



Niina Leskinen ja Anniina Rauhala
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Osallisuuden edistäminen ja sosiaalinen kuntoutus
Sosionomi (YAMK)
Opinnäytetyö, 2019

SAAVUTETTAVUUTTA EDISTÄVÄT KÄYTÄN- NÖT MATALAN KYNNYKSEN PALVELUISSA



TIIVISTELMÄ

Niina Leskinen ja Anniina Rauhala
Saavutettavuutta edistävät käytännöt matalan kynnyksen palveluissa
68 s., 1 liite
Syksy 2019
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosionomi (YAMK)
Osallisuuden edistäminen ja sosiaalinen kuntoutus

Matalan kynnyksen ja saavutettavuuden huomioiminen on vakiinnuttanut merkityksensä sosiaali- ja terveystieteiden kehittämistyössä. Mikäli saavutettavuus ei toteudu palvelun käyttäjien näkökulmasta, ei myöskään palvelun kynnys voi olla matala. Palvelun sisällön laatu ja vaikuttavuus jäävät yhdentekeviksi, jos se ei saavuta haluttua kohderyhmää.

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin kirjallisuuskatsauksen keinoin, mitkä elementit kertovat palvelun kynnyksen mataluudesta ja mikä tekee matalan kynnyksen palvelusta saavutettavan. Lisäksi aineiston perusteella esitettiin konkreettisia kehitysehdotuksia, jotka voivat madaltaa kynnyksiä tai edistää saavutettavuutta.

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineisto saatiin kotimaisista ja kansainvälisistä tietokannoista järjestelmällistä hakuprosessia käyttämällä. Hakua täydennettiin manuaalisella haulla. Aineisto koostui kahdestatoista 2000-luvun aikana julkaisusta artikkelista.

Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin teoriaohjaavaa sisällönanalyysia. Löydöksiä verrattiin Marit Edland-Grytin ja Astrid Skatvedtin tutkimuksessaan löytämiin palvelun kynnyksiin sekä Heidi Poikosen tutkimuksessa esitettyihin saavutettavuuden ulottuvuuksiin.

Kirjallisuuskatsauksen tulokset laajensivat niin Edland-Grytin ja Skatvedtin nimeämiä kynnyksiä kuin Poikosen saavutettavuuden ulottuvuuksiakin. Rekisteröinnin kynnyksen merkitys korostui tuloksissa. Tuloksista oli löydettävissä Poikosen nimeämien saavutettavuuden ulottuvuuksien lisäksi kolme muuta saavutettavuuden ulottuvuutta: rakenteellinen, sosiaalinen ja ajallinen saavutettavuus. Tarkasteltaessa niin palvelun kynnyksiä, saavutettavuutta kuin kehittämissuhteita, esiintyi tuloksissa kohtaaminen osana kaikkia näitä.

Asiasanat: matala kynnys, saavutettavuus

ABSTRACT

Niina Leskinen ja Anniina Rauhala

Accessibility-advancing practices in low-threshold services

68 p., 1 appendix

Autumn 2019

Diaconia University on Applied Sciences

Master's Degree in the Promotion of Social Inclusion and Social Rehabilitation

Low thresholds and accessibility have been established as cornerstones in developing social and healthcare services. If a service is not accessible, it cannot be categorized as a low-threshold service. Quality and effectiveness are rendered meaningless if a service is not accessible for the intended focus group.

The aim of this thesis was to apply means of descriptive literary review to appoint elements which determine low threshold in a service, as well as to find elements which make a low-threshold service accessible. In addition, concrete suggestions were stated for developing low thresholds and service accessibility based on source material.

The material was obtained from national and international databases with a systematic search process. The process was complemented with a manual search. The source material consisted of twelve articles published from 2000 to 2019.

The material was analyzed using theory-guided content analysis. Findings were compared to service thresholds stated by Marit Edland-Gryt and Astrid Skatvedt and the dimensions of service accessibility by Heidi Poikonen.

The results of the literary review broadened both the thresholds named by Edland-Gryt and Skatvedt and Poikonen's dimensions of accessibility. The threshold of registration was prominently present in source material. In addition to the dimensions named by Poikonen the material included elements from three other dimensions of accessibility: structural, social and temporal. Encountering clients as they are in a welcoming and equal manner was a recurring element when examining service thresholds, service accessibility and stating service development suggestions.

Keywords: low-threshold, accessibility

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 MATALAN KYNNYKSEN PALVELUT	6
2.1 Matalan kynnyksen käsitteen määrittelyä.....	6
2.2 Matalan kynnyksen palvelujen kehittyminen	7
2.3 Matalan kynnyksen periaatteet ja tavoitteet	9
2.4 Matalan kynnyksen palvelujen elementit.....	10
3 PALVELUJEN SAAVUTETTAVUUS.....	13
3.1 Saavutettavuuden käsitteen määrittelyä	13
3.2 Saavutettavuus palvelun suunnittelussa	13
3.3 Palvelujen saavutettavuus yksilön näkökulmasta.....	14
3.4 Saavutettavuuden ulottuvuudet.....	15
4 OPINNÄYTETYÖN TYÖELÄMÄLÄHTÖISYYS	17
5 TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	18
6 KUVAILEVA KIRJALLISUUSKATSAUS	19
6.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä.....	19
6.2 Aineiston hankinta.....	21
6.3 Aineiston kuvaus	25
6.4 Aineiston analyysi	25
7 TULOKSET	31
7.1 Kynnyksen mataluus matalan kynnyksen palveluissa.....	31
7.1.1 Luottamuksen kynnyks	31
7.1.2 Rekisteröinnin kynnyks	32
7.1.3 Kelpoisuuden kynnyks	33
7.1.4 Vaikuttavuuden kynnyks	34
7.2 Saavutettavuus matalan kynnyksen palveluissa	34
7.2.1 Informatiivinen saavutettavuus.....	35
7.2.2 Fyysinen saavutettavuus.....	36
7.2.3 Taloudellinen saavutettavuus.....	37
7.2.4 Rakenteellinen saavutettavuus	38
7.2.5 Ajallinen saavutettavuus	39

7.2.6 Sosiaalinen saavutettavuus	40
7.3 Matalan kynnyksen palvelujen hyvät käytännöt	42
7.4 Palvelun tarkoitus ja sisältö	46
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET	48
8.1 Mikä tekee matalasta kynnyksestä mahdollisimman matalan?	48
8.2 Mikä tekee matalan kynnyksen palvelusta saavutettavan?	50
8.3 Miten tutkimusaineiston perusteella matalan kynnyksen palveluja tulisi kehittää?	53
8.4 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset	55
9 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	58
10 POHDINTA	61
LÄHTEET	64
LIITE	

1 JOHDANTO

Palvelujen saavutettavuus on noussut yhdeksi kehittämistyön keskeisistä teemoista. Saavutettavuudesta on säädetty Suomessa 2010-luvulla yhdenvertaisuuslaissa (L 30.12.2014/1325) sekä tiedon saavutettavuuden tasavertaisuudesta EU:n saavutettavuusdirektiivillä (2016/2102). Fyysisen ympäristön ja informaation saavutettavuudesta tietoa on jonkin verran saatavilla, mutta esimerkiksi saavutettavuuden sosiaalisista ja asenteellisista ulottuvuuksista puhutaan lähinnä kansalaisaktiivien sekä järjestötoimijoiden tasolla. Tiedämme kuitenkin, ettei fyysisesti esteetön sijainti ja hyvä tiedottaminen useinkaan riitä tekemään matalan kynnyksen palvelusta saavutettavaa, joten on perusteltua tarkastella lähemmin matalan kynnyksen edellyttämiä saavutettavuuden elementtejä.

Huolimatta siitä, että suomalaisten hyvinvointi ja terveys ovat jatkuvasti parantuneet, ovat erot sosioekonomisten ryhmien välillä jatkuvasti kasvaneet. Syrjäytymisen riski on suuri niillä, joilla on pitkäaikaisia toimintakykyä heikentäviä sairauksia, päihdeongelmia ja matala tulotaso. Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat yleisiä ja niiden aiheuttamat suorat ja epäsuorat sosiaaliset- ja taloudelliset kustannukset ovat mittavia. Sosiaali- ja terveyspalvelut eivät pysty yksinään turvaamaan kaikkia ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin tarvittavia tekijöitä tai poistamaan kaikkia riskitekijöitä. Tarvitaan kaikkien väestöryhmien hyvinvointia ja terveyttä edistäviä poikkihallinnollisia toimia, riskiryhmille suunnattuja ehkäiseviä palveluja sekä sairastuneille korjaavaa työtä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 15-16.) Yksi keino ehkäistä syrjäytymistä on kiinnittää huomiota palvelujen kynnyksiin ja saavutettavuuteen, jotta ennaltaehkäisevillä ja varhaisen tuen sosiaali- ja terveyspalveluilla tavoitettaisiin tuen tarpeessa olevat ihmiset entistä kokonaisvaltaisemmin. Sosioekonomisten ryhmien terveyseroja voidaan kuroa kiinni varmistamalla palvelujen saavutettavuus ja matala kynnykset myös vaikeimmin tavoitettaville asiakasryhmille.

Sosiaali- ja terveysministeriön Kaste-ohjelmassa on asetettu toimenpiteitä heikoimmassa asemassa olevan väestöryhmän hyvinvoinnin edistämiseksi. Tarkoituksena on ollut tukea riskiryhmässä elävien selviytymistä kehittämällä

osallisuutta edistäviä työmuotoja sekä lisätä kohdennettuja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen muotoja ja matalan kynnyksen palveluja. Ohjelman yhtenä tavoitteena on ollut varmistaa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palvelujen asiakaslähtöisyys. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 4, 20-21.) Palvelujärjestelmän pirstaloituminen eri sektoreihin on yksi asiakaslähtöisyyden ja sitä kautta yleisen saavutettavuuden suurimpia esteitä. Kolmannen sektorin palvelut on usein suunnattu julkisen ja yksityisen sektorin palvelujen väliinputoajille, mutta kestävä ratkaisun saamiseksi olisi sektorien välistä yhteistyötä sekä hyviä menetelmiä kehittävien hankkeiden vakiinnuttamista lisättävä radikaalisti. Kolmannen sektorin kehittämishankkeiden hyviä käytäntöjä olisi myös sujuvasti juurrutettava osaksi julkisia palveluita, jotta niiden kynnyksen madaltuisi ja saavutettavuus kohenisi.

Tavoitteenamme on luoda kokonaiskuva siitä, mikä tekee matalan kynnyksen palvelusta mahdollisimman matala kynnyksisen ja saavutettavan. Erityisesti keskitymme sellaisiin työikäisille suunnattuihin palveluihin, jotka ehkäisevät huonosuudesta koituvia haittoja sekä tukevat fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Tavoitteena on myös, että opinnäytetyöstä saadut tulokset olisivat myös laajemmin hyödynnettävissä kehitettäessä matalan kynnyksen palvelujen saavutettavuutta. Tavoitteiden saavuttamiseksi tarkastelemme sekä kansallisella että kansainvälisellä tasolla tehtyä tutkimusta sekä raportteja matalan kynnyksen hankkeista.

2 MATALAN KYNNYKSEN PALVELUT

2.1 Matalan kynnyksen käsitteen määrittelyä

Matalan kynnyksen palvelut mielletään ja määritellään eri tavoin maasta riippuen. Norjassa matalan kynnyksen palvelut voivat olla neulojen vaihtoa, ensisuoja tai terveystalvot, kun taas esimerkiksi Sveitsissä matalan kynnyksen palvelu - käsite tarkoittaa yhden tyyppistä palvelua, joka on sama ympäri maan. (Edland-Gryt & Skatvedt 2012, 258.) Suomessa matalan kynnyksen palvelun käsitettä käytetään huomattavasti laajemmassa merkityksessä, eikä palvelujen kohde-ryhmä välttämättä ole huono-osaiset, kuten matalan kynnyksen palveluja aloitettaessa. (Leeman & Hämäläinen 2015, 5-7.)

Matalan kynnyksen laajempuna tavoitteena on madaltaa kaikenlaisia kynnyksiä ja esteitä palveluihin hakeutumisessa ja toimintaan osallistumisessa. Matalan kynnyksen palveluilla pyritään purkamaan syitä muiden palvelujen ulkopuolelle jäämiseen. (Leeman & Hämäläinen 2016, 590-591.) Matalan kynnyksen ensisijaisena tehtävänä onkin kohderyhmän tavoittaminen. Kohderyhmän tavoittamiseksi ja kontaktin saamiseksi vaaditaan erityisiä organisointitapoja ja työmenetelmiä. (Törmä 2009, 104.)

Matalan kynnyksen palveluissa asiakkaalta vaadittavia edellytyksiä hakeutua palveluihin on madallettu. Tavoitteena on, että kynnys hakeutua palveluihin olisi mahdollisimman alhainen. Käytännössä palveluja määrittävät palvelun toiminta ja asiakaskunta. (Leeman & Hämäläinen 2015, 1.) Siihen, että jokin yksikkö määrittelee itsensä matalan kynnyksen palveluksi, riittää usein, että palveluun ei tarvitse varata aikaa, eikä vaadita lähetettä tai maksusitoumusta. Matalaa kynnystä perustellaan myös laajoilla, virka-ajan ulkopuolelle ulottuvilla aukioloajoilla. (Törmä 2009, 35.) Matalan kynnyksen käsite on kuitenkin suhteellinen, eikä sitä voida määritellä ainoastaan esimerkiksi aukioloaikojen, sijainnin tai maksun mukaan (Leeman & Hämäläinen 2015, 1).

Matala kynnyks tarkoittaa terveysneuvontapisteoiminnassa maksutonta, leimamatonta, luottamuksellista ja nimettömänä tapahtuvaa palvelua, johon saa tulla ilman ajanvarausta ja asiointi sallitaan myös päihtyneenä (Arponen, Brummer-Korvenkontio, Liitsola, Salminen 2008, 23). Sama määritelmä pätee lähes kaikkeen Suomessa tapahtuvaan matalan kynnyksen toimintaan kohderyhmästä huolimatta. Asiointi salliminen myös päihtyneenä on kuitenkin harvinaisempaa, etenkin jos puhutaan muille kuin päihteiden käyttäjille kohdennetuista palveluista.

2.2 Matalan kynnyksen palvelujen kehittyminen

Matalan kynnyksen palvelujen historia on pitkälti päihdetyön historiaa. Suomessa matalan kynnyksen palvelut lähtivät kehittymään huono-osaisille tarkoitettuista helposti tavoitettavista palveluista, esimerkiksi päiväkeskuksista, yökahviloista ja ensisuojusta sekä 90-luvulla suonensisäisten huumausaineiden haittojen vähentämiseen tarkoitettuista palvelupisteistä. Huomattava osa matalan kynnyksen palvelujen asiakkaista on lähihistoriassa ollut päihteiden käyttäjiä: 90-luvun lopulla viidestä palvelun käyttäjästä kaksi oli huumeiden käyttäjiä, lisäksi päihteiden sekakäyttäjien määrä palveluissa oli jatkuvassa kasvussa. Käsitettä on myös käytetty puhuttaessa erilaisista keinoista tai palveluista, joiden avulla on pyritty edistämään päihteiden käyttäjien hakeutumista raittiusorientoituneeseen päihdehoitoon. (Törmä 2009, 32-33.)

Matalan kynnyksen palveluilla viitataan alunperin aktiiveille huumeiden käyttäjille kehitettyihin palveluihin. Palvelukonsepti syntyi 1980-luvulla Euroopassa tarpeesta jakaa huumeiden käyttäjille puhtaita pistosvälineitä hepatiitti- ja hiv-epidemioiden yhteydessä. Ensimmäiset niin sanotut matalan kynnyksen haittojen vähentämisen palvelut perustettiin Amsterdamiin, Edinburghiin ja Liverpooliin. (Törmä 2009, 26-27.) Matalan kynnyksen palveluja on suunnattu useimmiten kaikista huono-osaisimmassa asemassa oleville ihmisille, joilla avuntarve on suuri, mutta eivät kykene hakeutumaan palveluihin. Useimmiten mitä suurempi avuntarve, vaikeampi tilanne ja huono-osaisempi asiakas, sen korkeampi kynnys hakeutua palveluihin. (Leeman & Hämäläinen 2015, 2-3.)

Suomessa matalan kynnyksen terveysneuvontapalvelut käynnistyivät kymmeniä vuotta myöhemmin. Vuonna 1996 perustettiin Infektoriskiprojekti (Ovaska, Holopainen & Annala 1998, 9), jonka yhteydessä perustettiin vuonna 1997 Helsingin Kallioon ensimmäinen matalan kynnyksen nimellä alkanut ja kansainväliseen huumeiden käytön haittojen vähentämisen ideologiaan perustuva yksikkö, A-klinikkasäätiön terveysneuvontapiste Vinkki. Suomessa omaksuttiin ruiskujen ja neulojen vaihtoa laajempi palvelukokonaisuus, jossa neuvonnalla, ennaltaehkäisyllä sekä hoitoon ohjauksella oli selkeä rooli. Palvelukokonaisuutta nimitettiin terveysneuvonnaksi. (Törmä 2009, 29.) Nykyisin eri nimisiä terveysneuvontapisteitä on yhteensä 57 kappaletta 48 kaupungissa (Vinkki.info. Terveysneuvontapisteet).

Kolmannen sektorin merkitys huono-osaisten kansalaisten palvelujen tuottajana Suomessa kasvoi merkittävästi 1990-luvun laman aikana. Hyvinvointivaltion kriisiytyminen johti julkisten palvelujen supistamiseen, kun taas samaan aikaan ihmisten avun ja tuen tarve kasvoi. Kolmannen sektorin toimijat ottivat vastuulleen yhä enemmän vähäosaisille suunnattuja erityispalveluja, ja samalla matalan kynnyksen laajenivat ja monipuolistuivat. (Leemann & Hämäläinen 2015, 5-6.) Terveysneuvontapisteiden ja muiden erityisesti päihteidenkäyttäjille suunnattujen palvelujen lisäksi matalalla kynnyksellä järjestetään nykyisin palveluja monille muille sellaisille asiakasryhmille, jotka siitä voivat erityisesti hyötyä.

Tänä päivänä matalan kynnyksen palvelujen kohderyhmä on laajentunut paljon, eikä matalan kynnyksen palveluja tarjota ainoastaan huumeiden tai ylipäänsä päihteiden käyttäjille. Matalan kynnyksen palveluja tarjotaan hyvin eri tyyppisille asiakasryhmille, joihin kuuluvat muun muassa päihteiden käyttäjät sekä psyykkisesti sairastavat. Suomessa matalan kynnyksen palveluja tarjotaan myös esimerkiksi perheille, vanhuksille ja työttömille. Palvelut voivat olla niin terveysneuvontapisteissä tehtävää haittoja vähentävää työtä pistosvälineiden vaihtoineen kuin olohuonetyyppisiä kohtaamispaikkoja, jossa keskitytään enemmän perustarpeiden tyydyttämiseen (pyykinpesu, ruokailu, peseytyminen) tai kohderyhmästä riippuen vertais- tai viriketoimintaan. Matalan kynnyksen palvelun toiminnan sisältö vaihtelee asiakaskunnan mukaan. Ikääntyneille tarjotaan päivätoimintaa, kun taas työelämän ja opiskelun ulkopuolelle jääneitä nuoria pyritään tavoittamaan

etsivän nuorisotyön avulla. (Vinkki.info. Terveiden edistäminen. Terveysneuvonta; Leemann & Hämäläinen 2015, 1.)

2.3 Matalan kynnyksen periaatteet ja tavoitteet

Matalan kynnyksen palvelujen tavoitteena on turvata heikommassa asemassa oleville mahdollisuus ravintoon, puhtauteen, lepoon, turvaan ja sosiaalisiin kontakteihin, ilman vaatimusta elämäntapojen muutoksesta. Palvelun tuottaja voi nähdä matalan kynnyksen palvelun tunnusmerkkeinä psyykkisesti helpon lähestyttävyyden, päivistystyyluonteisuuden ja virka-ajan ulkopuolella toimimisen. Palvelujen käyttäminen ilman etukäteen ajan varaamista, lähetettä tai maksusitoumista voidaan nähdä myös kynnystä madaltavina tekijöinä. (Törmä 2009, 34-36.) Se, mikä tekee palvelun kynnuksestä matalan palveluntuottajalle, voi olla hyvin erilainen palvelun käyttäjälle. Kynnys voi ajatellusta mataluudesta huolimatta olla liian korkea kohderyhmälle.

Matalan kynnyksen palveluilla voidaan edistää sosiaalista osallisuutta. Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus sekä osallistavat menetelmät lisäävät osaltaan osallisuutta. Kynnys palveluihin voi tarkoittaa esimerkiksi palveluun pääsyn menettelyä, korkeita palvelun tavoitteita, päihteettömyyttä, valvontaa tai leimautumista. (Leeman & Hämäläinen 2016, 590.) Lähetekäytännöt, asiakkaan omaan tilanteeseen sopimattomat tavoitteet ja vaatimukset, velvoite pitkäaikaiseen palveluun ja säännöllisyyteen sitoutumiseen nostavat kynnystä palveluihin hakeutumiseen. Asiakkaiden moniongelmaisuus aiheuttaa oman haasteensa erikoistuneessa palvelujärjestelmässä, ja voi olla vaikea löytää paikkaa, mihin asiakas ensisijaisesti kuuluisi.

Matalan kynnyksen palveluissa pyritään usein "yhden luukun periaatteeseen", jolloin asiakas saa tarvitsemiaan palveluja samasta paikasta, esimerkiksi terveysterveystalon lisäksi asiakas voi saada mielenterveys-, päihde- tai sosiaalityön palveluja. Matalan kynnyksen paikat mahdollistavat myös vertaistuen ja kohtaamiset muiden ihmisten kanssa, mikä edistää sosiaalista osallisuutta ja yhteisöön kuulumista. (Leeman & Hämäläinen 2016, 591.)

2.4 Matalan kynnyksen palvelujen elementit

Tarkastelemme tässä työssä millaisista elementeistä matalan kynnyksen palvelut koostuvat ja vertaamme tuloksia Marit Edland-Grytin ja Astrid Helene Skatvedtin (2013) tutkimusartikkeliin *Thresholds in a low-threshold setting: An empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders*. Edland-Gryt ja Skatvedt tutkivat norjalaisessa matalan kynnyksen palvelussa palvelun kynnyksiä Jacobsenin, Jensenin ja Aarsethin (1982) tutkimuksen ja kynnysteorian pohjalta. Kynnysteoria nimeää kolme palvelun kynnystä: rekisteröinnin kynnyksen, kelpoisuuden kynnyksen ja vaikuttavuuden kynnyksen. Näiden lisäksi Edland-Gryt ja Skatvedt löysivät tutkimuksessaan luottamuksen kynnyksen. Nostimme Edland-Grytin ja Skatvedtin tutkimusartikkelin aineistomme vertailukohtaksi, koska artikkelissa tutkitaan kynnyksiä matalan kynnyksen palvelussa, joka on suunnattu samankaltaiselle kohderyhmälle kuin opinnäytetyön tilaajataholla.

Ensimmäinen ja tärkein kynnyksistä on luottamuksen kynnys. Ylittääkseen muita kynnyksiä, eli toisin sanoen päästäkseen palveluun, asiakkaan tulisi ylittää luottamuksen kynnys. Asiakkaan olisi pystyttävä luottamaan palveluun ja sen tuottajiin saadakseen palvelua. Luottamus syntyy asiakkaan kunnioittavasta kohtaamisesta. Pelko kasvojen menettämisestä ja uskallus pyytää apua vaativat asiakkaalta luottamusta, myös aiemmat huonot kokemukset palveluista lisäävät epäluottamusta. Luottamuksen puuttuessa asiakas ei välttämättä kerro itsestään ja tarpeistaan riittävästi, jolloin asiakkaan asioiden hoitaminen hankaloituu. Kunnioituksen ja luottamuksen puute henkilökuntaa kohtaan saa asiakkaan salaamaan itseään koskevia tietoja, eikä asiakas kerro omista tarpeistaan. (Edland-Gryt & Skatvedt 2012, 260.)

Yhteys luottamuksen ja rekisteröinnin kynnyksen välillä syntyy silloin, kun riittävä luottamusta ei ole. Asiakas helposti ikään kuin juuttuu rekisteröinnin kynnykseen, mikäli asiakkaalla ei ole riittävästi luottamusta tuoda esiin omia tarpeitaan tai luottamus jatkohoitotahoihin puuttuu. Asiakas palaa uudelleen ja uudelleen

palveluun. Myöskään väkivaltainen tai huono käytös muissa palveluissa ei ole este matalan kynnyksen palveluun pääsemiselle. (Edlandt-Gryt & Skatvedt 2012, 262.)

Rekisteröinnin kynnys ei ole ainoastaan kynnys astua ovesta sisään, vaan se pitää sisällään paljon muutakin. Päästäkseen palvelun piiriin asiakkaan on ensin tiedettävä palvelusta, löydettävä palvelu, astuttava ovesta sisään, henkilökunnan on kirjattava asiakas sisään, minkä jälkeen asiakkaan olisi vielä pystyttävä esittämään omat tarpeensa palvelun suhteen. Huumeiden käyttö sekä erilaiset psyykkiset sairaudet aiheuttavat asiakkaille haasteita hakeutua edes matalan kynnyksen palveluun. Pelko jatkotoimenpiteistä ja jonkinasteinen vainoharhaisuus voivat aiheuttaa kynnyksen, mikäli palvelussa on asioitava omalla nimellä. Henkilökunnan läsnäolo vaikuttaa kynnykseen ja sen yli astumiseen. Omia tarpeitaan on helpompi ilmaista läsnäolevalle henkilökunnalle. (Edlandt-Gryt & Skatvedt 2012, 260-261.)

Päihteiden käyttö ja psykiatriset sairaudet hankaloittavat asiakkaiden oman kompetenssin käyttöä. Palvelua saadakseen asiakkaan tulisi käyttää omaa kompetenssiaan. Asiakas hyötyy siitä, että ymmärtää palvelujärjestelmää ja tietää miten tulla kuulluksi. Osa asiakkaista on kuitenkin vetäytyviä ja pysyttelevät taka-alalla, tällöin on henkilökunnan vastuulla ottaa asiakkaaseen kontaktia ja yrittää selvittää asiakkaan tarpeita. (Edlandt-Gryt & Skatvedt 2012, 261.)

Kompetenssin tai kelpoisuuden kynnystä nostaa myös tietämättömyys tarjolla olevista palveluista. Asiakkaalla ei ole tietoa vaihtoehtoista, jolloin asiakas ei välttämättä osaa toivoa muuta kun selkeästi näkyvillä olevia palveluja, kuten ruokaa tai kahvia. Palveluista tiedottamiseen olisi panostettava erityisesti ensikertaisten kohdalla, mutta tiedottamisen olisi hyvä olla jatkuvaa. (Edlandt-Gryt & Skatvedt 2012, 261.)

