

# Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden asema palvelujärjestelmässä työntekijöiden näkökulmasta

Sosiaalityön pro gradu -tutkielma

Laatija:

Essi Hongisto

Ohjaaja:

professori Merja Anis

15.11.2023

Turku

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu  
Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

Pro gradu -tutkielma

**Oppiaine:** Sosiaalityö

**Tekijä:** Essi Hongisto

**Otsikko:** Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden asema palvelujärjestelmässä työntekijöiden näkökulmasta

**Ohjaaja:** professori Merja Anis

**Sivumäärä:** 87 sivua

**Päivämäärä:** 15.11.2023

Tarkastelin pro gradu -tutkielmassani terveysneuvontapisteiden työntekijöiden näkemyksiä heidän asiakkaidensa asemasta palvelujärjestelmässä. Lähestyin tutkimusaihettani konstruktionistisesti, eli pyrin hahmottamaan tutkimuksessa sitä, mitä työntekijöiden näkemykset kertovat huumeita käyttäville asiakkaille suunnattujen palvelujen nykytilasta. Lisäksi tutkin, mitä heidän tapansa selittää havaintojaan kertoo huumeita käyttävien asiakkaiden asemasta palvelujärjestelmässä. Tutkimuskysymykseni ovat: millaisena terveysneuvontapisteiden työntekijät näkevät heidän asiakkaidensa aseman sosiaali- ja terveysterveystieteiden palvelujärjestelmässä, sekä mitkä tekijät heidän mielestään vaikuttavat sosiaali- ja terveysterveystieteiden saatavuuteen heidän asiakkaidensa näkökulmasta.

Tutkimukseni teoreettinen viitekehys muodostuu haittoja vähentävän päihdetyön periaatteista ja niiden soveltamisesta sosiaalityössä sekä aiemmasta tutkimuksesta huumeiden käyttäjien palveluista ja huumeita käyttävistä asiakkaista. Olennaiseksi analyysini kannalta nousi erityisesti palvelujen saavutettavuudesta sekä sosiaalityössä käytetystä hallinnasta tehty teoreettinen tutkimus. Toteutin tutkimuksen haastattelemalla kahden terveysneuvontapisteen työntekijöitä. Haastatteluihin osallistui yhteensä neljä työntekijää. Haastattelut olivat puolistrukturoituja. Toteutin tutkimukseni käyttämällä teoriaohjaavaa sisällönanalyysia ja lähestyin tutkimusaineistoa konstruktionistisesta näkökulmasta.

Tutkimustulosteni mukaan huumeita käyttävien asiakkaiden asemaan palvelujärjestelmässä vaikuttavat asiakkaiden yksilölliset kokemukset ja erilaiset asiakasprofiilit. Asiakasprofiileja nimesin kaksi: erittäin huono-osaiset asiakkaat ja pärjäävät asiakkaat. Näillä pyrin havainnollistamaan sitä, mitkä tekijät vaikuttavat yksilön toimintamahdollisuuksiin ja asemaan palvelujärjestelmässä. Analyysini pohjalta palvelujen saatavuuteen vaikuttavat rakenteelliset tekijät sekä työntekijän rooliin ja kohtaamiseen liittyvät tekijät. Rakenteelliset tekijät erottelin selkeyden vuoksi kolmeen alakategoriaan: byrokraattisuus, palvelujen järjestämistavat ja alueelliset erot.

Tutkielman pohjalta nousee esille jatkotutkimuksen tarve haittoja vähentävän päihdetyön periaatteiden osaamisesta ja soveltamisesta päihdehuollon sosiaalityössä, sekä yleisesti kaikissa sosiaali- ja terveysterveystieteiden palveluissa. Lisäksi aiheellista olisi tutkia tämän osaamisen vaikutusta ammattilaisten käsityksiin huumeita käyttävistä asiakkaista sekä sen yhteyttä huumeita käyttävien asiakkaiden kokemuksiin sosiaali- ja terveysterveystieteiden palveluista. Tämä mahdollistaisi kokonaisvaltaisemman tarkastelun siitä, miten työntekijöiden osaaminen ja käsitykset aiheesta vaikuttavat huumeita käyttävien saamaan palveluun sosiaali- ja terveydenhuollossa.

**Avainsanat:** terveysneuvontapisteet, päihdehuolto, päihdepalvelut, sosiaalityö, haittoja vähentävä päihdetyö, harm reduction, huumeiden käyttäjät, palvelujärjestelmä

# Sisällysluettelo

<b>1</b>	<b>Johdanto</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Haittoja vähentävä päihdetyö ja sosiaalityö</b>	<b>4</b>
2.1	Harm reduction – haittoja vähentävä päihdetyö	4
2.2	Haittoja vähentävän päihdetyön soveltaminen sosiaalityössä	7
<b>3</b>	<b>Huumeita käyttävien asiakkaiden palvelut Suomessa</b>	<b>14</b>
3.1	Palvelujärjestelmä huumeita käyttävien asiakkaiden näkökulmasta	14
3.2	Päihdehuollon palvelujen saatavuus ja saavutettavuus	16
3.3	Terveysneuvontapisteiden rooli palvelujärjestelmässä	21
<b>4</b>	<b>Huumeiden käyttäjät palvelujärjestelmän asiakkaina</b>	<b>25</b>
4.1	Huumeita käyttävät asiakkaat	25
4.2	Huumeita käyttävien asiakkaiden asema palvelujärjestelmässä	27
<b>5</b>	<b>Tutkimusasetelma</b>	<b>30</b>
5.1	Tutkimuskysymykset	30
5.2	Tutkimusaineiston valinta	31
5.3	Tutkimusaineiston keruu ja kuvaus	32
5.4	Tutkimuksen eettisyys	33
5.5	Sisällönanalyysi tutkimusmenetelmänä	34
5.6	Aineiston käsittely	36
<b>6</b>	<b>Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden asemaan vaikuttavat tekijät</b>	<b>38</b>
6.1	Erilaiset asiakasprofiilit	38
6.1.1	E erityisen huono-osaiset asiakkaat	38
6.1.2	Pärjäävät asiakkaat	41
6.2	Asiakkaiden yksilöllisten kokemusten ja asenteiden vaikutus	43
<b>7</b>	<b>Huumeiden käyttäjille suunnattujen palvelujen saavutettavuuteen vaikuttavat tekijät</b>	<b>49</b>
7.1	Rakenteelliset tekijät	49
7.1.1	Byrokraattisuus	49

7.1.2	Palvelujen järjestämistavat	56
7.1.3	Alueelliset erot	60
<b>7.2</b>	<b>Työntekijöiden rooli ja asiakkaan kohtaaminen</b>	<b>63</b>
<b>8</b>	<b>Johtopäätökset ja pohdinta</b>	<b>69</b>
	<b>Lähteet</b>	<b>75</b>
	<b>Liitteet</b>	<b>82</b>
	<b>Liite 1. Haastattelurunko</b>	<b>82</b>

# 1 Johdanto

Pro gradu -tutkielmassani tutkin terveysneuvontapisteiden asiakkaiden asemaa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä haastatteleamalla terveysneuvontapisteiden työntekijöitä. Terveysneuvontapisteet ovat matalan kynnyksen palvelupaikkoja sosiaali- ja terveyspalvelujen välimaastossa, missä pyritään ennaltaehkäisemään ja hoitamaan huumeiden suonensisäisestä käytöstä aiheutuvia haittoja. Käytännössä tämä tarkoittaa esimerkiksi puhtaiden käyttövälineiden jakamista, verikokeiden ottamista ja haavanhoitoa. Terveysneuvontapisteillä voidaan tehdä myös palveluohjausta, yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa sekä läheteitä erikoissairaanhoidon kuntoutusta ja opioidiavusteista korvaushoitoa varten. (A-klinikkasäätiön ja STM:n ylläpitämä vinkki.info-sivusto.)

Huumekuolemien määrä on noussut Suomessa koko 2000-luvun ajan. (Kailanto ym. 2023, 8). EU:n viimeisimmän tilastoraportin mukaan Suomi on väestön kokoon suhteutettuna yksi huumekuolemien kärkimaita Euroopassa. Lisäksi Suomessa kuolee huumeisiin suhteessa enemmän alle 25-vuotiaita kuin muissa Euroopan maissa. Huumekuolemien määrän vertailu kansainvälisesti on haastavaa ja siihen on suhtauduttava varauksella maiden välisten erilaisten tilastomenetelmien vuoksi. (Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus 2022.) Tästä huolimatta tilastot ovat kuitenkin huolestuttavia. Samanaikaisesti haittoja vähentävät toimintatavat, kuten käyttöhuoneet ja dekriminolisointi eli rikosoikeudellisesta rangaistavuudesta luopuminen ovat esillä julkisessa keskustelussa laajasti, ihan eduskunnassakin asti (esim. Muhonen 2023).

Huumeiden käytön laittomuuden vuoksi huumeiden käyttöön ja käyttäjiin on liitetty paljon negatiivisia mielikuvia, ja nämä asenteet voivat näkyä myös sosiaali- ja terveyspalveluissa ja siinä, miten työntekijät kohtaavat huumeita käyttäviä asiakkaita (Kailanto ym. 2023, 74–76). Päihdehuollon asiakkaat ovat yleisesti muuta väestöä huomattavasti huono-osaisempia, ja huumeita käyttävien asiakkaiden kohdalla huono-osaisuus on vielä tätäkin syvempää (esim. THL 2022). Tutkimusten (esim. Virokannas 2017; Perälä 2012) mukaan huumeidenkäyttö voi vaikuttaa negatiivisesti yksilöiden kokemuksiin palvelujärjestelmästä ja palvelujen saatavuudesta.

Terveysneuvontapisteet tarjoavat anonyymeja, matalan kynnyksen palveluita, jonka vuoksi siellä voidaan tavoittaa sellaisia ihmisiä, jotka muuten ovat syystä tai toisesta palvelujärjestelmän ulkopuolella. Terveysneuvontapisteiden toiminta perustuu ”harm reduction” eli haittoja vähentävän päihdetyön periaatteeseen. Haittoja vähentävässä päihdetyössä pyritään vähentämään huumeiden käytöstä johtuvia negatiivisia seurauksia eri tavoilla. Käytännössä haittoja vähentävä päihdetyö on saanut alkunsa nimenomaan veriteitse tarttuvien tautien leviämisen ennaltaehkäisyä, kun Euroopassa on alettu jakamaan steriilejä käyttövälineitä 1980-luvulla suonensisäisten huumeiden käyttäjille HIV:n ja C-hepatiitin leviämisen ehkäisemiseksi (Vakharia & Little 2016, 65). Myöhemmin haittoja vähentävän päihdetyön periaatteita on kehitetty teoreettiseksi malliksi, jota voidaan soveltaa riippuvuussairauksien hoidossa myös laajemmin.

Riippuvuussairauksien ja huono-osaisuuden välinen suhde tarkoittaa sitä, että terveyspalvelujen lisäksi monet huumeita käyttävät tarvitsevat usein myös sosiaalihuollon palveluita ja sosiaalityötä. Useissa tutkimuksissa (esim. Perälä 2012; Törmä 2009a) on tuotu esille ajatus siitä, että terveysneuvontapisteiden tekemä työ muistuttaa sosiaali- ja palveluohjausta ja saa ajoittain myös sosiaalityöllisiä piirteitä. Tämän vuoksi on mielestäni kiinnostavaa pohtia, miten terveysneuvontapisteiden työntekijät, jotka ovat pääosin yleensä terveydenhuollon ammattilaisia (aineistossa sairaan- ja lähihoitajia), näkevät esimerkiksi sosiaalitoimen ja terveysneuvontapisteiden asiakkaiden välisen suhteen.

Tutkimukseni tarkoituksena on tarkastella millaisena terveysneuvontapisteiden työntekijät näkevät asiakkaidensa aseman palvelujärjestelmässä, sekä millaisena heille tarkoitettujen palvelujen saatavuus näyttäytyy työntekijöiden näkökulmasta. Aineistosta tuli esille, että työntekijät toimivat usein myös eräänlaisena välikätenä asiakkaiden ja sosiaalitoimen välillä, minkä vuoksi olen kiinnostunut myös siitä, miten he näkevät huumeiden käyttäjien parissa tehtävän sosiaalityön. Käytän tutkimukseni teoriapohjana haittoja vähentävän päihdetyön periaatteita, sekä aiempaa tutkimusta huumeiden käyttäjille suunnatuista palveluista, niiden saavutettavuudesta, terveysneuvontapisteistä, sekä huumeita käyttävistä asiakkaista ja heidän asemastaan palvelujärjestelmässä.

Toteutan tutkimuksen teoriaohjaavan laadullisen sisällönanalyysin avulla. Lähestyn aineistoa ja analyysiä haittoja vähentävän päihdetyön periaatteiden sekä aiheesta

aiemmin tehdyn tutkimuksen näkökulmasta. Tavoitteenani on tutkimuksessa lopuksi pohtia myös sitä, millaisia mahdollisuuksia haittoja vähentävä päihdetyö tarjoaisi huumeita käyttävien asiakkaiden sosiaalityössä ja -palveluissa, sekä toisaalta millaisia haasteita periaatteiden soveltamiseen mahdollisesti liittyy. Tutkimukseni aineistona toimivat 4 terveysneuvontapisteen työntekijän haastattelut, jotka on kerätty kahdesta eri terveysneuvontapisteestä samalla hyvinvointialueella.

Tutkielmani toisessa luvussa esittelen haittoja vähentävää päihdetyötä, sekä esittelen sen soveltamisesta sosiaalityössä tehtyä tutkimusta. Kolmannessa luvussa taas käyn läpi huumeiden käyttäjille tarkoitettuja palveluita Suomessa, sekä esittelen tutkimuksen kannalta olennaisten terveysneuvontapisteiden toimintaa. Neljännessä luvussa käyn läpi aiempaa tutkimusta huumeiden käyttäjistä asiakkaina, sekä heidän asemastaan palvelujärjestelmässä. Viidennessä luvussa esittelen tutkimusasetelmani, eli käyn läpi tarkemmin tutkimuskysymyksiäni, sekä kerron aineistosta ja sen keruusta. Lisäksi esittelen käyttämäni tutkimusmenetelmän ja perustelen siihen liittyvät valintani, sekä kerron analyysiprosessista ja tutkimukseni etenemistä. Pohdin luvussa myös tutkimukseeni liittyviä tutkimuseettisiä kysymyksiä. Tämän jälkeen siirrytään tutkimustuloksiin. Tutkimuksen lopuksi käyn läpi tutkimukseni johtopäätökset, joissa reflektoin analyysini tuloksia. Lisäksi pohdin luvussa tutkimuksessani heränneitä tarpeellisia jatkotutkimusaiheita, sekä peilaan tekemiäni havaintoja laajemmin aiheesta käytyyn keskusteluun.

## 2 Haittoja vähentävä päihdetyö ja sosiaalityö

Terveysneuvontapisteiden toiminta perustuu ”harm reduction” -aatteeseen, eli toiminnan taustaperiaatteena on haittoja vähentävä päihdetyö. Haittoja vähentävän päihdetyön tarkoituksena on vähentää huumeiden käytöstä koituvia negatiivisia seurauksia. Tässä luvussa esittelen haittoja vähentävän päihdetyön historiaa, arvopohjaa, siitä tehtyä tutkimusta, sekä pohdin sen periaatteiden soveltamismahdollisuuksia sosiaalityön näkökulmasta.

### 2.1 Harm reduction – haittoja vähentävä päihdetyö

”Harm reduction” eli haittojen vähentäminen viittaa päihdehuollon piirissä ajatukseen, jossa toiminnan lähtökohtana on huumeita käyttävien turvallisuuden lisääminen ja huumeiden käytöstä aiheutuvien negatiivisten seurausten vähentäminen. Haittoja vähentävän päihdetyön voidaan katsoa saaneen alkunsa jo 1920-luvulla Iso-Britanniassa, jossa potilaille, joille oli muodostunut riippuvuus heroiniin tai kokaiiniin, saatettiin kirjoittaa resepti kyseisiin aineisiin haittojen vähentämiseksi ja toimintakyvyn säilyttämiseksi (Karoll 2010, 267). Yleisesti kuitenkin katsotaan, että moderni haittoja vähentävä päihdetyö on saanut alkunsa Euroopasta, erityisesti Alankomaista 1980-luvulla, kun suonensisäisesti huumeita käyttäville asiakkaille alettiin jakaa puhtaita pistovälineitä veriteitse tarttuvien tautien, kuten HIV ja C-hepatiitti leviämisen ehkäisemiseksi (Vakharia & Little 2016, 65).

Alkujaan haittoja vähentävä päihdetyö alkoi käytännön tarpeesta ja toiminnasta ilman varsinaista tutkimus- tai teoriapohjaa, jotka muodostuivat tutkimuksen pohjalta myöhemmin (Lushin & Anastas 2011, 98). Tutkimusten mukaan neulanvaihto-ohjelmat ovatkin yksi tehokkaimpia tapoja ehkäistä HIV:n leviämistä suonensisäisiä huumeita käyttävien keskuudessa (Vakharia & Little 2016, 65). Se, millaista haittoja vähentävä päihdetyö on käytännössä, vaihtelee maiden voimassa olevien lainsäädäntöjen mukaisesti (Perälä 2012, 33). Steriilien pistovälineiden jakamisen lisäksi yksi iso ja yleinen osa haittoja vähentävää päihdetyötä monissa maissa on korvaushoito, jolla tarkoitetaan opioidiriippuvuuden hoitoa esimerkiksi metadonilla tai buprenorfiinilla (Lushin & Anastas 2011, 97).

Haittoja vähentävän päihdetyön juuret ovat pääosin huumeiden käytöstä johtuvien negatiivisten terveysvaikutusten hoidossa ja ennaltaehkäisyssä, mutta sen periaatteita voidaan soveltaa laajemmin riippuvuussairauksien hoidossa sekä päihdeongelmaisten asiakkaiden tukipalvelujen järjestämisessä. Pohjimmaisena toimintaperiaatteena on ottaa huumeiden käyttäjät vastaan sellaisina kuin he ovat ja huolehtia heidän perustarpeistaan ilman vaatimuksia lopettamisesta. Tämän uskotaan madaltavan heidän kynnystään hakea ja ottaa apua vastaan, sekä lisäävän heidän muutosvalmiuttaan. Kun asiakkaiden perustarpeisiin vastataan ja heidän turvallisuudestaan ja terveydestään välitetään, myös heidän edellytyksensä kuntoutua nousevat. (Vakharia & Little 2016, 65.) Tämä ajatus näkyy esimerkiksi Asunto ensin -toiminnan pohjalla, jonka periaatteena on, että asunto on nimenomaan edellytys asunnottoman päihderiippuvaisen kuntoutumiselle (Ranta & Perälä 2022, 182).

Haittoja vähentävän päihdetyön kannattajat ovat kritisoineet perinteisempiä päihdetyön menetelmiä, joissa asiakkaalta vaaditaan täyttä sitoutumista päihdeettömyyteen edellytyksenä avun saamiselle. Kritiikki on kohdistunut siihen, etteivät menetelmät huomioi asiakkaan sen hetkistä todellisuutta, sosiaalista kontekstia ja niiden vaikutusta asiakkaan päihdeidenkäyttöön. Tällä viitataan siihen, että huumeiden käyttäjien taloudellinen ja sosiaalinen tilanne yhdessä muiden tekijöiden kanssa vaikuttavat heidän kykyynsä sitoutua päihdeettömyyteen. (Lushin & Anastas 2011, 96.) Päihdeettömyyden vaatiminen liian aikaisessa vaiheessa kuntoutusta nähdään asiakkaiden ja yhteiskunnan edun kannalta epäkäytännöllisenä ja asiakkaita karkottavana tekijänä (Lushin & Anastas 2011, 98).

Perinteisesti päihdekuntoutuksen ensisijaisena tavoitteena on pidetty täyttä päihdeettömyyttä. Haittoja vähentävässä päihdetyössä päihdeettömyyteen pääseminen on myös lopullinen tavoite, mutta samalla tunnistetaan myös muut vaihtoehtoiset positiiviset lopputulokset, eli haittojen vähentäminen. (Karoll 2010, 268.) Tämä tarkoittaa sitä, että haittoja vähentävässä päihdetyössä tavoitteet voivat ajoittain olla hyvin pieniä ja muutos voi olla hidasta. Onnistumisena voidaan nähdä esimerkiksi se, että asiakas, joka ei ole ollut vuosiin palvelujen piirissä, käy neulanvaihtopisteellä useamman kerran viikossa ja juttelee samalla asioistaan pisteen työntekijän kanssa. (Vakharia & Little 2016, 74.)

Huumeiden käyttöä on pitkään tarkasteltu rikosoikeudellisesta ja moraalista näkökulmasta. Haittoja vähentävä päihdetyö on eräänlainen vaihtoehtoinen lähestymistapa huumeiden käytön ja sen seurausten tarkastelulle. Sen sijaan, että huumeiden käyttö nähtäisiin rikosoikeudellisena tai moraalisenä ongelmana, jota voidaan säädellä esimerkiksi käytön rankaisevuudella, keskitytään pääasiassa huumeiden käytön konkreettisiin seurauksiin ja niiden vaikutuksiin. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että huumeiden säätelyssä ja huumeiden käyttäjille suunniteltujen palvelujen järjestämisessä tulisi arvioida käytäntöjä sen mukaan, ovatko ne hyödyksi asiakkaalle ja laajemmin koko yhteiskunnalle esimerkiksi taloudellisten seuraustensa puolesta. Haittoja vähentävässä päihdetyössä käyttöä tarkastellaan ns. alhaalta ylöspäin, eli asiakkaiden todellisuudet ja etu huomioiden, eikä ylhäältä alaspäin säätelyn ja rangaistavuuden kautta. (Karoll 2010, 267–269.)

Haittoja vähentävän päihdetyön toimintatapoja on myös arvosteltu ja kuvattu epäeettisiksi. Kritiikki pohjautuu ajatukseen siitä, että koska huumeiden käyttöön liittyvien riskien vuoksi lopettaminen olisi turvallisin vaihtoehto, on epäeettistä hoitaa yksilöitä, jotka käyttävät huumeita tietoisesti niihin liittyvistä riskeistä huolimatta. Käytännössä kritiikki perustuu siihen, että haittoja vähentävä päihdetyö helpottaa ja mahdollistaa huumeiden käytön jatkamisen, kun taas päihdeettömyyden edellyttämisen toivotaan motivoivan asiakasta kuntoutumiseen. (Vakharia & Little 2016, 274.)

Haittoja vähentävää päihdetyö on voitu nähdä pinnallisena ”laastariratkaisuna” monimutkaiseen ongelmaan. Tällä viitataan siihen, että huumeiden käyttö ei tapahdu tyhjiössä, vaan siihen liittyy laajasti muita sosiaalisia ongelmia, rakenteellista epätasa-arvoa ja valtasuhteita sekä syrjäytymistä. Haittoja vähentävän päihdetyön yleisimmät soveltamistavat keskittyvät pääosin huumeiden käytön fyysisiin terveyshaittoihin. Se voidaan nähdä osana päihdeongelmien aiempaa lääketieteellisempää tarkastelutapaa. Pääosa palveluista on keskittynyt fyysisiin haittavaikutuksiin, eivätkä ne ole tarjonneet ratkaisuja huumeiden käyttöön liittyviin sosiaalisiin ongelmiin. Haittoja vähentävää päihdetyötä on kritisoitu myös siitä, että sen huumeita käyttävälle tarjoama tulevaisuus kuvautuu näköalattomana ja yksilö nähdään kroonisen huumeidenkäyttäjän identiteetin kautta, jolle ei tarjota muita vaihtoehtoja. (Perälä 2012, 16–22.) Tosiasiassa on hyvä muistaa, ettei haittoja vähentävä päihdetyö poissulje muita päihdehuollon tavoitteita tai palvelujen tarjoamista, jos asiakas niitä itse pyytää (Vakharia & Little 2016, 274).

Yksi vasta-argumentti haittoja vähentävän päihdetyön kohtaamalle kritiikille on se, että päihitteettömyyden vaatiminen voi johtaa pahimmassa tapauksessa siihen, että asiakkaat eivät hae apua ollenkaan. Haittoja vähentävän päihdetyön periaatteisiin kuuluu ajatus siitä, että mikäli asiakas tulee joka tapauksessa käyttämään huumeita, on parempi, että hänelle tarjotaan mahdollisuus tehdä se mahdollisimman turvallisesti. Samalla asiakas saa kontaktin palvelujärjestelmään ja tiedon siitä, mistä hän voi saada esimerkiksi lähetteen vieroitukseen tai asumispalveluihin, kun on itse siihen valmis. (Vakharia & Little 2016, 274.)

Haittoja vähentävässä päihdetyössä käydyssä keskustelussa nouseekin merkittäväksi kysymys siitä, nähdäänkö huumeiden käyttö yhteiskunnassa välttämättömänä pahana, eli ilmiönä, jota ei voida ikinä täysin poistaa. Tällä kysymyksellä on merkittävä vaikutus myös palvelujen järjestämisen kannalta: miten suhtaudumme yhteiskunnassamme sellaisiin ratkaisuihin ja toimintatapoihin, joissa haittojen vähentäminen nähdään parempana kuin sen tekemättä jättäminen, siitä huolimatta, ettei se ratkaise varsinaista juurisyytä tai ongelmaa. (Perälä 2012, 17.) Tähän liittyen on esitetty erilaisia näkemyksiä ja kysymyksiä, esimerkiksi artikkelissaan huumeongelman normalisoitumisesta Suomessa Hakkarainen ym. (2007, 545) kuvailevat haittoja vähentävän päihdetyön pyrkimyksiä toteamalla, että mikäli ei voida saavuttaa parasta, voidaan aina silti pyrkiä tekemään hyvää. Toisaalta taas Gordon Roe (2005, Perälän 2012, 17 muk.) on kysynyt ”onko pahaa parempi tarpeeksi hyvä?”.

## **2.2 Haittoja vähentävän päihdetyön soveltaminen sosiaalityössä**

Haittoja vähentävää päihdetyötä sosiaalityön näkökulmasta on tutkittu melko vähän. Periaatteiden soveltamista sosiaalityön käytännössä ei ole tutkittu laajasti kotimaisessa tutkimuksessa. Kansainvälisissä, pääosin Yhdysvalloissa tehdyissä tutkimuksissa on keskitytty pääosin haittoja vähentävän päihdetyön teoreettiseen näkökulmaan sosiaalityössä, eikä niinkään periaatteiden soveltamiseen käytännössä kliinisessä sosiaalityössä asiakkaiden kanssa (Karoll 2010, 264). Artikkelissaan haittoja vähentävän päihdetyön periaatteiden soveltamisesta käytännön sosiaalityöhön Vakharia ja Little (2016, 66) tuovat esille sosiaalityön ja haittoja vähentävän päihdetyön jaettua arvopohjaa: molemmissa keskeisinä arvoina ovat asiakkaan autonomian ja itse määrittelyn kunnioittaminen. Artikkelin mukaan niitä yhdistää myös tavoite siitä, että

yhteistyö alkaa sieltä, missä asiakas voimavarojensa ja valmiuksiensa suhteen milläkin hetkellä on. (Vakharia & Little 2016, 66). Haittoja vähentävän päihdetyön ja sosiaalityön jakaman yhteisen arvopohjan ja periaatteiden kannalta onkin kiinnostavaa, että Riikka Perälä (2012) kuvaa väitöskirjassaan terveysneuvontapisteissä tehtävän työn saavan sosiaalityöllisiä piirteitä pisteiden työntekijöiden tarjotessa palveluohjausta sekä tehdessä yhteistyötä muun palvelujärjestelmän kanssa.

Haittoja vähentävän päihdetyön soveltaminen sosiaalipalveluissa tarkoittaa yksinkertaisimmillaan sitä, että pyritään vähentämään asiakkaan huumeiden käytöstä aiheutuvia ongelmia ilman, että asiakkaalta odotetaan päihdeettömyyteen sitoutumista (Karoll 2010, 269). Käytännössä tämä on esimerkiksi suomalaisessa sosiaalityössä tarkoittanut sitä, että asunnottomuuden kanssa työskentelevät ovat alkaneet soveltamaan Asunto ensin -mallia. Asunto ensin -mallissa asiakkaalta ei edellytetä sitoutumista päihdeettömyyteen asunnon tai asumispalvelun saamiseksi. (Ranta & Perälä 2022, 182.)

Suomessa päihdehuollon järjestämistä säätelevä lainsäädäntö (päihdehuoltolaki 1986, sosiaalihuoltolaki 2014 ja terveydenhuoltolaki 2010) antoi aiemmin kunnille ja nykyisin hyvinvointialueille (ja Helsingin kaupungille) mahdollisuuden järjestää vaaditut päihdehuollon palvelut halutulla tavalla. Kunnilla ja nykyisin hyvinvointialueilla on mahdollisuus vaikuttaa siihen, mitä palveluita järjestetään ja millä tavalla ne toteutetaan, sekä millä kriteereillä palveluita myönnetään. Huumeita käyttävien asiakkaiden palvelutarpeen arviointi, etenkin heidän tarvitessaan asumispalveluita, on usein sosiaalityöntekijöiden vastuulla. Kunnat ovat kuitenkin aikaisemmin saattaneet vaatia asiakkailta sitoutumista päihdeettömyyteen edellytyksenä asumispalveluille. (Toiviainen 2008, 164.) Näissä tilanteissa sosiaalityön käytäntö ja haittoja vähentävän päihdetyön periaatteet ovat olleet ristiriidassa keskenään.

