

Marika Raittila

Huumausaineiden ongelmakäyttäjät ja sosiaalisten
riskien hallinta sosiaalihuollon keinovalikoimalla
– Case Pirkanmaan hyvinvointialue

Johtamisen ja talouden tiedekunta
Kandidaatintutkielma
Syyskuu 2022

TIIVISTELMÄ

Marika Raittila: Huumausaineiden ongelmakäyttäjät ja sosiaalisten riskien hallinta sosiaalihuollon keinovalikoimalla – Case Pirkanmaan hyvinvointialue

Kandidaatintutkielma

Tampereen yliopisto

Kauppätieteiden tutkinto-ohjelma: Vakuutus ja riskienhallinta

Syyskuu 2022

Tässä kandidaatintutkielmassa tutkitaan huumausaineiden ongelmakäyttäjien kohtaamien sosiaalisten riskien hallintaa sosiaalihuollon päihdetyössä. Tutkielman tavoitteena on kartoittaa, kuinka huumausaineiden ongelmakäyttäjien kohtaamia sosiaalisia riskejä hallitaan sosiaalihuollossa, ja kuinka sosiaalihuollon ammattilaiset jatkossa kehittäisivät sosiaalisten riskien hallintakeinoja. Tutkimuksen tutkimuskysymykset ovat ”Miten huumausaineiden ongelmakäyttäjien kohtaamia sosiaalisia riskejä hallitaan sosiaalihuollossa?” ja ”Miten sosiaalihuollon päihdetyön ammattilaiset kehittäisivät keinoja, joilla hallitaan huumeiden ongelmakäyttäjien kohtaamia sosiaalisia riskejä?”. Tutkimus on toteutettu tapaustutkimuksena Pirkanmaan hyvinvointialueesta. Tällä hetkellä sosiaalihuolto on kuntien järjestämää, mutta vuoden 2023 alusta sen järjestämisvastuu siirtyy kunnilta uusille hyvinvointialueille.

Tutkielman teoriaa käsitellään sen toisessa ja kolmannessa pääluvussa. Ensimmäisessä teorialuvussa tarkastellaan tutkielman taustateoriaa, eli suomalaista sosiaalihuoltoa, sen lainsäädännön ja käytännön toteutuksen näkökulmasta. Lisäksi luvussa syvennytään huumausaineiden ongelmakäyttäjien asemaan sosiaalihuollon asiakkaina. Toisessa teorialuvussa käsitellään tutkielman tulkintateoriaa, sosiaalisten riskien hallintaa. Ensin tarkastellaan, minkälaisia riskejä huumausaineiden ongelmakäyttäjät kohtaavat, minkä jälkeen käsitellään sosiaalisten riskien hallintaa prosessina. Tutkielman empiriaosuuden tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla neljää sosiaalihuollon ammattilaista Pirkanmaan alueelta. Haastattelut toteutettiin puolistrukturoiduin asiantuntijahaastatteluin, joista saatu aineisto litteroitiin tekstimuotoon. Litteroitu aineisto analysoitiin käyttämällä tyypittelyä ja aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.

Tutkimuksen tulosten mukaan sosiaalihuollossa hallitaan huumausaineiden ongelmakäyttäjien kohtaamia sosiaalisia riskejä, mutta riskienhallinta ei ole järjestäytyntä. Sosiaalihuollon päihdetyöstä pystyttiin kuitenkin tunnistamaan kaikki riskienhallinnan vaiheet: toimintaympäristö, riskien tunnistaminen, analysointi, todennäköisyyksien ja seurausten arviointi, hallintamenetelmien valinta sekä seuranta. Riskien tunnistaminen, analysointi, todennäköisyyksien ja seurausten arviointi sekä hallintamenetelmien valinta tapahtuvat neljällä osa-alueella: yhteistyössä, asiakaskontaktissa, kontaktin jälkityössä ja päätöksessä palveluista. Seuranta ei kuitenkaan voida toteuttaa kuin silloin, jos asiakas palaa sosiaalihuoltoon. Lisäksi tuloksista kävi ilmi, että sosiaalihuollon ammattilaiset kehittäisivät nykyisiä sosiaalihuollon riskienhallintakeinoja madaltamalla palveluihin hakeutumisen kynnystä, monipuolistamalla palveluvalikkoa niin, että se vastaisi paremmin asiakkaiden yksilöllisiä tarpeita, sekä lisäämällä asiakkaan luottamusta sosiaalihuoltoon. Tuloksissa esille tulleet kehitysehdotukset eivät varsinaisesti ole valmiita keinoja riskienhallintaan, vaan voisivat pikemminkin parantaa riskienhallinnan onnistumista. Tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan hyödyntää virallisen ja tietoisien sosiaalisten riskien hallintamallin luomisessa sosiaalihuollon päihdetyöhön.

Avainsanat: Riskienhallinta, Sosiaalisten riskien hallinta, Huumausaineiden ongelmakäyttö, Huumausaineet, Sosiaalihuolto

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin Originality Check -ohjelmalla

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	1
1.1 Tutkielman aihepiiri ja merkitys	1
1.2 Tutkielman tavoitteet, tutkimuskysymykset ja rajaukset	2
1.3 Tutkimusmenetelmät ja -aineisto	3
1.4 Keskeiset käsitteet	4
1.5 Aiemmat tutkimukset	6
1.6 Teoreettinen viitekehys ja tutkielman rakenne	8
2 SOSIAALIHUOLTO SUOMESSA	10
2.1 Sosiaalihoolto lainsäädännössä	10
2.2 Sosiaalihuollon käytännön toteutus	11
2.3 Huumausaineiden ongelmakäyttäjät sosiaalihuollon asiakkaina	12
3 SOSIAALISTEN RISKIEN HALLINTA	14
3.1 Huumausaineiden ongelmakäytöstä syntyvät sosiaaliset riskit	14
3.2 Sosiaalisten riskien hallinta prosessina	16
4 HUUMAUSAINOIDEN ONGELMAKÄYTTÄJIEN KOHTAAMIN SOSIAALISTEN RISKIEN HALLINTA SOSIAALIHUOLLOSSA	18
4.1 Aineiston kerääminen ja analysointi	18
4.2 Sosiaalihuollon huumeasiakkaiden kohtaamien sosiaalisten riskien hallinta	19
4.3 Sosiaalisten riskien hallinnan kehitystarpeet sosiaalihuollossa	23
4.4 Haastattelujen tulosten yhteenveto	27
5 JOHTOPÄÄTÖKSET	30
5.1 Tutkimuskysymyksiin vastaaminen	30
5.2 Tutkimuksen tulosten merkityksen pohdinta	31
5.3 Tutkimuksen arviointi	32
5.4 Jatkotutkimusmahdollisuudet	33
LÄHDELUETTELO	35
Kirjallisuuslähteet	35
Verkkolähteet	36
Oikeudelliset lähteet	37
LIITTEET	39
Haastattelukysymykset	39

1 JOHDANTO

1.1 Tutkielman aihepiiri ja merkitys

Tutkielman aiheena on huumausaineiden ongelmakäytöstä johtuvien sosiaalisten riskien hallinta sosiaalihuollossa. Tutkimus on kohdennettu tapaustutkimukseksi Pirkanmaan hyvinvointialueesta, mikä tarkoittaa, että tutkimuksessa keskitytään Pirkanmaan kuntien sosiaalihuoltoon.

Suomi on osa eurooppalaista trendiä, jossa huumausaineiden kokeilu ja käyttö on yhä normaalimpaa. Noin 29 prosenttia EU:n alueen 15–64-vuotiaista on kokeillut ainakin yhtä laitonta huumetta elämänsä aikana. Huumausaineiden käyttö on kuitenkin suurimmalta osin nuoria koskettava ongelma, koska kyselytutkimusten mukaan vuoden 2020 aikana EU:n alueen 15–34-vuotiaista noin 17 prosenttia käytti huumausaineita. (Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, 2021, 12.) Erityisesti nuorten huumeiden käyttö on noussut ajankohtaisen uutisoinnin ja yhteiskunnallisen keskustelun teemaksi, kun tilastot kertovat, että vuonna 2020 Suomessa oli suhteellisesti eniten alle 25-vuotiaiden huumekuolemia verrattuna muihin EU-maihin, Turkkiin tai Norjaan. (Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, 2021, 17; Karhu, 2022). Vuoden 2018 Huume-kyselyn mukaan suomalaisista 24 prosenttia ilmoitti käyttäneensä huumausaineita joskus elinaikanaan, vuositasolla käyttäjiä oli kahdeksan prosenttia ja kuukausitasolla kolme prosenttia. Vuonna 1992 vastaavat luvut olivat kuusi prosenttia, yksi prosentti ja nolla prosenttia sekä vuonna 2006 luvut olivat 14 prosenttia, neljä prosenttia ja yksi prosentti. (Karjalainen, Pekkanen & Hakkarainen, 2020, 53–54.)

Terveydellisten ja rikosoikeudellisten riskien lisäksi huumausaineiden ongelmakäyttäjiiin kohdistuu myös monia sosioekonomisia riskejä, joita hoidetaan erityisesti julkisen sosiaalihuollon piirissä. Huumausaineiden käyttäjiä erityisesti koskettavia sosioekonomisia riskejä ovat esimerkiksi työelämän ulkopuolelle jääminen, matala koulutustaso, asunnottomuus ja sosiaalinen syrjäytyminen. Lisäksi huono-osaisuudella on tapana kasaantua, joka nostaa esimerkiksi kynnystä hakeutua hoidon pariin. (Konttinen & Perälä, 2020, 92–96.)

Huumausaineiden ongelmakäyttäjät ovat haavoittuvaisessa asemassa oleva väestöryhmä, jota yhteiskunnan tulee suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan periaatteiden mukaisesti tukea. Eri keinoja huume- ja päihdeongelmien ratkaisuun tutkitaan jatkuvasti, mutta tutkimusta päihdeiden riskinäkökulmasta on vain vähän. Tutkimus huumausaineongelman aiheuttamien riskien hallinnasta auttaa muodostamaan kuvan sen nykytilanteesta, jonka pohjalta riskienhallintaa on mahdollista kehittää eteenpäin. Päihdehuolto rahoitetaan kokonaisuudessaan julkisin varoin. Vuonna 2020 päihdehuolto

kustansi yhteensä 259 miljardia euroa, josta 63 prosenttia (164 mrd. euroa) tuli kunnilta ja loput (95 mrd. euroa) valtiolta. (THL, 2022a, 36.) Tällöin on tarkoituksenmukaista myös pohtia, miten huumeongelman aiheuttamien riskien hallinnan keinoja voitaisiin parantaa niin, että riskienhallinnan onnistuminen olisi todennäköisempää, ja näin ollen useampi asiakas aidosti hyötyisi palveluista, niiden kesken jäämisen sijaan.

1.2 Tutkielman tavoitteet, tutkimuskysymykset ja rajaukset

Tutkielman tavoitteena on kartoittaa Pirkanmaan hyvinvointialueen sosiaalihuollon huumeasiakkaisiin kohdistuvien sosiaalisten riskien hallintaprosessia ja päihdetyön ammattilaisten ajatuksia siitä, miten huumeaineiden ongelmakäyttäjiiin kohdistuvia riskejä voitaisiin hallita niin, että hallintakeinot paremmin vastaisivat asiakkaiden tarpeisiin. Tutkimuksen alkuasetelmaan sisältyy oletus siitä, että sosiaalityössä harjoitetaan jatkuvaa riskienhallintaa, vaikka sitä ei harjoitettaisikaan virallisesti tai systemaattisesti. Tämän perusteella tutkitaan sosiaalihuollon päihdetyön eri vaiheissa tapahtuvaa riskienhallintaa, minkä perusteella muodostetaan kokonaiskuva riskienhallinnallisen kokonaisuuden nykytilasta sekä käsitys siitä, miten riskienhallintaa voitaisiin kehittää vastaamaan entistä paremmin asiakkaiden tarpeita.

Tutkimuksella on kaksi tutkimuskysymystä, joista ensimmäinen toimi perustana tutkielman aineistona toimivien haastatteluiden toteuttamiselle. Toinen tutkimuskysymys muodostettiin tutkielman edetessä ikään kuin jatkokysymyksenä ensimmäiselle tutkimuskysymykselle. Ensimmäinen tutkimuskysymys ”Miten huumeaineiden ongelmakäyttäjien kohtaamia sosiaalisia riskejä hallitaan sosiaalihuollossa?” on hyvin perustavanlaatuinen ja ohjaa haastattelukysymykset suoraan aiheen keskiöön, eli sosiaalihuollon riskienhallinnan nykytilaan. Toinen tutkimuskysymys ”Miten sosiaalihuollon päihdetyön ammattilaiset kehittäisivät keinoja, joilla hallitaan huumeiden ongelmakäyttäjien kohtaamia sosiaalisia riskejä?” kohdistaa huomiota haastateltujen asiantuntijoiden kokemuksiin nykyisen riskienhallinnan toimivuudesta ja ajatuksiin riskienhallinnan tulevaisuudesta.

Tutkimus on laajuutensa vuoksi rajattu kolmella tavalla. Ensimmäiseksi tutkimuksessa keskitytään nimenomaan sellaisiin huumeiden ongelmakäyttäjien kohtaamiin sosiaalisiin riskeihin, joita voidaan hallita suomalaisessa sosiaalihuollossa. Tämä tarkoittaa, että tutkimus keskittyy sosioekonomisten riskien hallintaan, eikä tutkimuksessa täten tutkita terveydellisten tai rikosoikeudellisten riskien hallintaa ollenkaan. Koska tutkittavaa riskienhallintaa toteutetaan sosiaalihuollossa, rajautuvat tutkielman ulkopuolelle myös huumeiden käyttäjät, jotka eivät ole sosiaalihuollon asiakkaita. Toiseksi tutkimuksen toimintaympäristö rajataan Pirkanmaan tulevaan hyvinvointialueeseen koko Suomen sijaan. Sosiaalihuolto järjestetään nykyään kuntatasolla ja tulevaisuudessa hyvinvointialueen tasolla,

minkä vuoksi sekä kandidaatintutkielman laajuuden että tutkielman tuottaman hyödyn kannalta rajaus tietylle alueelle on järkevä. Kolmanneksi tutkimus on rajattu sosiaalihuollon päihdetyön ammattilaisten näkemyksiin, minkä vuoksi tutkimuksessa ei tutkita aihetta esimerkiksi asiakkaiden näkemysten pohjalta tai täysin objektiivisesta näkökulmasta. Kandidaatin tutkielman ajallisen toteutuksen ja sosiaalisten riskien hallinnan näkökulman vuoksi tutkimuksen haastateltaviksi valikoituivat sosiaalihuollon työntekijät. Vastaavanlainen tutkimus, mutta asiakkaan näkökulmasta ammattilaisen näkökulman sijaan, voitaisiin toteuttaa myös käyttämällä asiakastietoja tutkimusaineistona. Asiakastietojen käyttäminen tutkimuksessa vaatisi kuitenkin tutkimukseen osallistuvilta kaupungeilta tiukempia tutkimuslupia, joiden hakeminen ei sovi kandidaatin tutkielman toteutuksen aikatauluun. Näin ollen tutkimus rajattiin sosiaalihuollon ammattilaisten näkemyksiin.

1.3 Tutkimusmenetelmät ja -aineisto

Tämä tutkimus on laadullinen tapaustutkimus, jossa ”nimensä mukaisesti tarkastellaan yhtä tai useampaa ’tapausta’” (Eriksson & Koistinen, 2005, 4). Tutkimuksessa analysoitava tapaus (case) on Pirkanmaan hyvinvointialueen kuntien sosiaalihuolto, ja siellä harjoitettava huumausaineiden ongelmakäyttäjien kohtaamien sosiaalisten riskien hallinta. Tutkimuksessa pyritään ennemminkin valitun alueen toiminnan ymmärrykseen kuin laajempaan yleistyksen, koska Suomessa sosiaalihuollon järjestäminen voi erota alueellisesti paljonkin. Erikssonin ja Koistisen (2005, 4–5) mukaan tapaustutkimus on sopiva tutkimusstrategia, kun esimerkiksi tutkimuksen aiheesta ei ole tehty kuin vähän empiiristä tutkimusta, ”mitä-”, ”miten-” ja ”miksi”-kysymykset ovat tutkimuksen kannalta olennaisia ja tutkimuksen kohde on ilmiö, joka on olemassa ”tämän ajan elävässä elämässä”.

Laadullisen tutkimuksesta tekee muun muassa sen empiriaosuutta varten kerätty aineisto, joka on ei-numeraalista, vaan pelkistetysti tekstiä, jonka valinnassa on käytetty harkinnanvaraista otantaa (Eskola & Suoranta, 1998, 11 & 15). Tässä tapauksessa aineisto on syntynyt tutkijasta riippuvaisesti, koska tutkimuksen aineisto on haastattelumateriaalia. Myös laadulliselle tutkimukselle tyypillisesti tutkimuksen suunnitelma ja ongelmat ovat edenneet tutkimuksen toteuttamisen ohella, tutkimukselle ei ole asetettu hypoteeseja ennen aineiston keräämistä ja aineiston analyysi on toteutettu aineistolähtöisesti. (Eskola & Suoranta, 1998, 13–16.)

