



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Espoon ja Helsingin Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden asumistilanne

ja

asumispalveluiden tarvekartoitus

Rukkila Aino

2012 Laurea Tikkurila

Sisällys

TIIVISTELMÄ	3
ABSTRACT	4
1. JOHDANTO	5
2. ASUNNOTTOMUUS JA SEN MÄÄRITELMÄ SUOMESSA	7
2.1. Asunnottomuus ja päihteet	8
2.2. Asunnottomien päihteidenkäyttäjien terveydentila	9
2.3. Päihteidenkäyttö ja mielenterveysongelmat	12
3. HUUMEPOLITIIKKA JA HUUMEIDENKÄYTTÖ SUOMESSA	12
3.1. Yleinen hyvinvointipolitiikka	14
3.2. Haittoja vähentävä huume-politiikka (Harm reduction)	15
4. ASUNNOTTOMUUS PÄÄKAUPUNKISEUDULLA	16
5. TUTKIMUSKYSYMYKSET, AINEISTONKERUU JA TUTKIMUSMENETELMÄT	17
6. AINEISTON ANALYSOINTI	18
7. TUTKIMUSTULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	19
8. TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	24
9. ASUMISPALVELUT PÄIHDEONGELMAISILLE	26
10. KEHITTÄMISEHDOTUS RYHMÄTOIMINNAN ALOITTAMISEEN	27
11. POHDINTA	30
12. LÄHTEET	34
13. LIITTEET	37
LIITE 1. ASIAKASKYSELY	

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Tikkurila
Sosionomi ylempi AMK
Terveystiedon edistämisen koulutusohjelma/
Aluelähtöinen kehittäminen ja johtaminen
Aino Rukkila

Tiivistelmä

Espoon ja Helsingin Terveystiedon palvelupisteiden asiakkaiden asumistilanne ja asumispalveluiden tarvekartoitus

Vuosi 2011

Sivumäärä 37

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyö on tarvekartoitus, jonka avulla pyrittiin selvittämään terveystiedon palvelupisteiden asiakkaiden asumistilanteen määrää sekä heidän asumispalveluiden tarvettaan. Tarvekartoituksen tavoitteena oli saada ajankohtaista tietoa siitä, millä tavalla ja kuinka paljon erilaisia asumispalveluita tarvitaan ja kuinka asiakasta voidaan tukea asunnonhankintaan liittyvissä ongelmatilanteissa. Tiedot ovat tarpeellisia, paitsi terveystiedon palvelupisteissä työskenteleville, myös palveluiden tuottajille ja kaupunkien asumispalveluista vastaaville instansseille asumispalveluiden edelleen kehittämiseksi. Tarvekartoituksen perusteena oli käytännön työssä havaittu huomio asiakkaiden epämääräisestä asumistilanteesta/asunnottomuudesta. Asiakkaan asioidessa terveystiedon palvelupisteissä, häneltä kysytään asuinpaikkaa. Usein saatu vastaus on epämääräinen, eikä asuinpaikkaa osata/haluta kohdistaa ekstaattisesti, johtuen asunnottomuudesta ja myös siihen liittyvästä häpeästä. Asunnottomuudella on suuri vaikutus asiakkaiden yleiseen terveydentilaan sekä henkiseen hyvinvointiin. Asiakkaat ovat aktiivisia päihteidenkäyttäjiä ja usein moniongelmaisia, nämä seikat vaikuttavat myös itsenäiseen asumiseen tarvittaviin taitoihin heikentävästi. Päihteidenkäyttö ja moniongelmaisuus aiheuttavat syrjäytymistä yhteiskunnasta sekä sen tarjoamista palveluista ja asioiden hoito koetaan usein ylivoimaiseksi. Asunnon etsintä ja asumiseen liittyvien asioiden hoito on jäänyt kesken tai asioita ei ole edes aloitettu hoitamaan. Tarvekartoitus toteutettiin kyselylomakkeella, joka oli kaikissa Espoon viidessä terveystiedon palvelupisteessä kahden kuukauden ajan ja Helsingin neljässä terveystiedon palvelupisteessä kahden viikon ajan asiakkaiden täytettävissä. Ajanjaksoksi Espoossa kaksi kuukautta valittiin siksi, että kaikkia asiakkaita ei välttämättä tavoiteta lyhyemmällä ajanjaksolla. Espoossa toimipisteet ovat vain kerran viikossa auki, lukuun ottamatta yhtä toimipistettä, joka on avoinna kaksi kertaa viikossa. Helsingin toimipisteiden aukioloajoista johtuen, henkilökunta katsoi kahden viikon olevan sopiva aika kyselyn toteuttamiseksi. Lomake sisälsi suljettuja ja avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeita oli asiakkaiden täytettävänä 520, joista 120 oli Espoon toimipisteissä. Palautettujen kyselylomakkeiden määrä oli 172 ja näin vastausprosentiksi saatiin 33 %. Kyselylomakkeet analysoitiin kvantitatiivisin ja kvalitatiivisin menetelmin. Tutkimuskysymysten pohjalta saaduista tuloksista voitiin todeta, että asumispalveluita tulisi jatkossa kehittää siten, että ne vastaisivat myös päihteidenkäyttäjien tarpeita. Tarvekartoituksen tulosten perusteella syntyi kehittämissuunnitelma Espoon Terveystiedon palvelupisteeseen toiminnan edelleen kehittämiseksi. Terveystiedon palvelutyössä tulee entistä enemmän tukea ja opastaa asiakkaita asunnonhakemiseen liittyvissä asioidenhoidossa sekä järjestää aiheeseen liittyviä ryhmätoimintaa. Näiden ryhmätoimintojen avulla asiakasta voidaan voimaannuttaa sekä opastaa asumiseen liittyvissä kysymyksissä ja arjen hallinnassa.

Asiasanat: Asunnottomuus, asumispalvelut päihdeasiakkaalle, päihdepalvelut

Laurea University of Applied Sciences
 Laurea Tikkurila
 Master's Degree Programme in Health Promotion
 Development and Management
 Aino Rukkila

Abstract

Espoo and Helsinki health counseling clients housing situation and housing services needs analysis

Year	2011	Pages	37
------	------	-------	----

This thesis is an needs analysis intended to quantify the amount of homeless clients in health counseling centers as well as identify the need of housing services. The need for updated survey comes from the urge to obtain the current situation of what type and how variable housing services are needed and how customers can support the housing market, in case of problems. Information is necessary not only to those working in health counseling centers, but also to service producers and urban housing services responsible for instances of housing services for further development. The assessment in practice considers the indeterminate housing situation or level of homelessness of the interviewed clients. The customer was asked about his residence status in the customer's health counseling centers. Often the response was observed to be vague and was not targeted precisely to place of residence, due to the client's own homeless condition or due to associated shame of condition. Homelessness generally has a major impact on the health of clients as well as on their mental well-being. Customers are active drug users and often present multiple problems. These factors negatively affect the skills needed to live independently. Moreover, substance use and multiple deprivation caused by exclusion from society and its services as well as issues of treatment is often noticed to have strong influence. Housing search and housing-related affairs are missing or have not even begun to be solved. The survey was fulfilled by customers in the form of a questionnaire, in which was held in all the five health counseling centers in Espoo during two months and in the health counseling centers in Helsinki in a four two-week period customers to fill. A period of two months in Espoo was chosen so that all customers would not be reached in period shorter than this. The five offices of Espoo offices are only open once a week, with the exception of one that is open twice a week. The offices in Helsinki are open more often; therefore, a two-week period was chosen to implement the survey. The questionnaires include restricted and open questions and they were filled by 520 clients, being 120 of which in the offices of Espoo. The total number of returned questionnaires is 172 and these were analyzed by employing quantitative and qualitative methods. The results from the survey show that housing services must be developed further so that they correspond to the needs of the interviewed clients. In practice, housing services that might have drug user population there may also be by drug which does not sobering target. The need to survey the results of the development plan was born in Espoo health counseling at the center for further development. Health counseling will work more to support and guide our customers to apply for housing-related affairs and to organize related group activities. These group activities with clients to empower and guide the housing-related issues and everyday life under control.

Keyword: Homelessness, housing services for substance abusers, services for substance abusers.

1. JOHDANTO

Vuonna 2005 arvioitiin Suomessa huumeiden ongelmakäyttäjien määrän olevan 14 000 - 19 000. Näistä pääkaupunkiseudulla asuvien määräksi arvioitiin 5100 - 8200 henkilöä. Päihdehuollossa olleiden asunnottomien huumeidenkäyttäjien määrä oli vuonna 2006 11 %. (Arponen, Brummer-Korvenkontio, Liitsola ja Salminen. 2008.11, 111.) Tässä määrässä eivät siis näy niitä huumeidenkäyttäjää, jotka eivät käyttäneet päihdehuollon palveluita. Onkin arvioitu, että noin 30 % huumeidenkäyttäjistä on asunnottomia. Tähän viittaavat eri toimipisteistä saadut arviot. Näin ollen terveysneuvontapiste Vinkeissä tehdyissä tarvekartoituksissa saadaan tietoa siitä, kuinka palveluita tulisi kehittää edelleen. Ensimmäinen terveysneuvontapiste Vinkki perustettiin Helsinkiin 1997. Melko nopeasti Helsingin eri alueille saatiin omat toimipisteet. Espoossa ja Vantaalla toiminta aloitettiin vuonna 2001. Toiminta herätti melko runsasta vastustusta valtaväestön keskuudessa ja toimintaa arvosteltiin myös mediassa. Tartuntatautilaissa kuitenkin terveysneuvontapiste Vinkkien toiminta määriteltiin vuonna 2004 ja tämän lain mukaan huumeita suonensisäisesti käyttäville henkilöille tuli kunnan taholta järjestää palvelut, joissa huumeidenkäyttäjillä on mahdollisuus vaihtaa likaiset pistosvälineet puhtaisiin, saada hepatiittirokotteet ja testaukset sekä terveystietoa. Toiminnan tarkoituksena on vähentää huumeiden käytöstä aiheutuvia haittoja sekä ennaltaehkäistä tartuntatautien leviämistä. Asiakkailta on mahdollisuus saada A- ja B-hepatiittirokotteet, testejä sekä yleistä tietoa terveydenhoidosta, tartuntataudeista ja huumeiden käytöstä haittojen vähentämisestä niin suullisesti kuin kirjallisestikin. Muita palveluja ovat hoitoonohjaus, kriisikeskustelut, opastus virka-asioiden hoidossa koskien niin terveys- kuin sosiaalipalveluita. Asiakkailta on asioidessaan mahdollisuus vaihtaa käytetyt neulat ja ruiskut puhtaisiin. Terveysneuvontapiste Vinkkien palveluja voidaan käyttää anonymisti, asioidessaan asiakkailta pyydetään nimi-merkki, syntymävuosi ja asuinalue. Terveysneuvontapisteistä riippuen, on asiakkailta mahdollisuus tavata lääkäriä.

Terveysneuvontapiste Vinkkien asiakkaat koostuvat huumeita suonensisäisesti ja muita päihkeitä eri tavoin käyttävistä henkilöistä. Vuonna 2010 Espoon terveysneuvontapiste Vinkeissä kävi n. 834 eri asiakasta, Helsingin terveysneuvontapisteissä Vinkeissä oli samana vuonna n. 4000 eri kävijää. Asiakkaiden ikäjakauma on 18- vuotiaista 65- vuotiaisiin, painopisteen ollessa 24-29-vuotiaissa henkilöissä. Naiset muodostavat asiakasryhmästä kolmanneksen ja sosio-ekonominen asema asiakaskunnassa on vaihteleva, aina opiskelijoista eläkeläisiin. suurin osa asiakkaista on kuitenkin työttömiä. Terveysneuvontatyö testaus-, rokotus- ja valistuspalveluineen on todettu tarpeelliseksi ja valitettavaa on, ettei näitä palveluita ole saatavilla kaikissa terveysneuvontapiste Vinkeissä.

Valtioneuvosto teki periaatepäätöksen 14.2.2008 asuntopoliittisesta toimenpideohjelmasta. Pääministeri Vanhasen II hallituksen hallitusohjelman mukaan, hallituskauden keskeiset asuntopoliittiset toimenpiteet määriteltiin asuntopoliittisessa toimenpideohjelmassa. Valtio ja Helsingin seudun kuntien erillisellä aiesopimuksella sovittiin valtion ja kuntien asuntopoliittisista toimenpiteistä asuntotarjonnan lisäämiseksi. (Ympäristöministeriön raportteja 15/2008.5.) Ohjelman lähtökohdissa mainitaan yhdeksi tavoitteeksi parantaa muita heikommassa asemassa olevien asumistilannetta. Hallituksen ohjelmassa mainitaan erityisryhmien asuntotilanteen parantaminen ja erityisryhmät koostuvat asunnottomista, mielenterveyshäiriöistä kärsivistä, vammaisista ja huonokuntoisista vanhuksista. Päihdeongelmaisia ei erikseen erityisryhmässä mainita, mikä sinänsä on mielenkiintoinen havainto. Pitkäaikaisasunnottomuuden poistamiseksi ehdotettu toimenpide on toteutunut aiesopimuksen kautta ja tämä näkyi päihteidenkäyttäjille vuoden 2011 alussa osoitetuissa asuntopaikoissa Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla. Espoon kohdalla tämä näkyi asumispalveluina, jonka johdosta syntyi 108 uutta asuntoa erilaisine palveluineen. Edellämainittuihin asuntoihin sijoittui myös Espoon Vinkin asiakkaita kiitettävästi.

Terveysneuvontapisteissä asioivien huono-osaisten päihteidenkäyttäjien asumistilannetta ei ole kartoitettu tarkasti. Tästä johtuen myös Espoon kaupungin suunnalta osoitettiin kiinnostusta tarvekartoitusta kohtaan lisätiedon saamiseksi asumispalveluiden kehittämiseksi. Käytäntö on osoittanut, että asunnottomuusongelmaa esiintyy kyseisen asiakasryhmän kohdalla. Asuinaluetta kysyttäessä asiakkaat eivät miellä itseään asunnottomiksi, vaan kertovat asuinalueeseen sen paikan missä kullakin hetkellä oleivat. Osa asiakkaista on törmännyt myös ennako-asenteisiin naapuruston taholta, joskus syystä tai syyttä. Naapurusto on painostanut asiakkaita muuttamaan pois alueelta. Asunnottomuuden syitä on monia. Osa asiakkaista on yhteiskunnasta syrjäytyneitä ja arjenhallintaan liittyvät taidot ovat usein hyvinkin puutteellisia. Asumispalvelut, joita päihteidenkäyttäjille on tarjolla, ovat suunnattu päihdehoidossa oleville ja raitistuneille henkilöille. Näin ollen päihteitä aktiivisesti käyttäville henkilöille jää majoitusmahdollisuuksiksi ensisuoajat ja mahdolliset väliaikaismajoitukset joissa on jaoteltu märkä- ja kuivapuoli erikseen. Käytännössä on kuitenkin niin, että huumeidenkäyttäjät ja alkoholistit eivät tule toimeen keskenään ja näin ollen huumeidenkäyttäjät eivät käytä ensisuoja. Hakeutuessaan asumispalveluihin huumeidenkäyttäjät vääristävät totuutta päihteidenkäytöstään saadakseen asumispaikan. Totuus tulee kuitenkin melko nopeasti esille ja asiakas jää uudelleen ilman asuntoa. Asunnottomuudella on suora vaikutus asiakkaan motiivoinnissa päihdehoitoihin ja itsensä huolehtimiselle kaikilla tasoilla. On hankala kuvitella tilannetta, jossa asiakas kävisi joka aamu korvaushoidossa rappukäytävästä käsin, puhumattaakaan muista sosiaali- tai terveydenhuollonpalveluista, joita asiakas mahdollisesti tarvitsisi. Tarvekartoituksen yhtenä osana on saattaa yleiseen tietoon kartoituksen tuloksena saadut kehittämissuositukset asumisolojen parantamiseksi.