Toisaalta asumispalveluihin liittyvissä kriteereissä ei ole aina kyse sosiaalityöntekijän tietoisesta omasta rajauksesta, vaan myös asumispalveluiden tuottajat voivat rajata sitä, millaisia asiakkaita he ottavat. Yksityiset palveluntuottajat voivat valikoida millaisia asiakkaita he ottavat vastaan, jolloin he saattavat valita resurssien käyttämisen ja kohdentamisen kannalta ”helpoimmat” asiakkaat. Tällöin esimerkiksi aktiivisesti päihdeitä käyttävät, väkivaltaiset tai muilla tavoilla ”hankaliksi” profiloituvat asiakkaat

voivat jäädä palvelujen ulkopuolelle. Tämän vuoksi päihitteettömyyden edellyttäminen ei ole aina sosiaalityöntekijälähtöistä. (Saari 2015, 192.)

Sosiaalityöntekijän esittämä vaatimus esimerkiksi päihitteettömyydestä asumisen edellytyksenä edustaa sosiaalityössä tapahtuvaa vallan käyttöä ja hallintaa. Perälä (2012) tutki väitöskirjassaan haittojen vähentämistä huumeita käyttäviin asiakkaihin kohdistettavien hallintakäytäntöjen näkökulmasta. Tämän vuoksi päädyin pohtimaan sosiaalityössä käytettyä valtaa ja hallintaa suhteessa haittoja vähentävään päihdetyöhön. Sosiaalityön ja haittoja vähentävän päihdetyön vertailemisen kannalta koen olennaiseksi avata sosiaalityössä käytettyjä hallintakeinoja tutkimusaiheeni kannalta, ja pohtia erilaisia lähestymistapoja suhteessa haittoja vähentävään päihdetyöhön.

Sosiaalityössä käytetty valta on usein normalisoivaa, eli sen tavoitteisiin, käytäntöihin ja toimintatapoihin vaikuttavat sen yhteiskunnan ja kulttuurin käsitykset normaaliudesta ja epänormaaliudesta, jossa sosiaalityötä harjoitetaan. Teoreettisessa keskustelussa valtaa tai hallintaa ei nähdä lähtökohtaisesti negatiivisena tai positiivisena asiana, vaan neutraalina ilmiönä. (Aikio 2017, 41.) Normien vaikutus näkyy myös haittoja vähentävässä päihdetyössä. Hallintaa käsittelevässä kirjallisuudessa terveyteen ja sairauksiin kohdistuvasta vallankäytöstä tai hallinnasta käytetään termiä "biovalta". Haittoja vähentävän päihdetyön toimintaa ja sen pohjalla vaikuttavia normeja voidaan tarkastella biovallan käsitteen kautta, kun toiminnan tavoitteena on saada huumeita käyttävät asiakkaat käyttämään niitä mahdollisimman turvallisesti ja huolehtimaan omasta terveydestään. (Perälä 2012, 28.) Hallinta ei ole pelkästään rajoittamiseen tai muuhun pakottamiseen perustuvaa vallan käyttöä, vaan se voi olla esimerkiksi taivuttelua tai erilaisilla hyödykkeillä motivoimista (Aikio 2017, 127).

Aikio erottelee väitöskirjassaan sosiaalityössä käytettyjä hallintakeinoja dominoiviin, normalisoiviin ja ei-normalisoiviin hallintakeinoihin. Dominoiva hallinta lähtee täysin hallinnan käyttäjistä. Normalisoivassa hallinnassa työskentelyn tavoitteet ja keinot tulevat myös hallinnankäyttäjältä. Kummassakin näistä hierarkkisuus korostuu. Dominoiva ja normalisoiva hallinta pohjautuvat yhteiskunnallisiin käsityksiin normaaliudesta ja epänormaaliudesta, ja ne molemmat asettavat työskentelyn tavoitteet tälle jatkumolle. Tällöin asiakkaan intressejä ja tavoitteita arvioidaan ja arvotetaan suhteessa tuohon jatkumoon: normaaliutta lähenevät intressit nähdään toivottuina, siitä

poikkeavat taas epätoivottuja. Dominoiva ja normalisoiva hallinta myös rajoittavat ajattelua ja mahdollisuuksien kartoittamista tämän jaottelun ulkopuolella. Ei-normalisoivat hallinnan tekniikat pyrkivät lähestymään asiakkaan tilannetta ja intressejä normaaliuden ja epänormaaliuden käsitteiden ulkopuolella. Yhteiskunnallisten normien sijaan työskentelyn keskiöön nousevat asiakkaan omien kokemusten, tiedon, tavoitteiden ja intressien merkitys. Ei-normalisoivien hallintakäytäntöjen kautta työskentelyn lähestyminen jättää enemmän tilaa dialogille asiakkaan ja työntekijän välille. (Aikio 2017, 37–42.) Tämän pohjalta tulkitsem, että modernin sosiaalityön ja haittoja vähentävän päihdetyön jaetut arvot, eli asiakaslähtöisyys, itsemäärityksen kunnioittaminen ja työskentelyn aloittaminen asiakkaan yksilöllisistä lähtökohdista kuvautuvat ei-normalisoivina hallinnan keinoina.

Työntekijän arvot voivat tutkimusten mukaan vaikuttaa asiakastyöskentelyn tuloksiin huumeita käyttävien asiakkaiden kanssa. Phillipsin ym. (2008, 37–38) tekemän tutkimuksen mukaan esimerkiksi se, että työntekijä arvottaa yhteiskunnan normeihin sopeutumisen (conformity) korkealle omassa arvojärjestyksessään, korreloi heikompien tulosten kanssa asiakkaiden kanssa, kun taas esimerkiksi stimulaation tai itsenäisen ajattelun ja toiminnan arvottaminen korkealle korreloi positiivisten tulosten kanssa. Tulkitsem itsenäisen ajattelun korostamisen olevan linjassa ei-normalisoivien hallintakeinojen kanssa. Tämän pohjalta herää ajatus, että mikäli työntekijä itse pitää yhteiskunnan normeihin sopeutumista tärkeänä, voi tämä mahdollisesti näkyä myös työskentelyssä normalisoivien hallintakeinojen muodossa.

Ei-normalisoivassa hallintatekniikoissa työntekijä lähtee työskentelemään asiakkaan kanssa sen pohjalta, minkä asiakas itse määrittelee ongelmakseen ja mitä muutoksia hän omaan elämäänsä toivoo. Tästä huolimatta sosiaalityöntekijä on silti tilanteessa hallinnan käyttäjänä. Sosiaalityöntekijällä on esimerkiksi enemmän tietoa kuin asiakkaalla, koska opintojen ja työkokemuksen pohjalta sosiaalityöntekijä pystyy tarkentamaan sitä mistä asiakkaan ongelmassa on kyse, sekä millaisia tavoitteita voidaan asettaa ja millä keinoilla ongelmaa voidaan lähestyä. Sosiaalityöntekijän asiantuntijuuteen liittyy myös sellaisten käsitteiden hallitseminen, joiden avulla hän voi jäsentää asiakkaan ongelmaan liittyviä havaintoja sekä asiakkaaseen kohdistuvaa vallankäyttöä. Arkikäsitteiden mukaan tätä ei välttämättä tunnusteta vallan käytöksi tai hallinnaksi. Sosiaalityöntekijän tekemät tulkinnot asiakkaan ongelmasta ja siihen

sopivista ratkaisukeinoista vaikuttavat kuitenkin asiakkaaseen ja työskentelyn kulkuun huomattavasti, vaikka asiakas itse määritteli ongelman ja tavoitteen. (Aikio 2017, 66.)

Vaikka sosiaalityöntekijä pyrkisi työskentelemään ei-normalisoivien hallintatekniikoiden kautta, ei työntekijän ja asiakkaan suhde kuitenkaan tapahdu tyhjiössä. Sosiaalityöntekijän työtä ohjaavat ammatilliset tavoitteet, jotka pohjautuvat työntekijän asiantuntijuuteen. Lisäksi sosiaalityöntekijän toimintaa ohjaa usein ulkopuolelta asetetut tavoitteet, joita yleensä ohjaa yhteiskunnan normit sekä yhteiset intressit. Tämän vuoksi sosiaalityöntekijän ja asiakkaan tavoitteet ja mieltymykset tilanteissa voivat olla ristiriidassa keskenään. Asiakas saattaa esimerkiksi toimia tavoilla, joita sosiaalityöntekijä ei viranomaisena voi hyväksyä. Vaikka sosiaalityöntekijä pyrkisi lähestymään työskentelyä ei-normalisoivien hallintakäytäntöjen kautta, on sosiaalityössä käytännössä aina huomioitava silti yhteiskunnan yhteiset intressit ja vallitsevat normit, erityisesti sosiaalityön toimintaa säätelevän lainsäädännön näkökulmasta, sekä ammatilliset tavoitteet kuten vaikkapa lastensuojelulliset tavoitteet. (Aikio 2017, 52–65.)

Käytännössä Aikion kuvaamaa ilmiötä voidaan havainnollistaa esimerkiksi juuri huumeita käyttävän asiakkaan näkökulmasta. Huumeita käyttävä asiakas ei välttämättä halua lopettaa huumeiden käyttöä, vaan hänen intressinsä on jatkaa käyttöä. Huumeiden käytön laittomuuden ja yleisen haitallisuuden vuoksi ei ole sosiaalityöntekijän omassa intressissä kannustaa tai mahdollistaa asiakkaalle huumeiden käyttöä. Lisäksi tilanteeseen ja sosiaalityöntekijän intresseihin vaikuttaa olennaisesti se, onko asiakkaalla samassa asunnossa asuvia alaikäisiä lapsia, jolloin sosiaalityöntekijällä olisi velvollisuus huomioida myös lastensuojelulliset tavoitteet asiakkaan tilanteen arvioimisessa. Tällöin sosiaalityöntekijän on pyrittävä sovittamaan jollain tavalla omat intressinsä, asiakkaan intressit sekä ulkopuolelta tulevat yhteiset intressit yhteen. (Aikio 2017, 52–65.)

Teemu Rantasen (2007, 185) tutkimuksessa sosiaalityöntekijöiden asenteista huumeita käyttäviä asiakkaita kohtaan kävi ilmi kuvatun tilanteen vaikutus asiakkaan kokemukseen asenteellisuudesta. Rantasen mukaan sosiaalityöntekijät näkivät työskentelyn tavoitteena päihteettömyyden, kun taas osa asiakkaista ei ollut valmiita tai halukkaita sitoutumaan tähän, vaan tavoitteena saattoi olla vain jonkin tietyn päihteen

lopettaminen, käytön hallinta tai vähentäminen. Rantanen kuvasi sosiaalityöntekijöiden toimivan ”parantamisen kehyksessä”. Rantasen kuvaamassa ”parantamisen kehyksessä” sosiaalityöntekijät työskentelevät normalisoivien hallintatekniikoiden kautta, sillä päihdeettömyys tavoitteena ei tule asiakkaalta itseltään, vaan perustuu toisaalta voimassa olevaan lainsäädäntöön, mutta myös yhteiskunnallisiin normeihin. Asiakkaiden oma ajatus päihdeiden käytön vähentämisestä tai hallinnasta taas sopii haittoja vähentävän päihdetyön käsitykseen asiakkaan pienten onnistumisten havaitsemisesta ja tukemisesta, sekä asiakkaan tavoitteiden itsemäärittelyn tärkeydestä. (Rantanen 2007.)

Sosiaalityöntekijä voi esimerkiksi kaivaa yleisiä intressejä palvelevista, normaalisuusperiaatteella toimivista hallinnan tekniikoista esille niitä piirteitä tai arvoja, jotka palvelevat asiakkaan yksilöllisiä ja sosiaalityöntekijän ja asiakkaan yhteisiä tavoitteita. (Aikio 2017, 51.) Tämä asetelma näkyy esimerkiksi haittoja vähentävän päihdetyön perustelemisessa, jossa argumenttina usein käytetään asiakkaan yksilöllisten intressien lisäksi myös yhteiskunnalle koituvia taloudellisia säästöjä. (Karoll 2010, 267–269.)

Tutkimukseni kannalta toinen olennainen valta- ja hallintasuhteeseen liittyvä tekijä on asiakkaan ja työntekijän välinen suhde ja siihen liittyvä luottamus. Aikio (2017, 108) kuvaa sosiaalityöntekijän ja asiakkaan välille mahdollisesti muodostuvaa epäluottamusta valtasuhteen kontekstissa toteamalla epäluottamuksen lähtevän liikkeelle, kun toinen suhteen osapuolista tekee pieniä palveluja toiselle, joihin toinen ei vastaa tyydyttävästi tai sovitusti. Aikio käyttää esimerkkinä sitä, että asiakas ei esimerkiksi suoriudu sovituista vastuista tai toimista. Tämä epäluottamus voi vaikuttaa sosiaalityöntekijän valmiuteen antaa asiakkaalle palveluita tai tukia, sekä johtaa siihen, ettei sosiaalityöntekijä esimerkiksi luota asiakkaan selitykseen tapahtuneesta. Sosiaalityössä asiakassuhteet ovat usein tietyllä tavalla vastikkeellisia: sosiaalityöntekijä esittää asiakkaalle usein tietynlaisia edellytyksiä palvelujen saamiselle, joiden tavoitteena on edistää asiakkaan omaehtoisuutta (Aikio 2017, 102). Haittoja vähentävä päihdetyö taas lähtee siitä, ettei asiakkaalle aseteta odotuksia tai vaatimuksia avun tai tuen saamiselle (Vaharia & Little 2017, 65).

Aikio avaa antamassaan esimerkissä epäluottamusta nimenomaan työntekijän näkökulmasta. Aikio kuitenkin kuvaa valtasuhdetta vuorovaikutussuhteena, jossa

molempien osapuolten vallan määrä voi vaihdella. Tämän perusteella tulkitsemme, että sama ilmiö voi olla myös taustalla silloin, kun asiakas ei luota sosiaalityöntekijään tai laajemmin viranomaisiin. Tällä viitataan tilanteeseen, jossa asiakas on itse muuttanut käytöstään tai toiminut muuten tietyllä tavalla sosiaalityöntekijän tai muun viranomaisen intressien mukaisesti saadakseen tältä vastavuoroisesti jotain. Mikäli asiakas kokee, että sosiaalityöntekijä tai muu viranomainen ei ole pystynyt vastaamaan tähän tarpeeseen, voi asiakkaalle myös syntyä epäluottamus sosiaalityöntekijää tai ylipäättään viranomaisia kohtaan. Haittoja vähentävän päihdetyön ja sosiaalityön kannalta asiakkaan yleisellä luottamuksella viranomaisia kohtaan on suuri merkitys, koska se vaikuttaa olennaisesti niihin lähtökohtiin, joista työskentely alkaa. Käsittelen huumeita käyttävien asiakkaiden kokemusten merkitystä lisää luvussa 4, kun esittelen huumeita käyttävistä asiakkaista ja heidän asemastaan palvelujärjestelmässä aiemmin tehtyä tutkimusta.

### **3 Huumeita käyttävien asiakkaiden palvelut Suomessa**

Tässä luvussa käyn ensin läpi sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää huumeiden käyttäjien näkökulmasta: millaisia palveluita heille on saatavilla, mitkä tahot ovat vastuussa huumeiden käyttäjien palveluista ja miten aiempien tutkimusten perusteella voidaan arvioida palvelujen kykyä vastata huumeiden käyttäjien tuen tarpeeseen. Terveysneuvontapisteiden toiminnalla ja periaatteilla on tämän tutkimuksen kannalta erittäin merkittävä rooli. Tämän vuoksi esittelen tässä luvussa myös terveysneuvontapisteiden toimintahistoriaa ja periaatteita sekä niistä tehtyä tutkimusta. Lisäksi käsittelen terveysneuvontatoimintaan liittyviä haasteita.

#### **3.1 Palvelujärjestelmä huumeita käyttävien asiakkaiden näkökulmasta**

Huumeiden käytön lisääntyessä myös erilaiset palvelut huumeita käyttäville asiakkaille ovat lisääntyneet. Päihdepalvelut kokonaisuudessaan sijoittuvat sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdyspinnoille (Poikonen & Kekoni 2019, 51). Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että palveluja järjestetään sekä sosiaali- että terveydenhuollon organisaatioissa.

Päihdehuollon palveluista ja hyvinvointialueiden velvollisuuksista niiden järjestämiseen liittyen säädetään päihdehuoltolaissa (41/1986), sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) ja terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Sosiaalihuoltolain 24 § ja 24a § perusteella järjestettäviä erityispalveluita päihdeongelmallisille ovat ainakin sosiaalityö, sosiaaliohjaus, sosiaalinen kuntoutus ja asumispalvelut. Erityispalveluita voidaan järjestää joko avo- tai laitospuoleisena. Terveysneuvontalain päihde- ja riippuvuushoitoa säättävä 28 § ei luettele tarkkoja palvelumuotoja, vaan velvoittaa hyvinvointialueen antamaan riittävästi ohjausta ja neuvontaa päihteisiin liittyvistä riskeistä ja riippuvuudesta, sekä turvaamaan riippuvuushäiriöiden ehkäisyn, tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen. Vain opioidiriippuvuuden osalta on mainittu tarkkana hoitomuotona vieroitus- ja korvaushoito opioidilääkkeillä terveydenhuoltolain 28 a §:ssa. Lainsäädäntö jättää hyvinvointialueille laajat mahdollisuudet päättää palvelujen järjestämistavoista itse.

Palvelujärjestelmä on pyrkinyt lähivuosina siirtämään päihdepalvelujen painopistettä kohti avohuollon ja matalan kynnyksen palveluita. (Kuussari ym. 2017, 267–270.) Samalla ennalta ehkäisevän päihdetyön roolia on pyritty kasvattamaan (Warpenius & Markkula 2018, 17). Sekä mielenterveys- että päihdepalvelujen uudelleen järjestämisessä on pyritty keskittämään palveluita yhteisölähtöisiin avopalveluihin ja matalankynnyksen palveluihin (Ala-Nikkola ym. 2014, 8457).

Mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten osalta näillä 2000-luvun alussa tehdyillä uudistuksilla on ollut positiivisia vaikutuksia esimerkiksi itsemurhien määrän laskun ja elinajanodotteen nousun suhteen (esim. Pirkola ym. 2009 ja Westman ym. 2012). Samoihin aikoihin tehtyjen tutkimusten perusteella uudistusten vaikutus ei näkynyt tuolloin niiden ihmisten elinajanodotteessa, joilla on riippuvuushäiriö (esim. Wahlbeck ym. 2011 ja Wahlbeck 2011). Sekä kansainvälinen (esim. Thornicroft & Tansella 2013), että kotimainen (esim. Pirkola ym. 2007 ja Pirkola ym. 2009) tutkimus tukevat yhteisöllisyyteen orientoituneiden avopalvelujen tehokkuutta yhdessä perinteisemmän institutionaalisemman, eli sairaaloihin ja asumisyksiköihin, perustuvien palvelujen kanssa.

Haittoja vähentävän päihdetyön yleistyminen ja roolin vakiintuminen on osa matalan kynnyksen palveluihin panostamiseen liittyvää kehitystä. Terveysneuvontapisteillä ja opioidiavusteisella korvaushoidolla on merkittävä rooli huumeita käyttävien asiakkaiden erityispalveluissa. Lisäksi niitä huumeiden käyttäjiä, jotka tarvitsevat myös psykiatrista hoitoa, hoidetaan erikoissairaanhoidossa riippuvuuspsykiatrialla. (Laitinen ym. 2017, 82.) Sosiaalihuollon ja sosiaalityöntekijän vastuulla on huolehtia siitä, että päihdehuollon asiakkaan oikeudet toteutuvat hänen tuen tarpeensa ja etunsa mukaisesti (Poikonen & Kekoni 2019, 52).

Päihdepalvelujärjestelmän resurssipuutteiden sekä huumeiden käytön rankaistavuuden vuoksi vastuu huumeiden käyttäjistä jakautuu sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi myös muille viranomaisille, kuten poliisille ja Rikosseuraamuslaitokselle. Sisäasiainministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön (2011) tekemän selvityksen mukaan päihdeongelmaisten suuri osuus poliisin tekemissä säilöönotoissa selittyi pitkälti sopivien ja tarpeen mukaisten palvelujen niukkuudella. Resurssien puutteesta kertoo lisäksi se, että päihdeongelmaisten vankien määrä on kasvanut (Kaukonen 2019,

39). Sosiaali- ja terveydenhuollon keskinäisen yhteistyön saumattomuuden lisäksi on huomioitava yhteistyö myös muiden viranomaisten kanssa, jotta huumeita käyttävien asiakkaiden tuen tarpeeseen voidaan vastata oikea-aikaisesti.

Kaukonen (2019, 43) toteaa, että yksittäisten päihdepalvelujen tuloksellisuuden arvioiminen kokonaistilanteen kannalta järkevällä tavalla on haastavaa. Päihdeongelmien monisyisyys ja tiivis yhteys huono-osaisuuteen tarkoittaa sitä, että yksittäisen päihdekuntoutusjakson vaikuttavuutta asiakkaan elämään voi olla hankala arvioida luotettavasti, sillä onnistuminen on yleensä pitkän ja laajan työskentelyn tulos. Päihdeongelmien ratkaisuun tarvitaan Kaukosen mukaan koko sosiaali- ja terveystalouden kattavia turvaverkkoja ja toistuvia ja jatkuvia interventioita. Hoitojärjestelmän sijaan päihdehuoltoa olisi kannattavampaa tarkastella osana laajempaa sosiaali- ja terveystaloutta. Tällä ymmärrän Kaukosen tarkoittavan sitä, ettei päihdehuoltoa voida nähdä pelkästään yksilöllisenä poikkeavuutena, johon voidaan vastata yksilöllisillä ratkaisulla. Kattavien ja toimivien päihdepalvelujen turvaamiseksi on nähtävä myös päihdeongelmien sosiaaliset ja rakenteelliset ulottuvuudet, ja pyrittävä yksilöllisten palvelujen lisäksi vastaamaan ja puuttumaan myös näihin.

### **3.2 Päihdehuollon palvelujen saatavuus ja saavutettavuus**

Huumeiden käyttäjien palveluita arvioidessa on huomioitava olemassa olevien palvelujen lisäksi myös niiden tosiasiallinen saavutettavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön (2016, 29) tekemän arvion mukaan noin kolmasosa päihdehuollon palveluita tarvitsevista saa tarvitsemaansa apua. Päihdehuollon palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden luotettavaa arviointia vaikeuttaa se, että myös päihdehuollon palvelujen tarpeen laajuutta on myös vaikeaa mitata luotettavasti. Ilmiötä voi lähestyä tutkimalla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen päihteisiin liittyvien asiointien määrää, mutta kun huomioi arvion, jonka mukaan vain kaksi kolmasosaa päihdehuollon palveluja tarvitsevista on avun piirissä, voidaan todeta, etteivät asiointitilastot yksinään voi kertoa todellisuutta kokonaistilanteesta.

Tutkimuksissa on pyritty luomaan erilaisia tilastollisia malleja, joiden pohjalta hahmottaa todellista palvelutarvetta pelkkiä asiointeja laajemmin. Suomessa palvelujen tarpeen todellista laajuutta ovat tutkineet esimerkiksi Ala-Nikkola ym. (2014) ja

Hirschovits-Gerz ym. (2016). Todellisen tarpeen tarkastelemiseksi tutkijat ovat pyrkineet luomaan erilaisia malleja, joiden kautta mitata ja hahmottaa tilannetta pelkkiä asiointitilastoja laajemmin. Näiden tutkimusten käyttämissä malleissa pyritään hyödyntämään tilastollisina muuttujina asiointien lisäksi muita mahdollisesti mielenterveys- ja päihdeongelmien määrästä kertovia tilastoja. Hirschovits-Gerzin ym. (2016) tekemässä vertailussa seitsemän eri suomalaisen kunnan päihdehoidon tarpeista huomioitiin neljä muuttujaa, jotka olivat:

1. Palvelujen käyttö, eli päihdehuollon erityispalveluissa, sekä terveyskeskuksen tai sairaalan vuodeosastolla päihteiden vuoksi hoidossa olleiden asiakkaiden määrät
2. Alkoholin myynti sekä päihteiden ongelmallinen käyttö väestössä
3. Päihteiden käytön lieveilmiöksi luokiteltavat ilmiöt, eli esimerkiksi huumausainerikosten, päihtyneiden säilöönottojen, päihteiden vaikutuksen alaisena tehtyjen väkivaltarikoksista epäiltyjen ja poliisin tietoon tulleiden rattijuopumustapausten määrä suhteessa väestömäärään
4. Sosiaalinen huono-osaisuus ja mielenterveysongelmat

Näiden pohjalta tutkimuksessa eroteltiin suuren, keskitason ja pienen palvelutarpeen kuntia. Tutkimuksen perusteella se, miten paljon päihdehuollon palveluja käytettiin ei korreloinut potentiaalisen tarpeen kanssa kaikissa kunnissa. (Hirschovits-Gerz ym. 2016, 197–203.) Ala-Nikkolan ym. (2016) tekemässä tutkimuksessa huomioitiin tarpeeseen vaikuttavien muuttujien lisäksi myös mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilöstöressurssien suuruus suhteessa alueen väestön määrään, ja vertailtiin tätä potentiaaliseen palveluntarpeeseen. Tutkimuksen mukaan varattujen resurssien määrä vaihteli alueellisesti. Suurempi potentiaalinen palvelujen tarve alueella ei ollut yhteydessä siihen, että näillä alueilla olisi varattu enemmän mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilöstöressursseja suhteessa väestön määrään. Palvelujen rakenne tai niiden käytössä olevat resurssit eivät siis tämän tutkimuksen perusteella välttämättä vastaa väestön todelliseen palvelujen tarpeeseen. (Ala-Nikkola ym. 2014, 8468–8470) Hirschovits-Gerz ym. (2016, 202) toisaalta havaitsivat, että osassa heidän tutkimistaan kunnista palveluja käytettiin enemmän suhteessa potentiaaliseen tarpeeseen, ja tämän arveltiin johtuvan nimenomaan paikallisista eroista palvelujen järjestämisessä ja niiden resursseissa.

Palvelujen mahdollisesti riittämättömät resurssit voivat osaksi selittää avun ulkopuolelle jääviä. Palvelujen ulkopuolelle jäämiseen vaikuttavat tämän lisäksi erilaiset kynnykset, joiden takia jotkin apua tarvitsevat eivät hakeudu palvelujen piiriin. Sekä suomalaisessa että kansainvälisessä tutkimuksessa on pyritty nimeämään näitä kynnyksiä. Appel ym. (2004) tutkivat Yhdysvalloissa liikkuvien, huumeiden käyttäjille tarkoitettujen haittoja vähentävien palvelujen asiakkaiden kynnyksiä hakeutua päihdehoidon pariin. Tutkimuksessa osa nimetyistä kynnyksistä, esimerkiksi terveysvakuutuksiin liittyvät tekijät, eivät ole sovellettavissa Suomen sosiaali- ja terveystalouden järjestelmään, mutta osa haastattelujen pohjalta nimetyissä kynnyksistä ovat linjassa esimerkiksi Sinikka Törmän (2009a) tulosten kanssa terveysneuvontapisteiden asiakkaiden kynnyksistä. Näitä voivat tutkimusten mukaan olla esimerkiksi henkilökohtaiset syyt (esimerkiksi psyykinen tai fyysinen terveys), asunnottomuus, heikko luottamus palveluja tai hoitoa kohtaan, viranomaistoimenpiteiden pelko, sekä pitkät jonot ja odotusajat. (Appel ym. 2004, 139; Törmä 2009a, 108–115.) Samanlaisia palveluihin hakeutumiseen liittyviä kynnyksiä on löydetty myös muissa kotimaisissa tutkimuksissa (esim. Perälä 2012 ja Laitinen ym. 2017).

Huumeiden käyttäjien palvelujen saatavuutta tai saavutettavuutta ei voida arvioida pelkästään olemassa olevien palvelujen määrän tai käyttäjien perusteella. Kun lisäksi tunnustetaan, että päihdehoidon palveluihin hakeutumiseen liittyy lisäksi myös muita kynnyksinä toimivia ilmiöitä, on palvelujen tosiasiallisen saatavuuden kannalta järkevää tarkastella niitä myös saavutettavuuden näkökulmasta. Poikonen ja Kekoni (2019, 65) soveltavat YK:n taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien yleiskommentissa (CESCR 2000, Poikosen & Kekonin 2019, 65 muk.) esiteltyä terveyspalvelujen saavutettavuuden jaottelua päihdehuollon saavutettavuuden arvioimiseen. He erottelevat artikkelissaan viisi saavutettavuuden osa-alueita:

1. institutionaalinen saavutettavuus
2. informatiivinen saavutettavuus
3. taloudellinen saavutettavuus
4. fyysinen saavutettavuus
5. kokemuksellinen saavutettavuus

Institutionaalisella saavutettavuudella viitataan siihen, että lain ja palvelujärjestelmän ei tulisi tuottaa tarpeettomia esteitä tai vaatimuksia palvelujen saamiselle. Institutionaaliseen saavutettavuuteen vaikuttaa esimerkiksi resurssien vähyys, jolloin jonot kuntoutukseen voivat olla erittäin pitkiä. (Poikonen & Kekoni 2019, 68.) Institutionaaliseen saavutettavuuteen vaikuttaa myös suomalaisen sosiaali- ja terveystalouden pirstaleisuus: palvelut ovat järjestäytyneet useiksi tarkkarajaisiksi erityispalveluiksi. Huumeita käyttävät asiakkaat ovat heterogeeninen joukko ihmisiä, joilla on usein riippuvuushäiriön lisäksi myös muita tuen tarpeita. Tarkkaan rajatut erityispalvelut voivat johtaa asiakkaan ”pompotteluun” eri palvelujen välillä, kun mikään yksittäinen palvelu ei ota päävastuuta asiakkaan tilanteesta. (Laitinen ym., 82.)

