perheitä työssään kohtaaville sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille (terveysasemat, hammashoitolat, psykiatria- ja päihdepalvelut, nuorten ja aikuisten sosiaalipalvelut) luotiin lapsiperheiden tuen tarpeen tunnistamisen ja puheeksi ottamisen kysymysmalli, jolla kartoitettiin lapsiperheiden arkea ja tuen tarvetta sekä hyvinvointiin liittyviä asioita. Kokeilussa luotiin ohjeistus lapsen/aikuisen/perheen ohjaamiseksi tarpeenmukaisiin palveluihin ja sähköisen Perheentuki-sivuston käyttöön. Kysymysmalli todettiin toimivaksi, ja sen avulla löydettiin tuen tarpeessa olevia asiakkaita. Kokeilu ei kuitenkaan onnistuttu luotettavasti seuraamaan asiakkaiden ohjaamista oikeaan palveluun ja palveluun kiinnittymistä.

Valtioneuvoston asetuksessa neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä ehkäisevästä lasten ja nuorten suun terveydenhuollosta (380/2009, päivitetty 338/2011) painopisteenä on terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä varhaisen tuen tehostaminen niin, että korjaavien palveluiden tarve vähenee. Helsingissä osana perhekeskuksen toimintaa hammashoitajat ja neuvolan terveydenhoitajat tekevät yhteisvastaanotolla 1-vuotiaiden terveystarkastuksen ja suun terveystarkastuksen. Tällä toimintamallilla suun terveydenhuollon tarkoituksena on tavoittaa niitä perheitä, jotka eivät hakeutuisi suun terveystarkastuksiin hammashoitolaan. Terveystarkastuksissa esille tulleiden tarpeiden pohjalta lapselle suunnitellaan yksilöllinen ja saumattomasti jatkuva palvelukokonaisuus. Hammaslääkärin tarkemman tutkimuksen ja hoidon tarpeessa olevat lapset ohjataan hammashoitolaan lapsitiimille. Hammashoitolassa erityisen tuen tarpeessa olevat perheet ohjataan perhekeskuksen monitoimijaiselle arviointitiimille, joka kartoittaa perheen palvelujen tarpeen.



Yhdessä koululla -toimintamallissa ensimmäisen luokan oppilaat saavat yhteisvastaanotolla kouluterveydenhoitajan terveystarkastuksen ja suuhygienistin suun terveystarkastuksen. Tarkoituksena on yhdistää koulunsa aloittavan lapsen terveystarkastukset perhettä palvelevaksi kokonaisuudeksi. Koululaisen ja perheen voimavarat tunnistetaan. Mahdolliset sairaudet sekä terveyttä ja hyvinvointia uhkaavat tekijät pyritään löytämään varhain. Kasvun ja kehityksen tueksi omahoidon tavoitteet kirjataan jokaiseen eri toimijoiden tietojärjestelmään. Tämä mahdollistaa seurannan eheyden ja varhaisen tuen antamisen.

Osana riskiryhmien etsimisen ja tunnistamisen prosessia on suunniteltu psykiatrisen tai päihdeongelmaisen asiakkaan ryhmävastaanotto yhteistyössä suun terveydenhuollon sekä psykiatrisen tai päihdehuollon palveluyksikön henkilöstön kanssa. Tavoitteena on madaltaa hoitoon hakeutumisen kynnyksiä ja sitouttaa asiakkaita omahoitoon ja kokonaishoitoon. Mallissa psykiatrisen tai päihdehuollon henkilöstö kartoittaa haastattelulla asiakkaan omat toiveet ja tarpeet suun terveydenhuollon palveluihin. Asiakas on aktiivinen osallinen prosesseissa. Ryhmävastaanotolla asiakas saa vertaistukea muista käynnille osallistuvista, ja tukena on psykiatrisen hoitaja tai päihdehuollon työntekijä.

Sinikka Varsio, vs. johtajahammaslääkäri, Helsingin kaupunki

Lähteet:

Halme N, Hedman L, Ikonen R ja Rajala R. Lasten ja nuorten hyvinvointi 2017. Kouluterveyskyselyn tuloksia. THL:n työpapereita 15/2018
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136748/URN_ISBN_978-952-343-115-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kouluterveyskyselyn tulokset v. 2017:
<https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tutkimustuloksia>

Laine T, Hyväri S, Vuokila-Oikkonen P (toim): Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Tammi 2010.

Me-säätiö. <https://www.mesaatio.fi/>

Mukana-ohjelma. Eriarvoistumisesta osallisuuteen. Lasten ja nuorten syrjäytymisen ehkäisemisen kaupunkistrategiahanke 2017–2021. Helsingin kaupunki.

Suomalaisten aikuisten suun terveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B16/2004.
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78322/2004b16.pdf?sequence=1&isAllowed=y>