2. ASUNNOTTOMUUS JA SEN MÄÄRITELMÄ SUOMESSA

Valtioneuvoston vahvistaman Kaste 2008 - 2011 hankkeen mukaan pitkäaikaisasunnottomuus on erityisesti pääkaupunkiseudun ongelma, tähän ongelmaan pyritään vastaamaan asumisen järjestämistä entistä räätälöidymmänä ja yksilön tarpeita huomioonottavampana. Haasteina on huomioitu pitkäaikaisasunnottomuuteen liittyvien ongelmien, kuten huumeidenkäytön mielenterveysongelmien ja hallitsemattoman päihteidenkäytön tuomat vaatimukset. Kaste ohjelman tavoitteena olikin puolittaa pitkäaikaisasunnottomien määrää. (Kaste 2008-2011.25.)

Asunnottomuuden määrittely on haastavaa, se onko ihminen koditon vai asunnoton ovat hyvin eri asioita. Nuorvalan mukaan, ydinmerkitykseltään asunnottomalla tarkoitetaan henkilöä, joka asuu tilapäismajoituksessa, hoivakodissa tai kadulla. Kodittomilla voidaan tarkoittaa henkilöä, joka on juureton. Kodilla tarkoitetaan asumisen sisältöä, elämänpiiriä ja ihmissuhteita. Asunnottomuus on jaettu kahteen eri osioon, primaariseen ja sekundaariseen asunnottomuuteen. Asunnottomuuden ollessa primaaria, se on helposti mitattavaa, koska se on tutkittua ja tilastoitua. Sekundaarinen asunnottomuus on sosiaalisesti ja kulttuurisesti sidonnaisista ja sitä on tutkittu hyvin vähän. (Nuorvala. 2008.32.) FEANTSA:n määritelmän mukaan asunnottomia ovat kaikki ketkä ovat täysin ilman asuntoa, asuvat heikoissa olosuhteissa tai ovat asunnottomuusuhan alla. (www.feantsa.org.) Suomessa tätä määritelmää ei käytetä ja erilaisista määritelmistä johtuen kansainvälinen vertailu on haastavaa. Tästä syystä EU- maissa on tehty yhtenäinen määritelmä asunnottomuudelle ja määritelmän nimi on ETHOS (European Typology on homelessness and housing exclusion). Yhtenäinen määritelmä EU-maissa oli tarpeellinen, koska tarvittiin työkalu, jolla voitaisiin kerätä vertailukelpoista tietoa, kehittää yhtenäistä politiikkaa sekä valvontaa ja toimenpiteitä EU-maiden välillä. ETHOS luokittelu on kuitenkin avoin luokitus, jossa kukin EU-maa voi vapaasti yhdistellä eri Euroopan maiden lainsäädännön määritelmiä asunnottomuudesta. ETHOS on luokitellut asunnottomat asumistilanteensa mukaisesti alakategorioihin seuraavasti.

1. katottomat - henkilöt jotka elävät kaduilla
2. asunnottomat - henkilöt, joilla on yösiija, esimerkiksi asuntolapaikka
3. asuu epävarmoissa/turvattomissa olosuhteissa - (häätöuhka, perheväkivallan pelko)
4. asuu riittämättömissä olosuhteissa - liian ahtaasti asuvat, asuntovaunussa tai laittomalla leiripaikalla.(Nuorteva.2008. 26.)

Suomessa yleisimmin käytetty määritelmä on asunnottomuus: tällä tarkoitetaan henkilöä, joka syystä tai toisesta on ilman asuntoa, taikka asuu alivuokralaisena, kavereiden tai sukulaisten luona. Vivahde-eroja kansainvälisen ja Suomalaisen asunnottomuuden määritelmän välillä on havaittavissa. Suomessa pitkäaikaisasunnottomuudesta puhuttaessa tarkoitetaan tilannetta, jossa henkilön asunnottomuus on kroonistunut tai on kroonistumisuhan alla siksi, etteivät tavanomaiset asumisratkaisut toimi tai tarpeita vastaavia ratkaisuja ole tarpeeksi tarjolla. Tämä määritelmä on hyvin laaja, mutta kuitenkin yleisimmin käytetty määritelmä kansainvälisesti. Asunnottomuus ymmärretään Euroopan maissa monisäikeiseksi ongelmaksi. Valtioneuvoston 14.2.2008 tekemän periaatepäätöksen mukaan hallitus teki pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelman 2008 -2011, jonka tavoitteena oli puolittaa pitkäaikaisasunnottomuus sekä tehostaa toimenpiteitä asunnottomuuden ehkäisemiseksi.

2.1. Asunnottomuus ja päihteet

Terveysneuvontapisteissä työskenneltäessä tuli selkeästi esille, että asunnottomuusongelmaa esiintyi melko voimakkaana terveysneuvontapisteiden asiakkaiden kohdalla. Asuinaluetta kysyttäessä asiakkaat eivät mieltäneet itseään asunnottomaksi, vaan kertoivat asuinalueekseen sen paikan missä kulloinkin oleilevat. Asunnottomuutta saatettiin hävetä. Asiakas tunsii hoitaneensa asiansa niin huonosti, ettei ole edes asuntoa. Osa asiakkaista oli törmännyt myös ennakkoasenteisiin naapuruston taholta, joskus syystä tai syyttä. Naapurusto oli saattanut painostaa asiakkaita muuttamaan pois alueelta. Painostus oli tapahtunut keräämällä nimilistoja häiritsevistä käytöksestä ja useimmiten asiakkaat tuolloin luopuivat suosiolla asunnostaan. ARA:n selvityksessä tuli esille, että kuntien ja sosiaalitoimen asuttamien yksinäisten henkilöiden asunnottomuuden syitä olivat tyypillisesti erilaiset elämänhallintaan liittyvät ongelmat, johon kuuluivat päihteet ja /tai mielenterveysongelmat sekä nuorten ajelehtiva elämäntapa. (ARA, Selvitys 2009. 5/2010. 6-7.)

Kuudennen päihdetapauslaskennan 2007, mukaan asunnottomien osuus on 8 %, lukuna tämä tarkoittaa miltei tuhatta asunnottoman asiakkaan käyntiä laskentavuorokauden aikana, lisäksi erilaisissa asuntoloissa asui 7 % asiakkaista. Asunnottomuus osoittautui huumeidenkäyttäjillä yleisemmäksi kuin muilla asiakkailla. Huumeidenkäyttäjät olivat myös iältään muita asiakkaita nuorempia, asiakkaista miesten osuus oli naisia suurempi. (Nuorvala, ym.2008.73:6.661.)

Huumeidenkäyttöön liittyneet lieveilmiöt aiheuttivat järjestyshäiriöitä asuinympäristössä ja muun muassa tästä johtuen henkilöt tulivat asunnoistaan hädetyiksi. Näitä lieveilmiöitä olivat asunnosta käsin tehtävät huumeainekaupat, jotka aiheutuivat ulkopuolisten ihmisten useista asioinneista huoneistossa myös ilta ja yöaikaan sekä päihtyneiden ihmisten kovaääninen mekkalointi, erilaiset murrot tai tihutyöt heidän pyrkiessään asuntoihin tai kellareihin. Päihteiden käytöstä aiheutuneet erilaiset mielenterveyden häiriöt, kuten psykoosit ja aggres-

siivinen käytös ja vainoharhat tulivat esille muun muassa naapureiden häirintänä ja nämä johtivat luonnollisesti asukasvalituksiin joiden seurauksena oli usein häätö. Nuorvalan mukaan, naapurusto voikin sysätä liikkeelle asunnottomuuskierteen leimatessaan yhden asukkaan sosiaalisesti ongelmaksi ja vierittämällä jollekin henkilölle vastuun toisen tekemisistä. (Nuorvala.2008.38.) Kaste 2008-2011 ohjelman mukaisesti Espoon, Helsinki ja Vantaan kaupungit tekivät aiesopimuksen valtion kanssa ja tämän tuloksena kolmannen sektorin toimijalta ostettiin asumispalveluita koko pääkaupunkiseudulle 1000:lle henkilölle. Asuntoaikat jakautuivat siten, että Helsinkiin tuli 750, Espooseen ja Vantaalle 125 asuntoa kumpaankin kaupunkiin. (Sosiaali- ja terveyslautakunta. Asianro: 3734/241/2008.) Nähtäväksi jää kuinka pitkälle tällä määrällä saadaan ratkaistua pitkäaikaisasunnottomuutta ja kuinka paljon uusia pitkäaikaisasunnottomia tulee nykyisistä asunnottomista. Vaikeaan päihderiippuvuuteen ajautunut henkilö on riippuvainen myös sosiaalisista suhteistaan ja uusia sosiaalisia suhteita tai tukiverkkoja on miltei mahdoton luoda.

2.2. Asunnottomien päihteidenkäyttäjien terveydentila

Eri toimijoiden arvolähtökohdista käsin vaihtelevat myös terveyden edistämisen määritelmät. Ihmis- ja voimavaralähtöisestä näkökulmasta katsottuna voidaan huomiota kiinnittää sosiaaliseen prosessiin. Terveysneuvontapisteissä tavoitteena on edesauttaa henkilön omaa osallistumista ja vastuuta yhteisöissä, joissa hän elää. Asiakkailta on päihteiden ongelmakäytön lisäksi mielenterveysongelmia ja sosiaalisia vaikeuksia. Fyysinen terveydentila on usein huono, johtuen huumeaineiden käytöstä. Tartuntataudit, kuten C-hepatiitti on useimmalla käyttäjällä. Vuonna 2010 tartuntatautirekisteriin ilmoitettiin 1138 uutta hepatiitti C (HCV) -tartuntaa, 66 % miehillä ja 34 % naisilla. Tämä on 88 tartuntaa enemmän kuin vuonna 2009. Uutena todettujen C-hepatiitti-tapausten määrä on ollut laskeva viimeisen vuosikymmenä aikana, mutta 2010 tapausten määrä kääntyi lievään nousuun. C-hepatiitin esiintyvyys on ruiskuhuumeita käyttävien ryhmässä niin korkea (n. 55 %), että esiintyvyyden saaminen selkeästi matalammalle tasolle on hidasta ja kestää parhaimmassakin tapauksessa vuosikymmenen, vaikka riskit saataisiinkin hallintaan. (THL. 2010.20.) Korkean esiintyvyyden katsotaankin johtuvan pistosvälineiden yhteiskäytöstä. Muulla tavoin, kuten esimerkiksi seksiteitse C-hepatiitin tarttuvuus on heikkoa. Huumeidenkäyttäjien pistosvälineistä saamien Hiv-tartuntojen määrä vuoteen 2010 mennessä oli 349. Näistä tartunnoista yli 95 % kuului samaan, vuonna 1998 puhjenneseen epidemiaan, joka alkoi pääkaupunkiseudulta, mutta johon liittyviä tapauksia todettiin myös muualla Suomessa. Kaikkiaan Hiv-tartunnat ovat suonensisäisesti huumeita käyttävien henkilöiden kohdalla pysyneet stabiilina, tartuntojen ollessa vuositasolla 1-2% kaikista Hiv-tartunnoista. (www.thl.tartuntatautilastot.)

Veriteitse tarttuvien tartuntatautien lisäksi asiakkailta on todettu eriasteisia suonitulehduksia, jotka äärimmäisissä tapauksissa ovat johtaneet raajojen amputaatioihin. Piikkihuumeiden

käyttö aiheuttaa myös iho- ja pehmytkudosinfektioita, luu- ja nivelinfektioita, endokardiittia, keuhkoinfektioita, keskushermostoinfektioita, silmäinfektioita ja yleisinfektioita. ([http://toimipaikka.a-klinikka.fi/vinkki/.](http://toimipaikka.a-klinikka.fi/vinkki/)) Asunnottomuuden ja tartuntatautien välistä yhteyttä ei ole tutkittu, joten jää oletukseksi, että riskitilanteet tapahtuvat niin sanotuissa lukuissa. Tämä käytännössä tarkoittaa, että yhteen asuntoon kokoontuu useampia käyttäjiä ja pistovälineitä käytetään yhteisesti. Arposen, ym mukaan pistämällä huumeita käyttävien keskuudessa tulehduksille altistavia tekijöitä ovat käytetyt likaiset pistosvälineet, epäpuhdas huume ja huono hygienian taso. Asunnottomuudella ja sosiaalisella syrjäytymisellä onkin arveltu olevan yhteys suurempien riskien ottamiseen ja riskitilanteisiin joutumiseen. (Arponen, ym. 2008. 16 & 111.) Koettuja terveysongelmia huumeidenkäyttäjien keskuudessa on tutkittu huumeita pistämällä käyttävien henkilöiden keskuudessa. Vuonna 2000 - 2003 terveysneuvontapisteissä tehdyn riskitutkimuksen mukaan koettuja terveysongelmia olivat suonitulehdukset, horkat, erilaiset mielenterveysongelmat ja psykoosit. Näiden lisäksi terveysongelmaksi ilmoitettiin erilaiset fyysiset vieroitusoireet. Tutkimuksessa haastateltiin kaikkiaan 493 henkilöä ja heidän asumistilanteensa myös kartoitettiin. Haastateltavista 49% asui omassa tai vuokra-asunnossa, vanhempien luona asuvia oli 18% , kavereiden luona tai asuntolassa asui 20% ja asunnottomaksi ilmoittautui 12 % haastatelluista. Tutkimuksen mukaan asunnottomien tavoittaminen onnistui huonommin kuin muiden. (Partanen, Malin, Perälä, Harju-Koskelin, Holopainen, Holmström & Brummer-Korvenkontio. 2006. 21.)

Tämä kertoo myös siitä, kuinka haastavaa on saada tietoa asunnottomien henkilöiden terveydentilasta tai heidän palveluiden tarpeestaan. On kuitenkin huomioitavaa, että edellä mainitusta tutkimuksesta ulkopuolelle jäivät ne henkilöt, jotka käyttävät huumeita muulla tavoin kuin pistämällä.