Ollakseen tehokasta tai vaikuttavaa, palvelun tulisi kestää tietyn ajan, edistää muutosta asiakkaan tilanteessa ja sitouttaa asiakas sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään. Tämä vaatii henkilökunnalta paljon työtä, joka tarkoittaa myös asiakkaiden ohjaamista muiden palvelujen piiriin. Kaikki asiakkaat eivät

kuitenkaan tähän suostu, vaan palaavat aina uudelleen palveluun, mikä vääristää vaikuttavuuden tulosta. Tehokkuuteen pyrkiminen saattaa joidenkin asiakkaiden kohdalla myös nostaa palvelun kynnyistä. (Edlandt-Gryt & Skatvedt 2012, 261.)

3 PALVELUJEN SAAVUTETTAVUUS

3.1 Saavutettavuuden käsitteen määrittelyä

Puhuttaessa palvelujen saavutettavuudesta ei puhuta ainoastaan etäisyyksistä, vaan kyse on myös sosiaalisesta tasa-arvosta. Saavutettavuus on eri asia, kuin saatavuus, jolla viitataan palvelujen ja tuotteiden valikoimaan. Palvelujen saavutettavuudella on tarkoitus vähentää asiakkaalle koituvaa vaivaa, jolloin voidaan hyvän saavutettavuuden olevan jo itsessään hyvää palvelua. Saavutettavuuden kokemus on subjektiivinen. (Rehunen, Rantanen, Lehtola & Hiltunen (toim.) 2012, 15-16.)

Palvelut eivät välttämättä ole saavutettavia siitä huolimatta, että niitä on saatavilla. Saavutettavuutta voidaan käyttää myös hoidon vaikuttavuuden mittarina. Mikäli asiakas ei pääse hoitoon, näkyy se suoraan tai välillisesti muiden kustannusten kasvuna. (Poikonen 2018, 38.)

Saavutettavuuden sanaparina käytetään usein esteettömyyttä. Toisinaan saavutettavuus ja esteettömyys myös sekoittuvat puheissa. Saavutettavuudella tarkoitetaan abstrakteja käsitteitä, kuten palvelua, tietoa ja asenteita. Esteettömyys on enemmän konkreettisia ja fyysiseen ympäristöön liittyviä asioita kuten rakennuksia ja julkisia liikennevälineitä. (Invalidiliitto. Esteettömyys. Saavutettavuus.) Tutkimme tässä työssä nimenomaan palvelujen saavutettavuutta, koska matalan kynnyksen palveluissa saavutettavuus on paljon muutakin kuin palvelun fyysistä esteettömyyttä. Saavutettava ympäristö on paitsi esteetön, myös joustava ja vastaanottava.

3.2 Saavutettavuus palvelun suunnittelussa

Palvelun saavutettavuus on otettava huomioon jo palvelua suunniteltaessa. Tärkeää on pohtia, kenelle palvelu on suunnattu ja mitkä ovat kyseisen kohderyhmän tavoitteet. Tällöin puhutaan käyttäjälähtöisestä ajattelusta. Jotta palvelu olisi

asiakkaiden näkökulmasta saavutettava, olisi tärkeää ottaa asiakkaita jollain tavalla mukaan jo suunnitteluvaiheeseen, esimerkiksi haastattelemalla, havainnoimalla tai tekemällä kyselyjä saataisiin myös asiakkaiden näkökulmaa esille. Mikäli mahdollista, voidaan asiakkaita ottaa mukaan suunnittelemaan tulevaa palvelua. Kun asiakkaita saadaan mukaan prosessiin alusta alkaen, mahdollistuu asiakasnäkökulmasta saavutettavuuden kannalta oikeiden ratkaisujen tekeminen. (Hermunen & Mutanen 2009, 84-87.)

Palvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa olisi otettava huomioon erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden tarpeet ja toiveet. Sosiaalihuoltolain tarkoituksena on turvata yhdenvertaisin perustein tarpeenmukaiset ja riittävät sosiaalipalvelut ja muut hyvinvointia tukevat palvelut. Sosiaalipalveluja on järjestettävä päihteiden ongelmakäytöstä, mielenterveysongelmasta sekä muusta sairaudesta, vammasta tai ikääntymisestä aiheutuvaan tuen tarpeeseen. (L 30.12.2014/1303.)

Suunnittelussa on tärkeää huomioida kohderyhmän lisäksi palvelun fyysinen saavutettavuus tai esteettömyys. Vaikka palvelun kohderyhmänä eivät varsinaisesti olisi esimerkiksi liikuntavammaiset, kohderyhmän sisältä löytyy varmasti myös eri tavoin liikuntaesteisiä henkilöitä. Vammaisten henkilöiden päihdetyön palvelujen järjestämistä vaikeuttaa se, että asiakkaat eivät pääse fyysisesti palvelua tarjoaviin paikkoihin. Ensisijaisesti palvelujen esteellisyys vaikuttaa liikunta-, näkö- ja kuulovammaisiin. Suomessa lainsäädäntö velvoittaa esteettömään rakentamiseen ja rakennusten on sovellettava myös sellaisten henkilöiden käyttöön, joiden kyky liikkua tai toimia on rajoittunut. Hyvän ja huomaavaisen suunnittelun laatuksiteeri on esteettömyys, mikä takaa kaikille turvallisen ympäristön. (Jokela & Komu 2009, 15-16.)

3.3 Palvelujen saavutettavuus yksilön näkökulmasta

Olennainen osa palvelun saavutettavuutta on asiakaslähtöisyys. Asiakaslähtöisen työskentelyn lähtökohtana on ihmisarvo, yhdenvertaisuus, rehellisyys ja avun jatkuvuuden turvaaminen. Ihminen tulee nähdä kokonaisuutena, jonka kanssa työskentely on dialogista. Asiakaslähtöinen työskentely vaatii onnistuakseen

yhteisön sitoutuneisuutta sekä sille tukensa antavan johdon, joka turvaa toimintaedellytykset. Luottamuksellisuuden ja arvostuksen tulisi läpäistä koko palvelujärjestelmän. Se, mitä tapahtuu yksittäisessäkin asiakkaan ja työntekijän välisessä vuorovaikutuksessa, on oleellista. Vuorovaikutussuhteen toimivuudella on erityinen merkitys silloin, kun apua hakeva ihminen tarvitsee tukea selvitäkseen vaikeista ongelmista tai muokatakseen elämäänsä itselleen tyydyttäväksi. Henkilökunnan on vaikea vastata sellaisten asiakasryhmien tarpeisiin, jotka tarvitsevat pitkäjänteisiä, räätälöityjä ja kohdennettuja toimia. Tällaisia ovat esimerkiksi päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivät, pitkittyneesti työttömät, useista ongelmista samanaikaisesti kärsivät ja vankilasta vapautuneet. (Immonen & Kiikkala 2007, 80-82.)

Asunnottomuus heikentää usein palvelujen saavutettavuutta. Puhelimettomia ja osoitteettomia asunnottomia on vaikea tavoittaa ja toisaalta heidän on vaikea saada palveluita, joihin on esimerkiksi varattava aika puhelimitse. Liikkuva elämä aiheuttaa sen, että aikoja saattaa jäädä käyttämättä ja uutta aikaa mahdotonta tarjota, mikäli asiakas ei itse ole yhteydessä. Asunnottomien mahdollisuudet näyttävät rajautuvan helposti aineellisen minimiselviytymisen palveluihin, kuten päiväkeskusten palveluihin, ja tavoitteellisemmat hoitomuodot jäävät hyödyntämättä asunnon puutteen aiheuttamien kynnysten vuoksi. (Törmä 2009, 107-108.)

Fyysinen ja psyykinen huonovointisuus saattavat muodostua esteeksi palvelun käyttämiselle palvelun vaatiessa esimerkiksi varattuihin aikoihin sitoutumista tai tiettyyn paikkaan saapumista. Sairastavuus aiheuttaa jaksamattomuutta saapua sovituille ajoille. Lisäksi psyykkisen huonokuntoisuuden vuoksi pitkäjänteisyys palvelujen käyttöön saattaa puuttua. (Törmä 2009, 108.) Huonomuistisuus ja keskittymiskyvyn puute hankaloittavat niin päihteiden käyttäjien kuin psyykkisesti sairastavien palvelujen käyttöä.

3.4 Saavutettavuuden ulottuvuudet

Tässä työssä tarkastelemme matalan kynnyksen palvelujen kynnyksen lisäksi palvelujen saavutettavuutta. Vertaamme löytämiämme saavutettavuuden

elementtejä tai ulottuvuuksia Heidi Poikosen (2018) tutkimuksessaan Peruspalveluiden saavutettavuus ja oikeusturva päihdehuollossa tutkimiin saavutettavuuden ulottuvuuksiin: informatiivinen, taloudellinen ja fyysinen saavutettavuus. Valitsimme Poikosen tutkimuksen vertailtavaksi, koska se tarjoaa tuoretta tutkimustietoa palvelujen saavutettavuudesta tilaajatahon kohderyhmään kuuluvalla erityisryhmälle.

Informatiivinen saavutettavuus tarkoittaa sitä, että palveluista tulisi olla saatavilla riittävästi asianmukaista ja ymmärrettävää tietoa. Tiedon tulisi olla siinä muodossa, että asiakas pystyy sen pienellä vaivalla itse löytämään ja sen perusteella itsenäisesti hakeutumaan palveluun. (Poikonen 2018, 38-40).

Taloudellisen saavutettavuus merkitsee sitä, että palvelu on asiakkaan tavoitettavissa taloudellisista resursseista huolimatta. Palvelun kustannukset eivät saisi muodostua asiakkaalle esteeksi palvelun käytölle. Taloudelliseen saavutettavuuteen sisältyy, ei ainoastaan palvelun kustannuksia, vaan myös asiakkaan matkakustannukset, jotka saattavat olla jollekin kynnys palvelun piiriin pääsemiseen, vaikka itse palvelu olisi maksuton. (Poikonen 2018, 41.)

Fyysistä saavutettavuutta taas tarkastellaan enemmän esteettömyyden näkökulmasta. Palvelujen tulisi olla asiakkaille yhdenvertaisia kaikilla näillä osa-alueilla huolimatta heidän terveydentilastaan tai taloudellisesta tilanteestaan. Palvelujen suunnittelussa tulisi huomioida asiakkaiden erilaiset tarpeet ja taustat. Tarkoituksena on taata palvelu myös niille asiakasryhmille, joiden toimintakyky on heikko, kuten päihderiippuvaiset. (Poikonen 2018, 38-41.)

4 OPINNÄYTETYÖN TYÖELÄMÄLÄHTÖISYYS

Opinnäytetyön tilaajana toimi Vantaan kaupungin terveys- ja sosiaalineuvonta Vinkkari. Vinkkari on tarkoitettu pääsääntöisesti suonensisäisesti huumeita käyttäville. Asiakkaat voivat asioida Vinkkarissa asuinkunnasta riippumatta, saada terveys- ja sosiaalineuvontaa sekä tietoa ja tukea päihdehoitoon hakeutumisessa. Vinkkarissa voi vaihtaa käytetyt ruiskut ja neulat puhtaisiin ja saada tietoa turvallisemmasta pistämisestä sekä vaihtoehtoisista käyttötavoista. Asiakkaat voivat halutessaan ottaa A- ja B- hepatiitti- sekä jäykkäkouristusrokotuksia, käydä hepatiitti-, HIV-, raskaus- ja sukupuolitauteistesteissä sekä saada seksuaaliterveysneuvontaa. Palvelut ovat asiakkaille maksuttomia ja asiakkaat asioivat Vinkkarissa nimimerkillä. Vinkkarin työntekijät ovat sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia ja heitä sitoo vaitiolovelvollisuus. Vinkkarin pisteitä on Vantaalla kaksi, toinen Tikkurilassa ja toinen Myyrmäessä. (Vantaan kaupunki. Terveys- ja sosiaalipalvelut. Mielenterveys ja päihteet. Ongelmana huumeet. Vinkkari.)

Vinkkarin henkilökunta oli huomannut, että Vinkkariin hakeutui yhä enemmän palvelun käyttäjiä, jotka eivät kuulu alkuperäiseen kohderyhmään. Uusi, laajempi käyttäjäkunta muodostui Vinkkarin henkilökunnan arvion mukaan muista kuin suonensisäisten huumeaineiden käyttäjistä, alkoholin ongelmakäyttäjistä, psyykkisesti sairastavista sekä vailla vakinaista asuinpaikkaa olevista henkilöistä. Ensisijaista käynnin syytä on kuitenkin vaikea määritellä, koska edellä mainitun kaltaiset ongelmat ovat usein päällekkäisiä ja toisiinsa kietoutuneita, eivätkä asiakkaat välttämättä ota asiaa itse puheeksi. Tämän vuoksi emme rajanneet tutkimustamme koskemaan pelkästään tiettyjä ryhmiä, mutta käytimme niitä tiedon hakemisen lähtökohtina. Työikäiset ovat Vinkkarin kaltaisten palvelujen suurin käyttäjäryhmä, joten oleellisen tiedon löytämiseksi tarkastelimme työikäisille suunnattuja matalan kynnyksen palveluja.

5 TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kirjallisuuskatsauksella matalan kynnyksen palvelujen saavutettavuutta. Yhtenä tavoitteena oli luoda kokonaiskuva siitä, mikä tekee matalan kynnyksen palvelusta mahdollisimman matala kynnyksisen ja saavutettavan. Toisena tavoitteena oli, että tilaaja saa tuloksista tietoa matalan kynnyksen toimintamalleista ja käytännöistä oman palvelunsa kehittämiseen tai kokonaan uuden palvelun järjestämiseen. Tavoitteena oli myös, että opinnäytetyöstä saadut tulokset olisivat myös laajemmin hyödynnettävissä kehitettäessä matalan kynnyksen palvelujen saavutettavuutta.

Tutkimuskysymyksemme muodostuivat osittain työelämän tarpeesta saada tietoa matalan kynnyksen palvelujen saavutettavuudesta ja hyvistä käytännöistä, ja osittain tarpeesta tuottaa tietoa, jonka perusteella matalan kynnyksen palveluja olisi mahdollista kehittää myös laajemmassa kontekstissa. Pidimme kysymyksenasettelun väljänä, sillä tavoittelimme kokonaiskuvaa siitä, mitkä elementit muodostavat kynnykseltään mahdollisimman matalan ja saavutettavan palvelun.

Tutkimuskysymyksemme olivat:

- 1) Mikä tekee matalasta kynnyksestä mahdollisimman matalan?
- 2) Mikä tekee matalan kynnyksen palvelusta saavutettavan?
- 3) Miten matalan kynnyksen palveluja tulisi tutkimusaineiston perusteella kehittää?

6 KUVAILEVA KIRJALLISUUSKATSAUS

6.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsaus on laaja tutkimus tutkimuksista, joka tekee tiettyyn aihepiiriin liittyvästä kirjallisuudesta tulinnan. Kirjallisuuskatsauksella pystytään luomaan suurempia kokonaisuuksia pienistä aineiston osista, ja sen avulla voidaan tehdä yhteenvetoja kaikista saatavilla olevista eri lähteistä. Tällöin myös lukijalla on valitsemastaan aiheesta saatavilla relevantti tieto, eikä hänen tarvitse käydä läpi useita eri lähteitä. (Aveyard 2010, 5-6.; Niela-Vilén & Hamari 2016, 23.)

Tarkalla kirjallisuuskatsauksella on mahdollista luoda uutta tietoa aiemmista tutkimuksista. Uusia näkökulmia saattaa syntyä, kun tutkimustuloksia tarkastellaan ja analysoidaan uudelleen. Pienempien tutkimusten yhdistäminen yhdeksi isoksi tutkimukseksi mahdollistaa tulosten vertailun yksityiskohtaisemmin. (Aveyard 2010, 8.) Kirjallisuuskatsauksen on pohjauduttava kattavaan aihealueen ja ilmiön muutosten tuntemukseen. Kirjallisuuskatsaukseen kuuluu kolme päätyyppiä: kuvailevat katsaukset, systemaattiset kirjallisuuskatsaukset sekä määrällinen meta-analyysi ja laadullinen meta-synteesi. (Suhonen ym. 2016, 7-9.)

Valitsimme katsauksen tyypiksi kuvailevan kirjallisuuskatsauksen integroivan orientaation, sillä kuvaileva kirjallisuuskatsaus mahdollistaa paitsi tutkittavan ilmiön laaja-alaisen kuvaamisen, myös sen ominaisuuksien luokittelun, eikä aineiston valintaa ole rajattu yhtä tarkasti kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa (Salminen 2011, 6). Tämä mahdollistaa sen, että aineisto voi koostua kirjallisuuden ja tieteellisten julkaisujen lisäksi palveluja järjestävien tahojen tuottamasta, vapaasti saatavilla olevasta materiaalista, kuten hankeraporteista. Integroiva orientaatio voi kuvailevan katsauksen salliman metodisen vapauden lisäksi myös hyödyntää systemaattisen katsauksen strukturoitua rakennetta. Integroiva katsaus voidaankin nähdä yhdyssiteenä narratiivisen ja systemaattisen kirjallisuuskatsauksen välillä (Salminen 2011, 8).

Integroivassa orientaatiossa voidaan rajata aineistoa käyttäen systemaattisia keinoja, kuten hakutermien valintaa sekä tarkasteltavan ajanjakson rajaamista tutkimuskysymyksen kannalta relevantiksi (Salminen 2011, 16). Näin aineistosta saadaan luotettavasti esille olennainen tieto, kun siirrytään aineiston arvioinnista sisällönanalyysiin, säilyttäen silti kuvailevan kirjallisuuskatsauksen väljempi metodinen rakenne.

Kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa viiteen vaiheeseen: 1) katsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen, 2) kirjallisuushaku ja aineiston valinta, 3) tutkimusten arviointi, 4) aineiston analyysi ja synteesi ja 5) tulosten raportointi. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 23-28.) Kirjallisuuskatsaus voidaan mieltää myös nelivaiheiseksi, jolloin tutkimusten arviointi ja aineiston analyysi ja synteesi nähdään yhtenä vaiheena, josta voidaan puhua kuvailun rakentamisena. Vaikka menetelmä onkin jaettavissa erilaisiin vaiheisiin, kirjallisuuskatsaukselle on ominaista, että vaiheet etenevät osin päällekkäin. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 294.) Kirjallisuushaku ja tutkimusongelman määrittäminen näyttäytyy prosessin keskeisimpänä vaiheena, jossa virheiden riski on suuri. Ennen varsinaista hakua on hyvä tehdä strategia virheiden välttämiseksi. Hakusanat ja hakulausekkeet on mietittävä tarkkaan, jotta saadaan riittävä aineisto ja vastauksia tutkimusongelmaan ja -kysymyksiin. On tärkeää miettiä myös aineiston mukaanotto- ja poissulkukriteerit katsauksen fokuksen säilyttämiseksi. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 23-28.)

Kirjallisuuskatsauksen kysymys, tai tutkimuskysymys, mitä termiä käytimme tässä raportissa, ohjaa koko tutkimusprosessia. Kysymyksen tulee olla perusteltu, ja se liittyy usein laajoihin tai käsitteellisiin teemoihin ja ilmiöihin. Onnistunut kysymys edellyttää riittävää täsmällisyyttä ja rajaamista, jotta ilmiötä on mahdollista tarkastella syvällisesti. Toisaalta kysymyksen asettelu voi olla myös väljempi, jolloin kysymystä on mahdollista tarkastella eri näkökulmista. Kirjallisuuskatsausta voidaan käyttää nykyisten käytäntöjen arviointiin, käytännön suositusten kehittämiseen tai päivittämiseen. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena voi olla myös tiedon tuottaminen hyvien käytäntöjen edistämiseksi. (Kangasniemi ym. 2013, 294-295.)

6.2 Aineiston hankinta

Toteutimme aineiston hankinnan kirjastojen ja muiden vertaisarvioitua tutkimustietoa sisältävien tietokantojen aineistohakua hyödyntäen. Aineiston hankintaa ja siihen liittyviä kysymyksiä pohdimme yhdessä informaation kanssa. Informaation tapaamisilla kävimme läpi eri tietokantoja, tutkimuskysymyksen asettelua, hakutermejä sekä sisäänotto- ja hylkäämiskriteerejä (Taulukko 1.). Teimme tapaamisilla myös alustavia hakuja ja kokeilimme eri hakusanayhdistelmiä löytääksemme tutkimuskysymyksen kannalta olennaisinta tietoa sisältävät tietokannat. Alustavien hakujen perusteella saimme tutkimuskysymyksen kannalta relevantteja hakutuloksia seuraavista tietokannoista: ARTO, CINAHL fulltext (EBSCO), Academic Search Premier ja eBook Academic Collection (EBSCOhost), joten päädyimme käyttämään niitä.

Aineistoa hankimme kansainvälisistä tietokannoista CINAHL fulltext (EBSCO), Academic Search Premier ja eBook Academic Collection (EBSCOhost) ja kotimaisesta ARTO tietokannasta. Tietokantojen hakukoneissa käytimme erilaisia hakusanayhdistelmiä, jotta saimme mahdollisimman kattavasti aineistoa eri kohderyhmille suunnatuista matalan kynnyksen palveluista. Kiinnitimme erityistä huomiota päihteiden käyttäjille, psyykkisesti sairastaville sekä asunnottomille suunnattuihin palveluihin. Tutkimuskysymyksen kannalta liian spesifit tutkimukset, kuten tiettyä sukupuolta tai tiukasti rajattua asiakasryhmää (kuten HIV-positiiviset seksityöläiset, diabeetikot tai muut somaattisesti sairaat) koskevat tutkimukset karsiutuivat automaattisesti.

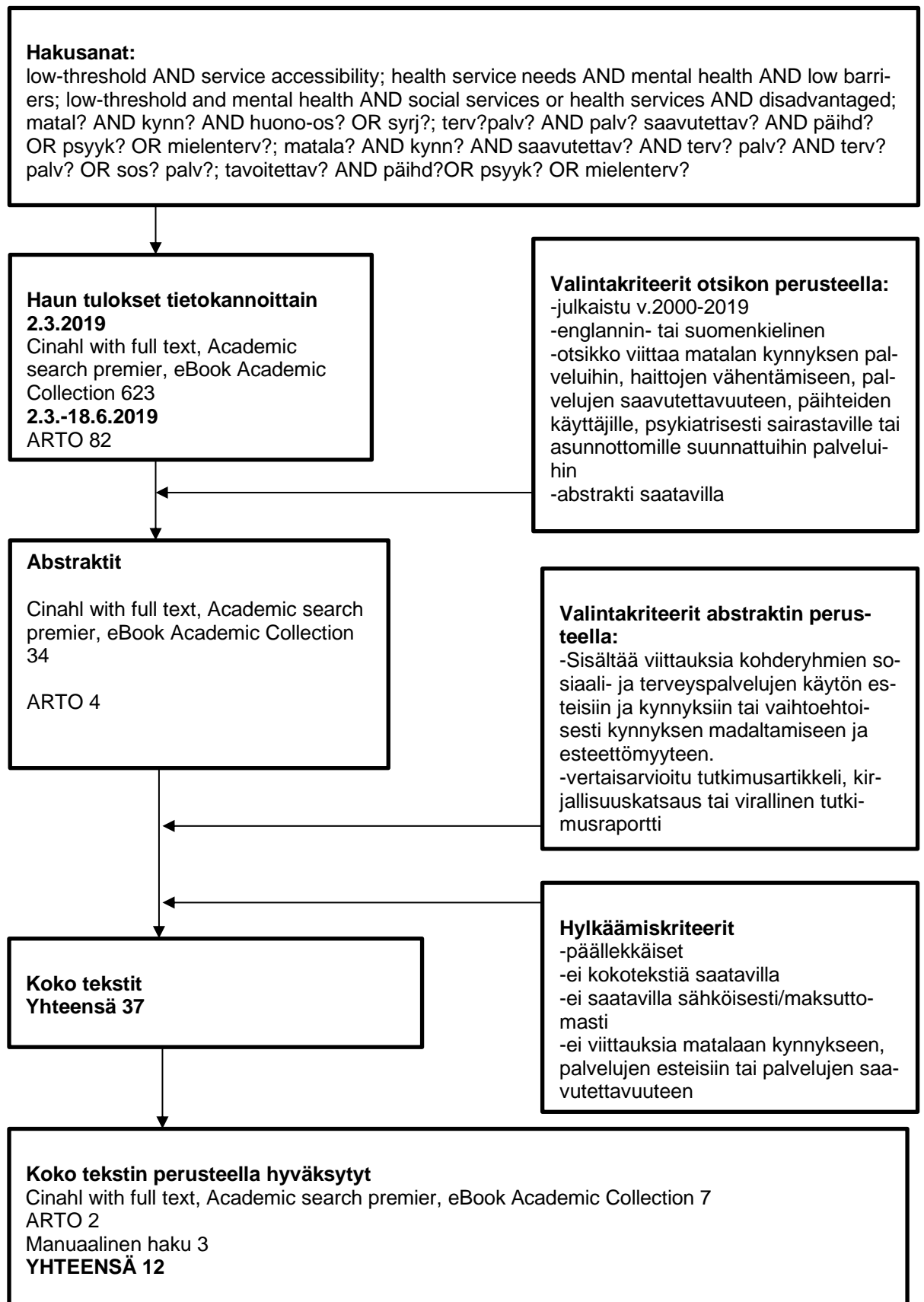
Taulukko 1. Aineiston sisäänotto- ja hylkäämiskriteerit

SISÄÄNOTTOKRITEERIT	HYLKÄÄMISKRITEERIT
<ul style="list-style-type: none"> • Julkaistu v. 2000-2019 • Suomen- tai englanninkielinen • Otsikko viittaa matalan kynnyksen palveluihin, haittojen vähentämiseen, palvelujen saavutettavuuteen, päihteiden käyttäjille, psyykkisesti sairastaville tai asunnottomille suunnattuihin palveluihin • tutkimus koskee työikäisiä • abstrakti ja koko teksti saatavilla • vertaisarvioitu tutkimusartikkeli, kirjallisuuskatsaus tai virallinen tutkimusraportti • saatavilla sähköisesti ja maksuttomasti • Sisältö on tarkoituksenmukainen opinnäytetyön kannalta ja vastaa tutkimuskysymyksiin 	<ul style="list-style-type: none"> • Julkaistu ennen vuotta 2000 • Muun kuin suomen- tai englanninkielinen • Otsikossa ei minkäänlaista mainintaa matalan kynnyksen palveluista, haittojen vähentämisestä, palvelujen saavutettavuudesta, päihteiden käyttäjille, psykiatrisesti sairastaville tai asunnottomille suunnatuista palveluista • tutkimus koskee alaikäisiä, perheitä tai ikääntyneitä • abstraktia ja/tai koko tekstiä ei ole saatavilla • AMK ja YAMK-opinnäytetyöt, lehtiartikkelit • ei saatavilla sähköisesti tai maksuttomasti • Tutkimuksen sisältö ei vastaa tutkimuskysymyksiin, eikä anna muuten relevanttia tai sovellettavaa lisätietoa

Seuraavaksi perehdyimme otsikon perusteella valittuihin artikkeleihin tarkemmin käymällä läpi tutkimusten abstraktit. Abstrakteista etsimme viittauksia sosiaali- ja terveyspalvelujen käytön esteisiin ja kynnyksiin tai vaihtoehtoisesti kynnyksen madaltamiseen ja esteettömyyteen.

