

Huono-osaisuuden ja sairastavuuden kytkennästä diakonian asiakkaila

Pitkäaikaissairauksien yleisyys vaihtelee Suomessa johdonmukaisesti sosioekonomisen aseman mukaan yhtä lailla kuin kuolleisuus ja koettu terveys. Artikkelissa hahmotetaan miten sairaudet ja huono-osaisuus kytkeytyvät yhteen Suomen evankelisluterilaisen kirkon diakoniatyön asiakkaiden keskuudessa. Tavoitteena on tunnistaa niitä mekanismeja ja prosesseja, jotka kytkevät sairastavuuden ja huono-osaisuuden toisiinsa. Tutkimusaineisto muodostuu diakoniatyöntekijöiden teemahaastatteluista (N = 21) sekä diakonian asiakkaita koskevista Kirkon diakoniarahaston avustushakemuksista ja -päätöksistä vuosilta 2004–2006 (N = 170). Sairauden ja huono-osaisuuden yhteenkietoutumisen prosessia tutkittiin episodianalyysin avulla neljässä vaiheessa: huono-osaisten ihmisten erityisongelmat ennen sairastumista, hoitoon hakeutumisessa, hoidon riittävydessä ja laadussa sekä jatkohoidossa. Tulosten mukaan terveydessä ja huono-osaisuudessa ei ole kyse toisistaan riippumattomista taustatekijöistä vaan yhden ja saman prosessin vipuvoimista. Köyhyys aineellisten elinehtojen puutteena sairastuttaa. Aineellinen ahdinko voi tarkoittaa sitä, että terveydenhoidosta tingitään esimerkiksi asiakasmaksujen tai matkakulujen takia.

HEIKKI HIILAMO, SAKARI HÄNNINEN, KAISA KINNUNEN

JOHDANTO

Terveyserot ovat olleet Suomessa suuren kiinnostuksen kohteena kolmen viime vuosikymmenen aikana. Suomessa onkin runsaasti tietoa terveyserojen taustatekijöistä (mm. Koskinen ym. 2007, Lahelma ym. 2007, Ostamo ym. 2007, Prättälä ym. 2007). Sosiaaliryhmien väliset terveyserot muuttuivat hyvin vähän 1970-luvulla, mutta ovat sen jälkeen kasvaneet. Terveyserot kasvoivat 1990-luvun laman jälkeen yleisestä vaurastumisesta huolimatta. Kuolleisuuserot ovat kasvaneet vieläkin enemmän. Pitkäaikaissairauksien yleisyys vaihtelee johdonmukaisesti sosioekonomisen aseman mukaan yhtä lailla kuin kuolleisuus ja koettu terveys (Koskinen ym. 2007, 74). Toisin sanoen mitä alempi on sosiaalinen asema tai koulutustaso, sitä yleisempiä ovat pitkäaikaissairaudet ja sitä heikompi koettu terveys. Sosiaaliryhmän mukainen 35-vuotiaiden miesten elinajanodote kohosi vuosina 1983–2005 kaikissa sosiaaliryh-

missä, mutta ero toimihenkilöiden ja työntekijöiden välillä kasvoi vastoin terveyspoliittisia tavoitteita (Valkonen 2007, 247).

Suomalaisten kuolemansyiden tarkastelusta on käynyt ilmi, että terveyserot ovat johdonmukaiset lähes kaikissa tautiryhmissä, mutta ne ovat kaikkein suurimmat sydän- ja verisuonitaudeissa, hengityselinsairauksissa, keuhkosityövissä, alkoholisidonnaisissa kuolemansyissä sekä tapaturma- ja väkivaltakuolemissa. Tämän perusteella voisi väittää, että terveyserojen taustalla on tunnettujen kansantautien ja väkivaltaisten kuolemien riskitekijät: ravitsemus, tupakka ja alkoholi. Olisi silti harhaanjohtavaa palauttaa terveyserojen ja sairastuvuuden syyt yksin terveyskäyttämiseen. Terveiden eriarvoisuus Suomessa -raportissa esitetäänkin johtopäätöksenä, että “nykyisen tietämyksen valossa on ... ilmeistä, että aineellisilla elinoloilla ja terveyskäyttämällä on erityisen suuri merkitys terveyserojen synty-

sessä.” (Lahelma ym. 2007, 32). Tai vielä tarkemmin sanottuna: “kolme keskeisintä terveyserojen syyryhmää ovat nykykäsityksen mukaan juuri aineelliset tekijät, terveyskäyttäytyminen ja psykososiaaliset tekijät.” (Lahelma ym. 2007, 37).

Terveyserojen syntyyn voi olettaa vaikuttavan merkittävällä tavalla sen kuinka aineelliset elinolot, terveyskäyttäytyminen ja psykososiaaliset tekijät tosiasiallisesti kietoutuvat toisiinsa. Yhteystä on vähän tietoa Suomesta runsaasta sosiolääketieteellisestä ja terveys sosiologisesta tutkimuksesta huolimatta (vrt. Black ym. 1982, Moran ja Simpkin 2000). Näissä tarkasteluissa on taipumus erotella terveyteen ja terveyseroihin vaikuttavat tekijät toisistaan (taustamuuttujina) ja jättää tarkastelun ulkopuolelle se nimenomainen tapa ja nimenomaiset muodot, joilla ne yhteiskunnallisen elämän eri ulottuvuuksina kietoutuvat toisiinsa. Suomesta puuttuu lisäksi lähes kokonaan sellainen terveyden ja huono-osaisuuden suhdetta ja sen monimuotoisuutta selvittävä sosiaaliantropologinen tutkimus, jossa tarkastelun kohteena olisivat nimenomaan eri elämän piirit ja puolet toisiinsa yhdistävät yhteiskunnalliset ja yhteisölliset prosessit tietyssä ympäristössä. Esimerkkejä tämännäköisistä ulkomaisista tutkimuksista ovat Jocelyn Cornwellin (1984) tutkimus Itä-Lontoosta ja Mildred Blaxterin ja Elizabeth Patersonin (1982) tutkimus heikoissa sosiaalis-taloudellisissa olosuhteissa elävistä keski-ikäisistä naisista ja heidän tyttäristään skotlantilaisessa kaupungissa. Suomessa on toki tehty paljon tutkimusta eri potilasryhmistä ja tarkasteltu tietyn sairauden tai riippuvuuden yhteiskunnallista ilmentymistä ja merkitystä esimerkiksi sosiologian, sosiaalipsykologian ja sosiaalityön näkökulmista, mutta varsinaisesta sairastavuuden ja huono-osaisuuden yhteenkietoutumisen analyysistä niissä ei ole kysymys. Sairauden ja huono-osaisuuden kytkeytymisen analyysiksi ei myöskään riitä, että havaittuja yhteyksiä kuvataan, mitataan ja tulkitaan tarkoitukseen valikoitujen taustamuuttujien avulla. Esimerkiksi Simo Mannilan (1993) tutkimuksessa Työhistoria ja syrjäytyminen tarkastellaan erilaisten sosiaalista syrjäytymistä indikoivien tekijöiden merkitystä ja vaikutusta vaikeasti työllistyvien terveysongelmaisten elämäntilanteissa, mutta mikään varsinaisten näiden tekijöiden yhteenkietoutumisen tai kasaantumisen analyysi se ei silti ole.

Merkittävän poikkeuksen huono-osaisuuden ja sairastavuuden yhteyden analysoimiseksi Suomessa muodostaa Matti Kortteisen ja Hannu

Tuomikosken Työtön -teos (1998). Siinä työttömyyttä, huono-osaisuutta ja sairastuvuutta ja niiden välisiä yhteyksiä lähestytään prosessina, jolle on ominaista ongelmien kasaantuminen. Kortteisen ja Tuomikosken ratkaiseva empiirinen löydös on huomion kiinnittäminen luottamuksen/epäluottamuksen merkitykseen mentaalisenä rakenteena, joka selittää työttömyyden, huono-osaisuuden ja sairastavuuden välistä yhteyttä ja samalla välittää ongelmien purkautumisen/kasaantumisen prosessia. Tekijät korostavat sitä, että empiiristen löydösten merkitys riippuu olennaisesti siitä miten luottamus – tai luottamusta kuvaava muuttuja (Minnesota Multiphased Personality Inventory) – tulkitaan.

Työtön -teoksessaan Kortteinen ja Tuomikoski painottavat, että luottamuksen/epäluottamuksen tulkinnassa huomio olisi kiinnitettävä sekä psyyken että sosiaalisen rakenteistumiseen. Vaikutusyhteys esimerkiksi työttömyyden ja sairastavuuden välillä olisi siten kaksisuuntainen. Niinpä luottamuksen/epäluottamuksen voi katsoa välittävän tätä kaksisuuntaista kausaalista yhteyttä. Kortteisen ja Tuomikosken tapa tarkastella aineellisten, sosiaalisten ja psyykkisten tekijöiden yhteenkietoutumista huono-osaistumisen prosessissa luottamuksen käsitteen avulla tarjoaa lähtökohdan analysoida huono-osaisuuden ja sairastavuuden kytkentöjä diakoniatyön asiakkailta myös tässä tutkimuksessa.

TUTKIMUKSEN TAVOITE

Pyrimme siis seuraavassa hahmottamaan miten sairaudet ja huono-osaisuus kytkeytyvät yhteen Suomen evankelis-luterilaisen kirkon diakoniatyön asiakkaiden keskuudessa. Tutkimustehtävä liittyy osin sosioekonomisten terveyserojen taustatekijöihin, mutta ei kuitenkaan keskity tähän kysymykseen. Emme esimerkiksi vertaa diakoniatyön asiakkaiden tilannetta valtaväestöön (esim. Klavus ym. 2008, Karvonen 2009) tai muihin huono-osaisten ryhmiin, kuten vaikkapa vankeihin (Joukamaa 1991). Tämän tutkimuksen tavoitteena on tunnistaa niitä mekanismeja ja prosesseja – siis tunnistaa syitä ja välityksiä – jotka kytkevät sairastavuuden ja huono-osaisuuden toisiinsa, ja samalla ymmärtää miten huono-osainen voi selviytyä sairauksiensa kanssa nykypäivän Suomessa diakonian asiakkaiden keskuudessa.

Puhumme tietoisesti huono-osaisuudesta emmekä syrjäytymisestä, koska jälkimmäinen käsite ei ole yhtä herkkä tämän ryhmän tai näiden ryhmien monimuotoisuudelle ja sisäisille eroille (vrt.

Thompson ja Wildavsky 1986). Niinpä olemme myös hyvin tietoisia siitä, että tarkastelumme kohteena olevat huono-osaisten diakonian asiakkaat eivät suinkaan voi edustaa koko huono-osaisten kirjoja vaan ovat jossain määrin valikoitunut joukko. Diakoniatyössäkin kohdataan vain satunnaisesti sellaisia todella kovaosaisia, jotka ovat täysin pudonneet julkisesta palvelujärjestelmästä, mikä itse asiassa antaa mahdollisuuden heidän kohdallaan arvioida myös julkisen terveydenhuollon toimivuutta (vrt. Larivaara ja Teperi 2007). Diakonian apua terveyteen liittyvissä ongelmissa hakevat nimenomaan erilaiset välinpuotoajaryhmät, moniongelmaiset sekä pitkään perusturvan varassa eläneet. Terveyteen liittyvissä kysymyksissä naiset ovat miehiä yleisemmin asiakkaina, samoin yksineläjät useammin perheelliset. Diakonian asiakkaisiin kuuluu myös yksinäisiä työikäisiä – erityisesti miehiä – joilla on epäterveelliset elämäntavat. Joukkoon kuuluu myös asunnottomia ja asuntoloissa asuvia (Kinnunen 2009, 249).

Diakoniatyön asiakkaina on erityisesti mielenterveyden häiriöistä kärsiviä ihmisiä sekä eläkeläisiä, jotka eivät ole hakeneet tai eivät saa toimeentulotukea sairaskuluihinsa. Diakoniasta hakevat apua myös sairastuneet opiskelijat, pätkä- ja silpputyöläiset, menestymättömät aloittelevat yrittäjät, sairauden tai vammautumisen takia uudelleen koulutettavina olevat sekä pitkäaikaisyöttömät. Yksinhuoltajat ja lapsiperheet eivät hae apua yhtä usein sairauden kuin muiden syiden takia, mutta perheen ainoan elättäjän tai pääelättäjän sairastuminen tai vammautuminen voi olla syy avun hakemiseen (Kinnunen 2009, 249). Valikoituneisuudestaan huolimatta diakonian asiakasryhmän tilanteiden analyysi kertoo paljon siitä, millä nimenomaisilla tavoilla sairastavuus ja huono-osaisuus kytkeytyvät toisiinsa eräänlaisena ketjuna ja miten tämän ketjun voisi katkaista.

TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

AINEISTO

Kirkon diakoniatyöllä on laaja kosketus heikossa asemassa oleviin suomalaisiin. Peruseriaatteensa mukaisesti diakoniatyö auttaa niitä, joita muu yhteiskunnan tuki ei tavoita. Seurakunnilla oli vuonna 2007 noin 1450 diakoniatyöntekijää (Kirkon tilastollinen vuosikirja 2007, 29). Asiakaskontakteja kertyi yli 709 000, joista reilu kolmannes tapahtui puhelimitse tai sähköpostitse.

