Artikkeli

Päihde- ja riippuvuushuollon kipupisteet: Ammattilaisten ja asiantuntijoiden tilannearvio muuttuvasta kentästä

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus on tuonut suomalaisen päihde- ja riippuvuushuollon siirtymävaiheeseen. Tässä artikkelissa kartoitamme asiantuntijoiden ja ammattilaisten näkemyksiä päihde- ja riippuvuushuollon nykytilasta. Olemme analysoineet Riippuvuuskysely 2020 -tutkimuksessa kerättyä laadullista aineistoa aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tarkastelun teoreettisena viitekehyksenä on keskustelu hyvinvointivaltion vastuusta ja hyvinvointivaltion vastuuvelvollisuuden käsite.

Analyysin perusteella päihdehuollon vastuuvelvollisuuden toteutumisessa hahmottuu kaksi kipupistettä: (i) järjestelmän työnjakoon ja sisäisiin rooleihin liittyvät haasteet sekä (ii) saavutettavuuteen ja järjestelmän valmiuksiin liittyvät haasteet.

Kyselyn osallistujat korostivat moniammatillisuuden ja toimivan tehtäväjaon varmistamista, korjaavien ja ennaltaehkäisevien palveluiden tasapainoa ja ennaltaehkäisyn merkitystä. He kaipasivat myös palveluiden jakautumisen riskin tiedostamista ja huomioimista. Käsitys hyvinvointiyhteiskunnan vastuuvelvollisuudesta näyttäytyy suurena taustavaikuttajana: kyselyn vastaajat painottavat hyvinvointipluralismin arvoja ja järjestelmän valmiutta käsitellä universalismin ja partikularismin välistä jännitettä. Päihde- ja riippuvuushuollon vastuita osallistujat pohtivat monitahoisesti, muun muassa oikeudenmukaisuuden perspektiivistä ja valottamalla sosiaali- ja terveysalojen keskenään kilpailevia näkemyksiä.

ASIASANAT: päihdehuollon palvelut, sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, hyvinvointijärjestelmä, hyvinvointivaltio, hyvinvointiyhteiskunta, vastuuvelvollisuus

PAULIINA RANTALA, MATILDA HELLMAN, ANNA ALANKO

YDINASIAT

- Sote-uudistus muuttaa myös päihde- ja riippuvuuspalvelujärjestelmää.
- Tutkimuksessa tarkasteltiin päihde- ja riippuvuushuollon ammattilaisten näkemyksiä palvelujärjestelmästä ja sen tilasta.
- Osallistujien vastausten perusteella nykyisessä palvelujärjestelmässä on kaksi merkittävää kipupistettä. Ne liittyvät yhtäältä työnjakoon ja toisaalta palveluiden saavutettavuuteen ja järjestelmän valmiuksiin.
- Kyselyn avoimien vastausten pohdinnat kertovat, kuinka tärkeinä osallistujat pitävät hyvinvointiyhteiskunnan arvoja esimerkiksi pluralismin ja oikeudenmukaisuuden osalta.

JOHDANTO

Vuoden 2023 alussa voimaan tullut sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus (sote) on tuonut muutoksia myös päihde- ja riippuvuushuoltoon. Sote-uudistuksen tavoitteena on parantaa palveluiden saatavuutta ja yhdenvertaisuutta, integroida palveluita, kaventaa terveys- ja hyvinvointieroja sekä hillitä väestörakenteen muutoksen aiheuttamaa menojen kasvua (1). Palveluiden järjestämisestä ovat vastuussa aiempaa suuremmat tahot, hyvinvointialueet, minkä odotetaan tasoittavan palveluntarjonnan alueellisia eroja. Eduskunnassa käsiteltiin syksyllä 2022 Sanna Marinin hallituksen kokonaisvaltaista lakimuutosesitystä hyvinvointialueiden ja kuntien tehtävistä mielenterveyden edistämiseksi ja ehkäisevän päihdetyön alalla sekä "*mielenterveys-, päihde- ja riippuvuustyön ja hoidon toteuttamista osana hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja*" (2). Lakimuutosesityksellä pyritään selventämään sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviä ja vastuunjakoa sekä sovittamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut paremmin yhteen.

Päihde- ja riippuvuushuollon käymistila on osa suurta hyvinvointiyhteiskunnallista rakennemuutosta. Kentän valtakunnallinen sääntely ja ohjaus perustuu lainsäädäntöön, poliittisiin suuntaviivoihin ja hyvinvointivaltion velvollisuuksiin (3, 4). Uudistuksia ja muutoksia toteutetaan ja synkronoidaan parhaillaan kuntien ja sairaanhoitopiirien perus- ja erityispalveluissa. Päihdepsykiatrista hoitoa tarjotaan erikoissairaanhoidossa, ja päihdehuollon erityispalveluita tuottavat sekä julkiset, yksityiset että kolmannen sektorin toimijat. Suomalaiseen päihde- ja riippuvuushuoltoon kuuluvat myös asumispalvelut, hätämajoitus ja päivätoiminta samoin kuin terveysneuvonta, jota kunnat järjestävät suonensisäisesti huumeita käyttäville (5). Palvelukokonaisuuden hahmottamista vaikeuttavat käytettyjen päihteiden ja ongelmien esiintyvyyden huomattavat alueelliset erot (6).

Hyvinvointiasiantuntijoilla ja -ammattikunnilla on tärkeä rooli sosiaalisen muutoksen välineenä (7). Siksi tarkastelemme suomalaisen päihde- ja riippuvuushuollon edustajia osana kenttää, joka kattaa hoitopalveluiden lisäksi myös hyvinvointiyhteiskunnan instituutioiden, asiantuntijaorganisaatioiden ja professioiden toimintaa (6). Näin määriteltynä päihde- ja riippuvuushuoltoon mahtuu laaja kirjo alan työntekijöitä, asiantuntijoita ja ammattikuntia kansallisia strategioita kehittelevistä ministeriöiden virkamiehistä pieniin paikallisiin AA-ryhmiin saakka. Tähän suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan moniulotteiseen kenttään on viitattu *päihdepalvelujärjestelmän* käsitteellä (8). Laaja määritelmä on osoittautunut hyödylliseksi, varsinkin kun halutaan korostaa palveluiden jatkumoa (9,10), eri sektoreiden yhteisen koordinoinnin merkitystä (11,12,13) sekä huoltojärjestelmän yleistä herkkyyttä yhteiskunnalliselle muutokselle (14). Laskemme päihde- ja riippuvuushuollon kenttään myös instituutiot ja ammattiryhmät, jotka työskentelevät rahapelaamis- ja tupakkaongelmien parissa.

Käsittelemme tässä artikkelissa päihde- ja riippuvuushuollon edustajien näkemyksiä (N=570) järjestelmän toimivuudesta puutteineen kaikkineen ennen sote-uudistuksen voimaantuloa. Kartoitamme alan ammattilaisten näkemyksiä kentän nykytilasta ja pohdimme, millaiseksi järjestelmää tulisi uudistuksessa kehittää, jotta sen hyvinvointivaltiolliset tavoitteet toteutuisivat. Erityisesti pyrimme tunnistamaan haasteita, joita on syytä pitää silmällä muutoksen aikana.

Tarkemmat tutkimuskysymyksemme ovat:

1) miten päihde- ja riippuvuushuollon ammattilaiset jäsentävät päihde- ja riippuvuushuollon keskeisiä palveluja ja ammattiryhmiä, sekä
2) millaisia haasteita päihde- ja riippuvuushuollon ammattilaiset näkevät hyvinvointiyhteiskunnan vastuuvelvollisuuden toteutumisessa päihde- ja riippuvuushuollon kentällä?

Osallistujat vastasivat myöhäissyksyllä ja talvella 2020–2021 Helsingin yliopiston toteuttamaan Riippuvuuskyselyyn 2020. Rekrytoimme kyselyosallistujia, jotka käsittelevät jokapäiväisessä työssään päihde- ja riippuvuusproblematiikkaa tavalla tai toisella (politiikka, ehkäisytyö, hoito). Kyselyyn vastanneet asiantuntijat ja ammattilaiset edustavat alan asiakastyötä tekevien tai hallinnollisen tason näkemyksiä kentän toiminnasta. Vastaajilla on myös tieto- ja kokemusperäistä näkemystä siitä, miten palveluita pitäisi tuottaa ja mitä välttää.

Kyselyn osallistujat työskentelivät päihde- ja riippuvuushuollon eri tehtävissä, mm. toimintaohjelmien laatimisessa ja poliittisessa päätöksenteossa, palveluiden suunnittelussa, ennaltaehkäisyssä, tiedotuksessa, hoidossa sekä muissa

tukirakenteissa ja tutkimuksen parissa. Kyselyyn vastasi myös kentän muihin kohderyhmiin kuuluvia henkilöitä, esimerkiksi kokemusasiantuntijoita. Osallistujat edustivat kansallisen koordinoinnin ja poliittisen päätöksenteon tasoa, sairaanhoitopiirejä, kuntapalveluita ja kolmannen sektorin eri toimintatasoja.

Kyselyn osallistujat tuottavat jokapäiväisessä työssään hyvinvointiyhteiskunnallista lisäarvoa ja legitiimiyttä. Hellman ja Alanko (3) ovat nimenneet tämän hyvinvointiyhteiskunnan tai -valtion vastuuvelvollisuudeksi (*welfare state accountability*). Käsite viittaa hyvinvointivaltion tai -yhteiskunnan legitimiteettiin, joka syntyy sen periaatteiden toteutumisesta, ja tarkastelussa hyvinvointivaltion ja -yhteiskunnan käsitteitä käytetään synonyymeinä. Hyvinvointivaltion ja hyvinvointiyhteiskunnan perusperiaatteita ovat esimerkiksi oikeusvaltion perusteet mutta myös yhteiskunnan arvot, kuten tasa-arvopyrkimykset ja heikompiosaisten suojelun periaatteet (3). Päihde- ja riippuvuushuollon pitäisi kokonaisuutena vastata hyvinvointiyhteiskunnan lupauksiin ja velvollisuuksiin, joihin viitataan esimerkiksi lainsäädännössä, virkamiesten toimintaohjeissa ja virallisissa linjauksissa.

Hyvinvointiyhteiskunnan vastuuvelvollisuus toteutuu päihde- ja riippuvuushuollon rakenneuudistuksen aikana vain siinä tapauksessa, että kentän ydinarvot – tasa-arvo, universaalisuus, inkluusio ja solidaarisuus – ohjaavat palvelurakenteiden uudistusta. Kyselyvastausten analyysin perusteella tunnistimme kaksi kipupistettä, joissa hyvinvointivaltion vastuuvelvollisuuden toteutuminen näyttää vaarantuvan.