Kävimme jäljelle jääneen aineiston läpi koko tekstin osalta. Tässä vaiheessa karsiutuivat ne artikkelit, jotka eivät varsinaisesti käsitelleet juuri matalan kynnyksen palveluja tai saavutettavuutta, tai niiden tuloksista ei käynyt ilmi tutkimuskysymyksen kannalta olennaista sovellettavissa olevaa tietoa. Aineistosta karsimme myös ne tutkimukset, joiden sidonnaisuus kulttuuriin ja maantieteellisiin seikkoihin oli niin vahva, että niiden tulokset olivat sovellettavissa ainoastaan paikallisesti.

Kotimaisista tietokannoista hakutulos oli kansainvälisiä huomattavasti suppeampi. Kohderyhmälle suunnatuista matalan kynnyksen palveluista artikkeleita löytyi 11 kappaletta, joista ainoastaan kaksi täytti lopulliset sisäänottokriteerit. Saadaksemme lisää tutkimuskysymyksen kannalta relevanttia kotimaista aineistoa hyödynsimme myös manuaalista hakua. Haimme aineiston lähdeluetteloista löytyviä artikkeleja sähköisessä muodossa käyttäen hakukoneena Google Scholaria. Tämä aineisto käytiin läpi samoilla kriteereillä, kuin aiempi aineisto.



Kuvio 1. Aineiston haku tietokannoista sisäänotto- ja hylkäämiskriteereineen

6.3 Aineiston kuvaus

Lopullinen aineistomme muodostui 12 tutkimusartikkelista ja -raportista. Aineisto koostui Yhdysvalloissa, Norjassa, Suomessa, Kanadassa ja Kyproksella tehdyistä kvalitatiivisista tutkimuksista sekä hankeraporteista. Tutkimukset sekä hankeraportit olivat vuosien 2004-2018 väliltä. Aineisto oli muodoltaan monipuolinen käsittäen useita laadullisen tutkimuksen menetelmiä, kuten kohorttitutkimuksen, kirjallisuuskatsauksen sekä tapaustutkimuksen. Aineiston hankintaan oli käytetty erilaisia haastattelutyyppisiä, kuten puolistrukturoitua ja teemahaastattelua, sekä asiakasjärjestelmistä saatua tietoa. Hankeraporteissa oli tiedonkeruuseen käytetty suunnitelmallista itsearviointia sekä asiakaspalautteen kanavia. (Liite).

Matalan kynnyksen palvelut on usein suunnattu kaikkein haavoittuvimmassa asemassa oleville asiakasryhmille, joiden elämäntilanne nostaa monia kynnyksiä palvelujen käytölle. Olimme kohdentaneet aineistohakua päihteidenkäyttäjille, psyykkisesti sairastaville ja asunnottomille tai vailla vakinaista asuntoa oleville henkilöille tarkoitettuihin palveluihin, ja nämä asiakasryhmät näyttäytyivät selkeästi aineistossa. Aineisto käsitteli myös jonkin verran sosiaalisesti tai taloudellisesti syrjäytyneille, HIV positiivisille sekä työttömille suunnattuja palveluja, jotka usein olivat jonkin huumeiden tai päihteiden käyttäjille suunnatun palvelun yhteydessä. Yhdessä tutkimuksessa ei ollut lainkaan määritelty kohderyhmää vaan palvelu oli tarkoitettu kaikille helsinkiläisille tai pääkaupunkiseudulla liikkuville kansalaisille.

6.4 Aineiston analyysi

Kuvasimme lopullisen aineiston kokonaisuudessaan taulukkoon (Liite), jonka tulokset kuvasimme tutkimusten keskeiset tulokset. Taulukkoon kirjasimme omiin sarakkeisiinsa tutkimuksen teeman ja tieteenalan; tutkimuksen tekijä(t), julkaisuvuoden ja -maan; tutkimuksen tarkoituksen, tutkimuksen kohteen, aineiston hankinnan kannalta olennaiset menetelmät ja aineiston analyysimenetelmät sekä keskeiset tulokset.

Aineiston analysoinnissa käytimme apuna teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla kerätty aineisto saadaan tiivistettyyn muotoon johtopäätösten tekoa varten. Sisällönanalyysi ei itsessään tarjoa valmiita vastauksia. Sisällönanalyysi on tekstianalyysiä, jossa etsitään tekstin merkityksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117, 127.) Saatuamme lopullisen aineiston lähdimme tarkastelemaan sitä ensin aineistolähtöisesti luokittelemalla. Etsimme aineistosta matalan kynnyksen määrittelyä sekä asiakkaiden ja henkilökunnan kokemia kynnyksiä. Näiden lisäksi tarkastelimme aineistossa esiintyviä saavutettavuuden ulottuvuuksia ja elementtejä asiakkaiden ja henkilökunnan näkökulmista. Analyysin loppuvaiheessa lähdimme vertaamaan luokittellemaamme tietoa Edland-Grytin ja Skatvedtin kynnysteoriaan sekä Poikosen saavutettavuuden elementteihin. Tarkoituksenamme ei ollut lähtökohtaisesti pyrkiä vahvistamaan tai kumoamaan teorioita, vaan verrata löytämäämme tietoa olemassa olevaan teoriakehikkoon ja raportoida löydöksemme.

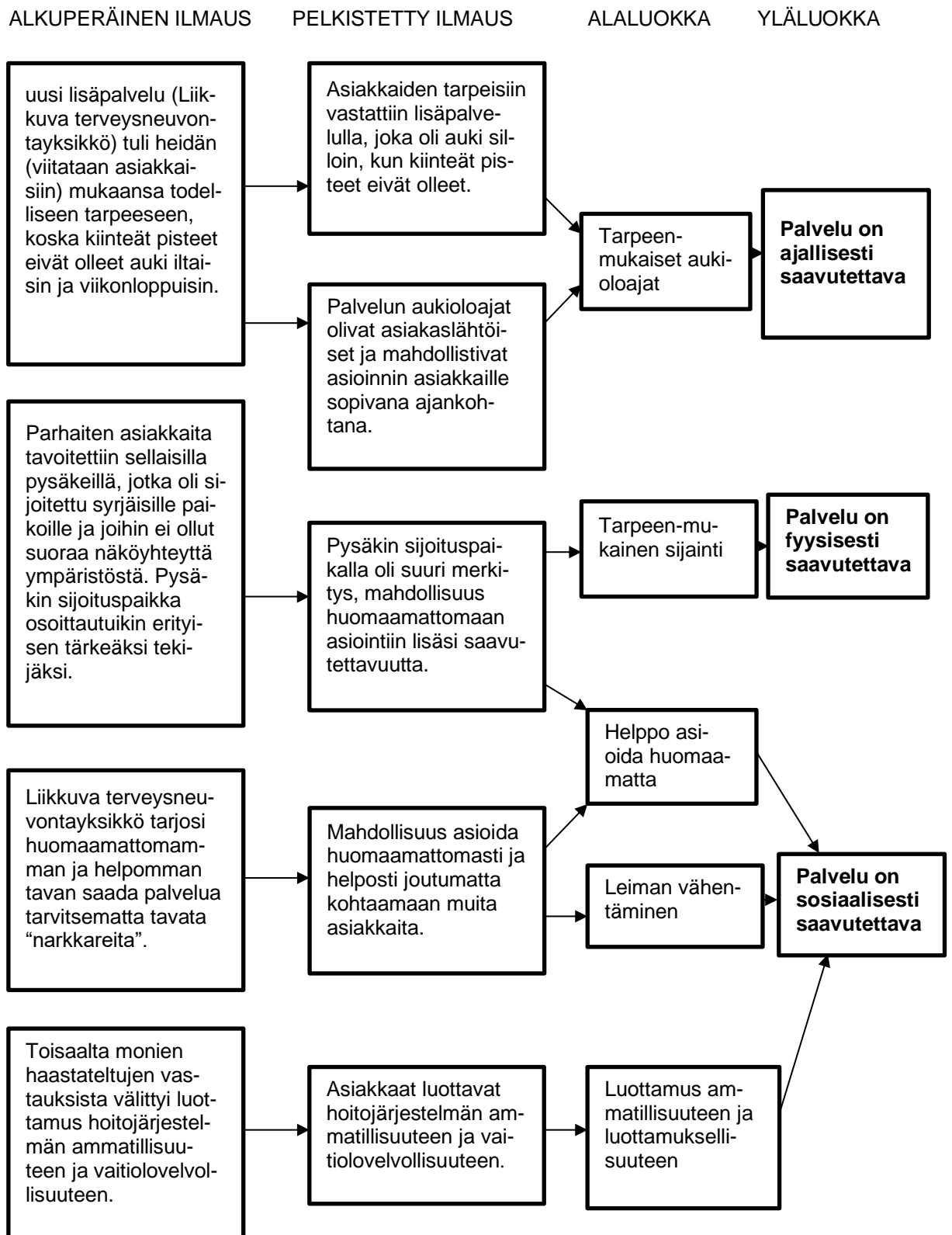
Kävimme lopullisen aineiston läpi useampaan kertaan, jotta saimme aineistosta hyvän kokonaiskuvan. Tämän jälkeen kävimme tutkimukset yksitellen läpi ja keräsimme raakadataa, jonka luokittelimme seuraavasti:

- 1) Palvelun tai tutkimuksen kohderyhmän määrittely
- 2) Matalan kynnyksen määrittely
- 3) Saavutettavuus asiakasnäkökulmasta
 - a) Saavutettavuuden elementit ja hyvät käytännöt
 - b) Kynnykset ja saavutettavuuden esteet
- 4) Saavutettavuus työntekijän näkökulmasta
 - a) Saavutettavuuden elementit ja hyvät käytännöt
 - b) Kynnykset ja saavutettavuuden esteet
- 5) Palvelun tarkoitus ja sisältö
- 6) Muuta tutkimuskysymyksen kannalta olennaista

Raakadataa kertyi yhteensä 45 sivua (Arial, fonttikoko 11, riviväli 1,15). Luokittelimme aineiston etukäteen yllä kuvatulla tavalla nähdäksemme saammeko aineistosta vastauksia tutkimuskysymyksiimme ja helpottaaksemme aineiston jatkokäsittelyä. Taulukoimme raakadatan kirjaamalla ylös alkuperäisen ilmauksen

tai lausuman, josta muodostimme pelkistetyn ilmauksen ja siitä edelleen alaluokan.

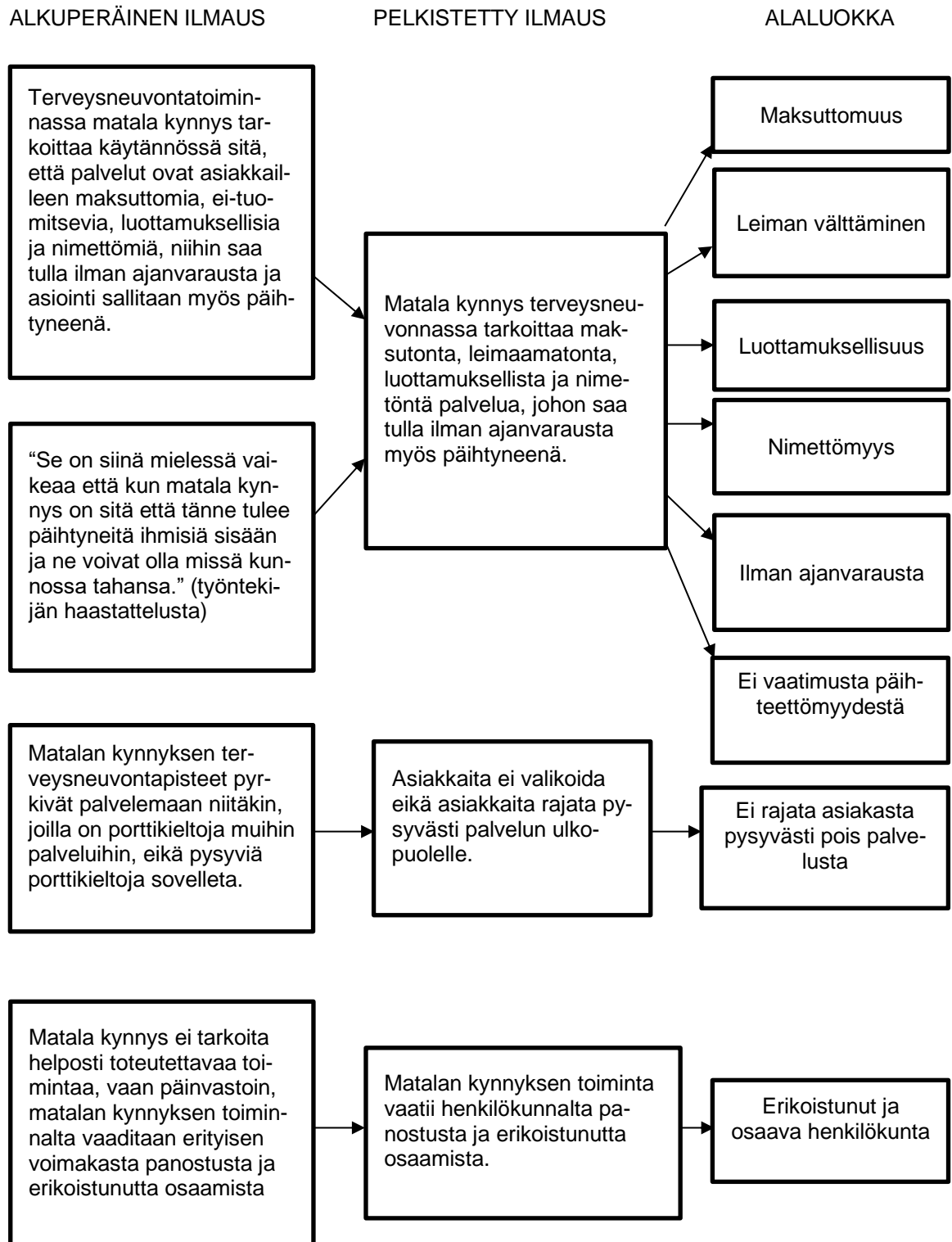
Saavutettavuuden osalta jatkoimme taulukointia ja muodostimme alaluokista yläluokkia (Kuvio 2). Erottelimme alaluokista saavutettavuuden elementit ja hyvät käytännöt toisistaan. Pitäydyimme edelleen asiakkaiden ja henkilökunnan näkökulman erillään pitämisessä, jotta pystyimme vertailemaan näitä myöhemmin. Koimme tärkeänä, että opinnäytetyössämme saimme tutkimustiedon kautta myös asiakkaiden ääntä kuuluville ja voimme osoittaa mikä asiakkaiden, eli palvelujen käyttäjien, näkökulmasta tekee palvelusta saavutettavan ja matalasta kynnyksestä matalan.



Kuvio 2. Saavutettavuus asiakasnäkökulmasta (Saavutettavuuden elementit ja hyvät käytännöt)

Palvelun saavutettavuuden lisäksi olimme kiinnostuneita myös siitä, miten aineistossa oli kuvattu tai määritelty matalan kynnyksen toimintaa ja mitä se piti sisällään. Jatkoimme aineiston käsittelyä pelkistämällä ja yhdistämällä edelleen aineistosta löytämiämme matalan kynnyksen määritelmiä sekä palvelujen tarkoitusta ja sisältöä. Muodostimme pelkistetyistä ilmauksista alaluokkia, joiden perusteella saimme käsityksen siitä, millaisia ovat mahdollisimman matalan kynnykset näissä palveluissa. (Kuvio 3.)

Palvelun tai tutkimuksen kohderyhmän määrittelyä ei sisällytetty analyysiprosessiin. Keräsimme kuitenkin aineistosta tietoa palvelujen kohderyhmistä, jotta saimme tietoa siitä, kuinka kattavasti eri kohderyhmät olivat aineistossamme edustettuina.



Kuvio 3. Matalan kynnyksen määrittelyä

7 TULOKSET

7.1 Kynnyksen mataluus matalan kynnyksen palveluissa

7.1.1 Luottamuksen kynnys

Luottamuksen kynnys näyttäytyi selkeästi tuloksissa. Tulosten mukaan matalan kynnyksen palvelun tulisi olla luottamusta rakentava tai palvelujen olla ylipäänsä luottamuksellisia (Arponen, Brummer-Korvenkontio, Liitsola & Salminen 2008; Edland-Gryt & Skatvedt 2012; Milne, Price, Wallace, Drost, Haigh-Gidora, Nezil & Fraser 2015; Simula 2007). Matala kynnys edellytti palvelulta ja henkilökunnalta luotettavuutta ja sitä voidaan rakentaa ja ylläpitää eri keinoin.

Luottamus ja sen merkitys näyttäytyivät tuloksissa myös asenteellisena elementtinä, kuten asiakkaan kunnioittamisena (Shepard 2007) ja leimaavuuden välttämisenä tai vähentämisenä (Arponen ym. 2008; Edland-Gryt & Skatvedt 2012; Ruskomaa 2008; Shepard 2007; Simula 2007). Erityisesti pyrkimys palvelun leimaavuuden välttämiseen tai vähentämiseen näyttäytyi tärkeänä osana matalan kynnyksen palvelua.

Tulosten perusteella matalan kynnyksen palvelut perustuivat vapaaehtoisuuteen, asiakkaalla oli vapaus valita ottaako vastaan palvelua ja mitä palveluja haluaa, ja työskentely pohjautui yhteistyöhön asiakkaan ja työntekijän välillä (Kourounis, Richards, Kyprianou, Symeonidou, Malliori & Samartzis 2015; Shepard 2007; Simula 2007). Työntekijä ei tulosten perusteella myöskään kohdannut asiakasta ylhäältäpäin, vaan tasa-arvo näkyi niin asiakkaiden välillä kuin asiakkaiden ja työntekijöiden välillä (Shepard 2007). Tulosten perusteella voitiin ajatella asiakaslähtöisyyden olevan matalan kynnyksen palvelun peruspilari. Asiakas nähtiin oman tilanteensa asiantuntijana ja palveluissa pyrittiin huomioimaan asiakkaiden yksilölliset tarpeet (Edland-Gryt & Skatvedt 2012; Kourounis ym. 2015; Ruskomaa 2008; Shepard 2007; Simula 2007; Törmä 2006.)

7.1.2 Rekisteröinnin kynnys

Tulosten perusteella nimettömyyden säilyttäminen oli matalan kynnyksen palveluissa keskeinen tekijä, ja se nähtiin yhtenä matalan kynnyksen periaatteena (Arponen ym. 2008; Kourounis ym. 2015; Lindberg & Suhonen 2012; Ruskomaa 2008). Matalan kynnyksen palveluissa ei myöskään ollut ikä- tai sukupuolirajoja (Kourounis ym. 2015).

Tuloksista kävi ilmi, että matalan kynnyksen palvelut oli suunnattu usein niille, joita muut palvelut eivät tavoita tai niille, jotka muuten olivat haavoittuvimmassa asemassa (Edland-Gryt & Skatvedt 2012; Shepard 2007). Aineistomme käsitteli pääsääntöisesti palveluja, jotka oli suunnattu päihteiden käyttäjille (erityisesti huumeiden käyttäjille), psyykkisesti sairastaville sekä asunnottomille. Tämän asiakasryhmän tavoittamiseksi matalan kynnyksen palveluihin kuuluivat myös etsivä ja jalkautuva työ, joilla pyrittiin lisäämään saavutettavuutta ja helpottamaan asiakkaan pääsyä palveluun (Appel, Ellison, Jansky & Oldak 2004; Ruskomaa 2008; Shepard 2007; Törmä 2006). Tulosten perusteella asiakasta ei rajattu matalan kynnyksen palveluista kokonaan pois, vaan asiakkaan oli mahdollista palata palveluun kerta toisensa jälkeen ja aloittaa palvelu aina uudelleen (Arponen ym. 2008; Dombrowski ym. 2018; Kourounis ym. 2015).

Matalan kynnyksen palveluihin pääsyä voitiin tulosten perusteella ajatella helpottavan vähäiset edellytykset palveluun pääsemiselle (Dombrowski, Ramchandani, Dhanireddy, Harrington, Moore & Golden 2018; Edland-Gryt & Skatvedt 2012). Matalan kynnyksen palveluissa asiakkailta ei tulosten perusteella vaadittu päihteettömyyttä, henkilöllisyystodistusta tai sairausvakuutusta (Arponen ym. 2008; Dombrowski ym. 2018; Kourounis ym. 2015; Lindberg & Suhonen 2012; Shepard 2007; Simula 2007; Strike, Millson, Hopkins & Smith. 2013). Matalan kynnyksen palveluihin ei nähty kuuluvan vaatimusta päihteettömyydestä. Asiakkaan ei myöskään tarvinnut miettiä palvelun kustannuksia, koska matalan kynnyksen palvelut olivat asiakkaille maksuttomia (Arponen ym. 2008; Kourounis ym. 2015; Lindberg & Suhonen 2012). Lisäksi palveluihin pääsi ilman lähetettä, ajanvarausta ja pitkiä odotusaikoja (Arponen ym. 2008; Dombrowski ym. 2018; Kourounis ym. 2015; Lindberg & Suhonen 2012; Ruskomaa 2008; Simula 2007).

Kynnys joidenkin asiakkaiden kohdalla saattoi laskea, mikäli palveluun pääsi myös perusterveydenhuollon kautta (Kourounis ym. 2015). Perusterveydenhuollon kautta palveluun pääsy oli kuitenkin aineiston perusteella melko harvinaista.

Matalan kynnyksen palvelut pyrkivät tulosten perusteella vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin myös laajojen aukioloaikojen avulla (Simula 2007). Tulosten perusteella kynnystä voitiin pyrkiä madaltamaan tarjoamalla monialaisia ja voimavara-lähtöisiä palveluja yhden luukun -periaatteella (Appel ym. 2004; Dombrowski ym. 2018; Simula 2007). Kokonaisvaltaisten, tarpeita vastaavien palvelujen tarjoaminen osoittautui yhdeksi matalan kynnyksen elementiksi (Shepard 2007). Myös haittojen vähentäminen osoittautui tärkeäksi osaksi erityisesti huumeiden käyttäjille suunnattuja matalan kynnyksen palveluja (Appel ym. 2004; Dombrowski ym. 2018; Edland-Gryt & Skatvedt 2012; Kourounis ym. 2015; Shepard 2007; Strike ym. 2013). Haittojen vähentäminen osana matalan kynnyksen palvelua korostui erityisesti kansainvälisissä tutkimuksissa.

Tulosten perusteella osaava ja erikoistunut henkilökunta oli tärkeä osa matalan kynnyksen palveluja (Arponen ym. 2008). Huolimatta siitä, että kynnys palveluun pääsemiseksi oli matala, ei se tarkoittanut, että toiminta olisi helposti toteutettavaa. Matala kynnys vaati henkilökunnalta panostamisesta ja erikoistunutta osaamista.

7.1.3 Kelpoisuuden kynnys

Tulosten perusteella kelpoisuuden kynnystä voitiin laskea tarjoamalla palvelua asiakaslähtöisesti ja joustavasti (Edland-Gryt & Skatvedt 2012; Kourounis ym. 2015; Ruskomaa 2008; Simula 2007; Törmä 2006). Hyväksyvä ilmapiiri ja asiakkaan kohtaaminen saattoivat auttaa asiakasta rohkaistumaan ja tuomaan omia tarpeitaan ilmi. Matalan kynnyksen palveluissa oli tulosten perusteella asiakasta kohtaan vain vähän ehtoja ja vaatimuksia, ja asiakas määritteli itse omat tavoitteensa. Matalan kynnyksen palveluissa asiakasta kohtaan ei asetettu suuria odotuksia tai muutospaineita. (Edland-Gryt & Skatvedt 2012; Shepard 2007; Simula

2007.) Kaiken kaikkiaan palvelujen tavoitteena oli osallistuminen ja kontrolli palveluissa oli vähäistä (Kourounis ym. 2015; Shepard 2007).

Tulosten perusteella matalan kynnyksen palvelut voitiin nähdä myös jossain määrin pedagogisina ja työkaluja antavina palveluina (Shepard 2007). Palvelut tarjosivat psykososiaalista tukea (Kourounis ym. 2015), mitä henkilökunnan oli muistettava muiden palvelujen ohessa markkinoida.

7.1.4 Vaikuttavuuden kynnys

Tulosten perusteella matalan kynnyksen tärkeisiin elementteihin kuuluivat ennakoasenteiden ja muutospaineen vähyys tai puuttuminen kokonaan. Matalan kynnyksen palvelun oli tarkoitus madaltaa kynnystä myös muihin palveluihin, jolloin voitiin ajatella asiakkaan eteenpäin ohjaamisen myös helpottuvan. (Shepard 2007.) Huolimatta siitä, että matalan kynnyksen palveluissa pyrittiin moniammatillisuuteen ja tarjoamaan laaja-alaisesti sosiaali- ja terveystalvveluja, matalan kynnyksen palvelut hyödynsivät tulosten perusteella myös verkostoyhteistyötä (Simula 2007).

Palveluja kehittämällä voitaisiin vaikuttaa niiden tehokkuuteen ja vaikuttavuuteen. Tuloksissa näyttäytyi tärkeänä, että matalan kynnyksen palvelut olivat laadukkaita ja niiden tavoitteena oli ehkäistä ja lieventää syrjäytymistä (Kourounis ym. 2015; Simula 2007). Palvelujen laatua voitiin ylläpitää jatkuvalla palvelujen arvioinnilla ja kehittämisellä (Strike ym. 2013). Yhteiskehittäminen oli tulosten perusteella yksi matalan kynnyksen elementti (Simula 2007).

