



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Lotta Forssell

Kun pelaaminen haittaa

Peliklinikan avohoidon saavutettavuus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sosionomi (AMK)

Sosiaaliala

Opinnäytetyö

13.4.2020

Tekijä Otsikko	Lotta Forssell Kun pelaaminen haittaa – Peliklinikan avohoidon saavutettavuus
Sivumäärä Aika	25 sivua + 1 liite 13.4.2020
Tutkinto	Sosionomi (AMK)
Tutkinto-ohjelma	Sosiaalialan tutkinto-ohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sosionomi (AMK)
Ohjaajat	Lehtori Katja Ihamäki Lehtori Kirsi Lautala
<p>Rahapelaamisella tarkoitetaan muun muassa vedonlyöntipelien, loton tai rahapeliautomaattien pelaamista. Tällöin panoksena on rahaa tai siihen verrattavissa oleva panos, jolla tavoitellaan palkintoa ja lopputulos on jossain määrin sattumaa. Rahapelaaminen voi olla hallittua tai se voi olla luokiteltavissa riskitason pelaamiseksi, ongelmapelaamiseksi tai rahapeliriippuvuudeksi. Rahapelaamisen ongelmilla voi olla monia vaikutuksia niin yksilöllisellä, yhteisöllisellä kuin yhteiskunnallisella tasolla. Kun rahapelaaminen alkaa haitata, on Suomessa useita tuki-, neuvonta- ja hoitopalveluita. Suomessa toimii muun muassa chat- ja puhelinpalvelu Peluuri, tieto- ja tukipiste Tiltti, Peliklinikan avohoito. Apua on tarjolla myös kuntien mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Jotta haittoja saadaan minimoitua ja hoitoon pääseminen pystytään takaamaan, tulee hoitopalveluita ja niiden saavutettavuutta tutkia.</p> <p>Tässä opinnäytetyössä tutkitaan Peliklinikan avohoidon saavutettavuutta asiakkaiden näkökulmasta. Peliklinikan avohoito on Helsingin ja Vantaan kuntalasilla tarkoitettu hoito, jossa hoitoa ja tukea tarjotaan yksilö-, ryhmä-, perhe- ja parimuotoisena. Hoidossa tarjotaan maksuttomia keskustelukäyntejä. Palvelujen saavutettavuudella kuvataan sitä, miten helppoa niitä on lähestyä ja päästä palveluiden pariin. Saavutettavat palvelut ovat kaikkien saatavilla. Opinnäytetyön tutkimus suoritettiin monimenetelmällistä tutkimusstrategiaa käyttäen. Aineisto kerättiin Peliklinikan avohoidon palautekyselyllä helmikuussa 2020.</p> <p>Tutkimuksen perusteella avohoidon voitiin todeta olevan suurimmalle osalle vastaajista saavutettavissa. Hoidon tiedollisen saavutettavuuden ulottuvuudessa todettiin olevan hieman parannettavaa. Vastaajat kokivat hoitoon hakeutumista eniten hankaloittavaksi, eli saavutettavuutta eniten heikentäväksi, tekijäksi yksilöstä johtuvat tekijät, kuten häpeä, jännityksen ja leimautumisen pelon. Myös hoidon sijainti sekä hoitoon pääsemisen kesto nimettiin hankaloittaviksi tekijöiksi. Avohoidossa tiedollista saavutettavuutta voitaisiin parantaa lisäämällä tarjolla olevaa informaatiota hoidosta. Yksilöön liittyviä tekijöitä voitaisiin vähentää yhteiskunnallisella tasolla pyrkimällä vähentämään rahapelaamiseen liittyvää leimautumista. Hoitoon pääsemiseen nopeammin pystytään vaikuttamaan lähinnä lisäämällä resursseja. Saavutettavuutta voitaisiin tutkia syvemmin vielä haastattelututkimuksella, sillä kyselylomakkeella ei välttämättä saada tarpeeksi yksityiskohtaista tietoa.</p>	
Avainsanat	Rahapelaaminen, peliriippuvuus, avohoito, Peliklinikka

Author Title	Lotta Forssell When You're Done with Gambling – The Accessibility of Gambling Clinic's Outpatient Treatment.
Number of Pages Date	25 pages + 1 appendix 13 April 2020
Degree	Bachelor of Social Services
Degree Programme	Social Services
Specialisation option	Social Services
Instructors	Katja Ihamäki, Senior Lecturer Kirsi Lautala, Senior Lecturer
<p>Gambling is an act where you play chance games for a stake. The stake can be money or possession. Forms of gambling are e.g. playing slot machines or lotteries and betting on races. The results are random. Gambling can be controlled or classified as risk level gambling, problem gambling or gambling addiction. Gambling problems can have many effects on an individual, communal and social level. When one's gambling behaviour starts being a problem, there are several support, advice and care services in Finland. For example, there is a chat and telephone service Peluuri, information and support point Tiltti, Gambling Clinic's outpatient treatment. help is also available in municipal mental health and substance abuse services. In order to minimise harm and ensure access to treatment, these services and their accessibility must be studied.</p> <p>This Bachelor's thesis studies the accessibility of Gambling Clinic's outpatient treatment from the perspective of the clients. Gambling Clinic's outpatient treatment is a service for the residents of Helsinki and Vantaa. The treatment provides care and support in individual, group, family and paired formats. The treatment is free-of-charge. The accessibility of a service describes how easy it is to approach by a client and how easy it is to access. Accessible services are available to everyone. The study of this bachelor's thesis was carried out using a multimethod research strategy. The study was conducted by a survey and the data was collected in February 2020.</p> <p>The results of the study suggest that outpatient treatment was accessible according to the majority of the respondents. The result suggests that there can be a slight improvement in the informative dimension of accessibility. The respondents felt that the most complicating factors of applying for treatment were individual factors, such as shame and stigma. The location of the treatment and the duration of getting help after seeking for it were also decreasing the treatment's accessibility. At the outpatient treatment the information dimension of accessibility could be improved by increasing the information available about the treatment. Individual factors could be reduced at a social level by trying to reduce the stigma associated with gambling. More rapid access to treatment can be achieved mainly by increasing resources. Accessibility could be further studied, and the study could be conducted by using an interview, as the questionnaire does not necessarily provide sufficient details.</p>	
Keywords	gambling, gambling addiction, outpatient treatment, Gambling Clinic

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Rahapelaaminen ja ongelmapelaaminen	2
2.1	Rahapelihaittojen ehkäisy	3
2.2	Rahapeliongelmien hoito	4
3	Rahapelaaminen Suomessa	5
4	Rahapelaamisen ongelmien tuki-, neuvonta- ja hoitopalvelut	8
4.1	Peliklinikan avohoito	9
4.2	Palveluiden käyttö Suomessa	10
5	Palveluiden saavutettavuus	11
6	Tutkimus	14
6.1	Tutkimuskysymykset	14
6.2	Aineiston hankinta	15
6.3	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	16
6.4	Aineiston analyysi	17
7	Tulokset	20
8	Johtopäätökset	23
9	Pohdinta	24
	Lähteet	26
	Liitteet	
	Liite 1. Avohoidon palautekysely	