VIITEKEHYS JA AIEMPI TUTKIMUS

Hyvinvointiyhteiskunnalle tyypillinen tasapainottelu universalismin ja partikularismin arvojen välillä näkyy myös päihde- ja riippuvuushuollon toiminnassa. Päihde- ja riippuvuushuollossa tasapainoillaan jatkuvasti yleisen tasavertaisuuden ja erityisryhmien tarpeiden välillä. (15,16). Suomessa alkoholiverotusta ohjaa koko kansan kulutuskehitys, ja laajaa ehkäisytyötä tehdään peruskouluissa. Hoito- ja erikoispalvelut (kuten puhtaiden pistosvälineiden vaihto, vertaistukiryhmät jne.) on kuitenkin suunnattu tietyille ryhmille. Päihde- ja riippuvuushuollon erityispalveluiden uhanalainen asema on yleisessä tiedossa, ja ne kärsivätkin usein ensimmäisinä julkisen vastuun supistuksista (17). Usein esitetään esimerkiksi vaatimus valita hoitoon ne asiakkaat, joiden toipumiseen uskotaan (16).

Hellmanin ja Alangon teorian mukaan hyvinvointiyhteiskunnan vastuuvelvollisuudessa on neljä institutionaalista tasoa: demokraattisen järjestelmän työnjaon taso, palvelujärjestelmän taso, hyvinvointivaltion ammattilaisten taso ja hyvinvointikulttuurin taso (3). Vastuuvelvollisuuden ylimmällä tasolla, jolla demokraattisen järjestelmän roolijako tehdään, määritetään hyvinvointivaltion yleiset tavoitteet ja periaatteet. Hyvinvointiyhteiskunta täyttää lupaukset seuraavalla, palvelujärjestelmän tasolla, kun suunnitellaan ja toteutetaan oikeudenmukaisia ja luotettavia palveluita. Hyvinvointiammattilaisten tasolla luodaan hyvinvointikulttuuria palvelujärjestelmän jokapäiväisessä vuorovaikutuksessa asiakkaiden ja kansalaisten kanssa. Riippuvuuskysely 2020 -tutkimuksen osallistujat ovat mukana varmistamassa palvelujärjestelmän toteuttamisen edellytyksiä. He edustavat jokaista tasoa, mutta erityisesti kolmatta, institutionaalista, tasoa eli ammattilaisia, jotka tuottavat hyvinvointipalveluita ammatillisissa käytännöissä ja viestinnässään. (3)

Päihde- ja riippuvuushuoltoa koskevat selvitykset ja tutkimuskirjallisuus ovat perinteisesti tarkastelleet erillisten palveluiden toimivuutta ja niiden tavoitteiden toteutumista (5,18,19). Osa nykyisistä käytännöistä ei todistettavasti noudata hyvinvointivaltion periaatteita. Esimerkiksi Mäkilä kollegoineen on todennut, että hoitopolut vaativat asiakkailta kohtuutonta itsenäisyyttä ja oma-aloitteisuutta (20). Perälä ja Leppo (18) puolestaan väittävät oman tutkimuksensa perusteella, että päihdepalvelujärjestelmässä on hyvinvointivaltion ihanteiden vastaisesti piirteitä, jotka saattavat aiheuttaa palveluiden käyttäjien turhaa kärsimystä.

Aiemmassa tutkimuksessa on keskusteltu päihde- ja riippuvuushuollon riittämättömyydestä (21) eri näkökulmista. Laadukkaalla ja tarkoituksenmukaisella palvelulla tarkoitetaan asiantuntijoiden ja hoitohenkilökunnan keskuudessa usein järjestelmää, jossa edistetään pitkäkestoista hoitojatkumoa ja josta tarjotaan yksilöllistä hoitoa asiakkaan tarpeiden mukaan (22). Aiemmassa tutkimuksessa on myös tunnettu huolta palveluintegraation kysymyksistä. Kuntatasolla onnistunutta palveluintegraatiota edistää moti-

vaatiovalmius, organisaation ilmapiiri sekä ulkoinen sääntely ja rahoitus (23). On myös esitetty, että päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatiossa voi syntyä ongelmia, jos varsinaisen integraation sijaan palvelut on yhdistetty joko päihde- tai mielenterveyspalvelujen alle, sillä osalla asiakkaista voi olla ammattitaitoista hoitoa vaativa ongelma vain toiselta alueelta (24). Terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja nuorisotoimen työntekijöiden asenteet päihteitä käyttäviä kohtaan ovat varsin erilaisia, ja työntekijöiden tiedot hoitokäytännöistä, päihteistä ja hoitojärjestelmistä eroavat nekin merkittävästi (25).

Se, miten palvelujärjestelmässä ymmärretään päihde- ja riippuvuusongelmia, kertoo paljon järjestelmän toimintaperiaatteista. Pennonen ja Koski-Jännes ovat todenneet tutkimuksessaan suomalaisen päihdehuollon ammattiryhmien suhtautumisesta riippuvuusongelmiin, että riippuvuus nähdään usein opittuna selviytymismallina. Sosiaalinen kehys oli kaikissa ammattiryhmissä vahva, eivätkä näkemykset jakautuneet jyrkästi ammatin perusteella. (26) Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset suhtautuvat vakavasti myös rahapeliongelmiin ja kohtaavat rahapeliongelmaisia työssään melko paljon, mutta näitä ongelmia ei hevin oteta puheeksi asiakkaiden kanssa, ja työntekijät arvioivat valmiutensa rahapeliongelman kohtaamiseen pääosin heikoiksi (27). Lääkärit näkevät peliongelman ennen kaikkea sosiaalisena ongelmana ja suhtautuvat kriittisesti omaan rooliinsa sen hoitamisessa (28).

Päihde- ja riippuvuushuollon ammattilaisten näkemysten kansainvälisessä vertailussa on havaittu, että kulttuuriset kontekstit ja palvelujärjestelmämalli vaikuttavat päihteisiin ja riippuvuuksiin liittyviin käsityksiin enemmän kuin muut taustatekijät (29). Päihdehuollon ammattilaisten käsityksiin näyttivät vaikuttavan varsinkin institutionaaliset tekijät, kuten perusterveydenhuollon järjestämisen tapa (28, 29). Suomalaisten sosiaalityöntekijöiden käsitys päihde- ja riippuvuusongelmien sosiaalisesta taustasta kuvastaa esimerkiksi sosiaalityön ammatin historiaa hyvinvointivaltion ydinprofessiona (30).

MENETELMÄ

Internet-pohjainen Riippuvuuskysely 2020 oli osa kansainvälistä Suomen Akatemian rahoittamaa ERA-NET-hanketta (päätösnumero 318953). Aineisto kerättiin sähköisellä puolistrukturoidulla kyselylomakkeella LimeSurvey-ohjelmalla Leibniz Institute for Prevention Research and Epidemiology -tutkimuslaitoksen (BIPS) kyselyalustalla.

Kyselylomakkeessa selvitettiin, miten suomalaiset päihde- ja riippuvuushuollon ammattilaiset ja asiantuntijat ymmärtävät ja määrittelevät päihde- ja riippuvuusongelmia. Selvitimme myös, miten näihin ongelmiin tulisi heidän mielestään tarttua poliittisella tasolla, ehkäisevässä työssä, hoidossa ja muissa yhteiskunnan toiminnoissa. Jälkimmäisen aihepiirin vastaukset ovat tämän artikkelin aineisto. Pidemmässä 87 kysymyksen lomakekokonaisuudessa hyödynsimme myös joitakin riippuvuutta ilmiönä käsitteleviä kysymyksiä, joita Koski-Jännes ja kollegat esittivät tutkimuksessaan yli 10 vuotta sitten (26, 29).

AINEISTO

Tämä artikkeli on raportti analyysistä, joka pohjautuu kahteen Riippuvuuskyselyssä esittämäämme kysymykseen. Niistä ensimmäisessä osallistujilta kysyttiin: *Mitkä suomalaisen palvelujärjestelmän sektorit ja palvelut näet keskeisinä päihde- ja riippuvuushuollon kannalta?* Toisessa kysymyksessä tiedusteltiin: *Mitkä ammattiryhmät näet keskeisinä päihde- ja riippuvuushuollossa?* Osallistujille tarjottiin eri sektori-, palvelu- ja ammattiryhmäkategorioita, joiden merkittävyyttä he arvioivat viisiportaisella asteikolla. Asteikon toisessa päässä oli vaihtoehto *"ei lainkaan tärkeitä"* ja toisessa päässä vaihtoehto *"erittäin tärkeitä"*. Vaihtoehtona oli myös vastaus "en osaa sanoa". Molempien kysymysten viimeinen kohta oli avoin kommenttikenttä: *"muita vaihtoehtoja ja/tai kommentteja"*. Analyysin laadullinen ja pääasiallinen materiaali on peräisin avoimista vastauksista.

Yhteensä 102 osallistujaa kommentoi vapaasti kommenttikentässä eri sektoreita koskevaa kysymystä. Ammattiryhmiä koskevaa kysymystä kommentoi omin sanoin kommenttikentässä 109 osallistujaa. Laadullisessa aineistossa on siten yhteensä 211 avointa vastausta. Vastauksien pituudet vaihtelivat yhden tai kahden sanan lyhyistä kommenteista pidempiin pohdintoihin. Yhteensä laadullinen materiaali käsittää noin 13 Word-tiedoston sivua (riviväli 1, fonttikoko 12).

REKRYTOINTI

Keräsimme tutkimusaineiston syyskuun 2020 ja tammikuun 2021 välisenä aikana. Pyrimme ta-

voittamaan henkilöitä, jotka työssään suorittavat, suunnittelevat, järjestävät ja ovat eri tavoin osa päihde- ja riippuvuushuollon toimintaa. Hankkeen tutkijaryhmä suunnitteli osallistujien rekrytointia yhdessä eri alojen avainhenkilöiden kanssa. Saimme käsiimme mm. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kartoitukset päihde- ja riippuvuushuollon ammatti- ja palveluverkostoista. Kolme hanketutkijaa ja hankekoordinaattori kartoittivat vuoden 2020 aikana koko päihde- ja riippuvuushuollon palvelujärjestelmän Suomessa.

