

PISTÄMÄLLÄ HUUMEITA KÄYTTÄVÄN
ASIAKKAAN HYVINVOINTI

Ulla Hiljanen
Sosiaalityö
Yhteiskuntatieteiden
ja filosofian laitos
Jyväskylän
yliopisto
Pro gradu -tutkielma
Kevät 2018

TIIVISTELMÄ

Pistämällä huumeita käyttävän asiakkaan hyvinvointi

Tekijä: Ulla Hiljanen
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos
Sosiaalityö
Pro gradu -tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Ohjaajat: Kati Närhi ja Sirpa Kannasoja
Kevät 2018
Sivumäärä 98 sivua + 5 liitesivua

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on selvittää, miten taustatekijät (sukupuoli, ikä ja paikkakunta) ja asenteet ovat yhteydessä pistämällä huumeita käyttävien ja terveysneuvontapisteessä asioivien elintasoon ja hyvinvointiin sekä mitä palveluja pistämällä huumeita käyttävät asiakkaat ovat käyttäneet.

Tutkimuksen aineisto koostuu Helsingin, Tampereen, Hämeenlinnan, Kouvolan sekä Kotkan pistämällä huumeita käyttävistä henkilöistä, jotka asioivat terveysneuvontapisteissä. Käytössä on ollut 256 henkilön täyttämät kyselylomakkeet, jotka on kerätty syysmarraskuussa 2014. Tutkielma on määrällinen tutkimus. Tutkimusaineiston analysoinnissa on käytetty ristiintaulukointia, frekvenssijakaumia, keskiarvoja sekä varianssianalyysia.

Tutkimuksen ensimmäinen päätulos on erot asenteissa ja elintasossa ikäryhmien ja paikkakuntien välillä. Kyselyn mukaan pienten kaupunkien yli 35-vuotiaat vastaajat tuntevat eniten huono-osaisuutta. Toisaalta he myös kokevat eniten pärjäämisen tunnetta. Heillä on eniten pystyvyyttä velkojen huolehtimisesta, ja he kokevat eniten viranomaisluottamusta. Helsinkiläiset yli 35-vuotiaat vastaajat luottavat eniten ihmisiin, ja heidän tulonsa riittävät parhaiten menoihin. Tamperelaiset yli 35-vuotiaat vastaajat arvioivat saavansa seurakunnalta riittävimmin tukea, apua ja palveluita tarvittaessa, mutta alkoholinkäyttö aiheuttaa heille eniten ongelmia. Helsinkiläiset alle 35-vuotiaat vastaajat saavat kaupungilta riittävimmin tukea, apua ja palveluita. Tamperelaisilla alle 35-vuotiailla vastaajilla on vahvin luottamus parempaan tulevaisuuteen, toisaalta heillä on eniten ongelmia huumeiden ja lääkkeiden käytöstä. Pienten kaupunkien alle 35-vuotiaat vastaajat arvioivat saavansa eniten taloudellista tukea ystäviltä ja sukulaisilta tarvittaessa.

Toinen päätulos on päihdepalvelujen käytön erot miesten ja naisten ja eri paikkakuntien välillä. Kyselyn mukaan pienten kaupunkien miehet käyvät eniten a-klinikalla, ja helsinkiläiset miehet käyttävät eniten katkaisuhuitoja. Tamperelaiset miehet osallistuvat eniten laitostuntoutuspalveluihin, ja helsinkiläiset naiset käyttävät eniten asumispalveluja.

Palveluja kehitettäessä tulee kiinnittää huomiota siihen, ettei moniongelmaista päihdeasiakasta käännytetä pois palveluista ja huomiota tulee kiinnittää myös pistämällä huumeita käyttävän asiakkaan hoitoon kiinnittymiseen.

Avainsanat: hyvinvointi, päihderiippuvuus, huumeiden käyttö pistämällä, päihdepalvelut, terveysneuvonta, kvantitatiivinen tutkimus.

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	5
2 VIITEKEHYS – HYVINVOINTIA PÄIHDEPALVELUISTA	7
2.1 Aikaisemmat tutkimukset ja teoreettinen tausta.....	7
2.2 Keskeiset käsitteet	18
2.2.1 Hyvinvointi ja sen vajeet	19
2.2.2 Päihderiippuvuus.....	21
2.2.3 Päihteidenkäyttäjän hyvinvointi.....	25
3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	37
3.1 Tutkimustehtävä	37
3.2 Aineiston esittely	38
3.3 Tutkimuksen analyysimenetelmät	40
3.4 Tutkimuksen eettisyys ja aineiston luotettavuus	41
4 TULOKSET.....	44
4.1 Vastanneiden taustatiedot	44
4.2 Subjekttiivinen hyvinvointi ja terveys	47
4.3 Päihderiippuvaisten asenteisiin ja elintasoon liittyvät kokemukset	49
4.4 Kunnan, valtion, seurakunnan ja Kelan palvelujen käyttö	59
4.5 Päihdepalvelut	62
5 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	66
5.1 Taustatekijöiden ja asenteiden yhteys pistämällä huumeita käyttävien ja terveysneuvontapisteessä asioivien asiakkaiden elintasoon ja hyvinvointiin	67
5.2 Pistämällä huumeita käyttävien asiakkaiden päihde-ehtoisten palvelujen käyttö.....	74
5.3 Lopuksi – Päihdepalvelut ovat tärkeä osa päihdeasiakkaan hyvinvointia	81
LÄHDELUETTELO.....	88

KUVIOT

KUVIO 1.	Päihdehäiriöiden jakautuminen (Rapeli 2014)	23
KUVIO 2.	Pistämällä huumeita käyttävien tartuntatautien ehkäisyyn ydinarvot (ECDC:n ja EMCDDA:n suositus 2011)	33
KUVIO 3.	Pistämällä huumeita käyttävien terveysneuvonta on vaikuttava interventio (Salminen 2007)	34

TAULUKOT

TAULUKKO 1.	Päihteidenkäyttäjien lukumäärät vuosina 2000, 2003 ja 2006 (Kekki & Partanen 2008)	32
TAULUKKO 2.	Tutkimukseen osallistuneiden määrä paikkakunnittain (%)	39
TAULUKKO 3.	Keräysaikana asioivien määrä ja osuudet (n, %) (Uhlbäck ym. 2017)	39
TAULUKKO 4.	Vastanneiden taustatietoja lukumäärinä ja prosenttiosuuksina	46
TAULUKKO 5.	Subjektiiivista hyvinvointia ja terveyttä kuvaavat väittämät prosentteina	47
TAULUKKO 6.	Subjektiiivista hyvinvointia ja terveyttä kuvaavat väittämät sukupuolen ja paikkakunnan mukaan keskiarvoina	49
TAULUKKO 7.	Vastausten jakautuminen asenteita ja elintaso koskevissa kysymyksissä (%)	51
TAULUKKO 8.	Vastausten jakautuminen asenteita ja elintaso koskevissa kysymyksissä sukupuolen mukaan (keskiarvo)	52
TAULUKKO 9.	Vastausten jakautuminen asenteita ja elintaso koskevissa kysymyksissä ikäryhmän mukaan (keskiarvo)	54
TAULUKKO 10.	Vastausten jakautuminen asenteita ja elintaso koskevissa kysymyksissä paikkakunnan ja ikäryhmän mukaan (keskiarvo)	59
TAULUKKO 11.	Kunnan, valtion, seurakunnan, Kelan ja päihdepalvelujen käyttö kahden viimeisen kuukauden aikana prosentteina	60
TAULUKKO 12.	Päihdepalvelujen käyttö sukupuolen mukaan prosentteina	63
TAULUKKO 13.	Päihdepalvelujen käyttö sukupuolen ja paikkakunnan mukaan prosentteina	65
TAULUKKO 14.	Asenteiden ja elintason eri ulottuvuudet keskiarvoina ja prosentteina – yhteenveto	73
TAULUKKO 15.	Päihdepalvelujen käyttö prosentteina – yhteenveto	80

LIITTEET

LIITE 1.	”HUUMEIDENKÄYTTÄJIEN HYVINVOINTI” -KYSELY	99
----------	---	----

1 JOHDANTO

Päihteitä käyttävä henkilö ei välttämättä saa tarvitsemaansa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Vili Varjosen (2015, 95) mukaan mielenterveys- ja päihdeongelmaa sairastava kaksoisdiagnoosipotilas voi jäädä päihde- ja mielenterveyspalvelujen ulkopuolella, vaikka laatusuositusten mukaan asiakkaan tulee saada apua ja tukea ensisijaisesti siinä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikössä, johon hän hakeutuu. Huumeidenkäyttäjille suunnatuissa terveys- ja sosiaalineuvontapisteissä kohdataan nimettöminä asioivia huumeiden käyttövälineitä vaihtavia päihteidenkäyttäjiä. Terveysneuvontapisteissä kävi noin 11 500 asiakasta vuonna 2011. (Mt. 2015, 95.) Pistämällä huumeita käyttävien terveysneuvontapisteiden asiakkaiden lukumäärä on suuri. Nykyisin Suomessa on 51 terveys- ja sosiaalineuvontapistettä, mukaan lukien kolme liikkuvaa terveysneuvontapalvelua (Terveysneuvontapisteet 2018).

Tutkin pistämällä huumeita käyttävien terveysneuvontapisteiden asiakkaiden hyvinvointia ja palveluiden käyttöä. Tuuli Pitkäsen, Jussi Perälän ja Tuukka Tammen (2016,1) mukaan niistä huumeiden käyttäjistä jotka eivät käytä hoitopalveluja, ei ole paljon tutkimustietoa. Pistämällä huumeita käyttävien asiakkaiden hyvinvointia tulee mielestäni kartoittaa lisää, jotta saadaan monipuolista tietoa asiakkaiden subjektiivisesta hyvinvoinnista. Huumeiden käyttäjät asioivat terveysneuvontapisteissä anonymyineen ja ilman ajanvarausta (Terveysneuvonta).

Huumeidenkäyttäjät eivät saa riittävästi heille kuuluvia palveluita ja tukia. Päihteiden käyttö vaikuttaa myös kognitiiviseen toimintakykyyn. (Latvala 2012, 1675.) Yksilöllä voi olla vaikeutta toimia yleisten sääntöjen mukaisesti tai hän ei muista annettuja ohjeita tai ajanvarausaikoja (vrt. Arponen, Brummer-Korvenkontio, Liitsola & Salminen 2008, 139; Kaukonen 2005, 313). Päihteidenkäyttäjillä esiintyviä toiminnanohjauksen ongelmia tulee ottaa enemmän huomioon sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä palvelujen kehittämisessä.

Tutkimusaineistona käytän A-klinikkasäätiön terveysneuvontapisteissä vuonna 2014 kerättyä Sumuisten sielujen hyvinvointi (SUMU) –hankkeen aineistoa. Tutkimusaineisto koostuu 256 huumeidenkäyttäjän täyttämästä hyvinvointilomakkeesta, jotka on koottu Helsingistä, Tampereelta, Hämeenlinnasta, Kouvolasta sekä Kotkasta. Aineisto on osa isompaa SUMU-tutkimushanketta, joka selvittää suomalaista äärimmäistä huono-osaisuutta. Hankkeen kohderyhmänä ovat olleet pistämällä huumeita käyttävät asiakkaat.

Juho Saaren ja Sakari Kainulaisen SUMU-tutkimushanke käsittelee huumeidenkäyttäjien sosiaalis-taloudelliseen tilanteeseen liittyviä teemoja sekä hyvinvointia, yksinäisyyttä, palveluja ja tulonsiirtoja, päihteiden käyttöä, pärjäämistä ja kuntoutumista sekä tulevaisuuden odotuksia. Myös sosiaalinen ja taloudellinen tuki sekä palvelujen riittävyys ja laatu, samoin luottamus, häpeä ja stigma ovat tutkimushankkeen teemoja. (Sumuisten sielujen hyvinvointi 2016.) Laajemmin SUMU-tutkimushanke liittyy osana vuonna 2012 käynnistynyttä Huono-osaisin Suomi (HUSO) –tutkimushanketta, jossa on selvitetty muun muassa ruokajonoissa asioivien asiakkaiden hyvinvointia ja elämänlaatua. Itä-Suomen yliopisto kokosi tällöin nelisivuisen kyselylomakkeen (Ohisalo 2014, 17). Tästä lomakkeesta on kehittynyt SUMU-tutkimushankkeessa käytetty huumeidenkäyttäjien hyvinvointikyselyn lomakepohja.

Tutkimaani ilmiötä on tärkeää tutkia myös sosiaalityön näkökulmasta, koska useimmat päihteidenkäyttäjät ovat moniongelmaisia. He käyttävät paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja (Kekki ja Partanen 2008, 56). He tarvitsevat monipuolista tukea ja ohjausta sosiaalisten asioiden hoidossa sekä toimeentuloon liittyvissä toimenpiteissä. Sosiaalityössä on tärkeää huomata laajemmin asiakkaan hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä, kuten mahdollinen mielenterveysongelma tai päihderiippuvuus, ja ennalta ehkäistä niiden siirtymistä yli sukupolvien.

Anne Arposen, Henriikki Brummer-Korvenkontion, Kirsi Liitsolan ja Mika Salmisen (2008, 95) tutkimuksessa tulee esille mielenterveydenhäiriön lääkintä päihteiden käytöllä. Osa mielenterveysongelmista koettiin aiheutuneen myös päihteiden käytön seurauksena. Moni asiakkaista oli miettinyt, olisiko päihdeongelma ollut aikoinaan vältettävissä, mikäli alkaviin mielenterveydenongelmiin tai pahoinvointiin olisi puututtu hyvissä ajoin. (Mt. 2008, 95.) Tuula Kekki (2017, 64) tuo tutkimuksessaan esille, etteivät päihteidenkäyttäjät nuorina ollessaan saaneet viranomaisilta sellaista apua ja turvaa, jolla olisi voitu ehkäistä heidän päätymistä huumeekulttuurin ja lainvastaisen toiminnan pariin.

Luvussa kaksi esittelen aihepiiriin liittyviä aikaisempia tutkimuksia ja teoreettista taustaa. Luvussa kolme kuvaan tutkimustehtävääni, esittelen aineistoa sekä aineiston analyysimenetelmiä. Luvussa neljä raportoin tutkimuksen tulokset ja viidennessä luvussa pohdin johtopäätöksiä.

2 VIITEKEHYS – HYVINVOINTIA PÄIHDEPALVELUISTA

Tässä luvussa esittelen aiemmin tehtyjä tutkimuksia sekä tutkimukseni teoreettista taustaa. Ne sivuavat oman tutkimukseni aihetta ja toimivat tutkimuksessani taustatietoaineistona.

2.1 Aikaisemmat tutkimukset ja teoreettinen tausta

Tuuli Pitkänen, Jussi Perälä ja Tuukka Tammi (2016) ovat tutkineet kahdensadan helsinkiläisen huumeidenkäyttäjän elämää ja heidän päihteiden käyttöään. Tutkijoiden mukaan puhutussa puheessa, ehkäisevässä päihdehoidossa sekä päihdehoidossa on huomioitava, että päihteidenkäyttäjänä voi olla sekä syrjäytyneitä päihteidenkäyttäjiä, mutta myös yhteiskunnassa aktiivisesti toimivia päihteidenkäyttäjiä. Päihdehuollon huumeita käyttävillä asiakkailla painottuvat huomiota herättävät päihdeongelmat.

Bushra Sabri, Allison M. McFall, Sunil S. Solomon, Aylar K. Srikrishnan, Canjeevaram K. Vasudevan, Santhanam Anand, David D. Celentano, Shruti H. Mehta, Shresh Kumarm ja Gregory M. Lucas (2017) ovat tutkineet määrällisen tutkimuksen keinoin pistämällä huumeita käyttävien miesten ja naisten HIV-riskikäyttäytymiseen liittyviä sukupuolieroja Koillis-Intiassa lähellä heroinin tuotannon ”kultaista kolmiota”. Intiassa pistämällä huumeita käyttävillä ihmisillä on suuri riski sairastua HIV-infektioon (human immunodeficiency virus), jonka esiintyvyys oli merkittävästi suurempi naisilla kuin miehillä. Seksiin ja huumeiden käyttöön liittyvää riskikäyttäytymistä esiintyi Koillis-Intiassa yleisesti. Syrjintäkokemukset (hoitoon pääsemättömyys, kyvyttömyys huumeiden käytön lopettamiseen ja psyykkiset ongelmat) altistivat HIV-tartunnan sairastumisriskiä. Miehet kokivat naisia enemmän häpeän stigmaa, eivätkä tästä syystä hakeutuneet hoitoon, mikä lisäsi omalta osaltaan HIV-riskikäyttäytymistä. Yhteiskunnan tulee toiminnallaan vähentää leimaamista ja syrjintää, jotka ovat HIV-tartuntaa lisääviä riskitekijöitä. Päihdepalveluihin pääsyn mahdollisuuksia tulisi lisätä. (Mt. 2017.)

Katy M. Turner, Sharon Hutchinson, Peter Vickerman, Vivian Hope, Noel Craine, Norah E. Palmateer, Margaret May, Avril Taylor, Daniela De Angelis, Sheila Cameron, John Parry, Margaret Lyons, David Goldberg, Elisabet Allen ja Matthew Hickman (2011) ovat tehneet tutkimusta pistämällä huumeita käyttävistä henkilöistä, ja selvittivät C-viruksen

esiintyvyyttä niillä henkilöillä, jotka asioivat päihteiden vaihtovälineiden jakopisteissä ja opiaattikorvaushoidossa. Tutkimuksessa todettiin, että opiaattikorvaushoito ja puhtaiden käyttövälineiden jako voivat merkittävästi vähentää hepatiitti C-viruksen leviämistä suonensisäisten huumeiden käyttäjillä. (Mt. 2011.)

Riikka Perälä (2007) on tutkimuksessaan havainnoinut ja haastatellut terveysneuvontapisteessä asioivia huumeiden käyttäjiä. Tutkimus vahvistaa huumeiden käyttäjien suuret koettelemukset. Perälän mukaan vaikeuksia tuottavat lukemattomat elinolosuhteissa esiintyvät epäkohdat, vaikeudet ja huolet, joista suurimpana ongelmana ei ole kuitenkaan huumeet. Hän on käynyt läpi huumeiden käyttäjien ongelmiin liittyviä tulkintoja ja selvittänyt, miten sosiaali- ja terveystoimen palvelut vastaavat huumeidenkäyttäjien tarpeita. Huumeidenkäyttäjät saavat huonoa kohtelua, eivätkä palvelut vastaa heidän tarpeitaan. Tutkimuksen mukaan hoitojärjestelmän arvostelut kertovat lähinnä muun hoito- ja palvelujärjestelmän ja huumeiden käyttäjien vuorovaikutuksesta, sillä terveysneuvontapisteessä työskennellään käyttäjien näkemyksen mukaan erittäin matalalla kynnyksellä ja työntekijät huomioivat työssään huumeiden käyttäjien oikeuksia. (Mt. 2007.)

Riikka Perälän (2012) mukaan terveysneuvontapisteet ja näiden toimipisteiden haittoja vähentävä toiminta ovat tärkeitä asioita päihteiden käyttäjien elämässä. Päihderiippuvainen saa terveysneuvonnan kautta palvelua, jota hänellä ei ole mahdollista saada yhteiskunnan muista palveluista. Asiakkaiden lisäksi terveysneuvontapisteiden työntekijät kokevat tämän työn laaja-alaisempana työnä, ja se tulee esille muun muassa siinä, että terveysneuvonnan kautta tehty sosiaalityö ja sairaanhoito ovat merkityksellisiä tukimuotoja, ja terveysneuvontatoimipisteillä on suora kontakti muuhun julkiseen palveluun.

Terveysneuvontatoiminta on onnistunut lisäämään sosiaalisesti marginaalissa elävän ja jopa ”demonisoidun” väen uskoa siihen, että yhteiskuntaan liittyminen on mahdollista ymmärtäväisen työskentelyn myötä. Perälä mukaan tällainen työskentelytapa tulee huomioida jatkossakin samankaltaisia väliintuloja suunniteltaessa. Yhteiskunta on edelleen kriittinen terveysneuvontatoimintaa kohtaan, ja instituutio näkee toiminnan helposti vain käyttövälineiden vaihtopisteinä. Tällainen katsantokanta hankaloittaa yhteiskunnassa uusien toimintatapojen käyttöönottoa suomalaisessa päihdepolitiikassa. (Mt 2012.)

Anne Arponen, Henriikka Brummer-Korvenkontio, Kirsi Liitsola ja Mika Salminen (2008) ovat tehneet huumeiden käytön haittojen vähentämispalveluihin kohdistuvan poikkitieteellisen arviointitutkimuksen. Tutkimuksessa arvioidaan

terveysneuvontapalveluja ja niiden toimivuutta sekä käsitellään asiantuntijahaastattelujen avulla huumeiden käyttäjien tavoittamiseen liittyviä seikkoja. Tutkimuksen mukaan luottamus ja vapaaehtoisuus ovat tärkeitä asioita, kun huumeita käyttävä asiakas hakeutuu palveluihin ja hoitoon. Terveysneuvontapisteet ovat kannattavia terveyteen liittyviä väliintuloja. Kansanterveydellisesti on merkittävää kehittää pistämällä huumeita käyttävien terveysneuvontapisteitä, ja varmistaa näiden toimipisteiden toiminnan jatkuminen. Terveysneuvontamalli on toimiva sosiaalinen uutuus, ja se on pystynyt yhdistämään matalan kynnyksen terveysterveystoimet ja terveyden edistämisen haittojen vähentämisen. (Mt. 2008.)

Sinikka Törmän (2009) väitöskirjassa tarkastellaan päihdehuollossa käytössä olevaa matala kynnyksen -käsitettä. Tutkimus selvittelee matalan kynnyksen palveluja huono-osaisimpien huumeidenkäyttäjien näkökulmasta. Törmä on selvittänyt neljällä tapaustutkimuksella, onko kynnyksen matalan kynnyksen palveluissa huono-osaisimpien huumeidenkäyttäjien mielestä matala. Aineisto on koottu vuosina 2001–2006 päihteidenkäyttäjien, työntekijöiden ja muiden ammattilaisten haastatteluista, potilastiedoista sekä asiointirekistereistä. Tutkimuksessa tulee esille moniongelmaisten ja huono-osaisten huumeidenkäyttäjien elämää ja palvelujen käyttöä reunustava huomattava syrjäytyminen, asunnottomuus, päihteiden sekakäyttö, henkiset ja ruumiilliset vaivat sekä vankilakierre. Tutkimuksen mukaan huono-osaisten huumeidenkäyttäjien mielestä matalakaan kynnyksen ei ole aina riittävän matala. Palvelujen käyttöä hankaloittavat useat syyt, jotka aiheutuvat hoitojärjestelmästä, huumeidenkäyttäjistä itsestään ja toimintaympäristöstä.

Suomessa järjestetyissä palveluissa ei huomioida tarpeeksi huumeiden käyttöön liittyvää valvonnan ja leimautumisen pelkoa. Huono-osaisten huumeidenkäyttäjien on työläintä päästä matalan kynnyksen palvelujen kautta kuntouttavaan päihdehoitoon. Nämä vastoinkäymiset johtuvat kankeista struktuureista. Hoitojärjestelmä edellyttää asiakkailta tietynlaista käytöstä, joka huumeidenkäyttäjiltä saattaa puuttua. Erikoistuneet hoitoyksiköt hyvien hoitotulosten toivossa voivat kokea, että moniongelmaiset päihteiden sekakäyttäjät ovat heidän asiakasryhmänään vääränlainen asiakasryhmä. Törmän tutkimuksessa matala kynnyksen osoittautuu käsitteenä suhteelliseksi, sillä kynnyksen ei esiinny kaikille asiakkaille samankaltaisena. Jonkin asiakasryhmän palveluun hakeutuminen voi korottaa toisen ryhmän palvelukynnyksen. Matala kynnyksen voi yllättää, koska aina ei voida ennakoita tietää, minkälaisia ja minkä verran asiakkaita saavutetaan matalan kynnyksen toiminnan kautta. (Mt. 2009.)

Heini Kainulaisen, Jenni Savosen ja Sanna Röngän (2017) toimittama Vanha liitto: Kovien huumeiden käyttäjät 1960-1970 lukujen Helsingissä -teos kuvaa ikääntyneiden päihteiden käyttäjien ja entisten käyttäjien päihteisiin liittyviä kokemuksia. Nämä keski-ikäiset henkilöt ovat käyneet läpi huumeekulttuurissa tapahtuneita asioita 40 vuoden ajalta. Vanhan liiton käyttäjistä osa käytti edelleen päihteitä, osa oli opioidikorvaushoidossa, ja osa haastatelluista ei käyttänyt enää huumeita. Monen haastateltavan elämä oli tasaantunut ikääntymisen myötä. Päihteiden käytön oheiskulttuurin liittyvät asiat eivät enää kuuluneet kuvioihin, eikä huumeiden hankkimiseen kytkeytyvät viritykset määritelleet arkielämää. Ikääntyvät vanhan liiton käyttäjät pitivät normaalia kotielämää tärkeänä asiana. Opioidikorvaushoito oli merkityksellinen asia, ja se mahdollisti normaalin elämäntavan. Korvaushoito mahdollisti sen, ettei lääkitystä tarvinnut hankkia laittomasti. Osa vanhan liiton henkilöistä käytti korvaushoitolääkkeen lisäksi laittomia päihteitä.

Osa vanhan liiton väestä oli lopettanut huumeiden käytön, ja siihen oli vaikuttanut omalta osaltaan tympääntyminen kontrollin alaisena olemiseen, toisaalta he olivat väsyneet päihteidenkäyttöön liittyvään kuluttavaan elämäntapaan. Osa haastateltavista oli hyötynyt saamastaan päihdehoidosta ja tehnyt elämänmuutoksen. Päihteiden käytön lopettaneet haastateltavat olivat vahvasti sitä mieltä, että raitistuminen oli hyvä asia, ja päihteiden käytön lopettamisen myötä elämänlaatu oli kohentunut. Päihteiden käytön aikaisin aloittanut, ja pitkään päihteitä käyttänyt henkilö arjessa pärjätäkseen joutuu tekemään paljon töitä sisäistääkseen normaalielämässä tarvittavat tiedot ja taidot. Entisen päihdeyhteisön tilalle tarvitaan uusi yhteisö, jota kautta voi tutustua uusiin ihmisiin. Muutama päihteiden käytön lopettaneista henkilöistä kertoi opiskelusta, työpaikan saannista tai vertaistyöntekijänä työskentelystä, jotta voi auttaa aktiivihuumeiden käyttäjiä. Moni vanhan liiton väestä kertoi olevansa nykyhetkeensä tyytyväinen. Osa ”vanhaliittolaisista” oli sopeutunut nykyiseen elämäänsä. Tätä vaihetta oli edeltänyt rankkojen kokemusten ja oman tilanteen hyväksyminen. (Kainulainen ym. 2017.)

Tuuli Pitkänen ja Teemu Kaskela (2012) ovat selvittäneet kvantitatiivisilla ja kvalitatiivisilla menetelmillä vankilassa olleiden ja yhdyskuntapalvelun suorittaneiden päihderiippuvaisten naisten tilannetta. Tutkimus on osa suurempaa rekisteritutkimusta, ja tiedot on kerätty vuosilta 1990–2009. Tutkimusaineisto on kerätty useista eri lähteistä, kuten verotus-, vankeus- ja hoitotiedoista. Vankilatuomion suorittaneet päihderiippuvalaiset naiset ovat syrjäytyneitä. Heillä on matala tulotaso ja alhainen koulutus. Heillä esiintyy kodittomuutta, psyykkisiä ongelmia, työttömyyttä sekä rikollisuutta. Naiset ovat vähemmistönä vankien ja

päihteidenkäyttäjien ryhmissä. Päihteitä käyttäneet naiset ovat käyttäneet paljon erilaisia hyvinvointipalveluja. Useiden perheiden rakenne eroaa perinteisistä perhemalleista. Lapsilla on ollut kokemuksia sijaisperheisiin sijoituksista. Pitkäsén ja Kaskelan mukaan on tärkeää toteuttaa monitahoista päihdehoitoa naisille ja heidän lapsilleen. Näillä naisilla on ollut monenlaisia ongelmia elämässään, ja moniongelmaisuus on tärkeää huomioida myös hoitoa suunniteltaessa. (Mt. 2012.)

Sanna Väyrynen (2007) on väitöskirjassaan selvittellyt nuorten naisten huumausaineiden käyttöä ja siihen liittyvää elämää. Näiden naisten elämään vaikuttaa huumeiden tarjoamat erilaiset elämäntapamahdollisuudet, päihteiden käytöstä johtuva irrallisuus sekä kiinnijäämisen ja kiinnittymisen ongelmat. Naisille huume kuvioista irrottautuminen ja valtakulttuuriin kiinnittyminen ovat haasteellisia asioita. Huume kuviot ovat marginaalinen ja poikkeava toimintaympäristö. Uudet ihmissuhteet syntyvät päihdeyhteisön ja siellä vallitsevien arvojen kautta. Päihteisiin liittyvän uuden elämäntavan kautta nainen saa uudenlaisen aseman yhteiskuntaa kritisoivassa toimintaympäristössä. Huumeiden käytön avulla vältetään negatiivisten asioiden kohtaamista. Nuoret naiset kokeilevat huume kokeilujen kautta omia rajojaan.

Huumeiden käyttöön kiinnittymisen jälkeen on vuorossa Väyrysen nimeämä huumeiden käyttöön kiinnijäämisen vaihe, joka sisältää huume kuvioihin liittyvät yksilöt, toimenpiteet ja menettelytavat. Päihteiden merkitys lisääntyy, ja päihteisiin liittyvät lupaukset harhauttavat. Tämä vaikuttaa naiseen ja hänen omaistensa välisiin suhteisiin, valtakulttuuriin ja huume kuvioihin. Vuorovaikutus huumeita käyttäviin miehiin muuttuu vähitellen. Kiinnijäämisen toinen puoli on irrallisuuden tunne, jota Väyrynen on analysoinut naisen yhteytenä naiseen itseensä, muihin ihmisiin, yhteiskuntaan ja sukupuoleen. Irrallisuus näkyy naisen elämässä aineellisina, psyykkisenä ja yhteiskunnallisena ongelmana. Huume kuvioihin kiinnijääminen vaikuttaa naisen omaan sukupuoleen suhtautumiseen. Huumeriippuvuus lisää myös sukupuolieroja ja sukupuolten valtasuhteita. Päihdeäidille päihdeongelman kohtaaminen on raskas prosessi, koska hän ei ole enää äitinä luotettava, hän voi menettää lapsensa, ja hän menettää myös naisia yhteen liittävä osallisuuden. Naisen irrottautuessa päihdeistä, hänen naiseutensa joutuu uudelleen koetukselle, ja hän aloittaa huumeidenkäytöstä aiheutuneen syyllisyyden ja häpeän tunteiden käsittelytyön. (Mt. 2007)

Olavi Kaukosen (2000) väitöskirja käsittelee hyvinvointivaltiota päihde palvelujen kautta. Tutkimuksen mukaan päihdeasiakkaiden luokittelu on kärjistynyt, ja siihen vaikuttaa omalta

osaltaan päihdeasiakkaiden alhainen työllisyysaste ja heikentyneet sosiaalivakuutusetuudet. Vähävaraisimpien päihdeasiakkaiden etuudet ovat huonontuneet, koska sosiaalivakuutuslainsäädäntö ja siihen liittyvät hallinnolliset soveltamisperiaatteet ovat muuttuneet. Päihdehuollon järjestelmässä lisääntynyt terapeutin työskentely on lisännyt jaottelua hyvä- ja huono-osaisten palveluihin. Huono-osaisimmille on jäänyt karsituimmat palvelut ja ehdollistavimmat vallan ja valvonnan yhteiskunnalliset toimenpiteet, myös työntekijöiden koulutustason vaatimukset ovat madaltuneet. Yhteiskunnan valvontajärjestelmän vaikutuksesta päihdeidenkäyttäjä on useammin lainvalvojan rekisterissä tai kärsii rangaistusta vankilassa kuin on päihdehoidossa tai kuntoutuksessa. (Mt. 2000.)

Tuula Kekin ja Airi Partasen (2008) tutkimusraportti esittelee monimuotoista ja pirstaleista päihdepalvelujärjestelmää, joka aiheuttaa palveluissa ja niihin pääsyssä eroavaisuuksia asuinpaikkakunnasta riippuen. Päihdepalveluja on tarjolla terveydenhuollon ja sosiaalitoimen kautta. Eritoten pienten paikkakuntien päihdepalveluja tarjotaan terveysasemilla lyhytkestoisina vieroitushoitoina, ja päihdetyön erityispalvelut ja pidemmät laitoshoidot ostetaan sosiaalihuollon ulkopuolisilta yksityisiltä palveluntuottajilta. Suurilla kunnilla on yleensä monipuoliset kunnalliset päihdepalvelut, mutta osa päihdehuollon erityispalveluista ostetaan ostopalveluina yksityisiltä palveluiden tuottajilta. Psykiatrinen erikoissairaanhoido on kasvattanut päihdepsykiatrian palveluja, ja opiaattiriippuvaisten hoitoa on lisätty. Yksityisten palveluntuottajien ja ei-voittoa tuottavien järjestöjen kautta saadaan erityispalveluina suurin osa päihdepalveluista. (Mt. 2008.)

Olavi Kaukosen (2005) selvityksen mukaan päihdepalvelujen toiminta on erinomaista. Toiminta vähentää terveydenhuollon julkisia menoja, kasvattaa terveyteen kytkeytyvää tasarvoa, helpottaa yhteiskunnallisia ongelmia ja kasvattaa hyvinvointia. Tutkimusten perusteella päihdevieroitus on taloudellisesti kannattavaa, ja avopalvelut ovat kuluiltaan edullisia. Moniongelmaiselle päihderiippuvaiselle asiakkaalle tulee tarjota yhden luukun kautta holistiset palvelut. Palvelujen vaikuttavuus toimii, kun palvelut saadaan hoidon tarpeessa olevien asiakkaiden ulottuville. Päihdehuollon erityispalvelut ovat vähentyneet 1990-luvun laman jälkeen. Se on vaikuttanut myös päihde-ehdoisten sairaalahoitajaksojen alasajoon. Vaikka avokuntoutusta on lisätty, niin moniongelmaisimpien päihdeongelmaisten avopalveluihin pääsy on tiukentunut. Matalan kynnyksen huumehoitopalveluissa käy lisääntyvässä määrin asiakkaita. Päihdepalvelujärjestelmän yhteiskunnallinen vaikuttavuus on heikentynyt, vaikka päihdeisiin liittyvät ongelmat ovat lisääntyneet. Sosiaalisen

syrjäytymisen syyt ovat muuntuneet. Asiakkaat ovat rakenteellisesti, lisääntyvästi sekä entistä pysyväisluonteisemmin yhteiskunnallisesti syrjäytyneitä. (Mt. 2005.)

