



*Kristiina Laitinen, Saara Uhlbäck,  
Niko Eskelinen & Juho Saari*

**SUMUISTEN SIELUJEN HYVINVOINTI –  
TERVEYSNEUVONTAPISTEIDEN ASIAKKAIDEN  
HYVINVOINTI JA PALVELUJÄRJESTELMÄÄN  
KIINNITTÄMINEN**

*Kristiina Laitinen, Saara Uhlbäck,  
Niko Eskelinen & Juho Saari*

**SUMUISTEN SIELUJEN HYVINVOINTI –  
TERVEYSNEUVONTAPISTEIDEN ASIAKKAIDEN  
HYVINVOINTI JA PALVELUJÄRJESTELMÄÄN  
KIINNITTYMINEN**

**Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Helsinki 2017**

DIAK TYÖELÄMÄ 9  
[DIAK AND WORKING LIFE 9]

Julkaisija: Diakonia-ammattikorkeakoulu

Kannen kuva: Shutterstock

Taitto: Juvenes Print Oy

ISBN 978-952-493-282-0 (verkkojulkaisu)

ISSN 2343-2195 (Diak Työelämä, verkkojulkaisu)

Juvenes Print Oy

Tampere 2017

## TIIVISTELMÄ

**Kristiina Laitinen,  
Saara Uhlbäck,  
Niko Eskelinen &  
Juho Saari**

**Sumuisten sielujen hyvinvointi –  
Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden  
hyvinvointi ja palvelujärjestelmään  
kiinnittyminen**

Helsinki:

Diakonia-ammattikorkeakoulu 2017

159 s.

Diak Työelämä 9

**U**niversaalien hyvinvointivaltion yksi tärkeimmistä tehtävistä on pitää kansalaisistaan tasavertaisesti huolta. Suonensisäiset huumeiden käyttäjät ovat ryhmä, johon liitetään julkisessa keskustelussa paljon huolipuhetta ja moraalista arviointia. He ovat toisaalta mittavien institutionaalisten interventiodien kohteena ja silti samalla yhteiskunnan marginaalissa. Huumeiden käyttö on yhteiskunnassamme kahtiajakautuneessa asemassa; yhtäältä se on rikollista toimintaa ja toisaalta hoidettavissa oleva riippuvuus-sairaus. Poliittisissa päätöksissä ja palvelurakenteita linjatessa huumeiden käytön sosiaaliset taustasyyt ja eri ulottuvuudet harvoin vaikuttavat päätöksentekoon. Juuri tästä syystä on tärkeää lisätä tietoa terveysneuvontapisteiden asiakkaiden elämäntilanteista, hyvinvoinnista ja niihin vaikuttavista tekijöistä.

Terveysneuvontapisteet palvelevat matalan kynnyksen periaatteella suonensisäisten huumeiden käyttäjä. Raportissa tarkastellaan terveysneuvontapisteiden asiakkaiden elämäntilannetta useasta eri näkökulmasta. Tavoitteena on ollut tuottaa tilastollista tietoa terveysneuvontapisteiden asiakkaiden elämästä suomalaisessa tutkimuskentässä jo mittavasti kerätyn laadullisen tiedon kumppaniksi. Raportti edustaa alustavaa kartoittavaa tutkimusta ja keskittyy perustuloksiin. Tutkimuksen aineisto on kerätty vuosina 2013 ja 2014 kahdeksan eri kunnan terveysneuvontapisteistä ja käsittää yhteensä 526 vastaajan näytteen.

Raportin ensimmäiset kappaleet pohjustavat myöhempiä raportin analyysiosioita. Luvussa kaksi kuvataan lyhyesti huumeiden käytön yleispiirteitä Suomessa, suomalaista huumeepolitiikkaa sekä terveysneuvontapisteiden toimintaperiaatteita kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Kolmannessa luvussa esitellään aineistot ja menetelmät. Neljännessä luvussa kuvataan vastaajien demograafinen jakauma sekä ryhmän sosioekonominen jakautuminen.

Ensimmäisenä teemakokonaisuutena tarkastellaan erilaisia hyvinvointi-indikaattoreita terveysneuvontapisteiden asiakkaiden keskuudessa. Viidennessä luvussa kuvataan vastaajien elämänlaatua pääasiassa hyvinvointi- ja terveyseroina suhteessa suomalaisväestöön. Kuudennessa luvussa keskitytään erityisesti huono-osaisuuden kokemukseen ja erilaisten hyvinvointivaiteiden kasaantumiseen vastaajien keskuudessa.

Elämänlaadun eri osatekijöiden lisäksi vahvana teemana raportissa ovat myös terveysneuvontapisteiden asiakkaiden paikka tulonsiirto- ja palvelujärjestelmässä. Seitsemännessä ja kahdeksannessa luvussa syvennytään tulonsiirtojen ja palvelujen käyttöön sekä niistä poiskäännyttämiseen.

Viimeisimmissä luvuissa käsitellään vastaajien asenteita. Yhdeksännessä kuvataan vastaajien huumeiden käyttöön liittyvää muutoshalukkuutta ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Kymmenes luku kuvaa vastaajien kokemaa yhteiskunnallista luottamusta sekä elämäntilanteeseen liittyvää häpeää ja stigmaa.

Johtopäätöksissä pyrimme yhdistämään eri lukujen tuottamia kuvia terveysneuvontapisteiden asiakkaista ja muodostamaan heistä kokonaisvaltaisemman käsityksen. Tätä kuvaa tulkitsemme suhteessa vallitsemaan palvelujärjestelmään ja pohdimme, kuinka hyvin järjestelmä vastaa tämän erityisryhmän palvelutarpeisiin, ja missä kohdin sijaitsevat palvelurakenteiden aukkokohtat.

**Asiasanat:** suonensisäisten huumeiden käyttö, terveysneuvontapisteet, hyvinvointi, elämänlaatu, sosiaaliset ongelmat, palvelujärjestelmät, sosiaali- ja terveysterveystarpeet

**Teemat:** Hyvinvointi ja terveys, Palvelujärjestelmä

**Julkaistu:** Open Access -verkkajulkaisuna [www.diak.fi](http://www.diak.fi)

## ABSTRACT

**Kristiina Laitinen,  
Saara Uhlbäck,  
Niko Eskelinen &  
Juho Saari**

**Well-being of the clouded souls –  
Well-being and attachment to welfare  
services amongst customers of substance  
abuse advisory services.**

Helsinki:

Diaconia University of Applied Sciences, 2017

159 s.

Diak Työelämä 9

Series

[Diak and Working life 9]

One of the most profound duties of universal welfare society is to provide care and services equally to its citizens. In public domain, intravenous drug abusers are a group which faces highlighted concern and moral judgement. On one side, they are a target to extensive institutional interventions but simultaneously live in the very marginal of society. The society has a dualistic stance on perceiving drug abuse; it is criminally punishable action but in contrast also treatable addictive illness. The underlying social causes and different dimensions of drug abuse are often neglected in political decision making processes and when outlining structures for service provision. Particularly for this reason, it is important to increase knowledge about the social conditions in which substance abusers live in, as well as shed light on their well-being and which factors contribute to their quality of life.

Substance abuse advisory services in Finland are low-threshold services for intravenous drug users. In this report, we study the living conditions of the customers of substance abuse advisory services from various different standpoints. Our aim has been to provide statistical information about the life of substance abuse advisory service customers, to company the vast qualitative information already gathered in Finland this line of research. This report represents a preliminary research and focuses on basic results. Research data was collected during the years 2013 and 2014 from eight different municipalities and comprises of a sample of 526 respondents.

The first chapters of the report preface the following analysis sections. In chapter two we focus on describing the general features of substance abuse in Finland, Finnish drug policy and working principles of substance abuse advisory centers based on a brief literature review. In the third chapter we

present the data and used methods. Chapter four describes the demographics and socio-economic stratification of the respondents.

The first following theme is to observe different indicators for well-being amongst the customers of substance abuse advisory centers. In the fifth chapter, we describe respondents' quality of life by comparing various questions regarding different aspects of well-being and health to the general Finnish population. In the sixth chapter we take a special focus on the experience of relative deprivation and how different well-being deficits accumulate amongst the respondents.

In addition to different aspects of quality of life, the other strong theme of the report is the position of customers of substance abuse advisory services elsewhere in income transfer and service system. In chapters seven and eight we look at the usage of different income transfers and welfare services as well as the experiences of diversion from these services.

In the final chapters we cover respondents' attitudes. In chapter nine we describe the respondents' willingness to change their substance use behavior and discover some factors that have impact on motivation. Tenth chapter we describe the communal trust among the respondents as well as feelings of shame and stigmatization.

In the conclusive chapter we aspire to combine the picture drawn by different chapters in this report to create a slightly more holistic perspective about the customers in substance abuse advisory services. We interpret this picture in relation to the current service system and contemplate, how well does the current system responds to the service needs of this special group and where lie the cracks of the service structure.

**Keywords:** Intravenous drug use, substance abuse advisory services, well-being, quality of life, social problems, welfare services, social- and healthcare

**Themes:** Well-being and health, Welfare services

**Published:** Open Access web publication [www.diak.fi](http://www.diak.fi)

# SISÄLLYS

*Sakari Kainulainen*

**Esipuhe**.....9

*Juho Saari*

**1 Johdanto** ..... 11

*Kristiina Laitinen*

**2 Suonensisäinen huumeiden käyttö ja terveysneuvontapisteet**.....17

*Saara Uhlbäck, Kristiina Laitinen, Niko Eskelinen & Juho Saari*

**3 Aineisto ja menetelmät** .....29

*Kristiina Laitinen & Saara Uhlbäck*

**4 Keitä ovat aineiston huumeidenkäyttäjät?** .....35

*Kristiina Laitinen & Juho Saari*

**5 Elämänlaatu** .....41

*Kristiina Laitinen*

**6 Huono-osaisuus**.....55

*Kristiina Laitinen & Niko Eskelinen*

**7 Taloudellinen toimeentulo ja tulonsiirtojen käyttö** .....65

*Kristiina Laitinen & Saara Uhlbäck*

**8 Palvelujen käyttö** .....81

*Saara Uhlbäck & Kristiina Laitinen*

**9 Muutoshalukkuus ja tulevaisuuden usko** ..... 103

*Niko Eskelinen, Kristiina Laitinen & Saara Uhlbäck*

**10 Luottamus ja stigma** ..... 117

*Kristiina Laitinen & Juho Saari*

**11 Johtopäätökset** ..... 137

**Kuvio- ja taulukkoluetelo**.....151

**Liitteet** .....153





## ESIPUHE

Suomalaista sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää ollaan muuttamassa radikaalisti. Keskeisimmäksi uudistuksen ajuriksi ja jopa lähtökohdaksi on poliittisissa puheissa asetettu huoli asiakkaiden saamista palveluista, asiakaslähtöisyydestä. Käytävissä julkisissa esittelyissä ja keskusteluissa tulee kuitenkin vahva tunne, että asiakkaiden tarpeet eivät ole uudistuksen ensisijainen lähtökohta. Enemmän kuulee puhetta siitä, kuinka palvelut hallinnollisesti organisoidaan tai kuinka palvelut sovittuvat olemassa olevaan lainsäädäntöön. Enemmän kuulee myös puhetta terveydenhuollon organisoimisesta kuin sosiaalihuollon organisoimisesta tai integraatioista näiden välillä. Ehkä kaikkein hiljaisinta on pohdinta siitä, mikä on kuntaan jäävien palveluiden ja ihmisille tarjottavan muun tuen suhde maakuntien vastuulle siirtyviin palveluihin. Kansalaisyhteiskunnan roolin pohtiminen loistaa lähes täydellisellä poissaolollaan.

Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke, Sokra, tukee Euroopan sosiaalirahaston sosiaalisen osallisuuden ja köyhyyden torjunnan toimintalinjan (TL 5) hankkeita. Sokran yhtenä keskeisenä tehtävänä on jäsentää ja tuottaa tietoa ihmisten osallisuudesta ja osattomuudesta sekä erityisesti Itä- ja Pohjois-Suomen osalta alueellisesta huono-osaisuudesta ja käytänteistä tämän vähentämiseksi. Tutkimuksen tekemisen tarkoituksena on tuottaa tietoa paremman päätöksenteon tueksi. Tällä raportilla halutaan nostaa esiin suonensisäisten huumeiden käyttäjien tarpeita, jotta palvelut ja tuki olisivat heille hyödyllisiä ja vaikuttavia.

*Sumuisten sielujen hyvinvointi* -raportti esittelee lukijalle perustulokset suonensisäisten huumeidenkäyttäjien hyvinvointia ja terveyttä käsitelleestä aineistosta, joka kerättiin terveysneuvontapisteistä eri puolilta Suomea vuosina 2013 ja 2014. Hanke on osa professori Juho Saaren johtamaa tutkimusohjelmaa, joka tarkastelee laajasti huono-osaisia ryhmiä ja vertailee heidän ja muun väestön välisiä rakenteellisia jakoja ja kulttuurisia eroja. Hankkeen suunnittelusta ja toimeenpanosta vastasi professori Saari yhteistyössä dosentti Sakari Kainulaisen (Diakonia-ammattikorkeakoulu) kanssa. Käytännön toimeenpanoon osallistuivat A-Klinikkasäätiö, Helsingin Diakonissalaitos, Kuopion Seudun Päihdepalvelusäätiö sekä Joensuun ja

Hyvinkään kaupunkien terveysneuvontapisteet. Pilottiaineiston keräsi silloinen yhteiskuntatieteiden kandidaatti Kristiina Laipio (nyk. yhteiskuntatieteiden maisteri Kristiina Laitinen) Kuopiosta. Käsillä olevan raportin kokonaisuudesta vastasi professori Juho Saari ja kirjoittamisesta yhteiskuntatieteiden maisteri Kristiina Laitinen yhdessä yhteiskuntatieteiden kandidatin Saara Uhlbäckin ja yhteiskuntatieteiden kandidatin Niko Eskelisen kanssa. Juho Saari kirjoitti johdannon ja johtopäätökset sekä tarvittavat korjaukset muualle tekstiin. Raportin toivotaan muistuttavan sote-valmistelijoita siitä, mistä lähdettiin: ihmisten elämän, tarpeiden ja tuen muotojen ymmärtämisestä.

*Sakari Kainulainen*

Erityisasiantuntija, dosentti

## 1 JOHDANTO

Sosiaalipolitiikka perustuu ihmisryhmien luokittamiseen sosiaalisten riskien ja elämäntilanteiden suhteen. Määrittelemällä ja eriyttämällä erilaisia sosiaalisia riskejä ja elämäntilanteita julkinen valta muuttaa elämäntilanteet poliittisesti hallittavampaan muotoon. Samalla riski ja elämäntilanne määrittävät ihmisen aseman. Sosiaalipolitiikan kannalta ikääntyvästä tulee ikääntyvä vasta sitten, kun hän saa eläkkeen ja vanhuspalveluja, sairaasta sairas, kun hän saa sairausvakuutuspäivärahan ja terveystalveluja, työttömästä työtön, kun hän on oikeutettu työttömyysturvaan ja aktivointipalveluihin. Samalla tavalla toimivat kaikki riskinhallintajärjestelmät, jotka kattavat suomalaisten elämän kohdusta hautaan. Reilut sata vuotta kestäneen prosessin seurauksena Suomeen on luotu kattavat riskinhallintajärjestelmät näiden periaatteiden mukaan. (Saari 2015, 118–120.)

Riskienhallintaan perustuvan ”suuren sosiaalipolitiikan” katveessa on kuitenkin erityispalvelujen ja tulovähenteisten etuuksien moniulotteisia ja monella tapaa vaikeasti hahmottuvia huono-osaisuuden notkelmia, joissa sosiaaliset riskit, ihmisten elämäntilanteet sekä sosiaali- ja terveystalvelut ja tulonsiirrot ovat epämääräisemmin kytköksissä toisiinsa. Näissä viimeisten vuosien kasvaneessa ja syventyneessä notkelmassa muuten ja muualla eriytetyt sosiaaliset riskit kytkeytyvät toisiinsa monimutkaisesti ja samanaikaisesti yhden ihmisen elämässä. Notkelmissa elävät ihmiset ovat usein usean järjestelmän asiakkaita ja potilaita samanaikaisesti tai sitten kaikkien niiden ulkopuolella. Notkelmien ryhmät eivät ole selvärajaisia vaan monella tapaa epämääräisiä ja vaikeasti hahmotettavia, ja usein on epäselvää, mikä on paras tapa vastata heidän elämäntilanteensa aiheuttamiin haasteisiin: heidän kohtaamansa ongelmat ovat viheliäisiä sikäli, että niiden määrittely vaikuttaa ratkaisevasti niiden ratkaisumalleihin.

Elämäntilanteet ovat epämääräisiä sikäli, että ihmiset eivät määrity esimerkiksi työttömiksi, sairaiksi tai lasta kotona hoitaviksi, vaan yhä enem-

män kategoriaan ”muut”: tämä ryhmä on voimakkaassa kasvussa muun muassa toimeentulotuen tilastoinnissa. Samalla ihmisten elämäntilanteeseen liittyy usein – mutta ei aina – yhtäältä erilaisia pitkäaikaisia riippuvuuksia ja elämäntilanteen ongelmia ja toisaalta häpeää ja syrjintää. Sosiaalipolitiikassa nämä ryhmät sijoittuvat sosiaalihuollon piiriin, mutta niillä on kytkentöjä myös erityisryhmien terveyspalveluihin, kuntouttavan työtoiminnan kaltaisiin aktivointitoimenpiteisiin sekä kriminaalipolitiikkaan.

## Tavoite

Suonensisäisten huumeiden käyttäjät ovat eräs tämän sosiaalipolitiikan varjoisan puolen väestöryhmistä, joiden elintaso, elämänlaatu ja elämäntapa eroavat laadullisesti suomalaisten suuren – hyvinvoivan ja terveen – enemmistön elintasosta, elämänlaadusta ja elämäntavasta. Käsillä olevassa teoksessa analysoidaan suonensisäisten huumeidenkäyttäjien hyvinvointia ja terveyttä. Raportissa kuvataan perustulokset, jotta tutkijat voivat muissa julkaisuissa keskittyä analyttisemmin sosiaalisten mekanismien systemaattisempaan analysointiin. Samalla raportti johdattelee suonensisäisten huumeiden käyttäjien maailmaan ja palvelujärjestelmään.

Olemme kiinnostuneita haavoittuvassa asemassa olevasta väestöryhmästä, jonka elämäntilanteeseen liittyy suonensisäisten huumeiden käyttö. He eivät ole meille ensisijaisesti huumeidenkäyttäjiä, vaan haavoittuvassa asemassa olevia ihmisiä, joiden arjen rakenteisiin vaikuttaa muiden tekijöiden ohella myös huumeiden käyttö. Siten lähestymistavassamme korostuu pikemmin suonensisäisten huumeidenkäyttäjien elämäntilanne – elintaso, elämänlaatu ja elämäntapa – kuin heidän käyttämänsä huumeet yksityiskohtaisesti eriteltyinä huumeiden määrän tai laadun suhteen tai palvelujärjestelmän toiminnan yksityiskohdat. Samalla olemme kuitenkin tietoisia aikaisempien tutkimusten tuloksesta, jonka mukaan huumeiden suurkuluttajien ryhmää määrittäviä tekijöitä ovat oma kokemus riippuvuudesta, käytön runsaus sekä huumeidenkäytön vahva liittyminen jokapäiväiseen elämään. Viihdekäytössä vallitseva hallinnan normi puuttuu, ja elämän keskiössä ovat huumeet. Samalla ongelmakäyttäjien ajatuksissa korostuu huumeiden käytön vääjäämättömyys tai kohtalonomaisuus. Muut elämän osa-alueet (ihmissuhteet, koulutus, työ) ovat alisteisia huumeiden käytölle. Riippuvaiset liittävät omaan käyttöönsä huomattavasti enemmän riskejä kuin muut käyttäjäryhmät, ja esimerkiksi kuolema nousee esiin konkreettisena riskinä. (Seppälä & Mikkola 2004, 55–56; Kataja, Väyrynen, Hakkarainen, Kailanto, Karjalainen, Kuussaari & Tigerstedt 2016, 50.) Kaikki-

neen ei ole syytä vähätellä huumeen merkitystä suonensisäisten huumeiden käyttäjien ryhmään kuuluvien minuuden määrittäjänä ja käyttäytymisen ohjaajana.

Sumuisten sielujen hyvinvointi -hanke on osa vuonna 2012 alkanutta ja pitkälle tulevaisuuteen jatkuvaa huono-osaisuuden notkelmien tutkimusohjelmaa, jossa tarkastelemme hyvinvoivan ja terveen väestön suuren enemmistön varjoon jääviä pienempiä ryhmiä, joita väestötason kyselyt eivät ongelmitta tavoita. Heidän osuutensa väestöstä on ylipäätään varsin pieni, eivätkä he juurikaan vastaa kyselyihin. Parhaassa mahdollisessa tapauksessakin koko väestön kattavassa kyselyssä huono-osaisten osuus vastauksissa olisi ehkä 5–10 %:n luokkaa. Katoanalyysimme kuitenkin osoittavat, että heidän vastausprosenttinsa ovat ehkä noin 10–20 %. Tavanomaisen 2500–3000 henkilön väestökyselyyn vastaa siis ehkä 20–30 kohderyhmään kuuluvaa henkilöä, mikä ei mahdollista ryhmän sisäisen rakenteen tutkimusta. Emme systemaattisesti ole tutkineet, miksi he eivät vastaa kyselyihin, mutta ilmeisiä syitä ovat osoitteiden ja puhelinnumeroiden puuttuminen, haluttomuus avata postia (koska kirjeissä on yleensä ikäviä asioita), kognitiivisten kykyjen rajoitteet ja käsitteiden epäselvyys sekä yleinen epäluuloisuus ja luottamuksen puute muita ihmisiä ja erityisesti tutkijoita kohtaan. Toisaalta heidät on kuitenkin mahdollista tavoittaa palvelujärjestelmän ja asiakaskohtaamisen rajapinnasta, kuten asunnottomien asumisyksiköistä, mielenterveyskuntoutujien päiväkeskuksista, leipäjonoista ja terveysneuvontapisteistä. Siten saamme kerättyä riittävän suuria näytteitä kvantitatiivisen tutkimuksen tarpeisiin. Tutkimusohjelmamme perustuu näiden ja muiden samankaltaisten aineistojen hyödyntämiseen (esim. Niemelä & Saari 2013; Liimatainen & Saukko 2012; Saari 2015; Ohisalo & Saari 2014; Laitinen 2016; Eskelinen 2016). Käsillä olevan tutkimuksen aineisto on kerätty terveysneuvontapisteistä. Näiden matalan kynnyksen hoitopalvelujen toiminta on tärkeä osa ruiskuhuumeiden käyttöön liittyvien tartuntatautien ehkäisyä ja vähentämistä. Terveys- ja sosiaalneuvontapisteitä on noin 35 paikkakunnalla ympäri Suomea. Terveysneuvontapiste tai muu matalan kynnyksen toiminta on osoittautunut hyväksi tavaksi saada yhteys huumeidenkäyttäjiin (Varjonen 2015, 95). Terveysneuvontapisteet mahdollistavat myös luottamuksellisen suhteen rakentamisen huumeidenkäyttäjiin ja määrällisten aineistojen keräämisen.

Sosiaalipolitiikassa on tuskin huumeidenkäyttäjää kielteisimmin määrittävää käsitettä. Julkisessa keskustelussa huumeidenkäyttäjä määrittyy ongelmakäyttäjäksi ja yhteiskunnalliseksi ongelmaksi. Huumeita käsitellään kansanterveydellisenä ongelmana ja hyvinvointivajeena: mitä vahvemmassa

aineesta on kysymys, sitä kielteisemmin siihen suhtaudutaan ja sitä enemmän siihen kohdennetaan sosiaali- ja kriminaalipolitiikan resursseja. Yksityisestä ongelmasta yhteiskunnalliseksi ongelmaksi huumeet muuttuvat, kun niistä alkaa olla uhkaa yhteiskunnalliselle järjestykselle ja kansanterveydelle. Ryhmä on myös toistuvasti altis moraalipaniikeille, joissa suhteellisen pienistä tapahtumista voi poliittisessa prosessissa tulla koko palvelujärjestelmää määrittävä tekijä. Palvelu- ja tulonsiirtojärjestelmät eivät ole vakiintuneita ja kansalaisten enemmistön kannattamia.

Kategorioinnin kääntöpuoli on ryhmien homogenisointi. Sosiaalipolitiikan sisäinen logiikka olettaa huumeidenkäyttäjien olevan varsin samankaltaisessa sosioekonomisessa ja kulttuurisessa asemassa olevien henkilöiden ryhmä. Tämä onkin monella tapaa perusteltu logiikka. Suurin osa huumeidenkäyttäjistä ei pääse mukaan muussa yhteiskunnassa tavanomaiseen myönteiseen kehitykseen. Huumeidenkäyttöön yhdistyvät mielenterveyden ongelmat, sosiaalinen ulossulkeminen, kouluttamattomuus, työttömyys, elämäntilanteeseen liittyvä rikollisuus, asunnottomuus ja köyhyys. Päihteiden ongelmakäyttäjät kuuluvat myös asunnottomuuden riskiryhmään (Varjonen 2015, 101). Suurkuluttajia karsastetaan muissa käyttäjäpiireissä ja heidät suljetaan ulos muista verkostoista. Tämä johtaa yhä syvempään syrjäytymiseen ja sisäänpäin kääntymiseen myös omassa vertaisryhmässä. (Seppälä & Mikkola 2004, 56.)

## **Aikaisempi tutkimus**

Raportti on luonteeltaan enemmänkin kartoittava ja se keskittyy aineiston perustuloksiin: analyttiset tulokset julkaistaan myöhemmin muualla (esim. Laitinen 2016); siinä ei esimerkiksi ole aikaisemman huumeisiin liittyvän huono-osaisuustutkimuksen systemaattista kartoitusta. Esimerkiksi demografinen rakenne on tunnettu. Suomalaista huumeiden käyttöä koskevissa tutkimuksissa on todettu, että iältään suurin osa ongelmakäyttäjistä on 25–34-vuotiaita. Huumeiden käyttäjien keski-ikä on hiljalleen nousussa: 2000-luvun alun nuoret käyttäjät ovat nyt ikääntyneet, ja uusia nuoria käyttäjiä on suhteessa aiempiin vuosiin yhä vähemmän. Nuorimmassa ikäluokassa amfetamiinin käyttö on yleisempää kuin muissa käyttäjäikäryhmissä. Vastaavasti opioidien käyttö on hieman yleisempää vanhemmilla ikäryhmillä. (Ollgren, Forsell, Varjonen, Alho, Brummer-Korvenkontio, Kainulainen, Karjalainen, Kotovirta, Partanen, Rönkä, Seppälä & Virtanen 2014, 503; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016, 4.)

Suonensisäisten huumeiden käyttö on miesvaltaista, vaikka naisten osuus ongelmakäyttäjien ryhmässä on jo vuosia kasvanut. Ongelmakäyttäjistä noin 65–70 % on miehiä. Naisten suhteellinen osuus nuorimmissa ikäryhmissä on kuitenkin selkeästi suurempi: esimerkiksi 15–24-vuotiaista opioidien ongelmakäyttäjistä lähes puolet (45 %) on naisia. Naisten korkea osuus nuoremmista ikäryhmissä ennakoii naisten suhteellisen osuuden kasvua myös tulevaisuudessa. (Ollgren ym. 2014, 502; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016, 3.) Alueellisesti ongelmakäyttöä on ainakin jossakin ääriin kaikissa Suomen kaupunkikeskuksissa lähes kaikkialla Suomessa, mutta absoluuttisina lukuina noin kolmasosa ongelmakäyttäjistä asuu pääkaupunkiseudulla. (Ollgren ym. 2014, 503.)

Huumeiden käyttö on vuosia kestävä elämänvaihe. Ensimmäisestä koekielusta ensimmäiseen hoitoon hakeutumiseen kesti opioidia käyttävillä keskimäärin 7,5 vuotta ja stimulantteja (mm. amfetamiinia) tai rauhoittavia lääkkeitä käyttävillä 11 vuotta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014, 9–10; ks. myös Tammi, Pitkänen & Perälä 2011, 48).

Epäselyyttä ei ole myöskään huumeiden ongelmakäytön kytkeytymisestä erilaisiin rakenteellisiin eroihin ja kulttuurisiin jakoihin. Huumeiden ongelmakäyttäjillä on todettu enemmän sosiaalisia ongelmia sekä heikompi sosioekonominen tausta ja tilanne kuin väestöllä keskimäärin. Huumeiden ongelmakäyttäjät ovat monesti myös sosiaalisesti syrjäytyneitä ja huono-osaisia. Päihdehuollon huumeasiakkaista vuonna 2015 kaksi kolmasosaa oli joko työttömänä, eläkkeellä tai muuten työvoiman ja opiskeluiden ulkopuolella. Heidän koulutustasonsa oli pääosin matala: hieman yli puolella oli vain peruskoulutason koulutus. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016, 5; ks. myös Tammi, Pitkänen & Perälä 2011, 47.) Asunnottomuus oli yleisempää kuin muilla päihdeasiakkailla. Noin kymmenesosa päihdehuollon huumeasiakkaista oli asunnottomia. Huumeidenkäyttäjien onkin todettu kuuluvan erityiseen asunnottomuuden riskiryhmään. Samaten huumeidenkäyttäjien terveysongelmista tiedetään kohtuullisen paljon. Yli puolella jotain laitonta huumetta käyttäneistä asiakkaista on todettu masentuneisuutta ja muita mielenterveyden häiriöitä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016, 5; Kuussaari 2013; Varjonen 2015, 79.)

Tutkimukset huumeiden käyttäjistä keskittyvät pääasiassa isoihin kaupunkeihin ja kasvukeskuksiin, joissa huumeiden käyttö on yleisempää ja käyttäjiin on helpompaa saada kontakteja. Elizabeth Conroy ja hänen työryhmänsä (2008, 608–609) kuitenkin huomauttavat, että kaupunkien ulkopuolella asuvien huumeiden käyttäjien elämäntilanteisiin liittyy vakavia hyvinvointia heikentäviä aspekteja. Harvaan asutuilla alueilla käyttäjien



palveluiden saanti on rajoitettua, heidän yksityisyydensuojansa on pienessä yhteisössä huomattavasti heikompi ja he kohtaavat useammin ennakkoluuloja, leimaamista ja syrjintää. Suomessa suonensisäisten huumeiden käyttö on jossain määrin keskittynyt suuriin kasvukeskuksiin, mutta ei pelkästään rajoitu niihin. Terveysneuvontapisteitä on perustettu laajalti ympäri Suomea, mutta luotettavaa tietoa siitä, kuinka paljon syrjäseutujen käyttäjiä jää tavoittamatta ja mikä heidän hyvinvointinsa on, ei ole saatavilla. Kaikki tämän tutkimuksen kunnat ovat Suomen kahdenkymmenen suurimman joukossa, jolloin syrjäseutujen huumeiden käyttäjät jäävät tässäkin tutkimuksessa tavoittamatta.

Käsillä olevan raportin lisäarvo syntyy suhteellisen laajasta väestönäytteestä, joka mahdollistaa jakaumien tarkastelun. Koska politiikka perustuu lukuihin, se myös vahvistaa huume politiikan päätöksenteon perustana olevaa informaatiovarantoa. Aineisto on myös sikäli poikkeuksellinen, että käytössämme on vertailuaineistot väestöstä ja leipäjonojen asiakkaista. Näiden avulla voimme tarkastella suonensisäisten huumeidenkäyttäjien ja muun väestön välistä sosiaalista etäisyyttä.

## **Rakenne**

Toisessa luvussa tarkastellaan suomalaista huume politiikkaa ja siihen liittyvää palvelujärjestelmää. Lisäksi lukuun sisältyy lyhyt katsaus aikaisempaan tutkimukseen. Kolmannessa luvussa esitellään aineistot ja menetelmät ja neljännessä luvussa vastaajien sosioekonominen rakenne. Viides luku kohdentuu hyvinvointi- ja terveyseroihin ja kuudes luku huono-osaisuuden kokemukseen. Seitsemännessä ja kahdeksannessa luvussa perehdytään tulonsiirtojen ja palvelujen käyttöön sekä niistä poiskäännyttämiseen. Yhdeksännessä luvussa kuvataan muutoshalukkuutta ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Kymmenes luku pureutuu elämäntilanteeseen liittyvään häpeään ja stigmaan. Yhdenteentoista lukuun on kerätty johtopäätökset.

*Kristiina Laitinen*

## 2 SUONENSISÄINEN HUUMEIDEN KÄYTTÖ JA TERVEYSNEUVONTAPISTEET

Sosiaalipoliittisesti hyvinvointi- ja terveysvajeita aiheuttava suonensisäisten huumeidenkäyttö on viheliäinen ongelma, johon ei ole olemassa yksiselitteistä tai kaikkien toimijoiden hyväksymää ratkaisua. Yksinomaisesti ongelman määrittely vaikuttaa merkittävästi sen ratkaisuun, tavanomaisena esimerkkinä huumeidenkäytön määrittely joko rikolliseksi toiminnaksi tai hyvinvointi- ja terveysvajeeksi. Molemmat näkökulmat ovat merkityksellisiä ja tärkeitä, mutta ne johtavat hyvinkin erilaisiin politiikkasuosituksiin. Toimeenpanokelpoinen politiikka on väistämättä eri näkemysten kompromissi, jossa joudutaan ottamaan huomioon kansalaisten hyvinkin voimakkaasti eroavat mielipiteet ja eri politiikkalohkojen eriävät intressit. Samalla on kuitenkin selvää, ettei sosiaalisia ongelmia ja hyvinvointi- ja terveysvajeita aiheuttava suonensisäisten huumeiden käyttö ole katoamassa mihinkään ja siitä aiheutuvat haitat sekä huumeidenkäyttäjien hyvinvoinnille ja terveydelle, että yhteiskunnalle laajemminkin esimerkiksi turvattomuutena tai julkisina menoina määriteltynä tulee mahdollisuuksien mukaan minimoida. Terveysneuvontapisteeet ovat yksi Suomeen vakiintuneista tavoista vastata tähän haasteeseen.

### **Huumeiden käyttäjien tutkiminen ja suomalaisen huumeiden käytön erityispiirteet**

Suomessa on tehty vuodesta 1992 lähtien laajoja väestökyselyitä, joiden tavoitteena on ollut kartoittaa pitkällä aikavälillä huumeiden kokonaislevinneyttä ja väestön asennemuutoksia. Ne antavat karkean kuvan ”lievempien huumeiden” käytön tilanteesta. Kyselyiden avulla on kuitenkin vaikea hahmottaa huumeita pistoskäyttävien kokonaismäärää tai heidän hyvin-

vointiaan. Väestötason kyselytutkimukset on yleensä toteutettu postikyselyin, jolloin ne eivät kykene tavoittamaan muun muassa asunnottomia ja laitoksissa asuvia ryhmiä, joissa huono-osaisuus ja huumausaineiden ongelmakäyttö ovat usein korostuneet. Huumeiden käyttö on arkaluonteinen kysymys, jolloin on kriittisesti arvioitava ihmisten rehellisyyttä heidän vastatessaan omaa huumeiden käyttöä koskeviin kysymyksiin. (Hakkarainen, Metso & Salasuo 2011, 399–400; Karjalainen, Savonen & Hakkarainen 2016, 11.)

Tämän ohella kovien huumeiden käyttäjien osuus väestöstä on varsin alhainen, joten osuus väestötason kyselyjen vastaajista jää parhaassakin tapauksessa alhaiseksi ja analyysien luottamusvälit varsin suuriksi. Koska laajoilla väestökyselyillä ei kyetä selvittämään kovien huumeiden käyttäjien määrää tai heidän tilannettaan Suomessa, tutkimukset pohjaavat yleensä viranomaisrekistereistä kerättyihin tietoihin. Tällaisetkaan arviot eivät kuitenkaan voi antaa kokonaiskuvaa pistoskäyttämisen yleisyydestä, sillä niistä puuttuvat henkilöt, jotka eivät päädy mihinkään viranomaisrekisteriin käyttönsä vuoksi.

Eurooppalaisessa vertailussa suomalaisten huumeiden ongelmakäytössä korostuvat synteettiset opioidit, bentsodiatsepiinit sekä amfetamiini. Ne ovat syrjäyttäneet lähes täysin muualla Euroopassa yleisen heroiinin. Myös muualla Euroopassa heroiinin käyttö on laskussa ja synteettisten opioidien käyttö on kasvussa. (Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus 2015, 46, 51; Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus 2016, 49.) Amfetamiinien käyttö on Suomessa kasvanut tasaisesti, ja käyttömäärät ovat nykyään Euroopan korkeimpia. Suomessa ensi kertaa hoitoon hakeutuvista suurin osa käytti ensisijaisesti amfetamiinia. (Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus 2016, 44–45.)

Hoidon järjestämisen näkökulmasta suurimmaksi haasteeksi nousee vieroitus- ja korvaushoitolääkkeiksi tarkoitettujen buprenorfiinin yleinen väärinkäyttö päihtymistarkoituksiin sekä useamman päihteen sekakäyttö. Sekakäytössä henkeä uhkaavat riskit korostuvat, mikä näkyy myös huumeakuolemista kertovissa tilastoissa. Yleisimpiä aineita lääkemyrkytyskuolemissa olivat vuonna 2010 erilaiset opioidit, erityisesti buprenorfiini. Myös erilaisia huumausainelöydöksiä tehdään yhä enemmän kuolemansyytutkimusten yhteydessä. Huumeakuolemien määrä miljoonaa henkeä kohti on Suomessa yli kaksinkertainen Euroopan Unionin maiden keskiarvoon verrattuna. (Salasuo, Vuori, Piispa & Hakkarainen 2009, 18–20; Vuori, Ojanperä, Launiainen, Nokua & Ojansivu 2012; Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus 2016, 76.)

Vuonna 2015 huumausaineiden vuoksi hoitoon hakeutuneista puolella pääpääihteenä olivat opioidit, mutta kokonaisuudessa kolmella neljäs-  
tä hoitoon hakeutuneista oli ollut viimeaikaista opioidien päihdekäyttöä.  
Opioidien vuoksi hoitoon hakeutuneiden määrä on 2000-luvulla kasvanut  
tasaisesti aivan viime vuosiin saakka. Määrien kasvun taustalla on vaikutta-  
nut ennen muuta korvaushoidon tarjonnan lisääntyminen, kun laskenei-  
siin lukuihin taas ovat vaikuttaneet muutokset tiedonkeruutavoissa. Hoito  
näyttää keskittyvän opioidiongelmaksiin, koska esimerkiksi amfetamiinille  
ei ole olemassa vastaavaa vieroitus- tai korvaushoitolääkettä. (Terveyden ja  
hyvinvoinnin laitos 2014, 5–6; 2016, 6–7.)

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction<sup>1</sup> (EMCD-  
DA) määrittelee korkean riskin huumeiden käytöksi (*high-risk drug use*)  
sellaisen jatkuvan huumeiden käytön, joka aiheuttaa käyttäjälle haittoja,  
kuten riippuvuutta, terveyshaittoja, psykologisia ja sosiaalisia ongelmia, tai  
altistaa käyttäjän suurella todennäköisyydellä edellä mainituille haitoille.  
Aikaisemmasta ongelmakäyttäjän määritelmästä, joka perustui lähinnä vain  
amfetamiinin ja opioidien suonensisäiseen käyttöön, on luovuttu Euroo-  
pan muuttuneen huumeilanteen vuoksi. Suomessa huumeiden ongelma-  
käyttäjien määrää arvioidaan virallisesti niiden amfetamiinin ja opioidien  
käyttäjien määrällä, joille käytöstä on aiheutunut sosiaalisia tai terveydelli-  
siä haittoja ja joille on seurannut merkintä johonkin viranomaisrekisteriin.

Viimeisimmässä tutkimuksessa vuonna 2012 Suomessa arvioitiin olevan  
11 000–18 000 amfetamiinin ja 13 000–15 000 opioidien ongelmakäyttä-  
jää, mikä tarkoittaa 0,55–0,90 prosenttia Suomen 15–64-vuotiaasta väes-  
töstä. Opioidien ongelmakäyttäjien arvion pienempi vaihtelevuus kuvastaa  
samaa käyttäjää koskevien merkintöjen päällekkäisyyttä sekä poliisikont-  
rollissa että hoitotilastoissa, kun taas amfetamiinin käyttäjien suurempi ar-  
vioväli johtuu poliisikontrolliin joutuneiden vähäisemmästä esiintyvyydes-  
tä hoitotilastoissa. Ongelmakäyttäjien määrä näyttäisi nousseen vuoden  
2005 jälkeen, ja etenkin opioidien käytön esitetään yleistyneen. Arvion  
paikkansapitävyyteen voi kuitenkin vaikuttaa tutkimuksen vertailukelpoi-  
suuden haasteet edellisiin vuosiin verrattuna sekä esimerkiksi opioidikor-  
vaushoidon yleistyminen, jolloin aiemmin piilossa ollut käyttö tulee näky-  
vämmäksi. (Ollgren ym. 2014, 502–505.)

Tätä tutkimusta varten suonensisäisten huumeiden käyttäjien tavoitetta-  
vuutta terveysneuvontapisteiden kautta on hankalaa arvioida, koska suoria  
vertailuja eri tilastojen ja arvioiden välillä on vaikeaa tehdä. Ongelmakäyt-  
täjien arvio ei erottele suonensisäistä käyttöä muusta käytöstä, jonka lisäksi

---

<sup>1</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu>

terveysneuvontapisteiden asiakastilastoissa sama henkilö voi olla rekisteröityneenä useilla eri nimimerkeillä ja useisiin terveysneuvontapisteisiin, jolloin asiakasmäärät voivat olla lievästi yliarvioituja.

## **Haittoja vähentävä työ ja matala kynnyksen osana suomalaista huumeepolitiikkaa**

Huoli suonensisäisten huumeiden käytöstä nousi suomalaisen päihdepolitiikkaan 1990-luvulla, kun uudenlaiset huumeet ja niiden suonensisäinen käyttötapa alkoivat vakiintua myös Suomessa. Huumeet olivat jo aiemmin olleet tasaisin väliajoin esiin nostettu huolenaihe, mutta 1990-luvulla huumehaitat ja huumeisiin liittyvät kuolemantapaukset kasvoivat siinä määrin, että aiheeseen liittyvät sosiaali-, terveys- ja kriminaalipoliittiset teemat nousivat julkisen keskustelun ja politiikan keskiöön aivan uudella tavalla. (Partanen 2002.) Suomen uusi huumausainestrategia luotiin vuonna 1997. Strategia on ohjannut viime vuosien suomalaista huumeepolitiikkaa yhdessä valtioneuvoston periaatepäätöksen huumausainepolitiikasta vuosille 2012–2015, Euroopan Unionin huumausainestrategian sekä Yhdistyneiden Kansakuntien huumausaineiden vastaisten sopimusten kanssa. Huumausainestrategiassa perinteisen rikosoikeudellisen kontrollin ja hyvinvointipolitiikan lisäksi alettiin kiinnittää huomiota huumehaittojen vähentämiseen, kun aikaisempi – pääasiassa rangaistavuudella huumeiden käyttöön puuttunut linja – todettiin riittämättömäksi. Suomeen luotiin ”kaksiraiteinen” politiikka, joka koostui sekä yhä tiukkenevasta rikosoikeudellisesta kontrollista että haittoja vähentävästä sosiaali- ja terveystaloudellisesta politiikasta. Tuukka Tammen mukaan uuden – nyt jo vakiintuneen – huumeepolitiikan häviö oli sosiopsykologinen lähestymistapa riippuvuuksiin, kun sen tilalle astui medikalisoitunut ja sosiaalisesta kontekstista irrotettu riippuvuusnäkemys. (Tammi 2002, 258–260; 2007, 37–39.)

Haittojen vähentäminen on laaja-alainen huumeepoliittinen lähestymistapa, jota sen omassa retoriikassa määrittää ennen muuta pragmatismi, moraalista arvoista riippumattomuus sekä huumeiden käyttäjän toimijuuden korostaminen. Haittojen vähentämisen politiikka pyrkii huumeidenkäytöstä aiheutuvien terveydellisten, sosiaalisten ja taloudellisten haittojen vähentämiseen eikä varsinaisesti huumeiden käytön hävittämiseen yhteiskunnasta. Politiikka näkyy erityisesti suonensisäisiä huumeita käyttävillä suunnatuissa palveluissa. Haittojen vähentämisen ohella pääteemaksi nousivat niin ikään matalan kynnyksen palvelut. Matalan kynnyksen palveluilla tarkoitetaan palveluiden laajaa saatavuutta sekä helppoa lähestyttävyyttä

tä. Terveysneuvontapisteiden toiminnassa matala kynnyks tarkoittaa muun muassa maksuttomuutta, nimettömyyttä, ilman ajanvarausta tapahtuvaa asiointia, päihtyneenä asiointin sallittavuutta, luottamuksellisuutta ja tuomitsemattomuutta. (Arponen, Brummer-Korvenkontio, Liitsola & Salmi- nen 2008, 20–23.)

Käytännössä haittojen vähentämisen politiikka ja matala kynnyks -ajattelu ovat tuoneet Suomeen neulanvaihto- ja terveysneuvontapisteet sekä opioi- diriippuvaisille tarkoitetut lääkkeelliset korvaushoito- ja ylläpito-ohjelmat. (Arponen ym. 2008, 22.) Opioidiriippuvaisille suunnatun korvaushoidon tarjonta ja asiakasmäärät ovat olleet koko 2000-luvun kasvussa. Korvaushoidolla pyritään joko huumeista vieroittautumiseen tai haittoja vähentävään ylläpitohoitoon. Perimmäisenä tarkoituksena on vähentää laittomien opioidien käyttöä, siihen liittyvää oheisrikollisuutta, vähentää suonensisäisestä käytöstä johtuvia terveysriskejä ja saada käyttäjät hoidollisten toimenpiteiden piiriin. Vuonna 2011 vieroitus- ja korvaushoidossa oli noin 2400 potilasta, joista joka neljäs oli haittoja vähentävässä korvaushoidossa. Hoitoon hakeutuvien asiakkaiden määrä on jatkuvassa kasvussa ja korvaushoidon tarpeen on arvioitu lisääntyvän lähivuosina. (Huumeongelman hoi- to. Käypä hoito -suositus 2016; Partanen, Vormaa, Alho & Leppo 2014.)

Väestökyselyissä sanktiopolitiikalla on jossain määrin vankempi kannatus kuin haittoja vähentävällä politiikalla. Kuitenkin suomalaisten suhtautuminen terveysneuvontapisteiden toimintaan on suhteellisen myönteistä: terveysneuvontapisteiden toiminnan hyväksyi noin neljä viidesosaa suomalaisista vuonna 2010. Korvaushoito ei saanut väestössä samalla tavalla kannatusta, mutta enemmistö hyväksyi korvaushoidon järjestämisen. Kontrollointitoimenpiteet saivat haittoja vähentäviin toimenpiteisiin verrattuna lähes jakamattoman kannatuksen väestössä. (Metso, Winter & Hakkarainen 2012, 35.)

## **Terveysneuvontapisteiden toimintaperiaate ja konsepti**

Terveysneuvontapisteiden laajaa käyttöönottoa Suomessa selittävät kansanterveydellisten huolenaiheiden nousu terveyspolitiikan keskiöön ja arviot terveysneuvontapisteiden kustannustehokkuudesta ehkäistäessä tartuntatautien kuten HIV:n ja hepatiittivirusten leviämistä. (Hurme 2002, 303.) Terveysneuvontapisteiden tarkoitus on vähentää sekä yksilöllisiä että kansanterveydellisiä huumeidenkäytöstä aiheutuvia ongelmia ja riskejä. Terveysneuvontatyö on useissa tutkimuksissa osoittautunut tehokkaaksi keinoksi ehkäistä HIV- ja hepatiittitartuntoja (Arponen ym. 2008, 4, 52).

Suonensisäisten huumeiden käyttäjät ovat etenkin terveysnäkökulmas- ta tärkeä erityisryhmä, sillä pistäminen on yksi terveydelle haitallisimmis- ta huumeiden käytön muodoista. Pistäminen altistaa erilaisille bakteeri- ja virustulehduksille, verenmyrkytyksille sekä aiheuttaa pitkällä aikavälillä suoni- ja kudosaivourioita elimistössä. Myös yliannostuksen mahdollisuus on todennäköisempää suonensisäisessä käytössä. (Arponen ym. 2008, 16.) Vuoden 2004 alussa voimaan tullessa tartuntatautiasetuksen muutok- sessa (1383/2003) kuntien velvollisuudeksi on määritelty tartuntatautien vastustamistyö, johon sisältyy terveysneuvonta huumeita suonensisäisesti käyttäville sekä käyttövälineiden vaihto vastustamistyön edellyttämän tar- peen mukaisesti. Ensimmäinen terveysneuvontapiste avattiin Suomessa vuonna 1997. Vuosien mittaan pisteiden määrä on vaihdellut, mutta vuonna 2015 terveysneuvontapisteitä oli kaikissa suurimmissa kaupungeissa ja pisteitä toimi yhteensä 35:llä eri paikkakunnalla. Taulukko 1 esittelee terveysneu- vontapisteiden toiminnan kehittymistä 2000-luvun aikana. Taulukosta on havaittavissa asiakasmäärien ja vaihdettujen pistosvälineiden tasainen kas- vu. Tartuntatautiasetuksen mukaan terveysneuvontatyö on asetettu kun- tien tehtäväksi, mutta useimmat kunnat hankkivat sen ostopalveluna kol- mannen sektorin järjestöiltä. Esimerkiksi A-klinikkasäätiö huolehtii usean kunnan terveysneuvontapalveluista, Helsingin Diakonissalaitos (HDL) yl- läpitää osaa Helsingin terveysneuvontapisteissä ja Kuopiossa Kuopion Seu- dun Päihdepalvelusäätiö tuottaa terveysneuvontapalvelut.

Arponen ym. (2008, 28) huomauttavat, että riskinä ostopalveluissa on erityisosaamisen rajoittuminen vain ostopalveluita tarjoaville tahoille sekä terveysneuvontapalvelun eriytyminen omaksi saarekkeekseen, mikäli yhteydenpito ja yhteistyö muiden kunnallisten toimijoiden kanssa ei toimi su- juvasti. Toinen ongelma on ostopalveluiden kilpailuttaminen, joka saattaa johtaa toiminnan katkonaisuuteen ja määräaikaaisuuteen, kun terveysneu- vontatoiminnassa olisi erityisen tärkeää luoda pitkäjänteinen ja luotettava suhde asiakaskuntaan.

**TAULUKKO 1. Terveysneuvontapisteiden toimintatilastot 2003–2012 (Varjonen 2015, 98).**

	2003	2005	2007	2009	2010	2011	2012
Terveysneuvontapisteet	24	~26	<30	<30	<30	<30	<30
Asiakkaat	9 300	11 800	12 600	13 291	14 193	11 432	11 015
Käynnit	70 600	80 500	90 000	79 735	83 450	84 586	75 327
Ruiskua ja neulaa / asiakas	150	161	190	233	242	309	321
Vaihdetut välineet	1,4 milj.	1,8 milj.	2,4 milj.	3,1 milj.	3,4 milj.	3,5 milj.	3,5 milj.

Terveysneuvontapisteet ovat matalan kynnyksen palveluita, joissa asiakailta ei vaadita sitoutumista tai halukkuuden osoittamista huumeidenkäytön lopettamiseen. Jatkohoitoon ohjausta annetaan, kun asiakas itse sitä pyytää. Asiointia varten ei vaadita henkilötietojen antamista. Yleensä rekisteröidään nimimerkki, jonka yhteydessä kysytään asiakkaan sukupuoli ja syntymävuosi. Näin asiakkaat erotetaan toisistaan, jolloin voidaan tilastoida kävijämääriä sekä esimerkiksi merkitä, onko asiakas saanut hepatiitti A- ja B-rokotteet. Asiointi terveysneuvontapisteissä on ilmaista. Terveysneuvontapisteillä on usein kiinteät aukioloajat. Isojen kaupunkien pisteet ovat yleensä useita tunteja auki useamman päivän viikossa, kun taas pienemmillä paikkakunnilla terveysneuvontaa voi olla tarjolla vain noin tunnin viikossa. Päihtyneenä asiointi on sallittua, mutta väkivaltainen tai uhkaava käyttäytyminen on pisteissä kiellettyä ja se johtaa tiloista poistamiseen. Pitkäaikaisia porttikieltoja ei kuitenkaan terveysneuvontapisteisiin anneta.

Ensimmäisenä tehtävänä terveysneuvontapisteiden palveluihin kuuluu puhtaiden pistosvälineiden vaihto. Tarjoamalla uusia pistosvälineitä vähennetään niiden yhteiskäyttöä ja ehkäistään näin vakavien tartuntatautiin leviämistä. Samalla varmistetaan myös käytettyjen pistosvälineiden palautuminen ja niiden päätyminen turvalliseen jätekäsittelyyn. Uusia pistosvälineitä saa kerralla mukaansa saman verran kuin palauttaa käytettyjä neuloja ja ruiskuja, mutta pienen erän neuloja ja ruiskuja saa myös ilman palautettavia välineitä. Yleensä pistosvälineitä voi vaihtaa vain rajattuja kertoja päivässä.

Neulojen ja ruiskujen lisäksi vaihdettaessa voidaan jakaa lääkekuppeja, puhdistusvälineitä, lääkevoidetta, kondomeja sekä filttareita. Näillä tarvikkeilla edistetään mahdollisimman hygieenistä pistotapaa ja yleistä terveyskäyttäytymistä. Osa terveysneuvontapisteistä jakaa filttareita ilmaiseksi pistosvälineiden mukana, joissakin terveysneuvontapisteissä ne ovat maksullisia. Filttareiden käytön edistämiseksi pyritään ehkäisemään suun kautta otettavaksi tarkoitettujen lääkkeiden pistoskäytöstä johtuvia elimistön vaurioita, jotka voivat johtaa muun muassa sokeutumiseen, verenmyrkytykseen tai kuolioon. Pistosvälineiden vaihdon lisäksi pisteiden tehtävä on edistää asiakkaiden terveyttä tarjoamalla terveysneuvontaa, jonka tavoitteena on saada käyttäjät huolehtimaan omasta terveydestään opastamalla mahdollisimman hygieeniseen ja turvalliseen pistoskäyttöön. (Arponen ym. 2008, 32.)

Terveysneuvontaan kuuluvat esimerkiksi filterin käytön ja hygienian merkityksestä kertominen sekä oikein pistämiseen ja suonien varjeluun liittyvien ohjeiden antaminen. Tärkeänä tehtävänä on myös kumota käyttäji-



en terveydelle haitallisia uskomuksia, joita liittyy muun muassa pistämisen eri tapoihin. Hoitoon hakeutumista pohtivia ohjataan eteenpäin päihdepalveluihin. Terveysneuvontapisteet joko tekevät itse tai niistä voi hakea lähetteen hepatiitti- ja HIV-testeihin. A- ja B-hepatiittirokotuksia saa paikan päällä pisteissä. Terveysteen liittyvien asioiden ohella terveysneuvontapisteet tarjoavat asiakkailleen mahdollisuuden keskusteluun sekä useimmiten jonkinlaista pientä syötävää tai mahdollisesti omakustanteisen ruokailun. Moni asiakkaan ravitsemustila on heikko, jolloin pienikin tarjottava on merkityksellistä heidän terveytensä kannalta. Osassa terveysneuvontapisteitä toimintaan on myös yhdistetty toimeentulotukeen ja asumiseen liittyvää ohjausta ja neuvontaa.

Terveysneuvontapisteiden toiminnasta vastaavat usein sairaanhoitajat, ja pieniä hoidollisia toimenpiteitä on tarjolla asiakkaille. Osana aukiolopäivistä joissakin terveysneuvontapisteissä on tarjolla myös lääkärin palveluita. Ensisijaisesti lääkäri voi tarjota antibioottikuurireseptiä sekä raskauden ehkäisyyn liittyviä palveluita. Myös vakavampien oireiden tutkiminen ja asiakkaan jatkohoitoon ohjaaminen on tärkeää. Esimerkiksi Kuopion terveysneuvontapiste Portissa lääkärin vastaanoton kokeilusta on saatu pääasiassa hyviä kokemuksia. Toisaalta lääkärin läsnäolon aikana osa Portin asiakkaista ei halunnut käyttää palveluita, koska paikalla ollut lääkäri oli työsuhteessa myös muihin Kuopion Päihdepalvelusäätiön toimipisteisiin (mm. korvaushoidossa). Huolimatta siitä, että lääkäripalveluista on saatu alustavasti hyviä kokemuksia, terveysneuvontapisteiden tarkoitus ei ole muuttua hoidolliseksi yksiköiksi, vaan toteuttaa ennen muuta niille annettua perustehtävää.