Osallistujien rekrytointivaiheessa tunnistimme viisi aluetta, joilla tuotetaan päihteisiin ja riippuvuuteen liittyviä palveluita: toimintasuunnitelmat, päätöksenteko ja palveluiden suunnittelu; ennaltaehkäisy ja tiedotus; hoito ja muut tukirakenteet; tutkimus ja tutkimuslaitokset; sekä muut toimijat (esim. erilliset kokemusasiantuntijaverkostot). Havaitsimme myös viisi osin päällekkäistä järjestelmätasoa, joilla palveluita tarjotaan: kansallinen taso, alueellinen / sairaanhoitopiirien taso, kuntataso, kolmas sektori ja ”muut”. Ristiintaulukoimme toiminta-alueet ja -tasot, ja kaikki ristiintaulukossa mainitut organisaatiot, ryhmät ja yksittäiset toimijat todettiin Riippuvuuskyselyn kohderyhmäksi (ks.31,32). Hankkeen tutkimusavustajat työskentelivät systemaattisesti kyselyn kohderyhmään kuuluvien henkilöiden ja organisaatioiden tavoittamisessa ja rekrytoinnissa 2–3 kuukauden ajan.

Lähestyimme kartoitettuja organisaatioita, ammattilaisia ja asiantuntijoita sähköpostitse. Vastaajia tavoiteltiin myös päihdetutkimuksen verkostoista ja seuroista sekä kaikista sairaanhoitopiireistä ja 40 suurimman kunnan hoitohenkilökunnan, päihdesosiaalihuollon ja muuten päihteiden käytön kanssa tekemisissä olevien työntekijöiden keskuudesta. Tutkimusluvan antoi 10 sairaanhoitopiiriä ja 24 kuntaa. Mukana on kuntayhtymien kautta muidenkin kuntien työntekijöitä. Kutsua levitettiin myös kuntien päihdehuollosta vastaaville työntekijöille. Kyselylomakkeen lopussa pyydettiin lumipallomenetelmän mukaan vastaajia nimeämään uusia tutkimukseen soveltuvia osanottajia (33). Kyselyä levitettiin syksyllä 2020 myös sosiaalisen median aiheeseen keskittyvissä ryhmissä ja uutiskirjeissä.

Edellä mainittujen kuntien ja sairaanhoitopiirien eettisten lupien lisäksi tutkimukselle haettiin yleinen eettinen ennakkoarviointi BIPS-instituutista.

Kyselylomakkeeseen vastaamisen aloitti 997 henkilöä, mutta osa jätti lomakkeen kesken. Kaikkiin kysymyksiin vastasi lopulta 570 henkilöä. Koska on periaatteessa mahdollista, että osa vastaamisen kesken jättäneistä henkilöistä on myöhemmin täyttänyt kyselyn loppuun eri IP-osoitteesta, päätimme jättää määrällisessä analyysissä muut kuin kokonaan täytetyt lomakkeet pois aineistosta. Tarkistimme, että tämän ryhmän ammatillinen koostumus vastasi koko aineiston koostumusta (34).

Taulukko 1 kuvaa kyselyyn vastanneiden ammattiryhmiä. Vastaajat sijoittivat itsensä tarpeen mukaan useampaan kuin yhteen kategoriaan. Kohtaan ”muut” vastanneet määrittelivät työskentelevänsä esimerkiksi mielenterveyspalveluissa tai nuorisotyössä. Analyysissa kyselyvastaukset edustavat päihde- ja riippuvuushuoltoa kokonaisena ryhmänä. Emme ole erikseen analysoineet tai vertailleet eri ammattiryhmien vastauksia.

Taulukko 1. Kyselyyn vastanneiden ammattiryhmät (n=570). Vastaajat sijoittivat itsensä tarpeen mukaan useampaan, kuin yhteen ammattiryhmään.

Mikä seuraavista kuvaa ammattiasi parhaiten?		
	Vastanneiden määrä	**%-osuus**
Päihde- ja riippuvuushoito	273/570	48
Terveydenhuolto	132/570	23
Sosiaalipalvelut	127/570	22
Ennalta ehkäisevät palvelut	96/570	17
Tutkimus ja kehittäminen	63/570	11
Hallinto ja politiikka	35/570	6
Muut	59/570	10

ANALYYSI

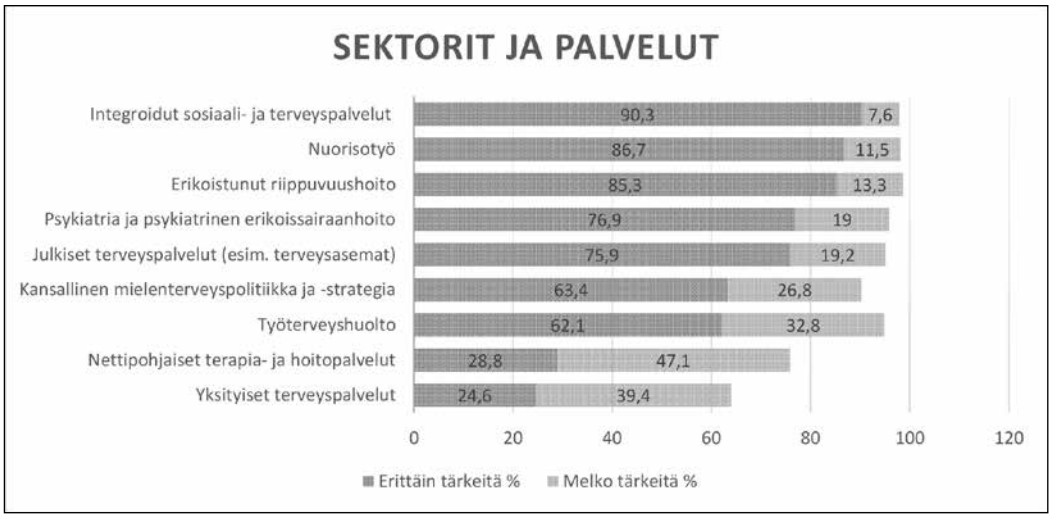
Laadullinen analyysi tehtiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä Atlas.ti-ohjelman avulla. Erottelimme aluksi aineistosta kaikki päihde- ja riippuvuushuollon toimintaan liittyvät lausumat ja yhdistimme ne alaluokiksi, joita olivat esimerkiksi ”matala kynnys”, ”päihde- ja riippuvuusosaaminen”, ”moniammatillisuus ja integroidut palvelut ” ja ”terveydenhuollon henkilöstön rooli”. Samansisältöisistä alaluokista muodostimme yhteensä 10 yläluokkaa, esimerkiksi ”päihdeongelman tunnistaminen ja puheeksiotto” ja ”erikoistunut hoito”. Alustavan koodauksen jälkeen aloimme tulkita, mitä vastaukset merkitsivät päihde- ja riippuvuushuollon toimivuuden kannalta (35). Pyrimme erityisesti tarkastelemaan, mikä estää tai uhkaa hyvinvointivaltion vastuuvelvollisuuden toteutumista. Yhdistettynä yläluokat muodostivat kaksi selkeää teemaa, jotka tunnistimme järjestelmän kipupisteiksi.

Osallistujat jäsensivät hyvinvointiyhteiskunnan velvollisuuksia palvelujärjestelmän työnjaon ja sisäisten roolien kautta, kun taas järjestelmän toimivuutta jäsennettiin sen valmiuksien ja saavutettavuuden perusteella. Nämä ulottuvuudet vastaavat kansainvälisessä hyvinvointipalvelututkimuksessa tunnistettuja hyvinvointivaltion kriittisiä muutoksia: aiemmassa tutkimuksessa on havaittu, että julkisten palvelujen ja ammatillisen hyvinvointityön työnjako on muuttunut ratkaisevasti viimeisen 30 vuoden aikana (36, 37). Suomessa Raija Julkunen on nostanut keskusteluun vastaavaa pohdintaa hyvinvointivaltion tarjoaman sosiaaliturvan vastuusta ja sen epäonnistumisista. Hänen mukaansa suomalaisessa sosiaalipolitiikassa on ollut samanlaista taipumusta hyvinvointivaltion vaalimiseen samalla, kun joidenkin kansalaisten tarpeet on sivuutettu jopa taloudellisen noususuhdanteen aikana (38). Lisäksi yleinen demografinen muutos ja monimutkaisten ongelmien kehitys (*complex problems*) vaikuttavat todistettavasti palveluiden valmiuteen ja saavutettavuuteen (39).

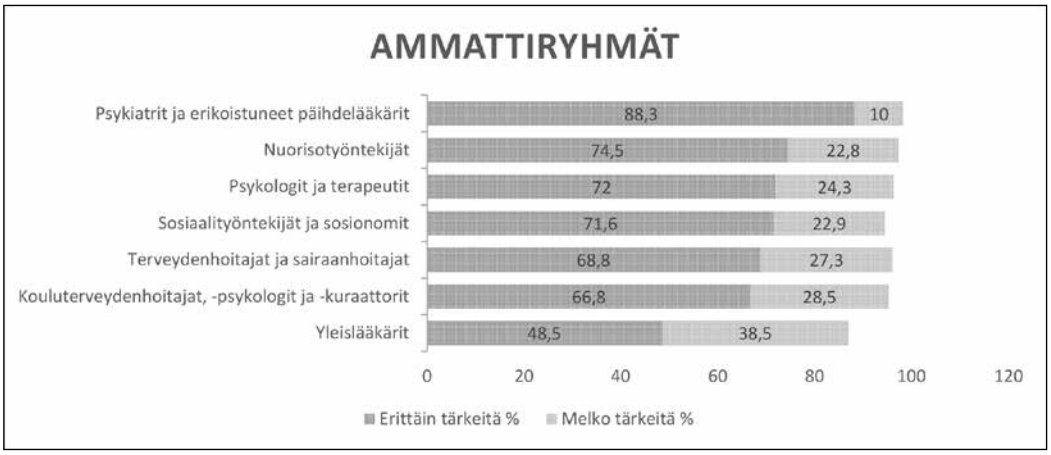
Seuraavassa, analyysin tuloksia tarkastelevassa jaksossa painopiste on laadullisessa analyysissä, mutta esittelemme myös kyselyn kvantitatiiviset jakaumat päihde- ja riippuvuushuollon keskeisiltä sektoreilta, palveluista ja ammattilaisista.

TULOKSET

Kysyimme strukturoidulla kysymyksellä, mitä suomalaisen palvelujärjestelmän sektoreita/palveluita ja ammattiryhmiä osallistujat pitivät keskeisinä päihde- ja riippuvuushuollon kannalta. Kuviot 1 ja 2 havainnollistavat osallistujien vastauksia.



