



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Yhteisöanalyysi Askolasta

Husu Maiju & Keränen Eveliina

2013 Laurea Porvoo

Laurea-ammattikorkeakoulu
Porvoo

Yhteisöanalyysi Askolasta

Husu Maiju
Keränen Eveliina
Hoitotyönkoulutusohjelma
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2013

Laurea-ammattikorkeakoulu
Porvoo
Hoitotyönkoulutusohjelma

Tiivistelmä

Husu Maiju, Keränen Eveliina

Yhteisöanalyysi Askolasta

Vuosi 2013 Sivumäärä 69

Tässä opinnäytetyössä selvitetään Askolan kunnan hyvinvoinnin tilaa indikaattoreiden avulla. Opinnäytetyö on osa Askolan hyvinvointikertomusta. Vuonna 2011 laadittiin uusi terveydenhuoltolaki, jonka mukaan kunnan tulee laatia hyvinvointikertomus (1326/2010). Hyvinvointikertomuksen tarkoituksena on toimia kuntalaisten terveydentilaa parantavana perustana

Yhteisöanalyysin avulla kartoitetaan yhteisön tarpeita sekä luodaan kokonaiskuva yhteisöstä. Prosessi on tärkeä väestön hyvinvoinnin ja terveydenedistämiseksi. Yhteisöanalyysi voidaan rajata haluttuun alueeseen sekä ikäryhmään, esimerkiksi lapsiin, nuoriin tai aikuisiin. Yhteisöanalyysin tarkoituksena on tehdä toimenpide-ehdotuksia saaduista tuloksista. Yhteisöanalyysiin tarvittavia tietoja tarkastellaan väestönikäarakenteen, koulutuksen, työllisyyden, terveydentilan ja terveydenhuollon indikaattorien avulla. (Stakes 2000.)

Tässä yhteisöanalyysissä vertailtiin koko Suomen ja Porvoon indikaattoreita Askolan indikaattoreihin, joiden avulla tuloksia tuli esille. Tärkeimpinä tuloksina voidaan pitää nuorten hengästyttävän liikunnan vähenemistä ja ylipainon lisääntymistä. Myös vanhemmuuden puutteen kokeminen väheni samoin nuorten keskivaikean ja vaikean masentuneisuuden kokeminen väheni. Lisäksi erikoissairaanhoidon nuorisopsykiatrian avohoitokäynnit vähenivät. Kun taas erikoissairaanhoidon lastenpsykiatrian avohoitokäynnit lisääntyivät. Koulupudokkaiden määrä on korkeampi Askolassa kuin muualla Suomessa määrä on kasvanut huomattavasti vuoden 2009 jälkeen.

Yhteisöanalyysin tuloksista voidaan todeta, että Askolan kunnan tulisi tulevaisuudessa kiinnittää enemmän huomiota nuorten elintapoihin ja hyvinvointiin sekä sen ohjaukseen. Koulupudokkaiden määrään tulisi kiinnittää huomiota, sillä heillä on riski syrjäytyä.

Avainsanat: yhteisöanalyysi, terveyden edistäminen, hyvinvointi, ikäryhmät, nuoret, Askola

Laurea University of Applied Sciences
 Porvoo
 Degree Program in Nursing

Abstract

Husu Maiju, Keränen Eveliina

Askola's community analysis

Year	2013	Pages	69
------	------	-------	----

This thesis examines Askola municipality's state of welfare according to welfare indicators. The thesis is part of Askola's welfare report. In 2011, the new health care law came into force, which states that a municipality has to prepare a welfare report of its own. The purpose of the report is to improve the health of the citizens.

Community analysis is used to survey community needs and to create an overall picture of the community. The process is important for public wellbeing and health improvement. It can be delimited to certain area and age group, for example kids, youngsters and adults. The purpose of the community analysis is to make action proposals based on the results. Information needed on community analysis is examined by age structure, education, employment, health and healthcare indicators.

Community analysis compared Finland's and Porvoo's indicators to Askola's indicators. The most significant results were the lack of aerobic exercise and increase of excess weight among young people. Also the feeling of lack of parenting decreased as well as experience of moderate and difficult depression among young people. Specialized adolescent psychiatry outpatient visits decreased, while the specialized child psychiatry outpatient visits increased. The amount of school dropouts is higher than rest of the Finland, and the number has increased significantly since 2009.

The results of this community analysis show that Askola's municipality should pay more attention to young people's lifestyle, wellbeing, as well as its control. The number of school dropouts should also be paid attention to, because they are at the risk of social exclusion.

Keywords: community analysis, improving of health, wellbeing, age group, youngster, Askola

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Yhteisöanalyysin tavoite ja tarkoitus	8
3	Hyvinvointi	9
	3.1 Ympäristön merkitys hyvinvoinnissa	9
	3.2 Hyvä elämän laatu	10
	3.3 Hyvinvointikertomus	11
4	Yhteisön terveyden edistäminen	11
	4.1 Kunnan terveyden edistäminen	13
	4.2 Hoitotakuu	15
	4.3 Kansanterveystyössä terveyden edistäminen	16
	4.4 Terveyden edistämisen arviointi ja seuranta	20
5	Terveyden edistämisen aihealueet	20
	5.1 Fyysinen hyvinvointi	20
	5.2 Sosiaalinen hyvinvointi	23
6	Yhteisöanalyysin toteutus	25
	6.1 Yhteisöanalyysin tekoprosessi	26
	6.2 Aineiston keruu	29
7	Askolan kunnan perustiedot	30
	7.1 Askolan hyvinvointintila	31
	7.2 Lapset ja lapsiperheet	33
	7.3 Nuoret	38
	7.4 Työkäiset	47
	7.5 Ikäihmiset	53
8	Yhteisöanalyysin tulosten luotettavuus	57
9	Tärkeimmät tulokset	58
	Pohdinta	59
	Lähteet	63

1 Johdanto

Yhteisöanalyysissä kartoitetaan yhteisön tarpeita ja annetaan kokonaiskuva yhteisöstä luomalla tietoisuutta väestön hyvinvoinnista ja sen edellytyksistä. Yhteisöanalyysi onkin tärkeä väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Yhteisöanalyysi voidaan rajata tiettyyn alueeseen ja ikäryhmään kuten lapsiin, nuoriin tai aikuisiin. Yhteisöanalyysissä prosessin tarkoituksena prosessin tarkoituksena on tehdä johtopäätöksiä ja toimenpide-ehtotuksia tuloksista. Tarvittavia tietoja yhteisöanalyysissä ovat esimerkiksi väestön ikärakenne, koulutus, kieli, työllisyys, liikenne ja palvelut. Yhteisön terveydentilasta kertovat väestön terveystietäytyminen sekä terveyspalveluiden käyttö, terveydentila, sairastavuus ja kuolleisuus. Yhteisöanalyysi on hyvä apuväline sosiaali- ja terveysalan työntekijöille, mutta tulosten tulisi välittyä myös hallinnolliselle tasolle ja sitä kautta päätöksentekijöille. (Stakes 2000.)

Hyvinvointi syntyy yksilöiden tarpeista ja käytettävissä olevista resursseista ja näiden välisestä prosessista. Yksilölliseen hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa ravinto- ja liikuntatottumukset sekä suhtautuminen päihteisiin. Elinolot ovat keskeinen osa hyvinvointia, esimerkiksi taloudellinen toimeentulo, koulutus, työllisyys, terveys, asuminen ja näihin liittyvät olosuhteet vaikuttavat merkittävästi osana hyvinvointiin. (Tapaninen, Kauppinen, Kivinen, Kotilainen, Kurrenneemi & Pajukoski 2002, 55-63.)

Terveyden edistämisen tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia huolehtia oman ja ympäristön terveydestä. Preventio eli sairauksien ehkäiseminen voidaan jakaa primaari-, sekundaari- ja tertiäripreventioniin, lisäksi on olemassa promotiivinen lähestymistapa. Promotiivisessa terveyden edistämässä ylläpidetään ja pyritään vahvistamaan terveyttä suojaavia tekijöitä, kun taas primaariprevention tarkoituksena on toimintaa ennen taudin esiasteen kehittämistä. Sekundaariprevention yritetään estää alkaneen taudin pahentumista ja poistaa sen riskitekijöitä vastaavasti tertiäripreventioniin pyritään estämään sairauden tai sen oireiden pahentuminen. Maailman Terveysjärjestön mukaan terveys on muutakin kuin sairauden puuttamista. Salutogeenisen eli terveyslähtöisyyden lähtökohtana ovat voimavarat, sillä ne edistävät terveysprosessia kohti hyvinvointia ja elämänlaatua. Terveyttä määrittävät tekijät eli determinantit, voivat olla negatiivisia tai positiivisia. terveyttä määrittävät tekijät voivat olla myös yksilöllisiä, sosiaalisia, rakenteellisia ja kulttuurillisia tekijöitä, kuten esimerkiksi toimeentuloa, koulutusta, elinoloja, työoloja, palvelujen saatavuutta ja toimivuutta, sekä ihmisten omia tietoja, taitoja, asenteita ja elintapoja terveyteen liittyen. Salutogeenisessä näkemyksessä tarkastellaan terveyttä fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja henkisen terveyden kautta. Vastakohtana salutogeeniselle lähestymistavalle on patologinen eli lääketieteellinen lähestymistapa. (Vertio 2003, 29-31 : Aalto-Kallio & Mäkipää 2010, 11-12 : Koskenvuo & Mattila 2009 : Lindström & Eriksson 2010, 32-48 : Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Taustatietoa

Askolan kunta sijaitsee Itäisellä Uudellamaalla. Asukkaita siellä on 4864 vuoden 2010 lopussa. 0-14-vuotiaiden osuus väkiluvusta on 20,6 %, 15-64-vuotiaiden osuus on 65,7 %, 65-vuotta täyttäneiden osuus on 13,7 % ja perheiden lukumäärä on 1371. Työttömyysaste oli vuonna 2009 8,1 %. Askolan asukasluku on ollut kasvussa koko 2000 luvun ajan. Vuosina 2000-2009 kasvu on ollut 9 % eli yli 400 asukasta. (Askolan kunta 2010.)

Yhteisöanalyysin tavoitteena on saada selville Askolan kunnan epäkohtia ja onnistumisia vertailemalla tilastotietoja Porvoon ja koko Suomen tilastoihin. Yhteisöanalyysin tutkimuskysymyksestä muodostui: Minkälainen on hyvinvoinnin nykytila Askolan kunnassa? Yhteisöanalyysin toteutuminen vaati yhteistyötä Askolan kunnan kanssa, muun muassa tapaamisia ja erilaisia yhteydenottoja.

2 Yhteisöanalyysin tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön päätavoitteena on vertailla Askolan kuntaa Porvooseen ja koko Suomeen. Valitsimme Porvoon vertailukohteeksi, koska Porvoo ja Askola sijaitsevat lähellä toisiaan ja yhteistyötä on tehty historian kuluessa eritavoin esimerkiksi kuntayhtymänä terveydenhuollossa ja ammattikouluilla. Vertailun tarkoituksena on saada selville, että mitä epäkohtia ja onnistumisia Askolan kunnassa on terveyden edistämisen näkökulmasta. Tarkoituksena on myös selvittää Askolan kunnan johdolle ja päättäjille kuntalaisten hyvinvointia ja tarpeita. Tutkimuksessa pyritään kartoittamaan kuntalaisten tarpeita hyvinvoinnin suhteen, antamaan lukijalle käsitys Askolan kunnan hyvinvointitilasta ja lisäämään väestön tietoisuutta omasta hyvinvoinnista. Tutkimuksessa pyritään selvittämään Askolan kunnasta perustietoa, esimerkiksi paljon Askolassa on työttömiä, työssäkäyviä, lapsiperheitä, ja minkälaisia palveluita on saatavilla.

Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa Askolan hyvinvointitilasta. Kunnan päättäjät haluavat saada käsityksen kuntalaisten terveystarpeista sekä terveyttä kuormittavista tekijöistä. Toiveena heillä oli myös saada tietoa, mitä voimavaroja Askolasta löytyy. Opinnäytetyön tilaajat haluavat kokonaiskuvan kunnan tilanteesta, johon kuuluu muun muassa väestönrakenne. Opinnäytetyössä selvitetään osaksi myös miten palvelut Askolassa kohtaavat kuntalaisten tarpeita.

Yhteisöanalyysi voidaan eritellä kolmeen eri tasoon, jotka ovat: ensimmäinen taso eli deskriptiivinen, toinen taso eli yhteisöanalyttinen ja kolmas taso eli toiminnallinen taso. Yhteisöanalyysi toteutetaan toisen tason kriteerien mukaisesti. Yhteisöanalyysin toisen tason kriteerin mukaan kartoitetaan sekä yhteisön puutteiden, heikkouksien sekä vahvuuksien kautta heidän tarpeitaan. Yhteisöanalyysissämme tulee esille väestön koulutus, kieli, elintaso, työllisyys, palvelut ja hyvinvointi.

Ammattikorkeakouluasetus 352/2003 asettaa omat tavoitteet opinnäytetyölle. Sen tavoitteena on osoittaa ja kehittää opiskelijan valmiutta käyttää tietojaan ja taitojaan ammattiopintoihin kuuluvissa asiantuntijatehtävissä. Opinnäytetyön tarkoituksena on tukea opiskelijan ammatillista kasvua ja kehittää osaamista sekä työelämää, innovaatiotoimintaa ja aluekehitystä.

Tutkimuskysymyksen tarkoituksena on saada yhteisöllinen käsitys Askolassa asuvista kuntalaisista. Tämän pohjalta opinnäytetyön tutkimuskysymykseksi muodostui:

1. Minkälainen on hyvinvoinnin nykytila Askolan kunnassa?
2. Miten Askolan kuntalaiset voivat?

3. Millä tavoin kunnan terveystaloutta voitaisiin kehittää?
4. Miten Askolalaisten terveydentila tulee näkyviin vertailtaessa Porvooseen ja koko Suomeen?

Yhteisöanalyysin valmistumisprosessia varten on järjestetty tapaamisia Askolan kunnan toimien, terveyskeskuksen osastonhoitaja Eliisa Roineen ja Askolan kunnan perusturvajohtaja Marja-Lea Tarkkin kanssa, mukana on ollut myös lehtori/ohjaaja Ann-Marie Suvisaari. Tapaamisia on järjestetty Askolassa sekä Porvoon Campuksella.

3 Hyvinvointi

Hyvinvointi ja hyvä elämä tarkoittaa jokaiselle ihmiselle eri asioita. Hyvinvoinnin ja hyvän elämän toteutumisen elementit ovat erilaisia 3-vuotiaalle, 15-vuotiaalle, 40-vuotiaalle tai 75-vuotiaalle. Ne ovat erilaisia myös eri maassa asuville, esimerkiksi Suomessa asuvalle tai Nigeriassa asuvalle. Hyvinvointi syntyy yksilöiden tarpeesta ja käytettävissä olevista resursseista ja näiden välisestä prosessista. Tarpeet ovat henkilökohtaisia, mutta ne ovat sidoksissa yhteiskuntaan ja kulttuuriin, jossa yksilö elää. Hyvinvoinnin tavoitteita ovat oikeudenmukaisuus, tasa-arvo ja turvallisuus. Yksilölliseen hyvinvointiin vaikuttavat ravinto- ja liikuntatottumukset sekä suhtautuminen alkoholiin, tupakkaan ja muihin päihteisiin. Yksilöllisiin elämäntapoihin vaikuttavat myös vallitsevat kulttuuri ilmiöt, esimerkiksi kauneuskäsitykset tai kuva ihanneperheestä. (Tapaninen ym. 2002, 55-63.)

Aineellisen hyvinvoinnin vastakohta on taloudellinen huono-osaisuus tai köyhyys. Aineellinen resurssi on yksi hyvinvoinnin ulottuvuuksista. Tämä resurssi kuvaa elinoloja, kuten esimerkiksi, tuloja, asumista (sen tasoa), terveyttä, työllisyyttä ja varallisuutta. Aineellisen resurssin lisäksi ihmisillä on tarve olla tekemisissä muiden ihmisten kanssa. Tarve toteutuu, kun ollaan tekemisissä esimerkiksi perheen ja suvun kanssa, tämä on osa sosiaalisen identiteetin muodostumista. Hyvinvoinnissa on myös tarve toteuttaa itseään yksilönä, siihen kuuluu esimerkiksi korvaamattomuus työssä, poliittinen aktiivisuus tai toiminta luonnossa. (Tapaninen ym. 2002, 56.)

Elinolot on yksi keskeinen osa hyvinvointia. Elinolot koostuvat asioista, joista ulkoiset edellytykset muodostuvat elämässä, esimerkiksi taloudellinen toimeentulo, koulutus, työllisyys, terveys, asuminen ja näihin liittyvät olosuhteet. Valtion lisäksi kunnat osallistuvat edellä mainittujen olosuhteiden parantamiseen sekä hyvinvointivaltion rakentamiseen. (Tapaninen ym. 2002, 62)

3.1 Ympäristön merkitys hyvinvoinnissa

Perusedellytys hyvälle elämälle on terveellinen, turvallinen ja viihtyisä kotiympäristö. Joka-päiväisen elämän sujumisen kannalta tärkeää on lähiympäristön toimivuus yhteisöineen, työ-paikkoineen ja palveluineen on välttämätöntä. Laadukkaan ympäristön rakentamisen perusta-na on ammatillinen osaaminen muun muassa suunnittelussa, rakentamisessa ja korjaamisessa. Suunnittelijoilta vaaditaan, että he ymmärtävät ympäristön ja hyvinvoinnin välisen merkityk-sen. Yksilöiden ja ympäristö kehittyvät toistensa vuorovaikutuksessa. Paikat vaikuttavat koko-naisvaltaisesti hyvinvointiin. Lapsuuden ympäristö, huone, koti ja leikkipaikat ja niiden tun-nelma vaikuttavat myöhemmän elämän käsityksiin. Ne vaikuttavat myös siihen, minkälainen ympäristö tuntuu omalta, missä on hyvä tai paha olla ja mikä kirkko on oikeanlainen kirkko. Hyvinvointia edistävä ympäristö syntyy vähitellen. Se muodostuu suunnittelun, kehittämisen ja tekemisen sosiaalisessa yhteistyössä. Sosiaalisesti hyvinvoiva ympäristö on elävä, koska sitä pystytään kokoajan kehittämään. (Tapaninen ym. 2002, 22-26, 107.)

3.2 Hyvä elämän laatu

Suomen hyvinvointipolitiikan tavoitteena on antaa mahdollisuus kansalaisille tasa-arvoiseen hyvinvointiin ja hyvään elämään. Sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteena Sosiaali- ja terve-yshministeriön mukaan on pidentää terveyttä ja toimintakykyistä elinaikaa, turvata hyvä elä-mänlaatu sekä vähentää terveyseroja eri väestöryhmissä sekä ennenaikaista kuolleisuutta. Keinoina ovat muun muassa terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, väestön toimintakyvyn tukeminen, eriarvoisuuden vähentäminen sekä köyhyyden ja syrjäytymisen torjuminen. (Vaa-rama, Siljander, Luoma & Meriläinen 2010, 126-127.)

Elämänlaadusta on olemassa useita eri määritelmiä. Kuitenkin suurin osa tutkijoista sisällyt-tää hyvään elämän laatuun samantyyppisiä tekijöitä, kuten esimerkiksi läheissuhteet, terveys, toimintakyky, aineellinen hyvinvointi sekä psyykinen, kognitiivinen ja emotionaalinen hyvin-vointi. Tyytyväisyys elämään on todettu liittyvän tulojen riittävyyteen, hyviin asunoloihin, sairastavuuden vähäisyyteen, optimistiseen elämänsentteeseen, hyväksi koettuun terveyteen ja persoonallisuustekijöihin. Hyvään elämän laatuun on myös todettu vaikuttavan ikä, suku-puoli, ammattiasema ja koulutus. Elämänlaatu on moniulotteinen ja dynaaminen ilmiö, joka vaihtelee elämäntilanteiden mukaan. (Vaarama ym. 2010, 128.)

Tutkimusten mukaan suomalaisten elämänlaadun kokemus on korkea. Suomalaisista 80 % ko-kee yleisen elämän laatunsa erittäin hyväksi, kun saavutetaan 70. ikävuosi, putoaa osuus 73 %, 80 vuotta täyttäneistä enää 57 % kokee elämänlaatunsa hyväksi. Naiset kokevat, että elä-mänlaatu on miehiä hieman heikompi kaikilla muilla osa-alueilla paitsi sosiaalisella ulottuvuu-della. Voidaan siis todeta, että elämänlaatu heikkenee iän myötä niin fyysisellä kuin psyykki-sellä ulottuvuudella. (Vaarama ym. 2010, 131.)

3.3 Hyvinvointikertomus

Hyvinvointikertomus on erihallinnon alojen asiantuntijoiden laatima katsaus kuntalaisten terveyteen, hyvinvointiin ja niihin vaikuttaviin tekijöihin. Hyvinvointikertomuksessa kootaan näkemykset siitä, mitä on väestön hyvinvointi ja minkälaiset mahdollisuudet on vaikuttaa. Hyvinvointikertomus on työväline, jonka avulla suunnitellaan, arvioidaan ja raportoidaan hyvinvointipolitiikkaa. Hyvinvointikertomus on tärkeä työväline hyvinvointi johtamisessa. Se on strategiatyön ja joka vuotuisen kuntasuunnittelun sekä seurannan väline. Kertomus päivitetään kerran vuodessa osana kuntasuunnittelua, se on määritelty terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Vuonna 2011 laadittiin uusi terveydenhuoltolaki, jossa kunnan tulee laatia hyvinvointikertomus. Hyvinvointikertomuksen tarkoituksena on toimia kuntalaisten terveydentilaa parantavana perustana. Hyvinvointikertomuksen tekee kunnan pysyvien rakenteiden toimijat, sekä kunnan hyvinvointiryhmä että johtoryhmä. Sähköinen hyvinvointikertomus on maksuton työväline ja samalla se on myös julkinen asiakirja. Se auttaa kuntien talouden ja toiminnan suunnittelussa hyvinvoinnin ja terveyden näkökulmasta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012; Sähköinen hyvinvointikertomus 2012.)

4 Yhteisön terveyden edistäminen

Terveyden edistämisen tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä terveyden huolehtimisessa. Terveyden edistäminen on myös terveyden parantamista yhteisön, yksilön ja yhteiskunnan kannalta. Sen tarkoituksena kuitenkin ei ole muuttaa ihmisten käyttäytymistä. Ympäristö tulee ymmärtää sosiaalisesti ympäristöksi fyysisen ohella. Terveyden edistäminen on toimintaa joka vaikuttaa yhteisön terveyden edellytyksiin. Terveyden edistämisen perusedellytyksiä ovat turvallisuus, rauha, tulot, ravinto, vakaat ekologiset olosuhteet, sosiaalinen oikeudenmukaisuus, tasa-arvoisuus ja koulutus. Ottawan asiakirja määrittää terveyden edistämisen toimintana, joka mahdollistaa ihmisten terveyden hallinnan sekä parantamisen. Ryhmän tulee päästä toteuttamaan toiveensa, täydentää tarpeensa, muuttaa ympäristöä ja tulla toimeen muiden kanssa, jotta saataisiin fyysinen, henkinen, sosiaalinen hyvinvointi saavutettua. (Vertio 2003, 29-30.)

Monissa artikkeleissa ennaltaehkäisy on synonyymi terveyden edistämiselle. Preventio eli sairauksien ehkäiseminen voidaan jakaa: primaari-, sekundaari- ja tertiääripreventioon lisäksi on myös olemassa promotiivinen lähestymistapa terveyden edistämiselle. Primääripreveniolla tarkoitetaan toimintaa ennen taudin esiasteen kehittymistä. Tärkeimpiä primaari-prevention ennaltaehkäiseviä toimintoja ovat esimerkiksi rokotukset. Sekundääripreveniassa yritetään estää alkaneen sairauden pahentuminen ja poistamalla sen riskitekijä. Sekundääripreveniioon kuuluvat esimerkiksi seulonnat. Tertiääripreveniassa pyritään estämään sairauden tai sen oireiden pahentuminen. Esimerkkinä tästä ovat esimerkiksi erilaiset kuntoutukset, jolla pyri-

tään ylläpitämään toimintakykyä. Promotiivisessa terveyden edistämisessä ylläpidetään ja pyritään vahvistamaan erilaisia terveyttä suojaavia tekijöitä. Promotiivista toimintaa ei pysty aina selkeästi havaitsemaan, kun taas preventiivinen toiminta on paljon selkeämpää. Promotiivinen toiminta pyrkii tukemaan elinoloja ja ihmisen tulee voida itse huolehtia omasta sekä ympäristön terveydestä. (Aalto-Kallio & Mäkipää 2010, 11-12; Koskenvuo ym. 2009.)

Maailmaterveysjärjestö määrittelee terveyden psyykkisenä, sosiaalisena, fyysisenä, emotionaalisenä ja hengellisenä hyvinvointina, joka muuttuu elämän kulun erivaiheissa. Terveys on tutkimusten mukaan todella tärkeä arvo ihmisille. Terveys on jokapäiväisen elämän voimavara, ei elämisen tavoite. Sen merkitys lisääntyy iän myötä, keski-iässä 44-45 vuotiaille se on tärkein arvo, mutta vähän vanhemmille se ei tunnu olevan niin merkittävä. Terveys on monien ihmisten mielestä edellytys asioihin: voin saada lapsia, tehdä työtä ja toimia haluamalla tavalla - jos pysyn terveenä. Terveyttä arvostetaan erityisesti niissä tilanteissa, joissa terveyttä uhkaa jokin sairaus. Terveyttä koskevien toiveiden määrää tuntuu riippuvan myös iän myötä kasvavasta terveyden menettämisen todennäköisyydestä. Nuoret usein ymmärtävät terveyden sairauden puuttumiseksi tai pelkästään fyysiseksi terveydeksi. Tutkimusten mukaan miehet ja naiset kokevat terveytensä eritavoin, kuten myös eri ikäryhmät. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 15; Vertio 2003, 44-46, 174.)

Terveys on muutakin kuin sairauden puutetta Maailman Terveysjärjestön mukaan. Aaron Antonovsky on luonut salutogeenisen lähestymistavan jo 1970-luvun lopussa. Salutogeenisen eli terveyslähtöisyyden lähtökohtana ovat voimavarat, jotka edistävät terveysprosessia kohti hyvinvointia ja elämänlaatua yksilö-, ryhmä- ja yhteiskuntatasolla. Salutogeeninen näkemys sisältää fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja henkisen terveyden. Vastakohtana salutogeeniselle lähestymistavalle on patologinen eli lääketieteellinen lähestymistapa. Salutogeenisen geneesi on elinikäinen oppimisprosessi, se on koko elämän jatkuvaa terveyden edistämistä. Tämä pohjautuu YK:n ihmisoikeuksiin. Siinä katsotaan, että ihminen on omassa elämässään aktiivinen tekijä. Prosessin sisältyy terveyden hyödyntäminen, voimavarojen kehitys sekä niiden käyttö omaksi ja yhteiskunnan hyväksi. Tämä prosessi on tietoinen ja se pyrkii ongelmien ratkaisuun, siinä toimenpiteet ja kokemukset parantavat ihmisten ratkaisukapasiteettiä. Toiminta on tarkoituksellista, tämän vuoksi ihminen on motivoitunut toimimaan omaehtoisesti. Prosessin kokonaisuus tuottaa hyvinvointia ja hyvää elämänlaatua yksilö-, ryhmä- ja yhteiskuntatasolla. Koherenssin tunne on yksi merkittävimmistä käsitteistä salutogeenisessä lähestymistavassa. Koherenssi tunne on erityisen tärkeää ihmisen mielenterveydelle ja hyvinvoinnille. Se toimii puskurina ja sen avulla pystytään vähentämään stressiä. Koherenssi tunteella on suuri merkitys esimerkiksi sairauksien selviytymisen kannalta. Yksilö jolla on voimakas koherenssi tunne, kykenee uudelleen rakentamaan eheyden elämässään. (Lindström ym. 2010, 32-48.)

Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman terveyden edistämisen laatusuosituksen mukaan terveyteen voi vaikuttaa monilla arkielämän valinnoilla. Laatusuositusten tarkoituksena on tukea kuntien omaa laadunhallintatyötä sekä jäsentää sen laajaa toimintakenttää. Se on tarkoitettu työvälineeksi terveyden edistämisen päättäjille. Laatusuositus pohjautuu EFQM laatupalkintomallin ideologian perustalle, myös WHO:n ja Ottawan luokittelumallia. Terveys voi vahvistua tai heikentyä ihmisten omien valintojen ja lähiyhteisöjen toiminnan seurauksena. Terveys ymmärretään hyvinvointina, toimintakykyisyytenä ja tasapainoisena ihmisten ja ympäristön välisenä vuorovaikutuksena. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 15.)