Terveysneuvontapisteiden olemassaoloa ja julkista hyväksyttävyyttä puolustava peruste on etenkin käytettyjen pistosvälineiden palautuminen ja turvallinen hävittäminen. Myös käyttäjät itse kokevat vastuuta käytettyjen neulojen palauttamisesta ja haluavat pitää ympäristön, kuten puistot, siisteinä. Neulojen palauttaminen olikin osalle käyttäjistä tietynlainen kunniallisuuden mittari: osoitus siitä, että suonensisäiset huumeiden käyttäjät ottavat vastuuta käytöstään. (Arponen ym. 2008, 76.) Havainto on tehty myös muissa tutkimuksissa. Esimerkiksi Lesley Simmonds ja Ross Coomber totesivat (2009, 126) huumeiden käyttäjien keskuudessa olevan kunniallisuudeltaan erilaisia ryhmiä, ja yksi erottava tekijä on terveyskäyttäytyminen. Käyttäjät, jotka olivat omaksuneet käytettyjen neulojen palauttamisen ja jotka eivät omasta mielestään jakaneet neuloja, kokivat itse-tuntonsa paremmaksi.

Terveysneuvontapisteet eivät kykene tavoittamaan kaikkia suonensisäisesti huumeita käyttäviä. Alueellisen kattavuuden lisäksi itse palveluun hakeutumisen esteitä voivat muun muassa olla epäluottamus viranomaisiin, ongelmat muiden terveysneuvontapisteissä käyvien kanssa, leimautumisen pelko sekä se, että joillekin asiakkaille matalan kynnyksenkin palveluihin hakeutuminen on ylitsepääsemätöntä. Apteekkien kautta on mahdollista tavoittaa myös käyttäjiä, jotka eivät asioi terveysneuvontapisteissä.

Apteekit ovat tärkeitä terveysneuvontatyön edistäjiä ja käyttövälineiden hankintapaikkoja etenkin alueilla, joissa terveysneuvontapisteitä ei ole sekä terveysneuvontapisteiden aukioloaikojen ulkopuolella. Jonkinasteista yhteydenpitoa apteekkien ja terveysneuvontapisteiden välillä on. Usein terveysneuvontapisteet jättävät esitteitä apteekkeille ohjataksaan neuloja ja ruiskuja ostavia asiakkaita edelleen terveysneuvontapisteiden palveluihin. Esimerkiksi leimautumisen pelon vuoksi on arvioitu, että ”parempiosaiset” huumeiden käyttäjät eivät käytä terveysneuvontapisteiden palveluita vaan ostavat välineensä ennemmin apteekkeista ja heikoimmin toimeentulevat hyödyntävät ilmaista neulanvaihtoa (Arponen ym. 2008, 64–66). Olisi-kin ensiarvoisen tärkeää selvittää, millainen tavoitavuus terveysneuvontapisteillä on, keitä jää tavoittamatta ja millaisia mahdollisuuksia on tavoittaa terveysneuvontapalveluiden ulkopuolelle jäävät yksilöt.

## **Kriittistä keskustelua terveysneuvontapisteistä ja matalan kynnyksen palveluista**

Haittoja vähentävä työ erityisesti suonensisäisesti huumeita käyttävien keskuudessa on saanut usein jyrkkää kritiikkiä julkisessa keskustelussa, jossa huumeiden käyttö näyttyy muille kansalaisille rikollisena ja vaarallisenä toimintana. Myös terveysneuvontatyön vaikuttavuuden arviointi ei ole yksinkertaista, ja sen vaikuttavuutta on toiminnan alkuvuosina kyseenalaistettu (Arponen ym. 2008, 33–36). Huolimatta siitä, että haittoja vähentävä työ ja matalan kynnyksen palvelut ovat onnistuneet suhteellisen hyvin niille annetuissa tehtävissä – ja ovat viime aikoina alkaneet saavuttaa myös julkista hyväksyntää – ne saavat osakseen myös akateemista kritiikkiä toimintatavoistaan ja toiminnan taustalla piilevistä yhteiskuntapoliittisista lähtökohdista.

Terveysneuvontapisteet ovat korvaushoidon ohella olleet uuden matalan kynnyksen huumeepolitiikan lippulaivoja. Pisteissä asioidaan anonyymisti, jolloin voidaan ajatella nimettömyyden vapauttavan ihmisen persoonaan menevästä kontrollista ja yksilölle annetaan näin enemmän tilaa itsenäi-

senä toimijana (Hurme 2002, 305). Toisaalta käyttäjän emansipoitumista korostavan teeman taustalla voidaan nähdä myös yhteiskunnallinen muutos, jota on sanoitettu pitkälti Foucault'n hallinnan teorioiden kautta. Sisäistetyssä vallankäytössä valtio pyrkii aktiivisesti heikentämään vastuutaan kansalaisistaan ja siirtämään vastuun yksilölle omasta käytöksestään ja riskien otostaan. Huumeiden käyttäjä ei pelkästään saa vapaan yksilön roolia, vaan hänet myös velvoitetaan ottamaan vastuu omasta terveydestään ja toimimaan ”aktiivisena potilaana”. (Miller 2001, 170–171; Hurme 2002, 298, 305; vrt. Andersen & Järvinen 2007, 248.)

Kansanterveyttä korostavassa haittojen vähentämisen politiikassa pyritään vaikuttamaan huumeiden käyttäjäyksilöön, joka toimii vastuullisesti ja rationaalisesti sekä käyttäytyy riskejä minimoiden ja niitä arvioiden, eli hän on sisäistänyt kontrollin omaan toimintaansa. (Tammi 2007, 25; Hurme 2002, 305.) Kun palvelualoitteiden on tultava asiakkailta itseltään, on vaarana, että äänekkäin oikeuksiaan ja hoitoa vaativa ryhmä saa useita palveluita, kun taas tilannettaan ja toiveitaan ilmaisemattomat jäävät niitä ilman (Andersen & Järvinen 2007, 244). Onkin pohdittava, kuinka hyvin tämä eetos toimii suuremmalle huumeiden käyttäjien massalle ja eritoten heistä kaikkein huono-osaisimmalle ryhmälle, jossa itsestään ja terveydestään huolehtiminen ei ehkä ole keskeinen osa elämää ja omien tarpeiden ilmaisu voi olla hankalaa.

Ditte Andersen ja Margaretha Järvinen (2007, 237) toteavat, että haittoja vähentävä politiikka on itsessään hyvin paradoksaalista. Perinteisen ja haittoja vähentävän politiikan välille on luotu vastakkainasettelu, joka estää niiden välisen hedelmällisen dialogin. Haittoja vähentävä politiikka tuodaan esiin tieteeseen perustavana ja rationaalisena, kun taas perinteinen huumeiden käytön lopettamiseen tähtäävä politiikka nähdään moralistisena ja kontrolloivana. Ongelmallista on myös haittoja vähentävän työn suhtautuminen huumeiden käytön lopettamiseen tai vähentämiseen. Kun lopettaminen ei ole tähtäimessä sinänsä, myös ammattilaisten usko asiakkaiden haluun ja kykyyn lopettaa huumeiden käyttö saattaa jäädä heikoksi. Huumeriippuvuus saa alan ammattilaisten silmissä ”parantumattoman sairauden” leiman. Haittoja vähentävän työn ohessa on hankalaa tarjota käytön lopettamiseen tähtäävää tukea ja vaaraksi hahmottuu, että vieroittautumiseen tähtäävät ja haittoja vähentävät palvelut eriytyvät kauemmas toisistaan. (Andersen & Järvinen 2007, 242.)

Kritiikkiä matalan kynnyksen palveluiden onnistumista kohtaan on esittänyt muun muassa Sinikka Törmä (2007; 2009a). Matalan kynnyksen palveluiksi luetellaan muun muassa terveysneuvontapisteet, etsivä sosiaa-

lityö sekä korvaushoito. Törmä toteaa, että matalan kynnyksen käsitteestä on kuitenkin tullut retorinen iskulause, jota käytetään tarkoittamaan hyvin erilaisia ja eritasoisia palveluita. Se on myös metafora, jolla eristetään tietty ihmisryhmä muusta väestöstä omien palveluiden piiriin. Hän huomauttaa, että huumeiden käyttäjät ovat heterogeeninen ryhmä, jossa matala kynnys jollekin osaryhmälle voi tarkoittaa toisille korkeampaa estettä.

Huumeiden laittomuus ja moraalittomaksi tuomittu asema tuottavat ongelmia, kun valvonnan pelko ja huumeiden käyttäjäksi julkisesti paljastumisen vieraannuttavat käyttäjiä hakeutumasta hoitoon. Myös matalan kynnyksen palveluita seuraavien sosiaali- ja terveystieteiden hoitoon pääsyn kriteerit nousevat niin korkeiksi, että etenkin moniongelmaisissa ja huonossa osassa asiakkaita jää vain matalan kynnyksen palveluiden piiriin, pääsemättä koskaan osallistumaan kuntouttaviin ohjelmiin ja sitä kautta takaisin tavallisten palvelujen käyttäjiksi. (Törmä 2009b, 168; ks. myös Perälä 2012, 85–86.)

Haittojen vähentämisen pitkänä sosiaalisena tähtäimenä voidaan nähdä jossain määrin huumeiden käytön ja käyttäjien ”normalisaatio” (Andersen & Järvinen 2007, 249–249). Kuitenkin usein nämä sosiaaliset tavoitteet ovat hyvin epämääräisiä ja heikosti määriteltyjä verrattuna toiminnan terveydellisiin tavoitteisiin. Sosiaalisen integraation takaisin yhteiskuntaan oletetaan tapahtuvan itsestään, kun asiakkaat on ensin saatu käyttäytymään terveystietoisesti ja aktiivisina yhteisön jäseninä sekä huumeiden käytöstä aiheutuva oheisrikollisuus on vähentynyt korvaushoitotarjonnan lisääntyessä. Kuitenkin pitkän tähtäimen konkreettiset suunnitelmat käyttäjien henkilökohtaisessa elämässä tapahtuvassa ”normalisaatiosta” puuttuvat, ja henkilöt jäävät vain matalan kynnyksen palveluiden tai eri päihdepalveluita kiertäviksi käyttäjiksi.



*Saara Uhlbäck, Kristiina Laitinen,  
Niko Eskelinen & Juho Saari*

### 3 AINEISTO JA MENETELMÄT

Suomessa on pitkään ollut kaksi toisiaan täydentävää todellisuutta. Yhtäältä on keskiarvojen Suomi, joka menestyy kansainvälisissä ja eurooppalaisissa vertailuissa. Niissä Suomi havaitaan yhä uudestaan esikuvallisen oikeudenmukaiseksi ja tasa-arvoiseksi yhteiskunnaksi, jossa julkinen valta kantaa vastuunsa suomalaisten hyvinvoinnista ja terveydestä. Harvassa ovat ne vertailevat tutkimukset, joissa Suomi ei ole Euroopan kolmen tai viiden parhaan maan joukossa. Vuonna 2008 alkanut uusi lama ei ole muuttanut tätä tilannetta. Toisaalta on hajontojen Suomi, jossa suomalaisten vähemmistö asemoituu huono-osaisuuden notkelmiin, joissa elintaso, elämänlaatu ja elämäntapa eroavat laadullisesti ja pitkäaikaisesti muusta väestöstä ja joissa asuvat suomalaiset ovat monella tapaa muukalaisia keskuudessamme. Tämä huono-osaisuus on muuta kuin tilastollinen kategoria: se on pysyvä elämäntilanne, joka vaatii systemaattista tarkastelua.

Huono-osaisuutta on lukuisissa eri notkelmissa (Niemelä & Saari 2013; Saari 2015). Huono-osaisin Suomi -hanke alkoi asunnottomista, mutta laajeni 2012 leipäjonon tutkimukseen. Sen ensimmäinen vaihe tehtiin Kuopiossa (Saari, Hämäläinen, Kaitokari & Honkalampi 2012), mutta laajeni sitten varsin nopeasti kansalliseksi (Ohisalo & Saari 2014) ja sittemmin myös Kreikkaan, Liettuaan, Unkariin ja Yhdysvaltoihin. Sitä täydentävä terveysneuvontapisteiden asiakkaita tutkiva projekti lähti liikkeelle Portti-pilottihankkeesta Kuopiossa vuonna 2013 (Laipio, Saari, Honkalampi, Saarinen & Blåfield 2014). Tutkimushanke oli osa Kuopion kaupungin palvelurakennemuutostukseen liittyvää selvitystä. Tutkimusta varten Itä-Suomen yliopisto suunnitteli leipäjonohankkeen pohjalle nelisivuisen kyselylomakkeen, jolla selvitettiin vastaajien hyvinvointia, terveyttä, elintasoa, palveluiden ja tulonsiirtojen käyttöä sekä päihteiden käyttöä (liite 1). Vuonna

2014 tutkimus laajeni kartoittamaan terveysneuvontapisteiden asiakkaiden hyvinvointia valtakunnallisesti SUMU-hankkeen puitteissa.

## Aineisto

Yhteensä kyselyyn vastasi yhteensä 526 henkilöä. Aineistonkeruu eteni vaiheittain kahdeksassa kunnassa, jotka olivat Kuopio, Helsinki, Tampere, Hämeenlinna, Kotka, Kouvola, Oulu ja Joensuu. Helsingissä aineistoa kerättiin myös Helsingin diakonissalaitoksen haittoja vähentävästä korvaushoitoyksiköstä (HDL 1), Kuntouttavasta korvaushoitoyksiköstä (HDL 2) ja HIV-positiivisten suonensisäisiä huumeita käyttävien asiakkaiden palvelukeskuksesta (HDL 3). Tarkemmat tiedot vastaajamääristä paikkakunnittain on esitelty taulukossa 2.

Aineiston keruu aloitettiin kesä-syyskuussa 2013 ja sitä jatkettiin syys- ja joulukuun välillä vuonna 2014. Kerääminen tapahtui kussakin toimipisteessä useamman päivän aikana vaihdellen kuitenkin paikan mukaan. Keräysaikaan vaikuttivat käytettävissä olevat resurssit sekä se, missä ajassa potentiaaliset vastaajat oli mahdollista tavoittaa. Keräysajankohtien tiedot löytyvät taulukosta 2.

Ennen tutkimukseen osallistumista vastaajia informoitiin tutkimuksen tarkoituksesta. Osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista ja anonymiä, eikä siitä kieltäytyminen vaikuttanut asiakkaan saamaan palveluun. Jokaiselle vastaajalle jaetussa tutkimustiedotteessa kerrottiin tutkimuksen taustoista ja tarkoituksesta, vastuuhenkilöistä, tutkimuksen riippumattomuudesta toimipisteissä tehtävään työhön ja vastaajien asiakassuhteisiin, nimettömänä vastaamisesta sekä lomakkeiden turvallisesta säilyttämisestä. Osassa toimipisteistä vastaajat allekirjoittivat suostumuslomakkeen tutkimukseen osallistumisesta; toisissa toimipisteissä tyydyttiin jakamaan kysymyslomakkeen kanssa tiedote, jonka katsottiin riittävän informaatioksi asiakkaan päättäessä, haluaako hän osallistua tutkimukseen.

Vastaajat täyttivät lomakkeen terveysneuvontapisteissä käyntinsä aikana joko toimipisteen työntekijöiden tai ulkopuolisen tutkimusavustajan läsnä ollessa. Työntekijöiden rooli oli joka tapauksessa suuri asiakkaiden motivoimisessa ja sopivan tilanteen arvioimisessa vastaamiselle. Tarvittaessa vastaajia avustettiin tai ohjattiin lomakkeiden täyttämässä ja heidän kysymyksiinsä tutkimuksesta vastattiin. Lomakkeita ei annettu kotiin mukaan täytettäväksi, koska niiden palautuminen katsottiin epätodennäköiseksi. Joissain terveysneuvontapisteissä vastaajien täyttämät lomakkeet katsottiin nopeasti läpi, jotta varmistettiin, että ne oli täytetty kokonaan. Joissain toi-

mipisteissä vastaajat saivat palkkioksi esimerkiksi jäätelön tai suklaapatukan kyselyyn vastattuaan.

## **Aineiston edustavuus**

Tarkasteltaessa yhteiskunnan marginaalissa eläviä ryhmiä on erityisen tärkeää pohtia sitä, ketkä jäävät mahdollisesti tutkimuksen ulkopuolelle. Jäävätkö tietyt suonensisäisten huumeiden käyttäjien ryhmät terveysneuvontapisteiden palveluiden ulkopuolelle? Palveluiden kohderyhmän tavoitavuuden ongelmia voivat olla muun muassa huono kattavuus ja heikko tiedonkulku palveluista huumeidenkäyttäjille. Ongelmana voi olla sekin, että käyttäjät itse eivät välttämättä pidä palvelua tärkeänä tai sitten he saattavat suhtautua kielteisesti kaikkiin viranomaistahoihin. Palvelu on voitu myös järjestää huumeidenkäyttäjien kannalta väärällä tavalla, esimerkiksi aukioloaikojen suhteen. Niin ikään fyysiset ja psyykkiset ongelmat vaikeuttavat palvelujen piiriin hakeutumista. (Esim. Arponen ym. 2008, 75, 83.)

Kansainvälisessä tutkimuksessa on esitetty, että etenkin huono-osaisimmat huumeiden käyttäjät eivät aina käytä erityisesti heille suunnattuja palveluja (Drumm, McBride, Metsch, Page, Dickerson & Jones 2011, 468). Myös esimerkiksi Arposen ja työryhmän (2008, 90) haastattelemat terveysneuvontapisteiden työntekijät arvioivat asiakaskuntansa pääasiassa ”huumeiden käyttäjien keskiluokaksi”. Terveysneuvontapisteet tavoittavat pääasiassa huumeidenkäyttäjien valtavirtaa ja tietyt ryhmän ääripäissä sijaitsevat huono-osaisimmat ja parempiosaisimmat käyttäjät saattavat jäädä – tai jättäytyä tietoisesti – niiden ulkopuolelle. Kuten jo edellisessä kappaleessa on esitetty, edes matalan kynnyksen palvelut eivät ole riittävän helposti lähestyttävissä huono-osaisimpien huumeidenkäyttäjien näkökulmasta. Palvelujärjestelmässä huono-osaisimpien eteen nousevat kynnykset liittyvät ensisijaisesti heidän omiin heikkoihin voimavaroihinsa ja moniongelmaisuuksiinsa sekä hoitojärjestelmän toimintatapoihin, jotka eivät ota näitä seikkoja tarpeeksi huomioon. (Törmä 2009a, 127–135.)

Lisäksi aktiivi-ikäisten ja toimintakykyisten huumeidenkäyttäjien kohtaamat palvelukynnykset liittyvät muun muassa kieltopolitiikkaan ja sen seurauksiin. Näin esimerkiksi pelko poliisia kohtaan sekä yhteiskunnan tuomitseva asenne määrittelevät käyttäytymistä ja palveluihin hakeutumista. Näiden tekijöiden vuoksi asioinnin tulisi olla huomaamatonta ja turvallista. Palvelun tulisi sopia myös aikataulullisesti huumeidenkäyttäjien päivärytmiin ja elämäntapaan, joka sisältää keskeisesti myös rahan ja huumeiden hankinnan. (Törmä 2009a, 124.)



Näiden huomioiden valossa on syytä kysyä, kuinka hyvin tämä tutkimus onnistui tavoittamaan terveysneuvontapisteissä asioivien suonensisäisesti huumeita käyttävien joukon. Vastausprosentit eri tutkimuspaikkakunnilla vaihtelivat 10:stä 50:een (ks. taulukko 2). Tutkimuksen aineistonkeruuvaiheessa pyrittiin tarjoamaan jokaiselle asiakkaalle mahdollisuus vastata kyselyyn. Tarjoamiseen vaikutti kuitenkin asiakkaan päihtymystilan ja mielialan arviointi ennen kyselylomakkeen tarjoamista potentiaalisille vastaajille.

Yleisesti vastausprosenttia voidaan pitää kohtuullisena ottaen huomioon huumeiden käytön arkaluontoisuus ja käyttäjien viranomaisiin usein kohdistamat epäluulot. Suuressa osassa keräyspaikkakuntia aineistonkeruun hoitivat asiakkaille tutut pisteiden työntekijät, minkä pitäisi lieventää edellä kuvattuja epäluuloja. Toisaalta tietyissä toimipisteissä alhaisiin vastausprosentteihin vaikutti muun muassa se, kuinka nopeita asiakkaiden käynnit pisteissä olivat. Toisissa, päiväkeskusmaisemmissa pisteissä lomakkeen täyttäminen on todennäköisesti sujunut luontevammin osana asiointia. Yleisin syy kieltäytyä kyselystä oli nimenomaan ajanpuute. Valikoitumista vastaajien osalta havaittiin selvästi myös eri asiakasryhmien kesken: suurin osa vakioasiakkaista vastasi kyselyyn, mutta ensikertalaiset ja harvaan kävijät eivät niinkään vastanneet kyselyyn. Tässä suhteessa tutkimuksemme kuvaa siis terveysneuvontapisteiden asiakkaiden ”ydinryhmää” enemmän kuin satunnaisia kävijöitä. (Vrt. Törmä 2009a, 71–7) Terveysneuvontapisteet keräävät asiakkaistaan taustatiedot sukupuolen ja iän osalta. Näiden taustamuuttujien avulla voitiin arvioida, olivatko tutkimuksen vastaajat linjassa terveysneuvontapisteiden asiakasjoukon kanssa. Samoin kuin tutkimukseen vastanneiden osalta, kyselyajanjaksolla toimipisteissä käyneiden asiakkaiden suurin ikäryhmä olivat 26–35-vuotiaat. Vastaajien ikä- ja sukupuolijakaumat olivat pitkälti samansuuntaiset kuin toimipisteiden koko asiakaskunnassa, ja tässä mielessä aineiston edustavuutta voidaan pitää hyvänä. Naisten osuus aineistossa on hieman korostunut, kuten kyselytutkimuksissa usein käy. Vastaajien sosiodemografinen tausta on hyvin samankaltainen muiden huumeiden käyttäjiä kartoittaneiden tutkimusten kanssa ja vastaa siten hyvin tutkimuksen kohteena olevaa perusjoukkoa (ks. Varjonen 2015, 100; Ollgren ym. 2014, 502–503; Kuussaari, Kaukonen, Partanen, Vormaa & Ronkainen 2014).

**TAULUKKO 2. Tiedot aineiston keräyspaikkakunnista, keräysajoista, vastaajamäärät, kyselyjakson aikana asioineet asiakkaat, vastausprosentti sekä asiakkaiden sukupuolijakauma.**

Keräyspaikka	Keräysaika	Tavoitetut vastaajat (N)	Keräys-aikana asioineet asiakkaat	Vastausprosentti (%)	Asiakkaista miehiä (%)	Asiakkaista naisia (%)
Kuopio Portti	6/2013–9/2013	100	208	48	74	26
Tampere Nervi	10.9.–1.10.2014	107	362	30	66	34
Kotka Vinkki	1.10.–14.11.2014	11	44	25	61	39
Kouvola Vinkki	1.10.–14.11.2014	12	65	18	63	37
Hämeenlinna Living Room	27.10.–14.11.2014	21	58	36	62	38
Oulu Vinkki	10/2014–12/2014	81	–	–	–	–
Helsinki Vinkit	5.11.2014–28.11.2014	105	826	13	72	28
HDL 1	–	37	150	25	–	–
HDL 2	–	28	50	56	–	–
HDL 3	–	5	50	10	–	–
Joensuun Vinkki	11/2014–12/2014	19	66	29	62	38

## Menetelmät

Tässä tutkimuksessa suomenalaisien huumeidenkäyttäjien hyvinvointia, tulonsiirtojen ja palveluiden käyttöä tarkastellaan ensi sijassa aineistolähtöisesti. Aineiston tuloksia käsitellään pääasiassa deskriptiivisin eli kuvailuin menetelmin. Raportin kannalta pääpaino on suorien ja ehdollisten jakaumien esittämisessä. Suorien jakaumien ja ristiintaulukoinnin lisäksi muuttujien välisiä riippuvuussuhteita ja yhteisvaihtelua tarkastellaan josain määrin korrelaatioanalyysiä hyväksi käyttäen. Tässä yhteydessä on hyödynnetty Spearmanin järjestyskorrelaatiokerrointa, jonka avulla voidaan kuvata vähintään järjestysasteikolla mitattujen muuttujien välisen yhteisvaihtelun voimakkuutta. Yhteisvaihtelun voimakkuutta tarkastelemalla voidaan esimerkiksi tehdä alustavia päätelmiä eri muuttujien sopivuudesta summamuuttujamittareiksi, kun halutaan tarkastella vaikkapa yläkäsitettä hyvinvointi. (Metsämuuronen 2006, 359–617.)

Tarkasteltaessa suonensisäisten huumeiden käyttäjien kasautuvaa huono-osaisuutta sekä siihen vaikuttavia tekijöitä analyysimenetelmänä on käytetty logistista regressioanalyysiä. Varsin joustavana, ja siksi tässä yhteydessä käyttökelpoisena, monimuuttujamenetelmänä logistinen regressioanalyysi mahdollistaa useiden elämäntyytyväisyyttä selittävien tekijöiden tarkastelun tilanteessa, jossa muut sitä selittävät tekijät on vakioitu. Menetelmä soveltuu aineistomme analyysin hyvin, sillä sen tilastolliset oletukset ovat huomattavasti lineaarisia malleja kevyempiä. Menetelmän avulla ennustetaan tietyn selittävän muuttujan suhteellista riskiä kuulua selittävään muuttujan luokkaan: yksinkertaistaen tässä tapauksessa kiinnostuksen kohteena on se, mitkä tekijät selittävät sitä, kuuluvatko tutkimukseen vastanneet niihin, jotka kokevat olevansa elämäänsä tyytyväisiä vai vastakohtaisesti niihin, jotka eivät ole elämäänsä tyytyväisiä. (Metsämuuronen 2006, 704–707.)

Niiltä osin, kun aineiston analyysiä on viety pidemmälle, on huomautettava tulosten olevan alustavia ja kaipaavan lisätutkimusta vahvistukseksien. Vaikka aineistossamme esimerkiksi naiset ovat lievästi yliedustettuina, ei analyysissä ole tehty tilastollisia painotuksia koska tarkkoja vertailulukuja ei ollut saatavilla kaikista keräyspaikoista. Aineisto on analysoitu SPSS-tilasto-ohjelmalla.

Huumeidenkäyttäjiä koskevan aineiston vertailuaineistona käytetään tässä raportissa joissakin luvuissa Kelan kansalaiskyselyllä selvitettyjä tietoja Suomen väestöstä. Kelan kansalaiskysely on Kelan tutkimusosaston TNS Gallupilta vuonna 2013 tilaama puhelinhaastatteluaineisto. Aineiston otos muodostettiin soveltaen monivaiheista ositettua otantaa. Aineisto tehtiin otantavaiheessa edustavaksi iän, sukupuolen ja maantieteellisen sijainnin osalta. Ahvenanmaata ei ole otettu lukuun. Aineisto edustaa 15 vuotta täytännä väestöä. (Ohisalo & Saari 2014, 18; Niemelä & Pajula 2014, 9.) Vertailuja tehdessämme rajasimme vertailuaineistosta pois yli 65-vuotiaat, jotta vastaajien ikärakenne muistuttaisi toisiaan. Pyrimme tällä varmistamaan, etteivät aineistojen väliset erot vääristy erilaisen ikäjakauman vuoksi.

Jakaumia ja kuvioita esiteltäessä Kelan kansalaiskyselyn aineistoon viitataan lyhenteellä KELA ja terveysneuvontapisteiden asiakkaista koostuvaan aineistoon lyhenteellä SUMU.

## 4 KEITÄ OVAT AINEISTON HUUMEIDENKÄYTTÄJÄT?

Tutkimuksessamme kysyttiin vastaajilta useita taustatietoja, joiden avulla pyrimme kuvaamaan terveysneuvontapisteiden asiakaskunnan sosioekonomisia lähtökohtia ja tilannetta. Kysytyjä taustatietoja olivat sukupuoli, kansalaisuus, ikä, suonensisäisen huumeiden käytön aloitusikä, koulutus, työtilanne, asumismuoto, leipäjonossa asiointi, huumeisiin liittyvät rikosoikeudelliset sanktiot, uskonnollisen yhteisön toimintaan osallistuminen, kotitaloudessa asuvien aikuisten ja lasten määrät, sekä käteen jäävät tulot pakollisten menojen jälkeen.

SUMU-kyselyyn vastanneista huumeidenkäyttäjistä kaksi kolmasosaa oli miehiä. Lähes kaikki vastaajista olivat Suomen kansalaisia. Ikäjakaumaltaan vastaajat olivat keskimääräistä väestöä huomattavasti nuorempia. Suurin vastaajaryhmä aineistossa on 26–35-vuotiaat, joita oli vastaajista lähes puolet. Seuraavaksi suurin vastaajaryhmä on 36–45-vuotiaat, joita oli neljäsosa aineistosta. Nuorimpia, 16–25-vuotiaita oli vastaajista hieman alle viidesosa. Yli 45-vuotiaita on vastaajista enää alle joka kymmenes. (Ks. taulukko 4.) Ikääntyneemmän väestön poissaoloa selittävät vasta 1990-luvulta alkanut huumeiden käytön vakiintuminen Suomessa, huumeiden käyttäjien kuntoutuminen, muiden palvelujärjestelmien piiriin siirtyminen sekä kuolemantapaukset. Arposen ja työryhmän (2008, 103) terveysneuvontapisteitä käsittelevässä arviointitutkimuksessa terveysneuvontapisteiden työntekijät esittivät vanhempien huumeiden käyttäjien poissaololle syiksi myös liikkumisen tuottamia ongelmia sekä vanhempien pitkän linjan huumeiden käyttäjien tietoista vetäytymistä yhteiskunnan palveluista.

Naisten osuus nuorimmassa ikäryhmässä oli selkeästi keskimääräistä korkeampi kuin muissa ikäryhmissä: naisia 16–25-vuotiaiden ikäryhmässä oli lähes puolet (46 %). Nuorten naisten suuri osuus aineistossa on linjassa aiemman tutkimustuloksen kanssa, jossa todettiin naisten osuuden nuorten opioidien ongelmakäyttäjien keskuudessa olevan verrattain suuri (vrt. Ollgren ym. 2014, 502).

Useimmat vastaajat ovat aloittaneet suonensisäisen huumeidenkäyttönsä nuorena. Enemmistö, eli lähes puolet vastaajista oli aloittanut suonensisäisten huumeiden käytön 18–25-vuotiaana. Alle 18-vuotiaana suonensisäisten huumeiden käytön oli aloittanut lähes yhtä moni. Enää kymmenesosa vastaajista on aloittanut suonensisäisten huumeiden käytön 26–35-vuotiaana. Yli 36-vuotiaana aloittaneita on hyvin vähän; vain 4 % (n. 19/526) vastaajista. Ikä ja suonensisäisten huumeiden käytön aloitusikä kysyttiin luokiteluasteikkolisina muuttujina, jolloin ei voida arvioida vastaajien keskimääräistä suonensisäisen käytön ajallista kestoa. Iän ja suonensisäisen aloitusiän jakaumia karkeasti tarkasteltaessa voidaan arvella käytön jatkuneen monen vastaajan kohdalla useita vuosia.

Asiakkaiden koulutustausta on erittäin matala. Lähes puolet vastaajista on suorittanut ainoastaan perus- tai kansakoulun, ja jopa kymmenesosalla vastaajista perus- tai kansakoulu on jäänyt kesken. Toiseen asteen koulutuksen on käynyt hieman useampi kuin joka kolmas. Opisto- tai yliopisto-koulutuksen taas on käynyt vain alle kymmenesosa tutkimukseen osallistuneista. (Ks. taulukko 4.)

Työtilanteissa korostuu työvoiman ulkopuolella oleminen. Kaksi viidesosaa vastaajista oli vastaushetkellä työttömiä tai lomautettuja ja viidesosa vastaajista ilmoitti olevansa ”kotona”, millä viitattiin asemaan perinteisten sosioekonomisten kategorioiden ulkopuolella: he eivät määriyty (tai määrittä itseään) työmarkkina-aseman tai jonkun etuuden kautta, vaan rakentavat elämänsä toisiaan seuraavista tapahtumista. Sama ilmiö on nähtävissä toimeentulotuen hakijatilastoista, joissa yhä suuremmalla osalla hakijoista on sosioekonomisen aseman määrittäjänä kategoria ”muu”. Tukevien työtoimien kohteena eli työkokeilussa oli hieman alle kymmenesosa vastaajista. Nuoresta keski-ikästä huolimatta hieman yli kymmenesosa vastaajista ilmoitti olevansa eläkeläisiä. Vastaajista 6 % ilmoitti olevansa opiskelijoita. Vain noin kymmenesosa oli jollain tavalla työelämässä kiinni; 7 % vastaajista oli töissä määrä- tai osa-aikaisesti ja vain 4 % vastaajista oli töissä pysyvästi. (Ks. taulukko 4.)

Yleisin asumismuoto vastaajien keskuudessa on vuokra-asunto, jossa asui kolme viidestä vastaajasta. Toisaalta erittäin harva ilmoitti asuvansa kunnan vuokra-asunnossa. Alhainen prosentti kunnan vuokra-asunnoissa voi johtua siitä, etteivät kaikki vastaajat miellä omaa asuntoaan kunnan vuokra-asunnoksi. Kyselyn vastaajista hieman yli kymmenesosa asui tukiasunnossa. Tukiasuntojen asukkaista merkittävä osa oli kansaneläkettä saavia. Tukiasuntoihin siis todennäköisesti sijoitetaan useammin henkilöitä, joiden on todettu olevan virallisesti työkyvyttömiä. Vastaajista ainoastaan erittäin pieni osuus ilmoitti asuvansa omistusasunnossa. (Ks. taulukko 4.)

Asunnottomien määrä on suhteessa hälyttävän suuri verrattuna siihen, kuinka paljon asunnottomuutta väestössä yleensä esiintyy. Lähes viidesosa terveysneuvontapisteiden asiakkaista ilmoitti olevansa asunnottomia (taulukko 4). Vuonna 2014 Suomessa oli Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskuksen asuntomarkkinakyselyn mukaan hieman yli 7000 yksinelävää asunnottomia (Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus 2015, 3). Väestömäärään suhteutettuna asunnottomien määrä yleisesti on pieni mutta vakava ongelma. Siksi lähes joka viidennen terveysneuvontapisteen asiakkaan asunnottomuus on erityishuomiota vaativa kysymys. Miehet (21 %) olivat useammin asunnottomia kuin naiset (10 %). Asunnottomia oli suhteessa eniten kahdessa nuorimmassa ikäluokassa sekä vanhimmassa, yli 46-vuotiaiden ikäluokassa. Matala koulutustausta oli jossain määrin yhteydessä asunnottomuuteen: perus- tai kansakoulun kesken jättäneistä neljäsosa (24 %) oli asunnottomia, kun taas opisto- tai yliopistokoulutuksen käyneitä asunnottomia oli alle joka kymmenes (8 %). Työtilanteittain asunnottomia oli selvästi eniten työttömien tai lomautettujen keskuudessa (27 %).

Koska huumeiden käyttö on rikosoikeudellisesti rangaistava teko, vastaajilta kysyttiin myös, ovatko he saaneet huumeisiin liittyviä tuomioita viimeisen kahden vuoden aikana. Hieman alle puolella (46 %) vastaajista ei ollut huumeiden käyttöön liittyviä rikosoikeudellisia sanktioita. Noin kolmasosa (32 %) vastanneista oli saanut sakkoa viimeisen kahden vuoden aikana, ja vakavampia sanktioita kyselyyn vastanneista on saanut hieman alle neljäsosa (23 %): 1 % oli määrätty yhdyskuntapalveluun, 11 % oli saanut ehdollisen vankeustuomion ja 11 % ehdotonta vankeutta viimeisen kahden vuoden aikana.

Huumeisiin liittyvien sanktioiden yhteydessä on syytä kiinnittää huomiota siihen, miten ne jakautuvat sukupuolen ja iän mukaan. Taulukossa 3 on vertailtu nuorimman ja muiden ikäryhmien välisiä eroja sanktioissa samoin kuin naisten ja miesten välisiä eroja. Nuorin ikäryhmä on valittu vertailukohteeksi, koska sen erot muihin ikäryhmiin ovat selkeitä ja lisäksi haluttiin kiinnittää huomiota siihen, kuinka moni nuori on jo ollut virkavallan kanssa tekemisissä huumeiden käyttönsä vuoksi. Yleisesti ottaen miehet ovat saaneet useammin huumeiden käyttöön liittyviä sakkoja ja vakavampia tuomioita kuin naiset. Suhteessa eniten sanktioita olivat saaneet nuoret miehet. Toisaalta etenkin kovempien sanktioiden määrä oli korkein yli 26-vuotiailla miehillä. Myös nuoret naiset olivat saaneet jonkin verran useammin rikosoikeudellisia sanktioita kuin muiden ikäryhmien naiset. Etenkin sakkoja oli saatu nuorimmassa ikäryhmässä eniten. Vertailun vuoksi yli 46-vuotiaista vastaajista kahdella kolmasosalla (69 %) ei ollut huumeiden käyttöön liittyviä sanktioita viimeisen kahden vuoden ajalta.

**TAULUKKO 3. Huumeisiin liittyvät sanktiot sekä nuoruus ja sukupuoli (%).**

		Huumeisiin liittyvät tuomiot, 2 viime vuotta			
		Ei tuomioita	Sakkotuomio	Kovempi rangaistus	Yhteensä
16–25	Mies	25 %	63 %	13 %	100 %
		12	30	6	48
	Nainen	50 %	35 %	15 %	100 %
		20	14	6	40
	Yhteensä	36 %	50 %	14 %	100 %
		32	44	12	88
Muun ikäiset	Mies	42 %	31 %	27 %	100 %
		118	86	76	280
	Nainen	60 %	23 %	16 %	100 %
		77	30	21	128
	Yhteensä	48 %	28 %	24 %	100 %
		195	116	97	408

Koulutustaustalla ei ollut juurikaan eroa rikosoikeudellisten sanktioiden jakautumisessa; ainoastaan opisto- tai yliopistotaustaiset vastaajat olivat selkeästi harvemmin saaneet vakavampia tuomioita kuin muut koulutusryhmät. Työtilanteittain harvimmin sanktioiden kohteeksi olivat joutuneet eläkeläiset ja töissä pysyvästi käyvät. Työkokeilussa (29 %) tai kotona olevissa (26 %) oli hieman enemmän vakavia tuomioita kärsineitä kuin muissa ryhmissä.

Suurin osa vastaajista (75 %) ei osallistunut uskonnollisen yhteisön toimintaan. Viidesosa heistä osallistui satunnaisesti (muutaman kerran vuodessa) ja vain harva (5 %) osallistui säännöllisesti eli useammin kuin kerran kuukaudessa uskonnollisen yhteisön toimintaan. Uskonnolliset yhteisöt tarjoavat paljon ruokapalveluja, kuntouttavaa toimintaa sekä päiväkeskustyyppisiä palveluita etenkin päihitteettömyyteen pyrkiville. Näitä palveluita ei kuitenkaan ehkä mielletä vastaajien keskuudessa uskonnollisessa yhteisössä toimimiseksi.

Suurin osa vastaajien kotitalouksista oli yhden aikuisen kotitalouksia (62 %). Noin kolmasosa (34 %) vastaajista asui kahden aikuisen kotitaloudessa. Hyvin harvoissa (4 %) kotitalouksissa asuu kolme aikuista. Suurimman osan vastaajien kotitalouksista ei asunut lapsia (83 %). Noin joka kymmenennessä (9 %) kotitaloudessa oli yksi lapsi, ja alle joka kymmenennessä (8 %) kotitaloudessa lapsia oli kaksi tai enemmän. Kotitaloudessa

asuvien lasten lukumäärä ei ole tässä aineistossa yksiselitteinen, sillä moni mielsi kotitalouteen kuuluvaksi myös lapset, jotka eivät välttämättä asuneet kotona.

Vastaajilta kysyttiin myös heille käteen jääviä tuloja pakollisten menojen jälkeen sadan euron tarkkuudella. Suurimmalla osalla (16 %) vastaajien kotitalouksista ei jää rahaa käyttöön pakollisten menojen jälkeen ollenkaan. Vastaajista 13 %:lla pakollisten menojen jälkeen käteen jää 1–100 euroa ja 23 %:lla 101–300 euroa. Vastaajista 28 %:lla jää käteen rahaa 301–500 euroa ja 20 %:lla yli 500 euroa. Tuloluokat ovat epävarma tapa mitata vastaajien tulotasoa, sillä on mahdollista, että jotkut vastaajat jättivät huomiotta kohdan ”pakollisten menojen jälkeen” ja vastasivat saamansa tulon kokonaisuudessaan. Samoin sosiaaliturvan asiakkailta osa menoista menee suoraveloituksella, jolloin pakolliset menot saattavat olla erittäin laaja ja vaikeasti hahmotettava käsite. Jopa puolet terveysneuvontapisteiden asiakkaista on käynyt leipäjonossa viimeisen vuoden aikana.

Summauksena voidaan sanoa, että aineiston mukaan enemmistö vastaajista on miehiä ja merkittävä osa alle 36-vuotiaita. Huumeidenkäyttö aloitetaan monesti hyvin nuorena, useimmiten 18–25-vuotiaana. Hieman yli puolella vastaajista koulutus on jäänyt peruskouluun tai keskeytynyt jo peruskoulussa. Suurin osa aineiston vastaajista on työttömiä, lomautettuja tai kotona olevia. Suuri osa asuu vuokra-asunnossa ja niinkin suuri osa kuin joka viides on asunnoton. Aikuisia heillä on kotitaloudessa yleensä yksi, ja suurimmalla osalla ei ole lapsia. Hieman yli puolella vastaajista ei ole viimeisen kahden vuoden ajalta huumeisiin liittyviä rikosoikeudellisia sanktioita. Useimmat vastaajista eivät myöskään osallistu erilaisten uskonnollisten yhteisöjen toimintaan.

Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden elämäntilanteet ja taustat eivät kuitenkaan ole näin yksiselitteisiä. Kun erottelemme aineistosta vastaajat, joiden ikä on alle 36 vuotta, joiden koulutusaste jää enintään toisen asteen tutkintoon ja joiden työtilanne on työtön, lomautettu tai kotona oleva, on heitä kummassakin sukupuolella alle puolet vastaajista. Miehistä 40 % ja naisista 44 % vastaa tätä määritelmää. Vaikka tutkimuksen tarkoitus on jossain määrin tehdä yleistyksiä, pitää muistaa, että viime kädessä myös terveysneuvontapisteiden asiakkaat ovat heterogeeninen ryhmä, jossa esiintyy monenlaisia elämäntilanteita. Taulukossa 4 on esitetty kaikkien taustatietojen jakaumat lukumäärinä sekä prosenttiosuuksina.



**TAULUKKO 4. Tutkimuksen vastaajien sosiodemografinen tausta lukumäärinä ja prosenttiosuuksina.**

<b>Sukupuoli (n=507)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Mies	334	66
Nainen	173	34
<b>Ikä (n=505)</b>		
16–25	89	18
26–35	242	48
36–45	129	26
yli 45-vuotiaat	45	9
<b>Koulutus (n=508)</b>		
Peruskoulu jäänyt kesken	50	10
Perus- tai kansakoulu	230	45
Lukio tai ammattikoulu	190	37
Opisto tai korkeakoulu	38	8
<b>Työmarkkina-asema (n=508)</b>		
Kotona	99	20
Eläkeläinen	68	13
Työtön tai lomautettu	211	42
Työkokeilussa	44	9
Opiskelija	31	6
Töissä määrä- tai osa-aikaisesti	37	7
Töissä pysyvästi	18	4
<b>Asumismuoto (n=509)</b>		
Asunnoton	89	18
Tukiasunto	68	13
Kunnan vuokra-asunto	28	6
Vuokra-asunto	299	59
Omistusasunto	25	5
<b>Kansalaisuus (n=500)</b>		
Suomalainen	496	99
Muu	4	1
<b>Käytettävissä olevat tulot 100 euron tarkkuudella (n=459)</b>		
0 euroa	74	16
1–100 euroa	58	13
101–300 euroa	106	23
301–500 euroa	130	28
Yli 500 euroa	91	20

## 5 ELÄMÄNLAATU

Hyvinvointitutkimuksessa on perinteisesti tehty ero resurssipohjaisen objektiivisen hyvinvoinnin ja koetun elämänlaadun välillä.<sup>2</sup> Elämänlaatua voidaan mitata lukuisilla eri tavoilla, mutta poikkeuksetta mittaritoihin liittyy koettu terveys ja elämään tyytyväisyys. Koettua terveyttä arvioidaan yleensä suhteessa fyysiseen ja henkiseen terveyteen, ja elämään tyytyväisyys vastaavasti voidaan jakaa yleiseen elämäntyytyväisyyteen ja elintasotyytyväisyyteen. Empiirisessä tutkimuksessa neljä tekijää korreloi yleensä voimakkaasti ja muodostaa johdonmukaisen summamuuttujan, mikä mahdollistaa niiden tarkastelun ikään kuin elämänlaadun likiarvona. Käsillä olevan ryhmän kannalta elämänlaadun mittaamisessa on kaksi erityistä ulottuvuutta (hyvinvoinnin ja terveyden alateemaa), jotka vaativat yksityiskohtaisempaa tarkastelua. Nämä olivat masennus ja yksinäisyys, jotka puolestaan kytkeytyvät voimakkaasti toisiinsa.

Maria Ohisalo, Tuomo Laihiala ja Juho Saari (2015a, 300–301) vertailivat leipäjonon kävijöiden ja terveysneuvontapisteiden asiakkaiden hyvinvointia suomalaisväestöön. He havaitsivat terveysneuvontapisteiden asiakkaiden hyvinvoinnin olevan niin kokonaisväestöä kuin leipäjonon asiakkaita alhaisemmalla tasolla niin fyysisen terveyden, henkisen terveyden, elämään tyytyväisyyden kuin myös elintason tyytyväisyyden osaluilla. Molemmat ryhmät kokivat kaikki nämä osa-alueet heikommiksi kuin suomalaisväestö yleisesti. Tyytyväisyydessä elintason ja fyysiseen terveyteen nämä kaksi huono-osaisuuden notkelmaa olivat erittäin lähellä toisiaan, mutta tyytyväisyydessä henkiseen terveyteen ja yleisesti elämään terveysneuvontapisteiden asiakkaiden kokemukset olivat huomattavasti heikompia kuin leipäjonossa asioivien.

2 Niin hyvinvoinnin kuin huono-osaisuuden tutkimusta jakavat tutkijoiden painotukset joko keskittyä objektiivisesti mitattaviin resursseihin, kuten taloudellisiin resursseihin, tai painottaa subjektiivista hyvinvoinnin kokemusta ja onnellisuutta tärkeänä tutkimuksen lähtökohtana. (Bellani & D'Ambrosio 2011, 68.) Toisaalta Ruut Veenhoven (2000, 17) toteaa, että erityisesti puutteenalaisuutta mitattaessa se liitetään usein myös hyvinvoinnin subjektiiviseen kokemukseen. Siksi puutetta mittaavissa tutkimuksissa kysytään usein myös tyytymättömyyden ja masentuneisuuden kokemuksista.

## Terveys

Suonensisäisten huumeiden käyttäjien terveydellä ja terveyskäyttäytymisellä on keskeinen asema haittoja vähentävässä työssä. Terveysriskit ja erityisesti tartuntataudit ovat yleisiä terveysneuvontapisteiden asiakkaiden ryhmässä verrattuna muuhun väestöön. Heikkoon terveyteen johtavien syiden selvittäminen ja niihin puuttuminen on ensiarvoisen tärkeää, sillä terveyskäyttäytymisen vaikutus väestön terveyseroihin on merkittävä. Suonensisäinen huumeiden käyttö on merkittävästi terveydentilaa heikentävää käytöstä, johon terveysneuvontapisteet pyrkivät puuttumaan. Yhtäältä huumeidenkäyttäjiä tutkittaessa keskitytään usein vain terveyttä koskevaan hyvinvointiin. Tällöin ei kuitenkaan huomioida, että hyvä terveys on lähinnä oireiden puuttumista, ja toisaalta ihmiset kompensoivat huonoa terveyttä keskittymällä muihin elämässään mielekkäiksi kokemiinsa asioihin (Dietze, Stoové, Miller, Kinner, Raimondo, Rosa & Burns 2010, 2041–2042). Terveys elämänlaatuun merkittävästi vaikuttavana tekijänä on myös kyseenalaistettu etenkin laadullisissa tutkimuksissa (esim. De Maeyer, Vanderplasschen, Camfield, Banheulue, Sabbe & Broekaert 2011, 1253).

Heikon sosioekonomisen aseman on todettu olevan yhteydessä heikentyneeseen terveyteen. Matala koulutus, ammattiasema, fyysiset työolosuhteet, elinolot sekä heikko toimeentulo ovat usein yhteydessä heikkoon terveyteen (Lahelma & Rahkonen 2011, 46–49). Esimerkiksi toimeentulotuen asiakkaiden keskuudessa erityisesti masennus ja mielenterveysongelmat ovat muuta väestöä yleisempiä (Hannikainen-Ingman, Kuivalainen & Sallila 2013, 94).

Huonon terveyden ja sosioekonomisten tekijöiden välinen yhteys voi olla myös valikoitumisesta johtuvaa; huono terveys voi ajaa työttömyyteen ja köyhyyteen. Toisaalta sosioekonomisten asemien välillä on elintapoihin ja terveyskäyttäytymiseen liittyviä eroja, jotka sitä kautta ovat merkittäviä terveyserojen välittäjiä. Aineistomme suonensisäisiä käyttäjiä kuvaavat hyvin samat sosioekonomiset tilanteet, joiden on todettu olevan yhteydessä heikkoon terveyteen. (Lahelma & Rahkonen 2011, 49.) Toisaalta aineistossa eri sosioekonomisten tekijöiden välillä ei merkittäviä terveyseroja voitu havaita, vaan terveysneuvontapisteiden asiakkailla päihdeongelman vakavuus korostuu merkittävämpänä terveyseroihin vaikuttavana tekijänä.

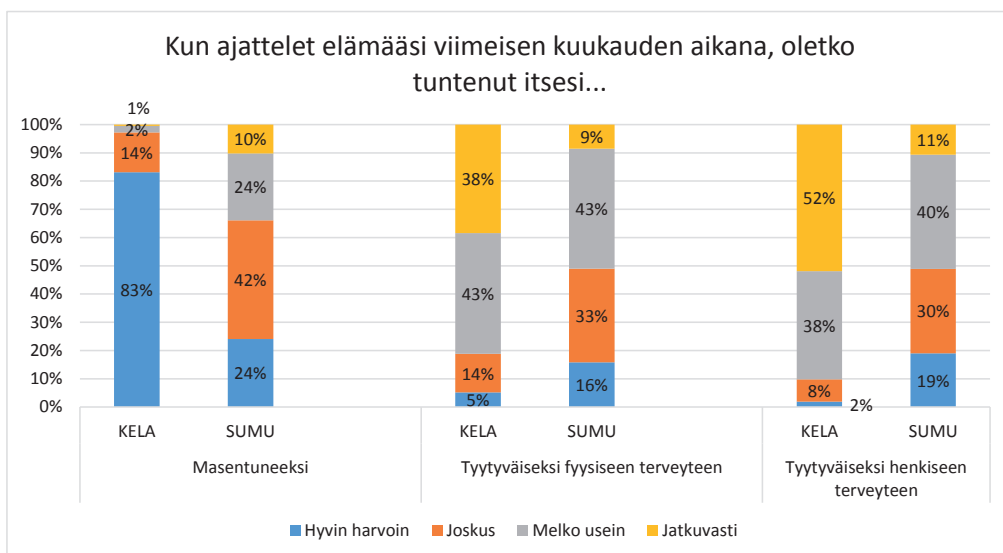
Millaiseksi terveysneuvontapisteiden asiakkaat kokevat oman terveytensä? Tutkimuksessa selvitettiin asiaa kysymällä ”Kun ajattelet elämääsi viimeisen kuukauden aikana, oletko tuntenut itsesi –”. Terveyteen liittyvät ulottuvuudet olivat tyytyväisyys fyysiseen terveyteen, tyytyväisyys henkiseen terveyteen sekä masentuneisuus. Vaihtoehdot kysymyksiin olivat jat-

kuvasti, melko usein, joskus ja hyvin harvoin. Vastaavia kysymyksiä on käytetty Kelan toteuttamassa kansalaiskyselyssä (2013), joten voimme vertailla suomalaisen työikäisen väestön ja suonensisäisten huumeiden käyttäjien subjektiivista elämänlaatua keskenään.

Vastaajat kokivat oman terveytensä kaikilla mittareilla huomattavasti heikomaksi kuin työikäinen väestö Kelan kansalaiskyselyssä (ks. kuvio 1). Esimerkiksi omaan fyysiseen terveyteen ollaan väestötasolla valtaosin tyytyväisiä, kun taas terveysneuvontapisteiden asiakkaiden keskuudessa jatkuvasti fyysiseen terveyteensä tyytyväisiä on neljä kertaa vähemmän kuin vertailuväestössä.

Suomalaiset ovat henkiseen terveyteensä keskimäärin tyytyväisempiä kuin fyysiseen terveyteensä (ks. kuvio 1); työikäisestä väestöstä puolet oli jatkuvasti tyytyväisiä ja vain marginaalinen osa oli hyvin harvoin tyytyväisiä henkiseen terveyteensä. Mielenterveyden rasitukset näkyvät selkeästi terveysneuvontapisteiden asiakkaissa: vain joka kymmenes oli jatkuvasti tyytyväinen, ja jopa joka viides vastaaja vain hyvin harvoin tyytyväinen henkiseen terveyteensä.

Masennusta kokevien osuus on myös huomattavasti korkeampi terveysneuvontapisteiden käyttäjillä kuin suomalaisilla yleensä (ks. kuvio 1). Suomalaisista neljä viidestä koki masennusta vain hyvin harvoin, kun taas terveysneuvontapisteiden asiakkaista vastaavasti vain joka neljäs koki masennusta ainoastaan hyvin harvoin. Jatkuvasti masentunut oli terveysneuvontapisteiden vastaajista joka kymmenes.



**KUVIO 1. Koettu masennus, tyytyväisyys fyysiseen terveyteen ja tyytyväisyys henkiseen terveyteen terveysneuvontapisteiden asiakkaiden (SUMU) ja väestön (KELA) keskuudessa (%).**

Jokaisella terveyttä mittaavalla ulottuvuudella naiset kokivat terveytensä heikommaksi kuin miehet: naiset kokivat jatkuvaa masennusta noin kaksi kertaa useammin ja olivat harvemmin tyytyväisiä erityisesti fyysiseen terveyteensä. Miehistä alle puolet (45 %) oli tyytymättömiä (joskus tai hyvin harvoin) fyysiseen terveyteensä, kun naisten osuus oli vastaavasti yli puolet (56 %).

Työttömyys on todettu yhdeksi keskeistä köyhyyden ja syrjäytymisen aiheuttajista väestössä, ja se on yhteydessä moniin muihin kielteisiin elämäntapahtumiin. Työttömyyden on todettu olevan merkittävästi yhteydessä sekä heikkoon fyysiseen että henkiseen terveydentilaan ja näiden lisäksi myös ennenaikaiseen kuolleisuuteen. Myös työyhteisön puutteesta johtuvien sosiaalisten siteiden vähyys, voi olla osaltaan aiheuttamassa terveysongelmien pahenemista. (Martikainen & Mäki 2011, 90–93.) Aineistossa työttömänä tai kotona oleminen vaikutti henkisen terveyden kokemukseen. Kotona tai työttöminä olevista hieman yli puolet (53 %) oli tyytymättömiä (hyvin harvoin tai joskus) henkiseen terveyteensä, kun muissa markkina-asemissa olevista tyytymättömiä oli jonkin verran vähemmän: kaksi viidestä (41 %) vastaajasta.