1 Johdanto

Suomalaisessa yhteiskunnassa on käyty viime aikoina runsaasti julkista keskustelua rahapelaamisesta ja sen yhteiskunnallisista ja yksilöllisistä vaikutuksista. Veikkauksen monopoliasemaa on kyseenalaistettu (ks. Sulkunen 2019.), raha-automaattien poistamiseksi kaupoista ja kioskeilta on laitettu alulle kansalaisaloite (ks. Kansalaisaloite 2019), sekä rahapelien mainonta on aiheuttanut paheksuntaa (ks. Kauppinen 2019). Rahapelaamisella tarkoitetaan esimerkiksi raha-automaattipelien, loton, pokerin tai vedonlyöntipelien pelaamista, jolloin panoksena on rahaa tai rahaan verrattavissa oleva panos sekä palkinto. Lopputulos perustuu tällaisissa peleissä ainakin jossain määrin sattumaan. (Kinnunen & Jaakkola 2015: 35.) Suomessa Veikkaus Oy:llä on rahapelien toimeenpanemiseen yksityisoikeus (Arpajaislaki 21.12.2016/1286 11§). Veikkaus Oy on valtion omistama osakeyhtiö, jonka tavoitteena on esimerkiksi estää pelaamisesta aiheutuvia terveydellisiä, sosiaalisia ja taloudellisia haittoja. Yhtiöllä on hallintoneuvosto, jonka tarkoituksena on seurata, että yhtiö harjoittaa toimintaansa laissa määritellyillä tavoilla. (Arpajaislaki 21.12.2016/1286 12§.)

Rahapelaaminen on riski suomalaiselle kansanterveydelle. Rahapelaamisella voi olla myös monia muita yksilöön, yhteisöön ja yhteiskuntaan liittyviä negatiivisia seuraamuksia, joita käsitellään laajemmin opinnäytetyössä. (Järvinen-Tassopoulos 2018: 12; Alho & Lahti 2015.) Rahapelaamisen yleisen tutkimisen lisäksi on tärkeää tutkia hoitoon, neuvontaan ja tukeen tarkoitettuja palveluita. Tässä opinnäytetyössä tutkitaan palveluiden saavutettavuutta asiakkaiden näkökulmasta. Saavutettavuudella tarkoitetaan palveluiden helppoa lähestyttävyyttä kaikille ihmisryhmille (Celia-kirjasto 2016: 9) Termiä avataan enemmän omassa kappaleessaan. Saavutettavuutta tutkitaan asiakkaan näkökulmasta, sillä heidän voidaan katsoa tietävän parhaiten mitkä tekijät vaikuttavat saavutettavuuteen. Asiakkaiden mielipidettä on tärkeä kuunnella, jotta päästään kohti asiakaslähtöisiä palveluita. Lain sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (22.9.2000/812 1§) eräänä tarkoituksena on edistää asiakaslähtöisyyttä. Tutkimalla ja kohentamalla palveluiden saavutettavuutta voidaan asiakaslähtöisyyttäkin parantaa. Tutkimus suoritetaan Vantaan ja Helsingin kuntalaisille tarkoitettussa Peliklinikan alaisuudessa toimivassa avohoidon palvelussa. Sosiaalihuollon avopalveluilla tarkoitetaan erilaisia sosiaalisia tukipalveluita, jotka ovat tuotettu suoraan asiakkaille. Avopalvelut eivät sisällä tilapäismajoituksen lisäksi muuta majoitusta. (Tilastokeskus n.d.)

Rahapelaamista, sen haittoja ja hyötyjä sekä tuki-, neuvonta- ja hoitopalveluita onkin Suomessa muun muassa hallintoneuvoston tavoitteiden takia tutkittu runsaasti. Vähemmälle on kuitenkin jäänyt näiden palveluiden saavutettavuuden tutkiminen, joka luo tarvetta tämän opinnäytetyön tutkimukselle. Vaikka ehkäiseviä toimenpiteitä on tehty, on silti tunnistettava rahapelaamisen ongelmien esiintyminen suomalaisessa yhteiskunnassa. Näitä ongelmia ja niiden yleisyyttä esitellään myöhemmin omassa kappaleessaan. Onkin tärkeää, että ongelmien yleistyessä ja ehkäisevien toimenpiteiden pettäessä auttaviin palveluihin kiinnitetään enemmän huomiota.

Rahapelimarkkinoilla on Suomessa etenkin sosiaali- ja terveysalan kentällä erityinen asema, sillä monet sosiaali- ja terveysalan järjestöt ja toimijat saavat rahoitusta Veikkaukselta. Veikkauksen avustusten jaosta sosiaalialan kohteisiin vastaa STEA, joka on sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa toimiva itsenäinen valtionapuviranomainen. Sosiaali- ja terveysministeriö päättää myönnettävistä avustuksista. Vuonna 2019 Veikkaus jakoi sosiaali- ja terveysjärjestöille 362 miljoonaa euroa avustuksina. (Veikkaus n.d.; STEA n.d.) On laissa määriteltyä, että Veikkaus Oy:n tuotoista 43% tulee suunnata sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Nämä avustukset myönnetään oikeuskelpoisille yleishyödyllisille yhteisöille ja säätiöille. (Arpajaislaki 17§.)

2 Rahapelaaminen ja ongelmapelaaminen

Rahapelikäyttäytyminen voidaan jaotella hallittuun pelaamiseen, riskitason pelaamiseen, ongelmapelaamiseen sekä rahapeliriippuvuuteen. Riskipelaamista esiintyy ennen rahapeliongelman kehittymistä. Riskipelaaminen on rahapeliongelmaa lievempää pelikäyttäytymistä. Rahapeliongelmaa taas kuvastaa pelaamisen haittavaikutukset niin ihmissuhteisiin, omaan talouteen kuin muihin elämän osa-alueisiin. (Alho & Lahti 2015: 9-13; Lahti & Castren & Tenhola & Heinälä & Alho 2012: 413.)