Airi Partanen, Kristiina Kuussaari, Martta Forsell ja Tuomo Varis (2014) ovat kirjoittaneet artikkelin päihdepalvelujen nykytilasta Peruspalvelujen tila -raportti 2014 -teokseen. Päihdepalveluiden käyttöön liittyy päihteiden käytön muutokset sekä palvelujärjestelmässä tapahtuvat uudistukset, esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos. Raportissa selvitetään päihteiden käyttöä, ja päihdehäiriöiden laajuutta sekä selostetaan päihdepalvelujen toimintaa ja niiden käyttöä. Artikkelissa käsitellään myös perusterveydenhuollon asiakaskäyntien luonnetta, niiden yhteyttä päihdeongelmaisten erityispalveluihin sekä hoidon ja kuntoutuksen vuorovaikutusta asumispalveluihin.

Kuntien päihdepalveluiden laaduissa on eroja, ja päihdehuollon erityispalveluihin voi olla pitkäänkin välimatka matkustaa. Eri kunnissa olevat asiakkaat ovat päihdehoidon asiakkaina eri arvoisessa asemassa toisiinsa verrattuna. Päihdeasiakkaat käyttävät paljon myös terveyskeskusten avohoidon palveluja. Pidempien päihdekuntoutusten tilalle on tullut aiempaa enemmän lyhytkestoisia vieroitushoitoja, avohoitoa tai asumispalveluja. Myös selviämishoitopalveluja on lisätty 2000-luvulla. Matalan kynnyksen palvelut huumeiden käytön haittojen vähentämisen osalta ovat löytäneet omat kohderyhmänsä. Opioidiriippuvuuden korvaushoito ja haittoja vähentävä korvaushoito, jotka ovat myös huumeiden käytön haittoja vähentäviä hoitomuotoja, ovat lisääntyneet. Nämä hoitomuodot ovat hyödyllisiä monella tapaa, ja niillä on merkitystä asiakkaan elämänlaadun kohenemiseen, rikollisuuden, huumeiden käytön sekä huumekuolemien vähentymiseen.

Päihdeongelmaisten asumispalveluiden kehittäminen on tarpeellista ja ajankohtaista. Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishojelman kautta päihdeongelmaisille on voitu järjestää yhteisöllisiä asumispalveluja. Päihdeongelmaisten palveluiden käyttö on vähentynyt, mutta vaikeasti päihdeongelmaisten palveluiden tarve ei ole vähentynyt. Palvelurakenteessa on tapahtunut muutoksia, ja kunnat ovat pienentäneet kokonaismenoja, jolla on ollut merkitystä myös päihdepalveluiden käyttöön. Kuntien taloudellinen tilanne asettaa haasteita päihdeongelmaisten asumis- ja hoito- ja kuntoutuspalvelujen ylläpidolle. Nykypäivän kasvavina haasteina ovat myös toiminnalliset riippuvuudet sekä naisten ja ikääntyneiden päihteiden käyttö. Päihde- ja riippuvuusongelmien palvelujen tarve ei pienene, vaan se monialaistuu. (Mt. 2014.)

Tiivistäen näistä tutkimuksista, voidaan todeta, että päihteidenkäyttäjät tarvitse monipuolisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Päihteidenkäyttäjää on monen ikäisiä ja kaikissa yhteiskuntaluokissa, vaikka päihderiippuvaiset asiakkaat nähdäänkin usein huono-osaisina ja moniongelmaisina useiden palveluiden käyttäjinä. Asiakkaat ovat päihdepalveluihin pääsyn suhteen eriarvoisia. Päihdepalvelut sekä niihin pääsy vaihtelevat sen mukaan, millä paikkakunnalla asiakas asuu. Päihdepalveluihin pääsyn mahdollisuuksia tulee lisätä, sillä asiakkaan pääsy päihdepalveluihin on merkityksellinen myös hyvinvoinnin kannalta. Sosiaali- ja terveydenhoitopalvelut eivät ole kaikesta huolimatta riittäviä palveluita vaikeasti päihderiippuvisten tarpeisiin nähden. Pistämällä huumeita käyttävät asiakkaat käyttävät muiden palvelujen ohella matalan kynnyksen palveluita, joihin myös terveysneuvontapalvelut kuuluvat.

Näiden päihteiden käyttövälineiden vaihtopisteiden kautta voidaan vaikuttaa pistämällä huumeita käyttävän asiakkaan terveyteen ja tartuntatautien ennaltaehkäisyyn sekä yhteiskuntaan liittämiseen. Terveysneuvontapisteet ovat monella tapaa hyödyllisiä toimintaympäristöjä huumeita pistämällä käyttävien asiakkaiden hyvinvointiin, sillä pistämällä huumeita käyttävien HIV-tartunnat ja C-hepatiittitartunnat ovat vähentyneet. Huumeidenkäyttäjälle institutionaalisten palveluiden käyttö voi kumminkin olla vaikeaa. Varsinkin päihteiden käytön loputtua yhteiskunnallinen osallistuminen on haasteellista. Sukupuoli ja yksilön moniongelmaisuus on syytä huomioida päihteidenkäyttäjien kuntoutusta ja hoitoja kehiteltäessä. Päihderiippuvuudesta toipuessaan yksilö tarvitsee myös tunnettyöskentelyä sekä tukea yhteiskunnallisen osallisuuden vahvistamiseen. (Vrt. Arponen ym. 2008; Kainulainen ym. 2017; Kaukonen 2000; Kaukonen 2005; Kekki & Partanen 2008; Partanen ym. 2014; Perälä 2007; Perälä 2012; Pitkänen & Kaskela 2012; Pitkänen, Perälä & Tammi 2016; Sabri ym 2017; Turner ym. 2011; Törmä 2009; Väyrynen 2007.)

Edellä esiteltyjen tutkimusten näkökulmilla ja teemoilla (huono-osaisuus, päihteidenkäyttäjän terveyshaitat, terveysneuvontapisteet, vaikeus hakeutua palveluihin ja huumeiden käyttäjien erilaiset statukset) on kosketuspintaa myös omaan tutkimukseeni. Päihdeasiakkaiden huono-osaisuus, heikko sosiaalinen asema, terveydelliset haitat (HIV, B- ja C-hepatiitti) ovat myös kansantaloudellisesti merkittäviä asioita, ja ne vaikuttavat huomattavissa määrin myös yksilön ja hänen läheistensä elämänlaatuun. Matalan kynnyksen palvelut, kuten terveysneuvontapisteet, ovat tärkeitä haittoja vähentäviä interventioita, ja päihdeasiakkaille tärkeitä toimintaympäristöjä, joissa asiakkaan ei tarvitse pelätä

poiskäännyttämistä. Edellä läpikäytyt tutkimukset ja raportit selkeyttivät oman tutkimustyön käsittelyä.

Tutkimusaineisto on terveysneuvontapisteissä kerätty, ja siksi olen viitekehyyksessä käynyt läpi terveysneuvontatoimintaa ja siihen liittyvää kontekstia. Osa viitekehyyksen aineistosta avaa tässä tutkielmaani liittyviä asiayhteyksiä, ja osa viitekehyyksessä esitellyistä tutkimuksista seuraa lähdeviitteinä käsitteisiin ja johtopäätöksiin.

Omaa tutkielmaani lähelle tulevia SUMU-hankkeeseen liittyviä tutkimuksia

Kristiina Laipio, Juho Saari, Kirsti Honkalampi, Pirjo Saarinen ja Esko Blåfield (2014) ovat tehneet selvityksen Kuopion Terveysneuvontapiste Portin asiakkaista. He ovat selvittäneet hyvinvointikyselylomakkeiden avulla suonensisäisten huumeidenkäyttäjien hyvinvointia sekä palveluiden ja tulonsiirtojen käyttöä. Tutkimushanke on Kuopion kaupungin osalta Valtion tutkimus -rahoitteinen ja Itä-Suomen yliopiston osalta Hyvinvointitutkimuskeskus -rahoitteinen. Hanke liittyy osana Juho Saaren johtamaa laajempaa suomalaisen yhteiskunnan huono-osaisuuteen liittyvää tutkimusohjelmaa. Suomessa terveysneuvontapisteissä käyvien huumausaineita käyttävien hyvinvoinnin tilaa on selvitelty ensimmäistä kertaa määrällisen tutkimuksen keinoin, sillä aiemmat tutkimukset terveysneuvontapisteistä ovat olleet laadullisia tutkimuksia.

Tämä raportti valotti kuopiolaisten Portti -terveysneuvontapisteen asiakkaiden hyvinvointia, terveyttä, asenteita, palvelujen ja tulonsiirtojen käyttöä sekä huumeiden käytön kokemuksia. Selvityksessä tuli esille suonensisäisten huumeidenkäyttäjien hyvin heikko luottamus viranomaisiin ja kanssaihmiisiin. Huumeidenkäyttäjät käyttävät paljon yhteiskunnan tuottamia palveluja ja tulonsiirtoja. Päihteidenkäyttäjien hyvinvointi on heikompaa kuin muun väestön, mutta he ovat tulevaisuuden osalta toiveikkaampia kuin muu väestö. Tutkimus vahvistaa vaikutelmaa siitä, että mielenterveys- ja päihdepalveluissa tarvitaan yhden oven mallia, ja sosiaali- ja terveystaloudissa tulee huomioida vahvemmin ihmisen kokonaisvaltainen kohtaaminen, varsinkin perusterveydenhuollossa ja sosiaalitoimissa, joiden asiakaskuntaa suurin osa kyselyyn vastanneista oli. (Laipio ym. 2014.)

Ulla-Maija Koivula, Minna Saari, Juho Saari, Jouni Tourunen, Jenna Tyrväinen ja Elina Vettenranta (2014) ovat Itä-Suomen yliopiston johtamassa ja Diakoniammattikorkeakoulun ja A-klinikkasäätiön toteuttamassa tutkimushankkeessa selvittäneet

Tampereen matalan kynnyksen terveys- ja sosiaalineuvontapiste Nervin kautta suonensisäisiä huumeita käyttävien, terveysneuvontapisteissä käyvien huumeidenkäyttäjien hyvinvointia, palveluiden ja tulonsiirtojen käyttöä sekä kuntoutumisasenteita. Selvitys liittyy Juho Saaren Suomalainen huono-osaisuus -hankekokonaisuuteen. Tutkimus selvensi poikkeavissa huono-osaisuuden olosuhteissa olevien yksilöiden hyvinvointia ja terveyttä, palvelujen sekä toimeentuloturvan käyttöä ja elämisen edellytyksiä.

Tutkimuksen mukaan nuoret huumeidenkäyttäjät ovat myöntyväisempiä tekemään muutoksia elämässään kuin vanhemmat huumeidenkäyttäjät. Jotta päihdekulttuurista ei tulisi nuorelle elämäntapa ja nuoren hakeutuminen koulutus- ja työmarkkinoille mahdollistuisi, niin heihin tulee kohdentaa erityistoimia. Huumeita käyttävien arki on vaatimaton. Siihen liittyy työttömyyttä, alhaista tulotasoa ja vähäistä luottamusta muihin henkilöihin. Heillä on huono-osaisuuden kokemuksia, mutta yksilöiden elämä ei ole kuitenkaan toivotonta. Päihteidenkäyttäjät kokivat tarvitsevansa ammattiapua, ja heillä oli luottamusta siihen, että saavat oikeanlaista apua. Raportin mukaan palvelujärjestelmän tulee luottaa yksilön muutoksen mahdollisuuteen ja palvelujärjestelmän tulee antaa huumeidenkäyttäjälle tarvittava apu ja tuki. (Koivula ym. 2014.)

Nämä Kuopion Portista ja Tampereen Nervistä tehdyt tutkimukset (2014) ovat enemmänkin raportin luonteisia selvityksiä, joissa kuvaillaan perustietoja vastaajista ja vastauksista.

Maria Ohisalo, Tuomo Laihiala ja Juho Saari (2015) ovat tutkineet ruoka-avun ja terveysneuvontapisteiden asiakkaiden elämässä pärjäämistä ja hyvinvointikokemuksia. Tutkimus liittyy Huono-osaisin Suomi (HUSO) -hankkeeseen ja Sumuisten sielujen hyvinvointi (SUMU) -tutkimushankkeeseen. Tutkimuksessa tulee esille, että terveysneuvontapisteissä asioivat ihmiset selviävät leipäjonoissa kävijöitä heikommin. Varsinkin terveysneuvontapisteiden nuorilla kävijöillä ja naisilla on vaikeuksia pärjäämisen kanssa. Sekä ruoka-avussa kävijän että terveysneuvontapisteen pistämällä huumeita käyttävän asiakkaan elämänlaatu on heikko. Ongelmia on muun muassa terveydessä, elämänlaadussa ja elintasossa. Veloista selviäminen on vaikeaa, eikä apua ja tukea saada riittävästi kaupungilta eikä seurakunnalta. Tutkimuksessa tulee esille suomalaisen yhteiskunnan epätasa-arvo. Matalan kynnyksen toimipisteiden huono-osaiset tulee ohjata julkisen tuen piiriin. Yhteiskunnassa tarvitaan jalkautuvaa työtä sekä avun tarpeessa olevien ihmisten etsivää työtä. Ongelmia tulisi pohtia laajemmin, sillä huono-osaisten auttaminen ja tukeminen ei voi jäädä yksistään vapaaehtoistyön, kolmannen sektorin tai seurakunnan

kontolle, vaan yhteiskunnan tulee huolehtia tästä auttamistehtävän toiminnasta pitkäkestoisilla järjestelyillä. (Mt. 2015.)

Essi Kristiina Laitinen (2016) on tarkastellut sosiologian määrällisessä gradu-tutkimuksessaan terveysneuvontapisteiden asiakkaiden kokemaa huono-osaisuutta ja elämään tyytymättömyyttä. Hän on etsinyt näihin kokemuksiin vaikuttavia hyvinvointivajeita. Tutkimus nojaa objektiivisten listojen hyvinvointiteoriaan, jonka mukaan hyvinvointi muodostuu erilaisista resursseista, mutta pyrkii samanaikaisesti yhdistämään subjektiivisen ja objektiivisen hyvinvoinnin eri puolet. Laitisen mukaan huono-osaisuus on hyvinvointia edellyttävien resurssien kasautuva puute

Laitisen (2016) mukaan hyvinvointivajeet kumuloituivat huomattavasti terveysneuvontapisteiden asiakkaiden keskuudessa. Vajeiden kasautumisella on suora vuorovaikutus huono-osaisuuden kokemuksen vahvistumiseen. Tutkimuksen mukaan huomattavimmin huono-osaisuuden kokemukseen vaikuttavat huono toimeentulo, heikko psyykinen terveys sekä yksinäisyys. Elämään tyytymättömyyttä tuottavat useimmat analyysiin valikoidut vajeet. Kaikista eniten huono-osaisuuden riskiä kartuttavat asunnottomuus, huono fyysinen ja psyykinen vointi. (Mt. 2016.)

Kristiina Laitisen, Saara Uhlbäckin, Niko Eskelisen ja Juho Saaren (2017) Sumuisten sielujen hyvinvointi -raportissa on pistämällä huumeita käyttävien asiakkaiden hyvinvoinnista ja terveydestä koostettua tilastotietoa. Raporttiin on tilastoitu 526 terveysneuvontapisteen asiakkaan elämäntilanteesta kootut tutkimuslomakkeet kahdeksalta eri paikkakunnalta vuosina 2013–2014. Tutkimus on raportin luonteinen selvitys, jossa kuvaillaan perustietoja vastaajista ja vastauksista. Tässä tutkimuksessa pistämällä huumeita käyttävien asiakkaiden hyvinvointia, tulonsiirtojen ja palveluiden käyttöä käsitellään pääasiallisesti aineistolähtöisesti, ja aineiston tuloksia tarkastellaan lähinnä kuvailevin menetelmin. Tutkimuksella on saatu tietoutta pistämällä huumeita käyttävien asiakkaiden elämänpiiristä ja heidän käyttämistään palvelujärjestelmistä.

Pistämällä huumeita käyttävien asiakkaiden hyvinvointi on terveyden, tyytyväisyyden ja toimeentulon osalta huomattavasti alhaisempaa verrattuna muuhun suomalaiseen väestön hyvinvointiin. Terveysneuvontapisteissä työskentely painottuu huumausaineiden fyysistä ongelmaa aiheuttavien sairauksien ehkäisyyn. Heikko terveydentila liittyy huumeiden käyttöön liittyviin asioihin, ja ruumiillinen terveys on heikompaa kuin muun väestön fyysinen terveys. Asiakkaat kokivat, että terveysneuvontapistet ovat hyvin organisoituja.

Raportissa todetaan, että fyysisen terveyden lisäksi tulee kiinnittää huomiota myös terveysneuvonnan asiakkaiden henkiseen terveyteen.

Huono-osaisuuteen yhdistettyjä huono-osaisuuden vajeita kertyi terveysneuvonta-asiakkaille paljon. Huono-osaisuuden kokemuksiin liittyy voimakkaasti sosiaalisina ongelmina psyykkinen huonovointisuus, puutteellinen toimeentulo sekä yksinäisyys. Sumuisten sielujen hyvinvointi – hankkeesta kertyi pistämällä huumeita käyttävien hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavia syitä ja tietämystä. (Mt. 2017.)

Nämä edellä esitetyt tutkimukset antavat huomionarvioista tietoa terveysneuvontapisteissä asioivista pistämällä huumeita käyttävistä asiakkaista, heidän hyvinvoinnista sekä elämässä selviytymiseen liittyvistä hyvinvoinnin vajeista. Sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä kolmannen sektorin tulee kohdata päihdeongelmainen ihminen kokonaisvaltaisemmin, ja hänelle tulee antaa tukea ja apua matalan kynnyksen periaatteella. Näissä edellä esitellyissä tutkimuksissa vahvistui selkeästi huono-osaisuutta lisäävinä tekijöinä asunnottomuus, heikko fyysinen ja psyykkinen terveydentila.

Oma tutkimukseni eroaa näistä edellä mainituista tutkimuksissa siinä, että selvitän taustatekijöiden (sukupuoli, ikä ja paikkakunta) ja asenteiden yhteyttä pistämällä huumeita käyttävien ja terveysneuvontapisteessä asioivien elintasoon ja hyvinvointiin. Tutkin asiakkaiden kokemia hyvinvointia pikemminkin myönteisten kokemusten kautta, en niinkään hyvinvoinnin vajeiden kautta.

2.2 Keskeiset käsitteet

Seuraavaksi esittelen tutkimuksen viitekehysten. Sirkka Hirsjärven, Pirkko Remeksen ja Paula Sajavaaraan (1998, 148) mukaan teoreettisten käsitteiden avulla voidaan saada selkeyttä asioiden tai ilmiöiden olemuksesta ja taustoista. Määritelmä linjaa ja tarkentaa käsitteen. Se antaa käsitteelle sisällön tai ilmaisee verbaalisen sitoumuksen. Määritelmä luo mallin käsitteen tarkoitukselle, yhdistää käsitteen ja sen nimityksen eli termin.

Käyn läpi tutkimuksen keskeisiä käsitteitä, joita ovat hyvinvointi ja sen vajeet, huonosisuus, päihderiippuvuus, huumeiden käyttö pistämällä, palvelujärjestelmä ja päihdepalvelut sekä terveysneuvontatoiminta.

2.2.1 Hyvinvointi ja sen vajeet

Omassa tutkimuksessani ymmärrän hyvinvoinnin pitkälti Pasi Moisio, Sakari Karvosen, Jussi Simpuran ja Matti Heikkilän (2008, 14) määritelmän mukaisesti, jossa hyvinvointi rakentuu sekä ulkokohtaisesti mitattavista asioista että omakohtaisista arvonannoista ja tuntemuksista. Objektiviisiin hyvinvoinnin osatekijöihin liittyy terveys, elinolot ja toimeentulo. Subjektiviisiin hyvinvoinnin osatekijöitä ovat sosiaaliset suhteet, itsensä toteuttaminen ja onnellisuus. Hyvinvoinnin ulko- ja omakohtaiset tekijät vahvistavat myös toisiaan. (Mt. 2008, 14.)

Marko Salonen ja Atte Oksanen (2011, 7) tuovat esille, että hyvinvoinnin lähtökohtana on henkilön järkeväksi kokema menettely. Hyvinvointiin vaikuttaa elinolot, mutta myös ihmisen kyvykkyys ja viehtymys erilaisiin asioihin, joiden avulla hän luo puitteet omalle hyvinvoinnilleen (Karvonen, Moisio, Simpura & Heikkilä 2008, 28).

Hyvinvointipalveluissa tulee arvostaa ihmisarvoa ja ihmisyyttä tasa-arvoisesti. Sosiaali- ja terveydenhoitopalvelujen tavoitteena on lisätä yksilön elämänlaatua ja minimoida marginaalisuuden kokemusta. Työntekijän ja asiakkaan eriävät arvot, työntekijöiden kaavoihin kangistuneet mielipiteet, asenteellisuudet ja ennakkoluulot erilaisia asiakkaita kohtaan voivat olla haasteellisia. (Raunio 2009, 104; Väyrynen 2007, 177.)

Ainutlaatuisetkaan aineelliset elinolot eivät varmista yksilön hyvinvointia, sillä hyvinvointiin vaikuttaa elinolojen lisäksi henkilön kyvykkyys huomioida erilaisia vaihtoehtoja ja hänen kokemansa mielenkiinto oman hyvinvointinsa hyväksi (Moisio ym. 2008, 16).

Sakari Kainulainen ja Juho Saari (2013, 23) muistuttavat, että elämäntilanteen ongelmat liittyvät sekä lyhyen että pitkän aikavälin tavoitteiden yhteensovittamisen ongelmiin, sillä ihminen toimii lyhyellä aikavälillä oman pitkän aikavälin etunsa kanssa ristiriitaisesti, kun taas pitkän aikavälin etu määritellään hyvinvoinniksi ja terveydeksi. Elämänlaatu liittyy

yksilöiden omaa elämäntilannetta koskevaan kokemukseen, kuten tyytyväisyys elämään ja elintasoon, onnellisuuteen sekä koettuun terveyteen (Ohisalo ym. 2015, 291).

Samuli Saarnin, Minna-Liisa Luoman, Seppo Koskisen ja Marja Vaaraman (2012, 159) mukaan elämänlaatu luonnehtii henkilön omaa tunnetta hänen omasta elämäntilanteestaan suhteessa arvomaailmaan, päämääriin, toiveisiin ja kulttuuriseen elinympäristöön. Marja Vaaraman, Susanna Mikkilan ja Katri Hannikainen-Ingmanin (2014, 23) mukaan yksilöt reflektoivat omaa elämänlaatuaan muiden samanlaiseen viiteryhmään lukeutuvien elämänlaatuun.

Jokaiselle yksilölle kuuluu oikeus tarpeelliseen toimeentuloon ja hoivaan, kaikkien tulee saada riittävästi sosiaali- ja terveyspalveluja, ja julkisen vallan tulee auttaa myös asunnon saamisessa, mainitaan Perustuslain 19 pykälässä, joka käsittelee sosiaaliturvaan liittyviä yksilön oikeuksia. Huono-osaisimman päihdeidenkäyttäjän hakeutuessa hoito- ja palvelujärjestelmän piiriin vastaan saattaa tulla useita kynnyksiä tai heitä ei oteta vastaan asianomaiseen palveluun (Törmä 2009, 56). Tällöin asiakas, jonka voi olla muutenkin vaikea kiinnittyä sosiaali- ja terveyspalveluun, ohitetaan hänelle kuuluvista palveluista. Elina Palolan (2006, 106) mukaan asiakkaan auttaminen on tehty perin hankalaksi, eritoten jos kyseessä on moniongelmainen asiakas.

Omassa tutkimuksessani ymmärrän huono-osaisuuden määrittelyn pitkälti Saaren (2015, 11–15) määrittelyn mukaisesti, jossa huono-osaisuus kuvastaa eriarvoisuutta ja köyhyyttä. Huono-osaisuus on yhteiskunnallista välimatkaa ylläpitävillä sosiaalisilla mekanismeilla sekä muunlaisilla kasautuvilla tapahtumaketjuilla aiheutettu sosiaalinen fakta. Sen laajuutta ja struktuuria säännöstellään sosiaalipoliittisen järjestelmän institutionaalisella kokoonpanolla. Huono-osaisten elintaso koostuu perusturvan tukimuodoista, kuten työmarkkina-, asumis- ja toimeentulotuki, sekä erityispalveluista, joihin kuuluvat myös mielenterveys-, päihde- ja asumispalvelut. Huono-osaiselta puuttuu usein työpaikka, ja hänellä on minimaalinen koulutus. Suomalaisen yhteiskunnan eriarvoistuminen tulee esille huono-osaisuutena, joka kertyy yhteiskunnan reunoille huono-osaisuuden notkelmiksi. Notkelmat ovat metafora yhteiskunnan marginaalille, ja omalta osaltaan tuovat huono-osaisten ryhmien paikallistamista esille. Notkelmissa elävät yksilöt asioivat monessa eri järjestelmässä samanaikaisesti sekä asiakkaina että potilaina. He saattavat jäädä sosiaali- ja palvelujärjestelmien ulkopuolelle, koska heillä on vaikeasti hahmoteltava ja epäselvä elämäntilanne. (Mt. 2017, 11–15.)

Harri Melin ja Raimo Blom (2011, 210–212) muistuttavat, että huono-osaisuutta aiheuttavat pääasiassa toimeentulo-ongelmat. Ne aikaansaavat sellaisia huono-osaisuuden ilmenemisiä, jotka voimistavat toinen toisiaan. Huono-osaisuuden syynä voi olla mielenterveysongelma, aineellinen huonovointisuus tai elämänhallintaan liittyvät koettelemukset. Huono-osaisuuden syyt voivat johtua toimeentulotuen pienuudesta. Huono-osaisuus voi vaikuttaa työn saantiin tai vaikeuttaa yhteiskunnallista osallisuutta. (Mt. 2011, 210–212.)

Maria Vaalavuo ja Pasi Moisio (2014, 107) huomauttavat, että pätkätyö, heikko työtulo ja vähäinen koulutus kasvattavat omalta osaltaan köyhyysriskiä. Ulla Mustosen, Taina Huurneen, Olli Kiviriusun, Noora Bergin, Hillevi Aron ja Mauri Marttusen (2013, 73) mukaan nuoruudenaikaisilla monen elämänalueen huono-osaisuuskokemuksilla on yhteys aikuisiän lisääntyneeseen kuolleisuusriskiin. Riitta Granfelt (2010, 145) tuo esille, että vankilassa olleet menehtyvät varsin nuorina, likimain 45-vuotiaina. Tähän vaikuttaa muun muassa kodittomuus, pahoinpitelyt, psyykkiset ongelmat, päihderiippuvuus ja varsinkin huumeriippuvuus.

2.2.2 Päihderiippuvuus

Huumausaineiden kulutus on kasvanut. Huumeiden ongelmakäyttöä arvioidaan Suomessa amfetamiinien ja opioidien ongelmakäyttäjien lukumäärällä, joka oli 18 000–30 000 vuonna 2012. Tällöin huumeiden ongelmakäyttäjien osuus oli ollut 0,55–0,9 prosenttia Suomessa asuvista 15–64-vuotiaasta väestä. (Varjonen 2015, 31–48.) Päihde on päihdehuoltolain (41/1986) mukaan alkoholijuoma ja muu päihtymystarkoituksessa käytetty aine. Huumausaine on laittomasti huumaavassa käyttötarkoituksessa käytettävä aine, joista on säädetty huumausainelaisissa (373/2008) sekä valtioneuvoston asetuksessa huumausaineina pidettävistä aineista, valmisteista sekä kasveista (543/2008). Sekakäyttö on kemiallisten aineiden samanaikaista päihdekäyttöä, jolloin niistä muodostuu päihdyttävä yhteisvaikutus (Holmberg 2016, 13).

Anne Böström, Heikki Bothas, Maarit Järvinen, Ari Saarto, Hanna Tamminen ja Juha Teirilä (2008) tuovat esille huumeidenkäyttäjien moninaisuutta, sillä käyttäjät eritellään käytön mukaan kokeilijoihin, satunnaisesti käyttäviin, ongelmakäyttäjiin sekä huumeiden viihdekäyttäjiin. Ongelmakäyttäjät ovat useimmiten opiaatteja, amfetamiinia, kokaiinia tai muita pistämällä huumeita käyttäviä henkilöitä. Ongelmakäyttö on yhteydessä sosiaaliseen

syрjäytymiseen ja huono-osaisuuteen, jotka usein ovat ennemminkin käytön syy kuin seuraus. Anne Ovaska (2013, 219) on puolestaan kiinnittänyt huomiota huumeiden käytön yhdistymiseen päihteidenkäyttäjiltä omaksuttuina tapoina, rituaaleina ja uskomuksina.

Päihderiippuvuus muodostuu päihdyttäviin aineisiin. Yksilölle tulee pakonomainen tarve käyttää päihdyttävää ainetta. Päihteillä on huumaavia, psyykkisiä ja fyysisiä vaikutuksia. Yksilö saavuttaa huumaantuneen tai päihdyttävän olotilan huumeiden keskushermostollisen vaikutuksen seurauksena. Päihderiippuvaisen henkilön on vaikea hallita aineen käyttöä, sen määrää tai lopettamista. Päihteiden pakonomainen haitallinen käyttö saa aikaan addiktion. Päihderiippuvaisen henkilön toleranssi lisääntyy hänen käyttämänsä päihteeseen, ja hän saa vieroitusoireita, mikäli päihdyttävää ainetta ei ole saatavilla. Päihderiippuvaisen voi olla vaikea tunnistaa tai myöntää päihderiippuvuuteensa liittyviä oireita tai haittoja. Päihderiippuvuuteen liittyy irtautumispyrkimyksiä, hoitoyrityksiä katkaisu- ja kuntoutusjaksoja tai vankilatuomioita. (vrt. Kiiänmaa, 2012, 24; Partanen 2002, 29; Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos 2016a.)

Päihteidenkäytön aiheuttamiin häiriöihin, niin alkoholin kuin huumeidenkäyttäjienkin osalta liittyy korkeampi mielenterveysriski (Käypä hoito). Pistämällä päihteitä huumaava vaikutus on intensiivisempi kuin nielemällä tai nenän kautta otettuna. Pistoskäytön riskinä on vaikeat ja pitkäaikaiset ongelmat, kuten tulehdukset. HIV-tartunnan riski lisääntyy, jos käytetään yhteisiä päihteiden käyttövälineitä. (Lintonen & Joukamaa 2013, 62.) Pekka Hakkarainen (2002, 112) tuo esille, että päihteidenkäytön lisääntyneenä ja päihteiden käyttökulttuurin muuttuessa lisääntyvät myös huumehaitat, kuten sairaudet, rikokset ja mortaliteetti.

Kuviossa 1 tulee esille osalla päihteidenkäyttäjistä piileväksi jäävä päihdeongelma, jolloin yksilö ei hakeudu hoitoon. Osa päihdeongelmaisista saa tarvitsemansa tuen ja avun joko sosiaali- tai terveyspalvelujen perustasolta tai päihdepsykiatriasta erikoissairaanhoidon piiristä. Osa käyttäjistä ei hakeudu tuen piiriin tai jää hoidon ulkopuolelle, ja tällöin hän alkaa hoitaa itseään päihteillä tai katukaupasta luvattomasti ostetuilla lääkkeillä. Osa hoitoon hakeutujista on vaikeahoitoisia asiakkaita ja esimerkiksi vakavien käytöshäiriöiden tai sääntörikkomusten takia hän voi joutua hoitokontaktien ulkopuolelle. (Rapeli 2014.)

Populaatio: Päihdehäiriöiden jakautuminen



KUVIO 1. Päihdehäiriöiden jakautuminen (Rapeli 2014)

Tammi, Pitkänen ja Perälä (2011, 53) ovat selventäneet artikkelissaan suomenkielistä ”huume” sanaa, joka tulee sanoista huuma ja huumaantua. Englannin huumetta ilmaiseva sana on ”drug” (”lääkeaine”, vrt. illicit drugs/licit drugs, laittomat ja lailliset lääkkeet). Tästä syystä huume-termi ei ilmaise selkeästi, onko kyseessä psykoaktiivisena aineena joko nykyinen vai entinen lääkeaine, joita ”huumeidenkäyttäjinä” yksilöityneet ihmiset käyttävät myös päihtymistarkoituksessa. Suomen kielessä olisi luontevampaa lääkkeiden väärinkäytön osalta käyttää termejä lääkkeiden päihdekäyttö tai päihdyttävien lääkkeiden luvaton käyttö. (Mt. 2011, 53.)

Marjaliisa Havion, Maria Inkisen ja Airi Partasen (2013, 63–64) mukaan päihteiden ongelmakäyttäjän asennoituminen päihteisiin jo varhaisessa vaiheessa voi olla erilaista verrattuna muihin saman ikäisiin päihteettömiin nuoriin. Päihteidenkäyttäjällä saattaa olla mielenterveysongelmia tai neurokognitiivisia häiriöitä. Ongelmakäyttäjän psykososiaalinen tausta ja kehityskulku voi olla erilainen kuin niiden henkilöiden, jotka eivät ole käyttäneet pitkään päihteitä. Jotta huumeiden käyttö ja siihen yhdistyvä kontrollijärjestelmä eivät lisäisi syrjäytymiskierrettä, yhteiskunnan tulisi kontrollin rinnalla kehittää huumeidenkäyttäjille suunnattua hoitoa ja huumeiden käytön haittoja vähentämiseen tähtääviä palveluita. (Mt. 2013, 63–64.)

Päihteitä käyttävällä yksilöllä on päihderiippuvuuteen liittyen isot kulut, ja se aiheuttaa yksilölle monenlaisia taloudellisia ongelmia (Ohisalo ym. 2015, 303). Väyrysen (2007, 39) mukaan rikolliseksi toiminnaksi määriteltynä huumeiden käyttäjän asema on

yhteiskunnallisesti heikko. Asenteellisuus heijastuu päihteidenkäyttäjiin. Heidät koetaan erilaisina, kartettavina ja ulkopuolisina. (Mt. 2015, 303.)

Lasse Murto (2002, 177–180) toteaa, että huumausaineen käytön ja niiden hallussapidon lainvastaisuuden takia päihdehuolto yhdistyy osaksi rikosoikeudellista seuraamusjärjestelmää. Kun yksilö menettää yhteiskunnallisesti tärkeitä elämän osa-alueita kuten työn, perheen tai kodin, hän kiinnittyy herkemmin päihdekeskeiseen elämäntapaan tai riippuvuuteen. Tällöin hukattuja elämän osa-alueita on entistä hankalampi saada takaisin. Koska päihteidenkäyttö on rikollista toimintaa, huumeriippuvuus saatetaan yhdistää enemmän rikosoikeudellisen kuin päihdehuollon ja lääketieteen vastuuseen kuuluvaksi tehtäväksi. (Mt. 2002, 177–180.)

Päihteidenkäyttäjistä voi vähitellen tulla sosiaalisesti syrjäytynyt ja huono-osainen. Helena Vormo (2012, 72) tuo esille huumeiden sekakäytön aiheuttamat terveyteen, sosiaalisuuteen ja käyttäytymiseen liittyvät vaikeudet. Väyrynen (2007, 100) kiinnitti huomiota omassa tutkimuksessaan siihen, että henkiseen huonovointisuuteen ja ahdistukseen saa päihteillä nopeasti hetkellisen lievityksen.