Yllättäen asunnottomuudella ei näyttänyt olevan merkittävää heikentävää yhteyttä millään terveyden osa-alueella. Tämä tulos on ristiriidassa esimerkiksi Sinikka Törmän (2007, 100) päiväkeskus Stoorin asiakkaiden keskuudessa tekemien havaintojen kanssa, joiden mukaan asunnottomat kokivat huomattavasti enemmän terveysongelmia kuin muut haastatellut. Yksi selitys havainnoille voi olla asunnottomuus-käsitteen epämääräisyys. Asunnottomuutta on monenlaista, ja hallinnolliset käsitteet eivät välttämättä vastaa hallinnollisia kategorioita. Esimerkiksi asunnoton on hallinnollisesti asunnoton, kun hän asuu tukiyksikössä. Siellä asuva ”asunnoton” voi kuitenkin hyvinkin määritellä itsensä vuokra-asujaksi, mitä hän onkin sikäli, että hänellä on oma vuokrasopimus, johon hän saa asumistukea.

Hieman yllättäen huumeiden myöhäinen aloitusikä oli yhteydessä koetun terveyden heikkouteen. Yli 36-vuotiaana huumeiden käytön aloittaneet kokivat muita ryhmiä useammin masennusta ja tyytymättömyyttä sekä fyysiseen että henkiseen terveyteensä. Yli 36-vuotiaana suonensisäisen käyttönsä aloittaneet kokivat masennusta (jatkuvasti tai melko usein) lähes kaksi kertaa useammin (58 %) kuin nuorempina aloittaneet. Vastaajien ikä ei selitä täysin myöhäisen aloitustuloksia. Myöhäisellä iällä aloitettu huumeiden käyttö voikin itsessään olla merkki jo aikaisemmin koetusta masennuksesta, jolloin huumeiden käyttö voi olla ennemminkin pyrkimystä itselääkintään.

Toisaalta tuloksien kannalta erilaista tarinaa kertoi se, että tyytymättömyyttä henkiseen terveyteen esiintyi useammin nuorimmilla vastaajilla: 16–25-vuotiaista yli puolet (62 %) koki jonkinasteista tyytymättömyyttä henkiseen terveyteensä, kun muissa ikäryhmässä samanlaista tyytymättömyyttä koki alle puolet vastanneista. Iäkkäimmät vastaajat taas olivat odotetusti tyytymättömiä fyysiseen terveyteensä: yli 46-vuotiaista kaksi kolmasosaa (67 %) oli hyvin harvoin tai joskus tyytyväisiä fyysiseen terveyteensä, muissa ikäryhmissä vastaavaa tyytymättömyyttä koki alle puolet vastaajista.

Kaikkiin koetun terveyden kysymyksiin tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä oli se, kokeeko vastaaja huumeiden käytön aiheuttavan hänelle ongelmia. Vastaajat jotka kokivat huumeiden käytön aiheuttavan heille ongelmia (osin tai täysin samaa mieltä) olivat tyytymättömiä sekä henkiseen (ks. taulukko 5) että fyysiseen terveyteensä [ $\chi^2 = 22,248$ ,  $p = 0,000$ ]. Vastaajat, jotka kokivat alkoholin käytön aiheuttavan heille ongelmia, kokivat muita useammin masennusta. Aineistossa päihteiden käytöstä koetut ongelmat linkittyivät tiiviisti kokemuksiin heikosta terveydestä.

**TAULUKKO 5. Tyytyväisyys henkiseen terveyteen ja huumeiden käytöstä aiheutuneet ongelmat (% , N).**

		Tyytyväisyys henkiseen terveyteen		
		Ei tyytyväinen	Tyytyväinen	Yhteensä
Huumeiden käyttö aiheuttaa minulle ongelmia	Eri mieltä / ei mielihpidettä	35 % 62	65 % 117	100 % 179
	Samaa mieltä	57 % 186	43 % 143	100 % 329
	Yhteensä	49 % 248	51 % 260	100 % 508

Myös rikosoikeudellisilla sanktioilla oli yhteyttä henkiseen terveyteen ja masennukseen. Huumeiden käytöstä yhdyskuntapalveluun tai vankeuteen tuomitut olivat useammin masentuneita ja tyytymättömiä henkiseen terveyteensä kuin ryhmät, joilla ei ollut sanktioita tai olivat saaneet vain sakkoja. Vastaajista, joilla ei ollut sanktioita viimeiseltä kahdelta vuodelta, yli puolet (56 %) oli tyytyväisiä henkiseen terveyteensä (melko usein tai jatkuvasti), kun taas yhdyskuntapalvelua tai vankeutta saaneista vain kaksi viidestä (40 %) oli tyytyväisiä henkiseen terveyteensä. Tyytyväisyydessä fyysiseen terveyteen ei ollut havaittavissa vastaavia eroja.

## Elämään tyytyväisyys

### *Aiemmissa tutkimuksissa tehtyjä havaintoja*

Huumeiden käyttäjien elämänlaatuun ja hyvinvointiin keskittyvä tutkimus on yleistynyt ja kasvanut viimeisen 20 vuoden aikana. Suomessa tutkimus alkoi lisääntyä niin kutsutun toisen huumeaallon myötä 1990-luvun lopussa. Tähän asti suomalaiset huumeiden käyttäjien tutkimukset, jotka ovat joko keskittyneet tai sivunneet hyvinvointia ja elämänlaatua, ovat olleet pääasiassa laadullisia (ks. esim. Törmä & Huotari 2005; Malin ym. 2006; Väyrynen 2009; Perälä 2012; Salonen 2013; vrt. Tammi, Pitkänen & Perälä 2011). Kirjallisuuskartoituksen perusteella laadullista kansainvälistä tutkimusta huumeiden käyttäjien hyvinvoinnista on tehty mittavasti erityisesti Australiassa (esim. Dietze ym. 2010; Fischer, Conrad, Clavarino, Kemp & Najman 2013; Conroy, Kimber, Dolan & Day 2008). Tulokset näissä tutkimuksissa ovat olleet varsin johdonmukaisia: suonensisäisten huumeiden käyttäjien elämänlaatu on kaikkien hyvinvoinnin osa-alueiden osalta vertailuväestöä alhaisemmalla tasolla (Dietze ym. 2010, 2146; Fischer ym. 2013, 2119). Tulosta arvioitaessa on toki otettava huomioon, että tutkimus kohdentuu usein henkilöihin, jotka ovat esimerkiksi korvaushoidossa ja kokevat lähtökohtaisesti huumeidenkäyttönsä ongelmalliseksi. Suoraa vertailukelpoisuutta kansainvälisten tutkimusten ja oman aineistomme kanssa ei ole, sillä eri tutkimusten otantamenetelmät ovat hyvin moninaiset (ks. esim. De Maeyer, Vanderplasschen & Broekaert 2010).

Toinen asia on kuitenkin taustatekijöiden vaikutus hyvinvointivajeisiin. Jessica De Maeyerin, Wouter Vanderplasschenin ja Eric Broekaertin (2010, 365) tekemässä kirjallisuuskatsauksessa kartoitettiin opiaattiriippuvaisten huumeiden käyttäjien elämänlaatuun liittyviä tutkimuksia. He löysivät vuosilta 1993–2008 kaikkiaan 38 kriteerit täyttävää julkaistua tutkimusta. Kaikki kyseiset tutkimukset oli tehty käyttäen puhtaasti kvantitatiivisiä menetelmiä.

Kirjallisuusarviossa todettiin eri tutkimusten käyttäneen yhteensä viittätoista erilaista instrumenttia elämänlaadun mittaamiseen, ja tutkimukset olivat hyvin heterogeenisiä tutkimusjoukoiltaan ja elämänlaadun käsitteiden määrittelyiltään. Hieman alle puolet tutkimuksista oli pitkäaikaistutkimuksia, jotka pääasiassa seurasivat yksilöiden elämänlaadun kehittymistä heidän aloittaessaan ja jatkaessaan jonkin muotoisessa lääkekorvaushoidossa. Muissa tutkimuksissa vertailtiin vastaajajoukkoa yleiseen populaatioon tai eri hoitomuodoissa olevien vastaajaryhmien välillä. Yli puolessa kirjal-

lisuuskatsauksen sisältämistä tutkimuksista elämänlaatua käytettiin mittarina osoittamaan ja vertailemaan erilaisten korvaushoitomuotojen vaikutavuutta. Noin kolmasosassa tutkimuksista verrattiin opiaattiriippuvaisten käyttäjien elämänlaatua muihin populaatioihin kuten väestöön tai psykiatriin potilaisiin. Muutama tutkimus käsitteli korvaushoidon pitkäaikaisvaikutuksia elämänlaatuun, ja vain kolme tutkimusta käsitteli ensisijaisesti elämänlaadun välittäjinä toimivia muuttujia. Useimmat kirjallisuuskatsauksessa käsitellyt tutkimukset käyttivät elämänlaadun mittaamiseen yleisiä mittaristoja, kuten psykologista QOL-mittaristoa tai terveystieteisiin keskittynyttä SPF 36 -mittaristoa, vaikka ne eivät välttämättä ole tarpeeksi sensitiivisiä havaitsemaan eroja ja elämänlaadun muutosta erityisesti psykologisten tekijöiden osalta. Suonensisäisten huumeiden käyttäjien elämänlaatua mittaamaan on kehitetty oma spesifi mittaristonsa (IDUQOL), mutta mainitussa kirjallisuusarviossa ei käsitelty IDUQOL-mittaristoa käytäviä tutkimuksia, koska ne eivät olleet spesifisti opiaattien käyttäjiin rajattuja. (De Maeyer, Vanderplasschen & Broekaert 2010.)

Keskeisiä elämänlaatuun liittyviä välittäjiä (engl. *mediators*) ja ennustavia taustamuuttujia koskevat tulokset olivat kirjallisuusarvion mukaan ristiriitaisia eri tutkimusten välillä, ja useat tutkimukset eivät tarkastelleet taustamuuttujia osana analyysiä. Osassa tutkimuksissa esimerkiksi iän ja elämänlaadun välillä oli havaittavissa oleva yhteys: vanhempien opiaattien käyttäjien elämänlaatu oli yleisesti heikompaa kuin nuorempien käyttäjien. Toisaalta osassa tutkimuksista iän ja elämänlaadun välistä yhteyttä ei löydetty. Myös sukupuolen vaikutuksesta elämänlaatuun saatiin ristiriitaisia tuloksia. Joissakin tutkimuksissa havaittiin naisten elämänlaadun olevan heikompaa, mutta toisissa tutkimuksissa yhteyttä sukupuolen ja elämänlaadun välillä ei havaittu. Yhdessäkin monimuuttuja-analyysissä ei pystytty näyttämään toteen sukupuolen itsenäistä vaikutusta elämänlaatuun. Samaten koulutustason vaikutuksesta terveyteen liittyvään elämänlaatuun saatiin tutkimuksissa ristiriitaisia tuloksia. (De Maeyer, Vanderplasschen & Broekaert 2010, 375–376.)

Huumeiden käytön tiheydestä ja käytön määrän vaikutuksista saatiin myös ristiriitaisia tuloksia elämänlaatuun vaikuttavina tekijöinä, jopa niin, että huumeiden käytön merkittävyys elämänlaatuun vaikuttavana tekijänä kyseenalaistettiin. Runsaalla alkoholinkäytöllä taas todettiin olevan negatiivinen vaikutus etenkin terveyteen liittyvään elämänlaatuun. (De Maeyer, Vanderplasschen & Broekaert 2010, 376.)

Mielenterveyden ongelmat ja diagnosoidut persoonallisuushäiriöt olivat katsauksen mukaan tutkimuksissa merkittäviä elämänlaatuun vaikutta-



via tekijöitä. Kirjallisuusarvion perusteella osa tutkimuksista linkitti myös muita vaikuttavia tekijöitä elämänlaatuun. Mahdollisia vaikuttavia tekijöitä löytyi tutkimuksista useita. Näitä olivat esimerkiksi viimeaikainen terveyspalveluiden käyttö, sairaalaan joutuminen, krooniset sairaudet sekä henkisen ja seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi joutuminen. Lain kanssa kohdattujen ongelmien ja vankilatuomioiden oli havaittu alentavan etenkin henkisen ja fyysisen terveyden kokemusta. (De Maeyer, Vanderplaschen & Broekaert 2010, 376.)

Yhteenvetona De Maeyer ja hänen työryhmänsä (2010, 377) totesivat, että pelkästään terveyteen keskittyvä elämänlaadun mittaaminen tuottaa liian kapeaa kuvaa huumeiden käyttäjien elämänlaadusta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Tällöin käyttäjien subjektiiviset kokemukset elämänlaadusta jäävät vaille huomiota. Myös huumeiden käytön suora yhteys elämänlaatuun voidaan osittain kyseenalaistaa, jolloin tulisi kiinnittää yhä enemmän huomiota asiakkaiden omiin näkemyksiin siitä, mitkä ovat heidän elämäleen ja hyvinvoinnilleen merkityksellisiä tekijöitä.

Australialaisten huumeiden käyttäjien elämänlaatua kartoittaneessa tutkimuksessa (N=881) keskinäiset koetun elämään tyytyväisyyden erot liittyivät erityisesti työttömyyteen, viimeisen puolen vuoden sisällä koettuihin mielenterveysongelmiin sekä tiheään pistämiseen. Huumeiden sekakäytöllä ei ollut alentavaa vaikutusta hyvinvointiin tutkimuksessa. Kyselyn hetkellä hoidossa oleminen ei vaikuttanut positiivisesti hyvinvointiin, mihin saattoi olla osittaisena syynä hoidosta huolimatta jatkunut pistoskäyttö. (Dietze ym. 2010, 2146.) Toisaalta toisessa australialaistutkimuksessa (N=483) ei löydetty yhteyttä pistoskäyttäytymisen ja alhaisen elämänlaadun välillä. Myöskään eri sosiodemografisilla muuttujilla, huumehoidon tilalla tai hepatiitti C:n sairastamisella ei havaittu olevan merkittävää vaikutusta tutkittavien elämänlaatuun (Fischer ym. 2013, 2119).

Kolmannessa australialaisessa tutkimuksessa (N=260) pyydettiin käyttäjiä valitsemaan 17 elämänalueesta heille 5 tärkeintä. Tärkeimmiksi elämänalueiksi suonensisäisten huumeiden käyttäjät nostivat useimmin perheen, terveyden, rahan, asumisen ja kumppanuussuhteen. Perhe oli naisille useammin tärkeä ja ystävät miehille. Perhe, ystävät ja kumppanit olivat usein tuen ja hyväksynnän lähde ja ne liitettiin myös elämänalueeseen ”olla hyödyllinen” (being useful), joka liittyi vahvasti yhteyden ja yhteenkuulumisen tunteisiin. (Conroy ym. 2008, 613.)

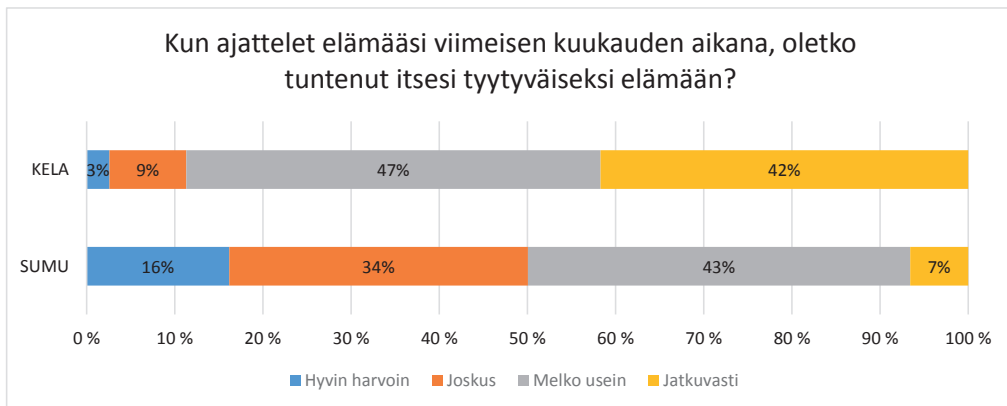
Edellä mainitut tulokset ovat pitkälti yhteneviä metadonihoidossa olevien belgialaisten opioidiriippuvaisten haastattelututkimuksen kanssa (N=25). Tutkimuksessa käyttäjät itse arvioivat, mitkä elämän osa-alueet

olivat heidän elämänlaatuunsa merkittäviä tekijöitä. Tärkeiksi elämänlaatuun vaikuttaviksi teemoiksi nimettiin sosiaaliset suhteet, psykologinen hyvinvointi, työpaikka tai harrastus, elämän mielekkyys sekä vapaus riippuvuudesta. Sosiaalisten suhteiden merkityksellä tarkoitettiin muilta saatavaa tukea, kuulumisen tunnetta yhteisöön, mutta myös omaa vastuuta ja huolenpitoa muista ihmisistä. Psykologinen hyvinvointi oli ennen kaikkea parantunutta omakuvaa ja itsetuntoa. Työpaikka tai harrastus liittyi uuden merkityksellisen tekemisen löytämiseen huumeiden käytön ja ”tylsistymisen” sijaan. (De Maeyer ym. 2011, 1252–1254.)

Merkityksellinen tekeminen oli myös yhteydessä parempaan psykologiseen hyvinvointiin ja tuotti tunteen ”yhteiskunnalle tuottavasta yksilöstä”, mikä taas vahvisti mielekkään elämän kokemusta. Elämän mielekkyys oli vastaajille pitkälti elämäntavan tasoittumista, turvallisuutta monella eri osa-alueella sekä tulevaisuuden odotuksia. Vapaus riippuvuudesta oli korvaushoidossa olevien huumeiden käyttäjien osalta tärkeitä elämänlaatuun vaikuttavia teemoja – vaikkakin korvaushoidon luonteen takia kaksijakoista. Myös muunlaiset itsenäisyyden kokemukset (taloudellinen itsenäisyys, parisuhteeseen liittyvä itsenäisyys) olivat keskeisiä hyvinvoinnille. (De Maeyer ym. 2011, 1251.)

### *Tyytyväisyys elämään*

Tutkimuksessamme vastaajien yleistä elämään tyytyväisyyttä tiedusteltiin kysymyksellä ”Kun ajattelet elämääsi viimeisen kuukauden aikana, oletko tuntenut itsesi tyytyväiseksi elämään?”. Vastausvaihtoehdot olivat jatkuvasti, melko usein, joskus ja hyvin harvoin. Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden elämään tyytyväisyys on selvästi alhaisemmalla tasolla kuin suomalaisilla työikäisillä keskimäärin (ks. kuvio 2). Vertailuväestöstä itsensä tyytyväiseksi elämäänsä tuntee lähes yhdeksän kymmenestä vastaajasta. Suomalaiset ovat siis yleisesti ottaen pääosin tyytyväisiä elämäänsä (Kelan kansalaiskysely 2013.) Suonensisäisistä huumeiden käyttäjistä vain noin puolet oli vähintään jossain määrin tyytyväisiä elämäänsä. Erityisesti jatkuvasti tyytyväiseksi itsensä tuntevien välillä ero on huomattava: terveysneuvontapisteiden asiakkaista vain alle joka kymmenes oli jatkuvasti tyytyväinen, kun vastaavasti väestöstä näin tuntee kaksi viidestä vastaajasta.



**KUVIO 2. Väestön (KELA) ja terveysneuvontapisteiden asiakkaiden (SUMU) tyytyväisyys elämään (%).**

Tyytyväisyydessä elämään ei ollut juurikaan havaittavissa eroja sukupuolen tai iän perusteella. Työtilanteiltaan merkittävästi tyytyväisimpiä (jatkovasti tai melko usein) olivat töissä pysyvästi käyvät (89 %) ja opiskelijat (74 %). Harvimmin tyytyväisiä olivat työttömät tai lomautetut (41 %). Asunnottomat olivat selkeästi tyytymättömämpiä omaan elämäänsä kuin muut. Asunnottomista vain kolmasosa (35 %) oli jatkovasti tai melko usein tyytyväinen elämäänsä. Kahden edellisen vuoden aikana saadut huumeisiin liittyvät rikosoikeudelliset sanktiot vaikuttivat negatiivisesti elämään tyytyväisyyteen; vakavia tuomioita saaneet olivat muita ryhmiä selkeästi tyytymättömämpiä elämäänsä. Tässä mielessä tulokset ovat yhteneväisiä aiemmin esiteltyjen tutkimusten kanssa: muun muassa työttömyys ja rikosoikeudelliset sanktiot heikentävät elämään tyytyväisyyttä.

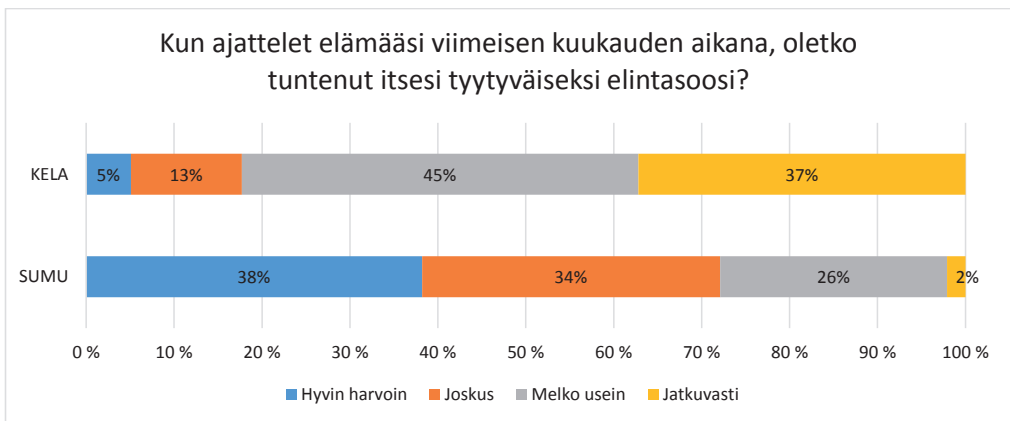
Tuloksemme elämään tyytyväisyydestä ovat pitkälti samansuuntaisia toimeentulotukiasiakkaiden hyvinvointia kartoittavan tutkimuksen kanssa (Hannikainen-Ingman ym. 2013, 101). Aineistossamme toimeentulotukea saaneet vastaajat olivat tyytymättömämpiä elämäänsä kuin toimeentulotuen saajat keskimäärin. Hannikainen-Ingmanin ja työryhmän (2013) tutkimuksessa toimeentulotuen saajista elämänlaatunsa hyväksi tai erittäin hyväksi koki lähes kaksi kolmasosaa vastaajista, kun toimeentulotukea saaneista terveysneuvontapisteiden asiakkaista vain puolet oli jatkovasti tai melko usein tyytyväisiä elämään.

Vaikka tyytyväisyyden mittareita kahdesta eri tutkimuksesta ei voida suoraan vertailla, voidaan todeta, että toimeentulotukiasiakkaiden elämään tyytyväisyys on matalampaa kuin väestöllä keskimäärin ja huumeita käyttävillä toimeentulotukiasiakkailta elämään tyytyväisyys on vielä alhaisemmal-

la tasolla. Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden elämään tyytymättömyys on siis todennäköisesti jossain määrin köyhyyteen liittyvä kysymys, mutta samalla huumeiden käyttäjien elämään tyytyväisyyteen vaikuttavat myös jotkin erityiset elämänlaatua heikentävät tekijät, jotka eivät kuitenkaan vaikuta toimeentulotuen asiakkaisiin yleisesti.

## Tyytyväisyys elintason

Kysymys yleisestä tyytyväisyydestä elintason edustaa pohjoismaisen hyvinvointitutkimuksen traditiota, jonka avulla voidaan selkeästi mitata henkilön taloudellista tilannetta ja sen tyydyttävyyttä. Käännettynä tyytymättömyys elintason tarkoittaa köyhyyden kokemusta (Kainulainen 2014b, 60). Tyytyväisyys omaan elintason oli lähes päinvastaista väestön ja terveysneuvontapisteiden asiakkaiden keskuudessa (ks. kuvio 3). Kelan kansaliskyselyn vastaajista valtaosa (82 %) tunsi tyytyväisyyttä elintasoonsa jatkuvasti tai melko usein. Terveysneuvontapisteiden asiakkaista tyytyväisyyttä vähintään melko usein tunsi vain alle joka kolmas (28 %).



**KUVIO 3. Väestön ja terveysneuvontapisteiden asiakkaiden tyytyväisyys elintason (%).**

Vaikka tyytyväisyys omaan taloudelliseen tilanteeseen oli jokaisella työttälännetaustalla alhaisempaa kuin väestössä yleensä, olivat töissä pysyvästi käyvät (50 %) ja opiskelijat (39 %) muita tyytyväisempiä taloudelliseen tilanteeseensa. Työttömyys ja köyhyys kulkevat käsi kädessä, eikä ole yllättävää, että työkokeiluissa olevat (24 %), kotona olevat (26 %) ja työttömät tai lomautetut (26 %) olivat muita ryhmiä harvemmin tyytyväisiä elintasoonsa.

Nuorimmat vastaajat (16–25-vuotiaat) olivat hieman muita useammin tyytyväisiä elintasoonsa. Naiset (24 %) olivat miehiä (31 %) harvemmin tyytyväisiä elintasoonsa. Koulutuksen osalta näytti siltä, että mitä korkeammin koulutettu vastaaja oli, sitä tyytymättömämpi hän oli elintasoonsa. Peruskoulunsa keskeyttäneistä suhteellisen tyytyväisiä elintasoonsa oli joka kolmas (32 %), kun taas opisto tai yliopisto koulutustaustaisista vain joka viides (21 %) oli jossain määrin tyytyväisiä. Tämä voi johtua elämänodotusten ja todellisuuden välisestä ristiriidasta. Korkea koulutus on hankittu ajatuksella, että tulevaisuudessa elintaso olisi korkeampi, mutta tämä tavoite on jäänyt toteutumatta. Asunnottomat (24 %) olivat jonkin verran harvemmin tyytyväisiä elintasoonsa kuin muut (29 %).

## Yksinäisyys

Aikaisemmissa huumeiden käyttäjien elämänlaatua koskevissa tutkimuksissa sosiaalisen tuen määrä on nostettu yhdeksi keskeisistä elämänlaatuun ja terveyteen vaikuttavaksi tekijäksi. Sosiaalisten tukiverkoston merkitys on suoraan hyvinvointia lisäävää, mutta ne kytkeytyvät myös puskuriomaisesti kimmoisuuteen eli resilienssiin: ihminen jolla on vahva tukiverkosto, kykenee sietämään stressiä ja selviämään elämän kolhuista, jolloin stressaavien elämäntapahtumien vaikutukset esimerkiksi terveydelle ovat vähemmän negatiivisia. Hyvien sosiaalisten suhteiden onkin todettu olevan yhteydessä parempaan fyysiseen ja henkiseen terveyteen. Ne myös voivat kompensoida taloudellisia vajeita: köyhä voi olla hyvinkin tyytyväinen elämänsä, mikäli hänen sosiaaliset suhteensa kannattelevat häntä. (De Maeyer ym. 2011, 1249; Young, Stubern, Ahern & Galea 2005, 385; Haukkala 2011, 151–153; Kainulainen 2014a.)

Sosiaalisen tuen puutetta kuvaava kysymys on tässä tutkimuksessa subjektiivinen kokemus yksinäisyydestä. Yksinäisyys ja sosiaalisen tukiverkoston laajuus eivät välttämättä kulje käsi kädessä. Yksinäisyyden tunteita voi kokea, vaikka ihmisellä olisi useita kiinteitä sosiaalisia suhteita (Haukkala 2011, 152). Toisaalta myös koetun yksinäisyyden on todettu indikoivan matalaksi koettua elämänlaatua (Vaarama ym. 2014, 30). Yksinäisyyden on todettu olevan yhteydessä matalaan terveyteen, heikompaan hyvinvointiin ja huono-osaisuuteen. Millainen mekanismi yksinäisyyden ja negatiivisten seurausten välillä vallitsee, on kuitenkin vielä jossain määrin avoin kysymys. (Ks. esim. Cacioppo & Patrick 2008, 99–108; Saari 2010, 45–48.)

Yksinäisyyden aiheuttamat psykologiset seuraukset voivat olla omiaan edistämään addiktion syntymistä tai vahvistumista. Sosiaalisen eristäytymi-

nen ravistelee ihmisen minuutta ja elämän merkityksellisyyden kokemusta perin pohjin, mikä osaltaan heikentää yksilön itsekontrollia ja saattaa johtaa impulsiivisiin ratkaisuihin. Passiivisuus, negatiivisuus ja masennus lisääntyvät sitä mukaa, mitä syvemmästä sosiaalisesta eristäytymisestä on kyse. (Cacioppo & Patrick 2008, 216.)

Huono-osaisin Suomi -tutkimussarjaan kuuluvassa asumispalveluyksikön asukkaita koskevassa tutkimuksessa havaittiin yksinäisyyden merkittävä yhteys masennukseen (Saari 2012, 43–44). Saaren mukaan mahdollinen tapa vähentää yksinäisyyttä on vaikuttaa masennukseen, tukea itsetuntoa ja vähentää turhautumista. Nämä kaikki ulottuvuudet taas liittyvät olemisen ja tekemisen mielekkyyteen. Samalla selvitettiin asukkaiden kokemuksia saamastaan sosiaalisen tuen määrästä. Tutkimuksessa havaittiin, että moni koki keskeiseksi kevyen tuen lähteeksi ystävät ja kaverit, mutta samojen ihmisten kykyyn tai haluun antaa vaativampaa tukea vastaajat eivät uskonet.

Sakari Karvonen ja Laura Kestilä (2015) nostivat omassa nuorten syrjäytymistä koskevassa tutkimuksessaan esiin yksinäisyyden kokemuksen. Yksinäisyys ei sinällään ole uusi ilmiö, mutta yksinäisyyden kokemusten korostuminen syrjäytymisvaarassa olevien nuorten keskuudessa on huomionarvoinen seikka. Tämän he sanovat viittaavan siihen, että yksinäisyyden voidaan tulkita olevan yksi huono-osaisuutta indikoivista heikoista signaaleista, mikä ansaitsee huomionsa syrjäytymisen ehkäisykeinoja pohdittaessa. (Karvonen & Kestilä 2015, 173–174.)

Tutkimuksessa kysyttiin ”Kun ajattelet elämääsi viimeisen kuukauden aikana, oletko tuntenut itsesi yksinäiseksi?”. Vastausvaihtoehdot olivat jatkuvasti, melko usein, joskus ja hyvin harvoin. Kyselytutkimukseen osallistujista yksinäisyyttä kokee jatkuvasti tai melko usein joka neljäs (26 %), mikä on selkeästi enemmän kuin koko väestön keskuudessa. Kelan kansalaiskyselyn (2013) mukaan työikäisistä suomalaisista yksinäisyyttä kokee jatkuvasti tai melko usein vain hyvin harva (4 %). Aineistossamme yksinäisyyden kokeminen on myös yleisempää kuin keskimäärin toimeentulotuen asiakkailta, joista yksinäisyyttä koki jatkuvasti tai melko usein joka seitsemäs (14 %) osallistuja (Hannikainen-Ingman ym. 2013, 103).

Tarkasteltaessa yksinäisyyden jakaantumista aineistossa korostuivat yksinäisyyttä kokevina ryhminä 16–25-vuotiaat (32 %), naiset (30 %), työkokeilussa olevat (43 %), vakavia rikosoikeudellisia sanktioita saaneet (34 %), leipäjonoissa säännöllisesti käyvät (36 %) sekä jossain määrin myös asunnottomat (32 %). Aineistossamme yksinäisyys on yhteydessä muihin koetun hyvinvoinnin osa-alueisiin. Tilastollisesti merkitsevin yhteys oli yksinäisyyden ja masennuksen välillä (ks. taulukko 6).

## Yhteenveto

Tutkimuslomakkeeseen valitut kaikki elämänlaadun eri ulottuvuudet korreloivat aineistossa keskenään tilastollisesti merkitsevästi (taulukko 6).

**TAULUKKO 6. Elämänlaadun eri ulottuvuuksien väliset korrelaatiot (Spearmanin järjestyskorrelaatiokerroin) \*\*-merkityt korrelaatiot merkitseviä tasolla 0,01, \*-merkityt korrelaatiot merkitseviä tasolla 0,05 (kaksisuuntainen testi).**

	1	2	3	4		6
1 tyytyväisyys elämään	1,000					
2 tyytyväisyys elintason	,458**	1,000				
3 tyytyväisyys fyysiseen terveyteen	,435**	,297**	1,000			
4 tyytyväisyys henkiseen terveyteen	,521**	,301**	,405**	1,000		
5 masennus	-,420**	-,210**	-,311**	-,469**	1,000	
6 yksinäisyys	-,281**	-,171**	-,230**	-,261**	,431**	1,000

- Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden elämänlaatu on kaikilla eri osa-alueilla huomattavasti alhaisempaa kuin väestössä keskimäärin.
- Tyytyväisyys kaikkiin terveyden osa-alueisiin oli alhaista; fyysisen terveyden osalta terveysneuvontapisteiden ensisijainen tehtävä näyttäisi olevan siis perusteltu, etenkin kun terveysongelmat linkittyivät tiiviisti huumeiden käytöstä koettuihin ongelmiin.
- Samalla kaivattaisiin kuitenkin erityishuomiota myös mielenterveyden ongelmiin ja masennukseen, joita esiintyy asiakkailla laajalti.
- Asiakkaiden tyytymättömyys elintason oli vallitsevaa. Työkokeilussa olevat, työttömät tai lomautetut ja kotona olevat olivat kaikista tyytymättömiä omaan elintasoonsa.
- Sukupuolten välillä ei juurikaan havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja, vaikka esimerkiksi kaikkien terveystarkastusten kohdalla naisten tyytyväisyys oli miehiä heikompaa.
- Kotona oleminen ja työttömyys korostuivat lähes kaikissa hyvinvointiin liittyvissä kysymyksissä tyytyväisyyttä alentavina taustatekijöinä.
- Asunnottomuus ja vakavat rikosoikeudelliset sanktiot olivat yhteydessä matalaan elämään tyytyväisyyteen. Vakavia rikosoikeudellisia sanktioita saaneet olivat lähes kaikissa hyvinvointiin liittyvissä kysymyksissä heikosti pärjäävä ryhmä.
- Yksinäisyyttä esiintyi eniten kaikista huono-osaisimpien ryhmissä eli asunnottomilla, leipäjonossa asioivilla ja vakavia rikosoikeudellisia sanktioita saaneilla.
-

## 6 HUONO-OSAISUUS

Huono-osaisuuden tutkimus on laaja-alainen kenttä, jossa erilaiset suuntaukset ja huono-osaisuuden määritelmät kilpailevat elintilasta. Huono-osaisuuden tutkimus on usein ollut köyhyyden ja siihen liittyvien ilmiöiden tutkimusta. (Ks. esim. Saari 2015, 35.)<sup>3</sup> Huono-osaisuuteen liittyy köyhyyden ja matalan työtason lisäksi myös heikko koulutustaso, heikko terveys ja pääsyvaikeudet terveydenhuoltoon, puutteet asumisessa sekä työmarkkinoilta syrjäytyminen (Nolan & Whelan 2010, 3017).

Huono-osaisuuden tutkimuksessa keskitytään erilaisiin resursseihin, joita tarvitaan riittävän elintason tai hyvinvoinnin takaamiseksi. Tämä oletus tarpeellisista resursseista sisältyi itsessään jo puutteenalaisuuden määritelmään. Tutkijat ovat pyrkineet jo kauan määrittelemään tarpeellisten resursien listoja ja mittareita, joilla voitaisiin arvioida, täyttyvätkö hyvän elämän kriteerit, ja uusia listoja tehdään jatkuvasti. Resurssit vaihtelevat mittarista ja määritelmästä riippuen käyttöhyödykkeistä aina osallisuuteen yhteiskunnassa. (Saari 2015, 35–42.) Vaikka listojen sisältämät ominaisuudet ovat usein osittain päällekkäisiä, on resurssien listaaminen Saaren (2011, 71) mukaan osoitus siitä, että tämän tyyppinen hyvinvointitutkimus koetaan tärkeäksi, ja päällekkäisyys kertoo laajapohjaisesta hyvinvoinnin ulottuvuuksia koskevasta yhteisymmärryksestä. Huono-osaisuuden ytimeksi voitaisiin määrittää siis erilaisten hyvinvointivajeiden (engl. *deficits*) tutkimus, eli erilaisten riittäväksi määriteltyjen hyvinvoinnin osa-alueiden poikkeavuudet, kuten matala tulotaso tai heikko toimintakyky.

---

<sup>3</sup> Englanninkielisessä tutkimuksessa on keskitytty usein puutteenalaisuuden (engl. *deprivation*) ja sosiaalisen syrjäytymisen (engl. *social exclusion*) tutkimukseen. Bellani ja D'Ambrosio (2011, 68) määrittelevät kahden edellisen eron näin: ”Puutteenalaisuus ja köyhyys ovat tiloja, jossa yksilö ei kykene saavuttamaan hyvinvoinnin minimitasoa puuttuvien resurssien takia. Sosiaalisesti syrjäytynyt henkilö taas ei kykene osallistumaan yhteiskunnan tavalliseen poliittiseen, taloudelliseen ja sosiaaliseen toimintaan hänen kärsimänsä pitkään jatkuneen puutteenalaisuutensa vuoksi.”



Tärkeä tutkimuskohde on myös hyvinvointivajeiden kasautuvuus, eli kytkeytyvätkö eri vajeet toisiinsa, sekä liittyykö vajeisiin kynnystasoja. Kynnystasot voivat olla joko absoluuttisia tai suhteellisia tasoja, jotka ovat välttämättömiä riittävän normaaliksi määritellyn hyvinvoinnin tason saavuttamiseksi. Kynnystasojen ongelmana on niiden vaihtelevuus eri elämäntilanteiden myötä. Myös kysymys siitä, mitkä hyvinvoinnin osatekijät ovat itsearvoisen tärkeitä yksilön hyvinvoinnille ja mitkä ovat korvattavissa jollain toisella osa-alueella, on tärkeä osa hyvinvoinnin ytimen selvittämistä. Hyvinvointitutkijoiden huomio on suurelta osin keskittynyt erilaisista hyvinvointivajeista kärsivien ryhmiin. Kasautunutta huono-osaisuutta pidetään usein todellisena huono-osaisuutena. (Ks. esim. Kauppinen, Saikku & Kokko 2010, 236–237.)

”Objektiivisesti” mitatut resurssit ja koettu elämänlaatu eivät välttämättä kohtaa. Silloin kun matala elintaso ja korkea elämänlaatu kohtaavat, puhutaan yleisesti sopeutumisesta. Sopeutuminen voi olla positiivinen asia esimerkiksi henkisen hyvinvoinnin kannalta, mutta se myös kaventaa yksilön käsitystä omista mahdollisuuksista parantaa tilannetta esimerkiksi hakemalla hänelle tarkoitettuja palveluita. Viimeisen vuosikymmenen aikana myös huono-osaisuuden tutkimuksessa on alettu kiinnostua yksilöiden omista kokemuksista, esimerkiksi koetusta elämänlaadusta, onnellisuudesta ja koetusta elintasosta. Koettua huono-osaisuutta voidaan mitata esimerkiksi vertaamalla objektiivisilla mittareilla kaikkein huono-osaisimpien elämään tyytyväisyyttä muun väestön elämään tyytyväisyyteen. (Saari 2015, 162–163.)

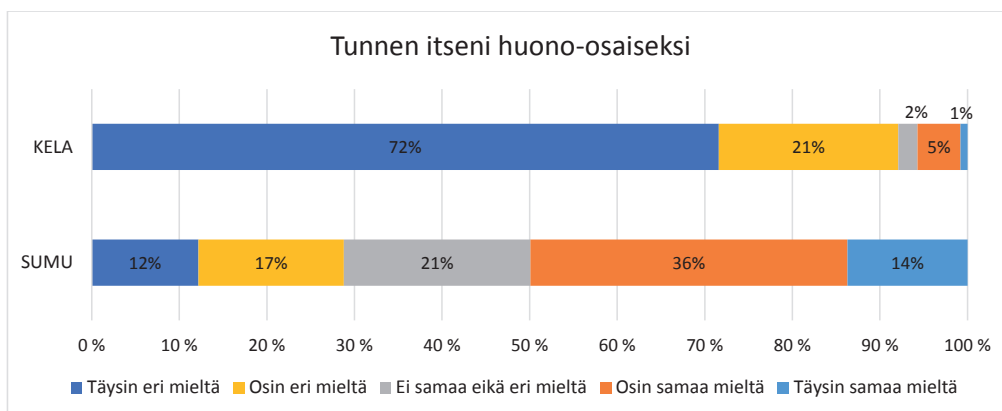
Huono-osaisuuden yhteiskunnallinen tutkimus ei perinteisesti ole ottanut huomioon yksilön omaa kokemusta asemastaan. Syynä on ollut yksilöllisen kokemuksen luotettavuus sosiaalipolitiikkaa muodostettaessa. Ihmisillä on myös yleensä tapana ajatella oma tilanteensa positiivisempana kuin se objektiivisilla mittareilla mitattuna välttämättä olisi. (Kainulainen & Saari 2013, 24; Halleröd 2006, 387–388.) Tämän adaptaation takia kulutustutkimus, jolla pyritään löytämään huono-osaisuuden raja-arvoja, on jossain määrin subjektiivisten mieltymysten värittämää. Taloudelliset realiteetit vaikuttavat siis yksilön mieltymyksiin. Toisaalta voidaan ajatella elämäntilanteiden tuottavan identiteettiä eli minuuttia. Siten pitkäaikainen elämä köyhyydessä ja puutteessa voi vähitellen muuttua minuutta määrittäväksi tekijäksi, ja ihminen alkaa määritellä itsensä tuon elämäntilanteen kautta. Samalla tavalla kuin eläke tuottaa ”eläkeläisen” minuuden, myös pitkäaikainen huono-osaisuus tuottaa ”huono-osaisen” minuutta. Edellinen näistä kahdesta minuudesta on vahvempi, koska se kytkeytyy yksioi-

koisesti sosiaaliturvajärjestelmän institutionaaliseen rakenteeseen, mikä yhteys jälkimmäisestä käsitteellistämisestä puuttuu.

## **Huono-osaisuuden kokemus**

Tutkimuksessamme huono-osaisuuden kokemusta selvitettiin väitteellä ”Tunnen itseni huono-osaiseksi”. Vastausvaihtoehdot olivat täysin eri mieltä, osin eri mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, osin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä. Huono-osaisuuteen samaistuminen ei ole yksiselitteistä suonensisäisten huumeiden käyttäjien keskuudessa, mutta se on silti voimakkaampaa kuin suomalaisessa työikäisessä väestössä keskimäärin (ks. kuvio 4). Suomalaisista yli yhdeksän kymmenestä (93 %) vastaajasta oli vähintään jossain määrin eri mieltä väitteen ”Tunnen itseni huono-osaiseksi” kanssa (Kelan kansalaiskysely 2013). Huono-osaisuuteen identifioituminen on siis yleisesti hyvin marginaalinen ilmiö. Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden huono-osaisuuden kokemus ei ole enää marginaalista: vastaajista puolet (50 %) toteaa ainakin osittain tuntevensa itsensä huono-osaiseksi. Ei samaa eikä eri mieltä oli joka viides (21 %). Kielteisesti huono-osaisen määritelmään suhtautui hieman useampi kuin joka neljäs (29 %). Puolet vastaajista koki itsensä huono-osaiseksi, mutta vastaajien joukossa oli myös huomattavan suuri määrä huono-osaisen identiteetin torjuvia.

Huono-osaisuuden kokemus on huomattavasti yleisempää leipäjonoissa ja asumispalveluyksiköissä kuin väestössä yleensä: noin kymmenesosa väestöstä, puolet ruokajonojen asiakkaista ja kolmannes asumispalveluyksikön asukkaista koki olevansa huono-osaisia (osin tai täysin samaa mieltä). Terveysneuvontapisteiden asiakkaat kokivat huono-osaisuutta yhtä vahvasti kuin leipäjonoissa: puolet terveysneuvontapisteiden asiakkaista koki olevansa huono-osaisia (osin tai täysin samaa mieltä). Toisaalta erityisryhmiin valikoituu ihmisiä, jotka väestöaineistossakin ovat huono-osaisia. Tällöin valikoivuus nostaa koettua huono-osaisuuden tasoa näissä ryhmissä. Esimerkiksi asumispalveluyksikön asukkaissa on erityisen paljon ihmisiä, jotka väestötasollakin arvioivat itsensä huono-osaisiksi: nuoria, miehiä ja heikosti kouluttautuneita. (Kainulainen & Saari 2013, 39.) Samat luonnehdinnat pätevät myös terveysneuvontapisteiden asiakaskuntaan.



**KUVIO 4. Väestön (KELA) ja terveysneuvontapisteiden asiakkaiden (SUMU) huono-osaisuuden kokeminen (%).**

Huono-osaisuuden kokemuksessa ei ollut suuria eroja sukupuolen tai ikäryhmien välillä. Asunnottomat tunsivat itsensä jonkin verran useammin huono-osaisemmiksi kuin muut ryhmät. Työtilanteiltaan itsensä selkeimmin huono-osaisiksi kokivat työkokeilussa olevat (56 %), työttömät tai lomautetut (54 %) ja kotona olevat (51 %). Huono-osaisuuden määritelmän vahvimmin torjuivat töissä pysyvästi käyvät, joista lähes kaksi kolmasosaa (61 %) oli osin tai täysin eri mieltä huono-osaisuudestaan.

## Hyvinvointivajeiden kasautuminen

Huono-osaisuuden kasautumista kuvaaviksi tekijöiksi on valittu aineistosta teoriaan pohjaavat yksilön hyvinvointiin keskeisesti vaikuttavia resursseja. Analyttisen selkeyden vuoksi ne on järjestetty uudelleen kaksiluokkaiseksi muuttujiksi. Tämän jälkeen on tarkasteltu, kasautuvatko nämä vajeet terveysneuvontapisteiden asiakkaiden keskuudessa. Vajeiden kasautumista on tarkasteltu yhdessä huono-osaisuuden kokemuksen kanssa selvittääkseni, pitääkö määritelmä huono-osaisuudesta vajeiden kasautumisena paikansa myös tässä aineistossa.

Vajeita ilmaiseviksi muuttujiksi on valittu työttömyys (kategoriat kotona, työtön tai lomautettu, työkokeilussa), tulojen riittämättömyys menoihin, asunnottomuus, heikoksi koettu fyysinen terveys, heikoksi koettu henkinen terveys, institutionaalisen tuen puute (ei saa kaupungilta riittävästi tukea), yksinäisyys sekä huumeiden käytöstä koetut ongelmat.

Terveysneuvontapisteiden asiakkailla on havaittavissa erittäin voimakasta vajeiden kasautumista. Sitä, missä kohdin vajeiden voidaan alkaa sanoa kasautuvan, on kuitenkin vaikea määrittää. Esimerkiksi Sakari Karvonen ja Laura Kestilä (2014, 170) ovat omassa nuorten hyvinvointivajeiden päällekkäisyyttä käsittelevässä analyysissään päätyneet määrittämään jo kolmen tai useamman vajeen päällekkäisyyden huono-osaisuuden kasautumiseksi, kun kokonaisuudessaan tutkittuja vajeita oli yhteensä kahdeksan. Karvosen ja Kestilän tutkimuksessa neljäsosalle heikosti koulutetuista nuorista latautui enemmän kuin kaksi hyvinvointivajetta. Omassa tutkimuksessamme kolmesta tai useammasta vajeesta kärsi lähes neljä viidesosaa terveysneuvontapisteiden asiakkaista (ks. taulukko 7).

**TAULUKKO 7. Vastaajien hyvinvointivajeiden kasautuminen (N, %).**

	Ei vajeita	1 vaje	2 vajetta	3 vajetta	4 vajetta	5 vajetta	6 vajetta	7 vajetta	8 vajetta	Yht
N	12	44	51	98	102	93	64	35	9	508
%	2	9	10	19	20	18	12	7	2	100

Toisaalta vasta merkittävä vajeiden kasautuminen tuotti vallitsevaa huono-osaisuuden kokemusta (ks. taulukko 8). Samalla toisaalta myös niiden vastaajien keskuudessa, jotka eivät merkittävästi kärsineet hyvinvointivajeista, suhteellinen huono-osaisuuden kokemus oli silti merkittävämpää kuin väestössä keskimäärin. Yksinkertaisen ristiintaulukoinnin perusteella vajeiden kasautumisessa ei ollut havaittavissa merkittäviä eroja sukupuolen, iän, koulutuksen tai kotitaloudessa asuvien aikuisten määrän välillä.

## **Hyvinvointivajeiden kasautumisen yhteys huono-osaisuuden kokemukseen**

Selvittääkseni hyvinvointivajeiden kasautumisen ja huono-osaisuuden välistä suhdetta, tutkin, kuinka paljon vajeiden kasautuminen tuottaa huono-osaisuuden kokemusta vastaajien keskuudessa.

Taulukossa 8 on vertailtu hyvinvointivajeiden kasautumisen ja huono-osaisuuden kokemuksen välistä yhteyttä. Yksinkertaisen ristiintaulukointianalyysin perusteella aineisto tukee ajatusta huono-osaisuudesta hyvinvointivajeiden kasautumisena. Vajeiden kasautuminen oli yleistä terveysneuvontapisteiden asiakkaiden keskuudessa, ja mitä kasautuneempia eri vajeet olivat, sitä todennäköisemmin henkilö koki itsensä huono-

osaiseksi. Vajeiden kasautumisen ja huono-osaisuuden kokemuksen välillä vallitsee tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys [ $\chi^2 = 57,360$ ,  $p = 0,000$ ]. Huomattavaa kuitenkin on, että vajeiden kasautuminen alkaa tuottaa valitseevasti huono-osaisuuden kokemusta vasta yli neljän hyvinvointivajeen kasautuessa, kun aiemmissa tutkimuksissa kasautuvan huono-osaisuuden aiheuttajaksi on usein riittänyt kolme eri ominaisuutta (vrt. Karvonen & Kestilä 2014; Ohisalo, Laihiala & Saari 2015b).

**TAULUKKO 8. Huono-osaisuuden kokemus ja hyvinvointivajeiden kasautuminen aineistossa (% , N).**

		Tunnen itseni huono-osaiseksi		
		eri mieltä/ei samaa eikä eri mieltä	samaa mieltä	Yhteensä
0–1 vajetta	N	43	11	54
	%	80%	20%	100%
2–3 vajetta	N	90	57	147
	%	61%	39%	100%
4 vajetta	N	53	47	100
	%	53%	47%	100%
5–6 vajetta	N	54	103	157
	%	34%	66%	100%
7–8 vajetta	N	9	35	44
	%	20%	80%	100%
Yhteensä	N	249	253	502
	%	50%	50%	100%

### Huono-osaisuuden kokemukseen vaikuttavat hyvinvointivajeet

Viimeisenä analysoin logistisen regression avulla, mitkä vajeet ovat merkittävimpiä huono-osaisuuden kokemuksen tuottamisessa. Logistisessa regressioanalyysissä ennustetaan selittävän muuttujan todennäköisyyttä (riskiä) kuulua tiettyyn selitettävän muuttujan luokkaan. Tätä todennäköisyyttä kuvaavat ristituloosuhteet (*odds ratio*), joiden arvoja karkeasti määriteltynä verrataan referenssiryhmän arvoon yksi [(1)ref]. Arvot yli yhden kuvaavat positiivista yhteyttä ja arvot alle yhden negatiivista yhteyttä, kun riskien suuruutta verrataan referenssiryhmään. Nagelkerken pseudo  $R^2$  määrittää mallin selitystasetta eli sitä, kuinka paljon mitattavan ominaisuuden

vaihtelusta malli selittää. Selitysteeseen sinänsä tulee kuitenkin suhtautua varauksella. (Nummenmaa 2009, 332–340; Metsämuuronen 2006, 713.)

Taulukossa 9 esitellään ensimmäisessä sarakkeessa selittävän muuttujan vetosuhte (*Odds Ratio*) ja sen tilastollinen merkitsevyys, kun malliin on lisätty vain kyseessä oleva muuttuja. Eli tarkastellaan selittävän muuttujan suoraa vaikutusta tarkasteltavana olevaan ilmiöön. Seuraavassa sarakkeessa esitellään muuttujan vetosuhte mallissa, jossa kaikki muut valitut selittävät muuttujat on vakioitu. Seuraavissa sarakkeissa esitellään muuttujan tilastollinen merkitsevyys sekä sen luottamusväli vakioidussa mallissa. 95 %:n luottamusväli kertoo, mille arvovälille 95 % havainnoista sijoittuu. (Metsämuuronen 2006, 450; Nummenmaa 2009, 332–333.)

Yhden selittäjän mallissa kaikki koetut vajeet nostivat vastaajan riskiä kokea huono-osaisuutta. Osa vajeista nosti riskiä huomattavasti; esimerkiksi heikko toimeentulo ja huono henkinen terveys lähes kolminkertaistivat riskin kokea huono-osaisuutta. Toisaalta yllättäen asunnottomuus ei itsenäisesti vaikuttanut nostavan huono-osaisuuden kokemuksen riskiä tilastollisesti merkittävästi, vaikka asunnottomien riski kokea huono-osaisuutta oli jonkin verran suurempi kuin muiden. (taulukko 9).

#### TAULUKKO 9. Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden huono-osaisuuden kokemusta selittävät hyvinvointivajeet. Logistinen regressioanalyysi.

Tilastollinen merkitsevyys merkitty tähdillä seuraavasti: \*\*\* =  $p < 0,001$  \*\* =  $p < 0,01$  \* =  $p < 0,05$

	Vetosuhteet yhden selittäjän mallissa	Vetosuhteet vakioidussa mallissa	p	95 % luottamusväli
Kotona/työtön/ lomautettu/ työkokeilija	1,491*	1,152	0,51	0,756–1,755
Heikko toimeentulo	2,977***	2,269	,000***	1,447–3,557
Asunnoton	1,364	1,229	0,426	0,740–2,041
Heikko fyysinen terveys	2,104***	1,375	0,12	0,921–2,052
Heikko henkinen terveys	2,915***	2,000	,001***	1,328–3,013
Heikko institutionaalinen tuki	1,915***	1,321	0,161	0,895–1,950
Yksinäisyys	2,708***	1,873	0,006**	1,197–2,930
Huumeiden ongelmakäyttö	1,621**	1,102	0,642	0,731–1,661
Nagelkerken pseudo R <sup>2</sup>		.181		

Kaikki selittävät muuttajat huomioivassa mallissa kaikkien selittävien muuttujien voimakkuus heikkeni ja huono-osaisuuden kokemukseen tilastollisesti merkittäviä tekijöitä olivat enää heikoksi koettu toimeentulo, heikoksi koettu henkinen terveys sekä yksinäisyys. Edellä mainitut kolme vajeeta noin kaksinkertaistivat riskin huono-osaisuuden kokemukselle. Muut vajeet lisäsivät jonkin verran riskiä kokea huono-osaisuutta mutta eivät tilastollisesti merkitsevällä tasolla.

Esimerkiksi työvoiman ulkopuolisuus ei näytä terveysneuvontapisteiden asiakkaiden parissa olevan ensisijainen tekijä huono-osaisuuden kokemuksen tuottamisessa – toisin kuin väestötasolla yleisesti, missä työttömyydellä näyttäisi olevan merkittävä vaikutus huono-osaisuuteen liittyvien kokemuksen tuottamisessa (ks. esim. Martikainen & Mäki 2011). Toisaalta huono-osaiseksi identifioitumisen puuttuminen ei tarkoita, etteikö työttömyys lisäisi huono-osaisuuden riskiä huomattavasti. Huono-osaisuuden kokemuksen mekanismi kuitenkin ilmeisesti nousee muista tekijöistä. Myös yhteiskunnalta saatu riittämätön tuen määrä, huono fyysinen terveys sekä omasta huumeiden käytöstä aiheutuvat ongelmat olivat yksinään analysoituina tilastollisesti merkitseviä riskin nostajia, jotka kuitenkin vaimenivat muut tekijät vakioitaessa. Huono-osaisuuden kokemuksen synty on monisyinen mekanismi, johon useat tekijät näyttävät vaikuttavan välillisesti.