Päihdehuollossa tehtävä palvelutarpeen arviointi, tarvepohjaisuus ja se, millaisia kriteerejä palvelutarpeen arvioinnissa painotetaan, vaikuttavat merkittävästi siihen, pääseekö asiakas palvelujen piiriin. Tämä vaikuttaa myös palvelujen institutionaaliseen saavutettavuuteen. Pentti Arajärvi (2013, 33–34) kritisoi päihdehuollon tarvepohjaista tarkastelua ennalta ehkäisyn näkökulmasta. Tarvepohjainen arviointi voi Arajärven mukaan johtaa siihen, että viranomaiset saattavat ”odottaa” ongelman pahenemista ennaltaehkäisyn sijaan, koska tarve ei kuvaudu tarpeeksi suurena, että palvelun myöntämisen kriteerit täyttyisivät.

Oikeuskäytännössä on tulkittu, että päihdehuollon palvelut ovat subjektiivinen oikeus niitä tarvitseville, eli niitä on järjestettävä tarvitsevalle riippumatta mahdollisista määrärahoista (Poikonen & Kekoni 2019, 54). Muutamaa poikkeusta (esim. opioidilääkeavusteinen korvaus- ja vieroitushoito terveydenhuoltolain 28 a §:ssa) lukuun ottamatta päihdehuoltoa koskeva lainsäädäntö ei kuitenkaan tarkalleen erottele mitä palveluita on järjestettävä ja missä tilanteissa. Lainsäädännön pohjalta asiakkaalle muodostuu subjektiivinen oikeus päihdehuoltoon, mutta ei välttämättä mihinkään tiettyyn yksittäiseen palveluun. Se, mihin palveluihin asiakas on kussakin tilanteessa tosiasiallisesti oikeutettu, jää viranomaisen arvioinnin varaiseksi. Tämä voi muodostua oikeusturvan kannalta ongelmalliseksi tilanteeksi, mikäli asiakkaan ja viranomaisen välillä on erimielisyys palvelun tarpeesta, etenkin niiden asiakkaiden kohdalla, joiden kyvyt tai valmiudet huolehtia omista oikeuksistaan ovat heikommat. (Arajärvi 2013, 33–34.)

Institutionaalisen saavutettavuuden kannalta ongelmaksi muodostuu myös se, että palvelutoimintaa ohjaa usein asiakkaiden tarpeiden sijaan käytössä olevat resurssit. (Poikonen & Kekoni 2019, 69.) Päihdehuollon tulosten kannalta pitkät jonot ja haasteet palvelujen välisissä ovat ongelmallisia, koska hoitoon pääsyn oikea-aikaisuus ja hoitoketjun saumattomuus ovat hoidon onnistumisen kannalta merkittäviä tekijöitä (Ekqvist & Kuusisto 2019, 308; Partanen & Kuussaari 2019, 328). Yksi ratkaisu olisi ammatti- ja hallintorajoja ylittävän yhteistyön ja integraation lisääminen. Se vähentäisi päällekkäistä työtä, säästäisi resursseja ja yksinkertaistaisi asiakkaiden palvelupolkuja ja näin parantaisi palvelujen saavutettavuutta. (Partanen & Kuussaari 2019, 335.)

Informatiivinen saavutettavuus viittaa siihen miten paljon palveluista on saatavilla tietoa, joka on ymmärrettävässä muodossa ja helposti asiakkaiden löydettävissä. Saatavilla olevien tietojen tavoitteena on tukea asiakkaiden mahdollisuutta hakea oma-aloitteisesti tarvitsemiaan palveluita. Poikonen ja Kekoni tuovat esille myös sen, että palveluita suunniteltaessa on huomioitava se, että asiakkaan, tutkijan ja sosiaalityöntekijän taidot etsiä tarvitsemaansa tietoa voivat olla erilaiset. Sosiaalipalveluissa on huomioitava erot asiakkaiden kyvyssä hakea ja ymmärtää saatavilla olevaa tietoa ja mukauttaa asiakkaalle annettu ohjaus ja neuvonta hänen toimintakykynsä mukaiseksi. Informatiivinen saavutettavuus on olennaista sosiaalihuollon asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumisen kannalta. Tämä viittaa siihen, ettei asiakas voi antaa informoitua suostumusta palveluille tai toimenpiteille, jos hän ei ymmärrä niitä. (Poikonen & Kekoni 2019, 71–72.)

Taloudellinen saavutettavuus kuvaa sitä, voiko asiakkaan taloudellinen tilanne tai maksukyky muodostua kynnykseksi palvelun saamiselle tai vastaanottamiselle. Päihdepalveluista- ja hoidosta voi koitua asiakkaalle kuluja esimerkiksi lääkkeiden, päihdehuollon asiakasmaksujen tai kuljetusten vuoksi. Saavutettavien palvelujen suunnittelemisessa on huomioitava se, etteivät kulut muodostu kynnykseksi palveluihin hakeutumiselle. (Poikonen & Kekoni 2019, 73–74).

Fyysinen saavutettavuus taas viittaa siihen, miten saavutettavia palvelut ovat fyysisestä toimintakyvystä tai välimatkoista riippumatta. Suomessa palvelujen saatavuudessa ja sisällössä on huomattavia alueellisia eroja. Kolmannen sektorin palveluilla on suuri rooli huumeiden käyttäjien erityispalveluissa, ja niiden toiminta ja palvelut keskittyvät

pääasiassa suurempiin kaupunkeihin, jolloin päihdehuollon erityispalvelujen saatavuus haja-asutus alueilla jää heikommaksi. (Poikonen & Kekoni 2019, 73.) Toisaalta huumeiden käyttö on suuremmissa kaupungeissa tilastollisesti yleisempää. Palvelujen epätasainen jakautuminen alueellisesti kuitenkin asettaa päihdehuollon palveluja tarvitsevat henkilöt eriarvoiseen asemaan asuinkunnan perusteella. (Kuussari ym. 2017, 267–270.)

Kokemuksellinen saavutettavuus taas viittaa siihen, miten asiakkaat kokevat palvelut ja niihin hakeutumisen. Kokemukselliseen saavutettavuuteen vaikuttaa esimerkiksi se, kuinka leimaaviksi palvelut koetaan, millaisia kokemuksia asiakkaalla on itse taustalla tai millaista palautetta hän on kuullut muilta vertaisiltaan. Tämän lisäksi kokemukselliseen saavutettavuuteen voivat vaikuttaa esimerkiksi erityispalveluihin liittyvät kriteerit tai tiukat vaatimukset ajanvarauksiin tai päihdeettömyyteen sitoutumisesta heti. Asiakas, joka kokee, ettei sovi tietyn palvelun kriteereihin tai ettei ole kykenevä sitoutumaan säännöllisiin tapaamisiin voi kokea ettei hän ”kelpaa” avun piiriin. (Poikonen & Kekoni 2019, 75–77.)

Kokemukselliseen saavutettavuuteen vaikuttaa yleisesti huumeiden käyttöön ja päihdeongelmiin liittyvä stigma sekä asiakkaan aiempien huonojen kokemusten vaikutus heidän kykyynsä luottaa viranomaisiin. Tämän vuoksi palvelujen tosiasiallisen saavutettavuuden kannalta riippuvuushäiriöihin liittyvä yleisen stigmat vähentäminen olisi tärkeää. (Poikonen & Kekoni 2019, 75–77.) Kokemukselliseen saavutettavuuteen liittyen on tärkeää huomioida myös se, etteivät matalan kynnyksen palvelut tarkoita samaa asiaa kaikille asiakkaille. Sinikka Törmä (2009b) on kritisoinut matalan kynnyksen palvelujen käsitettä siitä, että sillä kuvataan hyvin laajasti erilaisia ja eritasoisia palveluita. Törmän mukaan termin käytössä ei huomioida sitä, että se, mikä madaltaa kynnystä yhdelle asiakkaalle voi samanaikaisesti nostaa sitä toiselle asiakkaalle.

### **3.3 Terveysneuvontapisteiden rooli palvelujärjestelmässä**

Terveysneuvontapisteet tarkoittavat Suomessa palvelupisteitä, joissa suomen-sisäisesti huumeita käyttävillä on mahdollisuus vaihtaa käyttämänsä käyttövälineet uusiin, steriileihin käyttövälineisiin tartuntatautien leviämisen ehkäisemiseksi.

Terveysneuvontatoiminnan laajuus vaihtelee alueittain, sillä kaupunkien välillä on eroja pisteiden aukioloajoissa ja palvelutarjonnassa. (A-klinikkasäätiön ja STM:n ylläpitämä vinkki.info-sivusto.) Myös terveysneuvontapalvelujen järjestämistavat eroavat hieman kaupungista tai 1.1.2023 alkaen hyvinvointialueesta riippuen. Palvelua voidaan järjestää julkisen sektorin itse tuottamana tai ostopalveluna (Laitinen ym. 2017, 22).

Pistosvälineiden lisäksi terveysneuvontapisteet jakavat myös muita huumeiden käytön terveyshaittoja vähentäviä välineitä, kuten filttareita, joiden tarkoitus on ehkäistä tablettimuotoisten lääkkeiden pistokäytön aiheuttamia terveyshaittoja ja vaurioita. Terveysneuvontapisteet voivat tarjota myös haavanpuhdistusvälineitä, lääkekuppeja, kondomeja sekä neuvontaa ja ohjausta turvalliseen pistokäyttöön. Terveysneuvontapisteissä voidaan tarjota lisäksi lääkäripalveluita, yleensä esimerkiksi yhtenä päivänä viikossa. Pääosin lääkäripalvelut liittyvät antibioottireseptien määräämiseen sekä raskauden ehkäisyyn liittyvien palvelujen tarjoamiseen. (Laitinen ym. 2017, 23–24.) Terveysneuvontapisteissä myös usein testataan sukupuolitauteja, C-hepatiittia ja HIV:tä sekä rokotetaan esimerkiksi hepatiittia vastaan. (A-klinikkasäätiön ja STM:n ylläpitämä vinkki.info-sivusto.)

Terveysneuvontapisteiden toiminta nykymuodossaan perustuu valtioneuvoston tartuntataudeista antaman asetuksen (2017) 6§:ään, jonka mukaan käyttövälineiden vaihtamisen mahdollisuudesta on huolehdittava. Suomen ensimmäinen terveysneuvontapiste Vinkki perustettiin Helsinkiin vuonna 1997 (Perälä 2012, 15.) Toiminnan aloittamisen taustalla oli 1990-luvulla nopeasti yleistynyt suonensisäinen huumeiden käyttö, sekä veriteitse tarttuvien sairauksien, kuten HIV:n ja C-hepatiitin, nopea leviäminen huumeiden käyttäjien keskuudessa (Hakkarainen ym. 2007, 550–553). Esimerkiksi vuonna 1998 huumeiden käyttäjien keskuudessa todettiin 80 HIV-tartuntaa vuodessa, kun aikaisempina vuosina huumeiden käyttöön liittyviä tartuntoja oli vain yksittäisiä (Arponen ym. 2008, 18).

Samoihin aikoihin huumeiden käyttöä alettiin julkisessa keskustelussa kuvaamaan rikosoikeudellisen ongelman lisäksi sosiaalisista ja kansanterveydellisistä näkökulmista. Keskeinen rooli terveysneuvontapisteiden toiminnan vakiintumisella oli vuoden 1997 huumausainestrategialla ja Valtioneuvoston periaatepäätöksellä huumausainepolitiikasta vuonna 1999. (Hakkarainen ym. 2007, 550–551.) Tutkimusten mukaan nykyisin

kansalaiset suhtautuvat terveysneuvontapisteiden toimintaan pääosin myönteisesti (Karjalainen ym. 2020, 33).

Haittoja vähentävän päihdetyön lisäksi terveysneuvontapisteiden toiminnan kannalta toinen keskeinen periaate on ajatus matalan kynnyksen palveluista. Matalan kynnyksen palveluilla viitataan siihen, että palvelujen järjestämisessä pyritään huomioimaan erilaiset kynnykset eli esteet tai hankaluudet palvelujen saamiselle. Eli palvelut pyrkivät olemaan laajasti saatavilla ja helposti lähestyttäviä. (Laitinen ym. 2017, 20.) Terveysneuvontapisteissä tähän pyritään palvelujen maksuttomuudella, anonyymiudella, luottamuksellisuudella, tuomitsemattomuudella sekä sillä että pisteissä voi asioida ilman ajanvarausta ja päihtyneenä (Arponen ym. 2008, 20–23). Pisteissä asioidaan pääosin rekisteröidyillä nimimerkeillä, jonka alle kirjataan esimerkiksi annetut rokotteet ja voidaan tilastoida kävijämääriä. Asiakkailta ei vaadita sitoutumista palveluun tai huumeiden käytön lopettamiseen, mutta asiakkaan on halutessaan mahdollista saada lähete jatkohoitoon, esimerkiksi korvaushoidon aloittamiseksi. (Laitinen ym. 2017, 23.)

Suomessa terveysneuvontapisteet ovat alusta asti pyrkineet tarjoamaan laajasti erilaisia palveluja, jolloin palveluihin sisältyy tartuntatautien leviämisen ehkäisemisen lisäksi psykososiaalista tukea, eli käytännössä usein eräänlaista sosiaali- tai palveluohjausta (Törmä 2006, 208). Riikka Perälä (2013, 87) toteaa väitöskirjassaan, että hänen tutkimustaan varten havainnoimassa terveysneuvontapisteessä työntekijöillä olisi ollut valmius ja halu tarjota nykyistä kokonaisvaltaisempia ja laajempia palveluita. Näiden havaintojen perusteella voidaan ajatella, että terveysneuvontapisteiden rooli huumeiden käyttäjien palvelujärjestelmässä voisi olla ja mahdollisesti onkin jo pelkkää infektioiden ehkäisyä huomattavasti laajempi.

Terveysneuvontapisteiden toimintaan on kohdistunut samansuuntaista kritiikkiä kuin haittoja vähentävään päihdetyöhön yleisesti. Pistovälineiden jakamisen voidaan ajatella mahdollistavan ja helpottavan käytön jatkamista. Kritiikkiä on esitetty myös vastuun jakautumisesta: asiakaslähtöisyyden kääntöpuolena voidaan nähdä vastuun liiallinen siirtyminen asiakkaan harteille. Tällä viitataan siihen, että kun aloitteen lopettamisesta on tultava asiakkaalta itseltään, muodostuu riski, että vain ne, jotka osaavat äänekkäimmin vaatia apua, saavat palveluita. Kaikista huono-osaisimmilla tai

vaikeimmissa tilanteissa olevilla ei välttämättä ole resursseja tai motivaatiota huolehtia itsestään tai pyytää tarvitsemiaan palveluita. Tällöin toimintamalli ja ajatus, jossa asiakkaalle tarjotaan käyttövälineitä, mutta ei ehdoteta tai kannusteta kuntoutukseen ilman asiakkaan omaa aloitetta, voidaan nähdä asiakkaan edun kannalta tehottomana tapana toimia. (Laitinen ym. 2017, 26.)

Kuten aiemmin todettu, haittoja vähentävän päihdetyön periaatteet pohjautuvat ajatukseen siitä, että liian aktiivinen lopettamiseen kannustaminen voi nostaa asiakkaiden kynnystä hakeutua palvelujen piiriin. Liian aikainen lopettamisesta keskusteleminen saattaa aiheuttaa asiakkaassa häpeää ja muita vaikeita tunteita silloin, kun asiakas ei itse näe lopettamista realistisena tai toivottuna vaihtoehtona omalla kohdallaan. Nämä tunteet taas voivat toimia kynnyksenä hakeutua palveluihin tai ottaa niitä vastaan. Samalla on kuitenkin otettava huomioon esitetty huoli siitä, että aloitekyvyn vaatiminen asiakkaalta voi jättää liikaa vastuuta avun ja tuen hakemisesta kaikista huono-osaisimpien asiakkaiden harteille (Laitinen ym. 2017, 26). Terveysneuvontapisteiden työskentelyn – ja päihdetyön yleisesti – kannalta olennaiseksi nousee kysymys siitä, miten tasapainotella sen välillä, että asiakkaat saavat tietoa palveluista ja kuntoutuksesta ilman, että siitä keskusteleminen tuntuu painostavalta tai lisää kynnystä asioimiselle niissä tilanteissa, joissa asiakas ei ole vielä itse valmis pohtimaan lopettamista tai erilaisia kuntoutusvaihtoehtoja.

## 4 Huumeiden käyttäjät palvelujärjestelmän asiakkaina

Tässä luvussa käsitelen ensin tutkimustietoa huumeita käyttävistä asiakkaista, sekä olemassa olevaa tutkimustietoa terveysneuvontapisteiden asiakkaista ja heidän tilanteistaan ja tuen tarpeestaan. Tutkimukseni tavoitteena on tarkastella asiakkaiden asemaa palvelujärjestelmässä terveysneuvontapisteiden työntekijöiden näkökulmasta, minkä vuoksi käsitelen luvussa myös sitä, millaista tutkimusta huumeita käyttävien asiakkaiden kokemuksista ja asemasta sosiaali- ja terveyspalveluissa on tehty.

### 4.1 Huumeita käyttävät asiakkaat

Huumeita käyttävät yksilöt eivät ole homogeeninen ryhmä, eivätkä kaikki heistä kärsi riippuvuussairaudesta tai tarvitse palveluita päihdeidenkäytön vuoksi. Huumeiden käytön laittomuuden vuoksi käyttäjien tarkkaa määrää on vaikeaa arvioida. Laittomuuden vuoksi kaikki apua tarvitsevat käyttäjät eivät hakeutu palvelujen piiriin, minkä vuoksi myös palvelujen tarpeen laajuutta on vaikeaa arvioida luotettavasti. Saatavilla olevan tutkimustiedon mukaan päihdehuollon asiakkaat ovat keskimäärin sosioekonomisesti haavoittuvaisessa asemassa, ja heistä nimenomaan huumeita käyttävät asiakkaat ovat vielä keskimääräistä huono-osaisempia. (Kaukonen 2019, 40.)

Huono-osaisuuden käsitteeseen liittyy vahvasti ajatus hyvinvointivajeista ja niiden kasautumisesta. Hyvinvointivajeella viitataan siihen, että yksilön hyvinvointi poikkeaa jollain osa-alueella siitä, mikä on määritelty riittäväksi hyvinvoinniksi. Asunnottomuus tai heikentynyt toimintakyky ovat esimerkkejä hyvinvointivajeista. Hyvinvointivajeiden kasautuminen taas viittaa siihen, että erilaiset vajeet ovat yhteydessä toisiinsa. Tutkimuksissa on havaittu, että huumeita käyttävillä asiakkailla hyvinvointivajeet usein kasautuvat vahvasti. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että esimerkiksi asunnottomuus, työttömyys ja muut sosiaaliset ongelmat ovat huumeita käyttävillä huomattavasti muuta väestöä yleisempiä, ja näiden hyvinvointivajeiden voidaan nähdä olevan keskenään yhteydessä toisiinsa. (Laitinen ym. 2017, 55–59.)

Laitinen ym. (2017) keräsivät aineiston yli viideltäsadalta vastaajalta kahdeksassa eri terveysneuvontapisteessä vuosina 2013 ja 2014 asiakkaiden hyvinvointia ja palvelujärjestelmään sitoutumista käsittelevää raporttia varten. Tutkimusta varten

laaditun SUMU-kyselyn vastaajista kaksi kolmasosaa oli miehiä. Mielenkiintoista on, että nuorten vastaajien (16–25-vuotiaat) keskuudessa naisten osuus oli muita ikäluokkia suurempi ja sukupuolijakauma tasaisempi, sillä naisia oli lähes puolet (46 %) ikäluokan vastaajista. Suurin osa vastaajista oli aloittanut suonensisäisen käytön joko alle 18- tai 18–25-vuotiaana. Vastaajien koulutustaso oli keskimäärin matala, ja vastauksissa korostui se, että valtaosa vastaajista oli työelämän ulkopuolella. Vastaajista noin puolella oli taustalla huumeisiin liittyviä rikostuomioita viimeisten kahden vuoden ajalta. (Laitinen ym. 2017, 35–37.)

Asunnottomuus on huumeiden käyttäjien keskuudessa keskimäärin muuta väestöä yleisempää. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tilastoraportin (33/2022) mukaan noin joka yhdeksäs huumehoidon asiakkaista on avoimesti asunnoton. Laitisen ym. (2017, 37) SUMU-kyselyyn vastanneista terveysneuvontapisteen asiakkaista lähes viidesosa ilmoitti olevansa asunnottomia. Kyselyyn vastanneiden kesken asunnottomuus vaikutti korreloivan vastaajien kesken huumeiden käytön lisäksi koulutustaustan ja työtilanteen suhteen niin, että matalasti kouluttautuneet ja työttömänä tai lomautettuna olevat olivat muita ryhmiä todennäköisemmin asunnottomia. Tämä on yksi esimerkki hyvinvointivajeiden kasautumisesta. (Laitinen ym. 2017, 37.)

Huumeiden käyttöön ja käyttäjiin liitetään paljon negatiivisia mielikuvia ja ennakkoluuloja, jotka vaikuttavat huumeiden käyttäjien asemaan yhteiskunnassa. Käyttöön liittyvä stigma ja häpeä voi vaikuttaa myös siihen, miten käyttäjät itse näkevät itsensä. Terveysneuvontapisteen asiakkaat kokivat kyselytutkimuksessa olevansa muuta väestöä useammin ainakin jollain asteella huono-osaisia. Kyselyn perusteella erilaisten hyvinvointivajeiden kasautuminen oli tilastollisesti yhteydessä vastaajien huono-osaisuuden kokemuksen kanssa. Eli mitä enemmän yhdellä asiakkaalla oli hyvinvointivajeita, sitä todennäköisemmin hän koki olevansa muuta väestöä huono-osaisempi. (Laitinen ym. 2017, 57–59) Huumeiden käyttäjät voivat ajatella olevansa järjestelmän näkökulmasta ”alinta kastia” (Poikonen & Kekoni 2019, 75–77).

Tutkimusten perusteella huumeiden käyttö vaikuttaa huumeita käyttävien asiakkaiden elämään hyvin laajasti. Tutkimuksia arvioidessa on kuitenkin otettava huomioon se, ettei korrelaatio huumeiden käytön ja huono-osaisuuden välillä kerro suoraan siitä, miten nämä kaksi ilmiötä vaikuttavat toisiinsa. Tämän perusteella ei voida tehdä suorita

johtopäätöksiä siitä, aiheuttaako huumeiden käyttö huono-osaisuutta vai altistaako huono-osaisuus huumeiden käytölle. Suomessa aiheeseen liittyviä ilmiöitä, kuten asunnottomuutta, on pitkään selitetty nimenomaan yksilön poikkeavuuden ja päihdeongelman kautta sen sijaan, että ilmiötä olisi selitetty rakenteellisilla tai sosiaalisilla syillä, vaikka nekin olennaisesti vaikuttavat asunnottomuuteen ja sen yleisyyteen eri aikoina. (Kaukonen 2019, 30)

Selkeitä syy-seuraus-suhteita on vaikea erotella: huono-osaisuuden osa-alueet, kuten sosiaalisen tukiverkon puutteellisuus ja työelämän tai opiskelun ulkopuolelle jääminen voivat altistaa päihteiden ongelmakäytölle. Toisaalta päihteidenkäyttö helposti ajaa taloudelliseen ahdinkoon, kun päihteistä muodostuu suuri menoerä, joka synnyttää velkakierteen ja joissain tapauksissa ajaa rahoittamaan käyttöä rikollisuudella (Ekqvist & Kuusisto 2019, 294–295). Tosiasiassa ilmiöt ovat todennäköisesti vuorovaikutuksissa toisiinsa kumpaankin suuntaan – huono-osaisuus kasvattaa riskiä päihteiden ongelmakäytölle ja päihteiden ongelmakäyttö helposti syventää jo olemassa olevaa huono-osaisuutta.

## **4.2 Huumeita käyttävien asiakkaiden asema palvelujärjestelmässä**

Huumeiden käyttöön liittyvät mielikuvat voivat vaikuttaa huumeita käyttävien asiakkaiden kokemuksiin sosiaali- ja terveyspalveluista, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden asenteisiin ja suhtautumiseen. Tämä taas vaikuttaa asiakkaiden asemaan palvelujärjestelmässä. Vaikka huumeiden käyttäjistä huono-osaisimmat tarvitsevat ehkä kaikista eniten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, ovat he ehkä palvelujärjestelmässä kaikista heikoimmassa asemassa. Huumeiden käyttäjillä esiintyy muuta väestöä useammin sekä psyykkisiä että somaattisia terveysongelmia. Huumeiden käyttäjien oma välttelevä käytös ja huono sitoutuminen palveluihin nostetaan usein viranomaisten toimesta selittäväksi tekijäksi sille, miksi käyttäjät jäävät palvelujen ulkopuolelle. Tutkimuksissa ei kuitenkaan ole havaittu, että huumeiden käyttäjillä olisi taipumusta vältellä palveluita. (Laitinen ym. 2017, 81.)

Yksi huumeita käyttävien asiakkaiden asemaan vaikuttava tekijä voi olla työntekijöiden asenteellisuus, tai ainakin huumeita käyttävien asiakkaiden pelko ja huoli työntekijöiden asenteellisuudesta. Elina Virokannas (2017) tutki huumeiden käyttäjien asemaa ja

kokemuksia palvelujärjestelmässä keräämällä huumeita käyttävien naisten kokemuksia palvelujärjestelmästä ryhmähaastatteluiden avulla. Haastatteluissa naiset toivat esille kokemuksensa siitä, että työntekijöiden tieto heidän huumeiden käytöstään vaikutti negatiivisesti siihen, millaista palvelua ja hoitoa he saivat sosiaali- ja terveyspalveluista. Naisten kokemuksia varjosti yleisesti huumeiden käyttöön liittyvä leima sekä pelko siitä, että heidät luokitellaan ”hankaliksi asiakkaiksi”. Tämä huoli vaikutti myös siihen, miten asiakkaat käyttäytyivät asioidessaan sosiaali- ja terveyspalveluissa. Riikka Perälä (2012, 70) tuo väitöskirjassaan esille terveysneuvontapisteiden asiakkaiden kokemuksen siitä, että viranomaisten tapa kohdata heidät sosiaali- ja terveyspalveluissa on kylmä ja kontrollitoimenpiteisiin keskittyvä sen sijaan, että heille tarjottaisiin heidän tarvitsemaansa tukea.

Perälän (2012, 70) mukaan terveysneuvontapisteiden asiakkaat kokivat, että viranomaiset näkevät heidät helposti osana yhtä suurta yhdenmukaista huumeiden käyttäjien joukkoa. Huumeiden käyttäjien kohdalla on tärkeää muistaa, että tilastoista huolimatta kyseessä on heterogeeninen ryhmä, jonka joukosta löytyy laaja kirjo erilaisissa elämäntilanteissa olevia ihmisiä, joiden tuen ja palvelutarpeet ovat erilaisia keskenään. Asiakkaiden erilaiset elämäntilanteet, sekä erot sosioekonomisessa asemassa voivat yhdessä muiden tekijöiden kanssa vaikuttaa siihen, miten eri palvelut onnistuvat tavoittamaan asiakkaita. (Laitinen ym. 2017, 25.)

Asiakkaiden erilaiset elämäntilanteet voivat näkyä esimerkiksi siinä, mistä käyttäjät hankkivat puhtaita pistovälineitä. Terveysneuvontapisteiden lisäksi steriilejä pistovälineitä voi hankkia myös apteekkeista. Arponen ym. (2008, 64–66) arvioivat tutkimuksessaan, että ”parempiosaiset” huumeiden käyttäjät kääntyvät todennäköisemmin apteekkien puoleen puhtaiden pistovälineiden hankkimisessa. Kynnyksenä terveysneuvontapisteessä asioinnille voi olla esimerkiksi leimaantumisen pelko tai niiden alueellinen kattavuus (Laitinen ym. 2017, 25). Toisaalta Arposen ym. mukaan (2008, 64–66) asialle voisi olla myös arkisempi selitys. Monien terveysneuvontapisteiden aukioloajat ovat rajallisia ja ajoittuvat pääosin keskelle päivää (A-klinikkasäätiön ja STM:n ylläpitämä vinkki.info-sivusto). Tällöin päivätyössä käyvän asiakkaan voi olla hankalaa tai mahdotonta päästä pisteiden aukioloaikojen aikana hakemaan pistovälineitä.

Huumeita käyttävien asiakkaiden asemaa käsitellessä on tärkeää huomioida se, etteivät käyttäjät ole homogeeninen joukko. Tämä on huomioitava heidän palvelujensa suunnittelussa ja toteuttamisessa, sekä huumeiden käyttäjien kohtaamisessa. Kohtaamisella on suuri merkitys: asiakkaan ja työntekijän välinen suhde on yksi merkityksellisimmistä tekijöistä kun arvioidaan hoidon tuloksellisuutta (Poikonen & Kekoni 2019, 77). Tässä luvussa esiteltyjen tutkimusten perusteella huumeita käyttävien asiakkaiden kohtaaminen ja näkeminen nimenomaan yksilöinä, eikä tietyn joukon edustajina, nousee suureen merkitykseen.