Ovaska (2013, 218–219) toteaa, että huumeidenkäyttäjällä on iso riski syrjäytyä ja tulla syrjäytetyksi. Päihteiden käyttö vie huumeidenkäyttäjältä paljon voimavaroja, joita tarvitaan myös yhteiskunnassa kiinnipitävien asioiden hoitamiseen. Rahoituksen järjestäminen päihteitä varten on usein rikollista toimintaa. Huumeiden käytöstä voi myös saada rikosmerkinnän. Yhteiskunnan jäsenten päihteisiin liittyvät asenteet ovat kielteisiä. Tämä vaikuttaa siihen, että päihteidenkäyttäjän on vaikea integroitua yhteiskuntaan, ja siitä on haittaa avun saannin mahdollisuuksiin. (Mt. 2013, 218–219.) Asiakkailta saattaa olla taustalla myös useita poiskäännyttämisen kokemuksia, jotka eivät edesauta yksilön yhteiskuntaan kiinnittymistä.

Yhteiskunta ei ole riittävästi huomionnut päihteidenkäyttäjien omista tarpeista lähtevien hoitopalveluiden kehittämistä. Yhteiskunnan kielteisen asenteen merkitys on sosiaalisesti merkittävä asia, ja se vaikuttaa päihteidenkäyttäjän identiteettiin. (Kainulainen ym. 2017, 29.)

2.2.3 Päihteidenkäyttäjän hyvinvointi

Päihdeongelmainen on viranomais- ja päihdepalveluiden suurkuluttaja. Päihteidenkäyttäjällä voi olla on päihderiippuvuuden lisäksi fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia. Fyysiset ongelmat voivat olla lyhytaikaisia, runsaasta päihteenkertakäytöstä aiheutuvia tai pitkäaikaisesta käytöstä tulevia ongelmatilanteita. Mielenterveydelliset ja somaattiset ongelmat ovat yleisiä päihteidenkäyttäjillä. Ongelmanratkaisumallit ja elämännhallintataidot voivat olla hatarat. Päihdeongelmaan liittyy sosiaalisia ongelmia, kuten asunnottomuutta, alhaista koulutus- ja tulotasoa, työttömyyttä sekä ihmissuhteissa esiintyviä vastoinkäymisiä. Päihteidenkäyttäjä nähdään usein yhteiskunnallisesti eristäytyneenä, väkivaltaisena ja huumeekulttuuripainotteisen yhteisön jäsenenä. (Havio ym. 2013, 35–36; Salasuo & Rantala 2002, 44–45.) Pitkäsen, Perälän ja Tammen (2016, 1) mukaan pistämällä huumeiden käyttö ja opioidien väärinkäyttö ovat päihteidenkäyttäjän huono-osaisuuden oireita.

Partanen (2002, 18) muistuttaa, että huumeiden käytön lisääntyessä useat ongelmat paisuvat. Yhteiskunnassa esiintyvä narkofobinen asenne hankaloittaa päihderiippuvaisen yksilön hoitoa. Päihteisiin liittyvä julkinen tiedottaminen ja opetus kertovat päihteiden käyttöön liittyvistä ongelmatapauksista, jolloin yhteiskunta ei ole tietoinen päihdemaailman todellisesta maailmasta. Tiedotusvälineet aikaansaavat ja vahvistavat merkittävästi päihteisiin liittyviä myyttejä (Murto 2002, 181).

Yhteiskunnallis-kulttuurisen suhtautumisen aikaansaamat häpeän ja syyllisyyden tuntemukset vaimentavat päihteidenkäyttäjät (Väyrynen 2007, 20). Yhteiskunnallisista ongelmista käy keskustelua muu taho kuin ne yksilöt, jotka nähdään yhteiskunnallisesti ongelmallisina tapauksina. Verrattaessa päihdeongelmaisen yksilön päihteiden käyttöä ja sen seurauksiin liittyvää subjektiivista tietoa, ne eroavat päihdetutkijan, lainvalvojan tai sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijän saamasta tiedosta. (Kaukonen 2000, 40.)

Kyösti Raunio (2009, 89–90) tuo esille, ettei yksilöä tule arvostella hänen luonteenpiirteensä, erityispiirteensä tai tekemistensä perusteella. Sosiaalityö määrittelee yksilöä hänen tekojensa ja häntä leimaavien tunnusmerkkien kautta. Asiakkuuteen yhdistetyt negatiiviset määrittelyt leimaavat asiakkaan huono-osaiseksi ja ongelmaiseksi. Leimaava puhetapa edesauttaa asiakkaan pitämistä vähempiarvoisena yksilönä. Asiakkaan määrittelyn tapahtuessa ongelmalähtöisesti, hankalassa elämäntilanteessa olevaa asiakasta ei saa kohdella

vähempiarvoisena, vaikka hän olisikin saattanut itsensä vaikeaan elämäntilanteeseen. (Mt. 2009, 89–90.)

Suomessa päihteidenkäyttäjällä oleva huumausainerikollisen ”leima” ei haalistu, vaan se jää yksilöä luonnehtivaksi piirteeksi (Kainulainen 2017, 139). Esimerkiksi Portugalissa Lissabonin sopimuksen mukaan päihteidenkäyttäjät pääsevät rikostuomioiden sijaan päihdehoitoon. Huomattakoon, että myös Portugalissa huumeiden käyttö on laitonta toimintaa. (World drug report 2009, 168.)

Huumausaineiden käyttöä voidaan rahoittaa työssä käynnillä, mutta päihteisiin voi mennä myös yhteiskunnalta saatava etuudet. Päihteitä saatetaan hankkia myös rahalainoilla. (Perälä 2002, 92.) Pikalainat ovat helposti saatavaa tuloa. Maksamattomat lainat vaikuttavat kuitenkin luottotietoihin, jolloin lainan saanti estyy. Luottotietojen menettämällä on pitkäkestoiset seuraukset, ja vuokra-asunnon saaminen, opiskelu, työllistyminen, puhelin- tai nettiliittymän avaaminen tai vakuutusten ottaminen vaikeutuvat luottotietojen puuttuessa.

Moni päihdeasiakas pettyy elämänsä aikana yhteiskunnan palveluihin, tuntee luottamuspuolaa sosiaali- ja terveystalvueluita kohtaan sekä niiden mahdollisuuksiin auttaa huumeitä käyttäviä yksilöitä apua vaativissa tilanteissa. Monen päihteitä käyttävän asiakkaan lapsi huostaanotetaan sen jälkeen, kun päihdeongelma tulee esille sosiaali- ja terveystalvueluissa. Joillakin asiakkailla on ollut poiskäännyttämisen kokemuksia myöhästettyään sovitulta ajalta, tai asiakas käännytetään hoidosta, kun hän ei ole mennyt ajoissa sovitulle tapaamisajalle tai ei ole saanut katkaistua oheiskäyttöä. (Arponen ym. 2008, 139.)

Värysen (2007, 108–109) tutkimuksessa nuorten päihteitä käyttävien huumeekuvioissa elävien naisten kodittomuus ja irrallisuus ilmentävät samankaltaisia ilmiöitä, joihin liittyvät persoonalliset, sosiaaliset ja universaalit näkökohdat aikaansaavat hyvinvointivajeita, mutta tapahtuu myös etäännytmistä, joka on peräisin sekä yksilöstä itsestään että yhteiskunnasta. Juurettomuus ja paikattomuus esiintyvät sekä fyysisinä että sisäisinä kodittomuuden tunteina. Arka ja ulkopuolinen päihteidenkäyttäjät kokee arvottomuutta ja toiseutta, ja hänestä voi tuntua, että tavallinen yksilö väheksyy ja on ennakkoluuloinen häntä kohtaan (emt. 174).

Kristiina Kuussaari, Olavi Kaukonen, Ari Partanen, Helena Vorma ja Jenni-Emilia Ronkainen (2014, 275) tuovat esille, että hoito-odotus, yhteistyön mahdollisuus ja erityisyys

tulee huomioida päihdeasiakkaan kanssa työskenneltäessä sosiaali- ja terveydenhuollossa, sillä hoitointerventio syntyy asiakkaan ja työntekijän välisen hyvän vuorovaikutuksen kautta. Päihdeasiakkaiden tarpeet vaihtelevat, ja julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon toimivuus on päihdeasiakkaan hyvinvoinnille merkittävä asia (Kaukonen 2000, 141). Pistämällä huumeita käyttävän hyvinvointiin vaikuttaa yhteiskunnallisella tasolla monet seikat, mutta myös asiakkaan oma käytös vaikuttaa palvelujen saantiin tai asiointiin. Tästä huolimatta asiakkaan habitus tai käytös eivät anna työntekijälle oikeutta ihmisarvoa alentavalle menettelylle. (vrt. Raunio 2009, 104.)

Päihteitä käyttävän henkilön nuoruutta saattaa varjostaa traumaattiset sijoituspäätökset, lastenkoti- ja kasvatustiloihin liittyvät ahdistavat kokemukset, ja ne voivat heikentää hänen toimintakykyään (vrt. Kinnunen, Kainulainen & Perälä 2007, 141). Viranomaistoiminta voi olla myös kylmän rationaalisesti suhtautuvaa, armosta, mekaanista, jäykkä ja kyvytöntä näkemään yksilön arkeen liittyviä tosiasioita. Viranomaisen aloitekyvyn puute voi jättää asiakkaan avuttomaan tilaan. Materiaalinen ja henkinen tuki on tarpeellista, jos asiakkaalla on taustalla pitkäaikaisia ja raskaita vaikeuksia. (Kainulainen 2006, 85.)

Kekin ja Partasen (2008, 39) mukaan kuntasektori on halukas auttamaan syrjäytyneitä ja huono-osaisia kuntalaisia, sillä päihdeongelmat nähdään yhteiskunnassa koko väestöä koskevana ongelmana. Tämä vaikuttaa osaltaan siihen, että viranomaisten asenteet ovat tulleet myönteisemmiksi päihderiippuvaisia kohtaan. Vaikka yhteiskunta kokisi myönteisyyttä ja hyvää tahtoa, niin kuntien taloudellisesta tiukka tilanne vaikuttaa siihen, että päihdehuollossa ei myönnetä lisärahoitusta, vaikka päihdeongelmat ovat yhteiskuntamme kasvava ongelma. (Mt. 2008, 39.) Päihdeongelmaisten ongelmien kasautuessa huono-osaisimmat ja vaikeimmin päihderiippuvaiset yksilöt voivat jäädä vaille riittäviä palveluja (Kaukonen 2005, 317).

Ihmisyhmien välinen yhteiskunnallinen ero tuottaa luottamuspulaa, ja palveluissa koetut torjutuksi tulemisen kokemukset vähentävät yksilön luottamusta avun saannin mahdollisuuksiin, myös poiskäännyttäminen latistaa pärjäämisen tuntemusta ja toimintakykyä (Ohisalo ym. 2015, 303). Huono-osaisuus vaikuttaa huumeiden ongelmakäyttäjän ja päihteiden sekakäyttäjän elämään, ja suomalaiselle päihteenkäyttäjälle tavanomainen usean eri päihteiden käyttö kasvattaa myös moniongelmaisuuksia (Törmä 2009, 138).

Palvelujärjestelmä ja päihdepalvelut

Saari (2015, 21–22) tuo esille huono-osaisen palveluvalikoiman, joka koostuu julkisista koulutus-, terveys- ja työllisyyspalveluista sekä kolmannen sektorin ja uskonnollisten yhteisöiden palveluista. Huono-osaiset asioivat myös turvallisuusviranomaisten ja kriminaalihuollon kanssa. Heikossa asemassa olevassa yksilö voi yhtäaikaisesti hakea palveluita ja tulonsiirtoja useasta eri ”kategoriasta”. Huono-osainen voi olla samalla kertaa työtön, lastensuojelun asiakas, sairas, päihdeongelmainen, mielenterveyskuntoutuja, entinen oikeuspsykiatrian potilas tai vanki. Hän voi saada samanaikaisesti usealta eri taholta palveluja, etuuksia ja tukia. Suomalaisen palvelu- ja tulonsiirtojärjestelmä on monimutkainen, ja sen takia toinen samanlaisessa tilanteessa oleva yksilö voi saada erilaisia palveluja. (Mt. 2015, 21–22.) Sosiaalipalveluiden pääasiallinen päämäärä on auttaa kansalaisten hyvinvointia ja arjessa pärjäämistä (Virokannas 2014, 657). Eri paikkakunnilla palvelujen saantimahdollisuudet ovat vaihtelevia, samoin viranomaisten antamat päätökset voivat vaihdella paikkakunnittain.

Syrjäytyessä yksilö, perhe tai yhteisö joutuu yhteiskunnassa tavanomaisen ja vallitsevasti hyväksyn elämäntavan ja toimintamahdollisuuksien kontrollin ja elintason ulkopuolelle (Simpura, Moisio, Karvonen & Heikkilä 2008, 251). Sakari Karvosen ja Laura Kestilän (2014, 162) mukaan huono-osaisuuden kasautumiseen viittaavana käsitteenä syrjäytyminen voidaan käsittää elämänkulussa tapahtumasarjana, joka muodostuu kulttuurisista, terveydellisistä, sosiaalisista ja taloudellisista tekijöistä. Kirsi Juhilan (2006, 61) mukaan elämänhallinta -käsitettä käytetään usein luonnehdittaessa syrjäytyneiksi leimattujen yksilöiden ja ryhmien yhteiskuntaan liittämistä.

Simpura ym. (2008, 250–251) tuovat esille, että sosiaalinen syrjäytyminen aiheutuu siitä, että hyvinvoivempi yhteiskuntamme on myös yhteisönä vaativampi osapuoli. Teknologian ja tuottavuuden lisääminen on mahdollistanut elintason kasvun, mutta se on lisännyt samalla yksilöön kohdistuvia koulutus- ja työmarkkinoiden vaatimuksia. Ammatillisesta kouluttautumisesta on tullut merkittävä asia. Työllistyminen on vaikeaa ilman asianmukaista koulutusta. Uuden oppiminen on tärkeää eri työaloilla, ja henkilöllä, jolla on oppimisvaikeuksia, voi olla vaikea työllistyä. Monet avustavat tehtävät ovat vähentyneet. Tehokkuusvaatimukset ovat lisääntyneet työelämässä. Henkilö, joka ei täytä työmarkkinoiden koventuneita vaatimuksia, voi syrjäytyä yhteiskunnasta. (Mt. 2008, 250–251.)

Päihdepalveluja järjestetään monin tavoin. Päihde-ehdoiset palvelut sisältävät neuvontaa, päihdeettömyyttä tukevaa tai ongelmakäytön haittoja vähentävää sosiaalipalveluja, päihdeiden aiheuttamien sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalveluja sekä päihdehuollon erityispalveluja. Kunnan päihdepalvelut ovat ensisijaisesti avopalveluja. Laitoshoitoa tai -kuntoutusta järjestään asiakkaalle, mikäli avohoidon palvelut eivät riitä hänelle. Päihdekuntoutujat ja omaiset voivat saada vertaistukea ryhmien, järjestöjen sekä avohoidon toimipisteisten kautta. Asiakkaalle kuuluu helppo ja joustava asiointi. Hänen tulee tarvittaessa saada hoitoa samanaikaisesti sekä mielenterveyshäiriöön että päihdeongelmaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.)

Päihdehuollon tavoite on päihdeiden ongelmakäytön sekä siihen liittyvien yhteiskunnallisten ja terveydellisten haittojen ehkäisy ja vähentäminen. Päihdehuoltolain mukaan kunnalla on päihdepalvelujen järjestämisvelvollisuus. Kunnat järjestävät päihdepalvelut joko omina palveluina, tai kunta ostaa päihdepalveluita ostopalveluina yksityisten tuottamista palveluista. Päihdepalvelut on organisoitu joko sosiaali- tai terveydenhuollon palvelujen kautta. (Päihdehuoltolaki 41/1986.) Asiakkaat hakeutuvat pääasiassa vapaaehtoisesti päihdepalveluihin. Osa asiakkaista tulee päihdepalveluihin lastensuojeluviranomaisten ohjaamana. Vankeusrangaistuksen aikana on myös mahdollista osallistua päihdekuntoutukseen.

Kaukosen (2000, 109–127) mukaan päihdehoitoa tarjotaan sekä yleis- että erityispalvelujen kautta. Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä palveluja saadaan laitoshuoltona terveyskeskusten vuodeosastojen, yleissairaaloitten ja psykiatristen osastojen kautta. Avohoidon palvelua saadaan sosiaalitoimiston sosiaalityön, perusterveydenhuollon sekä psykiatrisen avohoidon kautta. Päihdehuollon erityispalvelut ovat päihdeongelmallisille suunnattuja palveluja, joita ovat on a-klinikka, nuorisosemayksikkö, päihdevieroitus, kuntoutuslaitos, päihdeongelmaisten asumispalvelu (muun muassa tuettu asuminen ja hoitokoti) sekä ensisuoja ja päivätoimintakeskus -palvelut. Näissä avo- ja laitoshoidon päihdepalveluissa päihdeongelmaisen tuen ja kuntoutuksen tavoite on päihde-ehdoisen vaikuttavuus, kun niitä verrataan julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Marginaaliväestössä toimivan päihdehuollon tavoitteena on individuaalinen ongelmien rajoittaminen sekä haittojen vähentäminen. Päihdeasiakkaat ovat usein sosiaalisesti rajoittuneita, ja ongelmanratkaisukyvyt voivat olla rajalliset. (Mt. 2000, 109–127.)

Palvelujärjestelmä samanaikaisesti sekä uusii että kompensoi hyvinvointi- ja terveyseroja. Palvelujärjestelmä ylläpitää ja tehostaa eroavuuksia, mikäli järjestelmä on epäoikeudenmukainen. Palvelujen saatavuuden ja laadun eroavuudet kärjistyvät, koska palvelujen saanti sekä palveluntarpeeseen vastaaminen vaihtelevat eri väestöryhmien välillä. (Partanen 2002, 29.) Terveyspalveluissa sairauksien ehkäisy ja hoito voivat olla riittämättömiä alempien sosiaaliryhmien tarpeisiin nähden. Palvelukentän pirstoutuminen haittaa ja vähentää varsinkin moniongelmaisten asiakkaiden palveluiden saantia. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016b.) Palveluista syrjäytymiseltä estävä instituutioiden heikko vastuunotto liittyy palvelujen huonontuneeseen vastaanotettavuuteen ja tavoitettavuuteen, sillä nimenomaan huono-osaisimmat yksilöt jäävät entistä enemmän palveluverkon ulkopuolelle (Kaukonen 2005, 319).

Pienten paikkakuntien päihdepalvelut voidaan hoitaa terveyskeskuksissa lyhyinä vieroitushoitoina, ja päihdetyön erityisosaamisen pidemmät päihdepalvelut saatetaan ostaa sosiaalihuollon ulkoisina ostopalveluina. Suurissa kunnissa voi olla monipuolinen kunnallinen päihdepalveluiden valikoima, ja päihdehuollon erityispalveluita voidaan ostaa myös ostopalvelujen kautta. (Kekki & Partanen 2008, 3.) Päihdepsykiatrisissa yksiköissä hoidetaan asiakkaita, joilla on yhtäaikaisesti vakava päihde- ja mielenterveysongelma (Partanen ym. 2014, 189). Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa järjestetään opiaattiriippuvaisille asiakkaille päihdepsykiatrista palvelua. Voittoa tuottamattomat järjestöt ja yksityisten palvelun tuottajat tuottavat paljon päihdepalvelujen erityispalveluja. (Kekki & Partanen 2008, 3.)

Kaukonen (2000, 33) mukaan kunta organisoii lain puitteissa ”kuntalaisten tarvetta vastaavat” palvelut. Hoidontarpeenarvio on asiakas-, tilanne- ja palvelumuotokohtaista. Tarveharkinnan perusteella huomioidaan kunnan palvelupoliittiset päätökset, kunnan taloustilanne sekä asiakkaan palveluntarve. Vallankäyttö jakaa päihteitä käyttävää asiakasryhmää, sillä vähentyneen laitoshuollon tilalle on perustettu palveluasumisyksiköitä ja päivätoimintakeskuksia (emt. 77). Päihdepalveluiden ensisijaisena tehtävänä on päihdehaittojen hallinta (emt. 152).

Hoidon lisäksi päihdeongelmaisen on saatava apua ja tukea toimeentuloon, asumiseen ja työhön, sekä mielenterveyteen liittyviin kysymyksiin. Tästä syystä päihdehuoltolaissa esitellyssä holistisessa hoidossa on tärkeänä osana päihdesosiaalityö. (Murto 2002, 186.) Päihdepalveluissa tulee ottaa myös lapsi puheeksi, sillä vanhempien päihteiden

ongelmallinen käyttö voi vaikuttaa myös lapsen kehitykseen, terveyteen ja hyvinvointiin (vrt. Lastensuojelulaki 417/2007). Päihderiippuvainen yksilö tai perhe voi kokea hoitoprosessin haasteellisena, jos tuen tarjonta tapahtuu lastensuojeluilmoituksen perusteella tapahtuvina toimenpiteinä (vrt. Väyrynen 2007, 176). Päihdepalvelupolitiikka liittyy yhteiskunnan sosiaalistavaan normatiiviseen valvontaan, joka suuntautuu erilaisin menettelytavooin ja ehdoin eri väestöryhmiin (Kaukonen 2000, 33). Huostaanotto lisää entisestään päihteitä käyttävän äidin kritiikin ja huonouden kokemuksia. ”Jaettu vanhemmuus” on vaikea asia, ja varsinkin perhehoitoon sijoitetun lapsen äiti voi tuntea lapsensa menetetyksi. (Sinko & Virokannas 2009, 105.)

Kekin ja Partasen (2008, 40–55) mukaan päihdehuollon erityispalveluiden ohella päihteidenkäyttäjät asioivat sosiaali- ja terveystoimen peruspalveluissa terveyskeskuksissa ja mielenterveysasiakkaille suunnatuissa avohoidon palveluissa. Joidenkin kuntien päihdehoito on organisoitu mielenterveysyksikköön. Mielenterveystyöntekijällä voi olla puutteellinen päihdeongelmien erityiskysymysten tietous. Päihdepalvelujen puuttuminen on aiheuttanut paineita kuntien nuorisopsykiatrian rajallisiin toimintamahdollisuuksiin. (Mt. 2008, 40–55.) Nuorisopsykiatristen polikoiden resurssit eivät ole riittävät kasvaneeseen hoidon ja neuvonnan kysyntään, eikä kaikkia hoidontarpeessa olevia päihderiippuvaisia nuoria ole mahdollista saada hoitoon (Huttunen 2001, 1577). Sosiaali- ja terveyshuollon peruspalveluissa kaivataan kasvavassa määrin päihdeasiantuntemusta ja -osaamista. Kunnan perustason palveluissa on lisääntynyt myös ennaltaehkäisevän ja korjaavan päihdetyön tarve. (Haavisto 2010, 263.)

Hyvinvointia aikaansaadaan myös spontaanina kansalaistoimintana, jota luodaan yksityisen palvelun tai vertaistoiminnan kautta (Virokannas 2014, 657). Kekin ja Partasen (2008, 56) mukaan huono-osaiset päihde- ja mielenterveysongelmaiset tarvitsevat julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon monipuolisen hoito- ja kuntoutuspalvelun lisäksi myös järjestöjen ja kolmannen sektorin asumis- ja päiväkeskustoimintaa ja vapaaehtois pohjalta toimivia tukihenkilöitä. Nämä palvelut vaikuttavat suotuisasti päihdeongelmaisen yksilön arjen sujuvuuteen. Julkisten, yksityisten ja järjestöjen toiminta tulee järjestää niin, että päihderiippuvainen ja hänen lähipiirinsä saavat joustavasti tarpeen mukaista apua. (Mt. 2008, 56.)

Sosiaali- ja terveyspalveluissa on tärkeää, että asiakas saa palveluohjausta, opastusta ja tietoa hänen tarpeitaan vastaavista palveluista. Murto (2002, 188) muistuttaa, että

hyvinvointivaltion on siedettävä se tosiasia, että kaikille päihderiippuvaisille ei voi asettaa samanlaisia tai liian korkeita hoitotavoitteita, ja kuntoutumistavoitteen toteutumiseen tulee antaa riittävästi aikaa. Palvelut näkevät päihdeongelmat valtaosin yksilön elämänhallinnollisina kysymyksinä (Kaukonen 2000, 44). Yhteiskunnan tulee huomioida kokonaisvaltaisemmin yksilö ja hänen elämäntilanteensa. Partasen (2002, 29) mukaan huumeriippuvainen menehtyy keskimääräisesti nuorempana kuin valtaväestö, mutta yhteiskunta voi vähentää ennenaikaisia kuolemantapauksia vaikuttamalla siihen, millä tavoin se huolehtii päihteidenkäyttäjistä erilaisissa yhteiskunnallisissa palveluissaan.

Taulukosta 1 on nähtävillä päihteiden käyttäjäryhmien ja päihdehaittojen tilastoja vuosilta 2000–2006. Kekin ja Partasen (2008, 20–21) mukaan alkoholin käyttö on lisääntynyt, mutta myös raittiiden lukumäärä on lisääntynyt. Huumeisiin liittyvä kokeilu on lisääntynyt. Korvaushoidon ja terveysneuvontapisteiden käyttöaste on noussut ja C-hepatiittitartuntojen määrä laskenut.

	Vuosi			
	2000	2003	2006	Lähde
Alkoholin suurkuluttajia (lkm)			250 000–500 000	Stakes
Raittiit aikuisväestössä (%)	9		12	Stakes
Alkoholin kulutus asukasta kohti (litraa 100%:sta alkoholia)	8,8	9,4	10,3 litraa	Stakes
Alkoholikuolemat (sairaudet ja myrkytykset) (lkm)	1 494	1 572	2 032	Tilastokeskus
Huumekokeilut 15–69-vuotiailla (%)	10 (1998)	12 (2002)	13	Stakes
Huumekokeilut 15–34-vuotiailla (%)			20	Stakes
Opiaattiriippuvaisia (lkm)			3 700–4 900	Stakes
Korvaushoidossa (lkm)	n. 200	n. 500	n. 1 000	STM
Terveysneuvontapisteiden asiakkaat		9 300	11 800 (–05)	Stakes
Uusia C-hepatiittitartuntoja	1 739	1 264	1 157	KTL
Huumekuolemat	171	147	183	HY oikeuslääketiet.laitos

TAULUKKO 1. Päihteidenkäyttäjien lukumäärät vuosina 2000, 2003 ja 2006 (Kekki & Partanen 2008)

Päihdepalveluihin kohdennettuja tutkimuksia tulee hyödyntää siten, että tarkennetaan muuttuneessa tilanteessa palvelujärjestelmän riittävyys ja käyttö suhteessa lisääntyneeseen päihdeongelmaan. Muuttuneiden olosuhteiden takia marginalisoitumisriskissä olevien päihdeongelmaisten ryhmien taso ja määrä vaativat kartoitusta (Kaukonen 2005, 320).

Terveysneuvontapisteiden toiminnasta

ECDC:n ja EMCDDA:n suosituksesta (2011) käy ilmi, että pistämällä huumeita käyttävien tartuntatautiin ehkäisy ohjeet pohjautuvat julkisen terveydenhoidon, palvelujen tarjonnan, terveyden ja kansanterveyden etiikan peruseriaatteisiin sekä kokemukseen palvelujen toteutuksesta. Tämä arvot perustuvat kansanterveyteen ja ihmisoikeuksiin. Ne pohjautuvat 1980-luvulla Iso-Britanniassa ja Alankomaissa luotuun ”Mersey Harm Reduction Model” väestöpohjaiseen palvelumalliin, jonka tavoitteena on edistää pistämällä huumeita käyttävien asiakkaiden terveyttä ja pienentää päihteiden käytön haitallisia seurauksia. (Mt. 2011.)

Kuviossa 2 on nähtävillä pistämällä huumeita käyttävien asiakkaiden tartuntatautiin ehkäisy ja torjunnan ydinarvoista kertova neljän periaatteen suositus, joka rakentuu käytännönläheiseen terveydentilan edistämiseen; asiakaslähtöisyyteen ja asiakkaan oikeuteen eettisiin peruseriaatteisiin nojautuen; päämäärään täytäntöön panna kansanterveystavoitteita; ja tieteelliseen näyttöön yhdistettynä ammattilaisten kokemuksiin. (Emt. 2011.)

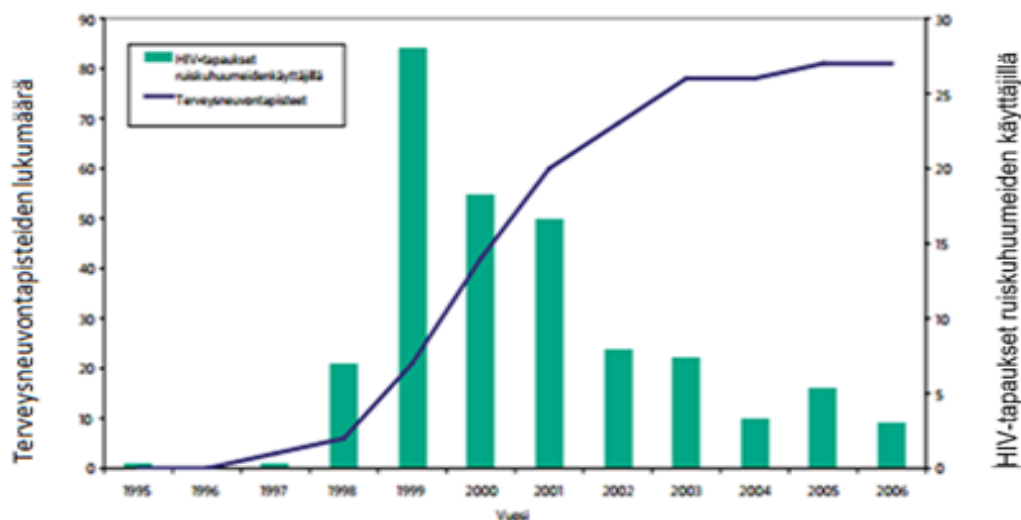


KUVIO 2. Pistämällä huumeita käyttävien tartuntatautiin ehkäisy ydinarvot (ECDC:n ja EMCDDA:n suositus 2011)

Vuonna 1997 aloitti toimintansa Suomen ensimmäinen terveysneuvontapiste Helsingin Vinkki (Ovaska, Holopainen & Annala 1998, 15). Terveys ja sosiaalineuvontapalveluja annetaan myös liikkuvien yksiköiden kautta (Terveysneuvontapisteet 2018). Tartuntatautiasetuksen (31.10.1986/78, § 6) mukaan kuntien tulee järjestää omalle alueelleen asianmukainen terveysneuvontatoiminta. Kunnan tulee järjestää palvelu joko omana terveysneuvontana tai ostopalveluna yksityisen toimijan palveluna. Terveys- ja sosiaalineuvontapisteiden työn keskeisin tavoite on huumeista ja päihteiden käytöstä

koituvien haittojen ja tartuntatautien vähentäminen. Toiminnan avulla päästään huumeiden käyttäjien kanssa vuorovaikutukseen. Sosiaali- ja terveysneuvonnassa henkilö voi asioida nimimerkillä päihtyneenä, häneltä ei myöskään edellytetä elämäntapamuutosta. (Terveysneuvonta.) Toiminnalla pyritään myös vähentämään käyttäjien syrjäytymisriskiä.

Kuviosta 3 tulee esille vuonna 1998 Suomessa ensimmäistä kertaa todettu pistämällä huumeita käyttävien henkilöiden HIV-epidemia. Suomen terveysneuvonta- ja pistosvälineiden vaihtopiste -toiminta oli tällöin jo käynnistynyt, ja epidemian pysäyttäminen oli mahdollista intervention keinoin. HIV-epidemia kasvoi vuonna 1998, ja terveysneuvontapisteiden verkostoa tällöin laajennettiin. Tartuntatautiasetuksen velvoittamana kunnat järjestivät pistämällä huumeita käyttäville asiakkaille terveysneuvontapalveluja. Ennaltaehkäisyyn avulla saatiin vähennettyä tartuntatautiriskiä, ja toiminnalla saatiin aikaan myös kustannussäästöjä. (Salminen 2007, 15–16.)



KUVIO 3. Pistämällä huumeita käyttävien terveysneuvonta on vaikuttava interventio (Salminen 2007)

Suonensisäinen huumeiden käyttö on terveysriski. Käyttövälineiden yhteiskäyttöön liittyvä verikontakti ja tartuntariski voidaan minimoida, ja pistoskohdan riski infektoitumisesta vähentyy henkilön käyttäessä puhtaita neuloja, ruiskuja ja muita käyttövälineitä. (Arponen ym. 2008, 15–16.) Matalan kynnyksen terveysneuvontapisteiden kautta saadaan pistämällä huumeita käyttävä henkilö palvelujärjestelmän piiriin. Asiakas saa terveysneuvonnan ja pistosvälineiden vaihdon lisäksi huumeiden käyttäjien elämäntilannetta kohentavia palveluita. (Havio ym. 2013, 64.)

Ovaska (2013, 217–219) tuo esille huumeiden käytön haittojen vähentämiseen liittyvän kansanterveydellisen näkökulman. Suomessa veriteitse leviävien tartuntatautien sekä huumeisiin liittyvien yliannostusten ehkäisy liittyvät huumeiden käytön haittojen vähentämiseen tähtäävään palveluiden tukeen. Huumeiden käytön haittoja vähentävässä toiminnassa tiedostetaan, ettei huumeongelma häviä, mutta terveysneuvonnan toiminnalla on mahdollista rajoittaa huumeisiin liittyviä haittoja. Tavoitteena on huumeidenkäyttäjien tavoittaminen matalalla kynnyksellä huumeiden käytön haittojen vähentävien palvelujen avulla. Palvelut kohdistuvat käytännönläheisesti huumeiden käyttöön liittyvien humaanien ja sosiaalisten haittojen vähentämiseen, joita ovat esimerkiksi ruiskujen ja neulojen vaihto-ohjelmat. Asiakas saa käyttövälineiden vaihtoon liittyvän asioinnin yhteydessä tutkittuun tietoon perustuvaa ja ajanmukaista tietoa huumeiden vaikutuksista, tartuntataudeista, vähemmän riskejä sisältävistä pistämiskäytännöistä sekä muista käyttöön liittyvistä asioista. (Mt. 2013, 217–219.)

Opioidiriippuvaisten korvaushoito ja puhtaat päihteidenkäyttövälineet vähentävät C-viruksen leviämistä (Turner ym. 2011, 1978). Laitinen ja Saari (2017, 42) tuovat esille, että huumeiden käyttö pistämällä on huomattava terveyttä huonontava toimenpide, ja siihen terveysneuvontapisteet yrittävät vastata asianmukaisen tiedon jakamisella. Varjosen (2015, 80) mukaan huumeita pistämällä käyttävien hiv-tartuntojen ja C-, B- ja A-hepatiitti-infektioiden määrä on laskenut viimeisen vuosikymmenen aikana. Pistämällä huumeita käyttävät asiakkaat, heidän seksikumppanit sekä samassa talossa asuvat henkilöt saavat terveysneuvontapisteestä A- ja B-hepatiittirokotteen. Rokotustoimenpide vähentää huumeisiin liittyviä tartuntatauteja. Terveysneuvontapisteiden toiminta vähentää kustannustehokkaasti huumeisiin liittyviä terveyshaittoja. Sosiaali- ja terveysneuvontapisteissä asiakas saa hyvinvointiin liittyvää terveysneuvontaa ja tukea. Hän voi vaihtaa likaiset neulat ja ruiskeet puhtaisiin kertakäyttöisiin käyttövälineisiin, sekä asiakkaan pienet haavat ja iho-oireet hoidetaan. Sosiaalisten asioiden hoitamiseen on järjestetty resursseja, ja asiakas saa palveluohjausta päihdehoitopaikkoihin hakeutumisesta. (Mt. 2015, 80.)