Mallin selitysastetta (Nagelkerken pseudo  $R^2 = 0,1810$ ) voidaan pitää yksilötasolla operoivassa yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa suhteellisen hyvänä selitysasteena. Mallia voidaan toki kritisoida siitä, että se jättää suu- relta osalta selittämättä huono-osaisuuden kokemukseen vaikuttavia tekijöitä. Toisaalta SPSS:n suorittama analyysi muuttujien muodostaman mallin tilastollisesta merkitsevyydestä (Omnibus Tests of Model Coefficients,  $p = 0,000$ ) antaa vahvistusta mallin toimivuudelle ja mallin arvot luokit- tuvat suhteellisen hyvin oikeisiin kategorioihin (Hosmerin ja Lemeshowin test  $\chi^2 = 3,690$ ,  $p=0,884$ ). Malli kykeni ennustamaan 67 % oikein molem- piin ryhmiin kuuluvista. Malli löytää tehokkaasti joitakin, mutta ei lähes- kään kaikkia, huono-osaisuuden kokemukseen vaikuttavia merkittäviä hy- vinvointivajeita. (Metsämuuronen 2006, 720–721.)

Analyyysin perusteella huono-osaisuuden kokemukseen liittyivät vahvim- min heikoksi koettu elintaso, heikoksi koettu henkinen terveys sekä yksi- näisyys. Huono-osaisuuden kokemukseen näyttäisivät siis liittyvän erityi- sesti taloudellinen pärjääminen, mutta myös mielenterveyteen ja sosiaaliin suhteisiin liittyvät kysymykset. Kaikki nämä aspektit ovat mielekkäitä, kun ajatellaan huono-osaisuuden olemusta sosiaalisen vertailun tuloksena. Yk- sinkertaisimmillaan huono-osaisuuden vähentäminen saattaa siis olla talo-

udellisen toimeentulon turvaamista. Samalla kuitenkin mielenterveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin tulisikin kiinnittää entistä enemmän huomiota pohdittaessa ratkaisuja syrjäytyneisyyden ja eriarvoisuuden vähentämiseen.

## **Yhteenveto**

- Terveysneuvontapisteiden asiakkaat kokivat itsensä huono-osaisiksi moninkertaisesti useammin kuin väestössä keskimäärin koetaan. Puolet terveysneuvontapisteiden asiakkaista koki itsensä vähintään osittain huono-osaiseksi, kun taas väestössä huono-osaisuuden kokeminen on suhteellisen marginaalinen ilmiö.
- Terveysneuvontapisteiden asiakkaille kasautui merkittävästi erilaisia hyvinvointivajeita. Lähes neljälle viidestä vastaajasta kasautui vähintään kolme erilaista vajetta.
- Vajeiden kasautuminen oli suorassa yhteydessä subjektiivisen huono-osaisuuden kokemuksen kasvuun. Toisaalta vasta viiden tai useamman vajeen kasautuessa enemmistö alkoi kokea itsensä huono-osaiseksi.
- Hyvinvointivajeista merkittävämmiin huono-osaisuuden kokemukseen vaikuttivat heikon toimeentulon kokeminen, heikko henkinen terveys sekä yksinäisyys. Yllättäen nämä taustatekijät eivät nousseet merkittäviksi muuttekijät vakioineessa mallissa, vaikka työvoiman ulkopuolella olevat ja asunnottomat kokivat itsensä jonkin verran useammin huono-osaisiksi.
- Huono-osaisuus on pitkälti sosiaalinen ilmiö, jota myös merkittäviksi nousevat vajeet indikoivat. Alhainen toimeentulo, mielenterveyden ongelmat ja yksinäisyys ovat kaikki yhteiskunnallisesta ja sosiaalisesta toiminnasta eristäviä tekijöitä. Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden hyvinvoinnin edellytyksiä pohdittaessa myös näihin tekijöihin on syytä kiinnittää erityistä huomiota.





## 7 TALOUDELLINEN TOIMEENTULO JA TULONSIIRTOJEN KÄYTTÖ

Toimeentulo ja elintaso linkittyvät monella tasolla hyvinvointiin. Heikko toimeentulo ja viimesijaisen turvan asiakkuus on usein yhdistetty heikkoon yleiseen hyvinvointiin, ja ne ennustavat matalampaa terveyttä. Siksi onkin tärkeää selvittää, millaisessa taloudellisessa todellisuudessa terveysneuvontapisteiden asiakkaat elävät ja miten he kokevat oman toimeentulonsa. Tulonsiirtoja kysymällä on kartoitettu terveysneuvontapisteiden asiakkaiden paikkaa yhteiskunnan tulonsiirtojärjestelmässä. Tällä pyritään osittain vastaamaan siihen kysymykseen, ovatko terveysneuvontapisteiden asiakkaat palveluiden piirissä vai niiden ulkopuolella.

### **Huumeiden käyttäjien taloudelliseen tilanteeseen vaikuttavat tekijät**

Suomalaisessa tutkimuksessa on kartoitettu suonensisäisten huumeiden käyttäjien taloudellista tilannetta ja toimeentuloa. Tuukka Tammi, Tuula Pitkänen ja Jussi Perälä (2011, 47) haastattelivat Helsingin seudun terveysneuvontapisteiden asiakkaita heidän toimeentulon lähteistään. Pääosa vastanneista ilmoitti pääasialliseksi toimeentulon lähteekseen sosiaaliturvan ja noin joka kuudes päätoimeentulokseen huumekaupan tai muun laittoman toiminnan. Alle kymmenesosan päätoimeentulo oli palkkatyö.

Suurin osa arvioi oman taloudellisen tilanteensa erittäin heikoksi. Koska suuri osa aineistomme vastaajista on toimeentulotuen asiakkaita, on aiheellista tarkastella myös sitä, miten hyvinvointi ja elintaso jakautuvat yleisesti toimeentulotukiasiakkaiden keskuudessa. Toimeentulotuen asiakkaiden hyvinvointia ja toimeentuloa kartoittaneessa tutkimuksessa todettiin kolmasosasta puoleen toimeentulotuen asiakkaista kertoneen toimeentulonsa olevan hankalaa tai erittäin hankalaa, ja he joutuvat tinkimään huomatta-

vasti useammin kulutuksestaan kuin muu väestö. Taloudellisiin ongelmiin vaikuttavat myös heikosta terveydestä johtuvat korkeammat terveydenhoitomenot muuhun väestöön verrattuna. (Hannikainen-Ingman ym. 2013, 87.) Toimeentulotuen saajien, etenkin alle 25-vuotiaiden yksinasuvien, köyhyyden on todettu lisääntyneen (Kuivalainen & Sallila 2013, 67). Köyhyys on merkittävä riski myös meidän aineistossamme, jossa vastaajista moni on toimeentulotukea saava, yksinasuva nuori.

Huumeiden käyttäjien taloudellista toimeentuloa pohdittaessa on otettava huomioon huumeet suurena taloudellisena menoeränä sekä oheisrikollisuus huumeiden käytön rahoittamisessa. Esimerkiksi Malin ja hänen työryhmänsä (2006, 300) mainitsivat tutkimuksessaan buprenorfiinin käyttäjät itse käyttönsä oheishaittoina taloudelliset ongelmat sekä rikokset. Huumausaineiden ja omaisuusrikosten välisestä yhteydestä on löytynyt jonkin verran viitteitä tutkittaessa huumausainerikoksista epäiltyjen henkilöiden muita rikoksia (ks. esim. Kekki 2005, 669-670). Näiden tekijöiden vaikutusta vastaajien toimeentuloon ei kuitenkaan lähdetty selvittämään tässä tutkimuksessa.

Tuula Kekki (2005, 673) erottelee omasta aineistostaan omaisuusrikosten motiiveiksi oman hyödyn ja rahan ansainnan. Omaa hyötyä tavoitteleviksi rikoksiksi on määritelty rahalliselta arvoltaan vähäiset ja jälleenmyyntiarvoltaan mitättömät rikokset, joita toteuttamalla on pyritty jonkinlaiseen elintason kompensoimiseen hyödyntämällä varastetun tavaran käyttöarvoa. Omaa hyötyä tavoitteleviksi rikoksiksi Kekki on määritellyt muun muassa elintarvike-, vaate- ja pienet lääkevarkaudet sekä auton käyttövarkaudet. Rahallista hyötyä tavoittelevissa rikoksissa jälleenmyyntiarvo oli suuri tai epäilty oli itse ilmoittanut tavaran vaihtamisen rahaan olleen motiivina. Kekin mukaan humerikollisten omaan aineelliseen selviytymiseen liittyvät rikokset olivat yleisempiä kuin rahan ansaitsemiseen tähtäävät rikokset.

Huumeiden käyttöön kuluva rahamäärä ei ole juuri Suomessa selvitetty. Tammen ym. (2011, 51) tutkimuksessa helsinkiläisiltä suomenalaisesti huumeita käyttäviltä kysyttiin heidän laittomiin päihteisiin kuluttamastaan rahamäärästä viimeisen kuukauden aikana. Vaihteluväli oli nolasta 2400 euroon, ja keskiarvollisesti rahaa huumeisiin kului 511 euroa kuukauden aikana. Vaikka tulos ei ole suoraan yleistettävissä, se antaa viitteitä huumeiden käytön kalleudesta, joka merkittävästi heikentää tulonsiirroilla elävien käyttäjien taloudellista tilannetta.

Tutkimuksessa ei myöskään selvitetty, kuinka syvälle meneviä vastaajien taloudelliset ongelmat ovat kysymällä esimerkiksi maksuhäiriömerkinnöistä. Toimeentulotuen asiakkaita kartoittavassa tutkimuksessa (Hannikainen-Ingman ym. 2013, 90) havaittiin ylivelkaantumiseen ja laskujen mak-

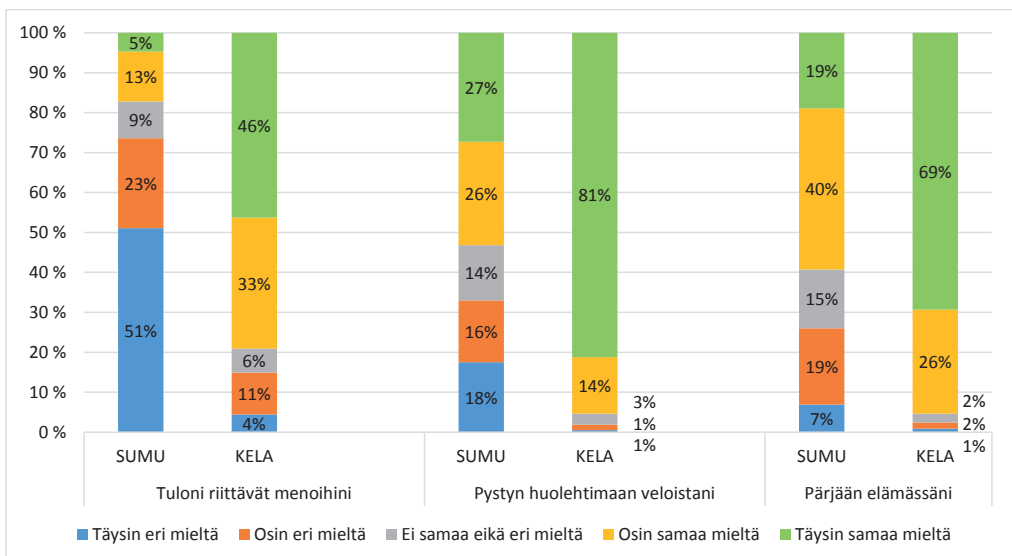
samiseen liittyvien vaikeuksien olevan moninkertaisia verrattuna muuhun väestöön. Suuri osa SUMU:n väestä on toimeentulotuen asiakkaita, jolloin on todennäköistä, että myös heillä ilmenee usein maksuvaikeuksia.

## Subjektiiiset näkemykset omasta toimeentulosta

Tutkimuksessa selvitettiin terveysneuvontapisteiden kävijöiden käsityksiä omasta taloudellisesta tilanteestaan useilla kysymyksillä. Kysymykset olivat ”Tuloni riittävät menoihini”, ”Pystyn huolehtimaan veloistani”, ”Pärjään elämässäni” sekä ”Saan ystäviltäni ja sukulaisiltani taloudellista tukea tarvittaessa”. Vastausvaihtoehdot kysymyksiin olivat ”täysin samaa mieltä”, ”osin samaa mieltä”, ”ei samaa eikä eri mieltä”, ”osin eri mieltä” sekä ”täysin eri mieltä”.

### *Toimeentulon riittävyys ja veloista huolehtiminen*

Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden arviot omien tulojensa riittävydestä suhteessa heidän menoihinsa ovat lähes täysin vastakkaisia kuin muulla väestöllä (ks. kuvio 5). Kelan kansalaiskyselyn vastaajista neljä viidestä oli joko täysin tai osin samaa mieltä siitä, että heidän tulojensa riittävät kattamaan heidän menonsa. Terveysneuvonnan asiakkaista vain alle joka viides arvioi oman tilanteensa yhtä positiivisesti. Terveysneuvontapisteiden asiakkaista jopa kolme neljästä oli eri mieltä tulojensa riittävydestä.



**KUVIO 5. Väestön ja terveysneuvontapisteiden asiakkaiden kokemukset tulojen riittävydestä, kyvystä huolehtia veloista ja elämässä pärjäämisestä (%).**

Vaikka nuoremmat ikäryhmät olivat tyytyväisempiä elintasoonsa (ks. kappale 5), heidän oli vaikeampaa saada tulonsa riittämään menoihinsa. Alle 36-vuotiaista vain hieman yli kymmenesosan (13 %) mielestä heidän tulonsa riittivät menoihin. Yli 36-vuotiaista joka neljäs (24 %) oli samaa mieltä tulojensa riittävydestä. Vanhemmat ikäryhmät kykenivät siis jossain määrin paremmin hallitsemaan rahankäyttöään tyytymättömyydestään huolimatta.

Työtilanteiden osalta töissä pysyvästi käyvät (39 %) ja eläkeläiset (30 %) kokivat useimmin tulonsa riittävän menoihinsa. Työtilanteiden ja menojen kattamiskyvyn välinen suhde viittaa vahvasti tasaisten tulojen merkitykseen toimeentuloa helpottavana tekijänä. Vaikka edellä mainitut ryhmät eivät olisi elintasoonsa kovin tyytyväisiä, on töissä pysyvästi käyvillä ja eläkeläisillä silti suhteellisen selkeät palkan- ja etuuksienmaksupäivät. Lisäksi palkkojen ja eläkkeiden taso on yleensä jonkin verran korkeampi kuin työttömyyskorvauksen perusosa tai toimeentulotuki.

Tarveharkintaisten tulojen kohdalla saattaa myös usein jäädä epävarmaksi, milloin ja kuinka paljon tulonsiirtoja henkilö on saamassa. Vaikka opiskelijat olivat suhteessa tyytyväisempiä elintasoonsa, heidän kykynsä kattaa menonsa oli suhteellisen alhaista. Asunnottomilla oli useammin ongelmia saada tulonsa riittämään menoihinsa kuin muilla ryhmillä.

Veloista huolehtiminen on huumeiden käyttäjille todennäköisesti monitahoinen kysymys. Velan käsite saattaa viitata tässä tapauksessa kahtaalle: virallisiin lainanantajiin sekä epävirallisiin huumemaaailman velkoihin, joita ei aina suoriteta rahalla. Jussi Perälä (2011, 141) toteaa väitöksessään huumeiden myynnin tapahtuvan usein velaksi, joka suoritetaan joko käteisellä, tavaralla tai palveluksilla. Velkojen maksu huumetta myyville tahoille on tärkeää, koska maksamatta jättäminen vaikeuttaa päihteiden saantia. Myyjät informoivat toisiaan asiakkaista, jotka eivät maksa velkojaan. Myös fyysistä väkivaltaa ja sen uhkaa käytetään velkojen takaisin saamiseksi. Tällöin velkaantuneelle henkilölle velan poismaksaminen millä tahansa keinolla on tärkeää oman fyysisen turvallisuuden kannalta. Toisaalta Perälän mukaan velkojen kerääntyminen ja maksamatta jättäminen on huumeepiireissä yleistä. Mitä virallisiin velkoihin tulee, esimerkiksi pikavippien käyttöä ja maksuhäiriömerkintöjen määrää ei tässä tutkimuksessa selvitetty. On kuitenkin mahdollista, että useilla huumeiden käyttäjillä voi olla ongelmia luottotietojensa kanssa. (Perälä 2011, 141–144.)

Edellä mainitut huumemarkkinoiden realiteetit ovat todennäköisiä vaikuttajia, kun SUMU:n vastaajat arvioivat omaa kykyään huolehtia veloistaan. Veloista huolehtiminen nähtiin helpommaksi kuin millä tavalla vastaajat yleensä arvioivat omaa elintasoaan. Myös vertailtuna leipäjonoissa

kävijöihin terveysneuvontapisteiden asiakkaat arvioivat kykynsä huolehtia veloistaan hieman useammin paremmiksi kuin leipäjonoissa kävijät (Ohi-salo ym. 2015a, 302). Silti heidän kykynsä hoitaa velkojaan on huomattavasti alhaisempaa kuin muulla väestöllä (ks. kuvio 5). Lähes kaikki (95 %) Kelan kansalaiskyselyyn vastanneista olivat vähintään osin samaa mieltä kyvystään hoitaa velkansa. Terveysneuvontapisteiden asiakkaista omaan velanhoitokykyynsä luotti noin puolet (53 %) vastaajista.

Velkojen hoitamiseen liittyvien vastausten jakaumat olivat ikäryhmiin osalta samansuuntaiset kuin ”tulot riittävät menoihini” -kysymyksessä. Vanhin ikäryhmä (58 %) koki muita useammin kykenevänsä hoitamaan velkansa (osin tai täysin samaa mieltä). Toisaalta nuorimmalla ikäryhmällä oli muita enemmän ”ei samaa eikä eri mieltä” -vastauksia (20 %), mikä voi kertoa siitä, ettei heille ole vielä ehtinyt kerääntyä velkoja. Töissä pysyvästi käyvät, eläkeläiset ja opiskelijat olivat vahvimmin sitä mieltä, että he kykenivät hoitamaan velkansa. Asunnottomilla oli jonkin verran useammin ongelmia huolehtia veloistaan kuin muilla vastaajilla.

### *Elämässä pärjääminen*

Pärjääminen (engl. coping) on laaja-alainen käsite, joka voitaisiin kääntää myös esimerkiksi selviytymiseksi tai toimeen tulemiseksi. Psykologiassa coping viiittaa usein stressaavista tilanteista selviytymiseen. Pärjääminen on myös elämänhallintaa, etenkin suomalaisessa kulttuurikontekstissa: ”Vaikka menisi kuinka huonosti, niin kyllä tässä silti pärjätään”. Toisaalta pärjäämistä mittarina voi värittää se, että pärjäämistä ehkä tarvitaan vasta kun elämä koettelee. Hyvinvoivan ei välttämättä tarvitse ajatella omaa pärjäämistään sen enempää. (Isola & Turunen 2014, 7; Kortteinen 1992, 43–44.)

Millaisia sisältöjä ja merkityksiä pärjääminen terveysneuvontapisteiden asiakkaiden elämässä saa? Kuinka hyvin he arvioivat pärjäävänsä elämässään? Aineistomme alustavissa analyyseissä pärjäämisen kysymys vaikutti linkittyvän hyvin vahvasti lähinnä taloudellista hyvinvointia mittaaviin kysymyksiin. Pärjääminen voidaan tulkita tässä kontekstissa enemmän raha-asioihin kuin esimerkiksi arkipäivän asioiden hoitamiseen liittyväksi kysymykseksi.

Elämässä pärjääminen oli SUMU:n vastaajilla korkeammalla tasolla kuin muut aineiston hyvinvointiin liittyvät kysymykset, mutta pärjääminen alhaisemmalla tasolla kuin muulla väestöllä keskimäärin (ks. kuvio 5). Suomalaisesta työikäisestä väestöstä lähes kaikki (95 %) vastaajat kokivat pärjäävänsä elämässään, täysin samaa mieltä väitteestä oli selvä enemmistö (69 %). Terveysneuvontapisteiden asiakkaista vajaa kaksi kolmesta (59 %) oli

ainakin osittain samaa mieltä siitä, että pärjää elämässään. Ei samaa eikä eri mieltä oli 15 prosenttia. Eri mieltä pärjäämisestään oli joka neljäs (26 %) tutkimukseen osallistuja.

Naisten vastaukset edustivat useammin vastausasteikon ääripäitä kuin miesten vastaukset. Naiset kokivat hieman miehiä useammin sekä pärjäävänsä elämässään ja toisaalta pärjäävänsä heikommin elämässään. Toissa pysyvästi käyvät (89 %) ja opiskelijat (77 %) vastasivat useammin pärjäävänsä elämässään kuin muissa työtilanteissa olevat. Asunnottomien (47 %) pärjääminen on huomattavasti alhaisempaa kuin muiden ryhmien (62 %). Vakavia rikosoikeudellisia sanktioita saaneet vastasivat pärjäävänsä elämässään heikommin (46 %), kuin ne, jotka eivät ole saaneet sanktioita (67 %) tai jotka ovat saaneet vain sakkoja (54 %).

Maria Ohisalo, Tuomo Laihiala ja Juho Saari (2015a, 299–300) ovat vertailleet leipäjonoissa asioivien ja terveysneuvontapisteiden asiakkaiden elämässä pärjäämistä. He havaitsivat elämässään heikoiten pärjäävien ryhmien ikäjakaumien olevan lähes päinvastaiset näissä kahdessa huono-osaisuuden notkelmassa. SUMU-aineistossa elämässä huonoiten kokivat pärjäävänsä kaikkein nuorimmat vastaajat, kun taas ruoka-avussa nuorimmat vastaajat kokivat pärjäävänsä elämässään parhaiten muihin vastaajiin verrattuna. Kirjoittajat arvelivat vanhemmilla käyttäjillä lisääntyvän pärjäämisen kokemuksen liittyvän parempaan huumeiden käytön haittojen kontrolliin.

### *Sosiaalinen tuki taloudellisesta näkökulmasta*

Suomen sosiaaliturvajärjestelmä mahdollistaa sen, ettei ihmisen tarvitse pääasiassa nojata omaan lähipiiriinsä taloudellisesti tiukkoina aikoina. Toisaalta esimerkiksi vanhempien tarjoama taloudellinen tuki lapsilleen täysi-ikäistymisen jälkeenkin on usein toimeentulollisesti merkittävää apua. Tässä suhteessa tuttavilta ja sukulaisilta saadun taloudellisen tuen mahdollisuus voi kertoa osaltaan vastaajan sosiaalisten verkostojen pitävyydestä.

Terveysneuvontapisteiden asiakkailta kysyttiin, saavatko he ystäviltään ja sukulaisiltaan taloudellista tukea tarvittaessa. Yli puolet (58 %) oli samaa mieltä, että he saavat lähipiiriltään taloudellista tukea tarvittaessa. Ei samaa eikä eri mieltä oli noin joka kymmenes vastaaja (11 %). Eri mieltä ystävien ja sukulaistensa taloudellisesta tuesta oli joka kolmas (32 %). Tulos on matalampi kuin suomalaisten keskuudessa yleisesti: suomalaisista kolme neljäsosaa (75 %) saa mielestään ystäviltä ja sukulaisilta taloudellista tukea tarvittaessa (Kelan kansaliskysely 2013).

Tutkimuksessamme eniten läheisten tukeen pystyvät luottamaan töissä pysyvästi käyvät (82 %) ja opiskelijat (71 %). Asunnottomuus ei vaikuttanut mahdollisuuteen saada taloudellista tukea läheisiltä. Sekä väestössä että SUMU-aineistossa on havaittavissa sama trendi: nuoremmat ovat varmempia siitä, että he saavat taloudellista tukea läheisiltään sitä tarvittaessa. Nuorten parempaa tyytyväisyyttä elintason saattaa pitkälle selittää se, että he kokevat useammin kuin muut ikäryhmät saavansa taloudellista tukea läheisiltään, todennäköisesti vanhemmiltaan. Toisaalta nuoret, jotka eivät mielestään saaneet taloudellista tukea läheisiltään, olivat kaikista ikäryhmistä tyytymättömiä elintasoonsa. Läheisten tuen voidaan siis ajatella vahvasti kompensoivan nuorien matalaa toimeentuloa.

### Toimeentulokysymysten keskinäinen yhteys

Kaikki toimeentuloon liittyvät kysymykset korreloivat keskenään vahvasti (ks. taulukko 10). Kyky hoitaa velkoja ja läheisiltä saatu taloudellinen tuki sekä elämässä pärjääminen ja läheisiltä saatu taloudellinen tuki korreloivat keskenään heikoiten, mutta vielä tilastollisesti merkitsevällä tasolla.

**TAULUKKO 10. Taloudellisten kysymysten väliset korrelaatiot (Spearmanin järjestyskorrelaatiokerroin) \*\*-merkityt korrelaatiot merkitseviä tasolla 0,01, \*-merkityt korrelaatiot merkitseviä tasolla 0,05 (kaksisuuntainen testi).**

	1	2	3	4	5
1 Tyytyväisyys elintason	1				
2 Tuloni riittävät menoihini	,476**	1			
3 Pystyn huolehtimaan veloistani	,346**	,362**	1		
4 Pärjään elämässäni	,362**	,323**	,311**	1	
5 Saan ystäviltäni ja sukulaisiltani taloudellista tukea tarvittaessa	,210**	,118**	,110*	,102*	1

### Tulonsiirrot

Suomen sosiaaliturvaetuksia on jakamisperusteiden mukaan kolmea erilaista ryhmää: ansiosidonnaisia työskentelyyn perustuvia etuuksia, joiden taso riippuu aikaisemmasta elintasosta ja tarkoitus on taata kohtuullinen elintaso; vähimmäismääräisiä perusturvaetuksia, jotka on tarkoitettu takaamaan perustoimeentulo ilman tarveharkintaa sekä viimeisenä vähim-



mäisturva, jolla tarkoitetaan viimesijaista tarveharkintaista toimeentulotukea. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015, 11.)

Tässä tutkimuksessa kysytyistä tulonsiirroista ansiosidonnaisia etuuksia ovat ansiosidonnainen työttömyysturva ja työeläke iän mukaan. Perusturvaetuuksia, joiden määrä voi olla myös sidottu aikaisempiin ansioihin, ovat sairauspäiväraha, vammaisetuudet sekä äitiys-, isyys- ja vanhempainpäivärahat. Kaikille taattuja vähimmäismääräisiä perusturvaetuuksia ovat kansaneläke, työkyvyttömyyseläke, opintotuki, asumistuki, työmarkkinatuki tai työttömyysturvan peruspäiväraha sekä lasten kodinhoidon tuki. Vähimmäisturvaa edustaa toimeentulotuki. Toimeentulotuki ja asumistuki eivät ole veronalaisia tuloja, kuten suurin osa muista perusturvaetuuksista on. Tulottomiksi kotitalouksiksi lasketaan kotitaloudet, joilla ei ole vuoden aikana yhtään veronalaisia tuloja.

Toimeentulotuki on lähtökohtaisesti tarkoitettu tilapäiseksi viimesijaiseksi toimeentuloksi takaamaan perustuslain mukainen yksilön oikeus perusturvaan. Suomen perustuslaki (L 731/1999) takaa jokaiselle oikeuden välttämättömään toimentuloon ja huolenpitoon, jos henkilö itse ei ole kykenevä hankkimaan ihmisarvoiseen elämään riittävää toimeentuloa. Toimeentulotuen tarkoitus on myös ehkäistä syrjäytymistä. Toimeentulotuki on tulo- ja harkinnanvaraista, ja sen hakeminen edellyttää ensin kaikkien kotitaloudelle kuuluvien ensisijaisten etuuksien hakemista, minkä vuoksi moni toimeentulotuen saaja saa myös jotain Kelan maksamaa perusturvaetuutta.

Väliaikaiseksi tarkoitettu toimeentulotuesta on kuitenkin muodostunut 1990-luvulta lähtien pysyvä toimeentulon lähde osalle kotitalouksista, ja näiden kotitalouksien määrä on viime vuosina ollut kasvussa (Kauppinen, Moisio & Mukkila 2013, 39). Harkinnanvaraisuudella halutaan varmistaa toimeentulotuen viimesijaisuus, mutta harkinnanvaraisten etujen sosiaalisiin vaikutuksiin liittyy paljon kiistanaiheita: toisaalta ne avaavat mahdollisuuden arvioida yksilöllisesti toimeentulotuen hakijan tarpeita, mutta toisaalta tarveharkinta hidastaa tuen myöntämistä ja puuttuu menojen tuloseelvityksineen ihmisen yksityiselämään tavalla, joka koetaan usein nöyryyttäväksi (Kuivalainen 2013, 16).

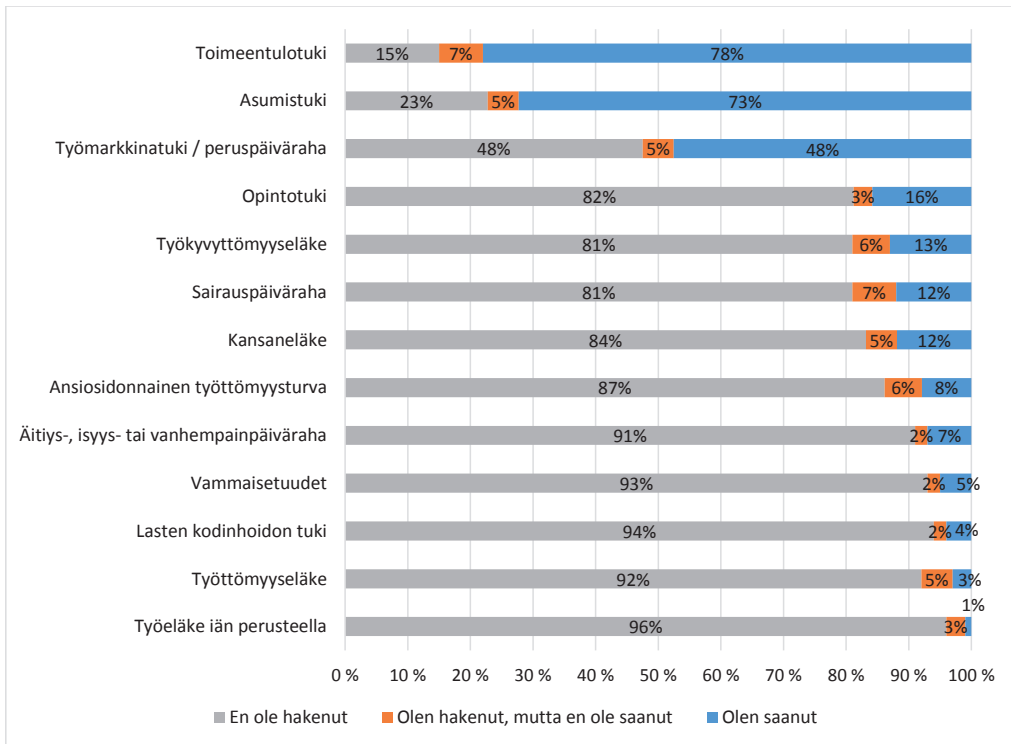
Tämän ja yleisesti viimesijaisiin tukiin kytkeytyvän raskaaksi koetun byrokratian on puolestaan esitetty aiheuttavan tukien alikäyttöä, jota voidaan edelleen pitää tukea tosiasiallisesti tarvitsevien yksilöiden hyvinvoinnin ja taloudellisen pärjäämisen kannalta ongelmallisena (ks. esim. Kuivalainen 2007, 53–55; Kuivalainen 2010, 81–85). Tuloharkintaiset etuudet voidaan nähdä ongelmallisina myös yksilöille ja yhteiskunnalle keskeisten resurssien

– sosiaalisen pääoman ja luottamuksen – näkökulmasta. Esimerkiksi Ruotsissa luottamusta ja sosiaalista pääomaa tarkastelleiden Staffan Kumlinin ja Bo Rothsteinin (2005) mukaan kontaktit instituutioihin, joiden toiminta perustuu selektiiviseen tuloharkintaan sekä yleisesti tarveharkintaisten tukien käyttäminen, näyttäisivät rapauttavan luottamusta yhteiskunnassa, siinä missä universaalin sosiaalipolitiikan katsotaan puolestaan vahvistavan sitä. Niin ikään Suomessa tehdyt tutkimukset näyttäisivät vahvistavan kuvaa tarveharkintaisten etuuksien sosiaalista pääomaa ja ihmisten välisestä luottamusta rapauttavasta vaikutuksesta. (Kouvo & Kankainen 2009.)

Tutkimuksemme mukaan terveysneuvontapisteiden asiakkaat näyttävät elävän pääasiassa tulonsiirtojen varassa. Tämä on havaittavissa jo vastaajien työtilannetta kuvaavassa jakaumassa, jossa merkittävä osa ilmoitti tilanteeseen joko työttömyyden, lomautuksen tai kotona olemisen (ks. luku 4 Keitä ovat aineiston huumeidenkäyttäjät?).

Viimesijaisella vähimmäisturvalla eläminen on hallitseva piirre tutkittavien ryhmässä; lähes neljä viidestä vastaajasta ilmoitti heidän kotitaloutensa saaneen toimeentulotukea viimeisen kahden kuukauden aikana. Lähes yhtä moni kotitalous sai myös asumistukea. Työmarkkinatukea tai työttömyysturvan perusturvaa sai hieman alle puolet vastaajien kotitalouksista. Muiden tukien saanti oli huomattavasti harvinaisempaa, mutta pienelle joukolle vastaajista esimerkiksi eläkkeet ja opintotuki olivat tärkeitä tulonlähteitä. (Ks. kuvio 6.)

Merkittävä osa toimeentulotuen asiakkaita terveysneuvontapisteiden asiakkaiden keskuudessa kertoo osaltaan sosiaalisesta valikoitumisesta sekä tutkittavien heikosta taloudellisesta tilanteesta. Tätä taustaa vasten käsitys siitä, että terveysneuvontapisteissä asioivat huumeiden käyttäjät ovat käyttäjien ”keskiluokkaa”, kuten muissa tutkimuksissa on todettu (ks. esim. Arponen ym. 2008, 90, 103; vrt. Törmä 2009a, 94–95), asettuu hieman erikoiseen valoon. Jos ”huumeiden käyttäjien keskiluokka” elää jo vahvasti viimeisen sosiaaliturvan varassa, niin kuinka syvästi huono-osaisia ovat ne, joita terveysneuvontapisteet eivät kykene tavoittamaan?



**KUVIO 6. Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden käyttämät tulonsiirrot kahden viime kuukauden aikana (%).**

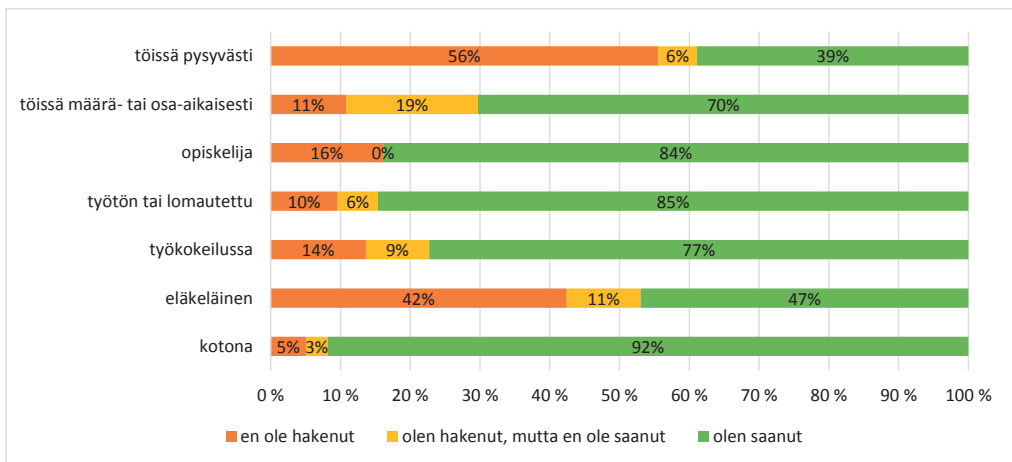
### *Toimeentulotuki*

Aineistossa toimeentulotuen saamisella oli lieviä eroja eri työtilanteiden (ks. kuvio 7), ikäryhmien sekä asumismuotojen välillä. Työssä pysyvästi käyvien kotitaloudet olivat selkeästi harvemmin hakeneet toimeentulotukea kuin muut ryhmät (ks. kuvio 7). Kotona olevien, työttömien tai lomautettujen sekä opiskelijoiden kotitaloudet saivat muita ryhmiä useammin toimeentulotukea. Opiskelijoiden toimeentulotuen suuressa käytössä voi olla mahdollisesti kyse toimeentulotuen saannista kesäaikaan. Sekin on mahdollista, että osa opiskelijoista on pudonnut virallisen opintotuen piiristä tai opinnot ovat väliaikaisesti keskeytyneet. Vain 16 % opiskelijoista ilmoitti, ettei heidän kotitaloudessaan ole haettu toimeentulotukea.

Eläkeläisten ja vanhimman ikäluokan (yli 45-vuotiaat) kotitalouksissa saivat muita selvästi harvemmin toimeentulotukea. Nämä ryhmät ovat pitkälle yhteneväiset, ja niissä toimeentulo koostui useammin eri eläkkeistä mutta noin puolen ryhmän tapauksessa myös toimeentulotuesta. Myös

yleisessä toimeentulotuen asiakkaita käsittelevässä tutkimuksessa tehtiin sama havainto: eläkeläiset saavat vähiten toimeentulotukea, ja toimeentulotuen saajat painottuvat yhä nuorempiin ikäluokkiin. Syynä matalammalle toimeentulotuen käyttöasteelle on arveltu olevan pitkälti eläkkeensaajan saama korkeampi asumistuki. (Kauppinen ym. 2013, 49.)

Asumistilanteiltaan toimeentulotuen saajista erottuivat omistusasunnossa asuvat (52 %) sekä toisaalta asunnottomat (64 %), muita harvemmin toimeentulotukea saaneina ryhminä. Toimeentulotukea saaneiden ja saamattomien ryhmien kautta voidaan alkaa hahmottaa kahta taloudellisilta todellisuuksiltaan erilaista ryhmää: toisaalta ”parempiosaiset” huumeiden käyttäjät, joilla on työpaikka ja jotka mahdollisesti asuvat omistusasunnossa ja toisaalta kaikkein huono-osaisimmat (useimmiten asunnottomat), jotka eivät saa edes viimesijaista toimeentuloturvaa. Huomioitava on, että näiden ”parempiosaisen” osuus on aineistossa huomattavasti pienempi kuin asunnottomien.



**KUVIO 7. Toimeentulotuen saanti työtilanteittain kahden viime kuukauden aikana (%).**

### *Muut tulonsiirrot*

Asumistuki kuului lähes aina useamman tulonsiirron yhdistelmään, ja sitä sai noin kolme neljäsosaa vastaajien kotitalouksista (ks. kuvio 6). Asumistuen saannissa asumismuoto oli luonnollisesti merkittävä taustatekijä. Vähiten asumistukea saivat omistusasujien (44 %) ja asunnottomien (32 %)

kotitaloudet. Työtilanteiden osalta vähiten asumistukea saivat töissä pysyvästi käyvien kotitaloudet, joista kuitenkin puolet sai asumistukea. Töissä pysyvästi käyvillä oli myös muita ryhmiä enemmän (17 %) tilanteita, joissa he olivat hakeneet mutta eivät olleet saaneet asumistukea.

Työmarkkinatuki tai työttömyysturvan peruspäiväraha oli myös sitä yleisempi, mitä useampaa tulonsiirtoa kotitaloudessa saatiin. Etuutta sai noin puolet (48 %) vastaajien kotitalouksista. Työmarkkinatukea tai työttömyysturvan peruspäivärahaa saatiin merkittävästi vähiten nuorimpien (16–25-vuotiaiden) ja iäkkäimpien (yli 46-vuotiaiden) vastaajien kotitalouksissa, joissa molemmissa työttömyysturvaa sai noin joka viides kotitalous. Matalaan osuuteen vaikuttaa todennäköisesti opiskelijoiden suuri osuus nuorimmassa ikäluokassa ja eläkeläisten suuri osuus vanhimmassa ikäryhmässä, jolloin ensisijaisena tulonsiirtona on usein opintotuki tai jokin eläke. Toisaalta nuorille on voitu asettaa karenssi, jonka takia työttömyysturva on evätty (ks. luku 8 Poiskäännitys).

Ansiosidonnaista työttömyysturvaa oli saanut alle kymmenesosa (8 %) vastaajien kotitalouksista. Miehet (9 %) saivat naisia (5 %) useammin ansiosidonnaista työttömyysturvaa. Työtilanteiltaan töissä määrä- tai osa-aikaisesti olevat (18 %) sekä työttömät tai lomautetut (10 %) olivat saaneet muita useammin ansiosidonnaista työttömyysturvaa. Työttömyyden peruspäivärahaa tai työmarkkinatukea saavien suuri osuus verrattuna hyvin pieneen määrään ansiosidonnaista työttömyysturvaa saaneita viittaa vastaajien keskuudessa pitkäaikaistyöttömyyden yleisyyteen, mutta myös vastaajien nuori ikä saattaa viitata siihen, ettei työelämässä välttämättä ole ehditty olla lainkaan.

Opintotukea sai 15 % vastaajien kotitalouksista. Miehet saivat naisia hieman useammin opintotukea. Määrällisesti eniten opintotukea saatiin nuorimmassa ikäryhmässä (30 %), kuten jo aiemmin todettiin. Opiskelijoista puolet (50 %) ilmoitti kotitaloutensa saaneen opintotukea ja töissä määrä- tai osa-aikaisesti käyvistä joka neljäs (27 %). Opintotukea saaneiden kotitalouksissa saatiin hyvin usein kolmea tai useampaa erilaista tulonsiirtoa.

Sairauspäivärahaa oli saanut hieman yli joka kymmenes (12 %) vastaajien kotitalouksista. Sairauspäivärahan saannilla ja koulutustaustalla oli selkeä yhteys: mitä korkeampi koulutustausta vastaajalla oli, sitä useammin hän oli saanut sairauspäivärahaa. Opisto- tai yliopistokoulutuksen käyneistä lähes joka neljännessä kotitaloudessa (23 %) oli saatu sairauspäivärahaa.

Työkyvyttömyyseläkettä sai hieman yli kymmenesosa (12 %) vastaajien kotitalouksista, samoin kuin kansaneläkettä (11 %). Työttömyyseläkettä sai enää hyvin harva (3 %) ja työeläkettä iän perusteella vain muutama (2 %)

vastaajien kotitalouksista. Selkeästi eniten eläkkeitä saatiin jo todetusti yli 45-vuotiaiden ja eläkeläisten joukossa. Miehet saivat naisia hieman useammin eri eläkkeitä.

Äitiys-, isyys- tai vanhempainpäivärahaa oli saanut 7 % ja lasten kodinhoidon tukea 3 % vastaajien kotitalouksista. Naiset olivat saaneet vanhempainpäivärahaa (10 %) tai lasten kodinhoidontukea (7 %) useammin kuin miehet (6 % / 1 %). Huomattavaa on, että peruskoulunsa keskeyttäneet olivat suhteessa saaneet muita koulutustasoja huomattavasti useammin vanhempainpäivärahaa (17 %) tai lasten kodinhoidontukea (11 %). Vammaisetuuksia sai vain muutaman (4 %) vastaajan kotitalous.

## **Tulonsiirtojen kasautunut käyttö**

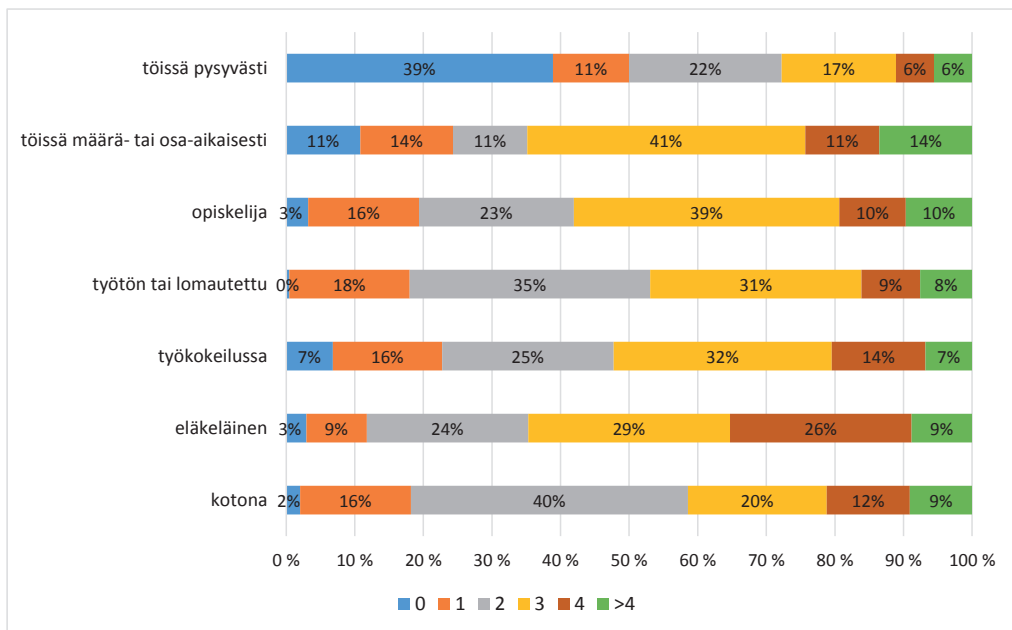
Kyselylomakkeessa lueteltiin kolmetoista erilaista tulonsiirtoa, joiden erilaisia yhdistelmiä vastaajien on mahdollista saada. Laskettaessa vastaajien kotitalouksien yhteensä saamia tulonsiirtoja, vaihtelivat arvot nollan ja yhdeksän saadun tulonsiirron välillä.

Kotitalouksia, joissa ei saatu yhtäkään tulonsiirtoa oli erittäin vähän (5 %, n=25). Yhden tulonsiirron kotitalouksia oli 15 prosenttia, joista puolella yksi tulonsiirto koostui toimeentulotuesta ja joka kolmannella työmarkkinatuesta tai työttömyysturvan peruspäivärahasta. Suurin osa vastaajien kotitalouksista oli saanut kahta (31 %) tai kolmea tulonsiirtoa (30 %). Neljää tulonsiirtoa sai hieman yli joka kymmenes (12 %) kotitalous ja viittä tai useampaa tulonsiirtoa hieman alle kymmenesosa (8 %) vastaajien kotitalouksista. Runsas erilaisten tulonsiirtojen käyttö selittyy osittain sillä, että ennen toimeentulotuen myöntämistä tulee kotitalouden ensin hakea kaikkia sille kuuluvia Kelan perusturvaetuuksia (Kauppinen ym. 2013, 49).

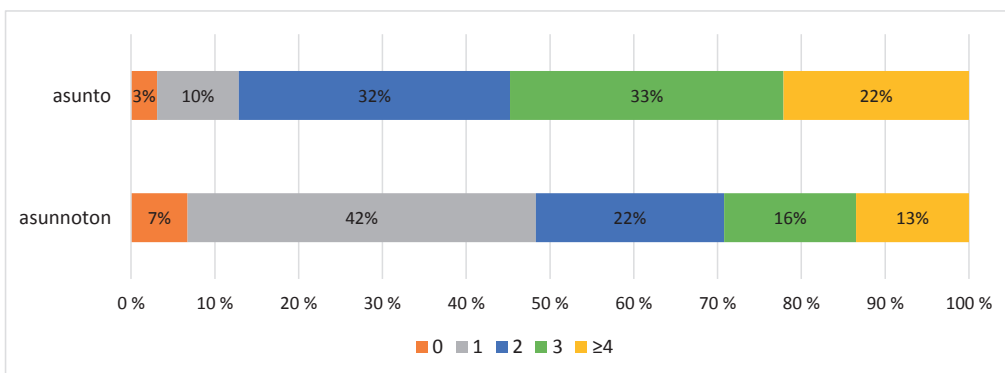
Aineistossa erilaiset tulonsiirtojen yhdistelmät hajoavat hyvin moninaiisiin yhdistelmiin. Kuitenkin yleisimmät tulonsiirtoyhdistelmät olivat toimeentulotuki ja asumistuki (16 %) sekä toimeentulotuki, asumistuki sekä työmarkkinatuki tai työttömyysturvan peruspäiväraha (14 %). Pelkkää toimeentulotukea ja asumistukea saaviin kotitalouksiin viitataan tulottomina kotitalouksina, koska niissä ei ole veronalaisia tuloja, jotka ylittäisivät toimeentulotuen saannin kriteerit. Tulottomien kotitalouksien määrän on todettu etenkin nuorten keskuudessa kasvaneen työmarkkinatuen myöntämisehtojen kiristyttyä alle 25-vuotiaiden osalta. (Kuivalainen & Sallila 2013, 68.) On yleistä, että toimeentulotukiasiakkaat saavat työmarkkinatukea, asumistukea ja toimeentulotukea päällekkäin: kolmasosa työmarkkinatuen saajista ja 16 % työttömyysturvan peruspäivärahaa saaneista oli

saanut myös asumistukea ja toimeentulotukea (Kauppinen ym. 2013, 50). Tässä aineistossa työmarkkinatukea tai työttömyysturvan peruspäivärahaa saaneista kotitalouksista kaksi kolmasosaa (67 %) sai myös asumistukea ja toimeentulotukea.

Erityisesti töissä pysyvästi käyvät erottuvat vähiten tulonsiirtoja käyttävänä ryhmänä (ks. kuvio 8). Toisaalta töissä määrä- tai osa-aikaisesti käyvät sekä eläkeläiset saivat suhteessa muihin ryhmiin runsaimmin erilaisia tulonsiirtoja. Tulonsiirtojen jakautumisessa merkittävää on huomata asunnottomien asema tulonsiirtojärjestelmässä, jossa he saavat muita huomattavasti vähemmän tulonsiirtoja (ks. kuvio 9).



**KUVIO 8. Tulonsiirtojen kasautunut käyttö kahden viime kuukauden aikana työtilanteittain (%).**



**KUVIO 9. Tulonsiirtojen kasautunut käyttö asunnottomilla ja asunnossa asuvilla (%).**

## Yhteenveto

- Suonensisäisten huumeiden käyttäjien taloudellinen todellisuus on usein karu. Kyselyn perusteella piirtyy kuva hyvin niukoilla taloudellisilla resursseilla elävästä ryhmästä. Valtaosa tutkimukseen osallistuneista elää sosiaaliturvan varassa ja on erittäin tyytymättömiä omaan taloudelliseen tilanteeseensa.
- Pärjäämisen kysymys painottui tässä aineistossa taloudelliseksi kysymykseksi. Taloudellisista ongelmista huolimatta suurin osa vastaajista koki pärjäävänsä elämässään ainakin osittain. Asunnottomuus ja vakavat rikosoikeudelliset sanktiot heikensivät elämässä pärjäämisen kokemusta.
- Nuorimmat vastaajat olivat useammin tyytyväisiä elintasoonsa, mutta toisaalta kokivat tulojensa riittävän menoihinsa harvemmin kuin muissa ikäryhmissä. Nuoret voivat useammin luottaa läheistensä taloudelliseen apuun, mutta samalla heillä saattaa olla suuria elämänhallinnallisia ongelmia, jotka heijastuvat myös heidän rahankäyttöönsä. Nuoret, jotka eivät kokeneet saavansa taloudellista tukea tarvittaessa läheisiltään olivat kaikista tyytymättömmimpiä taloudelliseen tilanteeseensa.
- Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden kotitaloudet elävät pääasiassa tulonsiirroilla. Vain viidessä prosentissa kotitalouksia ei saatu yhtään tulonsiirtoa kahden viimeisen kuukauden aikana. Noin kaksi kolmas osaa kotitalouksista sai kahden tai kolmen tulonsiirron yhdistelmää.



- Valtaosa, lähes neljä viidestä kotitaloudesta, oli saanut toimeentulotukea kahden viimeisen kuukauden aikana. Seuraavaksi yleisimmin saatiin asumistukea sekä työmarkkinatukea tai työttömyysturvan peruspäivärahaa.
- Asunnottomat saavat suhteessa muihin ryhmiin vähemmän tulonsiirtoja. Asunnottomuuden voidaan toimeentulon osalta todeta olevan ensisijainen ongelma, joka tulee ratkaista ennen kuin muunlaisia tukitoimenpiteitä voidaan käynnistää.

## 8 PALVELUJEN KÄYTTÖ

**H**uumeiden käyttäjien palveluiden käyttöä sekä suhdetta palvelujärjestelmään on tärkeää tarkastella erityisesti kahdesta syystä: yhtäältä palveluiden kautta käyttäjät kiinnittyvät osaksi yhteiskuntaa, kun taas toisaalta esimerkiksi palveluiden piiristä poiskäännytyt ovat tässä suhteessa tulleet määritellyksi yhteiskunnan ulkopuolelle.

Vaikka viranomaiset näkevät välttelyn usein ongelmaksi, ei huumeidenkäyttäjien ole todettu välttelevän palveluita. Päinvastoin, joissain tapauksissa järjestelmä itse näyttää pitävän käyttäjiä loitolla palveluista. Huumeongelma ei ole selkeärajainen ja yksittäinen ongelma käyttäjien arjessa, vaan huumeiden käyttöön yhdistyy monia muitakin ongelmia. Samalla ongelmien syitä ja seurauksia on vaikea irrottaa toisistaan. Myöskään huumeiden käyttö ei aina ole yksilön elämässä primääri ongelma. Sen sijaan yksilön arjessa on muitakin ongelmallisia osa-alueita, joiden hallintaan ensisijaisesti kaivataan apua. Suonensisäiseen huumeiden käyttöön liittyy siis moniongelmaisuus, joka on otettava lähtökohdaksi huumeidenkäyttäjille suunnattujen palvelujen kehittämisessä. (Perälä 2007, 269.)

### **Huumeiden käyttäjien moniongelmaisuus ja ongelmallinen suhde palveluihin**

Huono-osaisimmat ja moniongelmaisimmat huumeidenkäyttäjät kuuluvat ehkä heikommassa asemassa olevaan ihmisryhmään sosiaali- ja terveydenhuollon hoitopalveluissa, vaikka samalla he tarvitsisivat eniten apua. Heillä tiedetään esiintyvän muuta väestöä enemmän niin sosiaalisia ongelmia kuin myös somaattista sairastavuutta ja mielenterveyden häiriöitä, eli moniongelmaisuus on yleistä. Ongelmakierteessä on usein kyse hyvin hankalasta ja hallitsemattomasta elämäntilanteesta, ja kaiken päälle huumeiden ongelmakäyttäjillä useat elämää kannattelevat tekijät, kuten koti, perhe ja

yhteisön jäsenyys ovat kaatuneet. Lisäksi monella on rikos- ja vankilatausta. (Knuuti 2007, 72; Kuussaari ym. 2014, 275.) Riikka Perälän väitöskirjassa (2012, 70) terveysneuvontapisteiden asiakkaat kokivat viranomaisten palvelu- ja hoitokäytännöt tukevuuden sijasta enemminkin kontrollitoimenpiteiksi ja kohtelun viranomaisten taholta kylmäksi. Kritiikkiä sai myös viranomaisten tapa niputtaa huumeidenkäyttäjät yhdeksi homogeeniseksi ryhmäksi, vaikka tilanteet, elämäntavat ja ongelmat olivat monenlaisia ja yksilöllisiä.

Suomessa tehtyjen kartoitusten perusteella vaikuttaa siltä, että päihdeasiakkaat käyttävät suhteellisen laajasti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita (Kuussaari ym. 2014, 273). Esimerkiksi Sinikka Törmä havainnoi (2007, 95) tutkimuksessaan (N=11) kaikkein huono-osaisimpien huumeiden käyttäjien jakautuvan palvelukäyttäjyyseltään kahteen hyvin erilaiseen luokkaan. Toiset käyttivät erittäin runsaasti palveluja, kun taas toiset olivat lähestulkoon täysin niiden ulkopuolella. Syitä näin erilaisille palvelukäyttäjyisille oli kuitenkin vaikea löytää. Palveluiden karttamisen takana nähtiin olevan epäluuloisuutta ja luottamuspulaa, mutta myös voimavarojen ehtymistä ja näin ollen kykenemättömyyttä käyttää palveluita. (Törmä 2007, 95.)