Diakoniatyö on perinteisesti suuntautunut terveyskysymyksiin, olivathan diakonissat osa perusterveydenhuoltoa ennen kansanterveyslain voimaantuloa. Diakoniatyöntekijään otetaan yhteyttä lähes yhtä usein sairauden kuin taloudellisen ahdingon takia. Kun diakoniatyöntekijät selvittävät yksityiskohtaisesti asiakkaan kanssa hänen oikeutensa lakisääteiseen sosiaaliturvaan ja terveyspalveluihin, selvittelyprosessi tuottaa tietoa yhtä lailla vaikeassa asemassa olevien ihmisten tilanteista kuin siitä, miten julkinen apu tavoittaa vaikeassa tilanteessa olevia henkilöitä ja perheitä. Diakoniatyön asiakkaiden tila(nteide)n analysointi tarjoaakin ainutlaatuista laadullista tietoa suomalaisen yhteiskunnan syrjityistä väestönosista ja jopa terveyserojen taustatekijöistä, jotka liittyvät huono-osaisten tilanteisiin ja huono-osaistumisen prosesseihin.

Aineistonamme on Sairas köyhyys-tutkimuksen (Kinnunen 2009) aineisto, joka koostui diakoniatyöntekijöiden teemahaastattelusta (n = 21) sekä Kirkon diakoniarahaston avustushakemuksista ja -päätöksistä vuosilta 2004 –2006 (n = 170).

Haastatteluaineisto koostuu 21 diakoniatyöntekijän haastattelusta vuonna 2008 jokaisessa Suomen evankelis-luterilaisen kirkon yhdeksässä hiippakunnassa. Haasteltaviksi valittiin sellaisia diakoniatyöntekijöitä maaseutu- ja kaupunkiseurakunnista, joiden työnkuvaan kuului olennaisena osana asiakastyö ja terveyteen liittyvä auttaminen. Työntekijät olivat hoitaneet diakoniatyöntekijän virkaa tai viransijaisuuksia neljästä 33 vuoteen. Haastattelujen teema-alueita olivat terveyteen liittyvän avun tarpeen ilmeneminen ja havaitseminen diakoniatyössä, kokemukset asiakkaiden sairaudesta ja huono-osaisuudesta, kokemukset avun saamisesta julkisista sosiaali- ja terveyspalveluista, yhteistyö kunnallisten ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa asiakkaiden terveysongelmissa, diakonian mahdollisuudet auttaa asiakkaita terveyteen ja sairauteen liittyvissä ongelmissa sekä terveydenhoitoon liittyvän auttamisen asema diakoniatyössä (Kinnunen 2009, 54–61).

Tutkimustehtävämme kannalta tämän haastatteluaineiston käytössä ja diakoniatyöntekijöiden valinnassa informanteiksi on se etu, että työnsä ja koulutuksensa puolesta (ammattilliselta peruskoulutukseltaan diakoniatyöntekijät ovat joko hoitoalan koulutuksen saaneita sairaanhoitaja [AMK] -diakonissoja, tai sosiaalialan koulutuksen saaneita sosionomi [AMK] -diakoneja)

diakoniatyöntekijöillä on hyvä mahdollisuus, ammattitaitoa ja kykyä tehdä havaintoja ja arvioita huono-osaisten asiakkaidensa terveydentilasta, terveydenhoitoon liittyvistä ongelmista ja paikallisesta sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmästä asiakkaiden auttajana. Seurakunnan tilaisuuksissa, kotikäynneillä ja diakonian vastaanotoilla diakoniatyöntekijät havaitsivat terveyteen liittyviä ongelmia, huomaavat toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia ja löytävät terveyspalvelujen ulkopuolelle jääneitä henkilöitä.

Terveydestä ja sairaudesta keskustellaan diakonian vastaanotolla ja kotikäynneillä varsin avoimesti. Diakonian asiakkailta on usein sairauden kohdatessa kuulluksi tulemisen ja henkisen tuen saamisen tarvetta, ja diakoniatyöntekijät koetaan yleensä helposti lähestyttäväksi ja vaitolovelvollisuutensa vuoksi luotettaviksi auttajiksi. Diakoniatyössä on myös enemmän aikaa paneutua ihmisen koko elämäntilanteeseen kuin esimerkiksi sosiaalityöntekijän vastaanotolla. Asiakas-suhteet voivat olla pitkäaikaisia, ja pienellä paikakunnalla diakoniatyöntekijä saattaa tuntea myös asiakkaansa perheen ja taustat. Tämä lisää usein luottamusta ja avoimuutta – vaikka voi olla toisaalta myös avun hakemisen este. Osalle huono-osaista kansalaisista diakoniatyö on vierasta, eikä diakoniatyö välttämättä tavoita hädän ääripäätä eli niitä, jotka ovat kyvyttömiä hakemaan apua tai haluttomia ottamaan sitä vastaan.

Haastatteluaineistolla on myös muita rajoituksia kuin se, ettei diakoniatyö välttämättä tavoita suomalaisen yhteiskunnan huono-osaisuuden koko kirjoa ja ääripäätä. Kysymyksessä on välittynyt tieto eli diakoniatyöntekijöiden kokemukset ja käsitykset huono-osaisten ihmisten elämästä ja julkisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän toiminnasta. Henkilökohtaisten käsitysten lisäksi haastateltujen näkemykset saattavat heijastaa myös ammattikunnan vallitsevia käsityksiä ja arvioita. Huono-osaisten ihmisten oma-kohtaiset kokemukset ja käsitykset välittyvät aineistosta vain tulkittuina. Diakoniatyöntekijöiden kokemukset asiakkaiden avun saamisesta julkisesta palvelujärjestelmästä painottuvat väistämättä ongelmakohtiin, koska diakoniaan turvaudutaan usein viimeisenä luukkuna eli silloin kun asiat eivät ole sujuneet niin kuin pitäisi.

Kirkon diakoniarahaston avustushakemusaineiston käyttöä tutkimusaineistona puoltaa se, että aineisto tarjoaa mahdollisuuden tarkastella erityisesti sairauden ja huono-osaisuuden prosesseja. Kahden erilaisen lähdeaineiston käyttö antaa

samalla mahdollisuuden vertailla diakoniatyöntekijöiden haastattelujen avulla saatua tietoa diakoniarahaston avustustyön ohessa karttuneisiin dokumentteihin asiakkaiden huono-osaisuudesta ja sairauksista, mikä parantaa tulkintojen luotettavuutta. Avustushakemusaineiston lähdeaineistona ovat Kirkon yhteiselle diakoniarahastolle vuosina 2004–2006 lähetetyt avustushakemukset (yhteensä 896 kpl). Avustushakemukset ovat diakoniatyöntekijöiden asiakkaidensa puolesta lähettämiä hakemuksia, joissa he arvioivat avustuksen tarvetta. Diakoniarahaston avustusta haetaan asiakkaille, joilla on tavallista suurempia taloudellisia vaikeuksia. Toisaalta heidän tilanteessaan nähdään olevan muutoksen ja selviytymisen mahdollisuus. Keskeisessä osassa avustusprosessissa on yhteistyö sosiaalitoimen, velkaneuvonnan ja muiden auttajatahojen kanssa sekä diakonian antama henkinen tuki.

Avustushakemuksessa selvitetään avustuksenhakijan taloudellinen tilanne ja kerrotaan hakemuksen perustelut. Tiedot taloudellisesta tilanteesta perustuvat diakoniatyöntekijälle näytettyihin tositteisiin. Hakemuslomakkeeseen sisältyy diakoniatyöntekijän kirjoittama kuvaus taloudelliseen ahdinkoon johtaneista tapahtumista ja ongelmien ratkaisuyrityksistä. Osaan hakemuksista liittyy avustuksenhakijan oma vapaamuotoinen velkaantumisselvitys.

Avustusaineisto on syntynyt kirkkoinstituution sisällä diakonisen avustamistyön ohessa tutkijasta riippumatta. Aineiston etuja ovat avunhakijatalouden elinoloista saatavat varsin tarkat tiedot ja ahdinkoon johtaneiden kehityskulkujen vaiheiden kuvaukset. Etenkin silloin, kun sairaus on ollut osasyynä taloudellisiin ongelmiin johtaneessa kehityskulussa, kuvaillaan avunhakijatalouksissa esiintyviä diagnooseja ja terveydellisten ongelmien vaikutuksia sangen tarkasti – terveydentilaan liittyvät tekijät kun voivat olla perusteluna taloudelliselle auttamiselle. Avustusaineistoa käytettäessä on kuitenkin otettava huomioon, että kysymyksessä ovat aina avustuksen laatineen diakoniatyöntekijän ja kirkkohallituksen avustusta käsitelleen avustusvalmistelijan tekemät tulkinnat sairauden merkityksestä huono-osaistumisen prosessissa. Avunhakijan oma ääni ja kokemus eivät kuulu suoraan tässä aineistossa mahdollista itse kirjoitettua velkaantumisselostusliitettä lukuun ottamatta. Tyypillinen ero diakoniatyöntekijän laatimassa tapahtumakuvaus- ja avunhakijoiden omissa selostuksissa on, että avunhakijat aloittavat tapahtumien kuvauk-

sen kauempaa elämänhistoriastaan kuin diakoniatyöntekijä, joka pitäytyy usein aikuisiän tapahtumissa ja diakonian asiakkuuteen johtaneissa syissä. Omissa selostuksissaan ihmiset eivät tee selkeää eroa sairauden ja sen välillä, mitä muuten on tapahtunut heidän elämässään (vrt. myös Cornwell 1984, 161–163, 205–206).

Laajempi avustusaineisto jakautuu kahdeksi ala-aineistoksi. Niin kutsuttuun yleisaineistoon (n = 92) kerättiin tasavälipöiminnällä joka kymmenes vuosina 2004–2006 käsitelty avustushakemus, sekä hyväksytyt että hylätyt. Sairausaineisto (n = 78) sisältää kaikki ne vuoden 2005 avustushakemukset, joissa sairaus on merkitty ahdingon alkusyyksi. Vuoden 2005 hakemuksissa ei ollut oleellisia eroja verrattuna edellisen ja seuraavan vuoden hakemuksiin. Hakemukset koodattiin taulukkoon, joka sisälsi tiedot hakijan iästä, sukupuolesta, asuinalueesta, siviilisäädystä, pääasiallisesta toiminnasta, lasten lukumäärästä, tuloista ja menoista (myös sairaskulut), veloista ja omaisuudesta sekä hakemuksesta ilmenevistä diagnooseista, oireista ja terveyteen vaikuttavista vammautumisista, onnettomuuksista ja muista poikkeuksellisista vastoinkäymisistä (väkivalta ja kuolemantapaukset) avunhakijataloudessa. Sairausaineistossa on lisäksi ns. kuvaussarake. Siihen on tiivistetty sanallinen tapahtumakuvaus, johon sisältyy tietoja muun muassa taloudellisen ahdingon kestosta, ongelmista eri elämänalueilla ja ongelmien esiintymisjärjestyksestä avustusta hakevassa taloudessa (Kinnunen 2009, 172–177.)

Sairas köyhyys – tutkimus lähestyi sairautta ja huono-osaisuutta kirkon diakoniatyön asiakskunnan ja työmuotojen näkökulmasta. Jäsensimme kuitenkin aineistoa uudelleen sen mukaan, mitä se kertoo nimenomaan sairastamisen ja huono-osaisuuden kytkennästä. Lähestymme terveyttä fyysisenä ja psyykkisenä terveytenä, mutta käsittelemme myös ihmissuhteiden ja sosiaalisen tuen merkitystä terveydelle.

Aineiston avulla emme pysty kertomaan miten yleisiä kuvatut tilanteet ja prosessit ovat. Se tarjoaa kuitenkin johtolankoja siihen, miksi ja miten heikko sosio-ekonominen asema ja terveys ovat yhteydessä toisiinsa 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen Suomessa.

AINEISTON ANALYYSI

Tässä tutkimuksessamme tarkastellaan sairauden ja huono-osaisuuden yhteenkietoutumista prosessina. Tämän monisyisen ja monitasoisen ilmiön rajaamisessa ja jäsentämisessä sovellettiin episo-

din käsitettä kehyksenä, jonka avulla varsinainen analyysin kohde voitiin tämentää (Miles ja Huberman 1994) aineistolähtöisesti. Tällöin episodilla, siis tässä huono-osaisuuden ja sairastavuuden yhteenkietoutumisella, tarkoitettiin Annabin, Crowstonin ja Heckmanin (Annabi, Crowston ja Heckman 2008) esikuvan mukaisesti tapahtumien kulkua, jolla perusmuodossaan on alku, keskikohta ja loppu.

Tällaisen sairastavuuden ja huono-osaisuuden yhteenkietoutumista kuvaavan episodin käsitteellistäminen ja tunnistaminen oli mahdollista tehdä diakoniarahaston avustushakemusten ja diakoniatyöntekijöiden teemahaastattelujen pohjalta, sillä ne seuraavat varsin systemaattisesti tapahtumien kulkua. Aineiston tuottamisen näkökulmasta episodin voisikin ymmärtää diakoniatyöntekijöiden ja heidän asiakkaidensa välistä vuorovaikutusta kuvaavana sosiaalisena episodina (Forgas 1979). Tämä läheinen ja pitkäjänteinen vuorovaikutus selittää samalla sitä, miksi diakoniatyöntekijöiden valinta avaininformantiksi (Gilchrist 1999) oli perusteltua.