Sanna Rönkä (2017, 178) tuo esille terveysneuvontapisteiden moninaisen merkityksen, sillä palvelun avulla päihteidenkäyttäjät liitetään palvelujärjestelmään. Toimipisteessä työskennellään huumeidenkäytön stigman vähentämisen puolesta. Työntekijä kannustavat päihteidenkäyttäjää huolehtimaan hyvinvoinnista ja terveydenhuollosta.

Terveysneuvontapisteiden asiakkaat käyttävät suonensisäisesti sekä amfetamiinia että buprenorfiinia. Asiakkaat käyttävät kannabista ja rauhoittavia lääkkeitä. Heillä esiintyy päihteiden sekakäyttöä ja lääkkeiden suonensisäistä väärinkäyttöä. Erityisen paljon käytetään bentsodiatsepiini -pohjaisia lääkkeitä vieroitusoireiden hoitoon sekä huumeiden korvikkeena. (Arponen ym. 2008, 112.) Väyrysen (2007, 187) mukaan päihteitä käyttävien yksilöiden elämän aikana on vaihtelevia kohtaamisia ja kokemuksia palvelujärjestelmän eri alueilla. Ensimmäisen tapaamisen vuorovaikutustilanne ja siinä onnistuminen ovat merkityksellisiä, josta syntyvän kokemuksen pohjalta asiakas aloittaa työskentelynsä työntekijän kanssa. Terveysneuvonnan henkilökunnan ja siellä asioivan marginaalissa elävän ryhmän välille syntynyt luottamus edesauttaa asiakkaiden asiointia yhteiskunnan muissa palvelujärjestelmissä (Arponen ym. 2008, 139).

Huumeiden käyttö aikaansaa sosiaalisia, taloudellisia ja fyysisiä ja psyykkisiä terveydellisiä ongelmia (vrt. Arponen ym. 2008, 15). Asiakkaan palvelujen tarve on moninaista. Tutkimuksessani tarkastelen, millaisia eroja subjektiivisen hyvinvoinnin kokemuksessa on tutkimukseen osallistuneiden miesten ja naisten, ikäryhmien ja kaupunkien välillä. Reflektoin tutkimustuloksia myös asenteiden ja elintason eri ulottuvuuksien sekä päihteidenkäyttäjien palvelujärjestelmän osalta. Asiakas saa terveysneuvonnan kautta monimuotoista palvelua. Se on tärkeä kohtaamispaikka tutkimukseni kohderyhmälle pistämällä huumeita käyttäville asiakkaille. Terveysneuvontapiste on luonnollinen paikka kerätä tietoa tutkimuksen kohderyhmästä.

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tämä luku sisältää tutkimuskysymykset ja menetelmälliset lähtökohdat. Ensin esittelen tutkimustehtävän ja aineiston. Tämän jälkeen käyn läpi aineistonkeruumenetelmän ja aineiston analysoinnin. Lopuksi pohdin tutkimukseni eettisyyttä. Tutkimuslupa on saatu A-klinikkasäätiöltä. Minulla on tutkimuksessa aineisto, joka koostuu 256 pistämällä huumeita käyttävän terveysneuvontatoimipisteen asiakkaan täyttämästä hyvinvointilomakkeesta, jotka on tallennettu A-klinikkasäätiön tutkijoiden toimesta SPSS-tilasto-ohjelmalla käsiteltävään muotoon.

3.1 Tutkimustehtävä

Tutkin pistämällä huumeita käyttävien terveysneuvontapisteiden asiakkaiden hyvinvointia ja palveluiden käyttöä. Tutkimusaineistonani on osa vuosina 2013 ja 2014 kerätystä SUMU-hankkeen tutkimusaineistosta. Tutkimukseni aineistona ovat huumeidenkäyttäjien täyttämät hyvinvointilomakkeet, jotka on koottu Helsingistä, Tampereelta, Hämeenlinnasta, Kouvolaan sekä Kotkasta toimivista A-klinikkasäätiön terveysneuvontapisteistä. Aineisto on osa isompaa SUMU-tutkimushanketta, jonka selvittää suomalaista äärimmäistä huonosuusaisuutta. Hankkeen kohderyhmänä ovat olleet pistämällä huumeita käyttävät asiakkaat.

Aineiston keruu on toteutettu strukturoidulla kyselylomakkeella. Temaattiset kokonaisuudet muodostuvat hyvinvoinnin, terveyden, asenteiden, palvelujen ja tulonsiirtojen käytöstä. Lomakkeessa on myös huumeiden käyttöön sekä vastaajien taustatietoihin liittyviä kysymyksiä. Tutkimukseni aineisto on valmiiksi kerätty ja syötetty SPSS-tilasto-ohjelmaan. Tutkimuksessani keskityn hyvinvointia ja palvelujen käyttöä koskeviin kysymyksiin.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten taustatekijät (sukupuoli, ikä ja paikkakunta) ja asenteet ovat yhteydessä pistämällä huumeita käyttävien ja terveysneuvontapisteessä asioivien elintason ja hyvinvointiin?
2. Mitä palveluja pistämällä huumeita käyttävät asiakkaat ovat käyttäneet?

Tutkimuksessani en ennakoi ratkaisuja enkä selityksiä suhteessa asetettuihin kysymyksiin. Kuvaan, mitä hyvinvoinnin osa-alueita sisältyy tähän kyselyyn, miten hyvinvointi määrittyy tässä kyselyssä. Hyvinvoinnin kokemusta miesten ja naisten osalta tarkastellaan kolmessa osassa: Helsinki – Tampere – muut tutkimukseen sisältyvät kaupungit (Kouvola, Kotka, Hämeenlinna).

Selvitän, millaisia eroja esiintyy vastauksissa tutkimuksessa esiintyvien kaupunkien välillä, jotka ovat Helsinki, Tampere sekä pienemmät kaupungit (Kouvola, Kotka, Hämeenlinna). Minua kiinnostaa, eroaako naisten ja miesten kokemukset toisistaan ja poikkeavatko eri-ikäisten henkilöiden vastaukset toisistaan. Selvitän, löytyykö näissä vastauksissa eroja sukupuolen, iän tai asuinpaikan suhteen, joita ei ole vielä tarkasteltu aiemmissa SUMU – raporteissa tai tutkimuksissa.

3.2 Aineiston esittely

Tutkimuksen kohderyhmä koostuu Helsingin, Tampereen, Hämeenlinnan, Kouvolan sekä Kotkan pistämällä huumeita käyttävistä henkilöistä, jotka asioivat terveysneuvontapisteissä. Käytössäni on valmis aineisto. Aineisto on kerätty syys-lokakuussa 2014. Vastaajat ovat täyttäneet nimettöminä hyvinvointikyselylomakkeen terveysneuvontapisteessä asiointinsa yhteydessä. Kyselyyn osallistuminen on ollut vapaaehtoista. Tarvittaessa vastaaja on saanut apua joko terveysneuvontapisteen työntekijältä tai tutkimukseen osallistuneelta tutkimusavustajalta.

Taulukosta 2 tulee esille, että suurimmissa kaupungeissa Helsingissä ja Tampereella on vastauksia saatu eniten. Aineistossa on yhteensä 256 huumeita käyttävän henkilön hyvinvointilomakkeella antamat vastaukset. Kyselyyn vastaajista kymmenen henkilöä (4 %) on jättänyt ilmoittamatta sukupuolensa.

TAULUKKO 2. Tutkimukseen osallistuneiden määrä paikkakunnittain (%)

Paikkakunta	Miehet (n=158) %	Naiset (n=88) %	Paikkakunnittain vastaajien % (osuus) (N=256)	Vastaajien lukumäärä (N=256)
Tampere	58	42	42	107
Helsinki	71	29	41	105
Hämeenlinna	67	33	8	21
Kouvola	50	50	5	12
Kotka	70	30	4	11

Laitisen (2016) pro gradu -tutkimuksessa ja Sumuisten sielujen hyvinvointiselvityksessä (2017) on käyty läpi useamman terveysneuvontatoimipisteen vastaajan tiedot kuin omassa tutkimuksessani. Vastaajien ikä- ja sukupuolijakaumat ovat melko vastaavia terveysneuvontapisteiden kävijämäärien kanssa, ja aineiston edustavuus on aika kattava (Uhlbäck, Laitinen, Eskelinen & Saari 2017, 32).

Taulukossa 3 näkyy Tampereen, Helsingin, Kouvolan, Hämeenlinnan ja Kotkan terveysneuvontapisteiden kävijämäärät (Uhlbäck ym. 2017, 33).

TAULUKKO 3. Keräysaikana asioivien määrä ja osuudet (n, %) (Uhlbäck ym. 2017)

	Keräysaikana asioivien lkm	Vastaus- prosentti (%)	Miesten (%) osuus asiakkaista	Naisten (%) osuus asiakkaista
Tampere Nervi	362	30	66	34
Helsinki Vinkit	826	13	72	28
Kouvola Vinkki	65	18	63	37
Hämeenlinna Living Room	58	36	62	38
Kotka Vinkki	44	25	61	39

Terveysneuvontapisteessä asioi pääosin pistämällä huumeita käyttävät asiakkaat, joka on tämän tutkimuksen kohderyhmä.

3.3 Tutkimuksen analyysimenetelmät

Tutkimusaineisto koostuu pistämällä huumeita käyttävistä henkilöistä, jotka ovat täyttäneet hyvinvointikyselylomakkeen heidän asioidessaan Helsingissä, Tampereella, Hämeenlinnassa, Kouvolassa sekä Kotkassa sijaitsevilla A-klinikkasäätiön terveysneuvontapisteissä.

Kvantitatiivisen tutkimuksen aineiston keräämisessä on käytetty yhdenmukaista tutkimuslomaketta, jossa on ollut valmiit vastausvaihtoehdot sekä tilaa vapaalle kommentoinnille. A-klinikkasäätiöltä saadusta tutkimusaineistosta olen selvittänyt, keitä pistämällä huumeita käyttävät yksilöt ovat ja millaisena heidän elämänsä tulee näkyville näiden kyselylomakkeiden kautta.

Kyselylomakkeen analysoinnin olen suorittanut SPSS 24.0 Windows tilasto-ohjelmalla. Tutkimuksessani muuttujat löytyvät taulukkomuodossa. Tutkimuksen aineisto on tilastollisesti tarkasteltavassa muodossa. Päätelmät pohjautuvat aineiston tilastolliseen analysointiin. Olen raportoinut tulokset prosenttitaulukoita hyödyntäen. (vrt. Hirsjärvi ym. 1998, 138.) Tilastollinen tutkimus on määrällistä tutkimusta, jonka avulla selvennetään tutkittavia asioita lukumäärien ja prosenttien avulla sekä erilaisten asioiden välillä olevia riippuvuuksia tai selviteltävässä ilmiössä esille tulevia muutoksia (Heikkilä 2014, 15).

Nollahypoteesin paikkansapitävyyttä ilmoittaa Pearson Chi-Square testi, Khiin neliö- testi (χ^2). Erot ovat tilastollisesti merkitseviä, mikäli p-arvo on alle 0,05. Tutkimustuloksissa on erikseen ilmoitettu, mikäli havaittu ero:

tulos on tilastollisesti erittäin merkitsevä, jos $p < 0,001$ ***

tulos on tilastollisesti merkitsevä, jos $0,001 < p < 0,01$ **

tulos on tilastollisesti melkein merkitsevä, jos $0,01 < p < 0,05$ *

Olen käyttänyt kyselylomakkeen analysoinnissa yksinkertaisia tilastotieteellisiä menetelmiä, eli tilastollisesti kuvaavaa ristiintaulukointia. Frekvenssijakaumalla olen saanut esille muuttujan eri luokkien yleisyyden havaintoaineistossa. Taustatietoja olen kuvannut prosenttiosuuksin. Miesten ja naisten sekä kaupunkien välisiä eroja olen kuvannut prosenttiosuuksien ja ristiintaulukoinnin avulla. Ristiintaulukoinnilla avulla olen selvittänyt muuttujien jakautumista ja niiden välistä riippuvuutta (vrt. Heikkilä 2014, 198).

Sukupuolten, ikäryhmien ja paikkakuntien välisiä koetun hyvinvoinnin eroja olen tutkinut ristiintaulukoinnin avulla. Ristiintaulukoinnin avulla löytyneitä yhteyksiä olen täsmentänyt analyysiin mukaan tuomalla asiaan yhteydessä olevia lisätekijöitä (elaborointi) (vrt. Jokivuori & Hietala 2007, 142). Olen käyttänyt Post hoc -testiä, kun olen verrannut kaupunkeja. Tilastollisessa päättelyssä olen käyttänyt Pearsonin Khiin neliötestin p-arvoa. χ^2 -testin avulla olen selvittänyt, eroavatko vastausten lukumäärät toisistaan eri ryhmissä tilastollisesti merkitsevästi.

Tutkimuksessa olen käyttänyt riippumattomien otosten t-testiä tilastollisena testinä vertailllessani sukupuolen tai ikäryhmän keskiarvoja erilaisten tarkasteltavien muuttujien osalta. Kahden riippumattoman ryhmän keskiarvoja testatessani t-testillä olen selvittänyt, onko miesten ja naisten välillä tilastollista eroa, samoin olen tehnyt myös alle 35-vuotiaiden ja yli 35-vuotiaiden osalta. (Vrt. Heikkilä 2014, 215.) Analyysimenetelmänä olen käyttänyt varianssianalyysia tarkasteltaessa, poikkeako useampi kuin kaksi ryhmää jonkun ominaisuuden suhteen toisistaan (ikäryhmä, paikkakunta). Varianssianalyysin avulla olen selvittänyt, eroaako useamman kuin kahden ryhmän keskiarvot tilastollisesti merkitsevästi toisistaan (vrt. emt. 210).

Vuoden 2014 lopussa Tilastokeskuksen PX-Web-Tietokantojen mukaan Tampereen virallinen väkiluku oli 223 004 ja Helsingin 620 715. Kouvolan väkiluku oli 86 453, Kotkan 54 518 ja Hämeenlinnan 67 976 henkilöä. Näiden kolmen pienen kaupungin väkiluku oli yhteensä 208 947 henkilöä. (Tilastokeskus.) Ennen analyysia tutkimukseen osallistuneiden matalan kynnyksen terveysneuvonnan paikkakunnat on jaettu kolmeen luokkaan: Tampere, Helsinki ja pienemmät kaupungit. Uudelleen luokittelun syy ei ole kuitenkaan väkiluku, vaan se, että Kouvolasta, Kotkasta ja Hämeenlinnasta oli vähiten vastaajia: jotta tilastolliset analyysit toimisivat, oli syytä tehdä kyseessä oleva luokittelu (ryhmien on oltava lähes yhtä suuria vastaajien osalta).

3.4 Tutkimuksen eettisyys ja aineiston luotettavuus

Kyselylomakkeeseen vastaaminen on ollut vapaaehtoista ja anonymiä. Asiakkaita on informoitu työntekijöiden toimesta kirjallisesti ja suullisesti. SUMU-hanke on toteuttanut tutkimuksen kyselytutkimuksena, niin ettei vastaajia voida lomakkeista tunnistaa.

Tutkimus sisältää asioita, jotka auttavat lukijaa orientoitumaan tutkimukseen. Tutkimuksessa olen läpikäynyt tutkimusongelman valintaan vaikuttavat tekijät. Olen kuvaillut tulokset kokonaistuloksina. Vastajaan tiedot eivät tule ilmi tutkimustuloksista. Tutkimuksessa olen tuonut esille myös tutkimuksen yhteiskunnallista merkitystä.

Marginaalissa elävien pistämällä huumeita käyttäjien osalta tutkimusotoksen saaminen on vaikeaa, sillä heidän elämästä ei tiedetä paljon. Kohtaaminen ja tiedon kerääminen voi olla haasteellista monesta syystä, kuten asiakkaan fyysisestä kunnosta ja päihtymisasteesta haastattelutilanteessa, joskus asiakas ei saavu haastatteluun tai hän ei halua kertoa lainvastaisesta toiminnasta. (Tammi ym. 2011, 45–55.) Tässä eräs syy siihen, miksi otin valmiin aineiston käyttöön tutkimusaineistona. Vieroitusoireisena, kipeänä tai väsyneenä pistämällä huumeita käyttävän asiakkaan voi olla vaikea keskittyä haastatteluun, joten valmiin aineiston käyttäminen tuntui eettisesti hyvältä ja luotettavalta ratkaisulta omassa pro gradu -tutkimuksessani. Tutkimusaineiston keränneet tahot olivat tämän asiakasryhmän kohtaamiseen kokeneita ammattilaisia.

Terveysneuvontapisteessä asiointi tapahtuu nimimerkkien avulla. Asiakas ilmoittaa nimimerkin, sukupuolen ja syntymävuoden sekä asuinpaikkakunnan. Joskus asiakas ei muista aiemman asioinnin yhteydessä käyttämäänsä nimimerkkiä, ja silloin käyntitiedot voidaan tehdä uuden nimimerkin tiedoilla. Asiakkaan ilmoittama syntymävuosi tai asuinpaikkakunta voivat olla todellisia, mutta ne voivat olla myös kuvitteellisia. Näillä tekijöillä on tuskin merkitystä tutkimuksen luotettavuuteen.

Useissa toimipisteissä tehty SUMU-tutkimus on tuottanut kattavan aineiston pistämällä huumeita käyttävistä asiakkaista. Tutkimuksella on täsmälliset tavoitteet, eli tutkin miten taustatekijät (sukupuoli, ikä ja paikkakunta) ja asenteet ovat yhteydessä pistämällä huumeita käyttävien ja terveysneuvontatoimipisteessä asioivien elintason ja hyvinvointiin sekä mitä palveluja pistämällä huumeita käyttävät asiakkaat ovat käyttäneet. Tutkimuksella on mahdollista mitata näitä esille tuomiani selvitettäviä asioita. Kiitos SUMU-tutkimuksen työryhmälle etukäteen hyvin suunnitellusta ja mietitystä tiedonkeruusta, joten validin tutkimuksen teko on ollut mahdollista. Tutkimukseen osallistumisprosentti on hyvä ja perusjoukko rajattu. (Vrt. Heikkilä 2014, 27.)

Ian Shaw (2016, 235) muistuttaa sosiaalityön tutkimuksen tärkeistä kohteista, joihin kuuluvat haavoittuneet ja sorretut asiakasryhmät. Tutkijan tulee päästä ryhmän sisälle, jotta tutkittavien tilanteista saadaan riittävästi tietoa. Tutkija voi sisäpiiriin päästyään havainnoida

tutkittavia tilanteita herkemmin (mt. 2016, 253.) En ole ollut keräämässä tutkimukseeni liittyvää aineistoa, vaan olen saanut valmiin tutkimusaineiston käyttööni. Päihdetyössä olen vuosien varrella perehtynyt päihderiippuvaisten vaihteleviin elämäntilanteisiin ja elämäntilanteisiin.

Tämän tutkimuksen tuloksia arvioitaessa on huomionarvoista, että aineisto on kerätty vuonna 2014. Tällöin esimerkiksi sosiaalitoimistossa asioinnit ovat olleet paljolti toimeentulotukeen liittyviä asiointeja. Tänä päivänä käyttilastot näyttäisivät todennäköisesti toisenlaisilta Kelan ja sosiaalitoimiston osalta. Kela on tehnyt perustoimeentulotuen päätökset ja maksanut hakijoille tätä etuutta vuoden 2017 alussa lähtien, ja kunnan vastuulle kuuluu harkinnanvaraisesti myönnettävän täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen päätökset (Kela 2015). Heikkilä (2014, 27) muistuttaa yhteiskunnan monimuotoisuudesta ja vaihtelevaisuudesta sekä yhteiskunnan olosuhteiden muutoksista, joten tutkimuksen tulokset eivät ole täysin vertailukelpoisia muuhun ajanjaksoon tai toiseen yhteisöön. Reliabiliteetin eli mittarin tulosten tarkkuuden osalta on huomioitava, että tutkimustuloksia ei voi täysin yleistää kaikkiin päihdeikäikäisiin, vaan kyseessä on lähinnä terveysneuvontapisteessä asioivat huumeidenkäyttäjät.

Tutkimus tuo lisätietoa terveysneuvonnan melko homogeenisen vastaajajoukon hyvä- ja huono-osaisuuden kokemuksista. Kyselyyn vastanneet eivät ole suomalaista keskivertoväestöä, ja tästä syystä näitä tutkimuksen tuloksia ei voi yleistää valtaväestöön. Olen tehnyt tutkimustulokset puolueettomasti. Omat mielipiteeni eivät vaikuta analysointimenetelmiin eivätkä tulosten raportointiin.

4 TULOKSET

Tämä luku sisältää tutkimuksen tulokset. Ensin esittelen vastanneiden taustatiedot. Tämän jälkeen käyn läpi pistämällä huumeita käyttävän henkilön subjektiivisen hyvinvoinnin ja terveyden tulokset sekä pistämällä huumeita käyttävän henkilön asenteisiin ja elintasoon liittyvät kokemukset. Seuraavaksi käyn läpi kunnan, valtion seurakunnan ja Kelan palvelujen käyttöön liittyvät tulokset. Lopuksi käsittelen päihdepalveluiden käyttöön liittyvät tulokset. Tutkimuksen päätulokset ovat erot asenteissa ja elintasossa ikäryhmien ja paikkakuntien välillä sekä päihdepalvelujen käytön erot miesten ja naisten ja eri paikkakuntien välillä.

4.1 Vastanneiden taustatiedot

Taulukosta 4 tulee esille, että haastattelukyselyyn vastasi 256 terveysneuvontapisteen asiakasta, joista miehiä oli yli puolet (64 %). Lähes puolet mies- ja naisvastaajista kuului ikäryhmään 26–35-vuotiaat. Toiseksi suurin vastaajaryhmä oli 36–45-vuotiaat, joita oli reilu neljäsosa. Lähes kaikilla vastaajilla oli Suomen kansalaisuus. Huumeiden käyttö oli alkanut vajaalla puolella vastaajista alle 18-vuotiaana. 18–35-vuotiaana käyttö oli alkanut puolella vastaajista. Viisi prosenttia vastaajista oli aloittanut huumeiden käytön yli 36-vuotiaana.

Vastaajista lähes puolet kertoi käyneensä perus- tai kansakoulun. Reilu kolmannes oli käynyt lukion tai ammattikoulun. Joka kymmenennellä vastanneista oli perus- tai kansakoulu jäänyt kesken. Kyselyyn vastanneista reilu kolmannes oli joko työtön tai lomautettu. Viidennes vastanneista oli kotona, joka tarkoittaa sitä, että vastaaja oli työvoiman ulkopuolella. Hän ei siis ollut työssä eikä koulutuksessa. Kymmenesosa vastanneista oli eläkkeellä tai töissä joko määrä- tai osa-aikaisesti. Vain neljä prosenttia kyselyyn vastanneista oli säännöllisesti työelämässä.

Kunnan vuokra-asunnoissa asui kuusi prosenttia vastanneista, sen sijaan puolet kysymykseen vastanneista asui muissa vuokra-asunnoissa kuin kunnan vuokra-asunnoissa. Tukiasunnoissa asui 18 prosenttia vastaajista. Omistusasunnoissa asuvien osuus oli seitsemän prosenttia. Asunnottomia oli 17 prosenttia, eli lähes joka viides kysymykseen vastanneista oli vailla vakinaista asuntoa. Kahdella viidestä vastanneista ei ollut tuomioita

huumeiden käytön takia viimeisen kahden vuoden aikana. Kaksi viidestä vastaajista oli saanut sakkoja. Joka kymmenes vastaajista oli tuomittu ehdolliseen vankeuteen ja yli kymmenesosa oli saanut ehdotonta vankeutta. Prosentin verran vastaajista oli saanut yhdyskuntapalvelurangaistuksen.

Uskonnollisen yhteisön toimintaan osallistui 22 prosenttia vastaajista satunnaisesti. Viisi prosenttia vastaajista sen sijaan osallistui säännöllisesti uskonnollisen yhteisön toimintaan. Vastaajista 22 prosenttia kertoi käyneensä ruokapankissa (leipäjonossa) muutaman kerran vuodessa, ja 18 prosenttia vastaajista oli jonottanut ruokaa viikoittain. Matalan kynnyksen terveysneuvonnassa asioi kaksi viidestä vastaajaa viikoittain, ja kolmasosa vastaajista asioi siellä kuukausittain. Liki kymmenesosa vastanneista asioi päivittäin terveysneuvontapisteessä. Neljännes vastaajista oli opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä korvaushoidossa.

TAULUKKO 4. Vastanneiden taustatietoja lukumäärinä ja prosenttiosuuksina

Taustatiedot	n	%
Sukupuoli (n=246)		
Mies	158	64
Nainen	88	36
Ikä (n=248)		
16–25	44	18
26–35	118	48
36–45	69	28
46–55	11	4
56–65	6	2
Huumeiden käytön aloitusikä (n=248)		
Alle 18-vuotiaana	111	46
18–25	100	42
26–35	21	9
36– yli 55-vuotiaana	8	3
Terveysneuvontapisteessä asiointitiheys (n=242)		
Ensimmäinen käyntikerta	3	1
Muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	39	16
Kuukausittain	86	36
Viikoittain	97	40
Päivittäin	17	7
Korvaushoito (n=247)		
En ole korvaushoidossa	116	47
Ollut joskus aikaisemmin korvaushoidossa	31	13
Hakenut korvaushoittoon, mutta ei ole päässyt	14	6
Jonossa korvaushoittoon	21	8
Tällä hetkellä korvaushoidossa	65	26
Koulutus (n=248)		
Perus- tai kansakoulu jäänyt kesken	20	8
Perus- tai kansakoulu	115	46
Lukio tai ammattikoulu	94	38
Opisto tai yliopisto	19	8
Työtilanne (n=249)		
Töissä pysyvästi	10	4
Töissä määrä- tai osa-aikaisesti	24	10
Työtön tai lomautettu	93	37
Työkokeilussa	31	12
Opiskelija	22	9
Kotona (ei työssä eikä koulutuksessa)	46	19
Eläkeläinen	23	9
Asumismuoto (n=248)		
Omistusasunto	18	7
Vuokra-asunto tai kunnan vuokra-asunto	142	58
Tukiasunto	43	18
Asunnoton	42	17
Kotitaloudessa aikuisten lukumäärä (n=239)		
1 aikuinen	150	63
2 aikuista	81	34
3-4 aikuista	6	3
Kotitaloudessa lasten lukumäärä (n=237)		
Ei lapsia	205	87
1 lapsi	14	6
2 lasta	13	5
3-4 lasta	5	2
Käytettävissä oleva tulot 100 euron tarkkuudella (n=233)		
0–100 euroa	72	31
101–300 euroa	48	21
301–500 euroa	68	29
Yli 500 euroa	44	19

4.2 Subjektiiivinen hyvinvointi ja terveys

Kyselylomakkeen (liite 1) ensimmäiset kysymykset koskivat tyytyväisyyttä elämään, elintasoon, fyysiseen ja henkiseen terveyteen sekä masentuneisuutta että yksinäisyyttä viimeisen kuukauden aikana.

Subjektiiivista hyvinvointia ja terveyttä kuvaavat väittämät

Taulukkoon 5 on koottu hyvinvointia ja terveyttä kuvaavat väittämät prosentteina viimeisen kuukauden aikana. Suurin osa kyselyyn vastaajista, jotka ovat pistämällä huumeita käyttäviä asiakkaita, oli tyytyväisiä sekä fyysiseen että henkiseen terveyteensä. Tuloksia tarkasteltaessa lähemmin selviää, että jopa puolet (51 %) vastaajista ilmoitti olevansa tyytyväinen fyysiseen terveyteensä, samoin puolet (51 %) vastaajista oli myös tyytyväinen henkiseen terveyteensä. Tyytyväisyyttä elämäänsä koki myös usea vastaaja, eli melkein puolet (46 %). Vastanneista 29 prosenttia oli kuitenkin tuntenut yksinäisyyttä ja vastaajista jopa kolmannes (31%) arvioi masentuneisuuden tunnetta. Kyselyn mukaan tyytyväisyyttä elintasoon koki vain neljännes (26 %) vastaajista.

TAULUKKO 5. Subjektiiivista hyvinvointia ja terveyttä kuvaavat väittämät prosentteina

	Hyvin harvoin	Joskus	Melko usein	Jatkuvasti
Tyytyväiseksi elämään (N=253)	16	38	39	7
Tyytyväiseksi elintasoosi (N=251)	39	35	24	2
Tyytyväiseksi fyysiseen terveyteesi (N=253)	16	33	42	9
Tyytyväiseksi henkiseen terveyteesi (N=250)	19	30	40	11
Masentuneeksi (N=250)	25	44	22	9
Yksinäiseksi (N=251)	33	38	21	8

Kysymyksen tarkka sanamuoto: ”Kun ajattelet elämääsi viimeisen kahden kuukauden aikana, oletko tuntenut itsesi”.

Varianssianalyysin mukaan miehet (ka.=2,53) ovat naisia (ka.=2,27) tyytyväisempiä fyysiseen terveyteen. Sukupuoli on tilastollisesti melkein merkitsevästi yhteydessä tyytyväisyydestä fyysiseen terveyteen ($p=0,026$). Alle 35-vuotiaat (ka.=2,25) ovat yli 35-vuotiaita (ka.=2,00) masentuneempia. Ikäryhmä on tilastollisesti melkein merkitsevästi yhteydessä masennuksen kokemukseen ($p=0,041$.) Hyvinvoinnin ja terveyden

ulottuvuuksien välillä ei ole riippuvuutta paikkakuntien vastaajien välillä, eli vastaajien hyvinvointi ja terveys oli samankaltaista paikkakunnittain.

Subjektiiivista hyvinvointia ja terveyttä kuvaavat väittämät sukupuolen ja paikkakunnan mukaan sekä ikäryhmän ja paikkakunnan mukaan

Taulukossa 6 kuvataan subjektiiivista hyvinvointia ja terveyttä kuvaavia väittämiä sukupuolen ja paikkakunnan mukaan. Helsinkiläiset miehet (ka.=2,65) olivat miesvastaajista tyytyväisimpiä fyysisen terveytensä osalta, mutta vähiten olivat pienten kaupunkien miehet (ka.=2,42). Naisvastaajista tamperelaiset naiset (ka.=2,43) olivat tyytyväisimpiä fyysiseen terveyteensä ja vähiten olivat pienten kaupunkien naiset (ka.=1,94). Sukupuolten väliset erot olivat tilastollisesti melkein merkitsevästi yhteydessä fyysisen terveyden tyytyväisyyden tunteeseen ($p=0,013$). Paikkakuntien väliset erot eivät olleet merkitseviä ($p=0,240$). Sukupuolten ja paikkakuntien väliset yhdysvaikutukset eivät myöskään olleet merkitseviä ($p=0,240$). Sukupuoli ja paikkakunta selittävät 2,8 prosenttia fyysisen terveyden tyytyväisyydestä. Miesten ja naisten välillä kaupungeittain ei ollut eroa, miten tyytyväiseksi koki fyysisen terveyteensä.

Kyselyn mukaan tamperelaiset miehet ja helsinkiläiset naiset olivat tyytyväisimpiä elämäänsä. Kuitenkin tyytyväisimpiä elintasoonsa olivat pienten kaupunkien miehet. Helsinkiläiset miehet olivat tyytyväisimpiä henkiseen terveyteensä, mutta pienten kaupunkien naiset arvioivat eniten masentuneisuutta sekä yksinäisyyden tunteita viimeisen kuukauden aikana.

TAULUKKO 6. Subjektiiivista hyvinvointia ja terveyttä kuvaavat väittämät sukupuolen ja paikkakunnan mukaan keskiarvoina

	Tampere		Helsinki		Hämeenlinna, Kouvola, Kotka		Yht. ka. N	Merkitsevä Sig. arvo
	Mies ka. n	Nainen ka. n	Mies ka. n	Nainen ka. n	Mies ka. n	Nainen ka. n		
Tyytyväiseksi elämään	2,43 61	2,37 44	2,35 69	2,43 28	2,19 27	2,38 16	2,36 245	
Tyytyväiseksi elintasaan	1,97 61	1,73 44	1,88 67	1,79 28	2,04 27	2,25 16	1,91 242	
Tyytyväiseksi fyysiseen terveyteen	2,43 61	2,43 44	2,65 69	2,21 28	2,42 26	1,94 16	2,43 244	Sukupuoli *
Tyytyväiseksi henkiseen terveyteen	2,39 61	2,25 44	2,59 68	2,52 27	2,27 26	2,33 15	2,42 241	
Masentuneeksi	2,25 61	2,21 43	2,03 67	2,21 28	2,15 26	2,31 16	2,17 241	
Yksinäiseksi	2,11 61	2,09 44	2,06 67	2,07 28	1,73 26	2,19 16	2,05 242	

Skaala 1–4: mitä suurempi arvo, sitä tyytyväisemmäksi, masentuneemmaksi tai yksinäisemmäksi vastaaja kokee itsensä.

Keskiarvoerojen tilastollinen merkitsevyys *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001.

Kysymyksen tarkka sanamuoto: ”Kun ajattelet elämääsi viimeisen kuukauden aikana, oletko tuntenut itsesi”. Vertailtaessa keskiarvoja on käytetty varianssianalyysejä.

Kaksisuuntaisen varianssianalyysin tulokset osoittivat, että hyvinvoinnin ja terveyden ulottuvuuksien välillä ei ole riippuvuutta ikäryhmien (alle 35-vuotiaat ja yli 35-vuotiaat) ja eri paikkakuntien vastaajien välillä.

4.3 Päihderiippuvaisten asenteisiin ja elintasaan liittyvät kokemukset

Hyvinvointikyselylomakkeen (liite 1) seuraavien kysymyksillä avulla selvitettiin pistämällä huumeita käyttävien ja terveysneuvontapisteessä asioivien huono-osaisuuden kokemusta, elämässä pärjäämistä ja luottamusta ihmisiin sekä viranomaisiin. Lomakkeessa kysyttiin myös tulojen riittävyyttä ja veloista selviytymistä. Kartoitettiin kaupungilta ja seurakunnalta saatavaa tukea, apua ja palveluita. Mielipidettä selvitettiin myös asioista, jotka liittyivät tulevaisuuden uskoon ja lähimmäisiltä saatavaan taloudelliseen tukeen. Myös pähteiden käyttöön liittyviä kysymyksiä oli tässä osiossa.

Vastausten jakautuminen asenteita ja elintasoja koskevissa kysymyksissä

Taulukossa 7 käy esille, että kaksi kolmasosaa (68 %) vastaajista uskoi parempiin tulevaisuuden näkymiin. Yli puolet (59 %) vastaajista arvioi pärjäävänsä elämässä, kuitenkin huono-osaisuuden kokemus oli vahva, sillä hieman yli puolet (52 %) vastaajista arvioi itsensä huono-osaiseksi. Kaupungin ja seurakunnan palvelut ja tuki tulivat hyvin esille, sillä riittävästi tukea, apua ja palveluita ilmoitti saavansa yli puolet (57%) vastaajista kaupungilta, samoin vajaa puolet (42 %) vastaajista ilmoitti saavansa sitä myös seurakunnalta. Tukea tuli myös läheisiltä, sillä yli puolet (54 %) vastaajista ilmoitti saavansa ystäviltä ja sukulaisilta taloudellista tukea tarvittaessa. Tulot riittivät menoihin vain 17 prosentilla vastaajista. Kuitenkin vastaajista 30 prosenttia arvioi pystyvänsä huolehtimaan veloistaan.