Kuudennessa päihdetapauskennassa 2007, todettiin, että peruspalveluissa terveyskeskukset olivat tavoittaneet harvemmin asunnottomia, asiakkuuksien perustuen lähinnä parempiosaisiin henkilöihin. Kaikkiaan haastavaksi on koettu arviointi siitä onko peruspalveluiden ja muun järjestelmän välinen suhde järkevä. (Nuorvala, Huhtanen, Ahtola & Metso. 2008. 73:6.665). Terveysneuvontapiste Vinkeissä ohjataan asiakas tarvittaessa peruspalveluihin, mutta leimautumisen pelko estää useimmilta asiakkailta näiden palveluiden käytön. Taustatekijöiden vaikutukset liittyen palvelukäyttäytymiseen sekä palveluidenkäyttöön voidaan jakaa päihdemaailmaan, elinoloihin sekä laittomuuteen liittyviin tekijöihin. Päihteidenkäytön seurauksena yhteiskunnasta ja sen palveluista ulosajautuminen kasaannuttaa ongelmia ja tarve selvittää ”tästä päivästä” on niin vahva, etteivät ajatukset riitä kantamaan omasta terveydestä huolehtimiseen. Törmän mukaan huono-osaisten huumeidenkäyttäjien itsestä nousseista esteistä palveluiden käyttöön, voidaan jakaa kolmeen osaan. Nämä esteet saattavat nousta asiakkaan

sosioekonomisesta tilanteesta, kuten asunnottomuudesta, päihteidenkäytön ongelmasta ja viranomaispelosta, joka johtuu tehdyistä laittomuuksista. (Törmä.2008.115.)

Terveyspalveluihin hakeutumiseen heikentävästi vaikuttavia henkilöstä itsestään lähteviä seikkoja voidaan tarkastella taulukossa 1.

Taulukko 1. Henkilön esteet itsestä huolehtimiselle

<u>sosioekonomia</u>	<u>päihteidenkäyttö</u>	<u>laittomuus</u>
- asunnottomuus	- monipäihteisyys	- viranomaispelko
- taloudellinen ahdinko	- asiointi päihtyneenä	- paljastumisen vaara muille
- haastavat lähtökohdat	- habitus	-leimautuminen
	- päihdekulttuuri	- yhteiskuntavastaisuus

(mukaeltu Törmän kuviosta. 2008.) Perälä on vastaavasti artikkelissaan tuonut hyvin esille asiakasnäkökulman liittyen huumeidenkäyttäjien avuntarpeisiin ja esteisiin, joita avun saamiselle yhteiskunnassa ilmenee. Esille nousevat huumeidenkäyttäjien näkemykset ja kokemukset palvelujärjestelmän toimivuudesta sekä tarjottujen palveluiden suhteesta verraten palveluiden tarpeisiin. Esteinä palveluiden saamiselle oli usein nähty työntekijöiden negatiivinen asenne huumeidenkäyttäjiä kohtaan sekä palveluiden riittämättömyys ja heikkolaatuisuus. (Perälä.2007.)

Yhteenvetona näkemyksistä ja kokemuksista oli, että yhteiskunnan nykyiset interventiot ovat riittämättömiä ja kankeita. Palveluiden riittämättömyyden lisäksi, hoitokulttuuri oli koettu mielivaltaiseksi ja hoitopaikat sekä asuntolapaikat oli koettu usein epäviihtyisiksi. Tämä näkyy ja tulee esille myös asiakkaiden puheissa, heidän asioidessaan terveysneuvontapiste Vinkeissä. Avuntarpeista puhuttaessa hyvinvointipoliittiselta kannalta, esille nousivat asunto ja toimeentulo yleisesti, syrjäytymisen ehkäisy ja hoitoon liittyvä psykososiaalinen tuki. Esteinä avun toteutumiselle koettiin olevan yhteiskunnassa esiintyvien negatiivisten asenteiden sekä huumeongelman määrittelyn ainoastaan yksilön ongelmaksi, jolloin interventiot ovat riittämättömiä. (Perälä.2007.)

2.3. Päihteidenkäyttö ja mielenterveysongelmat

Päihteidenkäyttö ja mielenterveysongelmat kulkevat usein käsi kädessä. Haastavampaa on pohtia, kumpi on ilmennyt ensin. Johtuuko päihteidenkäyttö mielenterveysongelmista. Onko huumeidenkäyttö alkanut masennuksen ja ahdistuksen lääkitsemisellä, vai onko ahdistus ja masennus tullut huumeidenkäytön seurauksena. Viime vuosina onkin havaittu, että sellaisten päihdeongelmaisten määrä on lisääntynyt, joilla on päihdeongelman lisäksi vakavia mielenterveysongelmia, persoonallisuushäiriöitä, skitsofreniaa ja aggressiivisuusproblematiikkaa. Yleisimpiä mielenterveysongelmia ovat, masennus, ahdistuneisuus, erilaiset tunne-elämän ongelmat, unettomuus ja itsetunnon heikentyminen. (Inkinen, Partanen & Sutinen. 2000. 202.)

Päihteidenkäytöstä ja siihen liittyvistä mielenterveydenongelmista kärsiville henkilöille on suuri haaste asua itsenäisesti. Joissain tapauksissa henkilö ei itse tiedosta avun ja tuen tarvetta ja tuolloin seurauksena saattaa pahimmillaan olla asunnon menetys ja pitkäaikaisasunnottomuus. Arposen ym, mukaan asiakkaiden arkielämän ongelmana koettiin enemmänkin päihderiippuvuus kuin mielenterveysongelmat ja asiakkaat ovat tuoneet esille avunsaannin päihdeongelmaansa. Asiakaskunnissa tiedettiin olevan paljon mielenterveysongelmia, mutta oliko se seurausta vai ensin syntynyt ongelma, ei voida sanoa. Useimmat asiakkaat taustat ovat hyvin traumaattisia ja tästäkin on katsottu aiheutuneen vakavia mielenterveyden ongelmia. (Arponen, ym. 2008. 93.)

3. HUUMEIDENKÄYTTÖ JA HUUMEPOLITIIKKA SUOMESSA

1960-luvulla Suomessa tapahtui päihteidenkäytössä muutos, globaali nuorisokapina levisi myös Suomeen. Tämä näkyi kannabiksen käytön lisääntymisenä. Yleisesti puhutaankin ensimmäisen aallon tulemisesta jolloin huumeidenkäyttö kasvoi pienten marginaaliryhmien ulkopuolelle. 1990-luvun puoliväli oli aikaa, jolloin huumetilanne Suomessa paheni. Negatiivinen tilanne näkyi huumeekokeilujen, terveyshaittojen, rikollisuuden, kuolleisuuden, sairauksien takavariointien lisääntymisenä. Salasuon mukaan tuolloin alkoi niin sanottu toinen huumeaalto, jolloin huumeidenkäytöstä tuli yleisempää kuin koskaan aiemmin. (Salasuo.2004.5.)

Tilanteen tasaantuminen huumeiden käytössä ja siihen liittyvien terveyshaittojen kohdalla tapahtui 2000-luvun vaihteen jälkeen. Ongelmakäytössä kasvu tapahtui pari vuotta muita maita myöhemmin. (Rönkä & Virtanen.2009)Euroopan huumeaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus EMCDDA on määritellyt huumeiden ongelmakäytön olevan suonensisäistä huumeidenkäyttöä tai opiaattien, kokaiinin, ja/tai amfetamiinin säännöllistä / pitkäaikaista käyttöä.

Taulukko 2. Suomen huume politiikka ja - ongelma.

	ongelman määrittely	huume politiikan painopiste
1900-	lääketieteellinen	terveydenhuolto → lääkärit, reseptit, lääkeluettelot ja hoito
1960-1970-	nuoriso-ongelma	rikosoikeudellinen kontrolli → poliisi, rikoslaki, rangaistus, ennaltaehkäisy
1990-2000	järjestäytynyt rikollisuus, riippuvuus ja ongelmakäyttö, kansanterveyden ongelma	rikoskontrolli, hoito ja haittojen vähentäminen → rahanpesun kriminalisointi, omaisuuden konfiskointi, uudet tutkintakeinot, rangaistuksen korvaaminen hoidolla, hoidon kehittäminen, neulojen vaihto-ohjelma

(Mukaeltu Tuukka Tammen kuviosta 2007.)

Suomessa arvioidaan huumeaineiden ongelmakäyttäjien määrä opiaattien ja amfetamiinien käyttäjien määrällä. Näin ollen ne henkilöt, jotka käyttävät eri aineita sekaisin tai jotain muuta kuin opiaatteja tai amfetamiinia ei lasketa ongelmakäyttäjiksi. Vuonna 2005 ongelmakäyttäjien määrä oli 14500 -19100. Amfetamiinien ongelmakäyttäjien osuus oli 4/5. Sukupuolijakauma osoitti miesten osuuden olevan 80 %. 25 -34-vuotiaat muodostivat suurimman ongelmakäyttäjien ryhmän. (Arponen,ym. 2008.11.)Terveysneuvontapisteiden asiakkaissa sekakäyttö näkyy muun muassa buprenorfiinin, alkoholin ja erilaisten diatsepamien yhteiskäyttönä. Myös erilaiset amfetamiinijohdannaiset lääkkeet, joita asiakkaat itse valmistavat ovat suuressa nousussa. Tästä esimerkkinä MDPV, joka vuonna 2011 luokiteltiin huumeaineeksi. Huumeidenkäyttäjien oma arvio sekakäytöstä on kirjava. Useimmat asiakkaista eivät miellä sekakäyttöä, vaikka saattavat keskusteluissa tuoda esille käyttävänsä useita eri huumeaineita, alkoholia ja lääkkeitä. Tyypillistä suomalaiselle huumeaineiden ongelmakäytölle onkin oheiskäyttö, jossa alkoholilla on oheispäihteenä vahva rooli buprenorfiinin ja amfetamiinin rinnalla. (Rönkä & Virtanen. 2009.62).

Huumausainepoliittisilla linjauksilla on suuri merkitys päihteitä käyttävien henkilöiden sijoittumisessa yhteiskuntaamme ja sen palveluihin. Asumiseen ja asunnottomuuteen kohdistuvat vaikutukset näkyvät muun muassa kielteisenä asenteena, huumeidenkäytön ollessa rikollista toimintaa voidaan tähän rikolliseen toimintaan ja päihteidenkäyttäjää ei saa sosiaalitoimen puoltolausuntoa asuntoa tarvitessaan vaan hänen odotetaan raitistuvan puoltolausunnon ja asunnon saamiseksi. Osmo Kontulan (1998.181.) mukaan huume politiikan määritelmä tarkoittaa ”tavoitteellisia yhteisöllisiä tai yhteiskunnallisia ohjelmia ja toimia, joiden tarkoituksena on vaikuttaa yksilöiden huumeidenkäyttöön ja sen aiheuttamiin seurausilmiöihin”.

Huume politiikka voidaan jakaa kolmeen osaan seuraavanlaisesti:

- huume poliittinen retoriikka, joka tarkoittaa julkista keskustelua ja puhetapaa
- formaali politiikka, joka tarkoittaa virallista julkilausuttua valtiollista huume politiikkaa
- politiikan soveltaminen käytäntöön, eli hoito- ja kontrollitoiminta sekä ennaltaehkäisy käytännössä

3.1. Yleinen hyvinvointipolitiikka

Yleisen hyvinvointipolitiikan ajatuksena on ennaltaehkäisevä työ jolla pyritään vaikuttamaan huume kokeiluihin vähentävästi. Ennaltaehkäisevän työn lisäksi pyritään huumeidenkäyttöä vähentämään luomalla toimintaohjelmia päihdehoitojen kehittämiseksi ja toteuttamiseksi. Yleisellä hyvinvointipolitiikan toimintaohjelmilla vaikutetaan siis ennaltaehkäisevästi ja hoitopainotteisesti. Kaukonen ja Hakkarainen tuovat esille päihde palveluiden sijoittumisen suhteessa muihin palveluihimme yhteiskunnassa. Päihde palveluita saavat henkilöt kuuluvat niin sanottuun marginaaliryhmään vähäisen määrän vuoksi. Näin ollen myös päihde palvelut sijoittuvat yhteiskunnassamme reuna-alueille. (Kaukonen & Hakkarainen. 2002.138.) Taloudelliset resurssit kohdennetaan mieluiten suurempien ryhmien palveluihin. Yhteiskuntamme on juuri niin vahva kuin sen huonoiten voiva lenkki pitää. Arvokeskusteluja käydään yleisesti, mutta päihde ongelmien hoidon suunnittelu ja seuranta yrityksistä huolimatta on jäänyt heikoksi. Kieltämättä kyseessä on haastava problematiikka, joka vaatii kärsivällisyyttä ja asiantuntijuutta auetakseen. Pitkistä laitoshoidoista luovutaan ja yhä enenevässä määrin luotetaan avopalveluihin. Tämä ei kuitenkaan useimman henkilön kohdalla toimi. Päihde ongelmasta selviytyäkseen henkilö tarvitsee useimmiten pitkän laitoshoidon, jonka jälkeen tarvitaan avohoidon palveluita raittiuden tukemiseksi.

Nykypolitiikan mukaan henkilö voi päästä noin kahden viikon katkohoitoon, jonka jälkeen hän voi ehkä päästä laitoshoidon. Usein asiakkaat keskeyttävät katkaisuhoidot ennen sovittua

aikaa ja näin ollen se pieni mahdollisuus laitoshoitoon pääsystä kariutuu tähän. Niin palveluntuottajat kuin asiakkaat turhautuvat tilanteeseen, jossa katkaisuhoidoyrityksiä saattaa hyvin olla jo useita kymmeniä. Henkilöillä on keskeytyneistä hoidoista huolimatta vakaa aie raitistua, mutta päihdeproblematiikka on erittäin haastava ja henkilö tarvitsee paljon tukea ja ammattilaisten apua selviytyäkseen ongelmastaan. Tämä luo palveluidentuottajille paineita edelleen kehittää palveluita samanaikaisesti resurssien pienentyessä. Kunnat ja kaupungit ostavat päihdepalvelut eri tuottajilta, mikäli eivät tuota palveluita itse. Järjestöjen osuus päihdepalveluiden tuottajana on suuri. Yhteinen näkemys asianmukaisesta hoidosta ja siitä aiheutuvista kustannuksista ei aina ole itsestään selvä. Tiukentuneessa taloustilanteessa palveluidenostaja haluaa vaikuttaa palveluiden sisältöön merkittävästi. Palveluidentuottajilla on kuitenkin vankka kokemus ja asiantuntijuus asiakkaiden tarpeista ja ne eivät välttämättä sovi yhteen palveluidenostajan näkemysten kanssa.