Palvelujärjestelmä on pirstaloitunut. Asioita hoidetaan useamman eri toimijan kanssa, jotka eivät ole yhteydessä toisiinsa. Asiakkaan tulee olla itseohjautuva ja pystyä olemaan yhteydessä eri toimipaikkoihin, mikä vaatii kognitiivisia kykyjä vastata vaatimuksiin sekä perehtymistä oikeuksiinsa ja asiaosaamista avunhakijalta itseltään. (Määttä 2012b, 153–154.) Toisaalta voi käydä niin, että asiakas itse hakee apua ongelmiinsa useasta eri paikasta samanaikaisesti, jolloin palveluketju ei ole oikein kenenkään hallittavissa ja asiakas omalla liiallisella aktiivisuudellaan aiheuttaa hämmennystä ja kommunikaatiokatkoksia (Törmä 2007, 97–98).

Aktiiviset palveluihin hakeutujat eivät myöskään välttämättä edusta ihanneasiakasta, vaan saattavat olla juuri kuvattuja hankalia tapauksia. Sinikka Törmä (2007, 95) kuvaa näiden henkilöiden hakevan apua ja hoitoa samanaikaisesti monelta eri taholta, ja kellään – ehkä heillä itselläänkään – ei ole kokonaiskuvaa palvelutilanteesta. Palveluhenkilökunnan on vaikea pysyä perillä meneillään olevista hoitokuvioista, ja asiakkaiden toimintaa kuvataan ”jatkuvaan säätämiseksi”. Aktiiviset palveluihin hakeutujat voivat olla myös vaativia ja joskus myös aggressiivisia, jos he kokevat tulleen huonosti kohdelluiksi. Toimintaa kuvaa lyhytjännitteisyys, ja hoitopaikka tulisi saada heti. Myös ”pelien pelaamista” ja hoitojärjestelmän hyväksikäyttämistä esiintyy. Palveluiden suurkäyttäjillä on usein takanaan monia päihdehoitajaksoja, jotka ovat pääasiassa jääneet kesken. Hoi-

tojaksojen keskeytymisten syitä ovat olleet asiakkaan oma halu keskeyttää laitosjakso, sääntörikkomuksista johtuvat uloskirjaamiset sekä esimerkiksi liiallinen ahdistuneisuus tai sopeutumattomuus hoitoyhteisöön. Tässä yhteydessä hoitojärjestelmän joustamattomuus ja asiakkaiden toiveet ja kyvyt sopeutua vaatimuksiin ovat jälleen kerran törmäyskurssilla. (Törmä 2007, 97–98; Suojarvalmi & Kaukonen 2002, 59–60; Perälä 2007, 265.)

Taloudellisten voimavarojen, terveyden ja sosiaalisen tuen suhteen kaikkien huono-osaisimmat päihdeiden käyttäjät näyttävät olevan heikoimmasa asemassa palveluissa. Keskimäärin kaikki palveluja käyttävät päihdeasiakkaat ovat huono-osaisia. Yhdelle asiakkaalle voi syntyä useita käyntikertoja, mutta hoitotarpeeseen ei saada vastausta, eikä pitkäjänteistä hoitoketjua pääse muodostumaan. Etenkin niiden päihdeongelmaisten, joilla on mielenterveysongelmia, on erityisen vaikea saada palveluita. Samalla hoitojärjestelmä priorisoi asiakkaita tärkeysjärjestykseen, jolloin työelämässä kiinni olevat ja perheelliset saavat herkemmin eri palveluita. Näin huono-osaisien päihdeongelmaisten suhteellinen tilanne entisestäään heikkenee. (Mäkelä, Nieminen & Törmä 2005, 10–11.) Toisaalta on syytä muistaa, että huumeiden käyttäjien moninaisesta joukosta harva jää pelkän matalan kynnyksen päihdepalvelujen ”kanta-asiakkaaksi” (Suojarvalmi & Kaukonen 2002, 55). Palveluiden ulkopuolella olevia kuvaa usein asunnottomuus ja huonokuntoisuus. Palveluihin hakeutumisessa on vaikeuksia, ja ihmiseltä puuttuu voimavaroja. Suunnitelmallisuus ja aikatauluista kiinni pitäminen ovat vaikeita. Näissä tilanteissa tapahtuu myös poiskäännytyksiä, kun asiakas on väärässä paikassa ja väärään aikaan, vaikka avun tarve saattaisi sillä hetkellä olla kriittisimmillään. Poiskäännytysten myötä asiakas katoaa hoitojärjestelmästä ja tilanne kiertyy entistä huonommaksi. (Törmä 2007, Sinikka Törmä (2007, 86–87) käsitteli tutkimuksessaan matalan kynnyksen palvelujen kehittämisprojektin asiakkaiden asemaa hoitojärjestelmässä (N=11). Hänen mukaansa päihdeongelmaisista ja muista ”vaikeista” asiakkaista juuri huono-osaisimmat huumeiden käyttäjät jäävät päihdehuollon ääri laidalle tai jopa kokonaan sen ulkopuolelle. Hänen mukaansa heidän auttamisensa on pitkälti ulkoistettu kolmannen sektorin toimijoille. Hoito- ja palvelujärjestelmän ja huono-osaisien huumeiden käyttäjien välillä kuilua on pyritty tasoittamaan erilaisin matalan kynnyksen periaatteisiin nojaavin palvelumuodoin, mutta myös matalan kynnyksen palveluihin liittyy oma problematiikkansa ja sitä on kritisoitu nimenomaan päihdeongelmaisten eristämisestä omien palveluidensa piiriin. (Ks. luvun 2 alaluku Kriittisiä huomioita matalan kynnyksen palveluista).

Riikka Perälän (2007, 267–268) tutkimuksessa moniongelmaisuuteen liittyviä konkreettisia seurauksia käyttäjien arjessa olivat ongelmien hallin-

taan kuluva aika ja energia. Moniongelmaisuudesta juontuu myös näköalattomuus, johon esimerkiksi huumeiden käytön lopettaminenkaan ei tunnu tuovan helpotusta. Apua tarvitaan Perälän mukaan niin konkreettisiin elämänhallinnan ongelmiin, kuin myös abstrakteihin eksistentiaalsiin ongelmiin. Apua tarvitaan myös samanaikaisesti ja kokonaisvaltaisesti. Jussi Suojuus ja Olavi Kaukosen mukaan (2002, 59–60) päihdekuntoutus tulisi määrittellä aiempaa laajempialaisesti ja hyväksyä hoidon näennäisesti alhainen tehokkuusaste; muutos ei tapahdu hetkessä, mutta palvelut tuottavat hyvinvointia niitä saaville asiakkaille. Samalla tärkeää on taata asuminen ilman päihdeettömyysvaatimusta.

### *Palveluiden integraatio*

Palvelujärjestelmän rakenteelliseen hajanaisuuteen on kiinnitetty viime vuosina systemaattista huomiota. Käynnissä on ollut useita valtakunnallisia hankkeita, joilla palveluita on pyritty kehittämään, esimerkiksi mielen-terveys- ja päihdesuunnitelma ja pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma. (Kuussaari ym. 2014, 264.) Niissä on peräänkuulutettu etenkin selkeän kokonaisvastuun määrittämistä tietyille taholle sekä yhteistyöra-keiden parantamista (ks. esim. Karjalainen & Viljanen 2009, 41). Vuosina 2009–2015 toteutetun mielen-terveys- ja päihdesuunnitelman yhteydessä tehtiin monia uusia pääosin alueellisia avauksia etenkin päihde- ja mielen-terveyspalveluiden paremmasta koordinaatiosta ja samanaikaisuudesta.

Yhdeksi onnistuneista esimerkeistä on nimetty Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksoten) perustamisen yhteydessä yhdistetyt mielen-terveys- ja päihdepalvelut, joihin myöhemmässä vaiheessa yhdistettiin myös aikuissosiaalityön palvelut. Sen yhteydessä monia toimintatapoja muutettiin asiakkaiden kannalta joustavammiksi, muun muassa poistettiin vaatimus läheteistä, jolloin asiakkailta poistui yksi kynnyksen hoitoon pääsulle. Samoin hoitoon pääsy tehtiin mahdolliseksi mihin vuorokaudenaikaan ja minä viikonpäivänä tahansa. Samalla malli on saanut hyviä tuloksia asiakastytyväisyydessä. Eksoten mallia ei suoraan voida kopioida muualle, mutta sen perusperiaate on osoitettu toimivaksi. (Kemppinen 2015, 58–62.)

Toisaalta alueellisia mielen-terveys- ja päihdepalveluiden integraatiomal- leja kartoittaneessa tutkimuksessa todettiin myös, ettei integroitunut pal- velujärjestelmä välttämättä tavoittanut sen enempää päihdeasiakkaita kuin erillisjärjestelmissä toimivat palvelut. Tavoittavuuteen vaikuttavina tekijöi- nä nähtiin ennemminkin käytettävissä olevien resurssien ja hoitolaitosten määrä sekä kunnassa vallalla olevan hoitoperinteen käytännöt kuin varsinais-

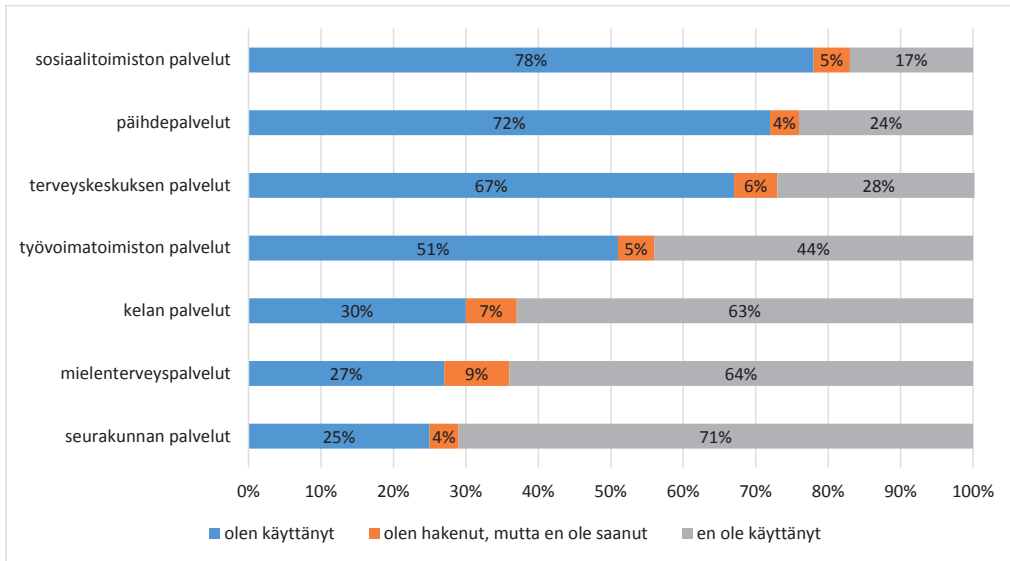
nen järjestelmien integraatio. Myöskin parempi päällekkäisten mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistaminen ei näyttänyt toteutuvan integroituissa järjestelmissä. Viitteitä oli jopa siitä, että päihdeongelmia saatetaan huomioida vähemmän integroituneissa kunnissa. (Stenius, Tammi, Kuusaari & Hirschovits-Gerz 2015, 180–181.) Vaarana voikin olla, että päihde- ja mielenterveysongelmat aletaan käsittää yhtenä ongelmakenttänä, johon pätevät samat toimintatavat ja ratkaisut. Erityisesti järjestöpuolella on koettu päihdetyön erityisosaamisen ja monialaisen otteen heikentyneen, kun terveysnäkökulma ja mielenterveyspuolen käytännöt ovat ottaneet integraation myötä ohjat. (Lund 2015, 235–237.)

Päihdealan järjestöjen asiantuntemuksen jääminen tarpeettomaksi sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisen yhteydessä on johtanut siihen, että järjestöt keskittyvät yhä enemmän tukityöllistämispalveluihin. Onkin syytä kysyä, onko tarkoituksenmukaista tarjota päihdeongelmaisen palvelu- ja päihde- ja mielenterveyspalvelujen ulkopuolella, työllistämispalvelujen piirissä? (Lund 2015, 237.) Tässäkin aineistossa merkittävä enemmistö oli työttöminä tai täysin työvoimapolvelujen ulkopuolella. Vain hieman useampi kuin joka kymmenes vastaaja oli työkokeilija. Lähes kaikkien hyvinvointivajeiden kohdalla työttömät ja kotona olevat erottautuivat heikoimmin voivana ryhmänä. Heihin liittyen Jouko Karjalainen nostaa esiin Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009–2015 loppuraportissa tärkeän huomion työttömien asemasta palvelujärjestelmässä (2015). Karjalaisen mukaan työttömille suunnattujen päihde- ja mielenterveysongelmiin keskittyvät hankkeet loistavat pitkälti poissaolollaan, vaikka juuri työttömyys on erityinen riskitekijä kyseisille ongelmille. Tuetun työllistämisen ohella päiväkeskustoiminnan merkitys työttömien hyvinvoinnille ja toimintakyvyille todettiin merkitykselliseksi ja niiden toimintaa pitäisikin vahvistaa niin, että palveluita tarjottaisiin asiakkaiden yksilölliset resurssit ja toimintavalmiudet huomioiden. Päihde- ja mielenterveyspalvelujen parempi linkittäminen kuntouttavaan työtoimintaan samoin kuin päiväkeskustoimintaan voi antaa uudenlaisia ratkaisumahdollisuuksia monialaisempaan palvelujen kehittämiseen. (Karjalainen 2015, 126.)

## **Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden julkisten palvelujen käyttö**

Tutkimuksessa kartoitettiin sosiaalitoimiston palvelujen, päihdepalvelujen, terveyskeskuksen palvelujen, työvoimatoimiston palvelujen, Kelan palvelujen, mielenterveyspalvelujen ja seurakunnan palvelujen käyttö edeltävän

kahden kuukauden aikana. Vastausvaihtoehtoina olivat ”Olen käyttänyt”, ”Olen hakenut, mutta en ole saanut” ja ”En ole käyttänyt” kyseistä palvelua. Suurin osa kysytyistä palveluista oli kunnan tarjoamia palveluja. Ainoastaan Kela oli kysytyistä palveluista valtion tarjoama palvelu. Kuviossa 10 on esitelty palveluiden käyttöasteet sekä kokemukset poiskäännytyksestä eri palveluille.



**KUVIO 10. Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden käyttämät palvelut kahden viime kuukauden aikana (%).**

Eniten käytettyjä palveluita olivat sosiaalitoimiston palvelut: suurin osa tavoitetuista asiakkaista (78 %) oli käyttänyt sosiaalitoimiston palveluja kahden viime kuukauden aikana. Sosiaalitoimisto myöntää toimeentulotukea, ja luku on yhtenevä toimeentulotukea saaneiden asiakkaiden kanssa. Töissä pysyvästi käyvät (41 %), omistusasunnossa asuvat (60 %) ja yli 45-vuotiaat käyttivät aineiston perusteella vähiten sosiaalitoimen palveluita.

Seuraavaksi käytetyimpiä palveluita olivat päihdepalvelut. Asiakkaita suurin osa (72 %) oli käyttänyt viimeisen kahden kuukauden aikana päihdepalveluja. Päihdepalveluita käyttävien määrää on kuitenkin arvioitava kriittisesti. Terveysneuvontapisteet kuuluvat osaksi päihdepalveluita, jolloin kaikki terveysneuvontapisteiden asiakkaat ovat käytännössä päihdepalveluiden asiakkaita. Osa vastaajista on siis voinut käsittää terveys-

neuvontapisteiden päihdepalveluksi ja osa ei. Muihin kuin terveysneuvontaa tarjoaviin päihdepalveluihin kiinnittymistä on siis kysymyksen pohjalta vaikeaa arvioida. Ikäryhmittäin tarkasteltuna vanhin ikäryhmä (50 %) oli käyttänyt vähiten päihdepalveluja. Naiset käyttivät päihdepalveluja hieman enemmän kuin miehet.

Suurin osa vastaajista (67 %) oli lisäksi käyttänyt terveyskeskuksen palveluja viimeisen kahden kuukauden aikana. Suurin osa fyysiseen terveyteensä tyytymättömistä (69 %) oli käyttänyt terveyskeskuksen palveluita. Yhtäältä työttömät ja lomautetut (59 %) ja toisaalta töissä pysyvästi käyvät (53 %) olivat käyttäneet harvimminkin terveyskeskuksen palveluita. Asunnottomat (53 %) olivat käyttäneet selkeästi muita vähemmän terveyskeskuksen palveluja. Yleisesti toimeentulotukea saavien palveluiden käyttöä kartoittaessa tutkimuksessa todettiin alimpien tuloluokkien käyttävän palveluista eniten terveyskeskuslääkäripalveluja (Hannikainen-Ingman ym. 2013, 96).

Noin puolet vastanneista terveysneuvontapisteiden asiakkaista oli käyttänyt työvoimatoimiston palveluja (työttömyysasiat) viimeisen kahden kuukauden aikana. Tämä on sama osuus vastaajista kuin työttömyyteen liittyviä tulonsiirtoja saaneiden osuus. Asumistilanne näyttää työttömyyden liittyviä tulonsiirtoja saaneiden osuus. Asumistilanne näyttää työttömyyden liittyviä tulonsiirtoja saaneiden osuus. Asumistilanne näyttää työttömyyden liittyviä tulonsiirtoja saaneiden osuus. Asumistilanne näyttää työttömyyden liittyviä tulonsiirtoja saaneiden osuus. Asumistilanne näyttää työttömyyden liittyviä tulonsiirtoja saaneiden osuus.

Valtaosa terveysneuvontapisteiden asiakkaista (63 %) ei kertonut käyttäneensä Kelan palveluja (kuntoutus, terapia jne.) kahden viime kuukauden aikana. Peruskoulun keskeyttäneet (45 %) olivat käyttäneet eniten Kelan palveluja. Ikäryhmittäin tarkasteltuna nuorimmat vastaajista (19 %) käyttivät vähiten Kelan palveluja.

Kyselyyn vastanneista terveysneuvontapisteiden asiakkaista suurin osa (64 %) ei myöskään ole käyttänyt mielenterveyspalveluja kahden viime kuukauden aikana. Huolestuttavaa on etenkin se, että henkiseen terveyteensä tyytymättömistä yli puolet (55 %) ja masennusta jatkuvasti tai melko usein kokevista yli puolet (56 %) eivät ole aineiston valossa käyttäneet mielenterveyspalveluita. Taustamuuttujittain mielenterveyspalveluiden käyttöä tarkasteltaessa selviää, että asunnottomat käyttivät vähiten (14 %) mielenterveyspalveluja. Toisaalta marginaaliryhmä omistusasunnossa asujat käyttivät merkittävästi useammin mielenterveyspalveluita kuin muut asumisen mukaan luokitellut ryhmät. Ikäryhmittäin katsottuna vanhin ikäryhmä (yli 45-vuotiaat) käytti puolet vähemmän mielenterveyspalvelu-



ja kuin muut ikäryhmät. Ikä suoraan ei ollut yhteydessä masennuksen tai heikon henkisen terveyden kokemukseen, mutta toisaalta myöhäisemmän huumeidenkäytön aloitusaikana todettiin olevan yhteydessä masennukseen (luku 5 Hyvinvointi). Tämä havainto ei kuitenkaan näy mielenterveyspalvelujen käytössä. Vaikka mielenterveys- ja päihdepalvelujen parempaa koordinaatiota on ajettu eteenpäin merkittävästi viime vuosien aikana, vaikuttaa tämän aineiston perusteella siltä, että mielenterveyspalveluiden sauttamisessa on jäljellä vielä pitkä matka.

### *Epävirallisen avun piirissä olevat*

Epävirallisia auttamisen tahoja edustavat erilaiset vapaaehtoistyötä tekevät järjestöt, kuten seurakunnan tarjoama diakonia ja leipäjonot tai ruokapanakit. Nämä tahot edustavat Sakari Hännisen ja Jouko Karjalaisen mukaan (2007, 182) ”viimeistä luokkaa”. Siellä autetaan niitä, joilla yhteiskunnan peruspalveluiden tukiverkko on pettänyt. Epävirallisen avun piirissä oleminen liittyy tiiviisti poiskäännytykseen; vastuuta siirretään viranomaisilta kolmannen sektorin järjestöille yhä enemmän. Perusteluina käytetään yleensä julkisen puolen resurssien ja kykyjen puutetta.

Suurin osa (71 %) asiakkaista ei ole käyttänyt seurakunnan palveluja (diakoniatyö) kahden viime kuukauden aikana. Joka neljäs (25 %) oli kuitenkin joutunut turvautumaan diakoniatyön tarjoamaan apuun kahden viime kuukauden sisällä. Työtilanteittain suhteessa eniten (muttei tilastollisesti merkittävästi eroten) seurakunnan apuun turvautuivat osa- tai määräaikaisessa työsuhteessa olevat sekä työkokeilussa olevat. Tämä voi kieliä toimeentulon riittämättömyydestä ja ”jumiutumuksesta” sellaiseen työvoimapolitiittiseen kategoriaan, jossa lisätuen saaminen on jäykkien tulkintojen vuoksi hankalaa. Ikäryhmittäin selkeästi vähiten seurakunnan apuun turvautuivat kaikkein nuorimmat vastaajat. Heistä vain harvempi kuin joka kymmenes oli käyttänyt seurakunnan palveluita, kun muissa ikäryhmissä seurakunnan palveluiden käyttö oli kolme kertaa yleisempää.

Ruokapankkien eli leipäjonon apuun turvautumista tiedusteltiin vastaajilta samassa yhteydessä taustatietojen kanssa. Vastaajilta kysyttiin, kuinka usein he ovat käyneet ruokapankin tai leipäjonon asiakkaana kuluneen vuoden aikana. Puolet vastaajista ei ollut käyttänyt ruokapankkien palveluita ollenkaan. Noin hieman alle viidesosa turvautui ruoka-apuun muutamana kerran vuodessa. Kerran kuussa ruoka-apua haki hieman yli kymmenesosa vastaajista ja noin saman verran vastaajia oli ruoka-avun varassa viikoittain. Ruoka-apuun turvautuivat työtilanteiden perusteella suhteessa

eniten kotona olevat sekä työkokeilussa olevat, joista molemmista ryhmistä yli kolmasosa turvautui kerran kuussa tai useammin ruoka-apuun. Nuorin vastaajaryhmä turvautui selkeästi harvemmin ruoka-apuun kuin muut vastaajaryhmät. Nuorten pienempi tarve turvautua näihin kahteen epäviralliseen avun kanavaan voi johtua paremmasta sosiaalisesta tukiverkostosta, jossa esimerkiksi vanhemmat tukevat lapsensa toimeentuloa vielä merkittävästi (ks. luku 7 Sosiaalinen tuki taloudellisesta näkökulmasta).

## **Palveluiden kasautunut käyttö**

Tämän tutkimuksen valossa palveluita välttelevän huumeiden käyttäjän kuva ei toteudu; kyselyssämme terveysneuvontapisteiden asiakkaat ovat palveluiden suurkäyttäjiä. Palveluihin on tässä tapauksessa laskettu mukaan myös seurakunnan diakoniatyö. Vain marginaalinen osa (4 %) vastaajista ei ollut käyttänyt yhtäkään mainittua palvelua kahden viime kuukauden aikana. Joka kymmenes (10 %) oli käyttänyt yhtä palvelua, ja kahta palvelua oli käyttänyt hieman alle joka viides (18 %) vastaaja. Kolme palvelua oli käyttänyt hieman yli joka viides (22 %), ja sama osuus vastaajista oli käyttänyt neljää palvelua (22 %). Viittä palvelua oli käyttänyt hieman yli joka kymmenes vastaaja (12 %), kuutta palvelua enää 7 % ja kaikkia seitsemää palvelua kahden viime kuukauden aikana oli käyttänyt 5 % vastaajista.

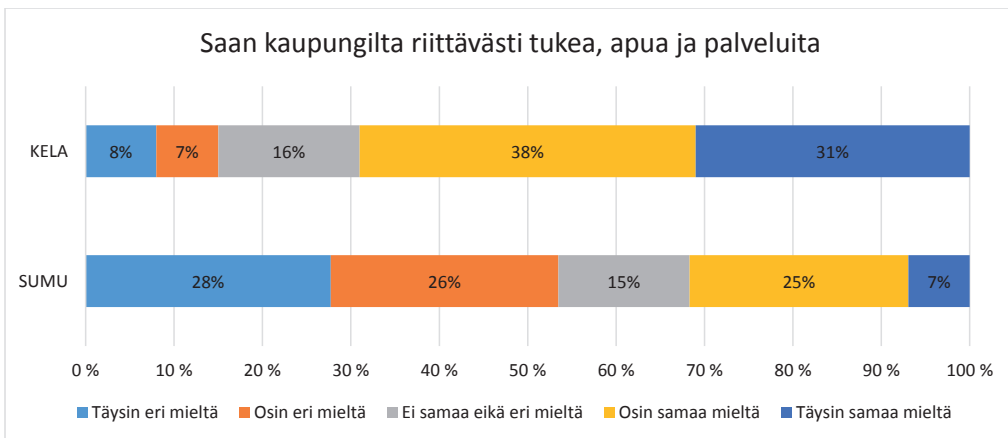
Eri taustamuuttujien välillä ei juuri ollut suuria eroja palveluiden käytön kasautumisessa. Palveluiden suurkäyttäjinä näyttäytyivät työkokeilussa olevat, joista kaksi viidesosaa (41 %) oli käyttänyt viidestä seitsemään palvelua kahden viime kuukauden aikana. Vähiten palveluita taas käyttivät töissä pysyvästi käyvät, joista hieman yli puolet (56 %) oli käyttänyt nollasta kahteen palvelua kahden viime kuukauden aikana. Myös eläkeläiset käyttivät palveluita harvemmin kuin muut ryhmät. Nuorimmat ja vanhimmat vastaajaryhmät käyttivät suhteellisesti harvemmin palveluita keskimmäisiin ikäryhmiin verrattuna. Aineistomme mukaan asunnottomat vastaajat käyttivät jonkin verran vähemmän palveluita kuin muut ryhmät.

Palveluiden kasautunut käyttö oli aineistossamme yhteydessä tulonsiirtojen kasautuneeseen käyttöön. Useampia palveluita käyttävät vastaajat saivat myös useampia tulonsiirtoja. Aineistossamme palveluiden kasautunut käyttö ei alustavien tulosten mukaan ollut havaittavassa yhteydessä subjektiivisiin hyvinvoinnin, terveyden tai elintason kysymyksiin. Palveluiden piirissä olemisella ei tämän tutkimuksen mukaan näyttäisi olevan suoraviivaista vaikutusta yksilöiden hyvinvoinnin tasoon.

## Kaupungin ja seurakunnan tuen riittävyys

Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden omaa kokemusta siitä, saavatko he tarpeeksi tukea yhteiskunnalta tiedusteltiin kysymyksillä ”Saan kaupungilta riittävästi apua, tukea ja palveluita” sekä ”Saan seurakunnalta riittävästi apua, tukea ja palveluita”. Vastausvaihtoehdot olivat ”täysin samaa mieltä”, ”osin samaa mieltä”, ”ei samaa eikä eri mieltä”, ”osin eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. Kokemusta kaupungin tuen riittävydestä on käsitelty tässä raportissa useiden muiden kysymysten yhteydessä.

Työikäiseen väestöön verrattuna terveysneuvontapisteiden asiakkaat ovat huomattavasti tyytymättömämpiä kaupungin tukeen, apuun ja palveluihin (ks. kuvio 11). Suomalaisista suurin osa (69 %) oli sitä mieltä, että he saavat kaupungiltaan riittävästi apua, tukea ja palveluita. Vastaavasti terveysneuvontapisteiden asiakkaista näin ajatteli vain kolmasosa (32 %). Hieman yli puolet (54 %) terveysneuvontapisteiden asiakkaista oli täysin tai osin eri mieltä siitä, että he saavat kaupungilta riittävästi tukea, apua sekä palveluita ja 15 % ei ollut asiasta samaa eikä eri mieltä.



**KUVIO 11. Kaupungilta saadun tuen riittävyys väestön ja terveysneuvontapisteiden asiakkaiden kokemana (%).**

Palveluiden kasautunut käyttö oli lievässä positiivisessa yhteydessä kokemukseen kaupungin tuen riittävydestä. Palveluita enemmän kuluttavat olivat hieman useammin sitä mieltä, että heidän kaupungilta saamansa apu, tuki ja palvelut olivat riittäviä.

Vanhemmat vastaajat (35 %) olivat hieman useammin jyrkästi eri mieltä kaupungilta saadun tuen riittävydestä kuin muut ikäryhmät. Samoin ne vastaajat (39 %), joilla peruskoulu oli keskeytynyt, olivat useammin jyrkästi eri mieltä tuen riittävydestä kuin korkeamman koulutuksen saaneet. Opiskelijat (13 %) ja töissä pysyvästi (13 %) olevat vastaajat olivat hieman useammin täysin samaa mieltä kaupungilta saadun tuen riittävydestä kuin muussa työtilanteessa olevat vastaajat.

Vastauspaikoittain Itä-Suomessa (Kuopio ja Joensuu) oltiin hieman muita alueita tyytyväisempiä kaupungilta saatuun tukeen ja tyytymättömmimpiä oltiin Kymenlaakson (Kotka ja Kouvola) sekä Hämeen (Tampere ja Hämeenlinna) alueella (ks. taulukko 11).

**TAULUKKO 11. Kokemus kaupungilta saadun tuen riittävydestä paikkakunnittain (% , N).**

		Vastauspaikkakunnat								
		Helsinki	Tampere	Hämeenlinna	Kotka	Kouvola	Oulu	Kuopio	Joensuu	Yhteensä
Saan kaupungilta riittävästi apua, tukea ja palveluita	Eri mieltä	53 %	61 %	65 %	55 %	58 %	56 %	43 %	42 %	53 %
		89	65	13	6	7	44	42	8	274
	Ei samaa eikä eri mieltä	17 %	11 %	5 %	18 %	17 %	13 %	19 %	11 %	15 %
		28	12	1	2	2	10	19	2	76
	Samaa mieltä	30 %	27 %	30 %	27 %	25 %	32 %	38 %	47 %	32 %
		51	29	6	3	3	25	37	9	163
Yhteensä	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		168	106	20	11	12	79	98	19	513

Kokemus kaupungin tarjoaman avun, tuen ja palveluiden riittävydestä oli yhteydessä kaikkiin koetun terveyden kysymyksiin. Etenkin masennusta kokevat olivat tyytymättömmimpiä kaupungilta saamansa tuen, avun ja palvelun määrään. Terveyteensä kaikilla ulottuvuuksilla tyytyväisistä noin kaksi viidestä (40 %) piti kaupungin tarjoaman tuen määrä riittävänä (osin tai täysin samaa mieltä). Terveyteensä tyytymättömistä kaupungin tukea riittävänä piti huomattavasti harvempi (masennus 16 %, huono fyysinen terveys 24 %, huono henkinen terveys 22 %).

Seurakunnalta saatuihin palveluihin suhtauduttiin jonkin verran neutraalimmin. Terveysneuvontapisteiden asiakkaista kaksi viidestä (41 %) oli täysin tai osin eri mieltä siitä, että sai seurakunnalta riittävästi tukea, apua ja palveluita. Noin kolmasosa vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä asiasta. Asiakkaista neljäsosa (26 %) oli täysin tai osin samaa mieltä siitä, että he saivat riittävästi tukea, apua ja palveluita seurakunnalta.

Toisaalta terveysneuvontapisteiden asiakkaat ovat seurakunnan tarjoamaan tukeen huomattavasti tyytymättömämpiä kuin väestö keskimäärin tai leipäjonossa käyvät (Ohisalo ym. 2015a, 302–303). Ohisalo, Laihiala ja Saari arvelevat tyytymättömyyden ensinnäkin liittyvän seurakunnan palvelujen vähäiseen käyttöön ja asiakkaiden kaukaiseen suhteeseen seurakunnasta. Taustalla saattaa heidän mukaansa olla myös laittomien päihdeiden käyttöön liittyvä ”pelko, moralisointi ja kontrolli (jotka) saattavat vaikeuttaa sekä avun piiriin hakeutumista, että myös avun saamista” (Ohisalo ym. 2015a, 303).

## Poiskäännitys

”Vaikea” on sana, joka toistuu usein, kun puhutaan esimerkiksi rikoksen tekijöistä tai päihdeongelmallisista palvelujärjestelmässä. Eri palveluissa määritellään tietyt ihmisryhmät muun muassa ”vaikeahoitoisiksi”, ”vaikeasti asutettaviksi” ja ”vaikeasti työllistettäviksi”. (Karjalainen & Viljanen 2009, 35.) ”Vaikeaksi” määrittelyn takana on päihdeongelmaisten näkeminen työläinä asiakkaina ja heidän osittainen sopimattomuutensa tarjolla oleviin hoito-ohjelmiin. Vaikea asiakas on usein myös ei-haluttu asiakas, johon kohdistuu myös tietoista ja tiedostamatonta poiskäännytystä. Viime vuosina tehdyt muutokset palveluiden järjestämisessä ovat luoneet yhä valikoivammin ja tiukemmilla säännöillä toimivan palvelujärjestelmän, joka sulkee ulkopuolelleen yhä enemmän päihtyneitä asiakkaita. (Nuorvala, Halmeaho & Huhtanen 2007, 117.)

Sakari Hännisen (2007, 9) mukaan poiskäännyttämistä (engl. *diversion*) voidaan pitää sosiaalisen syrjäytymisen aktiivisena muotona ja se tapahtuu instituutionaalisissa käytännöissä. Poiskäännätyksen ideologisena perusteluna voi toimia ihmisen oman aktiivisuuden edistäminen: ”Ihmiä on autettava auttamaan itseään”. Tällöin saattaa kuitenkin käydä niin, että ihmiset jätetään yksin ongelmiansa keskelle. Sakari Hänninen ja Jouko Karjalainen (2007, 169–171) ovat jakaneet poiskäännätyksen useampiin kategorioihin, sillä poiskäännätystä tapahtuu monin eri tavoin esimerkiksi instituutionaalisissa rakenteissa tai suorassa toiminnassa.

Yleisin poiskäännytyksen muoto ovat ”sulkeumat” (engl. *closure, span, block*). Sulkeumilla voidaan tarkoittaa esimerkiksi palveluissa sisäänrakennettuina olevia ”ruuhkautumisia”, kuten pitkiä jonotusaikoja tai hoitopaikkojen rajallisuutta. Sulkeumiin viitataan myös silloin, kun henkilö on määriteltä jonkin palvelun piiriin kuuluvaksi, mutta hänelle ei todellisuudessa näitä palveluita tarjota. (Hänninen & Karjalainen 2007, 169; Karjalainen & Viljanen 2009, 9.) Karjalainen ja Viljanen (emt.) osittain kyseenalaistavat näiden sulkeumien kutsumisen suoranaiseksi poiskäännytykseksi. Toisaalta taas Anne Määttä (2012b, 152) on esittänyt, ettei sulkeuma suinkaan ole torjunnan kevein muoto, vaan usein se seurasi viranomaispäätöksissä siirrääntä. Hänen mukaansa kielteisestä tukipäätöksestä seuraa tilanne, jossa muiden tukimuotojen mahdollisuudet rajoittuvat tai muuttuivat suoranaiseksi pakkovalinnoiksi, jotka eivät kuitenkaan vastanneet tuenhakijan tarvetta ja elämäntilannetta.

Sulkeumat voidaan poiskäännyttämisen sijaan nimetä myös palvelukynnyksiksi, jotka estävät tai haittaavat palveluihin hakeutumista. Palvelukynnyksistä vahvimmin tulevat esiin jonot. Jonoja on etenkin katkaisuhoidon, mutta myös laitoskuntoutukseen ja korvaushoiton. Päihdehoidon lisäksi päihdeongelmaiset joutuvat jonottamaan myös mielenterveystoimistoon, lääkärin vastaanotolle ja sosiaalityöntekijälle. Päihdeongelmaiset asiakkaat saatetaan usein myös tiputtaa näissä palveluissa jonon hännille, jolloin odotusaika venyy entisestään. Muita esille tuotuja yleisiä palvelukynnyksiä ovat ammattilaisten päihdeosaamisen puute ja siihen liittyvät asenteet, päihdepalvelujen aukioloajat ja sijainti. (Mäkelä ym. 2005, 7–11.)

Toisena ovat palvelun saannin ehtoihin liittyvä poiskäännytyksen muoto on ”käännyttäminen”. Käännyttämisessä on kyse joko palveluita hakevan henkilön käytöksen muuttamisesta ennen kuin hänet arvioidaan kelpoiseksi saamaan palveluita, tai sitten palveluiden lähtökohtana on yksilön ominaisuuksien ja identiteetin muuttaminen. Vaatimus raittiudesta on yksi esimerkki edellytyksistä palveluun pääsulle. Identiteettimuutokseen taas tähdätään esimerkiksi 12 askeleen raittiusohjelmissa. Käännyttäminen ei aina ole negatiivista, mutta se edellyttää motivaatiota sekä huomattavia kognitiivisia ponnisteluja käännyttämisen kohteelta. (Hänninen & Karjalainen 2007, 169–170; Karjalainen & Viljanen 2009, 10.)

”Siirrääntä”, ”luukuttaminen” ja ”pallottelu” kuvaavat konkreettista ja hyvin yleistä poiskäännyttämisen muotoa. Kyse voi olla myös ”viivyttämisestä” (engl. *desistance*), jossa päätöksiä viivytetään ja vastuu otetaan vasta jälkikäteen tai sitten päätökset ja vastuu siirretään (engl. *devolution*) toiselle taholle, joka voi olla toinen viranomainen, kolmas sektori, omainen tai

henkilö itse. (Hänninen & Karjalainen 2007, 170; Karjalainen & Viljanen 2009, 10.) Heikoimmassa tilanteessa oleville ihmisille luukuttaminen on hyvin ongelmallista, sillä vaativuudellaan se saattaa työntää avun ulkopuolelle (Määttä 2012a). Esimerkkinä palveluiden piiriin pääsemisen esteistä on päihdepalveluiden edellytys yhdestä hoidettavasta ongelmasta. Moniongelmaisuus estää usein pääsyn huumehoitoon sekä pääasiassa alkoholiongelmasta kärsivää henkilöä ei kelpuuteta alkoholikatkaisuyksikköön huumeiden käyttönsä vuoksi. (Törmä 2007, 103.)

Räikein poiskäännytyksen muoto on ”torjunta”, jolloin ihminen jätetään pelkän epävirallisen avun piiriin tai täysin oman onnensa nojaan (Hänninen & Karjalainen 2007, 170). Karjalaisen ja Viljasen (2009, 10) mukaan sosiaalisista ongelmista kärsivät lainrikkoajat joutuvat kokemaan usein torjuntaa palveluiden piirissä. Riikka Perälän (2012, 70) väitöskirjaansa varten haastatteleminen terveysneuvontapisteiden asiakkaiden kertomuksissa toistui torjutuksi tulemisen tunne tavallisesta yhteiskunnasta ja hoitojärjestelmästä. Käyttäjät olivat vahvasti sisäistäneet toiseuden omaan identiteettiinsä, ja osa haastatelluista näki ”havittelun” takaisin tavallisen yhteiskunnan piiriin mahdolltomaksi.

Näitä erilaisia poiskäännytyksen muotoja on löytänyt muun muassa Riikka Perälä haastatellessaan helsinkiläisiä terveysneuvontapisteiden asiakkaita. Perälän mukaan huumeidenkäyttäjät tunnistavat usein itsekin ongelmansa ja heiltä löytyy halua hakeutua päihdehoitoon. Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden mielestä kuitenkin yhteiskunnan tämänhetkiset interventiot olivat riittämättömiä ja joustamattomia. Hoitoa tarjoavia palveluita oli heidän mielestään liian vähän ja niiden saamiselle oli usein liikaa ehtoja. Muissa julkisissa palveluissa taas huumeidenkäyttäjät kokivat suureksi ongelmaksi viranomaisten käytöksen, jota pidettiin epäkunnioittavana. Ajoittain jopa vihamielistä asennetta huumeidenkäyttäjiä – ja -käyttöä kohtaan – koettiin erityisesti sosiaali- ja terveystoimen peruspalveluiden piirissä. (Perälä 2007, 262–265.)

Erityisesti asunnottomuus on merkittävä este hoitoon ja muihin palveluihin pääsyn tiellä. Asunnottomuus hankaloittaa etenkin pääsyä katkaisuhoitoon, joka taas on edellytyksenä monille muille kuntoutus- ja tukipalveluille. Silloinkin kun hoitoon olisi mahdollista päästä, pienet arjen ongelmat ovat esteenä. Asunnottomia ja jatkuvasti väliaikaisesti majoittuvia on hankala tavoittaa, eikä heillä ole välttämättä kännykkää, jolla pitää yhteyttä hoitaviin tahoihin. Usein hoitoon pääsyn edellytyksenä on se, että asiakas on tavoitettavissa heti, kun hoitopaikka vapautuu. Samoin hoidon päätyttyä jatkuva asunnottomuus heikentää selviytymistä. (Nuorvala, Halmeaho & Huhtanen 2007, 124–125; Törmä 2007, 100–101.) Muita hoi-

toon ja palveluihin pääsyn esteitä ovat muun muassa erilaiset velkarästit, joita on kerääntynyt aiemmasta julkisten palvelujen käytöstä (Nuorvala, Halmeaho & Huhtanen 2007, 126).

Myös mielenterveysongelmat ovat yleisiä päihdeiden ongelmakäyttäjien keskuudessa. Mielenterveysongelmien ja päihdeongelmien päällekkäisyys onkin yksi merkittävimpiä poiskäännätykseen johtavia ongelmia. (Mäkelä & Nieminen & Törmä 2005, 10–11.) Päihdehuolto vieroksuu asiakkaita, joilla on mielenterveyden ongelmia ja mielenterveyspalvelut vuorostaan torjuvat päihdeongelmaisia asiakkaita. Pompottelu johtuu eriävistä näkemyksistä sen suhteen, kumpaa ongelmaa tulisi hoitaa ensin, jotta hoidon onnistuminen olisi mielekästä. Riippumatta siitä, mitä ongelmaa hoidetaan ensisijaisesti, tulisi jonkun tahon ottaa päävastuu hoidosta. (Nuorvala, Halmeaho & Huhtanen 2007, 126–129.)

Ulla Knuutin (2007, 73) tutkimuksessa jotkut huumeidenkäyttäjistä kuvasivat esimerkiksi psykiatriseen hoitoon pääsyä vaikeaksi. Heidät oli usein kotiutettu jo päivystyspoliklinikalta mukanaan vain lääkeresepti. He itse olisivat toivoneet pääsevänsä sairaalaan hoitoon. Niin sanottu ”normaali potilas” otetaan yleensä sairaalaan sisään oireilunsa vuoksi, mutta usein huumeidenkäyttäjä lähetetään oireilunsa vuoksi ulos sairaalasta. Ihmisten välinen yhteys ja vuorovaikutus tulisi korostua hoivassa, mutta se on Riikka Perälän (2007, 269) mukaan jäänyt liian vähäiselle huomiolle päihdehuollon suuntaviivoista keskusteltaessa.

Myös tässä tutkimuksessa havaittiin terveysneuvontapisteiden asiakkailta merkittäviä ongelmia henkisessä terveydessä ja masennusta koettiin huomattavasti useammin kuin vertailuväestössä (ks. luku 5 Hyvinvointi). Toisaalta mielenterveyspalvelujen käyttö aineistossa ei ollut vastaavalla tasolla niissä ryhmissä, joissa mielen terveyteen liittyvät ongelmat olivat yleisimpiä. Myös poiskäännätyksiä kertyi eniten mielenterveyspalveluissa.

Poiskäännätyks rapauttaa merkittävässä määrin luottamusta palvelujärjestelmään, viranomaisiin ja yhteiskunnallisiin instituutioihin. Viranomaispäätösten kohdalla kielteisten päätösten taustalla olevia perusteita ei aina ymmärretä, mikä lisää epäoikeudenmukaisen kohtelun kokemusta. Samalla kun kokemukset epäoikeudenmukaisuudesta lisääntyvät, sitä vähemmän yksilö luottaa myös muihin ihmisiin. (Immonen & Kiikkala 2007, 75–76; Metteri 2012, 75–76.)

Poiskäännätykseksi voidaan Hännisen mukaan (2007, 9) pitää myös hakemuksien hylkääviä päätöksiä. Myös Anne Määttä totesi artikkelissaan (2012b, 152) kielteisten tukipäätösten olevan olennainen osa poiskäännätyksen kehän ja yleensä negatiivisen kierteen liikkeellepaneva voima. Tässä raportissa poiskäännätystä tarkastellaan yksinkertaisesti sosiaalietuusha-



kemuksien kielteisinä päätöksinä vastaajien oman kertoman mukaan sekä poiskäännytyksinä palveluista, joita vastaajat ovat hakeneet mutta oman kertomansa mukaan jääneet ilman (ks. myös Ohisalo & Määttä 2014).

Kuopion kaupungin kanssa toteutetun pilottitutkimuksen aineistonkeruun aikana keskusteltiin teemoista myös Kuopion Päihdepalvelusäätiön työntekijöiden kanssa. Näissä keskusteluissa nousi esiin etenkin sosiaalityöntekijän ja omalääkärin tai -hoitajan roolin merkittävyys linkkinä tarvitsijan ja palveluketjun välillä (ks. Laipio ym. 2014, 36). Myös tämä tutkimus tukee ajatusta, sillä vastaajista lähes neljä viidesosaa oli sosiaalitoimen ja kaksi kolmasosaa terveyskeskuksen asiakkaita. Joissakin terveysneuvontapisteissä toimiikin sosiaaliohjaajia avustamassa etenkin asumiseen ja toimeentuloon liittyvissä kysymyksissä. Sosiaali- ja terveyspalveluita järjestettäessä tulisi kiinnittää yhä enemmän huomiota ihmisen kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen riippumatta siitä, ollaanko terveyskeskuksessa, sosiaalitoimistossa vai mielenterveyspalveluissa. Haasteeksi jää mielenterveys- ja päihdepalveluiden läheisempi yhteistyö.

Tässä tutkimuksessa poiskäännytystä tutkittiin tarkastelemalla vastaajia, jotka olivat eri tulonsiirtojen ja palveluiden kohdalla ilmoittaneet ”olen hakenut, mutta en ole saanut”.

### *Sosiaaliturvasta poiskäännytyt*

Tutkimuksessa suurin osa vastaajien kotitalouksista (77 %) ei ollut kokenut tulonsiirroissa poiskäännytystä; he siis joko olivat saaneet kyseistä tulonsiirtoa tai eivät olleet hakeneet sitä. Yhtä tulonsiirtoa hakeneita mutta ei saaneita oli joka kymmenes vastaaja (13 %). Kahden tulonsiirron osalta kielteisiä kokemuksia oli enää neljällä prosentilla vastaajista, ja tämän jälkeen osuudet muuttuvat niin pieniksi, että on perusteltua puhua kahden tai useamman kielteisen tulonsiirtopäätöksen saaneista. Heitä oli aineistosta kymmenesosa (10 %). Kasautunutta tulonsiirroista poiskäännytystä kertyy terveysneuvontapisteiden asiakkaille jonkin verran. Toisaalta toimeentulotuen hakemisen ehtona on usein velvoite hakea kaikkia muita ensisijaisia etuuksia, joihin henkilö saattaa olla oikeutettu ennen toimeentulotuen myöntämistä. Osa tulonsiirroissa koetuista poiskäännytyksistä voi siis johtua tästä vaatimuksesta.

Yksittäisissä palveluissa kokemukset kielteisistä päätöksistä jäivät kaikissa tapauksissa huomattavasti alle kymmenesosaan vastauksista. Keskimäärin kielteisen päätöksen yksittäisessä päätöksessä oli saanut noin joka kahdeskymmenes. (Ks. kuvio 6 kpl 7.) Eniten kielteisiä päätöksiä koettiin toi-

meentulotuen ja sairauspäivärahan osalta. Seuraavaksi yleisimpiä kielteiset päätökset olivat työkyvyttömyyseläkkeen ja ansiosidonnaisen työttömyysturvan osalta. Asumistuen, työmarkkinatuen tai työttömyysturvan peruspäivärahan, kansaneläkkeen ja työttömyyseläkkeen osalta joka kahdeskymmenes kotitalous oli saanut kielteisen päätöksen. Poiskäännyttämistä oli harvimminkin koettu opintotuen, ikään perustuvan työeläkkeen, äitiys-, isyyssai tai vanhempainpäivärahan, lasten kodinhoidontuen ja vammaisuuksien osalta.

Toimeentulotuesta poiskäännyttämistä voidaan pitää rajuimpana poiskäännyttämisen muotona, torjuntana, sillä toimeentulotuessa on kyse yksilön viimesijaisesta turvasta (Määttä 2012b, 151). Sen jälkeen tulevat enää epävirallisen avun kanavat. Useat syyt saattavat johtaa toimeentulotuesta torjuntaan. Anne Määttän mukaan (2012b, 151) tällaisia syitä voivat olla muun muassa omaisuus, joka on vaikeasti muutettavissa käteiseksi, velat tai suuret menot, joita ei hyväksytä tukeen oikeutettaviksi. Torjutuille henkilöille kasautuu usein useita sosiaalisia riskejä, erityisesti velkojen aiheuttamat taloudelliset ongelmat johtavat helposti torjunnan kierteseen. Tässä tutkimuksessa niissä kotitalouksissa, joissa ei saatu yhtäkään tulonsiirtoa, lähes puolet (n=9) ilmoitti hakeneensa toimeentulotukea mutta jääneensä ilman sitä. Eniten kielteisiä toimeentulotukipäätöksiä saatiin vanhimmassa ikäryhmässä, josta kymmenesosa ilmoitti saaneensa kielteisen toimeentulotukipäätöksen. Luku on lähes puolet enemmän kuin muissa ikäryhmissä. Samoin korkeammin koulutetussa ryhmässä oli useimmin kielteisiä toimeentulotukipäätöksiä. Työtilanteittain merkittävästi eniten toimeentulotuen kielteisiä päätöksiä olivat saaneet töissä määrät- tai osa-aikaisesti olevat, joista lähes joka viides kertoi hakeneensa mutta jääneensä ilman toimeentulotukea. Toiseksi eniten kielteisistä päätöksistä kertoivat eläkeläiset, joista joka kymmenes ei ollut saanut toimeentulotukea vaikka oli hakenut sitä. Asumistilannetta koskeissa taustoissa sekä asunnottomista ja omistus-asunnoissa asuvista hieman yli joka kymmenes oli yrittänyt saada toimeentulotukea. Paikkakuntakohtaisesti hakemisesta mutta saamatta jäämisestä ilmoitettiin suhteessa eniten Oulussa (12 %) ja Tampereella (8 %).

Mitä useampia kielteisiä tulonsiirtoja koskevia päätöksiä vastaajalle oli kertynyt, sitä useammin hän koki kaupungilta saamansa tuen riittämättömäksi. Kielteisten päätösten kasautumisella oli havaittava, mutta ei tilastollisesti merkittävä negatiivinen vaikutus näkemyksiin kaupungin tarjoaman tuen, avun ja palveluiden määrän riittäväydestä. (Ks. taulukko 12) [ $\chi^2 = 8,092$ ,  $p = 0,088$ ]. Kahdesta tai useammasta tulonsiirrosta kielteisen päätöksen saaneista vain alle joka kuudes koki edes osin kaupungin tuen

riittäväksi. Vastaavasti tutkimukseen osallistujista, joiden kotitaloudessa ei ollut kokemuksia kielteisistä päätöksistä, kolmasosa koki kaupungin tuen ainakin osittain riittäväksi.

**TAULUKKO 12. Kokemus kaupungilta saadun tuen riittävydestä ja tulonsiirroista poiskäännytysten määrä.**

			Saan kaupungilta riittävästi tukea, apua ja palveluita			
			eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	samaa mieltä	Yhteensä
Montaako tulonsiirtoa hakenut mutta ei saanut	0	%	52%	14%	34%	100%
		N	174	48	114	336
	1	%	48%	21%	30%	100%
		N	16	7	10	33
	2 tai useampi	%	64%	20%	16%	100%
		N	36	11	9	56
	Yhteensä	%	53%	16%	31%	100%
		N	226	66	133	425

Maria Ohisalo ja Anne Määttä (2014, 55) huomauttavat, että nuorille ja päihde- ja mielenterveysongelmallisille langetetaan usein karenssi, jos he eivät ole kykeneviä vastaanottamaan työtä tai osallistumaan tukitoimenpiteisiin. Karenssi johtaa työmarkkinatuen tai työttömyysturvan osalta kielteiseen päätökseen, mutta mahdollisesti myös toimeentulotuen alenemiseen 20–40 %:lla. Tämän suuruinen alennus toimeentulotuessa vaikeuttaa jo niukilla varoilla elävien toimeentuloa entisestään.

Toimeentulotuki on tällä hetkellä kunnan sosiaalitoimen myöntämää, mutta sen on tarkoitus siirtyä Kelan maksamaksi etuudeksi vuonna 2017. Toimeentulotukea koskevan lain (1412/1997) mukaan toimeentulotuen alentamista koskeva päätös on tehtävä yksilöllisesti harkiten ja sen yhteydessä on laadittava toimenpidesuunnitelma asiakkaan itsenäisen suorittamisen edistämiseksi. Yhden selvityksen mukaan sosiaalityöntekijät ja sosiaaliohjaajat tekivät harvemmin toimeentulotuen alentamispäätöksiä kuin etuuskäsittelijät, joille tuen alentamista koskeva päätös oli automaattisempi tiettyjen reunaehtoien täytyessä. Myös yksilöllistä suunnitelmaa ei aina toteutettu. (Karjalainen, Kuivalainen, Hannikainen-Ingman & Mikkilä 2013, 210–211.) Nähtäväksi jää, millainen käytäntö toimeentulotuen alentamiseen muodostuu päätöksenteon siirtyessä Kelalle.

## *Palveluista poiskäännyttetyt*

Suuri osa vastaajista (78 %) ei ole kokenut palveluista poiskäännyttämistä, mutta tietyllä osalla on kokemuksia jopa useammasta palvelusta poiskäännyttämisestä. Yhdestä palvelusta poiskäännyttämisen kokemus oli hieman useammalla kuin joka kymmenennellä (12 %) vastaajalla ja kahdesta tai useammasta palvelusta poiskäännyttämisen kokemusta oli kymmenesosalla (10 %) vastaajista.

Asiakasryhmät, joilla on sekä päihdeongelmia että mielenterveyden ongelmia, ovat myös erittäin epäsuosittuja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Eri tahojen vastuut ja työnjaot ovat näissä tapauksissa usein epäselviä. Torjuvaa suhtautumista voivat aiheuttaa myös sukupuoli ja ikä. Samoin kuulumisella johonkin erityisryhmään, kuten vankeihin, on vaikutusta palvelujen saantiin. (Karjalainen & Viljanen 2009, 5.) Kuten aiemmin todettiin, erityisesti asunnottomuus on yksi keskeinen tekijä, joka estää päihdeongelmaisten sosiaali- ja terveystalvelujen saamista. He myös tunnistavat usein hoidon tarpeensa mutta eivät silti saa palveluja. (Ks. esim. Nuorvala ym. 2007, 124; Upshur, Weinreb, Cheng, Kim, Samet & Saitz 2014, 82). Myös tässä tutkimuksessa asunnottomille ja tukiasunnossa asuville kasautui useammin poiskäännytyksen kokemuksia.

Eniten poiskäännytystä koettiin mielenterveyspalveluissa, joissa joka kymmenes kyselyyn vastanneista terveysneuvontapisteiden asiakkaista (9 %) oli hakenut palveluita mutta ei ollut saanut niitä. Huolestuttavaa on, että useampi kuin joka kymmenes henkiseen terveyteensä tyytymättömistä (14 %) samoin kuin masentuneista (15 %) oli kokenut jääneensä ilman mielenterveyspalveluita.

Seuraavaksi eniten poiskäännytystä koettiin Kelan palveluissa, joissa vastaajista 7 % oli hakenut palveluita mutta ei ollut saanut niitä. Kelan palveluista poiskäännytettyinä ryhminä korostuivat asunnottomat (12 %), korkeimman koulutusasteen (opisto tai yliopisto) käyneet (19 %) sekä 36–45-vuotiaiden ikäryhmä (11 %).

Kolmanneksi yleisimpänä poiskäännytyksen kokemuksia löytyi terveyskeskuksen palveluista (6 %). Töissä määrä- tai osa-aikaisesti olevat (11 %) sekä asunnottomat ja tukiasunnoissa asuvat olivat useimmin jääneet ilman terveyskeskuksen palveluita. Fyysiseen terveyteensä tyytymättömistä harvempi kuin joka kymmenes (8 %) oli jäänyt ilman terveyskeskuksen palveluita yrityksestään huolimatta. Fyysisistä terveyttä koskevat tarpeet tulevat siis jonkin verran paremmin kohdatuiksi palvelujärjestelmässä kuin mielenterveyteen liittyvät avun tarpeet.