Yhteisöjä on monenlaisia, niitä rajaavat institutionaaliset, maantieteelliset tai hallinnolliset rajat. Markku T. Hyypä on määritellyt yhteisö käsitteen yhteistä omaavien henkilöiden muodostamiseksi kokonaisuudeksi. Tämä jokin yhteinen voi esimerkiksi olla ominaisuus tai alue, muun muassa rotu, kieli tai vaikkapa harrastus. Hänen mielestään tärkeämpää ovat vuorovaikutussuhteet, kuin alueelliset rajat. Yhteisön jäseneksi kutsutaan yhteisöön kuuluvaa. Yhteisöllisyyttä pidetään yhtenä terveyden edistämisen lähtökohtana. Kehittämällä yhteisöllisyyttä on haettu ratkaisuja ajankohtaisiin terveysongelmiin, näitä ongelmia ei voi ratkaista vain yksilöiden kanssa työskentelemällä. Yhteisöjä tarvitaan antamaan tukiverkostoa esimerkiksi yksinäisille, ydinperheille ja vammaisryhmille. Terveysteen vaikuttavat myös ihmisten keskinäinen yhteen kuuluvuuden tunne sekä sosiaalinen tuki. Terveysvaikutukset ovat yhteisen toiminnan tulos. Vastuun kantajina toimivat ihmiset itse, sekä lähiyhteisö ja yhteiskunta yhdessä. (Vertio 2003, 83-85 ; Pietilä, Hakulinen, Hirvonen, Koponen, Salminen & Sirola 2002, 52; Sosiaali- ja terveysministeriö 2007,15)

4.1 Kunnan terveyden edistäminen

Terveyden edistäminen kuntien toiminnassa tarkoittaa sitä, että kuntapolitiikan toiminta linnassa tulee ottaa huomioon terveysnäkökohdat kaikissa sen toiminnoissa ja kaikilla toimialoilla. Kuntien tavoitteena on lisätä väestön terveyttä, ehkäistä sairauksia ja vähentää terveyseroja yhteisössä. Kunnan tulee sitoutua terveyden edistämiseen ja se tulee hyväksyä koko kunnan tehtäväksi. Jokaisen eri toimialan tulee konkretisoida yhteiset tavoitteet, niiden toteutumista seurataan ja arvioidaan muun muassa kunnan toimintakertomuksessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 15.)

Palvelujärjestelmän kolmeen perusolottuvuuteen kuuluu rahoitus, tuotanto ja palvelujen järjestäminen. Suomessa palvelujen järjestämisestä vastaavat kunnat itsehallinnollisina ja demokraattisesti hallittuina. Yleensä kunnat järjestävät itse palvelunsa. Kuntatasolle on siirrytty, koska sillä voidaan mahdollistaa hyvin toimivat palvelut, samalla kuntalaisilla on mahdollisuus osallistua päätöksen tekoon. Ylin päätösvalta on kuitenkin kunnan valtuustolla. Kunnat voivat myös perustaa erilaisia lautakuntia, joille on delegoitu päätösvalta. Julkisen tervey-

denhuollon piirissä on noussut esille sanat yksityistäminen, kilpailuttaminen ja ulkoistaminen. Kunta voi ostaa palvelunsa toiselta kunnalta, kuntayhtymältä, yksityisen- tai kolmannen sektorin palvelujen tuottajalta. Kunnalla on aina vastuu terveys palveluiden järjestämisessä, vaikka palvelut olisivat ulkoistettu. Valtio rahoittaa terveyspalveluita enää runsaan viidenneksen. Joissakin kunnissa muuttoliike on niin suurta tai se vähenee, että tarvittavia muutoksia ei pystytä tekemään samaan tahtiin. Väestön ikääntyessä resurssien rajallisuus saattaa hankaloittaa kunnan mahdollisuuksia vastata asukkaiden odotuksia. Kunnan asukkaiden tietämys erilaisista palveluista luo uusia haasteita. (Mäntyranta, Elonheimo, Mattila & Viitala 2004, 35-39.)

Suomen lainsäädännössä määritetään terveyspalveluiden tuottamisesta kolmessa eri laissa. Yksi niistä on kuntalaki (365/1999) siinä kunnan tehtävät ovat määritetty. Kuntalain 1 § mukaan kunnan tulee edistää asukkaidensa hyvinvointia ja kestävä kehitystä. Kansanterveyslaki (66/1972), siinä määritellään suurin osa kunnan tehtävistä ja velvoitteista terveydenhuollon suhteen. Lain mukaan terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta tulee kehittää ja ylläpitää. Laissa on myös määrätty, että väestöryhmien välisiä väestöeroja tulee kaventaa ja terveyspalveluiden tulee olla yhdenvertaisesti saatavilla. Laissa määrätään, että kunnan on seurattava ja tarkastele kuntalaistensa terveyttä ja hyvinvointia. Terveyspalvelulaissa tulee ilmi myös terveyden edistämisen huomioiminen rakenteiden luomisessa. Erikoissairaanhoidonlaki (1062/1989), tässä laki velvoittaa kunnan kuulumista johonkin sairaanhoitopiiriin, tällä turvataan erikoissairaanhoidon kuntalasilta. Näiden lakien lisäksi on myös olemassa muita lakeja, kuten mielenterveyslaki ja terveydensuojelulaki. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012; Mäntyranta ym. 2004, 260).

Terveydenhuoltolaki (30.12.2010/ 1326) astui voimaan keväällä vuonna 2011. Sen tarkoituksena on pitää yllä hyvinvointia, terveyttä, sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä. Terveyspalvelulaissa keskeisenä tehtävänä on luoda tasa-arvoa eri väestöryhmille, sekä turvata palveluiden saatavuus, laatu ja lisätä potilasturvallisuutta. Tarkoituksena on myös parantaa toimijoiden ja toimialojen yhteistyötä, jotta voitaisiin parantaa hyvinvointia. Terveyspalvelulaiki velvoittaa kuntaa järjestämään kuntalaisille erilaisia terveyspalveluita, kuten muun muassa suun terveydenhuoltoa, terveystarkastuksia ja neuvontaa, kotisairaanhoidon sekä päihde- ja mielenterveyspalveluita. (Finlex 2010.)

Kuntien palveluiden järjestämisstrategia ja omistaja politiikka perustuvat seudulliseen kokonaisuuteen. Kunnat sopivat erikseen erikoissairaanhoidon sekä sosiaali- ja perusterveydenhuollon järjestämisstrategioista. Kunnat voivat tehdä tarveanalyysin, jonka avulla voidaan miettiä onko parempi omistaa palveluita vai kilpailuttaa ne. Verkostomallissa on oma sijansa sekä julkisilla ja yksityisillä palveluilla, mutta myös mahdollisella kolmannella sektorilla. (Mäntyranta ym. 2004, 37.)

Käytäntöjä terveyden edistämiseksi 2010 tutkimuksen ovat tehneet Aalto-Kallio ja Mäkipää. Siinä he tutkivat eri kuntien terveyden edistämisen käytäntöjä. Tutkimus kyselyt lähetettiin kunnan/kaupungin päättäjille, he pystyivät lähettämään kyselyn eri toimijoille. Tutkimuksessa tulee ilmi, että terveyden edistämistä toteutetaan eikä sitä vieritetä vain yhdelle organisaatiolle. Kaikki eivät kuitenkaan miellä toimintaa terveyden edistämiseksi. Tutkimuksessa käytännönmalleista ilmeni sekä preventiivisiä että promotiivisia keinoja asioista terveyden edistämiseksi. Esimerkiksi promotiivista oli oppilashuolto ja preventiivistä erilaiset lasten ja perheiden ennaltaehkäisevät toimet esimerkiksi perheneuvola. Kunnissa myös elinympäristöä pyritään ylläpitämään siten, että se mahdollistaa liikunnan harrastamisen. Tutkimuksen perusteella kuntien vastuu on suuri terveyden edistämisen kannalta. (Aalto-Kallio ym. 2010, 62-64.)

Terveyden edistämisen keskus on julkaissut tutkimuksen: Terveyden edistämisen barometri 2008. Se on ”Ajankohtaiskatsaus kuntien ja järjestöjen terveyden edistämiseen”. Siinä kartoitetaan päättäjien ja Terveyden edistämisen keskus ry:n järjestön jäsenten näkemyksiä terveyden edistämisestä. Tutkimuksessa tulee ilmi, että terveyden edistäminen on kunnissa selkeästi esillä paremmin edellisvuosiin verrattuna. Elintapoihin puuttuminen ja niihin vaikuttaminen koettiin tärkeimmäksi terveyden edistämisen toiminnaksi. Vastausten perusteella terveyden edistämisen tulevaisuuden kannalta synkkänä nähtiin väestön ikääntymisen kasvaminen. (Parviainen, Mäkinen, Nyrhinen, Rouvinen-Wilenius & Savolainen 2008, 7, 56-58.)

4.2 Hoitotakuu

Hoitotakuulaki astui voimaan vuonna 2005. Hoitotakuun tavoitteena on, että kaikki ihmiset asuinkunnastaan riippumatta saisivat tasavertaista hoitoa. Hoitotakuun toteuttamiseksi on määritelty erilaisia lakeja, esimerkiksi missä ajassa kuntalaisen tulee saada hoitoa. Laista on tehty toimintaehdotuksia, jotka ovat laatineet sosiaali- ja terveysministeriö. Hoitotakuu on laadittu sen takia, että ihmiset saisivat hoitoa tietyn ajan sisällä ja saisi vain näyttöön perustavaa hoitoa. Kun potilas/asiakas tarvitsee kiireellistä hoitoa, hänellä on mahdollisuus päästä mihin vain ensiapuun asuinkunnastaan riippumatta. Kuten kolarin sattuessa potilaan tulee saada hoitoa välittömästi, hoitotakuu takaa tämän. Kiireettömissä tapauksissa hoito tapahtuu asuinkunnan terveyskeskuksessa, poikkeuksia löytyy. Terveyskeskuksen aukioloaikoina tulee asiakkaan saada puhelinyhteys, tai päästä käymään terveyskeskuksessa. Jos asiakkaan hoidon tarpeen arviointi vaatii, tulee hänen saada aika kolmen päivän sisällä yhteydenotosta. Hoitoa asiakkaan tulee saada kolmen kuukauden sisällä yhteydenotosta. Jos asiakas tarvitsee erikoissairaanhoidon, tulee hänen saada aika sinne kolmen kuukauden sisällä, jos terveyskeskuksessa erikoissairaanhoidon järjestetään. Sairaalahoiton pääsee vain lääkärin läheteellä. Kun lähete on lähetetty, tulee sairaalan arvioida hoidon tarvetta kolmessa viikossa. Jos kunnalla

ei ole mahdollisuutta antaa asiakkaalle määrääjoissa hoitoa, hänen tulee saada mahdollisuus päästä hoitoon muualle sairaanhoitopiirinalueelle tai yksityiselle sektorille. Tästä ei tule asiakkaalle kustannuksia ja asiakas voi aina kieltäytyä hoidosta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Sosiaali- ja terveysministeriö huolehtii hoitotakuun suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta valtakunnallisella tasolla. Hoitotakuuta rahoittaa niin valtio, kunta ja asiakaskin. Kansaneläkelaitos osallistuu myös rahoittamiseen. Kunnat rahoittavat muun muassa veroilla, lainoilla ja asiakasmaksuilla hoitotakuuta. Hoitotakuun mukaisen hoidon järjestäminen kuuluu kunnalle. Erikoissairaanhoidosta vastaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee kuntien ja terveyskeskusten kanssa seurata hoitoon pääsyn toteutumista ja valvottava sen yhtenäisyyttä alueilla. Valtioneuvoksen asetuksessa määritellään, että kunnan ja sairaanhoitopiirin tulee julkaista vuotuisesti tilastoja hoitotakuun toteuttamisesta. Lääninhallitus valvoo kuntien ja kuntayhtymien järjestämää terveydenhuoltoa. Sosiaali- ja terveysministeriö laatii lääninhallitukselle toimintaperiaatteet, toimintaohjeet ja ratkaisukäytännöt niin, että ne olisivat kaikkialla samanlaiset. Kun kaikissa Suomen kunnissa on samat toimintaperiaatteet, toimintaohjeet ja ratkaisukäytännöt, voidaan olettaa että samaa sairautta sairastavat saavat samanlaista hoitoa ja pääsevät hoitoon samanaikaisesti. (Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomukset 167/2008 2008, 23-29.)

Hoitotakuun toteuttamiseksi, tuli organisoida uudelleen tietyt toimintatapoja. Hoitotakuun astuessa voimaan lääkäritilanne ei ollut kunnossa kunnallisesti eikä valtiollisesti. Lääkäreitä ostettiin ostopalveluista, käytettiin epäpäteviä, eläkkeellä olevia, ja valmistumattomilla lääkäreillä. Ostopalveluihin tehtiin vain lyhyitä työsopimuksia, mutta hoitotakuun myötä suositetaan ja suositellaan tehtäväksi pidempi aikaisia sopimuksia, jolloin pystytään kilpailuttamaan paremmin. Hoitotakuun suurimmat muutokset kohdistuivat hoidonarviointiin ja puhelinneuvontaan. Näitä palveluita yhdistettiin, ja sairaanhoitajia laitettiin puhelinneuvontaan, jolloin huomattiin että puhelimesta annettuneuvonta vähentää hoitoon hakeutuvien määrää. Tämä vähentää terveyspalveluiden kustannuksia oleellisesti. Erikoissairaanhoitoon annettiin lähetettä ennen herkemmin, ja yleensä myös ei lääketieteellisistä syistä. Lääkäreiden ammattitaidolla on suuri merkitys, että asiakas pääsee oikeisiin tutkimuksiin. Hoitotakuu takaa yleiset ja yhtenäiset ohjeet hoidon toteuttamisen ja hoitoon pääsyn mahdollistamiseksi. (Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomukset 167/2008 2008, 71-74.)

4.3 Kansanterveystyössä terveyden edistäminen

Terveyden edistämisen erityispiirteitä kansanterveystyössä ovat väestöterveydentilan ja sen vaikuttavien tekijöiden kehityksen arviointi ja seuranta, terveydenhoitopalvelut (terveysneuvonta, terveystarkastukset, koulu- ja opiskelija terveydenhuolto, neuvolapalvelut, työterve-

yshuolto, seulantatutkimukset ja terveyden suojelu), terveystieteiden tutkimus, terveyskasvatus, terveysvaikutusten ennakointi, terveellisten elämäntapojen puolesta puhuminen ja terveyden edistämisen tavoitteiden toteutuminen. Esimerkiksi sairaanhoidossa ja kuntoutustyössä tulee aktiivisesti osallistua kansallisten ohjelmien ja suositusten toimeenpanoon yhdessä muiden hallintoalojen kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 16.)

Terveyden edistämistä tarkastellaan kunnan toiminnassa tilanteesta vaihdellen neljästä eri näkökulmasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 17-18.)

Kunnan terveyden edistämisen eri näkökulmat	Mitä se sisältää?
Sisältöjen kautta tarkastelu	Sisältökysymyksiä ovat esimerkiksi ravitsemus, päihitteiden käyttö, tapaturmat, liikunta, terveellinen ympäristö, syrjäytyminen, turvallisuus, ja väestöryhmien väliset terveyserot.
Kohderyhmän kautta tarkastelu	Määriteltäessä tavoitteiden sisältökysymyksiä rajataan ne koskemaan tiettyjä kohderyhmiä, muun muassa suuntaamalla toimintaa koko väestölle, tai riskiryhmiin. Kohderyhmäksi voidaan valita myös jokin ikäryhmä, kuten lapset, nuoret, työkäiset tai ikääntyneet, tai valitsemalla kohderyhmä sukupuolen, alueellisesti tai erityisryhmien mukaan.
Toimintaympäristölähtöinen tarkastelu	Tarkastellaan eripolitiikka lohkojen alueita, esimerkiksi kansanterveystyö, tai perhepolitiikan terveyttä edistävä toiminta. Se voi olla fyysinen, sosiaalinen tai kulttuurisen elinympäristön lohkot, joita ovat esimerkiksi koulut, asuin ympäristöt tai työpaikat

<p>Terveyden edistämiseen on työpajat ja toimintakäytännöt</p>	<p>Arvioidaan esimerkiksi poliittista vaikuttamista, toimintaa yhteisössä, ehkäisevien palveluiden tapoja, ja yhteistyötä tai terveysviestinnän toteutusta. Tavoitteita terveyden edistämässä kunnissa tai alueellisesti toimivissa rakenteissa edellyttää muun muassa toimintaa tukevaa lainsäädäntöä, hyvinvointitiedon saatavuutta ja tietojärjestelmiä, palvelujen toimintakäytäntöjä ja organisointia, osaamista, voimavaroja, yhteistyötä ja osallistumista, ja hallintorajan ylittävän vastuun sekä toiminnan johtamisjärjestelmän että johtamiskäytäntöjä.</p>
--	--

(Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 17-18.)

Väestön terveyteen pyritään vaikuttamaan terveyden determinanttien avulla eli terveyttä määrittävien tekijöiden kautta. Terveyden määrittävät tekijät ovat yksilöllisiä, sosiaalisia, rakenteellisia tai kulttuurisia tekijöitä, ne voivat vahvistaa tai heikentää ihmisen terveyttä. Niiden vaikutusta tukevia voimavaroja ovat asenteet, arjen sujuminen, terveyskäyttäytyminen, kyky tulkita ja omaksua terveystietoa sekä mahdollisuudet saada ja käyttää terveyspalveluja. Terveyden yksilölliset tekijät ovat sukupuoli, ikä, tiedot, taidot, perimä, elintavat ja kokemukset. Sosiaalisia tekijöitä ovat toimeentulo, sosiaaliset ja yhteisölliset verkostot, keskinäinen vuorovaikutus ja sosioekonominen asema. Rakenteellisia tekijöitä ovat koulutus, elinolot, työolot, elinympäristö sekä peruspalveluiden saatavuus ja toimivuus. Kulttuuriset tekijät pitävät sisällään fyysisen, poliittisen ja taloudellisen ympäristön turvallisuuden, viihtyvyyden, vuorovaikutteisuuden ja asenteita terveyteen. Näiden determinanttien tunnistaminen edellyttää terveysnäkökohtien huomioon ottamista kuntapolitiikassa. Kunta voi parantaa väestön terveyttä ja vähentää väestöryhmien terveyseroja, parantamalla peruspalveluiden saatavuutta ja niiden toimivuuden turvaamista, sekä terveellisten elämäntapojen mahdollistamista. Yhteistyö kaikkien hallinnonalojen kanssa on välttämätöntä, terveydenhuollolla on merkittävä tekijä asiantuntijana olemisessa, tiedon tuojana, ja terveysvaikutusten arvioijana. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 16-17.)

Terveyttä edistävä elinympäristö tarkoittaa luonnonympäristöön rakennettua, kulttuurista, sosiaalista ja taloudellista elinympäristöä. Elinympäristö joka edistää terveyttä on turvallinen, esteetön, viihtyisä, virikkeinen ja se edistää sosiaalista hyvinvointia. Sen suunnittelu vaatii yhteisö- ja yksilötasolla terveyttä edistävien ratkaisujen huomioonottamista ja terveysnäkökohdat, jotka ottavat huomioon yhteiskuntarakentamisen. Sosiaali- ja terveysministeriö on miettinyt suosituksia terveyttä edistävän elinympäristön aikaan saamiseksi. Tavoitteita ovat

saavuttaa turvallinen, virikkeinen ja viihtyisä sekä palveluiden helppo saatavuus. Kunnissa voidaan tehdä riskikartoitus yleiskaavan yhteydessä, jonka avulla huomataan elinympäristön terveyttä vahingoittavat ja heikentävät tekijät. Erilaisissa kaavoituksissa ja maankäytön suunniteluissa tulee ottaa huomioon ympäristö- ja terveysvaikutukset. Kunnan tulee kehittää joukkoliikenteen palveluita sekä kevyenliikenteen verkostoja. Kunnan tehtävänä on ottaa huomioon erityisryhmät, taata niille asumis-, palvelu-, liikkumis- ja liikenneympäristöt, jotka turvaavat itsenäisen elämän myös toimintakyvyn alentuessa. Kuntalaisilla tulee olla mahdollisuus vaikuttaa elinympäristön suunniteluun ja päätöksen tekoon. Kunnan tehtävänä on määrittellä ympäristöterveyden painoalueet, sekä tarvittavat toimenpiteet ja toimijoiden vastuut. Terveyden edistämisen on osana johtamisjärjestelmää, jossa nimetään taho, jonka tehtävänä on seurata erialueiden vaikuttavia terveystekijöitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 21-23.)

Tärkein voimavara kunnassa on henkilöstö. Henkilöstön terveyden edistäminen on osaamisen vahvistamista strategisella sekä ammatillisella tasolla. Strateginen osaaminen on taito hallinnoida ja johtaa toimintaa, sekä suunnata voimavarat oikein. Henkilöstön tulee olla mahdollisuus täydentää osaamistaan erilaisilla koulutuksilla. Kun tiedot ja taidot lisääntyvät antaa se paremman mahdollisuuden tehdä terveyteen vaikuttavia hyviä valintoja. Kunnanjohtolla on tietoa muun muassa väestön terveyden tilasta, sen taustatekijöistä, sekä niiden muutoksista. Heillä on myös näkemys voimavarojen kohdentamisesta, ja terveyttä edistävien tekojen toteuttamisesta sekä kehittamisestä. Kuntajohdolle järjestetään terveyttä edistävää ja kehittävää koulusta sekä suunnittelupäiviä. Kunnan terveyden edistämässä hyödynnetään kuntalaisten osaamista ja asiantuntemusta. Kunnassa olevilla koulutustasoilla (perusopetus, toinen aste, ammattikorkeakoulu) opetussuunnitelmaan sisältyy terveyden edistäminen. Kunnassa järjestetään myös terveyttä ja hyvinvointia edistäviä koulutustilaisuuksia. Kuntalaisilla on myös mahdollisuus saada yksilöllistä terveysneuvontaa elämän erivaiheissa, sekä ymmärrettävää ja perusteltua tietoa sairauksien ehkäisystä ja terveyden edistämisestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 23-24.)

Terveyden edistämisen kehittäminen terveydenhuollossa perustuu tutkimukseen ja ammatilliseen asiantuntijuuteen. Sillä pyritään lisäämään terveyttä, ehkäistä sairauksia ja kaventaa terveyseroja. Suomen laissa on määrätty terveyden edistämisen tehtäviä. Lähtökohtaisesti hyvät terveyspalvelut tapahtuvat moniammatillisessa yhteistyössä ja heillä on riittävät ehkäisevän työn voimavarat. Terveyden huollossa asiantuntijoiden tulee kehittää terveyden edistämisen työmenetelmiä, arviointia, seurantaa sekä tukea niiden käyttöön ottoa muun muassa eri hallinnonaloilla. Näillä terveydenhuollossa olevilla asiantuntijoilla on tietoa siitä, että mikä tai mitkä tekijät vaikuttavat terveyteen (negatiivisesti ja positiivisesti), millaisilla valinnoilla voidaan tuottaa parempaa terveyden tilaa ja mitkä menetelmät ovat terveyden edistämisen kannalta parhaita. Terveydenhuollon henkilökunnan tulee kouluttaa itseään ja antaa

työnohjausta. Henkilökunnalle tulee antaa mahdollisuus hakea lisäkoulutusta esimerkiksi erilaisilla asiantuntija luennoilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 25-26.)

4.4 Terveyden edistämisen arviointi ja seuranta

Kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä parantavaa sekä edistävää toimintaa ja sen merkitystä seurataan ja arvioidaan. Tämän tarkoituksena on saada tietoa siitä, kuinka kunnan toimintarakenteet ja -käytännöt ovat muuttuneet hyvinvointia ja terveyttä edistäviksi ja kuinka laaditut tavoitteet ovat toteutuneet. Mitä selkeämmät ja yksinkertaisemmat tavoitteet kunta asettaa, sitä helpompaa terveyden edistämisen onnistumisen seuranta ja arviointi ovat. Osan seuranta indikaattoreista tulee valtakunnallisesti ja alueellisesti vertailukelpoista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 29.)

Kunnassa on laadittu toimintakäytännöt kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden sekä toiminta politiikan seurannasta ja arvioinnista, näitä ovat esimerkiksi strategisia tavoitteita kuvaavat hyvinvointi-indikaattorit ja toiminnan toteutumista arvioivat mittarit. Seurannan avulla tuloksia raportoidaan kunnan johdolle, luottamushenkilöille ja kuntalaisille säännöllisen väliajoin. Kunnan kehittämistyön ja päätöksenteon perustana ovat terveyttä edistävän ja terveyseroja vähentävän toiminnan arviointi ja seuranta. Jokainen hallinnonala arvioi ja seuraa toimenpiteiden vaikutuksia, lisäksi tarkastuslautakunta arvioi ja seuraa laadittujen tavoitteiden saavuttamista. Nämä tiedot ovat valtakunnallisen terveystoimintatieteiden ja koulutuksen kehittämisen pohjana. Kunnan tehtävänä on seurata kuntalaisten terveydentilan muutoksia ja väestöryhmien terveyseroja sekä palveluiden laatua, tehokkuutta sekä taloudellisuutta ja toimien vaikutuksia terveyden edistämiseen liittyen. Kunnan väestön terveyskäyttäytymistä, näkemyksiä ja kokemuksia terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä kartoitetaan haastattelujen ja kyselyiden avulla ainakin kerran valtuustokauden aikana. Kunnassa tulee seurata Terveys 2015 - kansanterveysohjelman pohjalta asetettujen tavoitteiden saavuttamista. Siellä täytyy seurata myös terveyden edistämisen edellytyksiä, kuinka toimintakäytännöt ja -rakenteet, yhteistyö, toiminnan johtaminen ja voimavarojen kohdentaminen edesauttaa tavoitteiden toteutumisen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 30.)

5 Terveyden edistämisen aihealueet

Terveyden edistämisen aihealueita kunnassa ovat esimerkiksi liikunta, ravitsemus, päihteet, suunterveys, koti- ja vapaa-ajan tapaturmat, seksuaaliterveys ja tartuntataudit. Nämä asiat kunnan tulisi ottaa huomioon suunnittelussa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 45.)

5.1 Fyysinen hyvinvointi

Hyvinvoinnin yksi perustekijä on terveellinen ruoka. Ruokatottumukset vaikuttavat kansatautiin syntyyn merkittävästi. Huonot ruokatottumukset voivat aiheuttaa tyyppin 2 diabetesta ja sydän- ja verisuonitauteja. Ruokatottumukset ovat myös yksi suurimmista tekijöistä suun terveydessä, esimerkiksi hammaskarieksen synnyssä. Tyyppin 2 diabeteksen aiheuttamat terveyskustannukset lisääntyvät kokoajan huimaa vauhtia ilman onnistuneita ehkäiseviä toimenpiteitä. Kuntalaisiin kohdistetut toimenpiteet ovat taloudellisesti ja inhimillisesti kannattavia, koska sairaudella on ainakin kolmasosalla väestöstä altistavia perintötekijöitä ja sairautta voidaan ehkäistä elämäntapamuutoksilla. Suurin haaste kuitenkin on ehkäistä kuntalaisten lihomista. Kunnissa tuleekin kannustaa kuntalaisia arjen terveellisiin valintoihin. Lasten ja nuorten lisääntynyt ylipainoisuus johtaa sairastumiseen yhä nuorempina. Terveyttä edistävä ruokavalio on nykyisin paljon kasvispitoisempi, rasvakoostumus on pehmeämpi, runsaskuituisempi, vähäsuolaisempi ja vähäsokerisempi. Ravitsemuksessa tulee huomioida myös ikäihmisten ravitsemuksen merkitys toimintakyvyn ylläpitämisessä. Kunnan tulee ottaa huomioon ravitsemuksen yhteys terveyden edistämiseen ja ylläpitämiseen suunniteltaessa kunnan strategioita ja toimintoja. Kunnassa toimii työryhmä, joka huolehtii kuntalaisten ravitsemuksen edistämisestä. Kunnan tulee tehdä yhteistyötä terveydenhuollon ja muiden sellaisten toimialojen kanssa, jotka edistävät yhteisön terveyttä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 45-47.)

Terveysliikunta on kaikkea fyysistä aktiivisuutta, jolla terveyttä ylläpitäviä tai edistäviä vaikutuksia ilman liiallisen liikunnan vaaroja. Terveysliikunta jaetaan kahteen eri kategoriaan, perusliikuntaan ja kuntoliikuntaan. Perusliikunta on kuormittavuudeltaan kohtuullista fyysistä aktiivisuutta esimerkiksi kävellään kotoa töihin tai luodaan lunta pihalta. Kuntoliikuntaa on tehokkaampaa kuin perusliikunta, se kehittää jompaakumpaa terveystason osa-alueista, tuki- ja liikuntaelimestä tai verenkiertoelimestä. Kuntoliikuntaa ovat muun muassa kuntosali, aerobic, hiihto, juoksu, sulkapallo tai hölkkä. Kuntien terveyden edistämässä liikuntaa tulee olla laaja-alaista. Tarjolla tulee olla kaiken ikäisille sopivaa liikuntaa. Terveysliikunta on sitä tehokkaampaa, mitä monipuolisimmin kunta pystyy sitä tarjoamaan. Kunnalla täytyisi olla terveysliikunnan strategia, joka on osana kunnan hyvinvointistrategiaa. Kuntien erot aiheuttavat monenlaisia haasteita, esimerkiksi pienillä kunnilla on vaikeaa tukea haja-asutusalueen väestön terveysliikuntaa ympäri vuoden. Ympäristöä muokataan niin, että se houkuttelee ja mahdollistaa liikunnan. Kevyenliikenteen väylät sekä liikuntapaikat on pidettävä käyttö kunnossa ympäri vuoden. Liikunnan edistämisen edellytyksenä on, että ymmärretään liikunnan merkitys ja sen terveysvaikutukset. Kunnan tulee antaa tietoa kuntalaisille terveysliikuntapaikoista ja terveysliikunnan ohjauksen mahdollisuuksista, esimerkiksi Internetin kautta, ilmoitustauluilla tai postin välityksellä. Terveysliikunnan toteutumista kunnassa seurataan erilaisen tilastojen avulla tietyin aika välein. Terveysliikunnan kehittämiseksi tulee olla vastuu henkilö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 47-49.)