## 5 Tutkimusasetelma

Tässä luvussa esittelen pro gradu -tutkielmani tutkimusaseman käymällä ensin läpi tutkimuskysymykset, sekä sen, miten olen kyseisiin kysymyksiin päätenyt. Tämän jälkeen kuvaan aineistoa sekä sen keräämisen etenemistä. Huumeiden käyttö on sensitiivinen ja monimutkainen aihe, jonka vuoksi sen tutkimiseen liittyy tiettyjä tutkimusaihekohtaisia eettisiä kysymyksiä. Pohdin luvussa näitä kysymyksiä sekä yleisesti hyvän tieteellisen tutkimuksen periaatteita. Viimeiseksi esittelen käyttämäni tutkimusmenetelmää, laadullista sisällönanalyysia, sekä pohdin sen soveltamista oman tutkimusaiheeni kannalta. Käyn luvussa läpi tarkemmin analyysini etenemistä ja siinä tekemiäni valintoja.

### 5.1 Tutkimuskysymykset

Tutkimuksessani tahdon tarkastella terveysneuvontapisteiden työntekijöiden näkemyksiä heidän asiakkaidensa asemasta palvelujärjestelmässä ja tarkemmin vielä heidän kokemuksiaan niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuteen heidän asiakkaidensa tilanteissa. Tutkimuskysymykseni ovat:

1. Millaisena terveysneuvontapisteen työntekijät näkevät asiakkaidensa aseman sosiaali- ja terveyspalveluissa?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat terveysneuvontapisteen työntekijöiden näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen saavutettavuuteen huumeita käyttävien asiakkaiden kohdalla?

Tutkimuksen tavoitteena on hahmottaa yleisesti huumeita käyttävien asiakkaiden asemaa palvelujärjestelmässä, mutta pohtia myös sitä, miten muut sosiaali- ja terveyspalvelut näyttävät hyvin tarkasti huumeiden käyttäjiin erikoistuneille ammattilaisille, eli terveysneuvontapisteiden työntekijöille. Huumeiden käyttäjien omia kokemuksia palvelujärjestelmästä on jo tutkittu esimerkiksi Elina Virokankaan toimesta, minkä vuoksi koen työntekijöiden näkemyksen huumeiden käyttäjien asemasta palvelujärjestelmässä mielenkiintoiseksi tutkimusaiheeksi. Terveysneuvontapistees toimivat haittoja vähentävän päihdetyön periaatteilla, jonka vuoksi käytän haittoja vähentävää päihdetyötä teoreettisena viitekehyksenä tutkimukselleni: miten periaatteet näkyvät, jos näkyvät, asiakkaiden palvelupoluissa ja heidän yhteistyössään esimerkiksi sosiaalityön tai muiden sosiaali- ja terveysalan toimijoiden kanssa.

## 5.2 Tutkimusaineiston valinta

Ennen tutkimuksen aloittamista pohdin aineiston keräämistä terveysneuvontapisteiden asiakkailta. Sivuutin tämän vaihtoehdon tutkimuseettisten kysymysten vuoksi, joita käsittelen tässä luvussa myöhemmin. Valintaan vaikutti kuitenkin lisäksi tutkimusaiheeni. Tutkimukseni keskittyy asiakkaiden kokemusten sijaan nimenomaan palvelujärjestelmään ja heidän asemaansa siinä. Yksittäisellä asiakkaalla on kuitenkin vain oma kokemuksensa palvelujärjestelmästä. Toisena vaihtoehtona olisi voinut pohtia päihdeiden käytön lopettaneiden entisten asiakkaiden haastattelemista. Terveysneuvontapisteissä asioidaan kuitenkin pääosin anonymisti, eikä asiakkuus ole millään lailla sitovaa, eikä sitä rekisteröidä, joten nimenomaan entisten terveysneuvontapisteiden asiakkaiden etsiminen voi olla hankalaa. Entisiä käyttäjiä haastatellessa olisi ollut haastavampaa sitoa tutkimusasetelma nimenomaan terveysneuvontapisteisiin ja haittoja vähentävään päihdetyöhön, koska kaikki asiakkaat eivät välttämättä ole asioineet terveysneuvontapisteillä, eikä heillä ole välttämättä itsellä tietoa haittoja vähentävän päihdetyön periaatteista.

Pohdin myös hyvinvointialueiden sosiaalityöntekijöiden haastattelemista huumeiden käyttäjien palvelusta ja heidän asemastaan palvelujärjestelmässä. Sivuutin tämän kuitenkin sen vuoksi, että palveluista usein päättävänä tahoina heidän voi olla hankalaa arvioida palvelujen saavutettavuutta luotettavasti. Päädyin terveysneuvontapisteiden työntekijöihin sen vuoksi, että he tekevät yhteistyötä sekä muiden viranomaisten (myös sosiaalitoimen) että asiakkaiden kanssa. Lisäksi he kohtaavat paljon sellaisia asiakkaita, jotka eivät ole muiden palvelujen piirissä tai ovat ensimmäistä kertaa hakemassa tukea päihdeongelmaansa. Terveysneuvontapisteissä voi asioida anonymisti ja päihtyneenä, ja toiminta perustuu luottamukselle, tuomitsemattomuudelle ja avoimuudelle. Terveysneuvontapisteissä ei myöskään tehdä viranomaispäätöksiä, jolloin työntekijän vaikutusvalta asiakkaaseen on sosiaalityöntekijän valtaa pienempi. Asiakkailta ei tarvitse terveysneuvontapisteessä asioidessa olla pelkoa siitä, että jokin heidän kertomansa asia johtaisi siihen, etteivät he saisi tarvitsemaansa palvelua.

Aineistoni valintaan vaikutti taustaoletus siitä, että terveysneuvontapisteiden työntekijöillä on yllä lueteltujen tekijöiden vuoksi mahdollisuus saada eri tavalla tietoa asiakkailta, kuin hyvinvointialueiden virassa olevilla sosiaalityöntekijöillä. Tosin

aineistoa arvioidessa on huomioitava se, etteivät terveysneuvontapisteiden työntekijät terveydenhuollon ammattilaisina ole yleensä mukana niissä sosiaalitoimen neuvotteluissa tai verkostoissa, joissa päätökset yleensä tehdään. Tällöin työntekijöiden näkemykset voivat perustua vain asiakkaiden kertomiin, jolloin toinen puoli jää kuulematta. Toisaalta he kuitenkin myös tekevät viranomaisyhteistyötä sosiaalitoimen kanssa ja näkevät palvelujärjestelmän ammattilaisin silmin. Näiden tekijöiden vuoksi heidän näkemyksensä terveysneuvontapisteiden asiakkaiden asemasta palvelujärjestelmästä, sekä heidän kokemuksensa palvelujen saatavuudesta ja kyvystä vastata asiakkaiden tarpeisiin kuvautuvat mielenkiintoisina tutkimustehtäväni ja -kysymyksiäni kannalta.

### 5.3 Tutkimusaineiston keruu ja kuvaus

Tutkimusaineistoni on kerätty yhden hyvinvointialueen kahden eri paikkakunnan terveysneuvontapisteiden työntekijöiltä yksilöhaastatteluina. Ennen aineiston keräämistä hain tutkimusluvan hyvinvointialueelta sekä säätiöltä joka toisella paikkakunnalla tuottaa terveysneuvontapalvelua yhdessä hyvinvointialueen kanssa. Hyvinvointialue myönsi tutkimusluvan 5.9.2023 ja säätiö 3.5.2023. Lisäksi laadin tietosuojaselosteen ja tiedotteen tutkittaville, johon haastatteluihin osallistuvat saivat tutustua ennen suostumuksen antamista. Lopullista aineistoa varten haastattelin yhteensä neljää työntekijää. Vastanneet olivat sairaanhoitajia, terveydenhoitajia ja lähihoitajia.

Haastattelu oli melko vapaamuotoinen, jotta haastattelussa jäi tilaa työntekijöiden omille näkemyksille ja se, mitkä tekijät työntekijöiden mielestä ovat tärkeitä aiheeseen liittyen, nousee esille aineistossa. Haastatteluista osa toteutettiin kasvotusten terveysneuvontapisteen tiloissa ja osa Zoomin välityksellä mahdollisuuksien ja haastateltavien aikataulujen mukaan. Keräsin haastateltavista taustatietoina heidän ammattinimikkeensä, sekä työkokemusvuotensa. Huolehdin tutkimukseen osallistuvien anonymiteetistä aineistoa käsitellessäni, eikä lopullisessa työssä käy ilmi minkä kaupungin tai hyvinvointialueen terveysneuvontapisteen työntekijöitä tutkielmaa varten on haastateltu.

Aineiston keräämisvaiheessa lähetin haastattelurungon ja kysymykset kaikille haastateltaville aina muutamaa päivää ennen haastattelua. Tuomi ja Sarajärvi (2018)

toteavat, että haastattelukysymysten ja teemojen lähettäminen haastateltaville hyvissä ajoin edesauttaa sitä, että haastateltavista saadaan mahdollisimman paljon tietoa. Nauhoitin haastattelut ja litteroin ne. Haastattelutilanteet sujuivat hyvin ja haastattelurunko tuntui pääosin toimivalta, joskin haastateltavien laajojen vastausten vuoksi osa kysymysrungen tarkentavista kysymyksistä oli lopulta turhaa toistoa. Haastattelujen kestot vaihtelivat 30 minuutista puoleentoista tuntiin. Litteroitua aineistoa oli yhteensä 53 sivua (fonttikoko 12, riviväli 1,5).

#### **5.4 Tutkimuksen eettisyys**

Noudatan pro gradu -tutkielmassani Tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvän tieteellisen käytännön periaatteita (TENK 2023). Tutkielmani aiheen vuoksi kiinnitän erityistä huomiota tutkimukseni eettisyyteen, sekä tietosuoja-asioihin. Terveysneuvontapisteissä tehdään arkaluontoista työtä, ja luottamus on erittäin suuressa roolissa. Tämän vuoksi lopullisessa työssä ei tule käymään ilmi se, minkä paikkakuntien terveysneuvontapisteiden työntekijöitä haastateltavat ovat. Pyrin tietosuojaselosteen ja tiedotteen avulla varmistamaan, että tutkittavilla oli hyvä käsitys tutkimuksesta ennen haastatteluun osallistumista. Tämän lisäksi lähetin haastattelukysymykset haastateltaville etukäteen. Tämä on eettisesti perusteltua, jotta haastateltavilla kunnollinen käsitys siitä, mitä odottaa haastattelutilanteelta ja tutkimukselta (Tuomi & Sarajärvi 2018).

Ennen tutkimuksen aloittamista pohdin terveysneuvontapisteiden asiakkaiden haastattelemista. Terveysneuvontapisteiden anonyymin luonteen, sekä huumausaineiden käytön laittomuuden vuoksi päädyin kuitenkin tutkimuseettisistä syistä haastattelemaan terveysneuvontapisteiden työntekijöitä. Terveysneuvontapisteillä saa asioida päihtyneenä, minkä vuoksi asiakkaiden haastatteleminen tai haastateltavien etsiminen paikan päällä terveysneuvontapisteessä ei ole tutkimuseettisesti kestävä, sillä kerään haastateltavista sellaisia tietoja, joiden keräämiseen vaaditaan haastateltavan suostumus. Päihtyneet asiakkaat eivät voi antaa luotettavaa suostumusta. Tutkimuksen eettisyyden kannalta on tärkeää, että haastateltavat ymmärtävät mihin suostuvat, mitä tietoja kerätään ja mihin käyttötarkoitukseen.

Arvostus ja rehellisyys ovat hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä periaatteita. Tämän vuoksi on tärkeää kiinnittää huomiota tutkimukseni avoimuuteen sekä siihen, että olen tutkijana vastuussa tutkimuksestani ja sen mahdollisista vaikutuksista tutkimuskohteeseeni. (TENK 2023.) Tutkimusaineistoni on kerätty haastattelemalla työntekijöitä, mutta tutkimuskysymysteni perusteella tutkimuskohteenani on työntekijöiden näkemysten lisäksi myös terveysneuvontapisteiden asiakkaat. Tämän vuoksi olen vastuussa siitä, miten tutkimukseni vaikuttaa näihin asiakkaisiin. Huumeita käyttävien asiakkaiden voi olla haastavaa osallistua julkiseen keskusteluun leimautumisen pelon vuoksi. Aiempien tutkimusten (esim. Perälä 2012 ja Virokannas 2017) perusteella huumeiden käyttäjät kokevat, ettei heitä kohdata sosiaali- ja terveyspalveluissa yksilöinä. Näiden tekijöiden vuoksi koen tärkeäksi kiinnittää erityishuomiota siihen, ettei tutkimukseni puhu huumeita käyttävien asiakkaiden päälle tai heidän äänellään. Aineistossani puhutaan paljon terveysneuvontapisteiden asiakkaista ja heidän kokemuksistaan. Kyse on kuitenkin työntekijöiden näkemyksistä, ei huumeiden käyttäjien omista kokemuksista tai mielipiteistä. Pyrin tekemään tämän eron näkyväksi tutkimustuloksiani läpi käydessä.

## 5.5 Sisällönanalyysi tutkimusmenetelmänä

Toteutan tutkimuksen laadullisen sisällönanalyysin avulla. Laadullisessa sisällönanalyysissä keskitytään siihen, mistä aineisto kertoo ja millaisia asioita siinä tuodaan esille. Analyysin ensimmäisenä vaiheena on usein aineiston ”koodaus”, eli tutkijaa kiinnostavien, tutkimusaiheesta kertovien elementtien etsiminen ja havaitseminen aineistosta. Jotta tutkimus ei keskity pelkästään yksittäisiin yksityiskohtiin, pyrkii tutkija vertailemaan aineiston välisiä eroavaisuuksia ja samanlaisuuksia. Tämän jälkeen tutkija pyrkii pohtimaan erilaisia selityksiä ja tekemään johtopäätöksiä tekemistään havainnoista. Tässä vaiheessa tutkija tavallaan kysyy itseltään, mitä nämä yksittäiset elementit kertovat suuremmasta kuvasta? (Vuori 2021.)

Lähestyn aineiston analyysia teoriaohjaavan sisällönanalyysin kautta. Teoriaohjaavuus tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa esille tulevat teemat tulevat aineistosta, mutta tietty teoria ja aiempi tutkimuskirjallisuus tukevat ja ohjaavat analyysia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96–97). Laadullisessa tutkimuksessa keskiössä on tutkijan tulkinta, joten tutkimusprosessin läpinäkyvyyden vuoksi tutkimuksessa tehtyjen havaintojen,

analyysivaiheessa tehtyjen valintojen ja tulkintojen, ja niiden taustalla olevien prosessien näkyväksi tekeminen on erityisen tärkeää (Waller, Farquharson & Dempsey 2016, 26).

Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä päättelyn logiikan taustalla on usein abduktiivinen päättely, ja niin myös minun tutkielmassani. Abduktiivisessa päättelyssä vaihdellaan aineiston ja valmiiden mallien välillä, ja pyritään niitä yhdistämällä tekemään havaintoja aineistosta ja luomaan uutta tietoa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 110). Tämä on tutkielmani ja aineistoni kannalta sopivin tapa nostaa tuloksia esille aineistostani, koska hyödyntämällä aiempia malleja, eli tutkimuksen teoriapohjaa, saan sidottua yksittäisten työntekijöiden haastattelut osaksi laajempaa kontekstia ja vertailtua aineistossa esille tulevia asioita suhteessa niihin. Aineistoni sitominen laajempaan kontekstiin on olennaista myös siksi, että tarkastelen aineistoani konstruktionistisesta näkökulmasta. Konstruktionismissa ollaan kiinnostuneita asioiden ja ilmiöiden kulttuurillisista merkityksistä, eikä todellisuutta pyritä kuvaamaan objektiivisesti mitattavissa olevana ilmiönä. Todellisuus rakentuu jatkuvasti toiminnan ja kielen kautta. (Vuori 2021.)

Konstruktionistisen lähestymistavan mukaisesti tutkimukseni tavoite ei ole kuvata todellisuutta sellaisenaan, vaan havainnoida työntekijöiden vastausten rakentamaa kuvaa tutkimastani ilmiöistä. Konstruktionistisessa lähestymistavassa katsotaan, että toimijat rakentavat sosiaalista todellisuutta, ja tapamme käyttää kieltä rakentaa ”kulttuurisia” totuuksia ja itsestänselvyyksiä (Vuori 2021). Huumeiden käytöstä käydään runsaasti julkista keskustelua, jossa siihen liittyviä ilmiöitä pyritään selittämään eri tavoin. Nämä keskustelut luovat tietynlaista kuvaa ilmiöstä.

Terveysneuvontapisteiden työntekijät työskentelevät ja ovat päivittäin vuorovaikutuksessa huumeita käyttävien asiakkaiden kanssa, sekä toimivat palvelujärjestelmässä tehdessään yhteistyötä muiden sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden kanssa. Heidän näkemyksensä rakentuvat sekä palvelujärjestelmässä toimimisesta, asiakkaiden tarinoiden kuulemisesta että heidän koulutukseensa ja ammattitaitoonsa liittyvästä asiantuntijuudesta. Asiakastyössä ja moniammatillisessa yhteistyössä kullekin työntekijälle muodostuu kuva erilaisten ilmiöiden yleisyydestä, sekä omia tapoja selittää näitä ilmiöitä. Tämän vuoksi se, miten

terveysneuvontapisteiden työntekijät kokevat asiakkaidensa aseman, heidän tilanteensa tai palvelukokemuksensa, kuvautuu mielenkiintoisena tutkimusaiheena.

Työntekijöiden näkemykset ovat vain heidän omiaan, mutta esimerkiksi se, miten usein tietyt asiakkaiden kokemuksiin tai palvelujen saatavuuteen liittyvät tekijät nousevat aineistossa esille, rakentaa kuvaa siitä todellisuudesta, jossa työntekijät toimivat yhdessä asiakkaan kanssa. Huumeiden käyttöön ja huumeiden käyttäjien palveluihin liittyvät erilaiset selitysmallit luovat todellisuutta erittäin merkittävillä tavoilla palvelujen järjestämisen kannalta. Esimerkiksi se, selitetäänkö päihteiden käyttäjille suunniteltujen palvelujen tutkimusten mukaan (STM 2016, 29) heikkoa saavutettavuutta päihteiden käyttäjien omalla haluttomuudella hakeutua palvelujen piiriin vai sopivien palvelujen puutteellisuudella, rakentaa konkreettisesti todellisuutta sen vaikuttaessa palvelujen suunnittelemiseen.

## 5.6 Aineiston käsittely

Aineiston keruun jälkeen litteroin aineiston ja poistin siitä mahdolliset tunnistetiedot. Tämän jälkeen perehdyin aineistoon käymällä sitä läpi, tekemällä muistiinpanoja ja vertailemalla aiempaan tutkimukseen. Analyysiani ohjasi yleisesti aiempi tutkimus aiheesta. Sovelsin haittoja vähentävän päihdetyön periaatteita aineiston analyysiin ja pohdin sen soveltamismahdollisuuksia sosiaalityössä. Lisäksi toinen tutkimuskysymyksistäni käsittelee palvelujen saavutettavuutta. Aineiston analysoimisessa käytin saavutettavuuden osalta tukena Poikosen ja Kekonin (2019, 65) YK:n terveyspalvelujen saavutettavuuden jaottelusta soveltamaa viiden osa-alueen jaottelua päihdehuollon palvelujen saavutettavuuteen. Saavutettavuuden osa-alueet ovat institutionaalinen, informatiivinen, taloudellinen, fyysinen ja kokemuksellinen. Koin, että Poikosen ja Kekonin jaottelu toimi hyvin kokoamaan aineistossa työntekijöiden luomaa kuvaa palvelujen saavutettavuudesta ja siihen eri tavalla vaikuttavista tekijöistä.

Lähestyin aineistoa analyysivaiheessa koodaamalla sen muutamasta eri näkökulmasta. Yhdeksi pääkategoriaksi nimesin terveysneuvontapisteiden asiakkaiden asiakasprofiilit, sekä niiden vaikutusta heidän asemaansa palvelujärjestelmässä. Tämän pohjalta muodostin kaksi asiakasprofiilia, joiden koin koodaamisen jälkeen toistuneen kaikissa aineiston haastatteluissa. Toiseksi asiakkaiden asemaan vaikuttavaksi pääkategoriaksi

nostin asiakkaiden yksilöllisten kokemusten vaikutukset, koska ne nousivat toistuvasti kaikissa haastatteluissa. Vertailin analyysivaiheessa sekä löytämiäni asiakasprofiileja, että työntekijöiden näkemyksiä kokemusten merkityksestä tutkimukseni teoreettiseen viitekehykseen.

Koodasin aineiston Poikosen ja Kekonin esittelemien saavutettavuuden osa-alueiden näkökulmasta. Lisäksi poimin muita mahdollisia kynnyksiä tai saavutettavuuteen liittyviä tekijöitä, vaikka ne eivät olisi suoraan sopineet tuohon viiden jaotteluun. Tämän jälkeen kokosin aineistossa usein toistuvat kynnykset ja muodostin niistä kaksi pääkategoriaa; rakenteelliset syyt, sekä työntekijöiden rooliin ja kohtaamiseen liittyvät syyt. Rakenteelliset syyt erottelin kolmeksi alakategoriaksi selkeyden vuoksi. Käsittelin analyysivaiheessa löytämiäni kategorioita Poikosen ja Kekonin esittelemän jaottelun, sekä muun aiemman tutkimustiedon kautta.

## **6 Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden asemaan vaikuttavat tekijät**

Tässä luvussa käyn läpi sitä, mitkä yksilölliset tekijät vaikuttavat haastateltavien näkemysten mukaan terveysneuvontapisteiden asiakkaiden asemaan palvelujärjestelmässä, sekä yksilöllisten tekijöiden vaikutusta palvelujen koettuun saavutettavuuteen. Olen valinnut nostaa kaksi pääkategoriaa: erilaisten asiakasprofiilien vaikutuksen, sekä asiakkaiden yksilöllisten kokemusten ja asenteiden vaikutuksen. Kategorioiden välillä on hieman päällekkäisyyttä, sillä asiakkaiden yksilölliset kokemukset toisaalta vaikuttavat myös heidän asiakasprofiiliinsa. Aiempien palvelukokemusten ja asenteiden merkitystä ei voi kuitenkaan erotella koskemaan vain tiettyä asiakasprofiilia.

Haastattelemani työntekijät korostivat aiheesta tehtyjen tilastollisten tutkimustulosten esiin tuomaa seikkaa siitä, että huumeiden käyttäjät ovat heterogeeninen ryhmä, jonka sisällä asiakkaat ovat yksilöitä, joiden elämäntilanteet ja tuen tarpeet eroavat huomattavasti keskenään. Tämän vuoksi yksiselitteisiä johtopäätöksiä terveysneuvontapisteiden asiakkaista tai heidän tuen tarpeistaan ei voi tehdä. Vastauksissa toistuivat kuitenkin tietyt piirteet ja tekijät, joiden pohjalta erottelin kaksi erilaista asiakasprofiilia, joiden asemat palvelujärjestelmässä poikkeavat toisistaan. Käytän näitä asiakasprofiileja havainnollistamaan sitä, mitkä asiat vaikuttavat huumeita käyttävien asiakkaiden asemaan palvelujärjestelmässä, sekä toisaalta sitä, miten eri asiat toimivat eri asiakkaille kynnyksinä. Nimesin nämä asiakasprofiilit selkeyden vuoksi erityisen huono-osaisiksi asiakkaisiksi sekä pärjääviksi asiakkaisiksi.

### **6.1 Erilaiset asiakasprofiilit**

#### **6.1.1 Erityisen huono-osaiset asiakkaat**

Määrittelen erityisen huono-osaisiksi asiakkaisiksi sellaiset asiakkaat, joille on haastattelemieni työntekijöiden vastausten perusteella kasautunut useita erilaisia hyvinvointivajeita. Erityisen huono-osaiset asiakkaat ovat keskimääräistä huono-osaisempia, työelämän tai opiskelun ulkopuolella ja heidän asemansa palvelujärjestelmässä kuvautuu aineistossa esille tulleiden tekijöiden perusteella

suhteellisen heikkona. Heidän tuen tarpeensa on haastateltavien näkemyksen myös erittäin runsasta. Tämä on linjassa aiemman tutkimuksen kanssa esimerkiksi sen osalta, että huumeiden käyttäjillä esiintyy usein vahvaa hyvinvointivajeiden kasautumista ja suurin osa terveysneuvontapisteiden asiakkaista on työelämän ulkopuolella (Laitinen ym. 2017, 35–59.) Ylipäätään tutkimusten mukaan nimenomaan huumeita käyttävät asiakkaat ovat päihdehuollon asiakkaista keskimääräistä huono-osaisempia (Kaukonen 2019, 40). Haastattelemieni työntekijöiden näkemyksien pohjalta muodostuu kuva, että nämä asiakkaat ovat palvelujärjestelmässä ja yleisesti yhteiskunnassa hyvin heikossa asemassa. Heidän on vaikeaa saada tai hakea tarvitsemiaan palveluita, ja heidän on vaikea toimia yhteiskunnassa ja järjestelmässä.

H1: Tietty siinä on tosi paljon asioita, mitkä voi kasaantuu meidän joillekin asiakkaille, niin kun vaikka just kognitiivisen toimintakyvyn tai lievän älyllisen kehitysvamman takia mitä kuitenkin esiintyy joillain meidän asiakkailla. Sitten on neuropsykiatrisia haasteita, ADHD:ta, huumeiden käytön vaikutukset kognitiivisiin taitoihin, ja huumeita pitkään käyttäneillä, niin siinä on kans monta tapaa millä on voinut vammautua väkivallan tai onnettomuuksien takia. Niin myös semmotti niin kun aivovammat tietty rankasti heikentää... -- ... niin näen, että niillä kenellä se on vaikeata, niin se on sitten erittäin vaikeata.

---

H3: Ne meidän asiakkaat, jotka on niin kun heikoimmilla tässä yhteiskunnassa, niin kyl se heidän itsenäinen palvelujen hakeminen tai saaminen voi olla ihan tosi hankalaa... -- ... Sitten kun mietitään, et siellä on paljon mielenterveyden ongelmia, psykiatrisia diagnooseja, tai jotain nepsyproblematiikkaa [neuropsykiatrisia ongelmia], tai traumataustaa tai jotain muuta syrjäytymistä tai sit vaikka erilaisten syiden vuoksi kognitio voi olla heikompi, tai voi olla vaikka taustalla aivovammoja. Niin se yhteiskunnas toimiminen on heille joillekin ajoittain ihan tosi hankalaa, että se on liian byrokraattista ja siellä on liikaa vaiheita ja tavallaan se kieli mitä ammattilaiset puhuvat tai ne asiat mitä heiltä vaaditaan.

Haastateltavien vastaukset luovat kuvaa, että näiden asiakkaiden tuen tarpeen taustalla on työntekijöiden mielestä usein myös muita tekijöitä päihderiippuvuuden lisäksi. Vastauksissa tuli esille, että useilla asiakkaista on psykiatrisia diagnooseja, neuropsykiatrista oireilua, aivo- tai älyllistä kehitysvammaa, muista syistä johtuvaa kognition tason heikkenemistä, traumataustaa tai muita toimintakykyyn vahvasti vaikuttavia tekijöitä. Tutkimusten mukaan huumeiden käyttäjillä on muuta väestöä

useammin somaattisia ja psyykkisiä terveysongelmia (Laitinen ym. 2017, 81). Haastattelemieni työntekijöiden havainnot ovat linjassa tämän kanssa.

Näiden toimintakykyyn vaikuttavien syiden vuoksi heidän kohdallaan korostuivat palvelujen hakemisen vaikeus ja ymmärrettävissä olevan informaation puute. Järjestelmän byrokraattisuus, monimutkaisuus ja hajanaisuus muodostuvat heidän kohdallaan erityisen suuriksi kompastuskiviksi. Myös Laitinen ym. (2017, 81) havaitsivat terveysneuvontapisteiden asiakkaille tekemässä kyselytutkimuksessaan, että kaikista huono-osaisimmat huumeiden käyttäjät tarvitsevat palveluita huomattavasti, mutta ovat silti erityisen huonossa asemassa niiden saamisen kannalta. Yhden haastateltavan kuvauksen perusteella erityisen huono-osaisten asiakkaiden voi olla haastavaa päästä oikeiden palvelujen piiriin edes tuetusti, koska palvelujärjestelmässä toimiminen vaatii useita eri taitoja. Vastauksessa nousee esille tarve sosiaalisille taidoille, impulssikontrollille ja ajanhallinnalle:

H4: No sanotaanko, että se [palvelujen saanti] ei ainakaan ole kauhean tasa-arvoista. Täytyy sanoa, että tässä päihdetyössä jotenkin huomaa sen, että täytyy olla semmoisia sosiaalisia taitoja, jotta pärjää tässä palvelujärjestelmässä. Niin he [joilla on sosiaalisia taitoja] on kyllä saaneet apua, että he osaavat käyttää palvelujärjestelmää, kun se kyky sosiaaliseen kanssakäymiseen on parempi. Mutta sitten tietysti täällä terveysneuvontapisteessä näkee erityisesti niitä, jotka on syvällä siinä päihdekierteessä ja joiden kyky esimerkiksi hallita omia impulssejaan tai mitään on heikentynyt, tai että he jaksaisi istua paikallaan edes sen aikaa, että me järjestettäisiin vaikka tapaaminen sosiaalityöhön. Niin heidän kohdallaan se on kyllä ensinnäkin se, että heidän omat voimat ei riitä sen palvelujärjestelmän selvittämiseen. Ne ei aina riitä edes siihen, että vaikka se aika varataan, että he löytäisivät sinne perille, kun he unohtaa sen... - ... Elikä he on hyvin epätasa-arvoisessa asemassa suhteessa jopa toisiin asiakkaisiin.