Vastaajista neljäsosa (24 %) ilmoitti luottavansa viranomaisiin ja viidennes (22 %) koki luottamusta muihin ihmisiin. Päihteiden käytön osalta kaksi kolmasosaa (67 %) vastaajista koki erityisesti huumeiden käytön aiheuttavan heille ongelmia. Alkoholin käyttö aiheutti 36 prosentille vastaajista ongelmia, samoin huumeiden käyttö oli ongelmallista 35 prosentille vastaajista.

TAULUKKO 7. Vastausten jakautuminen asenteita ja elintasoja koskevista kysymyksistä (%)

	Täysin eri mieltä	Osin samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Tunnen itseni huono-osaiseksi (N=252)	13	16	19	37	15
Pärjään elämässäni (N=254)	9	18	14	41	18
Ihmisiin voi luottaa (N=252)	32	36	10	19	3
Viranomaisiin voi luottaa (N=249)	35	28	13	21	3
Tuloni riittävät menoihini (N=252)	51	22	10	13	4
Pystyn huolehtimaan veloistani (N=251)	17	13	16	26	28
Saan kaupungilta riittävästi tukea, apua ja palveluita (N=248)	27	30	14	22	7
Saan seurakunnalta riittävästi tukea, apua ja palveluita (N=245)	29	13	31	19	8
Tulevaisuudessa elämäni on parempaa (N=246)	6	6	20	30	38
Saan ystäviltäni ja sukulaisiltani taloudellista tukea tarvittaessa (N=249)	20	16	10	36	18
Huumeiden käyttö aiheuttaa minulle ongelmia (N=249)	13	7	13	25	42
Alkoholin käyttö aiheuttaa minulle ongelmia (N=248)	41	8	15	13	23
Lääkkeiden käyttö aiheuttaa minulle ongelmia (N=248)	34	12	19	14	21

Kysymyksen tarkka sanamuoto: ”Seuraavassa esitetään erilaisia väittämiä. Valitse se vaihtoehto, joka vastaa parhaiten käsitystäsi”.

Vastausten jakautuminen asenteita ja elintasoja koskevista kysymyksistä sukupuolen mukaan

Miesten ja naisten keskiarvoja tarkasteltaessa voidaan todeta taulukon 8 mukaisesti, että miehet arvioivat päihteiden käytön haitallisemmaksi kuin naiset, sillä miehille huumeiden, lääkkeiden ja alkoholin käyttö oli ongelmallisempaa kuin naisille. Sukupuoli on tilastollisesti erittäin merkitsevästi yhteydessä alkoholin käyttöön ($p=0,001$).

Tutkimukseen osallistuneet naiset arvioivat miehiä enemmän huono-osaisuutta. Kyselyn mukaan he uskoivat kuitenkin miehiä enemmän parempaan tulevaisuuteen ja naisilla oli miehiä enemmän luottamusta muihin ihmisiin ja viranomaisiin. Naiset saivat myös miehiä enemmän riittävää tukea, apua ja palveluita seurakunnalta ja he saivat enemmän taloudellista tukea ystäviltä ja sukulaisilta tarvittaessa.

Miehet puolestaan arvioivat pärjäävänsä elämässä paremmin, samoin tulot riittivät paremmin menoihin. Miehet arvioivat erityisesti huolehtivansa veloista paremmin kuin naiset. Miehet saivat myös naisia enemmän riittävää tukea, apua ja palveluita kaupungilta.

TAULUKKO 8. Vastausten jakautuminen asenteita ja elintasoja koskevissa kysymyksissä sukupuolen mukaan (keskiarvo)

	Miehet ka./n	Naiset ka./n	Yht. ka. N	Merkitsevä Sig. arvo
Huono-osaisuus	3,24 156	3,30 87	3,26 243	
Elämässä pärjääminen	3,45 157	3,32 88	3,40 245	
Luottamus ihmisiin	2,22 156	2,23 87	2,23 243	
Luottamus viranomaisiin	2,27 154	2,34 87	2,29 241	
Tulojen riittävyys menoihin	2,02 155	1,80 88	1,94 243	
Veloista huolehtiminen	3,45 157	3,13 86	3,33 243	
Riittävä tuki, apu ja palvelut kaupungilta	2,58 153	2,38 86	2,51 239	
Riittävä tuki, apu ja palvelut srk:lta	2,60 149	2,72 87	2,65 236	
Parempi elämä tulevaisuudessa	3,81 150	3,99 87	3,87 237	
Taloudellinen tuki ystäviltä ja sukulaisilta tarvittaessa	3,15 152	3,17 88	3,16 240	
Huumeiden käytön ongelmallisuus	3,81 154	3,78 86	3,80 240	
Alkoholin käytön ongelmallisuus	2,94 154	2,22 85	2,69 239	***
Lääkkeiden käyttö ongelmallisuus	2,82 152	2,71 87	2,78 239	

Skaala 1–5: mitä suurempi arvo, sitä enemmän vastaaja kokee olevansa samaa mieltä väitteen kanssa.

Keskiarvoerojen tilastollinen merkitsevyys *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001.

Kysymyksen tarkka sanamuoto: ”Seuraavassa esitetään erilaisia väittämiä. Valitse se vaihtoehto, joka vastaa parhaiten käsitystäsi”.

Vertailtaessa keskiarvoja on käytetty t-testiä.

Vastausten jakautuminen asenteita ja elintasoja koskevissa kysymyksissä ikäryhmän mukaan

Seuraavaksi esitellyssä taulukossa 9 esitellään asenteiden ja elintason eri ulottuvuuksia alle 35-vuotiailla ja yli 35-vuotiailla. Havainnot osoittavat, että huono-osaisuuden kokemus oli yleisempää nuoremmalla ikäryhmällä, sillä alle 35-vuotiaat vastaajat kokivat itsensä huono-

osaisemmiksi kuin yli 35-vuotiaat vastaajat. Kuitenkin alle 35-vuotiaat uskoivat yli 35-vuotiaita enemmän, että tulevaisuudessa elämä on parempaa. Ikä on tilastollisesti erittäin merkitsevästi yhteydessä parempaan elämään tulevaisuudessa ($p=0,001$).

Taloudellisen tuen saanti ystäviltä ja sukulaisilta tarvittaessa oli suurempaa alle 35-vuotialla kuin yli 35-vuotiailla. Ikä on tilastollisesti yhteydessä taloudelliseen tukeen ystäviltä ja sukulaisilta ($p=0,022$). Päihteiden käyttö oli nuoremmille ongelmallisempaa kuin yli 35-vuotiailla. Alkoholin, lääkkeiden ja huumeiden käyttö oli ongelmallisempaa alle 35-vuotiaille kuin yli 35-vuotiaille. Ikä on tilastollisesti erittäin merkitsevästi yhteydessä lääkkeiden käytön ongelmallisuuteen ($p=0,001$), samoin ikä on tilastollisesti erittäin merkitsevästi yhteydessä huumeiden käytön ongelmallisuuteen ($p=0,002$).

Kyselyn mukaan vanhemmat pärjäsivät elämässä nuorempia paremmin ja tulotkin riittivät paremmin yli 35-vuotiailta kuin alle 35-vuotiailta. Ikä on tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä tulojen riittävyyteen ($p=0,012$). Veloista huolehtiminen onnistui paremmin yli 35-vuotiailta kuin alle 35-vuotiailla, kuitenkin vanhemmat arvioivat saavansa enemmän riittävää tukea, apua ja palveluita sekä kaupungilta että seurakunnalta. Yli 35-vuotiaat luottivat myös ihmisiin ja viranomaisiin alle 35-vuotiaita enemmän.

TAULUKKO 9. Vastausten jakautuminen asenteita ja elintasoa koskevissa kysymyksissä ikäryhmän mukaan (keskiarvo)

	Alle 35- vuotiaat ka. n	Yli 35- vuotiaat ka. n	Yht. ka. N	Merkitsevä Sig. arvo
Huono-osaisuus	3,34 158	3,12 86	3,26 244	
Elämässä pärjääminen	3,28 160	3,57 86	3,38 246	
Luottamus ihmisiin	2,15 160	2,38 84	2,23 244	
Luottamus viranomaisiin	2,20 157	2,49 85	2,30 242	
Tulojen riittävyys menoihin	1,79 159	2,22 85	1,94 244	*
Veloista huolehtiminen	3,27 159	3,44 85	3,33 244	
Riittävä tuki, apu ja palvelut kaupungilta	2,48 155	2,56 85	2,51 240	
Riittävä tuki, apu ja palvelut seurakunnalta	2,64 155	2,68 82	2,65 237	
Parempi elämä tulevaisuudessa	4,04 156	3,52 82	3,87 238	***
Taloudellinen tuki ystäviltä ja sukulaisilta tarvittaessa	3,31 157	2,87 84	3,16 241	*
Huumeiden käytön ongelmallisuus	4,01 156	3,40 84	3,79 241)	**
Alkoholin käytön ongelmallisuus	2,73 156	2,58 84	2,68 240)	
Lääkkeiden käytön ongelmallisuus	3,03 158	2,32 82	2,78 240	***

Skaala 1–5: mitä suurempi arvo, sitä enemmän vastaaja kokee olevansa samaa mieltä väitteen kanssa.

Keskiarvoerojen tilastollinen merkitsevyys *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001.

Kysymyksen tarkka sanamuoto: ”Seuraavassa esitetään erilaisia väittämiä. Valitse se vaihtoehto, joka vastaa parhaiten käsitystäsi”.

Vertailtaessa keskiarvoja on käytetty t-testiä.

Vastausten jakautuminen asenteita ja elintasoa koskevissa kysymyksissä paikkakunnittain

Yksisuuntaisen varianssianalyysin tulosten mukaan asenteiden ja elintason osalta paikkakunta on tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä lääkkeiden käytön aiheuttamiin ongelmiin (p=0,005). Post Hock -testiä käyttäen Tukey HSD korjaus osoitti, että erot ovat merkitseviä tamperelaisten ja helsinkiläisten välillä (p=0,007). Tamperelaiset vastaajat

(ka.=3,13) kokivat lääkkeiden käytön kaikkein ongelmallisimpana ja vähiten ongelmallisimpana helsinkiläiset vastaajat (ka.=2,48).

Pienten kaupunkien vastaajat (ka.=3,44) arvioivat eniten huono-osaisuutta, mutta heillä (ka.=3,93) oli kuitenkin eniten uskoa parempaan elämään tulevaisuudessa ja luottamusta ihmisiin (ka.=2,43). He huolehtivat parhaiten veloistaan (ka.=3,49), saivat myös riittävimmin tukea, apua ja palveluita kaupungilta (ka.=2,75) sekä eniten taloudellista tukea ystäviltä ja sukulaisilta tarvittaessa (ka.=3,93).

Helsinkiläiset vastaajat (ka.=3,55) puolestaan arvioivat eniten pärjäävyyttä elämässään, samoin heidän tulonsa riittivät parhaiten menoihin (ka.=2,10). He luottivat eniten viranomaisiin (ka.=2,40) ja saivat myös riittävimmin tukea, apua ja palveluita kaupungilta (ka.=2,57). Tamperelaisille päihteiden käyttö oli ongelmallisinta, ja se tuli kyselyssä esille huumeiden (ka.=3,98), alkoholin (ka.=2,92) ja lääkkeiden (ka.=3,13) käytön ongelmallisuutena.

Vastausten jakautuminen asenteita ja elintasoja koskevissa kysymyksissä sukupuolen ja paikkakunnan mukaan

Tarkasteltaessa asenteisiin ja elintasoon liittyviä muuttujia sukupuolen ja paikkakunnan mukaan keskiarvotarkastelut (skaala 1–5) osoittivat, että miesvastaajista tamperelaiset miehet (ka.=3,13) arvioivat alkoholin käytön aiheuttavan heille eniten ongelmia ja vastaavasti vähiten kokivat pienten kaupunkien miehet (ka.=2,64). Naisvastaajista tamperelaiset naiset (ka.=2,57) kokivat alkoholin käytön ongelmallisimpana ja vähiten pienten kaupunkien naiset (ka.=1,63). Selvitin kaksisuuntaisella varianssianalyysillä sukupuolen ja paikkakunnan merkitystä alkoholin käytön aiheuttamiin ongelmiin. Sukupuolten väliset erot olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä ($p=0,001$). Paikkakuntien väliset erot olivat tilastollisesti melkein merkitseviä ($p=0,042$). Sukupuolten ja paikkakuntien yhdysvaikutus ei ole merkitsevä ($p=0,694$). Sukupuoli ja paikkakunta selittävät 5 prosenttia alkoholinkäytön ongelmallisuudesta. Post hoc-testiä käyttäen Tukey HSD-korjaus osoitti, että erot eivät ole merkitseviä tamperelaisten ja pienten kaupunkien välillä ($p=0,073$).

Kyselyn mukaan miesvastaajista tamperelaisille miehille (ka.=3,22) lääkkeiden käyttö aiheutti eniten ongelmia, mutta vähiten helsinkiläisille miehille (ka.=2,52). Naisvastaajista tamperelaisille naisille (ka.=3,00) lääkkeiden käyttö aiheutti eniten ongelmia, kun taas

vähiten ongelmallisinta se oli pienten kaupunkien naisille (ka.=2,38). Tarkasteltaessa sukupuolen ja paikkakunnan merkitystä lääkkeiden käytön aiheuttamiin ongelmiin paikkakuntien väliset erot olivat tilastollisesti merkitseviä ($p=0,015$). Sukupuolten väliset erot eivät ole tilastollisesti merkitseviä ($p=0,375$). Sukupuolten ja paikkakuntien yhdysvaikutus ei ole myöskään merkitsevä ($p=0,921$). Sukupuoli ja paikkakunta selittävät 2,1 prosenttia lääkkeiden käytön ongelmallisuudesta. Post hoc-testiä käyttäen Tukey HSD-korjaus osoitti, että erot ovat melkein merkitseviä tamperelaisten ja helsinkiläisten välillä ($p=0,013$).

Helsinkiläiset miehet (ka.=2,72) arvioivat saavansa eniten riittävää tukea, apua ja palveluita kaupungilta, samoin heidän tulonsa riittivät parhaiten menoihin (ka.=2,17). Helsinkiläiset naiset arvioivat kuitenkin pärjäävänsä parhaiten elämässään (ka.=3,61), ja heillä oli myös eniten luottamusta viranomaisiin (ka.=2,46).

Tamperelaisille miehille (ka.=4,03) huumeiden käyttö oli ongelmallisinta. Erityisesti sekä tamperelaiset miehet (ka.=3,56) että pienten kaupunkien naiset (ka.=3,56) pystyivät parhaiten huolehtimaan veloistaan. Pienten kaupunkien miehet (ka.=3,54) tunsivat eniten huono-osaisuutta, mutta heillä (ka.=2,48) oli kuitenkin eniten luottamusta muihin ihmisiin. Kyselyn mukaan pienten kaupunkien naisilla (ka.=4,20) oli eniten uskoa parempaan elämään, ja he arvioivat myös saavansa eniten taloudellista tukea ystäviltä ja sukulaisilta tarvittaessa (ka.=3,81), samoin riittävimmin tukea, apua ja palveluita seurakunnalta (ka.=2,80).

Vastausten jakautuminen asenteita ja elintasoja koskevissa kysymyksissä paikkakunnan ja ikäryhmän mukaan

Seuraavaksi esitellyssä taulukossa 10 näkyy tämän tutkimuksen ensimmäisenä päätuloksena erot asenteissa ja elintasossa ikäryhmien (alle 35-vuotiaat ja yli 35-vuotiaat) ja paikkakuntien välillä. Tarkasteltaessa asenteisiin ja elintasaan liittyviä muuttujia ikäryhmien ja paikkakunnan mukaan keskiarvotarkastelut (skaala 1–5) osoittivat, että pienten kaupunkien yli 35-vuotiaat luottavat eniten viranomaisiin ja tamperelaiset alle 35-vuotiaat vähiten. Selvitin kaksisuuntaisella varianssianalyysillä ikäryhmien ja paikkakunnan merkitystä viranomaisluottamukseen. Ikäryhmien väliset erot olivat tilastollisesti melkein merkitseviä ($p=0,031$). Paikkakuntien väliset erot eivät olleet merkitseviä ($p=0,347$). Ikäryhmien ja paikkakuntien yhdysvaikutus ei ole merkitsevä ($p=0,385$). Ikäryhmä ja paikkakunta

selittävät 0,7 prosenttia viranomaisluottamuksesta. Post hoc-testiä käyttäen Tukey HSD-korjaus ei osoittanut merkitseviä eroja.

Helsingiläisten yli 35-vuotiaiden tulot riittävät parhaiten menoihin ja helsinkiläisten alle 35-vuotiaiden huonoiten. Tarkasteltaessa ikäryhmien ja paikkakunnan merkitystä tulojen riittävyttä menoihin ikäryhmien väliset erot olivat tilastollisesti melkein merkitseviä ($p=0,037$). Paikkakuntien väliset erot eivät olleet merkitseviä ($p=0,244$). Ikäryhmien ja paikkakuntien yhdysvaikutus ei ole merkitsevä ($p=0,101$). Ikäryhmä ja paikkakunta selittävät 3,5 prosenttia tulojen riittävydestä menoihin. Post hoc-testiä käyttäen Tukey HSD-korjaus ei osoittanut merkitseviä eroja.

Tamperelaiset alle 35-vuotiaat arvioivat vahvimmin, että tulevaisuudessa elämä on parempaa. Pienten kaupunkien yli 35-vuotiaat olivat kuitenkin vähiten sitä mieltä, että tulevaisuudessa elämä olisi parempaa. Tarkasteltaessa ikäryhmän ja paikkakunnan merkitystä parempaan tulevaisuuteen ikäryhmien väliset erot olivat tilastollisesti merkitseviä ($p=0,007$). Paikkakuntien väliset erot eivät olleet merkitseviä ($p=0,877$). Ikäryhmien ja paikkakuntien yhdysvaikutus ei ole merkitsevä ($p=0,994$). Ikäryhmä ja paikkakunta selittävät 2,5 prosenttia paremmasta tulevaisuudesta. Post Hoc-testiä käyttäen Tukey HSD-korjaus ei osoittanut merkitseviä eroja.

Kyselyn mukaan tamperelaisille yli 35-vuotiaille alkoholi aiheutti eniten ongelmia ja vastaavasti vähiten pienten kaupunkien yli 35-vuotiaille. Tarkasteltaessa ikäryhmän ja paikkakunnan merkitystä ongelmalliseen alkoholin käyttöön ikäryhmien väliset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä ($p=0,139$). Paikkakuntien väliset erot olivat melkein merkitseviä ($p=0,020$). Ikäryhmien ja paikkakuntien yhdysvaikutus ei ole merkitsevä ($p=0,202$). Ikäryhmä ja paikkakunta selittävät 1,6 prosenttia ongelmallisesta alkoholin käytöstä. Post hoc-testiä käyttäen Tukey HSD-korjaus ei osoittanut merkitseviä eroja.

Pienten kaupunkien alle 35-vuotiaat puolestaan arvioivat saavansa eniten ystäviltä ja sukulaisilta taloudellista tukea tarvittaessa ja vähiten pienten kaupunkien yli 35-vuotiaat. Tarkasteltaessa ikäryhmän ja paikkakunnan merkitystä taloudelliseen tukeen ikäryhmien väliset erot olivat tilastollisesti melkein merkitseviä ($p=0,010$). Paikkakuntien väliset erot eivät olleet merkitseviä ($p=0,828$). Ikäryhmien ja paikkakuntien yhdysvaikutus ei ole merkitsevä ($p=0,364$). Ikäryhmä ja paikkakunta selittävät 1,5 prosenttia taloudellisesta tuesta. Post hoc-testiä käyttäen Tukey HSD-korjaus ei osoittanut merkitseviä eroja.

Tamperelaisille alle 35-vuotiaille huumeiden käyttö aiheutti eniten ongelmia ja vähiten helsinkiläisille yli 35-vuotiaille. Tarkasteltaessa ikäryhmän ja paikkakunnan merkitystä ongelmalliseen huumeiden käyttöön ikäryhmien väliset erot olivat tilastollisesti melkein merkitseviä ($p=0,016$). Paikkakuntien väliset erot eivät olleet merkitseviä ($p=0,210$). Ikäryhmien ja paikkakuntien yhdysvaikutus ei ole merkitsevä ($p=0,905$). Ikäryhmä ja paikkakunta selittävät 3,9 prosenttia ongelmallisesta huumeiden käytöstä. Post hoc-testiä käyttäen Tukey HSD-korjaus ei osoittanut merkitseviä eroja.

Tamperelaisille alle 35-vuotiaille lääkkeet aiheuttivat eniten ongelmia ja vähiten ongelmallista se oli pienten kaupunkien yli 35-vuotiaille. Tarkasteltaessa ikäryhmän ja paikkakunnan merkitystä ongelmalliseen lääkkeiden käyttöön ikäryhmien väliset erot olivat tilastollisesti merkitseviä ($p=0,002$). Paikkakuntien väliset erot olivat melkein merkitseviä ($p=0,013$). Ikäryhmien ja paikkakuntien yhdysvaikutus ei ole merkitsevä ($p=0,051$). Ikäryhmä ja paikkakunta selittävät 6,5 prosenttia ongelmallisesta lääkkeiden käytöstä. Post hoc-testiä käyttäen Tukey HSD-korjaus korjaus osoitti, että erot ovat melkein merkitseviä helsinkiläisten ja tamperelaisten välillä ($p\text{-arvo}=0,010$).

Kyselyn mukaan pienten kaupunkien yli 35-vuotiaat vastaajat kokivat eniten huono-osaisuutta, kuitenkin he arvioivat eniten elämässä pärjäävyyttä, ja he arvioivat pystyvänsä parhaiten huolehtimaan veloista. Helsinkiläiset alle 35-vuotiaat sen sijaan kokivat saavansa kaupungilta riittävimmin tukea, apua ja palveluita, mutta helsinkiläiset yli 35-vuotiaat luottivat eniten ihmisiin. Tamperelaiset yli 35-vuotiaat puolestaan arvioivat saavansa seurakunnalta riittävimmin tukea, apua ja palveluita.

TAULUKKO 10. Vastausten jakautuminen asenteita ja elintasoja koskevista kysymyksistä paikkakunnan ja ikäryhmän mukaan (keskiarvo)

	Tampere		Helsinki		Hämeenlinna, Kouvola, Kotka		Yht. ka. N	Merkitsevä Sig. arvo
	Alle 35-v. ka. n	Yli 35-v. ka. n	Alle 35-v. ka. n	Yli 35-v. ka. n	Alle 35-v. ka. n	Yli 35-v. ka. n		
Huono-osaisuus	3,37 68	3,11 36	3,32 57	2,90 41	3,33 33	4,11 9	3,26 244	
Elämässä pärjääminen	3,14 70	3,44 36	3,44 57	3,59 41	3,30 33	4,00 9	3,38 246	
Luottamus ihmisiin	1,91 69	2,34 35	2,28 57	2,43 40	2,41 34	2,33 9	2,23 244	
Luottamus viranomaisiin	2,10 70	2,36 36	2,36 56	2,50 40	2,13 31	3,00 9	2,30 242	ikä *
Tulojen riittävyys menoihin	1,81 70	1,89 35	1,74 57	2,54 41	1,81 32	2,11 9	1,94 244	ikä *
Veloista huolehtiminen	3,37 70	3,42 36	3,20 56	3,23 40	3,18 33	4,44 9	3,33 244	
Riittävä tuki, apu ja palvelut kaupungilta	2,30 69	2,64 36	2,69 54	2,50 40	2,53 32	2,56 9	2,51 240	
Riittävä tuki, apu ja palvelut seurakunnalta	2,59 70	3,00 34	2,62 55	2,38 39	2,80 30	2,78 9	2,65 237	
Parempi elämä tulevaisuudessa	4,09 70	3,57 35	4,02 54	3,50 40	4,00 32	3,43 7	3,87 238	ikä **
Taloudellinen tuki ystäviltä ja sukulaisilta tarvittaessa	3,20 70	2,81 36	3,25 56	3,00 39	3,68 31	2,56 9	3,16 241	ikä **
Huumeiden käytön ongelmallisuus	4,19 69	3,58 36	3,86 56	3,22 41	3,87 31	3,50 8	3,79 241	ikä *
Alkoholin käytön ongelmallisuus	2,84 70	3,03 36	2,76 54	2,44 39	2,47 32	1,44 9	2,68 240	paikkakunta *
Lääkkeiden käytön ongelmallisuus	3,34 70	2,69 35	2,79 56	2,08 38	2,75 32	1,89 9	2,78 240	ikä ** paikkakunta *

Skaala 1–5: mitä suurempi arvo, sitä enemmän vastaaja kokee olevansa samaa mieltä väitteen kanssa. Keskiarvoerojen tilastollinen merkitsevyys *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001.

Kysymyksen tarkka sanamuoto: ”Seuraavassa esitetään erilaisia väittämiä. Valitse se vaihtoehto, joka vastaa parhaiten käsitystäsi”.

Vertailtaessa keskiarvoja on käytetty varianssianalyysia.

4.4 Kunnan, valtion, seurakunnan ja Kelan palvelujen käyttö

Hyvinvointikyselyssä (liite 1) on kysytty kunnan, valtion, seurakunnan ja Kelan palvelujen käyttöä viimeisen kuukauden aikana.

Kunnan, valtion, seurakunnan, Kelan ja päihdepalvelujen käyttö

Taulukossa 11 on nähtävissä palveluiden käyttö prosentteina. Eniten vastaajat arvioivat käyttäneensä päihdepalveluja, joiden osuus oli jopa 83 prosenttia, kuitenkin jopa 15 prosenttia vastaajista ilmoitti, ettei ollut käyttänyt päihdepalveluita, ja kaksi prosenttia ilmoitti hakeneensa, mutta jääneensä ilman palveluja. Toiseksi eniten vastaajat olivat käyttäneet sosiaalitoimiston palveluja (80 %). Huolestuttavaa, että neljä prosenttia vastaajista ilmoitti, ettei ollut saanut hakemiaan sosiaalitoimiston palveluja. Vastaajista jopa 16 prosenttia ilmoitti, ettei ollut käyttänyt sosiaalitoimiston palveluja.

Kolmanneksi eniten oli käytetty terveyskeskuksen palveluita (69 %). Valitettavasti neljä prosenttia vastaajista ei ollut saanut hakemaansa palvelua. Joka toinen (52 %) vastaajista kertoi käyttäneensä työvoimatoimiston palveluja työttömyysasioissa, ja vain viisi prosenttia vastaajista kertoi, että oli hakenut niitä saamatta. Kolmannes (33 %) vastanneista ilmoitti käyttäneensä Kelan (kuntoutus, terapia jne.) palveluja. Kuitenkin vastaajista kuusi prosenttia ilmoitti hakeneensa, mutta ei ollutkaan saanut näitä palveluja.

Joka neljäs (26 %) vastaaja arvioi käyttäneensä seurakunnan palveluja, ja kaksi prosenttia vastaajista kertoi, että oli hakenut, mutta oli jäänyt ilman palveluja. Neljäsosa (28 %) vastanneista oli käyttänyt mielenterveyspalveluja, mutta joka kymmenes (9 %) oli jäänyt vaille näitä hakemiaan palveluja. Reilut puolet (63 %) vastanneista ilmoitti, ettei ollut edes käyttänyt mielenterveyspalveluja.

TAULUKKO 11. Kunnan, valtion, seurakunnan, Kelan ja päihdepalvelujen käyttö kahden viimeisen kuukauden aikana prosentteina

	En ole käyttänyt	Olen hakenut, mutta en ole saanut	Olen käyttänyt
Mielenterveyspalveluja (N=245)	63	9	28
Sosiaalitoimiston palveluja (N=252)	16	4	80
Terveyskeskuksen palveluja (N=248)	27	4	69
Kelan palveluja (kuntoutus, terapia jne.) (N=249)	61	6	33
Seurakunnan palveluja (diakoniatyö) (N=241)	72	2	26
Työvoimatoimiston palveluja (työttömyys-asiat) (N=246)	43	5	52
Päihdepalveluja (N=236)	15	2	83

Kysymyksen tarkka sanamuoto: ” Seuraavassa luetellaan kunnan, valtion, seurakunnan ja Kelan palveluja. Mitä niistä olet käyttänyt kahden kuukauden aikana”.

Ristiintaulukoin kunnan, valtion, seurakunnan ja Kelan palvelujen käytön sukupuolen, iän ja paikkakunnan mukaan. Tilastollisesti merkitseviä tuloksia ei löytynyt miesten eikä naisten välillä. Miehet ja naiset käyttivät edellä mainittuja palveluja yhtä lailla, eroja palvelujen käytössä ei esiintynyt viimeisen kahden kuukauden aikana.

Terveyskeskuksen palveluja oli käytetty runsaasti, sillä yli 35-vuotiaista neljä viidestä (77 %) ja alle 35-vuotiaista reilut puolet (66 %) oli käyttänyt, kun taas nuoremmista kolmasosa (31 %) ja vanhemmista viidesosa (16 %) ei ollut käyttänyt näitä palveluja. Ikä on tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä terveyskeskuksen palvelujen käyttöön ($p=0,023$).

Pienten kaupunkien vastaajista jopa 75 prosenttia, tamperelaisista yli puolet (56 %) ja helsinkiläisistä reilu kolmannes (37 %) ilmoitti käyttävänsä työvoimatoimiston palveluja. Helsinkiläisistä jopa joka toinen (56 %), tamperelaisista alle puolet (40 %) ja pienten kaupunkien vastaajista viidennes (21 %) ilmoitti, ettei ollut käyttänyt työvoimatoimiston palveluja. Paikkakunta on tilastollisesti erittäin merkitsevästi yhteydessä työvoimatoimiston palvelujen käyttöön ($p=0,001$). Paikkakuntien välinen ero on tilastollisesti erittäin merkitsevä.

Ristiintaulukoin kunnan, valtion, seurakunnan ja Kelan palvelujen käytön viimeisen kahden kuukauden aikana sukupuolittain ja paikkakunnittain. Helsinkiläisistä miehistä 30 prosenttia ja naisista ainoastaan seitsemän prosenttia ilmoitti käyttäneensä seurakunnan palveluja viimeisen kahden kuukauden aikana. Seurakunnan palveluissa (diakoniatyö) sukupuolten ja paikkakunnan on välillä tilastollisesti melkein merkitsevä ero ($p=0,027$). Ero helsinkiläisten miesten ja naisten välillä on tilastollisesti melkein merkitsevä. Pienten kaupunkien miehistä jopa 33 prosenttia ja naisista 31 prosenttia oli käyttänyt seurakunnan palveluja, kun taas tamperelaisten miehistä 25 prosenttia ja naisista 26 prosenttia oli käyttänyt seurakunnan palveluja.

Pienten kaupunkien vastaajat olivat käyttäneet paljon työvoimatoimiston palveluja, sillä miehistä jopa 81 prosenttia ja naisista 66 prosenttia oli käyttänyt työvoimatoimiston palveluja, kun taas tamperelaisista miehistä 58 prosenttia ja naisista 51 prosenttia oli käyttänyt edellä mainittuja palveluja. Helsinkiläisistä miehistä 44 prosenttia ja helsinkiläisistä naisista ainoastaan 11 prosenttia kertoi käyttäneensä työvoimatoimiston palveluja viimeisen kahden kuukauden aikana. Työvoimatoimiston palveluissa

(työttömyysasiat) sukupuolten ja paikkakuntien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero ($p=0,008$). Ero helsinkiläisten miesten ja naisten välillä on tilastollisesti merkitsevä.

Ristiintaulukoin kunnan, valtion, seurakunnan ja Kelan palvelujen käytön viimeisen kahden kuukauden aikana ikäryhmittäin ja paikkakunnittain. Pienten kaupunkien yli 35-vuotiaat (78 %) olivat hyvin löytäneet seurakunnan palvelut, kun vastaavasti alle 35-vuotiaiden osuus oli vain 21 prosenttia. Seurakunnan palveluissa ikäryhmien ja pienten paikkakuntien välillä oli tilastollisesti melkein merkitsevä ero ($p=0,005$). Ero pienten kaupunkien ikäryhmien välillä on tilastollisesti melkein merkitsevä. Vastaavasti helsinkiläisistä alle 35-vuotiaista 29 prosenttia ja yli 35-vuotiaista vain 17 prosenttia oli käyttänyt seurakunnan palveluja, kun taas tamperelaisista miehistä 27 prosenttia ja naisista 25 prosenttia oli käyttänyt seurakunnan palveluja.

4.5 Päihdepalvelut

Hyvinvointilomakkeessa (liite 1) kysyttiin tarkemmin päihdepalvelujen käytöstä viimeisen kahden kuukauden aikana. Kyselyn mukaan melkein puolet vastaajista (48 %) oli käynyt a-klinikalla ja lähes kolmannes (29 %) vastaajista ilmoitti olleensa katkaisuhoidossa. Viidennes (19 %) vastaajista oli käyttänyt laitospalveluja. Joka kymmenes (13 %) vastaaja oli käyttänyt asumispalveluja.

Päihdepalvelujen käyttö sukupuolittain

Taulukossa 12 näkyy päihdepalvelujen käyttö kahden viimeisen kuukauden aikana sukupuolen mukaan prosentteina. Vastaajista miehet olivat olleet naisia aktiivisempia päihdepalvelujen käyttäjiä viimeisen kahden kuukauden aikana. Miehet olivat käyttäneet enemmän katkaisuhoidon palveluja, sillä kolmannes (36 %) miehistä ja vain viidennes (17 %) naisista ilmoitti olleensa katkaisuhoidossa viimeisen kahden kuukauden aikana. Sukupuoli on tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä katkaisuhoidon käyttöön ($p=0,002$).

Myös a-klinikan palvelujen osalta miehet olivat aktiivisempia palvelujen käyttäjiä, sillä yli puolet (54 %) miehistä ja naisista kaksi viidesosaa (40 %) oli käyttänyt a-klinikan palveluja. Sukupuoli on tilastollisesti melkein merkitsevästi yhteydessä a-klinikkapalveluihin ($p=0,027$). Miehet olivat naisia aktiivisempia myös laitospalvelujen käytössä, sillä neljännes (24 %) miehistä ja naisista vain reilu kymmenesosa (13 %) oli osallistunut

laitoskuntoutukseen. Sukupuoli on tilastollisesti melkein merkittävästi yhteydessä laitoskuntoutuspalveluihin ($p=0,033$). Myös asumispalveluissa miesten osuus (15 %) oli naisia (9 %) hiukan suurempi.