Kunnissa usein ehkäisevän päihdetyöntehtävistä pitää huolta moniammatillinen työryhmä. Keskeisiä viranomaisia ovat muun muassa sosiaali- ja terveystoimi, nuorisotoimi, opetustoimi, vapaa-aikatoimi ja poliisi. Nykyään yhteistyössä ovat usein myös esimerkiksi seurakunta sekä erityyppisiä harrastusjärjestöjä ja päihdepalveluja tuottavia yhteisöjä ja yrityksiä. Kunnan tehtävänä on varmistaa, että vastuutahoilla on riittävät resurssit toteuttaa ehkäisevää päihdetyötä ja vaikuttavuuden seuraamiseen myös. Kunnan tulee mielellään nimetä ehkäisevän päihdetyön yhteyshenkilö, jonka täydennyskoulutuksesta tulee huolehtia. Yhteyshenkilön tehtävänä on edistää ehkäisevää päihdetyötä moniammatillisena yhteistyönä sekä koordinoita ja välittää tietoa kunnan ja muiden toimijoiden välillä. Kunnan ehkäisevän päihdetyön perusta on toimintaohjelma (strategia), jonka kaikki tärkeimmät toimijat ovat yhdessä työstäneet. Siinä tulee ilmi päihdetyön tavoitteet, sisältö, vastuu ja seuranta. Päihdestrategia tulee hyväksyttäväksi kunnan valtuustossa sekä hallituksessa. Ehkäisevän päihdetyön laatukselliset ja päihdepalvelujen laatusuositukset on huomioitava organisoitaessa ja rahoittaessa ehkäisevää päihdetyötä ja päihdepalveluja. Kunnan tehtävänä on myös järjestää tarpeen mukaan monipuolisia päihdepalveluita. Ehkäisevän päihdetyön edistymistä raportoidaan vuosittain vaikkapa kunnan hyvinvointitilinpäätöksessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 49-51.)

Kunnalla on iso rooli alkoholihaittojen vähentämisessä ja päihteettömyyden edes auttamisessa. Kunta ylläpitää, omistaa ja hallitsee suurimman osan julkisista paikoista, joissa kuntalaiset viettävät vapaa-aikaansa. Näin ollen kunnalla on hyvä mahdollisuus puuttua tilojensa päihteettömyyteen. Kunnan täytyy huolehtia myös katualueidensa päihteettömyydestä ja alkoholin mainonnasta. Kunta voi myös vaikuttaa anniskelupaikkojen sijaintiin, onko ne hyvä sijoittaa esimerkiksi päiväkotien läheisyyteen. Huumeongelmia ehkäisevät toimenpiteet sisältävät tarjonnan rajoittamisen sekä käytöstä johtuvien haittojen minimointi ja hoitotoimet. Poliisilla on keskeinen rooli huumeiden tarjonnan rajoittamisessa. Kunnan huumeusainetyön vastuu tulee sisällyttää kunnan päihdestrategiaan. Päihdestrategia sisältää kolme osatavoitetta, jotka ovat alkoholin haittojen vähentäminen lasten ja perheiden hyvinvoinnille, alkoholin liika käytön vähentäminen ja siitä aiheutuvien haittojen sekä kokonaiskulutuksen vähentäminen. Kunnan tulee huolehtia nuorten päihdevalistuksesta, ja ennalta ehkäistä mahdollisia tulevia ongelmia. Kaikilla kuntalaisilla on mahdollisuus saada tietoa päihteistä ja niiden haitoista sekä rikeistä. On oltava myös tarjolla laadukkaita päihdepalveluita, jotta voitaisiin minimoida pitkäaikaishoidot sekä kuntoutukset. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 51-53.)

Tupakoimattomuuteen kannustaminen edellyttää tupakoinnin ehkäisyn, elinympäristön savuttomuuden edistäminen sekä asenne ilmapiirin vahvistaminen ja tukeminen tupakoinnin lopettamispäätöksessä. Toiminnan tulee kohdistua koko väestöön ikään katsomatta. Tupakointi on usein nuorelle väylä päätyä kokeilemaan muita päihteitä sekä se on muutenkin riskikäyttämistä terveyden suhteen. Kunnalla on mahdollista nostaa nuorten tupakoimattomuuden valtuuston ja hallinnon tasolla kunnan painoalueeksi. Nuorten tupakoimattomuuden vuoksi on

tärkeää tehdä pitkäjänteisesti töitä yhteistyössä eritoimialojen kanssa. Sen edistäminen täytyy sisältyä kunnan päihdestrategiaan, koulujen terveys- ja hyvinvointiohjelmiin sekä lasten ja nuorten terveyttä edistävään selontekoon. Kunnan tehtävän on mahdollistaa järjestöjen toiminta niin taloudellisesti kuin muutenkin. Myös tupakasta vieroittaminen kuuluu kunnan päihdestrategiaan. Kunnallisen terveysvalvonnan tehtävänä on ehkäistä tukansavun haittoja niin kotona kuin työpaikoillakin. Terveysvalvontaa kuuluu myös tupakan myynnin valvonta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 53-55.)

Uudistettu tartuntatautilaki tuli voimaan vuonna 2004, siinä tulee ilmi, että kunnan tehtävä on ehkäistä tartuntatauteja. Kunnat saavat apua esiintyvyyden ja torjunnan seurannassa sairaanhoitopiiriltä. Terveyttä edistävän ympäristön luomisessa on tärkeää tartuntatautien ennaltaehkäisy. Keskeisiä keinoja niiden ehkäisyssä ovat esimerkiksi rokotukset, epidemioiden varhainen havaitseminen ja sukupuolitautien torjunta. Kunnilla on velvollisuus olla yhteistyössä keskenään tartuntatautien seurannan ja torjunnan vuoksi. Laissa määritellään velvollisuudesta ilmoittaa tartuntatauditapauksista viranomaisille. Jokaisessa kunnassa on nimetty oma tartuntalääkäri, se huolehtii tartuntatauteihin liittyvistä kysymyksistä ja ennaltaehkäisystä. Läänien terveystarkastajien tehtävänä on huolehtia siitä, että kunnilla on valmius reagoida uusiin ja uhkaaviin tilanteisiin. Keskeinen väline tartuntatautien seurannassa on tartuntatauti-rekisteri. Sitä ylläpitää kansanterveyslaitoksen Infektioepidemiologian osasto. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 58-60.)

Seksuaaliterveys on osa ihmisen hyvinvointia, se on koko elämän jatkuvaa, joka sisältää sosiaalisen, fyysisen, psyykkisen ja emotionaalisen kokonaisuuden. Viime-aikoina on ollut sellainen käsite kuin seksuaali-oikeudet esillä, se sisältää esimerkiksi oikeuden tietoon ja terveyspalveluihin. Kunnan organisaatioiden ja yhteisöjen, kuten esimerkiksi koulun tulee olla turvallisista ja tasa-arvoisia seksuaaliterveydenkin näkökulmasta. Seksuaalivähemmistöihin liittyvää kiusaamista ei tule sallia, tämä periaate tulee ilmi yhteisöjen toimintaperiaatteissa. Kunnan seksuaaliterveyteen liittyvät tehtävät ovat lakisääteisiä, esimerkiksi ehkäisyneuvonta, tartuntatautien ehkäisy ja koulujen terveystiedon opetus. Seksuaaliterveyden edistäminen koskee useita toimialoja, esimerkiksi terveys- ja sosiaalialan yksityissektoria, seurakuntia ja poliisia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 60-62.)

5.2 Sosiaalinen hyvinvointi

Sosiaalista asemaa määrittäviä tärkeimpiä tekijöitä ovat työmarkkina-asema, koulutus, sosiaalinen luokka ammattiin perustuen sekä tulot ja varallisuus. Erilaiset sosiaaliseen asemaan liittyvät ulottuvuudet vaikuttavat ja liittyvät toisiinsa. Koulutus hankitaan yleensä jo nuorena, eikä tämä muutu paljoa elämänkulun aikana. Koulutus vaikuttaa ammattiasemaan sekä työmarkkina-asemaan. Tämä vaikuttaa yksilön ansiotyön kautta määräytyvään taloudelliseen

asemaan. Ammattiasema sekä työmarkkina-asema määrittävät yksilön taloudellista asemaa ja tuloja. Sosiaaliseen asemaan vaikuttavat yhteiskunnallinen vaikutusmahdollisuus ja arvostus. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin erottaminen voi olla vaikeaa. Työ edistää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia sopivassa suhteessa. Työn avulla voidaan huolehtia meidän fysiologisista perustarpeista. Sen avulla voidaan saada hyväksyntää ja arvostusta ja, joskus jopa toteuttaa itseämme. Hyvinvointimme kannalta tärkeää on mitoittaa työmäärä sopivaksi. Ihminen kaipaa muiden ihmisten yhteyttä. Halu kuulua ryhmiin, hyväksytyksi tuleminen, rakastetuksi tuleminen ja rakkauden antaminen on yksi ihmisen perus tarpeista. Yksi tärkeimmistä merkeistä tasapainoisesta elämästä on kuulu useisiin eri ryhmiin. Työryhmä ei tulisi olla ainoa ryhmä, jossa toimimme. Tasapainoiseen ja kokonaisena elämiseen tarvitaan muitakin ryhmiä, kuten esimerkiksi perhe sekä ystävät. (Sallinen, Kandolin & Purola 2007.)

Ihmissuhteet ovat tärkeä osa sosiaalista hyvinvointia. Ihmissuhteet edellyttävät aikaa niiden vaalimiselle. Työaikojen eriytyminen sekä yksilöllistyminen antaa mahdollisuuden sovittaa muu elämä ja työ uusilla tavoilla yhteen. Tämä antaa mahdollisuuden joustamiseen ja työajan järjestämiseen uudelleen oman elämäntilanteensa mukaan. Vaikka työ olisikin motivoivaa ja kiinnostavaa, ihmisten on hyvä osata myös irtautua siitä. Tämä ei tarkoita pelkästään työpäikältä lähtemistä vaan myös töistä irtautumista. Itsensä hyvinvoinnin sekä jaksamisen kannalta on tärkeää harrastaa työajanulkopuolella jotakin työstä poikkeavaa. Harrastuksen tulisi olla sellaista, jota työ ei ole. Jos työ on ihmisten kanssa olemista, niin harrastuksen tulisi olla mieluummin yksin oloa, esimerkiksi lukemista tai luonnossa olemista. Jos taas työ on henkisesti raskasta, olisi hyvä olla vastapainoksi, jotakin fyysistä harrastusta vapaa-ajalla. Tärkeintä, kuitenkin on, että löytää jotakin virkistävää tekemistä, joka siirtää ajatukset töistä muualle. (Sallinen ym. 2007.)

Sosiaalinen pääoma kuvaa ryhmien sekä ihmisten välisiä sosiaalisia suhteita, tämä tarkoittaa sosiaalisia verkostoja sekä niissä syntyvää vastavuoroisuutta ja luottamusta. Sosiaalinen pääoma on vaikutus terveyteen. Ne ihmiset, jotka ovat aktiivisesti erilaisissa sosiaalisissa toiminnoissa ja luottavat toisiin ihmisiin, kokevat olonsa terveemmiksi, kuin ne, joilla sosiaalinen kanssakäyminen ja luottaminen ovat vähäisempää. On todettu, että yhteys on samanlainen niin terveillä kuin, niillä jotka sairastavat jotakin kroonisia sairauksia. Vähäinen sosiaalinen pääoma voi lisätä ennenaikaista kuoleman riskiä. Korkeammin koulutetut kokevat usein terveytensä paremmaksi kuin matalammin koulutetut. (Nieminen & Martelin 2012.)

Vuonna 2010 työttömiä työnhakijoita koko Suomessa oli noin 265 000 työtöntä. Heistä noin 54 000 henkilö oli pitkäaikaistyöttömiä eli keskimäärin noin 20 %. Pitkäaikatyöttömyys meinaa sitä, että on vähintään vuoden yhteisjaksoisesti työttömänä olleita. On tutkittu, että työttö-

myys on haitallista terveydelle ja hyvinvoinnille. Tämä on yhteydessä erityisesti pitkäaikaisyöttömyyteen. Työttömyys vaikuttaa henkilön toimeentuloon ja pitkäaikaistyöttömyys voi lisätä riskiä köyhyyteen. Työttömät ovat keskimäärin sairaampia ja voivat huonommin, kuin työlliset. Mielensterveysongelmat ja huonoterveys ovat yhteydessä korkeampaan työttömyysriskiin ja pidempään työttömyyden keston. Terveemmät siis työllistyvät paremmin ja huonomman terveyden omaavat joutuvat luultavammin työttömiksi. Monet asiat sekä yksilölliset ominaisuudet voivat lieventää tai pahentaa työttömyyden terveysvaikutuksia. Lieventäviä tekijöitä ovat esimerkiksi sosiaalinen tuki, hyvä itsetunto ja selviytymiskeinot, kun taas pahentavia tekijöitä voivat olla esimerkiksi häpeä, korkea ikä, toistuva työttömyys, häpeä, taloudelliset vaikeudet, alkoholin käyttö ja mielensterveysongelmat. (Kaikkonen & Saikku 2012.)

Koulutuksella on todettu olevan yhteys hyvinvointiin ja terveyteen. Ongelmia terveydessä ja hyvinvoinnissa on useammin vähemmän koulutetuilla verrattuna korkeammin koulutettuihin verrattuna. Koulutus muuttaa ihmisten tietoja, arvoja ja taitoja. Vanhempien koulutustaso näkyy jo lapsien hyvinvoinnissa ja terveydessä. Alemmissa koulutusryhmissä on yleisempää, että äidit tupakoivat raskaudenaikana ja imetysaika on lyhyempää, kuin korkeasti koulutetuilla. Nuorten ja nuorten aikuisten terveys on sitä parempi, mitä korkeammin heidän vanhemmat ovat koulutautuneet. Peruskoulun päättäneillä nuorilla terveyskäyttäytymisen erot näkyvät oman koulutusvalinnan mukaan. Esimerkiksi ammattiin opiskelevat tupakoivat enemmän ja juovat humalahakuisesti entä sekä lukiolaiset ikätoverit. Erityisesti äitien koulutus suojaa lapsia pahoinvoinnilta. (Mustonen 2012.)

Suomalaisessa yhteiskunnassa tulot jakautuvat muun muassa koulutuksen, työmarkkina-aseman, iän ja kotitalouden elinvaiheen mukaan. Korkeammin koulutetut tienavat useimmiten enemmän, kuin pelkän perusasteen koulutuksen saaneet. Vain hyvin pieni osuus peruskoulutetuista kuuluu korkeisiin tuloluokkiin. Alimpiin tuloluokkiin kuuluvat ovat useimmiten työmarkkinoiden ulkopuolella. Nuoret aikuiset sekä yli 65-vuotiaat ovat pienituloisia useammin kuin muut ikäryhmät. Pienituloisuus on myös yleisempää yksinhuoltaja talouksissa ja yhden hengen talouksissa kuin muissa kotitalouksissa. Kotitalous on köyhä, kun käytettävät tulot ovat alle 60 % väestön keskimääräisistä tuloista. Yksinhuoltajilla on suurempi riski köyhyyteen verrattuna muihin suomalaisiin työssäkäyviin. Työelämän ulkopuolella olevilla on paljon suurempi riski köyhyyteen, kuin työssä käyvillä. Heikoimmassa taloudellisessa asemassa ovat ne, jotka ovat pitkään eläneet pelkän perustoimeentulon varassa. Perusturvalla elävien köyhyysriski on suurempi nykyisin, kuin parikymmentä vuotta sitten. (Hannikainen-Ingman 2012.)

6 Yhteisöanalyysin toteutus

Tieto yhteisöstä on tarpeellista, silloin kun tehdään yhteisöihin kohdistuvia suunnitelmia, strategioita, ohjelmia ja mietitään, kuinka päätökset vaikuttavat ihmisiin. Yhteisöllistä lähes-

tymistapaa on käytetty paljon myös erilaisissa ennalta ehkäisevissä projekteissa ja laajemminkin terveyttä edistävissä projekteissa. Monet kunnat ovatkin käyttäneet analyysia kerätäkseen tietoa toiminnastansa ja suunnitelmiansa pohjaksi. Alueellisen tiedon tarpeellisuus on korostunut sosiaali- ja terveystoimien kentällä, niissä kunnissa joiden palveluita on yhdistetty. Yhteisöanalyysit ovat pääsääntöisesti olleet tilastollisilla menetelmillä tehtyjä kuvauksia asukkaiden elinoloista ja terveydestä. (Saari & Hietanen 2001, 4.)

Yhteisöanalyysissa kerätään, analysoidaan, kuvataan ja jaetaan tietoa yhteisön hyvinvoinnista, terveydestä ja sen ehdoista. Yhteisöanalyysin avulla kartoitetaan yhteisön tarpeita ja annetaan kokonaiskuva yhteisöstä. Tällä prosessilla luodaan tietoisuutta väestön hyvinvoinnista ja sen edellytyksistä. Yhteisöanalyysi toimii usein erilaisten suunnitelmien aloituksena. Sen avulla voidaan ymmärtää tietyn alueen hyvinvoinnin määräytymistä ja antaa hyvä pohja elämälle. Analyysi on tärkeä yhteisön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Yhteisö tarkoittaa usein tietyn alueen asukkaita ja se voidaan rajata tiettyyn väestöryhmään, kuten lapsiin, nuoriin tai aikuisiin. (Stakes 2000.)

Yhteisötasoisella tiedolla on analysoitu sitä, kuinka niukkenevat resurssit sijoitetaan oikein ja mitä palveluita priorisoidaan. Yhteisöanalyysiä on käytetty ihmisten tarpeiden selvittämiseen, jolloin tarkastelu on tehty usein kohdistamalla se väestöryhmittäisesti esimerkiksi lasten, nuorten, työikäisten tai ikääntyneiden ihmisten tarpeisiin. Yhteisöanalyysistä on käytetty myös nimeä yhteisödiagnosi, joka viittaa lääketieteeseen terminä. Tällä tarkoitetaan yhteisökuvan tai -profiilin analysointia tietyn alueen ja yhdyskunnan väestöstä, terveydentilasta, terveyden edellytyksistä sekä riskitekijöistä indikaattorien avulla. (Saari ym. 2001, 6.)

Tärkeää yhteisöanalyysissa on löytää edellytyksiä terveyteen ja hyvinvointiin. Yhteisön omat kokemukset toimivat mittareina, jotka voivat liittyä työllisyyteen, toimeentuloon, asuinympäristöön tai koulutukseen. Lähtökohtana yhteisöanalyysissa voi olla yhteisön oma tarve, alueellistamisen tarpeet, henkilöstösuunnitelmat, sosiaali- ja terveystoiminnan ohjelman suunnittelu sekä terveyskasvatuksen tarpeet ja terveyden edistäminen. Myös lähiöparannus tai kaavoitus voi antaa syyntä tehdä analyysin. Yhteisöanalyysistä puhutaan erilaisten nimikkeiden alla, kuten terveys- ja sosiaaliprofiili, yhteisökuva, yhteisön tarpeiden kartoitus, yhteisöanalyysi, yhteisödiagnosi ja hyvinvointiselonteko. Yhteisöanalyysissä on myös tarkoituksena tehdä johtopäätöksiä ja toimenpide-ehdotuksia tuloksista. Samalla voidaan kartoittaa kartoittaa ja selvittää yhteisön heikkouksia ja vahvuuksia. Asukkaiden ja päättäjien yhteinen näkemys on hyvä aloitus prosessille. (Stakes 2000.)

6.1 Yhteisöanalyysin tekoprosessi

Tarvittavia tietoja yhteisöanalyysissa ovat esimerkiksi väestön sukupuoli- ja ikärakenne, koulutus, kieli, elintaso, työllisyys, alueen elinkeinorakenne, työolot, liikenne, palvelut, virkistys- ja harrastusmahdollisuudet. Siihen vaikuttavat myös väestön tavat, kulttuuriperintö sekä tottumukset, viralliset ja epäviralliset hallinnolliset säännöt, erilaiset ristiriitakysymykset, sekä päättäjien mielipiteet ja toimintatavat. Yhteisön terveydentilasta kertovat väestön terveyskäyttäytyminen sekä siihen vaikuttavat tekijät, terveyden vaaratekijät, terveyspalveluiden käyttö, terveydentila, sairastavuus ja kuolleisuus. Erityispiirteet tulee parhaiten esille mitä pienimmiltä alueelta tietoa kerätään ja analysoidaan. Yhteisöanalyysi on prosessi, jossa kerätään tietoa pitkän aikaa. Sen myötä tulee ajatuksia, siitä minkälaista tietoa on hyvä kerätä ja mistä prosessi on kyse. Tulkitseminen voi olla hankalaa, koska tieto on irrallista yhteiskuntarakenteesta ja sosiaalitaloudellisista rakenteista. (Stakes 2000.)

Tarkasteltavat asiat yhteisöanalyysissa ovat tapauskohtaisia. Analyysejä voidaan tehdä sekä erilaisia tarpeita varten että erilaisilla analyysimenetelmillä. Usein analyysit ovat tilastollisia menetelmiä, joissa on kuvailtu asukkaiden elinoloja ja terveyttä. Myös usein käytetään valmiita olemassa olevia tilastoja alueen väestöstä. Tietoa on myös kerätty kaupunkien ja kuntien eri hallinnoista. Terveydenhuollon koulutuksessa on tehty sekä kvantitatiivista että laadullista yhteisöanalyysiä. Laadullisessa analyysissä aineisto täydentää tietämystä olemassa olevista ongelmista. (Stakes 2000.)

Yhteisöanalyysissa ei pelkästään tarkkailla ongelmia, vaan myös haasteiden ja mahdollisuuksien tunnistaminen on tärkeää. Tehdessä yhteisöanalyysiä on huomattu, että väestön taustatiedot ja sosiaali- ja terveyspalveluiden käytöstä ovat hyvin saatavissa. Tieto voi olla hajallaan erilaisissa tilastoissa ja rekistereissä. Tilastojen haasteena voi olla, että tiedot ovat vertailtavuudeltaan ja tarkkuudeltaan eri ajankohdilta ja eritasoista. Vaikeaa on oleellisten tietojen erottaminen informaation paljoudesta ja sen ymmärtäminen, miten luvat kuvaavat sosiaalisten ja terveyden hyvinvoinnin kehitystä. Resurssien niukkuus tulee ilmi tietojen keruussa, sillä tietoa halutaan mahdollisimman helposti ja edullisesti valmiista tilastotiedoista. Kyselytutkimuksia tehdessä käytetään strukturoituja kyselylomakkeita, ja tuloksia tulkitaan määrällisesti. (Stakes 2000.)

Tietoja olisi hyvä kerätä mahdollisimman monesta erinäkökulmasta. Tarkastelun kohteena voi esimerkiksi olla väestötietojen ja sosiaali- ja terveyspalveluiden lisäksi myös elintavat, ystävyysuhteet, ja vapaa-ajan viettotavat sekä elinympäristö ja sen muutos. Numerotiedot eivät aina kerro merkitystä ihmisen omalle terveydelle ja hyvinvoinnille. On todettu erityisen tärkeiksi asukkaiden subjektiiviset tulkinnat hyvinvoinnistaan, sekä kuntalaisten kanssa työskentelevien työntekijöiden tulkinnat kehitystrendeistä. (Stakes 2000.)

Yhteisöanalyysi on hyvä työkalu sosiaali- ja terveysalan työntekijöille. Paras hyöty saadaan, jos prosessi tehdään moniammatillisena yhteistyönä. Tulosten olisi hyvä välittyä myös hallinnolliselle tasolle ja sen kautta päätöksentekijöille. Yhteisöanalysointi on koko ajan jatkuva prosessi, sen avulla kerätään uutta tietoa ja tehdään uusia johtopäätöksiä. Analysoinnissa parhaiten onnistutaan, kun siihen osallistuvat eriammattiryhmät, organisaatio, ja kunnan toimialat. Laaja-alainen kuva yhteisön tarpeista saadaan verkostotyöllä. Analysoinnissa ja tiedonkeruussa pystytään olemassa olevan asiantuntemuksen tehokkaaseen jakamiseen. (Stakes 2000.)

Yhteisöanalyysi on pääsääntöisesti palvellut terveydenhuollon suunnittelua ja voimavarojen ohjailua. Se on myös tarkoitettu palvelemaan kentän toimintaa. Yhteisödiagnoosi voidaan jakaa kolmeen eri tasoon. Ensimmäinen taso on deskriptiivinen taso, siihen sisältyy profiili yhteisöstä, terveusriskiprofiili, terveysprofiili ja terveyspalveluprofiili. Yhteisöprofiili koostuu esimerkiksi väestörakenteesta, koulutusmahdollisuuksista, vapaa-ajanviettomahdollisuuksista, turvallisuustekijöistä ja poliittisista vaikutus mahdollisuuksista. Terveusriskiprofiilissa elämäntyylin sosiaaliset, fyysiset, kemialliset ja biologiset riskitekijät huomioidaan. Näihin sisältyy alkoholinkäyttö, ravintotekijät, tupakointi, itsehoitovalmiudet, sosiaaliset suhteet, vapaaehtoistoimintoihin osallistuminen ja asuminen. Terveysprofiili kertoo terveyden ja hyvinvoinnin jakautumisesta väestössä ja siitä miten terveystarpeiden järjestelmässä hoito on porrastettu. Deskriptiivisellä tasolla pyritään saamaan tarkennettu yleiskuva ympäristöstä, jossa terveydenhoito-organisaatio toimii. (Etzell, Korpivaara, Lukkarinen, Nikula, Pekkarinen, Peni & Värmälä 1998, 62-63.)

Toinen taso on yhteisöanalyttinen taso, jossa tietoja analysoidaan vaikuttavuuden suhteen. Kyseisellä tasolla tulee muodostaa käsitys niistä tekijöistä ja vaikuttajista, joihin yhteisön mahdolliset interventiot on tarkoitus suunnata. On olemassa kaksi lähestymistapaa: yhteisön tarpeiden arviointi puutteiden ja heikkouksien valossa sekä vahvuudet ja voimavarat ongelmien ratkaisemisessa. Väestön tarpeiden ja voimavarojen kartoittaminen on edellytys sekä väestön että työntekijöiden kannalta. (Etzell ym. 1998, 63.)

Kolmas taso on toiminnallinen taso, jossa saadut tiedot muutetaan käytännön toiminnaksi. Tehdään erilaisia interventio-ohjelmia, toteuttajia, kohderyhmiä ja toteutustapoja. Lähestymistapa on aina yhteisökeskeinen, ja väestön osallistuminen on voimavara, jota työntekijät mobilisoivat. Painopiste toiminnassa on yhteisössä. Työntekijät hyödyntävät jo olemassa olevia systeemejä, rakenteita ja arvoja. Väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen tarkoittaa voimavarojen vahvistamista väestössä. Terveystarpeita edistetään antamalla selviytymisen mahdollisuuksia jakamalla tietoa väestölle, tukemalla toimintaa väestöryhmissä ja tekemällä yhteistyötä. (Etzell ym. 1998, 63.)

Yhteisödiagnoosi on lopputulos arvioinnista sekä tulkinta yhteisön tilanteesta. Siihen tarvitaan kuvaus yhteisöstä, joka ei pelkästään yksin riitä. Sen lisäksi tarvitaan johtopäätöksiä ja analyysijä, joiden perusteella suunnitellaan terveyttä edistävää toimintaa. Yhteisödiagnoosin ei enää tarkoita pelkästään kuolleisuus- ja sairaustilastoja, vaan se on nykyään toiminnallisempi. Yhteisön terveyttä parantavia tietoja käytetään toiminnan organisoimiseen. Perinteinen tapa yhteisöanalyysia on tehdä kvantitatiivisin menetelmin. Siitä on laskettu tilastollisia tietoja esimerkiksi väestön sosiaalisesta tilanteesta, terveydentilasta, terveyspalveluiden käytöstä ja tyytyväisyydestä terveyspalveluihin. Yhteisöhoitotyö edellyttää kvantitatiivisen tiedonkeruun lisäksi laadullista eli kvalitatiivista tiedonkeruuta. Sen avulla pyritään löytää syvällisempää tietoa yhteisöstä tai väestöstä, sekä niiden tarpeista ja odotuksista. Menetelmät täydentävät toisiaan. Tiedonkeruu jaetaan neljään erimenetelmään. Ensimmäinen menetelmä on väestön haastattelu, siinä haastatellaan avainhenkilöitä tai väestöryhmiä eritilanteissa. Toinen menetelmä on osallistuva havainnointiin, siinä tietoa kerätään paikoissa joissa yhteisö kokoontuu esimerkiksi toreilla, tilaisuuksissa, kylätoimikunnissa ja asukasyhdistyksissä. Kolmas menetelmä on olemassa olevan tiedon analysointi, siinä aineistona ovat erilaiset dokumentit, tilastot, asiakirjat, kuntasuunnitelmat, historia ja kyselyt. Neljäs menetelmä on kysely, joka on tarkoitettu tietylle väestöryhmälle, tai tietyn alueen väestölle. (Etzell ym. 1998, 63-65.)