Aineistolähtöinen tarkastelu, siis aineiston moninkertainen läpikäynti ja varsinkin sen ydinlauseiden tunnistaminen (Martin, Päiviö ja Labadie 1990) sekä teema-analyysi, johti päätelmään, että sairastavuuden ja huono-osaisuuden yhteenkietoutumisen prosessia kuvaava episodi kannatti ongelmakeskeisesti jakaa neljään vaiheeseen: ongelmat ennen sairastumista, ongelmat hoitoon hakeutumisessa, ongelmat hoidon riittävytydessä ja laadussa, sekä ongelmat jatkohoidossa.

Ongelma-alueiden tunnistaminen ja niitä luonnehtivien teemojen analyysi teki puolestaan mahdolliseksi muotoilla tarkemmat kysymykset siitä, mitkä nimenomaiset tekijät laukaisevat episodina tulkitun sairastavuuden ja huono-osaisuuden yhteenkietoutumisen prosessin, mitkä tekijät sitä kuljettavat eteenpäin ja mahdollisesti syventävät, mitkä tekijät taasen voivat kääntää kulun suuntaa, ja mistä tekijöistä prosessin lopputulos ja jatko jäävät erityisesti riippumaan.

Näihin kysymyksiin vastaamiseksi sovelsimme sekä haastatteluaineiston että avustushakemusten kohdalla aineistolähtöistä laadullista sisällönanalyysia. Etsimme aineistoista huono-osaisuuden ja sairastavuuden yhteyksiä kuvaavia mainintoja ja sijoitimme sitten kysymysten kannalta olennaisimmat lausumat ongelmakeskeisesti alakategorioihin. Yläkategorioihin ja lopulta yhdistävään kategoriaan pelkistämisen ja käsitteellistämisen kautta päädyttiin johtopäätökseen,

että huono-osaisuuden ja sairastavuuden kytkeä ei voida ymmärtää tai selittää pelkästään tärkeiksi havaittujen taustatekijöiden yhteisvaikutuksena. Kyseessä on itse itseään syöttävä dynaaminen prosessi, kierre tai noidankehä, jonka edetessä yhä pienemmillä muutoksilla tai lähtökohtien eroilla on entistä suurempi vaikutus. Tällaisen joskus varsin kaoottiseksi muodostuvan prosessin liikevoimina voidaan mainita seuraavat (yläkategorioiden) erotellut ilmiöt: sairaus köyhdyttää ja köyhyys sairastuttaa; syrjäytyminen sairastuttaa ja sairaus syrjäyttää; sairaus sairastuttaa.

TULOKSET

ONGELMAT ENNEN SAIRASTUMISTA

Huono-osaisuus voi välittyä välinpitämättömyytenä omasta terveydestä tai sellaisena arjen paineena, joka estää oireiden ilmituloa kunnes sairaus puhkeaa vastaansanomattomana. Huono-osaisuus voi näkyä myös harkitsemattomassa riskinotossa sekä kehoissa valmiuksissa omasta terveydestä huolehtimiseen (Batty ym. 2010). Mildred Blaxterin ja Elizabet Patersonin klassisessa tutkimuksessa terveyskäyttäytymisestä ja terveysasenteista köyhissä skotlantilaisperheissä todettiin esimerkiksi ennaltaehkäisevien terveyspalvelujen käyttö hajanaiseksi ja passiiviseksi kaikkein huono-osaisimmiksi luokitelluissa perheissä. Odotukset normaalista terveydestä olivat tutkituissa perheissä yleensäkin varsin matalia ja positiivisen terveyden idea lähes tuntematon (Blaxter ja Paterson 1982, 29–31, 186). Jocelyn Cornwellin tapaustutkimuksessa köyhien itälon-toolaisten perheiden terveyskäsitteistä ja terveyspalvelujen käytöstä havaittiin, että raskaaseen ruumiilliseen työhön tai vaarallisiin työoloihin alhaisen koulutuksensa vuoksi päätyneet miehet ottivat ammattiinsa liittyvät terveysriskit annettuna osana työnkuvaa, jolle ei ollut muuta vaihtoehtoa kuin työttömyys. Köyhissä oloissa elävät kotiäidit taas eivät voineet sairastaa itse, jos ketään ei ollut huolehtimassa lapsista (Cornwell 1984, 133–134).

Tässä tutkimuksessa ei ole mahdollista selvittää, mitkä ryhmät Suomessa ovat terveydentilansa ja terveyspalvelujen käytön osalta kaikkein huono-osaisimpia, mutta haastatteluaineistosta voitiin erottaa tiettyjä diakonian asiakasryhmiä, joiden terveydentilasta diakoniatyöntekijät olivat erityisesti huolissaan. Kolmasosa haastatelluista

mainitsi päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivät ihmiset, jotka muodostavat merkittävän joukon diakonian asiakkaista. Tässä ryhmässä ei oltu välttämättä motivoituneita pitämään huolta omasta terveydestä, ja diakoniatyöntekijät olivat huolissaan muun muassa asiakkaidensa niukasta ja yksipuolisesta ravinnosta. Toisena ryhmänä mainittiin nuoret, joilla ei ole opiskelupaikkaa, ei ammattia eikä vakituista asuntoa. Näiden nuorten elämäntapaan kuuluu päihteiden käyttö, tupakointi, einesruoka ja piittaamattomuus omasta terveydestään. Myös yksin elävien miesten, yksin elävien vanhusten ja ylipäättään työelämän ulkopuolella olevien yksineläjien terveydestä kannettiin huolta.

Aineelliset ja psykososiaaliset tekijät sekä terveyskäyttäytyminen kietoutuvat yhteen diakonian asiakkaiden elinolosuhteissa. Pitkään jatkunut köyhyydessä sinnitteleminen ja perustarpeista tinkiminen ei tee välttämättä ihmisestä sairasta. Silti voi olettaa, että diakoniatyöntekijöiden haastattelussa ja avustushakemuksissa esiin tuleva tinkiminen monipuolisesta ravinnosta, terveydenhoidosta, apuvälineistä, turvallisesta elinympäristöstä, läheissuhteista, harrastuksista ja koulutuksesta heikentää ihmisen hyvinvointia ja vaikuttaa terveyteen.

Diakoniarahaston avustushakemuksissa asumiseen liittyvät puutteet nousevat esiin, koska avustusta usein haetaan nimenomaan johonkin asumiseen liittyvään isompaan menoeraan. Toistuva syy avustuksen hakemiseen on tulipalo tai vesivahinko kodissa, joka ei ole ollut vakuutettu. Avustushakemuksissa on mainintoja häätöuhkasta rästivuokrien takia ja asunnottomuuden kokemuksista, vaikka yksikään hakija ei ollut hakemuksen tekohetkellä täysin vailla asuntoa – vankeudessa olevien asuntotilanne vapautumisen jälkeen saattoi tosin olla epäselvä. Monen avustusta hakevan asuinolot olivat kuitenkin epätyytyttävät tilanpuutteen, kosteusvaurioiden, huonolaatuisen veden tai rikkinäisen lämpökattilan takia. Heikot peseytymistilat saattoivat olla kotona asumisen jatkumisen tai laitoshoidosta kotiutumisen esteenä, jolloin avustusta haettiin remonttiin tai sen omavastuusuuteen. Hometalon omistajiksi päätyneillä perheillä oli taakkanaan kahdet asumiskulut sillä välin kun hometaloa korjattiin.¹ Eräässä pienituloisessa sairastelevassa perheessä home oli ehtinyt sairastuttaa yhden lapsista. Kai-voresi oli epäterveellistä, eikä sitä voinut käyttää juomavetenä. Pesuvetenä käytettynä se oli aiheuttanut lapsille allergioita. Perheen äiti oli toimitta-

nut vuosien kuluessa lukuisan määrän lääkärinlausuntoja kunnan viranomaisille, ennen kuin rakennusavustusta puhdas- ja likavesijärjestelmän uusimiseen oli sosiaalihuoltolain nojalla myönnetty.²

Sosiaalisilla suhteilla ja sosiaalisella tuella on todettu olevan keskeinen merkitys niin terveenä pysymisessä kuin sairauden kanssa selviämisessä. Kysymys on pitkälle luottamuksen palauttamisesta itseen ja ympäristöön. Sosiaalisessa tuessa on useita tekijöitä, jotka eri tavoin vähentävät stressiä. Tunnetukea eli arvostusta ja sympatiaa saadaan sekä läheisiltä että muilta ihmisiltä, kun yhdessäolo sujuu yhteisön, ystävien ja perheenjäsenten kanssa. Instrumentaalinen tuki tulee läheisiltä, asiantuntijoilta ja viranomaisilta. Se auttaa konkreettisten tavoitteiden saavuttamisessa. Tiedollinen tuki on samoin peräisin läheisiltä ja asiantuntijoilta. Arviointituki puolestaan auttaa vertaamaan omia kokemuksia muiden kokemuksiin, mihin liittyy myös eri roolien kautta tuleva statustuki (Uutela 1992, 178). Diakoniarahastosta avustusta hakevilla sosiaaliset verkostot olivat heikentyneet muun muassa työttömyyden, velkaantumisen ja tiiviiden omaishoitosuhteiden vuoksi. Taloudellinen ahdinko ja siihen liittyvä toimintamahdollisuuksien kaventuminen vaikeuttivat jopa kaikkein läheisimpien ihmissuhteiden ylläpitämistä. Etävanhemmilla omien lasten tapaaminen ei ollut aina kiinni halusta, vaan mahdollisuudesta saada lasten vierailujen kannalta sopiva asunto ja kustantaa lasten matkat, ruoka ja muut menot.³

Harrastuksilla tiedetään olevan vahvistava merkitys stressin siedossa ja oman elämän hallinnassa. Pienituloisilla diakonian asiakkaila harrastuksista, sanomalehdistä ja televisiosta luopuminen on diakoniatyöntekijöiden kokemusten mukaan tavallista, vaikka he näkivät harrastusten ja kotoa lähtemisen silloin tällöin tuovan tarvittavaa vaihtelua ja rytmiä kaikenikäisten ihmisten elämään.⁴ Diakoniatyöntekijä perusteli avustusta ikääntyneelle ja työuupumukseen sairastuneelle avustuksenhakijalle: ”Velkojen maksusta johtuen N.N. on elänyt yli vuosikymmenen pienillä tuloilla, minkä kokee ahdistavana, koska milloinkaan ei ole varaa mihinkään ylimääräiseen. Haluaisi joskus esim. matkustella ja ostaa uusia vaatteita. Osa lapsista asuu Etelä-Suomessa.”⁵

Henkisesti kuormittavassa elämäntilanteessa eläminen näkyy avustushakemuksissa mainintoina avustusta hakevan kokemista häiritsevistä oireista: unettomuudesta, väsymyksestä, kohon-

neesta verenpaineesta, sydänoireista, niskahartia-seudun kivuista, vatsakivuista, päänsärystä, keskittymisvaikeuksista ja muistihäiriöistä. Psykososiaalisessa terveystutkimuksessa ja kokeellisen psykosomatiikan tutkimuksista on havaittu, että psyykinen stressi, etenkin pitkittyneenä, voi vaikuttaa terveyteen haitallisesti immunologisten mekanismien, hormonitoiminnan ja terveyskäyttäytymisen välityksellä, vaikka ihmiset kokevatkin stressipaineet eri tavoin ja reagoivat niihin yksilöllisesti (Nissinen, Kauhanen ja Myllykangas 1994, 183–185).

Levon puute on myös merkittävä terveystarve. Diakonian asiakkaila ei ollut aina mahdollisuutta riittävään lepoon ylitöiden, pitkien työmatkojen, yksinhuoltajuuden ja tiiviiden omaishoitosuhteiden takia. Elämässä saattoi olla useampi voimia vievä tekijä yhtä aikaa: nuorta yksinhuoltajaa uuvuttivat oman äidin takausvelasta alkanut velkakierre, kolmivuorotyö, pitkät työmatkat ja lapsella todettu käytöshäiriö, joka edellytti lapsen kuljettamista terapiassa. Diakoniatyöntekijä kirjoitti naisen kärsivän paniikkikohtauksista sekä uni- ja syömishäiriöistä.⁶

Elämäntilanteet ja tapahtumat voivat muodostua niin haastaviksi, että ihmisen voimavarat eivät riitä niitä hallitsemaan. Seurauksena voi olla luottamuksen horjuminen. Avustusta hakevilla mielenterveysongelmien ilmaantumisesta olivat hakemustekstien perusteella edeltäneet usein epäonnistumiset, epäoikeudenmukaisuuden kokemukset ja suuret henkilökohtaiset menetykset: työpaikan menetys, petoksen uhriksi tai sijaiskärsijäksi joutuminen, oikeudenkäynnin epäoikeudenmukaiseksi koettu lopputulos, oman lapsen kuolema, lapsen huostaanotto, ero, välien katkeaminen perheenjäseniin tai sukulaisiin tai kodin, yrityksen ja elämäntyön menetys.⁷ Myös fyysinen tai henkinen väkivalta saattoi edeltää sairastumista, kuten seuraavassa esimerkissä: ”Työpaikallaan hän koki työpaikkakiusaamista ja henkistä väkivaltaa. Tuona aikana hän joutui tekemään kolmen ihmisen työt. Kolmen vuoden jälkeen tapahtui täydellinen uupuminen. Työterveyslääkäri lähetti hänet erikoislääkärille, joka määräsi hänet sairauslomalle. Oltuaan kaksi viikkoa sairauslomalla hänet irtisanottiin laittomasti. Siitä seurasi täydellinen romahdus. Syvää masennuskautta ja vahvan lääkityksen aikaa kesti useita vuosia.”⁸

ONGELMAT HOITOON HAKEUTUMISESSA

Terveyspalvelujen käyttö Suomessa jakautuu sosiaaliryhmittäin siten että mitä alemmasta sosiaa-

liryhmästä on kysymys, sitä vähemmän se käyttää terveyspalveluja. Ilmiö tunnetaan nimellä ”*The inverse care law*” – hoitopalvelujen käänteislaki (Hart 1971). OECD:n vuoden 2000 aineistossa lääkärisissäkäyntien horisontaalista eriarvoisuutta kuvaava indeksi oli Suomessa 21 OECD-maan ryhmässä kaikkein korkein eli suunnilleen samalla tasolla kuin Yhdysvalloissa ja Portugalissa (van Doorslaer ym. 2004).