Tutkimus on tyypiltään myös kartoittavaa, eli eksploratiivista tutkimusta. Kartoittava tutkimus on hyödyllinen silloin, kun tarkoitus on tutkia tutkittavan ilmiön nykytilaa ja saada laajempaa ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Myös kartoittavalle tutkimukselle ovat tyypillisiä tutkimuskysymykset, jotka alkavat sanoilla ”mitä” tai ”kuinka” sekä empiirisen aineiston kerääminen asiantuntijahaastatteluilla. Kartoittava tutkimus on luonteeltaan joustavaa ja muutokseen sopeutuvaa, jolloin myös

tutkijan tulee olla valmis muuttamaan tutkimuksen suuntaa uuden tiedon tai oivalluksen myötä. (Saunders, Lewis & Thornhill, 2019, 186–187.)

Vaikka laadullinen tutkimus on tutkimustyyppiltään empiiristä, on teoria sille silti välttämätöntä (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 18 & 22). Laadullisessa tutkimuksessa tarvitaan kahdenlaista teoriaa: taustateoriaa, jota vasten aineistoa peilataan ja tulkintateoriaa, joka ohjaa aineistoa vastaamaan tutkijan kysymyksiin (Eskola & Suoranta, 1998, 60). Tutkielman taustateoriassa, sosiaalihuolto Suomessa, aineistona on käytetty aiempia tutkimuksia ja tilastotietoja suomalaisesta sosiaalihuollosta, sekä Suomen sosiaalihuoltolakia, kun taas tutkimuksen tulkintateoriassa, sosiaalisten riskien hallinta, aineistona on käytetty tutkimus- ja tilastotietoa huumausaineiden ongelmakäyttäjien kohtaamista riskeistä sekä aiempia tutkimuksia, jotka käsittelevät sosiaalisten riskien hallintaa.

Tutkimuksen kannalta parhaaksi empiirisen aineiston keruumenetelmäksi osoittautuivat haastattelut. Haastattelut toteutettiin neljänä puolistrukturoituna asiantuntijahaastatteluna, joissa kysymykset olivat samat kaikille haastatelluille, mutta valmiita vastausvaihtoehtoja ei ollut asetettu, vaan haastateltavat saivat vastata kysymyksiin omin sanoin. (Eskola & Suoranta, 1998, 63). Koska puolistrukturoitu haastattelu on vapaamuotoisempi kuin strukturoitu haastattelu, on tutkimuksessa mahdollista saada myös sellaista tietoa, jota tutkija ei etukäteen ole osannut ajatella (Puusa, 2020, 106). Haastattelut pidettiin Microsoft Teams -puheluina, jotka tallennettiin myöhempää litterointiprosessia varten. Kaikki haastateltavat saivat haastattelukysymykset etukäteen kirjallisesti, jotta vastauksia oli mahdollisuus pohtia, ja ne olisivat mahdollisimman laajoja ja asiantuntevia.

Empiirisen aineiston analysoinnin menetelminä käytettiin ensimmäiseksi tyypittelyä ja toiseksi aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tyypittelyssä aineistosta poimitaan yhteneväisyyksiä, joista voidaan koostaa aineistoa koskevia yleistyksiä, ja näin ollen tyypittely oli sopiva tapa aloittaa aineiston analyysi (Tuomi & Sarajärvi, 2018, 79). Aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin puolestaan kuuluu kolme vaihetta: aineiston redusointi eli pelkistäminen, klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen (Tuomi & Sarajärvi, 2018, 91–92). Tämän tutkimuksen kannalta on kuitenkin huomioitava, että tavoitteena ei ollut varsinaisesti uusien teoreettisten käsitteiden luominen, vaan kolmannessa vaiheessa keskityttiin enemmänkin riskienhallinnallisen kokonaiskuvan muodostamiseen.

1.4 Keskeiset käsitteet

Huumausaineella tai huumeella tarkoitetaan yleisesti päihtymistarkoituksessa käytettävää ainetta, jolla voi olla esimerkiksi piristäviä tai lamaannuttavia vaikutuksia. Suomen Huumausainelaisa (1:5.3 §) huumausaine määritellään viitaten suurimmilta osin vuoden 1961 huumausaineyleissopimukseen,

vuoden 1971 psykotrooppisten aineiden yleissopimukseen sekä Euroopan parlamentin ja neuvoston päätöksiin uusien aineiden kieltämisestä aiempien yleissopimusten listojen lisäksi. Eri huumausaineita on paljon, mutta yleisesti tunnetuimpia ovat kannabis, kokaiini, heroini, amfetamiini ja metamfetamiini sekä eri opiaatit, kuten subutex ja fentanyl. Tässä tutkielmassa käsitettä huumausaine käytetään samassa merkityksessä kuin se on Suomen Huumausainelaissa.

Huumausaineiden ongelmakäyttäjällä viitataan tässä tutkielmassa henkilöön, joka itse kokee huumausaineiden käyttönsä ongelmaksi ja on hakenut siihen apua. Koska tutkielma on tehty sosiaalihuollon näkökulmasta, määritellään huumausaineiden ongelmakäyttäjä henkilönä, joka on jo hakeutunut ainakin jonkun päihdepalvelun piiriin.

Sosiaalisen riskin käsitteelle ei ole tarkkaa ja täysin vakiintunutta määritelmää. Yleisesti sosiaalisella riskillä tarkoitetaan negatiivisesti yksilön toimeentuloon vaikuttavaa riskiä, joka liittyy ihmisen elinkaareen tai terveyteen. Sosiaalisten riskien toteutumisesta syntyy merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle esimerkiksi tulonsiirtojen ja terveydenhuollon kulujen muodossa. (Havakka, 2018, 124–125.)

Sosiaaliset riskit voidaan karkeasti jaotella perinteisiin ja uusiin sosiaalisiin riskeihin. Perinteisiksi sosiaalisiksi riskeiksi luetaan riskit, joiden pohjalta nykyinen sosiaaliturvamme on rakennettu. Tällaisia riskejä ovat elinkaareen kuuluvat riskit, kuten vanhuus ja kuolema, sekä epätoivottavat riskit, jotka voivat osua kenen tahansa kohdalle, kuten työttömyys, sairastuminen tai työkyvyttömyys. (Havakka, 2018, 125–137.) Uusia sosiaalisia riskejä on määritellyt esimerkiksi Timonen (2003, 20–21), jonka päätelmät ovat myös nykypäivään sopivia. Uudet sosiaaliset riskit ovat syntyneet tuloerojen kasvamisesta ja työmarkkinoiden epävarmuudesta sekä uusien, kahdesta tulonsaajasta poikkeavien, perhemallien yleistymisestä. Uudet sosiaaliset riskit kasaantuvat usein tiettyihin valtaväestöä haavoittuvaisemmassa asemassa oleviin väestöryhmiin. Tällaisia ryhmiä ovat esimerkiksi nuoret, maahanmuuttajat ja työssäkäyvät naiset. (Timonen, 2003, 20–21.)

Riskienhallinnan voidaan määritellä olevan toimenpiteitä, joilla pyritään vaikuttamaan olosuhteisiin tai toimintaan, jonka vuoksi riski voi toteutua (Koskinen, 2018, 21). Toimivan riskienhallinnan ajatellaan etenevän prosessina, johon kuuluu riskien tunnistaminen, riskin toteutumisesta aiheutuvien vahinkojen todennäköisyyden ja vakavuuden arviointi, riskienhallintamenetelmien kehittäminen ja valinta, riskienhallintapäätökset ja valittujen riskienhallintakeinojen seuranta ja arviointi. Riskien hallintaan voidaan käyttää useaa eri strategiaa, joita ovat riskien välttäminen, riskien pienentäminen, riskien jakaminen, riskien siirtäminen sekä riskien hyväksyminen. (Suominen, 2005, 156.) Riskienhallinta käsitteenä yhdistetään usein yrityksiin ja organisaatioihin liittyviin riskeihin.

Sosiaalisten riskien hallinnalla pyritään vaikuttamaan perinteisten ja uusien sosiaalisten riskien toteutumisen seurauksiin. Sosiaalisten riskien hallintaa voidaan toimeenpanna yksilön, yhteisön tai yhteiskunnan tasolla ja riskienhallinnan keinot voivat olla epävirallisia, markkinapohjaisia ja julkisia. Sosiaalisten riskienhallinnan strategioita ovat riskien toteutumisen ehkäisy, seurausten lieventäminen sekä riskeihin sopeutuminen. (Kulmala, 2018, 210.) Tässä tutkielmassa tarkasteltava sosiaalihuollossa tapahtuva riskienhallinnan voidaan tulkita olevan yhteiskunnan tasolla toimeenpantavaa sosiaalisten riskienhallintaa.

1.5 Aiemmat tutkimukset

Sosiaalisia riskejä ja niiden hallintaa koskevaa tutkimusta käytetään myös tämän tutkielman teorian luomisen tukena. Havakka (2018) artikkelissaan ”Sosiaaliset riskit – määritelmiä ja merkitys yhteiskunnassa” on tutkinut sosiaalisen riskin määritelmää ja yhteiskunnallista merkitystä. Kulmala (2018) puolestaan on ottanut kantaa sosiaalisten riskien hallinta -käsitteen määrittelyyn ja luonut sen pohjalta prosessiajattelua painottavan viitekehyksen sosiaalisten riskien hallinnalle artikkelissaan ”Sosiaalisten riskien hallinta – seurausten minimoinnista kokonaisvaltaiseen ymmärrykseen”. Näitä edeltävää tutkimusta sosiaalisten riskien hallinnasta ovat tehneet Holzmann ja Jørgensen (2001), jotka ovat myös tutkimuksessaan ”Social risk management: A new conceptual framework for social protection, and beyond” luoneet sosiaalisten riskien hallinnan viitekehyksen, jonka tavoite on auttaa sosiaaliturvan (social protection) paremmassa suunnittelussa erityisesti köyhyyden torjumisessa ja kehittyvissä maissa.

Huumausaineiden käyttöä tutkitaan kansallisella ja kansainvälisellä tasolla paljon. Huumausaineiden käytöstä ja siihen liittyvistä asenteista ollaan Suomessa tehty kyselytutkimusta tasaisesti vuodesta 1992 vuoteen 2018 (Karjalainen, Pekkanen & Hakkarainen, 2020). Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (EMCDDA, 2021) koostaa EU:n jäsenvaltioilta, Norjalta ja Turkilta saamansa kansallisten kyselytutkimusten tiedot myös suuremmaksi vertailukokonaisuudeksi Euroopan huumeraportissaan. Britanniaan sijoittuvassa tutkimuksessaan Nutt, King ja Phillips (2010) vertailivat haitallisimpia päihteitä käyttäjille ja muulle väestölle. Käyttäjille haitallisimpia päihteitä olivat heroini, crack-kokaiini ja metamfetamiini, kun taas muille haitallisimpia päihteitä olivat alkoholi, heroini ja crack-kokaiini. (Nutt, King & Phillips, 2010, 4.)

Kyselytutkimuksen lisäksi Suomessa on tehty vuosittaista jätevesitutkimusta vuodesta 2012 lähtien. Jätevesitutkimuksessa mitataan huumausaineiden määrää puhdistamattomassa jätevedessä alueilla, joka kattaa yhteensä lähes 60 prosenttia Suomen väestöstä. Jätevesitutkimus osoittaa huumeiden käytön eroja alueellisesti, kun tulokset suhteutetaan milligrammoiksi 1000 henkilöä kohden päivässä.

Tulosten yhdistäminen muun datan, kuten huumerattijuopumusten tai poliisin huumausainetakavarikoiden määrän, kanssa auttaa muodostamaan laajemman ja moniulotteisemman kuvan huumausaineiden käytöstä Suomessa. (THL, 2022b.)

Huumeiden käyttöä on tutkittu myös suhteessa erilaisiin sosiaalisiin ja yhteiskunnallisiin ilmiöihin. Väitöskirjassaan ”Huumerattijuopumus Suomessa 1977–2007: Ilmaantuvuus, sosiaalinen tausta ja kuolleisuus” Karoliina Karjalainen (2010) tutki huumerattijuopumusten yleisyyttä ja ilmaantuvuutta sekä epäiltyjen kuskien huumeiden käyttöä, sosiaalista taustaa ja kuolleisuutta. Väitöskirjatutkimuksessa löydettiin yhteys mm. sosiaalisen vähäosaisuuden ja huumerattijuopumusten välillä (Karjalainen, 2010, 65). Tutkimuksessa ”Mental health problems among clients with substance use problems: a nationwide time-trend study” Kuussaari, Karjalainen ja Niemelä (2019) tutkivat puolestaan muutoksia todetuissa mielenterveysongelmissa ja huumausaineiden käytössä päihdeongelmaisilla sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjillä aikavälillä 2007–2015. Tutkimuksessa havaittiin, että noin 50–60 prosentilla päihteiden ongelmakäyttäjistä oli samanaikaisia mielenterveysongelmia. Sekä asiakkailla, joilla oli mielenterveysongelmia, että niillä, joilla ei ollut mielenterveysongelmia, havaittiin tarkastelujakson aikana siirtymistä pelkän alkoholin käytöstä laittomien huumausaineiden käyttöön (Kuussaari, Karjalainen & Niemelä, 2019, 513). Näiden lisäksi myös esimerkiksi Minttu Malkamäki (2021) on tutkinut pro gradu -tutkielmassaan ”Huumausaineita käyttävien isien kategorisoituminen lastensuojelun avohuollossa” erityisesti huumausaineita käyttävien isien asemaa ja kohtelua lastensuojelun avohuollon asiakkaina.

Sosiaali- ja terveydenhuolto ja huumausaineiden käyttäjien kokemukset yhdistyvät Elli Kurkikankaan (2021) pro gradu -tutkielmassa ”Siitä ainakin mainitaan syyllistävään sävyyn – huumeiden käytöstä kertominen ja epäoikeudenmukaisuuden kokemus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa”. Kurkikankaan tutkielman mukaan huumausaineiden käytöstä kertominen sosiaali- ja terveyspalveluissa aiheutti leimaantumista, minkä vuoksi saattoi jäädä ilman esimerkiksi huumeisiin liittymätöntä lääke- tai mielenterveyshoitoa. (Kurkikangas, 2021, 46–48.) Riskin käsite ja päihteet yhdistyvät puolestaan Kari Holman (2016) pro gradu -tutkielmassa ”Ilmoitettu alkoholin kulutus ja alkoholin käyttöön liittyvä riippuvuusriski – kyselytutkimus alkoholiin liittyvästä riskiemielikuvasta Suomessa ja Ruotsissa”. Holman vertailevan tutkimuksen mukaan alkoholiriippuvuuden riskiarvon suhde kulutukseen on päinvastaista Suomessa ja Ruotsissa. Suomessa suuri riskiarvio nosti kulutuksen määrää, kun taas Ruotsissa se laskee kulutusta, mutta molemmissa maissa täysin raittiiksi ilmoittautuneet henkilöt arvioivat alkoholin riippuvuusriskin korkeimmaksi. (Holma, 2016, 23–25.)

Vaikka huumausaineiden käyttöä on tutkittu suhteessa yksittäisiin yhteiskunnallisiin ilmiöihin, ei sosiaalisen riskin käsitettä ja huumausaineiden käytön tutkimusta ole aiemmin yhdistetty.

Kartoittavassa tutkimuksessa hahmotetun kokonaisuuden avulla riskienhallinnan näkökulmaa voitaisiin soveltaa huumeongelmien hoidossa sosiaalihuollossa, mikä mahdollistaisi yhdenmukaisemmat toimintaohjeet ja kattavamman riskienhallinnan.

1.6 Teoreettinen viitekehys ja tutkielman rakenne

Tutkielman teoreettinen viitekehys (kuvio 1) perustuu Kulmalan (2018,196) viitekehykseen Sosiaalisten riskien hallintaprosessista. Viitekehyksessä kokonaisuutta ympäröivät huumeiden ongelmakäyttäjien kohtaamat sosiaaliset riskit, jotka ovat läsnä yhteiskunnassa sosiaalihuollosta riippumatta.



Kuvio 1: Teoreettinen viitekehys mukailten Kulmalan (2018,196) riskienhallintaprosessia

Tutkielmassa sosiaalisten riskien hallinnan toimintaympäristönä, jota kuvataan kuvion 1 pienempien kehysten sisällä, on Suomen sosiaalihuolto. Tutkielmassa, kuten myös suomalaisessa sosiaalihuollossa, painottuvat julkiset palvelut, mutta myös yksityisillä ja kolmannen sektorin palveluilla on roolinsa sosiaalihuollon kokonaisuudessa, minkä vuoksi myös ne on sisällytetty viitekehykseen.

Tutkielman teoreettisessa viitekehyksessä korostuu koko riskienhallintaprosessin tapahtuminen toimintaympäristön, eli sosiaalihuollon, sisällä. Riskienhallinnan kehitys, toteuttaminen ja valvonta

sisältyvät kaikki sosiaalihuollon tehtäviin, ja myös Sosiaalihuoltolaissa (4:30–46 §; 7:60b §; 5:47 §) on säädetty esimerkiksi sosiaalipalveluiden toteutuksesta, tutkimuksesta ja omavalvonnasta. Sosiaalihuollossa yleisesti käytössä ovat kaikki kolme riskienhallintamenetelmää, mutta erityisesti huumausaineiden käytön aiheuttamien riskien hallinnassa, hallintamenetelmistä korostuvat ehkäisystrategia ja lieventämisstrategia.

Tutkielman rakenne koostuu viidestä pääluvusta, joista ensimmäinen on johdanto. Johdannossa esitellään tutkielman aihe ja sen merkitys. Johdannossa käydään läpi myös tutkielman menetelmät ja tutkimusaineisto sekä tutkielman kannalta keskeiset käsitteet. Lisäksi tehdään katsaus tutkimuksen aihepiiriin liittyviin aiempiin tutkimuksiin.

Tutkielman teoriaa käsitellään toisessa ja kolmannessa pääluvussa. Toisessa pääluvussa tarkastellaan tutkimuksen taustateoriaa, suomalaista sosiaalihuoltoa, tutkimusaiheeseen liittyen. Pääluku sisältää sosiaalihuollon lainsäädännöllisiä vaatimuksia, sen käytännön järjestelyjä kunnissa sekä huumausaineiden ongelmakäyttäjien asemaa sosiaalihuollon asiakkaina. Kolmannessa pääluvussa käsitellään sosiaalisten riskien hallintaa tutkielman tulkintateorianä keskittyen huumausaineiden ongelmakäyttäjien kohtaamia sosiaalisia riskejä ja sosiaalisten riskien hallintaan prosessina.

Neljäs pääluku käsittelee tutkielman empiriaa. Ensin käydään läpi tutkimuksen empiirisen aineiston hankinta ja sen analysointi. Tämän jälkeen luvussa esitellään ja vedetään yhteen asiantuntijahaastatteluiden tulokset. Viidennessä pääluvussa vastataan tutkimuskysymyksiin, arvioidaan tutkielmaa ja sen tuloksia sekä pohditaan mahdollisia aiheita jatkotutkimukselle.

2 SOSIAALIHUOLTO SUOMESSA

2.1 Sosiaalihuolto lainsäädännössä

Suomessa julkisen sosiaalihuollon vaatimuksista säädetään Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014). Lisäksi sosiaalihuollosta on säädetty erityislakeja, kuten Vammaispalvelulaki (380/1987) ja Kehitysvammalaki (519/1977).

Sosiaalihuoltolain tarkoitus on ylläpitää ja edistää hyvinvointia Suomessa yhdenvertaisesti ja laadukkaasti. Sosiaalihuoltoon sisältyy sosiaalipalvelut ja muut toimenpiteet, joilla edistetään sosiaalista turvallisuutta ja hyvinvointia. (Sosiaalihuoltolaki 1:1–2 §.) Sosiaalihuoltolaissa korostetaan asiakkaan ja lapsen etua eri toimintavaihtoehtoja ja ratkaisuja arvioitaessa (Sosiaalihuoltolaki 1:4–5 §).

Suomessa kunnat järjestävät sosiaalipalveluiden toteutuksen vuoden 2022 loppuun asti, minkä jälkeen sosiaalipalvelut siirtyvät hyvinvointialueiden vastuulle. Sosiaalipalveluiden on lakisääteisesti tarjottava tukea sekä jokapäiväiseen elämään liittyviin asioihin, kuten asumiseen liittyviin tai taloudellisiin ongelmiin, että yllättäviin kriisitilanteisiin tai esimerkiksi lähisuhdeväkivallan uhreille. Kunnallisesti ja jatkossa alueellisesti järjestettäviä palveluita ovat esimerkiksi sosiaalityö ja -ohjaus, sosiaalinen kuntoutus, kotihoito, laitos- ja asumispalvelut, päihde- ja mielenterveystyö, kasvatus- ja perheneuvonta ja muut asiakkaan hyvinvoinnille oleelliset palvelut. (Sosiaalihuoltolaki 3:11–29 §.) Kaikkien kunnan asukkaiden on tarvittaessa saatava sosiaalihuollon neuvontaa ja ohjausta. (Sosiaalihuoltolaki 2:6 §.)

Sosiaalihuollon toteuttamisessa keskeistä on sosiaalihuollon hyvä laatu ja asiakkaiden hyvä kohtelu. Hyvänä kohteluna nähdään asiakkaiden yhdenvertaisuus, asiakkaan vakaumusten ja yksityisyyden kunnioitus sekä huollon lähtökohtainen toteuttaminen niin, että pariskunnat ja perheet voivat asua yhdessä. Lisäksi asiakkaille tulee selvittää kaikki vaihtoehdot heidän tilanteessaan ja lapsia koskevissa päätöksissä lasten mielipiteisiin ja toivomuksiin tulee kiinnittää erityistä huomiota. (Sosiaalihuoltolaki 4:30–32 §.) Kunnallisten sosiaalipalveluiden tulee olla saatavilla kaikille ja niihin tulee olla mahdollista hakeutua itse riittävän aikaisin. (Sosiaalihuoltolaki 4:33,1–2 §.) Tämä mahdollistaa ongelmiin tarttumisen heti, jolloin voidaan välttyä vakavilta seurauksilta. Asiakas on tarvittaessa ohjattava erityispalveluihin (Sosiaalihuoltolaki 4:33,2 §).

Sosiaalihuoltolaki vaatii kunnilta myös rakenteellista sosiaalityötä. Siihen kuuluu tiedon tuottaminen asiakkaiden tarpeista suhteessa yhteiskuntaan ja sosiaalihuollon palveluiden ja toimien vaikutuksesta niihin, toimien ja toimenpide-ehdotusten tekeminen sosiaalisten ongelmien hoitoon ja ehkäisyyn sekä

sosiaalihuollon asiantuntijuuden liittäminen osaksi kunnan, yritysten ja järjestöjen muiden palvelujen kehitystä. (Sosiaalihuoltolaki 2:7 §.)

2.2 Sosiaalihuollon käytännön toteutus

Sosiaali- ja terveysministeriön (2022a) mukaan sosiaalihuollolla tarkoitetaan toimia ja palveluita, joilla edistetään ja ylläpidetään yksilön, perheen ja yhteisön turvallisuutta, toimintakykyä, sosiaalista hyvinvointia ja osallisuutta. Sosiaalihuollon toimia ja palveluita tarjoaa sosiaalihuollon ammatillinen henkilöstö. Sosiaalipalveluita järjestetään erilaisiin tuen tarpeisiin, joista esimerkkejä ovat muun muassa taloudellisen tuen tarve, väkivallasta tai kaltoinkohtelusta aiheutuvan tuen tarve tai päihitteiden ongelmakäytöstä johtuva tuen tarve. Asiakkaan tarve sosiaalihuollon palveluille kartoitetaan suorittamalla hänelle palvelutarpeen arviointi, johon jokaisella on oikeus, ellei arviointi ole ilmeisen tarpeetonta. (STM, 2022a.)

Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on jaettu neljään eri vastuualueeseen, ohjaukseen, tutkimukseen ja kehitykseen, lupiin ja valvontaan sekä järjestämiseen, joista kutakin hoidetaan eri taholla. Järjestelmän poliittinen ja lainsäädännöllinen ohjausvastuu on Sosiaali- ja terveysministeriöllä, kun taas tutkimus- ja kehitysvastuu kuuluu Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalaan kuuluville virastoille ja laitoksille. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan toimintaan tarvittavia lupia myönnetään ja valvotaan aluehallintovirastoissa sekä sosiaali- ja terveystalouden lupa- ja valvontavirasto Valvirassa, ja sosiaali- ja terveydenhuollon käytännön järjestämistä kuuluu kunnille. (STM, 2022b.)

Sosiaalihuollon käytännön järjestämisellä tarkoitetaan sosiaalihuollon palveluiden tuottamista. Kunta ja kuntayhtymät voivat tuottaa palveluita itse tai tarvittaessa ostaa niitä asukkailleen yksityisiltä palveluntarjoajilta (STM, 2022a; 2022b). Kunnallisten palveluiden rinnalla yksityiset palveluntarjoajat voivat myydä palveluitaan suoraan asiakkaille. Yksityisiä palveluntarjoajia voivat olla esimerkiksi yritykset, jotka tarjoavat ikäihmisten laitosasumisen palveluita, tai järjestöt, jotka tarjoavat päihdepalveluita. Kunnalliset sosiaalipalvelut järjestetään ensisijaisesti asiakkaan kotikunnassa, mutta kiireellisissä tapauksissa sosiaalipalveluiden piiriin voi hakeutua myös asiakkaan oleskelukunnassa. (STM, 2022a.)

Vuonna 2023 vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä siirtyy kunnilta hyvinvointialueille. Uusia hyvinvointialueita on 21, joiden lisäksi poikkeuksena Helsingin kaupunki jatkaa omien sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluidensa järjestämistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi myös pelastustoimi siirtyy hyvinvointialueiden vastuulle. (Sote-uudistus, 2022a.) Hyvinvointialueet ovat itsehallinnollisia alueita, joiden rahoitus tulee aluksi pääosin valtiolta, mutta niiden lopullinen

rahoitusjärjestelmä on keväällä 2022 vielä kehiteltävänä. Hyvinvointialueilla sosiaalipalveluiden pääasiallinen tuottaminen säilyy julkisella sektorilla, ja yksityisen ja kolmannen sektorin palveluita on tarkoitus käyttää julkisia palveluita täydentävinä, kuten tähänkin asti. (Sote-uudistus, 2022b.)

Vuonna 2019 palveluina annettuihin sosiaalimenoihin käytettiin yhteensä 28,3 miljardia euroa. Tulee kuitenkin ottaa huomioon, että tässä Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen tilastoraportissa (2021) palveluihin on sisällytetty myös terveydenhuollon palveluiden kulut, kuten perus- ja erikoissairaanhoidon avo- ja vuodeosastohoidon ja sairausvakuutukseen kuuluvat sairaanhoito-, työterveys- ja opiskelijaterveydenhuoltokorvaukset. Sosiaalimenot kokonaisuudessaan ovat olleet kasvussa 1980-luvulta lähtien ja on syytä uskoa, että ne kasvavat jatkossakin. Noin 40 prosenttia sosiaalimenoista käytetään palveluihin ja 60 prosenttia toimeentuloturvaan, eli rahana maksettaviin etuuksiin. (THL, 2021a, 7; 42.)

2.3 Huumausaineiden ongelmakäyttäjät sosiaalihuollon asiakkaina

Sosiaalihuoltolaissa (1:3,3 §) päihdeongelmaiset henkilöt, kuten huumeiden ongelmakäyttäjät, nähdään erityistä tukea tarvitsevinä henkilöinä. Erityistä tukea tarvitsevalla henkilöllä voi jonkin kohtaan ongelman tai usean päällekkäisen ongelman vuoksi olla vaikeuksia hakeutua sosiaali- ja terveyspalveluihin tai saada niitä. (Sosiaalihuoltolaki 1:3,3 §). Erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden hyvinvointia on seurattava ja edistettävä useiden kunnallisten viranomaisten yhteistyönä. Samalla viranomaisten tulee poistaa ja ehkäistä epäkohtia heidän elämässään. (Sosiaalihuoltolaki 2:8,1 §.) Huumausaineiden ongelmakäyttäjien tapauksessa tällä voidaan tarkoittaa esimerkiksi matalan kynnyksen ja varhaisen vaiheen hoitoa mutta myös esimerkiksi kattavaa lasten ja nuorten päihdekasvatusta. Erityisestä tuesta vastaavat viranomaiset välittävät tietoa esimerkiksi päihdeongelmaisia koskettavista sosiaalisista ongelmista ja asiantuntemusta ongelmien ratkaisemiseksi ja palveluiden kehittämiseksi (Sosiaalihuoltolaki 2:8,2 §).

Sosiaalihuoltolain lisäksi päihdeongelmaisten palveluista säädetään myös Päihdehuoltolaissa (41/1986) ja Laissa ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä (523/2015). Molemmissa säädöksissä päihteellä viitataan alkoholiin, tupakkaan, huumeisiin tai muihin päihtymistarkoituksessa käytettäviin aineisiin (Päihdehuoltolaki 1:2 §, Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 1:2,2 §). Laissa ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä (1:1 §) säädetään myös rahapelaamisen haittojen ehkäisystä.

Päihdehuolto on Suomessa kuntien järjestämää. Kuten muutkin sosiaalipalvelut, kunnat ja kuntayhtymät voivat tuottaa ne joko itse tai ostaa yksityisiltä palveluntarjoajilta. Päihdepalvelujen toteutuksessa on monia muotoja, joista valitaan asiakkaan tarpeisiin parhaiten vastaava. Ensisijaisesti asiakkaille tarjotaan avohuoltoa, johon voi kuulua esimerkiksi katkaisuhuolto, terapiaa tai kuntoutusta.

Samoja palveluita voi saada myös laitoshoidossa, mikäli avohuollon palvelut eivät ole asiakkaalle riittäviä. Laitoshoitoon hakeutuessa tarvitaan yleisimmin lähete ja harvinaisissa tapauksissa itselleen tai muille vaarallinen päihdeongelmainen voidaan määrätä hoitoon myös ilman asiakkaan omaa suostumusta. (STM, 2022c.)

Päihdeongelmat koskettavat myös itse päihdeongelmaisen lisäksi myös heidän perhettään ja läheisiään. Järjestöiltä ja yhdistyksiltä on mahdollista saada vertaistukea sekä ongelmista toipuvalle että päihteiden käyttäjien läheisille esimerkiksi vertaistukiryhmistä, joissa samassa tilanteessa olevat henkilöt voivat jakaa kokemuksiaan (STM, 2022c). Vertaistukea huumeiden käyttäjille ja heidän läheisilleen tarjoavat esimerkiksi NA – Nimettömät Narkomaanit sekä Irti huumeista ry (Nimettömät Narkomaanit, 2022; Irti Huumeista ry, 2022).

3 SOSIAALISTEN RISKIEN HALLINTA

3.1 Huumausaineiden ongelmakäytöstä syntyvät sosiaaliset riskit

Huumausaineiden ongelmakäyttö voi johtaa monien erilaisten sosiaalisten riskien toteutumiseen. Kyseiset riskit ilmenevät monilla yhteiskunnan osa-alueilla, ja voidaankin karkeasti jaotella terveydellisiin riskeihin, sosioekonomisiin riskeihin ja rikosoikeudellisiin riskeihin. Koska tässä tutkielmassa keskitytään riskeihin, joiden hallintaan voidaan käyttää sosiaalihuollon tarjoamia keinoja, käsitellään myös tässä luvussa erityisesti sosioekonomisia riskejä. Huumausaineiden ongelmakäyttäjille yleisiä sosioekonomisia riskejä ovat työttömyys, alhainen koulutustaso, asunnottomuus ja ongelmien kasaantuminen (Konttinen & Perälä, 2020).

Työelämän ulkopuolelle jääminen on merkittävä riski huumausaineiden ongelmakäyttäjillä. Vuonna 2020 päihdehuollon huumeasiakkaiden vapaaehtoiseen kyselyyn vastanneista (n=1283) vain kahdeksan prosenttia (n=102) oli säännöllisessä tai epäsäännöllisessä työssä. Heidän lisäksi kahdeksan prosenttia vastanneista osallistui johonkin tuettuun työtoimintaan. Työttömiä työnhakijoita ilmoittivat olevansa jopa 52 prosenttia (n=667) vastanneista ja muuten työelämän ulkopuolella olevia, eli työkyvyttömiä tai työtä hakemattomia oli kahdeksan prosenttia (n=102). (THL, 2022c, 8, 17.) Tilastokeskuksen (2021a,1) tekemän työvoimatutkimuksen mukaan koko väestön työikäisten, eli 15–64-vuotiaiden työllisyysaste oli 71,6 prosenttia vuonna 2020. On siis selvää, että työvoiman ulkopuolelle jääminen on huomattavasti yleisempää huumeiden ongelmakäyttäjillä kuin väestöllä keskimäärin.

Päihdehuollon huumeasiakkaiden kysely (THL, 2022c, 17) kertoo myös matalasta koulutustasosta, joka voi myötävaikuttaa osaltaan myös heikkoon työllistymiseen. Kyselyn mukaan vuonna 2020 53 prosenttia (n=680) vastanneista (n=1283) kertoi ylimmäksi koulutusasteekseen peruskoulun. 37 prosenttia (n=474) vastanneista oli käynyt jonkin toisen asteen tutkinnon, kuten lukion tai ammattikoulun. Tilastokeskuksen (2021b, 1) mukaan vuonna 2020 74 prosenttia Suomen yli 15-vuotiaasta väestöstä oli suorittanut jonkin tutkinnon peruskoulun jälkeen. Myös Ellis, Kasper ja Cicero (2020) tekivät samansuuntaisia havaintoja tutkimuksessaan opioidien käytön vaikutuksista koulutustasoon Yhdysvalloissa. Hoitoon hakeutuneista yli 25-vuotiaista opioidikäyttäjistä 49,9 prosenttia oli suorittanut korkeintaan high schoolin, jota voi suomalaisessa koulutusjärjestelmässä verrata sekä yläasteeseen että lukioon. Heidän lisäksi jopa 34,5 prosenttia oli osallistunut johonkin korkeakouluopetukseen mutta ei ollut suorittanut tutkintoa loppuun. Yhdysvaltojen koko yli 25-vuotiaasta väestöstä 42 prosenttia suorittaa jonkin tutkinnon high school -tutkinnon jälkeen. Hoitoon hakeutuneista opioidikäyttäjistä vastaavat jatkotutkinnon suorittaneita oli 15,6 prosenttia. (Ellis, Kasper & Cicero, 2020, 2–3.)

Kyselytutkimuksen mukaan Suomessa opioidien käyttö huumaustarkoituksessa on ollut nousussa vuosien 2010 ja 2018 välillä kaikissa tutkimuksen ikäryhmissä. Eniten opioideja Suomessa kyselytutkimuksen mukaan ovat joskus elinaikanaan käyttäneet 15–34-vuotiaat. (Karjalainen, Pekkanen & Hakkarainen, 2020, 63.)

Asunnottomia päihdehuollon huumeasiakkaista vuonna 2020 kertoi olevansa yhdeksän prosenttia (n=115) (THL, 2022c, 17). Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskuksen (ARA, 2021, 17) mukaan henkilö on asunnoton, kun hänellä ei ole omaa vuokra- tai omistusasuntoa ja elää:

1. ulkona, porraskäytävissä tai ensisuojuissa,
2. asuntolassa tai majoitusliikkeessä,
3. sairaalassa, kuntoutuskeskuksessa tai muussa laitoksessa tai
4. asunnon puutteen vuoksi tilapäisesti tuttavien tai sukulaisten luona.

Vuonna 2020 yksineläviä asunnottomia henkilöitä oli 4341, joista 64 prosenttia majoittui ystävien tai sukulaisten luona. Asunnottomuus keskittyy Suomessa suuriin kaupunkeihin, ja eniten asunnottomia Suomessa on Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla. Helsingissä asunnottomia on yli kolminkertainen määrä (n=1534) verrattuna Espooseen, jossa asunnottomia on toiseksi eniten (n=429). (ARA, 2021, 4–5.) Kokonaisuudessaan asunnottomuus Suomessa on kuitenkin ollut laskussa 1980-luvulta asti (Y-säätiö, 2017, 10–11).

Aiemmin mainitun perusteella voidaan laskea, että vuonna 2020 koko Suomen asunnottomista yksineläjistä noin 2,6 prosenttia oli päihdehuollon huumeasiakkaita. Tässä laskelmassa tulee kuitenkin ottaa huomioon, että kaikki päihdeongelmaiset eivät hakeudu hoidon pariin, eivätkä kaikki asunnottomat päihdehuollon huumeasiakkaat välttämättä elä yksin. Päihdehuollon huumeasiakkaista 69 prosenttia oli yksineläjiä (THL, 2022c, 27). On myös mahdollista, että ensisijainen hoitoon hakeutumisen aiheuttanut päihde on jokin muu, kuten alkoholi, mutta myös huumeita käytetään. On siis uskottavaa, että huume- ja päihdeongelmat ovat varmaa tilastotietoa suuremmassa yhteydessä asunnottomuuteen.

Päihteiden ongelmakäyttäjät voidaan lukea huono-osaisuuden tyypiksi. Huono-osaisuuden on havaittu kasaantuvan, eli yhdellä henkilöllä on samanaikaisesti esimerkiksi sosiaalisia, terveydellisiä ja taloudellisia ongelmia. Ongelmien kasaantuminen voi nostaa kynnystä hakeutua sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin, minkä vuoksi nykyään on tarjolla matalan kynnyksen palveluita, jotka eivät vaadi esimerkiksi päihteettömyyttä hoidon saamiseksi. (Konttinen & Perälä, 2020, 93.) Mahdollinen palvelujärjestelmän ulkopuolelle jääminen voi entisestään aiheuttaa syrjäytymistä yhteiskunnasta, mikäli ihminen kokee häpeää tai olevansa yksin.

Muun muassa edellä mainitut riskit yksittäin tai kasaantuessaan voivat johtaa sosiaaliseen syrjäytymiseen. Syrjäytymisellä tarkoitetaan yhteiskunnan ulkopuolelle jäämistä, jolloin henkilö on estynyt osallistumasta täysin painoin yhteiskunnan normaaleihin toimintoihin. Erityisen alttiita syrjäytymiselle ihmiset ovat elämän suurissa käännekohtissa kuten opintojen, töiden tai parisuhteen päättyessä. (THL, 2021b; STM, 2022d.)

3.2 Sosiaalisten riskien hallinta prosessina

Kulmalan (2018) mukaan sosiaalisten riskien hallinta on jatkuva ja kehittyvä prosessi, joka koostuu neljästä erilaisesta vaiheesta. Nämä vaiheet ovat toimintaympäristön kartoittaminen, riskien arviointi, riskienhallintamenetelmän valinta sekä seuranta ja arviointi (Kulmala, 2018, 196). Sosiaalisten riskien hallintaprosessia voidaan toteuttaa mikro-, meso- tai makrotasolla, jolloin riskienhallintaa suhteutetaan toimijan omiin tavoitteisiin ja rajoitteisiin sopivaksi (Kulmala, 2018, 195).

Kulmalan mukaan riskienhallinnassa tulisi aloittaa toimintaympäristön määrittelystä. Määrittelyn yhteydessä tulee ottaa huomioon toimintaympäristöön vaikuttavat lainsäädännölliset, taloudelliset, sosiaaliset tai poliittiset tekijät. Kun on lisäksi kartoitettu, kuinka suuria riskejä toimintaympäristössä voidaan sietää ja toisaalta ottaa, voidaan pohtia, mitä sosiaalisten riskien hallinnalta halutaan ja asettaa sille tavoitteet. (Kulmala, 2018, 195–197.)

Sosiaalisten riskien hallintaprosessin seuraava vaihe, riskien arviointi, koostuu itsessään kolmesta eri osasta. Ensimmäinen ja merkittävin niistä on riskien tunnistaminen, koska vain niihin riskeihin, jotka on tunnistettu, voidaan varautua etukäteen. Riskien tunnistamiseen kuuluu analyysia riskien ominaisuuksista, siitä mistä ne ovat lähtöisin ja siitä, millaiset yksilöt tai yhteisöt ovat niiden toteutumiseen alttiita. (Kulmala, 2018, 197.) Kun riskit on tunnistettu, toinen askel riskien arvioinnissa on riskien todennäköisyyden ja vakavuuden analysointi, jota voidaan tehdä laskennallisesti esimerkiksi kertomalla riskin todennäköisyys riskin vakavuudella. Sosiaalisten riskien hallinnassa tulee painottaa vakavimpia, vaikkakin epätodennäköisempiä riskejä, jolloin yksilölle tai yhteisölle merkittävimmät uhat hallitaan ensisijaisesti. Vakavimpien riskien jälkeen, voidaan sosiaalisten riskien hallinnassa siirtyä vakavuusasteeltaan pienempien vahinkojen todennäköisyyden alentamiseen. Lopuksi tunnistetut riskit suhteutetaan määriteltyyn riskinottohaluun ja riskinsietokykyyn, jotta voidaan arvioida hallintamenetelmien tarpeellisuutta. (Kulmala, 2018, 197–198.)

Kulmalan (2018, 196) riskienhallintaprosessin kolmannessa vaiheessa valitaan strategiat ja menetelmät, joilla riskienhallintaa toteutetaan. Sosiaalisten riskien hallintastrategioita ovat riskien ennaltaehkäisy, niiden toteutumisen seurausten lieventäminen ja niihin sopeutuminen. Ehkäisystrategian tarkoitus on poistaa tai alentaa riskin toteutumisen todennäköisyyttä, kun taas seurausten

lieventämisstrategian pyrkimys on pienentää toteutuneen riskin vaikutuksia yksilöön tai yhteisöön. Sopeutumisstrategia tähtää myös jo toteutuneen riskin vaikutusten helpottamiseen, eroten kuitenkin lieventämisstrategiasta siinä, että selviytymisen keinoja ei ole etukäteen valittu. (Kulmala, 2018, 198–200.) Riskienhallintamenetelmiä voidaan puolestaan toteuttaa epävirallisella, markkinapohjaisella tai julkisella tasolla. Kullakin tasolla toimiessa on kuitenkin tärkeää tiedostaa myös muilla tasoilla tapahtuva riskienhallinta. (Kulmala, 2018, 1998–202) Tällöin riskienhallintamenetelmien toteutumistasojen on mahdollista täydentää toimiaan riskienhallinnan suunnittelussa, päällekkäisten ratkaisujen sijaan.

Viimeinen vaihe sosiaalisten riskien hallintaprosessissa on jatkuva seuranta ja arviointi. Kun prosessia seurataan ja katselmoidaan läpi sen toteutumisen, varmistetaan, että hallintamenetelmät on pantu toimeen ja ne soveltuvat tarkoitukseensa. Lisäksi jatkuva seuranta mahdollistaa nopean reagoinnin ja hallintamenetelmien kehityksen, kun toimintaympäristössä tai sosiaalisissa riskeissä ilmenee muutoksia. (Kulmala, 2018, 198.)

Sosiaalisten riskien hallinta eroaa yritysten riskienhallinnasta oleellisesti siinä, miten riski koetaan. Sosiaaliset riskit nähdään lähtökohtaisesti uhkana, mutta yritystoiminnassa tulee välillä tietoisesti ottaa riskejä, jotta yritys voi esimerkiksi tehdä tulosta tai laajentaa toimintaansa. Kun riskin toteutumiseen liittyy myös tuotto-odotuksia, kutsutaan sitä liikeriskiksi. (Suominen, 2005, 149; 153.) Yritysten riskienhallinnassa myös strategiat eroavat sosiaalisten riskien hallinnasta. Jo käsiteltyjen ehkäisyn, lieventämisen ja sopeutumisen strategioiden sijaan yritysten riskienhallinnassa sovelletaan riskien välttämisen, pienentämisen, jakamisen ja siirtämisen strategioita. Riski on mahdollista myös hyväksyä, eli jättää kokonaan yrityksen omalle vastuulle. (Suominen, 2005, 156.) Lisäksi on tärkeää huomata, että yrityksen riskienhallinta pyörii käytännössä kokonaan yrityksen talouden, selviytymisen ja menestymisen ympärillä, kun taas sosiaalisten riskien hallinnassa on otettava huomioon myös ihmisten hyvinvointi, inhimillisuus ja hyvinvointiyhteiskunnan toiminnan periaatteet.

4 HUUMAUSAINEIDEN ONGELMAKÄYTTÄJIEN KOHTAAMIEN SOSIAALISTEN RISKIEN HALLINTA SOSIAALIHUOLLOSSA

4.1 Aineiston kerääminen ja analysointi

Tutkimuksen empiirisen osuuden aineisto kerättiin neljällä puolistrukturoidulla haastattelulla. Haastateltaviksi henkilöiksi valikoitui neljä päihdetyön ammattilaista, jotka työskentelevät sosiaalihuollossa Pirkanmaan alueella. Haastateltavista kolme työskentelee Tampereen kaupungin sosiaalihuollossa ja yksi Ikaalisten kaupungin sosiaalihuollossa. Tehtävänimikkeinä haastateltavilla henkilöillä oli johtava sosiaalityöntekijä, päihde- ja mielenterveyspalveluiden ostopalveluiden palvelupäällikkö, vastaava asiakasohjaaja asumis- ja asiakasohjauksessa sekä sosiaalityöntekijän viran sijainen. Henkilöiden työkokemus päihdehuollon tehtävissä vaihteli noin vuodesta yli 10 vuoteen. Oleellista haastateltavien henkilöiden valinnassa oli se, että heidän joukossaan olisi sekä henkilöitä, joilla on kokemusta suorasta asiakastyöstä, että henkilöitä, joilla on kokemusta päihdehuollon suunnittelusta ja asiakasohjauksesta.

Haastatteluja varten laadittiin 11 haastattelukysymystä, joista yksi oli kolmiosainen, ja yksi kaksiosainen. Haastattelukysymykset ovat luettavissa tutkimuksen lopussa (Liite 1). Kysymykset lähetettiin haastateltaville henkilöille etukäteen tutustuttaviksi, jotta heillä olisi niin halutessaan mahdollisuus pohtia vastauksia jo ennen haastattelua. Kunkin haastattelun henkilön vastauksien perusteella heille esitettiin myös lisäkysymyksiä, jotta saatu aineisto olisi mahdollisimman laaja. Haastattelukysymysten ohessa haastateltaville henkilöille lähetettiin myös lyhyt määritelmä sosiaalisista riskeistä (Liite 1), joka orientoi haastateltavia vastaamaan haastattelukysymyksiin nimenomaan sosiaalisten riskien näkökulmasta. Määritelmä päätettiin liittää haastattelukysymysten ohkeen, koska haastateltavien asiantuntijuus tutkimuksessa ei perustunut osaamiseen riskienhallinnassa.

Haastattelut suoritettiin Microsoft Teams -etäyhteydellä, ja puhelut tallennettiin myöhempää käsitteilyä varten. Haastatteluiden kestot vaihtelivat noin 24 minuutista hieman yli 38 minuuttiin. Kaikkien haastatteluiden jälkeen ne muunnettiin tekstimuotoon litteroimalla. Litteroinnissa keskityttiin muuttamaan puhe sanatarkasti ja huolellisesti tekstimuotoon. Näin ollen litterointiprosessissa tekstiin ei sisällytetty huomioita äänenpainoista tai muusta sanattomasta viestinnästä.

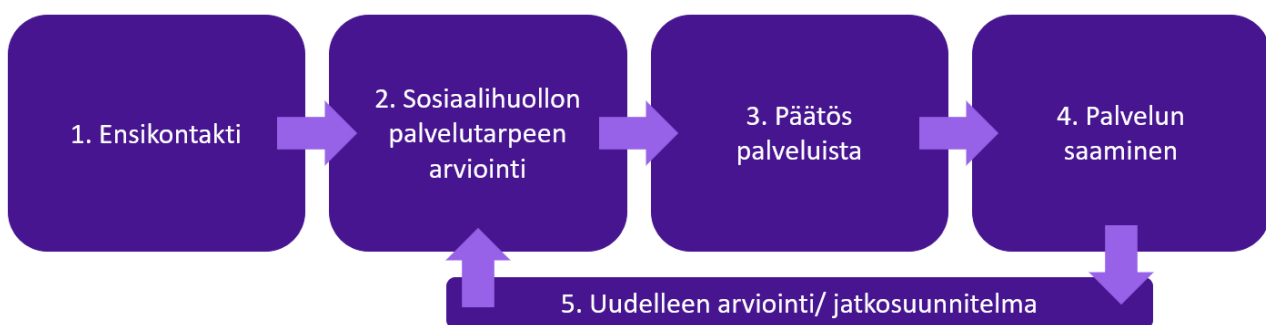
Litteroinnin ja aineiston läpikäynnin jälkeen aineiston varsinaista analyysiä lähestyttiin ensimmäisenä tyypittelemällä. Tässä yhteydessä aineistosta nostettiin esiin vastausten samankaltaisuuksia ja ryhmittelemään näitä. Lisäksi aineistoa käsiteltiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin. Tuomen ja Sarajärven (2018, 91) mukaan sisällönanalyysiin kuuluu kolme päävaihetta: aineiston

pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Tässä tutkimuksessa pelkistäminen toteutettiin poimimalla aineistosta kaikki tutkimusongelmille olennainen tieto ja ryhmittelyn avulla kerättiin vastausten yhtäläisyyksiä kategorioiksi. Tutkimuksen tavoite ei kuitenkaan ole varsinaisesti luoda uutta teoreettista käsitettä Tuomen ja Sarajärven (2018, 91) sisällönanalyysin mukaisesti, vaan analyysissä pyrittiin tunnistamaan jonkinlainen jo olemassa oleva riskienhallinnallinen kokonaisuus ja muodostaa siitä selkeä kuva.

Aineiston analyysissä on tärkeää ottaa huomioon haastateltavien henkilöiden työpaikkakuntien epä-tasapaino. Koska kolme haastateltavista työskentelee Tampereen kaupungille ja yksi Ikaalisten kaupungille, on tärkeää huomioida, että Tampereen kaupungille työskentelevien vastaukset eivät painotu liikaa tuloksissa. Toisaalta yhden Ikaalisten kaupungille työskentelevän henkilön vastauksia ei voida painottaa liikaa, jotta yhden henkilön vastaukset eivät vääristä tuloksia. Tutkimuksen kannalta on siis tärkeää tunnistaa tämä epätasapaino ja pyrkiä uskottavaan ja tasapainoiseen lopputulokseen.

4.2 Sosiaalihuollon huumeasiakkaiden kohtaamien sosiaalisten riskien hallinta

Haastatteluiden perusteella voitiin havaita, että huumeiden ongelmakäyttäjien kohtaamien sosiaalisten riskien hallinta perustuu vahvasti sosiaalihuollon työntekijöiden yksilölliseen ammattitaitoon ja ammatilliseen näkemykseen. Asiantuntijahaastatteluista voidaan myös erottaa kaksi kokonaisuutta, joilla huumeasiakkaiden sosiaalisten riskien hallintaa voidaan kuvata. Ensimmäinen niistä on sosiaalihuollon palveluprosessi, jota havainnollistetaan kuviossa 2. Sosiaalihuollon palveluprosessissa on kokonaisuudessaan viisi vaihetta, mutta sosiaalihuollossa tapahtuva riskienhallinta voidaan tiivistää prosessin toiseen ja kolmanteen vaiheeseen.



Kuvio 2: Sosiaalihuollon huumeasiakkaiden palveluprosessi

Sosiaalihuollon palveluprosessin ensimmäinen vaihe, ensikontakti, tapahtuu yleensä jossakin muualla, kuin sosiaalihuollossa. Haastatteluiden mukaan tavallisin ensikontakti sosiaalihuollon huumeasiakkaille on terveydenhuolto, mutta asiakkaat voidaan ohjata sosiaalihuollon asiakkaaksi muualtakin, esimerkiksi vankilasta. Varsinaisen ensikosketuksen sosiaalihuoltoon asiakas saa siis vasta

prosessin vaiheessa kaksi, kun hän tapaa sosiaalityöntekijän ja hänen palvelutarpeen arviointinsa aloitetaan. Palvelutarpeen arvioinnissa kartoitetaan mahdollisimman laajasti asiakkaan elämäntilanne ja huumeiden käytön nykytila sekä historia. Lisäksi tässä vaiheessa on tärkeää selvittää, minkälaista palvelua asiakas tarvitsee ja olisi valmis vastaanottamaan.

Palvelutarpeen arviointia seuraa päätös asiakkaalle myönnettävistä palveluista, joiden tarkoitus on olla mahdollisimman sopivia asiakkaan tilanteeseen ja näin ollen hallita hänen kohtaamiaan sosiaalisia riskejä. Päätöksen jälkeen asiakas saa hänelle haetun palvelun, mikäli täyttää palvelun vaatimat kriteerit. Palveluita on monen tyyppisiä, sillä jotkut asiakkaat haluavat vain esimerkiksi sosiaalietuuksia tai välitystilin vuokran ja muiden asumiskustannusten maksua varten, kun taas osa asiakkaista on valmis sitoutumaan pitkäaikaisempaan palveluun, kuten korvaushoitoon tai laitostuntoutukseen. Näin ollen kaikki asiakkaat eivät palaa uudestaan tapaamaan sosiaalityöntekijää. Siinä tapauksessa, kun asiakas palaa itse tai esimerkiksi hänen hoitojaksonsa päätteeksi kaivataan jatkosuunnitelmaa, arvioidaan hänen tilannettansa ja palveluiden tarvetta uudelleen.

Toinen haastatteluista havaittava kokonaisuus on sosiaalihuollon palveluprosessin toisessa ja kolmannessa vaiheessa esiintyvät neljä osa-aluetta, joissa riskienhallintaa toteutetaan käytännössä. Kokonaisuutta havainnollistetaan kuviossa 3.

Kun haastattelujen vastauksia verrataan luvussa 3.4 esiteltyyn Kulmalan (2018, 196) sosiaalisten riskien hallinnan prosessiin, voidaan niistä tunnistaa samat elementit: toimiala, riskien arviointi, hallintamenetelmien valinta ja seuranta. Haastatteluista voidaan kuitenkin myös tulkita, että sosiaalihuollon riskienhallinta ei toteudu järjestelmällisesti vaiheittain, vaan osa-alueet pikemminkin kehittyvät yhtäaikaaisesti asiakkaan tilanteen kokonaisuuden muodostuessa.

Sosiaalihuollon päihdetyö riskienhallinnan toimialueena asettaa käytännön sosiaalityölle valmiita raameja esimerkiksi lainsäädännön toteuttamisen näkökulmasta. Lisäksi haastatteluissa huumausaineista eroon pääseminen tai huumausaineiden käytön väheneminen nousi esiin riskienhallinnan tavoitteena. Riskinsietokykyä tai riskinottohalua haastatteluissa ei varsinaisesti tunnistettu, vaan niissä korostui ajatus siitä, että asiakas on oikeutettu palveluun, mikäli se hänelle koetaan tarpeelliseksi. Haastateltavat kuitenkin korostivat myös sosiaalihuollon palveluiden vapaaehtoisuutta sekä motivaation merkitystä, koska monet palvelut vaativat asiakkaan sitoutumista tehtävässään onnistuakseen.



Kuvio 3: Sosiaalihuollon riskienhallinnan osa-alueet

Sosiaalihuollon päihdetyön toimialueen sisällä riskienhallintaa voidaan havaita neljässä eri osa-alueessa: yhteistyössä, asiakaskontaktissa, kontaktin jälkityössä ja päätöksessä palveluista. Yhteistyöllä tarkoitetaan yhteistyötä sosiaalihuollon päihdetyön ulkopuolisten tahojen kanssa, asiakaskontaktilla puolestaan tarkoitetaan suoraa kasvokkaista kontaktia asiakkaan ja sosiaalityöntekijän välillä. Kontaktin jälkityö kuvaa sosiaalityötä, jota tehdään asiakkaan tapaamisen jälkeen. Siihen voi kuulua muun muassa asiakkaalle sopivimman palvelun etsimistä ja kartoittamista, kollegoiden välistä yhteistyötä tai sosiaalihuollon ulkopuolisten asiantuntijoiden konsultointia. Päätös palvelusta on päihdehuollossa sosiaalityöntekijän ja asiakkaan yhteinen päätös siitä, mitä palveluja asiakas on valmis vastaanottamaan, ja mitkä vaihtoehdoista olisivat hänelle sopivimmat. Koska sosiaalihuollon palvelut ovat vapaaehtoisia, kävi haastatteluissa selväksi, että palvelupäätöksissä vuoropuhelulla asiakkaan kanssa on merkitystä, ja lopulliset päätökset ovatkin usein kompromisseja sosiaalityöntekijän suositusten ja asiakkaan sitoutumiskyvyn välillä. Kuten kuviossa 3 havainnollistetaan, riskienhallinnan vaiheet eivät haastatteluiden perusteella rajoitu yhteen osa-alueeseen, vaan ne esiintyvät useamman osa-alueen yhteydessä. Osa-alueet eivät ole keskenään järjestyksessä prosessimuotoisesti tai hierarkkisesti, vaan ovat kaikki olemassa myös samanaikaisesti.

Uusien riskien tunnistamiseen tietoa saadaan haastattelujen mukaan suurimmaksi osaksi itse käyttäjiltä, kun heidän huumausaineiden käyttöönsä kartoitetaan tai sosiaalihuolto jalkautuu käyttäjien elinpiiriin. Lisäksi sosiaalihuollon päihdetyössä tunnistetaan uusia riskejä yhteistyössä muiden viranomaisten, kuten poliisien ja koulujen, kanssa, sekä sosiaalihuoltoon esimerkiksi sairaalasta tai aikuis-sosiaalityöstä tulevien palvelupyyntöjen kautta. Uusia riskejä sosiaalihuollossa tunnistetaan ennen

kaikkea ilmiötasolla, kun taas muut riskienhallinnan vaiheet toteutuvat asiakkaiden palvelun yhteydessä yksilötasolla.

Sosiaalisten riskien arviointi sekä niiden todennäköisyyksien ja seurausten arviointi asettuvat haastatteluiden perusteella asiakaskontaktin ja kontaktin jälkityön osa-alueille. Haastatteluista voidaan myös tulkita, että riskien analysointi ja niiden todennäköisyyksien ja seurausten arviointi kulkevat hyvin käsi kädessä ja käsitys molemmista muodostuu yhtäaikaaisesti. Riskien analysointi ja todennäköisyyksien ja seurausten arvioiminen perustuu vahvasti sosiaalityöntekijöiden ammatilliseen näkemykseen ja osaamiseen kysyä oikeita asioita ja luoda luottamuksellinen suhde asiakkaan kanssa. Asiakkaan luottamus sosiaalityöntekijään koettiin haastatteluissa yleisestikin tärkeäksi osaksi riskienhallintaprosessia, koska asiakkaan elämäntilanteen hahmottaminen kokonaisuutena on tärkeää mahdollisimman osuvan palvelutarpeen arvioinnin kannalta. Riskien analysoinnissa myös sosiaalihuollon työntekijöiden ryhmätyö voi olla tarpeen. Riskien toteutumisen todennäköisyyden ja seurausten arviointia pidettiin haastatteluiden perusteella yleistä analysointia suoraviivaisempana, koska yleisimmät riskit tunnistetaan hyvin ja myös niiden seuraukset ovat tiedossa. Esimerkiksi asiakkaan vuokratilat pyritään selvittämään mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta niihin voitaisiin puuttua jo ennen, kuin asunnon menettämisen riski toteutuu. Haastatteluista ei kuitenkaan ilmennyt, että riskien todennäköisyyksiä tai seurauksia arvioitaisiin laskennallisesti kaikille yhteisellä kaavalla, vaan arviointi perustuu sosiaalityöntekijöiden ammattitaitoon. Haastatteluiden perusteella riskien todennäköisyyksiä arvioidaan ylivarovaisesti ja mahdollisista seurauksista keskustellaan asiakkaiden kanssa, jotta tilanteeseen voitaisiin vaikuttaa ennen riskin toteutumista.

Haastatteluista voidaan tulkita, että oikean riskienhallintamenetelmän valinta sijoittuu kaikille neljälle osa-alueelle: yhteistyöhön, asiakaskontaktiin, kontaktin jälkityöhön ja päätökseen palveluista. Keinoja, joilla asiakkaiden kohtaamia riskejä voidaan hallita, aletaan haastattelujen mukaan pohtimaan heti, kun palvelutarpeen arviointiakin aletaan muodostamaan, ja se kestää aina siihen asti, kun asiakas saa palvelun. Riskienhallintamenetelmissä painottuvat sosiaalihuollon tarjoamat käytännön palvelut ja etuudet. Kun asiakas ensin kohtaa sosiaalityöntekijän, on hänellä usein jo valmiiksi jokin käsitys siitä, minkälaista palvelua hän sosiaalihuolloilta haluaa, koska kyseisen palvelun saaminen on usein syy sosiaalihuollon asiakkaaksi hakeutumiselle. Haastatteluiden mukaan usein ensimmäinen palvelu, jonka saamisen vuoksi asiakkaaksi hakeudutaan, on taloudellisen etuuden saaminen. Aina asiakkaat eivät kuitenkaan ole valmiiksi tietoisia siitä, mitä kaikkia palveluita sosiaalihuollossa tarjotaan, joten asiakkaiden halut ja tarpeet palveluista usein muuttuvat asiakkuuden jatkuessa. Sopivimman hallintakeinon valinta perustuu tehtyyn palvelutarpeen arvioon ja asiakkaan tilanteeseen. Joskus sopivimman ratkaisun löytymiseksi voi olla hedelmällistä konsultoida sosiaalihuollon

yhteistyötahoja. Tällaisessa tapauksessa sosiaalityöntekijä voi olla yhteydessä esimerkiksi tietyn palveluntarjoajaan selvittääkseen, vastaisiko kyseinen palvelu asiakkaan tarpeisiin. Asiakkaan kanssa käydyllä vuoropuhelulla on suuri merkitys hallintakeinon valinnassa, koska valitun sosiaalihuollon palvelun tulisi olla sellainen, johon asiakkaalla on motivaatiota ja kyky sitoutua. Haastatteluisia ilmeni myös, että joissain tapauksissa hallintakeinoja on vain vähän. Tämä koskettaa erityisesti kaikista heikoimmassa asemassa olevia asiakkaita, joiden huumehistoria on esimerkiksi jo niin pitkä, että elämänhallinnan puutteen vuoksi palveluihin sitoutuminen on mahdotonta. Tällaisessa tapauksessa asiakkaalle voidaan myöntää esimerkiksi tarvittavat sosiaalietuudet, mutta aktiivinen päihteiden käyttö voi vaikeuttaa esimerkiksi asumispalveluiden saamista, koska monet palvelut on tarkoitettu nimenomaan raitistumiseen pyrkiville asiakkaille.

Haastatteluiden perusteella voidaan päätellä, että riskienhallinnan toteutumisen seuranta on mahdollista vain osassa asiakkuuksia. Asiakkaiden tilannetta ja riskienhallinnan onnistumista seurataan jatkuvasti silloin, kun asiakas on sosiaalihuollon aktiivinen asiakas ja tapaa sosiaalihuollon työntekijöitä. Esimerkiksi asumisjakson aikana voidaan jo valmiiksi kartoittaa, tarvitseeko asiakas tukea jakson jälkeen, ja millaista se olisi. Kaikki asiakkaat eivät kuitenkaan palaa tapaamaan sosiaalityöntekijää, vaan jatkavat elämäänsä ilman kontaktia sosiaalityöntekijään saatuaan ensin jonkun sosiaalihuollon palvelun, esimerkiksi sosiaalietuuden tai vuokranvälitystilin. Tällaisessa tapauksessa riskienhallinnan onnistumista päästään seuraamaan ja arvioimaan vasta, jos asiakas joskus palaa uudesta syystä sosiaalihuoltoon.

Haastatteluiden perusteella voidaan todeta, että sosiaalihuollossa tapahtuva riskienhallinta on suurimmalta osin järjestäytymätöntä, eikä sosiaalihuollon työntekijöille ole asetettu yhteisiä toimintaohjeita riskienhallinnan toteuttamista varten. Sosiaalihuollon prosessista voidaan kuitenkin tunnistaa kaikki riskienhallinnan elementit.

4.3 Sosiaalisten riskien hallinnan kehitystarpeet sosiaalihuollossa

Jos haastatellut sosiaalihuollon työntekijät saisivat vaikuttaa huumeiden ongelmakäyttäjien kohtaamien sosiaalisten riskien hallintaan, kehittäisivät he käytännön riskienhallintakeinoja. Kaikki haastatellut olivat kuitenkin sitä mieltä, että nykyään tarjolla olevat riskienhallintakeinot, eli käytännössä sosiaalihuollot tarjoamat palvelut ja etuudet, ovat tarpeellisia ja niille on kysyntää jatkossakin. Haastatteluisia tunnistettiin myös sosiaalihuollon resurssien puutteellisuus sekä se, että ulkopuolisia palveluntarjoajia ei ole yhtä paljon, kuin muiden asiakasryhmien palveluille. Tämän arveltiin johtuvan siitä, että huumeiden käyttäjät eivät ole yhteiskunnallisesti houkuttelevin asiakasryhmä, jolle tuottaa

palveluita. Riskienhallintakeinojen kehityksen yhteydessä haastatteluista nousi esiin kolme selkeää teemaa: matalan kynnyksen palvelut, yksilöllisempi palvelu ja asiakkaan luottamus sosiaalihuoltoon. Kolme neljästä haastatellusta koki puutetta matalan kynnyksen palveluista. Esimerkiksi kehitystä toivottiin kohtaamispaikkoihin, joiden toimintaan osallistuminen ei tarvitsisi virallista sosiaalihuollon päätöstä tai erityistä sitoutumista. Tällaisesta paikasta asiakkaat voisivat saada vertaistukea muilta samassa asemassa olevilta sekä tietoa heille mahdollisista palveluista.

” – – selkee puute on, että meil ei semmosta matalan kynnyksen kohtaamispaikkaa ole. Eli että ne, et sä oot joko kotona tai sit virallisemmassa tämmösessä päivätoiminnassa. Mutta että ihan semmosta, mihkä vois niinku jotenki puolivertaisuudesta mennä viettään aikaa ja mahdollisesti sais ruokaa tai kahvia ja sais vaatteensa pestyä, sais käytyä suihkussa tai jotain tämmöstä, niin ilman, että siihen liittyy mitään virallista päätöksentekoo tai muuta niin, semmonen puuttuu.” (H1)

Riskienhallinnallisesta näkökulmasta matalan kynnyksen kohtaamispaikoissa voisi olla monia mahdollisuuksia. Päällimmäisenä mahdollisuutena lienee se, että turvallinen ja tuomitsemisesta vapaa tila olisi huumeiden käyttäjälle helppo keino ottaa hoitomahdollisuuksista ja -vaihtoehdoista itse selvää, ilman viralliseen sosiaalihuoltoon tai päihdekuntoutukseen hakeutumisen kynnystä. Muiden käyttäjien raitistumis- tai hoitokokemuksista kuuleminen sekä epävirallisempi, rennompi suhde päihdehuollon työntekijään voisivat parhaassa tapauksessa kannustaa käyttäjää hakeutumaan virallisempiin palveluihin.

Nykyisten palveluiden kynnyksen madaltaminen voisi olla mahdollisuus kehittää asiakkaiden saavutettavuutta ja näin ollen madaltaa kynnystä hakeutua päihdehuollon asiakkaaksi. Myös tässä tapauksessa helpompi tiedon saaminen voisi lopulta toimia oikeanlaisena kannustimena palveluihin hakeutumiseen.

” – – myöskin se, että niitten ns. normaalipalvelujen niinkun sitä kynnystä madallettas, esimerkiksi silleen, että se tavoitettavuus paranis, et niinkun, aa, se yhteydenotto olis helpompaa, että niinku joku tunnin soittoaika kerran päivässä aamupäivisin on vaan jollekulle mahdottomuus – –” (H4)

Kolme neljästä haastatellusta oli myös sitä mieltä, nykyisiä palveluita monipuolisempia, joustavampia ja asiakkaan tarpeisiin yksilöitävämpiä palveluista tarvittaisiin. Haastateltavat kokivat muun muassa, että tällä hetkellä asiakkaan tulee sopia tietyn palvelun luomaan muottiin, sen sijaan, että palvelut taipuisivat vastaamaan asiakkaan tarpeita.

” – – toivois tietyllä tavalla semmosta liikkumavaraa semmoseen yksilölliseen huomioimiseen ja semmoseen räätälöintiin toivois, että olis, et ku tietysti on

olemassa olevat palvelut ja ennemmin sit se menee niin päin, että asiakkaan pitää sit niihin istua, kuin että pystyttäis ihan puhtaasti asiakkaan tarpeista lähtee rakentaan jotain ihan hänelle yksilöllistä – –” (H2)

Mitä yksilöllisemmin juuri yksittäisen asiakkaan tarpeisiin pystyttäisiin vastaamaan, voisi se edistää riskienhallinnan onnistumista. Tällaisessa tapauksessa asiakkaalle voitaisiin valita juuri oikeat riskienhallintakeinot, ovat ne sitten ehkäiseviä, lieventäviä tai sopeuttavia, mikä voisi lisätä asiakkaan tunnetta siitä, että häntä halutaan auttaa ja hänestä välitetään, mikä puolestaan voisi nostattaa asiakkaan motivaatiota palveluihin.

Haastatteluissa tunnistettiin myös tarve eri väestöryhmistä oleville huumeiden ongelmakäyttäjille sen sijaan, että heitä kohdeltaisiin vain yhtenä ryhmänä.

” – – meillä on tavallaan nuoria, joilla on sitä päihteiden käyttöä ollu jo pitkään, jotka tarvis niinku selkeesti oman tyyppistä palvelua, ja sit meillä alkaa olla myös niitä ikääntyneitä, jotka tarvis niinko sitte, et tavallaan jos puhutaan siitä, että ikäihmisten palveluista, niin päihteidenkäyttäjä, jos se on pitkä se historia, niin he ei välttämättä sovellu ihan samoihin asumispalveluihin, mitä meidän muut ikäihmiset, et se on myös yks semmonen, mihin ehkä pitäis kiinnittää Suomessa huomiota, että minkälaisia palveluja me heille tarjotaan.” (H3)

Päihteiden käyttäjiä on monenlaisia, kuten ihmisiä ylipäättäänkin. Se, että esimerkiksi nuorille tarjotaisiin enemmän juuri heille tarkoitettuja päihdepalveluita, voisi auttaa näkemään erilaisia mahdollisia tulevaisuuden näkymiä. Lisäksi tällaiset palvelut mahdollistaisivat myös sellaisen vertaistuen saannin, johon on helppo samaistua. Myös riskienhallintastrategiat eroavat erilaisten ihmisryhmien välillä. On selvää, että nuoren huumeiden ongelmakäyttäjän tapauksessa on ideaalia ehkäistä tai lieventää hänen kohtaamiaan riskejä mahdollisimman paljon. Toisaalta, kun tilannetta verrataan esimerkiksi henkilöön, jonka huumehistoria on kymmeniä vuosia pitkä ja henkilö itsekin on ehkä jo ikäihminen, ei ehkäisy luultavasti ole enää sopivin strategia. Tällöin tulisi panostaa enemmän palveluihin, joissa riskejä pyritään lieventämään, mutta joissa niihin myös pyritään sopeutumaan.

Puolet haastatelluista myös kokivat tärkeäksi riskienhallintakeinoksi asiakkaan luottamuksen kasvatamisen. Esteeksi vahvan luottamuksen syntymiselle koettiin haastatteluissa siihen resursoidun ajan riittämättömyys. Kun asiakkaalla olisi mahdollisimman suuri luottamus sosiaalityöntekijöihin ja viiranomaisiin ylipäättään, voisi hän olla sekä suostuvaisempi uusiin palveluihin, joita kohtaan on aiemmin ollut epäileväinen, että motivoituneempi sitoutumaan niihin pitkäaikaisesti.

” – – sitten ku se luottamus tähän hoitoon ja palvelutahoon lisääntyy, niin sitten ollaan valmiita, – – ne toiveet ikään ku, no ne muuttuu. Että se, no vaikka niitten rahojen osalta, nii sitte halutaanki yhtäkkiä, että välitystili onki ihan kiva, ku sillä

tulee sähköt ja vuokrat maksettua ja pystyy asuun tietys paikassa eikä tuu häätöjä eikä ongelmia siitä – –” (H1)

”Niinku luottamuksellinen suhde voi olla niinku ihan älyttömän hieno alku semmoselle elämänmuutokselle mutta se vaatii aikaa.” (H4)

Luottamus sosiaalihuollon ja asiakkaan välillä voisi olla riskienhallinnallisesta näkökulmasta tehokasta. Vaikka luottamus ei ole varsinainen riskienhallintakeino sosiaalihuollon palveluiden joukossa, voisi sen suurin hyöty olla porttina muiden palveluiden pariin. Kolmesta nousseesta teemasta luottamus on abstraktein, ja sen rakentuminen on hyvin yksilöllistä. Koska luottamuksen syntyminen riippuu vahvasti yksittäisen asiakkaan ja häntä palvelevan sosiaalityöntekijän välisestä kanssakäymisestä ja suhteesta, on sitä varten vaikea myöskään koota selkeää toimintaohjetta. Lisäksi aika, jonka luottamuksen muodostaminen vaatii, on ennalta määrittelemätön. Riskienhallintakeinona luottamusta voitaisiin sosiaalihuollossa lähestyä lähinnä siitä näkökulmasta, mitä sosiaalityöntekijä voisi kohtauksessa asiakkaan kanssa tehdä, jotta asiakkaan luottamus häneen ja sosiaalihuoltoon yleisesti vahvistuisi. Luottamukseen vaikuttanee myös palveluun pääsyn jonotusajat ja muut asiat, joihin voitaisiin vaikuttaa käytännössä vain lisäämällä resursseja.

Haastattelujen perusteella suurin osa huumeiden ongelmakäyttäjille suunnatuista riskienhallintakeinoista noudattavat joko riskejä ehkäisevää tai lieventävää strategiaa. Haastatteluissa tuli kuitenkin ilmi myös tarve sopeutumisstrategiaa noudattaville riskienhallintakeinoille. Nykyisistä palveluista esimerkiksi rahalliset etuudet voidaan nähdä riskin toteutumiseen sopeutuvina keinoina, mutta varsinaisia päihdepalveluita kuvaavat paremmin riskien ehkäisy ja lieventäminen. Erityisesti yksi haastatteluista nosti esiin puutteen palveluille, joiden saannin vaatimuksena ei olisi tavoite raitistumisesta. Tällaisia palveluita tarvitsisivat varsinkin erityisen heikossa asemassa olevat käyttäjät.

” – – mä oon huolissani etenki niistä kaikista heikoimmassa asemassa olevista, joilla sit ei oo taas niinku lähtökohtaisesti kyky sitoutua palveluihin tai jotka tarvitse niinku tukea siinä sitoutumisessa paljon enemmän, kun sitte kykenee antamaan. Ja just nää ihmiset tarttis mun mielestä kaikist eniten semmosta tuttua ja turvallista, niinku aikuista ihmistä, joka sit niinku kattoo perään. – – Et niinku ne palvelut on, mmm, kuitenkin osittain suunniteltu sillai parempikuntosille ihmisille, joilla on ainaki jonkin verta elämänhallintataitoja, kun sitte kaikilla asiakkailla ei niitä sitte oo, niinku niin paljon, että pystyis ensinnäki pyrkiin palveluun tai sitte niinku sitoutuun siihe. – – et niinku oikeesti meidän pitäis myöntää, et kaikki ei raitistu, ja semmonen niinku raittiuteen pyrkiminen ei pitäis olla palvelun edellytys, vaan että siitä huolimatta, että ihminen käyttää aktiivisesti päihteitä niin, et hän sais tarvitsemaansa tukea ja niinkun häntä myös sitte niinkun, et hän ois yhtä lailla arvokas ihminen, niinku saman vertainen semmosen kanssa, joka sitten taas on motivoitunu tällä hetkellä siihen niinku raittiusajatuksen.” (H4)

Erityisen heikossa asemassa olevien huumeiden ongelmakäyttäjille sopivimmat palvelut olisivat luultavimmin matalan kynnyksen palveluita. Siinä missä matalan kynnyksen palvelut voidaan nähdä suurempia riskejä ehkäisevinä palveluina, voisivat ne toimia myös sopeutumisstrategian näkökulmasta. Jo aiemmin esiin otetun matalan kynnyksen kohtaamispaikan kaltaiset paikat voisivat auttaa ihmisiä pääsemään kiinni jonkinlaiseen elämänhallintaan, kun olisi paikka, jossa voisi käydä esimerkiksi peseytymässä tai kahvilla ilman pelkoa tuomitsemisesta. Kontakti turvalliseen aikuiseen voisi säilyä, kun asiakas tietäisi, mistä sellaisen löytää, mutta pakkoa ilmoittautumiselle, raitistumiseen pyrkimiselle tai muulle jatkuvalla sitoutumiselle ei olisi. Ensimmäinen hyöty heikossa asemassa oleville suunnatuissa matalan kynnyksen palveluissa olisi luultavasti niiden tarjoama sosiaalinen turva. Parhaimmillaan kyseiset palvelut voisivat kuitenkin toteuttaa myös riskejä lieventävää ja jopa ehkäisevää strategiaa, kun esimerkiksi käyttäjät voisivat saada uusia sosiaalisia kontakteja tai oppia arkielämän taitoja sekä saada tietoa esimerkiksi heille mahdollisista sosiaalietuuksista ja palveluista. Ideaalitilanteessa asiakkaan luottamus järjestelmään kasvaisi ajan myötä ja hän löytäisi motivaation raitistumiseen, vaikka sitä ei olisi häneltä vaadittu. Sosiaalihuollossa tulisi kuitenkin tunnistaa, että myös huumeasiakkaat, jotka eivät ikinä raitistu, tarvitsevat palveluita.

4.4 Haastattelujen tulosten yhteenveto

Yhteenvetona haastatteluista voidaan todeta, että vaikka huumeaineiden ongelmakäyttäjien kohtaamia sosiaalisia riskejä hallitaan sosiaalihuollossa, ei sitä varten ole toteutettu varsinaista riskienhallintasuunnitelmaa tai toimintaohjeita. Haastatteluista kuitenkin voitiin tunnistaa kaikki sosiaalisten riskienhallinnan vaiheet jossakin muodossa.

Riskienhallinnan käytännön toteutus sijoittui sosiaalihuollon asiakkuudessa vaiheisiin, joissa asiakkaalle tehdään palvelutarpeen arviointi sekä päätös hänen saamistaan palveluista. Haastatteluiden perusteella voitiin kuitenkin tunnistaa neljä osa-aluetta, joiden välille riskienhallinnan vaiheet sijoittuvat. Osa-alueet, jotka ovat yhteistyö, asiakaskontakti, kontaktin jälkityö ja päätös palveluista, eivät kuitenkaan ole selkeässä prosessimuotoisessa suhteessa keskenään, vaan riskienhallintaa voidaan toteuttaa samanaikaisesti usealla osa-alueella.

Sosiaalihuollon päihdetyö riskienhallinnan toiminta-alueena asettaa riskienhallinnalle tavoitteita, joista haastatteluissa nousi ensisijaisena huumeiden käytön vähentäminen tai lopettaminen. Lisäksi lainsäädäntö asettaa sosiaalihuollon toiminnalle yleisesti tavoitteita.

Riskien arviointi, eli niiden tunnistaminen, analysointi ja niiden todennäköisyyksien ja seurausten arviointi sijoittuu osa-alueissa yhteistyön, asiakaskontaktin ja kontaktin jälkityön alueille. Uusien riskien tunnistamisessa tärkeässä osassa on suoraan asiakkaalta saatava tieto, mutta ilmiötasolla uusia

riskejä tunnistetaan myös yhteistyössä sosiaalihuollon ulkopuolisten tahojen, kuten esimerkiksi koulujen, poliisin ja terveydenhuollon, kanssa. Riskien analysointi sekä niiden todennäköisyyksien seuranta ja arviointi tapahtuu sekä suorassa asiakaskohtaamisessa että sen jälkityönä. Näissä vaiheissa korostuu sosiaalihuollon työntekijän osaaminen kysyä asiakkaalta oikeita kysymyksiä ja luoda asiakkaalle ilmapiiri, jossa hänen on mahdollisimman helppo kertoa tilanteestaan. Asiakkaan elämäntilanteen ja historian perusteella sosiaalihuollossa voidaan analysoida asiakasta yksilönä koskevat riskit ja arvioida, kuinka todennäköisiä ne ovat. Haastatteluissa nousi myös esiin riskeistä keskusteleminen asiakkaan kanssa niiden toteutumisen seurausten kautta. Asiakaskontaktin perusteella asiakkaan kohtaamia riskejä voidaan vielä analysoida ryhmätyönä kollegoiden kanssa tai esimerkiksi konsultoida ulkopuolisia asiantuntijoita.

Riskienhallintamenetelmien valinta sijoittuu kaikille neljälle osa-alueelle, koska se on olennainen osa henkilön asiakkuutta aina sen alusta palvelun saamiseen asti. Haastatteluissa ilmeni, että on tärkeää riskienhallinnan onnistumisen kannalta, että erilaisista keinoista hallita riskejä keskustellaan asiakkaan kanssa, ja lopulta päädytään ratkaisuun, johon hän kokee pystyvänsä sitoutumaan. Kun asiakas hakeutuu sosiaalihuollon asiakkaaksi, on hänellä usein jo valmiiksi kuva siitä, millaista palvelua hän haluaa, koska palvelun saaminen on usein syynä yhteydenotolle. Asiakkaalle sopivimpien palveluiden kartoittamisessa voidaan kuitenkin hyödyntää myös muiden ammattilaisten ja palveluntarjoajien tietotaitoa, jotta myönnetty palvelu vastaisi mahdollisimman hyvin asiakkaan tarpeisiin. Vaikka lopullinen päätös hallintamenetelmästä tehdään, kun asiakas saa päätöksen hänelle myönnetystä palvelusta, on menetelmän valinta siis kuitenkin pidempi prosessi, johon osallistuu mahdollisesti monta eri tahoa.

Tärkeä osa riskienhallintaa on yleisesti myös sen toteutumisen seuranta ja arviointi, mutta haastatteluiden perusteella voidaan todeta, että sosiaalihuollossa aktiivinen seuranta ei ole aina mahdollista. Mikäli asiakas palaa tapaamaan sosiaalihuollon työntekijöitä esimerkiksi tietyn hoito- tai asumisjakson jälkeen, arvioidaan hänen tilanteensa ja tarpeensa uudestaan ja hänelle mietitään mahdollisia jatkopalveluita. Aina asiakkaat eivät kuitenkaan palaa, vaan jatkavat elämäänsä tietyn palvelun tai sosiaalietuuden saamisen jälkeen, eikä kontakti sosiaalihuoltoon säily. Tällaisessa tapauksessa riskienhallinnan seuranta ei myöskään voida toteuttaa.