6.2 Aineiston keruu

SOTKANet on Terveyden- ja hyvinvointilaitoksen tietopalvelu. Se tarjoaa Suomen kaikista kunnista tietoa väestön hyvinvoinnista ja terveydestä aina vuodesta 1990 alkaen. SOTKANetistä käyttäjä pystyy hakemaan sosiaali- ja terveysalaa koskevia indikaattoritietoa. Asiantuntijat ovat tehneet kaikista indikaattoreista kuvaukset tietosisällöstä, tietojen tuottajasta, tulkinasta, sekä tuotantovuosista. SOTKANet on tehty yhdessä sosiaali- ja terveysalan asiantuntijoiden kanssa. Sen tiedot perustuvat muun muassa THL:n keräämiin tietoihin, sitä päivitetään säännöllisesti joka vuosi. Laadunvarmistus menetelmiin taataan tietojen luotettavuus ja oikeellisuus. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Maailman Terveysjärjestö WHO eli World Health Organization on merkittävä kumppani Suomen terveyspolitiikan kehityksessä ja arvioinnissa. WHO -järjestö perustettiin 7.4.1947. Sen tavoitteena on edistää terveyttä tasapuolisesti kaikille. WHO:n mukaan terveys, pitää sisällään fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kokonaisuuden. Terveysjärjestössä on mukana 192 eri maata. Maailman Terveysjärjestö tiedottaa maailman laajuisesti esimerkiksi erilaisista tutkimuksista, sairauksista. Maailman terveysjärjestö WHO tiedotti ensimmäisenä narkolepsiasta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2005; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

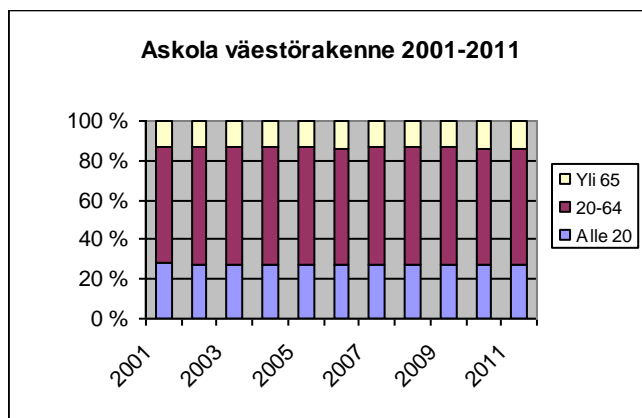
Terveys 2015- hanke eli kansanterveyden yhteistyöohjelma, jossa pyritään kehittämään ja edistämään terveyttä kaikilla eri sektoreilla. Siinä keskitytään pääasiallisesti kansanterveyden

eriongelmiin elämän erivaiheissa. Terveys 2015- hanke pyrkii 15 vuoden tähtäimellä linjaamaan kansanterveyttä. Pääpaino on parantaa kansalaisten terveyttä, eikä parantaa palveluita. Terveys 2015- hankkeen taustana on Maailman terveysjärjestö WHO:n Terveyttä kaikille ohjelma. Kansanterveyden neuvottelulautakunta on kehittänyt hankkeen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 42.)

Ikäryhmittäin olevat tavoitteet ovat laadittu eri ikäryhmille sopiviksi, kuten lasten kohdalla sanotaan, että tavoitteena on lisätä lasten hyvinvointia, parantaa terveydentilaa, ja vähentää sairauksia. Nuorten kohdalla halutaan vähentää päihteiden käyttöä, kuten tupakointia, alkoholin ja huumeiden käyttöä. Nuorille miehille on laitettu omaksi tavoitteeksi, että väkivaltainen kuolleisuus ja tapaturmat tulisi saada vähentymään. Työikäisten tavoitteena on lisätä terveyttä ja työkykyä mahdollisimman pitkään, jolloin työikä pitenee. Ikääntyneiden tavoitteena on toimintakyvyn parantuminen. Tavoitteet ikäryhmästä riippumatta; suomalainen voi odottaa elävänsä kaksi vuotta kauemmin, kuin 2000-luvulla, tyytyväisyys terveystalouteen ja omaan terveydentilaan säilyy vähintään samalla tasolla, ja pyritään vähentämään eriarvoisuutta, ja heikommassa asemassa olevan hyvinvointi ja asema paranevat. Terveys 2015- hankkeessa on siis yhteensä 8 tavoitetta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001,42.)

7 Askolan kunnan perustiedot

Askolan kunta sijaitsee Itäisellä Uudellamaalla Porvoonjoen varrella. Se on perustettu vuonna 1896. Asutusta Askolassa on ollut jo kivikaudelta lähtien. Ennen itsenäistymistään Askola kuului Porvooseen. Naapuri kuntia ovat Porvoo, Pornainen, Mäntsälä, Pukkila, Myrskylä ja Loviisa. Kunnalla on kaksi päätaajamaa, Kirkonkylä ja Monninkylä. Muita kyliä kunnalla on Juornaankylä, Nalkkila, Huuvuri, Nietoo, Särkijärvi, Tiilää, Korttia, Onkimaa, Vahijärvi ja Vakkola. Kunnan pinta-ala on 212 km². Asukkaita siellä on **4864** (31.12.2010). 0-14 - vuotiaiden osuus väkiluvusta on **20,6 %**, 15-64 -vuotiaiden osuus on **65,7 %**, 65 täyttäneiden osuus on **13,7 %**, ruotsinkielisten osuus on 2,9 %, perheiden lukumäärä on 1371. Vähintään keskiasteen tutkinnon suorittaneiden osuus väestöstä on 61,6 %, korkea-asteen suorittaneiden osuus 19,2 %, työssäkäyvien osuus 18-74 -vuotiaista 68 %. Työttömyysaste (31.12.2009) oli 8,1 %, kunnassa asuvien työssä käyvien lukumäärä 2268, joista 35,1 % on oman kunnan työntekijöitä. Eläkkeellä olevien osuus väestöstä on 18,7 % (31.12.2009). (Tilastokeskus 2011.)



(Askolan kunta 2010.)

Askolan asukasluku on ollut kasvussa koko 2000-luvun ajan. Vuosina 2000-2009 kasvu on ollut noin 9 % eli yli 400 asukasta. On ennustettu, että 5000 asukkaan raja rikkoutuu vuosina 2012-2013. Pääkaupunkiseudun läheisyydestä on hyötyä myönteisesti väestön määrän kehityksen kannalta. (Askolan kunta 2010.)

Askolan kunnassa on viisi alakoulua, joita ovat Juornaankylän koulu, Kirkonkylän koulu, Vahijärven koulu, Monninkylän koulu ja Särkijärvenkoulu. Peruskoulussa on yhteensä oppilaita **757** vuonna 2010 Askolan kunnan tilinpäätöksen mukaan. Lukion aloitti vuonna 2010 44 eli 53 % uutta opiskelijaa, joista 28 suorittaa kahta tutkintoa. Vuonna 2010 lukiolaisista keskeytti 5,7 % opintonsa. 2010 tutkintonsa suoritti loppuun 91,3 %, tavoitteena kunnalla oli 95 %. 47 % peruskoulun päättäneistä aloitti ammattiopinnot. (Askolan kunta 2010, 55-57)

Askola käyttää Porvoon kihlakuntaa, poliisi asemaa, Uudenmaan verotoimistoa, Itä-Uudenmaan pelastuslaitosta ja Uudenmaan ELY-keskusta. Siellä on oma terveyskeskus, samassa rakennuksessa toimii hammashoitola ja eläinlääkäri. Askolan terveyskeskuksesta saa seuraavia palveluita: lääkärin vastaanotto, päivystys ja ensiapu (Porvoossa klo 15 jälkeen), laboratorio, sairaanhoitajan vastaanotto, fysioterapia, psykologi, kotisairaanhoito, äitiysneuvola, lastenneuvola ja ehkäisyneuvola. Askolassa on kolme eri kouluterveydenhoitajaa. Sieltä löytyy myös neljä eri päiväkotia. (Askolan kunta 2010.)

7.1 Askolan hyvinvointintila

Askolan kunnan toimijoiden tahdosta yhteisöanalyysiin on valittu hyvinvoinnin mittareita lapsista, lapsiperheistä, nuorista, työkäisistä ja ikääntyneistä. Askolan kunnan toimijat haluavat kartoittaa näiden mittareiden avulla kuntalaisten hyvinvoinnin tilaa.

Muuttoliike

Muuttoliike tilastoissa kuvataan ihmisten muuttoa. Tässä tilastossa erotellaan massamuutto ja siirtolaisuus eli aluerajojen ylittävät muutot, nämä eritellään vielä kunnan sisällä muuttaneisiin ja kuntien välisiin muuttoihin. Nettomuutto ilmaisee onko alueelle muuttanut enemmän väkeä kuin alueelta pois, jos tulos on positiivinen, se ilmaisee että kuntaan muuttaneita on enemmän. Tilasto ilmoitetaan väestön keskväkilukuna 1000 asukasta kohti. Lähtömuutto ilmaisee kuntien välisen lähtömuuton ja maasta muuttaneiden summa, kun taas tulomuutto ilmaisee kuntien välisen tulomuuton ja maahan muuttaneiden summaa. (Tilastokeskus 2010; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Nettomuuttajia 1000 asukasta kohden vuonna 2010 oli 2,1 henkilöä. Vuonna 2006-2008 vastaava on ollut yli 10 henkilöä. Vuonna 2003 vastaa luku oli -1,8. Tulomuuttajien lukumäärä oli vuonna 2010 283 ihmistä. Samainen lukumäärä on pyörinyt 300 ihmisen molemmilla puolilla kymmenen vuoden ajan. Vuonna 2007 se on ollut korkeimmilla, jolloin lukema oli 354 henkilöä. Lähtömuuttajia oli vuonna 2010 273 henkilöä. Kaikkina muina vuosina lukema on ollut alle 300, mutta vuonna 2005 lukema oli 326 henkilöä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Perusterveydenhuolto

Askolan perusterveydenhuollossa pyritään edistämään väestön terveyttä. Painopisteenä on ollut kehittää ennaltaehkäisevää työtä. Vuonna 2010 toteutettu asiakastytyväisyyssmittauksen keskiarvoksi tuli 9, joka sisältää koko terveyskeskuksen toiminnan. Askolan kunnassa terveydenhuollon kustannukset asukasta kohden vuonna 2010 olivat 349 €. Askolan terveyskeskuksessa ei kiireellisen hoidon pääsy 3 vuorokauden sisällä oli 100 prosenttista. Kiireellisen hoidon tarpeessa olevat saivat hoitoa samana päivänä. Terveyskeskuskäyntejä vuonna 2010 oli 16926, joka oli hieman arvioitua vähemmän, kun taas lääkärikäyntejä oli 6548, sekin oli arvioitua vähemmän. Päivystyskäyntien osuus kaikista käynneistä oli 14,7 %. 70 % kutsutuista saapui kohdunkaulan syöpäseulonnan tutkimuksiin vuonna 2010. Vuonna 2010 henkilöstöä terveyskeskuksessa oli 12,5 ja lääkäreitä oli yksi virkalääkäri ja kaksi ”Euro-lääkäriä”, kaksi vakiuista lääkärinvirkkaa on ollut täyttämättä vuonna 2010. (Askolan kunta 2010, 47-48.)

Perusterveydenhuollon asiakaskäynnit muihin kuin lääkärin palveluihin olivat vuonna 2010 989 käyntiä 1000 asukasta kohden. Suurimmillaan luku oli vuonna 2009, jolloin asiakaskäyntejä oli 1170 1000 asukasta kohden. Hoitopäiviä perusterveydenhuollossa 0-74 -vuotiailla vuonna 2010 oli 8, 1000 vastaavan ikäistä asukasta kohti. Korkeimmillaan vastaava luku oli vuonna 2008, jolloin se oli 58, ja matalimmillaan vuonna 2005, jolloin luku oli vain 2. Perusterveydenhuollon avopuolen lääkäreiden asiakkaita vuonna 2010 oli 532 1000 ihmistä kohti. Vuonna 2001 luku oli suurimmillaan, jolloin se oli 903, siitä eteenpäin tämä luku on alentunut. Prosentteina vastaava luku oli vuonna 2010 53,2 % väestöstä. Perusterveydenhuollon kaikkien avopuolen lääkäreiden päivävastaanotolla käyntejä vuonna 2010 oli 1500 1000 ihmistä kohti, joka on

korkeimmillaan sitten vuoden 2001. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012; Askolan kunta 2010, 47-48.)

Erikoissairaanhoito

Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan sellaista terveydenhuollon osaa, jossa on erikoislääkäreitä ja erikoisaloja. Erikoisaloja on yhteensä 49. Erikoissairaanhoitolaissa on määritelty, että kuntien tehtävänä on järjestää niin perusterveydenhuollon palvelut kuin erikoissairaanhoito. Siinä myös määritellään, että kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin, ja jokaisessa sairaanhoitopiirissä tulee olla ainakin yksi keskussairaala. Sosiaali- ja terveysministeriöllä on tehtävänä ohjata ja valvoa erikoissairaanhoitoa ja sen toteutumista. Erikoissairaanhoidossa on sairauksien tutkimista, hoitoa sekä ennaltaehkäisevää toimintaa. Terveysministeriö on porrastettu, ja erikoissairaanhoito kuuluu toiseen kerrokseen, muissa paitsi äkillisissä/kiireellisissä tapauksissa, tarvitaan lääkärin lähete, jotta erikoissairaanhoitoon pääsee. (Teperi 2005; Finlex 2011.)

Erikoissairaanhoidon painopisteenä on yhteistyö Askolan kunnan perusterveydenhuollon kanssa. Erikoissairaanhoidossa hoitopäiviä oli yhteensä 760, vastaava tavoite oli 210 hoitopäivää. Avohoitokäyntejä oli 5257 vuonna 2010. Sisätautien erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä tuhatta asukasta kohden vuonna 2010 oli 244, määrä ei ole paljoa vaihdellut kymmenen vuoden sisällä. Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä kirurgisissa toimenpiteissä vuonna 2010 oli 285 käyntiä tuhatta asukasta kohden. Luku on pysynyt lähes samassa kymmenen vuoden ajan, suurta muutosta ei ole ollut. Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä syöpätaudeissa sekä sädehoidossa vuonna 2010 oli 456 käyntiä. Se oli huima muutos verraten esimerkiksi vuoteen 2004, silloin käyntejä oli vain 93. Vuoden 2003 jälkeen käynti määrä lähti nousuun. Erikoissairaanhoidon avokäyntejä neurokirurgiassa vuonna 2010 oli 3 käyntiä tuhatta asukasta kohden. Kymmenen vuoden ajan käyntien määrä on ollut 3-5. Korva-, nenä- ja kurkkutautien avohoitokäyntejä tuhatta asukasta kohden vuonna 2010 oli 38 käyntiä, mikä oli korkein luku neljään vuoteen. Vuonna 2003 luku oli korkeimmillaan kymmenen vuoden sisällä. Iho- ja sukupuolitautien avohoitokäyntejä vuonna 2010 oli 126, joka on suurin määrä kymmenen vuoden sisällä. Vähiten tartuntoja saaneita oli vuonna 2002, jolloin niitä oli 55. (Askolan kunta 2010, 51; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2012.)

7.2 Lapset ja lapsiperheet

Askolassa perheitä oli vuonna 2010 1371 kappaletta. Lapsiperheitä perheistä oli 2010 44,2 %. Kymmenen vuoden aikana luku on ollut korkeimmillaan vuonna 2007, jolloin luku oli 45,9 % ja alhaisimmillaan luku oli vuonna 2010. Yksinhuoltajaperheitä lapsiperheistä oli vuonna 2010

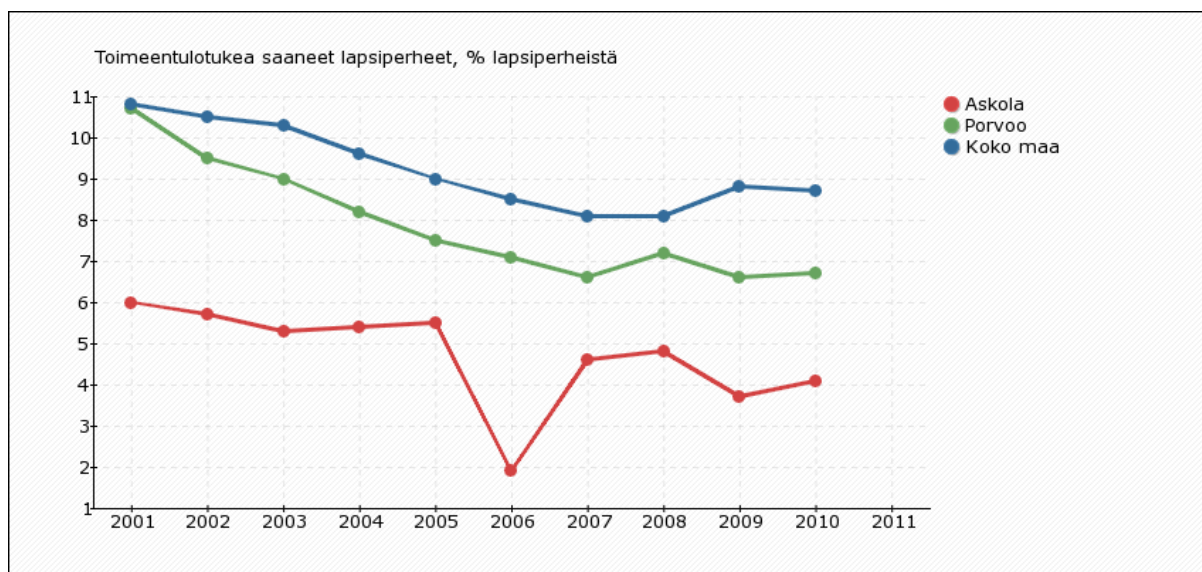
15,8 %. Alhaisimmillaan luku on ollut kymmenen vuoden aikana vuonna 2006, jolloin se oli 12,2 %. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012; tilastokeskus 2011.)

Perusterveydenhuolto

Neuvolakäynnit 0-7-vuotiailla toteutuivat 100 %, myös rokotuskattavuus neuvolassa oli 100 %. Perusterveydenhuollon vuodeosaston hoitopäiviä 0- 17-vuotiailla vuonna 2010 oli 0,8 vastaavanikäistä kohti. Alle 1-vuotiaita asiakkaita avopuolen lääkäriellä oli vuonna 2010 804 1000 vastaavanikäistä kohti. 1- 7-vuotiaita asiakkaita perusterveydenhuollon avopuolen lääkäriellä oli vuonna 2010 715 1000 vastaavanikäistä kohti. Korkeimmillaan luku oli 2003, jolloin se oli 1686. Avohoidon lääkäreiden asiakkaina 7-14-vuotiaita vuonna 2010 oli 551 1000 vastaavanikäistä kohti. Korkeimmillaan vastaava luku oli vuonna 2003, jolloin se oli 1020. (Askolan kunta 2010, 47; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Toimeentulotuki

Toimeentuloturvan viimesijainen muoto on toimeentulotuki, se myönnetään kuukausittain ja se lasketaan välttämättömien menojen mukaan. Toimeentulotukea voivat saada sellaiset ihmiset, joilla ei ole varaa maksaa päivittäisiä asioita. Tukea voidaan hakea sosiaalitoimistoista. Tarkoituksena on sosiaali- ja terveysministeriön mukaan parantaa heikommassa asemassa olevien taloudellista tilannetta. Toimeentulotuen perusosalla tulisi kattaa esimerkiksi ravinto-, vaate-, vähäiset terveydenhuolto-, henkilökohtaisen hygienian-, paikallisliikenteen- ja puhelimenkäyttömaksut. Perusosalla voidaan maksaa myös asumismenot. Erityismenoihin voi saada täydentävää toimeentulotukea, jota ovat esimerkiksi lastenhoitomenot ja ylimääräiset asumismenot. Kunnat voivat myös antaa ehkäisevää toimeentulotukea, kunnilla on omat kriteerit milloin sitä annetaan. Sillä pyritään ehkäisemään esimerkiksi syrjäytymistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)



(Hyvinvointikertomus 2012.)

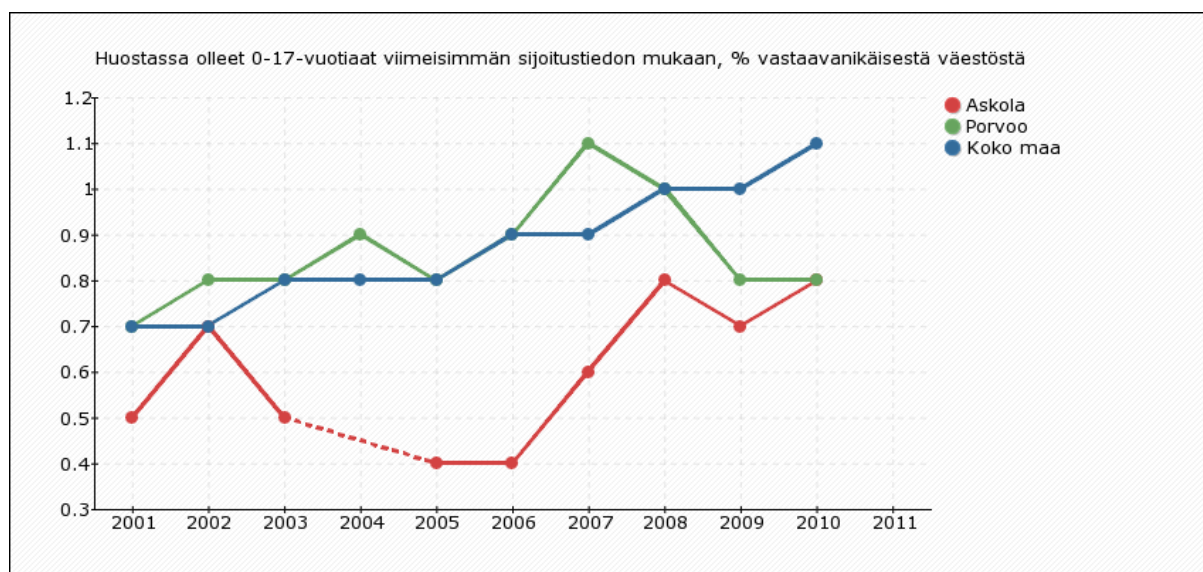
Toimentulotukea saaneet lapsiperheitä oli 4,1 % lapsiperheistä vuonna 2010. Alhaisimmillaan luku oli kymmenen vuoden aikana vuonna 2006, jolloin se oli 1,9 %. Johtuiko notkahdus mahdollisesti vuoden 2006 toimeentulotuen rakenteen ja rahoituksen muutoksesta. Korkeimmillaan se oli vuonna 2001, jolloin se oli 6,0 %. Kodinhoitoapua vuoden 2010 aikana saaneita lapsiperheitä oli 0,8 % lapsiperheistä. Kun verrataan Askolassa asuvien toimeentulotukea saaneiden lapsiperheiden määrää verrattuna koko Suomen tilastoon, nähdään että Askolassa tilanne on hyvä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005; Terveys ja hyvinvoinnin laitos 2012 ; Tilastokeskus 2010.)

Stakesin toimeentulotukitilastossa tulee ilmi, että yksinäiset henkilöt ovat suurin ryhmä toimeentulon saajista. Viimeisen kymmenen vuoden aikana lapsiperheiden määrän osuus toimeentulonsaajista on pienentynyt. Yksinhuoltajaperheiden köyhyys ei ole hellittänyt niin aikuisten kuin lastenkaan näkökulmasta. Yksinhuoltajaperheet ovat suurin toimeentulotuenryhmä. Lapsiperheistä yli puolet on yksinhuoltajaperheitä. Yksinhuoltajaperheiden toimeentulotuen saanti aika on lyhyempi kuin kahden vanhemman perheissä. Pitkäaikaisesti toimeentulotukea saavat eniten kahden vanhemman perheet. (Heino & Lamminpää 2008, 1-4.)

Huostaan otetut

Laki määrää, että lapsi tulee ottaa huostaan, jos lapsen kehitys tai terveys on vaarassa eikä tilanteeseen voida puuttua muilla keinoilla. Vaara voi johtua esimerkiksi siitä, että olosuhteet ovat turvattomat, lapsesta ei pidetä huolta tai lapsi itse tekee jotakin, mikä on vaarallista hänelle itselleen. Huostaanoton tarkoituksena on, että sosiaaliviranomaiset ottavat vastuun lapsen huolenpidosta sekä kasvatuksesta. Ennen lapsen sijoittamista kodin ulkopuolelle, on lastensuojelun työntekijöiden selvitettävä, voisiko joku lapsen läheisistä huolehtia hänestä.

Tällaisia ihmisiä voivat esimerkiksi olla toinen lapsen vanhemmista, joku sukulainen tai muu tärkeä ihminen lapselle. (Ensi- ja turvakotienliitto ry 2013.)



(Hyvinvointikertomus 2012.)

Huostaan otettuja lapsia ja nuoria vuonna 2009 oli 11, joista 9 oli 0-17 -vuotiaita ja joista kaksi on 18 -vuotiaita. Vuonna 2009 avohuollon piirissä olevia lapsia ja nuoria oli 62 kappaletta ja nämä lapset asuvat kotonaan ja saavat lastensuojelupalveluita. Huostaanotto on viimeinen toimenpide, jota lastensuojelutyö käyttää turvautessaan lasten kasvua ja kehitystä. Suomen laissa (lastensuojelulaki 13.4.2007/417) määrätään, että jos lapsen hoidossa huomataan puutteita tai kasvuolosuhteet uhkaavat vaarantaa lapsen terveyttä ja kehitystä, voidaan lapsi huostaan ottaa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012; Kuoppala & Säkkinen 2009; Sosiaaliportti 2012; Finlex 2011.)

Tuija Åstedt kirjoitti vuonna 2011 artikkelin Helsingin Sanomissa ”Lapsiperheiden ahdinko lisää huostaanottoja”. Artikkelissa tulee esille, kuinka Suomessa lapsiperheiden köyhyys on lisääntynyt. Vuonna 1995 5 % eli alle köyhyysrajan, vuonna 2011 köyhyysrajan lähellä eli 15:sta prosenttia. 1990-luvun laman jälkeen lapsiperheiden saama tuki on edennyt huonosti, muun muassa palveluita on vähennetty ja perhepoliittisia etuuksia on supistettu. Köyhyyden lisäksi lapsiperheitä kiusaa työelämän pirstaloituminen, yhteisöllisyyden puute niin perhe- kuin työelämässä lisääntyy. Tämä näkyy lastensuojelutyössä vanhempien lisääntyneenä henkisenä pahoinvointina. Lapsiperheiden ahdinko heijastuu vanhempien parisuhteeseen. Tämän seurauksena voi tulla riitoja, fyysistä ja henkistä väkivaltaa, mielenterveys ongelmia tai päihteiden käyttöä. Ongelmien kasaantuessa se johtaa perherakenteiden hajoamiseen sekä huoltajuuksien riitoihin. Näin ollen lapsi jää vaille huomiota ja huolenpitoa, ja perheessä on välinpitämättömyyttä. Lastensuojelun piirissä on myös niitä perheitä, jotka eivät elä köyhyydessä. Monet

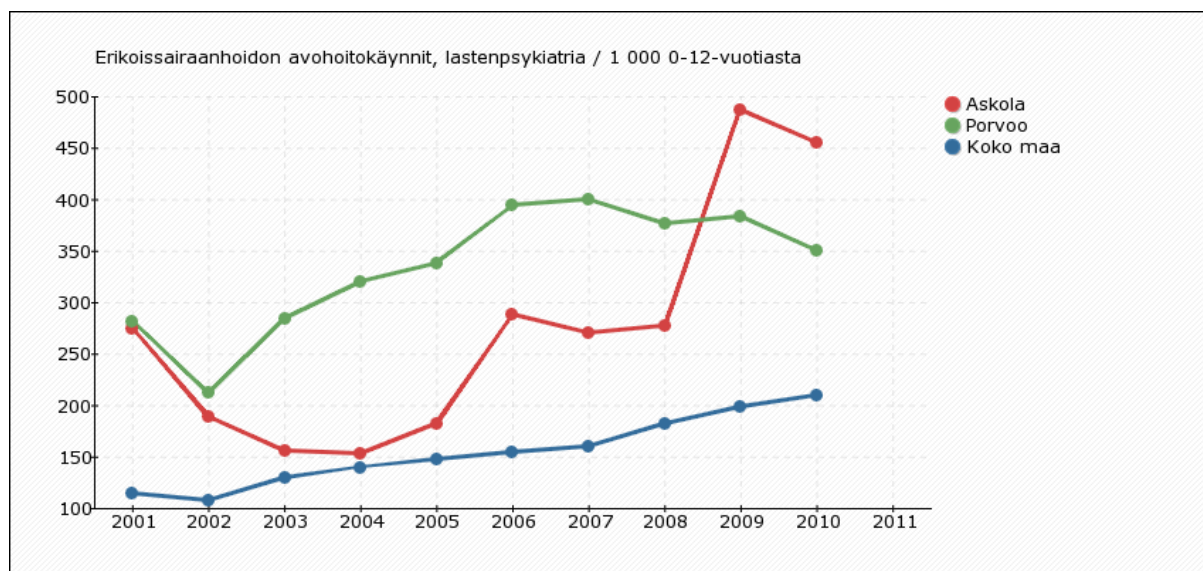
tämän päivän vanhemmat keskittyvät vain työhönsä ja itseensä, aivan kuin vanhemman ei tarvitsisi lapsen synnyttyä muuttaa omaa elämäntapaansa. (Åstedt 2011.)