Kuvio 1. Suomalaisen palvelujärjestelmän tärkeimmät sektorit ja palvelut päihde- ja riippuvuushuollon kannalta Riippuvuuskysely 2020 -tutkimukseen vastanneiden mukaan (N=570)



Kuvio 2. Suomalaisen palvelujärjestelmän tärkeimmät ammattiryhmät päihde- ja riippuvuushuollon kannalta Riippuvuuskysely 2020 -kyselytutkimukseen vastanneiden mukaan (N=570)

Osallistujat olivat melko yksimielisiä järjestelmää koskevissa näkemyksissään. Vastaajista 90 % piti integroituja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ja 85 % erikoistunutta riippuvuushoitoa erittäin tärkeinä. Lisäksi 87 % vastaajista piti nuorisotyön roolia erittäin tärkeänä. Vähiten tärkeinä pidettiin nettipohjaisia terapia- ja hoitopalveluita (29 % vastaajista piti erittäin tärkeänä) ja yksityisiä terveyspalveluita (25 % piti erittäin tärkeänä). (Kuvio 1.) On kuitenkin huomioitava, että kaikkia sektoreja pidettiin vähintään melko tärkeinä. Oli myös jossain määrin odotettavaa, että päihde- ja riippuvuushuoltoa edustavat henkilöt pitävät tärkeinä kaikkia omaan alaansa liittyviä palveluita.

Terveydenhuollon ammattilaisten rooli nähtiin kentällä olennaisena; psykiatreja ja erikoistuneita päihdelääkäreitä pidettiin keskeisimpänä ammattiryhmänä (87 % vastaajista piti erittäin tärkeänä). Terveyden- ja sairaanhoitajia piti erittäin tärkeänä ammattiryhmänä 68 % vastaajista. Työterveyshuoltoa piti erittäin tärkeänä 62 % vastaajista (kuvio 1), ja yleislääkärit nähtiin vähiten tärkeänä ammattiryhmänä (50 % vastaajista piti yleislääkäreitä erittäin tärkeänä). (Kuvio 2.) Terveydenhuoltosektorin keskeisyys ongelmien varhaisessa tunnistamisessa ja ennaltaehkäisyssä tuli kuitenkin esiin laadullisessa aineistossa.

Nuorisotyöntekijöitä, jotka eivät tavallisesti työskentele erikoistuneessa päihdehuollossa, pidettiin tärkeämpinä (74 %) kuin terveyden- ja sairaanhoitajia (68 %) tai sosiaalityöntekijöitä (71 %). Tässä voidaan jo nähdä merkkejä siitä, että asioita havainnoidaan vahvasti hyvinvointiyhteiskunnan instituutioita painottavasta näkökulmasta. On myös mielenkiintoista, että yleislääkäreitä pidettiin erittäin tärkeinä selvästi vähiten näistä ammattiryhmistä (50 %). Psykologeja ja terapeutteja piti erittäin tärkeinä 72 % vastaajista. (Kuvio 2). Kokemusasiantuntijoita tai vertaisohjaajia kysymyksessä ei ollut vaihtoehtona lainkaan, mutta monet vastaajat korostivat näitä ammattiryhmiä avoimissa vastauksissaan.

Kommenttikentissä osallistujilla oli mahdollisuus avata vastauksiaan, problematisoida ja keskustella. Avoimet vastaukset antavat vastaajien näkemyksistä moniulotteisemman kuvan.

KIPUPISTE 1: JÄRJESTELMÄN TYÖNJAKO JA SISÄISET ROOLIT

Monialaisuus ja moniammatillisuus hyvinvointipluralismin asialla

Avoimissa vastauksissa osallistujat käyttivät palveluintegraatiosta käsitteitä monialaisuus ja moniammatillisuus ja tähdensivät siten palvelujärjestelmän eri osioiden täydentäviä funktioita. Osallistujat näkevätkin hyvinvointipluralismin (40) tärkeänä palvelukentän logiikkana ja ideaalina (ks. 41).

Hyvinvointipluralismin mukaan kaikilla erillisillä sote-palveluilla on oma roolinsa, kellä ongelman tunnistamisessa ja hoitoon ohjaamisessa, kellä hoidon toteuttamisessa. Tiettyä ammattia tärkeämpänä osallistujat pitivät ammattilaisen kiinnostusta ja asennetta sekä katkeamatonta hoitopolkua.

Vastauksissa painottuu myös aiemmissa tutkimuksissa esiin tullut pragmaattisuus (7). Eräs osallistuja selittää kaikkien sektoreiden ja palvelumuotojen samanarvoisuutta ja kuvaa ongelmia pitkäjänteisenä jatkumona:

> *"Prosessin tai hoitoketjun toimivuuden näkökulmasta ei voida sanoa, että joku rooli olisi vähemmän tärkeä kuin joku toinen. Kaikkia siis tarvitaan kohtaamisten ja hoidon eri vaiheissa."* (Vastaaja 929)

Palveluiden kirjo ja erilaisten palveluiden tarjonta näyttäytyi ihanteellisena, kun kyselyn vastaajat pohtivat yhteiskunnan yleistä vastuuta sekä vaihtelevaa asiakaskuntaa:

> *"Hoitovaihtoehtojen ja -paikkojen taas tulee olla laajasti erilaisia, koska joku hoito toimii jollekin ja toinen toiselle"*. (Vastaaja 870)

Kyselyn vastaajien mukaan päihde- ja riippuvuushuolto tarjoaisi ihannetapauksessa erilaisia, mutta keskenään tasavertaisia interventioita ja palveluita eri käyttäjien erilaisiin tarpeisiin.

Kun palvelujen moninaisuuden tarvetta perusteltiin yksilöllisten tarpeiden eroilla, vastauksista nousi esiin klassinen dilemma, jonka mukaan hyvinvointivaltion tulee tavoitella sekä tasavertaisuutta että erityisyyttä (16). Yksilöllisiä tarpeita voivat vastaajien mukaan määrittää ainakin riippuvuusongelmien laatu ja vakavuus sekä ihmisten erilaiset elämäntilanteet. Moniammatillista hoitoa pidettiin tärkeänä erityisesti silloin kun hoidetaan päihde- ja mielenterveysongelmia samanaikaisesti:

> *"Riippuvuuksista kärsivät ovat usein hyvin moniongelmaisia, joten tarvitaan moniammatillista osaamista somatiikasta, psykiatriasta/psykologiasta ja sosiaalihuollosta*." (Vastaaja 803)

Palveluiden monimuotoisuuden tarpeesta vaikutti vallitsevan yhteisymmärrys, ja vastausten perusteella moniammatillisuus näyttää myös vakiintuneen keskeiseksi toimintatavaksi. Tämä on kiinnostavaa ei vain siksi, että moniammatillinen painotus näkyy palveluntarjonnankin viimeaikaisessa kehityksessä (42), mutta myös sen takia, että moniammatillisuutta on hankala määritellä ja soveltaa käytännössä (43).

Erikoistuneen hoidon rooli

Jos moniammatillisuuden käsitteen avulla kuvattiin hyvinvointipluralismin arvoja, erikoistunut hoito nähtiin osallistujien keskuudessa alueena, jolla on pysyvä erityistehtävä järjestelmän kokonaislogiikassa. Erikoistunutta hoitoa pidettiin aineistossa hyvinvointivaltion vastuuna haavoittuvuuden käsitteen avulla. Kyselyvastauksien logiikka muistuttaa ns. haavoittuvuusteoriaa (*vulnerability theory*, 44), jonka mukaan valtion vastuu kasvaa haavoittuvuusasteen mukaan.

Osallistujat korostivat, että erikoistunutta päihdehoitoa tarvitaan ensisijaisesti silloin, kun ongelmat ovat pitkälle kehittyneitä. Ongelmien eri vaiheissa kokonaistilanteen arvioinnin tarpeet vaihtelevat:

> *"Päihdehoidon tulisi mielestäni olla aina erikoistunutta hoitoa, jossa potilaan tilanne kartoitetaan laajasti ja rempallaan oleva asiat hoidettaisiin kuntoon. Esimerkiksi 30 vuotta aineita käyttänyt […] ei osaa enää toimia yhteiskunnassa, syrjäytyminen pitää hoitaa myös. Muut tahot voisivat keskittyä ongelmien tunnistamiseen ja hoitoonohjaukseen."* (Vastaaja 317)

Erikoistuneen päihdehoidon katsottiin vaativan erikoistunutta osaamista, mutta vastaajat eivät ottaneet kantaa siihen, mikä koulutus tai ammatti antaisi siihen parhaat valmiudet: *"Mitä vaikeampia ongelmavyyhtejä hoidetaan, sitä enemmän tarvitaan myös erikoistunutta osaamista"*, selitti eräs osallistuja. Koska palveluissa tulee ymmärtää päihde- ja riippuvuusongelmien monimutkaisuutta, hyvinvointipluralismi korostui myös erikoistuneen hoidon tärkeyttä käsittelevissä vastauksissa. Kyselyn vastaajat eivät pitäneet mitään tiettyä ammattia selvästi muita tärkeämpänä päihde- ja riippuvuusongelmien hoidossa. Tämä vastaa addiktioilmiön moniulotteisuutta korostavia teorioita: monimutkaiset ilmiöt vaativat myös palveluiden monimuotoisuutta (45,46).