TAULUKKO 12. Päihdepalvelujen käyttö sukupuolen mukaan prosentteina (N=245)

	Ei		Kyllä		Merkitsevä Sig. arvo
	Mies	Nainen	Mies	Nainen	
Katkaisuhoito	64	83	36	17	**
A-klinikka	46	61	54	39	*
Laitoskuntoutus	76	87	24	13	*
Asumispalvelut	85	91	15	9	

Tilastollinen merkitsevyys * $0,01 < p < 0,05$; ** $0,001 < p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Kysymyksen tarkka sanamuoto: ”Mitä seuraavista päihdepalveluista olet käyttänyt?”

Testimenetelminä on käytetty ristiintaulukointia ja Khiin neliötä.

Päihdepalvelujen käyttö ikäryhmittäin

Ristiintaulukoin päihdepalvelujen käytön ikäryhmien mukaan. Kyselyn mukaan yli 35-vuotiaista vastaajista 27 prosenttia ja alle 35-vuotiaista vastaajista vain 16 prosenttia oli käyttänyt laitoskuntoutuspalveluja viimeisen kahden kuukauden aikana. Ikäryhmä on tilastollisesti melkein merkitsevästi yhteydessä laitoskuntoutukseen ($p=0,039$). Vanhemmat vastaajat (32 %) olivat käyttäneet katkaisuhoitoa enemmän kuin nuoremmat vastaajat (28 %) ja yli 35-vuotiaat (13 %) ilmoittivat käyttäneensä hiukan enemmän asumispalveluja kuin alle 35-vuotiaat (12 %). Alle 35-vuotiaat (51 %) olivat kuitenkin käyttäneet enemmän a-klinikan palveluita kuin alle 35-vuotiaat (44 %).

Päihdepalvelujen käyttö paikkakunnittain

Päihdepalvelujen käytön ristiintaulukoin paikkakunnittain. Pienten kaupunkien vastaajat (66 %) olivat aktiivisimpia a-klinikalla kävijöitä. Puolet helsinkiläisistä (50 %) ja vajaa puolet tamperelaisista (40 %) kertoi käyttäneensä a-klinikkapalveluja viimeisen kahden kuukauden aikana. Paikkakunta on tilastollisesti melkein merkitsevästi yhteydessä a-klinikkapalveluihin ($p=0,015$).

Helsinkiläiset (36 %) olivat käyttäneet eniten katkaisuhoitoa ja tamperelaiset (24 %) vähiten. Tamperelaiset (21 %) olivat käyttäneet eniten laitoshoitopalveluja, ja pienten kaupunkien

vastaajat (16 %) vähiten. Helsinkiläiset (15 %) olivat käyttäneet eniten asumispalveluja, ja vain hiukan vähäisempää oli palveluiden käyttö pienissä kaupungeissa (11 %) ja Tampereella (11 %).

Päihdepalvelujen käyttö sukupuolittain ja paikkakunnittain

Taulukossa 13 on tarkasteltu päihdepalvelujen käyttöä sukupuolen ja paikkakunnan mukaan, joka on tutkimuksen toinen päätulos. Kyselyn mukaan pienten kaupunkien miehet (70 %) olivat käyttäneet eniten a-klinikan palveluja, kun taas tamperelaiset naiset (27 %) vähiten. Tamperelaisten miesten ja naisten välillä a-klinikan palvelujen käytössä oli tilastollisesti melkein merkitsevä ero ($p=0,015$).

Helsinkiläiset miehet (43 %) olivat käyttäneet katkaisuhoidon palveluja eniten ja pienten kaupunkien naiset (6 %) vähiten. Pienten kaupunkien miesten ja naisten välillä katkaisuhuito- ja palvelujen käytössä oli tilastollisesti melkein merkitsevä ero ($p=0,025$) ja helsinkiläisten miesten ja naisten välillä on katkaisuhoidon palvelujen käytössä tilastollisesti melkein merkitsevä ero ($p=0,025$).

Tamperelaiset miehet (28 %) olivat käyttäneet eniten laitostuntoutuksen palveluja, ja vastaavasti tamperelaiset naiset (11 %) vähiten. Tamperelaisten miesten ja naisten välillä laitostuntoutuspalvelujen käytössä on melkein merkitsevä ero ($p=0,040$). Vastaajista helsinkiläiset naiset (22 %) olivat käyttäneet eniten asumispalveluja, mutta tamperelaisten naisten osuus oli todella vähäinen (2 %). Tamperelaisten miesten ja naisten välillä asumispalvelujen käytössä oli merkitsevä ero ($p=0,012$).

Taulukosta on nähtävissä, että miehet ovat naisia aktiivisemmin käyttäneet päihde-ehdoisia palveluita, paitsi Helsingissä asumispalveluissa naiset ovat olleet miehiä aktiivisempia asumispalvelujen käyttäjiä.

TAULUKKO 13. Päihdepalvelujen käyttö sukupuolen ja paikkakunnan mukaan prosentteina (N=245)

	Tampere		Helsinki		Hämeenlinna Kouvola, Kotka	
	Mies	Nainen	Mies	Nainen	Mies	Nainen
Katkaisuhoito						
Ei	72	80	57	82	63	94
Kyllä	28	20	43	18	37	6
Sig.			*		*	
A-klinikka						
Ei	49	73	50	52	30	44
Kyllä	51	27	50	48	70	56
Sig.		*				
Laitoskuntoutus						
Ei	72	89	77	85	82	88
Kyllä	28	11	23	15	18	12
Sig.		*				
Asumispalvelut						
Ei	82	98	87	78	85	94
Kyllä	18	2	13	22	15	6
Sig.		*				

Tilastollinen merkitsevyys *0,01 < p < 0,05; **0,001 < p < 0,01; *** p < 0,001.

Kysymyksen tarkka sanamuoto: ”Mitä seuraavista palveluista olet käyttänyt?”

Testimenetelminä on käytetty ristiintaulukointia ja khiin neliötä.

Päihdepalvelujen käyttö ikäryhmittäin ja paikkakunnittain

Ristiintaulukoin päihdepalvelujen käytön ikäryhmittäin ja paikkakunnittain. Helsinkiläisistä alle 35-vuotiaista jopa 59 prosenttia ja yli 35-vuotiaista vain 38 prosenttia oli käyttänyt a-klinikan palveluja viimeisen kahden kuukauden aikana. Helsinkiläisten alle 35-vuotiaiden ja yli 35-vuotiaiden välillä a-klinikka palveluiden käytössä on tilastollisesti melkein merkitsevä ero (p=0,040). Pienten kaupunkien yli 35-vuotiaat (67 %) olivat vastaajista aktiivisimpia a-klinikan palveluihin osallistujia.

Pienten kaupunkien yli 35-vuotiaat olivat käyttäneet eniten (44 %) katkaisuhoidon palveluja ja pienten kaupunkien alle 35-vuotiaat vähiten (21 %). Pienten kaupunkien yli 35-vuotiaat olivat olleet aktiivisimpia (33 %) laitoskuntoutuspalveluissa, ja pienten kaupunkien alle 35-vuotiaat passiivisimpia (12 %). Helsinkiläiset alle 35-vuotiaat (16 %) olivat käyttäneet eniten asumispalveluja, kun taas tamperelaiset alle 35-vuotiaat (10 %) vähiten.

5 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen kaksi päätulosta ovat erot asenteissa ja elintasossa ikäryhmien ja paikkakuntien välillä sekä päihdepalvelujen käytön erot miesten ja naisten sekä eri paikkakuntien välillä.

Subjektiiivinen hyvinvointi vaihtelee sen mukaan, miten henkilön elinympäristö vaihtuu tai millä tavoin hänen näkökantansa tai asenteensa muuttuvat (Kainulainen 2014, 61). Tarkastelen asiakkaan subjektiivista hyvinvointia siitä näkökulmasta, miten taustatekijät (sukupuoli, ikä ja paikkakunta) ja asenteet ovat yhteydessä pistämällä huumeita käyttävien ja terveysneuvontatoimipisteessä asioivien elintason ja hyvinvointiin sekä mitä päihde-ottoisia palveluja terveysneuvonnassa asioivat asiakkaat käyttävät.

Tutkimuksen ensimmäisessä päätuloksessa tarkastellaan eroja asenteissa ja elintasossa ikäryhmien (alle 35-vuotiaat ja yli 35-vuotiaat) ja paikkakuntien välillä. Kyselyn mukaan pienten kaupunkien yli 35-vuotiaat vastaajat tuntevat eniten huono-osaisuutta. Toisaalta he myös kokevat eniten pärjäämisen tunnetta. Heillä on eniten pystyvyyttä velkojen huolehtimisesta, ja he kokevat eniten viranomaisluottamusta. Helsinkiläiset yli 35-vuotiaat vastaajat luottavat eniten ihmisiin, ja heidän tulonsa riittävät parhaiten menoihin. Tamperelaiset yli 35-vuotiaat vastaajat saavat seurakunnalta riittävimmin tukea, apua ja palveluita tarvittaessa, mutta alkoholinkäyttö aiheuttaa heille eniten ongelmia. Kyselyn mukaan helsinkiläiset alle 35-vuotiaat vastaajat saavat kaupungilta riittävimmin tukea, apua ja palveluita. Tamperelaisilla alle 35-vuotiailla vastaajilla on vahvin luottamus parempaan tulevaisuuteen, toisaalta heillä on eniten ongelmia huumeiden ja lääkkeiden käytössä. Pienten kaupunkien alle 35-vuotiaat vastaajat arvioivat saavansa eniten taloudellista tukea ystäviltä ja sukulaisilta tarvittaessa.

Toinen päätulos on päihdepalvelujen käytön eroissa miesten ja naisten sekä eri paikkakuntien välillä. Kyselyn mukaan pienten kaupunkien miehet käyvät eniten a-klinikalla, ja helsinkiläiset miehet käyttävät eniten katkaisuhuhoitopalveluita. Tamperelaiset miehet osallistuvat eniten laitoskuntoutuspalveluihin, ja helsinkiläiset naiset käyttävät eniten asumispalveluja.

5.1 Taustatekijöiden ja asenteiden yhteys pistämällä huumeita käyttävien ja terveysneuvontapisteessä asioivien asiakkaiden elintason ja hyvinvointiin

Taulukossa 14 tutkimuksen tuloksia voidaan vertailla Kelan kansalaiskyselyyn (2013) sekä Kuopion terveysneuvonta Portin hyvinvointikyselyn tuloksiin, jotka on koottu vuonna 2013 (Laipio ym. 2014).

Huono-osaisuus

Huono-osaisuutta arvioi pistämällä huumeita käyttävistä asiakkaista puolet. Kyselyn mukaan pienten kaupunkien yli 35-vuotiailla vastaajilla oli eniten huono-osaisuuden kokemusta. Kelan kyselyyn vastanneista vain kuusi prosenttia arvioi itsensä huono-osaiseksi. Yksilö järjestelmällisesti liioittelee yhteiskunnallista asemaansa ja väheksyy huono-osaisuuttaan (Kainulainen & Saari 2013, 39). Huono-osaisuuteen samaistuminen on julkisesti erittäin vähäistä, ja monitahoiseen huono-osaisuuden tunteeseen liittyy monet epäsuorat näkökohdat (Laitinen 2017, 57–62). Useat syyt vaikuttavat hyväosaisuuden ja huono-osaisuuden kokemukseen, joten yksilö ei tunne itseään selkeästi hyvä- tai huono-osaiseksi (Kammonen 2016, 45). Huono-osaisuus on käsitteenä arvioiva, jolloin yksilöt alkavat arvuuttamaan omaa sosiaalista sijaintiansa (Kainulainen & Saari 2013, 29).

Kyselyn mukaan pistämällä huumeita käyttävien asiakkaiden kokemus huono-osaisuudesta on valtaväestöä huomattavasti suurempi. Törmän (2009, 138) mukaan huono-osaisuus lisääntyy päihteidenkäyttäjän ikääntyessä, ja johtaa siihen, että osa nuorehkoista huumeidenkäyttäjistä voi kokea vaikeutta yhteiskuntaan liittymisessä ja hoitojärjestelmään hakeutumisessa siinä vaiheessa, kun hänelle tulee lisää ikää. Päihteitä käyttäviin naisiin tulee kiinnittää myös erityistä huomiota, ja heidän tulee saada erityisesti naisille suunnattuja palveluita (Arponen ym. 2008, 106).

Elämässä pärjäävyys

Tutkimuksessa tulee esille, että elämässä pärjäävyyttä kokee pistämällä huumeita käyttävistä asiakkaista yli puolet. Kyselyn mukaan miehet pärjäävät elämässä naisia paremmin. Naiset kokevat olevansa miehiä yhteiskunnallisesti heikommassa asemassa (Arponen ym. 2008, 106). Pienten kaupunkien yli 35-vuotiailla terveysneuvonnan asiakkailla on eniten

pärjäävyyttä. Pärjäämisen kokemus on pistämällä huumeita käyttävillä asiakkailla reilusti alhaisempaa kuin valtaväestöllä, josta jopa 95 prosenttia arvioi pärjäävänsä elämässään.

Perälä (2007, 268) tuo esille päihteidenkäyttäjien käytännönläheisen tuen tarpeen. Apua tarvitaan myös elämän ja olemassaolon tarkoitusta ja mielekkyyttä käsitteleviin ongelmiin. Yhtäaikainen ja kokonaisvaltainen tuki on asiakkaalle hyödyllistä. Apua hakeva päihdeasiakas voi käyttäytyä rajattomasti, mikä voi olla työntekijälle haasteellinen asia, mutta avun tarve tulee silti huomioida. (Mt. 2007, 268.) Huumeita käyttävien naisten huono taloudellinen tilanne ja päihteiden käytöstä aiheutuvat sairaudet yhdessä lisäävät yksilön haavoittuvuuden tunnetta ja kiinnittymistä julkisiin palveluihin. Näiden palvelujen käytön johdosta hän saa osakseen huumeongelmaisen stigman ja väliinpuotoamisen kokemuksen. (Virokannas 2017a, 274.)

Kinnunen, Kainulainen ja Perälä (2017, 159) tuovat esille rikollisen elämäntavan vähentymisen ikääntymisen myötä. Savosen (2017, 192) mukaan ”vanhaliittolaiset” arvostelevat heihin suuntautuvia ennakkoluuloja, jonka mukaan heidät nähdään ja koetaan tietynlaisena ja erilaisena ryhmänä normaaliväestöön verrattuna. Vanhan liiton väki ei pidä siitä, että samankaltaisen ryhmän yksilöt yhdistetään mielikuvien perusteella tietyn tyyppisiksi ihmisiksi, vaikka päihteidenkäyttäjät ovat voineet elää tavallista arkea huumeiden käytöstä huolimatta. (Mt. 2017, 192.) Omassa elämässään selviytyäkseen yksilö työskentelee omien päämääriensä suuntaisesti, ja pärjääminen on yleensä hankalampaa taloudellisen tilanteen huonontuessa (Ohisalo ym. 2015, 293).

Luottamus ihmisiin ja viranomaisiin

Väestön luottamuksen eroavuudet ilmentävät eri ryhmien toisistaan olevaa välimatkaa. Huono-osaisten yhteiskunnan jäsenten luottamuksen määrä muihin ihmisiin ja yhteiskunnan instituutioihin on merkityksellinen seikka siinä, miten yhteiskunnan toimintaan osallistutaan. (Salonen 2013, 62.) Luottamusta ihmisiin arvioi 22 prosenttia terveysneuvonnan asiakkaista. Kyselyn mukaan helsinkiläisillä yli 35-vuotiailla vastaajilla on eniten luottamusta muihin ihmisiin. Pistämällä huumeita käyttävän asiakkaan luottamus ihmisiin on vähäistä valtaväestöön verrattuna. Luottamuksen erot kuvastavat sosiaalisesti erilaisten ryhmien välisiä eroja (Salonen 2013, 141). Henkilöt luottavat yleensä tuntemiinsa ihmisiin heistä käytettävissä olevan luottamukseen liittyvän informaation mukaan (Kouvo 2013, 109).

Päihteidenkäyttäjät luottavat erityispalvelun työntekijään, joka suhtautuu huumeisiin ymmärtäväisesti, mutta päihderiippuvainen kohdistaa negatiivisemmat tunteet peruspalvelujen työntekijöitä kohtaan. Asiakkaiden virkavaltaa kohtaan tuntema fobia ei vaikuta suuressa määrin terveysneuvontapisteessä asiointiin. (Arponen ym. 2008, 139–140.) Päihteidenkäyttäjät voi käytöksellään koetella omaa asemaansa ihmisenä ja yhteiskunnan jäsenenä (Perälä 2007, 269).

Luottamusta viranomaisiin arvioi terveysneuvonnan asiakkaista vain 24 prosenttia, ja pienten kaupunkien yli 35-vuotiailla on eniten luottamusta viranomaisiin. Kelan kansalaiskyselyn mukaan vastaajilla on viranomaisiin suuri luottamus (79 %). Pistämällä huumeita käyttävät vastaajat luottavat viranomaisiin vähänlaisesti valtaväestöön verrattuna. Haitalliset ja myönteiset kokemukset julkisissa palvelujärjestelmissä vaikuttavat yksilön luottamuksen kokemukseen (Kouva 2013, 116). Hän voi koetella muita ihmisiä, miten eri instituution jäsenet häntä kohtelevat (Perälä 2007, 269). Kainulaisen mukaan (2017, 138–139) vanhan liiton päihteidenkäyttäjät kokevat joutuneensa huumausainerikollisuuden stigman takia lainsuojattomiksi kansalaisiksi, jolloin oikeuksista kiinnipitäminen tuntuu turhauttavalta ja hyödyttömältä. He ovat kokeneet tilanteita, jossa virkavalta ei ole noudattanut poliisille kuuluvia ohjeita, ja poliisikunta on kohdellut heitä kovakouraisesti ja mielivaltaisesti. Kaikesta huolimatta esille tulee myös positiivisia kokemuksia poliisia kohtaan. (Mt. 2017, 138–139.)

Tulojen riittävyys ja veloista huolehtiminen

Kyselyn mukaan tulot riittävät menoihin terveysneuvontapisteiden asiakkailla vain vajaalla viidenneksellä. Helsingiläisten yli 35-vuotiaiden tulot riittävät parhaiten menoihin. Vastaavasti Kelan kansalaiskyselyyn vastaajista jopa neljä viidestä arvioi tulojen riittävyyttä menoihin. Tähän hyvinvointikyselyyn vastanneista terveysneuvontapisteiden asiakkaista puolet ilmoittaa käytettävän tulon määräksi 101–500 euroa. Pistämällä huumeita käyttävien asiakkaiden tulot riittävät menoihin huomattavasti heikommin muuhun valtaväestöön verrattuna. Pienituloisena erilaisilla etuuksilla eläen menojen kattaminen voi olla todella vaikeaa. Päihteidenkäyttäjät saattaa joutua hankkimaan rahaa myös rikoksien ja lainojen avulla.

Pystyvyyttä veloista huolehtimiseen arvioi 30 prosenttia terveysneuvontapisteiden asiakkaista, ja pienten kaupunkien yli 35-vuotiaat arvioivat pystyvänsä parhaiten

huolehtimaan veloistaan. Kelan kyselyssä lähes kaikki vastaajat ilmoittivat pystyvyyttä veloista huolehtimiseen (93 %). Veloista huolehtiminen voi olla päihdeongelmaiselle monisyinen asia, sillä velka voi tarkoittaa virallista lainaa tai epävirallista päihdevelkaa, joka voidaan hoitaa muulla keinoin kuin rahalla (Laitinen 2017, 68).

Riittävä apu, tuki ja palvelut kaupungilta sekä seurakunnalta

Kaupungilta riittävästi tukea, apua ja palveluita ilmoittaa saavansa sekä terveysneuvontapisteiden että Kelan kansalaiskyselyn vastaajista molemmissa yli puolet. Helsinkiläiset alle 35-vuotiaat arvioivat saavansa kaupungilta riittävimmin tukea, apua ja palveluita. Kuopiossa tehdyssä tutkimuksessa pistämällä huumeita käyttävät asiakkaat eivät sen sijaan ole kovinkaan tyytyväisiä kaupungin palveluihin, joka saattaa ilmentää myös vallitsevaa epäluuloa yhteiskuntaa ja instituutiota kohtaan (Laipio ym. 2014, 36).

Kyselyn mukaan seurakunnalta riittävästi tukea, apua ja palveluita saa terveysneuvontapisteen vastaajista alle puolet. Tamperelaiset yli 35-vuotiaat arvioivat saavansa seurakunnalta riittävimmin tukea, apua ja palveluita. Seurakunnan diakoniatyö vaatii toimeentulotukipäätöksen ennen kuin voi myöntää suurempaa avustusta esimerkiksi maksamattomiin laskuihin. Päihteiden käyttö, lainsuojattomaksi leimautumisen huoli, pelko nuhtelusta sekä valvonnasta voivat olla haitaksi asiakkaan tuen etsimishalukkuudelle ja avun vastaanottamiselle (Ohisalo ym. 2015, 303.)

Ystäviltä ja sukulaisilta saatava tarvittava tuki

Ystäviltä ja sukulaisilta taloudellista tukea tarvittaessa arvioi saavansa terveysneuvontapisteiden asiakkaista yli puolet. Pienten kaupunkien alle 35-vuotiaat saavat eniten ystäviltä ja sukulaisilta taloudellista tukea tarvittaessa. Kinnusen, Kainulaisen ja Perälän (2017, 158) mukaan vanhan liiton päihteidenkäyttäjät korostavat läheisiltä saadun tuen tärkeyttä. Kattainen, Muuri, Luoma ja Voutilainen (2008, 219–229) tuovat esille vastuuta, jota tunnetaan läheisestä. Myös tämän päivän yhteiskunnassa välitetään lähimmäisestä ihmisestä. Lähimmäiset tuntevat vastuuta omaisistaan, ja apu annetaan epävirallisena tukena. Omaisten, tuttavien ja ystävien vapaaehtoinen auttaminen on merkityksellistä kansalaistoimintaa, ja sitä on vaikea korvata muulla tuella. Epävirallinen apu on ollut, ja tulee myös jatkossa olemaan yhteiskunnalle ja siinä toimiville ihmisille merkityksellistä tukea. (Mt. 2008, 219–229.) Kavereilta ja omaisilta voi saada taloudellista

tukea, joka menee arjen menoihin asumiseen, elintarvikkeisiin sekä päihteisiin (Perälä 2002, 92).

Parempi tulevaisuus

Parempiin tulevaisuuden näkymiin luottaa kaksi kolmesta terveysneuvontapisteen asiakkaista. Myös Sumuisten sielujen hyvinvointi -raportissa sekä Kuopion terveysneuvonta -raportissa kaksi kolmesta vastaajasta uskoo parempaan tulevaisuuteen (Laipio 2014; Laitinen ym. 2017). Tutkimukseni mukaan tamperelaiset nuoret vastaajat kokevat vahvimmin, että tulevaisuudessa elämä on parempaa. Pistämällä huumeita käyttävillä asiakkailla on hiukan enemmän uskoa parempaan tulevaisuuteen kuin valtaväestöllä. Parempiin tulevaisuuden näkymiin voi vaikuttaa vastaajan melko nuori ikä (Pitkänen ym. 2016, 8). Monenlaiset pelot ja epäilyt vaikuttavat tulevaisuuteen liittyviin ajatuksiin (Mustonen ym. 2013, 73). Huumeita käyttävän yksilön elämä ei ole suinkaan pelkkää murhetta ja surua, vaikka elämä olisi koruton taloudellisesti heikon tulotason, luottamuksen puutteen tai huono-osaisuuden kokemuksen takia (Koivula ym. 2014, 46).

Leimatusta identiteetistä ei pääsee eroon, ellei yhteiskunnassa vallitseva tuomitsevuus vähene tai henkilö muuta elämäntapaansa. Savonen (2017, 196) tuo esille, että vanhan liiton päihteiden käyttäjien kertomuksissa normaali elämä näyttäytyy samalla tapaa kuin valtaväestön elämäntapa, ja ”vanhaliittolaisista” normaali elämänlaatu on tavoiteltava elämäntapa. He haluavat vähentää marginaalisuuden statusta. He painottavat myös omaa arkipäiväisyyttään samalla tuoden esiin sitä, ettei heidän elämäntapansa ole ollut kuitenkaan arkista tai tavanomaista. (Mt. 2017, 196.)

Päihteiden käyttö

Kyselyn mukaan päihteiden käyttö on nuorille vastaajille ongelmallisempaa kuin vanhemmille. Huumeiden käytön arvioi ongelmalliseksi kaksi kolmesta pistämällä huumeita käyttävästä asiakkaasta. Kyselyn mukaan tamperelaisille alle 35-vuotiaille huumeiden käyttö aiheuttaa eniten ongelmia. Alkoholien käytön ongelmallisuutta kokee kolmannes tutkimukseen vastanneista. Kyselyn mukaan tamperelaisille vanhemmille vastaajille alkoholinkäytöstä tulee eniten ongelmia. Lääkkeiden väärinkäytöstä kolmannes vastaajista arvioi aiheutuvan ongelmia. Tamperelaisille nuorille lääkkeet ovat ongelmallisimpia. Alle 35-vuotiailla huumeiden sekä lääkkeiden väärinkäyttö yhdistyy yleensä päihdeongelmiin, ja lääkkeiden väärinkäyttö liittyy usein muiden päihteiden käyttöön. (Partanen ym. 2014, 191).

Törmä (2009, 143) tuo väitöskirjassaan esille, että hänen haastattelemissaan asiakkailla selkeästi alkoholistien osuus voi olla vähäisempi, koska osa haastatelluista ei välttämättä ole avoin päihteiden käytön laajuudesta, ja huumeiden käyttö osoittautuu Törmän mielestä joillekin syrjäytyneille päihdeongelmaiselle asiaksi, josta he haluavat vaieta.

Hyvinvoinnin kokemuksesta ja asenteista

Tämä tutkimuksen perusteella tutkimukseen osallistuneiden pistämällä huumeita käyttävien asiakkaiden hyvinvointi on huomattavasti heikompaa verrattaessa koko väestön hyvinvointiin. Ikäryhmittäin tarkasteluna vanhemmat vastaajat selviävät arjessa paremmin kuin nuoremmat. Erot elintasossa ja käytettävän rahan määrässä pistämällä huumeita käyttävien ja hyvinvoivien asukkaiden välillä vaikuttaa terveysneuvontapisteiden asiakkaiden rahankäyttöön kulutusyhteiskunnassamme (vrt. Ohisalo ym 2015, 302). Päihteiden käyttö on nuorille vastaajille ongelmallisempaa kuin vanhemmille. Pärjäämisen kokemus on pistämällä huumeita käyttävillä asiakkailla reilusti alhaisempaa kuin valtaväestöllä. Mielenkiintoinen tulos on myös, että kyselyn mukaan pistämällä huumeita käyttävillä asiakkailla on hiukan enemmän uskoa parempaan tulevaisuuteen kuin valtaväestöllä.

TAULUKKO 14. Asenteiden ja elintason eri ulottuvuudet keskiarvoina ja prosentteina – yhteenveto

	Vertailu			M	N	Alle 35-v	Yli 35-v.	Tre	Hki		Hlinna, Kouvola, Kotka		Tampere		Helsinki		Hämeenlinna, Kouvola, Kotka		
	Aineisto	Kela	Kuo- pio						M	N	M	N	M	N	Alle 35-v. ka.	Yli 35-v. ka.	Alle 35-v. ka.	Yli 35-v. ka.	Alle 35-v. ka.
	%	%	%	ka.	ka.	ka.	ka.	ka.	ka.	ka.	ka.	ka.	ka.	ka.	ka.	ka.	ka.	ka.	ka.
Huono-osaisuus	52	6	41	3,24	3,30	3,34	3,12	3,27	3,30	3,11	3,21	3,54	3,44	3,37	3,11	3,32	2,90	3,33	4,11
Elämässä pärjääminen	59	95	63	3,45	3,32	3,28	3,57	3,33	3,16	3,51	3,61	3,58	3,25	3,14	3,44	3,44	3,59	3,30	4,00
Luottamus ihmisiin	22	64	25	2,22	2,23	2,15	2,38	1,97	2,14	2,35	2,36	2,48	2,25	1,91	2,34	2,28	2,43	2,41	2,33
Luottamus viranomaisiin	24	79	18	2,27	2,34	2,20	2,49	2,07	2,32	2,40	2,46	2,40	2,20	2,10	2,36	2,36	2,50	2,13	3,00
Tulojen riittävyys menoihin	17	80	19	2,02	1,80	1,79	2,22	1,88	1,77	2,17	1,82	1,92	1,81	1,81	1,89	1,74	2,54	1,81	2,11
Veloista huolehtiminen	30	93	50	3,45	3,13	3,27	3,44	3,56	3,16	3,37	2,81	3,38	3,56	3,37	3,42	3,20	3,23	3,18	4,44
Riittävä tuki, apu ja palvelut kaupungilta	57	57	37	2,58	2,38	2,48	2,56	2,44	2,35	2,72	2,33	2,52	2,56	2,30	2,64	2,69	2,50	2,53	2,56
Riittävä tuki, apu ja palvelut seurakunnalta	42	47	30	2,60	2,72	2,64	2,68	2,69	2,73	2,45	2,68	2,79	2,80	2,59	3,00	2,62	2,38	2,80	2,78
Parempi elämä tulevaisuudessa	68	62	67	3,81	3,99	4,04	3,52	3,77	4,11	3,88	3,68	3,71	4,20	4,09	3,57	4,02	3,50	4,00	3,43
Taloudellinen tuki ystäviltä ja sukulaisilta tarvittaessa	54	68	63	3,15	3,17	3,31	2,87	3,05	3,07	3,24	2,96	3,17	3,81	3,20	2,81	3,25	3,00	3,68	2,56
Huumeiden käytön ongelmallisuus	67	-	67	3,81	3,78	4,01	3,40	4,03	3,93	3,64	3,46	3,72	3,93	4,19	3,58	3,86	3,22	3,87	3,50
Alkoholin käytön ongelmallisuus	36	-	32	2,94	2,22	2,73	2,58	3,13	2,57	2,88	2,00	2,64	1,63	2,84	3,03	2,76	2,44	2,47	1,44
Lääkkeiden käytön ongelmallisuus	35	-	-	2,82	2,71	3,03	2,32	3,22	3,00	2,52	2,44	2,68	2,38	3,34	2,69	2,79	2,08	2,75	1,89

Kysymyksen tarkka sanamuoto: ” Seuraavassa esitetään erilaisia väittämiä. Valitse se vaihtoehto, joka vastaa parhaiten käsitystäsi”.

Keskiarvoissa skaala 1–5: mitä suurempi arvo, sitä enemmän vastaaja kokee olevansa samaa mieltä väitteen kanssa. Tulosiosta löytyvät frekvenssit ja merkitsevät sig. arvot.

Referenssiryhminä vuonna 2013 suoritettujen Kelan kansalaiskysely sekä Kuopion Terveystieteiden tutkimuskeskuksen Portin hyvinvointikysely.

Tilapöytätyönä tämän taulukon yhteenvedosta on jätetty pois asenteiden ja elintason eri ulottuvuudet kaupungeittain. M=mies, N=nainen.

5.2 Pistämällä huumeita käyttävien asiakkaiden päihde-ehtoisten palvelujen käyttö

Tutkimuksen toinen merkittävä tulos on päihdepalvelujen käytön erot miesten ja naisten sekä eri paikkakuntien välillä. Päihdepalvelun avulla voidaan vaikuttaa asiakkaan hyvinvointiin, tasaveroisen kohtelun toteutumiseen sekä yksilönä että yhteiskunnassa. Päihdepalveluiden tarkoitus on estää myös syrjäytymistä. (Kaukonen 2005, 311.)

Terveysneuvontapisteet

Matalan kynnyksen terveysneuvonnassa asioi kaksi viidestä vastaajaa viikoittain ja kolmasosa vastaajista asioi kuukausittain. Liki kymmenesosa vastanneista asioi jopa päivittäin terveysneuvontapisteessä. Terveysneuvontapiste onkin merkittävä kohtaamispaikka pistämällä huumeita käyttäville asiakkaille sekä päihdetyöntekijöille. Perälän (2012, 86) mukaan terveysneuvontatoimipisteessä ei koeta toivottomuuden tunteita päihderiippuvaisen huono-osaisuuden takia, sillä asiakasta opastetaan hakeutumaan myös muihin julkisiin palveluihin, tämän lisäksi terveysneuvonnan kautta päihdeongelmaisella on mahdollisuus löytää elämäänsä uudenlaista merkitystä.

Terveysneuvonnassa asioivat asiakkaat ovat sekakäyttäjiä, ja he väärinkäyttävät runsaasti lääkkeitä suonensisäisesti. Erityisesti bentsodiatsepiinejä käytetään paljon vieroitusoireisiin ja huumeiden korvikkeina. (Arponen ym. 2008, 112.) Päihdehuollon erityispalvelut toimivat yleensä matalan kynnyksen periaatteella, ja asiakas hakeutuu näihin maksuttomiin avohoidonpalveluihin hoitoon pääasiassa omasta aloitteestaan (Kekki & Partanen 2008, 23). Päihderiippuvaiset ovat löytäneet päihdepalvelujen erityispalvelut, ja käyttöaste vaihtelee pistämällä huumeita käyttävien asiakkaiden keskuudessa. Kyselyn mukaan miehet ovat naisia aktiivisempia päihde-ehtoisten palveluiden käyttäjiä.

Päihdepalvelujen tarve

Monet syyt vaikuttavat päihteitä käyttävän asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin hakeutumiseen. Asiakkaalla voi olla tavoitteena päihteiden käytön vähentäminen tai lopettaminen. Hoitoon hakeutumiseen voi vaikuttaa myös terveydelliset syyt, sosiaaliset hankaluudet, rahavaikeudet, työ- ja toimintakyvyn huonontuminen ja läheisten huoli tai heille aiheutuvat ongelmat. (Partanen ym. 2014, 189.)

Kekin ja Partasen (2008, 55) mukaan päihdepalveluiden asiakkaat eivät ole samanarvoisessa asemassa hoitoon pääsemisen suhteen, sillä hoitoon pääsemiseen vaikuttaa paikkakuntien erot palvelujen saatavuudessa sekä palvelujen tarjonnassa. Päihdeasiakkaat eivät kerro hoitoon hakeutumisensa alkuperäisiä vaikuttimia ja syitä, jottei heidän hoitoon hakeutumistaan kyseenalaisteta (Törmä 2009, 106). Syrjäytyneitä huumeidenkäyttäjiä varten tarvitaan laajempia ja sopivampia sosiaali- ja terveystalvveluita. Huumeidenkäyttäjien elinolosuhteita tulee parantaa, ja syrjäytymisen vähentämiseksi päihdeidenkäyttäjät tarvitsevat vahvempia tukijärjestelmiä sekä rakenteita paikallisissa toimintaympäristöissään. (Eisenbach-Stangl ym. 2010, 13.)

A-klinikka

Taulukosta 15 voidaan tarkastella kyselyn päihde-ehdoisten palvelujen käyttöä. A-klinikalla asioi melkein puolet huumeiden käyttäjien hyvinvointikyselylomakkeeseen vastanneista terveystalvneuvontapisteen asiakkaista. Pienten kaupunkien miehet käyttävät runsaimmin näitä avohoidon palveluja. Ikäryhmittäin ja paikkakunnittain tarkasteltaessa pienten kaupunkien yli 35-vuotiaat vastaajat käyttävät eniten a-klinikan palveluita, ja ero isompiin kaupunkeihin on varsin selvä. Pienissä kaupungeissa myös alle 35-vuotiaat näyttävät käyvän a-klinikalla enemmän kuin vastaavan ikäiset muissa kaupungeissa. Huumehoidossa asioivat asiakkaat käyttävät yleensä päihdeitä suonensisäisesti, ja päihdyttävien aineiden sekakäyttö on yleistä (Arponen ym. 2008, 13). Päihdeiden ongelmakäyttäjät arvostavat sitä, että heillä on mahdollisuus käsitellä omaa päihdeiden käyttöään, ja heidän toiveisiin kuuluu joutuisimmat ja monipuolisemmat vaihtoehdot hoitoon pääsystä (Pitkänen ym. 2016, 8).