Millaisia ilmiöitä hoitoon hakeutumisessa haavittujen erojen taustalla voisi olla? Kyse on usein yksinkertaisesti köyhyydestä. Diakoniarahaston avustushakemusten mukaan avustusta hakevissa talouksissa lääkärikäyntejä on vältelty rahanmenon vuoksi, lääkkeitä on jätetty ostamatta ja apuvälineiden kustantamisessa on ollut vaikeuksia. Terapia on keskeytynyt, kun terapian omavastuusuuteen ei ole ollut varaa.⁹ Perusterveydenhoidosta ja sosiaalitoimesta saatu apu ei ole diakoniatyöntekijöiden mielestä ollut aina riittävä.¹⁰ Lainattakoon tässä avustushakemusta perustelevaa diakoniatyöntekijän lausuntoa: ”X.X:lle määrättiin masennuksen, uupumuksen ja lapsuuden vaikeiden hylkäämisen vuoksi lääkkeitä ja terapiaa, mutta taloudellisen tilanteen takia hän jälleen uhrautui muiden [perheenjäsenten] puolesta ja jätti lääkkeet ja terapiakäynnit menemättä. Olisi pitänyt mennä kaupunkiin asti, 10 euroa olisi mennyt jo matkoihin.”¹¹

Osalle diakonian asiakkaista terveydenhuollon asiakasmaksut olivat diakoniatyöntekijöiden mukaan kynnyksenä hoitoon hakeutumisessa, vaikka keskivertokansalaisesta terveyskeskumaksu saattaa tuntua pieneltä summalta. Eräs haastatelluista diakoniatyöntekijöistä pohti terveyskeskuksen asiakasmaksua kynnyskysymyksenä seuraavasti: ”On se osalle selkee kynnyskin, ja myöskin se, että millä pääsee, jos jalat ei kannaa, ei oo rahaa, niin ottaaks sitä ambulanssin vai taksin velaksi, saako velaksi. Lääkäri sanoo, että tulkaa taksilla ja ihminen sanoo, et ei hänellä oo varaa taksiin.”¹²

Selvässä sairaustapauksessa terveyskeskumaksu ei estänyt diakoniatyöntekijöiden arvion mukaan avun hakemista terveyskeskuksesta. Lievemmissä oireissa asiakkaat eivät lääkäriin kiihruhtaneet. Lähtemistä lääkäriin lykättiin erityisesti kun terveyskeskus sijaitsi hankalan matkan takana, lääkäriaikaa ei tahtonut saada varattua tai terveyskeskuksen antamaan apuun ei aiempien kokemusten perusteella luotettu. Ennaltaehkäisevät terveystarkastukset eivät käyneet diakonian asiakkailla edes mielessä: ”Niillä on jo valmiiksi

niin kauheesti kaikenlaista kremppea, et ne ei enää halua, että tutkitaan lisää.”¹³ Populaari puhe siitä, että terveyskeskukseen mentäisiin aikaa viettämään, ei saanut diakoniatyöntekijöiden haastatteluissa tukea. Huolena oli päinvastoin se, että lääkäriin menoa siirrettiin.¹⁴ Diakoniatyöntekijöiden näkemys, että huono-osaisten kohdalla terveyspalvelujen alikäyttö muodostaa pientä ylikäyttäjien ryhmää paljon suuremman ongelman, on samanlainen kuin Mildred Blaxterin ja Elizabeth Patersonin tekemä johtopäätös köyhien skotlantilaisperheiden terveyspalvelujen käytöstä (Blaxter ja Paterson 1982, 187).

Toimeentulotuen saaminen terveydenhoitokuluihin riippui haastattelujen perusteella monista taustatekijöistä: kunnan taloudellisesta tilanteesta, sosiaalitoimeen budjetoiduista varoista,¹⁵ sosiaalitoimistojen vaihtelevista avustusten myöntämiskriteereistä ja käytänteistä¹⁶ ja sosiaalityöntekijän ja asiakkaan vuorovaikutuksesta.¹⁷ Joillakin haastattelupaikkakunnilla ihmisiä autettiin terveydenhoitokuluissa toimeentulotuen perusosalla, lisäosalla ja ehkäisevällä toimeentulotuel-la diakoniatyöntekijän mielestä yleisesti ottaen riittävästi,¹⁸ mutta kaikki haastatellut olivat kohdanneet väliinpuotoajia, jotka eivät saaneet apua sairastuttuaan. Terveysteen liittyvän aineellisen avun keskeinen muoto seurakuntien diakoniatyössä onkin tänä päivänä asiakkaiden auttaminen lääke- ja sairauskuluissa.

Diakoniatyöntekijöiden mukaan terveyskeskusten ajanvarausjärjestelmä voi estää hoidon saamista. Asiakas joutuu roikkumaan ajanvarauksen jonossa, ja vain osa puheluista pääsee läpi. Hyvin tunnettuun ongelmaan on yritetty löytää ratkaisua. Terveyskeskusten ajanvarausjärjestelmiä on uudistettu teknisesti, ja puhelimeen vastaamassa on ensineuvoja, joiden tulisi osata arvioida hoidon tarve ja kiireellisyys ja ohjata asiakas eteenpäin. Diakoniatyöntekijöiden kokemusten mukaan ajanvarausjärjestelmien uusiminen oli voinut jopa nostaa kynnystä ottaa yhteyttä terveyskeskukseen osalle kaikkein huono-osaisimmista asiakkaista. Avun hakeminen edellyttää esimerkiksi toimivaa puhelinta ja ajanvarausjärjestelmän käyttötaitoa. Puhelinnäppäimistöillä tapahtuva palveluiden valinta tai oireiden selostaminen yksityiskohtaisesti ja uskottavasti saattoi nousta avun saamisen esteeksi. Kun näppäimillä tapahtuva ajanvaraus ei kaikilta onnistunut, olivat diakoniatyöntekijät joutuneet soittamaan ajanvaraukseen asiakkaan puolesta.¹⁹ Haastattelujen perusteella jonotus perustervey-

denhoidossa koskee ajanvarauksen lisäksi päivystystä. Odotusaika terveyskeskusten päivystyksestä saattoi olla 6–9 tuntia.

Kunnat ja sairaalat ympäri Suomen ovat viime vuosina yhdistäneet ilt- ja yöpäivystystoimintaansa. Pisimmät matkat päivystykseen ovat 70 kilometriä ja Pohjois-Suomessa jopa yli 100 kilometriä (Isosaari 2004, 19). Tämä luo turvatomuutta. Syrjäseuduilla asuville matka naapurikunnan päivystävään terveyskeskukseen saattaisi usein olla lyhyempi kuin matka oman kunnan päivystykseen, mutta naapurikunnan terveyskeskusta ei voi käyttää. Matkustaminen on järjestettävä joko omalla autolla, taksilla tai ambulanssilla. Kun on turvauduttava ambulanssiin, kyytiin ottamisesta päättävät ambulanssikuljettajat. Diakoniatyöntekijöiden haastattelujen mukaan pitkät välimatkat ja/tai huonot julkiset kulkuyhteydet vaikuttavat sekä maaseudulla, haja-asutusalueilla että kaupungeissa (poikittaisliikenteen puuttumisen takia) siihen, että lääkäriin ei lähdetä helpolla.²⁰

Diakoniatyöntekijät olivat huomanneet myös tiedollisia esteitä terveyspalveluihin hakeutumisessa. Joskus asiakas ei tiennyt oikeudestaan julkiseen terveydenhoitoon tai siitä miten yksityisen terveydenhuollon käytöstä aiheutuneita kuluja korvataan. Vanhukset eivät aina tieneet oikeudestaan kunnalliseen hammashoitoon. Myös maahanmuuttajat saattoivat mennä tietämättömyyttään hoidattamaan hampaitaan yksityiselle hammaslääkärille.

Informaatioyhteiskunnassa eläminen edellyttää kaikkein huono-osaisimmiltakin kansalaisilta monenlaisia tietoja ja taitoja, vaikka ihmisellä olisi oppimis- ja muistihäiriöitä, vaikeuksia suullisessa ja kirjallisessa ilmaisussa ja hänen tietotekniset taitonsa olisivat olemattomat. Diakoniatyöntekijät joutuivat auttamaan asiakkaitaan tietojen ja palvelujen hakemisessa, vaikka he pitivät tätä ristiriitaisena asiakkaiden voimaannuttamiseen tähtäävän tavoitteen kannalta. Varsin yleinen käsitys haastatteluissa oli, että jos ihmisellä on tiedon puutetta ja kyvyttömyyttä, hän tarvitsee oikeita hoitoreittejä hakiessaan ja hoitovaihtoehtoja vertaillessaan omaisen tai jonkun muun auttajan valvomaan, että tarvittu palvelut saa: ”...se perustuu tänä päivänä paljon siihen, että mitä kukakin hoksaa ottaa ite asiasta selville, että se ei oo automaattista se tiedon antaminen”.²¹

Haastatteluissa tulivat usein vastaan sellaiset luottamukseen liittyvät ilmiöt kuten ihmisten vä-

hänien motivaatio ja energia hakea apua, väsymyksen avun hakemiseen toistuvasti kun apua ei saa, tottuminen omiin vaikeuksiin ja sairauksiin, pelko sairauksien löytymisestä ja ongelmien kieltäminen. Samantyyppisiä terveyttä koskevia asenteita löysi Jocelyn Cornwell tutkimukseensa osallistuneilta itälontolaisilta huono-osaisilta. Ihmiset eivät lähteneet lääkärille, koska pelkäsivät leimautumista valittajiksi ja luulosairaiaksi tai koska heillä oli huonoja kokemuksia avun hakemisesta. Monia sairauksia pidettiin ikään ja kulutaviin elämänehtoihin kuuluvina normaaleina vaivoina ja seurauksina, joille ei voi tehdä mitään. Hyvän terveyden tai sairauksien katsottiin johtuvan pohjimmiltaan perimästä, sattumasta tai huonosta onnesta. Ainoa asia, johon yksilön nähtiin voivan vaikuttaa oli oikea moraalinen asenne elämän ja vaikeuksien edessä. Cornwell toteaaakin, että individualistinen ideologia, jossa liioitellaan oikeaa moraalista asennetta elämään on erityisen selvä silloin, kun ihmiset elävät köyhyydessä ja olosuhteissa, joille he eivät voi mitään (Cornwell 1984, 125–133, 143, myös Blaxter ja Paterson 1982, 31–34). Blaxterin ja Patersonin tutkimuksessa taas tulee esiin havainto ongelmien kieltämisestä ja halusta olla ajattelematta oireita (Blaxter ja Paterson 1982, 158). Myös huono-osaisia ihmisiä hoitavat lääkärit ovat todenneet, että heidän asiakkaansa eivät halua suurennella oireitaan eivätkä kuulla, että heillä on vakava sairaus. Päihteitä käyttävillä ihmisillä ruumis ei kerro samalla tavalla oireista kuin terveellä ihmisellä. Psykkisiä oireita omaavilla voi olla vainoharhaisia ajatuksia myös lääkäreistä (Byström 2008).

ONGELMAT HOIDON RIITTÄVYYDESSÄ JA LAADUSSA

Terveyden eriarvoisuus Suomessa -raportissa huomautetaan, ettei terveyserojen selitysmalleissa ole juuri käsitelty terveyspalveluja (Lahelma ym. 2007, 35). Terveyspalveluiden käytön sosioekonomiset erot ovat poliittisesti arka kysymys muun muassa siksi, että huomattava osa terveydenhuollon menoista kohdistuu yksityislääkäripalkkioiden, erityisesti työterveyshuollon tukemiseen. Huono-osainen, sairastunut ihminen on riippuvainen eri kunnissa eri tavoin toimivasta terveyskeskuksesta.