7.2 Saavutettavuus matalan kynnyksen palveluissa

Peilasimme tutkimusaineistosta löytyneitä saavutettavuuden elementtejä Poikosen saavutettavuuden kolmeen ulottuvuuteen. Ulottuvuudet olivat informatiivinen saavutettavuus, fyysinen saavutettavuus ja taloudellinen saavutettavuus (Poikonen 2018, 38-39). Pohdimme, että nämä kolme ulottuvuutta pätevät minkä

tahansa palvelun kohdalla, eivätkä ehkä tavoita niitä seikkoja, jotka olivat luonteenomaisia erityisesti matalan kynnyksen sosiaali- ja terveystalvelujen saavutettavuudelle. Meitä kiinnosti tutkimuskysymyksen kannalta näin ollen eniten se saavutettavuudesta kertova aineisto, joka jää Poikosen ulottuvuuksien ulkopuolelle.

Tarkastelimme aineistoa erottelemalla siitä asiakas- ja henkilökunnan näkökulman, jotta hahmottaisimme mahdolliset eroavaisuudet näiden välillä. Löysimme aineistosta Poikosen nimeämien informatiivisen, fyysisen ja taloudellisen saavutettavuuden lisäksi rakenteellisen, ajallisen ja sosiaalisen saavutettavuuden elementtejä.

7.2.1 Informatiivinen saavutettavuus

Informatiivinen saavutettavuus näyttäytyi asiakkaan näkökulmasta tulosten perusteella palvelusta tiedottamisena ja tiedon saamisena (Appel ym. 2004; Milne ym. 2015; Ruskomaa 2008). Asiakkaat kokivat, että heillä ei ollut tarpeeksi tietoa palveluvaihtoehdoista, palvelujen sisällöistä tai niihin hakeutumisesta. Tiedon puutteen vuoksi palveluun ei osattu hakeutua, sen toimivuuteen tai sopivuuteen ei uskottu tai asiakas saattoi suhtautua palveluun epäluuloisesti. Myös heikko tiedonkulku nähtiin esteenä palveluun hakeutumiselle. (Appel ym. 2004; Arponen ym. 2008, Edland-Gryt & Skatvedt 2012; Törmä 2006.) Tuloksista kävi ilmi yksittäisiä mainintoja asiakkaille kohdennetusta edukaatiosta, mutta varsinaisia toiveita siitä, mitä kautta tai missä muodossa tietoa haluttiin saataville, ei aineistosta löytynyt (Appel ym. 2004). Palvelun ja tiedon saaminen eri kielillä mainittiin osana informatiivista saavutettavuutta (Ruskomaa 2008).

Matalan kynnyksen palvelut saattoivat toimia myös muiden palvelujen saavutettavuuden edistäjinä. Asiakkaat kokivat, että jatkopolun suunnittelu ja palvelusta saatu tieto koskien muita palveluja oli heille tärkeää (Appel ym. 2004; Dombrowski ym. 2018; Ruskomaa 2008). Tietoa he kertoivat saaneensa työntekijöiltä palvelun yhteydessä sekä jaettujen esitteiden avulla (Törmä 2006).

Henkilökunnan näkökulmasta informatiivinen saavutettavuus näyttäytyi tietoisuuden ja tiedottamisen lisäämisenä ja kohdentamisena (Appel ym. 2004; Rusko-maa 2008). Palvelun saavutettavuutta voitiin lisätä kouluttamisen ja toisaalta työn tunnettavuuden ja hyväksyttävyyden lisäämisen avulla (Appel ym. 2004; Arponen ym. 2008; Milne ym. 2015). Työtä olisi tehtävä tunnetuksi erityisesti perusterveydenhuollossa (Arponen ym. 2008). Tiedon puute palvelusta tai tietystä hoitomuodosta verkostoissa oli henkilökunnan näkökulmasta esteenä palvelun saavutettavuudelle (Appel ym. 2004).

Tulosten perusteella henkilökunta näki myös vertaistyön merkittävässä roolissa palvelun informatiivisen saavutettavuuden näkökulmasta (Arponen ym. 2008). Vertaistyö informatiivisen saavutettavuuden näkökulmasta näyttäytyi ainoastaan kotimaisessa aineistossa. Matalan kynnyksen palveluissa vertaistyöntekijöitä käytettiin ikään kuin viestinviejinä asiakkaiden ja palvelun välillä, heidän avullaan tietoa saatiin ja vietiin kentälle (Arponen ym. 2008). Tulosten perusteella informatiivista saavutettavuutta lisäsi työstä tuotettavan tiedon ymmärrettävyys (Arponen ym. 2008).

7.2.2 Fyysinen saavutettavuus

Asiakkaan näkökulmasta palvelun fyysinen saavutettavuus tarkoitti tarpeenmukaista sijaintia, helppoa tavoitettavuutta sekä jalkautuvia palveluita (Dombrowski ym. 2018; Edland-Gryt & Skatvedt 2012; Shepard 2007; Simula 2007; Törmä 2006). Varsinaista fyysistä esteettömyyttä koskien esimerkiksi liikkumisen apuvälineiden käyttöä ei tuloksista tullut esille. Asiakkaat olivat voineet kokea palvelun saavutettavana, vaikka sinne päästäkseen he joutuivat soittamaan summeria ja matkustamaan hissillä useita kerroksia (Simula 2007).

Palvelun luonteesta ja yksilöllisistä preferensseistä riippuen asiakkaat kokivat erilaiset sijainnit saavutettaviksi. Matalan kynnyksen palveluilta toivottiin sekä keskeistä sijaintia, jotta palveluun olisi helppo tulla, että huomaamatonta sijaintia anonyymien asioiden varmistamiseksi (Arponen ym. 2008; Simula 2007; Törmä 2006). Fyysinen saavutettavuus kietoutuikin aineistossa selkeästi yhteen

esimerkiksi sosiaalisen saavutettavuuden kanssa.

Liikkuvat yksiköt koettiin fyysisesti saavutettavina niiden käyttäjien keskuudessa (Törmä 2006). Myös mahdollisuus jalkautuvaan palveluun lisäsi saavutettavuutta, koska palvelu oli mahdollista tuoda erilaisiin toimintaympäristöihin asiakkaan tarpeen mukaan. Asiakas pystyi saamaan palvelua kotiinsa, mikäli hänen toimintakykynsä hankaloitti palveluun hakeutumista, tai hän saattoi saada esimerkiksi asiointiapua muualle kuin palvelun toimipisteeseen (Edland-Gryt & Skatvedt 2012; Shepard 2007; Törmä 2006).

Palvelun fyysinen saavutettavuus näyttäytyi henkilökunnan näkökulmasta niin palvelun fyysisinä tiloina ja erilaisina huomioina liittyen niihin, kuin asiakkaan tavoittamisena. Tilojen itsessään tuli olla tarpeenmukaiset niin sijainniltaan, kooltaan kuin sisustukseltaan. Tilan tuli sijaita hyvien kulkuyhteyksien varrella, jotta asiakkailta olisi mahdollisuus käyttää palvelua. Myös tilan julkisivulla oli merkitystä. Julkisivun tuli antaa ammattimainen kuva palvelusta, eikä se saanut olla leimaava. Yhden luukun periaate voitiin mieltää osaksi fyysistä saavutettavuutta. Usean palvelun saamisen saman katon alta voitiin nähdä edistävän fyysistä saavutettavuutta. (Appel ym. 2004; Arponen ym. 2008; Kourounis ym. 2015; Milne ym. 2015; Ruskomaa 2008; Simula 2007; Törmä 2006.)

Fyysinen saavutettavuus näyttäytyi tuloksissa henkilökunnan näkökulmasta myös palveluina, joilla pyrittiin tavoittamaan asiakas fyysisen tilan ulkopuolelta. Henkilökunta koki tärkeänä viedä palvelu sinne, missä asiakkaat ovat ja asiakkaita pyrittiin tavoittamaan jalkautuvan ja etsivän työn keinoin. Palvelun kattavuuden kehittäminen oli myös keino lisätä fyysistä saavutettavuutta (Arponen ym. 2008; Edland-Gryt & Skatvedt 2012; Ruskomaa 2008; Törmä 2006).

7.2.3 Taloudellinen saavutettavuus

Taloudellisen saavutettavuuden ilmeneminen asiakkaan näkökulmasta oli tulosten mukaan pitkälti sidoksissa kunkin maan palvelujärjestelmään. Kotimaisessa ja pohjoismaisessa aineistossa palvelun maksuttomuus oli usein yksi matalan

kynnyksen palvelun lähtökohtia, kun taas esimerkiksi Yhdysvalloissa matalan kynnyksen palveluiksi nimetyissä palveluissa saattoi olla joko suoria tai välillisiä asiakasmaksuja. Asiakkaiden näkökulmasta palvelun maksuttomuus oli hyvinkin keskeisessä asemassa saavutettavuuteen nähden, sillä matalan kynnyksen palvelut ovat usein kohdennettuja sosiaalisesti ja taloudellisesti heikoimmassa asemassa oleville ihmisille. (Kourounis ym. 2015; Ruskomaa 2008; Shepard 2007.)

Palvelun taloudellinen saavutettavuus ei näyttäytynyt merkittävänä saavutettavuuden elementtinä henkilökunnan näkökulmasta. Matalan kynnyksen palveluissa taloudellinen saavutettavuus merkitsi tulosten perusteella palvelun maksuttomuutta. Henkilökunnan näkökulmasta palvelun maksullisuuden nähtiin heikentävän palvelun saavutettavuutta (Appel ym. 2004).

7.2.4 Rakenteellinen saavutettavuus

Löysimme tuloksista suuren määrän viittauksia palvelujen saamisen edellytyksiin sekä hallinnollisiin ja viranomaisvaatimuksiin saavutettavuutta vähentävinä tekijöinä (Appel ym. 2004; Arponen ym. 2008; Dombrowski ym. 2018; Edland-Gryt & Skatvedt 2012; Kourounis ym. 2015; Ruskomaa 2008; Strike ym. 2013; Törmä 2006). Luokittelimme nämä maininnat luokkaan rakenteellinen saavutettavuus. Monet näistä tekijöistä tuli ilmi kansainvälisessä aineistossa ja niiden huomioiminen kuuluu Suomessa pitkälti jo matalan kynnyksen määritelmään.

Rakenteellinen saavutettavuus näyttäytyi tuloksissa asiakasnäkökulmasta vähäisinä edellytyksinä ja vaatimuksina. Asiakkaat kokivat, että esimerkiksi edellytykset lähetteestä, henkilöpapereista tai sairausvakuutuksesta sekä kohderyhmän tarkka rajaaminen heikensivät saavutettavuutta (Appel ym. 2004; Kourounis ym. 2015). Saavutettavuus asiakasnäkökulmasta lisääntyi, mikäli palvelulla oli avoin kohderyhmä (Ruskomaa 2008). Joustavat palveluun pääsemisen kriteerit ja asiointi nimettömänä tukivat saavutettavuutta (Appel ym. 2004; Arponen ym. 2008; Edland-Gryt & Skatvedt 2012; Kourounis ym. 2015; Strike ym. 2013; Törmä 2006). Tulosten mukaan saavutettavuutta lisäsi mahdollisuus ottaa esimerkiksi puhelimitse tai tekstiviestitse suoraan yhteyttä palveluun yhden

numeron kautta ilman puhelinvaihdetta, soittoaikoja tai soittopyyntöjä (Dombrowski ym. 2018).

Henkilökunnan näkökulmasta palvelun saavutettavuutta lisäsivät vähäiset edellytykset palveluun pääsemiselle. Mahdollisuus asioida ilman lähetettä ja valitsemassaan toimipisteessä asuinpaikasta riippumatta lisäsivät palvelun saavutettavuutta. (Appel ym. 2004; Arponen ym. 2008; Edland-Gryt & Skatvedt 2012; Strike ym. 2013.)

Henkilökunta koki tärkeänä, että palvelu on saatavilla tarpeen mukaisesti. Tämä tarkoitti esimerkiksi sitä, että palvelut olivat asiakkaan tarpeisiin vastaavia, palvelussa oli riittävät resurssit ja riittävästi asiakaspaikkoja. Näiden lisäksi huomioitiin asiakkaiden tarve asioida ajanvarauksella tai päivystysluontoisesti. (Appel ym. 2004; Arponen ym. 2008; Edland-Gryt & Skatvedt 2012; Milne ym. 2015; Rusko-maa 2008; Simula 2007.) Palvelutarpeeseen vastaaminen ja asianmukaisten palvelujen tarjoaminen nähtiin osana saavutettavuutta, tähän voitaisiin vaikuttaa esimerkiksi resurssien lisäämisellä ja niiden tarpeenmukaisella kohdentamisella (Appel ym. 2004).

Ristiriitana tuloksissa näyttäytyi pohdinta matalan kynnyksen palvelujen sijoittamisesta perusterveydenhuollon yhteyteen. Osa koki tämän selvästi lisäävän saavutettavuutta, koska se poistaisi palvelun leimaavuutta ja lisäisi palvelun saatavuutta (Arponen ym. 2008; Kourounis ym. 2015). Osa taas koki tämän selvästi nostavan palvelun kynnystä, koska monella asiakkaalla on huonoja kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista, tai asiakkaat eivät luota palvelujärjestelmään (Arponen ym. 2008; Edland-Gryt & Skatvedt 2012; Lindberg & Suhonen 2012).

7.2.5 Ajallinen saavutettavuus

Aikaan liittyvät saavutettavuuden elementit näkyivät tuloksissa palvelun aukiolo-aikoihin sekä palveluun jonottamiseen tai palvelun saamisen oikea-aikaisuuteen liittyen. Asiakkaat toivat esille palvelun aukioloaikojen saavutettavuuden

tärkeyden. Saavutettavuus tarkoitti kohderyhmän tarpeiden huomioimista palvelun suunnittelussa. Etenkin päihdepalveluilta toivottiin oikea-aikaisuutta, päivystysluonteisuutta ja nopeaa reagointia. Myös pitkät jonotusajat ja toisaalta varattujen aikojen venyminen pitkälle tulevaisuuteen heikensivät saavutettavuutta. (Appel ym. 2004; Arponen ym. 2008; Edland-Gryt & Skatvedt 2012; Kourounis ym. 2015; Ruskomaa 2008; Törmä 2006.)

Henkilökunta toi esiin myös erilaisia ajallisen saavutettavuuden elementtejä. Henkilökunnan näkökulmasta aukioloaikojen tulee vastata asiakkaiden tarpeeseen. Osassa palveluja aukioloajat oli järjestetty sen perusteella, miten asiakkaat liikkuvat tai miten muut vastaavat palvelut olivat kiinni. Järjestämällä palvelua laajemmilla aukioloajoilla oli mahdollista edistää palvelun saavutettavuutta. (Arponen ym. 2008; Edland-Gryt & Skatvedt 2012.) Matalan kynnyksen palveluissa oli mahdollista asioida ilman ajanvarausta, jonka osaltaan voitiin nähdä edistävän saavutettavuutta. Toisissa palveluissa oli mahdollisuus asioida sekä ajanvarauksella että päivystysluontoisesti, millä pyrittiin vastaamaan asiakkaiden kumpaankin tarpeeseen. (Milne ym. 2015; Ruskomaa 2008.)

7.2.6 Sosiaalinen saavutettavuus

Yhdistimme tuloksissa näkyviä saavutettavuuden elementtejä kuten palvelujen joustavuuden ja asiakaslähtöisyyden, luottamukseen liittyvät tekijät sekä mahdollisuuden asioida päihtyneenä yhdeksi sosiaalisen saavutettavuuden luokaksi. Sosiaalisen saavutettavuuden luokkaan sisällytimme myös aineistossa nähtävillä olleita asenteisiin ja kohtaamiseen liittyviä elementtejä.

Tulosten perusteella asiakasnäkökulmasta saavutettavuutta lisäsi palvelujen joustavuus. Esimerkkeinä palvelujen joustavuudesta mainittiin asiakkaan perhe-tilanteen ja tarpeiden huomioiminen, sekä mahdollisuus tapaamiseen palvelun toimipisteen ulkopuolella. (Appel ym. 2004; Arponen ym. 2008; Edland-Gryt & Skatvedt 2012; Strike ym. 2013.) Asiakaslähtöisyys niin hoidon tai palvelun suunnittelussa kuin toteutuksessakin näyttäytyi asiakkaiden näkökulmasta merkittävänä saavutettavuuden elementteinä (Appel ym. 2004; Arponen ym. 2008;

Dombrowski ym. 2018; Strike ym. 2013).

Asenteellisuus asiakkaita kohtaan ja kohtaamisen puute välittyivät tuloksissa merkittävinä saavutettavuutta heikentävinä tekijöinä. Tunne syrjityksi tulemisesta tai kokemus siitä, ettei ole tullut nähdyksi ja kuulluksi heikensi asiakkaiden näkökulmasta palvelun saavutettavuutta. (Appel ym. 2004; Arponen ym. 2008; Edland-Gryt & Skatvedt 2012.) Asiakkaat kokivat kunnioittavan, kokonaisvaltaisen kohtaamisen ja kohtelun edistävän palvelun saavutettavuutta. Asiakkaan huomiointi, aito kiinnostus ja halu auttaa nähtiin saavutettavuutta edistävinä tekijöinä. (Arponen ym. 2008; Edland-Gryt & Skatvedt 2012; Kourounis ym. 2015; Shepard 2007; Simula 2007.) Tutkimuksen kohderyhmä oli saattanut tulla leimatuksi niin sosiaali- kuin terveydenhuollon palveluissa, kuin muissa verkostoissaankin. Tulosten perusteella palvelun olisi tärkeää purkaa stigmoja sekä vähentää ja välttää asiakkaan leimaamista, jotta palvelu olisi saavutettava (Arponen ym. 2008; Ruskomaa 2008; Törmä 2006).

Edistääkseen saavutettavuutta asiakkaiden näkökulmasta palvelun tulisi olla luottettava. Palvelun ja henkilökunnan tulisi herättää asiakkaissa luottamusta ja pyrkiä sitä myös rakentamaan. Toisinaan luottamus liittyi palveluun tai toimipisteeseen, eikä ollut niinkään sidoksissa henkilöihin. Asiakkaat kokivat, että luottamusta lisäsivät mahdollisuus luottamuksellisiin keskusteluihin ja rehellisyyteen. (Arponen ym. 2008; Edland-Gryt & Skatvedt 2012; Törmä 2006.)

Henkilökunnan näkökulmasta palvelun joustavuus, palvelutarpeiden kategorisointimattomuus ja palvelun kehittäminen asiakkaiden tarpeiden mukaan, olivat tärkeitä sosiaalisen saavutettavuuden elementtejä (Appel ym. 2004; Ruskomaa 2008; Shepard 2007; Simula 2007; Strike ym. 2013). Henkilökunta toi esiin, ettei palvelun kohderyhmää kannata rajata liian tiukasti, esimerkiksi palvelu voidaan suunnata kaikille päihteiden käyttäjille, rajaamatta sitä erikseen suonensisäisesti huumeita käyttäville tai alkoholin käyttäjille (Arponen ym. 2008). Henkilökunta toi esiin saavutettavuuden elementtinä myös sukupuoli- ja kulttuurisensitiivisyyden, mitä ei asiakasnäkökulmasta ollut tuloksissa nähtävillä (Appel ym. 2004; Milne ym. 2015; Shepard 2007). Tuloksissa nostettiin esiin myös tarve naisille kohdennettuihin palveluihin, esimerkiksi ehkäisyyn ja perhesuunnitteluun liittyvissä

asioissa (Arponen ym. 2008).

Henkilökunta toi esiin sosiaalisen saavutettavuuden elementtejä, jotka liittyivät asiakkaan kohtaamiseen, asenteisiin ja palvelun kokonaisvaltaisuuteen. Tulosten mukaan erityisesti asiakkaan kohtaaminen koettiin merkittävänä palvelun saavutettavuutta lisäävänä tekijänä. Kohtaaminen sisälsi henkilökunnan mukaan henkilökohtaisen kontaktin sekä keskustelun asiakkaan kanssa. Avointa dialogia ja aikaa asiakkaille myös peräänkuulutettiin. Asiakkaan huomioiminen kunnioitavasti, yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti koettiin henkilökunnan keskuudessa merkittävänä saavutettavuuden elementtinä. (Arponen ym. 2008; Shepard 2007; Simula 2007; Strike ym. 2013.)

Asiakkaan kohtaamiseen liittyi olennaisesti myös asenteet ja asenteellisuus. Henkilökunnan asenteiden asiakkaita ja työtä kohtaan voitiin nähdä vaikuttavan palvelun saavutettavuuteen niin positiivisesti kuin negatiivisestikin. (Appel ym. 2004; Arponen ym. 2008.) Positiiviset kokemukset kohdatuksi tulemisesta edesauttoivat palveluun hakeutumista myös jatkossa. Henkilökunnan näkemyksen mukaan myös palvelun hyväksyminen ja virallisesti tunnustettu asema olivat saavutettavuutta lisääviä tekijöitä (Arponen ym. 2008).

Luottamus niin palvelua kuin henkilökuntaa kohtaan nähtiin tärkeänä sosiaalisen saavutettavuuden elementtinä. Henkilökunta koki palvelun vapaaehtoisuuden ja nimettömyyden lisäävän luottamusta. Luottamusta edistivät myös tuttu henkilökunta sekä turvallisuuden tunne. Henkilökunta toi esiin myös, että on tärkeää, että asiakas tietää mihin sitoutuu. (Arponen ym. 2008; Kourounis ym. 2015; Lindberg & Suhonen 2012; Ruskomaa 2008; Shepard 2007; Simula 2007.)

7.3 Matalan kynnyksen palvelujen hyvät käytännöt

Keräsimme tuloksista palvelun saavutettavuuden elementtien lisäksi myös niin asiakkaiden kuin henkilökunnankin näkökulmasta matalan kynnyksen palvelujen hyviä käytäntöjä. Tuloksista löytyvien hyvien käytäntöjen pohjalta oli mahdollista vastata kysymykseen, miten palveluja tulisi kehittää.

Asiakasnäkökulmasta hyvät käytännöt näyttäytyivät hieman henkilökunnan näkökulmaa konkreettisempina, eikä niiden toteuttamiseen vaadittu suurta panostusta tai valtavia resursseja. Asiakkaat kokivat tärkeänä palvelun, joka oli suunnattu haavoittuvassa asemassa oleville ja väliinputoajille (Shepard 2007; Strike ym. 2013). Toimiva matalan kynnyksen palvelu täytti aukon muissa palveluissa ja mahdollisti palvelua myös niille, joilla ei ollut pääsyä tai mahdollisuutta muihin palveluihin. Palvelu tavoitti aiemmin tavoittamatta jäänyttä asiakaskuntaa ja toimi haittojen vähentämisen periaatteiden mukaisesti. (Arponen ym. 2008; Ruskomaa 2008; Simula 2007; Törmä 2006.) Tärkeänä koettiin myös, ettei palvelu asettanut paineita, esimerkiksi päihteettömyyden tai muiden tavoitteiden suhteen. Ennen kaikkea koettiin, että hyvä palvelu loi toivoa. (Arponen ym. 2008; Ruskomaa 2008.)

Matalan kynnyksen palvelut toimivat asiakkaiden näkökulmasta jossain määrin välipysäkkeinä, askelmina, jotka madalsivat kynnystä muihin palveluihin. Matalan kynnyksen palvelujen henkilökuntaa voitiin tarkastella ikäänkuin asiakkaiden edunvalvojina tai tulkkeina asiakkaan ja palvelujärjestelmän välillä. Etuusasioiden selvittäminen ja hoitaminen, sekä päätösten tulkitseminen oli asiakkaille usein haastavaa, jolloin tulkkia tarvittiin. (Appel ym. 2004; Arponen ym. 2008; Ruskomaa 2008.)

Huolimatta siitä, että matalan kynnyksen palvelut toimivat usein haittojen vähentämisen periaatteen mukaisesti eikä pitkän tähtäimen tavoitteita välttämättä tehdä, oli asiakkaiden näkökulmasta kuitenkin tärkeää saada palveluohjausta ja tarvittaessa lähetteitä muille tahoille. Tärkeänä nähtiin jatkopolon suunnittelemisen, mikä vaati henkilökunnalta asiantuntemusta sekä yhteistyötä ja tiedonkulkua palveluntarjoajien välillä. (Appel ym. 2004; Dombrowski ym. 2018; Ruskomaa 2008.) Integraatio peruspalvelujen kanssa voisi toisaalta edistää niin matalan kynnyksen palvelun kuin jatkohoidonkin saavutettavuutta (Kourounis 2015). Asiakkaat kokivat tärkeänä, että matalan kynnyksen palvelussa henkilökunta omasi myös laaja-alaista asiantuntemusta (Ruskomaa 2008).

Asiakkaat kokivat tärkeänä mahdollisuuden kahdenkeskiseen asiointiin ja

keskusteluapuun. Erilaiset elämäntilanteet, päihteiden käyttöhistoria ja kokemus, vaikuttivat siihen, etteivät asiakkaat aina halunneet tavata muita asiakkaita. Asiakkaat kokivat hyvänä palvelun, joka mahdollisti sen, ettei muita asiakkaita tarvinnut tavata tai viettää aikaa samassa tilassa. (Arponen ym. 2008; Shepard 2007.) Asiakkaat toivoivat tukea oman tilanteensa jäsentelyyn sekä tukea odottaessaan pääsyä muihin palveluihin, esimerkiksi korvaushoitoon. Asiakkaat kokivat kiireettömyyden tärkeänä kohtaamisessa. (Arponen ym. 2008; Ruskomaa 2008). Vähäinen valvonta ja kontrolli nähtiin myös hyvänä palveluissa. Osa aineiston matalan kynnyksen palveluista oli esimerkiksi tehnyt muutoksia huume-seulakäytäntöihin ja vähentäneet huume-seulontaa. (Törmä 2006.)

Henkilökunnan näkökulmasta hyvät käytännöt liittyivät pitkälti työn kehittämiseen, resursseihin ja asiakastyöhön. Henkilökunta korosti palvelukokonaisuuden kehittämistä kokonaisvaltaiseksi ja pitkäjänteiseksi. Matalan kynnyksen palvelut olivat usein määräaikaaisia ja projektiluontoisia, jolloin työn kannalta tärkeä jatkuvuus kärsi. Henkilökunta monipuolistaisi ja joustavoittaisi palveluja, jolloin myös säästettävyyttä voitaisiin parantaa ja esteitä palveluun vähentää. Toimiva palvelu vaatisi jatkuvaa arviointia ja kehittämistä, mihin henkilökunnan näkökulmasta tulisi olla mahdollisuus. Innovatiivisuus nähtiin myös osana työtä. (Appel ym. 2004; Arponen ym. 2008; Milne ym. 2015; Simula 2007; Törmä 2006.) Palvelun rakenteita ja toimintatapoja tulisi henkilökunnan näkökulmasta uudelleenarvioida, ja uusia työmuotoja voisi kokeilla. Esimerkiksi eräässä palvelussa järjestettiin kuukausittain päiviä, joilla mahdollistettiin parempi hoitopääsy C-hepatiittiin sairastuneille. Asiakkaille tarjottiin paikan päällä hoidontarpeen arvio ja suunnitelma matalalla kynnyksellä. Työn kehittämisen kautta pyrittiin parempaan hoitoonohjautumiseen. (Milne ym. 2015.)