Seuraavaksi yleisimpiä olivat poiskäännytyksen kokemukset sosiaalitoimessa sekä työvoimatoimessa, joissa molemmissa 5 % vastaajista oli hakenut palveluita mutta ei ollut saanut niitä. Sosiaalitoimen palveluissa poiskäännytettyinä ryhminä korostuivat töissä osa- tai määräaikaisesti olevat ja eläkeläiset, asunnottomat (11 %) sekä yli 45-vuotiaat (11 %).

Työvoimatoimiston palveluissa taas korostuivat poiskäännytettyinä asunnottomat. Verrattuna sosiaalitoimiston palveluihin, joissa vanhimpien ikäryhmä korostui poiskäännytettyinä, työvoimapalveluissa nuorimmalla ikäryhmällä (8 %) on eniten poiskäännytyksen kokemuksia. Työvoimapalveluissa tämä voi nimenomaan tarkoittaa aikaisemmin mainittua karenssia. Miehillä (7 %) oli naisia useammin poiskäännytyksen kokemuksia työvoimatoimiston palveluista.

Vähiten poiskäännytyksen kokemuksia kerääntyi seurakunnan palveluista sekä päihdepalveluista, joiden molempien kohdalla 4 % vastaajista ilmoitti hakeneensa palveluita mutta jääneensä ilman niitä. Päihdepalveluissa on positiivista se, että ne näyttäytyvät vähiten poiskäännytyksen kokemuksia aiheuttavina. Tähän voi olla syynä henkilökunnan asianmukainen koulutus ja suhtautuminen päihdeongelmaan.

Sinänsä huolestuttavaa on, että poiskäännytystä tapahtuu myös seurakunnan palveluista. Diakoniatyön ajatellaan usein olevan se viimeinen oljenkorsi, josta henkilö saa apua, kun hän on pudonnut läpi yhteiskunnan virallisen auttamisverkon. Työtilanteittain suhteessa eniten poiskäännytyttä diakoniapalveluista kokevat kotona olevat sekä työttömät tai lomautetut eli ne, jotka ainakin työmarkkinatermein ovat kaikista heikoimmassa asemassa.

## **Yhteenveto**

- Terveysneuvontapisteiden asiakkaat käyttävät runsaasti kuntien tarjoamia palveluita. Tässä mielessä he eivät ole yhteiskunnan ”ulkopuolella” vaan itse asiassa hyvin paljon sisäpuolella. Toisaalta on mahdollista, että terveysneuvontapisteiden asiakkaat ovat jo valikoituneet yhteiskunnallisten palveluidenkäyttäjiksi ja palveluitakarttavahumeiden käyttäjiä ei ole mahdollista tavoittaa terveysneuvontapisteiden kautta.
- Eniten käytettyjä palveluita olivat sosiaalitoimiston palvelut, päihdepalvelut, terveyskeskuksen palvelut sekä työvoimatoimiston palvelut.

- Epävirallisen avun piirissä eli leipäjonojen tai diakoniatyön asiakkaana oli viimeisen vuoden aikana ainakin satunnaisesti ollut noin neljä kymmenestä vastaajasta. Epävirallinen apu on kaikista viimeisintä turvaa, kun yhteiskunnan muut tukiverkostot ovat pettäneet.
- Korkeasta palveluiden käyttöasteesta huolimatta terveysneuvontapisteiden asiakkaista vain kolmasosa koki saavansa riittävästi apua, tukea ja palveluita kaupungilta. Toisaalta usean palvelun käyttö lisäsi jonkin verran tyytyväisyyttä kaupungilta saatuun tukeen.
- Terveyteensä tyytymättömät ja erityisesti masentuneet kokivat useammin kaupungilta saadun avun, tuen ja palvelut riittämättömiksi.
- Poiskäännytys yhteiskunnan palveluissa on iso ongelma päihde- ja mielenterveysongelmallisille. Aineistossamme enemmistö vastaajista ei ollut kokenut poiskäännytystä sosiaaliturvassa tai palveluissa. Osalle vastaajista kuitenkin kertyi useita poiskäännytykskertoja. Poiskäännytyskokemusten kasautuminen vaikutti negatiivisesti kokemuksiin kaupungin tuen riittävydestä.
- Eniten poiskäännytystä koettiin tulonsiirtojen osalta toimeentulotuessa ja sairauspäivärahassa sekä palveluiden osalta mielenterveyspalveluissa.
- Asunnottomat ja tukiasunnoissa asujat kärsivät useammin palveluista poiskäännytyksestä.
- Moniongelmaisuus ja useiden palveluiden samanaikainen käyttö ovat terveysneuvontapisteiden asiakkaille yleistä. Tältä pohjalta palveluiden laajempi integraatio voisi parantaa etenkin mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta myös päihdeongelmallisille.



## 9 MUUTOSHALUKKUUS JA TULEVAISUUDEN USKO

Muutoshalukkuudessa tai muutosmotivaatiossa on kyse yksilön kokemasta tarpeesta tai halusta muuttaa huumeiden käyttöään, halua toimia niiden muutoksien eteen sekä osallistua päihdehoitoon (Berman, Palmstierna, Källmén & Bergman 2007). Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden muutoshalukkuuden kartoittamista ei ole aiemmin tehty, koska neuvontapisteet ovat haittojen vähentämiseen liittyviä päihdepalveluita, eivätkä ne velvoita asiakkaitaan olemaan motivoituneita huumeiden käyttönsä muuttamiseksi. Lähtökohtaisesti voitaisiin ajatella, ettei terveysneuvontapisteiden asiakkaiden motivaatio ole oman huumeidenkäytön muuttamiseksi kovinkaan korkealla tasolla (ks. esim. Hiller, Narevic, Rosen, Staton, Leukefeld, Garrity & Kayo 2009). Kysymyksillä muutosmotivaatiosta haluttiinkin selvittää, onko asia näin vai kaipaavatko myös neuvontapisteissä asioivat huumeiden käyttäjät muutosta käyttöönsä. Samalla kartoitettiin myös terveysneuvontapisteiden asiakkaiden näkemyksiä siitä, kuinka positiivisesti he suhtautuivat omaan tulevaisuuteensa. Optimismi ja usko parempaan tulevaisuuteen ovat olennaisia tekijöitä yksilön selviämisen ja hyvinvoinnin kannalta.

### **Muutoshalukkuuteen vaikuttavat tekijät aiemman tutkimuksen valossa**

Muutoshalukkuus on pitkälti psykologian tutkima aihealue. Huumeiden käytön lopettamiseen ja siihen motivoitumiseen liittyvät teoriat ovat jossain määrin yksilön tai hänen lähiympäristönsä ominaisuuksiin keskittyviä. Tällaisia teorioita ovat esimerkiksi käyttäjän iän tai käytön keston myötä tapahtuva ”kylästyminen” huumeiden käyttöön (engl. ”*maturing out*”). Käytön lopettamiseen liittyy usein vahvasti myös teoria negatiivisten kokemusten kasautumisesta (engl. ”*hitting bottom*”), joka pohjakokemuksen kautta



herättää muutostmotivaation. Pohjakokemukseen liittyviä ja sitä edeltäviä tapahtumia ovat esimerkiksi omakohtaiset terveysongelmat, läheisten käyttäjien kuolemat sekä sosiaalisten suhteiden rikkoutuminen läheisten kanssa. Kun negatiivisia asioita on kerääntynyt tarpeeksi suhteessa käytön tuotamiin positiivisiin kokemuksiin, teorian mukaan käyttäjän ajattelutavassa alkaa tapahtua muutoksia ja halu huumeiden käytön lopettamiseen herää. (Ks. esim. Beenstock 2004; Hiller ym. 2009, 35.)

Aiemman tutkimuksen mukaan osalle huumeiden käyttäjistä tärkeimpiä ovat oman kontrollin ja valinnan tunteen kehittäminen, jotta muutos olisi mahdollinen. Ensin täytyy herätä sisäinen halu vähentää huumeidenkäyttöä tai lopettaa se kokonaan, ennen kuin ulkoinen tuki tai vaikutteet ovat hyödyksi lopettamisessa. Tähän liittyy olennaisesti toivo paremmasta tai erilaisesta tulevaisuudesta; tulevaisuuden tavoitteet luovat positiivista muutosta käyttäytymisessä. Toisaalta joillekin käyttäjille elämältä enemmän haluaminen näytti liittyvän menneisiin kokemuksiin, jotka olivat usein ahdistavia. Tällöin muutos perustuu osittain ajatukselle, ettei menneisyyden huonoja kokemuksia haluta kokea uudestaan tulevaisuudessa. (Stajduhar ym. 2009, 312–313.)

Joidenkin käyttäjien huumeisiin liittymättömät tulevaisuuden tavoitteet ja suunnitelmat sekä heidän toivonsa paremmasta tulevaisuudesta rakentuvat muuttuneen maailmankuvan ja resilienssin aktivoitumisen määrittäjiksi. Resilienssillä tarkoitetaan tässä yhteydessä pitkään jatkuneesta huumeiden käytöstä ja siihen ehdollistumisesta huolimatta säilyvää halua ja kykyä tehdä muutos omassa käytöksessä. Riskimekanismit ja suojaavat mekanismit ovat avaintermiä resilienssin käsitteessä, ja ne ovat määrittämässä sitä, mitkä ovat resilienssiä säilyttäviä tekijöitä. Suonensisäisten huumeidenkäyttäjillä resilienssissä on kyse yksilön voimista ja taidoista, jotka voivat edistää toipumista ja hyvinvointia. (Stajduhar ym. 2009, 310.)

Positiiviset sosiaaliset kokemukset, kuten perheen saaminen, perheen säilyttäminen tai ansaitsematon hyvä kohtelu, voivat olla myös tärkeitä elämänmuutokseen motivoivia tekijöitä. Toisaalta muut ihmiset voivat myös varoittavan esimerkin kautta motivoida muutosta. Samalla kuitenkin motivoituminen tapahtuu enimmäkseen omien kokemusten ja ajatusten kautta. Myös kuntoutus vaikuttaa motivaatioon. Muutoksen saavuttamiseen vaikuttavat siis ympäristötekijät, merkityksellisten ihmisten tuki ja vaatimukset, omat persoonalliset ja sosiaaliset resurssit ja erilaiset ammatilliset interventiot. Toiveikkaus ja positiivisuus taas auttavat voimavarojen vapautumisessa. (Karsikas 2005, 74–75.)

Huumeiden käyttö on usein vuosia kestävä vaihe, ja yleensä käytön on todettu jatkuvan 7–11 vuotta ennen hoitoon hakeutumista. Huumeiden

käyttö on yleensä vuosia kestävä elämänvaihe, jonka aikana käyttäjä kuitenkin tarvitsee yhtä lailla palveluita. Huumeista irrottautumisen prosessiin kuuluvat myös retkahdukset. Se, millä tavalla käyttäjä itse sekä hoitotahot suhtautuvat retkahtamisiin, voi vaikuttaa ratkaisevasti siihen, jatkuuko toipumisen prosessi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014, 9–10.)

Huumeidenkäyttäjien mielestä heidät nähdään yhteiskunnassa yleensä toisen luokan kansalaisina. Useimmilla on kuitenkin toiveena ”normaalin” elämän eläminen, johon kuuluisivat muun muassa perhe, lapset ja työ (Weckroth 2006, 142). Päihteiden sekakäyttäjien muutosmotivaatioon pystytään vaikuttamaan myös heitä auttavien ja tukevien ihmisten kautta. Sosiaaliset suhteet ja sosiaalinen tuki ovat tässä tehtävässä tärkeitä. (Karsikas 2005, 74–75.)

Tässä tutkimuksessa selvitettiin terveysneuvontapisteiden asiakkaiden suhdetta omaan huumeiden käyttöönsä, huumeiden vaikutuksia elämään sekä muutosmotivaatiota useilla kysymyksillä. Tutkimuksessa vastaajien muutosmotivaatiota (engl. readiness-to-change) mitattiin sovelletulla DUDIT-E-mittarilla. Sovelluksen suunnitteli psykologian professori Kirsi Honkalampi Itä-Suomen yliopistosta, ja mittariston avulla kerättyä aineistoa käytetään laajemmin psykologian laitoksen tekemään muutoshalukkuuden tutkimukseen.

Alkuperäinen *Drug Use Disorders Identification Test – Extended* (DUDIT-E) mittaa huumeiden käytön useutta, käytön positiivisia ja negatiivisia puolia sekä valmiutta hoitoon. Muutosvalmiutta mitataan huumeiden käytön negatiivisten ja positiivisten puolien vastakkainasettelulla, joka on yhteydessä vastaajan hoitovalmiuteen ja motivaatioon muuttaa omaa huumeiden käyttöään. DUDIT-E-mittariston muodostamisen taustalla vaikuttaa näkemys, jossa huumeiden käyttö nähdään valintana, jolla on positiivinen odotusarvo. (Berman ym. 2007, 359.)

Huumeiden käytön positiivisten aspektien mittaaminen auttaa ymmärtämään huumeiden käytön taustalla vaikuttavia motiiveja. Positiivisten odotusten ja negatiivisten seurausten vastakkainasettelulla pyritään selvittämään päätöksenteon tasapainoa, jonka pohjalta vastaaja joko jatkaa huumeiden käyttöä tai haluaa lopettaa sen. Perusolettamus on, että kun huumeiden käytön negatiiviset aspektit ylittävät positiiviset, vastaajan valmius hoitoon vahvistuu. (Berman ym. 2007, 359.)

Muutosvalmiutta on aikaisemmin kartoitettu päihdehoidossa toteutetuissa tutkimuksissa, mutta tämä on kartoituksen perusteella ensimmäinen kerta, kun muutosvalmiutta kartoitetaan huumeiden käyttäjiltä, jotka eivät oletettavasti osallistu päihdehoitoon tai jotka jatkavat suonensisäistä käyttöä hoidosta huolimatta. Tähän tutkimukseen valikoitiin kuusi ky-

symystä DUDIT-E-mittarin huumeidenkäytön itsearvioinnin muutosvalmiutta käsittelevästä osiosta (motivation index). DUDIT-E:stä valittujen kysymysten sanamuotoja muutettiin hieman ja vastausasteikko muutettiin kolmiportaisesta viisiportaiseksi Likert-asteikoksi, jotta muutosvalmiuteen liittyvät kysymykset olisivat yhdenmukaiset muiden osioiden kanssa. (Havukainen & Pasanen 2015, 17.)

Sovellettu versio DUDIT-E-mittaristosta sisälsi kysymykset ”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” sekä ”Voin saada oikeanlaisia apua ammattilaisilta”. Vastausvaihtoehdot kaikkiin kysymyksiin olivat ”täysin eri mieltä”, ”osin eri mieltä”, ”ei samaa eikä eri mieltä”, ”osin samaa mieltä”, ”täysin samaa mieltä”. Huumeiden käyttöön ja yleisemmin usean päihteen käyttöön liittyviä ongelmia selvittivät lisäksi kysymykset ”Huumeiden käyttö aiheuttaa minulle ongelmia” sekä ”Alkoholin käyttö aiheuttaa minulle ongelmia”.

## **Suhtautuminen omaan huumeiden käyttöön**

”Nautin huumeiden käytöstä” on osa käsiteltävää DUDIT-E-mittaristoa, mutta se kertoo paremmin itsenäisenä kysymyksenä vastaajien tämänhetkisestä suhteesta huumeisiin ja on yksi osa huumeiden käytön positiivista, käytön jatkumista edistävää puolta. Huumeiden käytöstä nauttii ainakin jossain määrin puolet vastaajista (51 %), ei samaa eikä eri mieltä huumeiden käytön nautinnollisuudesta oli joka viides (20 %) ja hieman harvempi kuin joka kolmas ei koe juuri nauttivansa huumeiden käytöstä (29 %). Suhteellisen moni terveysneuvontapisteiden asiakas saa siis jonkinasteisia positiivisia kokemuksia huumeiden käytöstään. Miehet (55 %) kokevat naisia (45 %) useammin nauttivansa huumeiden käytöstä. Useimmin huumeiden käytöstä nauttivat töissä pysyvästi käyvät (61 %) kun taas harvimminkin työkokeilussa olevat (34 %) ja opiskelijat (42 %).

Toisaalta vastaajat kokivat hyvin usein heille aiheutuvan ongelmia huumeiden käytöstä. Kaksi kolmesta (65 %) vastaajasta koki huumeiden käytön aiheuttavan heille jonkin asteisia ongelmia. Ei samaa eikä eri mieltä huumeiden käytön aiheuttamista ongelmista oli 15 % ja eri mieltä joka viides (21 %) tutkimukseen osallistuja. Vaikka huumeiden käyttö koetaan nautinnolliseksi, vastaajat tiedostavat käyttöön liittyvän tiiviisti omakoh- taisia haittoja. Sitä, millaisia ongelmia huumeiden käyttö vastaajille aihe-

uttaa, ei tarkemmin selvitetty. Huumeiden käytöstä aiheutuvia ongelmia kokevat eniten työttömät tai lomautetut (71 %), kotona olevat (70 %) ja usein myös opiskelijat (68 %). Siinä suhteessa, että monella elämään tyytyväisyyden mittarilla opiskelijat olivat paremmin voiva ryhmä, tämä tulos on yllättävä. Tulos voi kertoa opiskelijoiden havaitsevan esimerkiksi opiskelukyvyn heikkenemistä huumeiden käytön seurauksena. Vähiten huumeiden käytöstä johtuvia ongelmia kokevat töissä pysyvästi käyvät (33 %). Työsuhteessa oleminen näyttäisi siis jollain tavalla suojaavan koetuilta haitoilta. Kyse voi olla siitä, että työpaikkansa säilyttääkseen töissä pysyvästi käyvät ovat onnistuneet kontrolloimaan käyttönsä.

Ikäryhmien välillä oli selkeitä eroja siinä, koettiinko huumeiden käytön aiheuttavan ongelmia. Mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse, sitä harvemmin huumeiden koettiin aiheuttavan ongelmia (ks. taulukko 13). Ryhmien jakaumat poikkesivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi [ $\chi^2 = 21,107$ ,  $p = 0,002$ ]. Samanlainen havainto tehtiin suomensisäisten huumeiden käytön aloittamisiän suhteen. Suhteellisen iäkkäinä (yli 36-vuotiaana) suomensisäisten huumeiden käytön aloittaneet kokivat harvemmin käytön aiheuttamia ongelmia kuin aikaisemmin aloittaneet.

**TAULUKKO 13. Ikä ja huumeiden käytöstä aiheutuvien ongelmien kokeminen (% , N).**

		Ikä				
		16–25-v.	26–35-v.	36–45-v.	Yli 46-v.	Yhteensä
Huumeiden käyttö aiheuttaa minulle ongelmia	Eri mieltä	14 %	18 %	25 %	38 %	21 %
		12	42	32	16	102
	Ei samaa eikä eri mieltä	15 %	13 %	22 %	10 %	15 %
		13	30	28	4	75
	Samaa mieltä	71 %	70 %	53 %	52 %	64 %
		62	167	69	22	320
	Yhteensä	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		87	239	129	42	497

Huumeiden käyttöön liittyvät tuomiot olivat yhteydessä koettuun huumeiden käytön haitallisuuteen: mitä vakavammasta sanktiosta oli kyse, sitä enemmän koettiin huumeiden käytön aiheuttavan ongelmia (ks. taulukko 14). Ryhmien jakaumat poikkesivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi [ $\chi^2 = 25,137$ ,  $p = 0,000$ ]. Ei sanktioita saaneista hieman yli puolet, sakkoja saaneista kaksi kolmasosa ja vakavia sanktioita saaneista neljä viidesosaa

koki huumeiden käytön aiheuttavan heille ongelmia. Tämä tulos kertoo todennäköisesti osaltaan siitä, millaisia huumeiden käytöstä koetut ongelmat ovat. Koetut ongelmat ainakin osittain liittyvät kohtaamisiin poliisin kanssa ja rikosoikeusjärjestelmään. Toisaalta ei sanktioita saaneet olivat useammin eri mieltä huumeiden käytön nautinnollisuudesta kuin sanktioita saaneet. Mahdollinen tulkinta on, että vaikka käyttö aiheuttaa ongelmia, huumeiden käyttö voi olla vakavia rikosoikeudellisia sanktioita kokeneille ryhmille eräänlainen helpotuksen väline muita elämässä koettuja vastoinkäymisiä vastaan.

**TAULUKKO 14. Huumeisiin liittyvät tuomiot ja huumeiden käytöstä aiheutuvien ongelmien kokeminen (% , N).**

		Huumeisiin liittyvät tuomiot			
		Ei sanktioita	Sakkoa	Yhdyskunta-palvelua/vankeutta	Yhteensä
Huumeiden käyttö aiheuttaa minulle ongelmia	Eri mieltä	29 %	13 %	12 %	20 %
		67	21	14	102
	Ei samaa eikä eri mieltä	16 %	17 %	11 %	15 %
		29	27	12	75
	Samaa mieltä	55 %	70 %	77 %	65 %
		125	110	87	322
	Yhteensä	100 %	100 %	100 %	100 %
		228	158	113	499

Päihteiden sekakäyttö on yleistä päihdehuollon huumeasiakkailta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016, 9). Tässä tutkimuksessa päihteiden haitallista sekakäyttöä kartoitettiin kysymällä terveysneuvontapisteiden asiakkailta, aiheuttaako alkoholin käyttö heille ongelmia. Vaikka alkoholin haitallinen käyttö on todettu runsaaksi huumeiden käyttäjien keskuudessa (ks. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016), tämän tutkimuksen mukaan vastaajat kokivat alkoholin aiheuttavan huomattavasti harvemmin ongelmia kuin huumeiden käytön. Joka kolmas vastaaja (32 %) oli vähintään jossain määrin samaa mieltä alkoholin heille aiheuttamista ongelmista. Hieman yli kymmenesosa (13 %) ei ollut asiasta samaa eikä eri mieltä. Eri mieltä alkoholin ongelmallisuudesta oli puolet (55 %) vastaajista.

Miehet (36 %) kokivat naisia (23 %) huomattavasti useammin alkoholin käytöstä johtuvia ongelmia. Työtilanteittain jaoteltuina eniten alkoholista johtuvia ongelmia kokivat työkokeilussa olevat (44 %). Vähiten alkoholista

koettuja ongelmia oli töissä pysyvästi käyvillä sekä toisaalta kotona olevilla. Kuopion Portissa tutkimusta kerätessä keskusteltiin asiakkaiden kanssa ajoittain myös alkoholin käytöstä. Monet kuvailivat alkoholin olevan yhteen sopimaton huumeiden kanssa ja aiheuttavan enemmän epämukavia sekavuustiloja sekä krapuloita, jolloin alkoholin käyttö oli jäänyt vähemmälle tai kokonaan pois käytöstä.

Asunnottomilla oli suhteessa enemmän ”ei samaa eikä eri mieltä” -vastauksia kuin muilla kysymyksiin ”Huumeiden käyttö aiheuttaa minulle ongelmia” ja ”Alkoholin käyttö aiheuttaa minulle ongelmia”. Asunnottomat myös hieman useammin totesivat nauttivansa huumeiden käytöstä. Kerтоoko tämä asunnottomuuden ongelmallisesta tilanteesta itsessään, jolloin oman päihteiden käytön ei katsota olevan ensisijainen ongelma muiden ongelmien rinnalla, vaan huumeiden käyttö saattaa tarjota hetkellistä helpotusta raskaaseen elämäntilanteeseen? (Ks. esim. Perälä 2012.)

Lääkkeiden käytön aiheuttamista ongelmista ei kysytty useimmilla paikkakunnilla. Tampereen Nervissä kysymys haitallisesta lääkkeiden käytöstä oli lisätty kysymyslomakkeeseen. Tampereella hieman alle puolet (46 %) vastaajista koki lääkkeiden käytön aiheuttavan heille ainakin osittain ongelmia (Koivula, Saari, Saari, Tourula, Tyrväinen & Vettenranta 2014, 34). Vaikka lääkkeiden käyttöä ei suurimmassa osassa tutkimuspaikkakuntia tiedusteltu, on todennäköistä, että useat vastaajat käyttävät erilaisia huumeiden ja lääkkeiden yhdistelmiä (ks. esim. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016, 9).

## **Muutosvalmius**

Pälvi Havukainen ja työryhmä (2017) tutkivat artikkelissaan Kuopion Portin osa-aineiston (N=100) vastaajissa havaittavaa muutosvalmiutta ja sen yhteyttä vastaajien hyvinvointiin sekä erilaisiin sosiodemografisiin taustamuuttujiin. Heidän tutkimuksensa varmensi DUDIT-E-mittaristosta poimittujen kysymysten toimivan hyvin yhteenlaskettuna muutosvalmiutta mittaavana summamuuttujana. Muutosvalmius-summamuuttujan avulla he erottelivat vastaajat matalan ja korkean muutosvalmiuden ryhmiin. Havukainen ja työryhmä havaitsivat matalan ja korkean muutosvalmiuden ryhmissä eroja tyytyväisyydessä elintasoon, tyytyväisyydessä henkiseen terveyteen, masennuksessa, elämässä pärjäämisessä sekä kyvyssä huolehtia ve-loista. Kategorisesti korkean muutosvalmiuden ryhmässä koettiin suurempaa tyytymättömyyttä edellä mainittuihin asioihin. Työtilanteilta matalin muutosvalmius oli tutkimuksen mukaan eläkeläisillä ja korkein puolestaan opiskelijoilla, työssä käyvillä sekä työttömällä. Muita sosiodemografi-

sia selittäviä tekijöitä ei Havukaisen ja työryhmän tutkimuksessa löytynyt. Huumeiden käytöstä koettujen ongelmien useus indikoi myös korkeampaa muutosvalmiutta. Korkean muutosvalmiuden ryhmä suhtautui myös positiivisemmin ammattilaisilta saatavaan apuun.

Muodostimme tätä raporttia varten Havukaisen ja työryhmän (2016) esimerkin mukaan muutosvalmiutta mittaavan summamuuttujan joillakin muutoksilla. Vastaajien lisääntyminen johti aineistossa kysymysten jakaumien muuttumiseen, ja summamuuttujaa muutettiin tämän aineiston mukaisesti sisäisesti koherentimmaksi. Pääkomponenttianalyysin latauksia tarkastellessa kysymykset ”Nautin huumeiden käytöstä” ja ”Voin saada oikeanlaista apua ammattilaisilta” jätettiin summamuuttujasta pois. Molemmat kysymykset korreloivat muiden DUDIT-E-mittariston kysymysten kanssa (taulukko 15), mutta ne eivät latautuneet samalle pääkomponentille ja sitä kautta ne heikensivät summamuuttujan sisäistä yhtenäisyyttä. Muutosvalmiutta kuvaava summamuuttuja muodostettiin kysymyksistä 2–6, ja muuttujan sisäinen yhtenäisyys todettiin hyväksi (Cronbachin alpha 0,857). (Metsämuuronen 2006, 621; Nummenmaa 2009, 402–405.)

Muodostettu summamuuttuja ”Muutosvalmiuden taso” sai arvoja väliltä yhdestä viiteen, suurempien arvojen ilmaistessa korkeaa muutosvalmiutta. Muutosvalmiuden taso on vastaajajoukossa erittäin korkea; muutosvalmiuden keskiarvo oli 3,99, joka vastaa samanmielisyyttä useiden muutosvalmiutta käsittelevien kysymysten kanssa. Kolme neljäsosaa (75 %) vastaajista sai arvoja neljän ja viiden välillä ja vain kymmenesosa (10 %) arvoja yhden ja kahden välillä.

**TAULUKKO 15. DUDIT-E kysymysten keskinäiset korrelaatiot (Spearmanin korrelaatiokerroin) \*\*-merkityt korrelaatiot merkitseviä tasolla 0,01, \*-merkityt korrelaatiot merkitseviä tasolla 0,05 (kaksisuuntainen testi).**

	1	2	3	4	5	6	7
1 En nauti huumeiden käytöstä	1,000						
2 Olen ollut viimeisen vuoden aikana huolissani huumeiden käytöstäni	,015	1,000					
3 Olen väsynyt huumeiden käyttööni	,260**	,583**	1,000				
4 Minusta on tärkeää tehdä muutos huumeiden käytössäni	,203**	,491**	,627**	1,000			
5 Olen valmis tekemään töitä aikaansaadakseni muutoksen huumeiden käytössäni	,225**	,402**	,474**	,699**	1,000		
6 Tarvitsen ammattiapua muuttaakseni huumeiden käyttöäni	,127**	,451**	,440**	,537**	,455**	1,000	
7 Voin saada oikeanlaista apua ammattilaisilta	,053	,166**	,163**	,266**	,246**	,374**	1,000

Omassa analyysissämme iällä oli selkeä yhteys muutosvalmiuden tasoon: mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse, sitä matalampi muutosvalmiuden taso oli. Alle 26-vuotiaista useampi kuin neljä viidestä (83 %) sai arvoja 4–5 muutosvalmiudesta, kun yli 46-vuotiaista vastaavia arvoja sai vain hieman alle puolet (49 %). Tuloksemme oli yhteneväinen Havukaisen ja työryhmän kanssa työtilanteiden osalta, jossa selkeästi matalin muutosvalmius oli eläkeläisillä. Tämä tulos on ensiarviolta jossain määrin vastakkainen huumeiden käytön lopettamiseen liittyvälle ”ulos kasvamisen” teorialle (engl. *maturing out*). Ulos kasvamisen teorian mukaan käyttäjä luopuu huumeiden käytöstään joko vanhetessaan luonnollisena vaiheena elämäntaakkaa (engl. *age dependence*) tai hänen väsyessään elämäntilanteeseensa tarpeeksi kauan jatkuneen käytön jälkeen (engl. *duration dependence*) (Beenstock 2004; Hiller ym. 2009, 30).

Israelilaistutkimuksessa (Beenstock 2004) todettiin käytön kestolla perustellun teorian pätevän vain ei-riippuvaisiin kannabiksen käyttäjiin, kun taas kovien huumeiden käyttäjillä huumeista luopuminen liittyi korkeaan ikään. Myös yhdysvaltalaisen vankien muutosmotivaatiota tutkittaessa ikä oli yksi selkeimmistä muutosmotivaatiota selittävästä tekijöistä (Hiller ym. 2009, 35). Meidän aineistostamme vastaavaa muutosmotivaatiota ei ikääntyneille käyttäjille löydy, vaan korkein muutosmotivaatio on selkeimmin nuorimmilla vastaajilla. Aineistossa kuitenkin ikääntyneiden vastaajien osuus on prosentuaalisesti pieni, mikä voi kertoa osaltaan ikääntyneiden huumeiden käyttäjien onnistuneesta huumeiden käytön lopettamisesta; jäljelle jääneistä vanhemmista käyttäjistä enenevällä osalla on vähemmän kiinnostusta huumeiden käytön lopettamiseen, ja he ovat jollain tavalla enemmän sinut käyttönsä kanssa. Aineistossa naisten ja miesten väliset erot muutosvalmiudessa eivät olleet yksiselitteisiä: naiset saivat hieman useammin sekä äärimatalia että -korkeita muutosmotivaatioarvoja kuin miehet. Koulutustaustoiltaan perus- tai kansakoulun kesken jättäneillä oli selkeästi matalin muutosvalmius.

Huumeisiin liittyvät rikosoikeudelliset sanktiot tuottivat havaittavissa olevia eroja muutosvalmiudessa: ei sanktioita saaneiden muutosvalmius oli heikoin ja mitä vakavammasta sanktiosta oli kyse, sitä korkeampi oli vastaajan muutosvalmius. Myös asunnottomien muutosvalmius oli hieman korkeampi kuin muiden vastaajien. Havainnot korkeamman muutosvalmiuden yhteydestä sanktioihin ja asunnottomuuteen tukevat pohjakokemusteorian (engl. *hitting bottom*) olettamuksia. Vasta huumeiden käytöstä johtuvien ongelmien lisääntyminen ja kasvava epätyytyväisyys elämään saavat ihmisen motivoituneeksi huumeiden käytön lopettamiseksi. Ainakin työllisyyteen, perheeseen ja terveyteen liittyvien ongelmien on todettu ole-



van yhteydessä korkeampaan muutostmotivaatioon. (Hiller ym. 2009, 35.) Lisäksi pitkään jatkuneen asunnottomuuden on todettu olevan yhteydessä korkeaan muutostmotivaatioon (Upshur ym. 2014, 80).

Tätä pohjakokemusteoriaa tukee aineistossa myös muutostmotivaation erittäin vahva yhteys koettujen hyvinvointivajeiden kasautumiseen (Taulukko 16) [ $\chi^2 = 50,229$ ,  $p = 0,000$ ] sekä huumeiden käytön ongelmia aiheuttavaksi kokemiseen (ks. Havukainen ym. 2017). Toisaalta lähes puolella hyvin vähän hyvinvointivajeita kokevista muutostmotivaatio oli lähtökohdallisesti korkealla tasolla.

**TAULUKKO 16. Muutosvalmiuden taso ja hyvinvointivajeiden kasautuminen (% , N).**

		Muutosvalmiuden taso			
		Matala (0–1)	Keskitaso (2–3)	Korkea (4–5)	Yhteensä
Koettujen hyvinvointivajeiden kasautuminen	0–1 vajetta	18 %	35 %	47 %	100 %
		10	19	26	55
	2–3 vajetta	14 %	18 %	68 %	100 %
		20	25	97	142
	4 vajetta	13 %	15 %	73 %	100 %
		12	14	70	96
	5–6 vajetta	3 %	13 %	85 %	100 %
		4	19	128	151
	7–8 vajetta	0 %	2 %	98 %	100 %
		0	1	43	44
	Yhteensä	9 %	16 %	75 %	100 %
		46	78	364	488

### *Ammattilaisten apuun uskominen*

Palveluiden toimivuuden selvittämiseksi on tärkeää tietää, kuinka terveysneuvontapisteiden asiakkaat arvioivat ammattilaisten avun hyödyllisyyttä. Osa huumeidenkäyttäjistä saattaa ajatella negatiivisesti ammattilaisten hyödyllisyydestä elämänmuutoksen edesauttajina. Hoito saatetaan nähdä tärkeäksi lähinnä niille käyttäjille, jotka ovat hengenvaarassa. Osa huumeidenkäyttäjistä taas näkee yhteiskunnan kohtelevan heitä kuin he käyttäytyisivät anteeksiantamattomasti ja estävän heitä saamasta apua, vaikka todellisuudessa he itse kokevat olevansa sairastuneita ja apua tarvitsevia. (Ekendahl 2006, 659.)

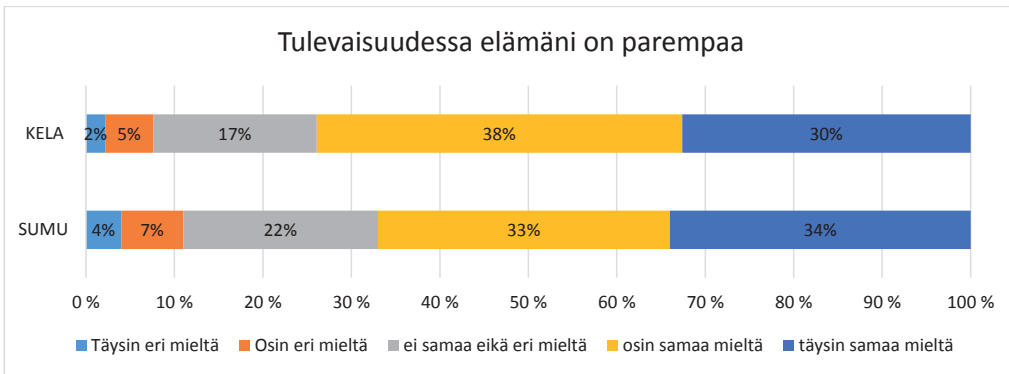
Valmiutta vastaanottaa apua ammattilaisilta kysyttiin kysymyksellä ”Voin saada oikeanlaista apua ammattilaisilta”. Noin viidesosa vastaajista ei uskonut saavansa sellaista apua kuin mitä he kaipasivat ammattilaisilta; terveysneuvontapisteiden asiakkaista täysin eri mieltä oli hieman yli kymmenesosa (11 %) ja osin eri mieltä ammattilaisavun hyödyllisyydestä hieman alle kymmenesosa (9 %) asiakkaista. Ei samaa eikä eri mieltä oikeanlaisen avun saamisesta ammattilaisilta oli alle viidesosa (17 %) asiakkaista. Suurin osa kuitenkin suhtautui positiivisesti ammattilaisten tarjoamaan apuun: täysin samaa mieltä oli hieman yli kolmasosa (35 %) terveysneuvontapisteiden asiakkaista, ja osin samaa mieltä kysymyksen kanssa oli hieman alle kolmasosa (29 %) vastaajista.

Suurin osa asiakkaista uskoo siis voivansa saada oikeanlaista apua ammattilaisilta. Nuoremmat ikäryhmät ovat useammin samaa mieltä siitä, että he voivat saada oikeanlaista apua ammattilaisilta kuin vanhin ikäryhmä aineistossa. Tämä on yhteneväinen tulos muutostmotivaation kanssa. Ehkä vanhimman ikäryhmän suhteessa matalaa muutostmotivaatiota voisivat osittain selittää heidän aiemmat kokemuksensa, jotka ovat saaneet heidät uskomaan, ettei ammattilaisten avusta ole heille hyötyä. Töissä osa- tai määräaikaisesti ja pysyvästi olevat sekä omistusasunnossa asuvat uskoivat useammin siihen, että he voivat saada oikeanlaista apua ammattilaisilta. Jonkinlainen ”parempiosaisuus” aineistossa vaikuttaisi olevan yhteydessä korkeampaan tasoon ammattiapuun uskomisessa.

## **Tulevaisuuden usko**

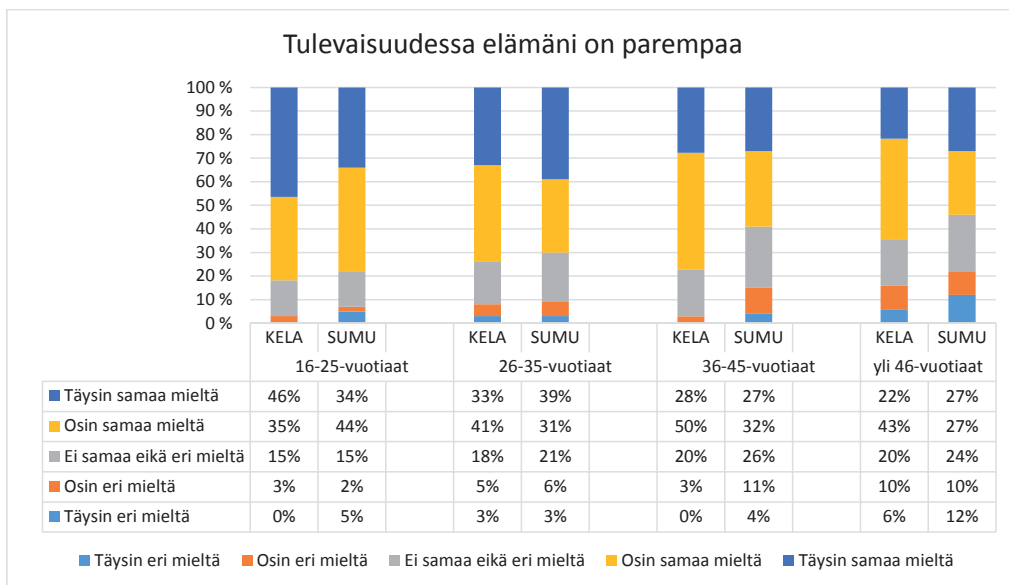
Tulevaisuuden usko on tiiviisti yhteydessä muutoshalukkuuteen. Optimismi paremmasta tulevaisuudesta on yksi motivoivista tekijöistä muutoksen haluamiseen ja pääteettömyyteen. Toisaalta tulevaisuuden usko itsessään on tärkeä resurssi yksilön päivittäisen jaksamisen kannalta. Valoisa suhtautuminen tulevaan edistää yksilön päivittäistä toimintakykyä ja yleistä hyvinvointia. Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden tulevaisuuden uskoa tiedusteltiin väitteellä ”Tulevaisuudessa elämäni on parempaa”. Vastausvaihtoehtoina olivat ”Täysin eri mieltä”, ”Osin eri mieltä”, ”Ei samaa eikä eri mieltä”, ”Osin samaa mieltä” ja ”Täysin samaa mieltä”.

Kyselyyn vastanneista terveysneuvontapisteiden asiakkaista suurin osa (67 %) näki vähintään osin tulevaisuutensa parempana. Ei samaa eikä eri mieltä tulevan elämän paremmuudesta ovat viidesosa (22 %) terveysneuvontapisteiden asiakkaista. Suhteellisen pieni osuus, joka kymmenes (11 %) vastaaja ei nähnyt tulevaisuuttaan parempana. Suurella osalla vastaajista on siis olemassa toivo paremmasta tulevaisuudesta, ja se vaikuttaa olevan lähes samalla tasolla kuin vertailuväestössä. (Ks. kuvio 12).



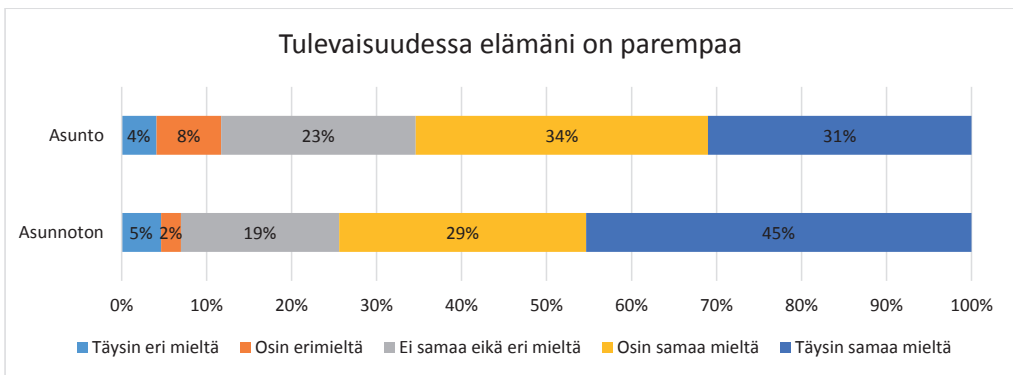
**KUVIO 12. Väestön ja terveysneuvontapisteiden asiakkaiden usko tulevaisuuteen (%).**

Tulevaisuuden usko laskee iän myötä: vanhemmilla vastaajien ikäryhmillä on vähemmän uskoa tulevaisuuteen, niin terveysneuvontapisteiden asiakkailla kuin väestöllä (ks. kuvio 13). Nuorimmista vastaajista täysin samaa mieltä siitä, että tulevaisuudessa elämä on parempaa, oli väestössä jopa melkein puolet (46 %) ja terveysneuvontapisteiden asiakkaissa noin kolmasosa (34 %). Vanhimma ikäryhmästä täysin samaa mieltä tulevan elämän paremmuudesta on enää väestössä vain viidesosa (22 %) ja terveysneuvontapisteiden asiakkaissa vain vajaa kolmasosa (27 %). Iän ja tulevaisuuden uskon välinen yhteys on todennäköisesti vahvasti yhteydessä odotettavissa oleviin elinvuosiin ja niihin liittyviin odotusarvoihin.



**KUVIO 13. Väestön ja terveysneuvontapisteiden asiakkaiden usko tulevaisuuteen ikäryhmittäin (%).**

Muita tekijöitä, joilla alustavasti näyttäisi olevan yhteys tulevaisuuden uskoon aineistossamme, olivat palveluista poiskäännytyt sekä kokemus kaupungilta saadun tuen riittävydestä. Vastajat, jotka olivat hakeneet palveluja mutta eivät olleet saaneet niitä, olivat harvemmin optimistisia tulevaisuutensa suhteen. Ne vastanneista, jotka kokivat saaneensa kaupungilta riittävästi tukea, apua ja palveluja taas tuntuivat uskovan enemmän siihen, että tulevaisuudessa heidän elämänsä on parempaa. Näyttäisi myös siltä, että asunnottomat huumeidenkäyttäjät olivat kaikista toiveikkaimpia tulevaisuutensa suhteen (ks. kuvio 14). Asunnottomien tilanne on todettu monella osa-alueella muita ryhmiä heikommaksi, jolloin voidaan ajatella, että heidän ainoa tapansa selviytyä eteenpäin, on uskoa parempaan huomiseen.



**KUVIO 14. Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden usko tulevaisuuteen asumismuodoittain (%).**

Siihen, uskovatko huumeidenkäyttäjät tulevaisuudessa elämänsä olevan parempaa, näyttää olevan alustavasti yhteydessä ainakin seuraaviin tutkimuksen ulottuvuuksiin: elämään tyytyväisyyteen, elintasoon tyytyväisyyteen, fyysiseen sekä henkiseen terveyteen tyytyväisyyteen, elämässä pärjäämiseen, viranomaisiin luottamiseen, taloudellisen tuen saamiseen ystäviltä ja sukulaisilta tarvittaessa, motivaatiomuutokseen, päihdepalveluiden käyttöön sekä uskoon saada oikeanlaista apua ammattilaisilta.

## Yhteenveto

- Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden muutosmotivaatio oli korkealla tasolla. Lähes kolme neljäsosaa vastaajista sai korkeita muutosmotivaatioarvoja. Nuoremmat saivat huomattavasti korkeampia muutosmotivaatioarvoja kuin vanhemmat vastaajat. Tämä tulos puhuu sitä ajatusta vastaan, etteivät terveysneuvontapisteiden asiakkaat olisi motivoituneita muuttamaan huumeiden käyttöön ja motivaatiota saattaa hyvinkin olla enemmän lyhyemmän aikaa käyttäneissä ryhmissä. Korvaushoidon laajempaa tarjottavuutta ja matalampaa kynnystä korvaushoidon tarjoamiseen olisi syytä harkita tämän tuloksen valossa.
- Hyvinvointivajeiden kasautuminen oli yhteydessä korkeampiin muutosmotivaatioarvoihin, mikä toisaalta vahvistaa vakavien vastoinikäymisten (*hitting bottom*) teoriasta muutosmotivaation lähteenä.
- Vaikka muutosmotivaatioarvot olivat suhteellisen korkeita, puolet vastaajista koki nauttivansa huumeiden käytöstä. Miehet ja töissä pysyvästi käyvät kokivat useimmin nauttivansa huumeiden käytöstä. Huumeiden käyttö vastaa siis jonkinlaiseen tarpeeseen, ja se tuottaa mielihyvää ainakin vielä työmarkkinoilla kiinni olevilla henkilöillä.
- Toisaalta kaksi kolmasosaa vastaajista koki huumeiden käytöstä aiheutuvan heille ongelmia. Työttömät tai lomautetut, kotona olevat ja opiskelijat kokivat useimmin huumeiden käytön aiheuttavan heille ongelmia. Nuoremmat vastaajat kokivat useammin heille aiheutuvan ongelmia huumeiden käytöstä. Huumeiden käyttöön liittyvät sanktiot lisäsivät kokemusta huumeiden käytön aiheuttamista ongelmista.
- Alkoholin käyttö aiheuttaa ongelmia noin kolmasosalle terveysneuvontapisteiden asiakkaista. Alkoholin käyttöön liittyviä ongelmia oli useammin miehillä ja työkokeilussa olevilla.
- Yli puolet vastaajista uskoo saavansa oikeanlaista apua ammattilaisilta. Nuoremmat uskoivat vahvimmin saavansa oikeanlaista apua ammattilaisilta.
- Positiivinen näkemys omasta tulevaisuudesta elää vahvana terveysneuvontapisteiden asiakkaissa. Nuoret olivat vanhempia optimistisempia tulevaisuutensa suhteen.
- Poiskäännytyksen kokemukset palveluista olivat yhteydessä heikentyneeseen tulevaisuudenuskoon. Toisaalta riittäväksi koettu tuki kaupungilta vahvisti vastaajien uskoa tulevaisuuteen.
- Asunnottomat huumeiden käyttäjät olivat kaikista optimistisimpia tulevaisuutensa suhteen.

## 10 LUOTTAMUS JA STIGMA

Luottamus on yksi keskeisimmistä aineettomista resursseista yksilölle, yhteisölle ja institutionalisoituneelle yhteiskunnalle. Yksilöiden elämässä se on äärimmäisen tärkeä voimavara henkilökohtaisen hyvinvoinnin ja pärjäämisen kannalta. Laajemmasta näkökulmasta luottamuksen voidaan katsoa olevan erilaisia yhteisöjä koossa pitävä sosiaalinen ”kitti” ja toimivan yhteiskunnan edellytys ja elinehto. Luottamus, sekä toisia ihmisiä että viranomaisia kohtaan, tekee elämästä hallittavaa ja auttaa selviytymään monimutkaisessa ja usein epävarmassa arjessa (Kotkanvirta 2000, 55–56). Yleisellä tasolla luottamuksen on esitetty kytkeytyvän moniin yksilöille suotuisina pidettyihin resursseihin kuten esimerkiksi tulotasoon tai korkeampaan koulutukseen. (Ks. esim. Kouvo & Kankainen 2009, 593; Komu & Hellsten 2010, 12; Kouvo 2014a, 71–72.) Jos luottamuksen katsotaan olevan silta monien muiden yhteiskunnallisesti hyvinä pidettyjen asioiden saavuttamiseksi, on tärkeää tarkastella luottamusta verraten haasteellisessa asemassa olevien suonensisäisten huumeidenkäyttäjien keskuudessa.

Stigma liittyy tiiviisti huumeiden käyttäjien ja muun yhteiskunnan väliseen luottamukseen. Stigmaa luovat ympäröivän yhteiskunnan käsitykset ja stereotypiat huumeiden käyttäjistä, ja muodostunut stigma osaltaan vaikuttaa toimintatapoihin, joilla huumeiden käyttäjä kohdataan muun muassa palveluissa. Stigma saattaa heikentää henkilön hyvinvointia huomattavasti. Sisäistetty stigma johtaa häpeän kokemukseen. Häpeän ja arvottomuuden tunteet ovat yksilön henkistä jaksamista vaikeuttavia ja huumeiden käyttäjillä myös esteitä esimerkiksi palveluissa huumeiden käytöstä puhumiselle ja tämän kautta oikeanlaisen ammattiavun saamiselle.

## Luottamus

Luottamus on suhteellinen ja moniulotteinen käsite, jonka perusteellinen määrittelyminen on verrattain hankalaa. Teoreettisena käsitteenä ja konkreettisenä ilmiönä luottamusta on tarkasteltu useilla eri tieteenaloilla ja kontekstista riippuen sitä on lähestytty monin eri tavoin. (Kotkanvirta 2000, 57.). Tutkimuskirjallisuuden pohjalta luottamuksen lajeja voidaan katsoa olevan useita, mutta yleensä luottamus on eroteltu luottamukseen toisia ihmisiä kohtaan ja luottamukseen sosiaalisia systeemejä, kuten esimerkiksi yhteiskunnallisia instituutioita kohtaan. (Ks. esim. Luhmann 1988; Seligman 1997.)

Ihmisten välinen luottamus on tyypillisesti jaettu edelleen partikulaariin ja yleistettyyn luottamukseen. Ehdollisella ja rajaavalla partikulaarilla luottamuksella viitataan kokemuksen kautta rakentuneeseen luottamukseen, joka kohdistuu pääasiassa ennalta tuttuihin (ja usein itsemme kaltaisiin) yksilöihin, kuten perheenjäseniin, ystäviin tai esimerkiksi työtovereihin. (Kouvo 2014b, 17.) Yleistetty luottamus on sitä vastoin luottamusta tuntemattomiin ihmisiin yleensä. Yhdysvaltalaisesta politiikantutkijaa Erik Uslaneria lainaten yleistettyä luottamusta voidaan kuvata jonkinlaiseksi ”uskonloikaksi” tai hypyksi tuntemattomaan. (Uslaner 2002, 250.)

Huolimatta siitä, ettei meillä ole ennakkokäsityksiä tuntemattomien ihmisten luottamuksen arvoisuudesta, yleistynyt luottamus edellyttää meiltä vahvaa optimismia ja hyvää uskoa siihen, että toiset toimivat erilaisten moraalista luottamusyhteisöä ylläpitävien normien puitteissa niin kuin olemme ennalta ajatelleet. Tarkemmin yleistetty luottamus on usein määritelty ”uskoksi siihen, että toiset ihmiset eivät halua tietoisesti tai tarkoituksensa mukaan vahingoittaa meitä, ja toimivat mahdollisuuksiensa rajoissa yhteisten etujemme mukaisesti” (Delhey & Newton 2005, 311).

Tässä tutkimuksessa ihmisten välistä luottamusta tarkasteltaessa huomio kiinnitetään yleistettyyn luottamukseen. Sen voidaan ajatella olevan monella tapaa tärkeimpiä luottamuksen muotoja modernissa yhteiskunnassa. Yleistyneen luottamuksen on katsottu kiinnittyvän moniin yksilön ja yhteiskunnan kannalta suotuisiin asioihin. Sen on esitetty edistävän muun muassa taloudellista toimeliaisuutta ja demokratian toimivuutta sekä lisäävän resursseja erilaisten yhteisöjen tavoitteelliseen toimintaan. Ilmapiiressä tai yhteisöissä, joissa ihmisten ei tarvitse epäillä tai vahtia toinen toistaan, yhteistoiminta on monin verroin tehokkaampaa. Lisäksi yleistetyn luottamuksen on esitetty olevan yhteydessä ihmisten keskinäiseen solidaarisuuteen ja sosiaaliseen tasa-arvoon. (Ks. esim. Putnam 1993; Uslaner 2002; Wilkinson & Pickett 2010.)

Yksilötasolla yleistyneen luottamuksen on esitetty linkittyvän muun muassa sosiaaliseen asemaan, tuloihin tai esimerkiksi sosiaalisten verkostojen laajuuteen (Kouvo 2014b, 24; Kouvo 2014a). Esimerkiksi korkeammin koulutettujen ja paremmassa taloudellisessa asemassa olevien on esitetty olevan muita luottavaisempia. Yleisesti ottaen ja hieman yksinkertaistaen voidaan todeta, että luottamus yhteiskunnan parempiosaisten keskuudessa on systemaattisesti huono-osaisempia korkeampaa. (Ks. esim. Delhey & Newton 2003; Delhey & Newton 2005.) Luottamuksen merkityksestä yksilön henkilökohtaiselle hyvinvoinnille kertoo paljon myös se, että epäluottamuksen vallitessa niin ikään monen muun hyvän elämän elinehdon on esitetty rapautuvan. (Kotkanvirta 2000, 56.)

Institutionaalista luottamusta tarkasteltaessa keskitymme luottamukseen viranomaisia kohtaan. Tässä yhteydessä viranomaisilla viitataan eri tehtäviä hoitaviin viranomaisiin yleisesti: laaja määritelmä kattaa esimerkiksi poliisi- ja oikeusviranomaiset, sosiaaliviranomaiset ja erilaiset etuuskäsittelijät sekä hoitohenkilökunnan ja terveydenhoidon viranomaiset. Viranomaisinstituutioilla on yhteiskunnallisesti tärkeä rooli, sillä osaltaan ne ylläpitävät yhteiskunnan järjestystä ja tasapainoa, jonka lisäksi viranomaistoimijat ovat usein tavalla tai toisella läsnä yksilöiden arjessa. On todettu, että ihmisten arkielämä muuttuu kohtuuttoman epävarmaksi, irrationaaliseksi ja rasakaksi, mikäli he eivät voi luottaa yhteiskunnallisten instituutioiden tai niiden edustajien kykyyn suorittaa tehtäviään (Kotkanvirta 2000).

Viranomaisiin (ja yleisesti instituutioihin) luottamisen voidaan katsoa edelleen pohjautuvan siihen, että luottamuksen kohteena olevat toimijat, kuten poliisi- ja oikeusviranomaiset tai sosiaaliviranomaiset, ovat luotettavia, noudattavat toiminnassaan johdonmukaisesti sääntöjä ja toimivat yleisesti hyvin yhteistä etua palvellen. (Ks. esim. Salonen 2013.)