Synnyttäneisyys

Synnyttäneisyys 15-49 -vuotiasta tuhatta hedelmällisyyssiässä olevaa naista kohti vuonna 2010 Askolassa oli **47 henkilöä**. Samainen luku on ollut korkeimmillaan kymmenen vuoden aikana vuonna 2003, jolloin se oli 68,1 henkilöä ja matalimmillaan 39,9 vuonna 2008. Elävänä syntyneitä oli vuonna 2010 58 kappaletta. Alhaisimmillaan luku on kymmenen vuoden aikana ollut vuonna 2005 ja 2008, jolloin se oli 44 kappaletta. Korkeimmillaan luku on ollut kymmenen vuoden aikana vuonna 2009, jolloin se oli 69 kappaletta. Raskaudenkeskeytyksiä vuonna 2010 oli 7,8 henkilöä tuhatta 15-49 -vuotiasta naista kohden. Vuonna 2008 keskeytyksiä oli 11,0 henkilöä tuhatta asukasta kohden. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Erikoissairaanhoito

Erikoissairaanhoidon lastenneurologian avohoitokäyntejä (0-14 -vuotiasta) vuonna 2010 oli 27 käyntiä. Eniten käyntejä kymmenen vuoden sisällä oli vuonna 2007, jolloin käyntejä oli 44. Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä lastentaudeissa (0-14-vuotiasta) vuonna 2010 oli 323 käyntiä tuhatta asukasta kohden. Eniten käyntejä kymmenen vuoden aikana oli vuonna 2004, jolloin niitä oli 497. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)



(Hyvinvointikertomus 2012.)

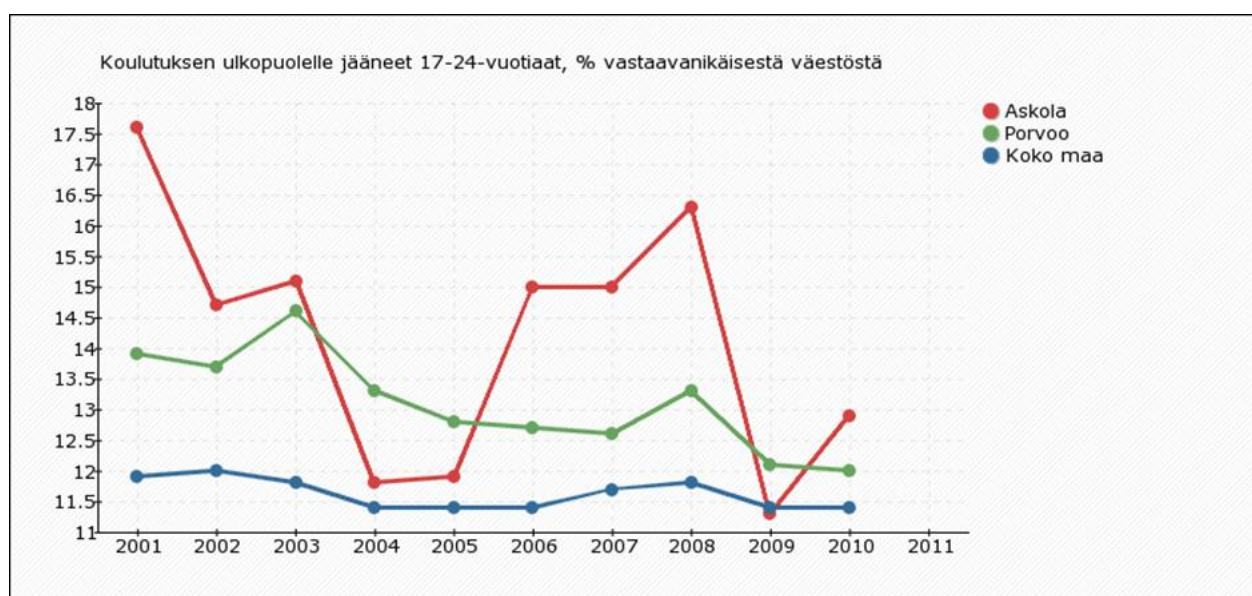
Askolassa lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä oli vuonna 2010 455 1000 0-12-vuotiasta kohti. Vuonna 2008-2009 käyntien määrä nousi huimasti 210 käynnillä.

Matalimmillaan arvo on ollut vuonna 2004, jolloin se oli 153 käyntiä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Santalahti ja Sourander ovat kirjoittaneet artikkelin lääketieteelliseen aikakauskirjaan Duodecimiin ”Onko lasten psykiatrinen sairastavuus lisääntynyt?”. Artikkelissa kerrotaan, että viimevuosikymmeninä on alettu enemmän huomioida lasten psykiatrisia oireita, myös oireiden esiintyvyys on lisääntynyt edellisinä vuosina. Suomalaisessa tutkimuksessa kävi ilmi, että 8-9-vuotiaiden tyttöjen masennus oireet lisääntyivät. Lasten psykiatristen häiriöiden esiintyvyyteen vaikuttaa psyykkiset, biologiset ja sosiaaliset tekijät. (Santalahti & Sourander 2008.)

7.3 Nuoret

Koulupudokkailla tarkoitetaan nuoria jotka eivät ole päässeet tai hakeneet peruskoulunjälkeiseen koulutukseen, mutta myös niitä jotka lopettavat toisen asteen koulutuksen kesken. Nämä nuoret ovat syrjäytymisriskin vaarassa. On arvioitu, että yhden koulupudokkaan hinnaksi tulee noin miljoona euroa. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2013.)



(Hyvinvointikertomus 2012.)

Askolan keskiasteen koulutuksen saaneita 15 vuotta täyttäneitä oli vuonna 2010 43,1 %. Koulutuksen ulkopuolelle jääneitä 17-24-vuotiaita vuonna 2010 oli 12,9 % vastaavanikäisestä väestöstä. Luku on laskenut kymmenen vuoden aikana 4,7 %. Askolassa koulutustasomittain oli vuonna 2010 279. Tällä tarkoitetaan, että perusasteen jälkeen suoritetun korkeimman keski-

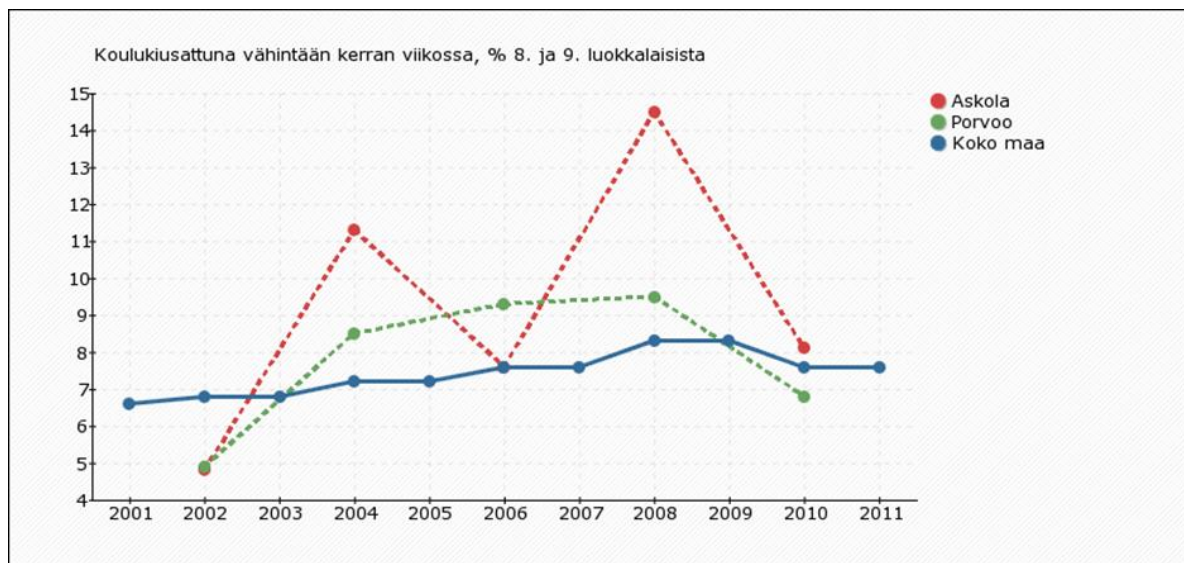
määräisen pituuden henkeä kohden, eli Askolan tapauksessa teoreettinen koulutusaika on henkeä kohden noin 3 vuotta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Markku Vanttajan kirjoittamassa artikkelissa ”koulutuksen ja työstä karsiutuneiden nuorten kotitaustan ja myöhempien elämän vaiheiden tarkastelua” tulee esille, että oppivelvollisuuden jälkeen työelämän ja koulutuksen ulkopuolelle jääneet nuoret päätyvät muuta väestöä huonompaan työmarkkina-asemaan ja tulotasoon. Näyttää myös siltä, että monet nuoret ovat kyllästyneitä koulunkäyntiin, sillä miehistä kaksi kolmasosaa ja naisista yli puolet on pelkän perustutkinnon varassa. Artikkelissa Vanttaja käy läpi huoltajien koulutustason ja nuorten välistä yhteyttä. Artikkelissa tulee esille, että pelkän perusasteen suorittaneiden vanhempien lasten koulutustaso on jäänyt peruskoulun varaan kahdella kolmasosaa. Noin viidennes oli käynyt keskiasteentutkinnon ja ainoastaan 7 % oli hankkinut korkeakoulututkinnon. Mitä korkeampi vanhempien koulutustaso on sitä todennäköisemmin nuoret hakeutuvat myös jatkokoulutukseen peruskoulun jälkeen. Erityisesti korkea-asteen koulutukseen jatkaminen oli vahvasti yhteydessä vanhempien käymään koulutustasoon. Vanhempien koulutustaso vaikuttaa myös siihen, millaisiin ammatteihin ja sosioekonomisiin asemiin heidän lapsensa päätyvät. (Vanttaja 2005, 1-3.)

Syrjäytyminen tarkoittaa yhteisön ja yhteiskunnan ulkopuolelle jäämistä. Syrjäytyminen on köyhyyden, yhteiskunnasta eristämisen tai eristymisen sekä sosiaali- ja kansalaisoikeuksien rajallisuuden yhdistelmä. Monenlaiset ongelmat voivat edistää syrjäytymistä, jotka liittyvät usein opetukseen, työntekoon, elintasoon, terveyteen sekä kansallisuuteen. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Koulukiusaaminen

Koulukiusatuiksi joutuneita 8. tai 9. luokkalaisia Askolassa oli vuonna 2010 8,1 % luokkalaisista. Luku oli korkeimmillaan kymmenen vuoden aikana vuonna 2008, jolloin se 14,5 %. Näistä oppilaista 13,5 % koki, ettei heillä ollut yhtään läheistä ystävää. Kun taas vuonna 2010 luku oli 6 %. Vuonna 2008 vastaava luku oli 2,7 %. Syyllisiksi rikoksista epäiltyjä 18-20-vuotiaita vuonna 2009 oli 116,1 tuhatta vastaavan ikäistä kohden. Vastaava luku oli vuonna 2010 30,5. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)



(Hyvinvointikertomus 2012.)

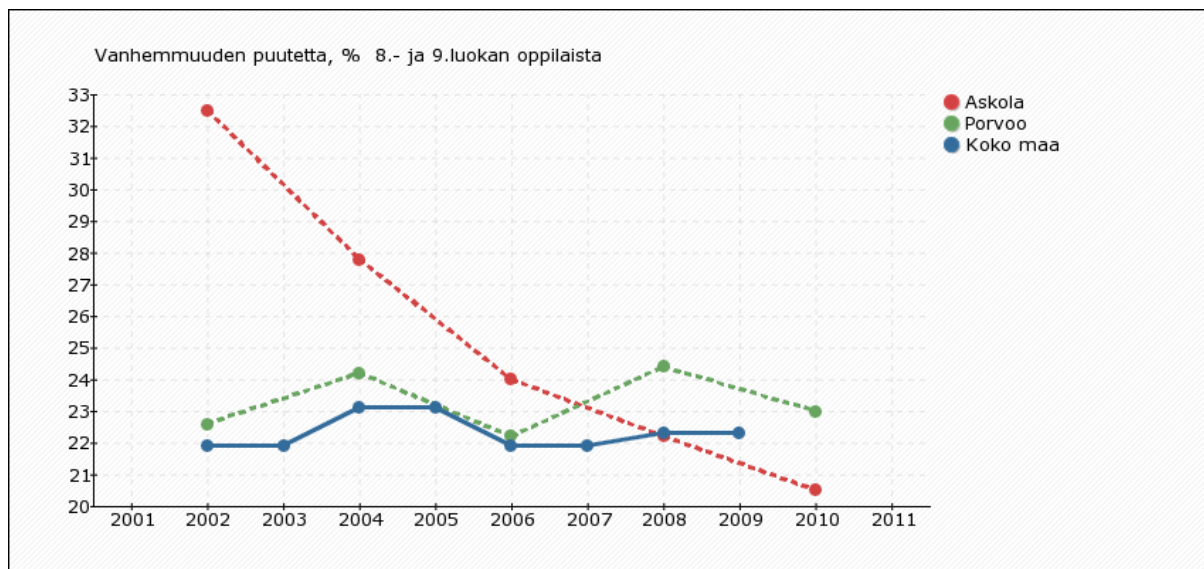
Koulukiusaaminen on vähentynyt Askolassa vuodesta 2008 vuoteen 2010, onko koulukiusaamisen vähentymiseen vaikuttanut Askolan koulun osallistuminen KiVa-koulu hankkeeseen? Koko Suomessa vastaava luku on pysynyt lähes samana.

Perusopetuslaissa on määritelty, että jokaisella tulee olla oikeus turvalliseen opiskelupaikkaan. Koulun tulee olla psyykkisesti, fyysisesti ja sosiaalisesti turvallinen oppimisympäristö. Kouluissa on suunnitelmia, jossa taataan oppilaille kiusaamiselta ja väkivalta turvallinen ympäristö. Kiusaamista tehdään vallan, suosion tai aseman saamiseksi. Kohteeksi joutuu usein erilainen oppilas. Eri yhteisöissä kiusaaminen ilmenee eritavoin. Kiusaaminen loppuu yleensä silloin, kun kiusaaja itse tekee oivalluksen. Koulukiusaamista voi olla henkistä ja fyysistä, sen on havaittu huonontavan keskittymiskykyä ja se aiheuttaa nuorille poissaoloja koulusta. Tutkimuksessa haastateltiin 7.- 9. luokkalaisia tukioppilaita (Hamarus 2006, 13,205.)

Kouluterveyskyselyn mukaan nuorten terveys oli yhteydessä kiusaamiseen. Kiusatut nuoret kokivat olleensa terveydeltään huonompia, sekä kiusattu että kiusaaja arvioivat oman terveytensä negatiivisesti. Oireita oli eniten kiusatuilla pojilla. Kyselyissä selvisi, että kiusatuksi joutuneilla ja oireilla oli selkeä yhteys. Erilaisissa tutkimuksissa selvisi että yleisimpiä oireita ovat päänsärky, väsymys tai heikkous, kiukun puuskat, viikottaiset niska- ja hartiasäryt. (Ullmanen 2006, 38-41.)

KiVa-Koulu hanke on koulukiusaamista vastaan oleva Turun yliopiston psykologian koulutusalun ja Oppimistutkimuskeskuksen yhteistyönä tehty hanke, joka on opetusministeriön rahoituksella toteutettu. Suomessa noin 2500 koulua on mukana KiVa-koulu hankkeessa, eli noin 90 % kaikista Suomen koulusta. Tällä pyritään ennalta ehkäisemään ja vähentämään kiusaamista. (KiVa-koulu 2013.)

Vanhemmuuden puute



(Hyvinvointikertomus 2012.)

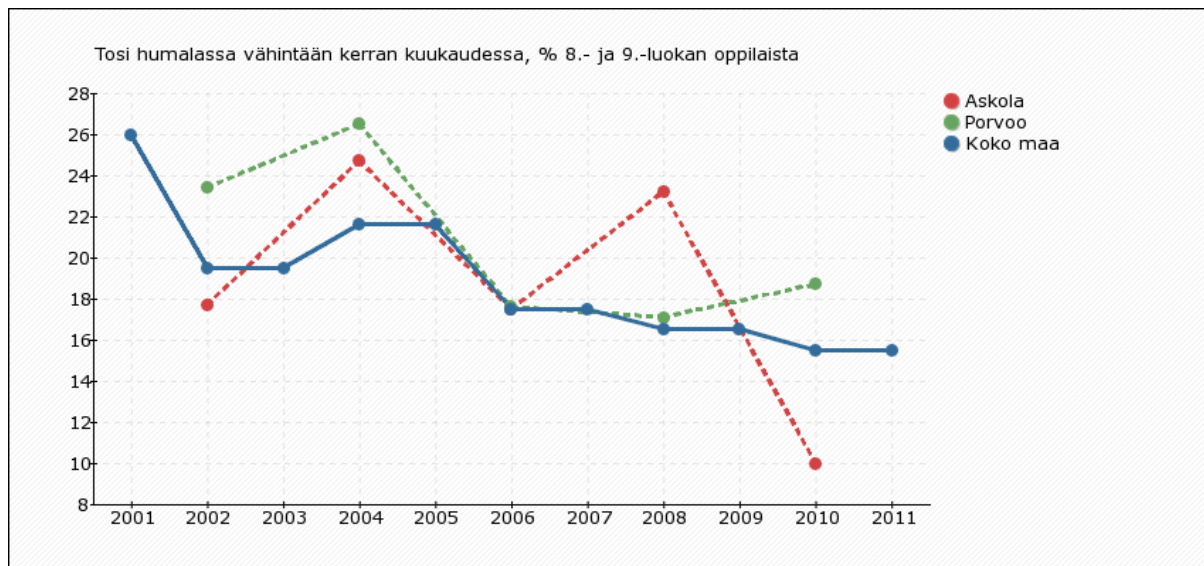
Vanhemmuuden puutetta kokeneita 8. ja 9. luokkalaisia oppilaita vuonna 2010 oli **20,5 %**, luku on laskenut **12 %** vuodesta 2002. Askolan koulun 8. ja 9. luokan oppilaista kertoo kokeneensa fyysistä uhkaa vuoden aikana vuonna 2010 **14,3 %**. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Tarja Tolosen artikkelissa ”Vanhemmuuden puute ja nuorten sosiaalinen pääoma” tämä artikkeli perustu Nuorten sosiaaliset ja tilalliset siirtymät tutkimusprojektiin. Tutkimuksessa lähes kaikkien haastateltujen perheet ovat työväentaustaisia ja vähän koulutettuja. Tämän lisäksi perheissä on ollut paljon sosiaalisia ongelmia ja erityisesti tytöille langennut perheen hoivaaminen. Haastateltujen tyttöjen keskuudessa tulee ilmi, että varhainen puuttuminen on tärkeää erityisesti niiden tyttöjen kohdalla, jotka saattavat alkaa kantaa vastuuta koko perheestä. Tutkimuksessa tuli esille, että pojat reagoivat periehenajoamiseen vastuuttomuudella, tämä voi olla riski joutua rikollisuuden tielle. Joillekin pojille, jotka olivat ajautuneet vaikeuksiin, tuntui poliisin toiminta merkittävältä. He kokivat sen myös sosiaalisena ja emotionaalisenä tukena. Nuoret, jotka ovat menettäneet vanhempansa, voivat olla hyvinkin niin sanotusti aikuisen nälkäisiä, näin ollen otollisella hetkellä he voivat törmätä aikuiseen, saattoivat he muuttaa suuntaa elämässään kohtaamisen perusteella. (Tolonen 2004, 158-160.)

Päihteet

8. ja 9. luokkalaisista oppilaista tupakoi päivittäin vuonna 2010 **13,1 %**. Korkeimmillaan luku oli kymmenen vuoden aikana vuonna 2004, jolloin se oli **24,9 %**. Saman ikäisistä laittomia

huumeita ainakin kerran kokeilleita oli vuonna 2010 2,7 %, luku on laskenut vuodesta 2002 5,1 %. 15-17-vuotiaita epäiltyjä rikoksista Askolassa oli vuonna 2009 86,0 tuhatta vastaavanikäistä kohden. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010.)

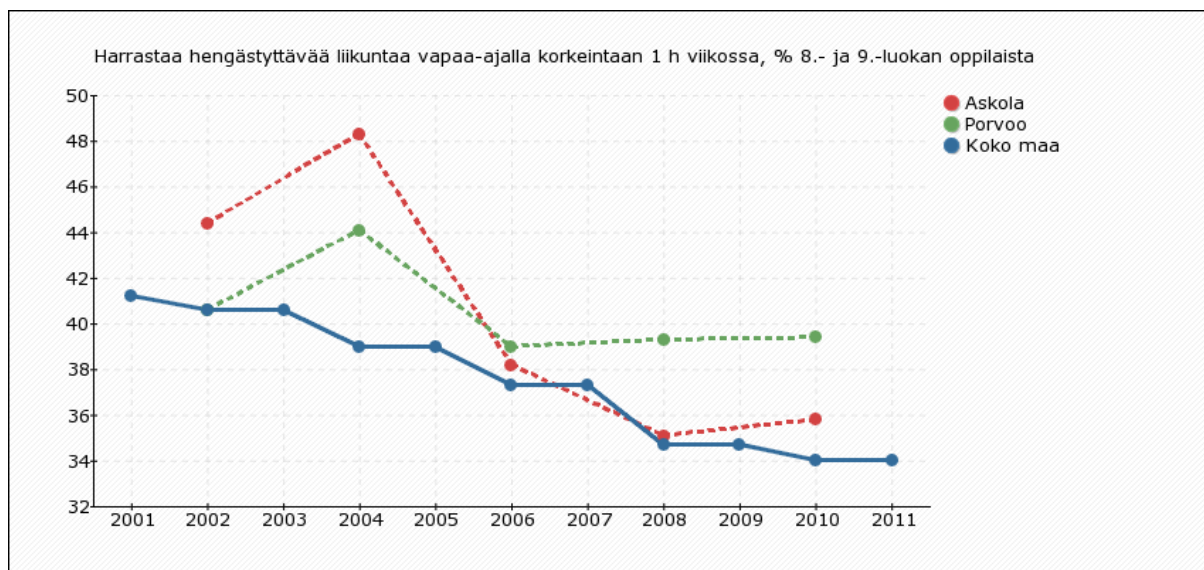


(Hyvinvointikertomus 2012.)

Vähintään kerran kuukaudessa todella humalassa 8-9 luokkalaisista kertoi olleensa vuonna 2010 10 %, vuonna 2008 vastaava luku 23,2 %. Määrä on vähentynyt kymmenen vuoden aikana niin Porvoossa, Askolassa kuin koko Suomessakin. Koko Suomessa määrä on vähentynyt 10,5 prosenttiyksikköä ja Askolassa 7,7 prosenttiyksikköä kymmenen vuoden aikana.

Nuorten terveystapatutkimus 2011 tulee esille, että raittius on yleistynyt sekä alkoholi käyttö ja humalajuominen vähentyneet nuorempien ikäryhmien keskuudessa, kun taas 18-vuotiaiden alkoholin käyttö on kovin yleistä. Kehityssuunta näyttää positiiviselta, kuitenkin kahden vuosikymmenen aikana nuorten asenteen ovat muuttuneet alkoholimyönteisemmäksi. Yhä useamman nuoren mielestä alkoholi kuuluu tavanomaiseen elämänmenoon. Terveyspoliittisesti perusteltua on pitää alkoholi vero korkealla, jotta pystytään hillitsemään nuorten alkoholin kulutusta. Tutkimuksen mukaan alkoholi vaikuttaa nuorten kehittyviin aivoihin oppimisvaikeuksina sekä heikentyneenä kykyä tehdä päätöksiä aikuisiällä. Varhain nuorena aloitettu alkoholinkäyttö on yhteydessä alkoholin ongelmakäyttöön sekä riippuvuusongelmiin aikuisena. Myös seksuaalinen riskikäyttäytyminen ja laittomuudet ovat yhteydessä tiheään alkoholin juomiseen. (Suomen ASH 2011; Raisamo, Pere, Lindfors, Tiirikainen & Rimpelä 2011, 35-36.)

Liikunta ja ylipaino



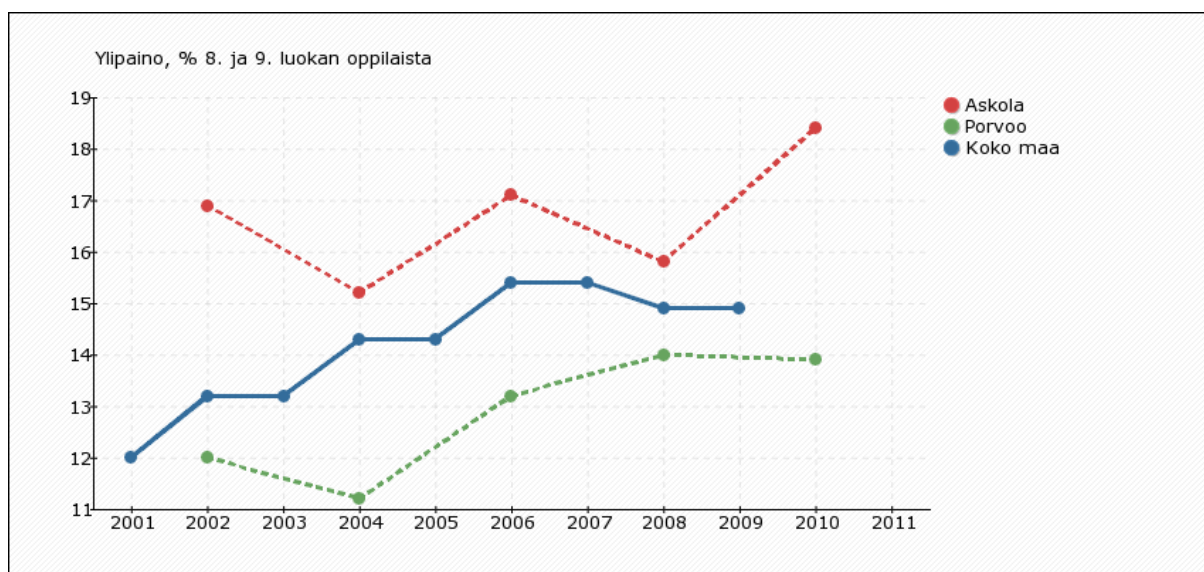
(Hyvinvointikertomus 2012.)

Korkeintaan 1 h viikossa hengästyttävää liikuntaa harrastaneita oli vuonna 2010 35,8 %. Luku on laskenut vuodesta 2002 8,6 %. Taulukosta voidaan huomata, että hengästyttävän liikunnan harrastaminen vapaa-ajalla on vähentynyt kymmenen vuoden aikana, niin Askolassa, Porvoossa kuin koko Suomessakin. Rajuinta muutos on ollut Askolassa, jossa hengästyttävän liikunnan harrastaminen on vähentynyt kuuden vuoden aikana 12,5 prosenttiyksikköä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Terveysliikunnan perussuosituskouluikäisille on liikuntaa vähintään 1-2 tuntia joka päivä ikään sopivalla tavalla sekä monipuolisesti. Päivittäin liikkuminen on terveen kasvun sekä hyvinvoinnin perusta niin lapsille kuin nuorillekin. Nuorten liikuntatottumusten syntyisessä merkittävässä asemassa ovat huoltajat, sekä ympäristö, jonka pitäisi houkutella nuoria sekä lapsia liikkumaan. Nuorten fyysisen kunnon edistämisessä sekä liikuntaneuvonnassa tärkeässä asemassa ovat neuvola, varhaiskasvatuspalvelut, oppilaitokset ja koulut. Vähän liikuntaa harrastavia lapsia on kasvavissa määrin ja täysin liikuntaa harrastamattomien lapsien määrä on kasvanut viime vuosina hälyttävästi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Nuori Suomen tekemässä ”kansallinen liikuntatutkimus vuonna 2009-2010” tuloksissa tulee esille, että 3-18-vuotiaista 92 % harrastaa urheilua tai liikuntaa eli tämän tutkimuksen mukaan liikuntaa harrastavia lapsia ja nuoria on noin 898 000. Tutkimuksen tuloksien mukaan lapset ja nuoret harrastavat liikuntaa enemmän kuin viisitoista vuotta sitten, vuonna 1995 liikuntaa harrastavia oli 76 % lapsista ja nuorista. Vaikka lasten ja nuorten liikunnan harrastaminen on lisääntynyt, arvioidaan kuitenkin lasten ja nuorten olevan huonokuntoisempia kuin aiemmin. Tämä ristiriita perustellaan sillä, että arjen fyysinen aktiivisuus on vähentynyt, jota harrastamisen yleistymisen ei kuitenkaan pysty paikkaamaan. Lasten ja nuorten liikunta on muuttunut päivittäisestä pihalla leikkimisestä lajien harjoittamiseksi määrättyin ajoin. Tyttö-

jen ja poikien välillä ei ole eroa liikunnan harrastamisessa eli yhtä moni niin tytöistä kuin pojistakin harrastaa liikuntaa. (Suomen liikunta ja urheilu 2010, 5-6.)