Rahapeliriippuvuus (F63.0) määritellään DSM-5 diagnoosijärjestelmässä päihteisiin liittyvien häiriöiden kanssa samaan pääryhmään. (Järvinen-Tassopoulos 2018: 12.) Rahapeliriippuvuus kuuluu riippuvuushäiriöiden tautiluokkaan, sillä pelihimon katsotaan olevan luonteeltaan addiktoivaa. Rahapelaamisen voidaan katsoa täyttävän riippuvuuden määritelmät, kun ongelmallinen pelikäyttäytyminen on jatkuvaa tai toistuvaa ja sen seurauksena henkilö kokee merkittävää haittaa tai kärsimystä. DSM-5 tautiluokituksessa rahapeliriippuvuuden kriteereistä tulee täytyä vähintään neljä vuoden ajalta, jotta rahapeliriippuvuus voidaan diagnosoida. Näitä diagnostisia kriteerejä ovat esimerkiksi valehtelu

rahapelaamiseen osallistumisen määrästä, pyrkimykset voittaa takaisin hävityt rahat sekä epäonnistuminen rahapelaamisen vähentämisessä tai lopettamisessa. ICD-10-tautiluokituksen mukaan liiallinen rahapelaaminen kuuluu hillitsemishäiriöiden ryhmään ja sen diagnostisena terminä käytetään pelihimoa. Pelihimoa määrittää toistuvat pelijaksot, jotka vahingoittavat henkilön aineellisia, sosiaalisia, ammatillisia tai perheeseen liittyviä sitoumuksia. (Ladouceur & Lachance 2016: 8-11.)

Geneettinen perimä sekä neurobiologiset ominaisuudet vaikuttavat rahapeliriippuvuuden muodostumiseen. Riippuvuuden syntymiseen vaikuttavat myös monet persoonallisuuden piirteet (kuten impulsiivisuus) sekä henkilökohtaiset kokemukset ja ympäröivä yhteiskunta. Rahapeliongelmaa kuitenkin ylläpitää esimerkiksi pelaamisen taustalla olevat syyt (kuten esimerkiksi velkaantuminen), pelaamisesta saatava mielihyvä, päihteiden kulutus sekä peliongelman kanssa ilmenevät muut sairaudet. Rahapelaamisen ongelmien kanssa esiintyy usein myös erilaisia liitännäisoireita ja –sairauksia. Näitä ovat esimerkiksi päihdeongelmat, persoonallisuushäiriöt sekä masentuneisuus. Usein rahapeliriippuvuuden kanssa voidaan havaita myös muita impulssikontrollin häiriöitä, kuten liiallista ostelua. (Lahti ym. 2012: 414.)

2.1 Rahapelihaittojen ehkäisy

Rahapelaamisesta voi aiheutua kielteisiä seurauksia joita kutustaan rahapelihaittoiksi. Näitä seurauksia voi olla esimerkiksi terveydelliset haitat tai velkaantuminen. Haitat voivat kohdistua niin pelaajaan, hänen läheisiinsä ja yhteiskuntaan. (Alho & Lahti 2015: 9–15.) Rahapelaamisen aiheuttamien haittojen ehkäisy voi olla primaarista, sekundaarista tai tertiaarista. Primaariprevention kohteena on koko väestö ja ehkäisytoimenpiteet liittyvät lainsäädäntöihin, joilla pyritään rajoittamaan rahapelien saatavuutta. Riskiryhmät ovat sekundaariprevention kohderyhmänä. Riskiryhmiä ovat esimerkiksi paljon rahapelejä pelaavat ja ikääntyneet. Ongelmapelaajat ovat tertiaariprevention kohderyhmä. Tertiaariprevention tavoitteena on ehkäistä ongelmien pahentumista ja keinoja tähän ehkäisyyn ovat esimerkiksi vertaistukiryhmät ja ongelmien hoitoon tarkoitetut palvelut. Rahapelien ehkäisyyn tavoitteena yleisesti on vähentää rahapelaamisen aiheuttamien ongelmien vaikutuksia yksilöön, läheisiin ja yhteiskuntaan. Keinoina voi olla esimerkiksi rahapelien markkinoinnin rajoittaminen sekä rahapeleille asetettu 18 vuoden ikäraja. (Järvinen-Tassopoulos & Kesänen & Murto & Mykkänen & Selin 2018: 86.)

Suomessa rahapelihaittojen ehkäisy on asetettu rahapelipolitiikan tavoitteeksi. Tästä rahapelien aiheuttamien haittojen ehkäisystä ja vähentämisestä vastaavat Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Veikkaus Oy, sisäministeriö, Poliisihallitus sekä sosiaali- ja terveysministeriö. (Järvinen-Tassopoulos ym. 2018: 86.) Suomessa haittojen ehkäisy on jaettu monelle toimijalle ja ehkäisykeinoja on useita. Kauppojen edessä olevien rahapeliautomaattien valvontaan on panostettu, ja esimerkiksi automaatilla tunnistautumista pyritään lisäämään pelatessa. Ehkäisykeinoja vaikuttaa olevan laaja kirjo, kuten esimerkiksi rahansiirtorajat, sisäänpääsy pelisaleihin ja aikamuistutus Veikkauksen pelipalveluissa (Järvinen-Tassopoulos ym. 2018: 90). Ehkäistyömenpiteistä huolimatta peliongelmien ja -haittojen määrä on kasvussa. Vuonna 2015 tehdyn väestökyselyn mukaan vastaajista 3,3 prosentilla oli rahapeliongelma ja kyseinen määrä on noussut vuoteen 2011 verrattuna. (Järvinen-Tassopoulos 2018: 76–77.) Syitä ongelmien määrän kasvuun voidaan pohtia monelta eri kantilta, kuten rahapelien mainonnan lisääntymisen, digitaalisen pelaaminen helpon saavutettavuuden sekä ehkäisykeinojen toimivuuden näkökulmasta.

2.2 Rahapeliongelmien hoito

Rahapeli riippuvuuden hoitomuoto ei ole välttämättä kaikille samanlainen. Hoitomuodon valintaan vaikuttavat monet tekijät, kuten riippuvuuden vakavuus sekä yksilölliset tekijät. Rahapeliongelmien hoitaminen koetaan usein haastavaksi, sillä pelaamiseen liittyvät paikat ja mielikuvat voivat aiheuttaa pelihimoa, ja tästä johtuen retkahdukset ovatkin yleisiä. (Alho & Lahti 2015: 114.)

Rahapeliongelmien hoidosta ja hyvän hoidon tekijöistä puuttuu edelleen luotettavaa tutkimustietoa, mutta tällä hetkellä kansainvälisesti hyväksyty hoitomuoto on kognitiivinen käyttäytymisterapia. (Ladouceur & Lachance 2016: 8–11; Alho & Lahti 2015: 111.) Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa pyritään muuttamaan potilaan pelaamiseen liittyviä harhauskomuksia ja rahapelikäyttäytymistä. Rahapelaaminen aiheuttaa tunnetiloja, joiden sietämiseen terapialla pyritään. Hoidolla tuetaan potilasta myös ratkaisemaan ihmissuhteisiin, työhön ja talouteen liittyviä ongelmia. (Castrén & Lahti 2015: 122.) Kognitiivisen käyttäytymisterapian tukena voidaan käyttää monia erilaisia hoitomenetelmiä. Näitä ovat esimerkiksi lääkehoito, vertaistuki sekä velkaneuvonta. (Alho & Lahti 2015:111.)