Julkisessa keskustelussa vallitsee usein käsitys siitä, että huumeiden käyttäjät välttelisivät palveluita tai eivät olisi halukkaita sitoutumaan näihin, mutta aiempi tutkimus ei tue tätä (Laitinen ym. 2017), 81). Terveysneuvontapisteiden työntekijöiden vastaukset asiakkaiden toiminnasta palvelujärjestelmässä voivatkin mahdollisesti kertoa siitä, mistä huumeita käyttävien asiakkaiden ”palvelujen välttelystä” on kyse – välttelyn sijaan kyse voi olla tietyn asiakasryhmän erityispiirteistä ja sen vaikutuksista palvelujärjestelmässä toimimiseen. Yllä olevassa esimerkissä työntekijä tuo esille, että asiakkailla ei ole resursseja toimia palvelujärjestelmässä itsenäisesti. Tämä kertoo myös palveluohjausta tekevien työntekijöiden valta-asemasta suhteessa etenkin niihin

asiakkaisiin, joilla on tavanomaista heikommat edellytykset toimia palvelujärjestelmässä. Asiakasta neuvovan ammattilaisen valinnat ja tulkinnat asiakkaan tilanteesta ja siihen sopivista ratkaisuista vaikuttavat merkittävästi siihen, mistä palveluista asiakas ylipäättään saa kuulla ja siten siihen, mihin hän osaa hakeutua (Aikio 2017, 66).

### 6.1.2 Pärjäävät asiakkaat

Analyysin pohjalta nimesin pärjääviksi asiakkaiksi sellaiset terveysneuvontapisteiden asiakkaat, jotka eivät sovi stereotyyppiseen kuvaan huumeiden käyttäjästä tai vastaa aiempaa tutkimusta huumeiden käyttäjien huono-osaisuudesta tai hyvinvointivajeiden kasautumisesta. Määrittelen pärjäävät asiakkaat tämän tutkielman kontekstissa sellaisiksi asiakkaiksi, jotka ovat joko työelämässä tai opiskelevat, pystyvät toimimaan yhteiskunnassa, pärjäävät itsenäisessä asumisessa ja joilla on jonkinlainen olemassa oleva sosiaalinen turvaverkko. Heidän päihteiden käyttönsä on tai ainakin vaikuttaa ulkoa päin katsottuna olevan hallinnassa, eikä heidän lähipiirinsä välttämättä tiedä heidän päihteiden käytöstään tai ainakaan todellista tilannetta sen laadusta.

H1: Kun meillä käy kuitenkin kanssa paljon semmosii, jotka opiskelee tai on työelämässä ja on kognitiivisesti ja psyykkisesti kaikki jees. Niin heillehän se on ihan yhtä helppoo tai vaikeeta, kun kenelle tahansa perustallaajalle, niinkun joku Kela-asioiden säätäminen.

---

H2: Että ne semmoset meidän hyvinvoivat asiakkaat, jotka on esimerkiksi työelämässä ja sillä tavalla jotenki hallitsee sitä omaa elämää, niin he pystyy sen [hakemaan palveluita ja etuuksia] tehdä, mutta suurin osa ei.

Haastateltavat tuovat esille ”pärjäävät” asiakkaat pohtiessaan eri asiakkaiden edellytyksiä asioida viranomaisten kanssa ja hakea tarvitsemiaan palveluita. Aineiston perusteella syntyy kuva, että näillä asiakkailla on suhteellisen hyvät mahdollisuudet ja kyvyt hakea tarvitsemiaan palveluita. Heidän asemansa palvelujärjestelmässä kuvautuu tältä osalta erilaisena kuin niiden asiakkaiden, joiden valmiudet ja toimintakyky ovat erinäisistä syistä heikommat. Pärjäävien asiakkaiden kohdalla heidän asemaansa palvelujärjestelmässä vaikuttaa kuitenkin silti päihteiden käyttöön liittyvä häpeä ja

leimatuksi tulemisen pelko. Aineistossa tulee toistuvasti esille, että pärjäävät asiakkaat pelkäävät, että päihteiden käyttö tulee ilmi lähipiirille tai muille viranomaisille:

H3: Ja sitten taas jos mä mietin sitä toista ääripäätä. Et meil on esimerkiksi hyvin toimeentulevia, työelämässä olevia ihmisiä, joilla tavallaan arjen kaikki perusrakenteet on ok, niin joo, he voi tarvita tietyn tyyppisiä palveluita silti ja he voi niitä palveluita pystyä myös hakemaan ja niiden palvelujen piiriin päästä, mutta tämän tyyppisille ihmisille tietyn tyyppisiin päihdepalveluihin hakeutuminen voi olla ongelmallista, koska heidän päihteiden käytöstä ei välttämättä kukaan tiedä ja sitten se tulee esille kaikille.

---

H2: Joo kyllä osalla ainaki, ja ne on sitten ehkä niitä ihmisiä kenellä se vaikuttaa eniten, että ei oo vaikka kenelläkään tiedossa heidän päihteiden käyttö. Että tavallaan näyttäytyy, ettei heillä olisi mitään päihteiden käyttöä, tai ettei ole missään terveystiedoissa mitään merkintää mistään, nii he on semmonen ryhmä, että he ei halua mihinkään hoitoon vaikka he itse ehkä kokiskin, että he tarvitsisivat jotain hoitoa, mutta sitten he kokee sen, että siitä leimautuu niin pahasti jos johonkin tietoihin ikinä menee joku merkintä niin heidän kohtelu muuttuu.

Aiemmissä tutkimuksissa on esitetty, että leimautumisen pelon vuoksi ”parempiosaiset” huumeiden käyttäjät saattavat mahdollisesti hakea pistovälineet apteekista terveysneuvontapisteiden sijaan (Arponen ym. 2008, 64–66). Tämä tuli esille myös yhdessä haastattelussa, joka haastateltava pohti ”hyväosaisten” asiakkaiden näkyvyyttä pisteiden toiminnassa.

H1: Tosin mä veikkaisin, et stigman takia mitä korkeammin koulutettu tai työelämässä, nii sä varmaan haet apteekista tai tilaat netistä, ettet riskeeraa sitä. Niin vaikee saada luotettavaa kuvaa siitä mikä on päivittäisten iv-käyttäjien koulutustaso. Että vaikka [kyseessä oleva terveysneuvontapiste] on matalan kynnyksen paikka, niin sinnekin on kynnyks, kun ei siellä ole semmosta yksityistä asiointia, että kukaan ei näkisi, että sä käyt siellä tai et sä lähet sieltä, että se on ainakin tällä hetkellä mahdotonta toteuttaa.

Leimautumisen pelko voi vaikuttaa asiakkaiden haluun hakeutua palveluihin tai ottaa palveluita vastaan. Yksi haastateltavista toi esille näkemyksensä siitä, että osa pärjäävistä asiakkaista ei mahdollisesti halua ottaa palveluita vastaan, koska he eivät halua olla osa ”huumeiden käyttäjien” ryhmää.

H4: Kyllä nimenomaan, että jos sä oot jossakin koulussa tai työelämässä, niin kyllähän se pelko on, että se oma käyttö tulee ilmi. Kun sitä ei ulkonäöstä ihmisestä tiedä mitä siellä taustalla

on, ja esimerkiksi jonkun aineen aktiivinen käyttö, kun se on hallinnassa, niin ei välttämättä näy ulospäin. Heidän kohdalla se on se varmaan se pelko, että he ei halua, että se [merkintä terveystietoihin] tulee. Se voi olla myös este sitten esimerkiksi korvaushoitoon hakeutumiselle semmoiselle, joka on vielä kiinni arjessa ja elämässä, ettei halua myöskään olla osa sitä ryhmää niin sanotusti, joka näyttää huumeiden käyttäjiltä selkeästi.

---

Pärjäävien asiakkaiden asemaan vaikuttaa leimaavuuden ja häpeän pelon lisäksi haastattelemani työntekijöiden näkemysten mukaan se, millaisia seurauksia merkinnällä terveystiedoissa pelätään käytännön tasolla voivan olla. Tämän tutkimuksen aineiston tai huumeita käyttävien asiakkaiden kokemuksista tehtyjen tutkimusten (esim. Virokannas 2017) perusteella huumeita käyttävien asiakkaiden pelko ja kokemus siitä, että sosiaali- ja terveystietojen työntekijän tieto huumeiden käytöstä vaikuttaa heidän saamansa kohteluun ja palveluun, ei rajoitu kuitenkaan vain hyväosaisiin asiakkaisiin.

T: Miten sitten niin kun kuinka paljon ajattelet, että huumeiden laittomuus ja rikosoikeudellinen asema sitten niin kun vaikuttaa valmiuteen hakee palveluita tai ottaa vastaan?

H1: On näitä työssäkäyviä ja opiskelevia asiakkaita, niin heillä se näkyy paljon, ei välttämättä se laillisuusaspekti, mutta jos sinne terveystietoihin jää maininta ja se estää tosi monia asioita tavallaan, niiku monenlaista opiskelua... -- ... ja jos se edelleen estää esimerkiksi sun ADHD-lääkityksen, ahdistuksen hoitoon tarkoitettua lääkitystä, terapiaan hakeutumisen, tietyt koulualat ja tämmöiset, niin se ei varmaan niinku muuttuisi siitä kyllä hirveästi [vaikka huumeiden käytön rikosoikeudellisesta rangaistavuudesta luovuttaisiin]

Yksi julkisen keskustelun perusteella mahdollisesti yllättävä huomio aineistossa oli, että huumeiden käytön rikosoikeudellinen rangaistavuus ei noussut aineistossa esille edes ”pärjäävien” asiakkaiden suhteen. Sen sijaan haastateltava korostaa taas asiakkaiden pelkäävän nimenomaan terveystiedoissa olevaa mainintaa ja sen mahdollisia vaikutuksia palvelujen saamiseen.

## 6.2 Asiakkaiden yksilöllisten kokemusten ja asenteiden vaikutus

Haastattelemani työntekijät nostivat esiin toistuvasti asiakkaiden yksilöllisten taustakokemusten ja heidän kohtaamiensa asenteiden vaikutuksen palvelujen

saavutettavuuteen. Tutkimuksissa huumeiden käyttäjien kokemuksista sosiaali- ja terveystalvveluista (esim. Virokannas 2017) on noussut esille, että huumeiden käyttäjät kokevat saavansa huonompaa palvelua ja kohtaavansa asenteellisuutta sosiaali- ja terveystalvveluissa, mikäli heidän huumeiden käyttönsä on tullut työntekijän tietoon. Myös Poikoni ja Kekoni (2019, 75–77) ottavat esille sen, että asiakkaiden aiemmat huonot kokemukset ja niistä seuraavat vaikeudet luottaa viranomaisiin vaikuttavat palvelujen kokemukselliseen saavutettavuuteen. Yksi haastateltavista nosti esille palvelujen saatavuuden, sekä sen, että esimerkiksi kokemus ilman apua jäämisestä voi hänen mielestään vaikuttaa jatkossa asiakkaan valmiuteen ottaa palveluita vastaan.

H1: Jos se on semmoinen, että se asiakas on kokenut, ettei se saa siitä tarpeeksi jeesiä tai että on ollut semmoisia ikäviä kokemuksia, niin ne jää ehkä sillain painamaan tän asiakasryhmän kanssa myös. Voisin kuvitella, että eri tavalla kuin joidenkin muiden asiakasryhmien kanssa, koska [näillä asiakkailla] on semmoinen lähtökohtainen epäluottamus muita kohtaan ja ajatus siitä ehkä, että muut haluaa lähtökohtaisesti pahaa sulle. Niin sitten se, että ottaa semmoiset negatiiviset kokemukset niinku tosi herkästi myös vahvistamaan omaa maailmankuvaa siitä ja näen sen kyllä tosi isona [tekijänä].

Aikio (2017, 108) kuvaa sosiaalityöntekijän ja asiakkaan välisen epäluottamuksen syntyä tilanteena, jossa toinen osapuolista tekee palveluksia toiselle, joihin toinen ei vastaa tyydyttävästi tai sovitusti. Tämä puolestaan vaikuttaa palveluksia tehneen osapuolen valmiuteen jatkaa palvelusten tekemistä. Haastateltavan antamassa esimerkissä ei varsinaisesti puhuta asiakkaiden tekemistä palveluista, mutta toisaalta pelkkä avun hakeminen voidaan katsoa sosiaali- ja terveystalvvelujen kannalta toivottavana ja kannustettavana käytöksenä. Asiakkaalle avun hakemiselle on voinut olla erittäin suuri kynnyks, jolloin valinta hakea apua voi olla merkittävä ja paljon voimavaroja vaatinut teko. Mikäli asiakas ei koe saavansa palvelujärjestelmästä vastinetta omalle pinnistelylleen, voi tämä heikentää hänen luottamustaan järjestelmää kohtaan. (Aikio 2017, 108.) Monissa haastateltavien vastauksista korostui heidän näkemyksensä huumeiden käyttäjien yleisestä epäluottamuksesta yhteiskuntaa kohtaan. Tämä kuvautuu vastauksissa yhtenä asiakasryhmän erityispiirteenä.

H4: Ja totta kai jokaisen ihmisen omat kokemukset vaikuttavat, että kyllähän monin näistä ihmisistä on koko elämänsä sosiaalityön ja lastensuojelun ja kaikkien viranomaisten kanssa tekemisissä, ja kyllä sinne tahtoo mahtua sitten niitä todella huonoja kokemuksia ja huonoja kontakteja. Ja totta kai valitettavasti jää vaikeimmat asiat sinne pinnalle. Mä luulen, että jos

puhutaan nimenomaan palvelujärjestelmästä, niin kun saat yhden huonon kokemuksen, niin sen jälkeinen ajatus on, että sinne en ainakaan mene.

Haastateltava tuo edellisessä otteessa esille asiakkaiden lastensuojelutaustan. Ajatus mahdollisen lastensuojelutaustan vaikutuksesta nousi esille kaikissa neljässä haastattelussa. Pääosin kyse oli asiakkaiden kokemuksista lastensuojelusta omaan lapsuuteen ja nuoruuteen liittyen. Tämän koettiin haastateltavien keskuudessa heijastuvan yleisesti asiakkaiden mielikuvaan sosiaalitoimesta:

H3: Aina tietty kuitenkin on semmosia asiakkaita, että kun se ylisukupolvisuus syrjäytymisessä ja tämän tyypisessä ilmiössä näkyy meil aika hyvin, niin meillä voi osa asiakkaista olla semmosia, joilla on vaikka pitkä lastensuojelulaitostausta itsellä. Ja on he sitten tällä hetkellä minkä ikäisiä, täysikäisiä, vaan, niin heillä voi olla tosi kova vastustus siihen, että he ei haluaisi olla missään tekemisissä semmosen instanssin kanssa kun sosiaalitoimi. Ja sitten se vaikuttaa siihen kaikkeen kanssakäymiseen. Ja sitten se vaikuttaa siihen et vaikka olisi iäkäsikin asiakas, mut hän on pitkään kantanut mukanaan sitä semmosta epäluottamusta ja myös jotain vihaa ja vääryyden kokemusta sitä sosiaalitoimea tai koko muuta yhteiskuntaa kohtaan. Ja kun tää asiakas kuitenkin meidän näkökulmasta tarvii jotain apua, niin me aletaan häntä pikkuhiljaa herättelemään siihen, et voisko ajatella jotain avun hankkimista. Niin se voi olla aika pitkä prosessi, et me saadaan asiakas myöntymään edes siihen, että voitaisiin mahdollisesti edes selvittää, et mitä apua olisi tarjolla. Ja sit siitä pitkä matka taas siihen et hän lähtisi siihen kontaktiin mukaan ja suostuu ottaa sitä apua vastaan. Et myös tämmösiä asiakkaita on.

---

H1: Mä luulen, että oikeastaan aika tosi monen asian takana on myös se, että tosi monella asiakkaalla on semmoinen laitostausta nuorena, että he on kasvanut jossain laitoksessa. Silloin on saattanut olla toiminta ei-eettisesti kestävä silleen ihan eri tavalla ehkä, kun mitä nykyään. Vaikka nykyäänkin saattaa olla... Silleen mä luulen, että se määrittää tosi monella semmoista ahdistusta tavallaan siihen, että joku viranomainen on sua käyttämässä ja hallitsemassa.

Haastateltavien vastausten perusteella syntyy kuva, että heidän mielestään asiakkaiden aiemmat kokemukset vaikuttavat siihen, että sosiaalityö koetaan helposti kontrolloivana ja itsemääräämisoikeuteen puuttuvana sen sijaan, että asiakkaat näkisivät palvelut heitä tukevinä. Tämä vastaa asiakkaiden omista kokemuksista tehdyn tutkimuksen esille tuomaa havaintoa siitä, että asiakkaat kokevat viranomaisten kohtaavan heidät kontrollilähtöisesti ja kylmästi, heidän tarvitsemansa tuen sijaan (Perälä 2012, 70). Kontrollin korostuminen haastattelemini työntekijöiden ja asiakkaiden käymissä

keskusteluissa luo kuvaa siitä, että sosiaalityö näyttäytyy asiakkaille normalisoivaa tai dominoivaa hallintaa käyttävänä. Normalisoivassa tai dominoivassa hallinnassa toimintaa ja sen tavoitteita säätelevät ulkopuoliset tekijät, kuten yhteiskunnalliset normit tai viranomaisten asettamat tavoitteet (Aikio 2017, 37–42).

Haastattelemani työntekijät nostivat palvelujärjestelmään liittyvien kokemusten lisäksi esiin asiakkaiden kokemukset päihdeongelmasta kuntoutumiseen liittyen. He kokivat, että asiakkaiden koetut epäonnistumiset kuntoutumisessa yhdistettynä yhteiskunnan asenteisiin päihteiden käyttäjiä kohtaan voivat vaikuttaa siihen, kokevatko asiakkaat ansaitsevansa tarvitsemaansa apua tai tukea. Haastateltavat toivat esille esimerkkitalanteita, joissa pitkään huumeita käyttäneet asiakkaat kokevat, etteivät ansaitse apua tai kuntoutusta enää, koska ovat yrittäneet lopettaa käyttämistä niin monesti siinä onnistumatta. Haastateltavien mukaan tällaisissa tilanteissa asiakkaat voivat ajatella palvelujen vastaan ottamisen olevan yhteiskunnan resurssien tuhlaamista, koska he eivät enää usko omiin kuntoutumismahdollisuuksiinsa ja toistuvat epäonnistuneet kuntoutusyritykset aiheuttavat toivottomuutta.

H3: Mutta kyllä se näkyy, et tosi moni meidän asiakas pitää itseään rapanistinä tai narkkarina, ja he myös ajattelevat, että he ei oo minkään avun arvoisia. Ja on tosi paljon semmosta itseruoskimista ja syyllistämistä, ja että heitä on autettu jo niin monta kertaa tai niin monta vuotta tai niin monta vuosikymmentä tai niin monella eri tavalla ja niin monta eri kertaa katkolla tai kuntoutuksessa tai aloittanut korvaushoidon uudestaan ja kaikkia asioit on koitettu ja he ei silti onnistu tai pysty, niin he sitten jotenkin kokee, että heitä ei tarvis enää auttaa tai et he ei ansaitse sitä. Et he kokee sen niin, että työntekijän kannattaisi [asiakkaiden mielestä] käyttää se työpanos johonkin muuhun ja he on omasta mielestään toivottomia tapauksia, mitä mä itse aattelen, että ketään ei ole. Aina voi auttaa niinku jollain tavalla.

---

H4: No joo ehkä se näkyy semmoisena totaalisenä jotenkin, että hän ei koe enää tarvitsevansa mitään palveluita, että näkee aika paljon semmoista toivottomuutta, että on annettu niin kun jo periksi. Että mitäs tässä nyt, kun jotkuthan valitettavasti kutsuu tämmöistä hoitamaton päihdeongelmaa, että se on semmonen hidastettu itsemurha omalla tavallaan. Se toivo on kadonnut ja siinä kohtaa se on varmaan sitä häpeää myös siinä alla, että heidän vastaus on usein just, että turhaan sinne soittaa, että ei tässä nyt enää semmoista tarvita.

Haastattelemieni työntekijöiden näkemysten pohjalta muodostuu kuva, että yhteiskunnalliset asenteet, huono-osaisuus ja aiemmat huonot kokemukset vaikuttavat etenkin erityisen huono-osaisten asiakkaiden omakuvaan ja valmiuksiin hakea tai ottaa vastaan apua. Myös Kekoni ja Poikonen (2019) tuovat saavutettavuutta koskevassa artikkelissaan esille sen, että huumeiden käyttäjien mielikuva itsestään yhteiskunnan hierarkian ”alimpana kastina” vaikuttaa palvelujen koettuun saavutettavuuteen. Huono-osaisuuden vaikutus siihen, miten huumeiden käyttäjä ajattelee itsestään, on tullut esille aiemmissa tutkimuksissa: Laitinen ym. (2017) havaitsivat terveysneuvontapisteiden asiakkaille tehdyssä kyselytutkimuksessa, että mitä enemmän terveysneuvontapisteen asiakkaalla oli erilaisia päällekkäisiä hyvinvointivajeita, sitä todennäköisemmin hän koki olevansa huono-osainen. Haastattelemieni työntekijöiden havainnot asiakkaidensa omakuvasta ja sen yhteydestä huono-osaisuuteen ovat tulkintani mukaan ovat linjassa Laitisen ym. tulosten kanssa.

H3: Ja tohon mä haluisin ehkä vielä lisätä sen, että moni asiakas kun on pyörinyt näiden päihdepalvelujen rattaissa, niin on oikeasti mennyt siinä omassa elämässä eteenpäin. Voi olla, että iv-käyttö eli pistokäyttö on vähentynyt, voi olla että ei vaikka oo pitkää aikaa ollu sairalaajaksoja pitkään aikaan, rikollinen toiminta on voinut vähentyä tai ei oo joutunut vankilaan missään kohtaa, et C-hepatiitti on hoidettu, esimerkiksi on kiinnittynyt päihdehoitoon tai työllistämispalveluun, voi olla että omat sosiaaliset suhteet on korjautunut, jos vaikka on niit alaikäisiä lapsia, niin heidän tapaamiset on onnistunut... Mutta silti, koska he ei oo päässy semmoseen tilanteeseen, että he olisi täysin päihdeettömiä mitä he olettaa, että päihdehuollon toimijat tai vaikka muu yhteiskunta heiltä odottaa, niin he ajattelee että he ei oo riittävän hyviä ja että he on epäonnistunut. Heillä ei ehkä itelläkään oo perspektiiviä siihen, että kuinka paljon he on voinut siinä omassa elämässään päästä parempaan jamaan suhteessa siihen mitä on aiemmin ollut.

Aiempiin kokemuksiin, epäonnistumisiin ja odotuksiin liittyen yksi työntekijä toi esille myös näkökulman siihen, miten täyden päihdeettömyyden korostaminen ainoana oikeana vaihtoehtona vaikuttaa asiakkaiden minäkuvaan. Haastateltavan kuvaamassa tilanteessa haittoja vähentävän päihdetyön periaatteilla tarkasteltuna asiakkaan elämässä on tapahtunut monta isoakin onnistumista, sillä haittoja vähentävässä päihdetyössä pyritään huomioimaan pienetkin onnistumiset (Vakharia & Little 2016, 74). Yllä olevassa esimerkissä ei ole kyse vain pienistä onnistumisista, vaan isoistakin asioista, mutta asiakkaiden voi olla hankalaa itse tunnistaa näitä, mikäli päihdeettömyys on aina kuvattu ainoana oikeana lopputuloksena.

Tässä luvussa käsitellyissä esimerkeissä näkyy se, ettei päihdetyötä tehdä tyhjiössä – työntekijä voi pyrkiä lähestymään työskentelyä ei-normalisoivasti, eli lähestymään työskentelyä asiakkaan itse sanoittamien tavoitteiden kautta kunkin asiakkaan yksilöllistä lähtökohdista (Aikio 2017, 37–42). Tämä ei kuitenkaan poista aiempien kokemusten tai yhteiskunnallisten normien vaikutusta ja valtaa siihen, miten asiakas itse suhtautuu uuteen työntekijään tai omaan edistymiseensä.

## **7 Huumeiden käyttäjille suunnattujen palvelujen saavutettavuuteen vaikuttavat tekijät**

Tässä luvussa keskityn käsittelemään palvelujen saavutettavuuteen liittyviä tekijöitä. Olen erotellut haastateltavien esille tuomat tekijät kahteen pääkategoriaan: rakenteelliset tekijät sekä työntekijän ja asiakkaan kohtaamiseen liittyvät tekijät. Löysin aineistosta useita rakenteellisia tekijöitä, joten olen selkeyden vuoksi jakanut sen kolmeen alakategoriaan: byrokraattisuus, palvelujen järjestämistavat ja alueelliset erot palvelujen saatavuudessa.

### **7.1 Rakenteelliset tekijät**

#### **7.1.1 Byrokraattisuus**

Byrokraattisuus näkyy haastateltavien mukaan erilaisina asiakkaaseen kohdistuvina vaatimuksina ja palveluprosessin monimutkaisuutena. Suomalainen sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmä on tutkimusten mukaan hajautunut useiksi tarkkaan rajatuiksi erityispalveluiksi (esim. Laitinen ym 2017, 82). Käytännössä tämä hajanaisuus tarkoittaa sitä, että useaa eri palvelua tarvitsevan henkilön tarvitsee yleensä asioida useissa eri tahoissa asioidensa hoitamiseksi. Tämän vuoksi byrokraattisuus ja hajanaisuus vaikuttavat työntekijöiden mukaan palvelujen saavutettavuuteen erityisesti niiden asiakkaiden kohdalla, joiden valmiudet palvelujen hakemiselle ovat jo lähtökohtaisesti heikot.

Haastattelemani työntekijät kokivat, että heidän asiakkaansa hyötyisivät huomattavasti siitä, ettei asiakkuuksia tarvitsisi olla samanaikaisesti useissa eri palveluissa. Päihdehuollon tulosten kannalta palveluihin pääsyn oikea-aikaisuus sekä hoito- ja palvelupolkujen saumattomuus kuvautuvat olennaisina tekijöinä onnistumisen kannalta (Ekqvist & Kuusisto 2019, 308; Partanen & Kuussaari 2019, 328). Tämän pohjalta työntekijöiden havainto asiakkaiden hankaluuksista toimia eri palvelujen kanssa ja niiden välillä kuvautuu ongelmallisena sekä palvelujen saavutettavuuden, että niiden tulosten kannalta. Haastateltavat tuovat byrokraattisuuden ja hajanaisuuden ongelmallisuutta esille haastatteluissa esimerkiksi näin:

T: Millaisena sä näet teidän asiakkaiden mahdollisuudet hakea palveluita täysin itsenäisesti? Jos he ei saisi täältä tai muualta apua

H2: No... meidän kaikista huonoimmin voivat asiakkaat ei varmasti ois palvelujen piirissä ollenkaan sitten. Että tota tällä hetkellä palvelut ja niiden saaminen on tosi hajanaista, eikä oo semmosta, et voisit mennä vaan yhteen paikkaan ja sieltä hoituisi kaikki asiat. Vaan on niinku sellasta, että yhestä paikasta saa yhen asian ja sitten pitää taas mennä seuraavaan paikkaan. Ja jokaisessa paikassa pitää aina toimittaa kaikenlaisia lippulappusia.

---

H3: Sit mä aattelen et semmonen turhan byrokratian karsiminen, sehän helpottaa kaikkia muitakin ihmisiä, mut se todellakin helpottaa meidän asiakkaita. Et semmoset turhat lippulappuset ja turhat ajanvaraukset ja turhat luukulta toiseen siirtämiset ja palvelun saamisen ketjuttamiset. Et ne vois jotenkin jättää pois. Et mitä kattavammin yhdellä asiointikerralla vois saada asioita eteenpäin, niin sitä suuremmalla varmuudella ne sit oikeasti etenee.

Vastauksista syntyy kuva, että useiden erilaisten paperien, lähetteiden ja muiden pyytäminen ei yleensä heidän näkökulmastaan palvele asiakasta ollenkaan. Läheteillä haastateltava viittaa päihdekuntoutukseen pääsyyn vaadittuihin lääkärin tai sairaanhoitajan läheteisiin, joiden pohjalta arvioidaan kuntoutuksen tarvetta ja tarkoituksenmukaisuutta. Tutkija Olavi Kaukonen (2019, 44) on tuonut esille, ettei tämänhetkinen tutkimustieto kuntoutuksesta tue tiukkaa tarvepohjaista arviointia, sillä tällä hetkellä ei ole selkeää tutkimusnäyttöön perustuvaa kuvaa siitä, kuka hyötyy päihdekuntoutuksesta ja missä tilanteista. Tämän pohjalta työntekijöiden näkemys erilaisten vaatimusten turhuudesta kuvautuu ainakin osittain perusteltuna. Samalla päihdekuntoutuksen tiukka tarvehankintaisuus kuvautuu osittain dominoivana hallinnan käyttönä, sillä asiakkaan omien tavoitteiden ja ajatusten sijaan lopullinen valta palvelusta on sosiaalityöntekijällä. Sosiaalityöntekijä voi päätöstä tehdessä arvioida tilannetta joko asiakkaan ajatusten tai sitten yhteiskunnallisten normien tai oman työnantajaorganisaationsa intressien (esimerkiksi rajallisista resursseista johtuvat säästöpainet) mukaisesti. (Aikio 2017, 37.)