Henkilökunta näki tärkeänä myös palvelupolun luomisen haittojen vähentämisestä eteenpäin. Palvelujen integrointi ja jossain määrin rinnakkaisten palvelujen järjestäminen voisivat edistää myös asiakkaiden tavoittamista. Matalan kynnyksen palvelut pyrkivät järjestämään moniammatillisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. (Appel ym. 2004; Arponen ym. 2008; Törmä 2006.)

Moniammatilliset ja monipuoliset palvelut vaativat osaavaa ja pätevää henkilökuntaa, jonka lisäksi olisi tärkeää hyödyntää myös palvelun kohderyhmän kokemustietoa. Henkilökunta näki asiakkaiden osallistamisen tärkeänä. Monessa palvelussa oli myös vertaistyöntekijöitä ja järjestettiin vertaistoimijoille koulutusta. (Appel ym. 2004; Arponen ym. 2008; Edland-Gryt & Skatvedt 2012.)

Henkilökunta näki suhteen luomisen asiakkaaseen tärkeänä. Yhteistyö asiakkaan kanssa ja ongelman taustalla olevien syiden tunnistaminen nähtiin myös tärkeänä ja osaltaan asenteellisuutta lieventävänä. Tärkeää oli löytää asiakkaan kanssa yhteinen kieli. (Shepard 2007; Simula 2007.) Henkilökunta näki terapeutisen ja ei-tuomitsevan lähestymistavan hedelmällisenä, ja asiakasta palveluun sitouttavana. Taustateorianä henkilökunnalla oli usein matalan kynnyksen palveluissa voimavara- ja ratkaisukeskeisyys. Asiakkaille tarjottiin psykososiaalista tukea ja tuettiin muutoksessa. (Kourounis ym. 2015; Shepard 2007; Simula 2007.)

Henkilökunta nosti esiin haittoja vähentävän työn osana palvelua ja tarpeen sen kehittämiseksi. Haittoja vähentävällä työllä pyrittiin lieventämään asiakkaan elämässä vallitsevaa kaaosta. Toimintakriteereihin kuuluivat käytännölläisyys sekä realistinen tavoitehierarkia. (Appel ym. 2004; Arponen ym. 2008; Strike ym. 2013.) Henkilökunta koki tärkeänä, ettei asiakasta rangaista. Esimerkiksi osassa aineiston korvaushoidon palveluita asiakkaan ei ollut mahdollista saada samalle päivälle tai viikolle uutta tapaamisaikaa lääkärin kanssa, mikäli asiakas ei tullut ajoissa tai jätti kokonaan tulematta tapaamiselle. Tällöin asiakas joutui pahimassa tapauksessa hankkimaan korvaushoitolääkkensä kadulta vieroitusoireet välttääkseen. Henkilökunta ei nähnyt rangaistusmenettelyn palvelevan asiakasta tai asiakkaan tilannetta. Henkilökunta kuitenkin piti tärkeänä asiakkaan vastuuttamista ja hoitoon motivoimista. (Strike ym. 2013.)

Tulosten perusteella henkilökunta koki viranomaisyhteistyön tärkeänä. Yhteistyö sosiaalitoimen ja poliisin kanssa nähtiin merkittävänä. Osassa palveluista henkilökunta koki saavansa tärkeää tietoa kentältä poliisin kautta. Esimerkiksi etsivää ja jalkautuvaa työtä oli mahdollista kohdentaa paremmin, kun tiedettiin, missä asiakkaita liikkui. (Arponen ym. 2008.)

7.4 Palvelun tarkoitus ja sisältö

Keräsimme tuloksista matalan kynnyksen palvelujen tarkoitusta ja sisältöä kuvaavaa materiaalia. Matalan kynnyksen palveluja oli monenlaisia ja palvelut riippuivat jonkin verran kohderyhmästä, jolle palvelu oli suunnattu. Tulosten perusteella matalan kynnyksen palvelujen tavoitteena oli tarjota laaja-alaisesti ja moniammatillisesti sosiaali- ja terveystalvveluja usealla eri kielellä. Mahdollisuus asioida ilman ajanvarausta ja lähetettä oli tärkeä osa palvelua. Tavoitteena oli asiakkaan toimijuuden vahvistaminen, terveyden edistäminen, kokonaisvaltainen hyvinvointi ja elämänlaadun paraneminen. Tarkoituksena oli tarjota vapaaehtoisuuteen ja luottamuksellisuuteen perustuvaa anonyymia ja maksutonta palvelua. (Appel ym. 2004; Arponen ym. 2008; Dombrowski ym. 2018; Ruskomaa 2008; Shepard 2007; Strike ym. 2013; Törmä 2006.)

Matalan kynnyksen palvelut oli suunnattu usein heikoimmassa asemassa olevalle asiakasryhmälle, jonka oli haastavaa tai mahdotonta asioida korkeamman kynnyksen palveluissa, kuten perusterveydenhuollon palveluissa. Tuloksista kävi ilmi, ettei matala kynnyskään ei aina ollut riittävän matala tälle kohderyhmälle, jolloin palveluja oli vietävä sinne, missä asiakas oli. Etsivä ja jalkautuva työ olivat olennainen osa matalan kynnyksen palvelua. Matalan kynnyksen palveluissa oli myös käytössä erilaisia vertaisohjelmia, -tukiryhmiä, -koulutuksia ja -työntekijöitä. (Appel ym. 2004; Arponen ym. 2008; Dombrowski ym. 2018; Lindberg & Suhonen 2012; Milne ym. 2015; Ruskomaa 2008; Shepard 2007; Törmä 2006.)

Matalan kynnyksen rooli eräänlaisena väliportaana näyttäytyi myös palvelujen sisällöissä. Matalan kynnyksen palveluista ohjattiin asiakas jatkohoitoon, tehtiin tarvittaessa lähete esimerkiksi päihdepalveluihin ja tarjottiin palveluohjausta. Asiakkailla oli mahdollista saada tukea ja neuvontaa niin rikosoikeudellisiin kysymyksiin kuin asumiseen ja toimeentuloon liittyvissä asioissa. Tarvittaessa asiakkaan oli mahdollista saada apua asiointiin tai saattoapua palveluihin. Tärkeää oli varmistaa tuen jatkuvuus. (Edland-Gryt & Skatvedt 2012; Milne ym. 2015; Shepard 2007; Strike ym. 2013; Törmä 2006.)

Aineistomme käsitteli pitkälti huumeiden käyttäjille suunnattuja palveluja, joille suunnatut matalan kynnyksen palvelut sisälsivät haittoja vähentäviä palveluja, kuten pistosvälineiden vaihtoa, ohjausta turvalliseen pistämiseen ja vaihtoehtoi-
siin käyttötappoihin sekä sosiaali- ja terveysneuvontaa. Erilaiset testaukset, kuten C-hepatiitti ja HIV, olivat olennainen osa useimpien huumeiden käyttäjille suunnattujen matalan kynnyksen palvelujen palveluvalikkoa. Osassa paikoissa oli mahdollista saada myös raskaus- ja sukupuolitautitestejä. Perhesuunnittelu ja ehkäisyneuvonta koettiin myös tärkeäksi osaksi palveluja. (Arponen ym. 2008; Lindberg & Suhonen 2012; Milne ym. 2015; Shepard 2007; Simula 2007; Strike ym. 2013; Törmä 2006.)

Konkreettisina matalan kynnyksen palveluina tuloksissa mainittiin mahdollisuus puhelimen ja internetin käyttöön. Mahdollisuus itsestä huolehtimiseen, kuten peseytymiseen, puhtaisiin vaatteisiin, ruokailuun ja lepoon, oli myös tärkeää. Osassa paikoista oli saatavilla maksusitoumuksia ruokaan ja julkisilla kulkuvälineillä liikkumiseen sekä erilaisia kannustimia toimintaan osallistumisesta. Osassa paikoista järjestettiin teemakuukausia, jolloin kaikkien asiakkaiden kanssa pyrittiin keskustelemaan sen kuukauden teemasta, esimerkiksi turvaseksistä. (Arponen ym. 2008; Edland-Gryt & Skatvedt 2012; Milne ym. 2015; Simula 2007; Strike ym. 2013.)

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

8.1 Mikä tekee matalasta kynnyksestä mahdollisimman matalan?

Edland-Gryt ja Skatvedt korostivat tutkimuksessaan luottamusta pohjana kaikelle muulle. Ilman luottamuksen kynnyksen ylittämistä asiakas ei todennäköisesti ha-keudu tai pääse palvelun piiriin. Luottamus näyttäytyi myös tuloksissa yhtenä tärkeänä matalan kynnyksen elementtinä.

Luottamusta useammin tuloksissa esiintyivät rekisteröinnin kynnykseen liittyvät elementit kuten nimettömyys, etsivä ja jalkautuva työ, mahdollisuus asioida päih-tyneenä, ilman henkilöllisyystodistusta tai sairausvakuutusta. Tärkeää oli, että palvelua oli mahdollista saada ilman lähetettä, ajanvarausta tai pitkiä jonotusai-koja. Huumeiden käyttäjille suunnatuissa palveluissa haittoja vähentävän työn merkitys oli myös nähtävillä aineistossa. Edland-Grytin ja Skatvedtin tutkimuk- sessa rekisteröinnin kynnykseen liitettiin myös asiakkaan kohtaaminen, joka myös tuloksissa osoittautui merkittäväksi matalan kynnyksen elementiksi.

Tulosten perusteella matalan kynnyksen palvelun yksi keskeinen tavoite on ta-voittaa asiakas, tavalla tai toisella. Aineistossa jalkautuvan ja etsivän työn hyö- dyntäminen niin kynnystä madaltavina kuin saavutettavuutta edistävinä tekijöinä oli selvästi nähtävillä. Liikkuvan toimipisteen avulla palvelu oli myös konkreetti- sesti viety sinne, missä asiakas on.

Kelpoisuuden ja vaikuttavuuden kynnykset olivat tuloksissa nähtävillä, mutta ei- vät korostuneet lainkaan niin paljoa kuin luottamuksen ja rekisteröinnin kynnyk- set. Muita kelpoisuuden elementtejä useammin tuloksissa esiintyi palvelujen tar- joaminen asiakaslähtöisesti ja joustavasti. Edland-Gryt ja Skatvedt toivat tutki- muksessaan esiin tietämättömyyden tarjolla olevista palveluista kelpoisuuden kynnystä nostavana tekijänä. Tämä oli nähtävillä myös tuloksissa, jossa koros- tettiin henkilökunnan roolia palveluista tiedottajina.

Henkilökunnan rooli näyttäytyi merkittävänä myös suhteessa vaikuttavuuden kynnykseen. Tuloksissa vaikuttavuuden kynnyksen liitettiin asiakkaaseen kohdistetut odotukset. Tulosten perusteella voidaan ajatella, että matalan kynnyksen palveluissa on tärkeää, ettei asiakkaaseen kohdisteta suuria ennakoasenteita ja muospaineita. Tehokkuuteen ja vaikuttavuuteen pyrkiminen saattaa näyttäytyä muospaineen ja odotusten kohdistamisena asiakkaaseen, mikä saattaa Edland-Grytin ja Skatvedtin mukaan lisätä palvelun kynnystä. Huolimatta siitä, että asiakkaat eivät välttämättä ole valmiita tai halukkaita muutokseen, tärkeäksi koettiin myös mahdollisuus ohjautua matalan kynnyksen palvelun kautta muihin palveluihin. Tuloksissa syrjäytymisen ehkäisy ja lieventäminen olivat osa vaikuttavuutta.

Saavutettavuus ja matala kynnyks asiakasnäkökulmasta oli tulosten mukaan myös sitä, että asiakas on tervetullut palveluun sellaisena kuin on, minkä voidaan ajatella myös ehkäisevän syrjäytymistä ja lisäävän osallisuutta. Asiakasnäkökulmasta kynnyks oli matala, kun asiakas oli tervetullut kaikkine diagnooseineen tai niiden puutteineen, päihtyneenä tai ei. Asiakkaan ei tarvinnut jäädä pohtimaan onko palvelu hänelle sopiva tai kuuluuko hän palveluun, ennen kuin ottaa yhteyttä. Moniammatillinen tiimi ja palveluohjauksellinen osaaminen takasivat sen, että asiakas sai tarvitsemansa avun joko paikan päällä tai sitten hänet ohjattiin eteenpäin paremmin hänen tarpeisiinsa vastaavan palvelun piiriin.

Tulosten perusteella voimme päätellä, että mahdollisimman matalakynnyksinen palvelu huomioi käytännöissään Edland-Grytin ja Skatvedtin tutkimuksessaan esittelemät kynnykset. Tulokset kuitenkin laajensivat myös näiden kynnysten sisältöjä. Tulosten ja Edland-Gryt ja Skatvedtin tutkimuksen perusteella mahdollisimman matalakynnyksinen palvelu oli hyvin moniulotteinen ja sisälsi useita eri elementtejä. Luottamus oli tärkeässä roolissa osana matalan kynnyksen palveluja, joskin tulosten perusteella rekisteröinnin kynnyksen rooli korostui vielä luottamusta enemmän. Rekisteröinnin kynnyksen korostumista selittää osaltaan se, että aineistossa oli useita kansainvälisiä artikkeleita maista, joiden terveydenhuoltojärjestelmässä palvelun käyttäjältä edellytetään yleisesti tunnistautumista ja sairausvakuutusta. Näin ollen luottamuksen kynnyksen merkitystä

yleismaailmallisena matalan kynnyksen elementtinä ei pidä vähätellä: se korostui tasaisesti koko kansainvälisessä aineistossa.

Rekisteröinnin kynnykseen voidaan vaikuttaa Edland-Grytin ja Skatvedtin tutkimuksen perusteella palvelun tarpeenmukaisella sijainnilla, palvelusta tiedottamalla, asiakasta rohkaisemalla ja kohtaamalla. Näiden lisäksi tulosten perusteella mahdollisimman matalan rekisteröinnin kynnyksen ja mahdollisimman matalakynnyksisen palvelun edellytyksinä olivat mahdollisuus nimettömään asiointiin sekä vähäiset vaatimukset asiakasta kohtaan. Matalan kynnyksen palvelut olivat usein suunnattu niille, joita muut palvelut eivät tavoittaneet. Näin ollen mahdollisimman matalakynnyksinen palvelu sisälsi myös erilaisia keinoja asiakkaiden tavoittamiseksi, kuten esimerkiksi etsivää ja jalkautuvaa työtä. Edland-Grytin ja Skatvedtin tutkimuksen sekä tulosten perusteella matalan kynnyksen palveluissa oli tärkeää panostaa asiakkaan kohtaamiseen. Kohtaamisen merkitys korostui työskenneltäessä haavoittuvimmassa asemassa olevan asiakasryhmän kanssa, jonka palveluun pääsemisen ja hakeutumisen kynnykset saattoivat olla huomattavasti muuta väestöä korkeammat.

8.2 Mikä tekee matalan kynnyksen palvelusta saavutettavan?

Poikosen nimeämiin saavutettavuuden ulottuvuuksiin asettuvat elementit olivat tuloksissa vähemmistö ja iso osa tuloksista oli enemmän rakenteellista, sosiaalista ja ajallista saavutettavuutta kuvaavia elementtejä. Tuloksista oli selvästi nähtävissä niin fyysisen kuin informatiivisen saavutettavuuden elementtejä, joskin ne sisälsivät myös muita elementtejä kuin, mitä Poikonen oli tutkimuksessaan tuonut esille. Taloudellinen saavutettavuus jäi tuloksissa lähes maininnan tasolle. Tämän voidaan ajatella johtuvan siitä, että matalan kynnyksen palvelut mielletään lähes poikkeuksetta asiakkaille maksuttomiksi, jolloin ei ole tarpeenmukaista nimetä palvelun maksuttomuutta erikseen saavutettavuutta edistävänä tekijänä.

Poikosen näkemyksen mukaan osa taloudellista saavutettavuutta oli myös palveluun pääsemiseksi kuljettuihin matkoihin käytetyt kustannukset. Matkoja palveluun ei taloudellisen saavutettavuuden näkökulmasta tuloksissa tuotu esiin.

Kahdessa yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa tähän oli kuitenkin kiinnitetty huomiota. Eräässä palvelussa oli asiakkaille saatavilla esimerkiksi maksusitoumuksia julkisiin kulkuvälineisiin (Dombrowski ym. 2018) ja toisessa palvelussa asiakkaille tarjottiin mahdollisuus kuljetukseen palveluun pääsemiseksi (Shepard 2007). Suomalaisissa palveluissa tätä näkökulmaa ei oltu huomioitu lainkaan. Tämä voi olla niin resurssi- kuin välimatkakysymyksenkin. Suomessa välimatkat ovat verrattain lyhyitä, jolloin palveluun päästäkseen ei aina tarvitse käyttää julkisia tai muita kulkuvälineitä.

Taloudellista saavutettavuutta useammin tuloksissa oli nähtävissä mainintoja informatiivisesta saavutettavuudesta niin asiakkaiden kuin henkilökunnankin näkökulmasta. Asiakkaat kokivat informatiivisen saavutettavuuden enemmän tietona palveluvaihtoehdoista, palvelujen sisällöistä ja niihin hakeutumisesta, kun taas henkilökunnan näkökulmasta informatiivinen saavutettavuus oli enemmän tietoisuuden ja tiedottamisen lisäämistä ja kohdentamista. Tarpeiden ollessa hieman erilaiset informatiivisen saavutettavuuden suhteen, voidaan ajatella saavutettavuuden jossain määrin heikkenevän, mikäli henkilökunta ei vastaa asiakkaiden tarpeisiin.

Fyysinen saavutettavuus esiintyi tuloksissa niin henkilökunnan kuin asiakkaiden näkökulmasta merkittävänä saavutettavuuden ulottuvuutena ja molempien osapuolten näkemykset olivat hyvin saman suuntaisia sen suhteen, mitkä tekijät lisäsivät fyysistä saavutettavuutta. Sekä asiakkaat että henkilökunta kokivat tärkeänä sen, että asiakas tavoittaa palvelun ja palvelu asiakkaan. Palvelun fyysistä saavutettavuutta sekä asiakkaat että henkilökunta lisäsivät etsivän ja jalkautuvan työn avulla. Henkilökunta toi tuloksissa esiin myös yhden luukun periaatteen fyysistä saavutettavuutta edistävänä elementtinä. Voidaan ajatella fyysisen saavutettavuuden mahdollistuvan ja toteutuvan eri tavalla, kun henkilökunnalla on saman suuntaiset näkemykset asiakkaiden kanssa siitä, mikä lisää palvelun fyysistä saavutettavuutta. Toisin kuin Poikosen tutkimuksessa tilojen esteettömyys ei esiintynyt tuloksissa merkittävänä fyysisen saavutettavuuden elementtinä.

Poikosen nimeämien saavutettavuuden ulottuvuuksien lisäksi tuloksissa korostuivat niin asiakkaiden kuin henkilökunnan näkökulmasta rakenteellinen ja

sosiaalinen saavutettavuus. Asiakkaiden näkökulmasta palvelu olisi rakenteellisesti saavutettava, mikäli palveluun pääsemisen kriteerit olisivat joustavat ja palvelussa olisi mahdollista asioida nimettömänä. Henkilökunnan näkökulmasta rakenteellinen saavutettavuus merkitsi hieman eri asioita. Tärkeänä koettiin, että palvelut olivat asiakkaan tarpeisiin vastaavia, palvelussa oli riittävät resurssit ja riittävästi asiakaspaikkoja. Näiden lisäksi huomioitiin asiakkaiden tarve asioida ajanvarauksella tai päivystysluontoisesti.

Asiakasnäkökulmasta kohderyhmän tarkka rajaaminen heikensi palvelun saavutettavuutta. Saavutettavuutta voitaisiin lisätä ajattelemalla, että asiakas on aina oikeassa paikassa tullessaan palveluun, huolimatta siitä kuuluuko johonkin tiettyyn asiakasryhmään. Moni asiakkaista kuuluu varmasti useampaankin ja osalla raja voi olla hyvin häilyvä. Tuloksissa tuotiin myös esiin sitä, että useissa palveluissa asiakas oli joko ”liikaa” tai ”ei tarpeeksi”. Asiakas oli liian päihtynyt, liian moniongelmainen tai liian pelottava. Toisaalta voi olla, että asiakas ei ollut tarpeeksi huonokuntoinen saadakseen palvelua, tarpeeksi kohtelias tullakseen kuulluksi tai ei omannut tarpeeksi käyttöhistoriaa saadakseen hoitoa. (Arponen ym. 2008.)

Tulosten mukaan sosiaalinen saavutettavuus asiakasnäkökulmasta tarkoitti asiakaslähtöisyyttä sekä kunnioittavaa ja kokonaisvaltaista kohtaamista. Tuloksissa sosiaalinen saavutettavuus piti sisällään myös asenteellisuuden, jota voitiin vähentää kiinnittämällä huomiota kohtaamiseen, mikä näyttäytyi tärkeänä myös henkilökunnan näkökulmasta. Asiakkaan huomiointi ja aito kiinnostus ja halu auttaa olivat asiakasnäkökulmasta tärkeitä sosiaalisen saavutettavuuden elementtejä. Henkilökunnan näkökulmasta asiakas tuli huomioida kunnioittavasti, yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti sekä panostaa keskusteluun asiakkaan kanssa. Henkilökunnan näkökulmasta sosiaalista saavutettavuutta voitiin lisätä tarjoamalla joustavia ja kategorisoimattomia palveluja, mitä kehitettiin asiakkaiden tarpeiden mukaan. Tuloksissa sosiaalisen saavutettavuuden elementtinä oli nähtävillä myös luottamus, joka esiintyi useammin henkilökunnan kuin asiakkaiden näkökulmasta.

Asiakasnäkökulmasta tuloksissa tärkeänä saavutettavuuden ulottuvuutena

näyttäytyi myös ajallinen saavutettavuus, mikä henkilökunnan näkökulmasta näyttäytyi lähes maininnan tasolla. Asiakkaat kokivat tarpeenmukaisten aukioloaikojen edistävän saavutettavuutta. Aukioloaikojen lisäksi huomiota olisi kiinnitettävä palvelun luonteeseen. Palvelun oikea-aikaisuus, päivystysluonteisuus sekä nopea reagointi olivat asiakasnäkökulmasta ajallista saavutettavuutta lisääviä tekijöitä.

Vaikka asiakkaiden ja henkilökunnan näkemykset saavutettavuuden ulottuvuuksien sisältämisestä elementeistä eivät aina täysin kohdanneet, ei se välttämättä tarkoittanut, että palvelun saavutettavuus oli heikko tai ei toteutunut. Toisaalta voidaan myös ajatella, että näkemykset myös täydensivät toisiaan. Palvelua olisi mahdollista kehittää mahdollisimman saavutettavaksi, mikäli molemmat näkökulmat otettaisiin huomioon.

8.3 Miten tutkimusaineiston perusteella matalan kynnyksen palveluja tulisi kehittää?

Tulosten perusteella voidaan ajatella, että asiakkaat toivoisivat asiakaslähtöistä palvelua, jossa kuultaisiin asiakkaan toiveita ja tarpeita. Palvelun ei tulisi asettaa paineita päihitteettömyyden tai muiden tavoitteiden suhteen, ja asiakas tulisi ottaa huomioon niin palvelun suunnittelussa kuin toteutuksessa.

Palvelun toteutuksessa tulisi niin asiakkaiden kuin henkilökunnankin näkökulmasta panostaa erityisesti asiakkaan kohtaamiseen. Asiakkaille tulisi tarjota mahdollisuus kiireettömään kohtaamiseen ja keskusteluapuun. Näin ollen myös henkilökunnan olisi mahdollista saada ymmärrystä asiakkaan tilanteesta. Suhteen luomiseen ja yhteistyöhön asiakkaan kanssa tulisi panostaa, mikä mahdollistaisi asiakkaan sitouttamisen ja tukemisen. Matalan kynnyksen palvelut toimivat tulosten perusteella eräänlaisina väliportaina muihin palveluihin, jolloin asiakkaat tarvitsisivat tukea odottaessaan pääsyä muihin palveluihin.

Jatkopolun mahdollistaminen näyttäytyikin tärkeänä osana matalan kynnyksen palvelua. Tulosten perusteella voimme päätellä, että matalan kynnyksen palvelu

mahdollistaa monelle pääsyn korkeamman kynnyksen palveluihin, kuten perusterveydenhuollon tai korvaushoidon piiriin. Tulosten perusteella matalan kynnyksen palvelu oli asiakkaalle saavutettavampi, kuin esimerkiksi perusterveydenhuollon palvelut, jolloin olisi tärkeää myös kiinnittää huomiota sen asemaan ja sijoittumiseen palvelujärjestelmässä. Tärkeää olisi, että matalan kynnyksen palvelu mahdollistaisi myös asiakkaan ohjaamisen eteenpäin asiakaslähtöisesti ja yksilöllisesti.

Palveluna matalan kynnyksen palvelut olivat usein joustavampia, kuin esimerkiksi perusterveydenhuollon palvelut, jolloin asiakkaan tarpeiden huomioiminenkin oli myös joustavampaa. Palvelua eivät rajoittaneet fyysiset tilat, jolloin asiakkaita voitiin tavata myös toimipisteen ulkopuolella. Etsivään ja jalkautuvaan työhön panostaminen oli tulosten perusteella merkittävä keino asiakkaiden tavoittamisessa ja palvelujen joustavoittamisessa.

Tuloksissa oli nähtävillä henkilökunnan halu monipuolistaa ja joustavoittaa palveluja. Henkilökunta koki tärkeänä, että asiakkaat saisivat mahdollisimman laaja-alaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja saman katon alla. Tällä pyrittiin lisäämään palvelun saavutettavuutta ja madaltamaan palvelun kynnyksiä. Henkilökunta koki kuitenkin myös tärkeänä jatkopolun luomisen eteenpäin, jolloin voidaan ajatella verkostoyhteistyön kehittämisen olevan merkittävää. Henkilökunnan näkökulmasta toimiva palvelu vaatisi jatkuvaa kehittämistä ja henkilökunnalta innovatiivisuutta.

Henkilökunnan näkökulmasta korostui myös tarve kehittää matalan kynnyksen palvelua kokonaisvaltaiseksi ja pitkäjänteiseksi. Tämä tukisi erityisesti matalan kynnyksen palvelujen asiakkaita tavoitteidensa täyttämässä. Matalan kynnyksen palvelujen projektiluonteisuus ja määräaikaisuus vaikuttivat negatiivisesti palvelun jatkuvuuteen, mitä tuloksissa peräänkuulutettiin. Matalan kynnyksen palveluja tulisikin kehittää erityisesti pitkäjänteisemmiksi, jolloin myös mahdollistettaisiin tuloksissakin nähtävillä olleen luottamuksen syntymistä.