Jos haastatellut sosiaalihuollon työntekijät saisivat päättää, miten huumausaineiden ongelmakäyttäjien kohtaamien sosiaalisten riskien hallintaa kehitettäisiin, kehittäisivät he sosiaalihuollon tarjoamia palveluita riskienhallintakeinoina. Erityisesti kehityskohteina koettiin matalan kynnyksen palvelut, palveluvalikon joustavuus ja monipuolisuus sekä asiakkaan luottamus sosiaalihuoltoon.

Matalan kynnyksen palveluissa puutetta koettiin muun muassa kohtaamispaikoista, joihin osallistumiseen ei tarvittaisi virallista sosiaalihuollon päätöstä. Kyseiset kohtaamispaikat voisivat toimia turvallisena paikkana, josta käyttäjät saisivat tietoa heille mahdollisista palveluista ja vastauksia kysymyksiin ilman pelkoa tuomitsemisesta, mutta myöskin vertaistukea muilta päihdehuollon asiakkailta. Parhaimmillaan matalan kynnyksen kohtaamispaikat voisivat toimia ensiaskeleena virallisempiin päihdehuollon palveluihin sekä erityisesti tiedonvälitysnäkökulmasta ehkäistä joidenkin riskien toteutumista. Lisäksi haastatteluissa koettiin tärkeäksi nykyisten palveluiden kynnyksen madaltaminen, jolloin sosiaalihuollon parempi saavutettavuus voisi johtaa yhä useampien asiakkaiden kohtaamien sosiaalisten riskien hallintaan.

Toinen selkeä käytännön riskienhallintaan vaikuttava asia, johon haastatellut henkilöt toivoivat kehitystä, oli palveluiden joustaminen ja monipuolisuus. Haastatteluissa koettiin, että mikäli tarjottavat palvelut olisivat nykyistä joustavampia ja yksilöitävämpiä, voisivat ne paremmin vastata asiakkaan tarpeeseen. Tarpeelliseksi koettiin myös nykyiseen palveluvalikkoon verrattuna monipuolisempia vaihtoehtoja, jotka jälleen vastaisivat paremmin tiettyjen päihdehuollon asiakasryhmien, kuten esimerkiksi nuorten tai ikäihmisten, tarpeisiin. Mitä tarkemmin palvelut osuvat juuri kyseisen asiakkaan tarpeeseen, sitä tehokkaammin myös riskien hallitseminen voisi toteutua.

Kolmanneksi tärkeäksi riskienhallintakeinojen kehityskohteeksi haastatteluissa nousi esiin asiakkaan luottamus sosiaalihuoltoon. Mikäli sosiaalihuollossa tietoisesti ja laajasti luotaisiin turvallisuuden tunnetta asiakkaalle, voisi hänelle helpommin syntyä luottavainen suhde sosiaalihuollon työntekijöihin. Asiakkaan hyvästä luottamuksesta sosiaalihuoltoon voisi olla hyötyä erityisesti palveluihin sitoutumisen ja motivoitumisen kannalta. Luottamukseen voivat vaikuttaa kuitenkin myös sosiaalityöntekijän tapaamisten ulkopuoliset asiat, kuten päätösten saamisen nopeus ja palveluihin pääsemisen jonotilanteet.

Haastatteluista ilmeni, että valtaosa sosiaalihuollon huumeasiakkaille tarjoamista palveluista keskittyvät riskien ehkäisemiseen ja lieventämiseen, vaikka myös riskeihin sopeutuville palveluille olisi tarvetta. Esimerkiksi huumeaineiden aktiiviseen käytön riskiin sopeutuvia palveluita tarvitsisivat erityisesti kaikista heikoimmassa asemassa olevat käyttäjät, joilla ei ole tarvittavia voimavaroja raijautumiseen. Sopivia palveluita voisivat olla esimerkiksi matalan kynnyksen palvelut, jotka ensisijaisesti tarjoaisivat asiakkaalle turvallisen kontaktin aikuiseen ihmiseen.

5 JOHTOPÄÄTÖKSET

5.1 Tutkimuskysymyksiin vastaaminen

Tutkielman ensimmäisen tutkimuskysymys on ” Miten huumausaineiden ongelmakäyttäjien kohtaamia sosiaalisia riskejä hallitaan sosiaalihuollossa?”. Kuten luvussa 2.3 todetaan, henkilöt, joilla on huume- tai muu päihdeongelma, ovat Sosiaalihuoltolain (1:3,3 §) näkökulmasta erityistä tukea tarvitsevia henkilöitä. Tämä tarkoittaa, että erityistä tukea tarvitsevalla henkilöllä voi olla yhden tai useamman kohtamaansa ongelman vuoksi vaikeuksia hakeutua tai saada sosiaali- ja terveystalvuita. Kunnallisten viranomaisten tulee seurata ja edistää erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden hyvinvointia sekä poistaa ja ehkäistä epäkohtia heidän elämässään. Tämä voidaan tulkita myös niin, että viranomaisten tulisi hallita erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden kohtaamia riskejä, koska henkilöillä itsellään ei ole välttämättä siihen mahdollisuuksia.

Tutkielman oletus siitä, että huumausaineiden ongelmakäyttäjien kohtaamia sosiaalisia riskejä hallitaan sosiaalihuollossa, vaikka se ei olisi tietoista ja järjestelmällistä, osoittautui todeksi empiirisen aineiston perusteella. Aineistosta voitiin siis havaita kaikki sosiaalisten riskien hallinnan vaiheet, vaikka sosiaalihuollolla ei ole yhteistä riskienhallintasuunnitelmaa tai toimintaohjeita riskienhallinnan toteuttamista varten. Koska yhteisiä ohjeita ei ole, perustuu sosiaalisten riskien hallinta lähinnä sosiaalihuollon työntekijöiden ammatilliseen osaamiseen ja näkemykseen.

Empiirisen aineiston mukaan sosiaalihuollon huumeasiakkaiden kohtaamia sosiaalisia riskejä hallitaan neljällä eri osa-alueella: yhteistyössä muiden viranomaisten kanssa, suorassa asiakaskontaktissa, asiakaskontaktin jälkityössä sekä päätöksessä asiakkaalle myönnettävistä palveluista. Sosiaalisten riskien hallinnalle ei voitu kuitenkaan havaita tiettyä järjestyksessä etenevää prosessia, vaan riskienhallinta voi edetä usealla osa-alueella samanaikaisesti. Uusien riskien tunnistaminen tapahtuu erityisesti ilmiötasolla yhteistyössä muiden viranomaisten kanssa mutta myös asiakaskontaktilla on suuri rooli uuden tiedon saamisessa. Riskien analysointi sekä riskien todennäköisyyksien ja seurausten arviointi tapahtuvat suoran asiakaskontaktin aikana ja asiakaskontaktin jälkityössä. Riskien analysointia tapahtuu asiakasta tapaavan sosiaalityöntekijän toimesta samalla, kun asiakas kertoo tilanteestaan, mutta myös ryhmätyö jälkityönä on usein tarpeen. Riskien todennäköisyyksiä tai vakavuutta ei arvioida laskennallisesti, vaan arvio koostuu sosiaalityöntekijän ammatillisesta näkemyksestä. Todennäköisyyksien ja seurausten arvioinnissa pyritään aineiston mukaan olemaan mieluummin ylivarovaisia, ja mahdollisista seurauksista keskustellaan myös asiakkaan kanssa. Riskienhallintamenetelmän valinta sijoittuu kaikkien neljän osa-alueen mitalle. Riskienhallinnan keinoja ovat lähinnä

sosiaalihuollon palvelut ja etuudet. Keinoja hallita asiakkaan kohtaamia riskejä aletaan pohtimaan heti ensitapaamisessa mutta lopullinen valinta tehdään vasta, kun asiakkaalle myönnetään palveluita. Huumeasiakkaiden riskienhallintamenetelmiä ovat lähinnä sosiaalihuollon palvelut ja etuudet. Riskienhallinnalle tärkeä osa, seuranta, ei kuitenkaan aina toteudu sosiaalihuollossa. Sosiaalihuoltoon palaavien asiakkaiden tilannetta arvioidaan jatkuvasti uudelleen, ja heidän kohdallaan seuranta toteutuu. Sosiaalihuollolla on kuitenkin myös lyhytaikaisempia asiakkaita, jotka eivät palvelun saamisen jälkeen enää palaa aktiiviseksi asiakkaaksi, jolloin riskienhallinnan onnistumista ei voida myöskään seurata.

Tutkielman toinen tutkimuskysymys on: ”Miten sosiaalihuollon päihdetyön ammattilaiset kehittäisivät keinoja, joilla hallitaan huumeiden ongelmakäyttäjien kohtaamia sosiaalisia riskejä?”. Luvussa 3.1 käsiteltiin jo tunnettuja huumeusaineiden ongelmakäyttäjien kohtaamia sosiaalisia riskejä. Empiirisen aineiston perusteella sosiaalihuollon nykyään tarjoamille keinoille hallita näitä huumeasiakkaiden kohtaamia sosiaalisia riskejä, on tarvetta jatkossakin. Päihdetyön ammattilaiset kuitenkin kehittäisivät keinovalikoimaa lisäämällä matalan kynnyksen palveluita, päivittämällä palveluvalikkoa ja panostamalla asiakkaan luottamukseen sosiaalihuoltoon.

Puutetta koettiin matalan kynnyksen kohtaamispaikoista, joiden toimintaan osallistumiseen ei tarvittaisi virallista sosiaalihuollon päätöstä tai erityistä sitoutumista. Lisäksi nykyisten palveluiden saavutettavuutta tulisi lisätä ja niihin hakeutumisen kynnystä madaltaa esimerkiksi helpottamalla asiakkaan yhteydenottoa. Nykyistä palveluvalikkoa puolestaan pitäisi kehittää vastaamaan nykyajan tarpeita. Tämä tarkoittaisi palveluvalikon monipuolistamista, jotta palvelut vastaisivat paremmin eri asiakasryhmien tarpeita. Myös palveluiden joustavuutta tulisi kehittää niin, että asiakkaille pystyttäisiin tarjoamaan mahdollisimman yksilöllisiä ratkaisuja hänen tarpeisiinsa. Asiakkaiden luottamus sosiaalihuoltoon koettiin myös kehityskohteena, sillä luottamuksella koettiin olevan suuri rooli asiakkaan motivaatiossa ja sitoutumisessa palveluihin. Empirian esille tuomat kehitysehdotukset eivät suoraan ole uusia keinoja hallita riskejä, vaan ovat pikemminkin työkaluja, joilla voitaisiin edistää riskienhallinnan onnistumista kokonaisuutena.

5.2 Tutkimuksen tulosten merkityksen pohdinta

Tutkimuksen alkuasetelmassa oli oletamus, että sosiaalihuollon päihdetyössä harjoitetaan riskienhallintaa, vaikka riskienhallinta ei olisikaan järjestelmällistä. Tämä oletamus osoittautui tutkimuksessa oikeaksi, joten suuria yllätyksiä saadut tulokset eivät tarjonneet. Haastatteluiden perusteella voidaan todeta, että sosiaalihuollon päihdetyössä harjoitetaan riskienhallintaa, ja kaikki riskienhallinnan vaiheet löytyivät, vaikka niitä ei toteutetakaan tietyssä järjestyksessä. Koska riskienhallinnan

vaiheet ovat olemassa myös tässä toimintaympäristössä, on virallisemmän riskienhallintastrategian kehittäminen ja koko sosiaalihuollon päihdetyön laajuisten toimintaohjeiden luominen mahdollista ja yksikertaisempaa, kuin se olisi tilanteessa, jossa osaa tai kaikkia elementtejä ei olisi havaittu.

Virallisen sosiaalisten riskien hallintastrategian laatimisen kannalta on tarpeellista tuntea myös nykyiseen toimintatapaan liittyviä puutteita tai kehityskohteita. Tämän tutkimuksen tuloksena esitellyt haastateltujen ammattilaisten näkemykset siitä, miten he huumeiden ongelmakäyttäjien kohtaamien sosiaalisten riskien hallintaa kehittäisivät, tarjoavat lisää pohjaa tulevaisuudessa mahdollisesti tapahtuvaa varsinaista kehitystyötä varten.

Tämän tutkimuksen tuloksista huomattava asia kuitenkin on, että tutkimus ei tarjoa valmiita toimiviksi todettuja ratkaisuja sosiaalisten riskien hallinnan kehitykseen. Fiskaalisesti tehokas riskienhallintastrategia tarvitsee esimerkkejä ja laskelmia eri riskienhallinnan keinojen kuluista ja tuomista hyödyistä, joita tämä tutkielma ei tarjoa. Vaikka taloudellistakin tietoa tarvitaan toimivan riskienhallintamallin kehittämiseen, oleellista on, että tämän tutkielman toimintaympäristönä on sosiaalihuolto. Sosiaalihuollon toimintaa ja näin ollen myös riskienhallintaa ohjailee määrärahojen lisäksi myös hyvinvointiyhteiskunnan asettamat vaateet hyvinvoinnin edistämisestä ja turvaamisesta. Tässä tapauksessa riskienhallintaa ei voida perustaa vain taloudellisella mittarilla tehokkaimpiin riskienhallinnan keinoihin, vaan merkittävä painoarvo on myös asiakkaan ihmisarvon ja hyvinvoinnin näkökulmasta onnistuneella sosiaalisten riskien hallinnalla.

5.3 Tutkimuksen arviointi

Tutkimuksen aihe rajauksineen on perusteltu, koska huumausaineiden käyttö ilmiönä on kokoajan laajempi Suomessa ja maailmalla. Lisäksi huumausaineiden käytöstä johtuvat ongelmat ja niiden ratkaiseminen ovat olleet ajankohtaisia aiheita yhteiskunnallisessa keskustelussa. Kandidaatintutkielman laajuuden vuoksi tutkimuksessa ei voitu tutkia ilmiötä koko laajuudessaan, joten päädyttiin rajaukseen sosiaalihuollosta, jonka piiriin kuntien järjestämät päihdepalvelut kuuluvat. Tutkielman riskienhallinnallinen näkökulma on perusteltu, koska päihdepalveluita tuotetaan julkisilla varoilla, ja näin ollen myös riskienhallintaa tulisi toteuttaa mahdollisimman tehokkaasti. Jotta riskienhallintaa voitaisiin jatkossa kehittää tehokkaammaksi ja toimivammaksi, tulee ensin tutkia, mikä on riskienhallinnan nykytila.

Tutkielman teorettisessa osuudessa aineistona käytettiin tieteellisesti tunnustettua tutkimustietoa, jota voidaan pitää pätevänä ja luotettavana. Empiirinen aineisto koostui neljästä haastattelusta. Tutkimuksen tulokset kuvaavat juuri näiden neljän henkilön kokemuksia sosiaalihuollon huumeasiakkaiden sosiaalisten riskien hallinnasta. Haastatellut henkilöt olivat päihdetyön ammattilaisia, minkä

perusteella tutkimustulokset voidaan todeta päteviksi. On kuitenkin huomattava, että haastatellut henkilöt eivät olleet sosiaalisten riskien hallinnan asiantuntijoita, jolloin kysymyksiin on vastattu enemmän heidän käytännön työnsä näkökulmasta, kuin riskienhallinnallisesta näkökulmasta. Puolistrukturoitu haastattelu ja haastattelun aikana esitetyt lisäkysymykset ja käydyt keskustelut korostavat tutkijan roolia tutkimuksessa.

Haastateltavien henkilöiden työnantajien välillä voidaan havaita epätasapainoa, koska kolme neljästä haastatellusta työskentelee Tampereen kaupungille. On mahdollista, että kyseinen epätasapaino vääristää tuloksia, ja ne olisivat voineet olla erilaisia, mikäli haastatteluja olisi saatu useammasta kunnasta tai kaupungista. Lisäksi tutkimukseen osallistuneet kaupungit ovat hyvin eri kokoisia, mikä voi osaltaan vaikuttaa tutkimustuloksiin, koska eri kokoisilla paikkakunnilla voi olla hyvin erilaisia haasteita. Tämän tutkimuksen haastatteluissa ei kaupunkien välillä kuitenkaan havaittu tutkimuskysymysten kannalta merkittäviä eroavaisuuksia vastauksissa. Myös haastateltujen henkilöiden joukko oli melko pieni, joten tutkimuksen tulokset eivät välttämättä ole toistettavissa. Mikäli haastateltavia henkilöitä olisi ollut enemmän, voisi tuloksia pitää toistettavampina. Toisaalta tutkielma on tyypiltään case-tutkimus, jolloin lähtökohtaisestikaan tuloksia ei voida yksiselitteisesti yleistää koko Suomen sosiaalihuollon laajuudelle.

Kokonaisuudessaan tutkimusta voidaan pitää onnistuneena, koska sen tavoitteet voitiin täyttää tutkimuskysymyksiin vastaamalla. Tutkimuksen teoria ja empiria tukevat toisiaan ja ne yhdessä mahdollistavat tutkimuskysymyksiin vastaamisen. Näin ollen voidaan todeta, että myös tutkimuksen menetelmät ovat perusteltuja.