Huolimatta siitä, että luottamuksen lajit ovat lähtökohtaisesti toisistaan poikkeavia ja erilaatuisia, yleistyneen ja institutionaalisen luottamuksen on katsottu kietoutuvan toisiinsa. Erilaisten yhteiskunnallisten instituutioiden, kuten esimerkiksi poliisin, oikeusjärjestelmän ja muun muassa hyvinvointipalveluiden on osoitettu olevan yhteydessä ihmisten väliseen yleistyneeseen luottamukseen. Instituutiot ja erilaisia yhteiskunnallisia tehtäviä hoitavat viranomaiset voivat joko rikkoa tai rakentaa kansalaisten välistä yleistettyä luottamusta. Tässä yhteydessä erityisesti kokemukset hyvinvointivaltion instituutioiden ja viranomaistoimijoiden oikeudenmukaisuudesta ovat keskeisiä. (Kumlin & Rothstein 2005; Kouvo & Kankainen 2009.)

Tarkentaen oikeudenmukaisuuden kontekstissa etenkin hyvinvointivaltion instituutioiden osoittama proseduaalinen oikeudenmukaisuus nähdään luottamuksen kannalta tärkeänä tekijänä. Proseduaalisella oikeudenmu-



kaisuudella viitataan erilaisten instituutioiden sekä viranomaistoimijoiden menettelytapojen oikeudenmukaisuuteen ja vilpittömyyteen. Konkreettisesti tällä tarkoitetaan sitä, että esimerkiksi erilaisia tarve- tai tuloharkintaisia sosiaalietuuksia hakeva yksilö kokee tullessa kohdelluksi reilusti ja oikeudenmukaisesti menettelyn puitteissa tai apua hakevien oikeutusta erilaisiin palveluihin tai etuuksiin ei kyseenalaisteta häpeällisellä ja leimaavalla tavalla. Vastaavasti proseduaalisen oikeudenmukaisuuden käsitettä voidaan soveltaa myös muiden yhteiskunnallisten toimijoiden, kuten esimerkiksi poliisi- tai oikeusviranomaisten, menettelytapoihin. Luottamuksen kannalta menettelytapojen oikeudenmukaisuus ei ole tärkeää ainoastaan viranomaistahojen kanssa tekemisissä olevien ihmisten näkökulmasta vaan myös siksi, että niin ikään muut ihmiset saattavat muodostaa käsityksiä toisten ihmisten luottamuksenarvoisuudesta sen mukaan, miten eri alojen viranomaiset, kuten sosiaalityöntekijät poliisi tai esimerkiksi terveydenhoitoalan ammattilaiset asiakkaitaan kohtaan toimivat. (Kumlin & Rothstein 2005, 348–350; Kouvo & Kankainen 2009, 587; Kouvo 2014a, 111.)

Usein yleistynyttä luottamusta ja luottamusta yhteiskunnan instituutiota kohtaan tarkastellaan laajoin kansallisin väestöaineistoin tai kansainvälisesti vertaillen. Suurten aineistojen analyysissä ei kuitenkaan yleensä päästä käsitä yhteiskunnan marginaalissa elävien yksilöiden tai ryhmien luottamukseen. Tästä syystä paljoakaan ei tiedetä siitä, miten luottamus ilmenee yhteiskuntamme huono-osaisiksi miellettyissä ryhmissä. (Ks. kuitenkin Kouvo 2013; Salonen 2013; Saari 2012.)

On kuitenkin selvää, että myös marginaalissa elävien ihmisten luottamuksen tarkastelu on tarpeellista ja tärkeää. Tähän on useita syitä. Esimerkiksi kristillisen päihdetyön asiakkaiden sosiaalista luottamusta tarkastellut Anna Salonen (2013, 126) on esittänyt, että ”sillä, missä määrin huono-osaiset yhteiskunnan jäsenet luottavat muihin ihmisiin ja yhteiskunnan instituutioihin, on merkitystä sille, kuinka he voivat osallistua yhteiskunnan toimintaan sen täysivaltaisina jäseninä ja toisinpäin”. Tässä mielessä luottamus on tärkeä tekijä heikompiensa täysivaltaisen kansalaisuuden näkökulmasta. Sen lisäksi, että yhteiskunnan huono-osaisimpien luottamus kertoo niin ikään tarkasteltavasta ryhmästä itsestään, (tässä tapauksessa suonensisäisten huumeiden käyttäjistä), se kertoo myös yhteiskunnan ”sidostuneidudesta”. Salosen (2013) mukaan erot luottamuksen tasoissa erilaisissa väestöryhmissä heijastelevat ryhmien välistä sosiaalista etäisyyttä. Erityinen salaisuus ei ole se, että sosiaalinen kuilu kansan ja kovia huumeita käyttävien välillä on syvä: vaikka asenteet esimerkiksi kannabista kohtaan ovat lieventyneet, suomalaisessa yhteiskunnassa koviin huumeisiin ja niitä

käyttäviin suhtaudutaan äärimmäisen kielteisesti (ks. esim. Niilola 2015). Sosiaalisten etäisyyksien näkökulmasta myös luottamus on tärkeä teema, sillä erityisesti epäluottamuksen voidaan ajatella olevan niitä asioita, jotka loitontavat meitä toisistamme.

Niin ikään luottamuksen tarkastelu huumeiden käyttäjien keskuudessa on tarpeellista, sillä yhtäältä he elävät maailmassa, joka edellyttää ehdoton-  
ta luottamusta. Rikollisen luonteensa vuoksi huumekaupoista ei voida tehdä mitään virallisia sopimuksia, vaan toiseen sopijaosapuoleen täytyy vain luottaa. Toisaalta huumekaupan ominaisluonteena on rapauttaa sosiaalista luottamusta. Usein luottamusta toisiin käyttäjiin on hyvin vaikea pitää yllä esimerkiksi velkojen, tyhjen lupausten ja jatkuvan poliisin pelon vuoksi. (Perälä 2011, 152–153.) Näin ollen suonensisäisten huumeiden käyttäjien arkitodellisuus on ristiriitaisten luottamussuhteiden ja kahdensuuntaisten voimien maailma, jossa epäluottamuksen elementit ovat jatkuvasti läsnä.

Elämä epäluottamuksen ilmapiirissä on monin tavoin kuluttavaa. Luottamuksen menettäminen muihin kanssaihmiin on yhteydessä monenlaisen huono-osaisuuteen. Ihmisen kestävyys erilaisia stressaavia elämäntilanteita ja vastoinkäymisiä kohdatessa on epäluottavaisilla usein heikentynyt. Lisäksi epäluottamuksen aiheuttamalla kyynisyydellä on todettu olevan yhteyttä korkeampaan sairastavuuteen ja kuolleisuuteen. (Kortteinen & Elovainio 2012.) Tämän ohella psykologiselta ominaisuudeltaan epäluottamus muihin ihmisiin on kytketty vahvasti kyynisen vihamielisyyden ominaisuuteen. Vihamielisten henkilöiden on havaittu usein tulkitsevan myös ympäristönsä vihamieliseksi, ja reagoivan tähän kokemukseen negatiivisesti esimerkiksi päihteiden käyttöä lisäämällä. Epäluottamus muita ihmisiä kohtaan vähentää myös auttamisen halua, mutta se vähentää niin ikään halua hakea apua henkilökohtaisesti. (Haukkala 2011, 149.)

Kortteinen ja Elovainio (2012) arvioivat, että sisäistettynä mallina yhteisöllinen disintegroituminen (epäluottamus) aiheuttaa poiskääntyvää ja yhteistyöhalutonta käyttäytymistä, joka heikentää entisestään yksilön sosiaalista asemaa, ja esittävät, että uudet vastoinkäymiset vahvistavat edelleen yksilön epäluottamusta muihin ihmisiin ja viranomaisiin. Näin syntyy itseään ruokkiva epäluottamuksen kierre, jonka seuraukset voivat olla yksilön kannalta kohtalokkaita. Tästä voidaan ajatella kertovan muun muassa sen, että Kortteisen ja Elovainion (2012) tutkimusten mukaan sosiaalinen epäluottamus selitti keskeisesti esimerkiksi työmarkkinoilta poisvetäytymistä: siinä missä toimeentulotuella joutuneet henkilöt pyrkivät yleensä hakeutumaan työhön tai koulutukseen päästäkseen pois taloudellisesta niukasta tilanteesta, ihmisiin epäluottavaisesti suhtautuneet eivät osoittaneet samassa

määrin lisääntyneitä työ- tai koulutushaluja. Karkeasti arvioiden huono-osaisten keskuudessa yhteisöllistä disintegroitumista on arvioitu olevan noin puolella (Kortteinen & Elovainio 2012). Puolestaan suonensisäisten huumeiden käyttäjien keskuudessa epäluottavaisesti muihin ihmisiin suhtautuvia voidaan ajatella olevan vielä tätäkin enemmän.

Tutkimuksessamme yleistynyttä luottamusta mitattiin väitteellä ”Ihmiisiin voi luottaa” ja luottamusta viranomaisiin väitteellä ”Viranomaisiin voi luottaa”. Vastausvaihtoehdot vaihtelivat viisiportaisella asteikolla, joiden ääripäät olivat ”täysin samaa mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. Yleisesti ottaen voidaan todeta, että terveysneuvontapisteiden asiakkaiden keskuudessa luottamus sekä muihin ihmisiin että viranomaisiin on erittäin alhaista. Peräti kaksi kolmasosaa (66 %) tutkimuskyselyyn vastanneista oli ainakin osittain sitä mieltä, että toisiin ihmisiin ei voi luottaa. Tämän myötä toisiin ihmisiin luottavien osuus aineistossa oli huomattavan matala. Edellä esitetyn yleistynyttä luottamusta mittaavaan väitteen kanssa täysin tai osin samaa mieltä oli ainoastaan vain joka viides (21 %) vastaajista.

Merkille pantavaa on myös se, että terveysneuvontapisteiden asiakkaista ainoastaan kolme prosenttia katsoi voivansa luottaa muihin ihmisiin täysin. Tämä voi kertoa osaltaan siitä, että yleistetty luottamus huumeiden käyttäjien keskuudessa on varauksellisempaa ja kenties myös muodoltaan heikompaa. Ympäristössä, jossa epävarmuus on keskeinen arkea jäsentävä elementti, on kenties psykologisesti helpompaa olla luottamatta. Jotta ei joutuisi pettymään (tai tulisi petetyksi), kehenkään tai mihinkään ei ole syytä luottaa ehdottomasti.

Niin ikään suonensisäisiä huumeita käyttävien terveysneuvontapisteiden asiakkaiden luottamus viranomaisia kohtaan oli poikkeuksellisen heikkoa; myös tässä yhteydessä peräti kaksi kolmasosaa (64 %) vastanneista oli ainakin osin sitä mieltä, että viranomaisiin ei voi luottaa. Samalla tavoin ainoastaan viidesosa (21 %) vastaajista kertoi luottavansa viranomaisiin. Myös viranomaisiin luottamisen yhteydessä niiden osuus, jotka kokivat luottavansa viranomaisiin täysin, oli hyvin alhainen: tutkimuksemme mukaan ainoastaan 3 % terveysneuvontapisteiden asiakkaista piti viranomaisia täysin luotettavina. Sitä vastoin väitteen valossa joka kolmas (34 %) kyselyyn vastanneista katsoi, että viranomaisiin ei voi luottaa lainkaan.

Verraten voimakasta epäluottamusta viranomaisia kohtaan voitaneen selittää myös vahvalla viranomaiskontrollilla ja -toimilla, joita huumeidenkäyttäjiiin kohdistetaan. Huumeiden käytön rikollinen asema tuottaa tarvetta piilotella huumeiden käyttöä ja esimerkiksi kohtaamisiin poliisin kanssa on esitetty liittyvän erilaisia nöyryyttäviä käytäntöjä. Muun muas-

sa poliisien suorittamat ruumiintarkastukset tai kotietsinnät koetaan usein tällaisiksi. Huumeiden käyttäjien ja poliisin väliset suhteet eivät kuitenkaan ole näin yksiselitteisesti epäluottamukseen perustuvia. (Perälä 2011.)

Vaikka huono-osaisten ryhmien luottamusta on tutkittu toistaiseksi verrattain vähän, aikaisempaan tutkimukseen peilaten alhainen luottamus ei sinänsä ole yllätys monista huono-osaisuudelle altistavista tekijöistä kärsiville terveysneuvontapisteiden asiakkaille. Huono-osaisuuden notkelmissa eri tavoin haasteellisessa elämäntilanteessa elävien ihmisten luottamuksen niin muita ihmisiä kuin viranomaisiakin kohtaan on esitetty olevan alhaista laajemminkin. Esimerkiksi monista elämänhallintaan liittyvistä ongelmista kärsivien kristillisen päihdetyön asiakkaiden tai sosiaalisen toimintakyvyn sekä fyysisen ja psyykkisen terveyden huomattavan alenemisen vuoksi laajoja tukitoimenpiteitä tarvitsevien asumispalveluyksikön asiakkaiden tulokset luottamuksen suhteen ovat olleet monessa mielessä samansuuntaisia. (Ks. Saari 2012, 45–46; Salonen 2013.)

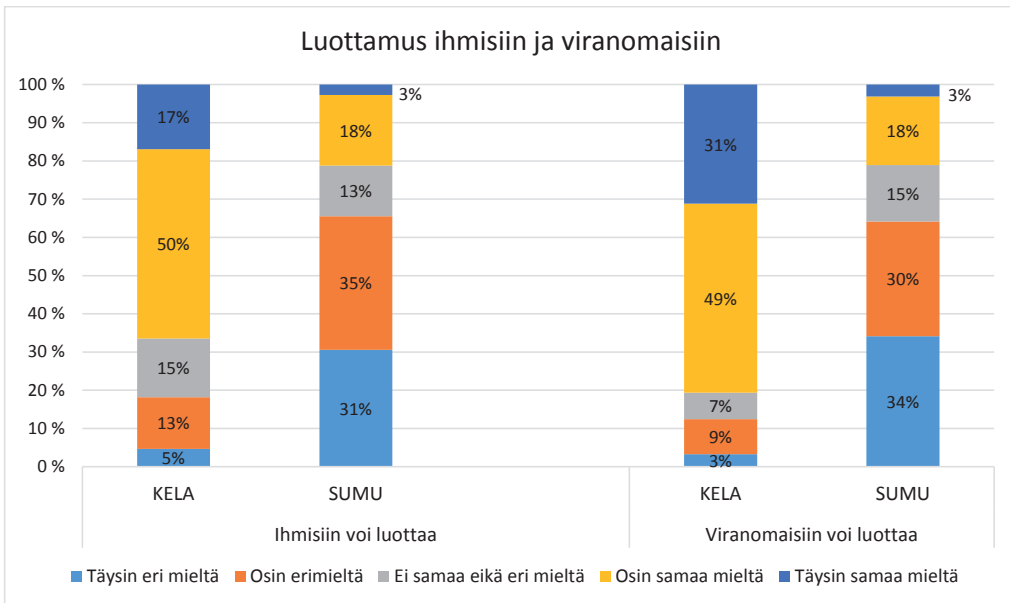
Myös leipäjonoissa, joissa kohdataan monella mittarilla mitattuna taloudellisesti ja sosiaalisesti huono-osaisia ihmisiä, luottamuksen sekä muita ihmisiä että viranomaisia kohtaan yleisesti on esitetty olevan tutkimuksen valossa väestöön verraten alhaista (Kouvo 2014a). Huomionarvoista kuitenkin on, että kaikista huono-osaisuuden notkelmista suonensisäisiä huumeita käyttävillä terveysneuvontapisteiden asiakkailla näyttää olevan selkeästi heikoin luottamus sekä ihmisiä että erityisesti viranomaisia kohtaan (vrt. esim. Kouvo 2013; Saari 2012).

Kuviossa 15 on esitetty terveysneuvontapisteiden asiakkaiden luottamus muita ihmisiä ja viranomaisia kohtaan suhteessa suomalaiseen väestöön keskimäärin. Erot vertailtavien väestöryhmien osalta ovat hälyttävän suuria. Silmiin pistävää on se, että kuva yleistetyin luottamuksen osalta huumeidenkäyttäjien ja keskimääräisen väestön osalta on lähestulkoon käänteinen. Siinä missä terveysneuvontapisteiden asiakkaista jopa kaksi kolmasosaa (66 %) katsoi, ettei ihmisiin voi luottaa, referenssiaineiston valossa työikäisistä suomalaisista kaksi kolmasosaa (64 %) ajatteli muiden tuntemattomien ihmisten olevan enemmän tai vähemmän luotettavia.

Odotetusti myös erot viranomaisia kohtaan osoitetun luottamuksen yhteydessä ovat aineistoja vertailtaessa huomattavia. Kun terveysneuvontapisteiden asiakkaista ainoastaan viidesosa katsoi viranomaisten olevan luotettavia, väestöaineiston valossa suomalaisista miltei joka neljäs (79 %) oli joko osin tai täysin samaa mieltä siitä, että viranomaisiin voi luottaa. Puolestaan viranomaisten luottamuksenarvoisuuden väestötasolla kyseenalaisti vain joka kymmenes kansalaisista. Linjassa aiemman tutkimuksen kans-

sa myös referenssiaineistomme pohjalta väestössä luottamus viranomaisia kohtaan oli selvästi yleistettyä luottamusta vahvempaa. (Kelan kansalaiskysely 2013.) Samansuuntaisesti myös muissa huono-osaisuuden notkelmissa, kuten leipäjonoissa ja päihdekuntoutujien keskuudessa, luottamuksen viranomaisia kohtaan on esitetty olevan vahvempaa kuin ihmisten välinen luottamus (ks. esim. Salonen 2013; Kouvo 2014a).

Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden osalta luottamuksen ulottuvuuk-sien välillä eroja ei kuitenkaan juuri ollut. Tätä selittänee osaltaan suomen-sisäisten huumeidenkäyttäjien voimakas epäluottamus ympäröivää yhteis-kuntaa kohtaan yleisesti: pääpiirteittäin niin tuntemattomiin ihmisiin kuin viranomaisiin suhtaudutaan suurin varauksin.



**KUVIO 15. Väestön ja terveysneuvontapisteiden asiakkaiden yleistynyt luottamus ja luottamus viranomaisiin (%).**

Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden keskuudessa monet tekijät olivat aineistossa yhteydessä luottamukseen. Ehkä hieman yllättäen aineistomme pohjalta perinteiset sosiodemografiset taustamuuttujat, kuten sukupuoli, ikä tai vaikkapa koulutustaso, eivät ole merkittävästi yhteydessä luottamuk-sen eri ulottuvuuksiin.

Erityisen vahva keskinäisyhteys aineistossa oli luottamuksella tuntemattomia ihmisiä kohtaan ja luottamuksella viranomaisia kohtaan. Niistä vastaajista, jotka kokivat viranomaiset luotettaviksi, noin puolet (51 %) koki luottavansa myös tuntemattomiin ihmisiin yleisesti. Käänteisesti epäluottamuksen näkökulmasta katsoen niistä, jotka ajattelivat, että viranomaisiin ei voi luottaa, jopa kolme neljästä (84 %) suhtautui epäluottavaisesti myös muihin ihmisiin. Tämä voi kertoa yhtäältä siitä, että niiden ihmisten elämässä, jotka joutuvat asioimaan usein erilaisten viranomaistahojen kanssa, käsitykset viranomaistoimijoiden luottamuksenarvoisuudesta vaikuttavat myös heidän käsityksiinsä toisten ihmisten luottamuksenarvoisuudesta yleisesti. (Vrt. Kouvo 2014a.)

Viranomaiskontaktien yhteydessä etenkin negatiivisten kokemusten on esitetty vaikuttavan ihmistenväliseen luottamukseen alentavasti. (Rothstein & Stolle 2008) Tarkasteltaessa luottamuksen ulottuvuuksien keskinäistä suhdetta on kuitenkin huomautettava, että paljoakaan ei voida sanoa sen kausaalista rakenteesta. Aineiston pohjalta ei voida varmuudella esittää, että näkemykset viranomaisten (epä)luotettavuudesta heijastuisivat myös ihmistenväliseen yleistettyyn luottamukseen. Yksinkertaisimmillaan voi olla niin, että karkeasti jaotellen ihmiset ovat joko luottavaisia tai epäluottavaisia, jolloin esimerkiksi ne, jotka luottavat viranomaisiin tapaavat luottaa herkemmin myös muihin ihmisiin tai toisinpäin.

Linjassa aiemman huono-osaisten ryhmien luottamusta tarkastelevan tutkimuksen kanssa erilaiset koetun hyvinvoinnin osa-alueet, kuten elämään tyytyväisyys, koettu henkinen tai fyysinen terveys sekä taloudellista pärjäämistä koskeneet kysymykset olivat (tilastollisesti merkitsevästi) yhteydessä sekä yleistyneeseen että viranomaisiin luottamiseen. (Vrt. Salonen 2013; Kouvo 2014a.) Ne vastaajat, jotka kokivat olevansa tyytyväisempiä elämäänsä ja terveempiä niin henkisesti kuin fyysisestikin luottivat voimakkaammin sekä muihin ihmisiin että viranomaisiin yleisesti. Taloudellista pärjäämistä kartoittavien kysymysten yhteydessä luottavaisimpia olivat ne, jotka kokivat tulonsa riittävän menoihinsa. Kokemuksella siitä, että henkilöt katsovat selviytyvänsä arjesta verrattain epäsäännöllisistä ja pienistä tuloistaan huolimatta, on selvästi luottamusta vahvistava vaikutus.

Osittain taloudellisten tekijöiden vaikutuksesta luottamukseen kertoo osaltaan myös sen, että esimerkiksi kaupungilta saadun tuen, palveluiden ja avun riittävyys olivat merkittävästi yhteydessä luottamukseen sekä ihmisiä että viranomaisia kohtaan. Vastaajat, jotka kokivat saavansa kaupungilta riittävästi tukea, apua ja palveluita, luottivat useammin sekä toisiin ihmisiin että viranomaisiin kuin ne, jotka pitivät tukea riittämättömänä.

Näin ollen esimerkiksi kokemus siitä, että kaupungilta tai viranomaisilta saatu apu (esimerkiksi erilaiset etuudet tai palvelut) on ollut riittävää, näyttäisi siis jossain määrin vahvistavan luottamusta heitä kohtaan (taulukko 17) [ $\chi^2 = 48,711$ ,  $p = 0,000$ ]. Kuitenkin myös tässä yhteydessä on syytä pohtia mahdollisten negatiivisten kokemusten vaikutusta luottamukseen viranomaisia kohtaan: niistä, jotka pitivät kaupungin tukea riittämättömänä, jopa kolme neljästä suhtautui epäluottavaisesti viranomaisiin.

**TAULUKKO 17. Luottamus viranomaisiin ja kokemus kaupungilta saadun tuen riittävydestä (% , N).**

		Viranomaisiin voi luottaa			
		Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä	Yhteensä
Saan kaupungilta riittävästi tukea, apua ja palveluita	Eri mieltä	77 %	11 %	13 %	100 %
		206	29	34	269
	Ei samaa eikä eri mieltä	61 %	17 %	21 %	100 %
		46	13	16	75
	Samaa mieltä	44 %	21 %	35 %	100 %
		71	34	57	162
	Yhteensä	64 %	15 %	21 %	100 %
		323	76	107	506

On mahdollista, että kyse on esimerkiksi yleisestä pessimismistä viranomaistoimijoita kohtaan, mutta toisaalta tämä voi kertoa myös siitä, että ne ihmiset, jotka eivät ole kokeneet viranomaisten apua riittäväksi, ovat menettäneet luottamuksensa heitä kohtaan. Tällöin on perusteltua pohtia sitä, millaista palvelua huumeiden käyttäjät kokevat saavansa ja katsovatko he tulevansa kohdelluksi oikeudenmukaisesti erilaisten yhteiskunnallisten instituutioiden puitteissa. Jos viranomaisia ei yleisellä tasolla koeta luotettavaksi, ovatko tämänhetkiset palvelut ylipäänsä toimivia huumeita käyttävien näkökulmasta?

Viranomaiskontaktien merkityksestä luottamukselle kertoo osaltaan myös se, että henkilökohtaiset huumeiden käyttöön liittyvät sanktiot näyttävät vaikuttavan myös molempiin luottamuksen ulottuvuuksiin aineistossa. Erilaisia sanktioita saaneiden luottamus oli jossain määrin alhaisempaa kuin niiden, jotka eivät olleet saaneet minkäänlaisia tuomioita viimeiseen kahteen vuoteen. Pääasiassa ne, jotka olivat saaneet sakkoa tai jotka oli tuomittu yhdyskuntapalveluun tai vankeuteen, suhtautuivat epäluottavaisemmin sekä viranomaisiin että muihin ihmisiin.

Taulukossa 18 on esitetty rikosoikeudellisten sanktioiden ja viranomaisia kohtaan osoitetun luottamuksen suhde. Erot (epä)luottamuksessa viranomaisia kohtaan ovat havaittavissa etenkin niillä, jotka on tuomittu yhdyskuntapalveluun ja vankeuteen suhteessa niihin, joilla tuomioita tai sakkoja huumeiden käyttöön liittyen ei ollut. Tuomion saaneista valtaosa katsoo viranomaisten olevan epäluotettavia. Ryhmien jakaumat poikkesivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi [ $\chi^2 = 12,208$ ,  $p = 0,016$ ].

Erot sanktioiden ja luottamuksen suhteen ovat samansuuntaisia myös yleistetyn luottamuksen osalta. Niiden, jotka eivät olleet saaneet huumeiden käytöstä sakkoja tai muita sanktiota, luottamus tuntemattomia kohtaan oli vahvempaa.

**TAULUKKO 18. Luottamus viranomaisiin ja huumeisiin liittyvät rikosoikeudelliset sanktiot (% , N).**

		Viranomaisiin voi luottaa			
		Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä	Yhteensä
Tuomittu huumeiden käytön takia kahden viime vuoden aikana	Ei	58 %	19 %	24 %	100 %
		130	43	53	226
	Sakkoa	67 %	12 %	22 %	100 %
		105	19	34	158
	Yhdyskuntapalvelua/ vankeutta	76 %	9 %	16 %	100 %
		85	10	18	113
	Yhteensä	64 %	15 %	21 %	100 %
		320	72	105	497

Huumeiden käyttäjien alhaista luottamusta tarkasteltaessa herää kysymys siitä, millaista palvelua käyttäjät kokevat saavansa ja missä määrin erilaiset viranomaiskontaktit voivat vaikuttaa heidän kokemaansa luottamukseen. On syytä pohtia sitä, kokevatko huumeita käyttävät erilaiset yhteiskunnalliset palvelut ja viranomaiskäytännöt proseduaalisesti oikeudenmukaisina. Tällä on erittäin suuri vaikutus siihen, miten luottamuksen puutteesta kärsivät ja palveluiden tarpeessa olevat huono-osaisten voivat kääntyä esimerkiksi apua tarjoavien viranomaisinstituutioiden puoleen.

Huono-osaisten hyvinvoinnin kannalta on äärimmäisen tärkeää, että viranomaisinstituutit ja katutasolla toimivat viranomaiset voidaan kokea oikeudenmukaisiksi ja luottamusta herättäviksi. Jos luottamusta käytetään sosiaalisen etäisyyden mittana, tulokset kertovat myös korutonta kieltä sii-



tä, että kuilu väestön ja huumeita käyttävien välillä on erittäin suuri. Tässä mielessä huumeiden käyttäjistä on tullut muukalaisia keskuudessamme. Tämä voi olla edelleen omiaan ruokkimaan ennakkoluuloja huumeiden käyttäjiä kohtaan, jolloin myötätunnon ja solidaarisuuden puute sekä empatiakuilut valtaväestön ja huumeiden käyttäjien välillä saattavat syvetä entisestään.

## Stigma

Huono-osaiset ryhmät on perinteisesti nähty ”muukalaisina keskuudessamme”, joita tarkastellaan sosiaalisen etäisyyden päästä. Tämänkaltaista muukalaisuutta määrittävät valtaväestön näkökulmasta tarkasteltuna myötätunnon puutteesta aiheutuvat empatiakuilut ja valtaväestön etuuksien ja palvelujen rajaamisesta syntyvät solidaarisuusvajeet. Empatiakuilut tulevat näkyväksi kysyttäessä, kenen hyvinvoinnista suomalaiset välittävät ja kuinka hyvinvoivaksi he eri väestöryhmät olettavat: mitä suurempi kuilu on välittämisen ja oletetun hyvinvoinnin tason alhaisuuden välillä, sitä suurempi on empatiakuilu. Solidaarisuusvajeet puolestaan liittyvät universaalisuuden rajoihin sekä tulonsiirroissa että palveluissa. Tulonsiirroissa rajaa määrittää oikeus ansiosidonnaisiin etuuksiin ja palveluissa koko väestön ja erityisryhmien palvelujen rajapinta. (Saari 2015, 15–17, 94–97.)

Ulkopuolelle rajattuihin muukalasiin liitetään erilaista ”sosiaalista stigmaa”. Alun perin tuolla käsitteellä viitattiin kansalaisuuden puutteeseen Kreikan kaupunkivaltioissa. Sitten se on kytkeytynyt ulkoapäin tapahtuvan määrittelyn ja oman identiteetin välisen vuovaikutuksen analysointiin. Samalla stigma on muuttunut emotionaaliseksi tilaksi, johon olennaisena asiana liittyy sisäistetty häpeä ja toiseuden kokemus. (Falk 2001; Goffman 1963.)

Stigma voidaan käsittää yleensä henkilön piirteeksi, joka on sosiaalisen yhtenäisyyden normien vastainen. Normi määritellään tässä jaetuksi uskoksi siitä, että henkilöiden on käyttäydyttävä tietyllä tavalla tietynä aikana (Ahern, Stuber & Galea 2007, 189). Stigma on merkki, joka asettaa ihmisen erilleen toisista ja liittää merkityn ihmisen vieroksuttaviin piirteisiin. Tämä johtaa stigmatisoidun ihmisen hylkimiseen ja eristämiseen. Stigma on niin ei-marginalisoitujen ryhmien tapa saavuttaa poissulkemisen ja yhtenäisyyden tavoitteet kuin myös psykologinen ja sosiaalinen prosessi, jonka kanssa marginalisoituneiden ryhmien tulee suunnistaa ja kamppailla. (Ahern ym. 2007, 189; Link ym. 1997, 186.)

Huumeiden käyttäjät ovat pitkälti stigmatisoitu ryhmä, ja heihin kohdistuu paljon ennakkoluuloja ja syrjintää. Toisaalta ajatellaan jyrkästi kielteisen ja huumeiden käytön tuomitsevan ympäristön yleisesti toimivan huumeiden käyttöä ehkäisevästi, mutta toisaalta tällöin ajetaan jo käyttäviä syvemmälle marginaaliin. Tiettyjen ihmisryhmien stigmatisointi saattaa myös johtaa yleistyvään näkemykseen, että nämä tietyt ihmisryhmät olisivat vähemmän arvokkaita tai eivät ansaitsisi palveluja samoin kuin muut (Simmonds & Coomber 2009, 122). Stigman kokemisen on havaittu olevan myös suorassa yhteydessä huumeiden käyttäjien kokeman masennuksen kanssa (Link, Struening, Rahav, Phelan & Nuttbrock 1997, 186).

Stigma huumeiden käyttäjiä kohtaan elää vahvana suomalaisessa yhteiskunnassa. Esimerkiksi Ylen heinäkuussa 2015 teettämässä kyselyssä tiedusteltiin vastaajien asennetta sijoittaa erilaisia laitoksia tai keskuksia heidän naapurustoonsa. Kahdeksasta eri vaihtoehdosta vastaajat suhtautuivat kaikista negatiivisimmin suonensisäisten huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteeseen sijoittamiseen omaan naapurustoonsa. (Niilola 2015.)

Suomalaisten näkemykset huumeongelman laajuudesta ovat lieventyneet 2000-luvun alusta, jolloin yli 90 prosenttia kansalaisista katsoi Suomessa olevan vähintään kohtalainen huumeongelma. Vuonna 2014 suomalaisista noin joka neljäs piti huumeongelmaa Suomessa suurena ja kohtalaisena noin puolet väestöstä. Toisaalta huumeongelma ei paikannu omaan asuin-ympäristöön, sillä vain joka kolmas vastaaja katsoi huumeongelman olevan omalla asuinalueella kohtalainen tai suuri. (Karjalainen, Savonen & Hakkarainen 2016, 28–29.) On syytä pohtia, mihin perustuvat kansalaisten käsitykset Suomen laajuisesta huumeongelmasta.

Ihmisten pelko väkivallan kohteeksi joutumisesta muiden huumeiden vuoksi oli korkeimmillaan 2000-luvun taitteessa, jonka jälkeen pelko väestössä on hitaasti laskenut. Vuonna 2014 hieman useampi kuin joka neljäs henkilö pelkäsi joutuvansa väkivallan kohteeksi muiden ihmisten huumeiden käytön takia. Väkivallan pelon osalta näyttää siltä, että ”huumehysterian” vuosien jälkeen on tapahtunut normalisoitumista, ja huumeiden käyttöön liitetään hieman vähemmän henkilökohtaisia uhkakuvia kuin aiemmin. Uhkakuvien taso on jäänyt kuitenkin korkeammalle tasolle kuin 1990-luvun alussa. Suhteessa siihen, kuinka suureksi ongelmakäyttäjien määrää on Suomessa arvioitu, on silti väestön asenne ja huoli aihetta kohtaan erittäin suurta. (Karjalainen ym. 2016, 29.)

Syrjinnän ja ulkopuolisuuden kokemisen on havaittu vaikuttavan heikentävästi huumeiden käyttäjien mielenterveyteen ja syrjinnän heikentävän fyysistä terveyttä. Terveyttä heikentävän mekanismin arvellaan joh-

tuvan jatkuvasta stressistä, jota syrjintä on osaltaan pahentamassa. (Vrt. Young ym. 2005, 386; Ahern ym. 2007, 192.) Stigma voi lannistaa huumeidenkäyttäjien halua hakea terveyspalveluita huonon hoidon pelossa tai viranomaisten kanssa syntyvien ongelmien pelossa. Esteenä terveysneuvontapisteiden palveluiden käytölle onkin usein leimautumisen tai paljastumisen pelko, joka on seurausta stigmatisoituneesta asemasta yhteiskunnassa. (Ahern ym. 2007, 194; Arponen ym. 2008, 104; Simmonds & Coomber 2009, 128).

Stigmatisaatio ei tapahdu pelkästään ulkopuolelta, vaan huumeiden käyttäjienkin kesken tapahtuu arvottamista ja stigmaatiota. Käyttäjät jaksavat toisiaan kunnollisiin ja ei-kunnollisiin ihmisiin muun muassa terveyskäyttäytymisen, velkojen maksamisen ja prostituution perusteella. Etenkin asunnottomiin huumeiden käyttäjiin myös muut käyttäjät suhtautuvat hyvin ennakkoluuloisesti. (Vrt. Simmonds & Coomber 2009, 127; Väyrynen 2009.)

Palveluissa stigmatisointi voi päihdeongelmalliselle tarkoittaa välinpitämättömän kohtelun kohteeksi joutumista. Tällainen kohtelu luo turvattomuuden, yksin jäämisen, vaille vastausta jäämisen, hylätyksi tulemisen ja ihmisarvon menettämisen kokemuksia. (Metteri 2012, 190.) Palvelun tarjoajat saattavat stigmatisoida esimerkiksi asunnottoman ja näin epäonnistua optimaalisen hoidon tarjoamisessa, etenkin jos yksilöllä on alkoholi- tai huumeongelma. Palvelun tarjoajat voivat esimerkiksi olettaa, että yksilöllä ei ole tarpeeksi motivaatiota tai halua sitoutua palveluun. (Upshur ym. 2014, 80.)

### *Ammattiavun hakemisen nöyryyttävyys*

Tutkimuksessa selvitettiin vastaajien palveluihin liittyvää stigman tai häpeän kokemusta väitteellä ”Ammattiavun hakeminen on nöyryyttävää”. Vastausvaihtoehdot olivat ”täysin samaa mieltä”, ”osin samaa mieltä”, ”ei samaa eikä eri mieltä”, ”osin eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. Kysymys ammattiavun hakemisen nöyryyttävyydestä on osa kyselyn DUDIT-E-mittaristoa.

Terveysneuvontapisteiden asiakkaista kolmasosa (32 %) koki ainakin osittain ammattiavun hakemisen nöyryyttäväksi. Huomattavasti suurempi osa, puolet (50 %) vastaajista, ei kokenut palveluiden hakemista nöyryyttäväksi. Ei samaa eikä eri mieltä oli vastaajista hieman alle viidesosa (18 %). Suurin osa ei kokenut ammattiavun hakemista nöyryyttäväksi, mutta kolmasosan kokemus avun hakemisen nöyryyttävyydestä on silti merkittä-

vän iso osuus. Ammattiavun hakeminen oli useammin nöyryyttävää miehille (35 %) kuin naisille. Henkiseen ja fyysiseen terveyteensä tyytymättömät kokivat useammin ammattiavun hakemisen nöyryyttäväksi. Hyvin harvoin tai joskus henkiseen ja fyysiseen terveyteensä tyytyväisistä kaksiviidestä (39 %) oli ainakin osin samaa mieltä ammattiavun hakemisen nöyryyttävyydestä, kun vastaavasti vain neljäsosa (26 %) terveyteensä tyytyväisistä koki ammattiavun hakemisen nöyryyttäväksi. Palvelujen käyttämiselle voi siis muodostua eroja yksilön toimintakyvyn mukaan. Sinänsä on huolestuttavaa, että heikkokuntoisemmat vastaajat kokevat useammin ammattiavun hakemisen nöyryyttäväksi, vaikka toisaalta he kaipaisivat palveluita useammin.

Ammattiavun hakemisen nöyryyttävyys ei ollut merkittävästi yhteydessä muihin palveluihin kuin päihdepalveluihin, jolloin voidaan toisaalta ajatella kysymyksen kartoittavan stigman kokemuksen lisäksi nimenomaisesti päihteistä irtautumiseen tarvittavia ammattilaisten palveluita. Tätä vahvistaa se, että kysymys päihdepalveluista on negatiivisessa yhteydessä ammattiavun hakemisen nöyryyttävyyteen. Vastaajat, jotka kokivat ammattiavun hakemisen nöyryyttäväksi, käyttivät harvemmin päihdepalveluita kuin muut vastaajat.

### *Häpeän kokemus*

Häpeä on stigman sisäistetty kokemus; se on emotionaalinen tila, jolla on evoluutiivinen perusta ja joka näyttäytyy eri tavoilla erilaisissa yhteisöissä. Sosiaalipoliittisesti keskeistä häpeän määrittelyssä ja kokemisessa on identiteetti, sosiaalinen hyväksyttävyys ja sopeutuminen. Ihmisten kokema häpeän ”määrä” vaihtelee merkittävästi sen suhteen, missä määrin tietty sosiaalinen tilanne poikkeaa ihmisen itsellensä (omalle minuudelleen) asettamista odotuksista, kuinka sosiaalisesti hyväksyttäväksi tietynkaltainen käyttäytyminen koetaan, sekä kuinka sopeutuneita ihmiset ovat omaan sosiaaliseen tilanteeseensa.

Häpeä koostuu monista tunteista, joita ovat esimerkiksi nolous, syyllisyys ja nöyryytys. Häpeä rakentuu melkein aina oman kyvyttömyyden sisäisestä tuomitsemisesta ja toisten ihmisten odotetuista arvioista itseä kohtaan. Lisäksi häpeä koostuu niiden suullisista ja symbolisista eleistä, jotka pitävät itseään sosiaalisesti tai moraalisesti ylempiarvoisena kuin häpeää tunteva. (Chase & Walker 2012, 140.)

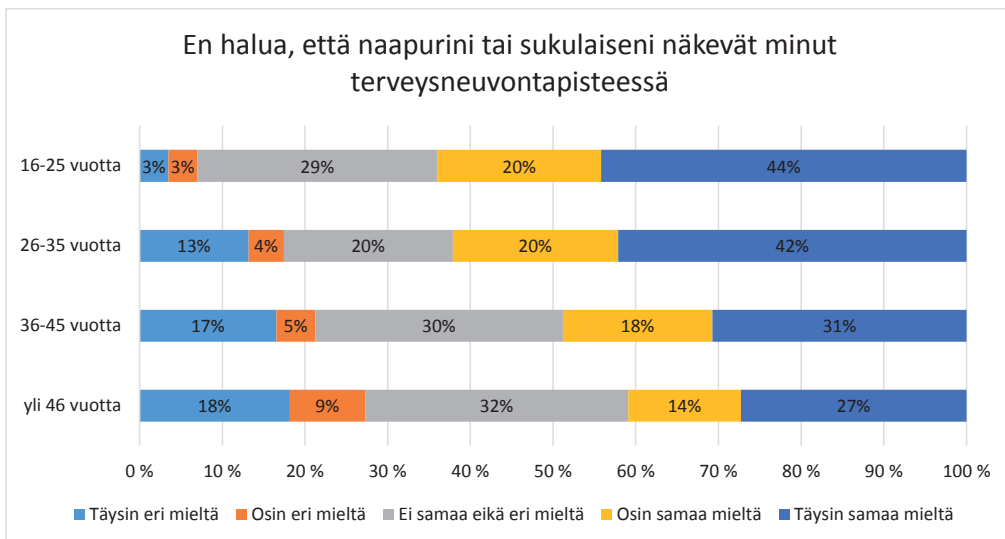
Häpeä nähdään enemmänkin sisäiseen minäkuvaan kuin julkiseen minään liittyvänä tunteena. Sen kokeminen voidaan nähdä vahingollisena

yksilölle ja sosiaaliselle vuorovaikutukselle. Häpeä kohdistuu minuuteen kokonaisvaltaisesti. Häpeää tunteva kokee itsensä huonoksi ja epäonnistuneeksi. Häpeän tunteen voidaan nähdä viestivän uhasta tulla toisten hylkäämäksi. Se voi kohdistua erilaisiin kulttuurisidonnaisiin asioihin, mutta monesti häpeä tuottaa vetäytymistä, masennusta tai aggressiivisuutta. Häpeä voi yksilön käytöksessä saada aikaan niin vetäytymispyrkimyksiä kuin korjaamispyrkimyksiä. Tilanteen arviointi määrittelee motivaation laadun. Jos ihminen kokee tilanteen korjaamisen olevan mahdotonta tai onnistumisen liian epävarmaa, hänen motivaationsa kehottaa vetäytymään suojellakseen itseään suuremmilta henkisiltä vaurioilta. Jos korjaaminen koetaan taas mahdolliseksi, yksilö on ensisijaisesti motivoitunut korjaamaan vaurioitunutta minäkuvaansa, joka on tärkeämpi kuin sosiaalinen imago. Häpeän yhteyden korjaavaan toimintaan on todettu olevan vahva silloin, kun yksilö ei ole kokenut hylkäämisen tunnetta. (De Hooge, Zeelenberg & Breugelmans 2010, 122)

Tässä tutkimuksessa häpeän kokemusta kysyttiin muodossa ”En halua, että naapurini tai sukulaiseni näkevät minut (terveysneuvontapisteen nimi)”. Vastausvaihtoehdot olivat ”täysin samaa mieltä”, ”osin samaa mieltä”, ”ei samaa eikä eri mieltä”, ”osin eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. Kysymyksen kannalta tulee toisaalta pohtia, kuinka hyvin se mittaa häpeää tässä kontekstissa. Huumeiden käyttö on laitonta toimintaa, mikä voi olla merkittävä syy siihen, että ”puolituttujen” ei haluta tietävän terveysneuvontapisteessä asiointista. Yli puolet (57 %) vastaajista oli ainakin osittain sitä mieltä, etteivät he halua tuttaviansa näkevän heidän käyvän terveysneuvontapisteessä. Noin neljäsosa (26 %) ei ollut asiasta eri eikä samaa mieltä, ja vain viidesosalla (18 %) ei juuri ollut ongelmaa siitä, jos heidän naapurinsa tai sukulaisensa näkisivät pisteessä asioimisen.

Iän ja häpeän kokemuksen välillä oli selkeä yhteys (ks. kuvio 16): nuorempien ikäryhmien edustajat kokivat huomattavasti useammin, etteivät he halua naapuriensa tai sukulaistensa näkevän terveysneuvontapisteessä asiointiaan. Nuoremmilla henkilöillä kyse saattaa olla siitä, ettei lähipiiri ole tietoinen huumeiden käytöstä eivätkä he halua asian tulevan lähipiiriin tietoon. Vanhemmilla ikäryhmillä taas käyttö on usein jatkunut jo niin pitkään, että sen peittely alkaa vaikuttaa toissijaiselta. Kyse voi olla myös edellä mainitusta sopeutumisesta omaan sosiaaliseen tilanteeseen. Toisaalta ystävien ja sukulaisten antama taloudellinen tuki tai yleinen luottamus ihmisiin eivät olleet yhteydessä terveysneuvontapisteessä asiointiin liittyvään häpeän kokemukseen. Läheisten taloudelliseen tukeen voidaan siis todennäköisesti luottaa, olivatpa nämä tietoisia huumeiden käytöstä tai eivät.

Myöskään vastaajat, jotka eivät halunneet lähipiirinsä näkevän heitä terveysneuvontapisteessä, eivät olleet sen epäluottavaisempia ihmisiä kohtaan kuin muut vastaajat.



**KUVIO 16. Terveysneuvontapisteissä asioinnista koettu häpeä ikäluokittain (%).**

### **Miten stigma ja luottamus rakentuvat suhteessa terveysneuvontapisteessä asiointiin?**

Vaikka terveysneuvontapalveluita käytetään, liittyy osalla vastaajista palvelun käyttämiseen jatkuva huoli paljastumisesta tai leimaautumisesta. Etenkin terveysneuvontapisteiden sijainnilla on silloin merkitystä palvelun vaikuttavuuteen. Erityistä huomiota tulee kiinnittää terveysneuvonnan järjestämiseen pienillä paikkakunnilla, joissa suuressa kaupungissa mahdollinen anonymiteetti on hankala toteuttaa.

Terveysneuvontapisteiden asiakkailta kysyttiin, onko heidän asioimisaan terveysneuvontapisteessä apu järjestetty hyvin. Vastausvaihtoehdot olivat ”täysin samaa mieltä”, ”osin samaa mieltä”, ”ei samaa eikä eri mieltä”, ”osin eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. Valtaosa (83 %) vastaajista oli tyytyväisiä vastauspisteessä saamaansa apuun. Vain joka kymmenes (9 %) vastaaja oli tyytymätön pisteessä järjestettyyn apuun.

Puhuttaessa esteistä hakeutua terveysneuvontapisteiden palveluiden piiriin, mainitaan yhtenä painavana syynä epäluottamus viranomaisiin (Arponen ym. 2008, 139). Epäluottamus viranomaisiin kytee vahvana vastaajissa, mutta se ei estä terveysneuvontapisteiden palveluiden käyttöä. Haittoja vähentävän ja matalan kynnyksen peruseriaatteita ovat tuomitsemattomuus ja luottamuksellisuus, ja tämä työ näyttää kantavan hedelmää, kun muuten epäluuloiset ihmiset uskaltavat käyttää terveysneuvontapisteiden palveluita. Esimerkiksi Tampereen terveysneuvontapiste Nervissä kerättiin asiakkailta kyselyn lopussa vapaita kommentteja tutkimuksesta sekä Nervin toimintatavoista. Näissä kommentteissa nousivat vahvasti esiin positiiviset kokemukset Nervistä mutta myös kontrasti Nervin ja muiden viranomaisten välillä; Nervin työntekijät olivat usein ”ainoita joihin voi luottaa”. Terveysneuvontapisteiden työ näyttää siis synnyttävän luottamusta, mutta tämä luottamus tuottaa myös eron, jossa mistään muualta ei välttämättä koeta saavan ihmisarvoista palvelua. (Koivula ym. 2014, 42–43; ks. myös Perälä 2012, 5.)

## Yhteenveto

- Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden luottamus muihin ihmisiin ja viranomaisiin on erittäin alhaista. Vain viidesosa vastaajista luotti ihmisiin tai viranomaisiin. Erot luottamuksessa suhteessa väestöön yleisesti ovat huomattavia. Lisäksi vertailtaessa huumeiden käyttäjiä muihin huono-osaisiksi miellettyihin ryhmiin, kuten ruoka-avun asiakkaisiin tai päihdekuntoutujiin, käyttäjien luottamus on selvästi alhaisemmalla tasolla.
- Kaupungilta saadun tuen kokeminen riittäväksi oli positiivisessa yhteydessä molempiin luottamuksen lajeihin. Yhteiskunnan institutioiden luottamusta vahvistava rooli toimii siis myös huumeiden käyttäjillä. Vaikka vastaajat toisaalta käyttävät paljon yhteiskunnan palveluita ja tulonsiirtoja, heillä ei ole luottamusta viranomaisiin. Onkin pohdittava, millä tavalla viranomaiset ja huumeiden käyttäjät kohtaavat palveluissa.
- Huumemaailma on ristiriitaisten luottamussuhteiden ja kahdensuuntaisten voimien maailma, jossa epäluottamuksen elementit ovat jatkuvasti läsnä. Elämä epäluottamuksen ilmapiirissä onkin monin tavoin kuluttavaa.
- Yli puolet vastaajista ei halunnut, että heidän sukulaisensa tai naapurinsa näkevät heidän asioivan terveysneuvontapisteessä. Nuorimmat

vastaajat kokivat selkeästi useammin, etteivät he halua tuttaviansa näkevän heitä terveysneuvontapisteessä.

- Palveluiden hakemisessa joka kolmannella vastaajalla on jonkinlainen este stigman tai häpeän vuoksi. Tällaisten ”turhien” esteiden purkamiseen tarvitaan hyvin organisoitu ja inhimillistä kohtelua korostava palveluketju.
- Vaikka epäluottamus viranomaisia kohtaan on erittäin voimakasta, se ei pääasiassa heijastu terveysneuvontapisteissä asiointiin. Neljä viidestä vastaajasta oli tyytyväinen terveysneuvontapisteestä saamaansa apuun.
- Haittoja vähentävän ja matalan kynnyksen periaatteisiin kuuluvat tuomitsemattomuus ja luottamuksellisuus. Tämä työ näyttää kantavan hedelmää, kun muuten epäluuloiset ihmiset uskaltavat käyttää terveysneuvontapisteiden palveluita.





## 11 JOHTOPÄÄTÖKSET

Suomalaiset ovat monella tavalla eriarvoisessa asemassa. Monet elämäntilanteissa ja -asemissa olevat erot aiheutuvat yksilöstä pitkälti riippumattomasti tekijöistä. Näitä ovat esimerkiksi lapsuuden olosuhteet sekä koulutukseen, terveyteen ja asumiseen liittyvien mahdollisuusrakenteiden erot. Toisten erojen takana on erilaisia vapaita valintoja, jotka kuitenkin aikaa myöten muuttuvat yksilöiden kannalta hallitsemattomiksi toistuviksi tapahtumiksi. Suonensisäisten huumeiden käyttö on tämänkaltaisen ilmiön, joka yhdistelee vapaita valintoja ja riippuvuuksien kasautumista. Siten se on myös avunsaajan ”kunniallisuuden” kannalta haasteellinen, koska ihmiset näkevät huumeiden käyttäjät omasta elämäntilanteesta vastaavina yksilöinä.

Samalla on kuitenkin pidettävä mielessä, että viime kädessä suomalaista sosiaalipoliittista järjestelmää arvioidaan sen mukaan, kuinka hyvin se vastaa kaikkein heikoimmassa asemassa olevien ryhmien tarpeisiin ja odotuksiin riippumatta siitä, kuinka syllisiä tai syyttömiä taikka kunniantomia tai kunniallisia he omaan tilanteeseensa ovat. Tulonsiirtojen ja palvelujen kysyntä ja tarjonta perustuvat tarpeiden ja sosiaalipolitiikan yhteensovittamiseen eikä kunniallisuuden arviointiin. Samalla palvelujen ja tulonsiirtojen rakenne ja laatu kytkeytyvät usein yhtäältä aikaisempiin ansioihin ja kontribuutioihin ja toisaalta aiheutuvien kustannusten määrään. Ratkaisevaa on silloin se, kuinka paljon etuutta ja palvelua käytetään.

Tutkituista huono-osaisuuden notkelmista terveysneuvontapisteiden asiakkaat ovat kaikkein heikoimmassa asemassa. Heidän hyvinvointinsa on terveyden, tyytyväisyyden ja toimeentulon mittareilla huomattavasti alhaisempi kuin väestössä keskimäärin. EMCDDA:n määritelmän mukaan korkean riskin huumeiden käyttöä määrittävät siitä aiheutuvat haitat (riippuvuus, terveyshaitat, psykologiset ja sosiaaliset ongelmat). Kun tarkastelemme terveysneuvontapisteiden asiakkaita tämän määritelmän valossa,

melkein koko vastaajakunta näyttäytyy korkean riskin käyttäjinä. Lähes kaikille vastaajille kertyi vähintään yksi edellä mainituista haitoista.

Terveysneuvontapisteet keskittyvät nimensä mukaisesti pääasiassa huumeiden käytöstä johtuvien fyysisten haittojen ehkäisyyn. Tämän tutkimuksen pohjalta voidaan todeta terveysneuvontapisteiden toimintaperiaatteiden olevan hyvin linjassa neuvontapisteiden asiakkaiden terveydellisen todellisuuden kanssa. Heidän kokemansa fyysinen terveys on huomattavasti heikompaa kuin väestössä keskimäärin, ja huono terveys on selvästi kytköksissä huumeiden käytöstä koettuihin ongelmiin. Käyttäjät itse näkivät myös terveysneuvontapisteiden toiminnan hyvin järjestettynä. Tutkimus vahvistaa kuitenkin sen, että fyysisen terveyden edistämisen rinnalla tarvitaan myös erityishuomiota etenkin henkisen terveyden edistämiseen.

Huono-osaisuuteen liitettyjä hyvinvoinnin vajeita kasautui terveysneuvontapisteiden asiakkaille huomattavasti. Toisaalta asiakkaiden keskuudessa ilmeni myös vahvaa resilienssiä; vasta erittäin monen vajeen kasautuminen tuotti huono-osaisen identiteettiä vallitsevasti. Sosiaalisista ongelmista huono-osaisuuden kokemukseen linkittyivät vahvasti henkisen terveyden tila, toimeentulon riittämättömyys ja koettu yksinäisyys. Nämä ovat alueita, jotka yleisen sosiaalipolitiikan sekä päihde-erityisten palveluiden tulisi ottaa toimenpiteitä suunnitellessaan entistä laajemmin huom. Hyvinvointivaltion tulisi tarjota kansalaiselleen yksilöä kannattelevien palvelujen verkko. Tämän verkon voidaan sanoa jo pettäneen siinä vaiheessa, kun yksilö päätyy käyttämään huumeita. Tätä näkemystä tukevat sosiaalisten ongelmien varhaisesta alkamisesta kertovat indikaattorit aineistossa, kuten erittäin matalaksi jäänyt koulutusaste sekä jo alaikäisenä alkanut suonensisäinen huumeiden käyttö. Näissä tapauksissa nuoriin kohdistuvat ehkäisevä päihdetyö ja erilaiset sosiaaliset tukiverkostot ja yhteiskunnan viralliset avun väylät näyttävät epäonnistuneen. Myös huumeiden käytön myöhäisen aloitustien kytkeytyminen masennukseen ja heikkoon mielenterveyspalveluiden käyttöön kertoo karua kieltään siitä, että huumeita käytetään myös itselääkintänä mielenterveyden ongelmiin, jos virallisesta palvelujärjestelmästä ei ole saatu tarvittavaa apua.

Toisaalta aineistosta erottuu erilaisia palvelutarpeita ja huono-osainen tai syrjäytynyt huumeiden käyttäjä ei ole koko kuva totuudesta. Vaikka suuri osa tutkimuksen vastaajista olikin työvoiman ulkopuolella olevia ja toimeentulotuen asiakkaita, oli vastaajien joukossa myös työssäkäyviä ja opiskelijoita, joiden hyvinvointi oli huomattavasti paremmalla tasolla muihin vastaajiin verrattuna. He kokivat myös harvemmin huumeiden käytöstään johtuvia ongelmia, samalla kun päihdepalveluihin hakeutuminen koettiin

erityisen nöyryyttäväksi. Huumeongelman paljastuminen johtaa usein työtai opiskelupaikan menetykseen ja yhdenlainen haaste onkin, kuinka tarjota tälle suhteellisen hyvinvoivalle ryhmälle mahdollisuus puhua päihteidenkäytöstään koko palvelujärjestelmässä ilman leimaantumista, ja saada apua ongelmiinsa ennen kuin ne pahenevat. Toisaalta esimerkiksi vanhemmille vastaajille kertyi eniten erilaisia hyvinvointivajeita, mutta samalla he olivat myös vähemmän halukkaita muuttamaan huumeiden käyttöönsä. Onkin syytä pohtia, millaisia tarpeita tällaisella asiakasryhmällä on palvelurakenteessamme.