(Hyvinvointikertomus 2012.)

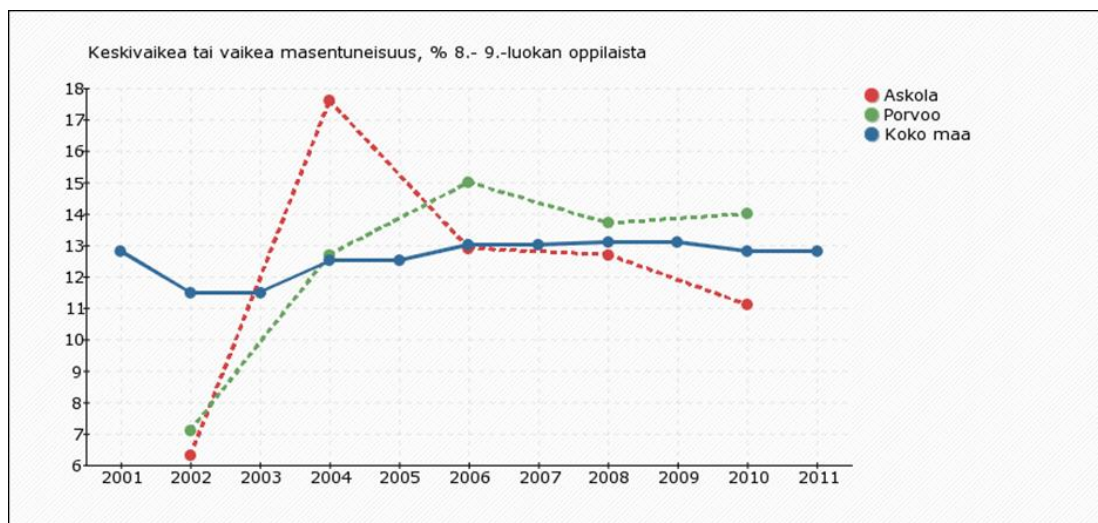
Vuonna 2010 kouluterveyskyselyyn vastanneista 8. ja 9. luokkalaisista 25,9 % ilmoitti, ettei syö päivittäin kouluruokaa. Ylipainoisia 8. ja 9. luokan oppilaista oli vuonna 2010 18,4 %. Luku on noussut vuodesta 2002 1,5 %. Askolassa ylipaino on lisääntynyt vuodesta 2008 vuoteen 2010. Taulukosta voidaan nähdä, että ylipainoisuus on lisääntynyt koko Suomessa kymmenen vuoden aikana. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Lihavuudella tarkoitetaan sitä, että kehossa on liian paljon rasvakudosta. BMI eli painoindeksi on määritellä lihavuudesta tai laihuudesta. Ylipainoksi luokitellaan, jos BMI on yli 25 kg/m² ja lihavuuden raja on 30 kg/m². Ympäristötekijöillä on suuri vaikutus lasten ja nuorten ylipainoon, vanhemmilta opitut elintavat vaikuttavat eniten; kuten ravitsemus ja liikuntatottumukset. Lihavuus vaikuttaa lasten ja nuorten terveyteen myöhemmällä iällä, sairaudet joihin elintavoilla voidaan vaikuttaa. Lihavuutta voidaan ehkäistä antamalla vanhemmille elintapaohjausta ja kannustaa lapsia ja nuoria liikkumaan ja terveellisiin elämäntapoihin. (Käypä hoito 2012.)

Nuorten ja lasten ylipaino on lisääntynyt viimeisen kymmenen vuoden aikana Suomessa, lihavuus on jopa kaksin- tai kolminkertaistunut. Lihavuuden lisääntyminen näkyy myös sairauksien lisääntymisenä, diabetes, sydän ja verisuonisairaudet ovat lisääntyneet huomattavasti. Nuorten lihavuus johtuu pitkälti siitä, että nuoret suosivat rasva- ja sokeripitoisia ruokia ja juomia enemmän kuin ennen, myös liikunta on vähentynyt, sekä istuma-aika tietokoneiden ja television ääressä on lisääntynyt. Suurena riskinä lihavoitumiselle on puberteetin kynnyksellä olevat pojat. Käypähoito suositusten mukaan ylipainoinen on sellainen ihminen, jonka pituuspaino

suhde on yli 20 % ja lihavuudesta puhutaan kun nuoren pituuspaino on yli 40 %. Varhaisella puuttumisella ehkäistään liiallista painonnousua. (Ora 2005; Saha 2009.)

Masentuneisuus



(Hyvinvointikertomus 2012.)

Keskivaikeaa tai vaikeaa masennusta sairasti 11,1 % vuonna 2010. Luku on laskenut vuodesta 2004 6,5 %. Terveystilan keskinkertaiseksi tai huonoksi koki vuonna 2010 13,8 %. Luku on laskenut 12,1 %. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012.)

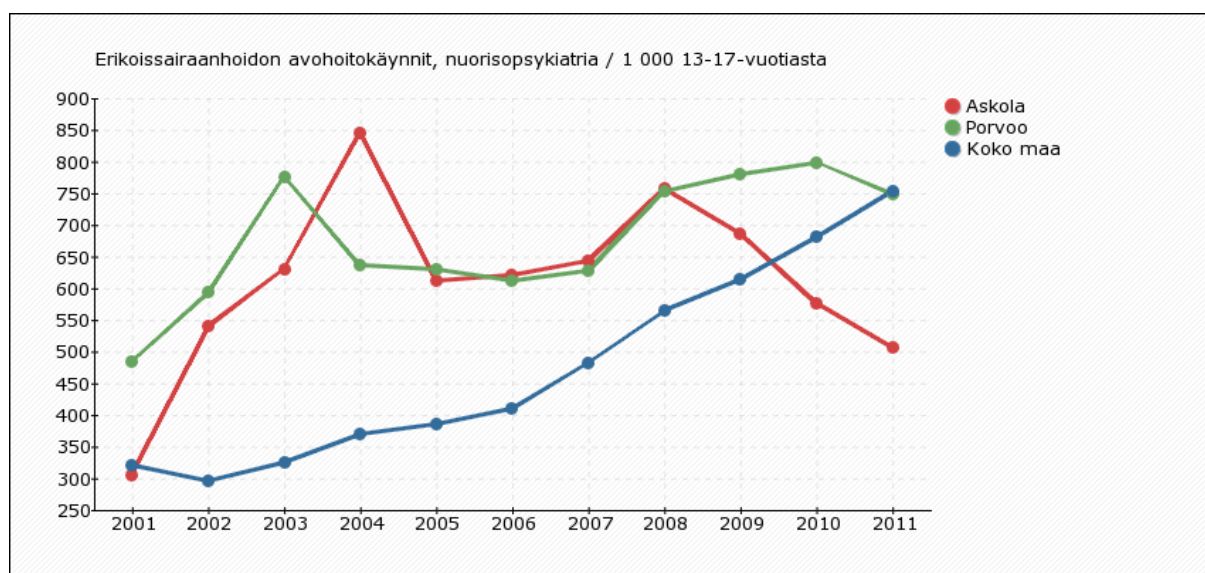
On tutkittu, että puberteetin käynnistymisen jälkeen on suurentunut riski sairastua masennukseen eli depression, 15-18-vuotiaana masennuksen oireet uusiutuvat tällöin herkemmin. Tytöillä on suurempi riski sairastua masentuneisuuteen, jopa kaksinkertainen riski poikiin verrattuna. Suurimmassa riskiryhmässä ovat sellaiset nuoret, joiden vanhemmat ovat masentuneita. Nuorten masentuneisuutta ei aina tunnisteta, ja vain puolet nuorista käy psykiatrisessa hoidossa. Kymmenen vuoden aikana lasten ja nuorten depressiolääkkeiden käyttö on kolmin kertaistunut, 15-vuotiaat tytöt ovat suurin masennuslääkkeiden käyttäjäryhmä. Psykkisistä oireista kärsivät nuoret käyttävät tutkimusten mukaan enemmän terveystalvueluita kuin ei masentuneet, mutta he hakevat apua enemmän somaattisiin vaivoihin, eikä mielenterveysasi-oissa. Masentuneisuudella on havaittu olevan vaikutusta nuoren koulumenestykseen, sekä koulussa jaksamiseen ja pahimmillaan vakavasti masentunut nuori ajautuu itsemurha ajatuksiin. Arvioidaan, että puolet aikuisten masentuneisuudesta on oikeasti peräisin nuoruudesta. (Autti-Rämö, Seppänen, Raitasalo, Martikainen & Sourander 2009; Karlsson 2004.)

Kelan mukaan nuorten masentuneisuuden vuoksi nuorten työttömyys on myös lisääntynyt. Kelan pääjohtaja Jorma Huuhtasen mukaan masentuneisuus ei ole ehkä lisääntynyt, mutta sen

oireita osataan nykyisin paremmin tunnistamaan, mutta masennuksen aiheutuvat haitat ovat kasvaneet. (Kela 2010.)

Terveydenhuolto

Perusterveydenhuollon 18- 64-vuotiaiden vuodeosastohoidon hoitopäiviä oli vuonna 2010 9,4 1000 vastaavan ikäistä kohti. Perusterveydenhuollon opiskeluterveydenhuollon käynnit vuonna 2010 oli 670,8 käyntiä 1000 16- 25-vuotiasta kohti. Perusterveydenhuollon kouluterveydenhuollon 7- 18-vuotiaiden käyntejä vuonna 2010 oli 1565, korkeimmillaan luku oli vuonna 2009, jolloin se oli yli 2000 käyntiä. Vastaava luku ilman lääkärikäyntejä vuonna 2010 oli 1427 1000 vastaavanikäistä kohti. 7- 14-vuotiaiden perusterveydenhuollon avopuolen lääkärikäyntejä vuonna 2010 oli 1075 1000 vastaavanikäistä kohti. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)



(Hyvinvointikertomus 2012.)

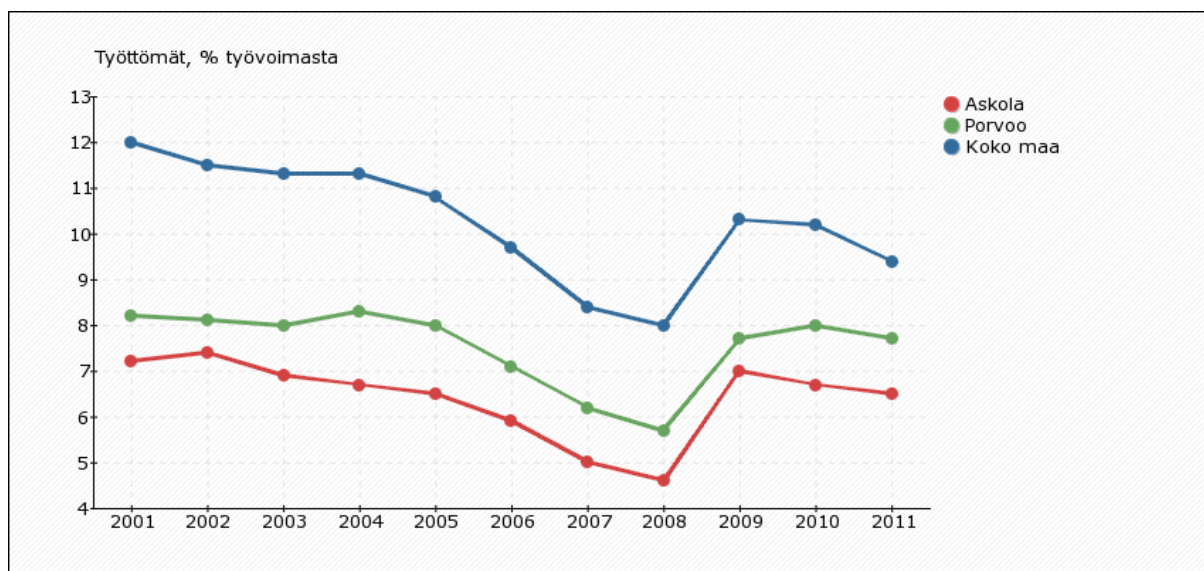
Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä nuorisopsykiatriassa (13-17 -vuotiaista) tuhatta asukasta kohden oli vuonna 2010 576 käyntiä. Askolassa nuorisopsykiatrian avohoitokäyntien määrä on vähentynyt vuodesta 2008 noin 200 käynnillä 1000 13-17-vuotiasta kohti. Kun taas koko maassa nuorisopsykiatrian avohoitokäynnit ovat olleet jatkuvassa nousussa 2002 vuodesta lähtien. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Joka viidennellä nuorella on mielenterveysongelmia, varhainen tunnistaminen ja hoito on tärkeää. Näin ollen nuoruusiän kehitysmahdollisuutta ei hukata. Varhainen tunnistaminen parantaa mielenterveyshäiriöiden pitkäaikaisennustetta. Häiriöiden tunnistamista vaikeuttaa se, että nuorten kehitys ei etene johdonmukaisesti ja kehityksen yksilölliset erot voivat olla suuria. Aikuiselta fyysisesti näyttävät nuoret voivat olla hyvin kysymättömiä psyykkiseltä kehityksasteelta. Suurin osa nuorista, jotka kärsivät mielenterveyshäiriöistä eivät saa hoitoa,

kuten esimerkiksi vakavasti masentuneista nuorista vain alle puolet on psykiatrisessa hoidossa. Nuorten sekä lasten psyykkiset vaikeudet johtuvat usein perheiden ongelmista. Omien vaikeuksien sekä huoltensa vuoksi vanhemmat eivät pysty pitämään lapsen asioita mielessään. Aiempaa enemmän huomiota tulisi suunnata perheiden ongelmien tunnistamiseen sekä perheiden tukemiseen. Itsekeskeisyyden sekä empatiakyvyttömyyden uskotaan lisääntyneen nuorten keskuudessa. Psykiatrisien tutkimuksien mukaan on korostettu, kuinka tärkeä piirre terveessä psyykkisessä kehityksessä, että on kiinnostunut toisen ihmisen mielestä, tunteista ja kokemuksiin. Jos tällainen kiinnostus puuttuu, seurauksena voi olla vakava psyykinen häiriö. (Aalto-Setälä & Marttunen 2007; Pajulo & Kalland 2008.)

7.4 Työikäiset

Työttömyys



(Hyvinvointikertomus 2012.)

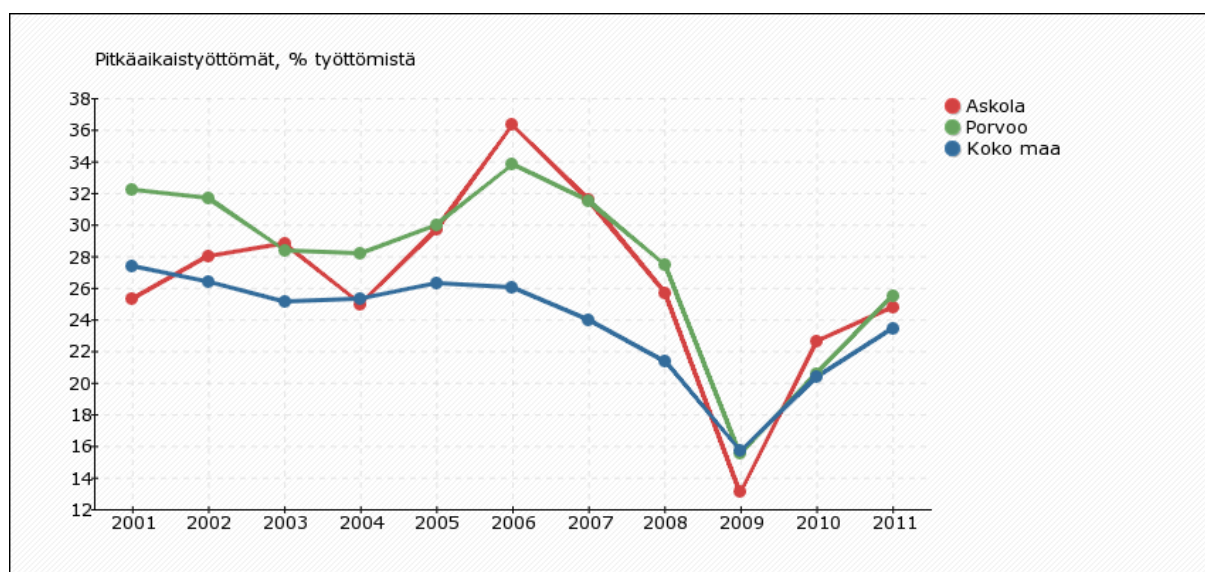
Askolan kunnassa työttömiä työvoimasta oli vuonna 2010 6,7 %, työttömyys on pysynyt samoissa lukemissa kymmenen vuoden ajan, paitsi vuosina 2007-2008 työttömyys on ollut 5 % ja hieman alle. Työttömyysaste vuonna 2010 oli 7 %, vastaava luku koko Suomessa on 10,3 %. Kunnassa asuvien työssäkäyvien määrä on 2301 ja niistä 35,1 käy töissä Askolassa ja loput muissa kunnissa. Kunnassa oli työpaikkoja vuonna 2009 1353 kappaletta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012; Tilastokeskus 2011.)

Tutkimuksissa selviää, että työttömillä ja työttömyyttä kokeneilla on työssäkäyviä huonompi terveys. Työttömillä ei ole suurentunutta riskiä alkaa käyttäytyä terveyttään vaarantavasti elämäntavoillaan. Polarisoitumista on kuitenkin havaittu, esimerkiksi aikaisemminkin alkoholia paljon vapaa-aikanaan nauttinut lisää alkoholin kulutusta. Myös kuolleisuusriski on suurentunut työttömillä, sekä mielenterveyden häiriöt ovat yleisempiä työttömillä kuin työssäkäyvil-

lä. Eräissä tutkimuksissa selvisi, että työttömyys lisää raskauksia nuorena iässä, ylipainoa, naimattomuutta, päihteiden käyttöä, anemiaa sekä abortteja. Työttömien lapset olivat suuremmalla todennäköisyydellä pienempi kokoisia kuin työssäkäyvien. Riskit suurentuivat, kun molemmat vanhemmat olivat työttömiä. Työttömyys vaikuttaa henkilön toimeentuloon, pitkittyessä työttömyys lisää riskiä köyhyyteen. Näin ollen terveemmät työllistyvät nopeammin ja huonomman terveyden omaavat joutuvat työttömiksi todennäköisemmin. Työttömyyden pitkittymisen sekä toistuvuuden on huomattu vaikuttavan alentavasti työkykyyn ja lisäävän kuolleisuutta. Työttömyys voi vakavimmillaan näyttäytyä suurina eroina työttömien ja työllisten välillä (Mannila & Martikainen 2005; Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 2008, 11-14; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Pitkäaikaistyöttömyys

Pitkäaikaistyötön on työtön joka on ollut työttömänä yhtäjaksoisesti yli 12 kuukautta tai enemmän. Pitkäaikaistyöttömyyden on havaittu lisäävään lääkkeiden käyttöä, psyykkisiä oireita. Sairastavuus lisääntyy työttömyyden kasvaessa. Pitkäaikaistyöttömyyden ennustetaan kasvavan, kun taas työttömyys laskee, ennustaa Elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskus. (Elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskus 2010; Mannila ym. 2005; Tilastokeskus 2013.)



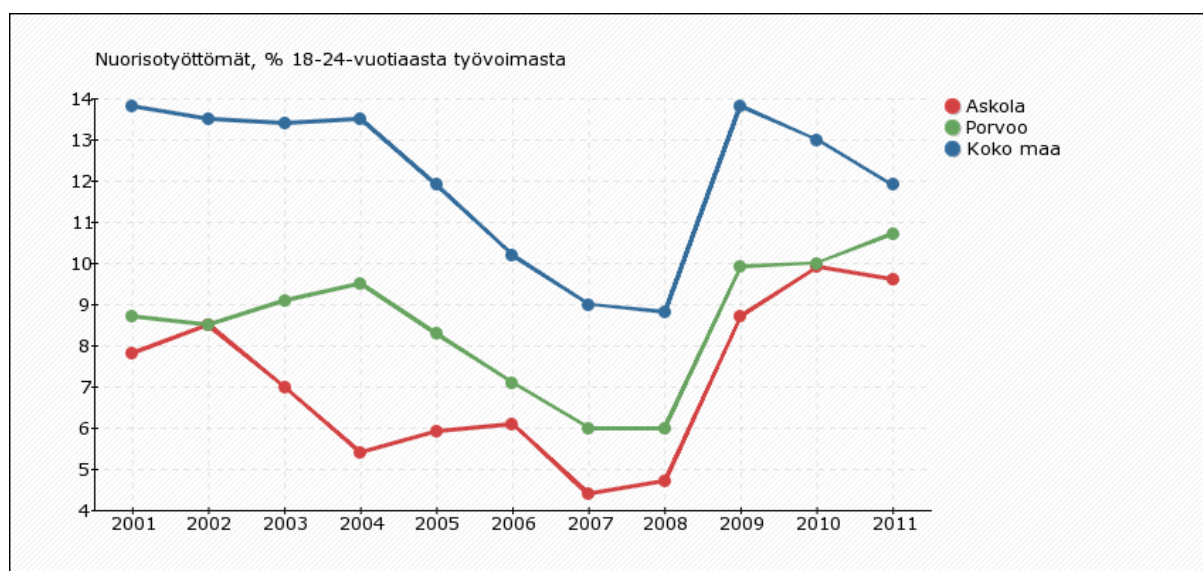
(Hyvinvointikertomus 2012.)

Pitkäaikaistyöttömiä työttömistä oli Askolassa 22,6 %, luku on laskenut kymmenen vuoden aikana 5,4 %. Porvoossa luku on laskenut kymmenen vuoden aikana noin 11 %. Koko Suomessa luku on laskenut vain 4 %. Vuonna 2010 koko Suomessa olevien pitkäaikaistyöttömien määrä työttömistä oli 20,4 %, luku nousi kuitenkin vuonna 2011 23,4 %. Palvelualojen työpaikkojen osuus kaikista työpaikoista oli vuonna 2009 50,1 %, kun taas jalostuksen työpaikkoja oli 37,5 %. Alkutuotannon työpaikkojen osuus oli 10,7 % ja koko Suomessa 3,7 %. Mikä on aiheuttanut

pitkäaikaistyöttömien määrän lisääntymisen vuoden aikana, sekä mitä Porvoossa on tehty toisin, kuin Askolassa? (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012; Tilastokeskus 2010.)

Nuorisotyöttömyys

Nuorisotyöttömyydellä tarkoitetaan alle 20- tai alle 24-vuotiaiden työttömyyttä. Nuorisotyöttömyyden tulkinta on usein vaikeampaa kuin varttuneempien, koska nuoret ovat työmarkkinoilla liikkuvampia kuin varttuneemmat. Valmistuminen ja uran valinta tarkoittavat sitä, että työtä etsitään ja vaihdetaan. Nuorisotyöttömyys tulee vakavaksi silloin kun nuori ei vähäisen koulutuksensa tai puutteellisen työkokemuksensa takia pääse lainkaan työelämään. Monilla aloilla vaaditaan työkokemusta, täysin kokemattomat nuoret eivät ole vahvoilla työpaikoista kilpailtaessa. (Tilastokeskus 2013.)



(Hyvinvointikertomus 2012.)

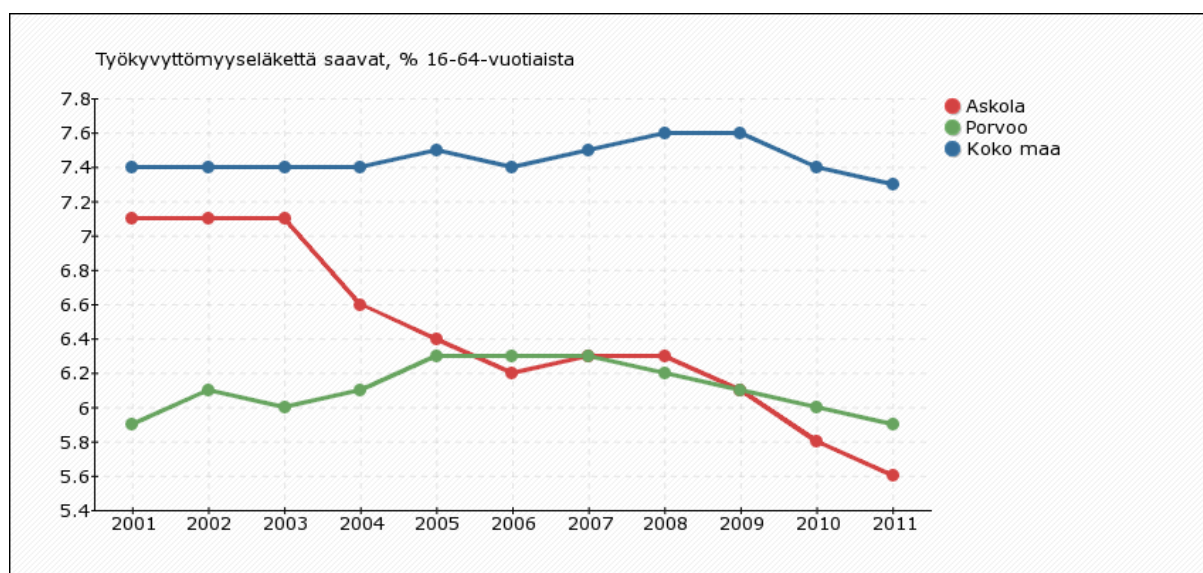
Nuorisotyöttömiä 18-24-vuotiaasta työvoimasta oli vuonna 2010 9,9 %, joka oli korkeimmillaan sitten kymmenen vuoteen. Askolassa yritystoimipaikkoja oli vuonna 2010 421 kappaletta. Askolassa nuorisotyöttömyys on ollut pienessä nousussa vuodesta 2008 vuoteen 2010. Vuonna 2011 nuorisotyöttömyys on kääntynyt pieneen laskuun. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012; Tilastokeskus 2011.)

Työttömyysturvalakia on muutettu niin, että nuorten tulisi hakeutua kouluun. Jokaisen alle 25-vuotiaan tulee hakea yhteishaussa kouluun, muuten työttömyysraha lakkautetaan, tämä koskee vain niitä nuoria joilla ei ole ammatillista koulutusta. Vuodesta 2011 nuorisotyöttömyys on kasvanut vuoteen 2012 noin 9 %. (Helsingin sanomat 2012; Elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskus 2012.)

Kelan mukaan nuorten työttömyys on noussut nopeasti finanssikriisin seuraamuksena. Aina, kun työmarkkinoissa tapahtuu muutosta se vaikuttaa nopeasti myös nuorisotyöttömyyteen. Koko Euroopassa nuorten työttömyysaste on noussut. Kelalla kysytäänkin onko nuorisotyöttömyys synonyymi syrjäytymiselle. (Hämäläinen 2012.)

Työkyvyttömyyseläke

Työkyvyttömyyseläkettä saa ihminen, joka ei vamman tai sairauden vuoksi pysty ansaitsemaan toimeentuloaan. Työkyvyttömyyseläke kuuluu työeläkejärjestelmän ja kansaneläkejärjestelmän etuuksiin. Työkyvyttömyyseläkkeellä korvataan työkyvyttömyyden aiheuttamaan ansiotulojen menetystä. Tämä muuttuu vanhuseläkkeeksi työeläkesaajan täyttäessä 63 vuotta ja kansaneläkkeensaajan täyttäessä 65 vuotta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)



(Hyvinvointikertomus 2012.)

Askolassa työkyvyttömyyseläkettä saaneita oli vuonna 2010 5,8 % 16-64-vuotiaista. Työkyvyttömyyseläkkeellä olleiden määrä on ollut laskusuuntainen vuodesta 2003 alkaen. Porvoossa ja koko Suomessa myös luku on laskenut hieman, mutta vähemmän kuin Askolassa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Noin kolmanneksella uusista eläkkeen saajista syynä olivat mielenterveysongelmat sekä käyttäytymisen häiriöt, kun taas vajaalla kolmanneksella tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Tutkimusten mukaan eläkkeelle siirtyminen vähenee talouslaman myötä, mutta kääntyy kuitenkin nousuun talouskasvun jatkuttua laman jälkeen. (Blomgren, Hytti & Gould 2011, 7.)