Avopalvelut ovat yhteiskunnallisesti merkittäviä päihdepalveluja. Niihin hakeudutaan matalan kynnyksen periaatteella, eikä siellä asiointia varten vaadita lähetettä. Avohoito on laitostalvneuvontapisteeseen verrattuna vaikutukseltaan vertailukelpoinen hoitomuoto. Avohoito on myös laitostalvneuvontapisteeseen verrattuna asiakkaalle maksuton ja huokeampi vaihtoehto. (Kaukonen 2005, 312.)

Suurin osa terveystalvneuvontapisteeseen asiakkaista kokee päihdepalveluihin hakeutumisen kuitenkin raskaana prosessina. Päihdeasiakkaan voi olla vaikea mennä ajoissa hänelle varatulle ajalle. Hänellä saattaa olla myös ikäviä kokemuksia palvelujärjestelmästä, ja hän pelkää saavansa huonoa kohtelua. (Arponen 2008, 91.) Avopalveluiden työskentelytapa hyödyttää enemmän ulospäin suuntautuneita päihdeidenkäyttäjiä eli niitä asiakkaita, jotka pystyvät tulemaan sovitulle keskustelua ajalle ja kykenevät solmimaan tiiviin hoitokontaktin.

(Kaukonen 2005, 315.) Hoito- ja palvelujärjestelmän eriytyneisyys voi haitata myös huono-osaisimpien päihderiippuvaisten hoitoon hakeutumista (Törmä 2009, 107).

Katkaisuhoito

Kyselyn perusteella katkaisuhoiton palveluja käyttää pistämällä huumeita käyttävistä asiakkaista reilu viidennes. Helsinkiläiset miehet ovat aktiivisimpia vieroitushoitopalvelujen käyttäjiä. Pienissä kaupungeissa yli 35-vuotiaat käyttävät katkaisuhoiton palveluja enemmän kuin vastaavan ikäiset muissa kaupungeissa. Kaukosen (2005, 312) mukaan vieroitushoito tukilääkityksineen on erittäin tuloksellinen hoitomuoto, ja hoitoa tulisi järjestää oman kunnan lähipalveluna. Törmä (2009, 106) muistuttaa, että moniongelmainen päihderiippuvainen tarvitsee hoitoon hakeutuessaan apua pikaisesti, ja katkaisuhoitoon pääsyn odotusaika saattaa olla psyykkisesti raskasta, pidentää hänen kestäväntöntä oloaan ja kärjistää entisestäänkin vaikeaa tilannetta.

Laitoskuntoutus

Kyselyn mukaan pistämällä huumeita käyttävistä asiakkaista viidennes osallistuu laitосkuntoutukseen. Kyselyn mukaan tamperelaiset miehet käyttävät eniten laitосkuntoutuspalveluja. Kuntoutus on kansantaloudellisesti kannattava hoitomuoto. Se on myös yhteiskunnallista ja humaania toimintaa. Siitä huolimatta osa asiakkaista saattaa aloittaa päihteiden käytön melko nopeasti satunnaisen kuntoutusjakson päätyttyä. (Kaukonen 2005, 311.) Nykyisin laitосkuntoutusjaksot ovat lyhyitä, ja maksusitoumus myönnetään yleensä kuukausi kerrallaan. Maksaja tarvitsee dokumentoitua tietoa hoidon edistymisestä myöntääkseen jatkomaksusitoumuksen.

Päihderiippuvuus, raitistuminen ja siihen liittyvä identiteettityöskentely tarvitsevat riittävän pitkän kuntouttamisen, ja siihen voidaan tarvita myös kuntouttavaa laitoshoidon jaksoa. Siitäkin huolimatta, että laitoshoidon käytön supistaminen ja avohoidon suosiminen voivat lyhyellä tähtämellä pienentää laitoshoidon kuluja, niin pitkällä tähtämellä kustannukset voivat lisääntyä, sillä päihdeongelmien jatkuessa kustannukset pikkuhiljaa lisääntyvät ja nostavat päihdehoidon kustannuksia. (Partanen ym. 2014, 204.)

Törmän (2009, 98) mukaan aktiivisimmat asiakkaat läpikäyvät useita päihdevieroitushoitoja ja päihdekuntoutusjaksoja. Näille hoitajakson uusijoille on ominaista, että hoito keskeytyy jo hoidon alkuvaiheessa joko asiakkaan omasta tahdosta tai hoitolaitos täytäntöön panee

uloskirjoituksen asiakkaan rikottua hoitosopimuksen sääntöjä. (Mt. 2009, 98.) Huumeita käyttävälle asiakkaalle voi olla merkityksellinen asia, onko hoitopaikka profiloitunut alkoholi- vai huumeriippuvaisen asiakkaan hoitoon, ja tällaisilla kulttuurisilla seikoilla voi olla myös vaikutusta huumeita käyttävän asiakkaan hoitoon lähtemiseen tai hoidon keskeyttämiseen (vrt. emt. 103).

Päihteiden käyttäjänä naiset ovat vähemmistön asemassa, ja tämä on myös huomionarvoinen seikka. Päihdeongelmaisilla naisilla on ollut monenlaisia ongelmia elämän varrella. Tämän asiakasryhmän erityisyys ja moniongelmaisuus tulee huomioida myös silloin, kun suunnitellaan ja kehitetään naisille ja heidän lapsilleen hoitomuotoja. (Pitkänen & Kaskela 2012, 228.) Naisen irrottautuessa päihteistä hänen naiseutensa joutuu koetukselle. Syyllisyyden ja häpeän tunteiden käsittely vaativat voimavaroja. Elämän tarkoituksellisuuden löytämiseen tarvitaan tunnetyöskentelyä ja sosiaalista kuntoutusta. Huumekuvioista irtautuva yksilö etsii omaa paikkaansa normaalielämän kuvioissa ja samalla rakentaa uutta suhdetta itseensä sekä yhteiskuntaan. (Väyrynen 2007, 204.) Laitoskuntoutusjaksolla tarvitaan myös mieserityistä työtettä, sillä raittiutta tukevassa ja erityisesti miehille järjestetyssä ryhmässä miehet voivat läpikäydä merkityksellisiä ja heitä puhuttavia asioita sekä aiemmin käsittelemättömiä raskaita ja kaihdettuja elämäntapahtumia (Hiljanen 2009, 98–99).

Asumispalvelut

Päihdehuollon asumispalvelujen päämääränä on tarjota palvelu, jonka kautta eri vaiheissa olevat asiakkaat saavat kuntoutumista edistävän asumismuodon. Asumispalvelut tukevat asiakkaan elämistä, auttavat päihdeettömyyden ylläpidossa sekä opastavat asiakasta tarvittaviin palveluihin. (Vartiainen 2015, 13.) Ostopalveluna järjestettyjä kuntouttavia laitospalveluja rajoitetaan, ja asunnottomille päihdeongelmaisille kohdennetaan pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelman asumispalveluja. (Partanen ym. 2014, 189–198). Asumispalvelujen osalta päihde-ehtoisten asiakkaiden osuus on kasvanut, ja päihteitä käyttävä asiakas saatetaan asuttaa myös muihin asumispalveluihin kuin päihderiippuvaisille tarkoitettuun asumisyksikköön (emt. 192–198).

Kyselyn perusteella terveysneuvontapisteen asiakkaista kymmenesosa on päihde-ehtoisten asumispalvelujen piirissä. Helsinkiläiset naiset käyttävät eniten asumispalveluja. Päihdepalvelujen osalta asumispalvelut ovat Helsingissä poikkeus, sillä se on ainoa

päihdepalvelu (taulukko 15), jota naiset ovat kyselyn mukaan käyttäneet miehiä enemmän. Helsingin päihdehuolto tuottaa porrasteisen ja kuntouttavan palvelujärjestelmän ohella asumispalveluja. Asiakas voi saada oman kodin myös asunto ensin -periaatteella, jolloin asiakas saa pysyvän asunnon myötä paremmat mahdollisuudet sosiaaliseen kuntoutumiseen. (Vrt. Varjonen 2015, 13.)

Pitkäaikaisasunnottomuutta selviteltäessä on havaittu, että, asuntoja tulee järjestää myös päihteiden käyttäjille (Männistö 2012, 129–130). Asumispalveluissa olevilla huono-osaisilla asukkailla on päihde- ja mielenterveysongelmia, he eivät ole työelämässä, ja he ovat vailla vakinaista asuntoa (Kuussaari, Hottinen & Vastamäki 2016, 726). Tuetussa asumisessa asukkaan on alistuttava viranomaisten käynteihin omassa asunnossaan (Granfelt 2016, 82). Suvi Raitakari (2016, 188) muistuttaa, että asumisyhteisössä oman asunnon oma ovi ei välttämättä tarkoita sitä, että asunnosta rakentuu koti taikka oma ovi toisi turvallisuutta elämään, ei varsinkaan naisten osalta. Tarja Hiltusen, Virpi Kujalan ja Kati-Pupita Mattilan (2005, 157) mukaan tukiasumisyksiköissä tulee olla naisen minuutta, kuntoutumista ja arkielämän taitoja lisääviä yhteisöllisiä toimia sekä vastuutehtäviä. Kainulainen ja Saari (2013, 35) pohtivat, voiko asuntolapaikka olla henkisesti palkitseva ja elämään mukauttava asia miesten osalta, mutta naisille asuntolapaikka vahvistaa tai herättää huonouden tunteita, ja monelle naiselle se toimii kuitenkin muutokseen motivoivana tekijänä.

Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelman avulla on saatu haastaville päihdeongelmallisille yhteisöllisiä asumispalveluja, ja näiden palvelujen myötä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttö on vähentynyt. Lisäksi asumispalvelujen vaikutukset näkyvät asiakkaiden elämänlaadun lisääntymisenä. Jotta asuminen onnistuu, niin asiakkaan tulee saada asumispalvelujen lisäksi myös päihdehoito- ja kuntoutuspalveluja. (Partanen ym. 2014, 201.)

Palveluja vailla oleva asiakas

Päihdepalveluihin nivoutuva sosiaalipoliittinen informaatio saadaan erilaisten palvelujen kautta. Kaivattua tietoa ei saada niistä avuntarpeessa olevista yksilöistä, jotka eivät hakeudu päihdepalveluihin tai niistä, jotka eivät pääse palveluihin, vaikka he hoitoa tahtoisivatkin. (Kaukonen 2000, 188.) Huonoimmassa tilanteessa ovat ne huumeidenkäyttäjät, jotka eivät pääse edes matalan kynnyksen periaatteella toimivaan terveysneuvontapisteeseen tai ne, joita ei kohdata muillakaan areenoilla (Ohisalo ym. 2015, 304). Hoito- ja palvelujärjestelmän

ohittaminen ja kaikesta ulkopuoliseksi vetäytyminen saattavat juontaa yksilön varauksellisuudesta tai hän ei arvosta yhteiskunnan järjestelmiä. Se, ettei asiakas käytä palveluita, voi johtua myös siitä, ettei hänellä ole siihen resursseja eikä keinoja, ja tästä syystä hän on kykenemätön selvittämään omia asioitaan. (Törmä 2009, 96.)

Ne asiakkaat, joilta puuttuu kyky tai halu hoitaa sosiaalis-taloudellisia asioita, kuten sosiaaliturvaetuudet tai etuuksien epäselvyyksien selvittäminen, voivat jäädä vaille muitakin palveluja. On tärkeää tunnistaa ja tarkentaa riittävän ajoissa asiakkaan avuntarve. Hoidontarpeen arvion yhteydessä sosiaalisten asioiden läpikäynti on tärkeä osa asiakkaan päihdepalvelua ja päihdesosiaalityötä. Suomalaisessa järjestelmässä tähdennetään, että hoitotoimien lisäksi päihdeongelmaista tulee tarpeen mukaan auttaa selvittämään muun hoidon ohella myös elantoon, elämiseen ja työllisyyteen liittyvissä asioissa (Varjonen 2014, 63).

TAULUKKO 15. Päihdepalvelujen käyttö prosentteina – yhteenveto

	Aineisto	M	N	Alle 35-v	Yli 35-v.	Tre	Hki	Hlinna, Kouvola, Kotka	Tre		Hki		Hlinna, Kouvola, Kotka		Tampere		Helsinki		Hlinna, Kouvola, Kotka	
									M	N	M	N	M	N	Alle 35-v.	Yli 35-v	Alle 35-v	Yli 35-v.	Alle 35-v.	Yli 35-v.
Katkaisu- hoito	29	36	17	28	32	24	36	25	28	20	43	18	37	6	23	28	40	33	21	44
A-klinikka	48	54	39	51	44	40	50	66	51	27	50	48	70	56	39	44	59	38	65	67
Laitos- kuntoutus	19	24	13	16	27	21	19	16	28	11	23	15	18	12	16	31	19	23	12	33
Asumis- palvelut	13	15	9	12	13	11	15	11	18	2	13	22	15	6	10	14	16	13	12	11

Kysymyksen tarkka sanamuoto: ”Mitä seuraavista päihdepalveluista olet käyttänyt?”

Tulososiosta löytyvät frekvenssit ja merkitsevät sig. arvot.

M=mies, N=nainen.

5.3 Lopuksi – Päihdepalvelut ovat tärkeä osa päihdeasiakkaan hyvinvointia

Pistämällä huumeita käyttävien ihmisten hyvinvointi on heikompaa verrattuna muun väestön hyvinvointiin. Hyvinvointikyselyn mukaan se tulee erityisesti esille terveysneuvontapisteiden asiakkaiden arvioina huono-osaisuuden, elämässä pärjäämisen, ihmisiin ja viranomaisiin luottamisen, tulojen riittävyyden ja veloista huolehtimisen kokemuksina. Ikäryhmittäin tarkasteltuna kuitenkin vanhemmat vastaajat arvioivat selviänsä arjessa paremmin kuin nuoremmat. Miehet arvioivat päihteidenkäytön naisia ongelmallisemmaksi, ja tutkimuksen mukaan miehet käyttävät naisia enemmän päihde-ehtoisia palveluja.

Haasteita ja tarpeita

Hyvinvointikyselyssä tulee esille, että pistämällä huumeita käyttävät miehet käyttävät päihde-ehtoisia palveluja selkeästi naisia enemmän. Hiltunen, Kujala ja Mattila (2005, 165) tuovat esille päihdeongelmaisen naisen vaikeuden etsiä itselleen apua. Naisten päihdeongelmaan yhdistyy monenlaisia tunteita, kuten nöyryytystä, tuomitsemista sekä syyllistämistä, ja tästä syystä nainen ei kerro päihdeongelmastaan ennen kuin se on ihan välttämätöntä. Päihteitä käyttävät naiset käyttävät paljon terveyspalveluita (Virokannas (2017a, 123). Mielenterveysongelmaisen status voi muuttua ja yksilö saa päihdeongelmaisen leiman siinä vaiheessa, kun tieto päihteidenkäytöstä tulee ilmi, ja tästä syystä hän voi myös joutua pois mielenterveyspalvelujen piiristä (emt. 2017b, 278).

Myös Intiassa pistämällä huumeita käyttävistä henkilöistä tehdyssä tutkimuksessa tulee esille mielenterveydelliset ongelmat. Päihdehoitoon hakeutuminen on vaikeaa häpeän stigman takia, ja hoitoon hakeutumattomuus lisää myös HIV-tartunnan riskiä (Sabri ym. 2017, 10.) Suomessa haittoja vähentävä toiminta on mahdollistanut huumeidenkäyttäjille ja heidän kanssaan työtä tekeville ammattilaisille uudenlaisia päihteiden käyttöön liittyviä ajattelu- ja toimintatapoja. Sillä on myönteinen merkitys yksilön elämänhallintaan, mutta se on merkityksellistä myös yhteiskunnallisesti, joka tulee esille muun muassa terveysneuvontapisteissä yhteisöllisenä toimijuutena. (Perälä 2012, 85.)

Päihdeongelmien hoitamatta jättäminen maksaa paljon yhteiskunnalle, sillä päihteisiin liittyvät ongelmat näkyvät erilaisina sairauksina, ja ongelmallinen elämänhallinta saattaa

syRJäyttää asiakkaan, jolloin siitä aiheutuu ongelmia päihderiippuvaiselle, läheisille sekä lähiympäristölle. Päihdepalvelujen kautta yksilön on mahdollista saada apua ja tukea päihteiden lopettamiseen, päihteiden käytön haittoihin voidaan puuttua ja helpottaa asiakkaan kärsimystä sekä mahdollistaa asiakkaalle ihmisarvoinen elämä. (Partanen ym. 2014, 205.)

Asiakastyöhön tulee sisällyttää myös psykososiaalisen työn rakenteellinen ulottuvuus. Asiakastyöstä saatua kokemustietoa tulee hyödyntää viranomaisverkostojen kanssa työskennellessä, jotta saadaan palvelut ja ammattikäytännöt vastaamaan päihdeasiakkaiden tarpeita. Toimijoiden yhteistyön kautta saadaan myös riittävän kiinnipitäviä ja pitkäkestoisia palvelupolkuja päihderiippuvaisille. (Vrt. Granfelt 2010, 145.) Yhteistoiminta, verkostoituminen ja palveluohjaus ovat toimivia työskentelytapoja, jos palvelujärjestelmä ongelman havaittuaan alkaa työskennellä sen kanssa, tai kun palvelun saamiseen vaikuttaa yksilön kykenemättömyys toimia, tai hänet on käännytetty pois palvelusta, tai asiakas tai hänen olemuksensa tai käyttäytymisensä vaikuttavat palvelun saantiin. Asiakasta voidaan auttaa ja tukea yhteistyöllä ja intensiivisellä palveluohjauksella. Identifioitua yksilökohtaista torjuntaa voidaan vähentää yhteistyön avulla. (Kaukonen 2005, 317.) Päihdehuoltoa tarkasteltaessa yksilöiden keskinäistä kontaktia tähdentävä hoivan näkökulma ei saa nykypäivänä riittävästi painoarvoa. Moni päihteidenkäyttäjä kaipaa palvelujärjestelmän kautta korjaavaa kokemusta vaikeille elämäntapahtumilleen, mutta huomaakin, etteivät hänen odotuksensa toteudu, jos saa kylmän pidättyväistä kohtelua osakseen. (Perälä 2007, 269.)

Palvelujen yhteistyö

Kunnat yhdistävät päihde- ja mielenterveyspalveluita. Uusia matalan kynnyksen toimintoja pilotoidaan. Moniammatillinen yhteistyö on tärkeää. Uusi sosiaalihuoltolaki velvoittaa entistä enemmän eri tahojen viranomaisia yhteistyöhön, varsinkin erityistä tukea vaativien asiakkaiden osalta (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014). Palvelujärjestelmää kehitettäessä tulee huomioida myös ne huumeita aktiivisesti käyttävät henkilöt, jotka eivät ole syrjäytyneitä eivätkä ole vielä marginaalissa eläviä huumeiden ongelmakäyttäjiä (Pitkänen ym. 2016, 8).

Kekki ja Partanen (2008, 56) muistuttavat päihteiden aiheuttamista terveydellisistä ongelmista. Somaattiset sairaudet ja mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet, ja niiden hoitoon tulee sijoittaa entistä enemmän sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamahdollisuuksia. Päihdeongelmaiset käyttävät paljon julkisen terveydenhuollon

avohoidon palveluja, ja monialaisemmilla työmuodoilla ja -käytännöillä voidaan holistisemmin hoitaa avun tarpeessa olevia päihderiippuvaisia. Lisäämällä mielenterveys- ja päihdetyön yhteistyötä voidaan kasvattaa terveyskeskusten toimintamahdollisuuksia intensiivisempään päihde- ja mielenterveystyöhön. Lähipalveluiden palvelujärjestelmiä on uusittava, jotta mielenterveys- ja päihdehoito saadaan toimivaksi yhden matalan kynnyksen oven kautta. (Mt. 2008, 56.)

Yhteiskunta ja osallisuus

Yhteiskunnassa tarvitaan myös valistusta. Ehkäisevän päihdetyön järjestöverkoston tempaus tuottaa päihdeidenkäyttäjien kertomuksia yleiseen tietoon. Tällä kampanjalla halutaan omalta osaltaan purkaa huumeidenkäyttäjiin liitettyjä yleistyksiä ja häpeänleimaa. (Ehkäisevän päihdetyön järjestöverkosto 2017.) Hyvinvointikyselyn mukaan nuoremmat terveysneuvontapisteessä asioivat asiakkaat näkevät tulevaisuuden parempana kuin vanhemmat asiakkaat, vaikka nuoret arvioivatkin huumeiden, alkoholin ja lääkkeiden käytön ongelmallisempana. Ongelmallisissa tilanteissa olevat nuoret henkilöt osaavat tiedustella ja etsiä erilaista tietoa sekä ottavat vastaan ohjeita (Timonen 2011, 88). Aulikki Vähäkangas (2015, 353) tuo omassa syrjäytymistutkimuksessaan esille nuorten henkilöiden tulevaisuuden haaveet, joissa he kuuluvat yhteiskuntaan ja useat näistä nuorista pohtivat, että raskaatkin elämäkokemukset tuovat lisää elämäkokemusta.

Terveysneuvonnan toiminnalla on myönteinen vaikutus yhteiskunnallisena interventiona ja päihdeongelmaisten ongelmien asiantuntevana toimipisteenä. Terveysneuvonnassa ja muissa päihdepalveluissa voidaan asiakkaan hyvinvointiin vaikuttaa monin tavoin psyykkisen, fyysisen, sosiaalisen ja taloudellisen ulottuvuuden kautta. Työntekijöiden ja asiakkaiden välille voi syntyä ajan kanssa ja useiden tapaamisten jälkeen luottamuksellisia kohtaamisia, jolla on vaikutusta asiakkaan voimavarojen ja osallisuuden lisääntymiseen. Toimipisteiden riittävillä toimintatiloilla ja työntekijäresursseilla on vaikutusta molemminpuolisen turvallisuuden tunteeseen. Riittävästi työskentelyaikaa vaaditaan myös moniongelmaisen asiakkaan asioiden läpikäyntiin ja käsittelyyn. Törmän (2009, 109) mukaan huono-osaisimmat päihdeidenkäyttäjät ovat erityisryhmä, ja heidän hoitonsa on myös erikoistunutta.

Päihde-ehtoisten käyntien kasvu saattaa perusterveydenhuollossa kuvastaa perusterveydenhuollon kasvanutta vastuunottoa päihdeongelmaisten hoidosta ja ennakoida päihdeongelmaisten hoitoon pääsyn paranemista ja päihdehaittojen ehkäisyn vahvistumista.

Perusterveydenhuollon hoidon tulee olla riittävän monipuolista, ja on varmistettava, että päihdeongelmainen saa myös hoitoon ja kuntoutukseen liittyvää erikoisosaamista. Tällöin erityispalvelut pitäisi olla riittävän hyvin käytettävissä, sillä syrjäytynyt päihdeongelmainen ja hänen omaisensa tarvitsevat hoitoon hakeutuessaan joustavasti tukea ja apua. (Partanen ym. 2014, 206.)

Kaukosen (2000, 139–188) mukaan päihdeasiakkaiden hajautuminen yhteiskunnan eri instituutioihin johtuu muistakin syistä kuin päihteiden käytöstä. Asiakkaan sosiaaliseen tilanteeseen sekä ongelmiin tulee kiinnittää erityistä huomiota. Päihdeongelman hoidossa tarvitaan myös useita hoitotahoja. Väyrysen (2007, 204) mukaan huume kuvioista irtautuva etsii vähän kerrassaan omaa paikkaansa normaalielämän kuvioissa, samalla rakentaa suhdetta omaan itseensä ja valtakulttuuriin sekä selvittää huume kuvioiden merkitystä omassa elämässä.

Yksilöllisyyden huomioiminen

Päihteiden käytön seurauksena asiakkaiden kognitiiviset taidot ja kyvyt ovat vaihtelevia. Tämä on huomionarvoinen seikka, sillä päihdeasiakkaita tulee kohdella yksilönä. Kaukonen (2000, 123) tuo esille tärkeän seikan että, vaikka asiakas ei suoranaisesti koe saavansa apua päihdehoidosta, niin päihdepalvelun sisältö ja siinä toimiva yhteisö ja sen elämäntapa ovat merkityksellisempiä tekijöitä kuin asiakkaan välittömän muutoksen saavutus. Tällaiset hyvinvointia tukevat kontaktit tuottavat asiakkaalle muutokseen johtavia vaihtoehtoja.

Päihderiippuvaisen asiakkaan tulee siis saada riittävästi ohjausta ja tukea. Joskus tuettava ja ohjattava asiakas on saatettava hänen hoidontarvettaan vastaaviin palveluihin. Asiakkaan saattamisella voidaan varmistaa palvelun saannin mahdollisuutta ja vähentää poiskäännynnäytämisen riskiä. Yhteistyö vaatii sitoutumista sekä asiakkaalta että työntekijältä. Päihteitä käyttävän henkilön hoitoon pääsyn kynnystä tulee alentaa entisestään. Kaukosen (2005, 312) mukaan heikentämällä päihdehoitoon pääsyn mahdollisuuksia vaihtoehtoisesti käytettyjen palvelujen kustannukset lisääntyvät.

Päihtyneen asiakkaan käytöksessä aika ajoin esiintyvä rajattomuus, säätäminen ja ”heti minulle nyt” -käyttäytyminen lisäävät herkemällä kynnyksellä asiakkaan väärinymmärtämistä tai hänen poiskäännynnäytämistään (vrt. Perälä 2007, 269; Törmä 2009, 97). Yhteiskunnan tulee herkemmin nähdä myös päihteitä käyttävä henkilö yksilönä ja yhteiskuntamme jäsenenä. Useissa tutkimuksissa tulee esille, että päihteitä käyttävät

asiakkaat olisivat kaivanneet jo varhaisemmassa elämänvaiheessa apua ja tukea arkeensa (vrt. Arponen ym. 2008, 95; Kekki 2017, 64).

Moniongelmaisuus

Moniongelmainen hakee apua useasta toimipisteestä, joten häntä ei voi olla huomaamatta. Viranomaisten kanssa tehtävä yhteistyö on tärkeä interventio. Tarvitaan enemmän viranomaisten kanssa tehtävää yhteistoimintaa, jotta moniongelmainen kansalainen saa monipuolisesti apua (Kainulainen 2006, 80). Vaikeasti päihdeongelmaisen tilanteesta kertoo päihteiden sekakäyttö, vaihtelevat elämäntilanteet ja hän tarvitsee monenlaista riittävän pitkäkestoista apua, tukea ja hoitoa sekä kuntoutusta. Päihde- ja riippuvuusongelmiin liittyvät palvelujen vaatimukset monimutkaistuvat (Partanen ym. 2014, 207.)

Päihdetyöhön liittyy erilaatuiset ennalta ehkäisevät, päihteiden käyttöä rajoittavat ja elämäntilannetta edistävät toimenpiteet (Haavisto 2010, 262). Päihdetyön sosiaalityössä keskitytään päihteiden käyttöön, ja sen mukanaan tuomiin sosiaalis-taloudellisten ongelmien ratkaisemiseen (Kaukonen 2005, 320). Vaikeasti syrjäytyneiden päihdeongelmaisten asioiden hoidossa tarvitaan sosiaalityön laaja-alaista työtettä (vrt. Partanen ym. 2014, 206).

Asiakkaan päihdeongelmaa voidaan analysoida riippuvuusongelman tai päihdehäiriön kautta, mutta asiakkaalla ilmenee myös muita selvittämistä vaativia ongelmia, kuten yksinäisyys, työttömyys tai asunnottomuus. Näihin sosiaalisten ongelmien ratkaisuun tulee paneutua, sillä yhteiskunnallinen huono-osaisuus lisää palvelujen tarvetta. Päihdehuollon erityispalveluissa kävijöillä on vaihtelevia ja runsaassa määrin erilaisia yhteiskunnallisia ongelmia. Päihderiippuvaisella on moniulotteisia ongelmia myös enemmän kuin keskivertoisella sosiaalipalvelun asiakkaalla. (Kuussaari ym. 2014, 273–274.)

Vuokko Niirasen (2002, 76) mukaan julkisten palvelujen käyttäjänä asiakkaan tulee saada ylläpidettyä kunnioitettavan kansalaisen status sekä kuntalaiselle kuuluvat perusoikeudet. Asiakkuuden ei tule vähentää hänen osallisuuttaan kuntalaisena. Asiakkuuteen liittyvä osallistumisen harjoittelu ja siihen liittyvä rohkaisu saattavat lisätä kansalaisuuden kokemusta. (Mt. 2002, 76.)

Asiakkaan itsekunnioituksen ja toivon lisääminen ovat hyvinvoinnin myötävaikuttamisessa tarpeellisia (Pitkänen & Tourunen 2016, 6). Asiakkaan saadessa vastaanottavaista ja lämmintä kohtelua, hänen on helpompi asioida palvelujärjestelmässä. Päihteitä käyttävälle

henkilölle vakinainen ja tuttu henkilökunta, oma työntekijä, ennestään tunnettu toimipiste ja tiedossa olevat talon rutiinit toimivat myös tärkeinä yhteiskuntaan liittävinä elementteinä.

Tutkielman päätteeksi

Tutkimus antaa vastaukset tutkimuskysymyksiin, miten taustatekijät (sukupuoli, ikä ja paikkakunta) ja asenteet ovat yhteydessä pistämällä huumeita käyttävien ja terveysneuvontapisteessä asioivien elintasoon ja hyvinvointiin ja mitä palveluja terveysneuvonnan asiakkaat ovat käyttäneet, ja niitä voi tarkemmin tarkastella myös taulukoista 14 ja 15. Tutkimuksen kaksi päätulosta ovat erot asenteissa ja elintasossa ikäryhmien ja paikkakuntien välillä sekä päihdepalvelujen käytön erot miesten ja naisen ja eri paikkakuntien välillä.

Olen rajannut tutkimuksen ulkopuolelle asiakkaiden vapaamuotoiset palautteet. Hyödyntämällä näitä vapaamuotoisia vastauksia olisi saanut laajempaa näkökulmaa tutkimukseen. Poiskäännyttämisen näkökulmaa olisi ollut mielenkiintoista selvittää kunnan, valtion seurakunnan ja Kelan palvelujen osalta (hyvinvointilomakkeen vastaus: ”Olen hakenut, mutta en ole saanut”). Palveluja kehitettäessä tulee kiinnittää huomiota siihen, ettei moniongelmaista asiakasta käännytetä pois palveluista.

Tutkimusta voidaan hyödyntää päihteitä käyttävien hyvinvoinnin, terveyden ja päihdepalvelujen kehittämiseen sekä päihteitä käyttävien henkilöiden yhteiskunnallisen aseman parantamiseen. Myös päihderiippuvaisen hoitoon kiinnittymistä tulee vahvistaa. Terveysneuvontapisteen asiakkaat kiinnittyvät toimintaan ja omaksuvat vaihtoehtoisia tapoja arvioida päihteidenkäyttöään sekä elämänkulkuaan (Perälä 2012, 88).

Huono-osaisten hyvinvointi on merkityksellinen päämäärä ja se edellyttää myös huono-osaisten huomiointia yksinäinä, joilla on omia kokemuksia. Hyvinvointikyselyn tuloksista tehdyt tulkinnat antavat suuntaa jatkotutkimukselle. Pistämällä huumeita käyttäville asiakkaille suunnatut jatkokyselyt ovat tarpeellisia, sillä huolestuttavimmin päihdeongelmaiset jäävät monesti väestötutkimusten ulkopuolelle (vrt. Partanen ym. 2014, 191). Hyvinvoinnista tarvitaan pidemmän aikavälin tutkimustietoa. Jatkoa ajatellen olisi hyvä suorittaa säännöllisin väliajoin hyvinvointitutkimuksia, jossa tarkastellaan tämän kohderyhmän hyvinvointia ja arvoja. (Kainulainen & Saari 2013, 40.)

Hyvä jatkotutkimuksen aihe saattaisi olla naisten asema huumeiden käyttäjinä sekä palveluiden käyttäjinä. Samoin huumeiden käyttäjien heikko luottamus ihmisiin ja

viranomaisiin ovat tärkeitä asioita, joita pitäisi tutkia enemmän. Luottamuksen lisääminen ihmisiin, viranomaisiin sekä hyvinvointipalveluihin voidaan tavoittaa suunnittelemalla kohdennettuja palveluja, ja ne ovat kannattavia investointeja, jos ne koetaan luottamuksen arvoisina (Kouvo 2013, 122–123).

LÄHDELUETTELO

- Arponen, Anne, Brummer-Korvenkontio, Henrikki, Liitsola, Kirsi & Salminen, Mika (2008). Luottamus ja vapaaehtoisuus terveysneuvontatoimipisteen onnistumisen edellytyksinä. Poikkitieteellinen arviointitutkimus ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvonnan vaikuttavuudesta tartuntatautien ehkäisyssä ja torjunnassa. Julkaisuja 15/2008. Helsinki: Kansanterveyslaitos. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78174/2008b15.pdf?sequence=1>, luettu 7.11.2016.
- Böström, Anne, Bothas, Heikki, Järvinen, Maarit, Saarto, Aari Tamminen, Hanna & Teirilä, Juha (2008). Päihdetyö työpaikalla. Duodecim Terveyskirjasto, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00075, luettu 17.5.2017.
- ECDC:n ja EMCDDA:n suositus (2011). Pistämällä huumeita käyttävien tartuntatautien ehkäisy ja torjunta Suppea ohje. http://www.thl.fi/attachments/Infektiotaudit/Ohjeet/pistamalla_huumeita_kayttavien_tartuntatautien_ehkaisy_ja_torjunta.pdf, luettu 1.12.2016.
- Ehkäisevän päihdetyön järjestöverkosto (2017). Tiedote 24.10.2017 EPT-verkosto: Moni huumeiden käyttäjä kuolee muuhun kuin huumeisiin. <http://www.ept-verkosto.fi/tiedotteet>, luettu 25.1.2018.
- Eisenbach-Stangl, Irmgard, Moskalewicz, Jacek & Thom, Betsy (2010). Two Worlds of Drug Consumption in Late Modern Societies. Policy Brief january (1) 2010. European Centre. http://pdc.ceu.hu/archive/00006119/01/1263572258_23948.pdf, luettu 7.5.2017.
- Euroopan huumeraportti (2016). Suuntauksia ja muutoksia. Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus. <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001FIN.pdf>, luettu 7.11.2016.
- Granfelt, Riitta (2010). Syrjäytymisestä vapaaksi vankilassa? Psykososiaalisen työn merkitys vankien elämässä. Teoksessa Terhi Laine, Susanna Hyväri & Päivi Vuokkila-Oikkonen (toim.) Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Tammi: Helsinki, 131–146.
- Granfelt, Riitta (2016). Vankilasta desistanssipolun kautta kotiin. Teoksessa Kirsi Juhila & Teppo Kröger (toim.) Siirtymät ja valinnat asumispoluilla. SoPhi, 60–84. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/50391/978-951-39-6664-5.pdf?sequence=1>, luettu 18.1.2018.
- Haavisto, Kari (2010). Päihdetyö. Teoksessa Aulikki Kananoja, Martti Lähteinen & Pirjo Marjamäki (toim.) Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma, 261–271.
- Hakkarainen, Pekka (2002). Huumeekulttuurin muutos ja huumekuolemat. Teoksessa Olavi Kaukonen & Pekka Hakkarainen (toim.) huumeidenkäyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 110–136.