Huumeiden käyttäjiin kohdistuu erilaisia poliittisia linjauksia, ja näiden linjausten ristiveto näkyy myös terveysneuvontapisteiden asiakkaiden elämässä. Esimerkiksi enemmistö alle 26-vuotiaista on saanut huumeisiin liittyviä rikosoikeudellisia sanktioita. He ovat siis olleet tekemisissä jonkin viranomaisen kanssa, ja viranomaisilla on tieto heidän huumeiden käytöstään. Kiristynyt sakotuskäytäntö astui Suomessa voimaan vuonna 2001 huumausaineen käyttörikosuudistuksen yhteydessä, mutta samalla korostettiin myös rangaistuksille vaihtoehtoisia menettelytapoja, kuten ongelmakäyttäjien hoitoon ohjaamista sekä alaikäisten puhuttelua. Heini Kainulainen (2009) on kuitenkin todennut, että sakkojen määrä on tämän jälkeen voimakkaasti kasvanut eikä hoitoon ohjaus ole käytännössä onnistunut. Vallalla oleva sakotuskäytäntö näyttäytyy aineistossamme etenkin nuorimmilla käyttäjillä, jotka ovat saaneet sakkoja huomattavasti useammin kuin vanhemmat vastaajat. Toisaalta nuorimmat vastaajat saavat aineistossamme korkeimmat pisteet muutosmotivaatiota mitattaessa, mikä osaltaan viittaa myös poliisin tarpeeseen tehostaa omaa hoitoonohjaustaan. Käyttäjien sanktioiminen ei myöskään ole näyttänyt toteuttavan tarkoitustaan käytön vähentäjänä, vaan se saattaa ajaa käyttäjiä yhä syvemmälle syrjäytymisen kierteeseen.

Yksi erityisryhmä päihdeongelmaisten keskuudessa ovatkin vangit, kuten tässäkin aineistossa ilmenee. Vakavat rikosoikeudelliset sanktiot indikoivat muita vastaajia selkeästi matalampaa hyvinvointia usealla eri osaluueella. Tarvitaan panostuksia sosiaalipoliittisiin ohjelmiin, jotka edistävät vapautuvien vankien yhteiskunnallista integraatiota sekä ehkäiseviä ohjelmia, joilla vankien palaamista päihdekierteeseen saadaan ehkäistyä.

Pääasiassa sanktioivana näyttäytyvänä valtio ei ole kuitenkaan koko todellisuus. Hyvinvointivaltio on tärkeä osa suonensisäisiä huumeita käyttävien elämää, sillä terveysneuvontapisteiden asiakkaat eivät ainakaan ole palvelujen ja tulonsiirtojen ulkopuolella – ennemminkin he ovat niiden suurkäyttäjiä. Toisaalta palveluiden ja käyttäjien tarpeen kohtaamista on

syitä vakavasti miettiä. Palveluiden runsaalla käytöllä ei ollut yhteyttä koettun hyvinvoinnin parempaan tasoon, ja vastaajat valtaosin kokivat kaupungilta saamansa tuen riittämättömäksi.

Poiskäännyttämisen kokemuksia ja tyytymättömyyttä tuen riittävyteen esiintyy verrattain suurella osalla vastaajista. Etenkin mielenterveyspalveluiden käyttö on alhaisella tasolla suhteessa koettuun masennukseen ja henkiseen terveyteen tyytymättömyyteen. Noin puolet henkiseen terveyteensä tyytymättömistä ja masennusta kokevista ei ole käyttänyt mielenterveyspalveluita, ja he olivat huolestuttavan usein kokeneet poiskäännytystä mielen-terveyspalveluista.

Päihdeongelman lisäksi merkittävä hyvinvointia heikentävä tekijä on asunnottomuus. Monet sosiaaliset ongelmat olivat yhteydessä asunnottomuuteen, ja esimerkiksi asunto ensin -periaate tarkoittaa, että näiden käyttäjien asumisongelmien ratkaiseminen on ensisijaista heidän pärjäämisensä ja hyvinvointinsa kannalta. Päihdeongelmien ratkaisusta puhuttaessa kuuluu asunnottomuuden ratkaiseminen myös kiinteästi osaksi keskustelua. Mieli-hankkeen loppuraportissa toistetaan jo usein todettu tarve asunto ensin -periaatteelle sekä riittävät palvelut tukemaan omassa kodissa asumista. Asumispalveluiden tarjonnassa on tapahtunut raportin mukaan hidasta kehitystä, mutta ne lepäävät vieläkin turhan paljon erityisrahoitettujen, määräaikaisten hankkeiden harteilla. (Karjalainen & Nordling 2015, 165.) Toisaalta yllättävän monesti tässä tutkimuksessa asunnottomuus ei vaikuttanut olevan ensisijainen taustasy monille ongelmille. Tämä kuitenkin kertoo lähinnä käsitteellisistä epäselvyyksistä: asunnottomuutta on monenlaista niin kuin asumistakin. Lisäksi, kuten aiemmin on todettu, terveysneuvontapisteiden palveluiden ulkopuolelle saattavat jäädä kaikkein heikoimmassa asemassa olevat huumeiden käyttäjät, tässä tapauksessa siis syvästi asunnottomat. Aineiston vastaajat ovat iältään myös nuoria, jolloin asunnottomana mahdollista tilapäismajoitusta esimerkiksi kavereiden luota saattaa löytyä.

Myös sosiaalisilla suhteilla ja tukiverkostoilla on merkittävä rooli yksilön hyvinvoinnille, sekä yleisessä huono-osaisuuden tutkimuksessa että suomensisäisten huumeiden käyttäjien elämänlaatua käsittelevissä tutkimuksissa. Myös tässä tutkimuksessa sosiaalisen tuen – tai pikemminkin sen puutteen – havaittiin olevan merkittävästi yhteydessä yksilön kokemaan huono-osaisuuteen. Sosiaalisten tukiverkostojen ylläpitäminen huumeepiirien ulkopuolella avaa usein käyttäjälle mahdollisuuksia parempaan hyvinvointiin, mutta näiden suhteiden ylläpitäminen käytön kiivaimpina vuosina on usein haastavaa. Huumeiden käyttö on käyttäjän omaisille erityisen

raskasta, ja yhteiskunnan tukiverkkoa tulisi kehittää myös omaisten jaksamisen huomioimisessa. Miten sosiaalista yhteenkuuluvuutta ja tukea kyettäisiin huumeiden käyttäjien ja heidän läheistensä elämässä edistämään?

Huumeista irti pääseminen on pitkään kestävä prosessi, johon kuuluvat erilaiset hyvinvoinnin ja elämänhallinnan kaudet sekä retkahdukset. Pitkäjänteinen tukeminen tässä prosessissa on lopulta myös yhteiskunnan etu. On myös hyväksyttävä se, että huumeiden käyttö saattaa kestää vuosia ennen kuin halu lopettaa herää tai alkaa näkyä yksilön toiminnassa – joillakin halu ei herää koskaan. Kuitenkin myös huumeita aktiivisesti käyttävillä kuuluvat yhteiskunnan palvelut. On sekä yksilöiden, heidän lähipiirinsä että yhteiskunnan kannalta tuhoavaa sulkea heidät palvelujen ulkopuolelle.

Luottamuksella yhteiskunnallisia instituutioita, viranomaistoimijoita sekä yleisesti muita ihmisiä kohtaan on suuri merkitys huumeidenkäyttäjän kuntoutumisessa. Kuntoutumiselle on tärkeää, että viranomaiset toimivat luottamusta herättävällä tavalla ja että huumeita käyttävät voisivat viranomaisia kohdatessaan kokea tulevansa kohdelluksi oikeudenmukaisesti. Luottamus viranomaistahoja kohtaan on tärkeää ennen muuta hoitoon hakeutumisen ja avun puoleen kääntymisen näkökulmasta. Palveluiden piiriin, joka luotettavaksi koetaan, on helpompi hakeutua.

Suonensisäisten huumeiden käyttäjien asema tulonsiirtojen ja palvelujen käyttäjänä uudessa valinnanvapauteen perustuvassa sote-mallissa on lähes täysin auki. Alkuvuodesta 2017 ei vielä ollut selvää näkemystä siitä, kuinka päihde-erityiset palvelut asemoituvat osaksi palvelujärjestelmää ja valinnanvapauden periaatteita. Vielä suurempi kysymys on, kuinka yksittäiset palvelut ja yhteisöllinen toiminta voidaan kytkeä yhteen. Edellinen on tuotteistettavissa, kun taas jälkimmäinen vaatii laajapohjaista ja pitkäjänteistä työtä, jonka tulokset mitataan elämänlaadussa ja terveydessä eikä niinkään esimerkiksi suoritteina tai työllistymisenä.

Kaiken kaikkiaan Sumuisten sielujen hyvinvointi -hanke tuotti varsin hyvän informaatiovarannon suonensisäisten huumeiden käyttäjien hyvinvoinnista ja terveydestä sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. Aineistot on kytketty osaksi laajempaa useita huono-osaisten notkelmien kattavaa tutkimushanketta. Informaatiovarannon kerääminen on kuitenkin vasta ensimmäinen askel pitkässä prosessissa. Jatkossa tulokset muutetaan tieteellisiksi artikkeleiksi ja integroidaan politiikkaprosessien osaksi.

## LÄHTEET

- Ahern, J., Stuber, J. & Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence* 88, 188–196.
- Andersen, D. & Järvinen, M. (2007). Harm reduction – ideals and paradoxes. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 24 (3), 235–252.
- Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H., Liitsola, K., & Salminen, M. (2008). Luottamus ja vapaaehtoisuus terveysneuvontapisteoiminnan onnistumisen edellytyksenä. Poikkeittieteellinen arviointitutkimus ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvonnan vaikuttavuudesta tartuntatautien ehkäisyssä ja torjunnassa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B15/2008. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus (2015). Asunnottomat 2014. Selvitys 1/2015. Helsinki: Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus.
- Beenstock, M., (2004). Epidemiology of Desistence among Addicted and Non-Addicted Drug Users. Teoksessa P. Rosenqvist, J. Blomqvist, A. Koski-Jännes & L. Öjesjö (toim.), *Addiction and Life Course*. (s. 117–138). (NAD Publication 44). Helsinki: Hakapaino Oy.
- Bellani, L., & D’Ambrosio, C. (2011). Deprivation, Social Exclusion and Subjective Well-Being. *Social Indicator Research* 104, 67–86.
- Berman, A., Palmstierna, T., Källmén, H. & Bergman, H. (2007). The self-report Drug Use Disorders Identification Test – Extended (DUDIT-E): Reliability, validity, and motivational index. *Journal of Substance Abuse Treatment* 32, 357–369.
- Cacioppo, J., & Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*. New York: W. W. Norton & Company.
- Chase, E. & Walker, R. (2013). The Co-construction of Shame in the Context of Poverty: Beyond a Threat to the Social Bond. *Sociology* 47 (4), 739–754.
- Conroy, E., Kimber, J., Dolan, K. & Day, C. (2008). An examination of the quality of life among rural and outer metropolitan injecting drug users in NSW, Australia. *Addiction Research & Theory* 16 (6), 607–617.
- De Hooge, I., Zeelenberg, M., & Breugelmans, S. (2010). Restore and protect motivations following shame. *Cognition and Emotion* 24 (1), 111–127.
- Delhey, J. & Newton, K. (2003). Who trusts? The origins of social trust in seven societies. *European Societies* 5 (2), 93–137.
- Delhey J. & Newton, K. (2005). Predicting cross-national levels of social trust: global pattern or Nordic exceptionalism? *European Sociological Review* 21 (4), 311–327.
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W. & Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *International Journal of Drug Policy* 21, 364–380.
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., Camfield, L., Vanheule, S., Sabbe, B. & Broekaert, E. (2011). A good quality of life under the influence of methadone: A qualitative study among opiate-dependent individuals. *International Journal of Nursing Studies* 48, 1244–1257.

- Dietze, P., Stoové, M., Miller, P., Kinner, S., Raimondo, B., Rosa, A. & Burns, L. (2010). The self-reported personal wellbeing of a sample of Australian injecting drug users. *Addiction* 105 (12), 2141–2148.
- Drumm, R., McBride, D., Metsch, L., Page, B., Dickerson, K. & Jones, B. (2011). “The Rock Always Comes First”: Drug Users Accounts About Using Formal Health Care. *Journal of Psychoactive Drugs* 35 (4), 461–469.
- Ekendahl, M. (2006). Why not treatment? - Untreated substance abusers accounts of their lifestyles and efforts to change. *Contemporary Drug Problems* 33 (4), 645–668.
- Eskelinen, N. (2016). *Leipää ja luottamusta – Tutkimus luottamuksen tasoista ja yleistynyttä luottamusta ennustavista tekijöistä ruoka-avun asiakkaiden ja suomalaisen väestön keskuudessa*. (Pro gradu -tutkielma, Itä-Suomen yliopisto, yhteiskuntatieteiden laitos).
- Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (2015). *Euroopan huumeraportti 2015: Suuntauksia ja muutoksia*. Luxemburg: Euroopan unionin julkaisutoimisto.
- Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (2016). *Euroopan huumeraportti 2016: Suuntauksia ja muutoksia*. Luxemburg: Euroopan unionin julkaisutoimisto.
- Falk, G. (2001). *Stigma: How We Treat Outsiders*. New York: Prometheus Books.
- Fischer, J., Conrad, S., Clavarino, A., Kemp, R. & Najman, J. (2013). Quality of life of people who inject drugs: characteristics and comparisons with other population samples. *Quality of Life Research* 22, 2113–2121.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Prentice-Hall.
- Hakkarainen, P., Metso, L., & Salasuo, M., (2011). Hampuikäpolvi, sekakäyttö ja doping. Vuoden 2010 huumekekselyn tuloksia. *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (4), 397–411.
- Halleröd, B. (2006). Sour Grapes: Relative Deprivation, Adaptive Preferences and the Measurement of Poverty. *Journal of Social Policy* 35 (3), 371–390.
- Hannikainen-Ingman, K., Kuivalainen, S. & Sallila, S. (2013). Toimeentulotuen asiakkaiden elinolot ja hyvinvointi. Teoksessa S. Kuivalainen (toim.), *Toimeentulotuki 2010-luvulla. Tutkimus toimeentulotuen asiakkuudesta ja myöntämiskäytännöistä* (s. 81–114). (Raportti 9). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Haukkala, A. (2011). Psykososiaaliset tekijät. Teoksessa M. Laaksonen & K. Silventoinen (toim.), *Sosiaaliepideemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät* (s. 142–158). Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Havukainen, P. & Pasanen, A.-M. (2015). *Terveysneuvontapiste Portissa asioivien suomensisäisten huumeiden käyttäjien muutosvalmius ja siihen vaikuttavat tekijät*. (Pro gradu -tutkielma, Itä-Suomen yliopisto, filosofinen tiedekunta).
- Havukainen, P., Pasanen, A.-M., Honkalampi, K., Saarinen, P., & Saari, J. (2017). Huumeita suomensisäisesti käyttävien terveysneuvontapisteiden asiakkaiden muutosvalmius ja siihen vaikuttavat tekijät. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 54, 18–29.
- Hiller, M., Narevic, E., Webster, M., Rosen, P., Staton, M., Leukefeld, C., Garrity, T. & Kayo, R. (2009). Problem severity and motivation for treatment in incarcerated substance abusers. *Substance Use & Misuse* 44, 28–41.



- Hurme, T. (2002). Rikollinen, potilas vai anonymi asiakas? *Huumausaineiden ongelmakäyttäjän ristiriitainen identifiointi. Sosiologia* 4/2002, 296–308.
- Huumeongelman hoito. Käypä hoito -suositus (5.9.2012). Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50041>
- Hänninen, S. (2007). Johdanto. Teoksessa S. Hänninen, J. Karjalainen & Lehtelä K.-M. (toim.), *Pääsy kielletty! Poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaaliturva*. Helsinki: Stakes.
- Hänninen, S. & Karjalainen, J., (2007). Tarve harkinnassa. Teoksessa S. Hänninen, J. Karjalainen & K.-M. Lehtelä (toim.), *Pääsy kielletty! Poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaaliturva* (s. 157–191). Helsinki: Stakes.
- Immonen, T., & Kiikkala, I. (2007). Sopimaton Systeemiin. Teoksessa S. Hänninen, J. Karjalainen & K.-M. Lehtelä (toim.), *Pääsy kielletty! Poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaaliturva* (s. 55–85). Helsinki: Stakes.
- Isola, A.- M. & Turunen, E. (2014). *Syrjäytymisestä selviytymiseen Suomessa: Köyhyydestä ja sosiaalisista mahdollisuuksista kertovan laadullisen seuranta-aineiston* (2006–2012) kuvaus. (Työpapereita 64). Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Kainulainen, H., (2009). *Huumeiden käyttäjien rikosoikeudellinen kontrolli*. (Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 245). Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Kainulainen, S. (2014a). Raha ja rakkaus hyvinvoinnin lähteinä. *Yhteiskuntapolitiikka* 79 (5), 485–497.
- Kainulainen, S. (2014b). Ruoka-avun hakijoiden hyvinvointi. Teoksessa M. Ohisalo & J. Saari (toim.), *Kuka seisoo leipäjonossa?* (s. 59–69). (Tutkimusjulkaisu-sarja nro 83). Helsinki: Kunnallisan alan kehittämissäätiö.
- Kainulainen, S. & Saari, J. (2013). Koettu huono-osaisuus Suomessa. Teoksessa M. Niemelä & J. Saari (toim.), *Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa*, (s. 22–42). (Teemakirja 10). Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Kankaanpää, A., Ariniemi, K., Heinonen, M., Kuoppasalmi, K. & Gunnar, T. (2014). Use of illicit stimulant drugs in Finland: A wastewater study in ten major cities. *Science of the Total Environment* 487 (15), 696–702.
- Karjalainen, J. (2015). Unohdetut työttömät. Teoksessa A. Partanen, J. Moring, V. Bergman, J. Karjalainen, M. Kesänen, J. Markkula, M. Marttunen, S. Mustalampi, E. Nordling, T. Partonen, P. Santalahti, P. Solin, T. Tuulos, S. Wuorio (toim.), *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin?* (s. 123–126). (Työpapereita 20/2015). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Karjalainen, J., Kuivalainen, S., Hannikainen-Ingman, K. & Mukkila, S. (2013). Keppi ja porkkana toimeentulotuen työkaluina – toimeentulotuki ja kannustimet. Teoksessa S. Kuivalainen (toim.), *Toimeentulotuki 2010-luvulla. Tutkimus toimeentulotuen asiakkuudesta ja myöntämiskäytännöistä* (s. 158–166). (Raportti 9). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Karjalainen, J. & Nordling, E. (2015). Asumisen oikeus ja tuen tarve. Teoksessa A. Partanen, J. Moring, V. Bergman, J. Karjalainen, M. Kesänen, J. Markkula, M. Marttunen, S. Mustalampi, E. Nordling, T. Partonen, P. Santalahti, P. Solin, T. Tuulos, S. Wuorio (toim.), *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin?* (s. 158–166). (Työpapereita 20/2015). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

- Karjalainen, J. & Viljanen, O. (2009). *Arki kuntoon – lainrikkokojien tuen tarve*. (Avauksia 14/2009). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Karjalainen, K., Savonen, J., & Hakkarainen P. (2016). *Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet. Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2014*. (Raportti 2). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Karsikas, V. (2005). Selvin päin olosta tulee hyvä filis. Päihdeongelmaisten vankien voimaantuminen. *Rikosseuraamusviraston julkaisuja 3/2005*. Helsinki: Rikosseuraamuslaitos.
- Karvonen, S. & Kestilä, L. (2014). Nuorten aikuisten syrjäytymisvaaraan liittyvä huono-osaisuus. Teoksessa M. Vaarama, S. Karvonen, L. Kestilä, P. Moisio & A. Muuri Anu (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2014* (s. 160–179). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kataja, K., Väyrynen, S., Hakkarainen, P., Kailanto, S., Karjalainen, K., Kuussaari, K. & Tigerstedt, C. (2016). Riskinotto, hallinta ja käyttäjäidentiteetit huumeiden sekakäytössä. Analyysi sekakäyttöepisoodeista. *Yhteiskuntapolitiikka 81* (1), 43–54.
- Kaukonen, O. & Hakkarainen, P. (2002). *Huumeidenkäyttäjät hyvinvointivaltiossa*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kauppinen, T., Saikku, P. & Kokko, R.-L. (2010). Työttömyys ja huono-osaisuuden kasaantuminen. Teoksessa M. Vaarama, P. Moisio & S. Karvonen (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2010* (s. 234–250). Helsinki: Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos.
- Kauppinen, T., Moisio, P. & Mukkila, S. (2013). Toimeentulotuen saamisen toistuvuus ja etuuksien päällekkäisyys. Teoksessa S. Kuivalainen (toim.), *Toimeentulotuki 2010-luvulla. Tutkimus toimeentulotuen asiakkuudesta ja myöntämiskäytännöistä*. (Raportti 9). Helsinki: Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. Kekki, T. (2005). Elämyksen hakua vai taloudellinen välttämättömyys? Huumeiden käyttäjien rikollinen toiminta poliisirekistereiden valossa. *Yhteiskuntapolitiikka 70* (6), 667–677.
- Kemppinen, J. (2015). Miten Eksoten mielenterveys- ja päihdepalveluissa hävitettiin Jonot? Teoksessa A. Partanen, J. Moring, V. Bergman, J. Karjalainen, M. Kesänen, J. Markkula, M. Marttunen, S. Mustalampi, E. Nordling, T. Partonen, P. Santalahti, P. Solin, T. Tuulos, S. Wuorio (toim.), *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin?* (s. 55-63). (Työpaperi 20/2015). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Knuuti, U. (2007). *Matkalla marginaalista valtavirtaan? Huumeiden käytön lopettaneiden elämäntapa ja toipuminen*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Koivula, U.-M., Saari, M., Saari, J., Tourunen, J., Tyrväinen, J. & Vettenranta, E. (2014). *”Ilman Nerviä en olisi bengissä” Kyselytutkimus A-Klinikasäätiön Pirkanmaan palvelualueen terveys- ja sosiaalineuvontapiste Nervin asiakkaiden hyvinvoinnista ja palveluiden käytöstä*. (Tampereen kaupungin julkaisuja. Selvitykset ja kehittämisraportit 4/2014). Tampere: Tampereen kaupunki.
- Komu, M. & Hellsten, K. (2010). *Luottamus ihmisiin ja luottamus instituutioihin Euroopassa*. (Nettityöpapereita 12). Saatavilla <http://hdl.handle.net/10138/16514>
- Kortteinen, M. (1992). *Kunnian kenttä: Suomalainen palkkatyö kulttuurisena muotona*. Helsinki: Hanki ja jää.
- Koski-Jännes, A. (2000). *Miten riippuvuus voitetaan*. Helsinki: Otava.

- Kouvo, A. (2013). Ihmisten välinen luottamus ruokajonojen ja asumispalveluyksikön asiakkailla. Teoksessa M. Niemelä & J. Saari (toim.), *Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa* (s. 108–125). Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Kouvo, A. (2014a). Eväitä luottamukseen? Ruoka-avussa käyvien luottamus ihmisiin ja vi-ranomaisiin sekä niitä ennustavat tekijät. Teoksessa M. Ohisalo & J. Saari (toim.), *Kuka seisoo leipäjonossa?* (s. 70–95). (Tutkimusjulkaisu-sarja nro 83). Helsinki: Kunnallisanalan kehittämissäätiö.
- Kouvo, A. (2014b). *Luottamuksen lähteet – vertaileva tutkimus yleistynyttä luottamusta synnyttävistä mekanismeista*. (Väitöskirja, Turun yliopisto).
- Kouvo, A. & Kankainen, T. (2009). Sosiaalista pääomaa rakentamassa vai purkamassa? Suomalaiset hyvinvointipalvelut ja yleistynyt luottamus. *Yhteiskuntapolitiikka* 74 (6), 585–603.
- Kotkanvirta, J. (2000). Luottamus instituutioihin ja yksilöllinen hyvinvointi. Teoksessa K. Ilmonen (toim.), *Sosiaalinen pääoma ja luottamus* (s. 55–68). Jyväskylä: Sophi – Jyväskylän yliopisto.
- Kuivalainen, S. (2007). Toimeentulon alikäytönlaajuus ja sen merkitys. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (1), 49–56.
- Kuivalainen, S. (2010). Köyhä, köyhempi, köyhin – Toimeentulotuen alikäytön yhteys köyhyteen. Teoksessa H. Ervasti, S. Kuivalainen & L. Nyqvist (toim.), *Köyhyys, tulon-jako ja eriarvoisuus* (s. 69–88). (Tutkimuksia) Turku: TCWR.
- Kuivalainen, S. (2013). Toimeentulotuen muuttunut asema. Teoksessa S. Kuivalainen (toim.) *Toimeentulotuki 2010-luvulla. Tutkimus toimeentulotuen asiakkuudesta ja myöntämiskäytännöistä* (s. 15–36). (Raportti 9). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kuivalainen, S. & Sallila, S. (2013). Toimeentulotuen saajien köyhyys ja toimeentulotuen köyhyyttä vähentävä vaikutus 1990–2010. Teoksessa S. Kuivalainen (toim.) *Toimeentulotuki 2010-luvulla. Tutkimus toimeentulotuen asiakkuudesta ja myöntämiskäytännöistä* (s. 59–80). (Raportti 9). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kumlin, S. & Rothstein, B. (2005). Making and breaking social capital: The impact of welfare-state institutions. *Comparative political studies* 38 (4), 339–365.
- Kuussaari, K., Kaukonen, O., Partanen, A., Vormo, H. & Ronkainen, J.-E. (2014). Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 79 (3), 264–277.
- Lahelma, E. & Rahkonen, O. (2011). Sosioekonominen asema. Teoksessa Laaksonen M. & Silventoinen K. (toim.), *Sosiaaliepideemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät* (s. 41–59). Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Laipio, K., Saari, J., Honkalampi, K., Saarinen, P. & Blåfield, E. (2014). Terveysneuvontapiste Portin asiakkaat Kuopiossa. Suonensisäisten huumeiden käyttäjien hyvinvointi sekä palveluiden ja tulonsiirtojen käyttö. (Kuopion kaupungin julkaisusarja).
- Laitinen, E. K. (2016). Huumeita ja huono-osaisuutta? Huono-osaisuuden kasautuminen ja elämään tyytymättömyyteen vaikuttavat tekijät terveysneuvontapisteiden asiakkaiden keskuudessa. (Pro gradu -tutkielma, Itä-Suomen yliopisto, yhteiskuntatieteiden laitos).
- Liimatainen, E. & Saukko, E. (2012). *Helmi ry:n jäsenkysely*. Helsinki: Helmi Ry.
- Laki toimeentulotuesta (30.12.1997/1412).

- Link, B., Struening, E., Rahav, M., Phelan, J. & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of health and social behavior* 38 (June), 177–190.
- Luhmann, N. (1988). Familiarity, confidence and trust: Problems and alternatives. Teoksessa D. Gambetta (toim.), *Making and breaking cooperative relations*, 97–107. Oxford: Basil Blackwell.
- Lund, P. (2015). Järjestöjen asema ja merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon kentässä. Teoksessa A. Partanen, J. Moring, V. Bergman, J. Karjalainen, M. Kesänen, J. Markkula, M. Marttunen, S. Mustalampi, E. Nordling, T. Partonen, P. Santalahti, P. Solin, T. Tuulos, S. Wuorio (toim.), *Mielenveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin?* (s. 232–238). (Työpäperi 20/2015). Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Malin, K., Holopainen, A. & Tourunen, J. (2006). ”Mä käytän subua, että mä pysyn terveenä ja pystyn toimimaan”. Käyttäjän kokemuksia ja näkemyksiä buprenorfiinin käytöstä. *Yhteiskuntapolitiikka* 71 (3), 297–306.
- Martikainen, P. & Mäki, N. (2011). Työttömyys. Teoksessa M. Laaksonen & Silventoinen K. (toim.), *Sosiaaliepideologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät* (s. 90–105). Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Metteri, A. (2012). *Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö*. (Väitöskirja, Tampereen yliopisto).
- Metso, L., Winter, T. & Hakkarainen, P. (2012). *Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet – Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2010*. (Raportti 17).
- Metsämuuronen, J. (2006). *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. Helsinki: International Methelp.
- Miller, P. (2001). A critical review of the harm minimization ideology in Australia. *Critical Public Health* 11 (2), 187–204.
- Mäkelä, M., Nieminen, J. & Törmä, S. (2005). *Hoito- ja palvelujärjestelmän kynnykset päihdeongelmaisten kannalta. Tutkimusraportti*. Tampere: Pikassos Oy & Sosiaalikehitys Oy.
- Määttä, A. (2012a). *Perusturva ja poiskäännyttäminen*. (Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja, A Tutkimuksia 36).
- Määttä, A. (2012b). Perusturvan poiskäännytyt. *Yhteiskuntapolitiikka* 77 (2), 145–156.
- Nolan, B. & Whelan, C. (2010). Using non-monetary deprivation indicators to analyze poverty and social exclusion: Lessons from Europe? *Journal of Policy Analysis and Management* 29 (2), 305–325.
- Nummenmaa, L. (2009). *Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät*. Helsinki: Tammi.
- Nuorvala, Y., Halmeaho, M. & Huhtanen, P. (2007). Verukkeiden Verkossa. Teoksessa S. Hänninen, J. Karjalainen & K.-M. Lehtelä (toim.), *Pääsy kielletty! Poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaaliturva* (s. 116–156). Helsinki: Stakes.
- Niemelä, M. & Pajula, H. (2014). *Kansalaisten ja yhteistyökumppanien mielikuvat ja arviot Kelan toiminnasta 2000-luvulla*. (Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 88). Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- M. Niemelä & J. Saari (toim.), *Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

- Niilola, M. (2.8.2015). Ylen kysely: Mun vai muun naapuriin? *Yle Uutiset*. Viitattu 5.8.2015. Saatavilla [http://yle.fi/uutiset/ylen\\_kysely\\_mun\\_vai\\_muun\\_naapuriin/8197914](http://yle.fi/uutiset/ylen_kysely_mun_vai_muun_naapuriin/8197914) (Raportti kyselyn tuloksista saatavilla [http://www.yle.fi/tvuutiset/uutiset/upics/liitetiedostot/mitka\\_voivat\\_sijoittaa\\_kysely.pdf](http://www.yle.fi/tvuutiset/uutiset/upics/liitetiedostot/mitka_voivat_sijoittaa_kysely.pdf))
- Ohisalo, M. & Määttä, A. (2014). Viimeisen luukun jälkeen – ruoka-avussa käyvien paikka julkisessa palvelu- ja tulonsiirtoverkossa. Teoksessa M. Ohisalo & J. Saari (toim.), *Kuka seisoo leipäjonossa?* (s. 42–58). Helsinki: Kunnallisan kehittämässätiö.
- Ohisalo, Maria & Saari, Juho 2014. *Kuka seisoo leipäjonossa?* (Tutkimusjulkaisu-sarja nro 83).
- Ohisalo, M., Laihiala, T., & Saari, J. (2015a). Huono-osaiset hyvinvoinnin keskellä. Ruoka-avussa ja terveysneuvontapisteissä käyvien elämässä pärjääminen ja hyvinvointikokemukset. *Teologinen aikakauskirja 120* (4), 291–309.
- Ohisalo, M., Laihiala, T., & Saari, J. (2015b). Huono-osaisuuden ulottuvuudet ja kasautuminen leipäjonoissa. *Yhteiskuntapolitiikka 80* (5), 435–446.
- Ollgren, J., Forsell, M., Varjonen, V., Alho, H., Brummer-Korvenkontio, H., Kainulainen, H., Karjalainen, K., Kotovirta, E., Partanen, A., Rönkä, S., Seppälä, T. & Virtanen, A. (2014). Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2012. *Yhteiskuntapolitiikka 79* (5), 498–508.
- Partanen, A., Vormaa, H., Alho, H. & Leppo, A. (2014). Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito Suomessa. *Suomen lääkirilehti 69* (7), 481–486.
- Partanen, J. (2002). Huumeet maailmalla ja Suomessa. Teoksessa O. Kaukonen & P. Hakkarainen (toim.), *Huumeidenkäyttäjät hyvinvointivaltiossa* (s. 13–37). Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Perälä, J. (2011). ”Miksi lehmät pitää tappaa?” *Etnografinen tutkimus 2000-luvun alun huume-markkinoista Helsingissä*. (Tutkimus 56). Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Perälä, R. (2007). Huumeidenkäyttäjien tulkintoja ongelmistaan ja niihin kohdistuvista sosiaali- ja terveystoimen palveluista. *Yhteiskuntapolitiikka 72* (3), 256–271.
- Perälä R. (2012). Haittojen vähentäminen suomalaisessa huumehoidossa. Etnografinen tutkimus huumeongelman yhteiskunnallisesta hallinnasta 2000-luvun Suomessa. (Väitöskirja, Helsingin yliopisto, sosiaalitieteiden laitos). Saatavilla <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/30102/haittoje.pdf?sequence=1>
- Putnam, R. (1993). *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
- Rothstein, B. & Dietlind, S. (2008). *The state and the social capital – An institutional theory of generalized trust*. New York: Palgrave Macmillan.
- Saari, J. (2010). *Yksinäisten yhteiskunta*. Helsinki: WSOYpro.
- Saari, J. (2012). Yksinäisenä yhteisössä. *Diakonian tutkimus 1/2012*, 32–52. Saatavilla [http://dts.fi/files/2012/04/DT1\\_2012.pdf](http://dts.fi/files/2012/04/DT1_2012.pdf)
- Saari, J. (2015). *Huono-osaiset – Elämän edellytykset yhteiskunnan pohjalla*. Helsinki: Gaudeamus.
- Saari, J. (2016). *Yksinäisten Suomi*. Helsinki: Gaudeamus.

- Saari, J., Hämäläinen, L., Kaitokari, P. & Honkalampi, K. (2012). *Kuopion ruokajonot 2012 – Hyvinvointi, palvelujen ja tulonsiirtojen käyttö ja ruoan laatu*. (Kuopion kaupungin julkaisuja). Kuopio: Kuopion kaupunki.
- Salasuo, M., Vuori, E., Piispa, M. & Hakkarainen, P. (2009). *Suomalainen huumekuolema 2007. Poikkitieteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyy-asiakirjoista*. (Raportti 43). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Salonen, A. (2013). Kristillisen päihdetyön asiakkaiden hyvinvointi ja luottamuksen säröt. Teoksessa M. Niemelä & J. Saari (toim.), *Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa* (s. 126–145). (Teemakirja 10). Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Seligman, A. (1997). *The problem of trust*. Princeton: Princeton university press.
- Seppälä, P. & Mikkola, T. (2004). *Huumeet Internetissä ja nuorisokulttuureissa. Havaintoja huumeiden merkityksistä ja riskikäsitteistä käyttäjäpiireissä*. (Raportti 287). Helsinki: Stakes.
- Selin, J. (2010). Lääketiede, huumeriippuvuus ja huumeriippuvuuden hoito Suomessa 1965–2005. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 47, 250–265.
- Sillanpää, M., Huovinen, E., Virtanen, M., Toikkanen, S., Surcel, H., Julkunen, I., Brummer-Korvenkontio, H., Liitsola, K., Salminen, M., Lappalainen, M., Färkkilä, M. & Kuusi, M. (2014). *Hepatiitti C-virusinfektioiden seuranta Suomessa vuosina 1995–2013*. (Raportti 29). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Simmonds, L., & Coomber, R., (2009). Injecting drug users: A stigmatised and stigmatising population. *International Journal of Drug Policy* 20, 121–130.
- Stajduhar, K., Funk, L., Shaw, A., Bottorff, J. & Johnson, J. (2009). Resilience from the perspective of the illicit injection drug user: An exploratory descriptive study. *International Journal of Drug Policy* 20, 309–316.
- Stenius, K., Tammi, T., Kuussaari, K. & Hirschovits-Gerz, T. (2015). Vaikuttaako mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatio? Päihdepalvelujärjestelmän integraatio tutkimuksen kohteena. Teoksessa A. Partanen, J. Moring, V. Bergman, J. Karjalainen, M. Kesänen, J. Markkula, M. Marttunen, S. Mustalampi, E. Nordling, T. Partonen, P. Santalahti, P. Solin, T. Tuulos, S. Wuorio (toim.), *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin?* (s. 171–182). (Työpäpaperi 20/2015). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Suojasalmi, J. & Kaukonen, O. 2002. Kanta-asiakas ilman bonuskorttia. Päihdepalveluiden suurkuluttajat Kurvin huumeepoliklinikalla vuosina 1998–2000. *Yhteiskuntapolitiikka* 67 (1), 54–60.
- L 731/1999. Suomen perustuslaki.
- Tammi, T. (2002). Onko Suomen huumeepolitiikka muuttunut? Teoksessa O. Kaukonen & P. Hakkarainen (toim.), *Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa* (s. 151–271). Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Tammi, T. (2007). *Medicalising Prohibition Harm Reduction in Finnish and International Drug Policy*. (Stakes Research Report 161).
- Tammi, T., Pitkänen, T. & Perälä, J. (2011). Stadin nstitit – huono-osaisten helsinkiläisten huumeidenkäyttäjien päihitteet sekä niiden käyttötavat ja hankinta. *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (1), 45–54.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2014). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013. (Tilastoraportti 21/2014).
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2015). *Perusturvan riittävyden arviointiraportti 2011–2015*. (Työpaperi 1/2015).
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2016). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2015. (Tilastoraportti 14/2016).
- Törmä S. (2007). Sopimaton hoitojärjestelmälle. Teoksessa S. Hänninen, J. Karjalainen & K.-M. Lehtelä (toim.), *Pääsy kielletty! Poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaaliturva* (s. 86–115). Helsinki: Stakes.
- Törmä, S. (2009a). *Kynnyskysymyksiä. Huono-osaisimmat huumeidenkäyttäjät ja matala kynnys*. (Väitöskirja, Helsingin yliopisto, yhteiskuntapolitiikan laitos).
- Törmä, S. (2009b). Matala kynnys – pelkkä retorinen lupaus? *Janus* 17 (2), 164–169.
- Törmä, S. & Huotari, K. (2005). *Sateisten teiden kulkijoita. Huono-osaisimmat päihteiden sekäkäyttäjät avun tarvisijoina ja asiakkaina*. Helsinki: Helsingin Diakonissalaitos.
- Upshur, C., Weinreb, L., Cheng, D., Kim, T., Samet, J. & Saitz, R. (2014). Does experiencing homelessness affect women's motivation to change alcohol or drug use? *The American Journal on Addictions* 23, 76–83.
- Uslaner, E. (2002). *The moral foundations of trust*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Vaarama, M., Siljander, E., Luoma, M.-L. & Meriläinen, S. (2010). Suomalaisten kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa M. Vaarama, P. Moisio & S. Karvonen (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2010* (s. 126–149). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Vaarama, M., Mikkilä, S. & Hannikainen-Ingman, K. (2014). Suomalaisten elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa M. Vaarama, S. Karvonen, L. Kestilä, P. Moisio & A. Muuri (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2014* (s. 20–39). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Varjonen, V. (2015). *Huumeetilanne Suomessa 2014*. (Raportti 1). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life. Ordering Concepts and Measures of the Good Life. *Journal of Happiness Studies* 1, 1–39.
- Vuori, E., Ojanperä, I., Launiainen, T., Nokua, J. & Ojansivu, R.-L. (2012). Myrkytyskuolemien määrä kääntynyt laskuun. *Suomen Lääkärilehti* 67 (22), 1735–1741.
- Väyrynen, S. (2009). Väkivallan tabu ja naisten huumeiden käyttö. Teoksessa M. Laitinen & A. Pohjola (toim.), *Tabujen kableet* (s. 179–203). Tampere: Vastapaino.
- Wilkinson, K. & Pilkinton, R. (2010). *The Spirit level – Why more equal societies almost always do better*. London: Penguin books.
- Weckroth, A. (2006). Valta ja merkitysten tuottaminen korvaushoidossa. Etnografinen tutkimus huumehoitolaitoksesta. Helsinki: Gummerus.
- Young, M., Stuber, J., Ahern, J. & Galea, S. (2005). Interpersonal discrimination and the health of illicit drug users. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 31, 3719–391.

# KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

## Taulukot

Taulukko 1.	Terveysneuvontapisteiden toimintatilastot 2003–2012 (Varjonen 2015, 98).....	13
Taulukko 2.	Tiedot aineiston keräyspaikkakunnista, keräysajoista, vastaajamäärät, kyselyjakson aikana asioineet asiakkaat, vastausprosentti sekä asiakkaiden sukupuolijakauma .....	21
Taulukko 3.	Huumeisiin liittyvät sanktiot sekä nuoruus ja sukupuoli (%). .....	25
Taulukko 4.	Tutkimuksen vastaajien sosiodemografinen tausta lukumäärinä ja prosenttiosuuksina .....	27
Taulukko 5.	Tyytyväisyys henkiseen terveyteen ja huumeiden käytöstä aiheutuneet ongelmat (% , N). .....	32
Taulukko 6.	Elämänlaadun eri ulottuvuuksien väliset korrelaatiot (Spearmanin järjestyskorrelaatiokerroin). .....	39
Taulukko 7.	Vastaajien hyvinvointivajeiden kasautuminen (N, %). ...	43
Taulukko 8.	Huono-osaisuuden kokemus ja hyvinvointivajeiden kasautuminen aineistossa (% , N). .....	44
Taulukko 9.	Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden huono-osaisuuden kokemusta selittävät hyvinvointivajeet. Logistinen regressioanalyysi. ....	46
Taulukko 10.	Taloudellisten kysymysten väliset korrelaatiot (Spearmanin järjestyskorrelaatiokerroin). .....	53
Taulukko 11.	Kokemus kaupungilta saadun tuen riittävydestä paikkakunnittain (% , N). .....	69
Taulukko 12.	Kokemus kaupungilta saadun tuen riittävydestä ja tulonsiirroista poiskäännytysten määrä. ....	74
Taulukko 13.	Ikä ja huumeiden käytöstä aiheutuvien ongelmien kokeminen (% , N). .....	81
Taulukko 14.	Huumeisiin liittyvät tuomiot ja huumeiden käytöstä aiheutuvien ongelmien kokeminen (% , N). .....	82
Taulukko 15.	DUDIT-E kysymysten keskinäiset korrelaatiot (Spearmanin korrelaatiokerroin). .....	84
Taulukko 16.	Muutosvalmiuden taso ja hyvinvointivajeiden kasautuminen (% , N). .....	85
Taulukko 17.	Luottamus viranomaisiin ja kokemus kaupungilta saadun tuen riittävydestä (% , N). .....	97



Taulukko 18. Luottamus viranomaisiin ja huumeisiin liittyvät rikosoikeudelliset sanktiot (% , N). .....	98
---	----

## Kuviot

Kuvio 1. Koettu masennus, tyytyväisyys fyysiseen terveyteen ja tyytyväisyys henkiseen terveyteen terveysneuvontapisteiden asiakkaiden (SUMU) ja väestön (KELA) keskuudessa ( %). ..30	
Kuvio 2. Elämään tyytyväisyys väestön (KELA) ja terveysneuvontapisteiden asiakkaiden (SUMU) keskuudessa (%). .....	35
Kuvio 3. Tyytyväisyys elintasoon väestön ja terveysneuvontapisteiden asiakkaiden keskuudessa (%). .....	37
Kuvio 4. Huono-osaisuuden kokeminen väestön (KELA) ja terveysneuvontapisteiden asiakkaiden (SUMU) keskuudessa (%). .....	42
Kuvio 5. Kokemukset tulojen riittävydestä, kyvystä huolehtia veloista ja elämässä pärjäämisestä väestön ja terveysneuvontapisteiden asiakkaiden keskuudessa (%). .....	50
Kuvio 6. Tulonsiirtojen käyttö terveysneuvontapisteiden asiakkaiden keskuudessa viimeisen 2kk aikana (%). .....	55
Kuvio 7. Toimeentulotuen saanti työtilanteittain viimeisen 2kk aikana (%). .....	56
Kuvio 8. Tulonsiirtojen kasautunut käyttö viimeisen 2 kk aikana työtilanteittain (%). .....	59
Kuvio 9. Tulonsiirtojen kasautunut käyttö asunnottomien ja asunnossa asuvien keskuudessa (%). .....	59
Kuvio 10. Eri palveluiden käyttö terveysneuvontapisteiden asiakkaiden keskuudessa viimeisen 2kk aikana (%). .....	65
Kuvio 11. Kaupungilta saadun tuen riittävyyden kokemus väestön ja terveysneuvontapisteiden asiakkaiden keskuudessa (%). .....	68
Kuvio 12. Tulevaisuuden usko väestön ja terveysneuvontapisteiden asiakkaiden keskuudessa (%). .....	87
Kuvio 13. Tulevaisuuden usko ikäryhmittäin väestön ja terveysneuvontapisteiden asiakkaiden keskuudessa (%). .....	88
Kuvio 14. Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden usko tulevaisuuteen asumismuodoittain (%). .....	88
Kuvio 15. Yleistynyt luottamus ja luottamus viranomaisiin väestön ja terveysneuvontapisteiden asiakkaiden keskuudessa (%). .....	96
Kuvio 16. Terveysneuvontapisteissä asioinnista koettu häpeä ikäluokittain (%). .....	103

# LIITTEET

## Liite 1. Tutkimuslomake

Ole hyvä ja vastaa kysymyksiin valitsemalla vaihtoehto, 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	7 %	43 %	34 %	16 %
Tyytyväiseksi elintasoosi	2 %	26 %	34 %	38 %
Tyytyväiseksi fyysiseen terveyteesi	8 %	42 %	33 %	16 %
Tyytyväiseksi henkiseen terveyteesi	11 %	40 %	30 %	19 %
Masentuneeksi	10 %	24 %	42 %	24 %
Yksinäiseksi	8 %	18 %	40 %	34 %

### 2. Seuraavassa esitetään erilaisia väittämiä. Valitse 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	14 %	36 %	21 %	17 %	12 %
Pärjään elämässäni	19 %	40 %	15 %	19 %	7 %
Ihmisiin voi luottaa	3 %	19 %	13 %	35 %	31 %
Viranomaisiin voi luottaa	3 %	18 %	15 %	30 %	34 %
Tuloni riittävät menoihini	5 %	13 %	9 %	23 %	51 %
Pystyn huolehtimaan veloistani	27 %	26 %	14 %	16 %	18 %
Saan kaupungilta riittävästi tukea, apua ja palveluita	7 %	25 %	15 %	26 %	28 %
Saan seurakunnalta riittävästi tukea, apua ja palveluita	8 %	18 %	32 %	11 %	30 %
Tulevaisuudessa elämäni on parempaa	34 %	33 %	22 %	7 %	4 %
Saan ystäväiltäni ja sukulaisiltani taloudellista tukea tarvittaessa	18 %	39 %	11 %	16 %	16 %
Huumeiden käyttö aiheuttaa minulle ongelmia	37 %	27 %	15 %	10 %	11 %
Alkoholin käyttö aiheuttaa minulle ongelmia	19 %	13 %	13 %	9 %	46 %

**3. Seuraavassa luetellaan kunnan, Kelan ja eläkelaitosten tarjoamia palveluja ja tulonsiirtoja. Mitä niistä sinä tai muut perheenjäsenesi on saanut viimeisen kahden kuukauden aikana?**

	Olen saanut	Olen hakenut, mutta en ole saanut	En ole hakenut
Toimeentulotukea	78 %	7 %	15 %
Opintotukea	16 %	3 %	82 %
Asumistukea	73 %	5 %	23 %
Vammaisetuuksia	5 %	2 %	93 %
Sairauspäivärahaa	12 %	7 %	81 %
Äitiys-, isyys- tai vanhempainpäivärahaa	7 %	2 %	91 %
Lasten kotihoidon tukea	4 %	2 %	94 %
Työmarkkinatukea / työttömyysturvan peruspäivärahaa	48 %	5 %	48 %
Ansiosidonnaista työttömyysturvaa	8 %	6 %	87 %
Kansaneläkettä	12 %	5 %	84 %
Työkyvyttömyyseläkettä	13 %	6 %	81 %
Työttömyyseläkettä	3 %	5 %	92 %
Työeläkettä iän perusteella	1 %	3 %	96 %

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

	Olen käyttänyt	Olen hakenut, mutta en ole saanut	En ole käyttänyt
Mielenterveyspalveluja	27 %	9 %	64 %
Päihdepalveluja	72 %	4 %	24 %
Sosiaalitoimiston palveluja	78 %	5 %	17 %
Terveyskeskuksen palveluja	67 %	6 %	28 %
Kelan palveluja (kuntoutus, terapia jne.)	30 %	7 %	63 %
Seurakunnan palveluja (diakoniatyö)	25 %	4 %	71 %
Työvoimatoimiston palveluja (työttömyysasiat)	51 %	5 %	44 %

**5. Seuraavassa esitetään erilaisia väittämiä käyttämiesi palvelujen laadusta ja omasta motivaatiosta muutokseen. Valitse 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	22 %	29 %	20 %	14 %	15 %
Olen ollut viimeisen vuoden aikana huolissani huumeiden käytöstäni	37 %	30 %	13 %	8 %	12 %
Olen väsynyt huumeiden käyttöön	48 %	28 %	12 %	6 %	7 %
Minusta on tärkeää tehdä muutos huumeiden käytössäni	54 %	24 %	12 %	4 %	6 %
Olen valmis tekemään töitä aikaansaadakseni muutoksen huumeiden käytössäni	51 %	26 %	11 %	5 %	8 %
Tarvitsen ammattiapua muuttaakseni huumeiden käyttöäni	43 %	22 %	13 %	9 %	14 %
Voin saada oikealaista apua ammattilaisilta	35 %	29 %	17 %	9 %	11 %
Ammattiavun hakeminen on minulle nöyryyttävää.	15 %	18 %	18 %	15 %	38 %
Portin apu on järjestetty hyvin.	63 %	21 %	8 %	5 %	4 %
En halua, että naapurini tai sukulaiseni näkevät minut Portissa.	38 %	19 %	26 %	5 %	13 %

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

	Mies (66 %)		Nainen (34 %)				
	Suomen kansalainen (99 %)						
Sukupuoli	Mies (66 %)		Nainen (34 %)				
Kansalaisuus	Suomen kansalainen (99 %)						
Ikä (täysinä vuosina)	16–25 (18 %)	26–35 (48 %)	36–45 (26 %)	46–55 (9 %)	56–65 (9 %)	Yli 65	
Minkä ikäisenä aloitit suonensisäisten huumeiden käytön?	Alle 18-vuotiaana (40 %)	18–25 (46 %)	26–35 (10 %)	36–45 (4 %)	46–55	Yli 55-vuotiaana	
Koulutus	Perus- tai kansakoulu jäi kesken (10 %)		Perus tai kansakoulu (45 %)	Lukio- tai ammattikoulu (38 %)	Opisto- tai yliopisto (8 %)		
Työtilanne	Töissä pysyvästi (4 %)	Töissä määrätty tai osa-aikaisesti (7 %)	Työtön tai lomautettu (42 %)	Työkokeilussa (9 %)	Opiskelija (6 %)	Kotona (20 %)	Eiäkeläinen (33 %)
Asumismuoto	Omistusasunto (5 %)	Vuokra-asunto (59 %)	Kunnan vuokra-asunto (6 %)	Tukiasunto (13 %)	Asunoton (18 %)		
Ruokapankin (leipäjonon) asiakas viimeisen vuoden aikana	En ole (51 %)	Joka viikko (13 %)		Keskimmäärin kerran kuukaudessa (13 %)	Muutaman kerran vuodessa (23 %)		
Tuomittu huumeiden käytön takia viimeisen kahden vuoden aikana? Valitse kaikki sinuun sopivat	Ei (44 %)	Sakkoa (31 %)	Yhteiskunta-palvelua (1 %)	Ehdollista vankeutta (11 %)	Ehdotonta vankeutta (11 %)		
Osoallistuu uskonnollisen yhteisön toimintaan	Ei iainkaan (75 %)	Satunnaisesti (muutaman kerran vuodessa) (20 %)		Säännöllisesti (useammin kuin kerran kuukaudessa) (5 %)			

**Vastaa seuraaviin kohtiin numeroin.**

Kotitalouden jäsenet	1 (62 %), 2 (34 %), 3 tai enemmän (4 %) Aikuisten lukumäärä: _____	0 (83 %), 1 (9 %), 2 tai useampi (8 %) Lasten lukumäärä: _____
Kuinka paljon kotitaloutesi käytössä on kuukaudessa rahaa pakollisten asunto, ruoka- yms. menojen jälkeen? Vastaa sadan euron tarkkuudella: _____ €		

0€ (16 %), 1–100€ (13 %), 101–300€ (23 %), 301–500€ (28 %), yli 500€ (20 %)

## SARJOJEN KRITEERIT

**DIAK TUTKIMUS** -sarjassa julkaistaan uutta ja innovatiivista tietoa tuottavia tieteellisiä tutkimuksia Diakonia-ammattikorkeakoulun opetus-, tutkimus- ja kehittämistoiminnan alueilta. Julkaisut ovat monografioita tai artikkelikokoelmia.

**DIAK TYÖELÄMÄ** -sarjassa julkaistaan tutkimus- ja kehittämisraportteja sekä opinnäytetöitä, jotka ovat tuottaneet innovatiivisia ja merkittäviä työelämää kehittäviä tuloksia. Sarjaan voivat tarjota julkaisuja Diakonia-ammattikorkeakoulun työntekijät, opinnäytetyöntekijät ja ulkopuoliset kirjoittajat.

**DIAK PUHEENVUORO** -sarjassa julkaistaan Diakonia-ammattikorkeakoulun temaattisia puheenvuoroja, erilaisia selvityksiä sekä opinnäytetöitä. Tekstilajiltaan julkaisut voivat poiketa tieteellisestä tai raportoivasta tekstistä.

**DIAK OPETUS** -sarjassa julkaistaan pedagogista kehittämistä kuvaavia julkaisuja, oppimateriaaleja, oppaita ja työkirjoja.

# DIAK TYÖELÄMÄ

**DIAK TYÖELÄMÄ** –sarjassa julkaistaan tutkimus- ja kehittämisraportteja sekä opinnäytetöitä, jotka ovat tuottaneet innovatiivisia ja merkittäviä työelämää kehittäviä tuloksia. Sarjaan voivat tarjota julkaisuja Diakonia-ammattikorkeakoulun työntekijät, opinnäytetyöntekijät ja ulkopuoliset kirjoittajat.

Diak Työelämä 1: Koski Arja & Vogt Ilse (toim.) 2015. Osallistavaa kehittämistä asumisyksikössä. Asukkaat ja työntekijät kehittäjinä.

Diak Työelämä 2: Arja Koski & Eila Jantunen (toim.), 2016. Työnohjaus – välttämätön hyvä ammattikorkeakoulussa

Diak Työelämä 3: Jari Helminen (toim.), 2016. Työelämälähtöistä ammattikorkeakoulupedagogiikkaa rakentamassa.

Diak Työelämä 4: Sami Kivelä & Hanna Huovila & Anitta Juntunen & Antti Pelttari & Kaisu Laasonen (eds.), 2016. Towards Global and Sustainable Higher Education. The GLORE Project Fostering North-South Partnerships in Finnish Universities of Applied Sciences.

Diak Työelämä 5: Aija Kettunen, Päivi Vuokila-Oikkonen & Anne Määttä (toim.), 2016 Hyvinvointipalvelut toimiviksi.

Diak Työelämä 6: Minna Valtonen ja Päivi Sutinen (toim.), 2016. Varhaiskasvatus ja perhetoiminta seurakunnissa.

Diak Työelämä 7: Raili Gothóni, Susanna Hyväri, Marjo Kolkka & Päivi Vuokila-Oikkonen (toim.), 2016. Osallisuus yhteiskunnallisena haasteena – Diakonia-ammattikorkeakoulun TKI-toiminnan vuosikirja 2.

Diak Työelämä 8: Karvinen Ikali & Karjalainen Anna Liisa (toim.), 2016. Työelämää tutkien ja kehittämällä – opinnäytetöitä työelämästä ja työelämälle.