Mikäli ihminen on perusterve, on hänen saamansa hoito terveyskeskuksessa äkillisissä vaivoissa ja ohimenevissä sairauksissa diakoniatyöntekijöiden arvion mukaan yleensä laadultaan hyvää. Pitkäaikaissairaiden tai yhtä aikaa useam-

masta sairaudesta ja sosiaalisista ongelmista kärsivien ihmisten hoidon laatua ei pidetty samalla tavalla taattuna. Kunnallisessa perusterveydenhoidossa on diakoniatyöntekijöiden haastattelujen perusteella suuria paikallisia eroja. Joillakin haastattelupaikkakunnilla perusterveydenhoidon arvioitiin toimivan kokonaisuudessaan varsin hyvin.²² Lääkärivirat oli täytetty, lääkärille sai nopeasti ajan, kunnassa oli omalääkärijärjestelmä ja mahdollisesti omahoitajajärjestelmäkin, ja alue-sairaalan erikoissairaanhoidopalveluja käytettiin tarpeen mukaan. Perusterveydenhoitopalvelujen riittävyys saattoi toisaalta vaihdella jyrkästi jopa samassa kaupungissa eri kaupunginosien terveysasemilla ja perusterveydenhuollon eri osa-alueilla. Erot palveluiden saatavuudessa öisin ja viikonloppuisin olivat huomattavia. Diakoniatyössä kuullaan asiakkaiden valituksia siitä, että yhä useammin terveyskeskuslääkäri ei osakaan puhua kunnolla suomea. Kun lääkärinvirkoja on vaikea saada täytettyä, ollaan usein tilanteessa, jossa on pakko valita virkaan suomea huonosti puhuva henkilö tai jätettävä kuntalaiset ilman lääkäriä.

Saadun hoidon laatu perusterveydenhoidossa riippuu diakoniatyöntekijöiden mielestä liikaa lääkäristä. Haastatteluissa pohdittiin, miten hoidon laatuun vaikuttaa se, että terveyskeskuksissa ei enää ole pitkän linjan terveyskeskuslääkäreitä. Kun lääkäri vaihtuu usein, ei kroonisesti sairaan hoidossa ole jatkuvuutta, eikä potilaan ja lääkärin välille kehity luottamuksellista suhdetta. Diakoniatyöntekijöiden mukaan vanhusten kohdalla lääkäri ei aina ottanut huomioon kaikkea mitä olisi pitänyt tutkia, kuten muistihäiriöiden ja masennuksen mahdollisuutta.²³ Erikoislääkärien vastaanottoja tai konsultointimahdollisuuksia terveyskeskusten yhteyteen olisi toivottu haastatteluissa lisää.²⁴

Ajanvarauksen, ajanvarauksessa tapahtuvan seulonnan, jonojen, muistamattomuuden aiheuttamien hoitojonosta pois putoamisten, sakkujen ja karenssien lisäksi yleisenä ongelmana palveluprosessissa nähtiin vanhimpien ja huono-osaisimpien asiakkaiden kannalta liian lyhyt lääkärin vastaanottoaika. Haastateltavien mielestä lääkäri ei ehdi saamaan neljänneksessä kuvaa vanhukseen tai moniongelmaisen potilaan elämäntilanteesta.²⁵

Hoidon jääminen puolitiehen näkyy diakoniatyöntekijöiden mielestä myös jatkohoitoon pääsyssä. Erikoislääkäripalveluissa ja erikoissairaanhoidossa ongelmana ei pidetty niinkään palvelu-

jen määrällistä riittämättömyyttä, vaan lähetteen saamisen vaikeutta. Erikoissairaanhoidon pääsmissä kuin akuuteissa terveysongelmissa oli monesti diakonian asiakkaille hyvin hidaskäyttöprosessi. Asiakas saattaa juuttua ennen hoitopäätöksen tekemistä pitkäksi ajaksi tutkimus- ja harkintajonoon, jonka enimmäiskestosta ei ole määrätty hoitotakuussa. Lähetteen saamisen tutkimuksiin tai jatkohoitoon ei toki tarvitse olla diakoniatyöntekijöidenkään mielestä automaattista, mutta lääkärin ottama pitkä harkinta-aika saattaa synnyttää asiakkaassa tunteen, että terveyskeskukseen meneminen uudelleen saman vaivan kanssa on kertakaikkisen turhaa.²⁶ Diakoniatyöntekijät joutuivat motivoimaan ja tukemaan asiakkaitaan ottamaan uudelleen yhteyttä lääkäriin silloin kun oireet jatkuivat: ”Niin monet kun sanoo, et kun se [terveyskeskuslääkäri] ei kirjoita lähetettä, niin [minä sanon että] kyllä se kirjottaa, kun sä et anna periksi, et niinku se rukoilija, et käyt vaan useamman kerran.”²⁷

Erikoissairaanhoidon laatua arvioidessaan diakoniatyöntekijät esittivät kritiikkiä asiakkaidensa liian nopeasta kotiuttamisesta sairaalahoitosta.²⁸ Kotiutettavan avohoito, kotipalvelu ja kuntoutus eivät olleet aina järjestyksessä.

Mielenterveysongelmissa terveyskeskuksen antama avohoito, sikäli kuin se tarkoittaa vain käyntejä psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla sovituin väliajoin, ei ole diakoniatyöntekijöiden mielestä riittävän laadukasta hoitoa. Näillä käynneillä ehditään tarkistaa lääkkeiden toimivuus ja keskustella muutama sana mutta ei muuta²⁹ Avohoidon resursseihin ja osaamiseen perusterveydenhoidossa kaivattiin vahvistusta kaikissa haastatteluissa. Maaseudulla mielenterveyden avopalveluja ei ollut aina saatavilla omalla paikkakunnalla lainkaan. Ongelmia oli erityisesti kaksoisdiagnoosipotilaiden ja pitkäaikaista tukea tarvitsevien mielenterveyskuntoutujien hoidon järjestämisessä. Mielenterveyspalvelujen riittämättömyys ja palveluaukot merkitsevät haastateltavien mielestä erilaisista sairauksista kärsivien ihmisten epätasa-arvoista kohtelua ja jopa heitteillejättöä.

Resursseja päihderiippuvaisten hoidossa saatettiin vähentää diakoniatyöntekijän mukaan samaan aikaan, kun päihdeongelmat paikkakunnalla olivat kasvussa.³⁰ Päihdeongelmien hoitamatta jättämisen arvioitiin johtavan alkoholiperäisten somaattisten sairauksien kehittymiseen.³¹ Resurssipulaa oli haastattelujen mukaan monissa kunnissa myös kotisairaanhoidossa/kotihoidossa.³²

Kotisairaanhoidon/kotihoidon käyntejä oli rajoitettu kotona asuvalta kroonisia sairauksia sairastavilta vanhuksilta, kun vanhusten määrä kunnassa oli kasvanut.³³ Kotihoidossa vanhusten psyykkisen turvallisuuden tarpeeseen, sosiaalisiin tarpeisiin ja ulkoiluun ei kiinnitetä aina riittävästi huomiota.³⁴

Huono-osaisten terveyspalveluiden laatuongelmina pidettiin haastatteluissa myös asenteisiin liittyviä kysymyksiä, joista tuotiin esille taipumus siirtää hankalat ongelmat toiselle palvelujärjestelmän sektorille tai auttajataholle,³⁵ hoitopäätöksen siirtäminen epämääräiseen tulevaisuuteen,³⁶ syntymävuoden vaikutus hoitojen aloittamisesta päätettäessä,³⁷ lihaviin ihmisten syrjittyminen tiettyihin kirurgisiin toimenpiteisiin pääsystä,³⁸ yksineläjille kohdennettujen terveyspalvelujen ja työmenetelmien niukkuus verrattuna perheellisille tarjolla oleviin palveluihin ja menetelmiin,³⁹ päihderiippuvaisten hoidossa vallitseva alimitoitus ja kaksoisdiagnoosipotilaiden käännättäminen luukulta toiselle,⁴⁰ terveyspalvelujen ”suurkuluttajiin” liitetty kielteinen leima ja heidän avuntarpeensa epäily,⁴¹ kipupotilaiden oireiden ohittaminen⁴² ja hankalaksi koetun asiakkaan määrittäminen tapaukseksi, joka ei itse ole kiinnostunut hoidosta tai ei hyödy hoidosta.⁴³ Saadakseen palvelua asiakkaan olisi sopeuduttava palvelujärjestelmään.

ONGELMAT JATKOHOIDOSSA

Episodin neljäntenä ja viimeisenä vaiheena voi olla huono-osaisten erityisongelmat hoidon jälkeisessä tilanteessa. Lääkkeistä tinkiminen on yksi selvä tekijä, joka voi vaikuttaa terveyserojen syntyyn. Lääkkeet ovat keskeinen uusi terveyteen vaikuttava teknologia. Toisaalta lääkkeet ovat teknologia, jota ihminen voi itse helpoimmin säädellä: joko ottaa tai jättää ottamatta. Lääkärit eivät lääkkeitä määrätessään yleensä kysy, onko potilaalla rahaa ostaa lääke. Potilaille määrätään usein paljon lääkkeitä, mihin vaikuttaa usean lääkkeen yhdistelmähoidon yleistyminen tavallissakin kansantaudeissa.

Lääkärin määräämien lääkkeiden hankinnasta ja käytöstä tinkiminen oli diakoniatyöntekijöiden haastattelujen perusteella varsin tavallista diakonian asiakkaiden keskuudessa. Asiakkaat eivät pysty ostamaan kaikkia määrättyjä lääkkeitä, lääkehankintoja siirretään tai lääkettä otetaan vain puolikas annos.⁴⁴ Lääkkeiden ostoa on priorisoitava suhteessa muihin menoihin.⁴⁵ Vanhat ihmiset maaseudulla eivät helposti pyydä apua

lääkemenoihinsa, vaikka olisivat tilanteessa, jossa pitää tehdä valintaa ruoan ja lääkkeiden ostamisen välillä.⁴⁶ Koska lääkkeitä tinkiminen eli hoito-ohjeiden noudattamatta jättäminen on ”vähän nolokin asia”, siitä ei aina puhuta.⁴⁷

Lääkkeiden ostosta johtuvat taloudelliset vaikeudet keskittyvät monella diakonian asiakkaalla alkuvuoteen ennen omavastuuosuuden täyttymistä.⁴⁸ Alkuvuoden itse kustannetut lääkemenoit saattavat aloittaa velkakierteen.⁴⁹ Myös lääkemenojen seuranta ja kuittien tallettaminen korvausten hakemista varten tuottavat asiakkaille vaikeuksia. Diakonian avustukset olivat kohdistuneet muun muassa syöpälääkkeisiin ja kansantautien hoidossa nykyisin yleisesti käytössä oleviin kalliisiin lääkkeisiin, joita Kela ei korvaa.^{50 51}

Terveyteen vaikuttava aineellinen avustaminen diakoniassa oli kohdistunut tarpeen mukaan myös asiakkaiden silmälasihin, turvapuhelimeen ja muihin apuvälineisiin. Sosiaalitoimiston maksusitoumus silmälasihin oli erällä haastattelupaikkakunnalla niin pieni, ettei se käytännössä riittänyt silmälasien ostoon. Avustus oli lisäksi rajoitettu joka toinen tai kolmas vuosi tehtäviin hankintoihin, vaikka näössä olisi tapahtunut muutoksia tai lasit menneet rikki.⁵² Toisella haastattelupaikkakunnalla diakoniatyöntekijät kertoivat vanhuksista, jotka pistivät monet silmälasit päällekkäin nähdäkseen lukea, kun eivät pystyneet hankkimaan uusia silmälasia. Vanhukset saattoivat harkita turvapuhelimesta luopumista kalliiden maksujen takia. Apuvälineisiin kohdistuvaa diakonian taloudellista avustamista pidettiin perusteltuna ihmisen itsenäisen selviytymisen mahdollistamiseksi ja elämänlaadun parantamiseksi: ”Ja kun ajattelee, mikä merkitys ihmiselle on sillä, että näkee...Voiko hoitaa asioitaan eteenpäin, jos ei nää edes lukea?”⁵³

Jatkohoidon toteutumista heikensi, ettei diakonian asiakkailla ollut aina mahdollisuuksia käydä terveyskeskuksessa säännöllisillä kontrollikäynnillä matkakulujen vuoksi. Paradoksaalisesti suurimmaksi ongelmaksi saattoivat muodostua pienet, lyhyistä matkoista aiheutuvat kulut, joihin ei saa korvausta sairausvakuutuksesta.⁵⁴ Diakoniatyöntekijät kertoivat, että asiakkaalla saattoi olla jopa vammaisuuden perusteella myönnettyjä, virkistys- ja asiointimatkoihin tarkoitettuja taksiseteleitä, mutta niitä ei saanut käyttää terveyskeskusmatkoihin. Diakonian vapaaehtoisia oli käytetty kuljettamaan ihmisiä terveyskeskukseen. Sosioekonomisia eroja saattaa syntyä myös kuntoutuksessa. Diakoniatyöstä oli

annettu maksusitoumuksia sellaiseen kuntoutukseen ja pieneen virkistykseen, jolla oli asiakkaan fyysistä ja psyykkistä terveydentilaa kohentava vaikutus, mutta johon sosiaalitoimisto ei ollut myöntänyt harkinnanvaraista toimeentulotukea: uimahallilippuihin, fysikaaliseen hoitoon, lapsen polkupyörään, käytettyyn televisioon, tuetun lomamovastuuosuuteen tai leirimaksuun.