3.2. Haittoja vähentävä huume politiikka (Harm reduction)

Haittoja vähentävässä huume politiikassa pyritään sananmukaisesti vähentämään huumeidenkäytöstä aiheutuvia haittoja. Konkreettisesti tämän ilmenee neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmana. Vaihto-ohjelman tarkoituksena on vähentää ja ennaltaehkäistä veriteitse leviävien tartuntatautien leviäminen. Terveysneuvontatoiminnassa toteutetaan neulojen ja ruiskujen vaihdon lisäksi terveysneuvontaa. Haittojen vähentäminen on pragmaattinen lähestymistapa, jossa painopiste on huumeidenkäyttäjälle, yhteisölle ja yhteiskunnalle huumeidenkäytöstä aiheutuvien haittojen pitäminen mahdollisimman vähäisinä. Käytännötyössä tämä tapahtuu huumeiden vähäriskisempiä käyttötapoja edistämällä ja käytettyjen aineiden turvallisuutta säätelemällä. Huumeidenkäytöstä johtuvia torjuttavia haittoja ovat edellä mainittujen terveyshaittojen lisäksi huume kuolemat, ala-kulttuurien voimistuminen, rikollisuus ja huume kuolemat. Haittojen vähentämistä toteutetaan myös huumeidenkäyttäjien lääkkeellisellä korvaushoidolla, jota toteutetaan myös niin sanotulla matalalla kynnyksellä. (Tammi. 2007. 256). Haittoja vähentävä politiikka on realistista politiikkaa, joka osoittaa, että on ymmärretty huumeidenkäyttäjien olevan osa yhteiskuntamme jäseniä. On henkilöitä, jotka haluavat raitistua ja henkilöitä, jotka haluavat käyttää huumeaineita. Kaikille yhteiskuntamme jäsenille tulee olla heidän tarvitsemansa palvelut. Tällä politiikalla toteutetaan yksilöiden yhdenvertaisuutta ja tasa-arvoa. Yhteiskuntamme palveluissa rahalla on suuri merkitys. Haittoja vähentävällä politiikalla saavutetaan myös säästöjä muun muassa erikoissairaanhoidon puolella, puhumattakaan inhimillisistä kärsimyksistä aiheutuneista säästöistä. Huumeita käytävillä henkilöillä on paikka jonne tulla (terveysneuvontapisteet) ja jossa he saavat tarvitsemansa palvelun, palvelun sisältö voi vaihdella vähemmän haitalliseen käyttöön opastuksesta, hoitoonohjaukseen tai muuhun arjen toimintaan. Haittojen vähentämisellä on saavutettu muun

muassa HIV - sekä A- ja B-hepatiittitartuntojen väheneminen piikkihuumeita käyttävien henkilöiden joukossa. Kokemukseni onkin, että ensisijainen tarve huumeidenkäyttäjillä, kuten muillakin ihmisillä, on tulla kuulluksi, ymmärretyksi ja hyväksytyksi. Terveysneuvonnan tehtävänä on paitsi kaikkien edellä mainittujen tarpeiden huomioiminen, myös tuoda asiakaidemme ääntä kuuluviin muille palveluiden tuottajille ja palveluiden kehittäjille. Törmän mukaan Suomessa haittojen vähentäminen on hyvin asettunut osaksi huumepolitiikkaamme ja myös käyttäjät ovat ottaneet sen omaksi palvelukseksi (Törmä.2009.117).

Huumepolitiikalla on suuri vaikutus siihen, kuinka ja mihin huumeidenkäyttäjät palveluissamme asettuvat. Kokonaiskieltopolitiikka leimaa ja syrjäyttää huumeidenkäyttäjät yhteiskunnasta. Valtaväestössä ja mediassa ei välttämättä nähdä huumeidenkäyttäjää ihmisenä, jolla on mahdollisesti ongelma, vaan henkilönä, joka toimii rikollisesti käyttäessään huumeita. Näin ollen huumeita käyttävä henkilö ei ole yhteiskuntakelpoinen eikä myöskään ”ansaitse” yhteiskunnan palveluita saati asuntoa, jossa rikollista toimintaansa voisi jatkaa. Haittoja vähentävä huumepolitiikka tuo huumeidenkäyttäjän hieman lähemmäksi yhteiskuntaamme ja myös mahdollistaa yleisen ilmapiirin inhimillisemmäksi ja mahdollistaa palveluiden edelleen kehittämisen matalammalla kynnyksellä. Näin ollen myös huumeita käyttävän henkilön hakeutuminen palveluihin helpottuu hieman.

4. ASUNNOTTOMUUS PÄÄKAUPUNKISEUDULLA

ARA:n tekemään Asunnottomat 2009 selvitykseen osallistui kaikkiaan 304 kuntaa. Selvityksen mukaan koko maassa oli vuoden 2009 marraskuun puoliväliin mennessä 8150 yhden hengen taloutta ja noin 320 perhettä ilman asuntoa. Koko valtakuntaa tarkasteltaessa asunnottomat koostuivat suurimmaksi osaksi miehistä, naisten osuuden jäädessä alle viidennekseen. Nuorista alle 25- vuotiaista koostuva osuus oli alle viidenneksen. Selvityksen mukaan nuorten ja naisten osuudet olivat nousseet vuoteen 2008 verrattaessa. Tarkasteltaessa selvityksen kaupunkikohtaisia osioita ilmeni, että Helsingissä yksinäisiä asunnottomia henkilöitä oli 3465 ja Espoossa vastaava määrä oli 540 henkilöä, näistä 86 oli alle 25-vuotiaita. Helsingissä kunnan ja sosiaalitoimen vuoden 2009 asuttamia yksinäisiä henkilöitä oli 887, joista 106 olivat pitkäaikaisasunnottomia. Espoossa vastaavasti asutettiin 218 henkilöä, joista pitkäaikaisasunnottomia oli 63 henkilöä. Asunto ensin, raportin mukaan asunnottomuuden kasvuun ovat vaikuttaneet vuokra- ja tukiasuntojen vapautumisen vähentyminen. Raportissa mainittiin myös opiskelijoiden ja nuorten työikäisten kasvaneen muuttoliikkeen vaikutus asunnottomuuden nousuun.

Asunnottomien tilastoissa ilmenee ristiriita ARAn ja ja Asuntoensin tilastojen välillä. Ristiriita näkyy Helsingin tilastoissa koskien 2009 raporttia, jonka mukaan Helsingissä olisi 3465 yksinäistä asunnotonta ja heistä 1485 henkilöä olisi pitkä-aikaisasunnottomia. Nämä ovat eri lukuja, mitä Helsingissä kunnan ja sosiaalitoimen antamat luvut. (ARA, Asunnottomat 2009. Selvitys 5/2010.3-6).

Aran 15.11.2011 tutkimuksen mukaan tilanne on helpottunut hieman vuodesta 2009. Uusimman asuntomarkkinaselvityksen mukaan Espoossa yksinäisiä asunnottomia on 624, joista pitkäaikaisasunnottomien määrä on 336, yksinäisiä asunnottomista oli saatu asutettua 171 henkilöä. Helsingissä yksinäisten asunnottomien määrä oli 3400, joista pitkäaikaisasunnottomia oli 1240. Asutettujen yksinäisten henkilöiden määrä oli 906. (ARA:n asuntomarkkinaselvitys. 15.11.2011.)

Perustuslaissa on todettu, että jokaisella kansalaisella on oikeus sosiaaliturvaan ja että julkisen vallan tehtävänä on edistää jokaisen oikeutta asuntoon sekä tukea asumisen omatoimista järjestämistä. (Suomen perustuslaki 731/1999.)

5. TUTKIMUSKYSYMYKSET, AINEISTONKERUU JA TUTKIMUSMENETELMÄT

Kartoitus toteutettiin kyselylomakkeella, jossa oli suljettuja sekä avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeet olivat kaikissa Espoon viidessä terveysneuvontapisteessä noin kahden kuukauden ajan asiakkaiden täytettävissä. Ajanjaksoksi kaksi kuukautta valittiin siksi, että toimipisteet ovat vain kerran viikossa auki kolmen tunnin ajan ja näin ollen kaikkia asiakkaita ei välttämättä tavoitettu lyhyemmällä ajanjaksolla. Helsingin kahdessa toimipisteessä kyselyt olivat kaksi viikkoa, johtuen siitä, että toimipisteet ovat arkipäivisin auki neljä tuntia. Kyselylomakkeen (kts Liite 1.) avulla saatiin selville asiakkaiden nykyinen asumistilanne sekä asumispalveluiden tarve Espoossa ja Helsingissä. Kysymykset tuleekin tehdä siten, etteivät ne ole johdattelevia eivätkä tuottaisi tutkijan odottamia vastauksia, vaikka tutkijalla olisikin hypoteesi, jolle hän hakee tutkimuksellaan tukea. (Mäkinen. 2006.93.) Seuraavien tutkimuskysymysten avulla pyrittiin selvittämään a) minkälainen asumistilanne asiakkailla oli, b) mitä asioita tulisi ottaa huomioon asumispalveluita suunniteltaessa, c) minkälaiset asumispalvelut tukevat päihitteidenkäyttäjien elämänhallintaa. Vastaajat saivat vapaamuotoisesti kertoa mielipiteensä nykyisestä tilanteestaan sekä kokemuksensa siitä, minkälaista tukea hän tarvitsi tai saa asumistilanteensa parantamiseksi. Vastausten avulla pyrittiin tarvittaessa kehittämään Terveysneuvontapisteissä tapahtuvaa sosiaalineuvontaa ja tukea liittyen asunnonhakuun sekä luomaan yhteistyöverkoja asumispalveluiden tuottajien kanssa. Asiakkaat saivat vastata lomakkeeseen rauhassa ja työntekijöitä oli opastettu auttamaan asiakkaita heidän halutessaan apua

vastaamiseen. Kyselyt noudettiin toimipisteistä kyselyajan umpeuduttua ja kyselyiden sisältö analysoitiin. Kyselylomakkeen käyttöön päädyin sen toteuttamistavan helppoudella, asiakkaan oli miellyttävä täyttää lyhyt kyselykaavake, johon hän halutessaan sai työntekijältä apua. Henkilökohtainen haastattelu saattaa tuntua asiakkaasta aikaa vievältä ja anonyymiyden toteutuminen saattaa tuntua uhatulta. Aaltolan ja Vallin mukaan kyselylomakkeessa laadinnassa tulee pohtia tarkkaan kysyttävät kysymykset ja huomioida kysymysten määrä ja pituus, niin että vastaaja tuntee osallistumisen mielekkääksi. Tutkijan käyttäessä kyselylomaketta hän ei myöskään vaikuta olemuksellaan tai läsnäolollaan vastauksiin. (Aaltola, & Valli. toim.2001. 100 -101.) Kyselylomake sisälsi suljettuja ja avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeita jaettiin Helsingin ja Espoon Terveysneuvontapisteisiin kaikkiaan 520. Näistä 400 oli Helsingin toimipisteissä, johtuen heidän suuremmista asiakasmäärästään ja päivittäisistä aukioloajoistaan. Voidaankin miettiä, oliko otos riittävä, kun pelkästään Espoossa on viranomaisten arvion mukaan noin kolmetuhatta huumeidenkäyttäjää. Espoossa Terveysneuvontatoiminta tavoitti vuonna 2011 noin 840 eri huumeidenkäyttäjää, vastaavasti Helsingissä niin huumeidenkäyttäjien kuin Terveysneuvonnan asiakasmäärät ovat huomattavasti suuremmat. Huomioitavaa kuitenkin on, että samat asiakkaat käyttävät niin Espoon kuin Helsingin palveluita yli kuntarajojen. Kaukonen mukaan juuri päihdeongelmiin liittyvä sosiaalipoliittinen tieto välittyy pääosin palveluiden kautta ja näin ollen tiedonsaanti on niukkaa koskien ihmisten asuinolosuhteita. Huomiotta jäävät ne ihmiset, jotka eivät hakeudu minkäänlaisten palveluiden piiriin. (Kaukonen 2000.149). Tarvekartoituksessa esiin nousseet mahdolliset kehittämistarpeet sekä asunottomien määrä annetaan tiedoksi Espoon ja Helsingin kaupungin asumis- ja päihdepalveluista päättävälle henkilölle sähköpostitse.

6.AINEISTON ANALYSOINTI

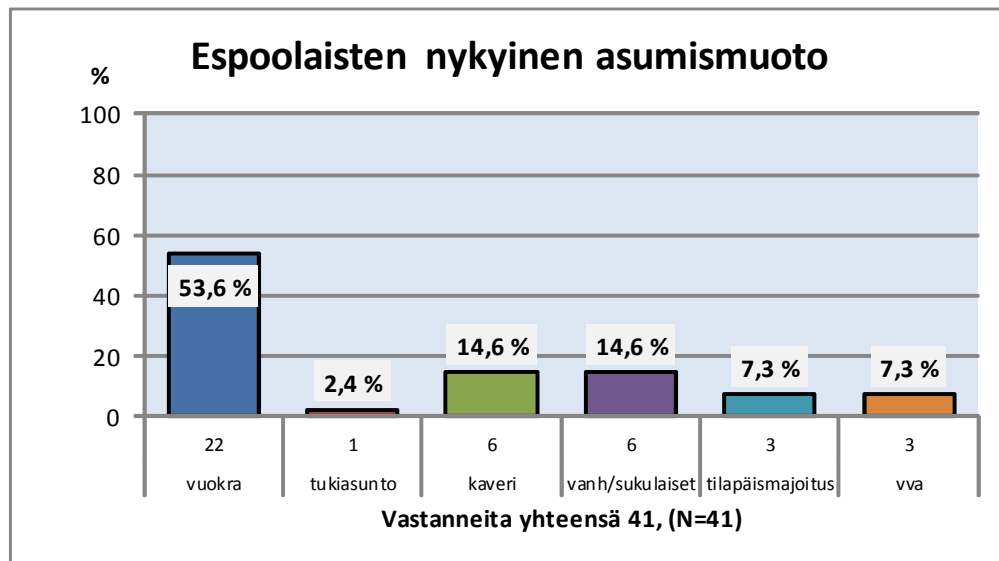
Opinnäytetyöni sisältää kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia elementtejä. Alasuutarin mukaan, kvalitatiivista ja kvantitatiivista analyysia on mahdollista soveltaa samassa tutkimuksessa. (Alasuutari.1999.32). Kvantitatiivisessa osassa tutkin, kuinka moni vastaajista oli asunnoton ja kuinka moni heistä haki tutkimushetkellä asuntoa aktiivisesti. Tätä perustelen sillä, että aiheesta ei ole tarkkaa tietoa. Epäselväksi on myös jäänyt se, kuinka moni asunottomista hakee asuntoa ja jos ei hae niin mistä syystä. Kertooko se vapaudenhalusta vai alentuneesta kyvystä hoitaa asioita. Tarvekartoituksen avulla pyrittiin saamaan myös tietoa siitä, minkälaista apua/tukea henkilöt tarvitsivat asumisasioidensa hoidossa sekä minkälaisia asumispalveluita vastaajat kokivat tarvitsevansa. Virtasen mukaan on tutkijan on huomioitava erityisen tarkasti arvioinnin eri intressiryhmien tarpeet ja toiveet suunnitelleessaan arviointiasetelmaa ja tiedonkeruumallia. (Virtanen. 2007, 39.)