Lääkehoitoa suositellaan käytettäväksi hoidon alkuvaiheessa, jolloin retkahtamisriski on suurimmillaan. Eniten tutkimusnäyttöä lääkkeitä rahapeli riippuvuuden hoidossa on

saatu opioidisalpaajista, kuten nalmefeenistä. Näiden lääkkeiden vaikutus perustuu keskushermoston mielihyvää välittävien hermorakenteiden muovaamiseen. Lääkkeiden käyttäminen auttaa pelihimon hillitsemisessä sekä minimoi retkahtamisriskiä. (Alho & Lahti 2015: 127.) Talous- ja velkaneuvonnassa pyritään ratkaisemaan asiakkaan velkailanne sekä antamaan ehkäisevää talousneuvontaa. Talous- ja velkaneuvonta on lakisääteinen palvelu, jossa annetaan neuvontaa ja tietoja velkojen tai talouden hoidossa. Palvelussa annetaan myös tietoa mahdollisista tukipalveluista. (Lauttunen 2015: 153.)

Motivoivaa haastattelua voidaan käyttää potilastyöskentelyssä potilaan motivointiin, tukemiseen ja opastamiseen niin, että hän toimii saavuttaakseen rahapelaamiseen liittyvät tavoitteensa. Motivoivaa haastattelua käytetään vahvistamaan potilaan omaa muutoshalua. Tämän työotteen on tarkoitus vahvistaa potilaan muutosvalmiutta, kun hänellä on vielä ristiriitaisia tunteita rahapelaamisesta kohtaan. Esimerkiksi rahapelaaminen voi vielä tuntua miellyttävältä, mutta sen seuraukset voivat olla tuhoisia. Rahapeliongelmiensa hoidossa motivoiva haastattelu perustuu empaattiseen ja myötätuntoiseen työotteeseen. Työntekijän tehtäväksi tulee ristiriidan tunnistaminen, potilaan muutosmahdollisuuksiin herättely sekä muutoksen tekemisestä syntyvien ristiriitaisten tunteiden käsittely. Motivoivassa haastattelussa asiakkaan tarinaa kuunnellaan, hänelle esitetään avoimia ja tarkentavia kysymyksiä, jotka auttavat häntä ymmärtämään kertomansa sisältö ja sen mahdolliset ristiriitaisen asiasisällöt. Työntekijän ei tule väitellä potilaan kanssa, vaan pyrkiä vahvistamaan potilaan uskoa mahdollisuuksiin. (Castrén & Lahti 2015: 115.)

3 Rahapelaaminen Suomessa

Tässä kappaleessa kuvataan rahapelitutkimuksen sekä suomalaisen rahapelaamisen tilannekatsauksen avulla rahapelaamista Suomessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on toteuttanut Peliklinikan asiakkaille rahapelikyselyn vuosina 2016 ja 2017. Tutkimus on toteutettu Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta yhteistyössä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL), Peliklinikan sekä Tilastokeskuksen kanssa. Haastattelun tavoitteena on tarkastella Veikkaus Oy:n, Raha-automaattiyhdistyksen sekä Fintoto Oy:n vuonna 2017 tapahtuneen yhdistymisen vaikutuksia rahapelaamiseen, rahapelihaittoihin ja rahapelaamisen mainontaan liittyviin mielipiteisiin. Kyselyt on toteutettu ennen ja jälkeen yhdistymisen. (Salonen ym. 2019: 27, 31) Tutkimus toteutettiin kahtena poikkileikkaustutkimuksena Peliklinikan asiakkaiden osalta vuosina 2017 ja 2018. Asiakkaat arvioivat aina edeltävän vuoden tilanteen. Kysely toteutettiin verkkokyselynä. (Salonen ym. 2019: 33.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, sosiaali- ja terveysministeriö, sisäministeriö

sekä Poliisihallitus ovat yhteistyössä kirjoittaneet tilannekatsauksen suomalaisen rahapelaamiseen. Tilannekatsauksessa kuvataan rahapelijärjestelmää- ja politiikkaa sekä rahapelaamiseen liittyviä yksilöllisiä ja yhteiskunnallisia ilmiöitä. (Järvinen-Tassopoulos 2018: 4.) Tilannekatsaus on laaja, joten tässä kappaleessa keskitytään vain muutamaaan opinnäytetyön kannalta oleelliseen artikkeliin.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttama tutkimus on laaja ja paneutuu Suomalaisten jo palveluiden piirissä olevien pelikäyttäytymiseen ja mielipiteisiin. Tutkimuksessa käy esimerkiksi ilmi vuonna 2017 kyselyyn vastanneiden käyttäneen viikoittain keskimäärin 395,50 euroa rahapelaamiseen (Salonen ym. 2019: 43). Vuoden 2015 tehdyn väestökyselyn perusteella 80% suomalaisista oli pelannut rahapelejä edeltävän vuoden aikana. 30% vastanneista miehistä pelasi pelejä viikoittain, naisista suurin prosenttiosuus (31%) pelasi kuukausittain. Naisten rahapelaaminen on kuitenkin lisääntynyt vuodesta 2007, kun taas miehet olivat vähentäneet pelaamista. Internetissä tapahtuva rahapelaaminen on tilannekatsauksen mukaan lisääntynyt. (Salonen 2018: 50-55.) Voidaan pohtia muuttuuko rahapelien kohderyhmät tai onko esimerkiksi yhteiskunnan asenteet muuttuneet niin, että ihmiset uskaltavat raportoida entistä helpommin rahapelien pelaamisesta. Kohderyhmän muutokset tulee huomioida myös tuki- ja hoitopalveluissa. Palveluiden tulee muovaantua kohderyhmän mukana, ja palveluiden tulee olla kaikkien apua tarvitsevien saavutettavissa.

Tammi, Castrén ja Lintonen (2015) ovat kirjoittaneet artikkelin suomalaisten ongelmapelaamisesta suomalaisen rahapelijärjestelmän kontekstissa. Ongelmapelaamista mitattiin SOGS-R-kyselyllä. Tuloksien mukaan vuonna 2003 peliongelmissa kärsiviä oli 1%. Vuonna 2007 vastaava luku oli 3,1% ja vuonna 2011 taas 2,7%. (Tammi & Castrén & Lintonen 2015: 747.) Väestökyselyn mukaan vuonna 2015 rahapeliongelmaisten määrä oli noussut vuoteen 2011 verrattuna. Vuonna 2015 vastaajista 3,3% kertoi rahapeliongelmaistaan. (Järvinen-Tassopoulos 2018: 8.) Peliongelman kanssa kamppailevien määrän kasvaessa on oleellista tutkia hoitopalveluita ja kehittää niitä saavutettavampaan suuntaan, että hoitoa kaipaavat pääsevät matalalla kynnyksellä palveluiden piiriin. Näin voidaan estää rahapelihaittojen kasvamista hallitsemattoman suuriksi.