Tutkimuksessa ”Työkyvyttömyys eläkkeelle työttömyys- ja sairaustausta eri eläkejärjestelmissä” tulee esille, että työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen vähentäminen on yksi tärkeimmistä keinoista lisätä työikäisen väestön työvuosia. Työuria pyritään pidentämään työterveyshuollon sekä työelämän laadun parantamisella sekä parantamalla työttömien työkyvyn arviointia sekä terveyspalveluita. Työkyvyttään huonommat valikoituvat useammin työttömiksi, myös työttömyyden pitkittyminen heikentää työkykyä, joka johtaa ammattitaidon rapistumiseen. Massatyöttömyyden jatkuessa pitkään kerääntyy suuri joukko työttömiä, jotka enää työkuuntensa vuoksi kykene työllistymään. (Blomgren ym. 2011, 6-8.)

Kuolleisuus

Kuolleisuus Askolan kunnassa oli vuonna 2010 701,4 100000 asukasta kohden. Korkeimmillaan se on ollut vuonna 2002, jolloin se oli 992,4. Verenkiertosairauksiin kuolleita vuonna 2010 oli 330,1 100000 asukasta kohden. Korkeimmillaan tämä luku oli vuonna 2001, jolloin se oli 476,7. Verenkiertoelinsairauksiin 15 -64-vuotiaita kuoli vuonna 2010 62,6 100000 asukasta kohden. Vastaava luku oli vuonna 2001 322,3, joka on kymmenen vuoden aikana korein. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Terveydenhuolto

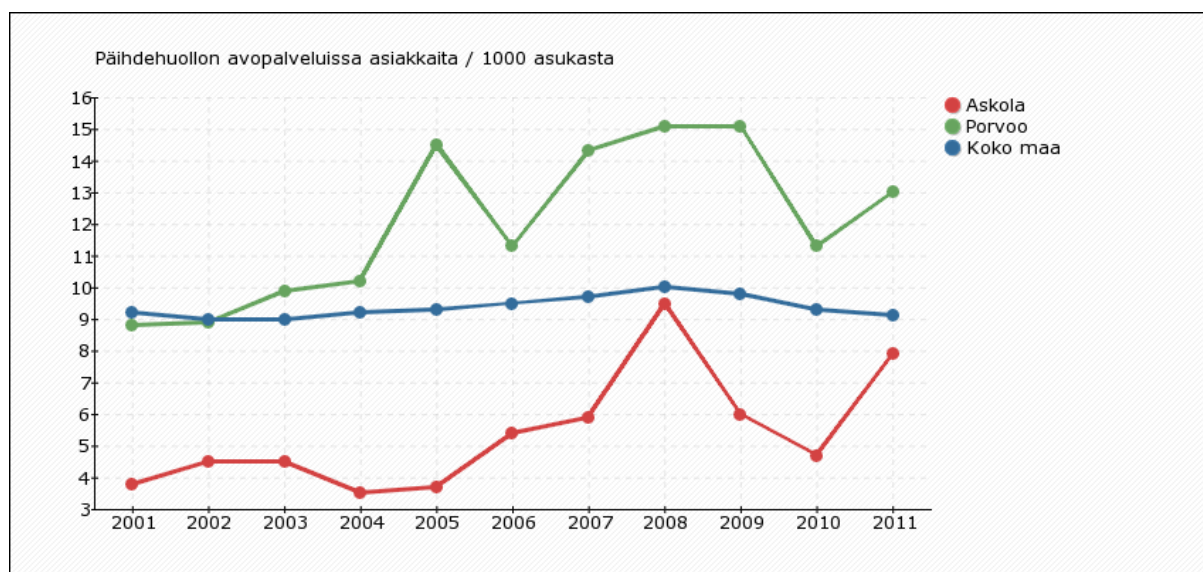
15- 64-vuotiaiden perusterveydenhuollon avopuolen lääkärikäyntejä oli vuonna 2010 1063 käyntiä 1000 vastaavanikäistä kohti. Perusterveydenhuollon avopuolen lääkärikäyntejä 50- 64-vuotiailla oli vuonna 2010 1129 käyntiä 1000 vastaavanikäistä kohti. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Erityiskorvattaviin lääkkeisiin verenpainetaudin vuoksi oikeutettuja 25- 39-vuotiaita oli vuonna 2010 0,9 % vastaavanikäisestä väestöstä. 40 -64-vuotiaille näitä kyseisiä lääkkeitä korvattiin vuonna 2010 8,5 % vastaavanikäisestä väestöstä. Yli 40 vuotta täyttäneille vastaavia lääkkeitä korvattiin vuonna 2010 13,9 % vastaavanikäisestä väestöstä. 65 vuotta täyttäneille verenpainetähtälääkkeitä korvattiin vuonna 2010 28,4 % vastaavanikäisestä väestöstä. Askolassa erityiskorvattaviin lääkkeisiin diabeteksen vuoksi oikeutettuja yli 40-vuotiaita oli vuonna 2010 6,0 % vastaavanikäisestä väestöstä. 25- 39-vuotiaita Askolassa erityiskorvattaviin lääkkeisiin diabeteksen vuoksi oikeutettuja yli 40-vuotiaita oli vuonna 2010 6,0 % vastaavanikäisestä väestöstä. 25- 39 -vuotiaita vuonna 2010 oli 0,9 % vastaavanikäisestä väestöstä, kymmenen vuoden ajan luku on pysynyt lähes samana. 40-64-vuotiaille erityiskorvattiin diabetes lääkkeitä vuonna 2010 3,9 % vastaavan ikäisestä väestöstä. aita vuonna 2010 oli 0,9 % vastaavanikäisestä väestöstä, kymmenen vuoden ajan luku on pysynyt lähes samana. Askolan kunnassa erityiskorvattaviin lääkkeisiin sepelvaltimotaudin vuoksi oikeutettuja yli 40-vuotiaita oli vuonna 2010 4,5 % vastaavanikäisestä väestöstä. Samoista lääkkeistä erityiskorvausta saaneita 40-64-

vuotiaita vuonna 2010 oli 1,8 % vastaavanikäisestä väestöstä. Määrä on laskenut 0,2 % vuodesta 2008. Depressiolääkkeistä korvausta saaneita 18-24-vuotiaita vuonna 2010 oli 6,6 % vastaavanikäisestä väestöstä. Luku on ollut 2001 1,7 %, näin ollen määrä on noussut kymmenen vuoden aikana 4,9 %. Vastaavia korvauksia 25-64-vuotiaita vuonna 2010 oli 9,0 %, määrä on noussut 3,3 % kymmenen vuoden aikana. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Rikollisuus ja päihteiden käyttö

Poliisin tietoon tulleet rattijuopumustapaukset vuonna 2010 oli 1,9 tuhatta asukasta kohden. Vuodesta 2005 lähtien luku on ollut tasaisessa laskussa. Päihtyneitä säilöön otettiin vuonna 2010 1,6 tuhatta asukasta kohden, luku oli vuonna 2001 3,8. Poliisin tietoon tulleet kaikki huumausainerikokset vuonna 2010 oli 0,4 tuhatta asukasta kohden. Korkeimmillaan luku oli vuonna 2004, jolloin se oli 2,4 tuhatta asukasta kohden. Päihteiden vaikutuksen alaisina tehdyistä rikoksista, rikkomuksista ja liikenteen vaarantamisesta syyllisiksi epäiltyjä oli vuonna 2008 14,3 tuhatta asukasta kohden. Luku on ollut korkeimmillaan kymmenen vuoden aikana vuonna 2002, jolloin se oli 18,7. Päihteiden vaikutuksen alaisina tehdyistä väkivalta rikoksista syyllisiksi epäiltyjä oli vuonna 2010 2,9 tuhatta asukasta kohden. Poliisin tietoon tulleet henkeen ja terveyteen kohdistuneet rikokset Askolassa vuonna 2010 oli 4,5 tuhatta asukasta kohden. Luku on hieman noussut kymmenen vuoden aikana, vuonna 2001 luku oli 2,9. Poliisin tietoon tulleet liikenne rikokset ja - rikkomukset sekä liikenteen vaarantamiset olivat vuonna 2008 49,8 tuhatta asukasta kohden. Vuonna 2007 vastaava luku oli 70,3. poliisin tietoon tulleita omaisuusrikoksia oli vuonna 2010 11.1 tuhatta asukasta kohden. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

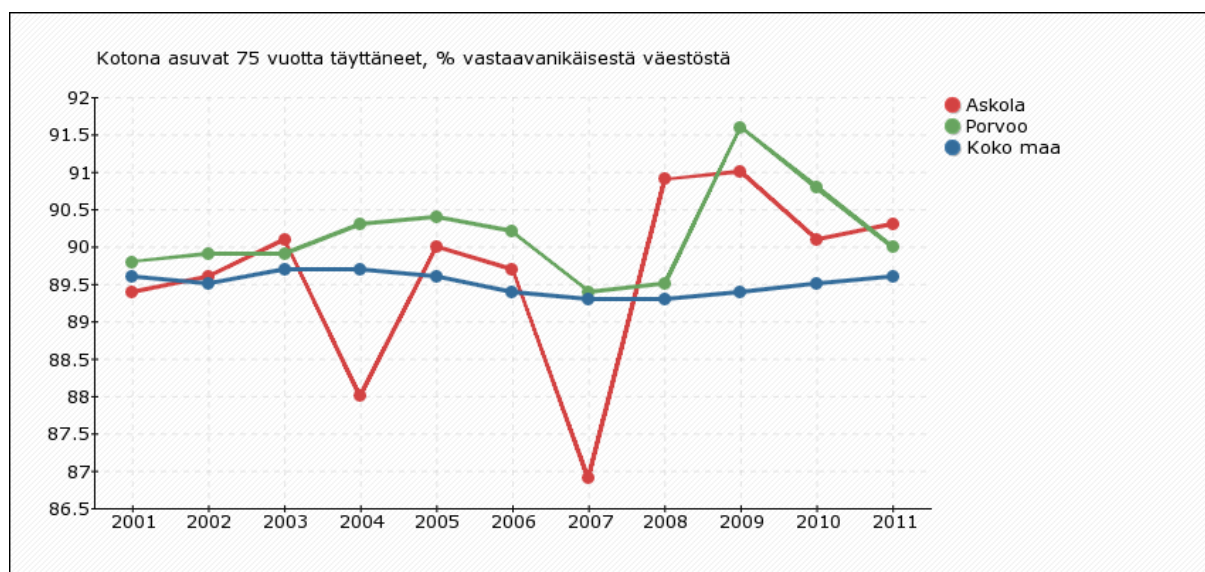


(Hyvinvointikertomus 2012.)

Päihdehuollon avopalveluissa asiakkaita oli vuonna 2011 Askolassa 7,9 asiakasta tuhatta asukasta kohden. Vastaava luku oli Porvoossa 13,0 tuhatta asukasta kohden. Kymmenen vuoden aikana luku on noussut Askolassa 4,1 asiakkaalla, koko suomessa vastaava luku on pysynyt lähes samana kymmenen vuoden ajan. Mistä kehitys johtuu, onko päihdepalveluita enemmän tarjolla? Haluavatko päihteiden käyttäjät enemmän apua vai onko niiden määrä lisääntynyt?

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen tietojen mukaan vuonna 2011 päihdehuollon erityispalveluissa oli kävijöitä 10 % vähemmän kuin vuonna 2007. Tilastojen mukaan eniten käyntejä tehtiin A-klinikoille. Pitkäaikaiseen laitospääntöön pääsy on vaikeutunut, tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaat menevät yhä useammin hakemaan apua yleisen terveydenhuollon palveluiden piiristä. Thl:n tietojen mukaan Suomessa on noin 250 000 alkoholin suurkuluttajaa. Päihdepalveluita tulisi lisätä sekä kehittää, sen sijaan kuin palveluntarjonta vähentyy ja erityispalveluihin pääsy vaikeutuu entisestään. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

7.5 Ikäihmiset



(Hyvinvointikertomus 2012.)

Kotona asuvia 75 vuotta täyttäneitä oli Askolassa vuonna 2010 9,1 % vastaavan ikäisestä väestöstä. Vastaava luku on pysynyt lähes samana kymmenen vuoden ajan niin Askolassa, Porvoossa kuin koko Suomessakin. Indikaattorista ei selviä monta prosenttia kotona asuvista on kotihoitoon asiakkaana ja monta asuu ilman minkäänlaisia apuja.

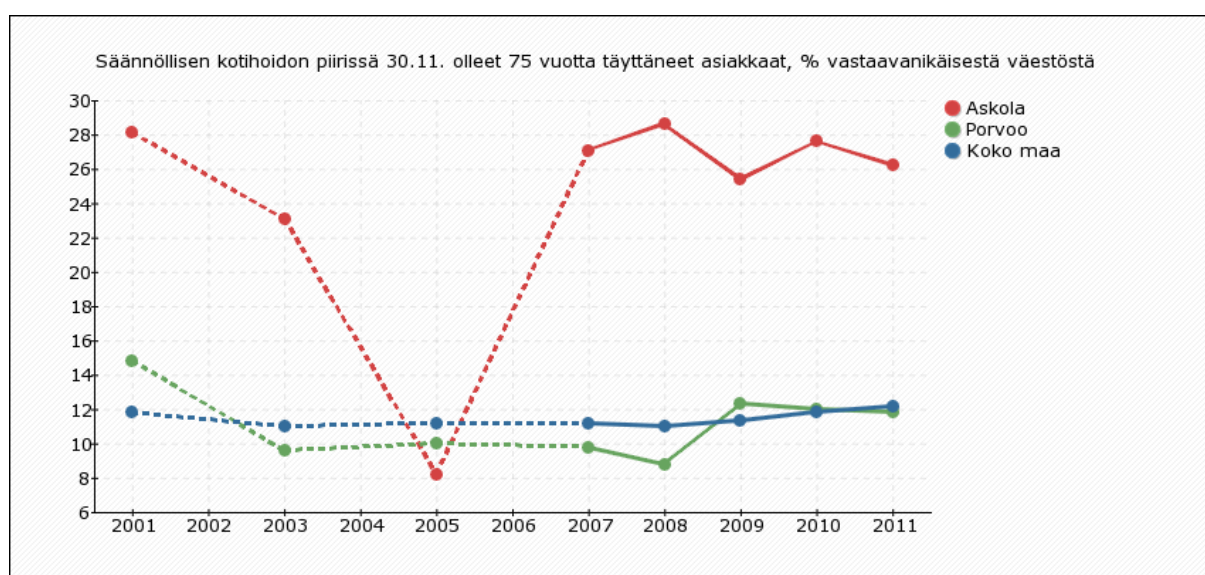
Suomessa alettiin 1990-luvulla kiinnittää huomiota vanhusten asumiseen, silloin haluttiin muuttaa rakennetta; vähennetään laitoshoidon ja lisätään kotona asumista. Vanhainkotihoitoa on vähennetty ja pitkäaikaishoito on siirtynyt vuodeosastoille. Erilaisten kotipalveluiden

tarkoituksena on mahdollistaa vanhusen asuminen kotona mahdollisimman pitkään. (Vaarama & Noro 2005.)

Suomessa moni vanhus haluaa asua kotona mahdollisimman pitkään, mutta mitä vanhempia ikäluokkia tarkastellaan, sitä vähemmän vanhuksia asuu kotona. Yleensä syynä on se, että oma koti/asuinpaikka ei ole enää riittävän turvallinen ja siellä ei ole riittäviä toimintoja kotona asumiselle. Kotona asumisen yhtenä edellytyksenä on, että asuinpaikalle on mahdollisuus saada palveluita. Yksi suurin turvallisuuteen vaikuttava asia on, että liikkuminen kotona on mahdollista. Pelon tunteet liikkumista kohtaan aiheuttavat sen, että liikkuminen lopetetaan lähes kokonaan. Kotona asuvien miesten osuus on naisten osuutta suurempi. Yksin asuvien vanhusien suurin uhka on syrjäytyminen. Yksin asuvien vanhusien määrän odotetaan kasvavan. Myös omaishoidon määrä on kasvanut vuosien aikana huomattavasti. (Sisäasiainministeriö 2012, 8-11, 18.)

Kotihoito

Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalveluiden ja kotisairaanhoidon yhdistettyä organisaatiomuotoa. Kotipalveluilla tarkoitetaan kodinhoitoapua ja erilaisia tukipalveluita, tukipalveluilla tarkoitetaan esimerkiksi ruoka-, pyykki- ja kylvetysapua. Kun taas kotihoidon avulla tarkoitetaan erilaisia yksilön työapua, ja henkilökohtaisen huolenpidon ja tuen antoa. Kotisairaanhoidolla tarkoitetaan erilaisia perusterveydenhuollon avohoitopalveluita kuten esimerkiksi lääkkeen jakoa dosettiin/ kippoihin sekä tikkien poistoa. Kuntien palveluita rahoittavat valtio, kunta itse ja asiakkaat. (Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 214/2010 2010.)



(Hyvinvointikertomus 2012.)

Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleita 75 vuotta täyttäneitä asiakkaita Askolassa oli vuonna 2010 27,6 %, luku on noussut seitsemän vuoden aikana 4,5 %.

Tarkoituksena on, että mahdollisimman moni asuisi kotonansa mahdollisimman pitkään turvallisessa ympäristössä. Jokaisella kunnalla tulee olla vanhuspoliittinen strategia, jossa turvataan vanhusten oikeudet, kunnan johtoryhmän on tullut hyväksyä se ja sisällyttää se palvelurakenteen kehittämisohjelmaan. Tavoitteet ja tulokset tulisi tarkastaa säännöllisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 5, 10-11.)

Säännöllisen kotihoidon piirissä olleiden määrä on kasvanut vuodesta 2010 vuoteen 2011. 12,2 % kaikista Suomen yli 75 vuotta täyttäneistä oli säännöllisen kotihoidon asukkaana. Suoraan kotoa alkaneita asiakkuuksia oli noin 57 %, sairaalasta kotiututtua tai terveysasemalta tulleita asiakkaita oli noin 26 %. Syy asiakkuuden aloittamiseen johtui yleensä asiakkaan kyvyttömyydestä huolehtia omasta terveydestään. Asiakkaat jotka tarvitsevat ympärivuorokautista hoitoa oli vuonna 2011 5,4 %, maakuntakohtaiset erot ovat suuria, alhaisimmillaan luku oli 3,3 % ja korkeimmillaan 26,5%. Kun kotihoidon henkilökunta arvioi kuinka monelle kotihoidon käynnit olivat paras mahdollinen tuki, oli heitä noin 82 %, vain noin 8 % selviäsi kotona ilman kotihoidon tukea arvioivat henkilökunta. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012.)

Säännöllisen kotihoidon piirissä olevien yli 75 vuotta täyttäneiden osuuden on arvioitu kaksinkertaistuvan tulevaisuudessa. On selvinnyt, että kotihoidon palvelut on arvioitu erilailla eri kunnissa, tämän takia palveluissa on suuriakin eroja. Kotihoidon palveluiksi on määritelty lääkehoito, sairaanhoito, ravitsemuksen ja hygienian turvaaminen, kun taas itsenäistä toimintaa ylläpitävät toiminnot on poistettu kotihoidon palveluista. Kotihoidossa ei ole selkeitä ohjeita siitä milloin asiakkaasta tulee säännöllisen kotihoidon asiakas. Monet mieltävät, että kotihoito olisi halvempi kuin laitoshoido, mutta näin ei aina ole, sillä monesti kotihoidon asiakkailla on käytössään myös muita sosiaali- ja terveysalan palveluita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 7-9.)

Terveydenhuolto

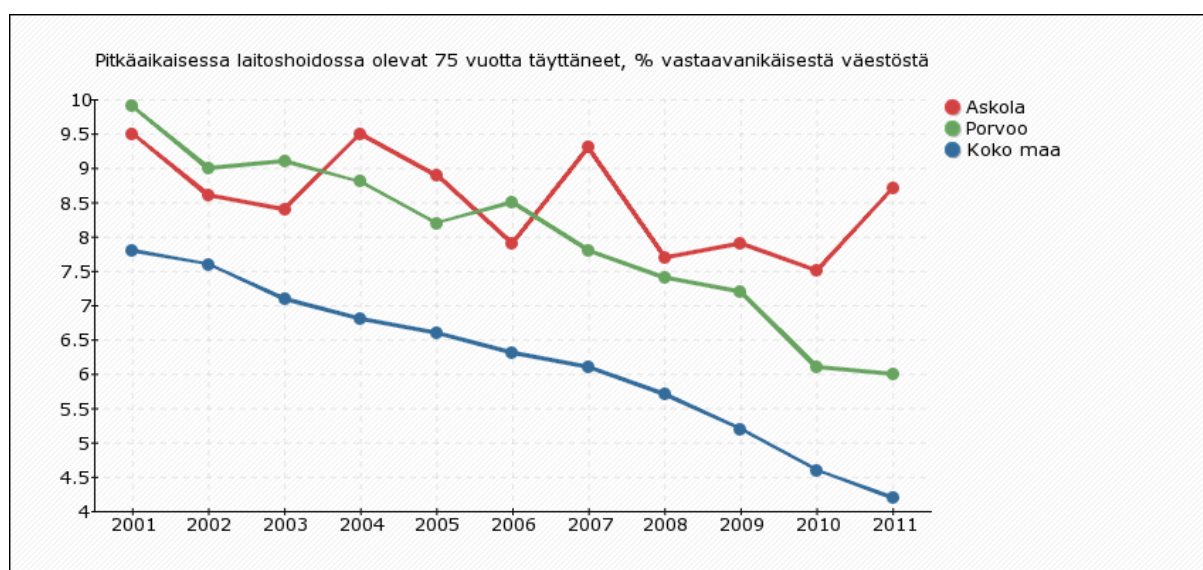
Yli 65 -vuotiaina kuolleita oli vuonna 2010 3984,7 100000 vastaavanikäistä kohden. Korkeimmillaan kuolleisuus oli vuonna 2002, jolloin se oli 5830,4. Avopuolen lääkärikäyntejä yli 65 vuotta täyttäneillä oli vuonna 2010 2788, 1000 vastaavanikäistä kohti. Matalimmillaan luku oli vuonna 2007, jolloin se oli 1545. Perusterveydenhuollon avohoidon kaikkia muita kuin lääkärikäyntejä oli 2010 1979, 1000 asukasta kohti. Perusterveydenhuollossa 65-74-vuotiaiden vuodeosaston hoitajaksoja oli vuonna 2010 2,7 1000 vastaavanikäistä kohti. Korkeimmillaan luku oli vuonna 2009, jolloin se oli 20,0. 75-79-vuotiaiden vuodeosasto hoitajaksoja oli vuonna

2010 17,8 1000 vastaavanikäistä kohti. Yli 75- vuotta täyttäneiden hoitajaksoja perusterveydenhuollossa oli vuonna 2010 17,5 1000 vastaavanikäistä ihmistä kohti. Korkeimmillaan luku oli vuonna 2008, jolloin se oli 27,7 ja matalimmillaan luku oli vuonna 2006 jolloin se oli 3,5. Sama indikaattorit yli 85- vuotta täyttäneistä oli vuonna 2010 13,6, vuosina 2008- 2009 vastaava luku oli yli 27,5. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Yli 65-vuotiaille erityiskorvattiin diabetekseen tarkoitettuja lääkkeitä vuonna 2010 12,0 % vastaavaikäisestä väestöstä. Tämä luku on noussut kymmenen vuoden aikana 2,2 %. Depressiolääkkeistä korvausta saaneet yli 65-vuotiaita oli vuonna 2010 12,6 % vastaavanikäisestä väestöstä. Luku on noussut kymmenen vuoden aikana 4,9 %. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Laitoshoito

Perusterveydenhuollon vuodeosastohoitopäiviä 65- 74-vuotiailla vuonna 2010 oli 24,6 päivää 1000 vastaavanikäistä kohti. Korkeimmillaan luku oli edellisvuonna eli vuonna 2009, jolloin vastaavaluku oli 285,3. 75- 79-vuotiaiden perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon hoitopäiviä vuonna 2010 oli 168,9 1000 vastaavanikäistä kohti. Hoitopäiviä yli 85- vuotta täyttäneiden perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon hoitopäivät olivat vuonna 2010 95,2 1000 vastaavanikäistä ihmistä kohti. Vuonna 2008 vastaava luku oli 441,4. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon keskimääräinen hoitoaika oli vuonna 2010 7,8. 65- 74-vuotiaiden avohoidon lääkärikäyntejä vuonna 2010 oli 2327 käyntiä 1000 vastaavanikäistä kohti. 75- 84-vuotiaiden perusterveydenhuollon avohoidon lääkärikäyntejä vuonna 2010 oli 3298 1000 vastaavanikäistä kohti, tällöin luku oli suurimmillaan sitten kymmeneen vuoteen. Matalimmillaan vastaava luku oli vuonna 2007, jolloin se oli 1714 käyntiä. Yli 85-vuotiaiden lääkärikäyntejä vuonna 2010 oli 3053, 1000 vastaavanikäistä kohti. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)



(Hyvinvointikertomus 2012.)

Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevat 75 vuotta täyttäneitä oli vuonna 2010 Askolassa 7,5 %, luku on laskenut kahdeksan vuoden aikana vain 1,1 %. Kun taas Porvoossa vastaava luku on laskenut 2,9 % ja koko Suomessa luku on laskenut huomattavasti 3,2 %. Ovatko kotipalveluiden lisääntyminen vähentäneet laitospaikkojen määrää? Elävätkö vanhukset yhä pitempään kotona kunnosta riippumatta?

Artikkelissa ”Ikääntyneiden hoivan ja hoitopalveluiden sosio-ekonomiset ja alueelliset erot” erikoistutkija Eero Siljander käsittelee ikääntyneiden hoivan ja hoidon järjestämistä. Artikkelissa Siljander mainitsee muun muassa valmisteilla olevan vanhuspalvelulain sekä tutkimukset Hypa ja Terveys2000, hän pohtii, että olisiko näillä tutkimuksilla mahdollisesti vastauksia ikääntyneiden tulevaisuuden kehittymiseen. Tehtyjen kyselyiden mukaan ikääntyvä väestö haluaisi asua kotona mahdollisimman korkeaan ikään saakka. Tutkimusten mukaan keskituloisilla sekä parisuhteessa elävillä henkilöillä oli vähentynyt riski joutua laitoshoittoon kuin yksiasuvilla ja pienituloisilla. Todennäköisesti laitoshoidon piiriin siirtyvät olivat tutkimuksen mukaan pienituloisia, vähän koulutettuja ja yksinasuvia. Myös kotikunta vaikuttaa ikääntyneiden saamaan hoivaan. Ikärakenne on suotuisampi kuntien tulojen ja menojen kannalta Etelä ja Länsi-Suomessa kuin Itä- ja Pohjois-Suomessa. Vaikka kuntien valtionosuudet tasaavat taloudellisia resursseja, siitä huolimatta palveluiden järjestämisessä ja palvelurakenteessa on suuria alueellisia eroja. (Siljander 2012.)

8 Yhteisöanalyysin tulosten luotettavuus

Opinnäytetyön tulosten ja johtopäätösten tulisi olla uskottavia, oikeita ja luotettavia. Tutkimuksen eräänä hyvyyden mittarina voidaan käyttää termiä luotettavuus, sillä tarkastellaan työn laatua. Tieteessä luotettavuus voidaan jakaa kahteen eri käsitteeseen, reliabiliteetti ja validiteetti eli tutkimustulosten pysyvyys ja oikeiden asioiden tutkiminen. Laadukkaan opinnäytetyön yhtenä vaatimuksena on riittävän tarkka dokumentaatio, tällä tarkoitetaan, että erilaiset valinnat ja perustelut on kirjattu ylös. (Kananen 2012, 161-165.)

Tulokset perustuvat valtakunnalliseen tilasto- ja indikaattoripankkiin SOTKANet:iin, joka on terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen sekä muiden sosiaali- ja terveystieteiden tietovarantoja ylläpitävien kasattuihin tietoihin. SOTKANet on luotettava lähde, koska he käyttävät erilaisia laaduntarkastus menetelmiä tiedon arvioinnissa. Asiantuntijat ovat laatineet kaikkiin indikaattoreihin tarkat kuvaukset, miten tilastoa tulkitaan, kuka sen on tuottanut, tuotanto vuosista, sisällöstä ja mahdollisista rajoituksista. Yhteisöanalyysin tulosten tarkastelun apuna on käy-

tetty myös hyvinvointikertomusta, väestörekisterikeskusta ja Askolan kunnan tilinpäätöstä vuodelta 2010. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Yhteisöanalyysissä on käytetty hyvinvointikertomuksen valmiita taulukoita kymmenen vuoden ajalta. Niiden avulla analysoitiin tuloksia tutkimuksia apuna käyttäen. Tulosten avulla saatiin tietää Askolan kunnan hyvinvoinnin nykytila, kuinka Askolalaiset voivat, miten terveystalveta voidaan kehittää ja kuinka terveydentila tulee näkyviin vertailtaessa Porvooseen ja koko Suomeen. Tulosten luotettavuutta heikensi otanta-alueen väestön vähyys, esimerkiksi jo muutamman ihmisen käynnit voivat nostaa tilastoja huomattavasti. Tämä hankaloitti vertailua Porvooseen ja koko Suomeen. Jo muutama kuntalainen voi vaikuttaa Askolan kunnan hyvinvointiin, koska kuntalaisia on niin vähän.