Lähtökohtanani oli induktiivinen ajattelutapa. Induktiivisen ajattelun takana on ympäristössä tehdyt havainnot ja havainnon todentaminen tutkimuksin. Induktiivisen ajattelutavan heikkoutena voidaan pitää sitä, että tarkemmat havainnot saattavat kumota tutkimushypoteesin. Opinnäytetyössä tämä näkyi muun muassa sillä, että asunnottomia henkilöitä oli oletettua vähemmän. Työssäni Terveysneuvontapisteessä olen havainnut ja osa asiakkaista on tuonut esille asunnottomuuden olevan yleinen ongelma asiakasryhmässämme. Holopaisen, Tenhusen ja Vuorisen mukaan, tilastollisessa tutkimuksessa voidaan käyttää induktiivista tai deduktiivista ajattelutapaa. (Holopainen, Tenhunen, Vuorinen. 2004.12.) Aineiston analysointi tapahtuu kvantitatiivisin ja kvalitatiivisin menetelmin. Kartoituksen kvalitatiivinen osio tulee esille kysyttäessä, minkälaisia asumispalveluita vastaaja kokee tarvitsevansa ja kokeeko vastaaja saavansa tukea ja apua asumistilanteensa parantamiseksi. Kvalitatiivisen osion purkamiseen käytän sisällön analyysiä. Kvalitatiivisen aineiston analysointi tapahtuu Grönforsin mukaan osittain samanaikaisesti aineistonkeruun kanssa. Aineiston analyysissä yhdistyvät analyysi ja synteesi. Analyttisen prosessin avulla kerätty aineisto pilkotaan käsitteellisiksi osiksi ja synteessin avulla saadut osiot kootaan tieteellisiksi johtopäätöksiksi. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara ohjeistavat myös opiskelijaa aineiston analysointiin osittain samanaikaisesti aineiston keruun kanssa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2001. 208).

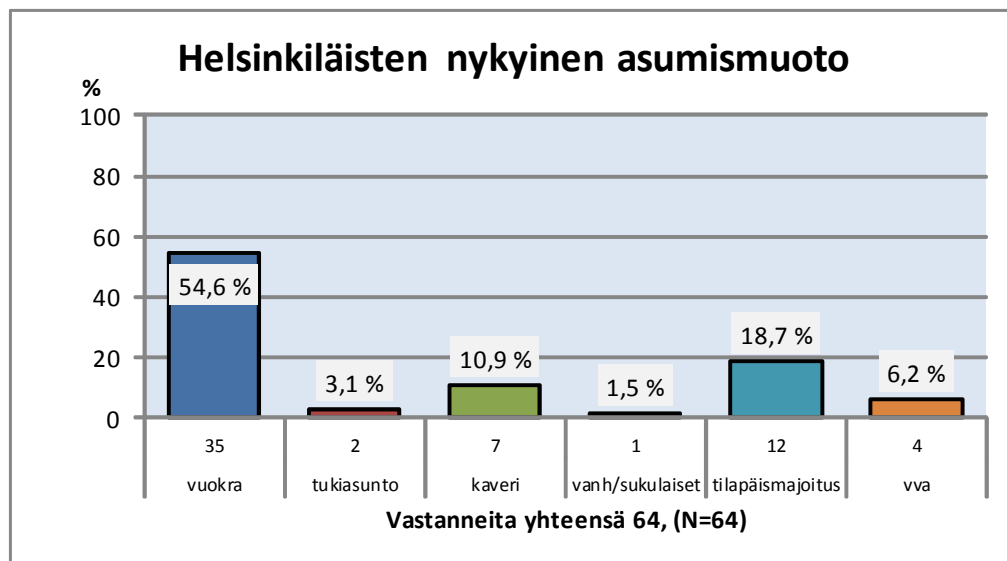
7. TUTKIMUSTULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Kaikkiaan kyselyihin vastasi 172 henkilöä eli 33 %. Vastaajien oleskelu/asuinpaikat koostuivat Espoosta (41kpl) 23 %, Helsingistä (63 kpl) 36 %, vastauksista (21 kpl) 12 % koostui muualla Suomessa asuvista ja (47kpl) 27 % ei vastannut kysymykseen. Näistä vuokra-asunnossa asuvia oli (96kpl)55 % vastaajista. Kaverin luona asuvia oli (33kpl) 19 % vastaajista, vanhempiensa /sukulaisten luona asui (14kpl) 8 % vastaajista, tilapäismajoituksessa (17kpl) 9 % vastaajista, tukiasunnossa asui (2kpl) 2 % vastaajista, (9kpl) 5 % vastaajista ilmoittivat olevansa vaille vakinaista asuntoa ja asuvansa missä milloinkin. Vastaajista (3kpl) 1 % ei täyttänyt vastausta kysyttäessä asumismuotoa. Taulukossa 3 A. näkyy eriteltyinä Espoolaisten ja taulukossa 3 B. Helsingiläisten vastaajien nykyinen asumismuoto ja asuin/oleskelupaikka, niiltä osin kuin niitä oli kyselylomakkeissa ilmoitettu.

Taulukko 3 A. Espoolaisten nykyinen asumismuoto

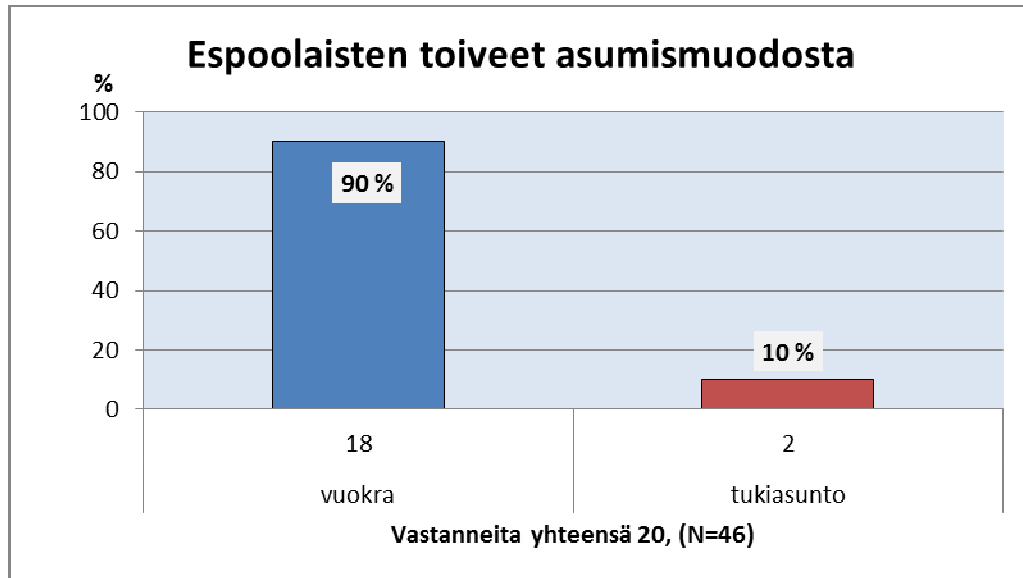


Taulukko 3 B. Helsinkiläisten nykyinen asumismuoto

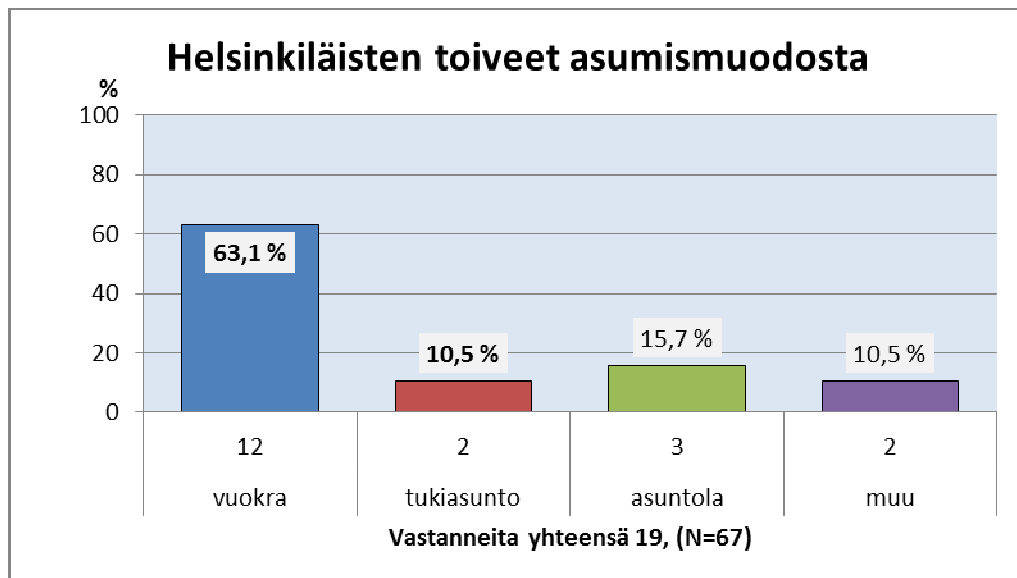


Yllättävää tutkimustuloksissa oli vuokralla asuvien määrä, joka kyseenalaisti hypoteesin siitä, että asunnottomia olisi löytynyt enemmän Vinkkien asiakkaista. Vuokralla asuvien määrä asuinpaikasta riippumatta oli yhteensä 93. Huomioitavaa on, että 520 kyselylomakkeesta saatiin ainoastaan 172 analysoitavaksi, eli kokonaisvastausprosentiksi jäi 33 %. Tämä jättää pohdittavaksi, mikä tulos olisi ollut, jos kaikkiin kyselylomakkeisiin olisi vastattu

Taulukko 4 A. Espoolaisten asumistarpeita vastaava asumismuoto



Taulukko 4 B. Helsinkiläisten asumistarpeita vastaava asumismuoto



Espoolaisista että Helsinkiläisistä vastaajista 30, ilmoittivat asumismuodoista vuokra-asunnon palvelevan heidän tarpeitaan, 2 vastaajista ilmoitti jonkun muun kuin vuokra-asunnon tai tukiasunnon palvelevan tarpeitaan, nämä vastaajat eivät kuitenkaan tarkentaneet mikä asumismuoto olisi heille parhain. Kahdessa kyselyssä ei oltu vastattu kyseiseen kohtaan ja 1 vastaajista ilmoitti hänelle sopivan minkä asumismuodon tahansa käyvän, kunhan saa asunnon. 4 vastaajista totesi tuki-asunnon olevan heille parhaimman vaihtoehdon ja 3 vastaajista halusi asuntolapaikan. Tutkimustuloksissa nousi esille, että suurin osa vastaajista toivoivat

omaa vuokra-asuntoa. Tämä kertoo myös siitä, että tukiasuntoja kohtaan esiintyi kontrollinpelkoa sekä toisaalta suurien asumisyksiköiden aiheuttamaa leimaantumisen pelkoa. Osa vastaajista myös toi esille turvattomuudentunteen, joka liittyi päihteidenkäytöstä aiheutuviin lieveilmiöihin asumisyksiköissä. Haasteena palveluiden tuottajilla onkin saada aikaan pieniä inhimillisiä asumisyksiköitä. Integroiminen kerrostaloihin on asukasystävällisempää ja tukee asukasta mahdolliseen raitistumiseen hänen niin halutessaan paremmin kuin suuret asumisyksiköt.

Tarvekartoituksen avulla pyrittiin myös selvittämään mitä seikkoja tulisi ottaa huomioon asumispalveluja suunniteltaessa. Tähän kysymykseen vastasi vain muutama henkilö, joten asiakkaan ääni jäi juuri tämän tutkijan mielestä mielenkiintoisimman kysymyksen kohdalta vajaaksi. Laadullisessa tutkimuksessa ei aina ole löydettävissä mitään väistämättä esiin nousevaa totuutta, joka voitaisiin esittää tutkimuksen tuloksena ja kuvauksena.

(Aaltola & Valli. 2001.79.)

Vastauksissa tuli esille että osa vastanneista tunsii tukiasumiseen liittyvän valvonnan ja yhteisöllisyyden tukevan omaa asumistaan. Osalla vastaajista ei ollut asunnonhaku vireillä ja syyt tähän olivat moninaiset. Tällaisia syitä olivat muun muassa hakemuksen vanhentuminen, tulevat vankilatuomiot tai hoitoon meno. Monista vastauksista nousi esille toivottomuus ja oma jaksamisen puute toimia asioiden eteenpäin viemiseksi. Tämä tuli esille usein lauseilla : ”Ei kannata”, ”turhaan”, ”tuntuu ettei sitä saa”, ”ei tapahdu kuiteskaan mitään” ” ei jak sa”.

Esteet asunnon hakemiselle

Alakategoria	Yläkategoria
jaksamattomuus/toivottomuus (10kpl)	asunnottomuus
hoitoon/vankilaan meno (3kpl)	
Taloudelliset esteet (30kpl)	
kiire (3kpl)	
nykyinen asumistilanne ystävien/sukulaisten luona hyvä (6kpl)	

Kysymyksessä 6. kartoitettiin syitä, miksi vastaajat eivät ole hakeneet asuntoa. Tämän jälkeen pelkistetyt ilmaiset luokiteltiin alakategoriaan, joita kertyi yhteensä 5. Yläkategoriana eli yhdistävänä tekijänä oli, ettei vastaajilla kyselyhetkellä ollut asuntohakemus vireillä

Asuntolassa/väliaikaisessa majoituksessa asuvista henkilöistä osa koki nykyisen asumismuotonsa hidastavan oman asunnon saantia. Useista vastauksista tuli ilmi taloudellinen ahdinko, vanhat vuokratästit, luottotietojen menetys ja kyvyttömyys maksaa kalliita vuokria koettiin esteenä asunnon saamiselle.

Asumispalveluita suunniteltaessa tulisi ottaa huomioon henkilöiden erilaiset tarpeet. Velka-neuvojia ja asumisohjaajia ovat suuressa roolissa taloudellisessa ahdingossa olevan henkilön asumisen ja arjenhallinnan tukemisessa. Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmassa ja etenkin kuntien kanssa tehdyissä sopimuksissa puhutaan paljon tietyistä erityisryhmistä, joita kuvataan myös käsitteellä ”vaikeasti asutettavat”, joka jo käsitteenä tuottaa samanlaista toiseutta kuin aikaisemmin paljon käytetty ”asumiskyvyttömät”. Heitä varten tarvittaisiin erityisen räätälöityjä ratkaisuja, mutta samalla rakenteita haluttaisiin keventää. (Karjalainen & Viljanen.2009.39.) Kysymys 5 (minkälainen asumismuoto palvelee tarpeitasi?) analysoitaessa, jätettiin pois sellaiset kyselylomakkeet, joissa vastaajilla oli vuokra-asunto. Mikäli vastaajalla oli vuokra-asunto, mutta hän oli vastannut kysymykseen 5, tukiasunto tai muu - mikä, otettiin lomake analysoitavaksi myös koskien kysymys 7 (kerro mielipide nykyisestä tilanteesta sekä minkälaista tukea koet saavasi/tarvitsevasi) vastausten kohdalla. Tällä kysymyksellä haluttiin selvittää, miksi vastaaja haluaa tuki- tai muunlaista asumispalvelua vaikka hänellä on oma asunto. Muutamassa lomakkeessa tuli esille, että vuokralla asuva henkilö koki yhteisön ja tukiasunnon palvelevan paremmin tarpeitaan, kuin nykyinen asumismuoto. Vastaajista osa koki ystävän/sukulaisten luona asumisen niin hyväksi, etteivät he tunteneet tarpeelliseksi hakea asuntoa kyselyn hetkellä.