Jälkimmäisessä otteessa työntekijä nostaa myös ajanvaraukset yhtenä kynnyksenä. Tämä tuli esille myös muissa vastauksissa. Kaksi haastateltavista totesi ajanvarauksista näin:

H1: Sitten kun useimmat asiat toimii ajanvarauksella, niin se ylipäättään se ajanvarauksen muistaminen ja sinne meneminen jos on aktiivisessa addiktiossa voi olla haastavaa.

---

H4: Kyse on esimerkiksi siitä että me tiedetään että meidän asiakkaille on mahdotonta usein sitoutua kellonaikoihin tai päivämääriin.

Ajanvaraukset, lähetteet ja muut vaatimukset voivat toimia saavutettavuutta heikentävinä tekijöinä. Nämä tekijät vaikuttavat Poikonen & Kekonin (2019) määritelmän mukaiseen institutionaaliseen saavutettavuuteen. Tutkimuksissa (esim. Appel 2004, Perälä 2012, Laitinen ym. 2017) on yleensä nimetty palvelujen piiriin pääsemisen kynnyksiksi esimerkiksi pitkät jonot, odotusajat tai resurssien vähyys. Aineistossani nämä eivät kuitenkaan nousseet esille merkittävästi, vaan ennemmin nimenomaan palvelujärjestelmän jakautuminen ja ajanvarauksella toimimisen ongelmallisuus. Ajanvarauksella toimimisen voidaan toisaalta katsoa sisältyvän myös odotusaikojen ongelmallisuuteen – asiakasryhmälle, jolle sovitusta ajoista kiinni pitäminen on haastavaa, voi esimerkiksi viikon päähän saatu tapaamisaika olla haastava muistaa.

Asiakkaille asetettuja vaatimuksia oma-aloitteisuuteen ja sitoutumiseen sekä niiden suhdetta sosiaali- ja terveystaloudissa käytettyyn hallintaan voidaan tarkastella eri näkökulmista. Tavallaan oma-aloitteisuuden tavoitteena on korostaa asiakaslähtöisyyttä, eli sitä, että avun hakeminen on asiakkaasta itsestään lähtöisenä. Tällöin oma-aloitteisuuden korostaminen voi kuvautua asiakaslähtöisenä ja ei-normalisoivana hallintana, kun tarve avulle tulee asiakkaalta itseltään. Samalla kuitenkin oma-aloitteisuuden ja ajanvarauksiin sitoutumisen edellyttäminen voivat olla normalisoivan ja dominoivan hallinnan keinoja, kun asiakkaan on välttämätöntä mukautua näihin liittyviin normeihin saadakseen apua. (Aikio 2017.)

Havaitsin analyysin aikana, että sosiaali- ja terveystaloudujärjestelmän rakenteeseen liittyvien piirteiden lisäksi palvelujen institutionaaliseen saavutettavuuteen vaikuttavat myös hyvin arkiset ja käytännönläheiset asiat. Haastatteluissa tulee useaan otteeseen ilmi, että monet asiakkaista ovat usein tilanteessa, jossa heillä ei ole henkilötodistusta, verkkopankkitunnuksia, tietokonetta, puhelinta, puhelinliittymää tai puheaikaa:

H2: Et sitten mä nään ehkä suurimpana asiana sen et suurimmalla osalla meidän asiakkaist ei oo esimerkiksi henkkareita [henkilöllisyystodistusta] eikä verkkopankkitunnuksia, nii sitten jos pitäis niitä itsenäisesti hoitaa, ni sä et kyllä pysty hoitaa mitään noista.

---

H1: Ja sitten tietty se et jos on henkkarit ja passi ja kännykkä ja pankkikortti aina hukassa, niin aivan todella vaikeaa heidän on itse hoitaa asioita. Ja niinkin yksinkertainen asia kun onko heillä puheaikaa, kun [sosiaalitoimen palveluohjaukseen] jonottaminen maksaa niin senkin takia se on sitten tosi haastavaa.

Tämän perusteella näyttää, että palvelujen saavutettavuuteen ei vaikuta vain sosiaali- ja terveysjärjestelmän vaatimukset, käytännöt tai byrokratia, vaan ylipäätään suomalaisessa yhteiskunnassa normalisoituneet toimintatavat. Moderni yhteiskunta tuntuu usein pitävän näitä asioita – pääsyä internettiin tai mahdollisuutta soittaa – itsestäänselvyyksinä, joten niitä ei välttämättä edes tunnisteta kynnyksiksi. Ilman näitä palvelujen hakeminen kuvautuu kuitenkin haastavana. Tällöin asiakkaan, jolta nämä puuttuvat, on hankalaa tai lähes mahdotonta hakea palveluita täysin itsenäisesti. Se, miten sosiaali- ja terveyspalvelut järjestetään ja mitä taustaoletuksia palvelujen suunnittelemisessa on, on myös huomaamatonta hallinnan käyttöä.

Byrokraattisuus ja palvelujärjestelmän pirstaleisuus eivät vaikuta vain palvelujen saamiselle asetettuihin vaatimuksiin, vaan myös siitä tiedottamiseen. Haastattelussa nousi esille toistuvasti, että työntekijät kokivat palveluista saatavilla olevan tiedon olevan puutteellista heidän asiakkaidensa näkökulmasta. Vaikuttaa siltä, että byrokraattisuus ja palvelujen pirstaloituminen tarkkarajaisiksi erityispalveluiksi vaikeuttavat palveluista tiedottamista asiakaslähtöisellä ja helposti ymmärrettävissä olevalla tavalla. Yksi haastateltavista käyttää viranomaispäätösten sekä Kansaneläkelaitoksen (Kela) sivujen kieltä esimerkkinä tästä:

H1: Ymmärrys esimerkiksi jostain Kela-asioista vaikkapa, niin voi olla vähän vaikeata, koska se on ehkä semmoista... ei hirveän kansankielisesti ymmärrettävästi olevaa välttämättä, myöskään päätökset ja muut, tai Kelan sivutkaan, vaikka siinä tietty siihen pyritään, niin en mä tiedä että onnistutaanko siinä ihan täysin. Että sekin niinku hankaloittaa sitä.

Toinen työntekijä taas toteaa palvelujen hakemiseen ja sen vaikeuksiin liittyen:

T: Mitä muita asioita sulle tulee mieleen mitkä vaikuttaa [palveluiden hakemiseen] tai onks muita asioita?

H2: ... -- ... Just esimerkiksi jos miettii noita sosiaalipalveluita ja niiden hakemista, että just kun sä et ammattilaisenakaan tiedä aina et mistä tämä tuki pitäisi hakea.

Haastateltava tuo esille, että kokee itse sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnalla työskentelevänä ammattilaisenakin ajoittain hankalaksi tietää, mitä palvelua tai tukea kuuluisi milloinkin hakea ja miltä taholta. Informatiivisen saavutettavuuden kannalta palvelujen suunnittelussa olisi tärkeää huomioida erilaisten toimintakykyjen vaikutus yksilöjen kykyyn löytää ja sisäistää tietoa (Poikonen & Kekoni 2019, 71–72). Haastattelemini työntekijöiden näkemysten mukaan tässä ei ole heidän asiakkaidensa kohdalla onnistuttu. Ylipäätään sosiaali- ja terveyspalveluissa käytetyt termit eivät haastattelemini työntekijöiden mukaan välttämättä aukea asiakkaalle heti. Esimerkkinä tästä yksi heistä käytti tuettua asumista:

H1: Tuettu asuminen tai tukihenkilö ei välttämättä kerro asiakkaalle mitään, ku ne on just semmosii mitä meiltä saatetaan kysyy, kun asiakkaat on lukenut esitteen.

Haastateltavan mukaan termi ”tuettu asuminen” itsessään kertoo asiakkaalle kovin vähän, eivätkä esitteet välttämättä onnistu avaamaan palveluita tai niiden sisältöä tarpeeksi konkreettisesti. Haastatteluissa yleisesti korostui työntekijöiden ajatus siitä, että sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä ja ammattilaisten käyttämä kieli on usein vaikeaselkoista ja toisiaan muistuttavat palvelut saattavat sekoittaa toisiinsa. Informatiivisen saavutettavuuden onnistuminen on tärkeää asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja oikeusturvan toteutumisen kannalta (esim. Poikonen & Kekoni 2019). Ammattilaisten käyttämään kieleen ja käsitteisiin liittyy myös hallinta. Ei-normalisoiduissa hallintakäytännöissä pyritään lähestymään työskentelyä asiakaslähtöisesti ja niin, että asiakkaan omat näkemykset ohjaavat työskentelyä mahdollisimman pitkälle (Aikio 2017, 66). Mikäli asiakas ei ole saanut riittävästi tietoa vaihtoehtoista, tai ei ole viranomaiskäsitteiden käytön vuoksi ymmärtänyt saamaansa tietoa, ei hänen ole mahdollista tehdä aidosti informoituja valintoja omasta tilanteestaan.

Analyysin perusteella vaikuttaa, että perus- ja erityispalveluista ja useista erilaisista etuuksista koostuva sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä ja sosiaaliturvaverkko luovat

todella monimutkaisen kokonaisuuden. Sen hallitseminen vaatii syvempää perehtymistä myös niiltä, joilla on suhteessa hyvä toimintakyky ja kaikki muut edellytykset tiedon hankkimiseen ja sen ymmärtämiseen. Tämä asetelmana taas luo huonon pohjan palvelujen informatiiviselle saavutettavuudelle niiden henkilöiden kannalta, jolla nämä edellytykset ovat alun perinkin keskivertoa heikommat.

Haastateltavat nostivat myös muutamia palveluita tai toimintatapoja, jotka heidän näkemyksensä mukaan vahvistavat palvelujen saavutettavuutta byrokraattisuuteen ja hajanaisuuteen liittyen. Tuettu asuminen ja tukihenkilötoiminta kuvautuivat tällaisina palveluina. Käytännössä tuetussa asumisessa ja tukihenkilötoiminnassa asiakkaalla on yleensä yksi omaohjaaja tai ammatillinen tukihenkilö, joka tuntee hänen kokonaistilanteensa. Ohjaaja voi auttaa palveluihin hakemisessa, tulla mukaan tapaamisille ja olla asiakkaan kanssa tai luvalla yhteydessä viranomaistahoihin:

H1: Esimerkiksi mun mielestä kaikki tommoiset tukihenkilö tyyppiset toiminnot on ehkä just semmoisia, mitkä niinku vastaa näihin kaikkiin missä mekin jeesitään... -- ... Silloin sä [ohjaaja] tunnet se asiakkaan ja tunnet sen tilanteen, niin sitten osaat tavallaan myös ennakoida sitä semmoista, että nyt kun on mennyt tämän verran aikaa, niin sä tiedät kysyä, että hei onko sun toimeentulotuki muuten voimassa, että pitäisikö se hakemus nyt uusia? Ja että onko tämä tai tämä asia hoidettu ja sulla on tämä ja tämä aika tällöin ja tällöin, niin mennään silloin sinne.

---

H2: Suurin osa on tyytyväinen niihin [tuetun asumisen] palveluihin. Et monet kokee, et ku on semmonen yks henkilö, johon voi olla yhteydessä ja joka pystyy hoitaa asioita, et suurin osa on tosi tyytyväisii et on semmonen arjen tuki.

Vastausten perusteella yksi tuetun asumisen tai tukihenkilötoiminnan keskeisistä eduista on haastateltavien mielestä se, että asiakkaan ei tarvitse itse tietää mihin tahoon olla yhteydessä tai mitä palvelun hakeminen vaatii, koska hän voi aina soittaa omaohjaajalle tai tukihenkilölle. Palvelujen informatiiviseen saavutettavuuteen vaikuttaa myös se, että asiakkaan tunteva henkilö voi mukauttaa neuvonnan ja ohjauksen hänen yksilölliseen toimintakykyynsä sopivaksi (Poikonen & Kekoni 2019, 71–72). Tuetun asumisen ohjaajalla tai tukihenkilöllä on tähän mahdollisuus, sillä asiakas voi matalalla kynnyksellä kysyä omaohjaajaltaan tai tukihenkilöltä palveluista. Omaohjaajalla tai tukihenkilöllä on sosiaali- ja terveysalan ammattitaidon lisäksi ideaalitalanteessa myös

hyvä tuntemus omista asiakkaistaan ja sitä kautta hyvät edellytykset kertoa palveluista asiakaslähtöisesti ja ymmärrettävästi. Tuettu asuminen ja tukihenkilötoiminta parhaimmillaan kuvautuvat ideaalitalanteessa toimiessaan useita kynnyksiä poistavana tai ainakin niitä mahdollisesti madaltavina tekijöinä.

Tuetun asumisen palvelun ja ammatillisen tukihenkilötoiminnan kohdalla on kuitenkin huomioitava, että kyse on sosiaalihuoltolain mukaisesta asiakkaalle myönnetystä palvelusta. Asiakkaan on jo täytynyt ensin hakeutua palvelujen pariin ja päästä sosiaalihuoltolain mukaiseen palvelutarpeen arvioon. Tuettu asuminen tai tukihenkilötoiminta ovat yksilökohtaisia ratkaisuja, jotka auttavat asiakasta luovimaan monimutkaisessa palveluverkostossa. Ne eivät palveluina ratkaise tai vastaa palvelujen saavutettavuuden rakenteellisiin ongelmiin. Toisaalta asiaa voidaan tarkastella myös haittojen vähentämisen kautta, jos asiointeihin ja palvelujen hakemiseen liittyvät vaikeudet nähdään nimenomaan riippuvuushäiriöön liittyvinä haittoina, eikä järjestelmän rakenteesta kohtuvana ilmiönä. Tällöin asiointeihin ja palvelujen hakemiseen liittyvän tuen voidaan katsoa vähentävän työntekijöiden näkemyksen mukaan riippuvuussairaudesta johtuvia haittoja, kun asiakas saa tukea asiointeihin ja palvelujärjestelmässä toimimiseen.

Saatavuus- ja saavutettavuusongelmien ratkaiseminen tarvehankintaan pohjautuvilla palveluilla kuvautuu kuitenkin yhdenvertaisuuden ja asiakkaiden oikeusturvan kannalta mahdollisesti ongelmallisena. Tarvepohjaisen arvioinnin perusteella myönnetty palvelu poistaa saatavuuteen ja saavutettavuuteen liittyviä kynnyksiä vain niiltä, jotka palvelun saavat. Heikoimmassa asemassa olevien asiakkaiden voi olla haastavaa valittaa päätöksistä tai huolehtia omista oikeuksistaan niissä tilanteissa, joissa työntekijän ja asiakkaan mielipide palveluntarpeesta eroavat. (Arajärvi 2013, 33–34.)

Toinen byrokraattisuuden ja palvelujärjestelmän hajanaisuuden vaikutuksia lieventävä ja palvelujen saavutettavuutta parhaimmillaan vahvistava tekijä vaikuttaa olevan toimiva moniammatillinen yhteistyö:

H1: Esimerkiksi osa meidän asiakkaista on antanut luvan meille olla yhteydessä sossuun ja sossulle luvan olla yhteydessä meihin, niin sitten on voitu sossusta soitella, että hei asiakkaalla ois tällöinen aika, et jos sitä näkyy, nii pyydättekö te olemaan yhteydessä? Et sitten se ei oo niin asiakaslähtöistä, vaan et tuetaan pysymään kerkassa.

----

H3: Ja nimenomaan, että semmoinen moniammatillisen yhteistyön kynnyksen madaltaminen. Et sekin on siinä oleellista et kaikki keskeiset toimijat jonkun yhden asiakkaan asiois oikeesti puhaltais yhteen hiileen ja on samalla sivulla. Niin se helpottaa. Mä itte aattelen, että vaikka se ei oo selkee hanke tai palvelu tai toimintatapa, mut toi korona-aika, oli siis semmoinen et se notkisti ja ketteröitti tällä alueella paljon näiden asioiden hoitamista. Et sen jälkeen monet asiat meidän asiakkaiden jutuissa on sujunu oikeesti vauhdilla.

Haastattelemieni työntekijöiden vastauksien perusteella vaikuttaa, että tehokas yhteydenpito eri viranomaisten ja palveluntuottajien välillä vähentää asiakkaaseen kohdistuvaa kuormitusta ja vaatimuksia, sekä siten parantaa palvelujen saavutettavuutta. Moniammatillinen yhteistyö ja (asiakkaan luvalla tapahtuva) yhteydenpito auttavat toisen työntekijän mukaan asiakasta pysymään palveluprosessissa mukanaan. Toisen haastateltavan tekemä havainto korona-ajan vaikutuksista oli mielenkiintoinen. Mitään selkeitä, yleistettävissä olevia tulkintoja korona-ajan vaikutuksesta palveluihin ei sen pohjalta voi tehdä, eikä se tämän tutkimuksen kontekstissa ole tarkoituksen mukaista. Havaintona se kuitenkin korostaa sujuvan ja mutkattoman moniammatillisen yhteistyön merkitystä siinä, että palvelujärjestelmän toiminta olisi asiakasystävällisempää. Tämä korostuu niiden asiakkaiden osalta, jotka tarvitsevat tukea monilta eri tahoilta ja joiden valmiudet palvelujen hakemiselle ovat keskimääräistä heikkomat. Tutkijoiden näkemykset tukevat moniammatillisen ja ammattirajoja ylittävän yhteistyön merkitystä: esimerkiksi Partasen ja Kuussaaren (2019, 335) mukaan tämä tekisi asiakkaiden palvelupoluista aiempaa selkeämpiä ja vähentäisi sosiaali- ja terveystaloudessa tehtävää turhaa päällekkäistä työtä, joka samalla säästäisi resursseja.

### 7.1.2 Palvelujen järjestämistavat

Aineistossa tuli ilmi, että haastattelemieni työntekijöiden mielestä heidän asiakkailleen sopivia palveluvaihtoehtoja ei ole tarpeeksi. Yksi esille noussut esimerkki tästä oli Asunto ensin -mallilla toimivat asumispalveluyksiköt. Alla olevassa otteessa työntekijä kuvaa, että alueella on vain yksi virallisesti tällä periaatteella toimiva päihdehuollon asumisyksikkö, joka tarjoaa tilapäisasumista. Tämän yksikön ollessa täynnä asiakas joutuu joko jonottamaan pitkään päästäkseen sopivaan yksikköön tai hänet joudutaan sijoittamaan yksikköön, jossa hänellä ei ole valmiuksia pärjätä:

H1: Suurin osa noista yksiköistä on päihteettömiä ja vaatii päihteettömyyttä, että ne mitkä ei vaadi on aika marginaalissa, ja valinnanvaraa semmosissa on tosi vähän. Että täälläkin on vaan yks semmonen paikka, mis on jatkuvasti ohjaaja paikalla. Että siellä sit on kaikki ne semmoset, ketkä siel pystyy olee ja sit nekin kenelle se ei ehkä sovi. Et esimerkiksi tosi nuorille, jotka vaikka alottelee vasta päihteiden käyttöä, niin ei se ehkä oo hyvä, että he on siellä vuosikymmenten ajan käyttäneiden konkareiden kanssa. Se vois heille olla parempi, että heille ois joku erityyppinen yksikkö, mutta niitä vaihtoehtoi ei nyt vaa oo, niin on se parempi kun asunnottomuus.

Toisaalta otteessa nousee esille erityispalvelujen tarpeellisuus tietyissä tilanteissa: haastateltava ajattelee, että nuorille päihteiden käyttäjille olisi hyvä olla oma asumisyksikkö, jossa olisi erikoistuttu heihin ja heidän tuen tarpeeseensa. Yllä kuvatussa tilanteessa tulee esille aiemmassa tutkimuksessa (esim. Saari 2015, 192) tullut ilmiö siitä, että asumispalveluihin liittyvät valinnat eivät ole aina täysin sosiaalityöntekijälähtöisiä. Kyse voi olla yksityisten palveluntuottajien harjoittamasta asiakasvalikoinnista ja sen vaikutuksesta siihen, mihin asiakkaita voidaan sijoittaa. Haastateltava toteaa huonon vaihtoehdon olevan tässä tapauksessa parempi kuin asunnottomuus. Toisaalta sama työntekijä tuo kuitenkin toisessa vaiheessa haastattelua esille esimerkkitilanteen asiakkaan sijoittamisesta yksikköön, jonka vaatimukseen asiakas ei sovi:

H1: Ja saatetaan joskus ehkä sijoittaa, esim. kun [asunto ensin -mallilla toiminut yksikkö] lopetti, niin saatetaan sijoittaa päihteettömiin yksiköihin, koska muita kämppejä ei ollut, missä sitten se asuminen ei tietystikään onnistu pidemmän päälle. Ja sit asiakkaalle jää siitä vielä semmonen epäonnistumisen kokemus, sen lisäksi että muutenkin turhaa säätöä ja alun alkaenkin sopimaton palvelu.

Tässä tulee esille haittoja vähentävään päihdetyöhön liittyvä kysymys siitä ”onko pahaa parempi tarpeeksi hyvä?” (Roe 2005). Ylläolevassa esimerkissä sosiaalitoimi on sijoittanut asiakkaan epäsopivaan yksikköön, vaikka tiedossa on ollut, ettei yksikkö sovi asiakkaalle päihteettömyysvaatimuksen vuoksi. Päätöksen tehnyt sosiaalityöntekijä on toisaalta toiminut haittoja vähentävän päihdetyön mukaisesti ja mahdollistanut palveluun pääsemisen ilman päihteettömyysvaatimusta ja ehkäissyt näin asunnottomuudesta koituvia haittoja. Haastateltava kuitenkin tuo esille mielipiteensä siitä, että vääränlainen palvelu voi johtaa muihin haittoihin, vaikka asunnottomuus

saataisiin ehkäistyä myöntämällä palvelu asiakkaalle ilman vaatimuksia päihitteettömyydestä.

H2: Pitäisi olla semmoista matalan kynnyksen toimintaa, että sä voisit mennä vaan johonkin paikkaa ja sulle kerrottaisiin, että täältä sä nyt voit hakee näitä kaikkia.

Yllä olevassa vastauksessa käy ilmi, että haastateltavan mielestä alueella on myös puute matalan kynnyksen palveluista, joista saisi ohjeistusta ja neuvontaa ilman ajanvarausta tai olemassa olevaa asiakkuutta. Toinen haastateltavista jakaa ensin saman ajatuksen siitä, ettei matalan kynnyksen paikkoja ole:

H3: No semmoisia matalan kynnyksen paikkoja ei oikeastaan ole, ainakaan semmoisia mitä meidän asiakkaat oikeasti käyttäisi. Että [päihdehuollon asiakkaille suunnattu] päiväkeskus, siellä sen voi saada sen muun toiminnan ohessa. Ja toki jos he tuolla kadulla törmää etsivää jotain työtä tekeviin työntekijöihin, niin siellä he voi saada tavallaan niiku sitä apuu. Tai sit niinku varmasti kans [monen eri viranomaisen yhteisestä keskitetystä palvelupisteestä] voi saada sitä apuu. Mutta semmosii matalan kynnyksen paikkoja, mihin vois kävellä sisään ilman et on jo joku asiakkuus olemassa, tai ilman jotain ajanvarausta, niin niitä ei kyl hirveen montaa ole.

Samassa vastauksessa haastateltava kuitenkin tarkentaa, että muitakin paikkoja kyllä on, mutta ne eivät jostain syystä tavoita terveysneuvontapisteen asiakkaita: *”ainakaan semmoisia, mitä meidän asiakkaat oikeasti käyttäisi”*. Vastauksessa näkyy jälleen matalan kynnyksen palvelujen käsitteen ongelmallisuus, joka on tullut esille aiemmassa tutkimuksessa esimerkiksi Sinikka Törmän (2009a) osalta. ”Matalan kynnyksen palvelua” käytetään tapana kuvata hyvin laajaa kirjoa erilaisia palveluita, huomioimatta sitä, että eri tekijät toimivat kynnyksinä erilaisille ihmisille. Haastateltu työntekijä tunnistaa omassa vastauksessaan, että matalan kynnyksen palveluiksi luokiteltavia paikkoja on tai voi olla alueella, mutta heidän asiakkaansa eivät käytä niitä, eli jokin toimii kynnyksenä asiakkaiden asioinnille.

Toisaalta vastauksen pohjalta on vaikea arvioida, jättävätkö asiakkaat käyttämättä muita matalan kynnyksen palveluita, koska ovat jo terveysneuvontapisteen asiakkaita ja saavat tarvitsemansa tuen sieltä tai muista yksiköistä. Aineiston kokonaiskuvan perusteella kuitenkin vaikuttaa, että haastattelemini työntekijöiden mielestä nimenomaan heidän asiakkailleen sopivista matalan kynnyksen palveluista on puutetta. Aiemmassa tutkimuksessa (esim. Törmä 2009a, 108) on tullut ilmi, että huumeiden käyttäjien

kohdalla on ollut puutetta sellaisista palveluista, jotka tukevat tai pitävät asiakkaat kiinni palveluissa sillä aikaa, kun he odottelevat hoitoon tai palvelujen piiriin pääsyä.

Haastatteluissa nousi esille myös positiivista kehitystä tiettyjen palvelujen saatavuudessa, esimerkiksi sen osalta, että vieroitushoitoyksikköjä oli lisätty alueelle, minkä seurauksena jonot ovat lyhentyneet. Monissa hoitoon hakeutumisen kynnyksiin liittyvissä tutkimuksissa on nimetty pitkät jonot ja odotusajat yhdeksi isoksi kynnukseksi (esim. Appel 2004; Perälä 2012). Haastateltavan havainto jonotusaikojen lyhentymisestä kuvastaa kynnysten madaltumista tältä osalta. Palvelujen järjestämistapoihin liittyen haastateltava nostaa myös esille sen, että yhteen vieroitushoitoyksiköistä saa ottaa lemmikin mukaan, mikä kuvautuu asiakkaiden kannalta kokemuksellista saavutettavuutta lisäävänä tekijänä.

H3: Sit tietty [paikkakuntalaisilla] tai täs seudulla on kolme eri vierotushoitoyksikköä eli katkoa ja sinne pääsee ilman lähetettä tai lausuntoa et sinne voi ihan itse soittaa ja varata paikan tai laittaa itensä jonoon... ---

T: Okei. Sanoit tossa noista katkojen jonoista, onko tällä alueella sitten yleensä pitkät jonot sinne?

H3: Täällä oli monta vuotta et oli yks tai kaks katkoa, ja nyt ollut jo muutama vuosi sillee, että on kolme katkoa, niin nyt se jonotustilanne ei oo ollenkaan niin kamala. Yleensä ihan heti ei koskaan pääse, mutta se jonotusaika on yleensä päiviä, eikä viikkoja. Ja yksi katkopaikka on semmoinen mihin voi ottaa myös lemmikin mukaan mikä on kanssa meidän asiakkaille tosi tärkeätä.

Tämän lisäksi haastattelujen perusteella palvelujen tuominen asiakkaan luo tai asiakkaille tuttuihin paikkoihin koettiin toimivaksi toimintatavaksi asiakkaiden saavuttamisen kannalta. Tämä tarkoitti toisella paikkakunnalla sosiaalitoimen sosiaaliohjaajan ja toisessa diakonin jalkautumista terveysneuvontapisteeseen. Molemmissa jalkautuminen oli viikoittain samaan aikaan:

H1: Tämä on toiminu vaikka siinä, että asunnottomien sosiaaliohjauksesta jalkaudutaan meille, koska sitten me voidaan sopia niitä palvelutarpeen arviointeja meille, että on tuttu paikka asiakkaalle ja se voi tehdä helpommaksi sen tilanteen asiakkaalle. Ja he [sosiaaliohjaajat] on siellä konkreettisesti sitten myös jo paikalla, jos joku tulee ongelman kanssa.

---

H4: [Diakoni käy] joka viikkoa aina samaan aikaan ja asiakkaat tietää odottaa, ja ilmoitustaululle niin aina laittaa että koska hän on täällä tai koska täällä tapahtuu jotakin.

Haastattelemani työntekijät kokivat, että terveysneuvontapiste oli asiakkaille usein turvallinen ja helppo paikka tavata myös muita työntekijöitä näiden jalkautuessa sinne. Myös sillä paikalla, missä sosiaali- ja terveyspalveluita järjestetään, on merkitystä palvelujen saavutettavuuden kannalta. Lisäksi haastatteluissa tuli monin eri tavoin esille terveysneuvontapisteiden yhteisöllisyyden merkitys sekä työntekijöiden omat ajatukset niiden roolista kohtaamispaikkana. Esimerkiksi yksi haastateltavista totesi näin:

H3: Mutta sitten muuten ajattelen, että vaikei ois varsinainen tuen tarve jollekin erityiselle palvelulle niin meidän asiakkaat käyttää meidän palvelua myös siksi, että he on tosi yksinäisiä ja syrjäytyneitä, ja me ollaan niin kun se paikka mihin he tulee olemaan sosiaalisia sellaisten ihmisten kanssa, joihin he voi luottaa ja joiden kanssa he muutenkin viettää aikaa. Joko nyt siis henkilökunnan kanssa, et me voidaan olla ainoat ikään kuin päihdeettömät ihmiset heidän elämässään, niin he saattavat käydä sen takia et he saa tällöisen sosiaalisen kontaktin heidän arkeen. Mut toki tää on myös paikka missä he tapaa kanssa-asiakkaita.