Rahapelikyselyn mukaan vähintään yhtä taloudellista haittaa rahapelaamisen seurauksena kertoi kokeneensa 92% vastaajista. Velkaongelmiin tai -kierteeseen kertoi joutuneensa 42% vastanneista. (Salonen ym. 2019: 51.) Taloudellisten ongelmia kokevien prosentiosuus on melko korkea, ja olisikin tärkeää, että ongelmien kanssa kamppailevat pääsisivät oikea-aikaisesti hoitojen piiriin. Tutkimuksessa kerrotaan vähintään yhtä tunnetason haittaa kokeneen 92% vastaajista ja terveyshaittoja oli kokenut 91% (Salonen ym. 2019: 53, 55).

Peluurin vuosiraportissa avataan suomalaisten velkaantumista rahapeliriippuvuuden takia. Isojen velkojen määrä on heidän mukaansa kasvanut. Kun asiakkaalta on saatu selville velkojen suuruus, ovat ne vaihdelleet 20 000 ja 50 000 euron välillä. Yleisin kirjattu velkasumma oli 10 000. (Silvennoinen ym. 2018.) Määrät ovat suuria ja niillä on vakavia vaikutuksia niin pelaajaan, hänen läheisiinsä kuin yhteiskuntaan. Tällaista velkaantumista voitaisiin estää sosiaalialan näkökulmasta rahapelien ehkäisyllä sekä parantamalla hoitojen oikea-aikaisuutta ja hoitojen vaikuttavuutta. Pelaajien rikoksia pelien rahoittamiseksi kirjattiin vuonna 2018 19 kappaletta (Silvennoinen ym. 2018). Raportissa tuodaan ilmi, että rikokset saattavat jäädä helposti kertomatta puhelimitse tai näpistyksistä tuttavilta katsotaan lainaamiseksi (Silvennoinen ym. 2018). Todellisuudessa rikosten määrä voi olla suurempi. Peluurin vuosiraportissa käy myös ilmi rinnakkaisongelmien esiintyvyyden yleisyys. Kaksi kolmesta soittajasta kertoi rinnakkaisoireistaan. Oireet voivat olla rahapelaamisen syitä tai seurauksia. Yleisimpiä rinnakkaisoireita olivat taloudelliset ongelmat, masentuneisuus ja ahdistuneisuus sekä syyllisyys ja häpeä. (Silvennoinen ym. 2018.)

Vertauskohtana suomalaiseen rahapelaamiseen avataan Britanniassa toimiva Gambling commission toteuttamaa kyselytutkimusta, joka toteutettiin puhelimitse sekä verkossa vuonna 2017. Tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa rahapelikäyttämistä, tietoisuutta rahapelaamisesta sekä vastaajien asenteita. Yli 16-vuotiaista 45% oli viimeisen neljän viikon aikana pelanneet rahapelejä. Kyseinen luku oli laskenut 3% edelliseen vuoteen verrattuna. (Gambling commission 2018: 4—9.) Kyselytutkimuksen mukaan 3,9% vastanneista kuuluivat riskitason pelaajaryhmään. Ongelmapelaajiksi katsottiin kuuluvan 0,8% vastaajista. Myös Britanniassa miehet pelaavat rahapelejä naisia todennäköisemmin ongelmapelaamisen tasolla. (Gambling commission 2018: 18—19.)

Suomen ongelmapelaamisen prosenttiosuus on korkeampi verrattuna esimerkiksi tähän Britannian väestölle toteutettuun tutkimukseen. Tämä on ristiriidassa suomalaisen rahapelipolitiikan kanssa, jonka tavoite on ehkäistä rahapelihaittoja. Ongelmapelaaminen näyttäytykin lisääntyvänä ilmiönä Suomessa, vaikka tavoitteena on ongelmien vähentyminen. Kuten edellä todettiin, on ongelmapelaamisella myös monia yksilöllisiä, yhteisöllisiä kuin yhteiskunnallisiakin seurauksia. Yksi monitahoista tilannetta helpottava tekijä voisi olla hoitoon ja palveluiden piiriin pääsemisen helpottaminen. Tulisi löytää palveluiden pääsemistä vaikeuttavat kipupisteet ja pyrkiä löytämään keinoja vaikuttaa niihin. Ongelmat ovat moninaisia ja ne voivat synnyttää lisää ongelmia. Tämän takia onkin tärkeää tarjota rahapelaamisen ongelmiin tarvittavia hoitokeinoja oikea-aikaisesti ja auttaa apua tarvitsevia löytämään palveluiden luokse.

4 Rahapelaamisen ongelmien tuki-, neuvonta- ja hoitopalvelut

Rahapelaamisen ongelmiin tarkoitetut palvelut voidaan jakaa neuvontatyyppeihin itsehoitoa tukeviin palveluihin, varhaisvaiheen ongelmien tunnistamiseen sekä ongelman hoitoon tarkoitettuihin sosiaali- ja terveyspalveluissa toteutettuihin yleisiin palveluihin. Voidaan eritellä myös erityispalveluita, jotka ovat erikoistuneet rahapeliongelmien hoitoon. Peruspalveluiden, kuten terveyskeskusten, roolina on rahapeliongelmien tunnistamisessa ja puheeksiotossa. Mikäli ongelmat ovat lieviä, voidaan niihin puuttua motivoivalla työotteella, jonka tavoitteena on muutos pelaamisessa. Vaikeammassa ongelmissa tulee asiakas ohjata myös riippuvuusongelmiin erikoistuneisiin yksiköihin tai talous- ja velkaneuvontaan. (Mustalampi & Partanen 2015: 131–132.)

Tuki- ja neuvontapalvelut sisältävät ammatillista ohjausta ja neuvontaa. Nämä palvelut voidaan sijoittaa ehkäisevien ja hoitopalveluiden väliin. Palvelut sisältävät myös vertaistukea sekä oma-apua, eli ei-vuorovaikutteisia palveluita, jotka auttavat asiakkaan itenäisessä rahapelaamisen käsittelyssä. Nämä palvelut ovat tarkoitettu akuuttiin hätään ja auttamaan muutoksessa. Tuki- ja neuvontapalveluita tarjotaan valtakunnallisesti sähköisesti internetissä sekä puhelimitse. Kasvokkain toteutetuissa palveluissa taas on alueellista vaihtelua. Palvelut ovat matalan kynnyksen palveluita, joiden tarkoituksena on saada potilas oikea-aikaisesti hoitoon. (Pajula & Sjöholm 2015: 133–135.)

Ohjaus- ja neuvontapalveluita voi saada esimerkiksi Peliklinikan alaisuudessa toimivan Peluurin puhelu- ja chat-palveluista sekä internetissä toimivasta Päihdelinkin kysymysvastaus-palvelusta. (Pajula & Sjöholm 2015: 133–135.) Peluuri tarjoaa verkkosivuillaan

OmaPeluuri-palvelun edellä mainittujen chatin ja auttavan puhelimen lisäksi. Verkkofoorumit ovat suljettuja ulkopuolisilta. Peluurin verkkosivuilla on mahdollista osallistua Peli poikki -ohjelmaan. (Silvennoinen ym. 2018.) Tiltti on myös peliklinikan palvelukokonaisuudessa toimiva matalan kynnyksen tieto- ja tukipiste. Tiltti tarjoaa esimerkiksi vertaistukea sekä avoimia ja suljettuja ryhmiä. Tiltissä on myös avoimien ovien päiviä, jolloin pelaajat ja läheiset voivat kohdata vertaisiaan sekä ammattilaisia ja saada neuvontaa. (Castrén ym. 2015: 100.)

Julkisella sektorilla peliongelmiin hoito on keskittynyt A-klinikan hoitoihin. Peliongelmaa hoidetaan myös muissa kuntien mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Näiden lisäksi on olemassa yksilö-, pari- ja ryhmämuotoisia palveluita. Näitä tarjoavat esimerkiksi Kuopion kriisikeskus, Sovatek-säätiö sekä Peliklinikka. (Mustalampi & Partanen 2015: 132–133.) A-klinikka tarjoaa avo- ja ympärivuorokautisia palveluita eri puolella Suomea. Sovatek-säätiössä ongelmapelaajien hoito toteutetaan avokuntoutuksen työryhmässä. Kuopion kriisikeskuksessa taas on tarjolla maksullinen palvelukokonaisuus rahapelaamisen ongelmiin. Laitoskuntoutustakin on mahdollista saada, mikäli ongelmat vakavia tai rahapelien kanssa esiintyy päihdeongelmia. (Castrén & Järvinen-Tassopoulos & Kesänen 2018: 95–104.)

Rahapelaamiseen tarkoitettujen hoitopalveluiden tarjontaa on kuvannut niiden hajaus. Suurimmaksi osaksi niitä tarjoaa pelihaittoihin erikoistuneet järjestölähtöiset palvelut, mutta niitä tarjotaan myös osana päihdepalveluita. Hoitoa saa myös avohoidosta, vertaistukiryhmistä sekä laitoshoidosta. Hoidossa tärkeää on, että potilas itse määrittelee tarpeensa, jolloin hoitoon sitoutuminen on vahvempaa. Tavoitteena voi olla esimerkiksi pelaamisen vähentäminen. (Castrén & Alho & Lahti 2015: 137.)

4.1 Peliklinikan avohoito

Tämän opinnäytetyön tutkimus toteutetaan Peliklinikan avohoidon palvelussa, joka on Helsingin ja Vantaan kuntien, valtion ja järjestöjen yhteishanke. Avohoidossa tarjotaan tukea ja hoitoa niin yksilö-, perhe-, pari-, kuin ryhmämuotoisenakin. Avopalvelussa käytettävät hoitomenetelmät ovat psykodynaamis- ja kognitiivisbehavioraalisia. Hoitomenetelminä käytetään myös psykoedukaatiota, eli potilaan tiedon lisäämistä sairaudesta ja sen hoidosta. Myös potilaan motiivointi on osa hoitoa. (Jaakkola 2015: 139–140; Käypähoito suositus 2013.) Avohoidossa potilaan pelaamista tutkitaan osana hänen elä-

määnsä, joka voi sisältää esimerkiksi mielenterveysongelmia. Hoidossa pyritään parantamaan asiakkaan kykyjä tarkastella ihmissuhteiden, elämäntilanteiden, tunteiden ja pelaamisen välisiä yhteyksiä. Hoidon periaatteena toimii peliongelmiin tutkiminen yhdessä asiakkaan kanssa. Hoitoa arvioidaan yhdessä asiakkaan kanssa ja keinot ja tavoitteet määritellään yhteistyössä. Hoitoprosessia kuvaakin sen yksilöllisyys. Peliklinikan avopalveluun hakeutuu vuosittain 180 asiakasta. (Jaakkola 2015: 140.) Peliklinikka sijaitsee Helsingin Hakaniemessä (Björkenheim & Heiskanen & Kämppe & Ränninranta & Saari- luoma & Typpi & Silvennoinen 2018: 6).

Peliklinikan avohoito on tarkoitettu täysi-ikäisille helsinkiläisille ja vantaalaisille. Palvelu tarjoaa asiakkaille keskustelukäyntejä ammattilaisen kanssa. Palvelut ovat maksuttomia eikä niihin tarvita lähetettä. Keskustelutuki ja hoito on tarkoitettu niin raha- kuin digipe- laamisen ongelmista kärsiville. Hoito aloitetaan kolmella tapaamisella, joista muodostuu alkuarviojakso. Jaksolla muodostetaan kuva asiakkaan kokonaisvaltaisesta tilanteesta ja tämän pohjalta kehitetään tavoitteet ja suunnitelma. Alkutapaamisissa keskitytään myös hoitosuhteen luomiseen. Myös asiakkaan tilanteeseen sopivan psykoedukaation antaminen on oleellista alkutapaamisilla. Avohoidon palvelut ovat tarkoitettu myös poti- laan läheisille. Läheisten kanssa avohoidossa työskentely keskittyy läheisen oman ta- louden ja voimavarojen turvaamiseen. Hoidossa selkeytetään läheisen roolia potilaan tukena. Hoidossa neuvotaan läheistä, miten voi olla avuksi ja mikä taas edesauttaa pe- laamista. Myös läheisille annetaan tietoa pelaamisesta. Peliklinikan hankekumppaneina Vantaan ja Helsingin kaupunkien lisäksi toimivat Sininauhaliitto, Socca, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Sosped säätiö sekä A-klinikkasäätiö. (Björkenheim ym. 2018: 6, 29– 30.)

Avohoidon uusista asiakkaista vuosina 2017–2018 78,3% oli miehiä. Uusien asiakkaiden iät painottuivat 18–34-vuotiaiden luokkaan, johon kuului 60,3% asiakkaista. 35–5-vuoti- aiden luokkaan kuului 30,7% ja 55-vuotiaita tai vanhempia avohoidon asiakkaista oli 9%. Suurin osa asiakkaista (56,3%) oli ansiotyössä. Työttömiä asiakkaista oli 15,7%. Vuonna 2018 avohoidon uudet asiakkaat nimesivät eniten ongelmia aiheuttaviksi peleiksi raha- peliautomaatit (56,1%). (Björkenheim ym. 2018: 12–16.)

4.2 Palveluiden käyttö Suomessa

Aiemmin avatussa rahapelikyselyssä tarkasteltiin myös Peliklinikan palveluiden käyttöä. Tutkimuksessa tarkasteltiin, kuinka montaa palvelua vastaajat olivat käyttäneet ja mikä

oli käytetyin palvelu. Tutkimuksen mukaan vastaajat olivat käyttäneet keskimäärin kolmea eri Peluurin palvelua ja kahta eri Tiltin palvelua. (Salonen ym. 2019: 74.) Tutkimuksessa kerrotaan vuonna 2018 Peliklinikan eri palveluiden piirissä olleen 672 asiakasta (Salonen ym. 2019: 31). Peluuri on tuottanut vuosiraportin vuodesta 2018 jossa tarkastellaan Peluurin toimintaa ja sen tunnuslukuja. Raportissa avataan auttavien puheluiden määrää, joka oli kasvanut vuonna 2018 1868 keskusteluun. Chatissa tapahtuvien keskusteluiden määrä oli myös noussut edellisvuoteen verrattuna ja uusien keskustelujen määrä on 341 kappaletta. (Silvennoinen – Ränninranta – Vuorento 2018.) 34% yhteydenottajista kertoo hakevansa apua ensimmäistä kertaa. Melko suuri osa yhteydenottajista on siis vanhoja asiakkaita. Tämä voisi mahdollisesti kertoa myös uusien asiakkaiden vaikeuksista löytää palveluita. Yhteydenottajista naisten osuus kasvoi. Kasvua nähtiin myös 18–24-vuotiaiden ryhmässä. Muissa ikäryhmissä nähtiin laskua. (Silvennoinen ym. 2018.) Tämä muutos voi kertoa rahapelien kohderyhmän muutoksista tai naisten ja miesten sekä eri ikäryhmien eroista ottaa yhteyttä auttaviin palveluihin (ks. Salonen 2018: 50–55).

Rahapeliongelmiin palveluiden piiriin hakeutumisessa voi olla korkea kynnys, joka voi johtua esimerkiksi häpeästä, ongelman kieltämisestä tai se voi olla palveluiden rakenteeseen liittyvää. Sosiaali- ja terveyspalvelut toimivat kuitenkin suuressa roolissa rahapelihaittojen tunnistamisessa ja puheeksi otossa sekä hoidontarpeen arvioinnissa. (Castrén & Järvinen-Tassopoulos & Kesänen 2018: 96.) Vaikka Suomessa on tarjolla laajasti erilaisia neuvonta-, tuki- ja hoitopalveluita kaikki eivät kuitenkaan päädy näiden palveluiden piiriin. Maritta Itäpuisto (2011) avaa oppaassaan avun hakemisen esteitä. Avunhaku saattaa tapahtua liian myöhään tai ei ollenkaan. Syitä tälle voi olla esimerkiksi haluttomuus myöntää peliongelmaa, häpeä ja syyllisyys, yleiset kulttuuriset esteet ja palveluihin liittyvät esteet. Palveluihin liittyvät esteet voivat olla esimerkiksi hoidon todellinen tarjonta ja sen piirteet ja omat käsitykset hoidoista (ks. Castrén 2018.) (Itäpuisto 2011: 19–20.) Usein palveluihin hakeudutaan vasta siinä vaiheessa, kun ongelmista on seurannut henkilölle suuria vastoinkäymisiä, kuten ihmissuhteiden menetyksiä. Hoitoihin voi hakeutua esimerkiksi Peluurin auttavan puhelimen kautta tai olemalla yhteydessä A-kliinikkaan. (Alho & Lahti 2015: 111–133.)

5 Palveluiden saavutettavuus

Saavutettavuudella tarkoitetaan palveluiden helppoa lähestyttävyyttä, jolloin kenen tahansa on helppo hakeutua niiden pariin. Saavutettavissa olevat palvelut ovat kaikkien

ihmisryhmien helposti saatavilla. Saavutettavuus takaa sen, että kaikki ihmisryhmät on otettu huomioon, eikä palvelu keskity esimerkiksi vain liikuntavammaisiin. (Celia-kirjasto 2016: 9.) Saavutettavuudesta ja esteettömyydestä puhutaan usein synonyymeinä. Ne termeinä käsittävät samoja asioita, ja tästä syystä tässä kappaleessa avataan molempia. Esteettömyyden ja saavutettavuuden termit ovat teoreettisesti suurelta osin toistensa kaltaisia. Vaikka kyseisiä termejä pidetään usein lähes samana asiana, on esteettömyys kuitenkin tarkoittanut yleisesti suomen kielessä rakennetun ympäristön toimivuutta vammaisille henkilöille (Tahkokallio 2009).

Saavutettavuutta voidaan tarkastella useista eri näkökulmista ja eri ulottuvuuksien kautta. Saavutettavuutta on alun perin pidetty liikkumismahdollisuuksia mittaavana terminä, mutta myöhemmin on huomattu saavutettavuuden laadun taustalla olevan laajamittaisia yhteiskunnallisia tekijöitä. Palveluiden saavutettavuuteen vaikuttavat monet yksilön ominaisuudet, mutta myös yhteiskunnalliset tekijät. Näitä yksilöllisiä ominaisuuksia voivat olla esimerkiksi asenteet ja fyysiset toimintamahdollisuudet. (Farrington & Farrington 2005: 3.) Yksilön elämäntilanne voi vaikuttaa siihen miten helposti saavutettavissa palvelut ovat. Esimerkiksi julkisilla liikennevälineillä liikkuvalla eläkeläiselle samat palvelut eivät ole yhtä helposti saavutettavissa kuin oman auton omistavalle keski-ikäiselle. (Rantanen & Lehtola & Hyryläinen & Hiltunen 2012: 16.)

THL (2018) määrittelee yhdenvertaisesti saavutettavissa olevan palvelun olevan todellisuudessa koko väestön käytettävissä. Yhdenvertainen palveluiden saavutettavuus koostuu taloudellisesta, fyysisestä, tiedollisesta, taidollisesta sekä asenteellisesta saavutettavuudesta. Saavutettavuuteen voivat vaikuttaa esimerkiksi tiedon saanti, tilojen esteettömyys, palvelun ja asiakkaan välimatka, digitaalisten palvelujen saatavuus sekä asiakasmaksut. (THL 2018: 12–13.) Saavutettavuudella voidaan määritellä sitä, miten helposti palvelut ovat lähestyttävissä tai miten hyvin niistä on saatavilla tietoa ja miten helppoa on löytää palvelut. Saavutettavuuden voidaan katsoa liittyvän yleisellä tasolla asenteisiin, kuten siihen, miten palveluiden suunnittelijat, toteuttajat ja rahoittajat osaavat huomioida erilaisten asiakkaiden tarpeet. (Pesola 2009: 7.)

Palveluiden saavutettavuuteen vaikuttaa suuresti sen sijainti suhteessa palvelun potentiaaliseen käyttäjään. Saavutettavuuden mittaaminen ei rajoitu kuitenkaan pelkkiin etäisyyksiin, vaan kyse on sosiaalisesta tasa-arvosta sekä ekologisesti ja taloudellisesti kestävästä saavutettavuudesta. Tulee ottaa huomioon myös palveluiden tiedollinen saavutettavuus, joka tarkoittaa saatavilla olevaa tietoa palveluiden laadusta, luotettavuudesta

ja esimerkiksi sijainnista. Palveluiden saavutettavuus voidaan jakaa myös esimerkiksi seuraaviin osatekijöihin: asukkaisiin liittyvät tekijät, asumiseen liittyvät tekijät, palvelutarjontaan liittyvät tekijät, alueeseen liittyvät tekijät, hallinnolliset tekijät ja sosiaaliset tekijät. (Rantanen & Lehtola & Hyyryläinen & Hiltunen 2012: 13–16.)