Kysyttäessä mielipidettä nykytilanteesta ja tuen tarpeesta, vastauksista nousi voimakkaasti esille heikko taloudellinen tilanne ja siihen tuen tarvitseminen. Vastaajista (35kpl) 20 % olivat tyytymättömiä nykytilanteeseensa. Usko yhteiskuntaan ja sen palveluihin oli erittäin heikkoa. Tämä tuli esille vastauksista seuraavanlaisesti: ” En saa tukea. enkä oikein usko, että kukaan pystyy asian vaikuttaa muuten kuin olevana tiellä raivattavana alta pois”. ”Paska paikka en saa tukea”. ” Kukaan ei voi muka vaikuttaa”. Omaa vastuutaan asioiden hoitoon/hoitamatta jättämiseen nähnyt kuin pieni osa vastaajista. Tämä tarkoittaa, että oma huono tilanne selitettiin johtuvan sosiaalivirkailijoiden tai muiden viranomaistahojen toimimattomuudella.

Täsmällisiä vastauksia siihen, minkälaista tuen ja avun tulisi olla, ei siis saatu. Näin ollen kartoitus jäi vajaan haettaessa vastausta siihen, minkälaiset asumispalvelut tukisivat päihitteidenkäyttäjien elämänhallintaa. Tämä kertoo kysymysten asettelun olleen heikko. Mikäli kysymys olisi ollut suljettu ja erilaisin vaihtoehtoin muodostettu, olisi täsmällisempää tietoa todennäköisesti saatu.

Vastaajista osa oli sitä mieltä, että tukea saa sitä hakiessa. Vastauksista nousi esille, että huolimatta nykytilanteen heikosta tilanteesta, tulevaisuus voi olla valoisakin. Esille nousivat myös terapian ja keskusteluavun tarve sekä toivomus palveluiden saamisesta saman katon alta, jotta ei tarvitsisi juosta eri virastojen välillä.

Avoimien kysymysten vastaukset olivat melko haasteellisia analysoitavia. Tämä johtui osittain siitä, että vastaukset olivat pääasiassa hyvin lyhyitä sekä jonkin verran myös ristiriidassa keskenään. Esimerkiksi kysyttäessä minkälaista tukea/apua tilanteen parantamiseksi vastaaja koki tarvitsevansa, oli kysymykseen jätetty vastaamatta vaikka muutoin lomakkeessa tuli avun/tuen tarve esille. Kiviniemen 2001, mukaan laadullisen tutkimuksen tutkimusongelma ei välttämättä ole täsmällisesti ilmaistavissa. Näin ollen toimintaa ohjaavat erilaiset johtolangat tai työhypoteesit, jonka varassa tehdään tutkimukseen liittyvät ratkaisut. Päädyin tulkitsemaan aiemmin mainitsemani ristiriitaiset vastaukset siten, että apua/tukea tarvittiin, mutta vastaaja jätti ilmaisematta mikä tai minkälainen apu/tuki olisi tarpeen. Alasuutarin mukaan laadullinen tutkimus onkin tuotettujen johtolankojen ja käytettävissä olevien vihjeiden perusteella tapahtuvaa merkitysentulkintaa tutkittavasta ilmiöstä. Laadullista aineistoa kvantifioimalla saadaan tilastollisia yhteyksiä, joita voidaan käyttää johtolankoina pelkistämällä saatujen johtolankojen rinnalla (Alasuutari.1999. 44 -46.) Kvalitatiivisen osion sisällön analyysi oli melko heikko, johtuen taitamattomasti asetetuista avoimista kysymyksistä. Kuitenkin aineistosta nousseiden keskeisimpien tulosten pohjalta, voitiin tehdä alustava kehittämissuositus asiakkaille suunnattavasta ryhmätoiminnasta (kts.kehittämissuositus) Espoon yhden terveysneuvontapisteen osalta.

8. TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Ennen opinnäytetyöhön liittyvää kyselyä, hain tutkimusluvan A-klinikkasäätiön eettiseltä toimikunnalta asiakaskyselyiden toteuttamiseksi. Asiakaskyselyssä tuli selkokielellä ilmi, että kyselyihin vastaaminen perustui vapaaehtoisuuteen sekä kyselyyn vastaaminen tapahtui anonyymisti. Tarvekartoituksen tavoitteena oli saada tietoa seuraavista asioista:

- minkälainen heidän asumistilanteensa oli
- mitä tekijöitä tulisi ottaa huomioon asumispalveluita suunniteltaessa
- minkälaiset asumispalvelut tukevat päihteidenkäyttäjien elämänhallintaa

Tarvekartoituksen lähtökohtana oli saada uutta tietoa sekä vahvistaa olettamusta siitä, mikä oli jo käytännöntyössä havaittu. eli asiakkaiden heikko asumistilanne. Eettisesti merkittävä

asia on tuoda esille niitä epäkohtia, joita arjen työssä on havaittu ja jotka täytyy esille nostaa asiantilan parantamiseksi. (Gylling. 2002. 70.) Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden tarpeiden esille tuominen on tärkeää, koska heille on haasteellista saada itse tarpeitaan kuuluville. Tämä on tullut arjen työssä esille asiakkaiden kertoessa vaikeuksistaan toimia yhteistyössä eri viranomaisten kanssa.

Ottaen huomioon Helsingin suuret kävijämäärät, jotka ovat vuositasolla noin 4000 eri asiakasta, olisi vastausprosentti voinut olla suurempi. Vastausprosenttiin olisi myönteisesti voinut vaikuttaa kaupungista riippumatta se, että tutkija olisi itse ollut paikalla. Näin asiakkaat olisivat saaneet tarvittaessa tehdä tarkentavia kysymyksiä. Tämä ehkä olisi vaikuttanut avointen kysymysten vastaamiseen laajemmin. Tämä ei kuitenkaan ollut aikapulan vuoksi ollut mahdollista. Kyselylomakkeiden käyttöön liittyy aina omat haasteensa. Henkilöiden vastatessa kysymyksiin, he saattavat ymmärtää kysymykset toisin kuin tutkija on ajatellut. Pohdittaessa tutkimuksen luotettavuuskysymyksiä on tutkijalla haasteena myös pelkistää aineistonsa siten, että se kuvaa mahdollisimman tarkasti ja luotettavasti tutkittavaa asiaa. Tutkijan tulisikin osoittaa aina yhteys aineiston ja tulosten välillä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen. 2001. 36.)

Kyselyitä purettaessa ei vastaajaa pystytty millään tavoin tunnistamaan. Tutkimusta tehtäessä on tärkeä muistaa, ettei se saa aiheuttaa vahinkoa tai haittaa osallistujilleen. Tämä on varmistettu huolehtimalla siitä, että kysely tehdään anonyymisti ja materiaali säilytetään asianmukaisesti. (Tuomi. 2007. 145.) Tutkimusmateriaali säilytetään lukitussa paikassa ja tutkimukseen sisältyvät kyselyt tuhotaan asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua lopulliseen muotoonsa.

Laadullisen tutkimuksen validiteetti on sisäistä eli sillä tulee saada tietoa siitä ilmiöstä, josta oli alunperinkin tarkoitus saada tietoa. Tässä tutkimuksessa tämä ei täysin toteutunut, eli tiedot jäivät vaillinaisiksi, johtuen osittain myös kysymysten asettelusta. Reliabiliteetti sisältyy validiteettiin ja reliabiliteetin tarkastelussa arvioidaan sitä, miten hyvin tutkimustulos vastaa tutkimuskohdetta ja vastaavatko johtopäätökset sitä mitä on ollut tarkoitus tutkia (Lampi.1997.14.) Opinnäytetyössäni tutkimuksen kriittinen piste muodostui asiakkaiden päihtymystilasta. Asiakkaat saattoivat olla erilaisten päihhteiden vaikutuksenalaisena ja tämä saattoi vaikuttaa esimerkiksi siihen, kuinka ongelmalliseksi tai ongelmattomaksi he kokivat asuimistilanteensa. Näin ollen myös tutkimuksen sisäinen realibiliteetti ei välttämättä toteudu. Tämän pyrin minimoimaan sillä, että ennen kyselyä tarjottaessa asiakkaalle, arvioitiin päihtymyksen tila ja kysely tarjottiin, mikäli asiakas ei ollut voimakkaasti päihhteiden vaikutuksenalainen. Aina ei kuitenkaan ollut mahdollista tarkentaa vastaajan päihtymystilan vahvuutta. Tässä opinnäytetyössä olisi hyvinkin voinut käyttää myös narratiivista tutkimusotetta, jolloin tavoitteena on pyrkiä kohentamaan tutkimuskohteina olleiden henkilöiden oloja. (Heikkisen artikkeli, Aaltolan ja Vallin teoksessa. 2001. 118.) Päädyin induktiiviseen ajattelumalliin, joh-

tuen siitä, että työn tavoitteena oli tuoda esille ympäristössä havaittuja ilmiöitä, joita pyrin todentamaan tarvekartoituksen avulla.

Tutkimuksesta tehdyt johtopäätökset viedään eteenpäin tiedoksi Espoon ja Helsingin kaupungille asumispalveluista vastaaville henkilöille. Tällöin tulee huomioida, että tiedot ovat oikeita ja luotettavia. Nykyiseen asumismuotoon ja vastaajien toiveet asumispalveluista oli vaivatompaa tulkita kuin vastaukset tarvittavan tuen laadusta. Näiden kysymysten vastauksissa esille nousivat lähinnä ihmisten tunne siitä, ettei tilanteelle voi/jaksa tehdä mitään. Tätä tulkittaessa voi johtopäätöksenä pitää sitä, että asiakkaat tarvitsevat enemmän voimaannuttavia elementtejä vahvistaakseen elämänhallintaansa. Tällaisia elementtejä voisivat olla esimerkiksi Terveysneuvontapisteissä toteutettavat erilaiset ryhmätoiminnot.

9. ASUMISPALVELUT PÄIHDEONGELMAISILLE

Helsinki, Espoo ja Vantaa tekivät yhdessä valtion kanssa sopimuksen vuonna 2002, tehdyssä sopimuksessa oli ohjelma asunnottomuuden vähentämiseksi vuosina 2002-2005. Ohjelman tavoitteena oli järjestää 1000 uutta asuntoa asunnottomille vuosittain. Järjestettävien asuntojen määrä oli 4000. Tavoite saavutettiin 80 %. Tuolloin eniten saatiin asuntoja järjestettyä Helsinkiin, joka aiheutti Espoosta ja Vantaalta muuttoliikkeen Helsinkiin. Edellä mainitun asunnottomuusohjelman aikana käynnistettiin palveluohjaukseen ja asumisneuvontaan sekä sosiaaliseen isännöintiin liittyviä hankkeita. Päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiviä asunnottomia on paljon ja järjestettyjä hankkeita ei ole riittävästi. (Lehtonen & Salonen. 2008. 37.) Espoossa käynnistettiin vuonna 2004 vaikeasti asutettavien asunnottomien palvelumalli (VASU), jossa kohderyhmänä oli päihde- ja mielenterveysongelmien vuoksi asumisvaikeuksiin joutuneet henkilöt. Projektiin kuului 20 - 25 henkilöä, joille järjestettiin intensiivistä tukea ja tapaamiset työntekijän kanssa kerran viikossa. Tällä VASU - mallilla saavutettiin pysyvän asumisen malli projektin loputtua 12:sta projektin aikana asutetulle henkilölle. Keskeistä Lehtosen ja Salosen mukaan asumispalveluissa on palveluketjujen kehittämistyö. Tämä turvaa sen, ettei palveluita tarvitsevan asunnottoman asuminen katkea ongelmatilanteissa, vaan asuminen voi jatkua aina tuetummassa asumismuodossa. (Lehtonen & Salonen 2008.28-37.) Erilaisia asumispalveluja on niin Espoossa kuin Helsingissä. Eri palveluiden tuottajat myyvät kaupungeille asumispalveluitaan, joiden sisällöt saattavat vaihdella huomattavasti. Pääsääntöisesti muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta asumispalveluyksiköissä on kriteerinä päihdeettömyys. Tämä sulkee suuren osan päihdeidenkäyttäjistä palveluiden ulkopuolelle. Toisaalta tapahtuu myös niin, että henkilö peittelee päihdeongelmaansa päästäkseen asumispalvelun piiriin. Tuolloin henkilöt, joiden vilpittömänä tarkoituksena on pysytellä raittiina,

saavat naapurikseen aktiivisesti päihteitä käyttävän henkilön ja näin ongelmavyyhti on muodostumassa. Ongelmaksi koostuvat myös suurikokoiset asumisyksiköt, jossa eri kerroksiin asutetaan eri toipumisvaiheessa olevia päihteidenkäyttäjiä tai henkilöitä, jotka käyttävät päihteitä aktiivisesti, ilman raitistumisen päämäärää. Tällaisilla yksiköillä kootaan saman katon alle raitistuneita, raitistumisen esiharkintavaiheessa olevia ja korvaushoidossa olevia sekä jo päihteidenkäytöstä kroonisesti vaikeasti sairastuneita henkilöitä. Henkilöt ovat työssäkäyviä, työttömiä, eläkeläisiä ja opiskelijoita. Ikähaitari asukaskunnassa on kirjava.

Tavoitteena päihdehuollon asumispalveluissa on saada kokonaisuus, jossa eri toipumisprosesseissa oleville henkilöille voidaan tarjota asumismuoto, joka tukee kuntoutusta. Kuntouttavaan asumispalveluun kuuluu tehostettua palveluasumista, joka on ympärivuorokauden valvottua, palveluasumista, tukiasumista sekä tuettua asumista. Henkilölle tehty palvelu- ja kuntouttamissuunnitelma ovat pohjana asumispalveluille. (Korteniemi & Ylinentalo. 2010.10). A-klinikkasäätiön vuonna 2008 päättynyt Verkko-projekti on hyvä esimerkki asiakkaiden kokonaisvaltaisesta tukemisesta. Projektin tavoitteena oli asuttaa korvaushoidossa olevia asunottomia henkilöitä pääkaupunkiseudulla. Projektissa kehitettiin verkostotyöhön perustuva asiakkaan kokonaisvaltaiseen elämänhallintaan tukeva psykososiaalinen toimintamalli, joka on vakiinnuttanut paikkansa osaksi korvaushoidossa olevien kuntoutusta tuloksekkaasti. (Lehtonen & Salonen. 2008.44.)