Aiemmissa tutkimuksissa (esim. Thornicroft & Tansella 2013; Pirkola ym. 2007; Pirkola ym. 2009) on havaittu yhteisöllisyyteen perustuvien avopalvelujen saavan aikaan hyviä tuloksia mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Analyysini perusteella yhteisöllisyys voi madaltaa yhteisöön kuuluvien asiakkaiden kynnyksiä myös muiden palvelujen vastaan ottamiselle sen lisätessä luottamusta asiakkaiden ja työntekijöiden – ja sitä kautta mahdollisesti myös asiakkaiden ja yleisesti viranomaisten ja palvelujärjestelmän – välillä.

### 7.1.3 Alueelliset erot

Päihdepalvelujen alueellisessa saatavuudessa on merkittävästi eroja. Kolmannen sektorin toimijat ovat merkittävässä roolissa huumeita käyttävien erityispalvelujen järjestämisessä suurissa kaupungeissa (Poikonen & Kekoni 2019, 73). Tämä näkyi aineistossani esimerkiksi siinä, että suuremman kaupungin terveysneuvontapisteessä työskentelevät haastateltavat mainitsivat kolmannen sektorin toimijat yhdeksi tärkeimmäksi yhteistyökumppaniksi, kun taas pienemmällä paikkakunnalla

työskentelevä haastateltava totesi, ettei huumeiden käyttäjille suunnattuja kolmannen sektorin erityispalveluita ole alueella juurikaan heidän oman toimintansa lisäksi. Kolmannen sektorin sijaan tärkein yhteistyökumppani onkin paikallinen diakoni.

H4: Joo mehän ollaan tietysti kolmatta sektoria tässä kohtaa ja tota ei meillä oikeastaan ole meillä on jo tällä esimerkiksi Finfami [mielenterveysomaisten järjestö] toimii täällä joka on sitten taas näiden näiden omaisten kanssa, meillä ei hirveästi ole ollut yhteistyötä... Että jos nyt sitten seurakunta lasketaan kolmanneksi sektoriksi niin tota se on ehkä se meidän läheisin. Meidän seurakunnassa on aina ollu diakoni, joka on nimenomaan ohjattu tähän päihdetyöhön ja hän järjestää esimerkiksi tämmöisiä selvisi leirejä ja hän kirjoittelee täällä ruokalappuja asiakkaille ja että hän on ollut tärkeä ihmisille että se on varmaan se seurakunnan osuus ehkä tärkein meillä kolmannen sektorin toimijoista.

Terveysneuvontapisteissä asioi myös ulkopaikkakuntalaisia. Haastateltavista yksi tuo esille, että asiakkaiden voi olla hankalaa hoitaa omia asiointeja esimerkiksi bussikortin puutteen vuoksi:

H3: Ei oo vaikka bussikorttia, et vois matkustaa johonkin et sais apua.

Kaupungin ulkopuolelta tulevien asiakkaiden kohdalla palvelujen fyysinen saavutettavuus kuvautuu verrattain huonompana. Haastateltavat tuovat esille, että usein asiakkaiden palvelun saantiin vaikuttaa sijainnin lisäksi myös asiakkaan virallinen kotikunta. Eli vaikka asiakas pääsisi fyysisesti käymään lähikaupungin terveysneuvontapisteessä, ei hänelle voida välttämättä tarjota samoja palveluita kotikunnan perusteella:

H2: Ensinnäkin kun meillä asioi koko [maakunnasta], niin sitten ainakin kuntakohtaisesti se näyttäytyy, että tietyissä vaikka pikkukunnissa ei oo vaikka juuri minkäänlaisia päihdepalveluja ja sitten se myös rajaa että me ei pystytä vaikka niin paljoa tekemään läheteitä joka kuntaan. Silleen näyttäytyy, että ei oo saatavilla.

Toinen työntekijä taas kuvaa samankaltaista tilannetta liittyen erääseen terveysneuvontapisteen omaan palveluun: ulkopaikkakuntalainen asiakas on voinut tulla asioimaan terveysneuvontapisteellä, mutta hänen ei ole ollut mahdollista saada hoitoa C-hepatiittiin, koska on ollut eri paikkakunnalta, ja terveysneuvontapiste oli aiemmin kaupungin palvelu, joten hoitoa annettiin vain kaupunkilaisille. Hyvinvointialueelle

siirtyminen on hänen mukaansa kuitenkin muuttanut tilannetta niin, että nyt terveysneuvontapisteellä saadaan hoitaa kaikkia hyvinvointialueella asuvia.

H3: Tää C-hepatiittijuttu oli semmoinen, että ennen hyvinvointialueelle siirtymistä nii oli silleen et kyllä me pystyttiin testaamaan kaikki, mut me saatiin hoitaa ainoastaan [paikkakuntalaisia]. Mut nyt me saadaan hoitaa kaikkia tällä hyvinvointialueella asuvia. Mut aiemmin esim. osa asiakkaista siirsi kirjat tai terveydenhuollon [terveysneuvontapisteen kaupunkiin], et he sai sen C-hepatiittihoidon, koska he ei siel omassa kotikunnassaan sitä saaneet. Ja kyl aika paljon meidän asiakkaat, se tieto siirtyy heidän välillä, et minkä tyyppisiä palveluita mistäkin saa, ja niis on maakunnan alueella ollu isosti hajontaa. Katotaan nyt mitä hyvinvointialue täs tuo tullessaan, mut kyl he myös menee niitten palvelujen perässä.

Tällaisissa tilanteissa palvelujen rajaaminen tiettyjen kuntien asukkaille muodostui aiemmin fyysiseen saavutettavuuteen vaikuttavan tekijän lisäksi myös institutionaalisen saavutettavuuden esteeksi. Monet palvelut toteutetaan yhä alueellisesti hyvinvointialueella, joten on todennäköistä, että kotikunta vaikuttaa yhä palvelujen saatavuuteen. Tutkimusten perusteella palvelujen alueellista keskittymistä voidaan osaksi selittää huumeiden käytön tilastollisella yleisyydellä, mutta tästä huolimatta se asettaa yksilöt eriarvoiseen asemaan asuinkunnan perusteella (Kuussaari ym. 2017, 267–270). On mielenkiintoista nähdä, miten hyvinvointialueille siirtyminen vaikuttaa palvelujen alueellisiin eroihin ja asiakkaan kotikunnan merkitykseen palvelujen saamisessa tulevaisuudessa.

Haastateltavia oli kahdelta paikkakunnalta, ja terveysneuvontapisteen väliset erot myös kertovat palvelujen saatavuuden alueellisista eroista. Pienemmällä paikkakunnalla työskentelevä haastateltava kertoi pisteen toiminnasta näin:

H4: Meillä on tää meidän [kohtaamispaikka/yhteisö]. Itse asiassa terveysneuvontapiste tässä on ollut auki vasta puolentoista vuotta, ja me ollaan semmoisessa tilanteessa meillä ei ole vielä terveydenhoidon lupia tässä. Elikkä me emme voi oikeastaan tehdä virallisesti haavanhoitoa ja me ei voida testata vielä tässä HIV:tä eikä hepatiittia. Elikkä tässä kohtaa me ohjataan vielä terveyskeskukseen, että sieltä meillä tulee kaikki nää terveydenhuollon palvelut. Mutta että niinku pääsääntöisesti se on varmasti nimenomaan terveysneuvontaa ja sosiaalneuvontaa mitä me tehdään eniten.

Toisella paikkakunnalla taas pisteellä on terveydenhoidon luvat, ja piste tarjoaa laajemmin terveysterveystilanteita, sekä kerran viikossa lääkärin palveluita. Eri

paikkakunnilla asuvat huumeiden käyttäjät ovat tältä osin erilaisessa asemassa keskenään, sillä niillä paikkakunnilla, joilla terveysneuvontapisteiden toiminta on suppeampaa, asiakkaiden terveydenhuolto toteutuu pääosin terveyskeskuksessa, joka taas toimii yleensä ajanvarauksella ja näin kynnys hoitoon hakeutumiselle voi olla mahdollisesti korkeampi.

## 7.2 Työntekijöiden rooli ja asiakkaan kohtaaminen

Aineistossa korostui haastateltavien näkemys siitä, että työntekijöiden osaamisella, kohtaamisella ja lähestymistavalla on suuri merkitys heidän asiakkaidensa palvelupolkujen kannalta. Työntekijän ja asiakkaan välinen suhde on yksi merkittävimmistä tekijöistä päihdehoidon tuloksellisuutta arvioidessa (esim. Väyrynen 2012). Tutkimusten (esimerkiksi Virokannas 2017) mukaan huumeita käyttävät asiakkaat kokevat, että sosiaali- ja terveyspalvelujen työntekijän tieto heidän huumeiden käytöstään vaikuttaa heidän saamaansa palveluun ja siihen, miten heidät kohdataan.

Haastattelemieni työntekijät ajattelevat, että työntekijän ymmärrys riippuvuussairauksista vaikuttaa siihen, miten asiakastyö ja kohtaamiset huumeita käyttävien asiakkaiden kanssa sujuvat. Samoin myös haittoja vähentävän päihdetyön periaatteiden ymmärryksen kerrottiin vaikuttavan esimerkiksi sellaisissa tilanteissa, joissa asiakkaan, terveysneuvontapisteen työntekijän ja muun työntekijän näkemykset esimerkiksi työskentelyn tavoitteista tai tilanteista eroavat toisistaan:

T: Joo. Ja sit tosiaan, huumeiden käyttöön ja riippuvuuksiin yleisesti liittyy häpeää, stigmaa, ennakkoluuloja ja asenteellisuutta. Nii näkyys nämä sun mielestä ikinä yhteistyös noiden viranomaisten tai noiden palveluntuottajien kaa? Ja jos joo nii miten?

H2: Joo, näkyy, kyllä. Ja no tota noin. No ehkä se sit näkyy, että kun meillä on täällä haittoja vähentävää työtä mitä me tääl tehään. Niin sit tosiaan monilla paikoilla ei oo taas mitään haittoja vähentävää näkökulmaa siihen työhön. Niin sit ehkä siinä näkyy sellanen... hyvin usein on vaikka sellainen tilanne, et me ajatellaan, että asiakas pystyisi sitoutumaan johonkin tiettyyn hoitoon tai palveluun, mutta sitten muilla työntekijöillä on semmoinen näkemys, ettei pysty sitoutuu mihinkään. Että on paljon sellasia ristiriitatilanteita eri asioissa. Ja sit ehkä on semmoista, että vaikka joillain hoitopaikoilla voidaan kyseenalaistaa sitä, että onks se kun vaikka on ne tietyt tavoitteet siinä hoidossa, et onks ne asetetut tavoitteet oikeesti sen asiakkaan omat tavoitteet vai sen hoitopaikan tavoitteet? Ja sitten kun asiakkaan tavoitteet ei oo samat kun heidän, niin siitä tulee semmonen [ristiriita].

Haastateltavien näkemykset siitä, miten heidän asiakkaansa kohdataan muissa palveluissa, hieman vaihtelivat. Pääosin kaikki heistä kokivat, että päihde- ja mielenterveystyöhön erikoistuneiden yhteistyökumppaneiden kohdalla osaaminen ja ymmärrys aihealueesta oli hyvällä tasolla, ja tämän uskottiin näkyvän myös asiakkaiden kohtaamisessa. Toisaalta näkemyseroja saattoi silti olla esimerkiksi tavoitteiden asettamiseen liittyen, kuten yllä olevassa esimerkissä. Ongelmallisiksi nousivat työntekijöiden mielestä sellaiset sosiaali- ja terveystyöpalvelut, joissa asiakaskunta on pääosin muita kuin päihteiden käyttäjiä. Tällaisia olivat aineistossa esimerkiksi terveydenhuollon peruspalvelut:

H4: Kyllä mä sanon, että se on aika raakaa peliä meidän päihdeasiakkaat kohtaan, että siellä [paikallisessa perusterveydenhuollon yksikössä] ei kyllä ymmärrystä ole paljoa. Ja just, että puuttuu se päihdetyön ymmärrys siitä, että eihän nämä ihmiset ole valinneet sitä, että heillä on sairaus, joka on usein tosi pitkälle edennyt.. Se on ollut aika raakaa peliä. -- ... -- Että se ymmärrys ja empatia oli kyllä täysin poissa. Mutta aina on poikkeuksia joka paikassa.

---

T: Joo. No sitten tosiaan riippuvuuksiin liittyy ja voi liittyy häpeää, ennakkoluuloja ja vähän sivusitkin sitä et jos asiakkaat ajattelevat että heiltä odotetaan sellaista mihin he ei kykene, mutta miten sitten ne asiat huomioidaan viranomaisten tai yhteistyötahojen toimesta?

H3: Ajattelen et sellaiset toimijat, jotka työskentelevät tai on jotenkin sisäistäneet esimerkiksi haittoja vähentävän työotteen, tai sen Asunto ensin -periaatteen mukaisen työskentelyn, niin heidän kanssa näitä asioita ei joudu käsittelemään juuri millään tavalla. Mut [paikkakunta] on tullut vähän jälkijunassa, vaikka tähän Asunto ensin -työskentelyyn, ja [paikkakunnalla] on aiemmin ollut enemmän ja on edelleenkin sellaisia toimijoita, jotka suhtautuvat tähän päihteiden käyttöön ja tähän asunnon saamiseen sillä tavalla, et se asunto on palkinto siitä päihteettömyydestä. Ja tämmösten toimijoiden kans nämä asiat näkyy enemmän, et miten asiakkaihin suhtaudutaan ja loppuen lopuks sitten myös, että miten asiakkaat suhtautuvat näihin palveluntarjoajiin. Mut muuten mä ajattelen, että se ei jotenkin näy. --.-- Ja sit mä ajattelen, et sellaiset toimijat jotka ei lähtökohtaisesti työskentele ensisijaisesti ollenkaan päihdepalveluissa tai asunnottomuusongelman ympärillä, vaan työskentelee jossain ihan toisessa kontekstissa, niin ku vaikka somaattisessa terveydenhuollossa, niin sellaiset yksiköt joissa päihteiden käyttäjiä on totuttu hoitamaan, niin nää ilmiöt ei välttämättä näy, mut kyl ne sielläkin vähän näkyy, mut sitten sellaiset yksiköt missä päihteiden käyttäjien hoitaminen on tosi harvinaista, niin näkyy ihan todella paljon. Mikä tietty vaikeuttaa sit esimerkiksi asiakkaiden hoitoon hakeutumista ja hoidon saamista ja vaikuttaa hoidon sisältöön myös.

Asiakkaiden ja työntekijöiden eriävissä tavoitteissa, sekä yllä olevassa esimerkissä kuvatussa tavassa käyttää esimerkiksi asuntoa päihteettömyyden palkintona, voidaan havaita sosiaali- ja terveyspalveluissa tapahtuvaa hallinnan käyttöä. Hallinta ei ole pelkkää suoraa vallan käyttöä, vaan se voi olla myös hyödykkeiden käyttämistä suostuttelun välineenä. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakassuhteet voivat olla vastikkeellisia, ja tämä on tapa käyttää hallintaa. Haastateltavan aiempi esimerkki asuntojen käyttämisestä palkintona päihteettömyydestä kuvastaa asiakassuhteen vastikkeellisuutta ja siinä käytettävää hallintaa. Tällainen vastikkeellisuus, jossa työntekijä asettaa yhteiskunnallisiin normeihin perustuvan tavoitteen (päihteettömyys) ehdoksi tuen saamiselle, edustaa normalisoivaa tai dominoivaa hallintaa. (Aikio 2017, 37–127.)

Haastateltavat kokivat ulkoa päin tulevat ja normeihin perustuvat tavoitteet, odotukset ja hallinnan ongelmallisiksi, eikä niiden nähty tosiasiasa palvelevan asiakkaita. Phillipsin ym. (2008, 37–38) tutkimuksessa on havaittu, että työntekijöiden taipumus arvottaa yhteiskunnallisiin normeihin sopeutumista korkealle korreloi heikompien tulosten kanssa päihdetyössä. Tämän tulkittiin johtuvan mahdollisesti siitä, että työskentely perustui tällöin enemmän yhteiskunnallisista normeista johtaville tavoitteille, eikä asiakkaiden omille ajatuksille. Tämä tulos on linjassa haastattelemini työntekijöiden näkemysten kanssa.

T: Joo entä sitten tuleeko meille jotain semmoisia toimintatapoja, mitkä ei erityisesti toimi sun mielestä?

H4: Näiden asiakkaitten kanssa [ei toimi] just se semmoinen ajatusmalli, jossa ajatellaan, että me opetetaan näille asiakkaille, miten eletään kellon mukaan tai rytmissä, tai että jos se asetelma on niin, että mä kerron miten sun täytyy tehdä. Että päihdetyössä ja mielenterveystyössä yleensäkin, niin mä ajattelen, että se on asiakkaan omasta tahdosta lähtevää ne mihin hän haluaa muutosta.

Haastateltavien näkemyksissä korostui haittoja vähentävän päihdetyön periaate lähestyä työskentelyä asiakkaan omien tavoitteiden ja ajatusten kautta (Vakharia & Little 2016, 66). Tämä lähestymistapa on linjassa ei-normalisoivien hallinnan tekniikoiden kanssa. Ei-normalisoivassa hallinnassa työskentelyä ohjaa yhteiskunnallisten normien sijaan asiakkaan omat kokemukset, tieto ja tavoitteet (Aikio 2017, 37–42). Toinen työntekijä

korostaa myös näiden periaatteiden pohjalta työskentelyn vaikutusta asiakkaan kohtaamisessa:

H3: No ne taustakokemukset, joko omat tai toisten, on niitä keskeisimpiä. Mut mä ajattelen et ihan reaaliaikaisestikin se kohtaaminen sen ammattilaisen taholta se vaikuttaa jo siinä samassa hetkessä tosi paljon. Et se vaikuttaa siihen miten se asiakas siinä vuorovaikutuksessa sitten on. Et jotenkin mä ajattelen et kun me tehhään täällä haittoja vähentävää työtä, niin mä ite jotenkin ajattelen et sen keskeisin elementti siis mun omassa kohtaamisessa on se, että meille meidän asiakkaat voi tulla semmoisina kun he on. Ja lähtökohtaisesti en mä muutenkaan oikeastaan vaadi ihmisiltä mitään, et ihmiset riittää mulle semmoisina kun he on, mutta täs meidän työympäristössä se korostuu entisistään. Meidän asiakkaat voi tulla semmoisina ku he on, ja he on hyviä ja riittäviä just semmoisina ku he on. Niin sit musta tuntuu et meidän asiakkailla on tosi usein semmoisia kokemuksia aiemmassa elämässään tai muissa instansseissa asioidessaan, että vaaditaan hirvittävästi kaikkea, ja sitten mä en tarkoita sitä, ettei joskus vois vastuutta tai vaatiakin, mutta siinä kohtaa jollain tavalla pitäisi olla jo jonkunlainen asiakassuhde rakennettu ja ymmärtää sen asiakkaan realiteetit, ja ymmärtää ne asiakkaan tarpeet ja kyvyt ja olosuhteet. Mut et niinku se saattaa joskus niin kun vaikuttaa siihen, et meidän asiakkaat jo valmiiksi olettaa et heiltä odotetaan semmoisia asioita mihin he ei pysty. Se tavallaan sit tuo mukanaan semmoisia konflikteja, mitkä mun mielestä on täysin turhia, mitkä pystyisi välttämään sillä, et tulis siihen asiaan eri tulokulmasta. Et tämmöistä oon ollu huomaavani esimerkiksi.

Haastateltavien näkemyksissä korostuu vastikkeellisuuden vähentäminen. Asiakkaiden vastuuttamista ja heiltä tiettyjen asioiden vaatimista kuvattiin eri näkökulmista: yllä olevassa esimerkissä liian korkeat vaatimukset ja vastuuttaminen ilman asiakkaan tuntemista koettiin ongelmallisena asiakassuhteen muodostumisen ja palveluihin sitoutumisen kannalta. Työntekijä kuitenkin tuo esille, että asiakkaan hyvin tunteva työntekijä taas voi asiakkaan realiteetit huomioiden vaatia tiettyjä asioita. Oikein suunnattu vastuuttaminen voi parhaimmillaan tarjota asiakkaalle tärkeitä onnistumisen kokemuksia ja parantaa asiakkaan ja työntekijän välistä luottamusta:

H4: Ja sitten tietysti ehkä mä itse ajattelen vielä, että semmoinen mitä itse oon oppinut, että semmoinen niinku luottamus näitä asiakkaita kohtaan, niinku mahdollisuuksien antaminen heille on ollut äärettömän arvokasta, että meillä esimerkiksi tässä on käytössä tämmöinen yhteisö avustajan työnkuva, jolloin kuka vaan voi sitoutua kuukaudeksi kerran viikossa keittämään puuroa ja ainoa vaatimus, mikä meillä on niin on se, että on sinä päivänä selvänä, että jotenkin se, että hyvin pienet asiat missä onnistuminen tekee hyvin paljon helpommaksi näiden ihmisten kanssa työskentelyn ja luottamisen.

Yksi keskeinen aiemmassakin tutkimuksessa (esim. Perälä 2012, Laitinen ym. 2017) korostunut asia, joka tuli esille toistuvasti myös aineistossani, on huumeita käyttävien asiakkaiden kohtaaminen yksilöinä, eikä huumeiden käyttäjinä.

H4: Se on se meidän työntekijöiden kyky olla aitoja empaattisia hyviä tyyppejä, että kyllä mun mielestä yksi kynnyksen alentaja on myös se meidän kyky tehdä semmoista dialogista vuorovaikutusta näiden kanssa koko ajan tässä työssä. Täytyy ajatella sitä, että mikä mussa on samaa tuon asiakkaan kanssa, että mikä on sitä meitä yhdistävää ihmisyyttä, plus sitten se, että hän ei ole vaan päihdeongelmainen, että se on pieni osa sitä hänen problematiikkaansa. Että se muistaminen, niin se näkyy sitten siinä, miten me kohdellaan näitä asiakkaita.

Haastattelemieni työntekijöiden vastauksissa tuli useasti esille tähän liittyen omien asiakkaiden tunteminen, sekä asiakasryhmän erityispiirteiden ymmärtäminen. Toin esille aiemmin haastateltavien näkemyksen esimerkiksi lastensuojelutaustan vaikutuksesta siihen, että asiakas kokee sosiaalitoimen helposti kontrolloivana tai valvovana tahona. Myös aiempien tutkimustulosten mukaan viranomaisten näkeminen kontrolloivina sekä viranomaistoimenpiteiden pelkääminen voivat toimia kynnyksinä palveluihin hakeutumiselle tai niiden vastaanottamiselle (esim. Appel ym. 2004; Perälä 2012). Tämän erityispiirteen tuntemisen vaikutus tuli esille erään haastateltavan vastauksessa välitystilipalveluun liittyen:

H1: Lisäisin ehkä tähän viel tohon kynnyksiin liittyen, et erittäin harva halua välitystiliiä, minkä mä luulen et liitty siihen et se sekoetaan edunvalvontaan ja koetaan tosi holhoavaksi, vaikka se oikeesti ois tosi monelle näppärä ratkaisu asumisen turvaamiseksi. Mut sitku ollaan keskusteltu, niin asiakkaat kyl sekottaa edunvalvontaan. Niin sit pistää miettimään, et onks sitä siellä sossussa, missä tämä on tuotu esille, nii selitetty kunnolla avoimesti et mitä se tarkoittaa, mihin se vaikuttaa ja mihin ei.

Informatiivisen saavutettavuuden kannalta on tärkeää huomioida asiakkaan edellytykset ymmärtää saamaansa informaatiota esimerkiksi kognitiivisten taitojen osalta (Poikonen & Kekoni 2019, 71–72). Yllä olevan esimerkin ja muiden työntekijöiden vastausten pohjalta nousee kuitenkin ajatus siitä, että kognitiivisten taitojen lisäksi informatiiviseen saavutettavuuteen vaikuttaa myös kohtaaminen ja työntekijä, joka palveluista kertoo. Työntekijän on huomioitava asiakkaiden aiempien kokemusten ja maailmankuvan vaikutus siihen, mistä lähtökohdista hän tarkastelee viranomaisia. Tämän pohjalta

argumentoin, että informatiivinen ja kokemuksellinen saavutettavuus vaikuttavat toisiinsa.

Haastateltavan esimerkkinä käyttämä välitystili on vapaaehtoisuuteen perustuva palvelu, jossa asiakkaan etuudet haetaan hyvinvointialueen tilille, josta maksetaan sovitusti esimerkiksi vuokra tai muu ennen käyttörahojen siirtämistä asiakkaalle. Järjestelyn tarkoituksena on tukea asiakkaita, joilla on haasteita taloudesta huolehtimisen kanssa. (Kuntaliitto 2000.) Kyse on huomattavasti edunvalvontaa kevyemmästä palvelusta. Työntekijän mielestä asiakkailla kuitenkin menevät nämä kaksi usein helposti sekaisin. Huumeiden käyttäjillä on asiakasryhmänä taipumus pelätä viranomaisten kontrollitoimenpiteitä ja aiemmat huonot kokemuksensa voivat heikentää heidän yleistä luottamustaan viranomaisia kohtaan (Poikonen & Kekoni 2019, 75–77). Näiden seikkojen vuoksi työntekijän kuvaama epäilevä suhtautuminen välitystilipalvelua kohtaan kuvautuu ymmärrettävämpänä: asiakas, joka ei lähtökohtaisesti luota viranomaisiin ja pelkää näiden haluavan rajoittaa hänen itsemääräämisoikeuttaan, voi kuulla saman neutraalilta tuntuvan esittelyn välitystilipalvelusta hyvin eri tavalla, kuin sellainen henkilö, jolla on hyviä kokemuksia viranomaisista ja joka luottaa yhteiskuntaan. Tämän pohjalta vaikuttaa siltä, että saavutettavuuden edistämiseksi työntekijän on kannattavaa kiinnittää erityistä huomiota siihen, miten hän kertoo palveluista tai toimenpiteistä, jotka jotenkin liittyvät asiakkaan itsemääräämisoikeuteen tai jotka voidaan kokea kontrolloivina.

## 8 Johtopäätökset ja pohdinta

Tutkimukseni perusteella terveysneuvontapisteiden asiakkaat ovat haastattelemieni työntekijöiden mukaan heterogeeninen ryhmä, jonka sisällä asiakkaiden tuen tarve, kokemukset ja asema palvelujärjestelmässä vaihtelevat. Erojen havainnollistamiseksi muodostin asiakkaista kaksi eri kärjistettyä kategoriaa, erittäin huono-osaiset asiakkaat sekä pärjäävät asiakkaat. Näiden kategorioiden avulla pyrin havainnollistamaan eroja asiakkaiden tarpeissa ja todellisuudessa, sekä sitä millaiset asiat toimivat kynnyksinä erilaisille ihmisille. Keskeistä on Sinikka Törmän (2009) esittämä kritiikki siitä, ettei matalan kynnyksen palvelu ole universaalisti matalakynnyksistä kaikille. Lisäksi havaitsin, että asiakkaiden lähtökohdilla on merkitystä myös sosiaali- ja terveyspalveluissa käytetyn vallan ja hallinnan näkökulmasta.

Erittäin huono-osaiset asiakkaat ovat asiakkaita, joilla on erityisiä vaikeuksia palvelujärjestelmässä toimimisen suhteen esimerkiksi heikon elämänhallinnan, heikentyneen toimintakyvyn tai riippuvuussairauden ja päällekkäisen somaattisen tai psyykkisen sairauden vuoksi. Heidän päihdehistoriansa on usein pitkä, ja taustalla voi olla ylisukupolvisuutta. Käyttö on yleensä jo asiakkaan lähipiirin ja viranomaisten tiedossa, eivätkä he yleensä ole työelämässä tai opiskele. Myös aiemmat tutkimukset ovat havainneet huumeiden käytön yhteyden huono-osaisuuteen (esim. Laitinen 2019). Heidän mahdollisuutensa toimia palvelujärjestelmässä voivat olla heikentyneet, jolloin myös työntekijän ja asiakkaan välisen valtasuhteen merkitys korostuu. Työntekijän tulkinnat asiakkaan tilanteesta ja siihen sopivista ratkaisuista nousevat suurempaan rooliin, kun asiakas tarvitsee paljon tukea palvelujen hakemisessa. Tällöin työntekijä käyttää hallintaa asiakkaaseen, vaikka työskentely lähtisikin asiakkaan omista tavoitteista ja itse määritellyistä ongelmista (Aikio 2017).

Pärjäävät asiakkaat taas saattavat olla työelämässä tai opiskella, heidän käyttönsä voi olla piilossa kaikilta ulkopuolisilta, ja käyttö vaikuttaa ulkoa päin katsottuna olevan hallinnassa. Heillä on haastateltavien mukaan usein hyvät edellytykset asioida palveluissa ja hakea niitä. Sen sijaan päihteiden käyttöön liittyvä leimaavuus ja häpeä, sekä pelko terveystiedoissa olevasta merkinnästä ja sen vaikutuksesta omaan kohteluun sosiaali- ja terveyspalveluissa nousevat kynnyksiksi palvelujen hakemiselle. Vallitsevat

yhteiskunnalliset normit ja asenteet vaikuttavat huomattavasti heidän toimintaansa ja asemaansa palvelujärjestelmä.