- Havio, Marjaliisa, Inkinen, Maria & Partanen, Airi (2013). Päihteet ja niiden käyttö. Teoksessa Marjaliisa Havio, Maria Inkinen & Airi Partanen (toim.). Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 50–92.
- Havio, Marjaliisa, Inkinen, Maria & Partanen, Airi (2013). Sairaanhoidtaja ja päihdetyö. Teoksessa Marjaliisa Havio, Maria Inkinen & Airi Partanen (toim.). Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 11–39.
- Heikkilä, Tarja (2014). Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Hiljanen, Ulla (2009). Vaativan päihdekuntoutuksen sosiaalityö Järvenpään sosiaalisairaalassa. Ylempi amk -opinnäytetyö. Julkaisematon.
- Hiltunen, Tarja, Kujala, Virpi & Mattila, Kati-Pupita (2005). Näkyvä piilo. Päihdeongelmaisen naisen matka haavoittuneesta lapsuudesta eheyteen. Jyväskylä: Sininauhaliitto.
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (1998). Tutki ja kirjoita. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Holmberg, Jan (2016). Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. Keuruu: Otavan kirjapaino.
- Huttunen, Matti O. (2001). Nuori ja päihteiden käyttö. Duodecim 2001; 117:1577–8. <http://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo92417>, luettu 17.1.2018.
- Huumausaineasetus 543/2008. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080543>, luettu 12.1.2018.
- Huumausainelaki 373/2008. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2008/20080373>, luettu 7.12.2016.
- Jokivuori, Pertti & Hietala, Risto (2007). Määrällisiä tarinoita. Monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta. Helsinki: WSOY.
- Juhila, Kirsi (2006). Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.
- Kainulainen, Heini (2017). Huumepoliisi tutuksi: Anglia BYA-55. Teoksessa Heini Kainulainen, Jenni Savonen & Sanna Rönkä (toim.) Vanha Liitto. Kovien huumeiden käyttäjät 1960 - 1970 -lukujen Helsingistä. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 103–139.
- Kainulainen, Heini, Kekki, Tuula, Kinnunen, Arne, Rönkä, Sanna, Savonen, Jenni & Perälä, Jussi (2017). Huumeiden käyttäjät silmätikkuina. Teoksessa Heini Kainulainen, Jenni Savonen & Sanna Rönkä (toim.) Vanha Liitto. Kovien huumeiden käyttäjät 1960 - 1970 -lukujen Helsingistä. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 11–35.
- Kainulainen, Sakari (2006). Hyvinvointivaltio ei turvaa hyvinvointia kaikille. Teoksessa Tuula Helne & Markku Laatu (toim.) Vääryyskirja. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 77–86.

- Kainulainen, Sakari (2014). Ruoka-avun hakijoiden hyvinvointi. Teoksessa Maria Ohisalo & Juho Saari (toim.) Kuka seisoo leipäjonossa? Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy, 59–67.
http://www.kaks.fi/sites/default/files/TutkJulk_83_net.pdf, luettu 1.11.2017.
- Kainulainen, Sakari & Saari, Juho (2013). Koettu huono-osaisuus Suomessa. Teoksessa Mikko Niemelä & Juho Saari (toim.) Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa, 22–43. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/40230/Huono-osaisten_hyvinvointi.pdf, luettu 17.1.2018.
- Kammonen, Karita (2016). Hyvä- ja huono-osaisuuden kokemus päihdejärjestöjen palvelujen käyttäjillä. Pro Gradu -tutkielma.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/99868/GRADU-1476180397.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, luettu 17.1.2018.
- Karvonen, Sakari, Moisio, Pasi, Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (2008). Suomalaisten muuttuvat elinolot. Teoksessa Pasi Moisio, Sakari Karvonen, Jussi Simpura & Matti Heikkilä (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 28–37.
- Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura (2014). Nuorten aikuisten syrjäytymisvaaraan liittyvä huono-osaisuus. Teoksessa Maria Vaarama, Sakari Karvonen, Laura Kestilä, Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2014. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, 160–179.
- Kattainen, Eija, Muuri, Anu, Luoma, Minna-Liisa & Voutilainen, Päivi (2008). Läheisapu ja sen merkitys kansalaisille. Teoksessa Pasi Moisio, Sakari Karvonen, Jussi Simpura & Matti Heikkilä (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 218–231.
- Kaukonen Olavi (2000). Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Helsingin yliopisto: Stakes.
- Kaukonen, Olavi (2005). Torjunta vai poisto? Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen. Yhteiskuntapolitiikka 70 (2005):3.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100603/053kaukonen.pdf?sequence=1>, luettu 15.12.2017.
- Kekki, Tuula & Partanen, Airi (2008). Päihdepalveluiden seudullinen kehitys 2008. Helsinki: Stakes. <https://www.thl.fi/documents/10531/121844/T38-2008-VERKKO.pdf>, luettu 15.12.2017.
- Kekki, Tuula (2017). Koulunkäyntiä ja elämäntilannetta vanhan liito malliin. Teoksessa Heini Kainulainen, Jenni Savonen & Sanna Rönkä (toim.) Vanha Liitto. Kovien huumeiden käyttäjät 1960 - 1970 -lukujen Helsingistä. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 36–69.
- Kansaneläkelaitos (2013). Kelan kansalaiskysely.
- Kansaneläkelaitos (2015). Toimeentulotuki siirtyy Kelan hoidettavaksi vuonna 2017. <http://www.kela.fi/-/toimeentulotuki-siirtyy-kelan-hoidettavaksi-vuonna-2017>, luettu 5.1.2018.

- Kiianmaa, Kalervo (2012). Huumeiden vaikutusmekanismit, riippuvuuden kehittyminen ja periytyvyys. Teoksessa Kaija Seppä, Mauri Aalto, Hannu Alho & Kalervo Kiianmaa (toim.) Huume- ja lääkeriippuvuudet. Duodecim, 23–34.
- Kinnunen, Aarne, Kainulainen, Heini ja Perälä, Jussi (2017). Lusimassa. Teoksessa Heini Kainulainen, Jenni Savonen & Sanna Rönkä (toim.) Vanha Liitto. Kovien huumeiden käyttäjät 1960 - 1970 -lukujen Helsingistä. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 140–158.
- Koivula, Ulla-Maija, Saari, Minna, Saari, Juho, Tourunen, Jouni, Tyrväinen, Jenna & Vettenranta, Elina (2014). Ilman Nerviä en olisi hengissä”. Kyselytutkimus a-klinikkasäätiön Pirkanmaan palvelualueen terveys- ja sosiaalineuvontapiste Nervin asiakkaiden hyvinvoinnista ja palveluiden käytöstä. https://www.tampere.fi/liitteet/n/qVuwmTAHM/NERVI_-tutkimus.pdf, luettu 7.5.2017.
- Kouvo, Antti (2013). Ihmisten välinen luottamus ruokajonojen ja asumispalveluyksikön asiakkailta. Teoksessa Mikko Niemelä & Juho Saari (toim.) Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa, 108–125. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/40230/Huono-osaisten_hyvinvointi.pdf, luettu 17.1.2018.
- Kuussaari, Kristiina, Kaukonen, Olavi, Partanen, Ari & Vormaa, Helena & Ronkainen, Jenni-Emilia (2014). Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Yhteiskuntapolitiikka 79 (2014): 3, 264–277, 264–277. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116222/kuussaari.pdf?sequence=2>, luettu 16.12.2017.
- Kuussaari, Kristiina, Hottinen, Anja & Vastamäki, Marjut (2016). Mielenterveys- ja päihdekuntoutajat HUS-alueen asumispalveluissa. Yhteiskuntapolitiikka 81 (2016):6, 717–726. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131588/YP1606_Kuussaariym.pdf?sequence=4, luettu 28.1.2018.
- Käypä hoito -suositus (2015). Alkoholiongelmaisen hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50028>, luettu 7.12.2016.
- Käypä hoito -suositus (2012). Huumeongelmaisen hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50041>, luettu 7.12.2016.
- Laipio, Kristiina, Saari, Juho, Honkalampi, Kirsi, Saarinen, Pirjo & Blåfield, Esko (2014). Terveysneuvonta-piste Portin asiakkaat Kuopiossa. Suomensisäisten huumeiden käyttäjien hyvinvointi sekä palveluiden ja tulonsiirtojen käyttö. Kuopion kaupungin julkaisuja 1/2014. <https://www.kuopio.fi/documents/7369547/7555214/Portti-raportti.pdf/4644dc5e-c360-4267-821f-28ba0a55dbe7>, luettu 8.1.2018.

- Laitinen, Essi Kristiina (2016). Huumeita ja huono-osaisuutta? Huono-osaisuuden kasautuminen ja elämään tyytymättömyyteen vaikuttavat tekijät terveysneuvontapisteiden asiakkaiden keskuudessa. Pro gradu tutkielma. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20160645/urn_nbn_fi_uef-20160645.pdf, luettu 15.10.2016.
- Laitinen, Kristiina (2017). Huono-osaisuus. Teoksessa Kristiina Laitinen, Saara Uhlbäck, Niko Eskelinen & Juho Saari. Sumuisten sielujen hyvinvointi – Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden hyvinvointi ja palvelujärjestelmään kiinnittyminen, 55–64. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/123385/DIAK_tyoelama_9_ve rkko.pdf?sequence=1, luettu 5.1.2018.
- Laitinen, Kristiina & Saari, Juho (2017). Elämänlaatu. Teoksessa Kristiina Laitinen, Saara Uhlbäck, Niko Eskelinen & Juho Saari. Sumuisten sielujen hyvinvointi – Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden hyvinvointi ja palvelujärjestelmään kiinnittyminen, 41–54. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/123385/DIAK_tyoelama_9_ve rkko.pdf?sequence=1, luettu 5.1.2018.
- Laitinen, Kristiina, Uhlbäck, Saara, Eskelinen, Niko & Saari, Juho (2017). Sumuisten sielujen hyvinvointi – Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden hyvinvointi ja palvelujärjestelmään kiinnittyminen. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/123385/DIAK_tyoelama_9_ve rkko.pdf?sequence=1, luettu 1.5.2017.
- Lastensuojelulaki 13.4.2007/417. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>, viitattu 18.1.2018.
- Latvala, Antti (2012). Kognitiiviset toiminnot nuorten aikuisten päihdehäiriöissä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2012;128(16):1670–1676. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo10461.pdf>, luettu 29.12.2016.
- Lintonen, Tomi & Joukamaa, Matti (2013). Suomalaisten vankien sairastavuus ja terveyspalvelujen käyttö. Teoksessa Mikko Niemelä & Juho Saari (toim.) Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa, 62–79. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/40230/Huono-osaisten_hyvinvointi.pdf, luettu 26.1.2018.
- Melin, Harri & Blom, Raimo (2011). Yhteiskunnallinen eriarvoisuus. Teoksessa Atte Oksanen & Marko Salonen (toim.) Toiminnallisia loukkuja. Hyvinvointi ja eriarvoisuus yhteiskunnassa. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print, 194–213.
- Moisio, Pasi, Karvonen, Sakari, Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (2008). Johdanto. Teoksessa Pasi Moisio, Sakari Karvonen, Jussi Simpura & Matti Heikkilä (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 14–27.
- Murto, Lasse (2002). Päihdehuollon suomalainen malli kansainvälistyvässä ympäristössä teoksessa Olavi Kaukonen & Pekka Hakkarainen (toim.) Huumeidenkäyttäjät hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 167–192.

- Männistö, Päivi (2012). Kun ei ole tervetullut minnekään. Poiskäännyttämisen ja poissulkemisen ilmiöitä katuperspektiivistä tarkasteltuna. Teoksessa Minna Strömberg-Jakka & Teija Karttunen (toim.) Sosiaalityön haasteet. Tukea ammattilaisten arkeen, 125–139. Juva: PS-kustannus.
- Niiranen, Vuokko (2002). Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin. Teoksessa Kirsi Juhila, Hannele Forsberg & Irene Roivainen (toim.) Marginaalit ja sosiaalityö, 63–80.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/44433/SoPhi65.pdf?sequence=3>, luettu 16.10.2017.
- Ohisalo, Maria (2014). Leipäjonojen Suomi ja Eurooppa. Teoksessa Maria Ohisalo & Juho Saari Kuka seisoo leipäjonossa? Ruoka-apu 2010-luvun Suomessa, 17–26.
http://www.kaks.fi/sites/default/files/TutkJulk_83_net.pdf, luettu 7.5.2017.
- Ohisalo, Maria, Laihiala, Tuomo & Saari, Juho (2015). Huono-osaiset hyvinvoinnin keskellä: Ruoka-avussa ja terveysneuvontapisteissä käyvien elämässä pärjääminen ja hyvinvointikokemukset. Teologinen aikakauskirja 120 (2015): 4, 291–309.
- Ovaska, Anne, Holopainen, Antti & Annala, Tuula (1998). Terveysneuvonta Vinkki. Loppuraportti terveysneuvontakokeilun toiminnasta 4.4.-31.12.1997. A-klinikkasäätiön moniste 7/1998. <https://www.a-klinikka.fi/sites/default/files/quickuploads/file/monistesarja07.pdf>, luettu 10.1.2018.
- Ovaska, Anne (2013). Huumeiden käytön haittojen vähentäminen. Teoksessa Marjaliisa Havio, Maria Inkinen & Airi Partanen (toim.) Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 217–222.
- Palola, Elina (2006). On tämäkin yhteiskunta, jossa möröt saavat syödä kenet vain haluavat eli pohdintoja sosiaalityön arjesta EU:n retoriikkaan. Teoksessa Tuula Helne & Markku Laatu (toim.) Vääräyyskirja. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 103–114.
- Partanen, Juha (2002). Päihdepalvelupolitiikka ja hyvinvointivaltion muutos. Teoksessa Olavi Kaukonen & Pekka Hakkarainen (toim.) Huumeidenkäyttäjät hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 13–37.
- Partanen, Airi, Kuussaari, Kristiina, Forsell, Martta, Varis, Tuomo (2014). Päihdepalvelut. Teoksessa Peruspalvelujen tila -raportti 2014. Kunnat 9/2014. Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunta. II OSA – Liiteosa. Valtiovarainministeriön julkaisuja, 189–207.
http://vm.fi/documents/10623/307653/Peruspalvelujen_tila-raportti_9_2014_II_osa.pdf/4d39ad7b-2372-4ce6-a57d-da436508792e, luettu 28.1.2018.
- Perustuslaki 731/1999. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731#L2P19>, luettu 4.1.2018.
- Perälä, Jussi (2002). Hidasta ja nopeaa – heroiinin ja amfetamiinin käytön etnografiaa. Teoksessa Olavi Kaukonen & Pekka Hakkarainen (toim.) Huumeidenkäyttäjät hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 68–109.

- Perälä, Riikka (2007). Huumeidenkäyttäjien tulkintoja ongelmistaan ja niihin kohdistuvista sosiaali- ja terveystoimen palveluista. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (2007): 3, 256–271.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101532/073perala.pdf?sequence=1>, luettu 15.10.2016.
- Perälä, Riikka (2012). Haittojen vähentäminen suomalaisessa huumehoidossa: Etnografinen tutkimus huumeongelman yhteiskunnallisesta hallinnasta 2000-luvun Suomessa. Väitöskirja. Helsinki: Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012:6.
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/30102/haittoje.pdf?sequence=1>, luettu 15.10.2016.
- Pistämällä huumeita käyttävien tartuntatautiin ehkäisy ja torjunnan keskeiset periaatteet (2011).
http://www.thl.fi/attachments/Infektiotaudit/Ohjeet/pistamalla_huumeita_kayttavien_tartuntatautiin_ehkaisy_ja_torjunta.pdf, luettu 1.11.2016.
- Pitkänen, Tuuli & Kaskela, Teemu (2012). Mothers in the margin – women with a history of substance abuse and imprisonment. Teoksessa NSfKs 54. forskerseminar Selfoss, Island 2012. Jubilæumsseminar. 50 years Scandianavian Research Council för Criminology Nordisk Samarbete för Kriminology, 217–228.
<http://nsfk.org/Portals/0/Archive/NSfKs%2054.%20forskerseminar.pdf>, luettu 20.9.2017.
- Pitkänen, Tuuli, Perälä, Jussi & Tammi, Tuukka (2016). Huumeiden käyttäjiä on monenlaisia: kahdensadan helsinkiläisen huumeiden aktiivikäyttäjän elämäntilanne ja päihteiden käyttö.
http://www.a-linikka.fi/tiedostot/Tietopuu_Tutkimussarja_1_2016.pdf, luettu 1.10.2017.
- Pitkänen, Tuuli & Tourunen, Jouni (2016). Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen toimintoihin osallistuneiden kansalaisten hyvinvointi kahden kyselytutkimuksen perusteella. https://www.a-klinikka.fi/tiedostot/Pitkanen_Tourunen_THL_tyoapereita_38_2016.pdf, luettu 18.1.2018.
- Päihdehuoltolaki 41/1986. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>, luettu 7.12.2016.
- Raitakari, Suvi (2016). Neuvottelut mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden asumisen siirtymistä: toiveita, haasteita ja toimijuutta. Teoksessa Kirsi Juhila & Teppo Kröger (toim.) Siirtymät ja valinnat asumispoluilla. *SoPhi*, 108–133.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/50391/978-951-39-6664-5.pdf?sequence=1>, luettu 18.1.2018.
- Rapeli, Pekka (2014). Päihdehäiriön kliininen neuropsykologia. <http://paly-fi-bin.directo.fi/@Bin/cade4ffdf0e83cead1366f8d8e043fea/1480168635/application/pdf/196995/2.10.2014%20torstaikoulutus%20neuropsykologia%20rapeli.pdf>, luettu 26.11.2016.
- Raunio, Kyösti (2009). Olennainen sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus.

- Rönkä, Sanna (2017). ”Kaikki oli ihan keltasii” -pistämisestä ja yliannostuksista. Teoksessa Kainulainen, Heini, Savonen, Jenni & Rönkä, Sanna (toim.) Vanha liitto. Kovien huumeiden käyttäjät 1960–1970-lukujen Helsingissä, 159–178.
- Saari, Juho. (2015). Huono-osaiset – Elämän edellytykset yhteiskunnan pohjalla. Helsinki: Gaudeamus.
- Saarni, Samuli, Luoma, Minna-Liisa, Koskinen, Seppo & Vaarama, Marja (2012). Elämänlaatu. Teoksessa Seppo Koskinen, Annamari Lundqvist & Noora Ristiluoma (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 159–162.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf,
 luettu 11.1.2018.
- Sabri, Bushra, McFall, Allison M., Solomon, Sunil S., Srikrishnan, Aylur K, Vasudevan, Canjee, Varam K., Anand, Santhanam, Celentano, David D., Mehta, Shruti H., Kumar, Suresh & Lucas, Gregory M. (2017). Gender Differences in Factors Related to HIV Risk Behaviors among People Who Inject Drugs in North-East India.
<http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0169482&type=printable>, luettu 12.1.2018.
- Salonen, Anna Sofia (2013). Kristillisen päihdetyön asiakkaiden hyvinvointi ja luottamuksen säröt. Teoksessa Mikko Niemelä & Juho Saari (toim.) Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa, 126–145.
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/40230/Huono-osaisten_hyvinvointi.pdf, luettu 26.1.2018.
- Salasuo, Mikko & Rantala, Kari (2002). Huumeiden viihdekäyttö ajankuvana. Teoksessa Olavi Kaukonen & Pekka Hakkarainen (toim.) Huumeidenkäyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 38–67.
- Salminen, Mika (2007). Ruiskuhuumeita käyttävien terveysneuvonta on vaikuttava interventio. *Kansanterveys* 2007: 7, 15–16. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201210019178>, luettu 15.10.2016.
- Salonen, Anna Sofia (2013). Kristillisen päihdetyön asiakkaiden hyvinvointi ja luottamuksen säröt. Teoksessa Mikko Niemelä & Juho Saari (toim.) Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa, 126–145.
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/40230/Huono-osaisten_hyvinvointi.pdf, luettu 17.1.2018.
- Salonen, Marko & Oksanen, Atte (2011). Yksilölliset ja yhteiskunnalliset ansat. Teoksessa Atte Oksanen & Marko Salonen (toim.). Toiminnallisia loukkuja. Hyvinvointi ja eriarvoisuus yhteiskunnassa. Tampere: University Press, 7–13.
- Savonen, Jenni (2017). Marginaaliset identiteetit – puhetta leimoista ja niitä vastaan. Teoksessa Heini Kainulainen, Jenni Savonen & Sanna Rönkä (toim.) Vanha Liitto. Kovien huumeiden käyttäjät 1960 - 1970 -lukujen Helsingistä. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 179–198.

- Savonen, Jenni & Rönkä, Sanna (2017). Epilogi teoksessa Heinin Kainulainen, Jenni Savonen & Sanna Rönkä (toim.) Vanha Liitto. Koviin huumeiden käyttäjät 1960 - 1970 -lukujen Helsingistä. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 197–216.
- Shaw, Ian (2016). Social Work Science. Columbia University Press.
- Simpura, Jussi, Moisio, Pasi, & Karvonen, Sakari & Heikkilä, Matti (2008). Uudet ja vanhat sosiaaliset ongelmat. Teoksessa Pasi Moisio, Sakari Karvonen, Jussi Simpura & Matti Heikkilä (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki: Stakes, 250–253.
- Sinko, Päivi & Virokannas, Elina (2009). Rajallisia äitiysidentiteettejä – Huumeita käyttäneiden naisten kertomuksia lastensa huostaanotoista. Janus vol. 17 (2) 2009, 104–120.
<https://journal.fi/janus/article/view/50510/15282>, luettu 17.1.2018.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>, luettu 20.1.2018.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2016). Päihdepalvelut. <http://stm.fi/paihdepalvelut>, luettu 10.12.2016.
- Sumuisten sielujen hyvinvointi (2016). Tietopuu. <https://keskuststo.a-klinikka.fi/tietopuu/tutkittua/tutkimukset/2373>, luettu 10.1.2018.
- Tammi, Tuukka (2002). Onko Suomen huume politiikka muuttunut? Teoksessa Olavi Kaukonen & Pekka Hakkarainen (toim.) Huumeidenkäyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 252–271.
- Tammi, Tuukka, Pitkänen, Tuuli & Perälä, Jussi (2011). Stadin nistit – huono-osaisten helsinkiläisten huumeidenkäyttäjien päihteet sekä niiden käyttötavat. Yhteiskuntapolitiikka 76 (2011): 1, 45–55.
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100970/tammi.pdf?sequence=1>, luettu 15.10.2016.
- Tartuntatautiasetus 31.10.1986/78, § 6,
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860786>, luettu 11.12.2016.
- Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos (2016a). Palvelujärjestelmä.
<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/palvelujarjestelma>, luettu 7.11.2016.
- Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos (2016b). Päihderiippuvuus.
<https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveysthairiot/paihderiippuvuus>, luettu 14.11.2016.
- Terveysneuvonta. Vinkki.info. <https://www.vinkki.info/terveyden-edistaminen/terveysneuvonta>, luettu 10.1.2018.
- Terveysneuvontapisteet (2018). Vinkki.info. <https://www.vinkki.info/terveyden-edistaminen/terveysneuvonta/terveysneuvontapisteet>, luettu 10.1.2018.

- Tilastokeskus. PX-Web-Tietokannat. Väestö iän (1-v.) ja sukupuolen mukaan alueittain 2003 - 2016 kunkin tilastovuoden aluejaolla.
http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vrm__vaerak/statfin_vaerak_pxt_005_fi.px/?rxid=cf6a0988-e70d-46c2-8ede-4df1dedbfc4f, luettu 10.1.2018.
- Timonen, Sari (2011). Asuminen. Teoksessa Kimmo Aaltonen (toim.) Nuorten hyvinvointi ja monialainen yhteistyö, 86–97. Helsinki: Tietosanoma.
- Turner, Katy. M. E., Hutchinson, Sharon, Vickerman, Peter, Hope, Vivian, Craine, Noel, Palmateer, Norah E., May, Margaret, Taylor, Avril, De Angelis, Daniela, Cameron, Sheila, Parry, John, Lyons, Margaret, Goldberg, David, Allen, Elisabet & Hickman, Mathew (2011). The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. 2011 The Authors, Addiction © 2011 Society for the Study of Addiction, 106, 1978–1988.
<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.jyu.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=accfe929-76cb-4d71-a107-b098ee02d658%40sessionmgr4006>, luettu 12.1.2018.
- Törmä, Sinikka (2009). Kynnyskysymyksiä. Huono-osaisimmat huumeiden käyttäjät ja matala kynnyks. Väitöskirja. Hämeenlinna: Offset Kolmio.
- Uhlbäck, Saara, Laitinen, Kristiina, Eskelinen Niko & Saari, Juho (2017). Aineisto ja menetelmät. Teoksessa Kristiina Laitinen, Saara Uhlbäck, Niko Eskelinen & Juho Saari Sumuisten sielujen hyvinvointi – Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden hyvinvointi ja palvelujärjestelmään kiinnittyminen, 29–34.
http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/123385/DIAK_tyoeelama_9_ve rkko.pdf?sequence=1, luettu 1.5.2017.
- Vaalavuo, Maria & Moisio, Pasi (2014). Tuloerojen ja suhteellisen köyhyyden kehitys. Teoksessa Maria Vaarama, Sakari Karvonen, Laura Kestilä, Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos, 98–117.
- Vaarama, Maria, Mikkilä, Susanna & Hannikainen-Ingman, Katri (2014). Suomalaisten elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa Maria Vaarama, Saara Karvonen, Saara, Laura Kestilä, Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos, 20–39.
- Varjonen Vili (2015). Huumetilanne Suomessa 2014. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2015; Raportti 1.
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125568/THL_RAPO1_2015_web%20\(1\).pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125568/THL_RAPO1_2015_web%20(1).pdf?sequence=1), luettu 16.10.2016.
- Vartiainen, Anssi (2015). Kuuden suurimman kaupungin päihdehuollon palvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2014. Kuusikko työryhmän julkaisusarja 1/2015.
https://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/15_05_28_Kuusikko_ph_raportti_2015.pdf, luettu 17.1.2018.

- Virokannas, Elina (2014). Vertaisten ja ammattilaisten jäsenyyskategoriat huumeidenkäyttäjille suunnatussa katuklinikkatyössä. *Yhteiskuntapolitiikka* 79 (2014):6, 657–668.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125876/virokannas.pdf?sequence=1>, luettu 15.10.2016.
- Virokannas, Elina (2017a). Eriarvoisuuden kokemuksia ja hallinnan suhteita hyvinvointipalvelujärjestelmässä. Huumeita käyttävien naisten ”standpoint”. *Yhteiskuntapolitiikka* 82 (2017):3, 274–283.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135394/YP1703_Virokannas.pdf?sequence=1, luettu 27.12.2017.
- Virokannas, Elina (2017b). Rajoitettuja avunsaannin kokemuksia ja hallinnan suhteita huumeita käyttävien naisten keskusteluissa hyvinvointipalvelujärjestelmästä. *Janus* vol. 25 (2) 2017, 111–126.
<https://journal.fi/janus/article/view/60529/25823>, luettu 19.1.2018.
- Vorma Helena (2012). Sekakäyttö. Teoksessa Kaija Seppä, Mauri Aalto, Hannu Alho & Kalervo Kiiänmaa (toim.) *Huume- ja lääkeriippuvuudet*. Duodecim, 71–76.
- Väyrynen, Sanna (2007). *Usvametsän neidot. Tutkimus nuorten naisten elämästä huume kuvioissa*. Väitöskirja. Rovaniemi: Lapin Yliopistopaino.
http://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/62366/V%c3%a4yrynen_Sanna_ActaE_197pdfA.pdf?sequence=2&isAllowed=y, luettu 21.11.2017.
- World drug report (2009). United Nations Office on Drugs and Crime.
http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/WDR2009_eng_web.pdf, luettu 27.11.2017.

Helsinki/Vinkki

Ole hyvä ja vastaa kysymyksiin valitsemalla vaihtoehto (X), joka parhaiten kuvaa tilannettasi tai kokemuksiasi. Kyselyssä ei kysytä henkilötietoja.

1. Kun ajattelet elämäsi viimeisen kuukauden aikana, oletko tuntenut itsesi

	Jatkuvasti	Melko usein	Joskus	Hyvin harvoin
Tyytyväiseksi elämään				
Tyytyväiseksi elintasoosi				
Tyytyväiseksi fyysiseen terveyteesi				
Tyytyväiseksi henkiseen terveyteesi				
Masentuneeksi				
Yksinäiseksi				

2. Seuraavassa esitetään erilaisia väittämiä. Valitse (X) se vaihtoehto, joka vastaa parhaiten käsitystäsi

	Täysin samaa mieltä	Osin samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Tunnen itseni huono-osaiseksi					
Pärjään elämässäni					
Ihmisiin voi luottaa					
Viranomaisiin voi luottaa					
Tuloni riittävät menoihini					
Pystyn huolehtimaan veloistani					
Saan kaupungilta riittävästi tukea, apua ja palveluita					
Saan seurakunnalta riittävästi tukea, apua ja palveluita					
Tulevaisuudessa elämäni on parempaa					
Saan ystäviltäni ja sukulaisiltani taloudellista tukea tarvittaessa					
Huumeiden käyttö aiheuttaa minulle ongelmia					
Alkoholin käyttö aiheuttaa minulle ongelmia					
Lääkkeiden käyttö aiheuttaa minulle ongelmia					

3. Seuraavassa luetellaan kunnan, valtion, Kelan ja eläkelaitosten tarjoamia palveluja ja tulonsiirtoja. Mitä niistä sinä tai muut perheenjäsenesi ovat saaneet viimeisen kahden kuukauden aikana?

	Olen saanut	Olen hakenut, mutta en ole saanut	En ole hakenut
Toimeentulotukea			
Opintotukea			
Asumistukea			
Vammaisetuuksia			
Sairauspäivärahaa			
Äitiys-, isyys- tai vanhempainpäivärahaa			
Lasten kotihoidon tukea			
Työmarkkinatukea / työttömyysturvan peruspäivärahaa			
Ansiosidonnaista työttömyysturvaa			
Kansaneläkettä			
Työkyvyttömyyseläkettä			
Työttömyyseläkettä			
Työeläkettä iän perusteella			

4. Seuraavassa luetellaan kunnan, valtion, seurakunnan ja Kelan palveluja. Mitä niistä olet käyttänyt viimeisen kahden kuukauden aikana?

	Olen käyttänyt	Olen hakenut, mutta en ole saanut	En ole käyttänyt
Mielenterveyspalveluja			
Sosiaalitoimiston palveluja			
Terveyskeskuksen palveluja			
Kelan palveluja (kuntoutus, terapia jne.)			
Seurakunnan palveluja (diakoniatyö)			
Työvoimatoimiston palveluja (työttömyysasiat)			
Päihdepalveluja			
Mitä seuraavista päihdepalveluista olet käyttänyt? <input type="checkbox"/> Vinkki <input type="checkbox"/> Katkaisuhuolto <input type="checkbox"/> A-klinikka <input type="checkbox"/> Laitoskuntoutus <input type="checkbox"/> Asumispalvelut			

5. Seuraavassa esitetään erilaisia väittämiä käyttämiesi palvelujen laadusta ja omasta motivaatiosta muutokseen. Valitse (X) se vaihtoehto, joka vastaa parhaiten käsitystäsi

	Täysin samaa mieltä	Osin samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Nautin huumeiden käytöstä					
Olen ollut viimeisen vuoden aikana huolissani huumeiden käytöstäni					
Olen väsynyt huumeiden käyttööni					
Minusta on tärkeää tehdä muutos huumeiden käytössäni					
Olen valmis tekemään töitä aikaansaadakseni muutoksen huumeiden käytössäni					
Tarvitsen ammattiapua muuttaakseni huumeiden käyttöäni					
Voin saada oikeanlaista apua ammattilaisilta					
Ammattiavun hakeminen on minulle nöyryyttävää.					
Vinkin apu on järjestetty hyvin					
Olen tyytyväinen Vinkissä saamaani palveluun					
En halua, että naapurini tai sukulaiseni näkevät minut Vinkissä.					

6. Seuraavassa kysytään eräitä taustakysymyksiä sinusta ja mahdollisista kotitalouden muista jäsenistä. Ympyröi sopiva vaihtoehto

Sukupuoli	Mies			Nainen			
Kansalaisuus	Suomen kansalainen			Muu			
Ikä (täysinä vuosina)	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	Yli 65	
Minkä ikäisenä aloitit suomensisäisten huumeiden käytön?	Alle 18-vuotiaana	18-25	26-35	36-45	46-55	Yli 55-vuotiaana	
Kuinka usein asioit terveysneuvontapisteessä?	Käyn ensimmäistä kertaa	Muutaman kerran vuodessa tai harvemmin		Kuukausittain	Viikoittain	Päivittäin	
Korvaushoito	En ole korvaushoidossa	Olen ollut joskus aikaisemmin korvaushoidossa		Olen hakenut korvaushoitoon, mutta en ole päässyt	Olen jonossa korvaushoitoon	Olen tällä hetkellä korvaushoidossa	
Koulutus	Perus- tai kansakoulu jäi kesken	Perus- tai kansakoulu		Lukio tai ammattikoulu		Opisto tai yliopisto	
Työtilanne	Töissä pysyvästi	Töissä määrätai osa-aikaisesti	Työtön tai lomautettu	Työkokeilussa	Opiskelija	Kotona	Eläkeläinen
Asumismuoto	Omistus-asunto	Vuokra-asunto	Kunnan vuokra-asunto	Tukiasunto		Asunoton	
Ruokapankin (leipäjonon) asiakas viimeisen vuoden aikana	En ole	Joka viikko		Keskimäärin kerran kuukaudessa	Muutaman kerran vuodessa		
Tuomittu huumeiden käytön takia viimeisen kahden vuoden aikana? Valitse kaikki sinuun sopivat	Ei	Sakkoa	Yhdyskuntapalvelua	Ehdollista vankeutta		Ehdotonta vankeutta	
Osallistuu uskonnollisen yhteisön toimintaan	Ei lainkaan		Satunnaisesti (muutaman kerran vuodessa)		Säännöllisesti (useammin kuin kerran kuukaudessa)		

7. Vastaa seuraaviin kohtiin numeroin

Kotitalouden jäsenet	Aikuisten lukumäärä: _____	Lasten lukumäärä: _____
Kuinka paljon kotitaloutesi käytössä on kuukaudessa rahaa <u>pakollisten asunto, ruoka- yms. menojen jälkeen?</u> Vastaa sadan euron tarkkuudella: _____ €		

Kiitos vastauksestasi!

Sinulla on vielä mahdollisuus antaa tähän vapaamuotoista palautetta tästä kyselystä tai Vinkin toiminnasta:
