

Milla Sinisalmi-Suppula

# **PÄIHDEKUNTOUTUSPROSESSIT HYVINVOINTIALUEILLA**

Universalismin haasteet ja mahdollisuudet  
päihdepalveluissa sosiaalihuollon näkökulmasta

# TIIVISTELMÄ

Milla Sinisalmi-Suppula: Päihdekuntoutusprosessit hyvinvointialueilla  
Pro gradu -tutkielma  
Tampereen yliopisto  
Yhteiskuntatutkimuksen tutkinto-ohjelma  
Huhtikuu 2024

---

Suomessa huumeiden kokeilu ja käyttö ovat yleistyneen 1990-luvulta lähtien. On kuitenkin arvioitu, että vain kolmasosa päihdepalveluita tarvitsevista ihmisistä pääsee palvelujen piiriin. Tämä on huomattava haaste kansanterveyden- ja talouden näkökulmista. Tarkoituksenmukaisen ja tehokkaan päihdehuollon perustana tulisi olla lainsäädäntö, jonka tulkitseminen sekä soveltaminen olisi yksinkertaista niin hyvinvointialueille kuin myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille.

Vuoden 2023 alusta vastuu päihdepalvelujen tuottamisesta siirtyi kunnilta hyvinvointialueille sote-uudistuksen myötä. Hyvinvointialueet voivat pitkälti itse päättää siitä, miten alueen lakisääteiset palvelut tuotetaan ja miten päätöksentekoprosessit organisoidaan. Hyvinvointialueen palveluita voidaan siis tuottaa hyvin monilla eri tavoilla, joka itsessään selittää prosessien moninaisuutta aluekohtaisesti. Vaikka hyvinvointialueita ja viranhaltijoita ohjaa päätöksenteossa lainsäädäntö, jää hyvinvointialueelle sekä viranomaiselle suhteellisen paljon tulkinnanvaraa ja vastuuta palvelujen tuottamisesta.

Tässä pro gradu -tutkielmassa on tarkasteltu laadullisen tutkimuksen keinoin viiden eri hyvinvointialueiden päihdekuntoutukseen pääsyn prosesseja viranhaltijoiden näkökulmasta. Tutkimusaihetta lähestyttiin universalismin, oikeudenmukaisuuden ja yhdenvertaisuuden näkökulmista lainsäädännöllinen perusta huomioiden. Tutkimuksen avulla haluttiin tutkia hyvinvointialueiden yhtenäisyyksiä ja eroavaisuuksia päihdekuntoutusprosesseissa sekä tuoda näkyväksi valittujen alueiden strategiat ja resurssit. Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä ymmärrystä päihdepalvelujen moninaisuudesta eri hyvinvointialueilla. Aineisto kerättiin haastattelemalla jokaiselta hyvinvointialueelta yhtä viranhaltijaa, joka teki erityisesti työikäisten sosiaalihuoltolain mukaisia päihdekuntoutuspäätöksiä sekä yhtä ylempää toimihenkilöä. Valitut hyvinvointialueet olivat Lapin hyvinvointialue, Pirkanmaan hyvinvointialue, Päijät-Hämeen hyvinvointialue, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue ja Keski-Uudenmaan hyvinvointialue. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin keinoin.

Tutkimus osoitti, että hyvinvointialueilla oli hyvin moninaisia käytäntöjä päihdekuntoutusprosesseissa ja lainsäädännön soveltaminen oli vaihtelevaa. Aineistosta kävi ilmi, että lainsäädännön harkinnanvaraisuuden tuottama epävarmuus näyttäytyi erityisesti viranhaltijoille prosessien epäselvyytenä. Sosiaali- ja terveydenhuollon työnjako koettiin usein monimutkaiseksi ja yhteistyö vaikeaksi. Hyvinvointialueiden viestintä oli puutteellista, mikä aiheutti epäselvyyttä ja väärinkäsityksiä työtehtävistä. Useamman hyvinvointialueen resurssit eivät olleet riittävät ja henkilökuntaa ei ole pystytty kasvattamaan tarpeen mukaan. Oikeudenmukainen ja yhdenvertainen kohtelu pyrittiin varmistamaan takaamalla samankaltainen päihdekuntoutusprosessi kaikille palveluun hakeutuville. Päihdekuntoutukseen pääsyn kriteerit olivat samankaltaiset eri hyvinvointialueilla.

Tutkimuksen mukaan alueellista yhdenvertaisuutta ei voitu varmistaa hyvinvointialueita tai niiden sisäisiä prosesseja verrattaessa, koska päihdepalvelujen saatavuus riippui siitä, missä palveluja hakeva asui. Sovellettavan lainsäädännön käyttö vaikutti siihen, miten oikeudenmukaisuus ja harkinnanvaraisuus vaikuttivat päihdekuntoutuspäätöksiin. Sosiaali- ja terveydenhuollossa nähtiin tarvetta myös kokonaisuuksien hallinnalle, koska toimialojen eriytyminen vaikutti myös asiakkaan oikeuksien toteutumiseen ja palveluiden saavutettavuuteen. Tutkimuksen tulosten perusteella laadittiin kehittämissuhteita sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön parantamiseksi sekä päihdekuntoutusprosessien selkeyttämiseksi hyvinvointialueilla.

Avainsanat: hyvinvointialue, päihdepalvelut, päihdekuntoutus, sosiaalihuolto

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

# SISÄLLYSLUETTELO

<b>1. JOHDANTO</b> .....	<b>1</b>
<b>2. UNIVERSALISMI OSANA YHTEISKUNTA JA PÄIHDEHOITOA</b> .....	<b>5</b>
2.1 Muuttuva hyvinvointivaltio .....	6
2.2 Oikeudenmukaisuus ja alueellinen yhdenvertaisuus.....	9
2.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen uudistus .....	12
<b>3. LAINSÄÄDÄNNÖN RAAMIT PÄIHDEKUNTOUTUSPROSESSISSA</b> .....	<b>13</b>
3.1 Sosiaali- ja terveydenhuoltolaki .....	14
3.2 Viranhaltijan päätöksenteko .....	16
3.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon roolit päihdekuntoutusprosesseissa .....	19
<b>4. TUTKIMUKSEN KOHDE JA KONTEKSTI</b> .....	<b>21</b>
<b>5. TUTKIMUSASETELMA</b> .....	<b>23</b>
5.1 Tutkimusmenetelmät .....	24
5.2 Aineiston esittely ja analyysin toteutus .....	25
5.3 Tutkimuksen eettisyys .....	26
<b>6. TULOKSET</b> .....	<b>29</b>
6.1 Palveluiden järjestäminen .....	29
6.1.1 Hallinnollinen muutos .....	29
6.1.2 Päihdehuollon palvelujärjestelmä .....	30
6.1.3 Resurssien tarve .....	31
6.1.4 Päihdekuntoutuksen prosessikuvaus .....	32
6.1.5 Päihdekuntoutuksen kriteerit .....	34
6.2 Palveluiden toteutus.....	36
6.2.1 Vastuun jakaminen.....	36
6.2.2 Asiakkaan asema .....	38
6.2.3 Asiantuntijuuden haasteet .....	40
6.2.4 Asiantuntijuuden vahvuudet .....	42
<b>7. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA</b> .....	<b>45</b>
7.1 Päihdekuntoutukseen pääsy hyvinvointialueilla .....	46
7.2 Päihdekuntoutuksen strategioiden ja prosessien vertailu.....	48
7.3 Päihdekuntoutusprosessien oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus .....	49
7.4 Kehittämisehdotuksia hyvinvointialueiden päihdekuntoutusprosesseihin .....	51
7.4.1 Sote-integraatio.....	51
7.4.2 Päihdekuntoutuspolku .....	53
7.5 Tutkimuksen luotettavuus ja jatkotutkimusaiheet .....	54
<b>8 LÄHTEET</b> .....	<b>57</b>
<b>9. LIITTEET</b> .....	<b>63</b>

# 1. JOHDANTO

Alkoholi on yhä käytetyin päihde ja sen asema on vahvistunut yhteiskunnassamme vuosikymmenestä toiseen. Perinteisten huumausaineiden, kuten lääkeoppioidien ja stimulanttien väärinkäyttö sekä erilaisten päihdeiden sekakäyttö ovat kuitenkin lisääntyneet. Suomalainen päihdekenttä on vuosikymmenien saatossa muuttunut ja ainevalikoima on monipuolistunut sekä painottunut uusilla tavoilla. Tämä voidaan havaita myös siitä, että viime vuosina alkoholinkäytön haittojen julkiset kustannukset ovat laskeneet, kun taas huumeiden käytön haittakustannukset ovat nousseet. Alati muuttuvat päihdeidenkäyttötavat ja päihteinä käytettävät aineet vaativat jatkuvaa seuranta- ja reagointia yhteiskunnan, sen toimijoiden sekä myös lainsäädännön taholta. (Pehkonen, Kekoni & Kuusisto 2020, 3.)

Suomalaisen hyvinvointivaltion varhaisessa vaiheessa pakkoperustaisesta ja ehdottoman raittiustavoitteisesta ajattelutavasta on muovaantunut myöhemmin ajan saatossa universalistinen hyvinvointivaltioajattelu, joka painottaa tasa-arvoa ja sosiaalisia oikeuksia. (Kaukonen & Kuussaari 2021, 38). Pohjoismaista puhutaan edelleen universalistisina hyvinvointivaltioina, mutta menestyksestään huolimatta universalismi ei ole pystynyt saavuttamaan vankkumatonta asemaa. Universalismi on pystytty lähes häivyttämään ja ajamaan marginaaliin monista etuuksista sekä palveluista ja se on korvattu kilpailevilla muodoilla. Tästä huolimatta monen asiantuntijan mukaan universaalien sosiaalipolitiikan saavutukset ovat kiistattomia. Saavutuksia ovat ainakin laaja turva erilaisten sosiaalisten riskien varalta sekä laajat yksilönvapaudet, köyhyyden dramaattinen vähentyminen ja tasa-arvon mahdollisuuksien kohtuullisen hyvän toteutuminen. (Halmetoja 2016, 122.)

Yle (2021) uutisoi päihdepalveluiden tarjonnan monikirjavaisuudesta Suomessa. Uutisen mukaan päihderiippuvaisen hoito on pitkälti kiinni hänen kotikunnastaan. Uutisessa nostettiin erityisesti esille laitospalveluiden budjetointi, harkinnanvaraisuus, avohuollon ensisijaisuus, lyhytjänteisyys ja alueelliset erot. Kuussaari ym. (2017, 262) ovat artikkelissaan todenneet, että päihderiippuvaiden palveluiden saatavuudessa on alueellisia eroja, jotka esimerkiksi näkyvät niin, että suurissa kaupungeissa on enemmän ja monipuolisempia palveluita tarjolla kuin pienillä paikkakunnilla. Tämä asettaa asiakkaat eriarvoiseen asemaan palveluihin pääsystä.

Päihderiippuvaisen ja heidän läheisten tulisi saada joustavasti monenlaista hoitoa, kuntoutusta sekä tukea, jotta apua tarvitsevilla olisi mahdollisuus muutokseen ja etenemiseen palvelujärjestelmässä omien tarpeidensa mukaisesti. Siitä huolimatta päihdetilastot kertovat hoitomahdollisuuksien kaventuneen ja avohoidon panostuksen lisääntyneen. Työntekijät ovat viime vuosina tuoneet esille heikentyneen mahdollisuuden tarjota päihderiippuvaiselle tarkoituksenmukaista hoitoa, koska olemassa oleva tarve ja saatavilla olevat resurssit eivät kohtaa. Mahdollisuus asiakkaan muutoksen tukemiseen on kaventunut, vaikka päätöksentekijöitä on informoitu tarpeesta panostaa palveluihin ja päihdeongelmaisten asiakkaiden auttamiseen. (Pehkonen, Kekoni & Kuusisto 2020, 3-4.)

Hyvinvointialueet voivat itse päättää siitä, miten alueen lakisääteiset palvelut järjestetään ja miten päätöksentekoprosessit organisoidaan. Hyvinvointialueita kuitenkin ohjaa päätöksenteon osalta lainsäädäntö siten, että päätös päihdepalvelujen myöntämisestä täytyy perustua aina tapauskohtaiseen tarvearviointiin, esimerkiksi sosiaalihuoltolain mukaiseen palvelutarpeen arviointiin. Tämän välttämättömän valmisteluvaiheen tehtyään viranomainen voi päättää tarkoituksenmukaisimmasta tavasta järjestää päihdepalvelut kunkin asiakkaan tarpeisiin sopivalla tavalla. Asiakkaalla on subjektiivinen oikeus saada päihdepalveluita, tosin hänellä ei ole oikeutta valita palvelumuotoa, vaan siitä päättäminen perustuu myös tarvearviointiin. (Vanjusov, Pesi & Hakalinen 2023, 44.) Tämän vuoksi viranomaisen tulee päätöksenteossa huomioida asiakkaan kokonaistilanne, joka tarkoittaa kaikkien relevanttien seikkojen huomioon ottamista (Kotkas 2014, 49).

Lainsäädäntö siis luo päätöksenteolle raamit, joita viranhaltijan tulee päätöksissään noudattaa. Vaikka laki määrittelee hyvinvointialueiden ja viranomaisten toimintaa, jää hyvinvointialueelle sekä viranomaiselle suhteellisen paljon tulkinnanvaraa ja vastuuta palvelujen tuottamisessa. Palveluja voidaan tuottaa monella eri tavalla, joka itsessään selittää prosessien moninaisuutta aluekohtaisesti. Aihetta tutkiessani olen lukenut useita erilaisia artikkeleita ja uutisia, jotka nostavat esille hoitoon pääsyn haasteita päihderiippuvaisen näkökulmasta. Mielestäni päihdekuntoutusprosessia olisi tärkeää tarkastella myös hyvinvointialueen ja viranhaltijan näkökulmista.

Vuoden 2023 alussa kuntien vastuu päihdepalveluiden tuottamisesta siirtyi hyvinvointialueille. Pyrkinessäni saamaan mahdollisimman monipuolisen näkemyksen tutkimusaiheesta, valitsin ne

hyvinvointialueet, jotka ovat ominaisuuksiltaan erilaisia. Jokaiselta hyvinvointialueelta haastatellaan yhtä viranhaltijaa, joka tekee erityisesti työikäisten sosiaalihuoltolain mukaisia päihdekuntoutuspäätöksiä ja yhtä ylempää toimihenkilöä. Valitsemani hyvinvointialueet ovat Lapin hyvinvointialue, Pirkanmaan hyvinvointialue, Päijät-Hämeen hyvinvointialue, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue ja Keski-Uudenmaan hyvinvointialue. Hyvinvointialueet eroavat toisistaan pinta-aloiltaan sekä asukasmääriltään.

Lähestyn tutkielman luvuissa kaksi ja kolme päihdehuoltoa universalismin, oikeudenmukaisuuden ja lainsäädännön näkökulmista. Tutkimuskysymyksiäni ovat: miten päihdekuntoutukseen pääsy toteutuu hyvinvointialueilla, millaisia eroja ja yhtäläisyyksiä päihdekuntoutuksen strategioissa ja prosesseissa on ja miten oikeudenmukainen ja tasapuolinen kohtelu toteutuu päihdekuntoutusta koskevissa päätöksissä? Haastattelen tutkimuksessani jokaiselta valitulta hyvinvointialueelta yhtä päihdekuntoutuspäätöksiä tekevää viranhaltijaa sekä yhtä ylempää toimihenkilöä ja näin ollen aineistoni koostuu kymmenestä eri haastattelusta. Haastattelut toteutetaan puolistrukturoituina asiantuntijahaastatteluina. Luvussa neljä ja viisi avaan tutkimuksen tarkoitusta ja tavoitetta sekä eettisyyttä. Luvussa kuusi analysoin aineiston sisällönanalyysin avulla. Luvussa seitsemän syvennyn aineiston analyysin avulla tutkimuksen johtopäätöksiin. Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia viiden eri hyvinvointialueen päihdekuntoutukseen pääsyn prosessia viranhaltijoiden näkökulmasta. Tutkimuksen avulla halutaan selvittää hyvinvointialueiden yhtenäisyyksiä sekä eroja päihdekuntoutusprosesseissa ja tuoda näkyväksi valituiden hyvinvointialueiden strategia ja resurssit.

Käytän tässä tutkimuksessa käsitteitä päihdehuolto ja päihdepalvelut. *Päihdehuollolla* viitataan julkiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon, jotka muodostavat palvelukokoisuuden lainsäädännön määrittämänä. Tarkastellessani nimenomaisesti päihdekuntoutusprosessia, viitataan *päihdepalveluilla* niihin ensisijaisiin ja toissijaisiin palveluihin, joita voidaan järjestää hyvinvointialueilla moninaisin tavoin. Ensisijaiset palvelut ovat yleiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja toissijaiset ovat erityispalveluita, kuten laitospalvelut. Tällöin päihdepalveluiden järjestämistapa linkittyy palveluntarpeen arvioimiseen. Päihdepalvelut ovat ensisijaisesti avopalveluita, kuten sosiaalista kuntoutusta tai ryhmäterapiaa. Laitosmuotoinen kuntoutus tulee useimmiten kyseeseen silloin, kun avopalvelut eivät ole riittäviä tai tarkoituksenmukaisia.

Hyvinvointialueet voivat toteuttaa avo- ja laituskuntoutuksen joko ostopalveluna tai omatuotantona.

## 2. UNIVERSALISMI OSANA YHTEISKUNTA JA PÄIHDEHOITOA

1990-luvulta lähtien suomalaisten huumeiden käyttö sekä kokeilu ovat yleistyneet. Yhä useampi 15-69-vuotias suomalainen on joskus elämänsä aikana kokeillut jotakin huumausainetta. Vuonna 2022 aikuisväestöstä jopa 29 prosenttia eli lähes kolmasosa oli kokeillut tai käyttänyt jotain huumetta elämänsä aikana. Nuorista 25-34-vuotiaista aikuisista lähes puolet on kokeillut huumeita, ikäryhmän miehistä yli puolet. Yleisimmin käytetty tai kokeiltu huume on kannabis; sitä kokeilleiden osuus on viisinkertaistunut vuoden 1992 kuudesta prosentista 29 prosenttiin vuonna 2022. Myöskin muita huumeita joskus elämänsä aikana kokeilleita on vuonna 2022 aiempaa enemmän, joskin osuudet jäävät huomattavasti kannabista matalammalle tasolle. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022a.) Vuorostaan alkoholin kokonaiskulutus Suomessa kasvoi vuoteen 2007 asti ja on sen jälkeen vähentynyt lähes viidenneksellä. Kuitenkin yli puoli miljoonaa suomalaista juo yli riskirajojen; juomatapatutkimuksen mukaan vähintään 13 prosenttia väestöstä käyttää alkoholia siinä määrin, että heillä on kohonnut pitkäaikaisten terveyshaittojen riski. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022b.)

Vaikka alkoholin kokonaiskulutus on laskenut ja alkoholiin liittyvät kuolemat ovat jonkin verran vähentyneet, on väestön alimmassa tuloviidenneksessä alkoholikuolemat viisi kertaa yleisempiä kuin ylimmässä tuloviidenneksessä. Kuolleisuus myös hoitoa saaneiden päihdeasiakkaiden keskuudessa on ollut poikkeuksellisen suurta: lähes kolmannes kaikista hoitoa saaneistakin oli kuollut 15 vuoden kuluessa hoidon päättymisestä. (Kaukonen & Kuussaari 2021, 40.) Tilastokeskuksen (2022) mukaan vuonna 2021 huumausaineisiin kuoli 287 henkilöä, joka on 29 enemmän kuin edellisenä vuonna. Merkittävää on myös se, että vuonna 2021 huumeakuolemia oli enemmän kuin kertaakaan mittaushistorian aikana eli vuodesta 2006 alkaen.

On arvioitu, että noin kolmasosa kaikista päihdepalveluita tarvitsevista ihmisistä todella saavat riittäviä palveluita. Tämä on merkittävä haaste kansanterveyden ja –talouden näkökulmista. Jos päihdeongelmaisten hoitoon ei pystytä vastaamaan, johtaa se vääjäämättä ongelmien kasaantumiseen sekä vaikeutumiseen, mikä luonnollisesti näkyy esimerkiksi kokonaiskustannusten nousun muodossa. Hyvin toimivan ja tarkoituksenmukaisen päihdehuollon pohjana tulee olla



toimiva lainsäädäntö, jota sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten on yksinkertainen tulkita ja soveltaa omassa työssään. (Pehkonen, Kekoni & Kuusisto 2020, 30.)

Päihdehuollon erityispalvelut on rakennettu vastaamaan yksilölliseen päihdekuntoutuksen tarpeeseen universaalin sosiaali- ja terveystalouden sisällä niin, että sitä voidaan rahoittaa julkisin varoin. (Kaukonen & Kuussaari 2021, 39.) Universalismin ydin piilee poliittisesti ja teoreettisesti sen kyvyssä turvata elämän perusedellytyksiä ja vähentää ihmisten markkinariippuvuutta (Halmetoja 2016, 120). Kuitenkin 1990-luvulta alkaen markkinaehtoisuus on lisääntynyt, kun suuri osa palveluista on ollut kolmannen sektorin, kuten järjestöjen tuottamia ja samalla julkisia palveluita on alettu ulkoistaa yksityisille yrityksille. Etenkin pohjoismainen malli on yhä enemmän markkinaehtoisempi hyvinvointiorientoitunut malli siksi, että koko sosiaali- ja terveystalouden järjestelmän, julkisen rahoituksen käytön ja palveluja tuottavien yhteisöjen sääntely on muuttunut. Tähän kehitykseen ei ole ainoastaan vaikuttanut taloudelliset resurssit, vaan yhteiskuntien muutokset kokonaisuudessaan ovat olleet huomattavia. (Kaukonen & Kuussaari 2021, 39.)

## 2.1 Muuttuva hyvinvointivaltio

Suomi edustaa hyvinvointivaltiona pohjoismaista mallia, jonka erityislaatuisuus kiteytyy universaaliksi, sosiaalidemokraattiseksi ja naisystävälliseksi (Anttonen & Sipilä 2000, 154, 161). Julkunen (2017) on kirjassaan pohtinut hyvinvointivaltion käsitettä ja todennut, että hyvinvointivaltio tuo sosiaalista turvaa ja luo toimivia hyvinvointipalveluja. Hyvinvointivaltio on hyvinvointitavoitteisiin tähtääviä instituutioita, järjestelmiä, politiikkaa sekä poliitikkoja. Hyvinvointivaltio on myös hajautunut lukuisiksi poliitikoiksi, sosiaalipoliittisiksi järjestelmiksi ja organisaatioiksi. Parhaimmillaan hyvinvointivaltio on kansalaisille turvallisuuden lähde, joka ylittää erillisten järjestelmien tarjoamat etuudet.

Pohjoismainen hyvinvointivaltio on onnistunut hävittämään köyhyyttä, edistämään eri yhteiskuntaryhmien ja sukupuolten välistä tasa-arvoisuutta sekä parantamaan marginaaliryhmien asemaa. Toisaalta on myös väitetty, että valtion laaja vastuu hyvinvoinnista passivoi kansalaiset ja kansalaisyhteiskunnan. Universalilla sosiaalipolitiikalla tarkoitetaan mallia, jossa perustoimeentuloturva kattaa kaikki kansalaiset ja hyvinvointipalvelut on tarkoitettu kaikille, eikä

vain tietyille ryhmille. Universalismi voidaan liittää myös sosiaaliseen kansalaisuuteen ja sosiaalisiin oikeuksiin. Sosiaalinen nähdään yhteisvastuullisuudeksi, jolloin kansalaisuus oikeuttaa toimeentuloturvaan ja peruspalveluihin. Etuudet ja palvelut ovat kansalaisten perusoikeuksia, tosin oikeuksia voidaan lisätä ja vähentää poliittisten voimasuhteiden muuttuessa. Voimasuhteiden muuttuessa myös universalismi saattaa vahvistua tai heikentyä. Universalismin vastakohta on partikularismi, jolla viitataan ihmisten eriarvoiseen kohteluun, esimerkiksi syrjintään, seksismiin, rasismiin. (Anttonen & Sipilä 2000, 154, 161.)

Hyvinvointivaltion luonteenpiirteenä voidaan pitää jonkinasteista universalismia, koska tällöin valtio takaa kaikille sen kansalaisille tai asukkaille tiettyjä oikeuksia, jotka edistävät heidän hyvinvointinsa edellytyksiä. Tällöin yksilöltä ei odoteta tiettyjä suorituksia etuuden saamiseksi, vaan oikeus etuuteen perustuu yleiseen inhimilliseen ominaisuuteen, esimerkiksi etuuden saajan tulee olla vanhempi. Universalismi perustuu kollektiiviseen vastavuoroisuuteen: kun valtion etuudet tukevat asukkaiden toimintakykyä, myös valtion itsensä toimintakyky kasvaa. (Törrönen ym. 2016, 55.)

Anttonen (2002, 77) on määritellyt kuuden kohdan listan siitä, mistä universalismissa on kyse pohjoismaisessa hyvinvointivaltiomallissa. Hänen mukaansa universalismi tarkoittaa, että 1) sosiaalipalvelut sekä –etuudet perustuvat sitovaan lainsäädäntöön vapaaehtoisuuden sijaan, 2) palvelut ovat suunniteltu koko väestölle riippumatta yksilöiden taloudellisista tarpeista tai tuloista, 3) kaikilla kansalaisilla on yhtäläinen oikeus palveluihin ja suurin osa myös käyttää niitä, 4) etuudet ja palvelut ovat yhdenmukaisia ilman alueellisia vaihteluita, 5) universalismi sisältää idean siitä, että kansalaisilla tai asukkailla on oikeus palveluihin sekä etuuksiin ja 6) verorahoitus on yksi universaalien sosiaalipolitiikan kulmakivistä.

Jotta valtio olisi motivoitunut perustamaan erilaisia universaaleita sosiaalipoliittisia järjestelmiä, täytyy sen onnistua keräämään siihen tarvittavat resurssit. Jos valtion väestö on köyhää, on sosiaalipolitiikan harjoittaminen vaikeaa. Universalismille suosiollinen tilanne syntyy silloin, kun verotulot saadaan kasvamaan nopeasti; näin tapahtui Suomessa 1950-1970-luvuilla teollistumisen seurauksena. Universaalit ratkaisut ovatkin yleisempiä sellaisissa valtioissa, joissa sosiaalipolitiikkaa rahoitetaan laajasti verovaroin ja joissa demokratia lisää luottamusta valtiota kohtaan. Toisaalta myöskin vauraampi osa väestöstä saattaa olla haluton maksamaan veroja. Tällä hetkellä julkisen taloudenpidon jatkuvat ongelmat vaikuttavat lähes kaikissa länsimaissa sosiaalipolitiikkaan. Juuri

universaalit palvelut ja etuudet ovat usein ensimmäisenä leikkausten kohteena, koska valtio ja eduskunta pystyvät vaikuttamaan niihin paljon enemmän kuin työmarkkinaosapuolten harjoittamaan sosiaalipolitiikkaan. (Törrönen ym. 2016, 60.)

Vuorostaan Therborn (1995, 97) kuvaa universalismia järjestelmäksi, jossa kansalaiset ovat oikeutettuja sosiaalipalveluihin sekä sosiaalietuuksiin ja ainoa oikeuksia rajaava tekijä voi olla elämäntilanne. Elämäntilanne yhtäläisen oikeuden rajaavana tekijänä tekee universalismista syyperusteista sosiaalipolitiikkaa (Halmetoja 2016, 123). Toisaalta tutkijat ovat kohtuullisen yksimielisiä siitä, että universaalit etuudet koskettavat kaikkia, eli yhtään asukasta tai kansalaista ei suljeta sen ulkopuolelle, jos tarvekriteerit täyttyvät (Anttonen & Sipilä 2010, 116-117). Tarveperiaate ohjaa myös hyvinvointialueiden ratkaisuja sosiaali- ja terveystalouden järjestämisessä. Palvelun saamisen perustana tulisi siis olla asiakkaan tarve, joka voidaan määrittellä esimerkiksi terveydentilan perusteella. (Vanjusov, Pesu & Hakulinen 2023, 42.)

Universalismiin liitetään usein hyvin vahvoja positiivisia mielikuvamerkityksiä esimerkiksi oikeudenmukaisuudesta ja tasa-arvosta. Tämä on osaltaan johtanut siihen, että moninaisia sosiaalipolitiikan muotoja kutsutaan universaaleiksi ja hyvinkin kirjavasta sosiaalipolitiikasta koostuvia maakohtaisia järjestelmiä kutsutaan universalistisiksi hyvinvointivaltioiksi. Kuitenkin universalismiin sisältyy myös rajoitteisia ja kielteisiä mielikuvia: nykypäivän kehittyneissä hyvinvointivaltioissa tuskin tullaan palaamaan vaihtoehtottomien palveluiden universalismiin. (Halmetoja 2016, 120-122.)

Uusliberalismin aatteet, kuten julkisjohtaminen, yksityistäminen sekä markkinaistamisen opit löysivät myös Suomeen 1980-luvun jälkeen. Julkistalous piti saada kuriin, jotta taloudellinen kasvu ja kansantalous voisivat hyvin. Toinen toistaan seuraavat kriisit julkisessa taloudessa ovat tänä päivänäkin pakottaneet yhteiskuntamme säästöliekille. Maailmasta tulisi saada tehokas, ilman tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden oppeja, koska niitä on vaikea tuotteistaa ja myydä markkinoilla. (Anttonen 2016, 41.) Viimeisten parin vuosikymmenen aikana hyvinvointivaltion toimintaympäristö on muuttunut yhä markkinaehtoisemmaksi, joka näkyy myös sosiaali- ja terveystaloudessa yritysten roolien kasvussa ja markkinamekanismien hyödyntämisessä. Useaan palveluun tai tulonsiirtoihin liittyy aikaisempaa selkeämpi hinta- tai vakuutuslaskenta ja ne ovat aiempaa selkeämmin määriteltäviä palvelujen sisällön ja tulonsiirtojen määräytymisperusteiden ja keston osalta. (Saari

2020, 174.) Universalismin rappeutumiselle löytyy monia selittäviä tekijöitä. Uusliberalismin aikakausi ja sen aiheuttama kritiikki hyvinvointivaltion laajuutta kohtaan on osaltaan vaikuttanut julkisen sektorin rooliin ja näin ollen korostanut markkinaehtoisempia ja yksilön vastuu keskeisiä ratkaisuja supistaen universalismia. (Halmetoja 2016, 120-122.) Universaalille hyvinvointivaltiolle ei koskaan syntynyt täsmällisiä kriteerejä, jolloin puhe universaalista hyvinvointivaltiosta on enemmän poliittista kuin analyttistä (Törrönen 2016, 57-58).

Universalismia voidaan myös tulkita kapeamassa merkityksessä, eli etuuskien jakoperiaatteena. Usein pohjoismaisessa keskustelussa universalismilla tarkoitetaan etuuskien kattavuutta. Kaikki kansalaiset kuuluvat etuuskien piiriin ja kaikki ovat myös oikeutettuja saamaan etuuksia samasta järjestelmästä. Jos asiaa tarkastellaan tarkemmin, niin oikeastaan mikään sosiaalipoliittinen etuus ei ole kattava: rahaa tai palveluita ei jaeta valtion toimesta kaikille, vaan tietyille väestöryhmälle. Universaaliksi etuudeksi ei voida kutsua sellaista etuutta, jossa sovelletaan tarveharkintaa, se ei perustu lakiin tai se ei ole tavoitettavissa, eli kansalaisella ei ole pääsyä palvelun piiriin. (Törrönen 2016, 56-57.)

Universaalista pääsyä palveluun ei synny, jos etuuden saamiseen liittyvät ehdot ovat joko harkinnanvaraisia tai epäselviä. Näin voi olla usein toimintakyvyn puutteita paikkaavien etuuskien kohdalla, koska tarpeiden suuruuden arviointi on haastavaa. Tällöin mikään laki ei tarkasti määrittele sitä, milloin palveluihin syntyy selkeä oikeus. Sen vuoksi kunnat ja hyvinvointialueet voivat hyvin pitkälle päättää, millaiset ovat tietyn palvelun tai etuuden saamisen ehdot ja tehdä yhtäläisistä tarpeista hyvin moninaisia sekä erilaisia tulkintoja. (Törrönen 2016, 57.)

## 2.2 Oikeudenmukaisuus ja alueellinen yhdenvertaisuus

Sosiaalipoliittisia ratkaisuja tehtäessä niitä usein perustellaan oikeudenmukaisuudella. Kyseisellä argumentilla pyritään oikeuttamaan muutoksia kuin myös säilyttämään vallitsevia käytäntöjä ja rakenteita. Universalismia tarkastellessa jakoperiaatteena on kyse nimenomaan oikeudenmukaisuudesta. (Halmetoja 2015, 124.) Filosofin John Rawlsin mukaan (2001, 8-9) hyvin järjestäytynyt yhteiskunta on ideaali yhteiskunnasta, jota säätelee julkinen

oikeudenmukaisuuskäsitys. Siihen liittyy myös vahvasti käsitys vapaista ja tasa-arvoisista kansalaisista. Oikeudenmukaisuuden periaatteet voidaan löytää yhteiskunnan perusrakenteista: ne hallinnoivat instituutioiden ihmisille jakamia oikeuksia ja velvollisuuksia sekä sitä, miten ihmisten yhteistyön hyödyt ja rasitteet jaetaan (Rawls 2001, 39-42). Oikeudenmukaisuuden yleiskäsityksen mukaan kaikki yhteiskunnalliset etuudet ja palvelut on jaettava tasan tai niin, että se kohentaa heikoimmassa asemassa olevien asemaa suhteellisesti eniten (Halmetoja 2015, 6).

Oikeudenmukaisuuden toteutumisen kannalta tärkeänä voidaan pitää myös puolueettomuutta. Puolueettomuus takaa erilaisten yksilöiden ja ryhmien tasa-arvoisen kohtelun. Puolueettomuus itsessään kieltää arvioiden tekemisen vain tietyn ryhmän kannalta, joten se johtaa kaikkien intressien tasapuoliseen huomioimiseen. Puolueettomuuteen liittyvä piirre on universaalius. Puolueettomat oikeudenmukaisuusnäkökymykset on tarkoitettu yleispäteviksi eli universaaleiksi. Tällöin niitä voidaan soveltaa mihin tahansa riippumatta yhteiskunnasta tai kulttuurista. (Herne 2012, 23.)

Oikeudenmukaisuutta käsittelevässä kirjallisuudessa on pohdittu eri tapoja puolueettomuuden saavuttamiseksi. Ensinnäkin, puolueettoman päätöksen tulisi tehdä ulkopuolinen, jonka omia intressejä päätös ei koske. Yleensä myös oletetaan, että puolueeton päätöksentekijä on rationaalinen ja hyväntahtoinen. Hän pystyy tekemään järkeviä ja riittävään tietoon perustuvia päätöksiä, eikä vahingon tuottaminen ohjaa hänen päätöksentekoaan. Hänen on myös pystyttävä arvioimaan oikeudenmukaisuusperiaatteen noudattamisen vaikutusta eri näkökulmista. Toisaalta puolueettomuuden käsitettä on arvosteltu juuri siitä syystä, että on mahdotonta irrottautua omasta näkökulmastaan, taustastaan, kulttuuristaan ja arvoistaan siten kuin puolueettomuus edellyttäisi. (Herne 2012, 25-28.)

Universalismi ja oikeudenmukaisuus palveluissa vaatii myös yhdenvertaista palvelujen saavutettavuutta. Pehkonen, Kekoni & Kuusisto (2020, 39-40) ovat esitelleet päihdepalveluiden yhdenvertaista saavutettavuutta viiden eri ulottuvuuden kautta, jotka ovat 1) institutionaalinen saavutettavuus, 2) informatiivinen saavutettavuus, 3) taloudellinen saavutettavuus, 4) fyysinen saavutettavuus ja 5) kokemuksellinen saavutettavuus. Kaikkia näitä osa-alueita tarkasteltaessa tulee lähtökohtaisesti huomioida asiakkaiden tasavertaiset mahdollisuudet saavuttaa palvelut huolimatta esimerkiksi heidän terveydentilastaan tai taloudellisesta tilanteestaan.

Institutionaalisella saavutettavuudella viitataan siihen, että viranomaistoiminnalla tai lainsäädännöllä ei voida aiheuttaa palveluihin pääsyyn tarpeettomia esteitä. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon niukkojen resurssien vuoksi joudutaan tekemään priorisointiratkaisuja. Kuitenkin ratkaisut tulisi tehdä niin, että ne ovat sopuinnassa perusoikeuksien kokonaisuuden kanssa ja etusijajärjestykselle on objektiivisesti arvioiden hyväksyttävä syy. Informatiivisella saavutettavuudella tarkoitetaan sitä, että palveluista on oltava saatavilla riittävästi ymmärrettävässä muodossa olevaa tietoa: millaisia palveluita on mahdollista saada, miten niitä voidaan hakea ja mitkä ovat palvelun saamisen perusteet. Taloudellinen saavutettavuus liittyy siihen, että palveluiden tulisi olla asiakkaiden saavutettavissa huolimatta mahdollisista taloudellisten resurssien puutteesta. Vaikka lainsäädäntö mahdollistaa tiettyjen asiakasmaksujen perimisen, palvelun hakijan taloudellisia esteitä vähentämällä voidaan vaikuttaa kokonaiskustannusten hillitsemiseen. Fyysisellä saavutettavuudella viitataan siihen, että palveluihin tulisi päästä huolimatta esimerkiksi välimatkoista tai liikuntakyvystä. Kokemuksellinen saavutettavuus taas liittyy siihen, miten asiakas kokee palveluihin hakeutumisen. Esimerkiksi päihdeongelma ei saisi vaikuttaa siihen, miten asiakasta kohdellaan tai millaisia palveluita hänelle sosiaali- ja terveydenhuollossa myönnetään. (Pehkonen, Kekoni & Kuusisto 2020, 40-47.)

Vuonna 2021 julkistetun päihde- ja riippuvuusstrategian painopiste on päihdepalveluiden laadun, saavutettavuuden ja saatavuuden varmistaminen (Kotovirta ym. 2021, 9). Pelkästään päihdepalvelujen olemassaolo ei takaa kaikkien yksilöiden yhdenvertaista palveluihin pääsyä ja yksilön oikeuksien tosiasiallista toteutumista. Vaikka jokin palvelu on saatavilla, se ei automaattisesti tarkoita sitä, että se olisi kuitenkin saavutettavissa, etenkin yhdenvertaisesti ja oikeudenmukaisesti sitä tarvitseville. (Vanjusov 2022, 22.)

Törrösen ja kumppaneiden (2016, 71) mukaan universalismin aate elää tänä päivänä erilaisia vaihteita eri puolilla maailmaa. Hyvinvoiva pohjoismainen keskiluokka näkee universalismin ytimen julkisten järjestelmien saatavuudessa ja kattavuudessa, eli siinä, että kaikki käyttävät yhteisiä palveluja. Palvelujen käyttöön ei liity häpeää, ne eivät erottele ihmisiä parempiin ja huonompiin ja sen vuoksi tämänkin päivän universalismi täyttää alkuperäisen tehtävänsä. Hyvinvointivaltiossa inhimillisesti tärkeintä ovat lopulta aivan samat asiat kuin ennenkin eli elämän perusedellytykset on turvattava. Kansalaiset haluavat, että valtio takaa heille koulutuksen ja sosiaalisten riskien

kohdatessa riittävän toimeentuloturvan sekä terveys- ja sosiaalipalvelut. Se ei ole holhousta, vaan se parhaimmillaan avaa ihmisille mahdollisuuksia elää elämäänsä haluamallaan tavalla ja se onkin oikeudenmukaisuuden ja yhdenvertaisen universalismin ydin.

## 2.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen uudistus

Vuoden 2023 alusta sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottaminen ja pelastustoimen järjestäminen siirtyivät kunnilta ja kuntayhtymiltä hyvinvointialueille. Sote-uudistus on yksi merkittävimmistä hallinnollisista uudistuksista koko Suomen historiassa. Sote-uudistuksen myötä muodostettiin 21 hyvinvointialuetta, tosin Helsingin kaupunki vastaa yhä itse palvelujen tuottamisesta ja järjestämisestä. Lisäksi HUS-yhtymälle jäi järjestämisvastuu tietyistä erikoissaanhoitoon liittyvistä tehtävistä omilla alueillaan. (Valtioneuvosto 2022.)

Sote-uudistuksen tavoitteena on turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palvelut hyvinvointialueella asuville, parantaa palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta, kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti, vastata ikääntymisen ja syntyvyyden laskun aiheuttamiin haasteisiin sekä hillitä kustannusten kasvua. Hyvinvointialueiden tavoitteena on luoda yhä enemmän toimintarakenteita ja -tapoja ihmislähtöisten palvelukokonaisuuksien aikaansaamiseksi ja perus- ja erityistason palveluiden entistä parempi yhteentoimivuus. Hyvinvointialueen järjestämiä julkisia palveluja ovat esimerkiksi perusterveydenhuolto, erikoissaanhoito, sosiaalihuolto ja mielenterveys- ja päihdepalvelut. Hyvinvointialueiden ja kuntien yhteistyössä erityisenä painopisteenä on hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, mikä vähentää tarvetta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Kunnat vastaavat tulevaisuudessakin esimerkiksi päivähoidosta, opetuksesta, liikunnasta ja kulttuurista. (Valtioneuvosto 2022.)

Hyvinvointialueen tulee suunnitella ja toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuolto sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaisena kuin asiakkaiden tarve edellyttää. Asiakkaan yksilöllisestä palvelutarpeesta ja hoidon tarpeesta arvioinnista säädetään erikseen. Palvelut on toteutettava yhdenvertaisesti, yhteen sovitettuina palvelukokonaisuuksina sekä hyvinvointialueen väestön tarpeet huomioon ottaen lähellä asiakkaita. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä.)

### 3. LAINSÄÄDÄNNÖN RAAMIT PÄIHDEKUNTOUTUSPROSESSISSA

Päihdehuollon lainsäädännöllinen perusta sekä sen toimintamuodot ovat muuttuneet yhteiskunnan kehityksen myötä. Hyvinvointivaltiosta on ajan saatossa muovaantunut yhä enemmän universalistisen hyvinvointiajattelun puolesta puhuja, joka painottaa sosiaalisia oikeuksia ja tasa-arvoa. Erityisesti 1990-luvun laman jälkeen myös päihdehuollossa vahvistuivat kypsän hyvinvointivaltion professionaaliset painotukset. Tämä näkyy myös päihdehaittojen määrittelyssä, niiden ehkäisytaavoissa ja asiakasvalikoinnin mekanismien muutoksissa. Nykyinen terveydenhuoltolaki määrittelee terveydenhuoltona tuotettavan päihdehuollon hoidoksi sekä kuntoutukseksi, sosiaalihuoltolaki puolestaan määrittelee virkamiespäätöksiin perustuvan päihdehuollon päihdetyöksi, eli osin siis erilaisin periaattein. Täten myös professionaalinen hoidon tarpeen arviointi, harkinta sekä sääntely ovat osin hajautuneet. (Kaukonen & Kuussaari 2021, 38.)

Suomessa päihdehuollon lainsäädännöllisestä kehityksestä voidaan jaotella kolme eri kehitysvaihetta. Näissä kehitysvaiheissa ovat painottuneet erilaiset diskurssit eli ajattelutapojen, käsitysten ja oletusten kokonaisuudet. Painopisteet ovat olleet 1) moraalidiskurssi, 2) sairausdiskurssi ja 3) yksilön oikeudet –diskurssi. Kehitysvaiheita ei voida lokeroida tiettyihin ajanjaksoihin, vaan ne ovat limittäisiä ja päällekkäisiä. Kyse on siitä, millaisia painotuksia yhteiskunnallisessa keskustelussa ja yhteiskunnallisten tavoitteiden toteuttamisessa on ollut löydettävissä. Päihdehuolto ja sitä koskeva lainsäädäntö Suomessa on myötäillyt pitkälti pohjoismaisen kehityksen suuntalinjoja. Viimeisempänä diskurssina voidaan nähdä yksilön oikeusaseman turvaamisen korostaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa: päihdeongelman sairausstatuksen yleinen hyväksyminen muutti suhtautumista päihteidenkäyttäjiin. Päihteiden käyttöä ei nähdä enää pelkästään yhteiskunnallisena ongelmana, vaan on huomioitava myös hoidollinen näkökulma. (Poikonen 2013, 406, 420.)

Lainsäädäntö velvoittaa hyvinvointialueita järjestämään päihdehuollon palvelut siinä laajuudessa, missä sen alueella esiintyvä tarve vaatii. Lähtökohtaisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa noudatetaan asumisperiaatetta, jonka mukaan henkilön sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä ja niiden kustannuksista vastaa hänen kotipaikkakuntansa, eli kyseinen hyvinvointialue. Päihdepalvelujen järjestämisvastuuta toteuttaessa tulee kiinnittää erityistä



huomiota tarveperiaatteeseen, joka vaikuttaa 1) koko alueen palvelutarjontaa suunnittelussa, budjetoinnissa ja toteutuksessa sekä 2) yksittäisen asiakkaan palvelutarvetta määriteltäessä ja siihen vastattaessa. Toisaalta tarveperiaate myös asettaa asiakkaalle edellytykset palvelujen saamiseksi, minkä vuoksi se ohjaa yksittäisiä päätöksiä siitä, kuka on oikeutettu saamaan päihdepalveluja. (Poikonen 2018, 29-30.)

### 3.1 Sosiaali- ja terveydenhuoltolaki

Hyvinvointialueiden myötä päihdehuoltolain palveluja koskevat pykälät jäivät menneisyyteen, kun uusi sosiaali- ja terveydenhuoltolaki astui voimaan vuoden 2023 alussa. Aiemmin päihdehuoltoa koskevia säännöksiä on ollut kolmessa eri laissa, joten uusien lakien myötä tilanne selkiytyi. Lakiuudistuksen tavoitteena on myös parantaa palveluiden saatavuutta ja hoitojatkumon turvaamista. (Virolainen 2023.) Näin ollen päihdehuoltolakiin jäi vain tahdosta riippumatonta hoitoa koskeva sääntely. Sosiaali- ja terveydenhuoltolakiin on lisätty päihteiden ongelmakäytön ja päihdehäiriöiden lisäksi myös muu riippuvuusikäyttäytyminen. Lakiuudistuksen tarkoitus on myös vahvistaa asiakkaan oikeuksia saada yhdenvertaisesti tarvitsemiaan palveluja kaikissa ikäryhmissä. (Valtioneuvosto 2022.)

Päihdepalvelut toteutetaan ensisijaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluina, jonka vuoksi palvelujen järjestämiseen vaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuoltolaki ja jossain määrin myös päihdehuoltolaki. Tarkastellessa palveluita asiakkaan oikeuksien toteutumisen näkökulmasta ratkaisevaa on pitkälti se, millä tavoin yleiset peruspalvelut on järjestetty ja miten hyvin ne ovat tosiasiallisesti ja yhdenvertaisesti saavutettavissa sekä se, miten hyvin hyvinvointialueella tarjottavat peruspalvelut pystyvät vastaamaan päihdeasiakkaiden tarpeisiin. Toisaalta merkityksellistä on myös se, että peruspalveluiden ja erityispalveluiden rajapinnoilla tehdään moniammatillista työtä asiakkaan edun toteutumiseksi ja hoitojatkumoiden turvaamiseksi, joka korostuu erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnassa. Tätä rajapintaa tarkastellessa kiinnostuksen kohteena on se, miten erilaiset valinnat järjestämisvastuun toteuttamisessa vaikuttavat asiakkaan oikeuksien toteutumiseen. Tällöin keskiössä ovat erityisesti kokonaisvaltaisen palveluntarpeen selvittäminen ja huomiointi, lähete- ja maksusitoumuskäytännöt, hoito- ja kuntoutusjatkumot ja erilaiset yhteistyöverkostot. (Poikonen, 2018.)

Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 1 §:n mukaan sosiaalihuoltolain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää hyvinvointia sekä sosiaalista turvallisuutta, vähentää eriarvoisuutta ja edistää osallisuutta. Lain tarkoituksena on myös turvata yhdenvertaisin perustein tarpeenmukaiset, riittävät ja laadukkaat sosiaalipalvelut sekä muut hyvinvointia edistävät toimenpiteet. Sosiaalihuoltolaki edistää asiakaskeskeisyyttä sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa ja parantaa yhteistyötä hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon ja kunnan eri toimialojen sekä muiden toimijoiden välillä lain tavoitteiden toteuttamiseksi.

Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 8 §:n mukaan hyvinvointialueen ja kunnan viranomaisten on yhteistyössä seurattava ja edistettävä erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden hyvinvointia sekä poistettava epäkohtia ja ehkäistävä niiden syntymistä. Erityistä tuesta vastaavien viranomaisten on välitettävä tietoa asiakkaiden kohtaamista sosiaalisista ongelmista sekä annettava asiantuntija-apua muille viranomaisille samoin kuin hyvinvointialueen asukkaille ja hyvinvointialueella toimiville yhteisöille. Palveluja annettaessa ja niitä kehittäessä on kiinnitettävä erityistä huomiota erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden tarpeisiin ja toivomuksiin.

Mahdollinen sosiaalihuollon asiakkuuden alkaminen ja palveluiden saaminen vaatii yhteydenottoa sosiaalihuoltoon. Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 36 ja 39 §:n mukaan, kun hyvinvointialueen sosiaalihuollon palveluksessa oleva on tehtävässään saanut tietää sosiaalihuollon tarpeessa olevasta henkilöstä, hänen on huolehdittava, että henkilön kiireellisen avun tarve arvioidaan välittömästi. Lisäksi henkilöllä on oikeus saada palvelutarpeen arviointi, jollei arvioinnin tekeminen ole ilmeisen tarpeetonta. Palvelutarpeen arviointia on täydennettävä asiakkaalle laadittavalla asiakassuunnitelmalla tai muulla vastaavalla suunnitelmalla, jollei suunnitelman laatiminen ole ilmeisen tarpeetonta.

Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 24 ja 24a §:ssä on määritelty sosiaalihuollon päihde- ja riippuvuustyön tavoitteet ja erityiset palvelut. Sosiaalihuollon päihde- ja riippuvuustyöllä tarkoitetaan hyvinvointialueen toteuttamia sosiaalipalveluja ja toimintaa, jolla vähennetään ja poistetaan päihteisiin ja riippuvuuskäyttäytymiseen liittyviä, hyvinvointia ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä. Päihde- ja riippuvuustyöllä vastataan myös päihdeiden ongelmakäytöstä tai muusta riippuvuuskäyttäytymisestä aiheutuvaan tuen tarpeeseen sekä tuetaan päihteettömyyttä ja

riippuvuuskäyttäytymisestä irrottautumista. Päihde- ja riippuvuustyöhön kuuluvat myös neuvonnan ja ohjauksen lisäksi 14 §:ssä tarkoitetut sosiaalipalvelut joko yleisinä sosiaalipalveluina tai päihde- ja riippuvuustyön erityisinä palveluina. Erityisillä palveluilla tarkoitetaan päihteiden ongelmakäytöstä tai muusta riippuvuuskäyttäytymisestä johtuvaan tuen tarpeeseen kohdennettuja palveluja, joita on järjestettävä tarpeen mukaan avo- tai laitospuolisena. Sosiaalihuollossa tehtävä päihde- ja riippuvuustyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa sekä hyvinvointialueella ja kunnissa tehtävän ehkäisevän päihdetyön kanssa.

Vuorostaan terveydenhuoltolaki (2010/1326) 28§:n mukaan päihde- ja riippuvuushoitoa saavalle potilaalle on turvattava hänen tarvitsemansa terveyden- ja sairaanhoidon kokonaisuus ja hoito on toteutettava myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Potilaan siirtyessä hoitoa antavasta yksiköstä toiseen tai sosiaalihuollon laitos- tai asumispalveluihin on turvattava tarpeenmukaisen hoidon jatkuvuus. Päihde- ja riippuvuushoito on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa sekä hyvinvointialueella että kunnissa tehtävän ehkäisevän päihdetyön kanssa.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevan lainsäädännön selkeä kokonaisuus ei pelkästään riitä asiakkaan oikeuksien toteutumiseen, vaan olennaista on myös se, että työntekijät osaavat tulkita palveluita koskevaa lainsäädäntöä. Hyvinvointialueiden tulee huolehtia henkilökunnan riittävästä koulutus- ja osaamistasosta, mikä tarkoittaa panostusta myös juridiseen osaamiseen. Asiakkaan näkökulmasta on myös tärkeää, että työntekijät hahmottavat oman roolinsa yksilön oikeuksien turvaajana ja heitä sitovan lainsäädännön sekä tulkitsevat rajantilanteita asiakkaan eduksi. (Pehkonen, Kekoni ja Kuusisto 2020, 42-43.)

### 3.2 Viranhaltijan päätöksenteko

Päihderiippuvaisen asiakkaan kohtaaminen sekä auttaminen vaativat työntekijältä laaja-alaista osaamista. Työssään hän kohtaa päihderiippuvaisen asiakkaan tarpeet ja samalla yhteiskunnan usein tälle asettamat vastakkaiset vaateet. Työntekijän velvollisuus ja vastuu ovat tunnistaa asiakkaan palveluntarpeita ja ohjata tätä etenemään palvelujärjestelmässä. Tarve kattavalle

yhteiskunnalliselle, asiakkaan osallisuutta ja oikeuksia puolustavalle rakenteelliselle muutostyölle on suuri. Jotta työntekijä voi tehdä työtään, tulee hänen työssään hahmottaa yhteiskunnan järjestelmiä ja niiden vaikutuksia asiakkaiden elämään sekä toimia rakenteellisten epäoikeudenmukaisuuksien muuttamiseksi. Päihderiippuvaisen asiakkaan oikeus hoitoon toteutuu todennäköisemmin silloin, kun yhteiskunta luo työntekijälle eli ammattilaiselle edellytykset auttaa vaikeissakin elämäntilanteissa olevia asiakkaita. Tällöin väistämättä tilanne on ristiriitainen, jos tavoitteeksi on asetettu asiakaslähtöisyyden periaate ja samalla vaaditaan päihdehoidon vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta uusliberalistisessa hengessä. (Pehkonen, Kekoni & Kuusisto 2020, 7.)

Viranhaltija, joka tekee päätöksen päihdekuntoutuksesta, käyttää työssään julkista valtaa. Perustuslain (1999/731) 2 §:n mukaan julkisen vallan käytön tulee perustua lakiin ja kaikessa julkisessa toiminnassa on noudatettava tarkoin lakia. Hallintolaissa on kirjattu hyvän hallinnon perusteista sekä hallinnon oikeusperiaatteista. Hallinnon oikeusperiaatteet ovat periaatteita, jotka ohjaavat julkisen hallinnon toimintaa ja varmistavat lain tavoitteiden toteutumisen. Lisäksi ne ohjaavat viranomaisen päätösharkintaa ja muuta asian käsittelyä. Oikeusperiaatteita ovat yhdenvertaisuusperiaate, tarkoitussidonnaisuuden periaate, objektiviteettiperiaate, suhteellisuusperiaate ja luottamuksensuojaperiaate. Hyvän hallinnon perusteisiin kuuluvat myös palveluperiaate ja palvelun asianmukaisuus, neuvontavelvollisuus, hyvän kielenkäytön vaatimus sekä viranomaisten yhteistyövelvoite. Viranhaltijan toiminta tulee siis olla ennakoitavaa, avointa, läpinäkyvää sekä selkeää, jotta päätöksenteko on johdonmukaista ja luotettavaa. Viranhaltijan tulee käsitellä kaikkia henkilöitä tasapuolisesti ja syrjimättömästi. Viranhaltijan tulee antaa kaikille asianosaisille mahdollisuus osallistua päätöksentekoon ja kuulla heidän mielipiteensä. Viranhaltijan tulee noudattaa hyvän hallinnon periaatteita. (Kuntaliitto, 2017.)

Vaikka lainsäädäntö määrittelee itsessään viranhaltijan ja hyvinvointialueen toimintaa, niin myös hallinnon ominaiset tavoitteet luovat työskentelylle raameja. Aiemmin kunnissa, nyt hyvinvointialueilla, ei nojata ainoastaan oikeudellisiin perusteisiin, vaan hallintopäätökset muistuttavat toimintapolitiikan päätöksiä ja oikeusnormit ovat vain kehyksenä ratkaisulle. (Tuori & Kotkas 2016, 137.) Nykyisten hyvinvointialueiden toimintatavat on useimmiten luotu jo kuntien aikaan, joka itsessään selittää alueellisia eroja päihdepalveluissa. Esimerkiksi tietyllä paikkakunnalla lääkäri voi tehdä lähetteen niin vieroitushoitoon kuin päihdekuntoutukseenkin, toisella

paikkakunnalla taas päihdekuntoutuspäätös tehdään sosiaalihuoltolain mukaan. Kun viranhaltija tekee päihdekuntoutuspäätöstä, ei hän etsi ratkaisua lakikirjaa lukemalla, vaan hän pohtii päätöstä lainsäädännön ja oman ammatillisen osaamisen pohjalta raamien asettamien rajojen sisällä. (Poikonen 2017, 17.)

Ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä, todetaan perustuslain 6 §:ssä. Tämä tarkoittaa niin muodollista kuin aineellistakin yhdenvertaisuutta, yhdenvertaista kohtelua ja oikeudenmukaisuuden takaamista lakiin perustuen. Ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan esimerkiksi sukupuolen, iän, alkuperän tai kielen perusteella. Yhdenvertaisuusperiaatteeseen sisältyy mielivallan kieltö ja vaatimus siitä, että samanlaisissa tapauksissa kaikkia kohdellaan samalla tavalla. Viranomaisen tulee myös soveltaa lakia tekemättä muita eroja kuin laista ilmenee. Näin ollen yhdenvertaisuusperiaate rajoittaa myös viranomaisten harkintavaltaa. (Hallberg 2005.)

Viranomaisen on yhdenvertaisuuslain (1325/2014) 5 §:n mukaan edistettävä yhdenvertaisuutta. Viranomaisen on arvioitava yhdenvertaisuuden toteutumista toiminnassaan ja ryhdyttävä tarvittaviin toimenpiteisiin yhdenvertaisuuden toteutumisen edistämiseksi. Edistämistoimenpiteiden on oltava viranomaisen toimintaympäristö, voimavarat ja muut olosuhteet huomioon ottaen tehokkaita, tarkoituksenmukaisia ja oikeasuhtaisia. Perustuslain 19 §:n mukaan jokaisella, joka ei itse kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon eli sosiaaliturvaan. Julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä.

Päihdepalveluita tarvitsevalla asiakkaalla on subjektiivinen oikeus saada tarvitsemiaan päihdepalveluita, mutta hän ei kuitenkaan voi valita päihdepalvelujen muotoa. Toisaalta oikeuskäytännöissä on katsottu, että jos asiakas on pystynyt osoittamaan, että hänen haluamansa hoitovaihtoehto soveltuu hänen tarpeeseensa parhaiten, hänelle on annettava palvelu hänen hakemuksensa mukaisesti. Ratkaisua tukee asiakkaan itsemääräämisen periaatetta täsmentävä näkökohta kuin niinkään asiakkaan omien tarvetulkintojen ja toivomusten huomioon ottaminen. Subjektiivinen oikeus päihdepalveluihin koskee kaikkia päihdepalveluita; jos avohuollon palvelut ovat riittämättömiä, niin asiakkaalla on oikeus myös laitospalveluihin. (Tuori & Kotkas 2016, 339.)

Viranhaltijan on myös myönnettävä subjektiivisen oikeuden muotoon kirjattu etuus huolimatta siitä, onko palvelun tuottamiseen varattu tarvittavia resursseja. Esimerkiksi hyvinvointialue ei voi kieltäytyä järjestämästä päihdepalveluja sen varjolla, että talousarvioon ei ole varattu riittävästi varoja, vaan palvelujen myöntäminen perustuu aina yksilölliseen tarvearvioon, joka voidaan tehdä joko sosiaalihuollossa tai terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut ovat kuitenkin aina ensisijaisia suhteessa päihdehuollon palveluihin ja ensisijaisesti palvelutarpeeseen on pyrittävä vastaamaan yleisillä palveluilla. (Poikonen 2017, 23.)

### 3.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon roolit päihdekuntoutusprosesseissa

Yksilöllisiin päihdehaittoihin on pyritty perinteisesti vastaamaan päihdehuollon erityispalveluilla. Erityispalveluiden avohoitopalveluissa asiakasmäärät ovat vähentyneet 2010-luvulla verrattaessa sitä 2000-luvun alkuun. Aikaisempina vuosikymmeninä erityispalveluissa asioi vuoden mittaan noin 60 000 asiakasta, kun vuonna 2019 avohoidossa kävi alle 40 000 asiakasta ja laituskuntoutuksessa noin 11 000 asiakasta. Terveydenhuolto vuorostaan oli vastannut aiempaa aktiivisemmin päihdehoidon kysyntään. Perusterveydenhuollon avovastaanotoilla oli vuonna 2019 asiointu 40 000 potilasta, joka oli siis lähes yhtä paljon kuin erityispalveluiden avohoidossa. Erikoissairaanhoidon avohoido on ollut myös kasvussa vuosina 2014-2018 niin alkoholipotilaiden kuin huumeapotilaidenkin osalta. Voidaan siis todeta, että päihdepotilaita on hoidettu sairaaloiden vuodeosastoilla jopa kaksi kertaa enemmän kuin vieroitushoitoyksiköissä ja kuntoutuslaitoksissa yhteensä. Yleistä on, että hoitajakset ovat kaikissa laitostyypeissä lyhyitä; sairaaloissa viisi vuorokautta, erityispalveluissa vieroitushoito voi olla tätäkin lyhyempi. Päihdehuollon laitoksissa neljä viidestä hoitajaksesta kestää korkeintaan kaksi viikkoa. (Kaukonen & Kuussaari 2021, 47.)

Vaikka päihdepotilaita on hoidettu enenevässä määrin erikoissairaanhoidon avohoidossa, kyse ei kuitenkaan ole laitushoitovastuun siirtymisestä päihdekuntoutuslaitoksilta sairaaloille. Näyttää siltä, että laitushoitovastuu on siirtynyt päihdehuollon erikoistuneista avopalveluista terveydenhuollon perus- ja erikoistason avohoitoon ja samalla laituskuntoutuksen määrä kokonaisuudessaan on vähentynyt. Taustalla voi olla myös muitakin syitä. Erityisesti muuttotappioalueilla palvelut ovat vähentyneet, jonka vuoksi universaalien ytimien, eli perustason

sosiaali- ja terveydenhuollon merkitys kasvaa kaikenlaisiin psykososiaalisiin ongelmiin vastaamisessa. (Kaukonen & Kuussaari 2021, 47-50.)

Myös valtiollisella ohjauksella nähdään olevan merkitys terveyspalvelujen korostuneeseen rooliin päihdehaittoihin vastaamisessa. Vuoden 2009 mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa korostettiin yhden oven periaatetta ja psykiatrisen hoidon vastuuta päihdeongelmien hoidossa. Myöhemmin vuonna 2020 mielenterveysstrategiassa päihdekysymykset jäsennettiin osaksi mielenterveystyötä sekä terveydenhuoltoa. Asunnottomuuden vähentämishjelmat, erityisesti suurimmissa kaupungeissa ovat todennäköisesti vaikuttaneet laitospuotoisten erityispalvelujen käyttöön. Toisaalta kehitykseen ovat vaikuttaneet myös muut käytännölliset ja taloudelliset syyt. Päihdehuollon erityispalvelut edellyttävät sopimista, hankintamenettelyjä ja maksusitoumuskäytäntöjä, eli sosiaalihuollon byrokratiaa ja menomomenttien hallintaan. Toisaalla terveydenhuollon tarvearvioita ja toimenpiteet toteutetaan pitkälti ilman taloushallinnollista priorisointia. (Kaukonen & Kuussaari 2021, 50.)

Sosiaalihuoltolain vai terveydenhuoltolain säännösten soveltaminen tulisi olla pitkälti kiinni siitä, kumpi lainsäädäntö on asiakkaan edun mukainen huomioiden tuen tarpeen ja sitä vastaavat palvelut. Tällöin keskiöön nousee se, millä perusteella palvelua annetaan: onko kyse terveydellisten vai sosiaalisten ongelmien hoidosta. Kuitenkaan joidenkin päihdepalvelujen kohdalla ei ole yksiselitteistä, onko kyseessä sosiaali- vai terveyspalvelut. Usein laitoksissa toteutettava kuntoutus voi olla tavoitteiltaan sekä lääkinällistä että sosiaalista kuntoutusta. Sovellettavalla lainsäädännöllä on merkitystä asiakkaan aseman, oikeuksien ja käytettävissä olevien oikeusturvakeinojen vuoksi. Tällaisissakin tapauksissa johtavana ajatuksena tulee olla asiakkaan etuja parhaiten toteuttava vaihtoehto ja sovellettava lainsäädäntö tulee valita sen mukaan. Olennaisinta olisi kuitenkin se, että epäselvissä tilanteissa työntekijät ymmärtävät, mitä seikkoja punninnassa on huomioitava. (Poikonen 2018, 44-46.)

## 4. TUTKIMUKSEN KOHDE JA KONTEKSTI

Tämä pro gradu –tutkielma kuuluu yhteiskuntatieteiden tiedekuntaan ja sosiaalipolitiikan oppiaineeseen. Olen lähestynyt tutkimusaihetta universalismin, oikeudenmukaisuuden ja yhdenvertaisuuden teoreettisista näkökulmista huomioiden myös lainsäädännöllisen perustan. Tutkimus kohdistuu valittujen hyvinvointialueiden päihdehuollon erityispalveluihin, ensisijaisesti päihdekuntoutusprosesseihin. Päihdekuntoutusprosesseja tarkastellaan viranhaltijoiden sekä ylemmän organisaatiotason toimihenkilöiden näkökulmasta. Tutkimusta on rajattu niin, että päihdepalveluja ja päätöksentekoa tarkastellaan sosiaalihuoltolain näkökulmasta.

Päihdehuollon erityispalvelut on rakennettu universaalin sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän sisään siten, että niitä voidaan rahoittaa julkisin varoin ja sillä pystytään vastaamaan yksilölliseen päihdekuntoutuksen tarpeeseen (Kaukonen & Kuussaari 2021, 39). Työntekijät ovat olleet viime vuosina huolissaan heikentyneestä mahdollisuudesta tarjota päihderiippuvaiselle tarkoituksenmukaista hoitoa, koska alueellinen tarve ja resurssit eivät kohtaa (Pehkonen, Kekoni & Kuusisto 2020, 3-4). Päihderiippuvaisella on kuitenkin subjektiivinen oikeus saada päihdepalveluita, vaikka hänellä ei ole oikeutta valita kyseistä palvelumuotoa. (Vanjusov, Pesi & Hakalinen 2023, 44.) Viranhaltijan tulee siten päätöksenteossa huomioida asiakkaan kokonaistilanne (Kotkas 2014, 49).

Vuoden 2023 alusta sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottaminen ja pelastustoimen järjestäminen siirtyivät kunnilta ja kuntayhtymiltä hyvinvointialueille. Sote-uudistus on yksi merkittävimmistä hallinnollisista uudistuksista koko Suomen historiassa. Sote-uudistuksen myötä muodostettiin 21 hyvinvointialuetta, tosin Helsingin kaupunki vastaa yhä itse palvelujen tuottamisesta ja järjestämisestä. (Valtioneuvosto 2022.) Hyvinvointialueet voivat itse päättää siitä, miten lakisääteiset palvelut järjestetään ja miten ne organisoivat päätöksentekoprosessinsa (Vanjusov, Pesi & Hakalinen 2023, 44). Palveluiden saatavuudessa on kuitenkin alueellisia eroja, joka asettavat asiakkaat eriarvoiseen asemaan palveluihin pääsyssä (Kuussaari ym. 2017, 262). Merkittävä ongelma tarpeenmukaisen päihdepalveluiden yhdenvertaisessa saatavuudessa on siten asiakkaan oikeuksien turvaamisen näennäisyys, kuten Vanjusov (2022, 10) on väitöskirjassaan todennut. Päihdepalvelut voivat olla saatavilla, mutta eivät välttämättä kaikkien palveluita tarvitsevien saavutettavissa. Myös Poikonen (2018) on todennut, että sosiaali- ja terveydenhuollossa olisi



tarvetta kokonaisuuksien hallinnalla, koska toimialojen eriytyminen voi vaikuttaa myös asiakkaan oikeuksien toteutumiseen ja palveluiden saavutettavuuteen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen uudistuksen myötä hyvinvointialueille luotiin tavoitteet, jotka ovat alueiden yhdenvertaiset palvelut, yhteistyö ja varautuminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tulisi olla yhdenvertaisia ja palvelujen yhteensovittamista tulisi edistää, hyvinvointialueiden yhteistyön tulisi olla tiiviimpää sekä sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallintaa tulisi kehittää. Tavoitteena on myös palvelujen laadun paraneminen, toiminnan vaikuttavuuden lisääminen, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiskunnallisen roolin toimivuuden parantaminen sekä tiedon ja tutkimuksen merkityksen kasvattaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022a.) Myös uusi sosiaalihuolto- ja terveydenhuoltolaki astui voimaan vuoden 2023 alusta, jonka myötä päihdehuoltolain palveluja koskevat pykälät jäivät historiaan. Lakiuudistuksen tavoitteena on parantaa palveluiden saatavuutta ja hoitojatkumon turvaamista. (Virolainen, 2023.)

Hyvinvointialueiden perustaminen on yksi Suomen historian suurimpia uudistuksia (Nevalainen, 2022). Mielestäni on ajankohtaista tutkia muutoksen vaikutuksia alueiden palveluiden järjestämiseen, etenkin päihdehuollon näkökulmasta. Huumeiden käyttö on lisääntynyt Suomessa 2000-luvun ajan ja sen myötä ovat lisääntyneet myös huumeiden aiheuttamat haitat, joista äärimmäisenä esimerkkinä ovat huumekuolemat (Viskari & Kailanto, 2021). Tämän vuoksi alueellisten erojen ja toimintamallien selvittäminen on mielestäni erittäin tärkeää, jotta voisimme tehdä palveluistamme tehokkaimpia, oikeudenmukaisia ja selkeämpiä niin palvelujen käyttäjille kuin myös työntekijöille.

## 5. TUTKIMUSASETELMA

Tämän tutkimuksen tarkasteltava kohde on päihdekuntoutusprosessit viidellä eri hyvinvointialueella. Ajatus universaaleista palveluista edustaa ajattelutapaa ja lähtökohtaa, sekä tietynlaisia silmälaseja, joiden läpi katson ja toteutan tätä tutkielmaa. Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia laadullisen tutkimuksen keinon viiden eri hyvinvointialueen päihdekuntoutukseen pääsyn prosesseja viranhaltijoiden näkökulmasta. Tutkimuksen avulla halutaan selvittää hyvinvointialueiden yhtenäisyyksiä ja eroavaisuuksia päihdekuntoutusprosesseissa sekä tuoda näkyväksi valittujen hyvinvointialueiden strategia ja resurssit. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä päihdepalvelujen moninaisuudesta eri alueilla.

Tutkimuskysymykset:

- Miten päihdekuntoutukseen pääsy toteutuu hyvinvointialueilla?
- Millaisia eroja ja yhtäläisyyksiä päihdekuntoutuksen strategioissa ja prosesseissa on?
- Miten oikeudenmukainen ja tasapuolinen kohtelu toteutuu päihdekuntoutusta koskevissa päätöksissä?

Jokaiselta hyvinvointialueelta haastatellaan yhtä viranhaltijaa, joka tekee erityisesti työikäisten sosiaalihuoltolain mukaisia päihdekuntoutuspäätöksiä sekä yhtä ylempää toimihenkilöä. Pyrkinessäni saamaan mahdollisimman monipuolisen näkemyksen tutkimusaiheesta, valitsin sellaiset hyvinvointialueet, jotka ovat ominaisuuksiltaan mahdollisimman erilaisia. Valitsemani hyvinvointialueet ovat Lapin hyvinvointialue, Pirkanmaan hyvinvointialue, Päijät-Hämeen hyvinvointialue, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue ja Keski-Uudenmaan hyvinvointialue, joiden ominaisuuksia olen kuvannut taulukkoon 1. Hyvinvointialueet eroavat toisistaan pinta-aloiltaan sekä asukasmääriltään. Lapin hyvinvointialue on valitsimistani hyvinvointialuista pinta-alaltaan isoin, Pirkanmaan hyvinvointialue on asukasluvultaan suurin, Päijät-Hämeen hyvinvointialue on asukasluvultaan ja pinta-alaltaan keskimääräisin, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue asukasluvultaan pienin ja Keski-Uudenmaan hyvinvointialue taas pinta-alaltaan pienin.

	ASUKASLUKU	KUNTIEN MÄÄRÄ
Pirkanmaan hyvinvointialue	532 389	23
Päijät-Hämeen hyvinvointialue	204 648	10
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue	203 045	6
Lapin hyvinvointialue	175 790	21
Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue	67 885	8

Taulukko 1. Hyvinvointialueiden erot asukasluvultaan ja kuntien määrältään (sosiaali- ja terveysministeriö 2023a).

## 5.1 Tutkimusmenetelmät

Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena ei ole tilastolliset yleistyksset, vaan tutkimuksella pyritään kuvaamaan tiettyä ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään toimintaa ja antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta tutkittavalle ilmiölle (Tuomi & Sarajärvi 2009, 84-86). Laadullinen tutkimus on aina empiiristä eli aineistoihin sekä niiden analyysiin perustuvaa. Usein laadullisen tutkimuksen kohteena on jokin yhteiskunnallisesti ajankohtainen kysymys. Laadullisen tutkimuksen aineistoja ei pyritä irrottamaan kontekstistaan, vaan niitä tulkitaan osana kontekstia. Laadullisessa tutkimuksessa haastattelu tutkimusmenetelmänä ymmärretään vuorovaikutustilanteena, jossa haastattelijan merkitystä aineiston muotoutumiseen ei voida poistaa koskaan kokonaan. (Juhila 2021.) On erityisen tärkeää, että haastateltavat tietävät mahdollisimman paljon tutkittavasta ilmiöstä tai heillä on jo kokemusta asiasta. Haastateltavien valinnan tulee olla harkittua ja tarkoitukseen sopivaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 84-86.)

Tutkimusmenetelmäni on puolistrukturoitu asiantuntijahaastattelu. Asiantuntijahaastattelua voidaan kuvata erikoistapaukseksi, jossa haastateltavat on nimenomaisesti valittuja. Haastateltavat ovat koulutettuja ja alallaan tunnistettuja asiantuntijoita, jotka edustavat tiettyä organisaatiota. Heidät on valittu tutkittavaa ilmiötä silmällä pitäen. (Anttila 1996.) Aineistonkeruun tavoitteena on tuottaa kuvaus tapahtumakulusta tai ilmiökentästä: kiinnostus ei sinänsä ole itse haastateltavassa, vaan henkilöä haastatellaan tiedon vuoksi, jota hänellä oletetaan olevan (Alastalo & Äkerman 2010, 313).

Tutkimuksen analyysimenetelmänä toimii sisällönanalyysi. Sisällönanalyysissä keskitytään siihen, mistä asioista, aiheista ja teemoista aineisto kertoo eli mitä asiantuntijat haastatteluissa puhuvat.

Sisällönanalyysi perustuu tutkijan tekemälle koodaukselle, jossa tutkija etsii, tunnistaa ja nimeää aineistostaan löytämiä sisällöllisiä elementtejä. Koodausta voi tehdä monella eri tavalla: etsimällä avoin mielin aineistosta tutkijaa kiinnostavia asioita tai valita teoreettisen ymmärryksen pohjalta ne seikat, jotka tutkijaa kiinnostaa. Yksityiskohtiin hukkuminen voidaan välttää löytämällä aineiston sisäisestä variaatiosta eli vaihtelusta yleisempiä johtopäätöksiä aineiston sisäisen vertailun avulla. Tällöin huomiota kiinnitetään sekä aineistoyksiköiden välisiin eroihin, että samankaltaisuuksiin: aineisto on voitava siis jakaa useisiin analyysiyksiköihin, joita voidaan myöhemmin verrata. (Vuori 2021.)

Vuorostaan Sarajärvi ja Tuomi (2018, 92) kuvaavat aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheita monivaiheiseksi prosessiksi, joka alkaa ennen analyysin aloittamista määrittämällä analyysiyksikkö, joka voi olla sana, lause tai lausuma. Analyysiyksikön määrittämistä ohjaavat erityisesti tutkimustehtävä sekä aineiston laatu. Aineiston redusoinnissa eli pelkistämässä data on auki kirjoitettu haastattelu, havainnointi tai dokumentti. Kun alkuperäinen data on redusoitu, on aineistosta karsittu tutkimukselle kaikki epäolennainen pois. Tämän kaltainen pelkistäminen voi tapahtua siten, että tutkimustehtävää kuvaavia ilmaisuja etsitään auki kirjoitetusta aineistosta. Pelkistetyt ilmaukset listataan allekkain eri konseptille datasta mitään kadottamatta. Pelkistämisen jälkeen seuraa aineiston ryhmittely eli klusterointi. Tällöin aineistosta koodatut alkuperäiset ilmaukset käydään läpi ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samanlaista ilmiötä kuvaavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään eri luokiksi, joista näin ollen muodostuu alaluokat. Nämä alaluokat nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokittelun avulla aineisto tiivistyy, koska yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin.

## 5.2 Aineiston esittely ja analyysin toteutus

Tutkimussuunnitelmani valmistuttua lähdin hakemaan valituilta hyvinvointialueilta tutkimuslupia. Hyvinvointialueiden tutkimuslupaprosessit erosivat toisistaan niiden laajuudeltaan ja toiset hyvinvointialueet vaativat lukuisia eri dokumentteja ennen luvan myöntämistä. Dokumentteja täyttäessäni huomasin, että suurin osa hyvinvointialueiden tutkimuslupahakemuksista oli tarkoitettu terveydenhuollon tutkimusta varten, jolloin hakemusten täyttäminen osoittautui paikoin haastavaksi. Tällöin sosiaalihuollon näkökulma tutkittavaa aihetta kohtaan oli täysin puutteellista ja vaadittavat tiedot liittyivät lähinnä potilasturvallisuuteen ja hoidolliseen

näkökulmaan. Sain kuitenkin lopulta kaikilta hakemiltani hyvinvointialueilta tutkimusluvan, vaikka prosessi osoittautui pidemmäksi kuin olin aluksi arvioinut.

Saatuani tutkimusluvut, lähdin selvittämään alueiden päihdehuollon palvelukokonaisuuksia ja mahdollisia haastateltavia. Otin aluksi yhteyttä alueiden ylemmän organisaatiotason toimihenkilöihin, jotka osasivat nimetä haastatteluihin mahdollisesti sopivia viranhaltijoita. Jokaiseen yhteydenottopyyntöni vastattiin ja lopulta haastateltavat löytyivät nopeasti. Sovimme haastateltavien kanssa Teams-tapaamiset haastattelujen toteuttamiseksi. Ennen haastatteluja loin ylemmän organisaatiotason toimihenkilöille ja viranhaltijoille oman haastattelurungon hyödyntäen puolistrukturoidun asiantuntijahaastattelun keinoja. Lähetin haastattelurungon luettavaksi kaikille haastateltaville ennen haastatteluja. Haastatteluja oli kaiken kaikkiaan yhteensä kymmenen; viiden ylemmän organisaatiotason toimihenkilön ja viiden viranhaltijan haastattelua. Haastattelujen aluksi kerroin haastateltaville hiukan itsestäni ja taustastani, tutkimuskysymyksen sekä kävimme läpi tietoturvaan liittyviä asioita. Mainitsin myös, että tutkimuksessa ei tulla käyttämään spesifejä ammattinimikkeitä, jotta haastateltavien anonymiteetti voisi säilyä. Haastattelut kestivät puolesta tunnista tuntiin. Haastattelut tallensin Teams-toiminnon avulla, jonka jälkeen litteroin aineiston.

Litteroitua aineistoa kertyi lähes 90 sivua. Luin koko aineiston läpi useampaan kertaan, jotta se avautuisi minulle mahdollisimman hyvin. Aineiston laajuuden vuoksi lähdin tiivistämään aineistoa, jotta sitä olisi helpompi hallita. Tiivistin aineistoa yliviivaus-toiminnon avulla, jolloin pystyin karsimaan aineistosta pois epäolennaiset asiat. Asiantuntijahaastattelujen teemat selkeyttivät itsessään jo aineiston läpikäymistä. Sain tiivistettyä aineiston noin 30 sivuun, jonka jälkeen jatkoin analyysia keräämällä aineistosta toistuvat aiheet ja samanlaiset ilmiöt. Lopuksi ryhmittelin tiivistetyn aineiston ja jaoin sen ylä- ja alaluokkiin. Analyysin yläluokiksi muodostui palveluiden järjestäminen ja palveluiden toteutus. Palveluiden järjestämisen alaluokiksi muodostui alueellinen muutos, päihdehuollon palvelujärjestelmä, resurssien tarve, päihdekuntoutuksen prosessikuvaus ja päihdekuntoutuksen kriteerit. Vuorostaan palveluiden toteuttamisen alaluokiksi muodostui vastuun jakaminen, asiakkaan asema, asiantuntijuuden haasteet ja asiantuntijuuden vahvuudet.

### 5.3 Tutkimuksen eettisyys

Olen toiminut vuodesta 2021 lähtien päihdetyöntekijän virassa Päijät-Hämeen hyvinvointialueella. Työnkuvaani kuuluu korvaushoidossa olevien asiakkaiden päihdekuntoutuksen tarpeen arviointi sekä siihen liittyvä päätöksenteko. Ennen nykyistä työtäni työskentelin A-Klinikan omistamassa Päihdesairaalassa, jolloin erityisesti tutuksi tulivat eri hyvinvointialueiden kirjavat käytännöt maksusitoumusten myöntämisessä. Alueelliset erot tulivat esille asiakkaiden puheissa ja se herätti ihmetystä myös työntekijöiden näkökulmasta. Kun aloitin työt päihdetyöntekijänä hyvinvointialueella, oli tavoitteenani omalta osaltani vaikuttaa asiakkaiden yhdenvertaiseen ja oikeudenmukaiseen kohteluun. Hakiessani sosiaalipolitiikan opiskelijaksi Tampereen yliopistoon tiesin, että haluan tuoda näkyväksi tutkimuksessani eri hyvinvointialueiden päihdekuntoutusprosessit niin lainsäädännön kuin universalisminkin näkökulmista.

Olen siis valinnut yhdeksi tarkasteltavaksi hyvinvointialueeksi organisaation, jossa itse tällä hetkellä työskentelen. Mielestäni tämä asettaa tutkimukselle erityisiä eettisiä haasteita, joita olen pohtinut jo ennen aineiston keräämistä. Olen keskustellut kollegojeni kanssa asiasta etukäteen ja varmistanut, että he haluavat osallistua tutkimuksen toteuttamiseen vapaaehtoisesti ilman velvollisuuden tunnetta. Olen myös painottanut, että haastattelut ovat luottamuksellisia ja kertonut tarkasti, miten haastateltavien antamaa tietoa käsitellään ja raportoidaan ilman, että heidän yksityisyyttään loukataan. Olen ollut myös tietoinen mahdollisista eturistiriidoista, jonka vuoksi olen tutkimuksessa pyrkinyt olemaan mahdollisimman objektiivinen ja rehellinen tulosten raportoinnissa.

Olen laadullisessa tutkimuksessani sitoutunut noudattamaan ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettisiä periaatteita, joihin kiinnitin erityistä huomioita tutkimusaineistoa hankkiessani sekä aineiston analyysia tehdessäni. Tämä tarkoittaa, että tutkijana kunnioitan henkilöiden ihmisarvoa sekä itsemääräämisoikeutta koko prosessin ajan. Kun tutkimus kohdistuu ihmiseen, peruslähtökohtana on tutkittavien henkilöiden luottamus tutkijoihin ja tieteeseen. Luottamus voi säilyä vain, jos tutkimukseen osallistuvien henkilöiden ihmisarvoa ja oikeuksia kunnioitetaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 7-8.) Olen pyrkinyt koko tutkimuksen ajan pohtimaan rooliani tutkijana suhteessa omaan ammattiini ja sen vaikutuksista tämän tutkimuksen toteuttamiseen. Kerroin kaikille haastateltaville nykyisestä työstäni ja ammatistani säilyttääkseni luottamuksen tutkijan ja tutkittavien välillä.

Henkilötietojen käsittelyssä erityistä huomiota tulee kiinnittää siihen, että tutkittavia on informoitu totuudenmukaisesti ja ymmärrettävällä kielellä heidän henkilötietojensa käsittelyssä ja heille kuuluvista oikeuksista (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 12). Kaikille haastateltaville lähetettiin haastattelupyynnön yhteydessä myös tutkimussuunnitelma, josta kävi ilmi henkilötietojen käsittelyyn liittyvä suunnitelma. Yksityisyyden suojaamisen yleisperiaate on, että tutkimukseen osallistuneiden ja julkaisussa mainittujen henkilöiden tietoja ei yleensä julkaista niin, että tutkimuksessa mukana olleet henkilöt voisi tunnistaa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 13). Olen pyrkinyt tutkimuksessani häivyttämään henkilötietoja niin, että haastateltavien tarkkoja ammattinimikkeitä ei julkaista, vaan aineistossa erotellaan ainoastaan ylemmän organisaatiotason toimihenkilöt ja viranhaltijat toisistaan kyseisten nimikkeiden avulla. Ajattelen, että eettisen harkinnan ja huolellisen suunnittelun avulla voidaan varmistaa, että tutkimus toteutetaan oikeudenmukaisesti ja vastuullisesti kaikkia tutkimukseen osallistuneita osapuolia kunnioittaen.

## 6. TULOKSET

Tässä luvussa esittelen analyysin tulokset. Olen lisännyt mukaan suoria lainauksia haastatteluista. Tulokset on jaettu kahteen yläluokkaan; palveluiden järjestäminen ja palveluiden toteuttaminen. Näiden pääotsikoiden alle muodostui omat alaluokat, jotka olen havainnollistanut taulukkoon 2.

<b>PALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN</b>	<b>PALVELUIDEN TOTEUTTAMINEN</b>
Alueellinen muutos	Vastuun jakaminen
Päihdehuollon palvelujärjestelmä	Asiakkaan asema
Resurssien tarve	Asiantuntijuuden haasteet
Päihdekuntoutuksen prosessikuvaus	Asiantuntijuuden vahvuudet
Päihdekuntoutuksen kriteerit	

Taulukko 2. Aineiston analyysin ylä- ja alaluokat.

### 6.1 Palveluiden järjestäminen

Tässä luvussa käsittelen palveluiden järjestämistä hyvinvointialueilla. Palveluiden järjestämiseen vaikuttivat hyvinvointialueiden muodostaminen, alueiden päihdehuollon palvelujärjestelmä, resurssien tarve sekä päihdekuntoutusprosessien eri vaiheet ja sen kriteerit.

#### 6.1.1 Hallinnollinen muutos

Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueella hyvinvointialueelle siirtyminen on tuottanut kankeutta tietojärjestelmien käytössä, koska hyvinvointialueiden muodostamisen myötä tuli ottaa uusia tietojärjestelmiä käyttöön. Kaikki kirjaukset tulee siis tehdä ensiksi terveydenhuollon järjestelmään ja sen jälkeen päätös tehdään sosiaalihuollon järjestelmässä. Keski-Uudenmaan ja Päijät-Hämeen hyvinvointialueilla muutos ei ole juuri vaikuttanut, koska alueet olivat jo ennen sote-uudistusta kuntayhtymiä. Pirkanmaan ja Lapin hyvinvointialueilla muutos on herättänyt keskustelua palveluiden yhdenmukaistamisesta koko hyvinvointialueella.

*”Hyvinvointialueen myötä on alettu keskustelemaan siitä, että koko alueella pitäisi tehdä asiat samalla tavalla. Ongelma on, että Tampereella ei voida esimerkiksi ohjata*



*tiettyyn ostopalveluun, mutta viereisessä kunnassa voidaan, mikä aiheuttaa hämmennystä.” (Pirkanmaa, ylempi toimihenkilö.)*

*”Ennen sosiaalihuolto vastasi päihdekuntoutuspäätöksistä, toki aika lyhyen aikaa. Tämä muutos ja nämä prosessit pitäisi uudelleen tarkastella, että saataisiin ne yhdenvertaiseksi koko hyvinvointialueella.” (Lappi, ylempi toimihenkilö.)*

Siirtyminen hyvinvointialueisiin vaikutti myös budjetointiin. Osa ylemmän organisaatiotason toimihenkilöistä pystyivät ottamaan kantaa hyvinvointialueen budjetointiin. Oman hankaluutensa budjetoinnin arviointiin toi se, että joillain hyvinvointialueilla pääpaino päihdekuntoutusprosesseista on terveydenhuollossa, kuten Pirkanmaan tai Lapin hyvinvointialueilla. Budjetointiin vaikuttaa myös pitkälti se, kuinka paljon hyvinvointialue ostaa palveluita. Päijät-Hämeen hyvinvointialueen toimihenkilön mukaan budjetointi laitospalveluiden osalta oli miljoona euroa ja avokuntoutuksen osalta 300 tuhatta euroa. Keski-Uudenmaan toimihenkilö kertoi vuorostaan budjetoinnin olevan noin puoli miljoonaa euroa, mutta budjetoiduista määrärahoista oletetaan tulevan kuitenkin säästöä. Verrattaessa Päijät-Hämeen ja Keski-uudenmaan hyvinvointialueiden budjetoiteja, ero voi näyttää merkittävältä, koska hyvinvointialueet ovat asukasluvultaan hyvin samanlaiset. Kuitenkin vertailussa tulee huomioida, että Keski-Uudenmaan hyvinvointialue käyttää ostopalveluita vain erikoistilanteissa, koska hyvinvointialue tuottaa pääsääntöisesti itse laitos- sekä avokuntoutusta.

### 6.1.2 Päihdehuollon palvelujärjestelmä

Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueella perus- ja erityispalvelut löytyvät samasta paikasta, tosin hyvinvointialueella on menossa asian suhteen muutosneuvottelut, jonka jälkeen palvelut todennäköisesti tullaan pilkkomaan eri vastuualueiden alle. Hyvinvointialueella on tarjolla selviämisen ja vieroitushoitoyksikkö, joka on terveydenhuollon palvelua. Avokuntoutus on soveltuvin osin sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain alaista. Hyvinvointialue ei tuota itse laitospalveluita, asumispalveluita, kotikuntoutusta tai päivätoimintaa, vaan ne ovat ostopalvelua. Ostopalveluprosesseja varten on perustettu tiimi, jossa työskentelee sosiaalityöntekijä, ylempi toimihenkilö ja terveysosiaalityön edustaja. Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella perustason palveluissa on avovastaanottopalvelut, vieroitushoitoyksikkö sekä avo- ja laitospalvelut. Palvelut ovat pääsääntöisesti omaa tuotantoa, ostopalveluja käytetään vain erikoistilanteissa.

Päijät-Hämeen hyvinvointialueella perus- ja erityispalveluista löytyy terveydenhuollon tuottama päihdepäivystys, jonka vastuulla on myös ajanvarausvastaanotto. Sosiaalihuollon puolella työskentelevät päihdetyöntekijät, jotka tekevät päätökset kuntoutukseen liittyvissä asioissa. Lisäksi muita palveluita ovat asumispalvelut sekä asunnottomien palvelut, korvaushoitoyksikkö, selviämisyksikkö sekä päihdepsykiatrianpoliklinikka. Vieroitushoito tuotetaan ostopalveluna. Pirkanmaan hyvinvointialueella peruspalvelut tuotetaan terveyskeskusten ”miepä-tiimeissä”, josta voidaan tehdä ohjaus avohoitoon. Lisäksi alueella on korvaushoitoyksikkö, terveysneuvontapiste, vieroitushoitolaitos ja päihdekuntoutuslaitos. Lapin hyvinvointialueen perus- ja erityispalveluihin kuuluu esimerkiksi päiväkeskus, sosiaalityöntekijöiden tiimi palveluntarpeenarviointia varten, kotiin vietävät palvelut ja A-Klinikan palvelut.

### 6.1.3 Resurssien tarve

Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueella niin toimihenkilö kuin myös viranhaltija olivat sitä mieltä, että tarve ja resurssit eivät kohtaa. Henkilökuntaa ei ole pystytty lisäämään samassa suhteessa palvelujen nousevaan tarpeeseen. Viranhaltijan mukaan alueen päihdepalvelut eivät ole myöskään riittäviä, joka johtuu osaltaan palveluntuottajista eli ostopalvelusta. Toimihenkilön mukaan taas erityisesti laituskuntoutuksen toteutus ostopalveluna on hyvä asia siksi, että se mahdollistaa useamman palveluntarjoajan käytön ja tällöin asiakkaan toiveet sekä erityistarpeet voidaan huomioida.

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella toimihenkilön mukaan alueen resurssit ja tarve kohtaavat; hoidon tarpeen arvioinnista seitsemän vuorokauden jälkeen aloitetaan hoito. Järjestely on kuitenkin haavoittuva, koska sairaslomat ja irtisanoutumiset vaikuttavat heti resursseihin negatiivisesti. Viranhaltijan mukaan kuntayhtymän ja hyvinvointialueen muodostuksen myötä on erityisesti korostunut voimakas toiminnan kehittämisen näkökulma. Työntekijöitä on koulutettu käyttämään vaikuttavia lyhytinterventioita ja digipalveluiden roolia on painotettu entisestään. Vastaanottokäyntejä toteutetaan etänä ja hoitosuhteet ovat aiempaa lyhyempiä, joka mahdollistaa yhä useamman asiakkaan hoidon. Viranhaltijan mukaan hoidon tarve on kasvanut, mutta henkilöstömäärä ei, jonka vuoksi asiakkaiden ohjaaminen digipalveluihin on välttämätöntä. Perustyö pitäisi pystyä hoitamaan entistä taitavammin, vaikuttavammin ja tehokkaammin, samalla sopeutuen digitalisaatioon.

Päijät-Hämeen hyvinvointialueella sosiaalihuollon näkökulmasta työntekijät ovat kertoneet, että resurssit palvelun tarpeeseen verrattaessa ovat riittävät. Pitkiä jonoja ei ole syntynyt ja asiakkaat pääsevät nopeasti palveluiden piiriin. Resurssia on myös lisätty vuosien aikana sosiaalihuollon mukaiseen päihdetyöhön, jotta kasvavaan tarpeeseen pystytään vastaamaan nopeastikin. Viranhaltijan mukaan palveluita on hyvin saatavilla, niin perus- kuin erityispalveluissa kuin myös kolmannella sektorilla.

Pirkanmaan hyvinvointialueella toimihenkilön mukaan resurssien puute näkyy kokonaisvaltaisesti niin sosiaali- kuin terveydenhuollon palveluissakin. Terveysasemien haasteet ovat suuria, koska henkilökunnasta on pulaa, erityisesti lääkäreistä. Pirkanmaalla kehitettiin myös ”minun tiimi” –malli, jossa asiakkaalla olisi terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaiset käytettävissä, jolloin esimerkiksi asiakkaan päihdekuntoutusprosessi voitaisiin suunnitella kokonaisvaltaisesti moniammatillisessa tiimissä. Nykyiset resurssit eivät kuitenkaan mahdollista tällaista työskentelymallia. Sosiaalihuollossa asiakkaita on myös paljon jonossa, jolloin erityisen tuen tarpeessa olevia asiakkaita on pyritty priorisoimaan.

Lapin hyvinvointialueen toimihenkilön mukaan alueen resurssit eivät ole riittävät, joka heijastuu myös päihdekuntoutusprosessien epäselvyyteen. Viranhaltijan mukaan palvelujen saatavuus on pitkälti kiinni alueesta, mutta pääsääntöisesti resursseja on huonosti verrattaessa tarpeeseen. Vähäisten resurssien takia hyödynnetään paljon myös muita toimijoita, kuten kolmannen sektorin työntekijöitä. Jonot palveluiden piiriin ovat myös pitkät, jopa kuukauden, jolloin asiakkaat eivät voi saada kovin nopeasti tarvitsemaansa palvelua.

### 6.1.4 Päihdekuntoutuksen prosessikuvaus

Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueella päihdekuntoutusprosessi alkaa siitä, että ostopalvelutiimille tulee asiakkaan ja avopalveluiden työntekijän yhdessä täyttämä hakemus perusteineen. Ostopalvelutiimi kokoontuu kerran viikossa, jolloin jokainen hakemus käsitellään yksilöllisesti ja pohditaan palvelun oikea-aikaisuutta ja mahdollista vieroitushoidon tarvetta ennen laituskuntoutuksen alkua. Tarvittaessa ostopalvelutiimi voi pyytää hakemuksen täydentämistä, esimerkiksi palvelutarpeen arviointi tulee olla tehtynä ennen laituskuntoutukseen lähtemistä. Palvelutarpeen arvioinnin avulla voidaan esimerkiksi huomata, että asiakas tarvitseekin enemmän

asumispalveluita, eikä ajankohtaisesti laituskuntoutusta. Päihdekuntoutuspäätökset ovat sosiaalihuoltolain mukaisia.

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella päihdekuntoutusprosessin alussa arvioidaan lainsäädännöllinen näkökulma. Jos päihdekuntoutuksen tarve on lääketieteellisesti perusteltua, alkaa terveydenhuollon puolen prosessi ja näin ollen päätös on terveydenhuoltolain mukainen. Tarvittaessa voidaan tehdä myös sosiaalihuoltolain mukainen päätös, jolloin päätös voi olla myös kielteinen. Terveydenhuoltolaki ei anna mahdollisuutta tehdä kielteistä päätöstä, koska hoidon tarve määrittää myös välttämättömän hoidon saamisen. Päihdekuntoutukseen hakevalle tehdään pääsääntöisesti hoidon tarpeen arviointi omatyöntekijän, eli sairaanhoitajan toimesta. Jos hoitoon hakevalla todetaan tarvetta erityiselle tuelle, voidaan sosiaalityöntekijä kutsua mukaan arvioinnin tekoon. Sairaanhoitaja tekee hoitosuunnitelman, johon voi osallistua päihdelääkäri. Tämän jälkeen kirjallinen suunnitelma lähetetään päihdehoidonkoordinaattorille, joka tekee sijoituksen perustaen sen lääkäriltä ja hoitajalta saamiinsa tietoihin.

*“Tehdään terveydenhuoltolain mukaisia päätöksiä päihdekuntoutuksesta, eli ne eivät ole sosiaalihuoltolain mukaisia päätöksiä ja siis terveydenhuoltolain mukaisista päätöksistä ei voi valittaa. Eli me tiedetään, että terveydenhuoltolaki on asiakkaan kannalta käytännössä aina edullisempi tapa saada hoitoa. Kun taas sosiaalihuoltolain lakihan antaa enemmän pelivaraa ikään kuin evätä se laituskuntoutus, että tähän on asiakaslähtöinen tapa, että me tehdään terveydenhuoltolain mukaisia.”  
(Keski-Uudenmaan hyvinvointialue, viranhaltija.)*

Päijät-Hämeen hyvinvointialueella päihdekuntoutusprosessi yleensä alkaa siitä, että päihdepäivystyksessä tai sosiaalihuollossa huomataan palvelun tarve ja jonka jälkeen konsultoidaan päihdetyöntekijää. Päihdetyöntekijä tekee arvioinnin sekä päätöksen päihdekuntoutuksesta. Jos asiakkaalla on nimetty omatyöntekijä sosiaalihuollossa, tekee omatyöntekijä palvelutarpeen arvioinnin ja asiakassuunnitelman. Päätökset ovat siis sosiaalihuoltolain mukaisia.

Pirkanmaan hyvinvointialueella havahduttiin terveydenhuollon lakimuutokseen vuoden 2023 syyskuussa, jonka jälkeen päihdekuntoutuspäätökset on tehty pääsääntöisesti terveydenhuollon puolella. Ennen lakimuutosta päihdekuntoutuspäätökset olivat aina sosiaalihuoltolain mukaisia. Päihdekuntoutusprosessi alkaa useimmiten siitä, että päihdekuntoutukseen hakevat ohjataan

terveydenhuoltoon, jossa tehdään arvio sekä päätös päihdekuntoutuksesta. Jos kuntoutukseen hakevalla perusteena on ainoastaan sosiaaliset syyt, voidaan päätös tehdä yhä sosiaalihuollossa.

Lapin hyvinvointialueella päihdekuntoutukseen liittyvä arviointi sekä päätökset tehdään pitkälti terveydenhuollon alla. Terveystieteiden tutkimuskeskus tekee hoidon tarpeen arvioinnin, jonka perusteella asiakas pääsee päihdekuntoutukseen. Koko hyvinvointialueen sisällä on tässä eroja, joillain pienemmillä paikkakunnilla päihdekuntoutuspäätökset tehdään yhä sosiaalihuoltolain mukaan. Kuitenkin kaikilla hyvinvointialueilla yhteistä prosessissa oli se, että päihdekuntoutusjakso myönnetään kerralla noin kuukauden ajaksi, jonka jälkeen asiakkaalla on usein mahdollisuus hakea viikon tai kahden jatkopäätöstä.

*”Pituudet vaihtelevat mitä minä olen tehnyt noita päätöksiä, mutta pääsääntöisesti ovat sen kuukauden. Voidaan lähteä liikkeelle siitä kahdesta viikosta ja sitten on kuitenkin optio hakea lisää, eli yleensä kuntoutuksissa ollaan ainakin se kuukausi. Näissä Minnesota –hoitomalleissahan ollaan se kuukausi tai 28 päivää hoidossa ja sen jälkeen 11 kuukautta avokuntoutuksessa, niin onhan se taas semmoinen käytännössä vuoden kestävä prosessi.” (Lapin hyvinvointialue, viranhaltija.)*

### 6.1.5 Päihdekuntoutuksen kriteerit

Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueella kriteerinä päihdekuntoutukseen pääsyssä on, että asiakkaan tulee olla jo asiakuudessa päihdepalveluissa, jolloin avopalveluiden jatkumo myös kuntoutuksen jälkeen voidaan turvata. Jos asiakas on asunnoton ja hänellä on vakava päihdekerre, niin asiakkaalle tarjotaan ensisijaisesti muita palveluita kuin laitostuntoutusta. Alueella nähdään, että laitostuntoutuksesta ei välttämättä ole juurikaan hyötyä, jos asiakas siirtyy kuntoutukseen suoraan kadulta. Asiakkaan erityisyys, kuten korvaushoito, ei ole este laitostuntoutukselle. Ainoastaan yksityiset palveluntarjoajat voivat itse valita, millaisilla kriteereillä he asiakkaita ottavat vastaan. Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella kriteereissä laitostuntoutuksen aloittamiselle on asiakkaan oma halu ja kyky hyötyä laitostuntoutuksesta.

*”Meillä ei ole semmoista lomailubudjettia olemassa veronmaksajien piikkiin, että kyllä me siitä lähdetään, että täytyy olla halu ja kyky hyötyä siitä. Tietenkin on jotain äärimmäisiä poikkeustilanteita; jos ihminen on hyvin kaoottisessa elämäntilanteessa asunnottomana ja katsotaan, että ihminen täytyy saada laitostuntoutukseen, jotta*

*sitten voidaan päästä asiaa vähän tarkemmin selvittämään ja tutkimaan mistä on kysymys ja miten auttaa ihmistä. Mutta ne nyt ovat kuitenkin aika harvinaisia tilanteita. Ne ovat äärimmäisiä tapauksia, että laitetaan ihminen laitostuntoutukseen, vaikka hän ei itse kuntoutuksesta pystykään hyötymään.”*  
(Keski-uudenmaan hyvinvointialue, viranhaltija.)

Päijät-Hämeen hyvinvointialueella kiinnitetään erityistä huomiota palvelujen oikea-aikaisuuteen. Esimerkiksi asiakkaan asunnottomuus voi olla este kuntoutukseen haettaessa, koska mahdollisen kuntoutuksen jälkeen kotiutuminen kadulle ei tue muutoksen ylläpitämistä. Viranhaltijan mukaan tavoitteena on myös se, että asiakas olisi ollut peruspalveluissa jo asiakkaana ennen kuntoutukseen hakemista, koska peruspalvelut voivat joissain tapauksessa olla riittävät ja oikeassa suhteessa asiakkaan tuen tarpeeseen. Jos tilanne muuttuu, tilannetta voidaan aina arvioida uudestaan. Sinänsä asiakkaan erityisyys, kuten korvaushoito tai elämänhistoria eivät saa vaikuttaa asiakkaan saamiin palveluihin, vaikka joissakin palveluissa on yhä näkyvissä jopa syrjintää asiakkaan historian vuoksi.

Asunnottomuus vaikuttaa myös laitostuntoutuksen pääsyyn Pirkanmaan hyvinvointialueella, koska periaatteena on, että asiakkaita ei kuntouteta kadulle. Palvelupyyntö tehdään yhdessä asiakkaan ja omatyöntekijän kanssa, johon merkataan myös perusteet laitostuntoutukselle. Usein perusteena on se, että avopalvelut eivät ole riittävät ja päihteiden käyttö on niin rajua, että ainoastaan vieroitushoito ei riitä lopettamaan päihteiden käyttöä. Asiakkaat ovat kuitenkin tuoneet esille, että päihdeongelmaisen stigma vaikuttaa terveydenhuollossa pitkälti heidän saamiinsa palveluihin. Asiakkaiden mukaan heidän olisi helpompi asioida tutun sosiaalihuollon omatyöntekijän kanssa, kuin hakeutua omaan terveyskeskukseen päästäkseen päihdekuntoutukseen.

Ainoastaan Lapin hyvinvointialueella ei käynyt ilmi, että asunnottomuus itsessään sulkisi pois päihdekuntoutuksen mahdollisuuden. Kriteereinä lähinnä on asiakkaan oma motivaatio sekä kokonaistilanteen arviointi, ei niinkään esimerkiksi jo avopalvelujen piirissä oleminen. Asiakkaan hakiessa laitostuntoutukseen arvioidaan myös päihdeongelman vakavuutta ja asiakkaan omaa tavoitetta päihteettömyyden osalta: se kertoo paljon asiakkaan omasta motivaatiosta ja siitä, kuinka valmis hän on sitoutumaan koko prosessiin.

## 6.2 Palveluiden toteutus

Tässä luvussa esittelen palvelujen toteutumista hyvinvointialueilla. Palveluiden toteutukseen vaikuttivat sosiaali- ja terveydenhuollon roolit, asiakkaan asema sekä viranhaltijoiden työnkuva sekä asiantuntijuus.

### 6.2.1 Vastuun jakaminen

Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueen viranhaltija koki, että sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö toimii suhteellisen hyvin. Joskus haasteita on tuottanut vieroitushoidon yhdistäminen laitostuntoutukseen, koska tällöin toimitaan molempien eri toimijoiden rajapinnassa. Kuitenkin kontakti ja vuoropuhelun mahdollisuus ovat olemassa ja sitä tarpeen tullen hyödynnetään. Ostopalvelutiimissä, jossa arvioidaan laitostuntoutushakemukset, työskentelee niin sosiaalihuollon kuin terveydenhuollon edustajia, jolloin moniammatillisuus on vahvasti edustettuna. Avohoidon puolella taas yhteistyö terveydenhuollon, erityisesti psykiatrian kanssa ei toimi juuri ollenkaan.

*“Ei suomessa tai ainakaan tällä hyvinvointialueella voida hoitaa päihderiippuvaista asiakasta yksinään. Me ollaan terveydenhuollosta riippuvaisia, myös avohoidon osalta. Eli meidän asiakkaat eivät saa päihdepalvelujen ohella muita palveluita, vaikka niitä tarvitsisivat. Ajattelen, että me päihdepalvelut ei koskaan voida olla pelkkä päihdepalvelu. Meidän asiakkaat ovat niin moniongelmaisia, että ne tarvitsevat paljon muitakin palveluita, kuin päihdepalveluita. Järjestämisvastuu tokikaan näistä muista palveluista ei ole päihdehuollossa, mutta tätä prosessia tulisi tarkastella uudestaan.”*  
(Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue, viranhaltija.)

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen viranhaltijan mukaan yhteistyö toimii hyvin, vaikka alueella pääsääntöisesti päihdekuntoutuspäätökset perustuvat terveydenhuollon lainsäädäntöön. Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä osa sosiaalipalveluista ovat yhtenäinen yksikkö, vaikkakin toiminta on pääosin terveydenhuollon alaista toimintaa. Jos päihdekuntoutukseen lähtevä tarvitsee esimerkiksi tuettua asumista, niin pyyntö välitetään asiasta sosiaalitoimeen.

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen toimihenkilö vuorostaan näki, että sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyössä olisi vielä parannettavaa ja rooleissa selkeytettävää. Toimihenkilö näki, että lainsäätäjät on ollut turhan höveli sen suhteen, että työntekijällä on vastuu siitä, tekeekö

hän terveydenhuollon vai sosiaalihuollon päätöksen. Tällaisella lainsäädännön rajapinnalla työskentely vaatii selkeyttä ja sen eteen on tehty koko ajan töitä, esimerkiksi pohtimalla kumpaan rekisteriin milloinkin viedään mikäkin tieto. Iso, mutta tunnistettu haaste on se, että asiakkaan lähtiessä päihdekuntoutukseen terveydenhuollon päätöksellä, ei nimetty sosiaalihuollon omatyöntekijä saa siitä välttämättä tietoa. Tähän on yritetty pohtia ratkaisua yhteistyön sujuvuuden kehittämiseksi.

Päijät-Hämeen hyvinvointialueella niin toimihenkilö kuin viranhaltijakin näkevät, että yhteistyö toimii hyvin. Sosiaalihuollon rooli päihdekuntoutuspäätöksiä tehdessä on suurempi, mutta terveydenhuolto otetaan mukaan prosessiin aina, kun se on tarpeellista. Terveydenhuolto esimerkiksi huolehtii asiakkaan vieroitushoitajakson päätöksestä, jolloin tarpeen tullen terveydenhuoltoa konsultoidaan tai järjestetään verkosto. Sosiaalihuollon nimetty omatyöntekijä on aina prosessissa mukana.

*“Koen, että yhteistyö on selkeää ja toimivaa. Pidän tärkeänä sitä, että kaikki tunnistavat oman roolinsa prosessin eri vaiheissa, koska silloin jokainen tietää, mitä kukakin tekee. Kuitenkin tällaiset uimarata –mallit yksinkertaistaisi vielä enemmän prosesseja ja mahdollistaisi sen, että tietäisin keneen minun tulisi olla yhteydessä. Joskus tilanne on se, että toisen puolen työntekijöitä on miljoona ja on haastavaa löytää, kehen tällaisessa tilanteessa voisi ottaa yhteyttä. Jos mallit laadittaisiin lainsäädännön tuoman mahdollisuuden puitteissa, voisi se jättää turhat rönsyilyt sieltä pois.” (Päijät-Hämeen hyvinvointialue, viranhaltija.)*

Pirkanmaan hyvinvointialueella yhteistyö viranhaltijan mukaan on ohutta ja siinä on paljon kehitettävää. Haasteena on erityisesti se, että päihdekuntoutusprosessi on epäselvä; terveydenhuollon ja sosiaalihuollon työnjako on monimutkainen. Sosiaalihuollossa ei esimerkiksi tiedetä, millä kriteereillä terveydenhuolto myöntää palveluita ja milloin taas sosiaalisia perusteita voidaan soveltaa palvelujen järjestämisessä.

*“Jos asiakas pääsee hoitoon terveydenhuollon päätöksellä eikä sosiaalisena kuntoutuksena, niin avainasemassa olisi se yhteistyö, että tieto asiakkaan tilanteesta tulisi myös sosiaalihuoltoon, koska aina sitä tietoa ei ole tullut. Jos yhteistyö toimisi, voitaisiin miettiä yhdessä niitä palveluita kuntoutuksen jälkeiselle ajalle. Ja jos asiakas haluaisi vielä jatkoa ja terveydellisiä perusteita ei olisi, niin sosiaalihuolto voisi arvioida, jos kuntoutusta voitaisiin jatkaa sosiaalisen kuntoutuksen perusteella. Tällä hetkellä*



*yhteistyötä ei juurikaan ole, paljon kehitettävää olisi jo siinä, miten yhteydenpitoa voitaisiin toteuttaa.” (Pirkanmaan hyvinvointialue, viranhaltija.)*

*”Syyskuussa 2023 havahduttiin lakimuutokseen ja siitä tehtiin johtopäätös, että kuntoutus on terveydenhuollon asia. Tässä mittaluokassa terveydenhuolto ei ole aiemmin näitä asioita hoitanut, että nyt lääkärit ja sairaanhoitajat ovat siellä pulassa. On huomattu, että tällä hetkellä asiakkaat pääsevät todella helposti päihdekuntoutukseen. Sosiaalihuollon puolella on kuitenkin oltu aika tiukkoja siinä, että milloin päihdekuntoutus on järkevää ja tehty paljon sitä arviota. Terveydenhuolto ei tiedä prosessista juuri mitään ja asiakkaita on päästetty kalliisiin laituskuntoutuksiin tuosta noin vain pitkäksi aikaa. Kun asiasta on kysytty terveydenhuollolta, vastaus on ollut, että mä vaan laitoin sen sinne, kun se nuori halusi.” (Pirkanmaan hyvinvointialue, toimihenkilö.)*

## 6.2.2 Asiakkaan asema

Oikeudenmukaisen ja yhdenvertaisen kohtelun varmistaminen lähes kaikilla valituilla hyvinvointialueilla liittyi päihdekuntoutusprosessien samankaltaisuuteen kaikille asiakkaille. Keski-Uudenmaan hyvinvointialueella erityistä huomiota kiinnitetään ammattieettisiin periaatteisiin, omavalvontasuunnitelmaan, strategiaan sekä arvoihin. Oikaisuvaatimuksia päihdekuntoutuspäätöksistä ei ole juuri tullut ja kielteisiä päätöksiä palvelusta tehdään hyvin harvoin.

Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueen toimihenkilön sekä viranhaltijan mukaan yhdenvertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta edistetään niin, että kaikkia kohdellaan tasavertaisesti. Jos esimerkiksi terveydenhuollosta tulee pyyntö kiirehtiä asiakkaan kuntoutusta, niin pyyntöön ei suostuta. Kaikille kuntoutuksiin hakeville tehdään palvelutarpeen arviointi päihdepalveluissa ja asiakkaalla on myös mahdollisuus vaikuttaa kuntoutuslaitoksen valintaan. Asiakassuunnitelma tehdään myös kaikille asiakkaille ja se kirjataan terveydenhuollon tietojärjestelmään, minkä viranhaltija kokee epäkohdaksi. Joskus myös juuri sopivia ostopalveluita on vaikea löytää erityisille asiakkaille.

*”Jos laituskuntoutusta ajatellaan, niin sinnehän pääsee kyllä kaikki. Mutta ehkä siinä mielessä, että niitä laitoksia, jotka antavat sekä laituskuntoutusta että korvaushoitoa, niin semmoisiahan ei ole kovin paljoa Suomessa ole ja sen takia välillä joutuu jonottamaan, ikävä kyllä. Samaten jos haluaa vaikka lemmikin mukaan laituskuntoutukseen, niin semmoisia paikkoja ei ole kovin montaa. Tai jos on*

*korvaushoidossa ja on vielä lemmikinomistaja, niin he ovat tosi huonossa asemassa. Se ei johdu meistä, vaan siitä, että niitä palveluita ei yksinkertaisesti ole kovin paljon.”*  
(Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue, viranhaltija.)

Päijät-Hämeessä vuorostaan oikeudenmukaisuutta pyritään varmistamaan hyvin tehdyllä sekä laajalla palvelutarpeen arvioinnilla. Viimeisen kolmen vuoden aikana ei ole tullut yhtäkään oikaisuvaatimusta tai edes yhteydenottoa, jossa oltaisiin oltu tyytymättömiä saatuun palveluun. Pääsääntöisesti siis asiakkaiden palaute on ollut hyvää ja erityistä kiitosta on tullut nimenomaan asiakkaiden kohtaamisesta ja prosessien sujuvuudesta. Myös Lapin hyvinvointialue nosti esille asiakkaan palvelutarpeen arvioinnin tärkeyden, jonka avulla voidaan tehdä asiakkaan näkökulmasta sellaisia ratkaisuja ja tarjota myöskin juuri niitä palveluita, joista asiakas voi hyötyä. Lapin hyvinvointialueen toimihenkilöllä ei ollut tiedossa yhtään oikaisuvaatimusta, paitsi yksi, joka on tullut vielä sosiaalihuollon ollessa päävastuussa päätöksenteosta.

Vuorostaan Pirkanmaalla asiakasohjaus on käytännössä varmistanut asiakkaiden tasa-arvoisen kohtelun, koska tällöin arviointeja on tehnyt vain samaiset kaksi työntekijää. Tällä hetkellä tilanne ei kuitenkaan ole samanlainen, koska yhä useampi asiakas joutuu hakemaan päihdekontoutukseen terveydenhuollon kautta. Aiempina vuosina oikaisuvaatimuksia saapui useita, mutta esimerkiksi vuonna 2023 niitä on tullut vain yksi. Muutos oikaisuvaatimusten vähenemiseen liittyy palvelujärjestelmän saama mediahuomio.

*“Tämä asia muuttui vuonna 2020, kun täällä tuli valtava uutisjuttu Aamulehteen, että täällä on tosi vaikea päästä päihdehoitoon ja silloin se pistettiin jotenkin sosiaalityön syyksi, vaikka se ei näin ollut. Tilanne oli oikeasti se, että sosiaalityöntekijät kun teki palvelupyynnön, niin silloin ne ehdotukset eivät menneet läpi, koska asiakasohjauksessa oli paljon tiukempi linja. Asiakasohjauksessa oli siis yksittäinen, terveydenhuollon edustaja, joka katsoi ehdotukset läpi. Kuitenkin vuonna 2020 asiakkaat ja omaiset tarttuivat tähän ja tekivät kanteluita ja valituksia asiasta ja Aamulehti teki useita uutisia asiaan liittyen. Tämän jälkeen todennäköisesti johdon tasolta tuli ohjeistus löysentää linjaa ja käytännössä sen jälkeen kaikki hakemukset ovat menneet läpi. Asiakasohjauksen tiimi koostuu myös nykyään sosiaalialan ammattilaisista ja tähän 2023 syksyyn asti toiminta on Tampereella ollut tämmöinen.”*  
(Pirkanmaan hyvinvointialue, viranhaltija.)

### 6.2.3 Asiantuntijuuden haasteet

Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueen viranhaltijan mukaan hänen työkuvansa on erittäin laaja, jota ei ole koskaan tarkasti määritelty. Viranhaltija tekee kirjauksia niin sosiaali- kuin terveydenhuollon tietojärjestelmiin. Viranhaltijan mukaan hän ei ole saanut tarpeeksi perehdytystä lainsäädännön tulkitsemiseen tai asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Asiantuntemus on kertynyt pitkälti työhistorian kautta, mutta koulutusta työn kautta ei ole ollut. Viranhaltija kokee myös esihenkilön olevan todella kaukana, koska ei tiedä ymmärrettävästi viranhaltijan käytännön työstä juuri mitään.

*“Tavallaan teen kahteen eri järjestelmään kirjauksia, mutta mä nyt olen itse rajannut sen niin, että kaikki tällaiset sosiaalihuollon asiakkaat, jotka ovat vain ja ainoastaan asumispalveluissa tai muuten näissä ostopalveluissa, niin niistä kirjaan vain sosiaalipuolen tietojärjestelmään. Mutta sitten taas meillä on toistaiseksi linjattu niin, että nämä sosiaalisen kuntoutuksen asiakkaat, niin heistä kirjataan tuonne terveydenhuollon järjestelmään. Tästä olen kyllä eri mieltä, että näin ei kuuluisi missään nimessä tehdä, ei ole minun mielestäni kyllä lainmukaista.” (Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue, viranhaltija.)*

Työssään viranhaltija kokee haasteena ne asiakkaat, jotka ovat haavoittuvassa ja vaikeassa elämäntilanteessa ja heille oikeiden ja sopivien palvelujen löytämisen. Haasteena usein on myös se, että asiakasta on vaikea saada jatkamaan vieroitushoitajakson jälkeen laitospääntoutukseen, koska asiakasta ei välttämättä saada sinne jonon takia heti akuutisti. Viranhaltijan mukaan myös haasteena on se, että päihdepalvelujen lisäksi asiakkaan on vaikea saada muita palveluita, vaikka he olisivat moniongelmaisia.

*“Meidän asiakkaat tarvitsevat hyvin paljon myös terveydenhuollon palveluja, kuten esimerkiksi vieroitushoitoa. Ja se, että saadaan oikea-aikaisesti ja asiakas ensin sitä kautta, vaikka laitospääntoutukseen jatkamaan, niin se on kyllä haasteellista. Toistaiseksi meillä on ollut aika ihastuttava tilanne sikäli, että meillä tässä samassa talossa tuo vieroitusasema, jonka kautta on sitten pystytty aika sujuvasti sopimaan ja lääkäri tuossa lähellä, joka päättää näistä vieroituksen asiakkaista. Mutta mä vähän pahoin pelkään, että tämäkin on meillä muuttumassa, eli ei tule olemaan enää jatkossa ihan näin näppärää tämä yhteistyö terveydenhuollon kanssa. Me ollaan todella riippuvaisia siitä, että meidän asiakkaat olisi hyvässä kunnossa, että he hyötyisivät esimerkiksi laitospääntoutuksesta. Me ollaan siis todella riippuvaisia vieroituksesta ja muutenkin terveydenhuollosta siinä asiassa.” (Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue, viranhaltija.)*

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen viranhaltijan mukaan digitalisaatio on haaste erityisesti huonokuntoisille asiakkaille, jotka eivät pysty käyttämään sähköisiä palveluita. Nyt tavoitteena on, että asiakkaan tulisi soittaa asiakasohjausyksikköön, jossa tehtäisiin mahdollinen hoidon tarpeen arviointi ja palveluun ohjaus. Erityisesti päihdeasiakkaat eivät vastaa puhelimeen, jolloin kontaktin saaminen on haastavaa. Nyt kuitenkin mallia yritetään muuttaa niin, että asiakkaille olisi tarjolla myös matalan kynnyksen palveluita, joihin voisi hakeutua ilman ajanvarausta ja terveydenhuollon työntekijän työnparina toimi sosiaaliohjaaja. Tällainen malli on ollut aiemmin alueella käytössä, mutta ylempi johto halusi aiemmin keskittää kaikki uudet asiakkaat suoraan asiakasohjausyksikköön.

Päijät-Hämeen hyvinvointialueella viranhaltijan toimenkuvaan kuuluu päihdekuntoutuspäätösten sekä maksusitoumusten tekeminen, asiakasvastaanotto, konsultaatio ja moniammatillinen yhteistyö. Viranhaltijan vastaanotolla on mahdollista käydä myös asiakkaan läheiset. Viranhaltijan mukaan hän on saanut tarpeeksi perehdytystä sekä koulutusta lainsäädännön tuntemiseen ja tarvittaessa hän on itse ottanut asioista selvää. Viranhaltija ei näe omasta ammatillisesta näkökulmasta palveluiden saatavuudessa juurikaan haasteita; palveluita on saatavilla niin peruskuin erityispalveluissakin sekä tarvittaessa myös kolmannella sektorilla. Viranhaltijan mukaan omassa työssä joskus haasteena on kirjallisen työmäärän paljous, jolloin pienimuotoinen toiminta tai työskentely ei olekaan enää niin yksinkertaista.

Pirkanmaan hyvinvointialueen viranhaltijan toimenkuvaan kuuluu sosiaalihuollon omatyöntekijyyden lisäksi viranhaltijapäätösten ja maksusitoumusten tekeminen päihdekuntoutukseen. Viranhaltijan mukaan hän ei ole saanut tarpeeksi perehdytystä lainsäädäntöön, etenkin muutoksiin liittyen. Työn haasteet liittyvät prosesseihin, joihin on tullut muutoksia, mutta käytäntö laahaa perässä. Eri toimijoiden työnjako on epäselvää ja ylipäättänsä yhteistyössä olisi paljon parantamisen varaa.

*”Nythän siis vuoden alusta tuli nämä lakimuutokset voimaan tähän päihdehuoltoon liittyen ja täytyy todeta, että ei olla saatu siis minkäänlaista perehdytystä asiasta. Ja kyllä, tarvetta olisi koska tämä on tosi sekavaa. Kukaan ei oikein tiedä, mitä tämä lakiuudistus käytännössä tarkoittaa ja mihin se vaikuttaa ja miten. Myös meidän käytännön työhön on tullut muutoksia, mutta kuitenkin ei ole tiedossa, miten tässä tulisi toimia.” (Pirkanmaan hyvinvointialue, viranhaltija.)*

Lapin hyvinvointialueen viranhaltija tekee yhdennettyä työtä pienessä kunnassa, eli hänen työnkuvansa on laaja. Viranhaltijan asiakkaisiin kuuluu kaikki niin vauvaikäisistä eläkeläisiin ja hän tekee myös päätökset ja maksusitoumukset päihdekuntoutukseen. Viranhaltijan mukaan hän on saanut tarpeeksi perehdytystä lainsäädännön tuntemiseen, joka pitkälti jo tullut myöskin oman tutkinnon kautta. Epäselvissä tilanteissa viranhaltijalla on mahdollisuus konsultoida hyvinvointialueen lakimiestä ja tukea saa myös paljon esihenkilöltä. Viranhaltija näkee työssään haasteena sen, että prosessit ovat vielä epäselviä hyvinvointialueen sisällä.

*”Meillä oli tilanne missä sosiaalityöntekijä oli myöntänyt päihdekuntoutusta alkoholiriippuvuuteen ja asiakkaan mennessä kuntoutusjaksolle selvisinkin, että hänellä onkin huumeongelma. Asiakkaalla oli lääkkeiden väärinkäyttöä, eli eihän tässä edes saisi sosiaalihuollon työntekijä myöntää tällaista palvelua, koska se menee terveydenhuollon puolelle. Eli näissä prosesseissa on epäselvyyksiä.” (Lapin hyvinvointialue, viranhaltija.)*

#### 6.2.4 Asiantuntijuuden vahvuudet

Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueen viranhaltija toi alueen vahvuutena esille sen, että sosiaalinen kuntoutus toimii heidän alueellaan erittäin hyvin. Palvelu on asiakaslähtöistä ja siellä pystytään tekemään perusteellista arviointityötä. Sosiaalinen kuntoutus perustuu asiakkaan tarpeeseen ja siinä pyritään huomioimaan laajasti asiakkaan koko elämätilanne, eikä kyseessä ole hetkellisestä interventiosta. Viranhaltijan mukaan myös laituskuntoutukseen pääsee lähes kaikki sinne haluavat ja tarvittaessa myös nopeallakin aikataululla.

Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen viranhaltija nosti erityisesti esille alueen toimivan avokuntoutusmallin. Malli on luoto yhteensä kolmen kuukauden pituiseksi jaksoksi ja joka arkipäivälle on toimintaa yhteensä neljä tuntia. Näin pyritään takaamaan asiakkaalle kokonaisvaltainen tuki myös laituskuntoutuksen jälkeen.

*”Me ollaan luotu tällainen avokuntoutusmalli. Meillä on kolme avokuntoutuspistettä, joissa siis on hyvin intensiivistä toipumisorientoitunutta avokuntoutusta. Se luotiin muun muassa sen takia, että monesti tämä perinteinen avohoito ei ole riittävän tiivistä ja toisaalta laituskuntoutus on valitettavan usein liian passiivista. Päätettiin sitten luoda tämä avokuntoutusmalli, jossa sitten esimerkiksi*

*kuntoutuksen jälkeen asiakas siirtyy sinne avokuntoutuksen kolmen kuukauden jaksolle, jolloin hän käy siellä joka arkipäivä klo. 9-13 välillä. Tämä ei ole pelkästään sitä raittiuden tukemista, vaan siinä kokonaisvaltaisesti pyritään tukemaan asiakasta ja luomaan esimerkiksi uusi raitis identiteetti ja pohtimaan, mistä se mielekkyys ja merkityksellisyys elämään löytyy". (Keski-Uudenmaan hyvinvointialue, viranhaltija.)*

Päijät-Hämeen hyvinvointialueen viranhaltijan mukaan erityisesti riippuvuus ja päihdetyön erityispalvelut toimivat erittäin asiakaslähtöisesti, eikä juuri jonoa kyseisiin palveluihin synny. Tarvittaessa myös yhteistyö sosiaalitoimen, esimerkiksi työikäisten omatyöntekijän kanssa, on helppoa ja työnjako selkeää. Asiakkaiden läheisille tarjottava tuki toimii myös alueella hyvin ja tarvittaessa asiakkaan mahdolliset eri riippuvuudet pystytään työskentelyssä ottamaan kokonaisvaltaisesti huomioon.

*"No jokaisessa palvelussahan on varmasti kehittämisen varaa, mutta kyllä pääsääntöisesti kaikki alueen palvelut toimivat. Mutta ehkä nostan tässä, että nämä meidän riippuvuus ja päihdetyön erityispalvelut, että minun mielestäni nämä toimivat erittäin hyvin ja jouhevasti." (Päijät-Hämeen hyvinvointialue, viranhaltija.)*

Pirkanmaan hyvinvointialueen viranhaltijan mielestä vieroitushoitoon sekä laituskuntoutukseen pääseminen toimii suhteellisen hyvin. Vaikka pääseminen palveluihin on monimutkaistunut uudistuksen myötä ja yhteistyö ei lähtökohtaisesti toimi, niin palvelut sinällään toimivat ihan kohtuullisella tavalla. Joskus asiakkaan motivoiminen ja valmistaminen muutokseen vaatii paljon työtä, mutta kaikesta huolimatta asiakas saadaan tavalla tai toisella päihdepalvelujen piiriin. Vaikka alueen päihdekuntoutusprosessin uudistaminen on tuottanut hankaluuksia niin työntekijöille kuin asiakkaillekin, niin päihderiippuvuuden tunnistaminen sairaudeksi on myös viranhaltijan mielestä positiivista.

*"Mielestäni kuitenkin hyvää tässä uudistuksessa on se, että päihderiippuvuus nimetään ja tunnistetaan sairaudeksi. Se on mielestäni ihan hyväkin lähtökohta, koska sen tarkoituksena on ymmärtääkseni lievittää sitä stigmaa ja parantaa yhdenvertaisuutta. Mutta sitten käytännössä tämä kahtiajako terveydenhuolto vastaa sosiaalityö, niin se haastaa tätä hommaa. Mutta positiivista olisi se, että päihderiippuvuuksista puhuttaisiin ihan sairautena." (Pirkanmaan hyvinvointialue, viranhaltija.)*

Lapin hyvinvointialueella viranhaltijan mukaan asiakkaat saavat nopeastikin maksusitoumuksen laitosmuotoiseen päihdekuntoutukseen, joka pitkälti johtuu siitä, että avopalveluita on alueella huonosti saatavilla. Viranhaltijan mukaan alueelle tarvittaisiin yksi työntekijä, joka ottaisi avopalveluista vastuun. Viranhaltija myös toivoisi alueelle päiväkeskusta, josta saisi matalalla kynnyksellä tukea sekä apua nopeasti, koska sellaiselle palvelulle olisi todellista tarvetta. Yhteistyö eri toimijoiden, kuten terveydenhuollon kanssa toimii erittäin hyvin ja akuuteissa tilanteissa pystytään toimimaan suhteellisen nopeastakin.

## 7. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä tutkielmassa on tarkasteltu laadullisin tutkimuksen keinoin viiden eri hyvinvointialueen päihdekuntoutusprosesseja universalismin, oikeudenmukaisuuden ja yhdenvertaisuuden näkökulmista. Tutkimuksen avulla on jäsennetty hyvinvointialueiden yhtenäisyyksiä ja eroavaisuuksia päihdekuntoutusprosesseissa sekä tuoda näkyväksi valittujen hyvinvointialueiden strategiat ja resurssit. Tutkimuksen tavoitteena on ollut lisätä ymmärrystä päihdepalvelujen moninaisuudesta valituilla alueilla.

Tutkimuskysymykset:

- Miten päihdekuntoutukseen pääsy toteutuu hyvinvointialueilla?
- Millaisia eroja ja yhtäläisyyksiä päihdekuntoutuksen strategioissa ja prosesseissa on?
- Miten oikeudenmukainen ja tasapuolinen kohtelu toteutuu päihdekuntoutusta koskevissa päätöksissä?

Pyrkiessäni saamaan mahdollisimman monipuolisen näkemyksen tutkimusaiheesta, valitsin sellaiset hyvinvointialueet, jotka ovat ominaisuuksiltaan mahdollisimman erilaisia. Jokaiselta hyvinvointialueelta haastateltiin yhtä viranhaltijaa, joka tekee erityisesti työikäisten sosiaalihuoltolain mukaisia päihdekuntoutuspäätöksiä ja yhtä ylempää toimihenkilöä. Valitsemani hyvinvointialueet ovat Lapin hyvinvointialue, Pirkanmaan hyvinvointialue, Päijät-Hämeen hyvinvointialue, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue ja Keski-Uudenmaan hyvinvointialue. Hyvinvointialueiden sovellettavat lainsäädännöt olen kuvannut taulukkoon 3.

	SOSIAALIHUOLTOLAKI	TERVEYDENHUOLTOLAKI
Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue	X	
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue	X	X
Päijät-Hämeen hyvinvointialue	X	
Pirkanmaan hyvinvointialue	X	X
Lapin hyvinvointialue	X	X

Taulukko 3. Sovellettava lainsäädäntö.



## 7.1 Päihdekuntoutukseen pääsy hyvinvointialueilla

Vuoden 2023 alusta hyvinvointialueet ovat joutuneet kehittämään toimintaansa sekä palveluita sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä. Sote-uudistuksen yhtenä tavoitteena oli turvata palvelujen yhdenvertainen saatavuus ja parantaa palvelujen integraatiota, eli niiden saumatonta yhteistoimintaa (Valtioneuvosto 2022). Aineiston analyysistä ilmi, että joidenkin hyvinvointialueiden kohdalla epätietoisuus muutosten vaikutuksista ja erityisesti lainsäädäntöjen soveltaminen nähtiin päihdekuntoutukseen pääsyn haasteena viranhaltijoiden näkökulmasta.

Hyvinvointialueiden päihdekuntoutusprosessiin ja palvelun tarjoamiseen vaikutti analyysin mukaan sovellettava lainsäädäntö. Hyvinvointialueilla oli lainsäädännön valinnassa eroja, jopa hyvinvointialueen sisällä. Keski-Pohjanmaan ja Päijät-Hämeen hyvinvointialueiden päihdekuntoutuspäätökset olivat sosiaalihuoltolain mukaisia ja vuorostaan Keski-Uudenmaan, Pirkanmaan ja Lapin hyvinvointialueilla hyödynnetään niin sosiaali- kuin terveydenhuoltolakia päihdekuntoutuspäätöksissä. Valinta lainsäädännön soveltamisesta näillä kolmella hyvinvointialueella kuitenkin haastateltavien mukaan painottui pitkälti terveydenhuoltolakiin.

Lähdin tutustumaan terveydenhuollon lainsäädännön sisältöön ymmärtääkseni, millaisilla perusteilla sitä voidaan soveltaa päihdekuntoutusprosesseissa. Terveydenhuoltolain (1326/2010) 8 §:n mukaan, kun potilas tarvitsee sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon palveluja on sovellettava tämän lain säännöksiä lääketieteellisen tarpeen mukaisen terveyden- ja sairaanhoidon antamisesta ja sosiaalihuoltolain säännöksiä tuen tarpeita vastaavien sosiaalihuollon palvelujen antamisesta. Vuorostaan terveydenhuoltolain 28 §:n mukaan hyvinvointialueen on järjestettävä alueensa asukkaiden päihde- ja riippuvuushoito, johon kuuluu päihdehäiriöiden ja muiden riippuvuushäiriöiden ehkäiseminen, tutkimus, hoito ja kuntoutus monimuotoisina palveluina ja hoitoa on annettava henkilön hoidon- ja kuntoutustarpeen perusteella. Päihde- ja riippuvuushoito on kuitenkin suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa.

Terveydenhuoltolakiin (1326/2010) on kirjattu myös potilaan oikeudesta kuntoutumiseen. Terveydenhuoltolain 29 §:n mukaan hyvinvointialueen on järjestettävä potilaan sairaanhoitoon liittyvä lääkinnällinen kuntoutus, johon esimerkiksi kuuluu potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi, toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävät terapiat sekä

muut tarvittavat kuntoutumista edistävät toimenpiteet. Hyvinvointialue vastaa potilaan lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelusta siten, että kuntoutus muodostaa yhdessä tarpeenmukaisen hoidon kanssa toiminnallisen kokonaisuuden, niin laitos- kuin avohoidossakin. Lääkinnällisen kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja sisältö on määriteltävä kirjallisessa yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa.

Päijät-Hämeen hyvinvointialueella sovelletaan terveydenhuoltolakia sekä sosiaalihuoltolakia niin, että vieroitushoitojakson katsotaan olevan terveydenhuoltolain mukaista hoitoa ja vuorostaan päihdekuntoutuksen sosiaalihuoltolain mukaista kuntoutusta. Tämän kaltainen vastuun jakaminen analyysin mukaan varmistaa sen, että yhteistyö toteutuu sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Yhteistyön avulla voidaan tarjota kokonaisvaltaisempia ja kohdennetumpia palveluita asiakkaille ja parantaa tiedonkulkua eri toimijoiden välillä, jotka nähtiin haasteina analyysin perusteella niillä hyvinvointialueilla, joissa hyödynnettiin pääsääntöisesti päihdekuntoutusprosesseissa ainoastaan terveydenhuoltolakia.

Monialainen yhteistyö mielletään sosiaali- ja terveysministeriön toteuttaman (2022b, 40-41) tutkimuksen mukaan työntekijöiden näkökulmasta asiakaslähtöiseksi toiminnaksi, jossa pyritään vastaamaan asiakkaan tarpeisiin nopeasti ja sujuvasti. Tällöin myös asiakkaalla on mahdollisuus osallistua palvelu- tai hoitoprosessin jokaiseen vaiheeseen. Yhteistyö voi myös madaltaa kynnystä palveluihin hakeutumiseen ja palveluketjut ovat sujuvampia. Yhtenäiset rakenteet ja toimintatavat, työntekijöiden välinen luottamus ja kunnioitus sekä ammattitaidon tunnistaminen tekevät yhteistyöstä sujuvaa.

Aineistosta kävi ilmi, että myös lainsäädännön harkinnanvaraisuuden tuottama epävarmuus, joka erityisesti näyttäytyi sosiaalihuollon työntekijöille prosessin epäselvyytenä. Pirkanmaan hyvinvointialueella lainsäädännön soveltaminen ja päihderiippuvuuden jakaminen lääkinnälliseen tai sosiaaliseen ongelmaan ovat tuottaneet hämmennystä. Työntekijät kuitenkin kokivat, että päihderiippuvuus on sairaus kuin myös sosiaalinen haaste. Organisaation viestinnän nähtiin myös olevan puutteellista, joka on jo itsessään johtanut epäselvyyksiin ja väärinkäsityksiin työtehtävistä. Viestinnän puute myös näkyi lainsäädännön tuntemisen epävarmuutena ja lähes olemattomana sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä. Asiakas saattoi myös päätyä kuntoutukseen terveydenhuollon lähettämän ja kotiutua sieltä myös ilman, että sosiaalihuollon omatyöntekijä tiesi

asiasta mitään. Tällöin asiakkaalla ei ole myöskään mahdollisuutta saada sosiaalihuollon tukitoimia kotitutumisen jälkeen päihdeettömyyden tueksi.

## 7.2 Päihdekuntoutuksen strategioiden ja prosessien vertailu

Päihdekuntoutukseen pääsyn kriteerit näyttäytyivät aineiston mukaan samankaltaisilta jokaisella hyvinvointialueella. Hyvinvointialueilla painotettiin asiakkaan omaa motivaatiota sekä asiakkaan elämäntilannetta, jolloin hänellä on mahdollisuus hyötyä päihdekuntoutuksesta. Palvelujen oikea-aikaisuus sekä aiempi asiakkuus peruspalveluissa nähtiin myös asiakkaan onnistuneen kuntoutuksen kannalta tärkeinä kriteereinä. Kaikki, paitsi Lapin hyvinvointialue nostivat esille asunnottomuuden, joka pääsääntöisesti estää päihdekuntoutukseen pääsyn. Hyvinvointialueet perustelivat asunnottomuuden olevan este päihdekuntoutukseen pääsyssä, koska päihdekuntoutuksen jälkeen kotiutuminen kadulle ei nähty päihdeettömyyttä tukevana ratkaisuna.

Hyvinvointialueiden päihdekuntoutusprosesseissa oli myös sisäisesti eroja. Etenkin Pirkanmaan ja Lapin hyvinvointialueet toivat esille, että hyvinvointialueen sisällä prosessit olivat vaihtelevia ja näin alueelliset erot tulivat näin näkyviksi niin työntekijöille kuin asiakkaillekin. Hyvinvointialueen sisällä saatettiin käyttää eri ostopalveluita kuntoutuksen toteuttamiseksi ja tietyillä alueilla jopa lainsäädäntöjen soveltamisessa oli eroja. Muilla hyvinvointialueilla palvelujen yhdenmukaistamista oli tehty jo ennen hyvinvointialueelle siirtymistä vielä kuntayhtymien aikaan, jolloin myös pikkukuntien palvelut oli harmonisoitu yhtenäisiksi koko hyvinvointialueella. Etenkin ne hyvinvointialueet, jotka olivat ennen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta olleet kuntayhtymiä, kokivat hyvinvointialueeksi siirtymisen suhteellisen vaivattomaksi. Tämä johtui aineiston mukaan siitä, että kuntayhtymien muodostamisen aikaan palvelujen yhdenmukaistamista ja niiden keskittämistä oli tehty jo jonkin verran.

Aineiston mukaan Keski-Pohjanmaan, Pirkanmaan ja Lapin hyvinvointialueiden resurssit eivät ole riittävät ja henkilökuntaa ei ole pystytty lisäämään suhteessa kasvavaan tarpeeseen. Pirkanmaalla yritettiin vastata asiakkaiden haasteisiin kokonaisvaltaisesti moniammatillisella ”minun tiimi” –mallilla, mutta resurssien puutteen vuoksi työskentelymallia ei ole voitu ottaa käyttöön. Resurssien puute näkyi Pirkanmaalla kuin myös Lapissakin pitkinä jonoina palveluihin pääsyssä. Päijät-Hämeessä resursseja on pystytty kasvattamaan tarpeen mukaan ja Keski-Uudellamaalla kasvavaan

tarpeeseen on vastattu palveluiden digitalisaatiolla ja hoitokertojen vähentämisellä. Pitkät jonotusajat vaikuttivat asiakkaan motivaatioon hakea itselleen apua ja resurssien vähyden vuoksi työntekijät kokivat uupumusta ja he joutuivat priorisoimaan asiakkaitaan elämäntilanteiden mukaan, kuten Pirkanmaan hyvinvointialueella. Toisaalta vähäiset resurssit voivat myös johtaa palveluiden epätasaiseen saatavuuteen eri alueilla, kuten Lapin hyvinvointialueella.

Sosiaali- ja terveydenhuollon roolien ja vastuun jakaminen on erityisen tärkeää prosessin selkeyttämiseksi, mutta myös viranhaltijan toimenkuvan tulisi olla niin itse työntekijälle kuin asiakkaalle ymmärrettävä ja selväpiirteinen. Keski-Pohjanaan hyvinvointialueen viranhaltija toi esille, että hänen työnkuvansa on erittäin laaja, johon kuuluu myös kirjaaminen niin sosiaali- kuin terveydenhuollon tietojärjestelmiin. Työnkuvan laajuus sekä resurssien puute saattavat aiheuttaa sekaannusta ja epäselvyyttä myös siitä, mitkä ovat oman työn rajat ja asiakkaan asema sekä oikeus. Viranhaltija toi esille, että hyvinvointialue oli linjannut sosiaalihuoltolain mukaisen palvelun kirjattavaksi terveydenhuollon tietojärjestelmään, joka aiheutti viranhaltijassa hämmennystä. Myös Pirkanmaan hyvinvointialueen viranhaltija toi esille, että työnjaon epäselvyys ja organisaatiomuutokset ovat aiheuttaneet työntekijöissä epävarmuuden tunteita.

### 7.3 Päihdekuntoutusprosessien oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus

Asiakkaiden oikeudenmukainen ja yhdenvertainen kohtelu pyrittiin varmistamaan hyvinvointialueilla päihdekuntoutusprosessin samankaltaisuudella. Asiakkaiden tasa-arvoiseen kohteluun kiinnitettiin huomiota ja asiakkaan elämäntilanteen tai taustan ei annettu vaikuttaa asiakkaan saamiin palveluihin. Erityisesti niillä alueilla, joilla pääsääntöisesti päihdekuntoutuspäätökset tehtiin sosiaalihuoltolain mukaan, asiakkaille tehtiin laaja palvelutarpeen arviointi ja asiakassuunnitelma.

Sosiaalihuoltolain mukainen palvelutarpeen arviointi tehdään asiakkaan elämäntilanteen mukaan, ja se toteutetaan yhteistyössä asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa sekä muiden toimijoiden kanssa. Arvioinnin aikana asiakkaalle selvitetään hänen oikeutensa ja velvollisuutensa ja hänelle tulee kertoa erilaisista vaihtoehdoista palvelujen toteuttamisessa ja palvelujen vaikutuksista. Asiakkaan tulee ymmärtää arvioinnin sisältö ja sen merkitys. Arvioinnissa tulee ottaa huomioon asiakkaan toiveet, mielipiteet ja yksilölliset tarpeet. Jos henkilön tarpeen arviointi ja siihen

vastaaminen edellyttää muiden viranomaisten palveluja tai tukitoimia, on näiden tahojen osallistuttava pyynnöstä arvioinnin tekemiseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023b.) Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma, ellei sen tarve ole ilmeisen tarpeeton. Asiakassuunnitelman tavoitteena on hyvinvointialueen viranhaltijan ja asiakkaan yhteinen näkemys asiakkaan toimintakyvystä ja tarvittavista palveluista. Asiakkaan näkemys, toivomukset ja mielipiteet tarvittavista palveluista ja tukitoimista kirjataan suunnitelmaan. Suunnitelmaan kirjataan myös asiakkaan vahvuudet ja voimavarat sekä tavoitteet, joihin palvelulla pyritään. Suunnitelma sisältää myös toteutumisen seurannan, tavoitteiden saavuttamista ja tarpeiden uudelleen arviointia koskevat tiedot. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023a.)

Vuorostaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 51 §:n mukaan hyvinvointialueen on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana yhteyden terveystieteelliseen tai muuhun perusterveydenhuollon toimintayksikköön. Potilaalla on oikeus saada yksilöllisen arvioinnin tutkimustensa tai hoitonsa tarpeesta ja kiireellisyydestä sekä siitä, minkä terveydenhuollon ammattihenkilön tekemiä tutkimuksia tai antamaa hoitoa potilas tarvitsee. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 4a §:n mukaan terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Tästä suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka laillisen edustajansa kanssa.

Sosiaalihuoltolaissa ja terveydenhuoltolaissa on nähtävissä yhtenäisyyksiä asiakkaan tai potilaan asemasta ja oikeuksista, mutta lakien painopisteet selvästi poikkeavat toisistaan. Sosiaalihuoltolaki keskittyy sosiaalihuollon mukaiseen palvelutarpeen arviointiin ja asiakkaan kokonaisvaltaiseen huomioimiseen mukaan lukien niin fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja taloudellisenkin tilanteiden huomioimisen. Terveydenhuoltolain mukaisessa arvioinnissa usein keskitytään luonnollisesti lääketieteelliseen hoitoon sekä yhteistyön tarvetta muiden viranomaisten kanssa ei ole tuotu yhtä näkyväksi kuin sosiaalihuoltolaissa. Sosiaalihuoltolain mukaisessa arvioinnissa pyritään tukemaan asiakkaan itsenäistä selviytymistä ja hyvinvointia sekä ehkäisemään sosiaalisia ongelmia. Terveydenhuoltolain mukaisessa arvioinnissa pyritään yleensä diagnosoimaan ja hoitamaan sairauksia, lieventämään oireita ja parantamaan potilaan terveydentilaa. Huomioimalla molempien arviointien ja lakien tavoitteet, asiakkailla ja potilailla on mahdollisuus saada kokonaisvaltaisia

palveluita.

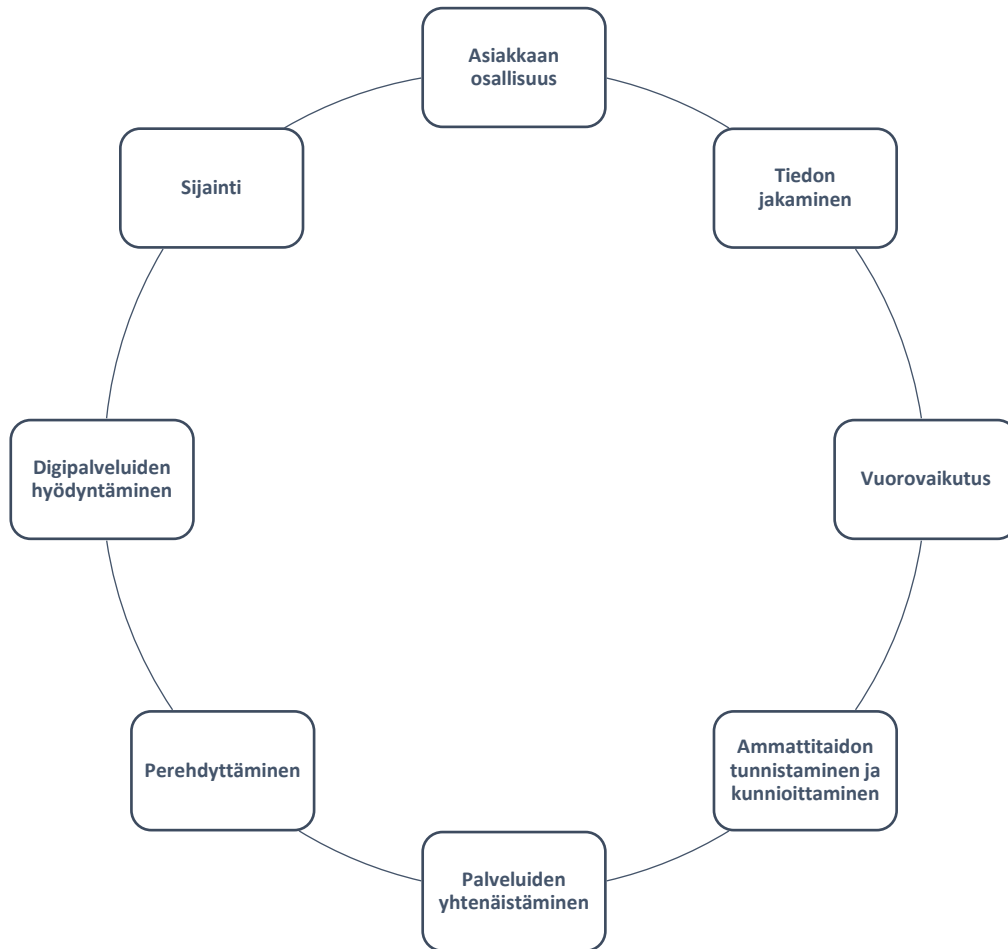
## 7.4 Kehittämisehdotuksia hyvinvointialueiden päihdekuntoutusprosesseihin

Aineiston analyysissä nousseiden haasteiden ja toimivien rakenteiden avulla olen luonut mallit sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön parantamiseksi sekä päihdekuntoutusprosessin selkeyttämiseksi. Nämä mallit ovat kehittämisehdotuksia hyvinvointialueilla, jotka tämän tutkimuksen mukaan voivat lisätä oikeudenmukaisuutta ja tasapuolista kohtelua niillä alueilla, joilla palvelukokonaisuudet sekä prosessit eivät ole vielä vakiintuneet.

### 7.4.1 Sote-integraatio

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöstä eli sote-integraatiosta on keskusteltu jo vuosia. Timperi (2022) on selvitystyössään kuvannut monialaisen yhteistyöosaamisen käsitettä eri näkökulmista. Monialaista yhteistyötä voidaan jäsentää yhteistyömuotoina, joiden avulla pystytään tarkastelemaan työyksiköiden ja organisaatioiden tapaa järjestää työtään ja olla sidoksissa toisiinsa. Monialaisessa yhteistyössä voidaan havaita laatueroja, joilla on vuorostaan merkitystä yhteistyön vaikuttavuutta ajatellen. Monialaista yhteistyötä voidaan kuvata neljänä eri yhteistyön muotoina, jotka ovat tiimityö, yhteistyö, koordinaatio ja verkostoyhteistyö. Tiimityössä jaetaan eniten vastuuta ja siinä on suurin keskinäinen riippuvuus toiminnan sujumiseksi. Vuorostaan yhteistyö, koordinaatio ja verkostot ovat laajempia ja väljempiä toimintoja ja niiden tehokkuus riippuu paikallisesta toimintaympäristöstä ja asiakkaan tai potilaan tarpeista. Yksinkertaisesti; asiakkaiden tai potilaiden haasteissa ammattilaisten riippuvuus toisistaan on usein vähäisempää, jos asiakas tai potilas siirtyy palvelusta toiseen suunnitelman mukaan, jolloin satunnaiset verkostopalaverit ovat usein riittäviä. Monimutkaisissa ongelmanratkaisuprosesseissa ammattilaiset ovat sitä vastoin enemmän riippuvaisia toistensa työpanoksesta, mikä edellyttää taas tiiviimpää yhteistoimintaa.

Eryteisesti sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön onnistuminen näyttäytyi tärkeäksi elementiksi analyysissä yhdenvertaisen ja oikeudenmukaisen prosessin turvaamiseksi. Viranhaltijat kokivat yhteistyön tärkeäksi niin asiakkaan kuin työntekijänkin näkökulmista, koska tällöin asiakkaan kuntoutusprosessista saadaan kaikista vaikuttavampaa ja tehokkaampaa. Aineiston analyysissä korostui erityisesti kahdeksan teemaa, joiden avulla nähtiin yhteistyön onnistuvan. Olen kuvannut nämä teemat kuvioon 1.



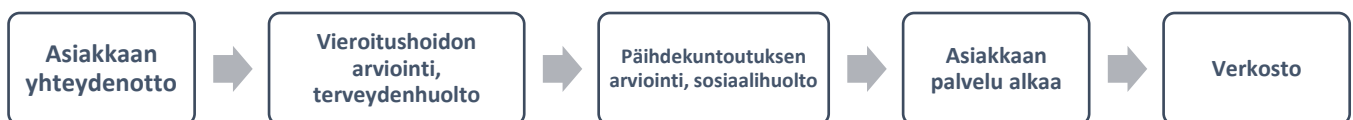
Kuvio 1. Yhteistyön kahdeksan teemaa.

*Vuorovaikutuksen rakentaminen* nähtiin yhteistyön ensimmäisenä askeleena. Halu toimia vuorovaikutuksessa toisen organisaation edustajan kanssa mahdollistaa myöhemmin yhteistyön ja sujuvan kommunikaation. *Tiedonjakaminen* mahdollistaa taas tiedon vaihdon eri ammattilaisten sekä organisaation välillä, mikä taas mahdollistaa asiakkaan tai potilaan kokonaisvaltaisemman hoidon. *Ammattitaidon tunnistaminen ja kunnioittaminen* edistävät yhteistyötä sekä tiimityötä, koska tällöin jokaisen työntekijän panosta ja näkemystä arvostetaan. Toisaalta se voi myös mahdollistaa ammattilaisten ideoiden ja uusien ratkaisujen jakamisen, joka voi johtaa palveluiden laadun paranemiseen. *Palveluiden yhtenäistäminen* varmistaa osaltaan yhtenäisten käytäntöjen ja prosessien luomista, jolloin eri toimijoiden välinen yhteistyö on selkeämpää ja sujuvampaa. Tällöin myös voidaan vähentää prosessien päällekkäisyyksiä ja saada aikaan kustannussäästöjä sekä parantaa palvelujen tasavertaisuutta myös alueellisesti. *Perehdyttäminen* takaa yhteisten

käytäntöjen jatkuvuuden myös uusien työntekijöiden aloittaessa ja varmistaa verkostoitumisen toisten viranomaisten kanssa. Laajalla perehdyttämisellä sekä kouluttautumismahdollisuuksilla varmistetaan viranhaltijoiden osaaminen myös lainsäädännön ja asiakkaan oikeuksien osalta. *Asiakkaan osallisuuden* avulla asiakas tai potilas voi osallistua päätöksentekoon, hoitosuunnitelman laatimiseen sekä palvelutarpeen arviointiin. Näin asiakas tai potilas voi tulla myös kuulluksi niin sosiaali- kuin terveydenhuollon palveluissa. *Sijainti* nähtiin myös merkittävänä tekijänä yhteistyön rakentamisessa. Erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden sijoittaminen samoihin tiloihin madaltaa yhteistyön toteuttamisen kynnystä ja tarjoaa asiakkaalle kokonaisvaltaiset palvelut saman katon alta. *Digipalveluiden hyödyntäminen* lisää yhteistyön mahdollisuutta siitä huolimatta, kuinka kaukana tarvittavat palvelut ovat toisistaan. Digipalvelujen avulla konsultaatiot ja verkostot voidaan sujuvasti toteuttaa erilaisilla digitaalisilla alustoilla, jolloin myös tiedonkulkua voidaan sujuvoittaa ja asiakas tai potilas voi saada tehokkaampaa hoitoa.

#### 7.4.2 Päihdekuntoutuspolku

Olen suunnitellut myös aineiston analyysin perusteella päihdekuntoutusprosessin, jonka eri vaiheet olen kuvannut kuvioon 2. Tämän prosessin tarkoituksena on luoda toimiva ja selkeä sekä kokonaisvaltainen toimintaprosessi niin työntekijälle kuin asiakkaallekin. Oikeudenmukaisuuden ja alueellisen yhdenvertaisuuden näkökulmasta hyvinvointialueiden tulisi pohtia prosessien ja lainsäädäntöjen soveltamisen harmonisointia ja yhdenmukaistamista, niin alueiden sisällä kuin myös koko Suomen tasolla.



Kuvio 2. Päihdekuntoutuspolku

Kun asiakas tuo esille ajatuksen päihdekuntoutuksesta, niin asiakas ohjattaisiin suoraan terveydenhuollon arviointiin vieroitushoitolähetettä varten. Jotta asiakkaan siirtyminen vieroitushoidosta päihdekuntoutukseen voidaan turvata päiheteettömyyden osalta, niin terveydenhuolto konsultoi jo tässä vaiheessa viranhaltijaa, joka tekisi päihdekuntoutuksesta



päätöksen. Päihdekuntoutuspäätös tehtäisiin sosiaalihuoltolain mukaisena, jolloin viranhaltija olisi joko sosiaalihuollon omatyöntekijä tai muu sosiaalihuollon ammattilainen. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön ja konsultoimisen tavat olisivat jo ennalta sovittu hyvinvointialueen sisällä, jotta tietoa voitaisiin välittää puolin ja toisin. Jos yhteistyöpalaveria ei ole sovittu aiemmin, tulisi viimeistään päihdekuntoutuksen arvioinnin vaiheessa koko verkosto pyytää paikalle, jossa palvelutarpeen arviointi tai asiakassuunnitelma voitaisiin tehdä. Jos verkostoon ei pääsisi paikalle kaikki tarvittavat viranomaiset, niin tiedonvälityksestä tulisi silti huolehtia aiemmin sovittujen keinojen avulla. Asiakkaan palvelu voitaisiin aloittaa, kun tarvittavat dokumentit olisivat tehty niin terveyden- kuin sosiaalihuollon puolella ja kaikki viranomaiset tietäisivät asiakkaan suunnitelman niin vieroitushoidon kuin kuntoutuksenkin osalta. Henkilön ollessa kuntoutusjakson loppuvaiheessa, tulisi asiakkaan jatkosuunnitelmasta pitää verkosto. Verkostossa voidaan sopia asiakkaan mahdollisesta jatkokuntoutuksesta ja kotiutumisen jälkeisestä suunnitelmasta. Moniammatillisen verkoston avulla henkilöä voitaisiin auttaa kokonaisvaltaisesti ja aiemmin sovitut tukitoimet voisivat tukea päihdeettömyyttä myös kuntoutusjakson päätyttyä.