Diakonian myöntämät avustukset ruokaan ja lääkkeisiin kohdistuvat suoraan ja konkreettisesti, joskin hetkellisesti, terveyden ylläpitämiseen.⁵⁵ Tärkein merkitys aineellisella ja rahallisella avulla on kuitenkin diakoniatyöntekijöiden mielestä asiakkaan mielialan ja turvallisuuden tunteen parantajana. Aineellinen ja rahallinen apu poistavat ahdistusta. Ne antavat toivoa ja lisäävät luottamusta, että asiat selviävät. Taloudellisella avustuksella annetaan ihmiselle mahdollisuus sairastaa ja toipua rauhassa tai hoitaa sairasta omaistaan saattohoitotilanteessa ilman lisärasitteena olevia rahahuolia.⁵⁶ Pienemmälläkin avustuksella voitiin diakoniatyöntekijöiden mielestä vaikuttaa merkittävästi mielialaan, kuntoon, sosiaalisiin suhteisiin ja hyvinvointiin. Lomalla, matkalla, kuntoutusjaksolla tai harrastuksella saattoi olla pitkäaikaista vaikuttavuutta silloin, kun sen kautta saatiin uusia ystäviä, ja näistä muodostui ihmiselle pysyvä sosiaalinen verkosto.⁵⁷

PROSESSIT

Sairaudet ja huono-osaisuus voivat vaikuttaa monin tavoin toisiinsa. Sairaus ja sairaudet (sairauksien kasaantuminen samalle henkilölle tai perheelle) voivat toimia yhtä hyvin sekä huono-osaistumisen prosessin käynnistäjänä että kääntäjänä kuin myös sen loppuun saattajana. Sairastuminen ja huono-osaistuminen ovat monin tavoin arvaamattomia prosesseja, joiden eri käännteitä on vaikea ennakoida. Kyse ei ole vain riskeistä vaan myös epävarmuudesta eli siitä ettei tapahtumien todennäköisyyttä ole mahdollista ennakolta arvioida. Monet sairaudet ja onnettomuudet kuuluvat tällaisen epävarmuuden piiriin ja ilmenevät sellaisena satunnaisena tekijänä, joka voi hetkessä saada vakaimmankin elämäntilanteen sekaisin. Jos kyse on jo ennestään haavoittuvassa asemassa olevista, huono-osaistumisen kierteen mahdollisuus on suurempi.

Sairaus köyhdyttää, köyhyys sairastuttaa

Diakoniatyöntekijöiden teemahaastatteluihissa ja diakoniarahaston avustushakemuksissa nousi esille tilanteita, joissa sairaus voi notkauttaa tai

kaataa jopa aiemmin vakaasti toimeen tulleen talouden. Toisin sanoen sairaus johti köyhyyteen. Toisaalta taloudelliset ongelmat – esimerkiksi ylivelkaantuminen – voivat vaikuttaa sairastumiseen. Kyse oli melko nopeistakin prosesseista. Sairauden vuoksi taloudellista apua hakeneilla ahdinko oli kestänyt alle kaksi vuotta yli kolmasosassa tapauksista.⁵⁸

Avustushakemusten perusteella hahmottui seuraavia taloudellisen ahdingon ja sairauden yhteyksiä:⁵⁹ äkillinen vakava sairaus pienituloisessa taloudessa (isot sairaskulut, saamatta jääneet ansiot); sairaus ja joku muu yhtäaikainen kriisi; ylivelkaantuneen sairastuminen; ammatinvaihto sairauden takia sekä siihen liittyen tulojen putoaminen ainakin väliaikaisesti; etuuksien ja päätösten viipyminen; terveydenhoitoon liittyvä iso rästitilasku, joka jää maksamatta ja alkaa kasvaa korkoa sekä mielialahäiriön vallassa nopeasti tapahtunut velkaantuminen.

Sairastuminen tai vammautuminen johtaa tulojen alentumiseen ja menojen lisääntymiseen, mikä syventää ahdinkoa – erityisesti pienituloisilla – ja voi aiheuttaa huono-osaisuuden kierteen. Haastavimmissa tilanteissa sairastuminen koskettaa lasta tai useampaa henkilöä samassa perheessä. Eräässä perheessä äiti oli sairastunut leukemiaan ja kriisin seurauksena isäkin sairastui.⁶⁰ Erään monilapsisen perheen yksi lapsista sairastui ja toisen vanhemman oli jätävä pois ansiotyöstä lapsen hoidon vuoksi. Kun tämä vanhempi oli lapsen kanssa sairaalassa, perheen oli hankittava lisäapua kotiin, mikä aiheutti lisää kuluja. Ylimääräisiä menoja syntyi myös siitä, että lapsen epävakaa tilanne edellytti auton ylläpitoa.⁶¹

Pienituloisten yksinhuoltajien taloudet ja yhden palkansaajan tuloilla eläneet suurperheet ovat erityisen haavoittuvia silloin, kun perheen ainoa elättäjä tai pääelättäjä sairastuu ja tulot vähenevät entisestään. Sairaskulut voivat suistaa köyhyyteen myös pienillä eläkkeillään ennen toimeen tulleen eläkeläispariskunnan, jos toinenkin puolisoista alkaa sairastella. Pienituloiset yksineläjät voivat olla vaikeuksissa sairastuessaan, koska heidän on vaikeampi saada sairauskuluihinsa harkinnanvaraista toimeentulotukea kuin perheellisten. Ennestään velkaantuneilla sairaus pahentaa taloudellista ahdinkoa. Kirkon diakoniarahaston avustusta hakeneista moni oli ollut jo ennen sairastumistaan ylivelkaantunut⁶², velkajärjestelyssä tai takausvelallinen.

Pitempään sairastaneiden pienituloisten ihmisten kohdalla suunnitelmallista taloudenhoi-

toa, taloudellisen tilanteen selkiinnyttämistä ja velkaantumisen välttämistä haittaa usein myös sosiaalietuuksien ja niitä koskevien päätösten viipyminen sekä tulokatkokset, joita syntyy siirryttäessä etuudelta toiselle. Katkosten aikana rahaa ei tule välttämättä mistään, eikä tulevaisuudessa saatavan etuuden määrää pysty ennakoimaan. Valitusprosessit ja oikeuskamppailut aiheuttavat taloudellista ahdinkoa ja lisäksi suurta stressiä päätöksistä ja sosiaalietuuksia odottavalle henkilölle.⁶³

Syrjäytyminen sairastuttaa, sairaus syrjäyttää

Sosiaaliset ongelmat ja syrjäytyminen liittyvät usein psyykkisiin sairauksiin. Psyykkiset sairaudet heikentävät sosiaalisia taitoja, sosiaalista toimintaa ja sosiaalista verkostoa. Diakoniarahaston avustushakemuksissa mainittiin sairaus, taloudelliset ongelmat ja sosiaaliset ongelmat kolmasosassa niistä hakemuksista, joissa sairaus oli taloudellisen avun tarpeen taustalla. Puolella sairausaineiston avunhakijatalouksista oli sairauden, taloudellisten ja sosiaalisten ongelmien lisäksi vaikeuksia henkisessä jaksamisessa.

Vakavasti psyykkisesti sairas ja fyysisestikin sairas ihminen voi elää lähes kokonaan ihmisyhteisön ulkopuolella oudon käytöksensä takia.⁶⁴ Lievemmistäkin mielenterveydenhäiriöistä kärsivällä voi ilmetä jaksamattomuutta rakentaa ystävyyssuhteita ja taipumusta linnoittautua kotiin.⁶⁵ Ylivelkaantuneilla velkataakkaan liittyy usein häpeän tunne ja leimaantumisen mukanaan tuoma kokemus yksinäisyydestä ja erillisyydestä. Päihderiippuvuuden ja mielenterveysongelmien vuoksi hoidossa ollut ylivelkaantunut avustuksenhakija kuvailee velkaantumiskertomuksessaan erillisyyden kokemustaan: ”On kuin verho, joka estää normaalin kanssakäymisen.”⁶⁶

Erilaiset mielenterveyden häiriöt vaikuttavat taloudelliseen toimeentuloon eri tavoin. Päihderiippuvuus vaikuttaa työkykyyn, toimintakykyyn ja taloudenhallintaan. Yhden perheenjäsenen päihderiippuvuus kuormittaa koko perheen taloutta.⁶⁷ Vakava masennus tai ahdistus vie ihmiseltä ajoittain kokonaan kyvyn hoitaa taloudellisia asioita.⁶⁸ Psykooseissa ja harhojen vallassa käytös ja rahankäyttö voi olla hallitsematonta.⁶⁹ Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä rahaa kuluu taudin maanisessa jaksossa harkitsemattomiin ostoksiin, matkoihin ja muuttoihin.⁷⁰ Ylisuuria puhelinlaskuja syntyy, kun ihminen ei sosiaalisten pelkotilojensa takia pysty lähtemään kotoa ja soittaa maksullisiin auttaviin puhelimiin.⁷¹ Vai-

keimmissä psyykkisissä sairauksissa ihminen on työkyvytön nuoresta asti. Eläke jää pieneksi ja toimeentulo niukaksi. Sairaus vaatii yleensä pitkiä sairaalajaksoja ja pitkäaikaista terapiaa, jolloin sairauskulut ovat suuret.⁷²

Sairaus sairastuttaa

Kirkon diakoniarahastosta avustusta hakeneilla sairauksien kasaantuminen oli yleistä erityisesti niissä avunhakijatalouksissa, joissa sairaus oli ahdingon alkusyy (Taulukko 1).

Taulukko 1.

Sairaus avustusta hakevalla henkilöllä ja hänen läheisillään sairausaineistossa (78 kotitaloutta)

Sairautta vain avustuksenhakijalla	45	58 %
Sairautta sekä hakijalla että perheenjäsenellä	24	31 %
Sairautta vain perheenjäsenellä	9	11 %
	78	100

Sairauksien kasaantuminen näkyy myös diagnoosien määrässä. Sairauden perusteella ahdingon joutuneista talouksista noin kolmasosassa oli kolme diagnoosia tai enemmän. Avustusta hakemassa oli perheitä, joissa jokaisella perheenjäsenillä oli vakava diagnoosi: esimerkiksi isällä aivoverenvuoto, pojalla kehitysvamma ja äidillä masennus ja uupumus.⁷³ Tulokset kertovat siitä, miten sairastuminen aiheuttaa perheessä uupumista, mikä puolestaan aiheuttaa jälleen sairastumista.⁷⁴

Sairauksien kasautumista tapahtuu myös yksinäisillä. Eräällä sairaalasta kotiutettavaksi ajatellulla yksineläjällä oli skitsofrenia, epilepsia, lonkkavika ja lisänä alkoholiiriippuvuus.⁷⁵ Mielenterveyttä koskevissa suomalaisissa tutkimuksissa on todettu, että vakaviin psyykkisiin sairauksiin sairastuneilla on usein myös fyysisiä sairauksia ja oireita (Ostamo ym. 2005, 277). Tällaiseen sairauksien kasautumiseen viittasivat myös ne haastatellut diakoniatyöntekijät, jotka arvioivat psyykkisesti sairaiden asiakkaidensa lyövän usein laimin myös fyysisistä terveyttään. Toisaalta avustushakemusaineistosta löytyy esimerkkejä myös siitä, kuinka fyysinen sairaus on johtanut psyykkisiin ongelmiin ja riippuvuuksiin: esimerkiksi liikuntakyvyn menetys on tuonut mukanaan masennuksen. Eräässä tapauksessa parkinsonin tautiin sairastunut työikäinen oli masen-

tunut ja ajautunut ensin päihde- ja sitten peliriippuvuuteen. Vaikea peliriippuvuus oli syntynyt kuntoutuspaikassa.⁷⁶

Perheiden kohdalla voi havaita, kuinka taloudellisessa ja henkisessä ahdingossa pitkään kamppailleessa perheessä ei aina sairastukaan stressaantunut aikuinen, vaan lapsi tai nuori.⁷⁷ Joskus sekä aikuinen että lapset sairastuvat samaan aikaan.⁷⁸ Perheessä, jossa oli maksettu kahden vuoden ajan kolmannes tuloista ulosottoon, provisio-palkalla pätkätöitä tehneellä perheenisällä oli todettu työuupumus, uniapnea, kohonnut verenpaine ja kolesteroli. Perheen teini-ikäinen oli sairastunut bulimiaan.⁷⁹ Masennukseen voi sairastua kumpikin aviopuoliso,⁸⁰ tai toisen sairastuessa psyykkisesti toinen saattaa alkaa samaan aikaan potea fyysisiä sairauksia.⁸¹

Mielenterveyden ongelmien kasaantuminen perheissä on erityisen yleistä.⁸² Joistakin velkaantumiskertomuksista voi lukea, että ainakin avustuksenhakija itse uskoo, että omien vanhempien mielenterveysongelmat, lapsuudessa koettu laiminlyönti ja epäsuotuisa kiintymyssuhde ovat altistaneet hänet aikuisena masennukselle tai muille mielenterveyden häiriöille.⁸³ Lapsiperheissä pitkään jatkuva velka-ahdinko ja siitä johtuva stressaantunut ilmapiiri tuodaan esiin myös diakoniatyöntekijöiden lausunnoissa vanhempien jaksamiseen ja sitä kautta lasten hyvinvointiin liittyvänä riskitekijänä: ”Vanhempien väsymys huolettaa, kun on ollut pitkään rahahuolia ja sairautta”, kirjoittaa pikkulapsiperheen tilannetta seurannut diakoniatyöntekijä.⁸⁴