10. KEHITTÄMISEHDOTUS RYHMÄTOIMINNAN SUUNNITTELULLE

Huumausainestrategian mukaisesti huumeidenkäyttäjille tulee taata mahdollisuudet ihmisarvoiseen elämään. (Huumausainestrategia.1997.31.) Edellä mainittu lause pitää sisällään kehittämissuunnitelman lähtökohdan ja tavoitteet. Terveiden edistämisen politiikka ohjelman tavoitteena on väestön terveysolojen parantaminen ja terveyserojen kaventuminen. Lähtökohdana kehittämisehdotukselle oli myös tarvekartoituksessa esille noussut huomio asiakkaiden väsymyksestä ja arjenhallinnan vajavaisuudesta. Huolimatta siitä, että terveysneuvontapisteissä on ohjausta ja neuvontaa saatavilla, on asiakkaiden arjenhallinnassa tukemisen varaa. Huumeidenkäyttäjät kohtaavat palveluihin hakeutuessaan monenlaista kohtelua. Usein kohtelun takana on pelko huumeidenkäyttäjää kohtaan. Asiakkaat itse ovat myös aggressiivisella ja asiattomalla käytöksellään aiheuttaneet pelon ilmapiirin lisääntymistä. Palveluista syrjäytyneellä henkilöllä jää ”katukäytös” päälle tai se kytkeytyy nopeasti päälle, mikäli henkilö kokee tullessa väärin ymmärretyksi. Usein myös viranomaispelko ja yhteiskuntavastaisuus synnyttävät asiatonta käytöstä henkilössä.

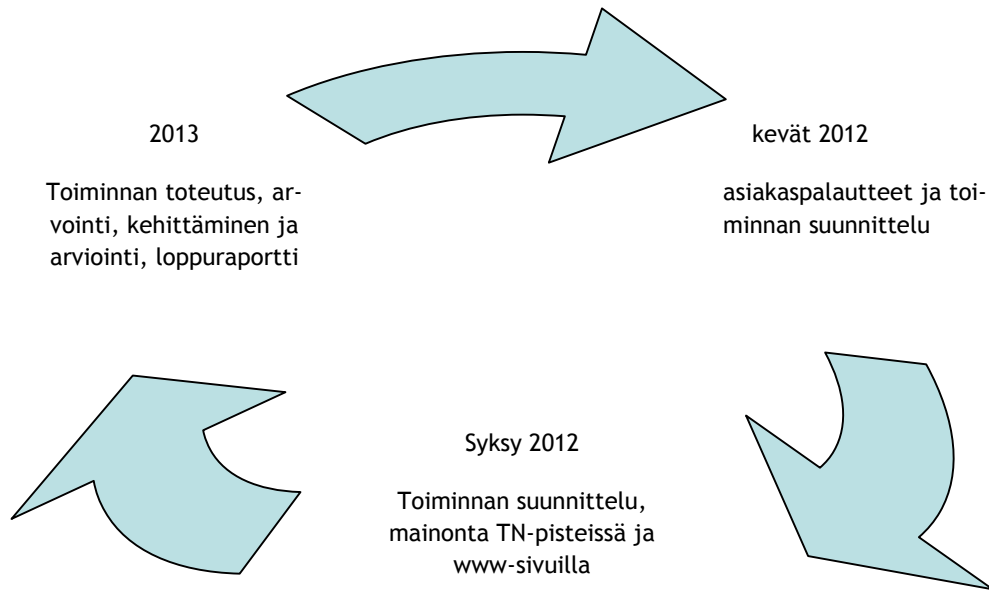
Törmä käsittelee aihetta tuomalla esille kuinka juuri huumeidenkäyttäjät saavat osakseen tiedon puutetta, ennakkoluuloja sekä myös syrjintää. Näitä ongelmia esiintyy niin terveyskuin sosiaalipuolen palveluissa. (Törmä. 2009.56.) Tästäkin syystä on aiheellista käydä terveysneuvontapisteessä asiakkaan/asiakkaiden kanssa läpi tilanteita, joissa asiointit peruspalveluissa ovat onnistuneet tai eivät ole sujuneet toivotulla tavalla. Erilaisien arjen asioiden hoitoon liittyviä teemoja otetaan asiakkailta itseltä vastaan ja käsitellään teemoja ryhmässä.) Arjen työssä esille on noussut asiakkaiden kokemus siitä, että asioiden hoito on vaikeaa. Tunnetasolla tieto siitä, että asiat ovat vaikeita estävät henkilöä edes yrittämään hoitaa asioitaan. Ryhmässä asioiden käsittely on helpompaa ja vertaisista saatava tuki tärkeää, asiakkaan havaitessa, ettei ole ongelmiansa kanssa ainoa laatuaan. Ryhmätyöskentelyssä on otettava huomioon siihen liittyvä ryhmäilmiö, jolla tarkoitetaan osallistujien yksilöllistä toimintaa, ryhmadynamiikkaa ja ympäristövaikutuksia. Yksilölle ryhmä on itsetuntemuksen lähde ja tila, jossa hän voi saada ja antaa palautetta sekä osallistua toimintaan. (Jauhiainen & Eskola. 1994.13.) Tavoitteellinen ryhmä muodostuu asteittain yksilöiden toiminnassa ja yksilöiden ollessa kanssakäymisessä. (Brown.2003.29-30.)

Kehittämisehdotus toteutuessaan palvelisi Terveysneuvontapisteiden asiakkaista erityisesti heitä, joille arjenhallinta on haastavaa. Asiakkaille järjestettävien ryhmätoimintojen toteutuessa vaihtelevin teemoin, myös henkilökunnan jäsen/jäsenet osallistuvat mukaan ryhmätoimintaan. Ryhmien ollessa avoimia, kaikki halukkaat voivat resurssien puitteissa osallistua ryhmään. Lehtosen & Salon mukaan, asiakkaiden kokonaisvaltainen elämän hallintaan liittyvä psykososiaalinen toimintamalli antaa parhaimmat edellytykset arjen hallintaan. Toimintamalleina käytettäisiin nimenomaan vertaisryhmätyöskentelyä ja ryhmätoimintaa. (Lehtonen & Salonen. 2008.44).

Kehittämällä keskustelufoorumeja ja lisäämällä yhteisöllisyyttä mahdollistuu aito vertaistuen toteutuminen. Vertaistuki on oleellinen osa haittojen vähentämisessä ja asiakaskunnan huomioimisessa. (A-klinikkasäätiö. 2008.17.)

Ryhmätoiminnan tavoitteena on ylläpitää ja vahvistaa asiakkaiden arjenhallintataitoja sekä auttaa ymmärtämään oman käytöksen vaikutusta vuorovaikutustilanteissa suhteessa muihin. Ryhmätoiminnan kautta pyritään voimaannuttamaan asiakkaita ja saamaan heille onnistumisen kautta myönteisiä kokemuksia asioiden hoidosta sekä pyritään ennaltaehkäisemään syrjäytymistä sekä jakamaan terveystietoa suullisesti ja kirjallisesti, jotta asiakkaiden mielenkiinto omasta terveydestä ja siihen liittyvistä haitoista ja niiden ennaltaehkäisystä heräisi. Voimaantumisen myötä asiakkaiden motivaatio myös asumistilanteen muuttamiseen kasvaa ja oman toiminnan merkitys havaitaan tilanteeseen vaikuttamisessa.

Kuvio 1. Kehittämisehdotuksen mukainen aikataulu toiminnan suunnittelun tueksi



Ryhmätoiminta voitaisiin aloittaa 2013 alussa. Ehdotuksen mukaan asiakkaita tulisi informoida ryhmätoiminnasta kaikissa Espoon terveysneuvontapisteissä sekä Terveysneuvontapisteiden internet-sivuilla. Informointi tulisi aloittaa hyvissä ajoin jo syksyllä 2012. Tuolloin asiakkailta saataisiin kerättyä palautetta siitä, minkälaisia sisältöjä he ryhmiin toivovat saavansa. Informaation oikea-aikaisuus ja asiakkailta saatavan palautteen yhteenvedon jälkeen toiminnan voisi aloittaa vuoden 2013 alussa. Toimintaa tulee arvioida säännöllisin väliajoin asiakaspalautteiden avulla ja tarvittavia muutoksia tulee tehdä mahdollisuuksien mukaan. Ryhmät ovat avoimia ja kooltaan maksimissaan 10 asiakasta. Asiapitoiset ryhmät voisivat kokoontua kerran viikossa ja noin joka neljäs viikko tulisi olla virkistystoimintaa, joka pitää sisällään vuoden ajasta riippuen elokuvissa käyntiä, keilausta, retkeilyä ja vastaavaa vapaata toimintaa. Ryhmätoiminnan sisällöstä voitaisiin antaa myös valmiita ehdotuksia. Ryhmätoiminnan voimaannuttava vaikutus perustuu vertaistukeen.

Terveysneuvontapiste Vinkeissä on käytössä 2000-luvun alussa alkunsa saanut vertaiskoulutusmalli. Asiakkaita on koulutettu vertaistoimijoiksi, jotka ovat vieneet ja vievät saamaansa tietoa eteenpäin omissa sosiaalisissa verkostoissa tavoittaen näin niitä henkilöitä, jotka eivät käytä tarpeestaan huolimatta kyseisiä palveluita. Vertaistoiminnan eri menetelmiä käyttäen voidaan ylläpitää yhteyttä terveysneuvontapisteiden ja päihteiden käyttäjien välillä. Vertaistoimijoilta saadaan ajankohtaista tietoa kentän ilmiöistä ja tämän tiedon avulla voidaan reagoida ilmiöihin nopeasti ja vaikuttaa niihin yhteiskunnallisella tasolla. Helsingin terveysneuvontapiste Vinkissä kehitetty vertaistoiminnan malli on ainutlaatuinen suomessa, johtuen siitä että vertaistoimijat ovat aktiivisesti huumeita käyttäviä henkilöitä. Voitaisiinkin tulkita haittoja vähentävän huumeepolitiikan ansioksi edellä mainitun kaltaisen ryhmätoiminnan kehitty-

minen. Ryhmätoiminnan kautta pyritään vähentämään terveysriskejä sekä mahdollistamaan asiakkaan elämäntilanteen uudelleenarviointia. Asiakkaiden omien taitojen lisääminen ja toimiminen riskikäyttäytymisen vähentämiseksi voivat lisätä yhteenkuuluvaisuudentunnetta ja vahvistaa uskoa omiin kykyihin ja vastavuoroisuuden syntyä. Helsingin terveysneuvontapiste Vinkissä toteutetut ryhmätoiminnot ovat antaneet kokemuksia siitä, että asiakkaiden itsetunto ja itsearvostus paranivat ryhmätoimintojen myötä. Ajatus siitä, että kykenee tekemään hyvää ja toimimaan vastuullisesti vaikka käyttääkin huumeita, on merkittävää voimaantumista. Asiakkaiden kokemukset hyödyllisyydestä ja tarpeellisuudesta oli tärkeää ja vahvasti voimaantumista. (A-klinikkasäätiö. 2008.31.)

Espoon terveysneuvontapiste Vinkissä toimintaa voidaan toteuttaa nykyisillä henkilöstöresursseilla. Toimitilat ovat kattavat ja teknologia on jo toimipisteessä valmiina, joten kustannuksia edellä mainituista ei tule. Matkakustannukset n. 400, vapaa-ajan toiminta n. 10000, muut ryhmätoiminnan kulut n.1100. Kustannusarvio ryhmätoiminnasta vuoden ajalta on noin 2500 euroa. Ryhmätoiminnasta saadut tiedot ja kokemukset ajan ilmiöistä ja tarpeista viedään eteenpäin tiedoksi palveluiden edelleen kehittämiseksi. Toiminnan tulee arvioida yhdessä asiakkaiden, vertaistoimijoiden ja Terveysneuvonnan työntekijöiden kanssa. Arviointitietoa tuotetaan lisäksi A-klinikkasäätiön kehittämissyksikössä kehitettävän arviointimittariston avulla. Raportointi tapahtuu kaupungille toimintavuoden päättyessä. Toiminnan myötä kehittyneitä uusia työskentelymalleja tulee juurruttaa käytäntöön ja työskentelymalleista mahdollisesti tulisi tehdä kirjallinen tuotos, jotta siitä voisivat hyötyä myös muut toimijat.

11. POHDINTA

Viranomaisarvion mukaan pelkästään Espoossa on noin kolmetuhatta huumeidenkäyttäjää. Espoossa Terveysneuvontatoiminta on tavoittanut vuonna 2010 noin 840 eri huumeidenkäyttäjää, vastaavasti Helsingissä niin huumeidenkäyttäjien kuin Terveysneuvonnan asiakasmäärät ovat huomattavasti suuremmat. Huomioitavaa kuitenkin on, että samat asiakkaat käyttävät niin Espoon kuin Helsingin palveluita yli kuntarajojen. Asunnottomuus on kuitenkin yhteinen ongelma molempien kaupunkien asiakasryhmälle. Helsingissä asiakkaat majoittuvat muun muassa kolmannen sektorin tuottamiin ja kaupungin omiin majoituspalveluihin, Espoossa vastaavasti on järjestetty kaupungin puolelta tilapäismajoitus, mutta asunnottomuus on niin suuri ongelma, etteivät nykyiset palvelut riitä kattamaan tarvetta. Asiakkaat edelleen majoittuvat paitsi ystäviensä luokse, myös puistoihin, metroasemille, rappukäytäviin ja lehtilaatikoihin. Haasteena asuttamispalveluihin on ihmisten pitkäaikainen asunnottomuus, joka on jättänyt osaan asiakkaista jälkensä siten, että heidän kykynsä asua itsenäisesti on alentunut.