Sosiaalityö ja terveydenhuollon dominanssin riski

Teknisen vahingon takia kyselylomakkeesta puuttui "sosiaalityö ja sosiaalipalvelut" vastaus-

vaihtoehtona sektoreita ja palveluita koskevasta monivalintakysymyksestä. Tämän puutteen takia emme saaneet kyselyssä määrällistä tietoa siitä, miten tärkeäksi vastaajat arvioivat sosiaalityön päihde- ja riippuvuushuollon kentällä. Laadullisen analyysin kannalta puute osoittautui kuitenkin myös hyödylliseksi, sillä monet osallistujista kommentoivat tätä puutetta avoimessa kommenttikentässä. Näistä kommenteista saatiin arvokasta tietoa vastaajien näkemyksistä sosiaalialan roolin tärkeydestä. Päihdehuollon moniammatillisissa työryhmissä korostettiin sosiaalityön ja -palveluiden merkitystä koordinoivana ja keräävänä tahona:

> *"Päihdehuollon kokonaisuudesta vastaaminen takaisin sosiaalihuoltoon, josta käsin moniammatillinen työryhmä yksilöllisen tarpeen mukaan. Kokonaisuutta tulisi koordinoida sosiaalityöntekijän."* (Vastaaja 357)

Sosiaalityön merkittävä asema päihde- ja riippuvuushuollossa on tunnustettu aiemmissa tutkimuksissa (47). Sosiaalityöllä on päihde- ja riippuvuushoidossa usein ratkaiseva kokoava ja koordinoiva asema, mutta sillä on tärkeä tehtävä myös lääkehoitopalveluissa ja muissa ei-tyypillisissä sosiaalityön palveluissa (48). Tutkimuksessa on havaittu, että sosiaalityötä ei arvosteta tarpeeksi palvelusuunnittelussa (49). Moni vastaaja olikin huolissaan sosiaalityön osuuden unohtumisesta päihdehoidosta puhuttaessa. Terveydenhuollon painotus koettiin joskus liialliseksi:

> *"Lisää panostusta ja painotusta tarvittaisiin sosiaalisiin ja mielenterveyden ongelmiin. Hoito liiaksi terveydenhuoltopainotteista tällä hetkellä."* (Vastaaja 359)

Vastauksissa kannettiin myös huolta päihde- ja riippuvuushoidon ylenmääräisestä medikalisoitumisesta. Sosiaalityön tärkeyttä painotettiin medikalisaatiohuolen vastapainona:

> *"Päihdeongelmien hoito on liikaa medikalisoitunut vaikka kyse on erittäin monisyisestä ongelmasta. Sosiaalityön roolia pitää korostaa."* (Vastaaja 508)

Vastauksissa toivottiin lisäksi sosiaalityön roolin selkiyttämistä ja muistutettiin, että esimerkiksi lastensuojelussa tehdään paljon päihdetyötä. Siinä missä jotkut vastaajat katsoivat päihde- ja riippuvuusilmiöiden medikalisaation uhkaavan sosiaalista vastuuta, toiset osallistujat olivat sitä mieltä, että liika sosiaalityön painottaminen voi johtaa heikkoon otteeseen riippuvuuden problematiikasta. Moniammatillisuuden korostuksesta huolimatta aineistosta hahmottui myös ammatteihin ja koulutukseen liittyvä jännite, varsinkin sosiaalisen ja terveyden näkökulmien välillä. Ristiriita ilmeni varsinkin sosiaalityön roolia koskevassa keskustelussa. Osallistujat katsoivat, että ongelmien vakavuutta voidaan tehostaa sairauskäsitteellä ja palveluilla, jotka korostavat tätä näkemystä.

Palvelujen painotus ja strategiat

Aineistossa painottuivat selvästi enemmän käytännön asiakastasolla tehtävä työ kuin yhteiskuntapoliittiset linjaukset ja strategiat. Esimerkiksi 27 % vastaajista piti kansallista mielenterveys- ja päihdestrategiaa melko tärkeänä ja 63 % erittäin tärkeänä (kuvio 1). Tätä kantaa voi pitää luonnollisena seurauksena siitä, että vastaajista suurin osa näki ammattinsa liittyvän pikemminkin asiakas- ja potilastyöhön kuin hallintoon ja tutkimukseen. Erään vastaajan mukaan strategiat ovat etäällä käytännön työstä:

> *"Mielenterveyspolitiikka ja -strategia ovat enemmän sanoja paperilla. Jos ne näkyisivät käytännössä, ne olisivat tärkeitä."* (Vastaaja 461)

Vastauksissa todettiin kuitenkin myös strategioiden ja yhteiskuntapoliittisten linjausten merkitys ja toivottiin päihdehuoltolain ja päihdestrategian päivittämistä. Nämä ovat tyypillisiä kokonaisvaltaisia yhteiskunnallisia lähestymistapoja, jotka vastaavat pohjoismaista mallia ongelmien ratkaisemiseksi (50).

Osallistujat olivat huolestuneita korjaavien palveluiden liiallisesta painotuksesta. Erityisesti ennaltaehkäisevillä ja varhaisen puuttumisen työmuodoilla nähtiin olevan suuri vaikutus päihdeongelmien torjunnassa. Päihdetyön painottumista korjaavaan työhön pidettiin kalliina ja tehottomana ratkaisuna. Tässä yhteydessä nostettiin esiin nuorisotyön ja oppilaitosten rooli. Lasten ja perheiden hyvinvointiin olisi vastaajien mukaan syytä panostaa niin varhaiskasvatuksen, lasten-

suojelun kuin nuorisotyön keinoin. Myös poliisi sekä työpaikkojen esimiehet ja luottamusmiehet mainittiin ennaltaehkäisevän työn yhteydessä. Koko yhteiskunnan osallistumista painottavaa näkemystä voidaan pitää tyypillisenä suomalaisen ehkäisevän päihdetyön määritelmänä (51).

Järjestöt, kokemusasiantuntijuus ja vertaistuki

Kolmannella sektorilla eli kansalaisjärjestöillä on erityinen rooli suomalaisessa päihde- ja riippuvuushuollossa (5). Kansalaisjärjestöt toimivat sekä edustamiensa ryhmien edunvalvojina että tarjoavat palveluita kohderyhmille (52). Tämän tutkimuksen aineistossa järjestösektori näyttäytyi erityisesti täydentävänä toimijana. Vaikuttamisen lisäksi vastaajat katsoivat, että järjestöjen erityisenä roolina on tarjota asiakkaille vertaistukea ja matalan kynnyksen palveluita. Avoimissa vastauksissa tämän kentän vahvuuksia palvelujärjestelmässä kuvattiin usein toimijoiden moninaisuuden avulla:

> *"Isoilla toimijoilla [on] paremmat vaikuttamismahdollisuudet, [kuten] esimerkiksi A-klinikkasäätiö. Mutta Suomessa päihdetyön kentällä työskentelee myös paljon pieniä kolmannen sektorin toimijoita, joilla on ammattitaitoa ja joustavuutta, mikä on erityisen tärkeää päihdetyössä."* (Vastaaja 229)

Järjestöjä pidettiin joustavina ja ketterinä toimijoina, joilla oli oma paikkansa palvelujärjestelmässä. Parhaassa tapauksessa niiden katsottiin täydentävän julkisen sektorin palveluita:

> *"/--/ kolmannella sektorilla pystytään tekemään sellaisia ratkaisuja ja toimintoja, joihin jäykkä palvelujärjestelmä ei välttämättä muutoin taivu."* (Vastaaja 382)

Muutamat vastaajat totesivat, että päihdepalveluiden huonon saavutettavuuden vuoksi järjestön tuki voi joskus olla asiakkaalle ainoa mahdollinen vaihtoehto. Järjestöjen tarjoamat matalan kynnyksen toimipaikat, joissa ei edellytetä käviöiltä diagnoosia tai lähetettä, olivat vastauksien mukaan ratkaisevia: *"ilman niitä moni jäisi ilman apua pääkaupunkiseudulla"*, tiivistää eräs osallistuja (vastaaja 796).

Järjestötoimijoiden ja hankkeiden suuren määrän katsottiin myös pirstaloivan palvelujärjestelmää, hämmentävän palveluiden käyttäjää ja olevan yhteiskunnallisten resurssien tuhlausta.

Kyselyn vastaajat olivat sitä mieltä, että järjestöjen roolina on hoitaa erityistehtäviä hämmentämättä käyttäjää tai aiheuttamatta päällekkäistä palvelutuotantoa. Vertaiset ja kokemusasiantuntijat nostettiin avoimissa vastauksissa päihde- ja riippuvuushuollon tärkeäksi ammattiryhmäksi. Heidän asiantuntemuksensa katsottiin täydentävän ammattilaisten työtä. Kokemusasiantuntijoiden ja vertaisten rooli oli vastaajien mukaan olennainen esimerkiksi sairauden tunnistamisessa ja hoitomotivaation luomisessa.

Verkkopalvelut

Verkkovälitteisiä palveluita mielenterveys-, päihde- ja muiden riippuvuusongelmien hallintaan tarjotaan tällä hetkellä useilla tahoilla niin julkisella, yksityisellä kuin järjestösektorillakin (53). Verkkopohjaisia hoito- ja terapiapalveluita pidettiin tässä aineistossa vähemmän tärkeinä kuin muita palveluita. Internet-pohjaisia palveluita piti erittäin tärkeinä 28,8 % vastaajista ja melko tärkeinä 47,1 % vastaajista (kuvio 1). Avoimissa vastauksissa vastaajat korostivat, etteivät verkkopalvelut voi korvata kasvokkaista työtä eivätkä ne myöskään sovi kaikille esimerkiksi vaihtelevien digitaitojen ja -mahdollisuuksien vuoksi (54). Näin kiteyttää eräs vastaaja:

> *"[Nettipohjaisia palveluita] pitäisi kehittää pian lisää, [ne] vähentävät kuormaa avohoidossa. Mutta toisaalta [ne] palvelevat vain riittävän hyvässä asemassa olevia, saatavuus ei ole tasavertaista, esim. älylaitteiden puute asiakkaalla."* (Vastaaja 785)

Varauksista huolimatta moni vastaaja nosti esiin nettipalveluiden matalamman kynnyksen ja tärkeyden lievempien riippuvuusongelmien käsittelyssä.

> *"Nettipohjaiset terapia- ja hoitopalvelut tarjoavat paljon matalamman kynnyksen osallistumiselle ja voivat siksi tavoittaa paljon laajemman joukon ihmisiä, joilla ongelmat ovat vielä varhaisemman vaiheen lievempiä ongelmia, joita voi olla helpompi ja halvempi ratkaista siinä vaiheessa kuin vasta myöhemmin, kun tarvitaan jo järeämpiä palveluita."* (Vastaaja 399)

Monen vastaajan mielestä verkkopalveluiden yleisenä tehtävänä palvelujärjestelmässä on toimia kaikille avoimena ja helposti saavutettavana alustana, jossa ongelmien tunnistaminen onnistuu vaivatta. Parhaassa tapauksessa verkkopalvelut voivat myös ohjata apua tarvitsevia muiden palveluiden piiriin.

Nykyisen kaltainen työnjako päihde- ja riippuvuuspalveluissa sekä mahdollistaa että vaarantaa hyvinvointivaltion vastuuvelvollisuuden toteutumisen. Vastauksissa tuli toisaalta esiin se, että alalla arvostettiin kaikkien ammattilaisten toimintaa, moniammatillisuutta pidettiin vahvuutena eikä ammattien välille kaivattu tarkkaa roolijakoa. Ammattilaisten näkemyksistä hahmottui analyysissa pragmaattisuus: on tärkeää, että kaikki ongelmista kärsivät saisivat tarvitsemansa palvelut ja että palveluiden tarjonta ja saavutettavuus olisivat mahdollisimman tasa-arvoisia.

KIPUPISTE 2. JÄRJESTELMÄN VALMIUDET JA SAAVUTETTAVUUS

Kentän valmiudet

Työnjako ja sisäiset roolit olivat aineiston perusteella päihde- ja riippuvuushuollon palvelujärjestelmän ensimmäinen kipupiste. Toisena kipupisteenä oli palvelujärjestelmän ajoittain puutteellinen valmius kohdata päihde- ja riippuvuusongelmista kärsiviä sekä avun saavutettavuuteen liittyvät puutteet. Ihannetilanteessa valmius päihdeongelmien kohtaamiseen olisi kaikilla aloilla, joilla kansalaiset ovat kosketuksissa hyvinvointiyhteiskunnan palveluiden kanssa. Päihde- tai riippuvuusongelman tunnistamisen, puheeksioton ja hoitoonohjauksen tulisi vastaajien mukaan tapahtua siellä, missä asiakas kohdataan ensimmäisen kerran:

> *"Asiakkaan ensimmäisessä kohtaamispaikassa pitäisi olla jo riittävä valmius alkaa hoitaa ongelmaa. Aikainen puuttuminen."* (Vastaaja 838)

Onko järjestelmän sitten oltava alati valmis tarttumaan ongelmiin? Ajatus jatkuvasta valmiustilasta liittyy käsitykseen oikeudenmukaisuudesta. Se on tuttu sekä julkisen sektorin vastuuta käsittelevästä kirjallisuudesta (55) että päihteiden käyttöön liittyvästä kirjallisuudesta (56). Vastaajien mukaan onnistunut hoito edellyttää, että päihde- ja riippuvuusongelmat eivät leimaisi avun hakijaa. Päihde- ja riippuvuusongelmat tulee ymmärtää terveysongelmiksi, ja niitä tulee kohdella palveluissa samalla tavoin kuin muitakin terveysongelmia. Kyselyvastausten terveyskehys oli siten myös neutralisoinnin ja destigmatisoinnin väline.

Päihde- ja riippuvuusongelmien puheeksi ottamiseen tarvittaisiin vastaajien mielestä niin rohkeutta kuin keinojakin. Peruspalveluiden katsottiin olevan avainroolissa. Aineistosta kävi esimerkiksi ilmi, että suurin osa alkoholin ongelmakäyttäjistä ei käytä lainkaan erikoistuneita päihdepalveluja mutta kylläkin sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluita. Monen vastaajan mukaan olennaista päihdeongelmassa on se, ettei yksilö itse pysty ottamaan siitä vastuuta ja että päihde- ja riippuvuushuoltojärjestelmän tehtävä on vastuun siirtäminen yksilöltä rakenteisiin ja tukijärjestelmiin. Vastaajien mielestä terveydenhuollolla on kaikkia kansalaisia koskevana palvelujärjestelmänä parhaat edellytykset ottaa tämä vastuu.

Yleislääkäreiden roolia korostettiin ongelmien tunnistamisessa, lievempien ongelmien hoidossa sekä potilaan lähettämisessä eteenpäin asianmukaiseen hoitoon. Tämä voidaan nähdä osana suurempaa trendiä, jossa tähdennetään yleislääkärin avainroolia. Näkemys on 1990-luvulta lähtien voimistunut sitä mukaa kuin tutkimuksista on saatu vahvistusta mini-interventioiden hyödyllisyydestä (57). Uudempi kirjallisuus on kuitenkin tuonut esiin mini-interventioiden tarkoituksenmukaisen implementoimisen vaikeutta (58).

Vastaajat käyttivät matalan kynnyksen käsitettä kuvaamaan palvelujen saavutettavuutta ja niihin hakeutumisen helppoutta. Matalan kynnyksen käsite kuvasi siten hyvinvointipalveluiden universalismin periaatetta. Perinteisesti matalan kynnyksen palvelut päihdepalveluissa ovat tarkoittaneet marginaaliryhmien palveluita, kuten suonensisäisesti huumeita käyttävien terveysneuvontaa ja päiväkeskuksia (59). Nämä palvelut soveltuvat vain osalle päihteiden ongelmakäyttäjistä, mutta vastauksissa toistui näkemys, että matalan kynnyksen toimintatapaa, jossa palvelun piiriin pääsee nopeasti ja ilman lähetettä, pitäisi soveltaa laajemmin:

> *"Päihdepalveluiden korkeaa kynnystä on syytä madaltaa. Hoidot suuntautuu [tällä hetkellä] matalan kynnyksen toimipisteissä hyvinkin*

syrjäytyneelle kohderyhmälle, päihdeklinikkapalvelut, joissa tehdään pidempikestoisella suunnitelmalla päihdehoitoa ja kuntoutusta, pitkät jonotusajat." (Vastaaja 830)

Palveluiden saatavuuden puutteet

Resurssien niukkuus mainittiin monessa vastauksessa syynä päihdepalvelujen heikkoon saatavuuteen. Päihteidenkäyttö jatkuu usein jonotusaikana ja eri asiakasryhmillä saattaa olla erilaiset mahdollisuudet päästä hoitoon:

"Huumeidenkäyttäjät huonommassa asemassa katkaisuhoitoon pääsyn suhteen kuin alkoholista vieroittautujat. Huumeiden käyttäjät joutuu odottamaan yleensä 3 vk (hoitotakuu), kun alkoholikatkolle pääsee samantien, yleensä." (Vastaaja 830)

Palveluiden jakautumista käsiteltiin kahdesta näkökulmasta: syrjäytymisvaarassa olevalle huono-osaiselle ihmisryhmälle on tarjolla palveluita, mutta niiden piiriin ei pystytä ottamaan suurempaa ihmismäärää. Toisaalta vastauksissa näkyi huolta asiakkaiden eriarvoistumisesta resurssien niukkuuden vuoksi. Yksityisellä puolella olisi kyllä saatavilla hoitoa niille, jotka pystyvät sen itse maksamaan (60). Vastauksissa viitattiin monentasoiseen eriarvoisuuteen palveluiden saavutettavuudessa: maksulliset palvelut voivat olla keskituloisenkin ulottumattomissa, ja taloudellinen tilanne saattaa vaikuttaa myös mahdollisuuksiin olla yhteydessä palveluihin puhelimitse tai internetin kautta.

Useampi vastaaja mainitsi avohoidon toteutuksen olevan liian kevyettä ja laitoskuntoutusjaksojen olevan pääsääntöisesti liian lyhyitä asiakkaiden tarpeisiin nähden. Jotkut vastaajat kertoivat vaikeimmin riippuvaisten, moniongelmaisten asiakkaiden riskistä jäädä ilman sopivaa hoitoa avohoitoa korostavassa järjestelmässä:

"Nykyisessä järjestelmässä ainakin suuremmilla paikkakunnilla mennään turhan helposti siihen, että kaikkein vaikeimmin ongelmaiset saavat nurinkurisesti kaikkein ohkaisimmat palvelut." (Vastaaja 533)

Osallistujat myös muistuttivat, että osa asiakkaista kuormittaa monia palveluita saamatta kuitenkaan tarvitsemaansa hoitoa.

Aineistossa järjestelmän valmiuksista ja saavutettavuudesta tuotiin esille jakautumista ja eroja palveluiden saatavuudessa monista näkökulmista. Tämän voi lukea kentän kritiikkinä, jonka mukaan hyvinvointivaltion vastuuvelvollisuus ei toteudu eikä palvelujärjestelmä kaikin osin pysty tuottamaan palveluita, jotka toimisivat hyvinvointivaltion periaatteiden mukaisesti.

POHDINTA

Riippuvuuskysely 2020 -tutkimuksen osallistujat ovat tärkeitä hyvinvointiyhteiskunnan substanssin ja pysyvyyden edellytysten tuottajia. Heidän arvionsa järjestelmän kyvystä tuottaa riittäviä ja laadukkaita palveluita koski pääasiassa saavutettavuuteen, tasa-arvoon ja universalismiin liittyviä näkökohtia.

Päihde- ja riippuvuushuollon keskeisen hyvinvointivaltiollisen eetoksen voidaan nähdä vaarantuvan sekä palvelutuotannon rakenteessa (Kipupiste 1) että sen toiminnassa (Kipupiste 2). Ammattilaisten viestin siitä, miten hyvinvointivaltion tulisi tarjota päihde- ja riippuvuushuollon palveluita, voi tiivistää seuraavasti:

Päihde- ja riippuvuushuollon toimivuuden kannalta keskeistä on hyvinvointipluralismin idea: tarvitaan laaja valikoima erilaisia palveluita, ammatillisia ryhmiä ja avun muotoja. Asiantuntijoiden näkemyksen moniammatillisuus ja monialaisuus helpottavat ongelmien tunnistamista ja auttavat välttämään hoitopolkujen katkeamista. Moniammatillinen työ nähtiin takuuna hyvinvointivaltion velvollisuuksien täyttämisestä, ja moniammatillisuutta perusteltiin myös riippuvuuksien itsensä moninaisuudella.

Ongelmien moninaisuus tuottaa myös toisenlaisia haasteita: Osallistujat pitivät mahdollisena, että eri palvelumuodot ja -toimijat voivat kilpailla toistensa kanssa ja että niillä voi olla jopa ristiriitaisia käsityksiä päihde- ja riippuvuusongelmien luonteesta. Tämänkaltainen riski liittyi erityisesti lääketieteen ja yhteiskuntatieteisiin perustuvan sosiaalityön väliseen köydenvetoon. Toisaalta alojen ja sektoreiden välisen tehtäväjaon katsottiin turvaavan järjestelmän toimivuutta. Terveyden ja lääketieteellisen kehyksen nähtiin takaavan neutraalimpi kokonaisote ja torjumaan leimautumista.

Päihdehuoltovastuu siirtyi 2010-luvun aikana yhä enemmän päihdehuollon erityispalveluista perusterveydenhuollon avohoitoon (61). Täs-

sä tutkimuksessa päihde- ja riippuvuushuollon ammattilaiset pitivät kuitenkin tärkeänä, että erikoistunut riippuvuushoito säilyy hyvinvointiyhteiskunnan perustehtävien joukossa. Sen tehtävä on tarjota korkealaatuisia palveluita ensisijaisesti silloin kun päihde- ja riippuvuusongelmat ovat edenneet pitkälle. Tältä osin päihde- ja riippuvuushuollossa tapahtunut kehitys näyttää olevan ristiriidassa sen kanssa, miten alan ammattilaiset katsovat palveluiden toimivan. Kyselyvastauksissa ymmärrettiin erikoistuneen hoidon yhteiskunnallinen vastuu heikkojen ryhmien haavoittuvuuden ja erikoistarpeiden kautta.