Kun vanhempi on uupunut ja masentunut, on lasten otettava vastuuta perheen selviämisestä. Liian nuorena tapahtuva vastuunottokin saattaa lisätä sairastumisriskiä. Perheessä, jossa äiti ja lukiolainen yrittivät selviytyä vanhempien avioerosta, äidin työuupumuksesta, tapaturmasta ja masennuksesta sekä kasvavista taloudellisista vaikeuksista, lukiolainen oli kokenut niska- ja hartiaseudun särkyjä, päänsärkyä, vatsakrampeja ja masennusta. Hän hankki rahaa opintoihinsa siivoustyöllä. Diakoniatyöntekijä perusteli taloudellista avustamista tässä tapauksessa: ”Avustus olisi myös Y:n [lukiolainen] kannalta helpottava, nuori saisi keskittyä opiskelemaan eikä tarvitsisi huolehtia aikuisten murheita.”⁸⁵

POHDINTAA

Tuloksemme painottavat, ettei sairastavuudessa ja huono-osaisuudessa ole suinkaan kyse toisistaan riippumattomista taustatekijöistä vaan yh-

den ja saman itse itseään helposti ruokkivan prosessin vipuvoimista. Ne vahvistavat monin tavoin toistensa vaikutusta ja siten prosessin kulkua. Niinpä esimerkiksi köyhyys aineellisten elinehtojen puutteena sairastuttaa. Varattomuuden, rauhattomuuden ja velkaantuneisuuden ohella kyse diakonialta apua haettaessa oli usein asumiseen liittyvistä ongelmista ja puutteista. Aineellinen ahdinko voi tarkoittaa sitä, että terveydenhoidosta tingitään vaikkapa asiakasmaksujen tai matkakulujen takia. Aineellinen ahdinko vaikeuttaa myös ihmissuhteiden ylläpitämistä, sosiaalista toimijuutta ja heikentää luottamusta.

Sairaus voi myös köyhdyttää. Se heikentää tehokkaasti ihmisten toimintakykyä, joka on tarpeen elämässä selviytymiseen. Psykososiaaliset tekijät liittyvät kiinteästi toimintakykyyn. Psykkisten sairauksien ja vähäisten sosiaalisten taitojen, sosiaalisen toiminnan ja sosiaalisten verkostojen välillä on kiinteä sidos.

Tämän tutkimuksen mukaan diakonian asiakkaat hakivat ylipäänsä apua terveysongelmiinsa vain kun kyseessä oli todellinen tarve. Näissä tilanteissa vaivoihin tottuminen ja vähäinen luottamus avun saamiseen aiempien kokemusten perusteella saattoivat hidastaa lääkäriin menoa. Kamppaillessaan elantonsa edestä ja yhtä aikaa useamman ongelman ratkaisemiseksi ei heillä ollut mahdollisuutta miettiä tulevaisuuttaan ja terveystään pitkäjänteisesti. Nämä havainnot ovat samoja kuin mitä Cornwell, Blaxter ja Paterson saivat tutkiessaan huono-osaisen kaupunkilaisperheiden terveyskäyttäytymistä ja asenteita Itä-Lontoossa ja Skotlannissa. Tätä johtopäätöstä tukevat myös Raija Kerätären ja Vappu Karjalaisen (2010) pitkäaikaistyöttömien työkyvyn arviointia koskevan tutkimuksen tulokset. Niiden mukaan monista ja usein mielen sairauksista kärsivät pitkäaikaistyöttömät pikemminkin välttävät lääkärin vastaanotolle menoa kuin vaatisivat vastaanottoaikoja. Tutkimuksen tekijät syystä kysyvät ”miksi sairaat pitkäaikaistyöttömät jäävät tutkimatta ja hoitamatta tai miten toimintakyky voi heiketä vuosia ilman, että hyvinvointipalvelumme tarttuvat ongelmiin riittävästi” (Kerätär ja Karjalainen 2010).

Tulostemme mukaan diakoniarahastosta avustusta hakevissa pienituloisissa talouksissa ilmeni sairauksien kasaantumista. Erityisesti tämä koski mielenterveyden häiriöitä. Olisi siis ensiarvoisen tärkeää, että perheille ja yksinäisille ihmisille, joilla on pitkittynyttä taloudellista ahdinkoa, uupumusta ja toivotonta mielialaa, saataisiin

apua ja tukea ennen kuin huolenaiheet ja pakko-raossa eläminen alkavat heikentää hyvinvointia, toimintakykyä ja terveyttä.

Vakiintuneessa terveydenhuolto- ja terveyspolitiikassa nojataan helposti ajatteluun, jonka mukaan kaikkien oletetaan hoitavan terveyttään ja lähtevän hakemaan apua terveysongelmiinsa ikään kuin heillä olisi siihen riittävät resurssit. Tätä saatetaan pitää universalismin ja tasa-arvon periaatteiden mukaisena terveydenhuoltona ja terveyden edistämisenä. Ihmiset ovat kuitenkin sosio-ekonomiselta asemaltaan ja toimintakyvyltään hyvin erilaisia ja eriarvoisia. Huono-osaisten ihmisten terveyden edistämiseksi olisi syytä ottaa selvää ihmisen elämäntilanteesta, terveydenhoidon reunaehdoista sekä siitä, minkä ihminen itse näkee edistävän parhaiten omaa terveyttään: asu-misen turvaamisella tai sosiaalisilla suhteilla voisi olla joissakin tapauksissa suurempi tervehdyttävä vaikutus kuin liikuntaresseptillä. Terveyskampanjoissakin saattaisi olla hyödyllistä kokeilla sanoman eriyttämistä, sen sijaan että kaikille tarjotaan samoja neuvoja (vrt. tässä myös Cornwell 1984, 206).

Terveys- ja sosiaalipalveluissa toimivan henkilökunnan olisi tärkeää havaita ne kytkennät terveyden ja aineellissosiaalisten olojen välillä, joissa olisi mahdollista saada aikaan myönteinen muutos. Tutkimuksemme perusteella joissakin tapauksissa tarvittaisiin lähinnä rahallista tukea lääkkeisiin, apuvälineisiin ja matkakuluihin, jotta ihminen pystyisi seuraamaan hoito-ohjeita ja selviäsi asioidensa hoidosta. Monessa tapauksessa köyhien ja syrjäytyneiden terveydenhoidon ja siihen liittyvän terveyskäyttäytymisen kannalta keskeinen parannus olisi hoitoonohjauksen ja hoidon seurannan kelvollinen järjestäminen. Mielen-

terveys- ja päihdepalveluissa perusongelmana näyttäisivät olevan avohoidon riittämättömät resurssit ja epätasa-arvoiset mahdollisuudet hoidon saamiseen eri puolilla Suomea. Myös terveys- ja sosiaalipalveluissa toimivien asenteilla on merkitystä huono-osaisten ihmisten palvelujen laadun parantamisessa.

Lopuksi haluamme korostaa luottamuksen merkitystä vaikeassa sosiaalisessa asemassa olevien ihmisten sairauksien hoidossa ja terveyden edistämisessä. Silloin kun huono-osaisuus ja sairastavuus kytkeytyvät yhteen noidankehämäisenä prosessina, jossa pienikin muutos huonompaan voi olla ratkaiseva, niin ihmisen luottamus helposti järkkyy tällaisen marginalisoitumiskokemuksen takia. Luottamusta tarvitaan ennen kaikkea autettavien ja auttajien välillä, mutta myös autettavien (vertaistuki) ja auttajien (verkostoituminen) kesken. Luottamus tai sen puute on diakoniatyöntekijöiden haastattelujen mukaan kaikkein keskeisin seikka selittämään sitä, miksi sairauden leimaama hätä tulee ylipäänsä joko ilmi tai jää piiloon diakonian avustustyön kokemusten valossa (Kinnunen 2009, 62–91). On huomattava, että tällöin luottamus/epäluottamus tulkitaan ihmisten välisen vuorovaikutuksen tunnusmerkkinä pikemminkin kuin yksilöiden ominaisuutena tai sosiaalisena rakenteena (Kortteinen ja Tuomikoski 1998). Koska luottamus merkitsee myös ihmisten itseluottamuksen kasvua, niin vaikutukset näkyvät heidän terveyskäyttäytymisessään. Luottamus ei rakenna siltaa ainoastaan terveydenhuoltopolitiikan ja terveyspolitiikan välillä. Se on samalla merkki siitä, että ihmiset voivat kokea tai ainakin uskoa perusoikeuksensa toteutuvan käytännössä.

Hiilamo H, Hänninen S, Kinnunen K. Links between ill health and poor economic status among Church social work clients
Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2011;48:4–21

In Finland long-term morbidity as well as mortality and subjective health varies according to socio-economic status. This article studies the links between ill health and poor economic status among Church social work clients. The aim is to identify those processes and mechanisms that connect morbidity and ill health. The material consists of thematic interviews (N = 21) among Evangelic Lutheran Church's field workers and individual clients' applications for financial aid from the Church between 2004 and 2008

(N = 170). The material was analyzed with the help of episode analyses in four problem-centred phases: before diagnosis, getting the diagnoses, during the treatment and after the treatment. The results suggest that poor economic position and ill health are not separate incidents. They are interconnected in various ways. The lack of financial resources may involve poor living conditions. They may, in turn, contribute to ill health. Lack of funds may also prevent patients from seeking necessary health care services.

LÄHTEET JA KIRJALLISUUS

Arkistoaineisto

Kirkon diakoniarahaston avustushakemukset 2004–2006 (896 kpl numeroituja avustushakemuksia liitteineen), Kirkkohallitus, Helsinki.

Haastattelut

Diakoniatyöntekijöiden haastattelut 22.4.2008–12.8.2008 (21 haastattelua H01-H21), 314 sivua litteroituja haastatteluja. Tekijän (Kaisa Kinnunen) hallussa.

Kirjallisuus

Annabi H, Crowston K, Heckman R. Depicting What Really Matters: Using Episodes to Study Latent Phenomenon. International Conference on Informatics (ICIS). ICIS 2008 Proceedings, 1–11. [This paper is posted at AIS Electronic Library (AISeL). <http://aisel.aisnet.org/icis2008/183>].

Batty D, Deary I, Benzeval M, Der G. Does IQ predict cardiovascular disease mortality as strongly as established risk factors? Comparison of effect estimates using the West of Scotland Twenty-07 cohort study. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2010;17:24–27.

Blaxter M, Paterson, E. Mothers and Daughters. A Three-generational Study of Health Attitudes and Behaviour. Heineman Educational Books, London 1982.

Black D, Townsend P, Davidson N. Inequalities in Health: The Black Report. Harmondsworth, Middlesex, England. Penguin Books, New York 1982.

Byström R. Hällpunkt – health care services for the homeless in Stockholm. Alustus Asunnottomuuspäivillä 17.10.2008. Espoo, Selloali. (Kaisa Kinnusen muistiinpanot.)

Cornwell J. Hard-Earned Lives. Account of Health and Illness from East London. Tavistock Publications, London & New York 1984.

van Doorslaer M & OECD health equity research group. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. Teoksessa OECD, the OECD health project. Towards high-performing health systems. OECD, Paris 2004.

Forgas, J. Social episodes: the study of interaction routines. Academy Press, London – New York 1979.

Gilchrist V. Key Informant Interviews. Teoksessa Bryman A, Burgess R (toim.) Qualitative Research Volume I. Sage publications, London-Thousand Oaks-New Delhi 1999, 354–371.

Hart JT. The Inverse Care Law. *Lancet* 1971, Feb 27:405–412.

Julkunen R. Kaikista huolta. Teoksessa Arajärvi P, Särkelä R. (toim.) Leipää ja lämpöä. Näkökulmia sosiaaliturvan uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, Helsinki 2008, 46–57.

Isosaari, U. Perusterveydenhuolto koetuksella. Tutkimus kunnallisesta perusterveydenhuollosta

1997–2003. KuntaSuomi 2004 –tutkimuksia nro 47, Acta nro 167. Suomen kuntaliitto, verkkojulkaisu hosted.kuntaliitto.fi/intra/julkaisu/pdf/p0710121038594.pdf. [Luettu 15.11.2008]

Joukamaa M. Suomalaisen vankien terveys. Kansanterveystieteen julkaisuja M 107/91. Kansanterveystieteen laitokset, Helsinki 1991.

Karvonen S. Hyvinvointi työikäisten kokemana. Teoksessa Moisio P, Karvonen S, Simpura J, Heikkilä M. (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2008. Stakes, Helsinki 2008, 96–115.

Kela (Kansaneläkelaitos) Tunne perusturvasi. Kun sairastat. Kela, Helsinki 2008.

Kerätär R, Karjalainen V. Pitkäaikaistyöttömällä on runsaasti hoitamattomia mielenterveyshäiriöitä. *Suomen Lääkärilehti* 2010;45:3683–3689.

Kinnunen K (toim.). Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Suomen ev.lut.kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009:7. Kirkkohallitus, Helsinki 2009.

Klavus J, Kapiainen S, Nguyen L, Pekurinen M. Suomalaisen terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset. Teoksessa Moisio P, Karvonen S, Simpura J, Heikkilä M. (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2008. Stakes, Helsinki 2008, 178–191.

Kortteinen M, Tuomikoski H. Työtön. Tutkimus pitkäaikaistyöttömien selviytymisestä. Karisto, Hämeenlinna 1998.

Kortteinen M, Elovainio M. Miten auttaa huono-osaisia? Teoksessa Kautto M (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2006. Stakes, Helsinki 2007, 329–344.

Koskinen S, Martelin T, Sainio P, Heliövaara M, Reunanen A, Lahelma E. Pitkäaikaissairastavuus. Teoksessa Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2007, 74–86.

Lahelma E, Rahkonen O, Koskinen S, Martelin T ja Palosuo H. Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2007, 25–42.

Larivaara M, Teperi J. Eriarvoisuus sosiaali- ja terveyspalvelujen käytössä. Teoksessa Taimio H. (toim.) Talouskasvun hedelmät. Työväen Sivistysliitto, Helsinki 2007, 193–210.

Mannila S. Työhistoria ja syrjäytyminen. Vaikeasti työllistyvien terveysongelmaisten elämäntilusta. Työministeriö, Helsinki 1993.

Martin J, Päiviö S, Labadie D. Memory-enhancing characteristics of client-recalled important events in cognitive and experiential therapy: Integrating cognitive-experimental and therapeutic psychology. *Counseling Psychology Quarterly* 1990; 3: 239–256.

- Miles M, Huberman A. *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. Sage Publication, Thousand Oaks 1994.
- Moran G, Simpkin M. Social exclusion and health. Teoksessa Percy-Smith J (toim.) *Policy Responses to social exclusion. Towards inclusion?* Open university press, Berkshire 2000, 84–107.
- Nissinen A, Kauhanen J ja Myllykangas M. *Kansantervestiede*. WSOY, Porvoo-Helsinki-Juva 1994.
- Ostamo A, Aro H, Keskimäki I, Henriksson M ja Lönnqvist J. Koulutustaso ja psykiatristen sairaalapaalvelujen käyttö. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakausilehti* 2005;12:266–280.
- Ostamo A, Huurre T, Talala K, Aro H ja Lönnqvist J. *Mielenterveys*. Teoksessa *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2007, 87–103.
- Prättälä R, Koskinen S, Martelin T, Lahelma E, Sihto M, Palosuo H. *Terveyserot ja niiden kaventamisen haaste*. Teoksessa *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2007, 15–24.
- Suomen evankelis-luterilainen kirkko. *Kirkon tilastollinen vuosikirja 2007*. Kirkkohallitus, Helsinki 2008.
- Thompson M, Wildavsky A. *A Poverty of Distinction. From Economic Homogeneity to Cultural Heterogeneity in the Classification of Poor People*. *Policy Sciences* 1986: 19: 163–199.
- Uutela A. *Elämänhallinta ja terveys*. Teoksessa Karisto A, Lahelma E, Rahkonen O (toim) *Terveys sosiologia*. WSOY, Juva 1992, 171–180.
- Valkonen T. *Eriarvoisuus kuoleman edessä*. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakausilehti* 2007:44: 243–49.
- ¹ Kirkon diakoniarahaston avustushakemukset 395/2003, 364/2003, 184/2004, 164/2004, 184/2004 217/2004, 20/2005, 22/2005, 33/2005, 46/2005, 55/2005, 58/2005, 62/2005, 221/2005, 90/2006, 107/2006, 112/2006, 150/2006, 163/2006, 196/2006, 136/2006, 160/2006, 165/2006.
- ² 112/2006.
- ³ 395/2003, 358/2004, 101/2006, 172/2006.
- ⁴ Diakoniatyöntekijöiden haastattelut H02, H15, H20.
- ⁵ 242/2005
- ⁶ 40/2005.
- ⁷ 106/2006, 127/2005, 137/2005, 82/2006, 137/2006, 152/2006, 156/2006, 212/2006.
- ⁸ 127/2005, liite, Diakoniatyöntekijän laatima selvitys avustuksenhakijan tilanteesta Akordirahastolle.
- ⁹ 55/2004, 188/2004, 17/2005, 60/2005, 53/2006, 22/2006, 106/2006, 196/2006, 199/2006.
- ¹⁰ 178/2004, 183/2004, 188/2004, 195/2004.
- ¹¹ 199/2005, liite, Diakoniatyöntekijän lausunto.
- ¹² H02, H07, H08, H09, H10, H16, H17, H20 sivu 8. Suomessa sairaut maksavat sekä hoidoistaan että lääk-
- keistään enemmän kuin monissa muissa Euroopan maissa, vaikka terveydenhoidon asiakasmaksuissa ja lääkkeissä onkin Suomessa maksukatto. Terveyskeskusten asiakasmaksujen korotuksista päätettiin elokuussa 2008, joten diakoniatyöntekijöiden haastatelussa tämä aihe oli ajankohtaisuutensa vuoksi paljon esillä. Terveyskeskusmaksu yleislääkärin vastaanotolla oli ennen korotusta 11 euroa käyntikerralta ja korotusten jälkeen 12,80 euroa.
- ¹³ H18, 13.
- ¹⁴ Terveyspalvelujen käyttöä koskevissa tutkimuksissa onkin todettu, että lääkärikäyntejä on vähiten tulojakauman ääripäihin kuuluvilla: toisaalta alimmassa ja toisaalta ylimmässä tulovidenneksessä, joista toisesta löytyvät kaikkein sairaimmat ja toisesta kaikkein terveimmät ihmiset (Klavus ym. 2008, 183).
- ¹⁵ H02, H09, H10.
- ¹⁶ H04, H05, H07, H10, H11.
- ¹⁷ H02, H05.
- ¹⁸ H01, H10, H14, H11, H18.
- ¹⁹ H07, H16, H17.
- ²⁰ H06, H09, H10, H12, H14, H16, H17, H20.
- ²¹ H11, 7.
- ²² H01, H11, H15.
- ²³ H01, H14.
- ²⁴ H16, H17.
- ²⁵ H09, H10, H14, H20.
- ²⁶ H07.
- ²⁷ H01, 5.
- ²⁸ H16, H17, H20.
- ²⁹ H16, H17.
- ³⁰ H07.
- ³¹ H01.
- ³² Kotihoito tarkoittaa lähinnä vanhuksille tarjottua kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistelmää, josta terveys- ja sosiaalitoimi vastaavat yhdessä. Terveyskeskuksen kotisairaanhoidon huolehtii vanhuksen hoidollisista toimenpiteistä ja lähihoitajakoulutuksen saanut työntekijä muista tehtävistä.
- ³³ H01, H06, H16.
- ³⁴ H15.
- ³⁵ H10.
- ³⁶ H13.
- ³⁷ H12, H19.
- ³⁸ H13.
- ³⁹ H07
- ⁴⁰ H01, H07, H10.
- ⁴¹ H10, H15.
- ⁴² H10.
- ⁴³ H20.
- ⁴⁴ H20, 8.
- ⁴⁵ H08, 8.
- ⁴⁶ H06, H09, H13.
- ⁴⁷ H01, 6.
- ⁴⁸ Vuonna 2008 peruskorvaus lääkkeistä oli 42 prosenttia ostetun lääkkeen hinnasta. Vaikeiden, pitkäaikaisen sairauksien hoitoon käytettäviin lääkkeisiin voi saada erityiskorvausta, jolle on kuitenkin erilaisia ehtoja. Joissakin sairauksissa edellytetään elämäntapamuutoksia, joiden vaikutuksia sairauteen seurataan. Joissakin sairauksissa vaaditaan puolen vuoden säännöllinen lääkitys ennen erityiskorvauksen myöntämistä. Kun lääkekustannukset ylittävät tietyn vuotuisen omavas-

tuuosuuden, joka oli 643 euroa vuonna 2008, korvattavien lääkkeiden kuluihin tulee lisäkorvaus. Asiakas maksaa vain pienen omavastuuosuuden (1,50 euroa/lääkeosto vuonna 2008) ja Kela loput lääkkeen hinnasta (Kela 2008, 3–4).

⁴⁹ H03, H04, H06, H15, H16.

⁵⁰ H07, H13, H20.

⁵¹ Lääkkeiden kustannusten korvaamisen perusedellytys on, että sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva lääkkeiden hintalautakunta on vahvistanut lääkkeelle tukkuhinnan. Jos lääkärin määräämä lääke on vapaan hinnoittelun piirissä, lääkkeen kustannuksista ei voi saada korvausta sairausvakuutuksesta.

⁵² H16.

⁵³ H09, H13, H16. Lainaus haastattelusta H16, sivu 19.

⁵⁴ Sairausvakuutus korvaa tarpeellisen sairaanhoidon vuoksi tehtyjen matkojen kustannuksista 100 prosentin mukaan sen mikä jää maksettavaksi 9 euron omavastuuosuuden jälkeen yhdensuuntaista matkaa kohti. Mikäli itse maksettavaksi jääneet matkakustannukset ylittävät kalenterivuodessa 157 euroa, ylittävä osuus korvataan kokonaan.

⁵⁵ H02, H03, H06, H08, H09, H11, H15, H18.

⁵⁶ H01, H03, H04, H06, H08, H11, H19, H20.

⁵⁷ H03, H12, H19.

⁵⁸ 27/73, viidessä tapauksessa ei ollut mahdollista päätellä ahdingon kestoa.

⁵⁹ Taloudellisesta ahdingosta kertoo se, että henkilöt hakevat tukea Kirkon diakoniarahaston kaltaiselta taholta, jota voi pitää residuaalisen residuaalisena, so. henkilö tai perhe on hakenut kaiken yhteiskunnalta tulevan tuen (sis. yleensä myös toimeentulotuen) ennen hakemuksen laatimista.

⁶⁰ 14/2004, ks. myös 140/2006.

⁶¹ 206/2006. Vrt. Julkunen 2008, 53. Brittiläisissä tutkimuksissa on 1980-luvulta lähtien nostettu esiin kysymys vammaista, sairasta tai vanhusta hoitaville koituvista taloudellisista menetyksistä. Hoitotyö voi johtaa pitkiin poissaoloihin työelämästä, mikä vaikuttaa myös sosiaaliturvaetuuksiin ja eläkekertymään.

⁶² Ylivelkaantuneella tarkoitetaan henkilöä, joka ei kykene maksamaan tuloillaan velkojensa lyhennyksiä tai korkoja.

⁶³ Työkyvyttömyyseläkkeen hakuprosessi oli kestänyt usein kaksi vuotta tai kauemminkin. Esimerkiksi hakemuksessa 7/2006 kerrotaan työkyvyttömyyseläkettä koskeneesta oikeudenkäynnistä, joka kesti viisi vuotta. Prosessiin liittyi tulokatkoksia, velkaantumista, uusien sairauksien ilmaantuminen ja asunnon pakkohuuto-kauppa.

⁶⁴ 8/2006.

⁶⁵ 146/2006, henkilö, jolla on masennus ja seitsemän muuta diagnoosia ja joka on menettänyt kaikki läheisensä.

⁶⁶ 183/2006, päihderiippuvuuden ja mielenterveysongelmien takia hoidossa olleen, velkaantuneen miehen kokemus.

⁶⁷ 22/2005, 46/2005, 48/2005, 60/2005, 72/2005, 87/2005, 167/2005, 200/2005, 245/2005, 14/2006, 97/2006, 104/2006, 105/2006, 116/2006, 152/2006, 161/2006, 183/2006, 240/2006.

⁶⁸ 40/2006, 63/2005, 105/2005, 174/2006, 223/2006.

⁶⁹ 126/2005, 183/2006, 187/2005.

⁷⁰ 88/2005, 192/2005, 198/2005, 66/2006, 25/2006.

⁷¹ 70/2005, 63/2006.

⁷² 105/2005, 183/2005, 104/2006, 174/2006, 223/2006.

⁷³ 312/2005.

⁷⁴ 51/2006. Työssä käyvien omaishoitajien tueksi ei suomalaisessa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä ole juurikaan erikoispalveluja, vaikka noin joka viides työssä käyvä auttaa säännöllisesti läheistä omaistaan. Kröger 2008, 80.

⁷⁵ 46/2005.

⁷⁶ 87/2005.

⁷⁷ 5/2005, 145/2005.

⁷⁸ 212/2006, taustalla ero alkoholia käyttäneestä puolisosta, velkaantuminen ja aikuisen kokemus työpaikkakiusaaminen.

⁷⁹ 115/2006.

⁸⁰ 33/2005, 4/2006, 28/2006.

⁸¹ 140/2006.

⁸² 5/2005, 40/2005, 48/2005, 60/2005, 165/2005, 185/2005, 191/2005, 198/2005, 199/2005, 200/2005, 236/2005, 269/2005, 3/2006, 13/2006, 22/2006, 25/2006, 40/2006, 51/2006, 69/2006, 101/2006, 115/2006, 128/2006, 140/2006, 152/2006, 212/2006.

⁸³ 200/2005, 152/2006, 51/2006, 69/2006.

⁸⁴ 221/2005.

⁸⁵ 199/2005.

HEIKKI HIILAMO

VTT, FT, tutkimusprofessori

Kansaneläkelaitos

SAKARI HÄNNINEN

VTT, tutkimusprofessori

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

KAISA KINNUNEN

FM

Helsingin yliopiston opettajankoulutuslaitos