Tuloksissa oli nähtävillä asiakkaiden erilaisten tilanteiden merkitys asiakkaiden kokemuksiin palvelun kynnyksistä ja saavutettavuudesta. Erityisesti tämä oli

nähtävillä huumeiden käyttäjien keskuudessa, jossa käytön alkutaipaleella olevat huumeiden käyttäjät eivät mieltäneet kuuluvansa samaan ryhmään huono-osaisimpien huumeiden käyttäjien kanssa, eivätkä siksi halunneet olla näiden kanssa tekemisissä tai tulla yhdistetyksi heihin. Palvelun ja erityisesti tilojen suunnittelussa tulisi ottaa huomioon myös tämä näkökulma. Saavutettava matalan kynnyksen palvelu mahdollistaisi myös asioinnin niin, ettei aikaa tarvitsisi viettää muiden asiakkaiden kanssa, ellei niin halua. Toisaalta myös vertaistuki ja sen erilaiset muodot olivat nähtävillä tuloksissa.

Matalan kynnyksen palvelujen tulisi tulosten perusteella tarjota asiakkaille myös konkreettisia palveluja. Ihmisen fysiologiset tarpeet menevät kaiken muun edelle, ja mikäli fysiologiset tarpeet jäävät vajaaksi on vaikea suunnitella elämää eteenpäin. Konkreettisina matalan kynnyksen palveluina tuloksissa mainittiin mahdollisuus itsestä huolehtimiseen, kuten peseytymiseen, puhtaisiin vaatteisiin, ruokailuun ja lepoon, mitkä koettiin tärkeinä. Tärkeänä koettiin myös mahdollisuus puhelimen ja internetin käyttöön.

8.4 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tuloksia voidaan tarkastella laajemminkin kuin pelkästään tilaajan näkökulmasta. Kirjallisuuskatsaus tuotti laajalti tuloksia koskien matalan kynnyksen palvelun elementtejä, hyviä käytäntöjä ja palvelujen konkreettista sisältöä. Näiden lisäksi pystyttiin palveluja tarkastelemaan erityisesti saavutettavuuden näkökulmasta, mistä löytyi verrattain vähän kotimaista tutkittua tietoa kyseisen kohderyhmän osalta. Tuloksia on mahdollista hyödyntää niin matalan kynnyksen palvelujen kehittämisessä kuin sosiaali- ja terveysalan koulutuksissa. Tulosten avulla matalan kynnyksen palveluja on mahdollista kehittää vastaamaan entistä paremmin asiakkaiden tarpeeseen ja palveluissa on mahdollista kiinnittää tarkemmin huomiota kynnyksiä muodostaviin tai nostaviin tekijöihin, jolloin myös palvelun saavutettavuus lisääntyy.

Matalan kynnyksen palveluja ja niiden saavutettavuutta olisi mahdollista tutkia edelleen ja näin laajentaa kirjallisuuskatsauksen tuottamia tuloksia.

Kirjallisuuskatsauksessa käytetty aineisto oli verrattain vanhaa, puolet aineiston tutkimuksista ja raporteista oli tehty vuosien 2004-2008 välillä. Moni asia on jo muuttunut ja silloiset kehitysehdotukset ovat mahdollisesti nyt käytössä. Teemmämme tutkimusta voisi jatkaa esimerkiksi haastattelemalla tämän päivän matalan kynnyksen palvelujen asiakkaita ja henkilökuntaa, jolloin saataisiin vielä paremmin selville nykypäivän hyvät käytännöt ja haasteet sekä tulevaisuuden kehittämisehdotukset.

Tutkimusta olisi mahdollista laajentaa myös kentälle. Matalan kynnyksen palvelujen toimipisteiden tarkastelu voisi tuottaa enemmän tietoa kohdentuen fyysiseen saavutettavuuteen. Fyysinen saavutettavuus oli yksi saavutettavuuden ulottuvuuksista, joka nousi useissa tutkimuksissa esille niin asiakkaiden kuin henkilökunnan näkökulmasta. Tällaisen tutkimuksen kautta olisi mahdollista kehittää mahdollisesti uusia palvelumuotoja, joiden avulla palvelusta olisi mahdollista saada fyysisesti saavutettavampi ja sitä kautta se vastaisi paremmin haavoittuvimmassa asemassa olevan asiakasryhmän tarpeisiin. Liikkuvan toimipisteen kehittäminen myös muille kuin suonensisäisesti huumeita käyttäville voisi edistää palvelun fyysistä saavutettavuutta.

Osa matalan kynnyksen palvelujen toimipisteiden tarkastelua voisi olla selvityksen tekeminen palvelujen käyttäjäryhmistä. Selvittämällä matalan kynnyksen palvelujen käyttäjäryhmiä olisi palvelua mahdollista kehittää vastaamaan paremmin juuri sen asiakasryhmän tarpeisiin ja markkinointia myös kohdentaa tarkemmin, jolloin asiakkaiden olisi mahdollista löytää palvelun piiriin. Palvelutarpeet voivat olla hyvin erilaisia suonensisäisesti huumeita käyttävällä, työttömällä alkoholistilla ja asunnottomalla pitkäaikaissairaalla.

Kirjallisuuskatsauksen avulla selvitimme myös millaisia palveluja matalan kynnyksen palvelut tarjoavat. Näitä emme kuitenkaan lähteneet pidemmältä analysoimaan tai tutkimaan, vaan esittelimme ainoastaan löytämämme tulokset. Opinäytetyöstämme löytyvien tulosten pohjalta olisi mahdollista lähteä tutkimaan ja analysoimaan palveluja tarkemmin.

Opinnäytetyötämme olisi mahdollista käyttää myös kuvaamaan matalan kynnyksen palveluja ja tuomaan tutkimustiedon kautta asiakkaiden ja henkilökunnan ääntä kuuluviin. Vaikuttamalla tulevaisuuden ammattilaisten asenteisiin, voitaisiin vaikuttaa siihen, millaista palvelua tulevaisuuden asiakkaat saavat ja miten heitä kohdataan. Sosiaali- ja terveysalalla vallitseviin asenteisiin vaikuttamalla voitaisiin lisätä matalan kynnyksen palvelujen hyväksyttävyyttä, erityisesti niiden palvelujen, mitkä on suunnattu päihteiden käyttäjille ja psyykkisesti sairastaville. Tiedon puute aiheuttaa ennakkoluuloja ja pahimmillaan pelkoa. Työn tunnettuuden lisääminen voisi edesauttaa myös asiakasohjausta. Matalan kynnyksen palvelujen kanssa lähes käsi kädessä kulkee haittoja vähentävän työn käsite, joka on tärkeä osa sosiaali- ja terveysalalla tehtävää työtä.

Matalan kynnyksen palvelun rooli näyttäytyi tuloksissa jokseenkin ristiriitaisena. Toisaalta oli tärkeää, että matalan kynnyksen palvelu tavoittaa asiakkaan, tarjoaa mahdollisimman monipuolisesti ja -alaisesti palveluja, ja sitouttaa asiakkaan omiin palveluihinsa. Toisaalta kuitenkin työskennellään usein haittojen vähentämisen periaatteiden mukaisesti, jolloin kovin pitkän tähtäimen tavoitteita ei aseteta palveluun sitoutumiselle tai eteenpäin menemiselle. Kuitenkin taas toisaalta tuloksissa näyttäytynyt matalan kynnyksen väliportaan rooli edellyttäisi sitä, että asiakasta motivoitaisiin muutokseen ja ohjattaisiin eteenpäin muiden palvelujen piiriin. Mikäli matalan kynnyksen palveluja kehitetään edelleen ja palvelukokonaisuutta kasvatetaan toimipisteiden sisällä, olisi kiinnostavaa tutkia voisiko matalan kynnyksen palvelu olla jollekin asiakkaalle se ainoa palvelu ja pystyisikö matalan kynnyksen palvelu tarvittaessa vastaamaan kaikkiin asiakkaan palvelutarpeisiin. Tällöin matalan kynnyksen palvelun olisi luovuttava ainakin väliportaan roolista.

9 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tässä opinnäytetyössä noudatimme hyvää tieteellistä käytäntöä (TENK 2012). Kirjallisuuskatsaukseen perustuvassa opinnäytetyössä eettisyyttä ja luotettavuutta koskevat kysymykset liittyvät hyvän tutkimuskäytännön noudattamiseen ja tekijänoikeuksien kunnioittamiseen. Keräsimme aineiston tiedonhaun avulla vapaasti saatavilla olevasta materiaalista, eikä siihen liittynyt salassapitoon tai vai tiolovelvollisuuteen liittyviä näkökohtia. Opinnäytetyön luotettavuus liittyy aineiston hakuprosessin kuvaukseen ja hakusanojen perustelemiseen, aineiston rajamiseen, lähdekritiikkiin ja metodisääntöjen seuraamiseen.

Luvussa 5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset esittelimme tutkimuskysymyksen ja perustelimme tekemiämme valintoja kysymyksen suhteen. Tutkimuskysymyksen selkeä esitleminen ja teoreettisen perustelun erittely ovat luotettavuuden kannalta keskeisiä asioita (Kangasniemi ym. 2013, 297).

Aineiston valinta ja hankinta ovat merkittävässä osassa tutkimusta ja sen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta heikentää tutkijan tiedostettu tai tiedostamaton tarkoitushakuisuus aineiston valinnassa, mikäli sitä ei ole raportoitu tai eritelty. Prosessin kuluessa aineiston valinnassa käytetyt kriteerit ja painotukset saattavat muuttua, ja yleisluontoisen aineiston sijaan painottuukin enemmän käyttökelpoisuus ja relevanttius juuri kyseessä olevan tutkimuksen näkökulmasta. (Kangasniemi ym. 2013, 298.) Koska kirjallisuuskatsauksessa lähteet muodostavat koko aineiston, kiinnitimme lähteiden laatuun erityistä huomiota. Valitsimme aineistoomme ainoastaan vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita, kirjallisuuskatsauksia tai virallisia tutkimusraportteja. Palvelujärjestäjien tuottaman aineiston kohdalla lähdekritiikki oli tärkeää: onko tiedon keräysprosessi läpinäkyvä, kuka aineiston on sen pohjalta tuottanut ja millä tavoilla? Onko tieto puolueetonta raportointia, eikä palvelun mainontaa?

Huomasimme hakuja tehdessämme, että kotimaiset artikkelitietokannat eivät anna riittävästi relevanttia aineistoa, joka vastaisi tutkimuskysymykseemme. Koimme tärkeäksi saada myös näkökulmaa kotimaisista palveluista, jotka

kuitenkin poikkeavat melko paljon ulkomaisista palveluista esimerkiksi palvelujen järjestämisen osalta. Kotimaista aineistoa kartuttaaksemme teimme lisäksi manuaalista hakua, minkä avulla saimme tutkimuskysymyksen kannalta tarpeenmukaista tietoa.

Emme valinneet aineistoa ainoastaan kohderyhmän perusteella, vaan kriteerinä oli, että aineisto vastaisi mahdollisimman hyvin tutkimuskysymykseemme. Matalan kynnyksen palvelut on alun perin suunnattu huumeiden käyttäjille, ja saman suuntainen trendi oli aineiston perusteella edelleen nähtävillä muualla maailmalla. Oli siis oletettavissa, että huumeiden käyttäjille suunnatut palvelut ovat aineistossa eniten edustettuina.

Koko prosessin ajan tunnistimme kirjallisuuskatsauksen haavoittuvaisuuden ja riskialttiuden tutkimusmenetelmänä. Kiinnitimme huomiota aineiston hakuun pitäen mielessä, että hakutulos ja sen myötä tutkimustulos voivat vääristyä pelkästään väärillä hakusanoilla, mikäli ei saada tutkimuskysymysten kannalta relevanttia tai riittävää aineistoa. Suunnittelimme hakujen rajaamisen, jotta haun ulkopuolelle ei jäänyt tutkimuksen kannalta merkittävää aineistoa. Luotettavuusnäkökulma nousi esiin niin hakuprosessin toteuttamisessa kuin varsinaisen raportin kirjoittamisessa. Kuvaillemalla hakutulosta pyrimme lisäämään tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuutta lisätäksemme hyödynsimme informaattikkoa aineiston hakujen suunnittelussa ja toteutuksessa.

Kun opinnäytetyöprosessin pääpiirteet oli ennalta määritelty ja analyysin päätteilyketjut tehty näkyviksi, voimme olettaa myös tulosten olevan luotettavia. Kirjallisuuskatsauksessa luotettavuus pohjaa lähdekritiikin lisäksi katsauksen metodisääntöjen julkituomiseen ja niiden noudattamiseen. Näin tuloksia eivät vääristä tekijän ennakoasenteet, tai analyysi pohjautu epämääräiseen intuitioon (Salmi 2011, 1). Vaikka integroiva kirjallisuuskatsaus on metodologisesti systemaattista kevyempi, sen tuottaman tiedon täytyy olla aivan yhtä luotettavaa.

Tulosten luotettavuuteen ja luotettavaan yleistämiseen vaikuttaa myös riittävä aineisto. Voimme todeta aineistomme olevan riittävä, kun saimme vastauksen tutkimuskysymykseemme eivätkä uudet tapaukset tuottaneet enää uutta tietoa

tutkimuskysymysten kannalta. Puhutaan myös aineiston kylläntymisestä tai saturaatiosta, jolloin tietty määrä aineistoa on riittävä tuomaan esiin teoreettisen peruskuvion, eikä lisäaineiston kerääminen näytä tuottavan kohteesta uutta informaatiota, vaan aineiston peruslogiikka alkaa toistua (Eskola & Suoranta 2014, 62-63).

Huolimatta siitä, että aineisto oli riittävä, ei se taannut automaattisesti luotettavia tutkimustuloksia. Aineiston keräämisessä otimme huomioon määrän lisäksi myös laadun. Kiinnitimme huomiota siihen, millaista aineistoa keräsimme ja hyväksyimme aineistoon mukaan ainoastaan vertaisarvioidut tutkimukset, kirjallisuuskatsaukset ja viralliset tutkimusraportit. Näiden lisäksi kiinnitimme huomiota myös aineiston ikään. Rajasimme aineiston koskemaan vuoden 2000 jälkeen julkaistua materiaalia. Aineiston rajaaminen vuoteen 2000 oli perusteltua sillä matalan kynnyksen palvelut ovat käynnistyneet Suomessa vuonna 1997 ja voimme olettaa, että tutkimusta matalan kynnyksen palveluista on tehty eniten vuoden 2000 tienoilla.

Kiinnitimme huomiota tutkimustuloksien esittelyyn ja tarkasteluun. Analysoidut tutkimustulokset tulee liittää teoreettiseen taustaan ja niitä tulee tarkastella monipuolisesti, ei valikoiden. Tärkeää on pohtia myös tulevaisuuden tutkimuskohteita. Johtopäätöksissä esitellyt väitteet tulee perustella riittävästi ja valitun aineiston kritiikin ja johtopäätösten tulee olla yhdenmukaisia tai samansuuntaisia. (Kangasniemi ym. 2013, 298.)

Tässä työssä otimme huomioon, että kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta voidaan arvioida raportin perusteella. Raportti oli kirjoitettava mahdollisimman tarkasti ja siinä oli kriittisesti pohdittava muun muassa tulosten hyödynnettävyyttä ja mitkä tekijät ovat mahdollisesti saattaneet vääristää tuloksia. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 32-33.) Huolimaton vaiheiden kirjaaminen tutkimusprosessin edessä olisi saattanut aiheuttaa puutteita raportissa, mikä taas vaikuttaisi koko tutkimuksen luotettavuuteen. Kirjasimme prosessin niin tarkasti, ettei jäänyt arvailujen varaan, mistä tai miten tulokset oli saatu.

10 POHDINTA

Matalan kynnyksen palvelujen kynnykset ja saavutettavuus kietoutuvat niin tutkimuksissa kuin työssämme toisiinsa. Käsitteissä on nähtävillä pieniä vivahteroja, joita pyrimme tuomaan esille tarkastelemalla ja vertailemalla tuloksia kahden eri tutkimusartikkeliin, joista toisessa korostui kynnyksen ja toisessa saavutettavuuden käsite. Yhteenvetona voisi sanoa, että saavutettavuus on keskeinen osa palvelun matalaa kynnystä, mutta matalan kynnyksen merkitys jatkuu palveluprosessissa senkin jälkeen, kun palvelu on jo saavutettu.

Jo teoriapohjaa tutkittaessa tuli hyvin ilmi, että saavutettavuus on suhteellinen käsite, joka riippuu yksilön omista lähtökohdista. Tuloksissa ilmeni muutamia mielenkiintoisia ristiriitaisuuksia, jotka toivat esille sen, kuinka paljon saavutettavuus vaihtelee kohderyhmästä ja palvelun laadusta riippuen. Päihdepalveluihin ja erityisesti suonensisäisten huumausaineiden käyttäjille suunnattuihin palveluihin liittyi selkeä stigman pelko, ja saavutettavuus näyttäytyi mahdollisuutena asioida palvelussa huomaamatta ja kohtaamatta toisia asiakkaita. Palvelujen eriyttämisestä ja yhdistämisestä peruspalveluihin ja sen vaikutuksesta saavutettavuuteen oli myös nähtävissä monta näkökulmaa.

Myös tarkkaan rajattu kohderyhmä oli joissakin tapauksissa perusteltu ratkaisu, joka turvasi asiakkaille heidän tarvitsemansa erikoistuneet palvelut. Toisaalta tiukasti rajattu kohderyhmä saattoi myös nostaa kynnystä, joten tarvetta olisi myös palveluille, joiden ovet ovat kaikille avoinna. Kyse onkin näissä tapauksissa saavutettavuuden näkökulmasta enemmän palvelun tavoitteista ja siitä, kuuluvatko ne sosiaali- vai terveyspalveluihin. Toki tässä vaiheessa voimme tuoda jälleen esille tarpeen sote-uudistukselle ja sen toivon mukaan tuomalle integraatiolle, joka mahdollistaisi esimerkiksi aidosti yhtenäiset ja moniammatilliset matalan kynnyksen päihde- ja mielenterveyspalvelut.

Tulosten mukaan henkilökunnan näkökulmasta toimiva matalan kynnyksen palvelu vaatisi jatkuvaa kehittämistä ja henkilökunnalta innovatiivisuutta. Tämän perusteella kehittämistyöhön tulisi panostaa ja siihen järjestää aikaa, mikä olisi

esimiesten tai johdon toteutettava. Tuloksissakin esiin nostetut palvelujen projektiluonteisuus ja määräaikaaisuus aiheuttavat oman haasteensa myös matalan kynnyksen palvelujen kehittämistyöhön. Kehittämisen tulisikin olla mahdollisimman nopeasti ja pienillä resursseilla toteutettavaa.

Tuloksissa oli nähtävillä henkilökunnan halu tarjota asiakkaille yhden luukun periaatteella mahdollisimman monipuolisesti ja laaja-alaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Osa henkilökunnasta sisällyttäisi matalan kynnyksen palveluihin nykyisten palvelujen lisäksi paljon sellaista, mikä kuuluu tällä hetkellä perusterveydenhuoltoon, kuten laboratoriotutkimukset ja hammashoidon. Ajatus taustalla oli jalo. Henkilökunta halusi mahdollistaa palveluja niille, joiden on hankala tai mahdoton päästä korkeamman kynnyksen palveluiden piiriin. Tuloksissa oli nähtävillä kuitenkin myös toinen näkökulma asiaan. Mikäli jo marginaalissa elävälle asiakasryhmälle pyritään järjestämään täysin omia palveluja, ajaako se tämän asiakaskunnan yhä pidemmälle marginaaliin ja yhteiskunnan ulkopuolelle? Tarkoituksena kuitenkin loppujen lopuksi pitäisi olla palveluja tarjoamalla osallistaa ja integroida asiakkaita jollain tasolla osaksi yhteiskuntaa.

Kunnianhimoinen halu tarjota asiakkaille mahdollisimman monipuolisesti ja laaja-alaisesti palveluja saattaisi mahdollistaa asiakkaille saavutettavamman ja matala kynnyksisemmän palvelun, mutta pahimmassa tapauksessa heijastua henkilökuntaan ja sen hyvinvointiin. Tuloksissa oli nähtävissä esimerkkejä halusta tarjota asiakkaille mahdollisimman paljon hyviä ja monipuolisia palveluja mahdollisimman asiakaslähtöisesti. Sen seurauksena henkilökunta oli uupumuksen partaalla resurssien puutteen vuoksi, mikä johti siihen, että henkilökunta alkoi omaa tilanettaan helpottaakseen omalla toiminnallaan ja osittain tahtomattaan muodostaa asiakkaille kynnyksiä.

Kirjallisuuskatsauksen avulla saimme vastauksia tutkimuskysymyksiimme, ja tulokset täydensivät ja laajensivat sekä Edland-Grytin ja Skatvedtin että Poikosen tutkimuksissaan löytämiä kynnyksiä ja ulottuvuuksia. Matalan kynnyksen ja palvelun saavutettavuuden käsitteiden ollessa hyvin suhteellisia ja voimakkaasti sidoksissa henkilön kokemusmaailmaan, on vaikea antaa yksiselitteistä vastausta siihen, mikä tekee kynnyksestä matalan tai palvelusta saavutettavan. Kuitenkin

tuloksissa asiakkaan kohtaaminen näyttäytyi erityisen merkittävänä. Kohtaaminen näyttäytyi niin kynnystä madaltavana kuin saavutettavuutta lisäävänä elementtinä. Lisäksi tulosten perusteella kehitettäessä matalan kynnyksen palveluja tulisi kohtamiseen kiinnittää erityistä huomiota. Työskenneltäessä haavoittuvassa asemassa olevan asiakasryhmän kanssa, joka oli mahdollisesti kokenut syrjintää ja tullut kaltoinkohdeksi muissa palveluissa, kohtaamisen merkitys korostui entisestään.

LÄHTEET

- Appel, PW., Ellison AA, Jansky HK., Oldak R. (2004) *Barriers to enrollment in drug abuse treatment and suggestions for reducing them: Opinions of drug injecting street outreach clients and other system stakeholders*. American Journal of Drug & Alcohol Abuse. 2004;30(1):129-153.
- Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H., Liitsola, K. & Salminen, M. (2008) *Luottamus ja vapaaehtoisuus terveystieteellisen arviointitutkimuksen onnistumisen edellytyksinä. Poikkitieteellinen arviointitutkimus ruiskuhuumeiden käyttäjien terveystieteellisen arviointitutkimuksen vaikuttavuudesta tartuntatautien ehkäisyssä ja torjunnassa*. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B15/2008. Helsinki.
- Aveyard, H. (2010). *Doing a Literature Review in Health and Social Care. A Practical Guide*. New York: Open University Press.
- Dombrowski, JC., Ramchandani, M., Dhanireddy, S., Harrington, RD., Moore A., Golden, MR. (2018) *The max clinic: Medical care designed to engage the hardest-to-reach persons living with HIV in Seattle and King county, Washington*. AIDS Patient Care STDS. 2018;32(4):149-156.
- Edland-Gryt, M. & Skatvedt, A.H. (2013) *Thresholds in a low-threshold setting: An empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders*. International Journal of Drug Policy. Volume 24, issue 3, 2013, (s.257-264). Saatavilla https://ac.els-cdn.com/S0955395912001193/1-s2.0-S0955395912001193-main.pdf?_tid=183d255c-2fb0-4a11-ad5c-a6e7c1b6b155&acdnat=1538753103_16a45aadb5c5ace6523612a43bebaa26
- Eskola, J. & Suoranta, J. (2014) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi (EU) 2016/2102. Saavutettavuusdirektiivi. Saatavilla <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=CELEX%3A32016L2102>

- Hermunen, J. & Mutanen, M. (2009) Saavutettavuutta käyttäjäkeskeisillä suunnittelumenetelmillä. Teoksessa P. Tahkokallio (toim.) *Tulevaisuus on saavutettava*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ja Suomen DfA-verkosto. Helsinki: Yliopistonpaino.
- Immonen, T. & Kiikkala, I. (2007) Sopimaton systeemiin. Teoksessa: S. Hänninen (toim.), J. Karjalainen (toim.) & K.-M. Lehtelä (toim.), *Pääsy kielletty! Poiskäännynnäytämisen politiikka ja sosiaaliturva* (s.55-85). Stakes Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Vaa-jakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Invalidiliitto. Esteettömyys. Saavutettavuus. Saatavilla 30.9.2019 <https://www.invalidiliitto.fi/esteettomyys/saavutettavuus>
- Jacobsen, K. D., Jensen, T. Ø., & Aarseth, T. (1982). Fordelingspolitikens forvaltning. *Sosiologi i dag*, 3/1982, 29–49.
- Jalava, J. & Koiso-Kanttila, S. (2013). RAY-rahoitteisten järjestöorganisaatioiden haasteet ja matalan kynnyksen dilemma. Teoksessa M. Niemelä & J. Saari (toim.), *Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa* (s. 172–192). Saatavilla <http://hdl.handle.net/10138/40230>
- Jokela, L. & Komu, I. (toim.) (2009) *Päihdepalveluja kaikille. Esteettömän päihdetyön tavoitteita ja kehittämistoimia*. Sininauhaliitto. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S.-M., Pietilä, A.-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. (2013) *Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon*. *Hoitotiede*: 2013, 25 (4) Health Premium Collection. (s.291-301).
- Kourounis G, Richards BDW, Kyprianou E, Symeonidou E, Malliori M., Samartzis L. (2016) *Opioid substitution therapy: Lowering the treatment thresholds*. *Drug Alcohol dependence*. 2016;161:1-8.
- L 30.12.2014/1303 Sosiaalihuoltolaki. Saatavilla <https://www.edilex.fi/lainsaadanto/20141301>
- L 30.12.2014/1325 Yhdenvertaisuuslaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141325>
- Leemann, L. & Hämäläinen, R.-M. (2016) *Asiakasosallisuus, sosiaalinen osallisuus ja matalan kynnyksen palvelut. Pohdintaa käsitteiden sisällystä*. *Yhteiskuntapolitiikka* 81 (2016):5 (s.586-594). Saatavilla