Päihde- ja riippuvuushuollon edustajat pitivät sosiaalityötä ratkaisevana, yhdistävänä ja koordinoivana toimijana, joka tarkastelee ja lähestyy palvelujärjestelmän kysymyksiä laajaalaisesti. Vastaajien mukaan sosiaalipalvelut varmistavat järjestelmän tukitoimintojen laajuuden. Sosiaalialan palveluiden avulla ongelmat tunnistetaan, asiakkaita tuetaan ja heidät ohjataan oikeaan palveluyhdistelmään. Sosiaalityötä pidettiin lisäksi erittäin tärkeänä moniammatillisessa työssä.

Vastaajat pitivät järjestöjen ja kolmannen sektorin palveluita täydentävinä ja joustavina apuvälineinä. Heillä oli selvä näkemys myös siitä, että verkkopalvelujen tulisi auttaa ihmisiä pohtimaan ongelmiaan ja tarpeitaan. Mutta miten saada ote ongelmista? Osallistujien mukaan tähän voi saada tukea sekä kolmannelta sektorilta että verkkopohjaisista palveluista, ja tämän myötä vastuun voi siirtää yksilöltä järjestelmälle tai yhteisölle. Vastaava roolijako on tuttu aiemmasta hyvinvointiyhteiskunnan vastuuvelvollisuuden tutkimuksesta (62).

Päihteiden käytöstä ja rahapelaamisesta oli osallistujien mukaan tärkeää puhua ”joka paikassa, jossa ihmisiä tapaa”. Ketään ei saa jättää heitteille, mikä korostaa hyvinvointiyhteiskunnan tasa-arvoisuuden ja universalismin ihannetta. Päihde- ja riippuvuushuollon on otettava vastuu apua tarvitsevista, niin että vastuu siirtyy yksilöltä yhteiskunnalle. Yleislääkäreiden portinvartijaroolia pidettiin tässä keskeisenä, sillä he voivat ohjata avuntarvitsijoita eteenpäin ja heidän toivottiin myös tunnistavan ongelmia esimerkiksi mini-interventioiden avulla.

Palveluiden jakautumista käsiteltiin kahdesta näkökulmasta: palveluita on kyllä tarjolla ihmisille, jotka ovat vaarassa syrjäytyä, mutta niiden piiriin ei pystytä ottamaan suurempaa ihmismäärää. Vastauksissa näkyi lisäksi huolta asiakkaiden eriarvoistumisesta resurssien niukkuuden vuoksi. Päihde- ja riippuvuushuollon ammattilaisten tulee arvioida avuntarvitsijoiden tarpeita hyvinvointiyhteiskunnan resurssien näkökulmasta. Yksityisellä puolella olisi saatavilla hoitoa niille, jotka pystyvät sen itse maksamaan (ks. 22). Kyselyn vastaajat totesivat, että usein kaikkein vaikeimmin ongelmaiset saavat kaikkein heikoimmat palvelut. Tämä on jo pitkään tunnistettu ongelma: Juuri vaikeimmin päihdeongelmaiset, joilla on lisäksi psyykkisiä ja somaattisia sairauksia, tarvitsisivat samanaikaisesti monien eri tuottajien palveluja (63). Päihde- ja riippuvuushuollon voi tulkita huolehtivan hyvinvointiyhteiskunnan velvoitteista tärkeällä sektorilla. Riippuvuuskysely 2020 -tutkimuksessa kentän edustajat ovat näyttäneet suuntaviivoja kentän vahvistamiseksi siirtymä- ja muutoskausien varalta.

TUTKIMUKSEN HEIKKOUDET JA LUOTETTAVUUS

Määrällisessä analyysissä analysoimme vain lomakkeen kokonaan täyttäneiden vastaajien vastauksia (N=570), mitä voi ehkä pitää tarpeettoman varovaisena strategiana. Sillä ei kuitenkaan ole suurta merkitystä artikkelissa esitettyjen tulosten kannalta, koska painopiste oli laadullisessa analyysissä. Tutkimuksen tavoiteryhmien kartoituksen perusteella voi arvioida, että kyselyllä tavoitettiin noin 10–20 % maanlaajuisesta kohderyhmästä. Vastaajissa painottuivat enemmän potilas- ja asiakastyötä tekevät ammattilaiset kuin tutkijat ja muut asiantuntijat. Rahapeliongelmia ei pohdittu aineiston avoimissa vastauksissa paljonkaan, vaikka se nostettiin kyselylomakkeessa riippuvuuskysymyksenä päihdeongelmien rinnalle. Tämä saattaa viitata siihen, että ongelmaa ei tunnisteta ”oikeana” ja laajana ongelmana. Riippuvuuskysely 2020 käsitteli ensisijaisesti näkemyksiä riippuvuusongelmista. Sen takia osallistujien vetämät rajat eri ammattien ja koulutustaustojen välillä ovat saattaneet saada suhteettoman suuren painoarvon avoimien kysymysten vastauksissa.

RAHOITTAJAT:

Kaikki kirjoittajat ovat työskennelleet hankkeessa, jossa aineisto on kerätty (A-Brain, ERA-NET NEURON, JTC2017-ELSA: A-BRAIN 2018-

2022, vastuullinen tutkija Matilda Hellman). Tutkimus on rahoitettu tästä hankkeesta. Helsingin yliopiston osuuden on rahoittanut Suomen akatemia (päätös 318953).

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Rantala on kirjoittanut artikkelin johdannon ja menetelmäosuuden ja analysoinut aineiston Hellmanin ohjauksessa. Hellman on terävöittänyt johdanto-osan näkökulman, ohjannut aineiston analyysin ja kirjoittanut ensimmäisen version johtopäätöksistä. Alanko on tiivistänyt ja terävöittänyt aineiston johdanto-osuutta, analyysiä ja sen kuvausta ja johtopäätöksiä sekä viimeistellyt artikkelin. Alanko on artikkelin yhteyshenkilö.

Rantala, P., Hellman, M., Alanko, A. ***Sore spots in addiction service provision: professionals' and experts' views on a changing field.*** **Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2023: 60: 423–439.**

The Finnish substance use and addiction service field is in a state of transition. In this study, we map how professionals in this field evaluate its current state. The results point to two sore spots in the realization of the service system's responsibilities. These pertain to: (i) the internal systemic division of roles and tasks and adherent conflicts, and (ii) the accessibility of services and the preparedness of the system. The participants saw that it is especially important to ensure the functioning of the system through multi-professionalism, to secure a suitable role division between actors and sectors, to balance corrective and preventive services with an emphasis on prevention, and to be aware of and take into account the risk of service fragmentation. In the concluding discussion, we summarize our views on how the principles of welfare state accountability underpin the participants' reasoning concerning the value of welfare pluralism and the readiness of the system to deal with tensions between universalism and particularism. By emphasizing fairness and possible competition between social and health perspectives, the participants identified a role for the substance use and addiction service field in terms of shifting the responsibility from the individual to the service structures.

Keywords: substance use and addiction services, health and social services reform, health and social care professionals, welfare system, welfare state, welfare society, accountability.

Saapunut (27.09.2022)
Hyväksytty (04.04.2023)

LÄHTEET

(1) Sosiaali- ja terveysministeriö. Sote-uudistus. Luettu 23.12.2022. https://soteuudistus.fi

(2) HE 197/2022 Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain muuttamisesta sekä niihin liittyviksi laeiksi. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Sivut/HE_197+2022.aspx

(3) Hellman M, Alanko A. System level resilience: the role of welfare state accountability. Kirjassa: Ilmonen K, Moilanen P. (toim.) The political analyst's field guide to Finland: vulnerability and resilience. Jyväskylä: JYU Reports 10, University of Jyväskylä; 2021, 84–102. https://doi.org/10.17011/jyureports/2021/10

(4) Holmberg N. Mitä päihdehuolto hoitaa? I. Alkoholipolitiikka 1982;47:338–345.

(5) Rönkä S, Markkula J. Huumetilanne Suomessa 2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2020. https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-576-6

(6) Partanen A, Kuussaari K. Päihdeongelmaisten palvelujärjestelmä muokkautuu yhteiskunnallisten muutosten myötä. Kirjassa: Kekoni T, Kuusisto K, Pehkonen A. (toim.) Oikeus päihdehuoltoon. Tampere: Vastapaino; 2019, 315–347.

(7) Taylor A. Professional education, professional work, and their connections: a conversation. Kirjassa: Malloch M, Cairns L, Evans K, O'Connor BN. (toim.) The SAGE Handbook of Learning and Work. London: SAGE; 2021, 421–434.

(8) Partanen A. Päihdehuolto osana sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta ja strategista ohjausta. Kirjassa: Kaukonen O, Kuussaari K. (toim.) Päihdepalveluiden yhteiskunnalliset haasteet. Helsinki: Raportteja 2, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2021, 91–107. https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-645-9

(9) Csiernik R. Substance use and misuse: everything matters. Ontario: Canadian Scholars; 2021.

(10) Storbjörk J, Stenius K. Why research should pay attention to effects of marketization of addiction treatment systems. J Stud Alcohol Drugs 2019;s18:31–39. https://doi.org/10.15288/jsads.2019.s18.31

(11) Babor T, Stenius K, Romelsjö A. Alcohol and drug treatment systems in public health perspective: Mediators and moderators of population effects. Int J Methods Psychiatr Res 2008;17,Supplement 1:50–59. https://doi.org/10.1002/mpr.249

(12) Room R, Babor T, Rehm, J. Alcohol and public health. The Lancet 2005;365:519–530. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)70276-2

(13) Storbjörk J, Room R. The two worlds of alcohol problems: who is in treatment and who is not? Addiction Res Theory 2008;16:67–84. https://doi.org/10.1080/16066350701578136

(14) Edman J, Stenius K. From sanatoriums to public injection rooms. Actors, ideas and institutions in Nordic treatment systems. Kirjassa: Edman J, Stenius K. (toim.) On the margins: Nordic alcohol and drug treatment 1885–2007. Helsinki: NAD; 2007, 339–361.

(15) Sulkunen P. Logics of prevention: mundane speech and expert discourse on alcohol policy. Kirjassa: Sulkunen P, Holmwood J, Radner, H, Schulze, G. (toim.) Constructing the new consumer society. London: Palgrave Macmillan; 1997, 256–276.