Yhteisöanalyysin luotettavuutta lisää, se että siinä on kerrottu tarkasti mitä on tehty, milloin on tehty ja miten on tehty. Näin ollen ulkopuolinen lukija pystyy ymmärtämään kirjoittajan raportista valintojen oikeellisuuden ja luotettavuuden. Yhteisöanalyysissä on käytetty tuoreita lähteitä, jotka ovat kymmenen vuoden sisään julkaistuja. Siinä on myös käytetty tutkittua tietoa perustelemaan vastauksia ja tuloksia. Luotettavuutta lisää myös se, että lähdeviittaukset ovat tarkasti merkitty ylös sekä kappaleen loppuun mahdollisine sivunumeroineen. (Kananen 2012, 165-166.)

9 Tärkeimmät tulokset

Lapset

Tarkastellessa lasten hyvinvointiin liittyviä indikaattoreita, nousee esille, että erikoissairaanhoidon lastenpsykiatrian avohoitokäynnit ovat kasvaneet huomattavasti kymmenen vuoden aikana. Tutkimusten mukaan lastenpsykiatriseen on alettu kiinnittämään huomiota enemmän, mutta myös oireiden esiintyvyys on lisääntynyt. Indikaattoreissa tuli ilmi, että rokotuskattavuus 100 % eli neuvolan palveluita käytettiin kokonaisvaltaisesti.

Nuoret

Nuorten kohdalla merkittäviä tuloksia löytyi useampia. Askolassa tehdyn kouluterveyskyselyn mukaan nuorten hengästyttävän liikunnan harrastaminen vapaa-ajallaan on vähentynyt, tämän seurauksena nuorten ylipaino on luultavasti lisääntynyt. Indikaattoreista voidaan myös huomata, että koulukiusaaminen nuorten keskuudessa on vähentynyt lähi vuosina. Vanhemmuuden puutetta kokeneiden määrä on vähentynyt huomattavasti, samoin nuorten keskivaikeaa ja vaikeaa masentuneisuutta sairastaneiden määrä on laskenut, myös erikoissairaanhoidon

don nuoripsykiatrian avohoitokäynnit ovat laskeneet. Tuloksista selvisi myös, että nuorten alkoholin käyttö on vähentynyt. Koulupudokkaiden määrä on Askolassa suurempi kuin Porvoossa ja muualla Suomessa.

Työikäiset

Työikäisten hyvinvoinnista nousi esille, että työkyvyttömyyseläkettä saaneiden määrä on laskenut. Pitkäaikaistyöttömyys on ollut rajussa nousussa vuodesta 2009 alkaen, jolloin se oli hyvin alhaalla.

Ikääntyneet

Kotona asuvien 75 vuotta täyttäneiden määrä on huomattavasti korkeampi, kun vertaillaan koko Suomen indikaattoriin. Kotihoidon piirissä asuvien määrä on paljon korkeampi kuin koko Suomessa ja Porvoossa. Myös pitkäaikaislaitoshoidossa olevien määrä on paljon korkeampi kuin koko Suomessa.

Pohdinta

Yhteisöanalyysin tavoitteena oli saada selville Askolan kunnan epäkohtia ja onnistumisia vertailemalla tilastotietoja Porvoon ja koko Suomen tilastoihin. Pää tarkoituksena oli saada selville yhteisöllinen käsitys Askolassa asuvista ihmisistä. Askolan kunnan tulee valmistella itselleen hyvinvointikertomus ja työ ovat osana sitä. Työssämme halusimme tarkastella ihmisiä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena ja saada niiden avulla selville, mitkä asiat ovat hyvin ja missä asioissa olisi kehittämisen varaa. Tutkimuksen tulokset ovat saatu erilaisista valtakunnallisista indikaattoritietopankeista, lähteinä omat toimineet terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen ylläpitämä SotkaNET sekä Hyvinvointikertomus.

Askolan asukasluku on ollut kasvussa koko 2000-luvun, nettomuuttaneiden määrä on positiivinen ja vuonna 2010 nettomuuttajia oli 2,1 henkilöä tuhatta asukasta kohti. Indikaattorista tulee ilmi, että lapsiperheiden määrä ei kuitenkaan ole ollut nousussa, sekä Askolassa toimeentulotuen piirissä on vähemmän lapsiperheitä, kuin muualla maassa. Tutkimusten myötä saimme selville, että suurin toimeentulotukea saaneiden lapsiperheet ovat yhden vanhemman perheitä. Kertooko tämä siitä, että Askolassa on vähemmän yksihuoltajia kuin muualla Suomessa tai paremmin toimeentulevia? Huostassa olleiden lasten määrä on ollut nousussa, mutta se ei ole merkittävä määrä. Tämä luku ei varsinaisesti kerro tilanteesta mitään. Kertooko tilaston noususuhdanne, siitä että lapsiperheiden hyvinvointiin enemmän huomiota.

Askolassa erikoissairaanhoidon lastenpsykiatrian avohoitokäynnit ovat kasvaneet kymmenen vuoden aikana hieman ”jojotellen”. Ovatko lasten psyykkiset ongelmat lisääntyneet? Uskomme, että ympäristötekijöillä on merkitystä lasten psykiatristen oireiden ilmaantuvuuteen. Santalahden ja Souranderin artikkelin mukaan viimevuosikymmeninä on alettu kiinnittämään enemmän huomiota lasten psykiatrisiin oireisiin, mutta myös oireiden esiintyvyys on lisääntynyt. Artikkelissa tarkastellaan erään suomalaisen tutkimuksen tuloksia, jossa selvisi, että 8-9-vuotiaiden tyttöjen masentuneisuus on lisääntynyt.

Nuorisopsykiatrian avohoitokäynnit ovat Askolassa vähentyneet vuodesta 2008 alkaen, kun taas koko Suomessa määrä on tasaisessa nousussa kymmenen vuoden ajan. Emme osaa sanoa, minkä vuoksi Askolassa nuorisopsykiatrian avohoitokäynnit ovat olleet laskussa. Myös naapurikunnassa Porvoossa määrä on ollut nousussa. On mielenkiintoista, kuina eriäviä tilastot voivat olla. Keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuus on ollut 8. - 9. luokkalaisilla oppilailla laskussa vuodesta 2004 lähtien. Erilaisissa tutkimuksissa on tullut ilmi, että puberteetin käynnistyttyä on suurempi riski sairastua depression. Masennusta ilmenee eniten sellaisilla nuorilla, joiden vanhemmat ovat sairastaneet masennusta. Tilastojen mukaan depressiolääkkeiden käyttö niin lapsilla kuin nuorilla on lisääntynyt jopa kolmikertaisesti. Johtuuko tämä siitä, että nykyisin tunnistetaan helpommin masentuneisuuden oireet vai voivatko nuoret sekä heidän vanhemmat huonommin kuin aiemmin.

Koulukiusaaminen on vähentynyt Askolassa vuodesta 2008 alkaen, voisiko koulukiusaamisen väheneminen johtua Askolan osallistumisesta KiVa-koulu hankkeeseen, jossa pyritään vähentämään koulukiusaamisen ilmaantuvuutta. Vanhemmuuden puutetta kokeneiden 8. ja 9. luokkalaisten osuus on pienentynyt kahdeksan vuoden aikana merkittävästi. Voisiko vanhemmuuden puutteen kokenemisen vähentyminen liittyä, siihen että tuetaanko vanhempia nykyisin enemmän neuvolasta lähtien?

Tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa olleiden 8. ja 9. luokkalaisten osuus on pienentynyt 2008 vuodesta lähtien. Terveystapatutkimuksen mukaan nuorten raittius on yleistynyt sekä humalahakuinen juominen on vähentynyt nuorten keskuudessa. Onko medialla sekä nuorten omilla käsitteillä ollut vaikutusta vähentyneeseen alkoholin kulutukseen vai mahdollisesti nousseella alkoholiverolla?

Askolassa nuorten ylipaino on lisääntynyt. Ylipainoisia 8. ja 9. luokkalaisia oli vuonna 2010 18,4 % kaikista saman tämän ikäisistä oppilaista. Uskomme, että ylipainoisuuteen on vaikuttanut vähentynyt hengästyttävän liikunnan harrastaminen vapaa-ajalla. Tulosten perusteella olisi hyvä huomioida tulevaisuudessa kiinnittämään huomiota enemmän elintapasairauksista ohjaamiseen ja neuvomiseen, koska monet elintapasairaudet syntyvät ylipainoisuuden myötä. Neuvoloiden, varhaiskasvatuspalveluiden, oppilaitosten sekä koulujen tulisi kiinnittää huomio-

ta ja antaa enemmän tukea ja tietoa terveellisten elämäntapojen merkityksestä terveyteen. Ne ovat merkittävä keino puuttua nuorten hyvinvointiin.

Koulutuksen ulkopuolelle jääneiden 17-24 -vuotiaiden osuus on vaihdellut suuresti kymmenen vuoden ajan Askolassa. Mistä näin suuri vaihtelu voi johtua? Tutkimusten mukaan vanhempien koulutustaso vaikuttaa ratkaisevasti nuorten tulevaan ammatin valintaan. Koulupudokkaiksi päätyneet tai joutuneet nuoret ovat syrjäytymisuhan alla. Voitaisiinko syrjäytymiseen vaikuttaa kannustamalla peruskoulun jälkeen hakemaan nuoria kouluun heti välttämällä väli vuosia? Pitäisi olla jokin keino minkä avulla nuoria saataisiin kannustettua hankkimaan itselle ammatti heti peruskoulun loputtua.

Askolassa verrattuna koko Suomeen ja Porvooseen on ollut vähemmän työttömyyttä suhteessa työvoimaan. Vaikka työttömien määrä on ollut laskussa, silti pitkäaikaistyöttömyys ja nuorisotyöttömyys on ollut nousussa, myös Porvoossa ja koko Suomessa nähdään samanlainen muutos. Erilaisten tutkimustulosten mukaan työttömillä ja työttömyyttä kokeneilla on huonompi terveys kuin työssä käyvillä. Työttömällä ei itsessään ole suurentunutta riskiä alkaa käyttää esimerkiksi alkoholia tai muita päihteitä vaarantavasti terveyttään kohtaan, mutta polarisoitumista on havaittu. Pitkäaikaistyöttömien määrä on ollut vuodesta 2009 saakka huomattavassa nousussa. Tutkimusten mukaan pitkäaikaistyöttömyys lisää lääkkeitä käyttäviä ja psyykkisiä oireita. Sairastavuus on lisääntynyt työttömyyden kasvaessa. Voitaisiinko panostamalla työttömien terveyspalveluihin? Nuorisotyöttömien määrä on myös lisääntynyt huomattavasti. Vaikka nuorilla, joilla ei ole ammatillista koulutusta tulee hakea opiskelemaan yhteishaussa, silti nuorten työttömyys ei ole vähentynyt. Kelan tutkimuksen mukaan nuorten masentuneisuus on lisääntynyt nuorisotyöttömyyttä. Tästä voidaan huomata, kuinka moneen asiaan tulisi puuttua, jotta työttömyys nuorten keskuudessa saataisiin vähenemään. Onko syrjäytyminen nykyään synonyymi työttömyydelle?

Kotona asuvien 75 vuotta täyttäneiden osuus on vaihdellut suuresti kymmenen vuoden aikana. Mistä ”jojottelu” johtuu? Vanhukset haluavat asua mahdollisimman pitkään kotona, tällöin yksinäisten vanhusten riski syrjäytyä kasvaa. Kotona pitkään asumisen mahdollistaa erilaisten kotiapujen saatavuus. Säännöllisen kotihoidon piirissä 75 vuotta täyttäneitä asiakkaita oli yli neljännes vastaavan ikäisistä vanhuksista. Vastaava luku on Porvoossa ja koko Suomessa huomattavasti pienempi. Tästä voidaan huomata, kuinka paljon enemmän nykyään panostetaan kotona asumiseen. Mutta eikö tämä ole ollut tavoitekin? Nykyisten kotona asuvien vanhusten terveyserot ovat suuria, kotona asuu myös todella huonokuntoisia vanhuksia, jopa vuodepotilaita. Apua tarvitsevat vanhukset saadaan kiinni parhaiten sairaaloissa ja terveyskeskuksissa. Laitoshoidossa olevien 75 vuotta täyttäneiden määrä on laskenut tasaisesti viimeisen kymmenen vuoden aikana. Kehitys johtuu varmasti kotihoidon palveluiden lisääntymisestä.

Indikaattoreiden avulla saadaan paljon tietoa väestön hyvinvoinnin tilasta, joita voidaan tutkimusten avulla tukea. Yhteisöanalyysissä selvisi, että Askolassa tulisi kiinnittää huomiota nuorten elintapoihin ja siihen liittyvään ohjaukseen. Indikaattoreista selkeästi havaittiin, että nuorten ylipaino on lisääntynyt, liikunnan harrastaminen vähentynyt ja lasten psykiatrian avohoitokäynnit lisääntyneet. Myös syrjäytymiseen ja koulupudokkaisuun tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Askolassa on onnistuttu panostamaan kotihoitoon lisäämällä niiden palveluita.

Lähteet

- Aalto-Kallio M. & Mäkipää E. 2010. Käytäntöjä terveyden edistämiseksi. Viitattu 31.01.2012. http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2010/2010_001.pdf
- Aalto-Setälä T. & Marttunen M. 2007. Nuorten psyykinen oireilu - häiriö vai normaalia keh-
tystä? Viitattu 04.02.2013. [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehti-
iha-
ku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dl-
ehthi-
ku_spape=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_vie-
w_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo96233&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_f-
rompage=haku&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_hakusana=nuorisopsykiatria](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehti-
iha-
ku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dl-
ehthi-
ku_spape=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_vie-
w_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo96233&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_f-
rompage=haku&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_hakusana=nuorisopsykiatria)
- Askolan kunta. 2010. Tilinpäätös 2010. Viitattu 24.04.2012.
- Askolan kunta. 2010. Viitattu 21.11.2011. <http://www.askola.fi/>
- Autti-Rämö I., Seppänen J., Raitasalo R., Martikainen E. & Sourander A. 2009. Nuorten ja
nuorten aikuisten psyykenlääkkeiden käyttö on lisääntynyt 2000-luvulla. Suomen lääkirilehti.
Viitattu 02.02.2013. <http://www.laakarilehti.fi/files/lehdisto/SLL62009-autti-ramo.pdf>
- Blomgren j, Hytti H. & Gould R. 2011. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden työttömyys- ja
sairaustausta eri eläkejärjestelmissä. Kelan tutkimusosasto. Viitattu 10.02.2013.
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26640/Nettityopapereita26.pdf?sequence=2>
- Elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskus. 2012. Työttömyys jatkaa kasvuaan - nuorisotyöttö-
miä 9 % enemmän kuin viime vuonna. Viitattu 02.02.2013. [http://www.ely-
keskus.fi/fi/tiedotepalvelu/2012/Sivut/Ty%C3%B6ttomyysjatkaakasvuaan-
Nuorisotyottomia9enemm%C3%A4nkuinviime.aspx](http://www.ely-
keskus.fi/fi/tiedotepalvelu/2012/Sivut/Ty%C3%B6ttomyysjatkaakasvuaan-
Nuorisotyottomia9enemm%C3%A4nkuinviime.aspx)
- Elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskus. 2010. Työttömyys vähenee, mutta pitkäaikaistyöt-
tömien määrä kasvaa Uudellamaalla. Viitattu 13.02.2013. [http://www.ely-
keskus.fi/fi/tiedotepalvelu/2010/Sivut/Tyottomyys_vahenee_Uudellamaalla.aspx](http://www.ely-
keskus.fi/fi/tiedotepalvelu/2010/Sivut/Tyottomyys_vahenee_Uudellamaalla.aspx)
- Ensi- ja turvakotienliitto ry. 2013. Mitä huostaanotto on? Viitattu 30.01.2013.
http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/asiaa_lastensuojelusta/mita_huostaanotto_on/
- Etzell S., Korpivaara L., Lukkarinen T., Nikula A., Pekkarinen I., Peni R. & Värmälä H-M. 1998.
Perheen ja yhteisön terveyttä edistävä hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä Oy. Viitattu
29.11.2011.
- Finlex - Valtion säädöstietopankki. 2011. Erikoissairaanhoitolaki. Viitattu 30.01.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>
- Finlex - Valtion säädöstietopankki. 2011. Lastensuojelulaki 13.4.2007/417. Viitattu
22.02.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417#P40>
- Finlex - Valtion säädöstietopankki. 2010. Terveydenhuoltolaki 30.12.2010 /1326. Viitattu
26.09.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

- Hamarus P. 2006. Koulukiusaaminen ilmiönä. Viitattu 13.02.2013.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13307/9513926966.pdf?se>
- Hannikainen-Ingman K. 2012. Toimeentulo. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 14.10.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/hyvinvointi/toimeentulo
- Heikkilä T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy. Viitattu 07.02.2012.
- Heino T. & Lamminpää K. 2008. Perheet ja lapset toimeentulotuen piirissä. Stakes. Viitattu 19.2.2013.
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Yksinhuoltajaperheiden_tttasiakkuus_2008.pdf
- Helsingin Sanomat. 2012. Työttömyysturvalain muutos patistaa nuoria kouluun. Viitattu 02.02.2013.
<http://www.hs.fi/politiikka/Ty%C3%B6tt%C3%B6myysturvalain+muutos+patistaa+nuoria+kouluun/a1305606043915>
- Hämäläinen U. 2012. Kela. Nuorisotyöttömyys- synonyymi syrjäytymiselle? Viitattu 13.02.2013.
[http://kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/181212152040ML/\\$File/Hamalainen_Nuorisoty%C3%B6tt%C3%B6myys.pdf?OpenElement](http://kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/181212152040ML/$File/Hamalainen_Nuorisoty%C3%B6tt%C3%B6myys.pdf?OpenElement)
- Kaikkonen R. & Saikku P. 2012. Työllisyys. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 14.10.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/hyvinvointi/tyollisyys
- Kananen J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy. Viitattu 31.1.2013.
- Karlsson L. 2004. Nuorten masennus- vakavasti otettava sairaus. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim. Viitattu 02.02.2013.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spaga=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtiha-ku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo94539&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero
- Kela. 2010. Kelan pääjohtaja Jorma HUUHTANEN SuomiAreenalla Porissa: Nuorten aikuisten masennus huolestuttaa. Viitattu 02.02.2013.
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/210710095008ML?opendocument>
- Kela. 2011. Työkyvyttömyyseläke. Viitattu 22.02.2012.
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/090608102016HN>
- KiVa-koulu. 2013. KiVa Koulu. Viitattu 13.02.2013. <http://www.kivakoulu.fi/>
- KiVa-Koulu. 2013. KiVa Koulu-hanke. Viitattu 13.02.2013. <http://www.kivakoulu.fi/hanke>
- Koskenvuo M. & Mattila K. 2009. Terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet. Viitattu 31.01.2012.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00001&p_haku=sairauksi_enehkaisy

Kuoppala T. & Säkkinen S. 2009. Lasten suojelu 2009. Viitattu 22.02.2012.
http://www.lskl.fi/files/466/Lastensuojelu_2009.pdf

Käypä hoito. 2012. Lihavuus (lapset). Viitattu 13.02.2013.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50034>

Lindström B. & Eriksson M. 2010. Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen- teoria terveyden resurssista. Teoksessa Terveyden edistäminen teoriasta toimintaan. Pietilä A-M. (toim) Porvoo: WSOY. Viitattu 01.02.2012.

Mannila S. & Martikainen P. 2005. Työttömyys. Terveyskirjasto. Viitattu 13.02.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00011

Mustonen N. 2012. Koulutus. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 17.01.2012.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/hyvinvointi/koulutus

Mäntyranta T., Elonheimo O., Mattila J. & Viitala J. 2004. Terveyspalveluiden suunnittelu. Jyväskylä: Kustannus Oy Duedecim. Viitattu 17.01.2012.

Nieminen T. & Martelin T. 2012. Sosiaalinen pääoma. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 14.12.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/hyvinvointi/sosiaalinen-paaoma

Ora J. 2005. Lasten ja nuorten lihavuus hälyttävässä nousussa. Lääkärilehti. Viitattu 02.02.2013. http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=2739/type=1

Pajulo M. & Kalland M. 2008. Lasten ja nuorten psyykinen vointi - onko syytä olla huolissaan? Viitattu 04.02.2013.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo96988&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_fropage=haku&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_hakusana=nuorisopsykiatria

Parviainen H., Mäkinen E., Nyrhinen M., Rouvinen-Wilenius P. & Savolainen N. 2008. Terveyden edistämisen barometri 2008. Helsinki: Trio-Offset. Viitattu 31.01.2012.

Sallinen M., Kandolin I. & Purola M. 2007. Terveyskirjasto. Viitattu 14.10.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00004&p_teos=onn&p_selaus=

Pietilä A-M., Hakulinen T., Hirvonen E., Koponen P., Salminen E-M. & Sirola K. 2002. Terveyden edistäminen, Uudistuvat työtavat. Juva: WSOY. Viitattu 14.01.2012.

Raisamo S., Pere L., Lindfors p., Tiirikainen M. & Rimpelä A. 2011. Nuorten terveystapatutkimus 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 10.01.2013.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=3320152&name=DLFE-16067.pdf

Saari P. & Hietanen A. 2001. ”Kuva yhteisöstä - Yhteisöanalyysi ja sen menetelmiä”. Stakes. Viitattu 13.01.2013.

Saha M-T. 2009. Lihava nuori. Duodecim lehti. Viitattu 02.02.2013.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku

[ku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtiha-ku_spage=/portlet_action/dlehtihakuartikkeli/viewarticle/action&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo98299&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtiha-ku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtiha-ku_spage=/portlet_action/dlehtihakuartikkeli/viewarticle/action&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo98299&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero)

Santalahti P. & Sourander A. 2008. Onko lasten psykiatrinen sairastavuus lisääntynyt? Duodecim. Viitattu 21.01.2013.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtiha-ku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtiha-ku_spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo97351&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero

Siljander E. 2012. Ikääntyneiden hoivan ja hoitopalveluiden sosio-ekonomiset ja alueelliset erot. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 12.02.2013.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventa-ja-fi/1.9.2012-ikaantyneiden-hoivan-ja-hoitopalveluiden-sosio-ekonomiset-ja-alueelliset-erot

Sisäasianministeriö. 2012. Turvallisia vuosia ikääntyneille. Viitattu 14.02.2013.

http://www.intermin.fi/download/34419_272012.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Hoitoon pääsy(hoitotakuu). Viitattu 02.02.2012.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/asiakkaanoikeudet/terveyspalvelujen_saatavuus

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Viitattu 14.02.2013.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/ikaihminen/ikaihminen.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Terveiden edistämisen laatusuositus. Helsinki: Yliopisto paino. Viitattu 16.01.2012

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Terveys 2015- kansanterveysohjelma. Viitattu 19.01.2012. <http://pre20090115.stm.fi/pr1158139777250/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Toimeentulolakiin 1.1.2006 tulevat muutokset KT 19/2005. Viitattu 19.12.2013. <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/-/view/1266737>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Toimeentulotuki. Viitattu 30.01.2013

http://www.stm.fi/toimeentulo/tuet_ja_etuudet/toimeentulotuki

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Työkyvyttömyyseläke. Viitattu 30.01.2013.

http://www.stm.fi/toimeentulo/tuet_ja_etuudet/tyokyvyttomyyselake

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. WHO edistää ja turvaa terveyttä. Viitattu 19.01.2012.

http://www.stm.fi/stm/kansainvaliset_asiat/who

Sosiaaliportti. 2012. Lastensuojelun käsikirja. Viitattu 22.02.2012.

<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-fi/lastensuojelunkasikirja/tyoprosessi/huostaanotto/>

Stakes. 2000. Yhteisöanalyysillä työn alkuun! Viitattu 21.11.2011

http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/2C8C444A-00BA-4826-877B-EE27E0110949/0/ideakortti3_00.pdf

- Suomen ASH. 2011. Nuorten alkoholin käytössä vähenemistä. Viitattu 10.02.2013.
<http://www.suomenash.fi/fi/alkoholi/alkoholi+suomessa/nuorten+alkoholin+kaytto+2011/>
- Suomen liikunta ja urheilu. 2010. Kansallinen liikuntatutkimus 2009-2010. Viitattu 08.02.2013.
http://slu-fi-bin.directo.fi/@Bin/c4d48e86bc6d8ba0f501ecf0d8d037c9/1360750399/application/pdf/3244703/Liikuntatutkimus_nuoret_2009_2010.pdf
- Sähköinen hyvinvointikertomus. 2012. Viitattu 19.09.2012.
<http://217.149.52.3/~indik446/ci/>
- Tapaninen A., Kauppinen T., Kivinen k., Kotilainen H., Kurrenniemi M. & Pajukoski M. 2002. Ympäristö ja Hyvinvointi. WSOY: Porvoo. Viitattu 20.02.2012.
- Teperi J. 2005. Erikoissairaanhoido. Duodecim. Viitattu 30.01.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00053
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Asiointimäärät laskussa päihdehuollon erityispalveluissa. Viitattu 12.2.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/asiointimaarat-laskussa-paihdehuollon-erityispalveluissa
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Hyvinvointikertomus. Viitattu 07.02.2012.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/hyvinvointikertomus
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Keskeisiä käsitteitä. Viitattu 30.01.2013.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/keinot/kasitteet
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Kotihoidon laskenta 30.11.2011. Viitattu 14.02.2013.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/ikaantyneet/kotihoidon_laskenta
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Lait ja ohjelmat. Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaja. Viitattu 17.01.2012 http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/miksi/lait
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Liikunnan avulla terveyttä ja hyvinvointia. Viitattu 08.02.2013.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/toimintatavat/liikunnan_edistaminen
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2005. Maailman terveysjärjestö WHO. Hyvinvointi ja terveyserojen kaventaminen. Viitattu 19.01.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/kukakaventaa/kansainvalinen/who
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Muut palvelut. Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen. Viitattu 13.02.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/palvelujarjestelma/muut-palvelut
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2010. Viitattu 13.02.2013. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2012/Tr03_12.pdf
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Tietoa palvelusta. Viitattu 07.02.2012.
http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/tietoa_palvelusta
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. Viitattu 22.02.2012. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Tilastoraportti: Reilut 12 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä säännöllisen kotihoidon piirissä. Viitattu 14.02.2013.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/uutinen?id=30061

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Työllisyys. Viitattu 30.01.2013.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/hyvinvointi/tyollisyys
- Tilastokeskus. 2011. Askola. Viitattu 21.11.2011.
<http://www.stat.fi/tup/kunnat/kuntatiedot/018.html>
- Tilastokeskus 2010. Miljoonamuuttoa vuodessa. viitattu 30.01.2013.
http://www.tilastokeskus.fi/artikkelit/2010/art_2010-09-27_002.html?s=2
- Tilastokeskus. 2013. Nuorisotyöttömyys. Viitattu 30.01.2013.
<http://www.stat.fi/tup/verkkokoulu/data/tvt/05/02/index.html>
- Tilastokeskus. 2013. Pitkäaikaistyötön. Viitattu 13.02.2013.
<http://www.stat.fi/meta/kas/pitkaaikaistyot.html>
- Tolonen T. 2004. Vanhemmuuden puute ja nuorten sosiaalinen pääoma. Toim. Bardy M. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 08.02.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/3e955ab5-14e4-4478-8b72-cfa482210151>
- Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. 2008. Katsaus työttömyyteen ja terveyden väliseen yhteyksiin. Viitattu 13.02.2013.
http://www.tem.fi/files/19508/temjul_14_2008_tyo_ja_yrittajyys.pdf
- Ulmanen M-L. 2006. ”Sydämmeen sattuu”. Viitattu 13.02.2013.
https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/12280/URN_NBN_fi_jyu-2006213.pdf?sequence=1
- Vaarama M. & Noro A. 2005. Vanhusten palvelut. Terveyskirjasto. Viitattu 14.02.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00058
- Vaarama M., Siljander E., Luoma M-L. & Meriläinen S. 2010. Suomalaisten kokema elämän laatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi. Vaarama M., Moisio P. & Karvonen S. (toim.). Helsinki:Yliopistopaino. Viitattu 01.02.2012.
- Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomukset 167/2008. 2008. Hoitotakuu. Viitattu 02.02.2012. http://www.vtv.fi/files/137/1672008_Hoitotakuu_NETTI.pdf
- Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 214/2010. 2010. Vanhuspalvelut. Viitattu 14.02.2013. http://www.vtv.fi/files/2407/Vanhuspalvelut_netiti.pdf
- Vanttaja M. 2005. Koulutuksen ja työstä karsiutuneiden nuorten kotitaustan ja myöhempien elämän vaiheiden tarkastelua. Yhteiskuntapolitiikka. Viitattu 08.02.2013.
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101062/054vanttaja.pdf?sequence=1>
- Vertio H. 2003. Terveyden edistäminen. Jyväskylä: Tammi. Viitattu 13.01.2012.

Åstedt T. 2011. Lapsiperheiden ahdinko lisää huostaanottoja. Helsingin Sanomat. Viitattu 19.12.2012.

<http://www.hs.fi/paakirjoitus/artikkeli/Lapsiperheiden+ahdinko+lis%C3%A4%C3%A4+huostaanottoja/1135262761519>