- http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131350/YP1605_Leemann&Hamalainen.pdf?sequence=2
- Leemann, L. & Hämäläinen, R.-M. (2015). *Matalan kynnyksen palvelut*. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke (Sokra). Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla https://thl.fi/documents/966696/3775621/Tietopaketti_Matalan_Kynnyksen_Palvelut.pdf/97b1aef8-b8ca-4ec3-ac4c-b80d3e754cec
- Lindberg E, Suhonen R. *Hoitajien kohtaamat eettiset ongelmat suonensisäisten huumeidenkäyttäjien terveystieteissä*. *Hoitotiede*. 2012;24(1):50-61. Saatavilla <https://arto.linneanet.fi/vwebv/holding-sInfo?bibId=1551282http://elektra.helsinki.fi/se/h/0786-5686/24/1/hoitajie.pdf>.
- Milne, R., Price, M., Wallace, B., Drost, A., Haigh-Gidora, I., Nezil, F.A. & Fraser, C. (2015) *From principles to practice: Description of a novel equity-based HCV primary care treatment model for PWID*. *International Journal of Drug Policy*. 2015;26(10):1020-1027.
- Niela-Vilén, H. & Hamari, L. (2016) Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä* (s.23-34). Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitokset julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. (2. korj. p.). Turku: Juvenes Print.
- Ovaska A. & Holopainen, A. & Annala, T. (1998) *Terveystieteiden Vinkki, loppuraportti terveystietokokeilun toiminnasta 4.4.-31.12.1997*. A-klinikkasäätien monistesarja nro 7. Saatavilla <https://www.a-klinikka.fi/sites/default/files/quickuploads/file/monistesarja07.pdf>
- Poikonen, H. (2018) *Peruspalveluiden saavutettavuus ja oikeusturva päihdehuollossa*. Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry. Saatavilla 15.5.2019 http://www.ehyt.fi/sites/default/files/tiedostot/peruspalveluiden_saa-vutettavuus_verkkoon.pdf
- Rehunen, A., Rantanen, M., Lehtola, I. & Hiltunen, M.J. (toim.) (2012) *Palvelujen saavutettavuus muutoksessa. Maaseudun vakituisten ja vapaaajan asukkaiden palveluympäristön kehityssuunnat ja uudet mahdollisuudet*. Helsingin yliopisto. Ruralia instituutti. Raportteja 88. Saatavilla 13.5.2019 <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/228130>

- Salminen, A. (2011) *Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin*. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Shepard B. (2007) *Harm reduction outreach services and engagement of chemically dependent homeless people living with HIV/AIDS: An analysis of service utilization data to evaluate program theory*. *Einstein Journal of Biology & Medicine*. 2007;23(1):26-32.
- Simula, H. (toim.) (2007). *Matala on syntynyt – pallo pyörii*. Matalan kynnyksen kehittämishankkeen loppuraportti. A-Klinikkasäätiö. Tampereen A-Klinikkatoimi.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2012) *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2012-2015*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74066/STM_2012_%20KASTE_FI_uusi.pdf
- Strike C, Millson M, Hopkins S, Smith C.(2013) *What is low threshold methadone maintenance treatment?* *International Journal of Drug Policy*. 2013;24(6):51.
- Suhonen, R., Axelin, A., Stolt, M. (2016) Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä* (s.7-22). Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitokset julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. (2. korj. p.) Turku: Juvenes Print.
- TENK (2012) *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Saatavilla 1.8.2019 https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. (uud. p.). Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Törmä, S.(2006) *Huumeiden käyttäjien tavoittaminen liikkuvan terveysneuvontatoiminnan avulla*. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. 2006;43(3).
- Törmä, S. (2009) *Kynnyskysymyksiä. Huono-osaisimmat huumeiden käyttäjät ja matala kynnyks*. Sosiaalikehitys Oy:n julkaisuja 1/2009. (Väitöskirja, Helsingin yliopisto)

Vantaan kaupunki. Terveys- ja sosiaalipalvelut. Mielen terveys ja päihteet. Ongelmana huumeet. Vinkkari. Saatavilla 1.10.2018 <http://www.vantaa.fi/vinkkari>

Vinkki.info. Terveiden edistäminen. Terveysneuvonta. Saatavilla 19.10.2019. <https://www.vinkki.info/terveyden-edistaminen/terveysneuvonta>

Vinkki.info. Terveysneuvontapisteet. Saatavilla 8.10.2018 <https://www.vinkki.info/terveyden-edistaminen/terveysneuvonta/terveysneuvontapisteet>

LIITE Kirjallisuuskatsauksen aineisto

Tutkimuksen teema ja tieteenala	Tutkimuksen tekijä(t), julkaisu-vuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus ja kohde	Aineiston hankinnan kannalta olennaiset menetelmät ja analyysimenetelmät	Keskeiset tulokset
<i>Harm Reduction Outreach Services and Engagement of Chemically Dependent Homeless People Living with HIV/AIDS: An Analysis of Service Utilization Data to Evaluate Program Theory</i>	Benjamin Shepard 2007 Yhdysvallat	Tutkimuksessa tutkittiin HIV/AIDS-sairastavien koddittomien, joilla on ollut kemiallinen riippuvuus, palvelujen käyttöä heidän ollessaan etsivän työn (outreach service) palvelussa.	Tutkimus on kohortti tutkimus, jossa analysoitiin kahta kohorttitutkimusta: yksilöt jotka saadaan sitoutumaan palveluun etsivän työn kautta ja yksilöt, jotka tulevat itse matalan kynnyksen palveluun.	Tulokset osoittavat, että matalan kynnyksen haittoja vähentävä palvelumuoto lisää sosiaalisesti haavoittuvan ja hankalasti tavoitettavan väestön terveydenhuollon palveluihin pääsyä. Matalan kynnyksen haittoja vähentävien palvelujen kautta sosiaaliset stigmaat ovat lieventyneet ja esteet muihin palveluihin laskeneet ja osallistujat ovat saaneet keinoja huolehtia itsestään ja yhteisöstään. Haittoja vähentävien palvelujen, kuten neulojen ja ruiskujen vaihdon sekä kotiin vietävien palvelujen, myötä on pystytty sitouttamaan palveluihin vaikeasti tavoitettavia asiakasryhmiä. Luottamuksellisen suhteen rakentaminen on ensiarvoisen tärkeää, jotta on mahdollista päästä muuttamaan käyttäytymismalleja.
<i>The Max Clinic: Medical care designed to engage the hardest-to-reach persons living with HIV in Seattle</i>	Dombrowski JC, Ramchandani M, Dhanireddy S, Harrington RD, Moore	Tutkimuksessa kuvataan Seattlen kaupungissa sijaitsevan matalan kynnyksen HIV-klinikan kehitystä, kahden	Aineisto saatiin klinikan sähköisestä asiakasjärjestelmästä sekä muista potilas- ja asiakastietojärjestelmistä. Aineistoa	Vuosien 2015 ja 2016 aikana klinikalle ohjattiin 263 asiakasta, joista 170 oli sisäänottokelpoisia. Näistä 22:n kohdalla asiakkuuden aloitusprosessi jäi kesken. Palvelun aloitti 95 asiakasta. 90 asiakasta täytti ensimmäisen vuoden jälkeen hoitoon sitoutumiselle annetut kriteerit, toisen vuoden päätteeksi luku oli 78. Asiakkaista 80% saavutti tavoitellun alhaisen virustason ainakin kerran,

<p><i>and King County, Washington</i></p>	<p>A, Golden MR. 2018 Yhdysvallat</p>	<p>ensimmäisen toimintavuoden aikana tavoitettua asiakaskuntaa sekä syntyneitä tuloksia. Klinikan tarkoituksena on tavoittaa kaikkein vaikeimmin tavoitettavat, monenlaisia tuen tarpeita omaavat HIV-positiiviset asiakkaat tarjoamalla intensiivistä ja moniammatillista matalan kynnyksen sosiaali- ja terveystalveta.</p>	<p>tarkasteltiin kahden vuoden ajalta. Aineiston muuttujat määriteltiin ja jaettiin teemoittelun avulla eri kategorioihin. Apuna käytettiin ristiintaulukointia.</p>	<p>jatkuvat alhaiset tasot saavutti 54%. Sitoutumisen taso ja HI-viruksen hoitotavoitteiden toteutuminen kertovat hyvistä käytännöistä. Asiakkaiden monialaiset haasteet vaikeuttivat hoitoon sitoutumista, asunnottomaksi joutuminen, vankeustuomio huumausaineiden käyttö ja erilaiset henkilökohtaisen elämän ongelmat näkyivät hoidon keskeytymisinä. Asiakkaat käyttivät palveluohjaajan palveluja huomattavasti useammin kuin lääkärin palveluja, monet vierailivat klinikalla jopa viikottain. Nämä tulokset kertovat, että HI-virustartunnan hoidon onnistumiseksi on rakennettava monialaisia matalan kynnyksen palveluja, joissa pystytään vastaamaan sekä sosiaalisiin että terveydenhoidollisiin tarpeisiin.</p>
<p><i>Thresholds in a low-threshold setting: An empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders</i></p>	<p>Marit Edland-Gryt, Astrid Helene Skatvedt 2012 Norja</p>	<p>Tutkimus on osa Oslossa sijaitsevan matalan kynnyksen keskuksen arviointia. Keskus on suunnattu fyysisesti ja psyykkisesti huonokuntoisille huumeiden käyttäjille (henkilöille, joilla on vakavia psyykkisiä</p>	<p>Aineiston hankinta: Ensimmäinen kirjoittaja tarkkaili palvelun käyttäjiä 9 kk ajan. Tarkkailun lisäksi palvelun käyttäjiä haastateltiin teemahaastatteluin (55 kpl) sekä ryhmähaastatteluin (11 osallistujaa). Toinen kirjoittaja tarkkaili</p>	<p>Matalan kynnyksen keskus on poikkeuksellinen muihin norjalaisiin tälle kohderyhmälle suunnattuihin palveluihin verrattuna sen tarjotessa 24h/7 päivänä viikossa aukioloajan, helpon saavutettavuuden sekä moniammatillisen henkilökunnan.</p> <p>Kynnysteoriassa esiin tulleet haasteet olivat relevantteja huumeiden käyttäjille, joita on vaikea tavoittaa ja auttaa. Kynnysteoriassa esiteltujen kynnysten lisäksi tutkimuksessa havaittiin neljäs kynnyks: luottamuksen kynnyks. Luottamus nähtiin hyvin tärkeänä, joskin vaikeimpana kynnyksenä ylittää. Voidakseen hyödyntää palvelua</p>

		<p>sairauksia tai huumiongelma). Kohderyhmä mielletään vaikeasti tavoitettavaksi ja autettavaksi, ja heidät voidaan nähdä Norjassa matalan kynnyksen palvelujen ydin käyttäjäryhmänä.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia ja selittää erilaisia kynnyksiä ja niiden merkityksiä palvelujen saavutettavuuteen ja avun saamisen prosessiin matalan kynnyksen palveluissa.</p> <p>Tutkimuksessa käsitellään kynnyksiä Kynnysteorian valossa.</p>	<p>palvelun käyttäjiä 2 vuoden ajan, minkä lisäksi teki kenttähaastatteluja niin asiakkaille kuin henkilökunnallekin. Iso osa kentällä käydyistä keskusteluista oli epävirallisia, eikä niihin käytetty haastattelurunkoa eikä niitä nauhoitettu.</p> <p>Analyysi: Aineistoa analysoitiin heti alusta lähtien. Aineistoa käytiin läpi useita kertoja ja analyysiä syvennettiin ja kehitettiin edelleen joka lukemisella. Aineisto pilkottiin yksiköihin (open coding) ja siitä etsittiin yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Merkittäviltä vaikuttavat tilanteet koodattiin ja kategorisoitiin. Koodaamisessa</p>	<p>tehokkaasti on käyttäjän pystyttävä luottamaan saamaansa palveluun. Luottamuksen puute on yksi monista syistä miksi asiakkaat jäävät ”jumiin” rekisteröinnin kynnykseen. Asiakkaat luottavat palveluun sen verran, että tulevat yhä uudelleen, mutta aina ikään kuin uutena asiakkaana palveluun, koska eivät ole valmiita ilmaisemaan omia toiveitaan ja siirtymään seuraavan kynnyksen yli.</p> <p>Rekisteröinnin kynnys liittyy palvelun saavutettavuuteen. Etsivä työ on tehokas keino auttaa asiakkaita rekisteröinnin kynnyksen yli. Rekisteröinnin kynnystä voidaan laskea, mikäli henkilökunta kohtaa asiakkaita kadulla. Asiakkaita voidaan auttaa seuraavan kynnyksen (kelpoisuuden kynnys) yli, mikäli henkilökunta on kärsivällinen ja pystyy ottamaan vastaan asiakkaiden vaatimaa käytöstä, paranoidisuutta ja epäilyksiä. Tehokkuuden kynnystä ei tutkimuksessa havaittu niin merkittävänä esteenä verrattuna rekisteröinnin ja kelpoisuuden kynnyksiin. Tehokkuuden kynnöksellä ajatellaan olevan enemmän merkitystä työskenneltäessä parempikuntoisten asiakkaiden kanssa, joiden toipuminen on nopeampaa. Tehokkuutta on vaikea mitata tämän kaltaisessa matalan kynnyksen palvelussa, jossa toipuminen on hitaampaa ja onnistumisia hankalampaa huomata. Tehokkuuden mittaamista haittaa myös matalan kynnyksen palvelulle tyypilliset asiakkaat, jotka palaavat palveluun aina uudelleen, kun jäävät tai jätetään toisen palvelun ulkopuolelle. Tukeakseen asiakkaan toipumista, henkilökunnan on tärkeää tunnistaa pienet onnistumiset ja muutokset ja tiedostaa ns. retkahdusten kuuluvan toipumisen luonteeseen.</p>
--	--	--	---	--

			noudatettiin tarkkuutta ja pidettiin huolta, että nimet vastasivat osallistujien käyttämää kieltä.	Tutkimus osoittaa kynnyksen vaikuttavan siihen, millälaiset asiakkaat saavat tarvitsemaansa palvelua. Matalan kynnyksen termi ei ole yksiselitteinen. Kynnykset, joita asiakkaiden on ylitettävä ottaessaan yhteyttä palveluun, eivät ole niin matalia kuin miltä vaikuttavat. Kynnyksen kokemus on yksilöllinen. Mikäli luottamuksen kynnykseen kiinnitettäisiin enemmän huomiota, useimmat asiakkaat saisivat tarvitsemaansa palvelua.
<i>Opioid substitution therapy: Lowering the treatment thresholds</i>	Georgios Kourounis, Brian David Wensley Richards, Evdokia Kyprianou, Eva Symeonidou, Minerva-Melpomeni Malliori, Lampros Samartzis 2016 Kypros	Tutkimuksen tarkoituksena on määrittää ja koota opioidikorvaushoidon kynnyksiä. Tavoitteena on luoda pohja, johon tulevaisuudessa voi verrata opioidikorvaushoidon mallien korkeita ja matalia kynnyksiä.	Tutkimus on kirjallisuuskatsaus, jonka aineisto hankittiin eri artikkelitietokannoista. Aineistoa täydennettiin manuaalisella haulla.	Esteitä hoitoon pääsulle (treatment accessibility barriers) olivat: hyvin valikoivat tai joustamattomat pääsyvaatimukset, pitkä jonotus, ei pääsyä terveyskeskuksen kautta ja hoidon kustannukset. Hoidon suunnittelussa esteitä (treatment design barriers): yksilöllisen hoidon puute, vaikuttamisen mahdollisuuden puute liittyen lääkitykseen ja annostukseen, rajattu hoidon kesto, nollatoleranssi opioidikorvaushoidossa, lääkityksen tiukka valvonta, luottamuksellisuuden ja anonymiteetin puute, "lack of adjuvant psychosocial intervention" tai pakolliset ohjauskeskustelut hoidon jatkumisen edellytyksenä. Tulokset osoittavat matalan kynnyksen mallin opioidikorvaushoidossa tehokkaana. Saavutettavuuden kynnystä olisi laskettava, jotta palvelu olisi tehokkaampaa. Jotta saavutettavuus paranisi, olisi jonotuslistoista luovuttava ja potilaiden sisäänottokriteereistä tehtävä joustavampia. Saavutettavuutta on mahdollista parantaa myös lisäämällä palvelun saatavuutta. Maksuttomuus ja mahdollisuus päästä palvelun piiriin terveyskeskuksen kautta,

				voisivat edesauttaa saavutettavuutta.
<i>Luottamus ja vapaaehtoisuus terveysneuvontapisteiden edellytyksinä. Poikkitieteellinen arviointitutkimus ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvonnan vaikuttavuudesta tartuntatautien ehkäisyssä ja torjunnassa.</i>	Anne Arponen, Henriikki Brummer-Korvenkontio, Kirsi Liitsola ja Mika Salminen 2008 Suomi	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida ruiskuhuumeiden käyttäjille suunnatun terveysneuvontapiste-toiminnan vaikuttavuutta tartuntatautien, lähinnä veriteitse tarttuvien tautien, ehkäisyssä ja hoidossa.	Terveysneuvontapisteiden vaikuttavuutta tartuntatautien ehkäisyssä ja torjunnassa arvioitiin käyttämällä tietopohjana kirjallisuuslähteitä, tartuntatautien seurantatietoa ja neuvontapisteiden raportoinnin kautta kerättyä toimintatilastotietoa sekä rekisteritutkimuksia. Laajin erillinen empiirinen osuus toteutettiin toimijoiden (terveysneuvontapisteiden työntekijöiden) kvalitatiivisen ja semi-strukturoidun haastattelun kautta. Analyysi oli aineistolähtöinen, yksittäisten havaintojen kautta yleisiin ilmiöihin etenevä.	Terveysneuvontatoiminnassa matala kynnyks tarkoittaa käytännössä, että palvelut ovat asiakkaille maksuttomia, ei-tuomitsevia, luottamuksellisia ja nimettömiä, niihin saa tulla ilman ajanvarausta ja asiointi sallitaan myös päihtyneenä. Matala kynnyks ei tarkoita säännöttömyyttä. Tiettyjä sääntöjä noudatetaan, jotta tilat pysyvät kaikille turvallisinä (väkivallan kieltäminen ja aukioloajoista kiinni pitäminen). Näillä pyritään myös vahvistamaan tietynlaisista käyttäytymistä. Hoitoon hakeutumisen kynnystä pyritään pitämään mahdollisimman matalana, ehkäisemään yliannostuskuolemia ja vakavien tartuntatautien leviämistä. (HIV-testaus). Terveysneuvontapisteiden myötä muodostunut uusia ilmiöitä huumeiden käyttäjien kulttuuriin: vertaistoiminnan vakiintuminen, huumeiden käyttäjien käyttäjäyhdistystoiminta (vahva vertaistuki ja huumeiden käyttäjille tarjottu apu palvelujen käytössä). Suomessa kutsutaan palvelua nimellä terveysneuvontapiste, koska halutaan korostaa tarjolla olevan ruiskujen ja neulojen vaihdon lisäksi paljon muita palveluja ja koko toiminta perustuu henkilökohtaiseen kontaktiin ja kokonaisvaltaisuuteen. Terveysneuvontapalveluja pyritään integroimaan tiiviimmin osaksi kuntien peruspalveluja. Toimintaa määrittelevät seikat: -ulkoapäin esim. rahoittajien ja hallinnon käsitykset, ja sitä kautta toimintaan sijoitetut resurssit. Ylhäältä annetut puitteet vaikuttavat olennaisesti tiloihin, sijaintiin ja aukioloaikoihin, jotka taas vaikuttavat asiakkaiden saavuttamiseen ja kanssakäymiseen. -sisältöpäin: asiakkaiden toiveet, tarpeet, huumeiden

				<p>käyttö ja elämäntilanne, olemisen tapa, kanssakäyminen heidän kanssaan.</p> <p>Toiminnan onnistumiseen vaikuttavat seikat:</p> <ul style="list-style-type: none"> -luottamus (merkittävin tekijä onnistumisessa, niin päätäjien, henkilökunnan kuin asiakkaiden taholta) -toiminnan laajentuminen yhä kokonaisvaltaisemmin asiakkaan huomioivaksi, kertoo palvelulle olleen tarvetta (monipuolinen palvelukokoelma, muuttuneisiin haasteisiin vastaaminen) -käyttövälineiden vaihto ja muiden tarvikkeiden saataavuus -keskittyminen hiv:n lisäksi hepatiitteihin -vertaistoimijoiden koulutukset ja heidän tekemänsä työ huumeiden käyttäjien parissa -hyvä sijainti -ehdoton anonymiteetti -peruspalveluista eriytetty oma palvelurakenne ja työntekijät ovat edistäneet luottamuksen syntymistä -vastavuoroisuus, ollaan avoimia ja valmiita kuuntelemaan asiakasta -henkilökunnan oma asenne (asiakas on tervetullut ja haluttu) -asiakkaiden ottaminen mukaan osaksi toimintaa <p>Osa suonensisäisesti huumeita käyttävistä on edelleen terveysneuvontapalvelujen tavoittamattomissa, joko maantieteellisesti tai omien syiden takia ei halua hakeutua palveluihin. Ratkaisuksi on ehdotettu kattavamman terveysneuvontapisteverkoston kehittämistä, puhtaiden käyttövälineiden kattavaa saantia apteekeista sekä</p>
--	--	--	--	--

				<p>uusien työmuotojen, kuten etsivän työn ja välineautomaattien lisäämistä.</p> <p>Pienemmillä kunnilla päihdepalvelut on yhdistetty yhdeksi kokonaisuudeksi, joka sisältää terveysneuvonnan ja ruiskujen ja neulojen vaihdon. Terveysneuvonta ja vaihto on toiminnan sydän, jonka ympärille kaikki muu on rakentunut. Palvelu on kaikille päihteiden käyttäjille.</p> <p>Tulokset sisältävät paljon pohdintaa terveysneuvontapisteiden yhdistämisestä perusterveydenhuollon palveluihin, puolesta ja vastaan.</p> <p>Muihin päihde- tai huumepalveluihin verrattuna koettiin, että terveysneuvontapisteissä asiakkaille oli enemmän aikaa ja heihin oli jatkuva kontakti, mitkä koettiin tärkeänä osana työn tavoitteisiin pääsyä.</p> <p>Asiakkaat tarvitsevat tietoa terveyteen liittyvistä riskeistä ja niiltä suojautumisesta, sekä sosiaalihuollon piiriin kuuluvista asioista (asuntoasiat, vankeustuomiot sekä muut ei-terveydelliset asiat).</p> <p>Aukioloajoilla on merkitystä palvelun saavutettavuuteen: eräs haastateltava kommentoi, että oikein matalan kynnyksen palvelu vaatisi ympärivuorokautisen aukiolon, muutama tunti viikossa ei riitä.</p> <p>Asiakkaat osoittautuivat jonkin verran paikkauskollisiksi (luottamus ja tuttuus asiakkaiden ja henkilökunnan välillä, muuttotilanteet). Mikäli tila joutui muuttamaan, saattoi useita vanhoja asiakkaita jäädä pois palveluista,</p>
--	--	--	--	--

				<p>vaikkakin uusia tuli tilalle. Tilat, mitkä mahdollistavat henkilökohtaiset kahden kesken käytävät keskustelut koettiin tärkeinä. Myös riittävän suuri odotushuone on tärkeää, jotta ilmapiiristä ei muodostu hermostunut ja neuvontatilanteille on paremmat mahdollisuudet. Erilliset tilat ovat ehdottomia, mikäli tarjotaan testausta, rokottamista tai lääkärin palveluita. Sijainnilla on suuri merkitys. Pisteen tulisi sijaita keskeisellä paikalla, hyvien kulkuyhteyksien lähellä. Huomaamaton sisäänkäynti koettiin myös tärkeänä.</p> <p>Terveysneuvontapisteiden keskeisimmät palvelut:</p> <ul style="list-style-type: none"> -hiv- ja hepatiittitestaus -a- ja b-hepatiittirokotus -ruiskujen ja neulojen vaihto -esitteet (hiv, hepatiitti, sukupuolitaudit, turvallinen pistäminen, ehkäisy, huumehoitopaikat, huumeet) -teemakuukaudet, jolloin kaikkien asiakkaiden kanssa pyritään keskustelmaan esim. turvallisesta seksistä -vertaistyö -etsivä ja kenttätyö <p>Haastatteluissa nousi esille terveysneuvontamallin laajentamis- ja parantamisajatuksia. Yleisin kehittämissuunta oli vertaisvalistuskoulutuksen järjestäminen. Terveysneuvontapisteiden yhteyteen toivottiin kattavia lääkäripalveluita. Näiden lisäksi tarve oli myös sosiaalityöntekijälle ja tämän kattavalle palvelurakennetietoudelleen. Parhaan henkilökuntarakenteen todettiin koostuvan tasapuolisesti terveyden- ja sosiaalialan osaamisesta, tällöin painopiste ja osaaminen keskittyi myös</p>
--	--	--	--	---

				<p>tasaisemmin. Tarve olisi järjestää HIV- ja hepatiittitautaus terveysneuvontapisteessä, koska asiakkaat kokivat lähetteen, laboratorioon menon ja anonymiteetin vaarantumisen lisäävän testiin hakeutumisen kynnyksiä. Tarve olisi myös valtakunnalliselle haittojen vähentämiseen ja terveysneuvontaan perehtyneelle koordinaattorille.</p> <p>Osana terveysneuvontatoiminnan laajentumista pohdittiin käyttöhuoneita ja ruiskuautomaatteja. Haastatelulta moni nosti esiin ajatuksen päiväkeskustyyppisestä toiminnasta, joka olisi terveysneuvonnan yhteydessä ja suunnattu ruiskuhuumeiden käyttäjille. Päiväkeskukselta toivottiin säännöllisiä, pitkiä aukioloaikoja, ruokailua ja mielekästä tekemistä. Toive tällaisesta toiminnasta oli tullut niin asiakkailta kuin työntekijöiltäkin. ”Samana katon alle mahdollisimman paljon toimintoja. Se helpottaa asiakasta ja palvelujärjestelmää.”</p> <p>Terveysneuvonta on suuremmissa kaupungeissa siinä mielessä saavutettava, että suurimmalla osalla huumeiden käyttäjistä on mahdollisuus käyttää palvelua. Palvelun saavutettavuutta saattavat huonontaa maantieteelliset seikat sekä anonymiteetin vaarantuminen. Terveysneuvontapalvelu on hyväksyttävää ja sen asema tartuntatautien vastustamistyössä ja huumeiden käyttäjien tavoittamisessa on virallisesti tunnustettu. Hyväksyttävyyden kriteerit ovat täyttyneet myös asiakaskunnasta käsin, mikä näkyy palveluun kiinnittymisenä ja kasvavina asiakasmäärinä.</p> <p>Luottamus vaikutti nousevan suurimmaksi yksittäiseksi tekijäksi terveysneuvontatyön onnistumisessa.</p>
--	--	--	--	---