(16) Sulkunen P. The saturated society: governing risk & lifestyles in consumer culture. London: Sage; 2009.

(17) Julkunen R. Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Tampere: Vastapaino; 2001.

(18) Perälä R, Leppo A. Turha kärsimys. Päihteisiin liittyvät institutionaaliset ongelmatilanteet eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisuissa. Yhteiskuntapolitiikka 2022;87:45–55. https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022021519157

(19) Stenius K. Päihdehuolto Pohjoismaissa. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Avauksia 16; 2010, 43–47. https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085116

(20) Mäkilä A, Jurvanen S, Helfer A, ym. Polkuja päihdepalveluihin. Selvitys päihdepalveluiden saatavuudesta ensimmäisellä hakukerralla. Päihdeasiamiestoiminta Helsinki: Nuorisotutkimusseuran/Nuorisotutkimusverkoston verkkojulkaisuja 170; 2022. Luettu 28.6.2022. https://ehyt.fi/tuote/polkuja-paihdepalveluihin-selvitys-paihdepalveluiden-saatavuudesta-ensimmaisella-hakukerralla/

(21) Kuussaari K. Näkemysten kirjo, sirpaloitunut tieto. Terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja nuorisotoimen työntekijöiden käsityksiä huumeiden käyttäjien hoitopalvelujärjestelmästä. Helsinki: Stakes; 2006.

(22) Pennonen M. Päihdealan ammattilaisten käsitykset hyvästä ja huonosta hoidosta. Yhteiskuntapolitiikka 2014;79:318–327. http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014090444490

(23) Guerrero EG, Aarons GA, Palinkas LA. Organizational capacity for service integration in community-based addiction health services. Am J Public Health 2014;104:40–47. https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301842

(24) Lund P. Järjestöjen asema ja merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon kentässä. Kirjassa Partanen A, Moring J, Bergman V, ym. (toim.) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? Työpaperi 20/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 232–238. Haettu sivulta. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-538-7, Luettu 16.3.2021.

(25) Cappelli M, Davidson S, Racek J, ym. Transitioning youth into adult mental health and addiction services: an outcomes evaluation of the youth transition project. J Behav Health Serv Res 2016;43:597–610. https://doi.org/10.1007/s11414-014-9440-9

(26) Pennonen M, Koski-Jännes A. Päihdealan ammattilaisten käsityksiä aineriippuvuuksista. Janus 2010;18:208–224. https://journal.fi/janus/article/view/50569

(27) Castrén S, Alho H, Salonen A. Rahapeliongelma sosiaali- ja terveydenhuollossa–ammattilaisten näkemyksiä. Yhteiskuntapolitiikka 2016;81:418–428. https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016090823664

(28) Egerer MD, Alanko A. Problem gambling and the non-medical addiction model: Finnish general practitioners' and social workers' perceptions. Sosiologia 2015;52:364–380. https://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1762954.

(29) Koski-Jännes A, Pennonen M, Simmat-Durand L. Treatment professionals' basic beliefs about alcohol use disorders: The impact of different cultural contexts. Subst Use Misuse 2016;51:479–488. https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1126736

(30) Egerer M. Institutional footprints in the addiction image: a focus-group study with Finnish and French general practitioners and social workers (Doctoral dissertation). University of Helsinki: Publications of the Department of Social Research; 2014.

(31) Hellman M, Egerer M, Stoneham J, ym. Addiction and the brain. Knowledge, beliefs and ethical considerations from a social perspective. London: Palgrave Macmillan. STS Sociology; 2022.

(32) Rantala, P. Päihdehuollon palvelujärjestelmän kipupisteet ammattilaisten ja asiantuntijoiden silmin. Maisterintutkielma, Helsingin yliopisto; 2022.

(33) Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Edita; 2009.

(34) Jokirinne N, Hellman M, Basnet S, ym. Accurate yet problematic: The forked sentiments on brain-based addiction in the Finnish service system. Submitted.

(35) Alasuutari P. Laadullinen tutkimus 2.0. 4. uud. p. Tampere: Vastapaino; 2011.

(36) Hjort K. Affective work and access to excellence–reorganizing Nordic welfare. Adv Soc Sci Res J 2019;6:377–387. https://doi.org/10.14738/assrj.61.6062

(37) Greve B. Migrants and health in the Nordic welfare states. Public Health Rev 2016;37:1–11. https://doi.org/10.1186/s40985-016-0023-6

(38) Julkunen R. Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Helsinki: Stakes; 2006.

(39) Ford R. Who should we help? An experimental test of discrimination in the British welfare state. Polit Stud 2016;64:630–650. https://doi.org/10.1111/1467-9248.12194

(40) Uusikylä P, Jalonen H, Lintinen U, ym. Julkisen sektorin systeeminen muutos: Kokemuksia maailmalta. Helsinki: Valtioneuvosto, Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2021:15. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-127-8

(41) Hellman M, Egerer M, Stoneham J, ym. (2022). The Brain Paradigm in the Addiction Service Field. In Addiction and the Brain: Knowledge, Beliefs and Ethical Considerations from a Social Perspective. Singapore: Springer Nature Singapore.

(42) Vierula T, Pösö T, Paavilainen, E. Moniammatillisuus ja palvelutarvearviointi lapsi- ja perhepalveluissa: Ammattilaisten näkemykset pulmakohdista. Yhteiskuntapolitiikka 2019;84:292-300. https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019061220169

(43) Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia [Multiprofessional healthcare team: concept and typology]. Rev Saude Publica. 2001 Feb;35(1):103-9. Portuguese. doi: 10.1590/s0034-89102001000100016.

(44) Kohn NA. Vulnerability theory and the role of government. Yale JL & Feminism, 2014;26:1, 2¬–26.

(45) Ewald DR, Strack RW, Orsini MM. Rethinking addiction. Glob Pediatr Health 2019;6:1–16. https://doi.org/10.1177/2333794X18821943

(46) Tammi T, Raento P. Addiktioyhteiskunta: riippuvuus aikamme ilmiönä. Helsinki: Gaudeamus; 2013.

(47) Daley DC, Feit MD. The many roles of social workers in the prevention and treatment of alcohol and drug addiction: A major health and social problem affecting individuals, families, and society. Soc Work Public Health 2013;28:3–4, 159–164. https://doi.org/10.1080/19371918.2013.758960

(48) Raheb G, Khaleghi, E, Moghanibashi-Mansourieh A, ym. Effectiveness of social work intervention with a systematic approach to improve general health in opioid addicts in addiction treatment centers. Psychol Res Behav Manag 2016;9:309–315. https://doi.org/10.2147/PRBM.S110705

(49) Mekonnen A, Lee, BK. Social work in addiction: opportunities and alliances. J Soc Work Pract 2022;36:303–316. https://doi.org/10.1080/02650533.2021.1964454

(50) Hellman M. Should we look out for the great isomorphic wheel of public health? Nordic Studies on Alcohol and Drugs 2018;35: 116¬–224. DOI: 10.1177/1455072518765860

(51) Tarnaala E. Ehkäisevän päihdetyön käsitteestä. Yhteiskuntapolitiikka 2005;70:199–196. https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117105

(52) Perälä R. Haittojen vähentäminen suomalaisessa huumehoidossa: etnografinen tutkimus huumeongelman yhteiskunnallisesta hallinnasta 2000-luvun Ssuomessa. Helsingin yliopisto; 2012. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-7640-4

(53) Paavonen A, Salminen A. Raha- ja digipeliongelmaisten kuntoutus. Kartoittava kirjallisuuskatsaus. Helsinki: Työpapereita 158/2020; Kansaneläkelaitos; 2020. http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020120899892

(54) Valtiovarainministeriö. Digitaalinen Suomi – Yhdenvertainen kaikille. Digi arkeen -neuvottelukunnan toimintakertomus. Valtiovarainministeriön julkaisuja 2019:23. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-367-004-4.

(55) Starfield B. Primary care and equity in health: the importance to effectiveness and equity of responsiveness to peoples' needs. Humanity Soc 2009;33:56–73. https://doi.org/10.1177/016059760903300105

(56) Kepple, NJ. The complex nature of parental substance use: examining past year and prior use behaviors as correlates of child maltreatment frequency. Subst Use Misuse 2017;52:811–821. https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1253747

(57) Babor TF, Higgins-Biddle JC. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. Addiction 2000;95:677–686. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.9556773.x

(58) McCambridge J, Saitz R. Rethinking brief interventions for alcohol in general practice. BMJ 2017;356:j116. https://doi.org/10.1136/bmj.j116

(59) Leemann L, Hämäläinen R-M. Matalan kynnyksen palvelut. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke (Sokra). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2015. Luettu 4.10.2021. https://thl.fi/documents/966696/3775621/Tietopaketti_Matalan_Kynnyksen_Palvelut.pdf/97b1aef8-b8ca-4ec3-ac4c-b80d3e754cec

(60) Poikonen H. Peruspalveluiden saavutettavuus ja oikeusturva päihdehuollossa. Helsinki: Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry; 2018. Luettu 13.8.2021. https://ehyt.fi/wp-content/uploads/2020/06/peruspalveluiden_saavutettavuus.pdf

(61) Kaukonen O, Kuussaari K, Jääskeläinen, M. Universalismi ja päihdehuollon muuttuva

työnjako. Kirjassa Kaukonen O, Kuussaari K (toim.) Päihdepalveluiden yhteiskunnalliset haasteet. Helsinki: Raportti 2/2021; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2021. Haettu sivulta https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-645-9, 20.1.2022.

(62) Kankainen V, Lerkkanen, T, Hellman M. Mundane constructs of the third and public sectors in the Finnish welfare state. Nordic Welfare Research 2021;6:180–191. https://doi.org/10.18261/issn.2464-4161-2021-03-05

(63) Partanen A, Moring J, Nordling, E, ym. (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Avauksia 16/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2010. http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085116

Pauliina Rantala
VTM
Sosiaali- ja terveystutkimuksen ja -johtamisen maisteriohjelma
Helsingin yliopisto

Matilda Hellman
VTT, tutkimusjohtaja
Riippuvuuksien, yhteiskunnallisen sääntelyn ja hallinnan tutkimuskeskus (CEACG)
Helsingin yliopisto

Anna Alanko
VTT, tutkijatohtori
Riippuvuuksien, yhteiskunnallisen sääntelyn ja hallinnan tutkimuskeskus (CEACG)
Helsingin yliopisto