## 7.5 Tutkimuksen luotettavuus ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimus osoitti, että hyvinvointialueilla on hyvin moninaisia käytäntöjä päihdekuntoutusprosesseissa ja lainsäädännön soveltaminen oli vaihtelevaa. Universalismi ja oikeudenmukaisuus palveluissa vaatii myös yhdenvertaista palvelujen saavutettavuutta (Pehkonen, Kekoni & Kuusisto 2020, 39). Näin ollen alueellista yhdenvertaisuutta ei voida varmistaa hyvinvointialueita tai niiden sisäisiä prosesseja verrattaessa, koska päihdepalvelujen saatavuus riippuu siitä, missä palveluja hakeva asuu. Sovellettavan lainsäädännön käyttö vaikutti siihen, miten oikeudenmukaisuus ja harkinnanvaraisuus vaikuttivat päihdekuntoutuspäätöksiin. Terveydenhuoltolakia sovellettaessa kielteisiä päätöksiä päihdekuntoutuksesta ei tehty, mutta myös suunnitelmallisuus ja kokonaisvaltainen tuki päihdeettömyyden tukemiseksi jäi tällöin vajavaiseksi. Vuorostaan sosiaalihuollon viranhaltijoiden harkinnanvaraisuus ja julkisen vallan käyttäminen nähtiin prosesseja selkeyttävänä, oikeudenmukaisuutta ja tasa-arvoista kohtelua lisäävänä asiana.

Tutkimus vahvisti aikaisempia tutkimusten havaintoja siitä, että tarpeenmukaisiin päihdepalveluiden yhdenvertaisessa saavutettavuudessa merkittävä haaste on asiakkaan oikeuksien turvaamisen näennäisyys; päihdepalvelut voivat olla saatavilla, mutta ei välttämättä kaikkien palveluita tarvitsevien saavutettavissa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa nähtiin tarvetta myös kokonaisuuksien hallinnalle, koska toimialojen eriytyminen vaikuttaa myös asiakkaan oikeuksien toteutumiseen ja palveluiden saavutettavuuteen. Alueellinen tarve ja resurssien puute ovat herättäneet työntekijöissä myös aiemmissa tutkimuksissa huolta, koska tällöin päihderiippuvaiselle ei välttämättä voida tarjota tarkoituksenmukaista hoitoa.

Tutkimuksen luotettavuutta, eli sen uskottavuutta ja vakuuttavuutta, voidaan arvioida kokonaisvaltaisella kriittisellä tarkastelulla (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tämän tutkimuksen tutkimusaihe syntyi tutkijan omasta mielenkiinnosta niin yhteiskunnan rakenteita kuin päihdetyötä kohtaan. Tutkimussuunnitelma valmistui vuoden 2023 toukokuussa, jonka jälkeen tutkimuslupien hakeminen hyvinvointialueilta alkoi. Kaikki haetut tutkimusluvut hyväksyttiin ja haastateltavien etsiminen alkoi loppusyksystä. Haastattelut toteutettiin vuoden 2023 lopussa ja aineiston analyysin tekeminen alkoi vielä ennen vuoden vaihdetta. Aineiston analyysi ja tutkimuksen johtopäätökset valmistuivat suunnitelmien mukaan, vuoden 2024 loppukeväästä. Alkuperäisessä aikataulussa pysyttiin siitä huolimatta, että hyväksytyjen tutkimuslupien saamiseen meni odotettua kauemmin.

Haastavinta tutkimuksen toteuttamisessa oli sen rajaaminen koskemaan vain tiettyjä hyvinvointialueita sekä työntekijöitä. Hyvinvointialueiden valitseminen oli vaikeaa, koska tutkimuksen luotettavuuden kannalta alueiden ominaisuuksien tuli olla mahdollisimman erilaiset. Tutkimusaihetta olisi voinut lähestyä myös palveluiden käyttäjien näkökulmasta, jolloin tutkimukseen olisi saatu asiakkaiden kokemukset näkyviksi. Tämän tutkimuksen tarkoitus oli kuitenkin vertailla eri hyvinvointialueita, jolloin organisaation sisäisten prosessien tutkiminen oli välttämätöntä työntekijöiden näkökulmasta. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden tutkiminen osoittautui laajemmaksi kokonaisuudeksi kuin ennalta oli odotettu, lähinnä kirjaviiden käytänteiden ja alueellisten erojen vuoksi.

Tutkimuksen lukijan on huomioitava, että aineisto ja sen analyysi kuvaavat vain sen hetken tilannetta hyvinvointialueilla. Kuten jo aineistostakin kävi ilmi, uudet ohjeistukset ja käytänteet

saattavat tulla nopeallakin aikataululla ja muuttaa prosessien luonnetta. Tämän vuoksi jatkotutkimus tutkimusaiheen ympärillä olisi tärkeää, jotta hyvinvointialueiden muutokset ja tarpeet tulisivat näkyviksi myös pidemmällä aikavälillä. Päihdekuntoutusprosesseja olisi tärkeää myös tutkia palvelujen käyttäjien näkökulmasta, jolloin olisi myös mahdollista verrata asiakkaiden kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiin. Tätä tutkimusta voitaisiin myös laajentaa niin, että tutkimukseen saataisiin myös muut hyvinvointialueet, jotka jäivät nyt tutkimuksen ulkopuolelle. Erityisesti päihdeasiakkaiden ja heidän kanssaan työskentelevien työntekijöiden näkökulmasta olisi tärkeää tutkia myös sitä, millaisia mielenterveyspalveluita on tarjolla päihdehoidossa oleville asiakkaille eri hyvinvointialueilla.

Kuitenkin tärkeimpänä näen, että tulevaisuudessa tutkimusta päihderiippuvuuden osalta jatketaan niin yhteiskunnan kuin yksilönkin tasolla. Huumekekoilut ja huumekuolemat ovat olleet yhteiskunnassamme nousussa viime vuosina; erityisesti kuolleisuus päihdeasiakkaiden kohdalla on poikkeuksellisen suurta (Kaukonen & Kuussaari 2021, 40). Olen huomannut valitettavasti myös omassa työssäni sen, että kuolemien määrä asiakkaiden keskuudessa on ollut viime vuosina huolestuttavan korkealla. Yhä nuorempia asiakkaitani on kuollut joko tahottoman yliannostuksen tai itsemurhan seurauksena. Jokainen elämä on yhtä arvokas ja meillä kaikilla tulisi olla mahdollisuus saada apua ja hoitoa sitä tarvittaessa. Päihderiippuvuuden ja huumekuolemien ehkäisy edistää myös oikeudenmukaisuutta ja tasa-arvoa, sillä se pyrkii suojelemaan erityisesti yhteiskuntamme haavoittuvimmassa asemassa olevia yksilöitä. Ilman hyvinvointivaltiotamme ja universaaleja palveluita emme pysty vastaamaan näihin haasteisiin tai turvaamaan kaikille mahdollisuuden terveeseen elämään.

## 8 LÄHTEET

Anttila, Pirkko (1996) Tutkimisen taito ja tiedonhankinta: taito-, taide- ja muotoilualojen tutkimuksen työvälineet. Helsinki: Akatiimi.

Alastalo, Marja & Åkerman, Maria (2010) Asiantuntijahaastattelun analyysi: faktojen jäljillä. Teoksessa Johanna Ruusuvuori, Pirjo Nikander, Matti K. Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.

Anttonen, Anneli (2016) Sosiaalipolitiikan tulevaisuudesta: voiko sitä tietää? Tampere: Tampere University Press.

Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2000) Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Tampere: vastapaino.

Anttonen, Anneli (2002) Universalism and Social Policy: A Nordic-Feminist Revaluation." NORA: Nordic journal of women's studies 2002:2, 71–80.

Ekqvist, Eeva (2020) Kuntoutujien hyvinvoinnin ja toivon kokemukset sekä näkemykset tulevaisuudesta laitospäihdekuntoutuksen aikana. Tampere: Tampereen yliopiston väitöskirja.

Hallberg, Pekka (2005) Perusoikeudet. Helsinki: WSOYpro.

Halmetoja, Antti (2016) Universalismi sosiaalipolitiikan ideaalina. Tampere: Tampere University Press.

Halmetoja, Antti (2015) Käsiteanalyysi universalismin ulottuvuuksista sosiaalipolitiikassa. Sosiologia 52:2, 123-138.

Herne, Kaisa (2012) Mitä oikeudenmukaisuus on? Helsinki: Gaudeamus.

Häikiö, Liisa & Anttonen Anneli (2011) Local Welfare Governance Structuring Informal Carers Dual Position. *International journal of sociology and social policy* 31.3/4, 185–196.

Juhila, Kirsi (2021) Laadullinen tutkimus ja teoria. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto.  
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/>. Viitattu 5.1.2024.

Julkunen, Raija (2017) Muuttuvat hyvinvointivaltiot. Eurooppalaiset hyvinvointivaltiot reformoituina. Jyväskylä: SoPhi

Kaukonen, Olavi & Kuussaari Kristiina (2021) Päihdepalveluiden yhteiskunnalliset haasteet. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 2021:2*, 112 sivua.

Kotkas, Toomas Kaarel (2014) Viranomaisharkinnan oikeudelliset rajat. Harkittua? Avauksia sosiaaliturvan harkintavallan tutkimukseen. Helsinki: Kela.

Kotovirta, Elina & Markkula, Jaana & Pajula, Mari & Paavola, Meri & Honkanen, Reetta & Tuominen Ismo (2021) Päihde- ja riippuvuusstrategia. Yhteiset suuntaviivat vuoteen 2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:17.

Kuntaliitto (2017) Hyvän hallinnon perusteet. <https://www.kuntaliitto.fi/laki/kunnan-paatoksenteko/hyvan-hallinnon-perusteet>. Luettu 9.10.2023.

Kuussaari, Kristiina & Kaukonen, Olavi & Partanen, Airi & Samposalo, Hanna & Vormaa, Helena (2017) Päihdepalveluiden rakenteen ja työnjaon maakunnittaiset erot vuonna 2015. *Yhteiskuntapolitiikka* 2017:3.

Laitinen, Merja & Niskala, Asta (2013) Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Tampere: Vastapaino.

Laki potilaana asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Nevalainen, Seppo (2022) Hyvinvointialueet – yksi Suomen historian suurimmista uudistuksista. <https://www.sttk.fi/2022/01/14/sote-maakunnat-yksi-suomen-historian-suurimmista-uudistuksista/>. Luettu 8.3.24.

Pehkonen, Aini & Kekoni, Taru & Kuusisto, Katja (2020) Oikeus Päihdehuoltoon. Tampere: Vastapaino.

Poikonen, Heidi (2017) Perusoikeussäätelyn Vaikutuksista Oikeuteen Saada Päihdepalveluja. Sosiaaliset Oikeudet: Näkökulmia Perustaan Ja Toteutumiseen.

Poikonen, Heidi (2018) Peruspalveluiden saavutettavuus ja oikeusturva päihdehuollossa. Helsinki: Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry.

Poikonen, Heidi (2013) Päihdehuollon lainsäädännöllinen kehitys. Oikeus 2013:4, 405-425.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

Rawls, John & Kelly, Erin I (2001) Justice As Fairness: A Restatement. 1st ed. Cambridge: Harvard University Press.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka Anna (2006) KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/> Viitattu 20.11.2023.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna (2009) Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV. Tampere: Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston julkaisuja. <https://www.fsd.tuni.fi/tietoarkisto/julkaisut/kvalimotv.pdf>. Viitattu 3.9.2023.

Saari, Juho (2020) Samassa veneessä: hyvinvointivaltio eriarvoistuneessa yhteiskunnassa. Jyväskylä: Docendo.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301

Sosiaali- ja terveysministeriö (2023a) Hyvinvointialueet kartalla. <https://stm.fi/hyvinvointialueet-kartalla>. Luettu 15.3.2024.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2023b) Päihde- ja riippuvuustyön palvelut. <https://stm.fi/paihdepalvelut>. Luettu 11.10.2023.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2022a) Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet on vahvistettu. <https://stm.fi/-/sosiaali-ja-terveydenhuollon-valtakunnalliset-tavoitteet-on-vahvistettu>. Luettu 8.3.2024.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2022b) Sote-integraation edellyttämä monialainen yhteistyöosaaminen. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164410/STM\\_2022\\_22\\_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164410/STM_2022_22_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Viitattu 20.03.2024.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2023a) Asiakassuunnitelma ja palvelusuunnitelma. <https://thl.fi/julkaisut/kasikirjat/vammaispalvelujen-kasikirja/asiakasprosessi/asiakassuunnitelma-ja-palvelusuunnitelma>. Luettu 4.3.2024.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2022b) Näin Suomi juo. <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/alkoholi/nain-suomi-juo>. Luettu 6.9.2023.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2023b) Palvelutarpeen arviointi. <https://thl.fi/aiheet/lapset-nuoret-ja-perheet/sote-palvelut/sosiaalipalvelut/palvelutarpeen-arviointi>. Viitattu 14.2.2024.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2022a) Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146435/Suomalaisten%20huumeiden%20k%C3%A4ytt%C3%B6%20ja%20huumeasenteet%202022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 4.9.2023.

Therborn, Göran (1995) *European Modernity and Beyond: The Trajectory of European Societies, 1945-2000*. London: Sage Publications.

Tilastokeskus (2022) Huumausainekuolemat lisääntyivät vuonna 2021.

<https://www.stat.fi/julkaisu/cl8slomfgpjy0bw7wivrbxpa>. Luettu 10.11.2023.

Timperi, Tiina (2022) *Sote-integraation edellyttämä monialainen yhteistyöosaaminen*. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2009) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

Tuomi, Jouni, & Anneli Sarajärvi (2018) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Tuori, Kaarlo & Kotkas, Toomas (2016) *Sosiaalioikeus*. Helsinki: Talentum Pro, 2016.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2019) *Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa*. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2019:3.

[https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden\\_eettisen\\_ennakoarvioinnin\\_ohje\\_2019.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf)

Luettu 2.2.2024.

Törrönen, Maritta & Hänninen, Kaija & Jouttimäki, Päivi & Lehto-Lundén, Tiina & Salovaara, Petra & Veistilä, Minna (2015) *Vastavuoroinen sosiaalityö*. Helsinki: Gaudeamus.

Valtioneuvosto (2022) *Mielenterveys- ja päihdelainsäädäntö uudistuu*. <https://valtioneuvosto.fi/-/1271139/mielenterveys-ja-paihdelainsaadanto-uudistuu>. Luettu 8.9.2023.

Valtiovarainministeriö (2022) *Sote-uudistus muuttaa kuntien tehtäviä ja julkishallinnon rakenteita*. <https://vm.fi/sote-uudistus>. Luettu 10.9.2023.



Vanjusov, Heidi (2022) Saatavilla, mutta ei saavutettavissa? Sosiaalioikeudellinen tutkimus päihdepalveluihin pääsystä. Joensuu: Itä-Suomen yliopisto.

Vanjusov, Heidi & Pesu, Jarkko & Hakulinen Nea (2023) Päihdepalveluiden asiakkaan itsemääräämisoikeudesta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2023:34. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165066/STM\\_2023\\_34\\_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165066/STM_2023_34_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Viitattu 9.10.2023.

Virolainen, Tarja (2023) Uudet lait voimaan- näin päihde- ja riippuvuuspalvelut muuttuvat 2023. <https://a-klinikkasaatio.fi/ajankohtaista/uudet-lait-voimaan-nain-paihde-ja-riippuvuuspalvelut-muuttuvat-2023/>. Luettu 10.11.2023.

Viskari, Inari & Kailanto, Sanna (2021) Huumeisiin kuolee joka viikko yli neljä ihmistä – yksikin kuolema on liikaa. Terveysten ja hyvinvoinninlaitos: Blogi. <https://blogi.thl.fi/huumeisiin-kuolee-joka-viikko-yli-nelja-ihmista-yksikin-kuolema-on-liikaa/> Luettu 8.3.2024.

Vuori, Jaana (2021) laadullinen sisällönanalyysi. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/>. Viitattu 20.11.2023.

Yle (2021) 27-vuotiasta narkomaania pelottaa retkahtaminen, koska hän ei saanut jatkaa laitoshoidossa- päihdepalveluissa on isoja alueellisia eroja. <https://yle.fi/a/3-11766517>. Luettu 4.9.2023.

Yhdenvertaisuuslaki 30.12.2014/1325.

## 9. LIITTEET

Liite 1: Tutkimussuunnitelman tiivistelmä, joka lähetettiin tutkimuslupahakemusten yhteydessä hyvinvointialueille sekä myöhemmin myös haastateltaville.

Hei!

Olen Milla Sinisalmi-Suppula ja opiskelen Tampereen yliopistossa sosiaalipolitiikan maisterivaiheessa sekä työskentelen opintojeni ohella päihdetyöntekijänä. Olen aloittamassa pro gradu –tutkielmani tekoa ja olen sitä varten hakemassa teiltä tutkimuslupaa. Alta löydätte tutkimussuunnitelmani.

### **Suunnitelma:**

Lainsäädäntö luo päätöksenteolle raamit, joita viranhaltijan tulee päätöksissään noudattaa. Vaikka laki määrittelee hyvinvointialueiden ja viranomaisten toimintaa, jää hyvinvointialueelle sekä viranomaiselle suhteellisen paljon tulkinnanvaraa ja vastuuta palvelujen tuottamisessa. Palveluja voidaan tuottaa monella eri tavalla, joka itsessään selittää prosessien moninaisuutta aluekohtaisesti. Aihetta tutkiessani olen törmännyt erilaisiin artikkeleihin, jotka nostavat esille hoitoon pääsyn haasteita päihderiippuvaisen näkökulmasta. Yhdenvertaisuuslain (1325/2014) 5 §:n mukaan viranomaisen tehtäviin kuuluu arvioida yhdenvertaisuuden toteutumista toiminnassaan ja ryhdyttävä tarvittaviin toimenpiteisiin yhdenvertaisuuden toteutumisen edistämiseksi. Tämän vuoksi mielestäni olisi tärkeää tarkastella hoitoon pääsyn prosessia viranhaltijoiden näkökulmasta.

Vuoden 2023 alussa kuntien vastuu päihdepalveluiden tuottamisesta siirtyi hyvinvointialueille. Pyrkinessäni saamaan mahdollisimman monipuolisen näkemyksen tutkimusaiheesta, valitsin hyvinvointialueet, jotka ovat ominaisuuksiltaan erilaisia. Jokaiselta hyvinvointialueelta haastatellaan yhtä viranhaltijaa, joka tekee erityisesti työikäisten sosiaalihuoltolain mukaisia päihdekuntoutuspäätöksiä ja yhtä ylemmän organisaatiotason toimihenkilöä. Valitsemani hyvinvointialueet ovat Lapin hyvinvointialue, Pirkanmaan hyvinvointialue, Päijät-Hämeen

hyvinvointialue, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue ja Keski-Uudenmaan hyvinvointialue.  
Hyvinvointialueet eroavat toisistaan pinta-aloiltaan sekä asukasmääriltään.

Tutkimuskysymys: toteutuuko päihdekuntoutusta koskevissa päätöksissä yhdenvertainen ja tasapuolinen kohtelu eri hyvinvointialueilla?

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää viiden eri hyvinvointialueen päihdekuntoutukseen pääsyn prosessia viranhaltijoiden näkökulmasta. Tutkimuksen avulla halutaan selvittää hyvinvointialueiden yhtenäisyyksiä sekä eroja päihdekuntoutusprosesseissa ja tuoda näkyväksi jokaisen hyvinvointialueen strategia ja resurssit.

Haen teiltä tutkimuslupaa haastattelujen toteuttamista varten hyvinvointialueellanne. Haastatteluja tulisi olemaan kaksi; yksi päihdekuntoutuspäätöksiä tekevälle viranhaltijalle ja toinen ylemmän organisaatiotason toimihenkilölle. Tutkimusluvan saatuani selvitän hyvinvointialueeltanne ne henkilöt, jotka voisivat toimia haastateltavina ja haastattelurunko tullaan lähettämään näille kahdelle henkilölle luettavaksi ennen haastatteluja.

Annan mielelläni tarvittaessa lisätietoja!

Ystävällisin terveisin,

Milla Sinisalmi-Suppala

Liite 2: Haastattelurunko.

Haastattelurunko (viranhaltija):

1. Teema (viranhaltijuus)

- Mikä on toimenkuvasi? Tutkintotausta?
- Teetkö viranhaltijapäätöksiä / maksusitoumuksia päihdepalveluihin?
- Lainsäädännön tunteminen

1. Teema (palvelujen saatavuus / universalismi)

- Millaisia päihdepalveluja on saatavilla?
- Millaisia haasteita palvelujen järjestämisessä on?
- Miten päihdekuntoutukseen pääsyn prosessi alkaa?
- Miten toimii sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö tai muiden toimijoiden välillä, miten roolit jaetaan?

3. Teema (asiakkaan asema (oikeudenmukaisuus, yhdenvertaisuus)

- Miten asiakas osallistuu palvelun tarpeen arviointiin?
- Voiko asiakas vaikuttaa hoitopaikan valintaan?
- Miten asiakkaan tausta vaikuttaa hänen saamaansa hoitoon?
- Miten asiakkaan erityisyys vaikuttaa palvelujen saatavuuteen?
- Vaikuttaako korvaushoito palvelujen saatavuuteen / päihdekuntoutukseen?

Haastattelurunko (ylempi toimihenkilö):

1. Teema (palvelujen mitoitus)

- Millaisia päihdepalveluita alueellanne on tarjolla? Perus- ja erityispalvelut?
- Onko teillä olemassa päihdestrategiaa?
- Kohtaako päihdepalvelujen tarve ja resurssi? Miten tilannetta seurataan, kartoitetaan?

## 2. Teema (talous)

- Kuinka paljon hyvinvointialueellanne päihdepalveluja toteutetaan ostopalveluna?
- Kuinka paljon ensi vuoden talousarviossa on varattu määrärahaa päihdepalvelujen tuottamiseen?
- Kuinka paljon ensi vuoden talousarviossa on varattu määrärahaa avo- ja laituskuntoutukseen?

## 3. Teema (viranhaltija)

- Kuinka henkilökunnan ammattitaitoa ylläpidetään ja varmistetaan?
- Kuka tekee tosiallisesti viranhaltijapäätöksen palveluista?
- Kuka tekee ja millä perusteella maksusitoumuksen päihdekuntoutukseen?
- Miten varmistatte oikeudenmukaisen ja yhdenvertaisen kohtelun?
- Oikaisuvaatimukset?