5.4 Jatkotutkimusmahdollisuudet

Tutkielmassa kartoitettiin huumausaineiden ongelmakäyttäjien kohtaamien sosiaalisten riskien hallintaa sosiaalihuollossa. Tämä tutkielma toteutettiin tapaustutkimuksena Pirkanmaan hyvinvointialueen sosiaalihuollosta, jota ei voida yleistää koko Suomeen. Laajempi tutkimus huumausaineiden ongelmakäyttäjien kohtaamien sosiaalisten riskien hallinnasta mahdollistaisi kattavamman kuvan aiheesta esimerkiksi koko Suomen tasolla. Tämän tutkielman jatkotutkimuksena voitaisiin myös kehittää sosiaalihuollolle tiedostavampaa riskienhallintastrategiaa huumausaineiden ongelmakäyttäjien kohtaamia sosiaalisia riskejä varten. Tiedostavampi ja koottu yhteinen riskienhallintasuunnitelma voisi mahdollistaa asiakkaille yhdenvertaisempaa palvelua, joka ei olisi riippuvainen yksittäisen sosiaalityöntekijän osaamisesta, mutta myös riskien tehokkaampaa hallintaa. Tässä tutkielmassa tutkittiin sosiaalihuollon asiantuntijoiden ajatuksia riskienhallinnan kehitystä varten. Ammattilaisten näkemysten lisäksi lisäarvoa sosiaalihuollossa tapahtuvan riskienhallinnan kehitykselle voisi tuoda

myös käytännön asiakastapauksissa tapahtuneen riskienhallinnan toteutumisen tutkimus, jossa tutkimusaineistona käytettäisiin esimerkiksi asiakkaiden palvelukertomuksia.

Tässä tutkielmassa esiin nousseen luottamuksen merkitys päihdehuollossa on myös kiinnostava tutkimuksen aihe. Luottamuksen merkitys päihdehuollossa ja sosiaalihuollossa ylittää on mielenkiintoinen tutkimuksen aihe sosiaalitieteiden saralla, mutta luottamusta voitaisiin tutkia myös riskienhallinnallisesta näkökulmasta keskittyen esimerkiksi luottamuksen vaikutukseen sosiaalisten riskien hallinnan onnistumisessa.

Kandidaatintutkielman sivumäärän ollessa rajallinen ei tässä yhteydessä pystytty syventymään muihin huumeiden ongelmakäyttäjien kohtaamiin riskeihin. Huumausaineiden ongelmakäyttäjät kuitenkin kohtaavat myös esimerkiksi laajoja terveydellisiä riskejä ja rikosoikeudellisia riskejä, joiden yhteiskunnallisen hallinnan tutkiminen voisi olla mielekästä.

LÄHDELUETTELO

Kirjallisuuslähteet

- Ellis M.S., Kasper Z.A. & Cicero T.J. (2020) The impact of opioid use disorder on levels of educational attainment: Perceived benefits and consequences. *Drug and Alcohol Dependence*, 206, 107618. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107618> [6.3.2022]
- Eriksson P. & Koistinen K. (2005) *Monenlainen tapaustutkimus*. Kuluttajatutkimuskeskus, Julkaisuja 4:2005. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/152279/Monenlainen_tapaustutkimus.pdf?sequence=1&isAllowed=y [30.7.2022].
- Eskola J. & Suoranta J. (1998) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino.
- Havakka P. (2018). Sosiaaliset riskit – määritelmiä ja merkitys yhteiskunnassa. Julkaisussa Ahteensivu, Koskinen, Kulmala & Havakka (toim.) *Riskienhallinnan ajankohtaisia teemoja* (s. 125–177). Tampere University Press. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/105239/sosiaaliset_riskit_maaritelmiä_ja_merkityst_yhteiskunnassa_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y [24.2.2022].
- Holzmann R. & Jørgensen S. (2001) Social risk management: A new conceptual framework for social protection, and beyond. Julkaisussa *International Tax and Public Finance*, 8, (s. 529–556). Kluwer Academic Publishers. <https://link-springer-com.libproxy.tuni.fi/content/pdf/10.1023/A%3A1011247814590.pdf> [24.2.2022].
- Holma K. (2016) *Ilmoitettu alkoholin kulutus ja alkoholin käyttöön liittyvä riippuvuusriski – Kyselytutkimus alkoholiin liittyvästä riskimielikuvasta Suomessa ja Ruotsissa*. [pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto]. Trepo-julkaisuarkisto. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98754/GRADU-1459340532.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [4.6.2022]
- Karjalainen K. (2010). *Huumerattijuopumus Suomessa 1977–2007: ilmaantuvuus, sosiaalinen tausta ja kuolleisuus* [väitöskirjatutkimus, Tampereen yliopisto]. Yliopistopaino. Trepo-julkaisuarkisto. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66694/978-951-44-8338-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [1.3.2022].
- Karjalainen K., Pekkanen N. & Hakkarainen P. (2020). *Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet – Huumeaineiset väestökyselyt Suomessa 1992–2018*. THL. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139059/URN_ISBN_978-952-343-441-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y [1.3.2022].
- Konttinen H. & Perälä R. (2020). Huumeongelmista kärsivien ihmisten sosiaalinen tilanne ja huono-osaisuuden ehkäisy. Julkaisussa Rönkä & Markkula (toim.) *Huume tilanne Suomessa 2020*. Raportti 13/2020. (s. 92–96). THL. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140710/URN_ISBN_978-952-343-576-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y [4.3.2022].
- Koskinen L. (2018). Riskienhallinta ja tietämyksen tasot. Julkaisussa Ahteensivu, Koskinen, Kulmala & Havakka (toim.) *Riskienhallinnan ajankohtaisia teemoja* (s. 11–28). Tampere University Press. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/103987/riskienhallinta_ja_tietämyksen_tasot_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y [6.9.2022]
- Kulmala J. (2018). Sosiaalisten riskien hallinta – seurausten minimoinnista kokonaisvaltaiseen ymmärrykseen. Julkaisussa Ahteensivu, Koskinen, Kulmala & Havakka (toim.)

Riskienhallinnan ajankohtaisia teemoja (s. 178–219). Tampere University Press. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/105240/sosiaalisten_riskien_hallinta_seurausten_minimoinnista_kokonaisvaltaiseen_ymmarrykseen_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y [24.2.2022].

- Kurkikangas E. (2021). *Siitä ainakin mainitaan syyllistävään sävyyn: Huumeiden käytöstä kertominen ja epäoikeudenmukaisuuden kokemus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa* [pro gradu -tutkielma, Helsingin yliopisto]. Helsingin yliopiston digitaalinen arkisto. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/336909> [3.9.2022].
- Kuussaari K., Karjalainen K. & Niemelä S. (2019) Mental health problems among clients with substance use problems: a nationwide time-trend study. Julkaisussa *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 55:4, 597–516. <https://link-springer-com.libproxy.tuni.fi/content/pdf/10.1007/s00127-019-01753-3.pdf> [1.3.2022].
- Malkamäki M. (2021). *Huumausaineita käyttävien isien kategorisoituminen lastensuojelun avo- huollossa* [pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto]. Trepo-julkaisuarkisto. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/135692/Malkam%c3%a4kiMinttu.pdf?sequence=2&isAllowed=y> [1.3.2022].
- Nutt D.L., King L.A. & Phillips L.D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Julkaisussa *The Lancet* 376:9752 1558–1565. <https://www-sciencedirect-com.libproxy.tuni.fi/science/article/pii/S0140673610614626> [3.9.2022].
- Puusa A. (2020). Haastattelutyypit ja niiden metodiset ominaisuudet. Julkaisussa A. Puusa & P. Juuti (toim.) *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät* (s. 99–112). Gaudeamus.
- Saunders M.N.K., Lewis P. & Thornhill A. (2019). *Research methods for business students – Eight edition*. Pearson Education Limited. (Alkuperäisteos julkaistu 1997).
- Suominen A. (2005). Kokonaisvaltainen riskienhallinta yrityksen suojajärjestelmänä. Julkaisussa H. Kuusela & R. Ollikainen (toim.) *Riskit ja riskienhallinta*. (s. 148–169). Tampere University Press. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/65418/riskit_ja_riskienhallinta_2005.pdf?sequence=1&isAllowed=y [6.9.2022]
- Timonen V. (2003) Uudet sosiaaliset riskit suomalaisessa ja ruotsalaisessa hyvinvointivaltiossa. Julkaisussa V.-M. Ritakallio (toim.) *Riskit, instituutiot ja tulokset. Juhlakirja Olli Kankaan täyttäessä 50 vuotta* (s. 19–42). Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimus nro 59.
- Tuomi j. & Sarajärvi A. (2018) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi – Uudistettu laitos*. Kustannusosakeyhtiö Tammi. (Alkuperäisteos julkaistu 2002).

Verkkolähteet

- Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus (ARA). (2021). *Selvitys 2/2021: Asumattomat 2020*. ARA. [https://www.ara.fi/fi-FI/Tietopankki/Tilastot_ja_selvitykset/Asumattomuus/Asumattomat_2020\(59753\)](https://www.ara.fi/fi-FI/Tietopankki/Tilastot_ja_selvitykset/Asumattomuus/Asumattomat_2020(59753)) [6.3.2022].
- Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus (EMCDDA). (2021). *Euroopan huumeraportti – suuntauksia ja muutoksia*. Euroopan unionin julkaisutoimisto. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_FI_02_.pdf [1.3.2022].
- Irti Huumeista ry. (2022). Läheisryhmät. <https://irtihuumeista.fi/laheisille/laheisryhmat/> [7.9.2022]

- Karhu, O. (31.1.2022). Huumeisiin kuolee Suomessa keskimäärin 10 vuotta nuorempana kuin Euroopassa – näin THL yrittää katkaista huumekuolemien kasvavan trendin. *YLE Uutiset*. <https://yle.fi/uutiset/3-12294226> [23.8.2022]
- NA – Nimettömät Narkomaanit. (2022). *Kokoukset*. <https://www.nasuomi.org/kokoukset/> [7.9.2022]
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (2022a). *Sosiaalipalvelut*. <https://stm.fi/sosiaalipalvelut> [9.3.2022].
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (2022b). *Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut*. <https://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vastuut> [15.6.2022].
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (2022c). *Päihdepalvelut*. <https://stm.fi/paihdepalvelut> [9.3.2022].
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (2022d). *Syrjäytymisen ja köyhyyden ehkäiseminen*. <https://stm.fi/syrjaytymisen-ja-koyhyden-ehkaisy> [6.4.2022].
- Sote-uudistus. (2022a). *Uudistus lyhyesti*. <https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti-> [15.6.2022].
- Sote-uudistus. (2022b). *Hyvinvointialueet*. <https://soteuudistus.fi/hyvinvointialueet-> [15.6.2022].
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (21.5.2021a). *Sosiaaliturvan menot ja rahoitus 2019. Tilastoraportti 14/2021*. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142577/TR14_2021_.pdf?sequence=8&isAllowed=y [8.3.2022].
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (17.11.2021b). *Hyvinvointi- ja terveyserot: Keskeisiä käsitteitä – Syrjäytyminen*. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/keskeisia-kasitteita> [6.4.2022]
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (21.5.2022a). *Sosiaaliturvan menot ja rahoitus 2020. Tilastoraportti 15/2022*. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144358/TR_15_2022_.pdf?sequence=1&isAllowed=y [8.9.2022]
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (10.2.2022b). *Jätevesitutkimus: väestötason huumeiden käyttö*. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/jatevesitutkimus> [1.3.2022].
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (25.1.2022c). *Päihdehuollon huumeasiakkaat 2020. Tilastoraportti 2/2022*. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143748/Tr02_22.pdf?sequence=1&isAllowed=y [24.3.2022].
- Tilastokeskus. (2021a). *Työvoimatutkimus*. Tilastokeskus. https://www.tilastokeskus.fi/til/tyti/2020/13/tyti_2020_13_2021-03-04_fi.pdf [6.3.2022].
- Tilastokeskus. (2021b). *Väestön koulutus rakenne 2020*. Tilastokeskus. https://www.stat.fi/til/vkour/2020/vkour_2020_2021-11-03_fi.pdf [6.3.2022].
- Y-säätiö. (2017). *A Home of Your Own – Housing First and ending homelessness in Finland*. Y-säätiö. https://ysaatio.fi/assets/files/2018/01/A_Home_of_Your_Own_lowres_spreads.pdf [6.3.2022].

Oikeudelliset lähteet

- Huumausainelaki 30.5.2008/373. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2008/20080373#a23.11.2018-934> [24.2.2022].

- Huumausaineyleissopimus (1961). Tasavallan presidentti saattanut voimaan 5.8.1965. Suomen asetuskokoelman n:o 43/1965. <https://www.eduskunta.fi/pdf/sopimukset/SopS%2043-1965.pdf> [24.2.2022].
- Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 24.4.2015/523. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150523> [9.3.2022]
- Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 23.6.1977/519. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1977/19770519#P1> [8.3.2022].
- Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 3.4.1987/380. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380> [8.3.2022].
- Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041> [9.3.2022]
- Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L2P7> [8.3.2022].
- Yleissopimus psykotrooppisista aineista (1971). Tasavallan presidentti saattanut voimaan 16.8.1976. Suomen asetuskokoelman n:o 60/1976. <https://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1976/19760060> [24.2.2022].

LIITTEET

Haastattelukysymykset

Tutkielman aiheena on huumausaineiden ongelmakäyttäjien kohtaamien sosiaalisten riskien hallinta sosiaali-
huollon näkökulmasta.

Tässä tutkielmassa tutkitaan huumeiden ongelmakäyttäjien kohtaamien sosiaalisten riskien hallintaa sosiaali-
huollossa. Sosiaalisella riskillä tarkoitetaan yleisesti ihmisen elinkaareen tai terveyteen liittyvää riskiä, joka vai-
kuttaa negatiivisesti yksilön toimeentuloon. Sosiaaliset riskit voivat toteutua kenelle tahansa ja toteutuessaan
niistä koituu yhteiskunnalle kustannuksia esimerkiksi tulonsiirtojen ja terveydenhuoltokulujen muodossa. (Ha-
vakka, 2018, 124–125.) Tutkielman laajuuden vuoksi tässä tutkielmassa keskitytään erityisesti huumausaineiden
ongelmakäyttäjien kohtaamiin sosioekonomisiin riskeihin, esimerkiksi työttömyyteen, syrjäytymiseen ja muihin
vastaaviin, terveydellisten riskien sijaan.

1. Mikä on työtoimenkuvasi ja kuinka kauan olet työskennellyt päihdehuollon parissa?
2. Kuinka asiakkaan hoidon tarve arvioidaan, kun hän hakeutuu ensimmäistä kertaa avun piiriin?
 - a. Mitä asioita asiakkaalta kysytään?
 - b. Mitä asiakkaan käyttäytymisessä otetaan huomioon?
3. Miten päätös asiakkaan hoitosuunnitelmasta ja sen etenemisestä syntyy?
 - a. Miten asiakkaan kohtaamat riskit otetaan tässä huomioon?
4. Millainen on sosiaalihuollon riskinottohalu ja riskinsietokyky huumeiden ongelmakäyttäjiä koskevissa riskeissä?
5. Kuinka sosiaalihuollossa tunnistetaan uusia huumausaineiden ongelmakäyttäjiä koskevia riskejä? (ris-
kien ominaisuudet, alkuperä, kohdentuminen)
6. Kuinka sosiaalihuollossa arvioidaan huumeiden ongelmakäyttäjiä koskevien riskien todennäköisyyttä ja
seurauksia?
7. Miten sosiaalihuollossa päädytään tiettyyn riskienhallintakeinoon/ keinoon ehkäistä tai hoitaa asiakkaan
ongelmaa?
8. Kuinka huumeiden ongelmakäyttäjän motivaatio ja sen vaihtelevuus otetaan huomioon sosiaalihuol-
lossa?

9. Minkälaista apua huumeiden ongelmakäyttäjät itse haluavat yhteiskunnalta/sosiaalihuollolta?
10. Millä tavoin sosiaalihuollon tarjoamat palvelut ja huumeiden ongelmakäyttäjien tarpeet kohtaavat?
11. Milloin koet onnistuneesi huumeiden ongelmakäyttäjän auttamisessa?

Lähde viittaukseen:

Havakka P. (2018). *Sosiaaliset riskit – määritelmiä ja merkitys yhteiskunnassa*. Julkaisussa Ahteen-sivu, Koskinen, Kulmala & Havakka (toim.) Riskienhallinnan ajankohtaisia teemoja (s. 125–177). Tampere University Press. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/105239/sosiaaliset_riskit_maaritelmia_ja_merkityst_yhteiskunnassa_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y [11.4.2022].