Kun ihmiselle on järjestetty majoitus, hän saattaa nukkua monta kuukautta sängyn alla pelkäänsä siitä syystä että kokee olevansa näin turvassa. Sosiaaliset taidot ovat heikentyneet kadulla asumisen vuoksi merkittävästi. Kartoituksessa asiakkaat toivat esille ensisijaisena toiveenaan saada oma vuokra-asunto. Suurin osa heistä on menettänyt useaan kertaan asuntonsa, johtuen päihteidenkäyttöön liittyvistä lieveilmiöistä ja he eivät näe omaa osuuttaan asunnon menettämiseen täysin realistisesti. Keskusteltaessa asiakkaiden kanssa he tuovat esille kokevansa tukiasumisen epämiellyttävänä, johtuen kontrollista, jota edellä mainitussa asumispalvelussa käytetään. Vuoden 2012 tammikuussa kolmannen sektorin palveluntuottaja aloitti Espoossa asumispalvelut 106 asunnottomalle. Kyseessä on kunnostettu kerrostalo/talot, jonka asukkaat sijoitetaan eri kerroksiin päihdeongelman toipumisvaiheesta riippuen. Taloihin sijoitettiin päihteidenkäytöstä dementoituneita henkilöitä, joille on osoitettu palveluasumispaikat ja hoivaa on tarjolla 24 h/vuorokaudessa. Tämän lisäksi ovat tukiasumispalvelut. Asiakkailta ei edellytetä päihteettömyyttä, vaan asukkaat voivat omissa huoneissaan käyttää päihteitä mikäli eivät aiheuta häiriöitä. Asukkaille on järjestetty riskijäteasiat, jotta käytetyt pistosvälineitä ei jätettäisi ympäristöön tai asuntoihin. Osa asukkaista on korvaushoidossa. Aktiivisesti päihteitä käyttävä henkilö saa halutessaan tukea ja ohjausta liittyen hoitopaikan saamiseen. Edellämainitun kaltaiset palvelut ovat lähinnä niitä palveluita, joita tulisi olla enemmän, tätä päätelmää tukee myös tämä tutkimus. Valitettavaa kuitenkin on, että kyseessä on niinkin massiivinen asumispalveluyksikkö. Tämä todennäköisesti tulee vaikuttamaan ympäristöön negatiivisesti. Ideaalina tilana voidaan pitää sitä, että asumispalveluita tarvitsevat henkilöt saataisiin sijoitettua pienempiin yksiköihin ja mahdollisesti integroitua aivan tavalliseen kerrostaloon esimerkiksi asunto per talo, jotta mahdollisilta ympäristön reagoineilta välttyttäisiin. Näin edesautettaisiin myös henkilön mahdollista raitistumista. Pohdinnan arvoista on myös se, että yhteiskunnassamme on jäseniä, jotka haluavat käyttää päihteitä ja tarvitsevat samanaikaisesti asuntoa. Onko mahdollista siis kehittää ja tuottaa asumispalveluita tälle kohderyhmälle ilman, että jo marginaalissa olevat henkilöt eivät entisestään syrjäytyisi muusta väestöstä ja asuminen voisi tapahtua tasavertaisena asumisena muiden yhteiskunnan jäsenten kanssa.

Opinnäytetyötä tehdessä havaitsin, että tarvekartoituksen kysymyksiä olisi voinut asetella toisin. Asiakkaat eivät välttämättä jaksaneet kirjoittaa, vaikka olisivat halunneet tuoda mielipiteensä esille. Tämä näkyi lomakkeessa vastaamattomina kohtina tai hyvin lyhyinä vastauksina ja näin ollen mahdolliset kehittämistarpeet eivät tulleet julki siinä määrin että siitä olisi saanut vahvan näytön esimerkiksi asumispalveluiden kehittämiseksi. Asunnottomuutta on pyritty vuosien saatossa vähentämään ja jopa kokonaan poistamaan erilaisien hallitusohjelmien avulla. Asumispalveluita on suunniteltu ihmisten erilaisia tarpeita silmälläpitäen. Palvelukirjoon kuuluu tuki-asumista, palveluasumista, erilaisia väliaikaismajoituksia. Kaikesta huolimatta asunnottomuutta sen eri muodoissa ilmenee edelleen. Asumistarpeiden kartoittaminen on

haastavaa, kuten opinnäytetyötä tehdessäni havaitsin. Fyysiset puitteet asumiselle on ehkä helpoin järjestää. Asumisen sisältöön ja pysyvyyteen tulisi kuitenkin kiinnittää huomiota enemmän. Lehtosen & Salosen mukaan, määräaikaisuus, joka on tuetun asumisen tunnuspiirre, saattaa vaikuttaa asiakkaiden asumis- ja tukipalveluihin kiinnittymiseen heikentävästi sekä lisätä psyykkistä epävarmuutta asunnon pysyvyydestä. (Lehtonen & Salonen.2008.51).

Kehittämisehdotusta tehdessäni havaitsin, että pienilläkin resursseilla voi saada paljon aikaan, mikäli halukkuutta riittää. Täytyy kuitenkin muistaa, että työnsä omistaneiden ihmisten työhyvinvointia tulee pitää yllä paitsi säännöllisillä työhohjauksilla, myös huolehtimalla työyhteisön hyvinvoinnista järjestämällä säännöllistä koulutusta sekä huolehtimalla työilmapiiristä arjentyön ohella. terveysneuvontapisteiden asiakkaiden voidaan sanoa kuuluvan marginaaliryhmään ja tämän ryhmän kanssa työskenneltäessä ovat joutuneet usein myös puolustamaan omaa työtään. Voidaankin sanoa, että myös työntekijät kuuluvat omalla tavallaan tiettyyn marginaaliryhmään. Työn sisällön kehittäminen on suurelta osin työntekijöiden vastuulla ja onnistuneeseen kehittämiseen tarvitaan vankasti asiakkaiden mielipiteitä. Viestiä asiakasryhmästä joka on syrjäytynyt tai on syrjäytymisuhan alla on vietävä eteenpäin. Asiakkaat kuuluvat niin sanottuun ”hiljaisten ryhmään”, jotka eivät yksin saa omaa ääntään kuuluville. Työntekijöiden tehtävänä on yhdessä asiakkaiden kanssa selvittää niitä ongelmakohtia, joihin muutosta tulisi saada. Yhteistyö muiden toimijoiden kanssa on tärkeää, jotta palveluiden tarpeesta saadaan vietyä ajanmukaista tietoa palveluista vastaaville tahoille.

Nykyisin kolmannen sektorin toimijoiden osuus palveluiden tuottajina ja kehittäjinä näkyy enenevässä määrin. Vertaistoiminta on kehittynyt huimaa vauhtia ja vapaaehtoisten toimijoiden osuus on varsin kattava päihdetyössä. Markkinatalouden vaikutus näkyy palveluiden kilpailutuksessa ja näin ollen päihdetyötä pyritään arvioimaan markkinatalouden mittaristoilla. Eettisyys ja arvopohja eivät ole markkinatalouden näkökulmasta tarkasteltuna ensisijaisia prioriteetteja. Päihdetyössä, kuten muillakin terveys- ja sosiaalipuolen palveluissa toimivilla ne kuitenkin ohjaavat vankasti toimintaa. Ei voida arvioida kuinka tehokasta toiminta päihdepuolella on. Raitistuneita tai elämänsä hallintaan saavia henkilöitä ei näy tilastoissa suoraan. Tämän vuoksi rahoitusten järjestäminen esimerkiksi päihdetyöhön ja sen sisällön kehittämiseen on haastavaa. Toiminnan sisällön kehittämiseksi joudutaan usein hakemaan erilaisia projektirahoituksia ja projektit usein päättyvät rahoituksen myötä, huolimatta siitä, että kehittämistoiminnan kautta on saatu aikaan toimivia työskentelymalleja, joista on havaittu saaduksi suora hyöty asiakkaille. Kaukosen mukaan erityispalveluissa olevat mahdollisuudet yksilökohtaiseen päihdeongelman tarkasteluun ja muutokseen ovat vaihtelevia. Päihdetyölle on asetettu suuri tavoite, jonka onnistuminen on usein epätodennäköinen ja onnistumiset ovat vaikeasti mitattavissa. (Kaukonen. 2000. 195). Terveysneuvontatyössä ihmisten oman elämän haltuunotto ja elämänlaadun nykyisenkin tason ylläpito on yksi työn tavoitteista. Toiminnan

rahoituksista pääasiassa vastaa kaupunki ja heidän kanssaan käydyissä neuvotteluissa ei toiminnan tavoitteet ole heillä samanlaiset kuin palveluiden tuottajalle. Kehittämisehdotuksen mukaisen ryhmätoiminnan lisääminen terveysneuvontatyön palveluihin merkitsee työn laadullisuuden parantumista, asiakkaiden hyvinvoinnin lisäämistä ja toiminnasta saatujen tietojen ja kokemusten kautta työn edelleen kehittämistä ja asiakkaiden tarpeiden esille tuomista loppuraportin muodossa.

LÄHTEET

- Aaltola, J. & Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: Virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 54. 2008. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- A-klinikkasäätiön kotisivut. <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/vinkki/>. Vinkkejä piikkihuumeita käyttävien kanssa työskenteleville. Luettu 26.9.2010.
- Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. Osuuskunta Vastapaino. Tampere.
- Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H., Liitsola, K. & Salminen, M. 2008. Luottamus ja vapaaehtoisuus terveysneuvontatoiminnan onnistumisen edellytyksinä. Poikkitieteellinen tutkimus ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvonnan vaikuttavuudesta tartuntatautien ehkäisyssä ja torjunnassa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B15/2008. Helsinki.
- Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARA. Asunnottomat 2009. Selvitys 5/2010.
- Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARA. Asuntomarkkinaselvitys 15.11.2011. www.ara.fi.
- Brown, R. 2003. Group Processes, Dynamics within and between groups. 2nd edition. Open University Press. Buckingham.
- Gyllin, H. 2002. Millaisilla arvoilla tutkimusta voidaan perustella? Teoksessa Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Tammer-Paino. Tampere.
- Eronen, A., Londen, P., Perälähti, A., Siltaniemi, A. & Särkelä, Riitta. 2009. Sosiaalibarometri 2009. Ajankohtainen arvio kansalaisten hyvinvoinnista, palveluista ja palvelujärjestelmän muutoksesta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto. Hakapaino Oy, Helsinki.
- European Typology. 2007. www.feantsa.org.
- Hallituksen asuntopoliittiset ohjelmat. Valtioneuvoston asuntopoliittinen toimenpideohjelma. Helsingin aiesopimus. Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämisohjelma. Ympäristöministeriön raportteja 15/2008.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Holmberg, Jan. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Huumausainestrategia 1997. Huumausainepoliittisen toimikunnan mietintö. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Hynynen, R. (toim) 2005 Asuntoja ja tukea asunnottomille. Arviointi tuetun asumisen toimintamalleista. Suomen ympäristöministeriö. Asunto- ja rakennusosasto. Helsinki.

- Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. 2000. Päihdehoitotyö. Kustannus Osakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Jauhiainen, L & Eskola, M. 1994. Ryhmäilmiö. Wsoy. Porvoo.
- Karjalainen, J & Viljanen, O. 2009. Arki kuntoon - Lainrikkajien tuen tarve. Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos. Valopaino Oy. Helsinki
- Kaukonen, O. & Hakkarainen, P. Huumeidenkäyttäjät hyvinvointi valtiossa. 2002. Gaudeamus. Helsinki.
- Kiviniemi, K. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. 2001. Ikku-noita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä
- Kontula, O. 1998. Huumeepolitiikan sovellutuksia - eurooppalainen perspektiivi. Teoksessa Huumeusainestrategia 1997. Taustamateriaalia huumeusainepoliittisen toimikunnan mietintöön. Komiteamietintö 1997:11. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Krogstrup, H. 2004. Asiakaslähtöinen arviointi Bikva-malli. FinSoc arviointiraportteja 1/2004. Stakes. Helsinki.
- Latvala, E. & Vanhanen -Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S & Nikkonen, M (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WS Bookwell. Juva.
- Lehtonen, L & Salonen, J. 2008. Asunnottomuuden monet kasvot. Suomen ympäristö 3/2008. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Nieminen, H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva.
- Nuorteva, J. 2008. Asunnoton yhteiskunnan jäsenenä.
- Nuorvala Y., Huhtanen P., Ahtola R. & Metso L. Huono-osaisuus mutkistuu - kuudes päihdetapauslaskenta. Yhteiskuntapolitiikka 73. (2008):6.
- Nyman, J. 2006. Metropoliluotain. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus pääkaupunkiseudulla vuonna 2015. Helsingin kaupungin tietokeskus. Helsinki.
- Partanen, A., Malin, K., Perälä, R., Harju-Koskelin, O., Holopainen, A., Holmström, P. & Brummer-Korvenkontio, H. Riskitutkimus 200-2003. Pistämällä huumeita käyttävien seuranta tutkimus. 2006. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 52. Helsinki.
- Perälä, R. 2007. Huumeidenkäyttäjien tulkintoja ongelmistaan ja niihin kohdistuvista sosiaali- ja terveystieteiden palveluista. Yhteiskuntapolitiikka 72. (2007):3.262-265.
- Rönkä, S. & Virtanen, A. (toim). 2009. Huumeitilanne Suomessa 2009. Uusin tieto, uusimmat kehityssuunnaukset ja erityisteemat huumeista. REITOX, Raportti 40/2009. Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Kaste 2008 -2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008.
- Suomen perustuslaki. 731/1999.
- Tammi, T., Aalto, M. & Koski-Jännes, A. (toim). 2009. Irti päihdeongelmista. WS Bookwell Oy, Porvoo.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tartuntataudit Suomessa 2012. Raportti 17/2011.Helsinki

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastotietokanta. 29.1.2010. <http://www3.ktl.fi/stat/>. Luettu 26.9. 2010.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [www.thl.fi.tartuntautilasto](http://www.thl.fi/tartuntautilasto)

Tuomi,J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tutkimuksen ymmärtämiseen. Tammi. Jyväskylä.

Törmä, S. Kynnyskysymyksiä - Huono-osaisimmat huumeidenkäyttäjät ja matala kynnys. 2009. Sosiaalikehitys Oy:n julkaisuja 1/2009. Offset Kolmio. Hämeenlinna.

LIITTEET

Liite 1. Asiakaskysely

LIITE 1: ASIAKASKYSELY

KUINKA ASUT, OLETKO VAILLA VAKINAISTA ASUNTOA

Tämä on Laurean ammattikorkeakoulun sosionomi yamk opiskelijan opinnäytetyöhön liittyvä asiakaskysely, joka on suunnattu Helsingin ja Espoon Vinkin asiakkaille. Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa asiakkaiden asunnon tarvetta, sekä nykyistä asumismuotoa. Osallistuminen kyselyyn on vapaaehtoista. Kysely on anonyymi eikä vastauksista tule ilmi vastaajan henkilöllisyys. Vastaamalla kyselyyn annat tärkeää tietoa asumiseen liittyvien palvelujen kehittämistarpeista. Kiitos vastauksistasi 😊

Laita rasti ruutuun sinua koskevan asumismuodon kohdalle.

1. Nykyinen asumismuoto

Asun kaverin luona, Vanhempien/sukulaisten luona, vuokra-asunnossa, muualla, missä _____

2. Oletko kirjoilla/ovatko henkikirjasi samassa paikassa missä asut/oleskelet /koet asuvasi

kyllä ei

3. Missä kaupungissa olet kirjoilla _____

4. Asunnonhaku on käynnissä

ei, kyllä, kauanko olet hakenut asuntoa aktiivisesti _____

5. Minkälainen asumismuoto palvelee tarpeitasi

vuokra-asunto tuki-asunto muu, mikä _____

6. Mikäli et ole hakenut asuntoa, kirjoita lyhyesti miksi et hae asuntoa.

7. Kerro mielipiteesi nykyisestä tilanteestasi ja minkälaista tukea koet tarvitsevasi /saatko tukea asumistilanteesi parantamiseksi.

Kiitos vastauksistasi