				<p>Luottamusta rakennettiin ja ylläpidettiin jokapäiväisissä toiminnoissa.</p> <p>Tarve olisi lisätä vertaistyötä ja sen ohella etsivää kenttätyötä, jonka avulla voitaisiin tavoittaa erityisesti vaikeasti syrjäytyneitä ja nuoria. Onnistuneen kenttätyön edellytyksenä on jatkuvuus ja säännöllisyys. Näiden avulla pystytään pikkuhiljaa rakentaa luottamusta. Terveysneuvontapalveluja tulisi olla saatavilla siellä, missä huumeiden käyttäjiä on.</p> <p>Terveysneuvontatoiminta vaihtelee paikkakunnittain. Tarpeen olisi julkaista selkeät vähimmäissuositukset terveysneuvonnan sisällön ja puitteiden kriteereistä.</p>
<p><i>Barriers to enrollment in drug abuse treatment and suggestions for reducing them: Opinions of drug injecting street outreach clients and other system stakeholders.</i></p>	<p>Appel PW, Ellison AA, Jansky HK, Oldak R. 2004 Yhdysvallat</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena on arvioida päihdehoito-ohjelmien osallistumisen esteitä ja kynnyksiä jalkautuvan työn kautta tavoitettujen, riskialttiissa asemassa olevien asiakkaiden kohdalla, sekä esittää ehdotuksia niiden kynnyksien alentamiseksi.</p>	<p>Aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla lomakehaastatteluilta neljältä eri kohderyhmältä: jalkautuvan työn tavoittamilta suonensisäisiä huumeita käyttäviltä asiakkailta (yht. 144), jalkautuvan työn henkilökunnalta (yht. 55), päihdehoito-ohjelmien työntekijöiltä (yht. 71), sekä eri instanssien (Office of Alcoholism and</p>	<p>Asiakkaiden näkökulmasta suurimmat esteet hoitoon hakeutumiselle olivat henkilökohtainen tai perheen tilanne, sairausvakuutuksen puute, tietämättömyys, epäluolisuus, ongelmat sairausvakuutuksen hakemisessa, henkilöllisyyspapereiden puute, sopivien tapaamisaikojen/vapaiden paikkojen (slots) puute ja rajattu pääsy hoito-ohjelmaan, kodittomuus sekä lastenhoito/huoltajuusongelmat. 18% ilmoitti, että ei halunnut palveluja, ei kokenut hoidolle olevan esteitä tai oli liian riippuvainen hakeutuakseen hoitoon. Jalkautuvan työn henkilökunnan näkökulmasta korostuivat henkilöpapereiden ja vakuutuksen puute, vapaiden paikkojen/tapaamisaikojen puute (slots) ja yleinen byrokratia. Hoito-ohjelmien henkilökunta korosti asiakkaan puutteellista valmiutta hoitoon, terveydenhuoltoreformin aiheuttamaa sekaannusta, ohjelmien omaa byrokraattista jäykkyyttä, jonotuslistoja ja Medicaid-sairausvakuutukseen oikeutettujen suosimista</p>

			<p>Substance Abuse Services, AIDS Institute, Human Resources Administration) virkamiestason henkilökunnalta (yht. 11). OASAS:in jalkautuvan työn yksiköt fasilitoivat asiakkaiden haastattelu-prosessin. Haastatellut asiakkaat saivat osallistumisesta pienen korvauksen.</p>	<p>asiakasvalinnoissa. Virkamiestason henkilöstön vastauksissa eniten painoa asiakkaasta riippuvat tekijät, riittämätön rahoitus, oikeanlaisten hoito-ohjelmien puute, hoito-ohjelmien vaatimukset ja päihderiippuvaisten sosiaalinen stigma. Eri tahojen näkemysten eroavaisuuksien nähtiin jo itsessään olevan yksi haaste hoidon saavutettavuuden kehittämiseksi.</p> <p>Kynnyksen madaltamiseksi ehdotettiin työntekijä- ja virkamiestahoilta henkilöllisyyden todistamiseen ja sairausvakuutukseen liittyvien vaatimusten poistamista, tuntuja lisäresursseja, rahoitusta jalkautuvan työn avulla kontaktitujen asiakkaiden siirtämiseen sinne, missä hoitoa on saatavilla, koulutus- ja valmennusvalmiuksia, organisaatioiden välisen yhteistyön lisäämistä, sekä päihdeettömyyteen ja haittojen vähentämiseen tähtäävien palvelujen tehokkaampaa integraatiota.</p>
<p><i>From principles to practice: Description of a novel equity-based HCV primary care treatment model for PWID.</i></p>	<p>Rozalyn Milne, Morgan Price, Bruce Wallace, Anne Drost, Irene Haigh-Gidora, Frank A. Nezil, Chris Fraser</p> <p>2015</p> <p>Yhdysvallat</p>	<p>Raportissa esitellään tapaustutkimus koskien tämän hetkistä C-hepatiitin hoito-ohjelmaa Cool Aid Community Health Centerillä (CHC), missä on todettu kotiin annettavan hoidon tehokkaasti vähentävän yleisesti marginaalissa elävän ihmisryhmän</p>	<p>Tutkimus on tapaus-tutkimus.</p>	<p>Cool Aid CHC tarjoaa pääsyn moniammatillisen terveyskeskuksen palvelujen piiriin matalalla kynnyksellä taloudellisesti haavoittuvassa asemassa olevalle asiakasryhmälle, jolla on monimutkaisia terveystarpeita sekä useita esteitä hoitoon pääsulle. Moniammatilliseen tiimiin kuuluu lääkäreitä, sairaanhoitajia, ohjaajia, ravitsemusasiantuntija, psykiatreja, akupunkturisti, hammaslääkäri, suuhygienisti, farmaseutti, lääketeknikoita sekä konttoriapulaisia.</p> <p>Raportissa esitellään Cool Aid CHC:n palveluita sekä niiden hyötyä asiakkaille. Erityisesti keskitytään suonen-sisäisesti huumeita käyttävien pääsyä C-hepatiitti -hoitoon. Cool Aid CHC:n palveluihin kuuluu: -opioidikorvaushoidon aloittaminen ja hoito</p>

		kokemia esteitä hoidolle.	<ul style="list-style-type: none"> -HIV ja C-hepatiitin hoito -lääkitys määrätään Cool Aid CHC:n lääkäreiden toimesta ja koko henkilökunta tukee asiakkaita hoitoon kiinnittymisessä, sivuvaikutusten hallinnassa sekä terveyteen pyrkimisessä. -terveyskeskuksessa järjestetään "Liver Days"-teemapäiviä, jolloin asiakkailla on mahdollisuus saumattomaan, matalalla kynnyksellä tapahtuvaan diagnostiseen arviointiin, tulkintaan ja hoitoprosessin etenemisen suunnitteluun. -ennakkoarvio (pre-therapeutic assessment), jossa arvioidaan myös asiakkaan sosioekonomiset tarpeet (hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää tunnistaa hoitoon vaikuttavat kynnykset) -potilaan taloudellinen tilanne arvioidaan ja hoitosuunnitelmaan sisältyy tarvittava apu erilaisten tukien saamiseksi -terveysneuvonta (pistosvälineiden ja polttamisvälineiden jakelu, opastusta turvalliseen pistämiseen, korvaushoito sekä laaja skaala erilaisia terveys- ja sosiaalituksimuotoja) -apteekkipalvelut -sosiaaliohjaaja tapaa asiakkaita ja työntekijöitä viikoittain -hoitosuunnitelmaan sisältyy arvointi ja tuki liittyen asunnon hankintaan, minkä nähdään olevan tärkeää erityisesti asunnottomien kohdalla hoitoon sitoutumisen kannalta -myös ravitsemukselliset tarpeet arvioidaan, hoidossa oleville ja vertaisryhmissä kävijöille tarjotaan viikoittain sosiaalitoimen puolesta ravinnonkorvikkeita.
--	--	---------------------------	---

				<p>-vertaisten ohjaamia vertaistukiryhmiä</p> <p>Kaikki tarjottava hoito tapahtuu paikan päällä, ellei potilas joudu sairaalahoitoon. Hoitoon pääsy tapahtuu matalalla kynnyksellä, ja on suunniteltu siten että se palvelee parhaiten asiakkaita (mahdollisuus päästä sekä ilman ajanvarausta että ajanvarauksella). Myös C-hepatiitti hoito-ohjelmaan pääsy tapahtuu matalalla kynnyksellä joko CHC:n sairaanhoitajan kautta tai yhteistyötahon kautta. Hoitoon pääsyn vaatimuksena ei ole pidättäminen muista päihteistä. CHC:n palveluissa korostuu ennaltaehkäisy, jolla pyritään myös osaltaan parantamaan hoitoon sitoutumista.</p> <p>Henkilökunta on todistanut potilaiden elämänmuutosta ja elämänlaadun parantumista eri elämän osa-alueilla (vähentynyt päihteiden käyttö, perhesuhteiden uudelleen rakentuminen, syrjäytymisen väheneminen, harjoittelua ja opiskeluohjelmiin sitoutuminen, talouden ylläpitäminen sekä lisääntynyt itsevarmuus ja itsestä huolehtiminen).</p>
<p><i>What is low threshold methadone maintenance treatment?</i></p>	<p>Carol Strike, Margaret Millson, Shaun Hopkins, Christopher Smith</p> <p>2013</p> <p>Kanada</p>	<p>MMT -ohjelma on suunnattu asiakkaille, joiden tavoitteena ei ole pidättäytyminen muista huumeista. On tärkeää ymmärtää, kuinka esteitä hoitoon pääsemiseksi</p>	<p>Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluin. Asiakkaita haastateltiin (n=46), hoitajia/ohjaajia (n=15) ja lääkäreitä (n=3), kolmessa eri matalan kynnyksen haittoja vähentävässä/ ylläpitävässä</p>	<p>Kaikki vastaajat määrittävät matalan kynnyksen niin, ettei hoidon tavoitteena ole velvoitetta pidättäytyä täysin muista huumeista. Termejä matala kynnyksen ja haittojen vähentäminen käytettiin synonyymeina kuvaamaan MMT-toimintaa. Tuomitsematon suhtautuminen muiden huumeiden käyttöön nähtiin tärkeänä. Henkilökunnan mukaan vaatimukset läsnäololle tuli olla joustavia. Ympäristön tuli olla sellainen, että asiakas tunsu olonsa tervetulleeksi. Hoitoon pääsyn kynnyksestä pyrittiin madaltamaan myös ottamalla huomioon asiakkaiden yksilölliset</p>

		poistetaan, jotta voidaan varmistaa kaikkien hoidosta mahdollisesti hyötyvien pääsy hoitoon. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää miten ja miksi kolme MMT-ohjelmaa määrittävät matalan kynnyksen ja heidän kohtaamansa haasteet.	metadon-ohjelmassa (low threshold methadone maintenance, MMT).	elämäntilanteet ja hoidon eteneminen, mikäli asiakas ei ilmestynyt sovitulle tapaamiselle. Virtsanäytteiden otosta pyrittiin tekemään asiakasta hoitoon motivoiva, asiakkaille kerrottiin virtsanäytteiden aikataulusta sekä syystä. Tutkimus osoittaa, ettei MMT ole loppuun asti kehitetty malli. Jotta matalan kynnyksen malli olisi täysin toimiva olisi tärkeää arvioida minkä ohjeistusten ja käytännön toimintatapojen avulla olisi mahdollista saavuttaa tavoitteet kynnyksen madaltamisessa hoitoon ja asiakkaan hoidossa pitäytymisessä. Lääkäreillä ja muilla henkilökunnan jäsenillä oli eriäviä mielipiteitä matalan kynnyksen käytännöistä. Tutkimus osoittaa, että on olemassa useampia keinoja vähentää kynnyksiä MMT-ohjelmaan, kuin mitä kirjallisuudesta löytyy.
<i>Huumeiden käyttäjien tavoittaminen liikkuvan terveysneuvontatoiminnan avulla</i>	Sinikka Törmä 2006 Suomi	Liikkuvan terveysneuvontayksikön tarkoituksena oli parantaa palvelun saatavuutta ja tavoittaa palvelun ulkopuolisia huumeiden käyttäjiä. Tutkimuskysymyksenä oli: 1) Kuinka liikkuva terveysneuvontayksikkö onnistui tavoittamaan	Tutkimuksen aineisto koostui liikkuvan terveysneuvontayksikön asiakaskäyntitiedoista (n=2933) sekä asiakkaiden strukturoiduista haastatte- luista (n=212). Aineisto käsittää myös asiakkaille (n=20) ja palveluntuottajille (n=13) tehdyt teemahaastattelut sekä sähköpostikyselyn,	Liikkuva terveysneuvontayksikkö tavoitti tutkimusvä- lillä 777 eri huumeiden käyttäjää. Tavoitetut huumei- den käyttäjät olivat suurimmaksi osaksi heitä, jotka asioivat muissa terveysneuvontapisteissä. Vain 3% (25) ilmoitti, ettei ollut käyttänyt mitään terveysneu- vontaa koskaan aikaisemmin, he olivat keskim. muita 5,5v nuorempia ja useimmiten naisia. Verrattaen kiin- teisiin pisteisiin liikkuva yksikkö tavoitti suhteessa vä- hemmän uusia asiakkaita. Asiakkaiden tavoittamiseen vaikuttivat mm. seuraavat seikat: - lähialueella ei ollut samantyyppistä palvelua jo en- tuudestaan - hyvä tiedottaminen palvelusta (lehtijutut ja pöydillä olevat laput eivät olleet riittäviä)

		<p>huumeiden käyttäjiä? 2) Minkälaiset tekijät vaikuttivat heidän tavoittamiinsa?</p>	<p>johon vastasi 29 terveysneuvonta-ambulanssin työntekijää.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - syrjäinen pysäkin sijainti, josta ei ollut suoraa näköyhteyttä ympäristöstä. Sijainti osoittautui hyvin merkittäväksi tekijäksi, huumeiden käyttäjät eivät halua tulla nähdyksi asioidessaan terveysneuvonta-palveluissa. - aukioloajat osoittautuivat hyviksi, alkuilta- ja viikonloppuajat palvelivat asiakkaita, kun Vinkit olivat kiinni - osa koki auton ulkoasun (ambulanssi erilaisella raidoituksella tai HDL-logolla) neutraalina, katukuvaan sopivana, mihin ei kiinnitä huomiota. Osa koki ulkoasun liian huomiota herättävänä. - Parempi kuntoisilla asiakkailla: mahdollisuus huomauttaa ja yksityiseen asiointiin. ”Epämääräisten tyyppien” puuttuminen ympäristöstä. Mahdollisuus asioida kahden työntekijän kanssa, tarvitsematta odottaa muiden huumeiden käyttäjien joukossa. - luottamus pula hoitojärjestelmää kohtaan sai karttamaan kiinteitä pisteitä ja asioimaan liikkuvassa (epäily siitä, että poliisi tarkkailee Vinkkeihin menijöitä, mutta ei liikkuvan asiakkaita) - Huumeiden käyttäjien tavoittaminen on vahvasti sidoksissa <i>aikaan ja tilaan</i>
<p><i>Hoitajien kohtaamat eettiset ongelmat suonensisäisten huumeidenkäyttäjien terveysneuvonta-pisteessä</i></p>	<p>Lindberg, Elina & Suhonen, Riitta 2012 Suomi</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitajien kohtaamia eettisiä ongelmatilanteita suonensisäisten</p>	<p>Aineisto kerättiin avoimella haastattelulla. Tutkimusta varten haastateltiin 13 sairaanhoitajaa kuudesta terveysneuvontapisteestä.</p>	<p>Terveysneuvontapistetyössä kohdatut eettiset ongelmat liittyivät joko 1) asiakastyössä kohdattuihin eettisiin ongelmiin tai 2) asiakastyön kontekstista johtuviin eettisiin ongelmiin.</p> <p>1) asiakkaiden moniongelmaisuus, hoitajien ja asiakkaiden näkemysten ristiriitaisuus, ammatillinen</p>

		<p>huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapiste-työssä. Tavoitteena on saadun tiedon perusteella kehittää terveysneuvontapistetyön eettistä laatua.</p> <p>Tutkimuskysymys: Millaisia eettisiä ongelmia terveysneuvontapistetyössä työskentelevät sairaanhoitajat kohtaavat työssään?</p>	<p>Aineisto analysoitiin induktiivisella sisälönanalyysillä.</p>	<p>vuorovaikutus, potilasoikeuksien toteutumattomuus 2) haittojen vähentämisen periaatteesta johtuvat eettiset ongelmat, terveysneuvontapistetyön organisointi, ristiriita haittoja vähentävän työn ja hoitotyön periaatteiden välillä</p> <p>Luottamus on keskeinen kysymys terveysneuvontapisteyden toiminnassa ja suurin tekijä työn onnistumiselle. Luottamukseen ja sen säilymiseen vaikuttavat monet seikat kuten esim. henkilökunnan työskentely muissa terveydenhuollon palveluissa, poliisin kutsuminen paikalle ongelmatilanteissa, fyysiset tilat. Palvelun laatuun voidaan vaikuttaa mm. riittävällä resurssoinnilla. Vähäisen henkilökunnan vuoksi kaikkia luvattuja palveluja ei pystytä toteuttamaan.</p>
<p><i>Matalan kynnyksen neuvontapiste –projekti: Ne-Rån loppuraportti 2004-2007</i></p>	<p>Ruskomaa, Leena 2008 Suomi</p>	<p>Raportissa kuvataan Kalliolan setlementin Matalan kynnyksen neuvontapiste Ne-Rå-kehittämishankkeen vaiheet. Yhteistyökumppaneina hankkeessa olivat Helsingin yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitos,</p>	<p>Raportti koostuu hanketta kuvailevasta ja arvioivasta raporttiosuudesta ja projektin tuotoksista eli kehitetyistä toimintamalleista. Projektin arviointi oli jatkuvaa itsearviointia arviointisuunnitelman mukaisesti. Neuvontapisteen</p>	<p>Neuvontapiste Ne-Råssa kirjattiin 2005-2007 yhteensä 1358 yhteydenottoa, joista naisten osuus oli 57 % ja miesten 43 %. Asiakasmäärä jäi ensimmäisenä vuonna tavoitetta pienemmäksi, mutta toiminnan kysyntä kasvoi merkittävästi vuonna 2006 ja tasaantui projektin päättyessä. Asiakasmäärään vaikuttivat aukioloajat, jotka olivat 4-6 tuntia päivässä sekä se, että toimintaan ei ollut valmiiksi ohjaavia tahoja, vaan neuvontapistettä piti tehdä jatkuvasti tunnetuksi sekä helsinkiläisille että yhteistyötahoille. Ne-Rån matala kynnyksen tarkoitti mahdollisuutta tulla ilman ajanvarausta. Yli 70 % yhteydenotoista oli käyntejä. Puhelimitse yhteyttä ottaneita kannustettiin</p>

		<p>ammattikorkeakoulut Arcada ja Stadia sekä pääkaupunkiseudun sosiaalivirastot. Projektin tavoitteena oli kehittää korkeakouluopiskelijoiden ja vapaaehtoisen neuvonnan avulla matalan kynnyksen palvelumallia varhaisvaiheen syrjäytymisen ehkäisemiseksi. Lisäksi tavoitteena oli luoda kansalaisjärjestöjen ja korkeakoulujen välillä kohderyhmän tarpeisiin sopivaa yhteistoiminnan malli. Tarkoituksena oli kehittää kansalaislähtöisiä, joustavia ja saavutettavia palveluita, joiden avulla voidaan tukea ihmisten omia arjessa</p>	<p>asiakastyön ja palvelutarpeiden kuvaamista varten kehitettiin anonyymi lomake, jonka opiskelijatyöpari täytti jokaisen yhteydenoton jälkeen. Käytössä oli myös asiakaspalautelomake, ja toiminnasta tehtiin pro gradu -tutkielma.</p>	<p>asioimaan paikan päällä. Sähköpostiasiointi jäi hyvin vähäiseksi. Monet asiakkaat kävivät neuvontapisteessä useamman kerran, toistuvia asiointeja oli 40 %. Neuvontapisteiden sijainnin ajateltiin vaikuttavan toiminnan saavutettavuuteen. Ensimmäisenä toimintavuotena noin puolet yhteydenottajista tuli lähialueilta, mikä johtui tiedottamisen painottamisesta sinne. Koko toiminta-aikana asiakaita tuli lähialueita enemmän muualta Helsingistä. Asiakasseurantalomakkeessa kysytty ikäarvio osoitti, että toiminta tavoitti erityisesti keski-ikäisiä ja sitä vanhempia ihmisiä, joista monet olivat työelämän ulkopuolella. Useat yhteydenottajista olivat työttömiä ja eläkeläisiä. Tavoitetun asiakaskunnan tilanne voitiin jaotella neljään kategoriaan: 1. Elämäkulun siirtymävaihe, 2. Maahan- ja paluumuutto, 3. Pitkäaikaiset vaikeudet elämässä, 4. Akuutti tilanne. Ne-Rästä kysyttiin eniten (45 %) neuvoja erilaisten palvelujen ja etuuksien hakemiseen. Vain 6 % asiakaskunnasta toivoi ensisijaisesti keskustelua elämäntilanteestaan. Usein neuvonta, lomakkeiden täyttö ja keskusteluapu kietoutuivat toisiinsa. Suurimmat yksittäiset asiointin aiheet olivat asuminen, toimeentulo ja terveys.</p> <p>Mahdollisuus tulla ilman ajanvarausta palveli monia, mutta asiakkaat myös varasivat aikoja.</p> <p>Matalaan kynnykseen liittyvä kategorisoimattomuus tarkoitti, että asiakas voi ottaa yhteyttä hänelle tärkeän asian vuoksi ja määrittellä itse tarvitsemansa avun. Toiminta ei näin myöskään leimannut ketään. Toiminnan</p>
--	--	---	--	--

		<p>selviytymisen keinoja. Hankkeen kohderyhmäksi ja ensisijaiseksi hyödynsaajaksi määriteltiin helsinkiläiset sekä muut pääkaupunkiseudulla liikkuvat kansalaiset. Hankkeen kohderyhmä haluttiin pitää avoimena, koska lähtökohdana oli näkemys siitä, että rajaamattomuuden kautta voidaan saavuttaa avun tarpeessa olevia ihmisiä. Toissijaiseksi hyödynsaajiksi nimettiin sosiaalialan korkeakouluopiskelijat, joille neuvontapiste oli toiminnan ja kehittämisen mahdollistava uudenlainen oppimisympäristö. Ensisijaisten</p>		<p>kohdentamattomuus johti kuitenkin myös siihen, että sosiaalialan ulkopuolisissa asioissa otettiin yhteyttä. Projektin toimijat joutuivat usein keskustelemaan, millaisia rajoja toiminnalle olisi syytä vetää. Rajanveto oli keskeistä myös silloin, jos asiakas kiinnittyi vahvasti yhteen opiskelijaan tai halusi jatkuvasti asioita tehtävän hänen puolestaan. Asiakkaat arvioivat palvelun tarpeelliseksi ja arvostivat palvelun ystävällisyyttä ja kiireettömyyttä sekä opiskelijoiden laaja-alaista osaamista. Palvelun kaksikielisyys ja englanninkielisen asioinnin mahdollisuus koettiin hyvänä. Palautteen perusteella asiakkaat kokivat päässeensä tilanteessaan eteenpäin.</p>
--	--	--	--	---

		<p>hyödynsaajien kannalta keskeiset arviointikysymykset olivat 1) Onko luotu toimintamalli toimiva kansalaisten kannalta? 2) Keitä toiminta tavoittaa? 3) Missä asioissa ja elämäntilanteissa ihmisiä tavoitetaan? 4) Millaisia vaikutuksia ja vaikuttavuutta toimintamallilla saadaan aikaan?</p>		
<p><i>Matala on syntynyt – pallo pyörii. Matalan kynnyksen kehittämishankkeen loppuraportti.</i></p>	<p>Simula, Helena (toim.) A-klinikkasäätiö 2007. Suomi</p>	<p>Raportissa kuvataan Tampereen A-klinikkasäätiön matalan kynnyksen kehittämishanketta, joka oli osa kaupungin päihdepalvelujen laajamittaisempaa kehittämistä. Hankkeen tavoitteena oli ehkäistä, vähentää ja korjata huumeidenkäytön</p>	<p>Raportti koostui projektipäällikön arvioinnista, jossa hanketta peilattiin myös Matalasta tehtyihin sekä muihin matalan kynnyksen palveluiden arviointitutkimuksiin. Henkilöstöryhmät kirjoittivat lyhyet raportit ja Matalassa työskennellyt sosiaaliterapeutti Virpi Jäntti on</p>	<p>Raportissa hankkeen kuvataan kulkeneen kaaoksesta järjestykseen.</p> <p>Palvelu tavoitti kohderyhmän niin hyvin, että asiakasmäärät ja asiakkaiden moninainen palvelutarve yllättivät.</p> <p>Ympäri vuorokautisena alkaneen palvelun aukioloajat supistuivat resurssien puutteessa, arviointiyksikkö lopetettiin.</p> <p>Palvelusta muodostui käyttövaiheessa olevien asiakkaiden moniammatillinen, päivystysluontoinen avohoitopaikka.</p>

		<p>haittoja. Erityisenä haasteena oli kehittää uusia päivystysluontoisia (ympäri vuorokauden ja viikonloppuisin toimivia) hoitokäytäntöjä ja -palveluja, joilla tavoitettaisiin huume-, lääke- ja sekakäyttäjät aikaisempaa tehokkaammin. Tavoitteena oli kehittää sosiaali- ja terveydenhoidon tukipalveluja myös niille, jotka eivät elämänsä tässä vaiheessa olleet motivoituneita huumeidenkäytön lopettamiseen mutta tarvitsivat apua ja tukea elämänsä hallintaan.</p>	<p>jälkikäteen arvioinut Matalan prosessia. Raportissa esitellään hankkeen palvelutuotteet ja prosessikuvaukset.</p>	<p>Lääkäriresurssin kasvaessa yhdestä kahteen lääketieteen asema suhteessa palveluun selkiytyi ja yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa vakiintui.</p> <p>Asiakkaan kohtaaminen nähtiin ensisijaisena asiakkuuden onnistumiselle.</p> <p>Päihdehuollon taloudelliset reunaehdot huomioiden palvelu onnistui ohjaamaan asiakkaita jatkohoitoon ja kehittämään omia avoimuollollisia palveluita asiakkailleen.</p> <p>Asiakaskyselyn mukaan matala kynnyks oli toteutunut erinomaisesti.</p> <p>Yhteistyökumppanien mukaan Matalan vaikutuksesta palveluketjut tiivistyivät, uusien asiakkaiden tavoittaminen ja motivointi parantui, hoidon tarpeen arvioinnit keskittyivät yhteen paikkaan ja hoitojatkumoiden rakentuminen kehittyi.</p> <p>Hankkeen toiminta jatkui vakinaisena osana Tampereen A-klinikan toimintaa.</p>
--	--	--	--	--