Kävin läpi myös haastattelemiini työntekijöiden näkemyksiä asiakkaiden yksilöllisten kokemusten ja heidän kohtaamiensa asenteiden vaikutuksesta heidän asiakkaidensa asemaan palvelujärjestelmässä. Vastausten perusteella tämän asiakasryhmän kannalta tähän liittyen tärkeitä piirteitä ovat aiemmista kokemuksista ja asenteista mahdollisesti johtuva epäluottamus viranomaisia ja yhteiskuntaa – tai yleisesti kaikkia muita ihmisiä – kohtaan. Sosiaalitoimi saatettiin kokea kontrolloivana ja valvovana, tukevan sijaan. Tämän perusteella haastattelemiini työntekijöiden mielestä asiakkaat kokevat sosiaalitoimen käyttävän Aikion (2017) käyttämän jaottelun mukaan nimenomaan dominoivaa tai normalisoivaa valtaa sen sijaan, että hallinta olisi ei-normalisoivaa ja asiakaslähtöistä. Lisäksi huonot kokemukset, asenteellisuus ja epäonnistumisen kokemukset vahvistavat helposti asiakkaiden jo ennestään negatiivisia uskomuksia avun vastaanottamisen kannattavuudesta tai omista mahdollisuuksista kuntoutua. Haastatteluissa tuli myös ilmi työntekijöiden kokemus siitä, että osa huumeita pitkään käyttäneistä asiakkaista ei usko ansaitsevansa enää hoitoa tai apua, koska ovat epäonnistuneet esimerkiksi käytön lopettamisessa niin monesti.

Analyysini perusteella työntekijöiden mielestä palvelujen saatavuutta heikentää palvelujärjestelmän byrokraattisuus, hajanaisuus sekä yleisesti olemassa olevien palvelujen saatavuus ja järjestämistavat. Myös aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että palvelujärjestelmän eriytyminen ja pirstaleisuus voivat olla haitallisia erityisesti niille asiakkaille, joilla on useita samanaikaisia palvelujen ja tuen tarpeita (Laitinen ym., 82). Byrokraattisuus ja hajanaisuus vaikuttavat etenkin institutionaaliseen saavutettavuuteen, sillä analyysini perusteella palvelujen hakeminen kuvautuu monivaiheisena prosessina, johon liittyy paljon erilaisia vaatimuksia, hakemuksia, lähetteitä, tapaamisia ja useita yhteydenottoja, sekä asiointeja useiden eri viranomaisten kanssa.

Haastattelemiini työntekijöiden näkemysten mukaan nämä vaatimukset ja palvelujen jakautuminen erityispalveluille eivät palvele asiakasta, vaan luovat kynnyksiä avun saamiselle. Vaatimukset avun saamiseksi edustavat myös sosiaali- ja terveystaloudissa käytettävää hallintaa. Esimerkiksi ajatus siitä, että asiakkaan tulee osoittaa

motivaationsa sitoutumalla varattuihin aikoihin ja muihin vaatimuksiin, kertoo siitä, että yhteiskunnalliset normit vaikuttavat asiakassuhteeseen ja siinä käytettyyn hallintaan. Aktiivisesti päihderiippuvaisen asiakkaan voi olla hankalaa sitoutua varattuihin aikoihin, mutta se ei välttämättä yksinään poissulje hänen motivaatiotaan kuntoutumista kohtaan. Haastateltavien vastauksissa korostuikin tarve palveluille, joiden suunnittelussa on aidosti huomioitu päihderiippuvuuden vaikutukset asiakkaiden tilanteisiin ja toimintakykyyn.

Haastateltavien vastausten perusteella vaikuttaa, että toimiva moniammatillinen yhteistyö ja tietyt palvelut, kuten tuettu asuminen tai tukihenkilötoiminta, parantavat palvelujen saavutettavuutta ja helpottavat asiakkaiden toimimista palvelujärjestelmässä. Sujuva moniammatillinen yhteistyö sujuvoittaa palvelujen hakemista ja saavutettavuutta etenkin uusien asiakkaiden kohdalla, kun asiakkaan ei tarvitse itse olla yhteydessä kaikkiin tahoihin erikseen. Tuettu asuminen ja tukihenkilötoiminta taas helpottavat palvelujen hakemista niille asiakkaille, jotka jo ovat päässeet avun ja tuen piiriin. Toisaalta tuettuun asuminen tai tukihenkilötoiminta eivät ratkaise rakenteellisia ongelmia saavutettavuudessa, koska kyseessä on sosiaalihuollon tarvepohjaisella harkinnalla myönnettävä palvelu. Samalla haastattelemani työntekijät tuovat esille, että sellaisia matalan kynnyksen palveluita, joihin asiakas voisi hakeutua ilman olemassa olevaa lähetettä, ajanvarausta tai asiakkuutta, ei juurikaan ole.

Myös aiemman tutkimustiedon valossa haastateltavien esille nostamat näkemykset palvelujen välisen ”pompottelun” ja liian tiukkojen vaatimusten ongelmallisuudesta kuvautuvat aiheellisina. Lisäksi toimiva moniammatillinen yhteistyö ja integraatio ovat myös tutkimusten mukaan palvelujen tulosten ja resurssien kannalta positiivisia asioita. Palveluihin pääseminen oikea-aikaisesti, palvelujen välisten siirtymien sujuvuus, sekä toimiva moniammatillinen ja tarvittaessa hallintorajoja ylittävä yhteistyö vaikuttavat sekä päihdehuollon tuloksiin ja onnistumisten mahdollisuuksiin, että säästävät resursseja, kun eri yksiköt eivät tee turhaan päällekkäistä työtä. (Kuusisto 2019, 308; Partanen & Kuussaari 2019, 328–335.)

Byrokraattisuus ja hajanaisuus vaikuttavat myös palvelujen informatiiviseen saavutettavuuteen. Palvelujärjestelmä kuvautuu niin monimutkaisena, että sen kokonaisvaltainen ymmärtäminen tai sisäistäminen on haastavaa etenkin sellaiselle

ihmiselle, jolla on jo lähtökohtaisesti erinäisten syiden vuoksi tavanomaista heikommät valmiudet etsiä tai sisäistää informaatiota. Työntekijöiden näkemysten pohjalta palvelujärjestelmässä käytetty kieli ei myöskään ole riittävän asiakaslähtöistä.

Työntekijöiden vastauksissa esille tulevat tekijät ovat linjassa aiempien tutkimusten kanssa siinä, että huumeiden käyttäjille suunnattujen erityispalvelujen saatavuudessa on suuria alueellisia eroja. Lisäksi vastausten perusteella nousee kysymyksiä olemassa olevien palvelujen sopivuudesta ja toimivuudesta suhteessa tuen tarpeessa oleviin asiakkaisiin. Tällä viitataan Poikosen ja Kekoninkin (2019) esille ottamaan näkemykseen siitä, ettei päihdepalvelujen saavutettavuutta voida arvioida pelkästään esimerkiksi asiakasmäärien tai saatavilla olevien palvelujen määrän perusteella. On huomioitava myös se, miten palvelut on järjestetty. Tutkimukseeni osallistuneet työntekijät toivat esille kokemuksensa siitä, että hyvinvointialueuudistus on joiltain osin yhdenmukaistanut huumeita käyttävien asiakkaiden erityispalveluita jo nyt, kun kotikunta ei hyvinvointialueen sisällä rajoita esimerkiksi terveysneuvontapisteissä asioivien asiakkaiden hepatiitin hoitoa.

Työntekijöiden vastauksissa tuli jatkuvasti esille huumeiden käytön monimutkaisuus ja -syisyys ilmiönä, sekä sen yhteys erilaisiin sosiaalisiin ja rakenteellisiin tekijöihin, kuten huono-osaisuuteen ja huumeiden käyttöön liittyviin asenteisiin. Lisäksi myös yksilöllisten tekijöiden, kuten samanaikaisten muiden sairauksien tai toimintakyvyn vaikeuksien vaikutus, tuli esille. Tulosten ja aiempien tutkimusten perusteella vaikuttaa, ettei riippuvuussairautta tai sen hoitoa voida erottaa muista asiakkaan toimintakykyyn tai elämään vaikuttavista tekijöistä. Tutkija Olavi Kaukonen (2019) on esittänyt, että päihdeongelmien monisyisyyden vuoksi päihdehuoltoa tulisi tarkastella hoitojärjestelmän sijaan laajemmin sosiaali- ja terveystalouden näkökulmasta. Tällöin ilmiön yhteys rakenteellisiin ja sosiaalisiin syihin voitaisiin tunnistaa aiempaa tehokkaammin. (Kaukonen 2019, 43.)

Haastattelussa nousi esille aiemmin vallinnut käytäntö vaatia päihdeettömyyttä edellytyksenä asunnon saamiselle, sekä Asunto ensin -periaatteen vaikutus tähän. Tämän lisäksi haastateltavat nostivat esille ajatuksen siitä, että ajoittain palveluissa asetetut tavoitteet saattavat tulla asiakkaiden sijaan työntekijöiltä. Haittoja vähentävän päihdetyön ja Asunto ensin -periaatteiden soveltamista päihdehuollon asumispalveluissa

on tutkittu esimerkiksi Rannan ja Perälän (2022) toimesta tuetun asumisen kotikäyntien näkökulmasta. Uskon, että olisi perusteltua tutkia samaa aihetta myös päihdehuollon sosiaalityön ja asumispalvelupäätösten osalta. Sosiaalityöntekijän tekemä asumispalvelupäätös, sekä sosiaalihuollon asiakassuunnitelma vaikuttavat merkittävästi siihen tukeen, jota asiakas asumispalveluiden asiakkaana saa.

Aineistossa korostui haastateltavien näkemys siitä, että sosiaali- ja terveyspalvelujen ammattilaisten ennakkokäsitykset ja osaaminen huumeita käyttävien asiakkaiden kanssa työskentelyyn liittyen vaikuttaa merkittävästi huumeita käyttävien asiakkaiden kokemuksiin sekä yhteistyön sujuvuuteen. Tutkimuksia eri sosiaali- ja terveydenalan ammattilaisten asenteista päihteitä käyttäviä asiakkaita kohtaan on tehty (esim. Rantanen 2007; Noppari ym. 2018), mutta tutkimukseni tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että tarvetta lisätutkimukselle eri sosiaali- ja terveyspalvelujen ammattilaisten käsityksistä ja osaamisesta huumeiden käyttäjiin liittyen on edelleen. Kiinnostavaa voisi olla myös tutkia osaamiseen ja asenteisiin liittyvien tekijöiden yhteyttä huumeita käyttävien asiakkaiden kokemuksiin eri sosiaali- ja terveyspalveluista.

Hyvinvointialueiden toimintatapoja kehittäessä on tarjolla hyvä mahdollisuus arvioida uudelleen olemassa olevia käytäntöjä, ja parantaa palvelujen alueellista saatavuutta. Samanaikaisesti olisi aiheellista tarkastella sosiaalityön ja muiden riippuvuussairaiden kanssa työskentelevien ammattilaisten osaamista haittoja vähentävään päihdetyöhön liittyen. Haittoja vähentävän päihdetyön periaatteiden osaamiseen liittyvä tutkiminen auttaisi samalla hahmottamaan sosiaalityössä käytettävän hallinnan lähestymistapoja ja asiakaslähtöisyyden aitoa toteutumista. Jos työskentelyn lähtökohtana on aina oletus siitä, että täysi päihteettömyys on ainoa hyväksyttävä lopullinen tavoite, rajoittaa tämä työskentelyä sekä sosiaalityöntekijän käytössä olevia hallintatekniikoita huomattavasti. Tällöin hallinta on väkisinkin dominoivaa tai normalisoivaa, kun tavoitteita ohjaa ulkopuolelta tuleva normi, eikä asiakas itse (Aikio 2017).

Tutkimuksessani terveysneuvontapisteiden työntekijät kokivat, että huumeiden käyttäjien kanssa jatkuvasti työskentelevät tuntevat asiakkaiden erityispiirteet ja -tarpeet pääosin hyvin. Haittojen vähentämiseksi on tärkeää, että osaamista ja ymmärrystä löytyy myös kaikille suunnatuista sosiaali- ja terveyspalveluista, kuten perusterveydenhuollosta, päivystyksestä, lastensuojelusta ja työvoimapalveluista.

HEAR:n toimenpide-ehdotuksissa mainitaan kielteisten asenteiden vähentäminen. Osaamisen ja ymmärryksen lisääminen riippuvuussairauksien luonteesta on myös tapa vaikuttaa asenteisiin, mikäli työntekijän tieto ja ymmärrys riippuvuussairauksista on puutteellista. (Kailanto ym. 2023, 74–76.)

Huumekuolemien määrä Suomessa on noussut koko 2000-luvun ajan (Kailanto ym. 2023, 8). Kansainvälisesti vertailtuna Suomessa huumeisiin kuolleista suurempi osa on alle 25-vuotiaita kuin muualla Euroopassa (Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus 2022, 52). THL:n huumekuolemien asiantuntijaryhmä (HEAR) on laatinut toimenpide-ehdotuksia sisältävän mallin kuolemien ehkäisemiseksi. Toimenpide-ehdotuksissa korostuu haittoja vähentävien palvelujen saatavuuden merkitys, sekä asenteiden muuttuminen. Ratkaisuissa korostuu nimenomaan terveydenhuollon näkökulma ja ratkaisutavat. Myrkytykseen kuolleiden nuorten tyypillisessä profiilissa kuitenkin mainitaan myös asumiseen liittyvät ongelmat, huono-osaisuus ja ylisukupolvisuus. (Kailanto ym. 2023, 97.) Tämän vuoksi uskon, että ratkaisuja ja ennaltaehkäisyä pohtiessa olisi tärkeää, että myös sosiaalihuollon puolella tehtävässä päihdetyössä tarkasteltaisiin tarkasti nykyisiä toimintatapoja, niiden taustalla vaikuttavia periaatteita sekä niiden vaikuttavuutta suhteessa huumekuolemiin ja muuhun huumeiden käytöstä ja riippuvuussairauksista aiheutuvaan inhimilliseen kärsimykseen.

## Lähteet

A-klinikkasäätiö ja sosiaali- ja terveysministeriö, Vinkki-Info: Neulanvaihtopisteet, <https://www.vinkki.info/terveysneuvontapisteet> [Viitattu 20.11.2022.]

Aikio, Samuli (2017) Viisi näkökulmaa Valtaan: Sosiaalityön taustalla olevien valtakäsitysten teoreettista pohdintaa. Rovaniemi: Lapin Yliopistopaino.

Ala-Nikkola, Taina & Pirkola, Sami & Kontio, Raija & Joffe, Grigori & Pankakoski Maiju & Malin, Maili & Sadeniemi, Minna & Kaila, Minna & Wahlbeck, Kristian (2014) Size Matters - Determinants of Modern, Community-Oriented Mental Health Services. *International journal of environmental research and public health* 11(8), 8456–8474.

Appel, Philip W. & Ellison, Aletha A. & Jansky, Hadley K. & Oldak, Rivka (2004) Barriers to Enrollment in Drug Abuse Treatment and Suggestions for Reducing Them: Opinions of Drug Injecting Street Outreach Clients and Other System Stakeholders. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 30(1), 129–153.

Arajärvi, Pentti (2013) Pääsy sosiaalihuollon päihdepalveluihin. Teoksessa Juha Moring, Viveca Bergman, Esa Nordling, Jaana Markkula, Airi Partanen & Markku Soikkeli (toim.) *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 - Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012*. Työpaperi 15/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 29–35.

Arponen, Anne & Brummen-Korvenkontio, Henriikki & Liitsola, Kirsi & Salminen, Mika. (2008) Luottamus ja vapaaehtoisuus terveysneuvontapiste toiminnan onnistumisen edellytyksinä Poikkitieteellinen tutkimus arviointitutkimus ruiskuuhumeiden käyttäjien terveysneuvonnan vaikuttavuudesta tartuntatautien ehkäisyssä ja torjunnassa. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja* 15/2008. Helsinki: Kansanterveyslaitos.

CESCR (2000) General Comment No. 14 The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

Ekqvist, Eeva & Kuusisto, Katja (2019) Laitospäihdehoidon asiakkaiden hyvinvoinnin muutos kuntoutuksen aikana. Teoksessa Aini Pehkonen, Taru Kekoni & Katja Kuusisto (toim.) Oikeus päihdehuoltoon. Tampere: Vastapaino, 289–314.

Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (2022) Euroopan huumeraportti 2022: Suuntauksia ja muutoksia, Luxemburg: Euroopan unionin julkaisutoimisto.

Hakkarainen, Pekka & Tigerstedt, Chris & Tammi, Tuukka (2007) Dual-track drug policy: Normalization of the drug problem in Finland. *Drugs: education, prevention and policy* Vol. 14(6), 543–558.

Hirschovits-Gerz, Tanja & Kuussaari, Kristiina & Stenius, Kerstin & Tammi, Tuukka (2016) Miten päihdepalvelujen tarvetta on mahdollista mitata? Esimerkkinä tarveanalyysissä seitsemän kuntaa. *Yhteiskuntapolitiikka* 81(3), 195–205.

Kailanto, Sanna & Viskari, Inari & Häkkinen, Margareeta & Kotovirta, Elina & Kriikku, Pirkko & Mikkonen, Mika & Niemelä, Solja & Perälä, Riikka & Rönkä, Sanna & Sedergren & Juha (2023) Huumekuolemien ehkäisyn Suomen malli – Toimenpide-ehdotuksia ja ohjeita käytännön toteutukseen. (toim. Sanna Kailanto & Inari Viskari) Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

Karjalainen, Karoliina & Pekkanen, Niina & Hakkarainen, Pekka (2020) Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet: Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Punamusta Oy.

Karoll, Brad (2010) Applying Social Work Approaches, Harm Reduction, and Practice Wisdom to Better Serve Those with Alcohol and Drug Use Disorders. *Journal of Social Work* Vol. 10(3), 263–281.

- Kaukonen, Olavi (2019) Päihdehuollon kehitys ja sosiaaliset oikeudet. Teoksessa Aini Pehkonen, Taru Kekoni & Katja Kuusisto (toim.) Oikeus päihdehuoltoon. Tampere: Vastapaino, 23–48.
- Kuntaliitto (2000) Asiakkaiden omien rahavarojen käsittelu sosiaali- ja terveystoimessa. Kuntaliiton yleiskirje 4/80/2000. Suomen kuntaliitto.  
<https://www.kuntaliitto.fi/yleiskirjeet/2000/asiakkaiden-omien-rahavarojen-kasittelu-sosiaali-ja-terveystoimessa> [Viitattu 14.11.2023]
- Kuussaari, Kristiina & Kaukonen, Olavi & Partanen, Airi & Samposalo, Hanna & Vormo, Helena (2017) Päihdepalvelujen rakenteen ja työnjaon maakunnittaiset erot vuonna 2015. Yhteiskuntapolitiikka 82(3), 262–273.
- Laitinen, Kristiina & Uhlbäck, Saara & Eskelinen, Niko & Saari, Juho & Kainulainen, Sakari (2017) Sumuisten sielujen hyvinvointi: terveysneuvontapisteiden asiakkaiden hyvinvointi ja palvelujärjestelmään kiinnittyminen. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Lushin, Viktor & Anastas, Jeane W. (2011) Harm Reduction in Substance Abuse Treatment: Pragmatism as an Epistemology for Social Work Practice. *Journal of Social Work, Practice in the Addictions* Vol. 11(1), 96–100.
- Muhonen, Teemu (2023) Huumeiden käyttöhuoneiden kokeilu jakoi edus-kuntaa: ”Jo on aikoihin eletty”. Helsingin Sanomat 13.9.2023. Poliitiikka.  
<https://www.hs.fi/politiikka/art-2000009843164.html> [Viitattu 11.11.2023]
- Noppiari, Eija & Koivunen, Marita & Mäkelä, Kaisu-Leena & Hakala, Tiina (2018) Sairaanhoidtajien kokemuksia päihtyneen potilaan kohtaamisesta päivystyshoitotyössä - osaamisen näkökulma. *Hoitotiede* 30(4), 334–346.
- Partanen, Airi & Kuussaari, Kristiina (2019) Päihdeongelmaisten palvelujärjestelmä muokkautuu yhteiskunnallisten muutosten myötä. Teoksessa Aini Pehkonen, Taru Kekoni & Katja Kuusisto (toim.) Oikeus päihdehuoltoon. Tampere: Vastapaino, 315–348.

- Perälä, Riikka (2012) Haittojen vähentäminen huumehoidossa: etnografinen tutkimus huumeongelman yhteiskunnallisesta hallinnasta 2000-luvun Suomessa. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Phillips, Rosie & Humphrey, Bourne (2008) The Impact of Worker Values on Client Outcomes Within a Drug Treatment Service. *The International Journal of Drug Policy* Vol. 19(1): 33–41.
- Pirkola, Sami & Sohlman, Britta & Heilä, Hannele & Wahlbeck, Kristian (2007) Reduction in postdischarge suicide after deinstitutionalization and decentralization: A nationwide register study in Finland. *Psychiatric Services* Vol. 58(2), 221–226.
- Pirkola, Sami & Sund, Reijo & Sailas, Eila & Wahlbeck, Kristian (2009) Community mental-health services and suicide rate in Finland: A nationwide small-area analysis. *The Lancet* Vol.373 (9658), 147–153.
- Poikonen, Heidi & Kekoni, Taru (2019) Asiakkaan oikeudet ja niihin vaikuttavat tekijät päihdepalveluissa. Teoksessa Aini Pehkonen, Taru Kekoni & Katja Kuusisto (toim.) *Oikeus päihdehuoltoon*. Tampere: Vastapaino, 49–82.
- Päihdehuoltolaki (41/1986) Finlex: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>  
[Viitattu 10.9.2023]
- Ranta, Johanna & Perälä, Riikka (2022) Haittojen vähentäminen ja Asunto ensin -malli huumeita käyttävien asumisen tuessa. Teoksessa Suvi Raitakari, Kirsi Günther & Jenni-Mari Räsänen (toim.) *Koti, hyvinvointityö ja haavoittuvuus*. Tampere: Tampere University Press, 181–215.
- Rantanen, Teemu (2007) Huumeiden käytön kehukset sosiaalityöntekijöiden puheessa. Teoksessa Kari Mikko Vesala & Teemu Rantanen (toim.) *Argumentaatio ja tulkinta: Laadullisen asennetutkimuksen lähestymistapa*. Helsinki: Gaudeamus, 167–188.

Roe, Gordon (2005) Harm reduction as paradigm: Is better than bad good enough? The origins of harm reduction. *Critical Public Health* 15 (3), 243–250.

Saari, Juho (2015) *Huono-osaiset: elämän edellytykset yhteiskunnan pohjalla*. Helsinki: Gaudeamus.

Sisäasiainministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön yhteinen työryhmä (2011) *Päihtyneiden kiinniottamista, kuljettamista, kohtelua ja hoitoa selvittäneen työryhmän loppuraportti*. Helsinki: Sisäasiainministeriö.

Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) Finlex:

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301> [Viitattu 10.9.2023]

Souleymanov, Rusty & Allman, Dan (2016) Articulating Connections between the Harm-Reduction Paradigm and the Marginalisation of People Who Use Illicit Drugs. *British Journal of Social Work* 2016 Vol. 46(5), 1429–1445.

STM (2016) *Arviomuistio: Mielenterveyslain ja päihdehuoltolain palvelut*. Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.

TENK (2023) *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) Finlex:

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> [Viitattu 10.9.2023]

THL (2022) *Päihdehuollon huumeasiakkaat 2021*. Tilastoraportti 33/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Thornicroft, Graham & Tansella, Michele (2013) The Balanced Care Model: The care for both hospital- and community-based mental healthcare. *British Journal of Psychiatry* Vol. 202(4), 246-248.

- Toiviainen, Riitta (2008) Palvelujärjestelmä sulkee ovet päihderiippuvaisilta. Teoksessa Tuuli Hirvilampi & Markku Laatu (toim.) Toinen vääräyskirja: lähikuvia sosiaalisista epäkohdista. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 157–172.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2018) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi, Uudistettu painos, Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Törmä, Sinikka (2009a) Kynnyskysymyksiä: Huono-osaisimmat huumeiden käyttäjät ja matala kynnyks. Hämeenlinna: Sosiaalikehitys Oy.
- Törmä, Sinikka (2009b) Matala kynnyks – pelkkä retorinen lupaus? Janus Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti 17(2), 164–169.
- Törmä, Sinikka. (2006) Huumeiden käyttäjien tavoittaminen liikkuvan terveysneuvontatoiminnan avulla. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 43(3), 207–217.
- Vakharia, Sheila P. & Little, Jeannie (2016) Starting Where the Client Is: Harm Reduction Guidelines for Clinical Social Work Practice. Clinical Social Work Journal 45, 65–76.
- Valtioneuvoston asetus tartuntataudeista (9.3.2017/146) Finlex  
<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2017/20170146#a29.6.2023-884> [Viitattu 10.9.2023]
- Virokannas, Elina (2017) Eriarvoisuuden kokemuksia ja hallinnan suhteita hyvinvointipalvelujärjestelmässä. Huumeita käyttävien naisten ”standpoint” Yhteiskuntapolitiikka (82)3, 274–283.
- Vuori, Jaana (2021) Laadullinen sisällönanalyysi. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus> [Viitattu 10.10.2023]

- Väyrynen, Sanna (2012) Muutosta edistävät tekijät päihde- ja mielenterveyskuntoutuksessa. Asiakkaiden kokemuksia intensiivisen avokuntoutuksen vaikuttavuudesta. Teoksessa Anneli Pohjola, Tarja Kemppainen & Sanna Väyrynen (toim.) Sosiaalityön vaikuttavuus. Rovaniemi: Lapin Yliopistokustannus, 272–300.
- Wahlbeck, Kristian (2011) European comparisons between mental health services. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* Vol. 20(1), 15–18.
- Wahlbeck, Kristian & Westman, Jeanette & Nordentoft, Merete & Gissler, Mika & Laursen, Thomas Munk (2011) Outcomes of Nordic mental health systems: Life expectancy of patients with mental disorders. *British Journal of Psychiatry* Vol. 199(6), 453–458.
- Waller, Vivianne & Farquharson, Karen & Dempsey, Dempsey (2016) *Qualitative Social Research: Contemporary Methods for the Digital Age*. Los Angeles: SAGE.
- Warpenius, Katariina & Markkula, Jaana (2018) Ehkäisevän päihdetyön nykytila ja tulevaisuus kunnissa. Raportti 9/2018. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Westman, Jeannette & Gissler, Mika & Wahlbeck, Kristian (2012) Successful deinstitutionalization of mental health care; Increase life expectancy among people with mental disorders in Finland. *European Journal of Public Health* Vol. 22(4), 604–606.

## Liitteet

### Liite 1. Haastattelurunko

Haastattelurungon on tarkoitus olla vain suuntaa antava ja ohjata keskustelun teemoja.

1. Tutkittavan tutkimuksen kannalta olennaiset perustiedot:
  - a. ammattinimike/koulutus
  - b. työpaikka
  - c. työkokemus vuosissa → kuinka iso osa tästä terveysneuvontapisteessä?

### Asiakkaiden asema palvelujärjestelmässä

2. Millaisissa asioissa terveysneuvontapisteiden asiakkaat tarvitsevat tukea eniten? (Jos steriilien pistovälineiden hakemista ja terveydenhuollollisia toimenpiteitä ei lasketa.)
  - a. Miten tämä tuen tarve tulee yleensä esille?
  - b. Millaisena asiakkaiden mahdollisuus saada tarvittua tukea kuvautuu terveysneuvontapisteiden näkökulmasta?
3. Mitkä ovat tärkeimpiä yhteistyötahoja asiakkaiden tilanteiden kannalta?
4. Miten asiakkaat teidän näkökulmastanne suhtautuvat yhteistyötahoihin?
  - a. Viranomaistahot: aikuissosiaalityö, mielenterveys- ja päihdepalvelut, lastensuojelu
    - i. Millaisia odotuksia tai ajatuksia tulee esille näihin liittyen?
  - b. Kolmas sektori: Sininauha yms.
    - i. Millaisia odotuksia tai ajatuksia tulee esille näihin liittyen?
5. Millaisten asioiden uskotte vaikuttavan asiakkaiden ajatuksiin ja odotuksiin?
6. Yhteistyö sosiaalitoimen ja terveysneuvontapisteiden välillä?
7. Huumeiden käyttöön ja riippuvuussairauksiin voi liittyä häpeää, stigmaa ja ennakkoluuloja. Näkyvätkö nämä tekijät yhteistyössä muiden viranomaisten tai palveluntuottajien kanssa? Mikäli kyllä, miten?

### Palveluihin hakeutuminen ja niiden saavutettavuus

8. Millaisiksi koette asiakkaidenne mahdollisuudet hakea tarvitsemiaan palveluita itsenäisesti?

9. Millaiset asiat yleensä kynnyskysymyksinä palvelujen hakemiselle/vastaanottamiselle?
10. Kuten aiemmin mainittu, huumeiden käyttöön ja riippuvuussairauksiin voi liittyä häpeää, stigmaa ja ennakkoluuloja. Näkyvätkö nämä tekijät asiakkaiden omassa valmiudessa ottaa tukea/palveluja vastaan? Mikäli kyllä, miten?
11. Millaisilla asioilla kynnystä voisi madaltaa?
  - a. Onko käytännön esimerkkejä palveluista tai hankkeista, joissa tässä olisi teidän näkökulmastanne onnistuttu?
  - b. Entä toimintatavoista, jotka eivät teidän näkemyksenne mukaan yleensä toimi?

### **Haittoja vähentävä päihdetyö**

12. Näettekö haittoja vähentävän päihdetyön periaatteellesoveltamismahdollisuuksia myös muissa palveluissa, kuin vain huumeiden käytön terveydellisten haittojen ehkäisyssä?
13. Haittoja vähentävä päihdetyö on saanut kritiikkiä siitä, että sen voidaan nähdä helpottavan tai jopa kannustavan päihteiden käytön jatkamiseen → mitä ajatuksia tämä herättää?