Saavutettavuuden kanssa usein synonyyminä käytetty esteettömyys on lainsäädännön määrittelemä asia, sillä yhdenvertaisuuslain (1325/2014 8 §) mukaa ketään ei saa syrjiä iän, etnisen tai kansallisen alkuperän, kansalaisuuden, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden, sukupuolisen suuntautumisen tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Välittömän ja välillisen syrjinnän lisäksi tässä laissa tarkoitettua syrjintää on häirintä, kohtuullisten mukautusten epääminen sekä ohje tai käsky syrjiä. Saavutettavuuden määritelmä menee paljon päällekkäin kuvatun esteettömyyden kanssa, mutta saavutettavuudesta kuitenkin puhutaan etenkin silloin, kun puhutaan juuri palveluiden saavutettavuudesta ja esteettömyydestä. (Elsa & Stakes & Stadia n.d.: 4.) Tässä opinnäytetyössä käytetään saavutettavuuden termiä, sillä tutkimus koskee juuri palveluita eikä pelkästään fyysisten tilojen esteettömyyttä. Saavutettavuuden tutkiminen on kuitenkin tärkeää, jotta voidaan saavuttaa yhdenvertaisuuslain takaama palveluiden yhdenvertaisuus kaikille sen potentiaalisille käyttäjille.

Saavutettavuudesta ja esteettömyydestä on alettu puhua myös termillä Design for all. Design for all tarkoittaa vastuullista suunnittelua, jonka tavoitteena on luoda kaikille saavutettavia ja toimivia palveluita sekä helppokäyttöisiä ja esteettömiä tuotteita. Tämän lähestymistavan on tarkoitus tuottaa kaikille tasavertaisia mahdollisuuksia toimia ja saavuttaa palveluita. (Elsa & Stakes & Stadia n.d.: 4–5.) Design for all -käsite on ollut ensimmäisiä kertoja käytössä 1960-luvulla puhuttaessa rakennetusta ympäristöstä. Nykyään käsite yhdistetään usein tietoyhteiskuntaan sekä ja tietoteknologiaihin sekä niiden sovellutuksiin. Design for all tarkoittaa suunnitteluun liittyviä strategioita tai keinoja, joilla edistetään palvelujen saavutettavuutta, tuotteiden helppokäyttöisyyttä sekä fyysisen ympäristön esteettömyyttä. Tavoitteena on tasa-arvoon ja yhdenvertaisuuteen pyrkiminen. (Tahkokallio 2009.) Design for all- käsite viittaakin palveluiden kehittämistä saavutettaviksi ja esteettömiksi. Tutkittaessa ja kehittäessä palveluiden saavutettavuutta, voi design for all- suunnittelutapa olla hyvä keino parantaa saavutettavuutta tarvittaessa.

6 Tutkimus

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää miten saavutettavissa Helsingin ja Vantaan asukkailla tarkoitettu Peliklinikan avohoito (ks. kappale 4.1) on ja mitkä tekijät vaikuttavat hoidon saavutettavuuteen asiakkaiden näkökulmasta. Tutkimuksessa käytetään monimenetelmäistä tutkimusstrategiaa, eli laadullisen ja määrällisen tutkimuksen yhdistämistä. Laadullisen, eli kvalitatiivisen, tutkimuksen menetelmillä pyritään kuvailemaan ilmiötä, joka tässä tutkimuksessa on palvelun saavutettavuus ja siihen vaikuttavat tekijät. Laadullista tutkimusta käytetään usein ihmistieteissä. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 73–79.) Laadullinen tutkimus on hyvä valinta erityisesti silloin, kun tutkija on kiinnostunut yksityiskohdista, sekä merkityksistä, jotka yksilöt ovat luoneet tapahtumiin liittyen. Laadullinen tutkimus on myös hyvin soveltuva silloin, kun tilanteita ei kontrolloida, vaan ne ovat luonnollisia. (Metsämuuronen 2008: 14.) Aineistosta poimitaan erilaisiin saavutettavuuden ulottuvuuksiin liittyviä tekijöitä ja niiden pohjalta luodaan kuvaa hoidon saavutettavuudesta. Erityisesti mielenkiinnon kohteeksi on valittu tiedollinen saavutettavuus, johon on erillinen kysymys.

Tutkimuksessa käytetään myös määrällistä, eli kvantitatiivista tutkimussuuntausta. Määrällisessä tutkimuksessa tutkittavaa aihetta tarkastellaan numeerisesti. Määrällinen tutkimussuuntaus tukee laadullista tutkimusta, sillä määrällinen tutkimus on objektiivista ja tutkijasta riippumatonta. Määrällisessä tutkimuksessa pyritään kuvaamaan muuttujan, tässä tutkimuksessa vastaajien mielipiteiden, eroja. Tässä tutkimuksessa mielipiteiden mittarina toimii kyselylomake. (Vilka 2007: 13–14.)

Aineistonkeruumenetelmäksi valikoitui kyselylomake, joka on yksi laadullisen tutkimuksen käytetyimmistä aineistonkeruumenetelmistä. Kysely on käytännöllinen menetelmä silloin, kun halutaan tietää mitä ihminen ajattelee asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 83–84.) Tässä tutkimuksessa halutaankin saada selville juuri asiakkaiden mielipiteet hoidon saavutettavuudesta. Aineisto kerätään Peliklinikan avohoidon palautekyselyllä (LIITE1). Kysely on puolistrukturoitu, eli osa kysymyksistä on avoimia ja osa suljettuja. Palautekysely on Peliklinikan henkilöstön suunnittelema, josta valikoidaan opinnäytetyöhön soveltuvat kysymykset tutkittaviksi.

6.1 Tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- 1) Miten saavutettavissa Peliklinikan avohoito on asiakkaiden näkökulmasta?
- 2) Mitkä tekijät vaikuttivat negatiivisesti palvelun saavutettavuuteen asiakkaan pyrkiessä ensimmäistä kertaa hoitoon?
- 3) Miten Peliklinikan avohoito on tiedollisesti saavutettavissa asiakkaiden näkökulmasta?

6.2 Aineiston hankinta

Aineisto hankitaan hyödyntämällä Peliklinikan palautekyselyn vastauksia. Palautekysely on Peliklinikalla toimivien tutkijoiden kehittämä, ja siinä on otettu huomioon tämän opin- näytetyön tavoitteet. Kyselyssä on itsessään mukana saatekirje, jossa kerrotaan kyselyn tavoitteista ja tarkoituksesta. Saatekirjeessä kerrotaan myös aineiston käytöstä opinnäytetyössä. Kirjeessä esitellään myös henkilöt, joilta voi saada lisätietoa tutkimukseen liit- tyen. Kysely on asiakkaiden vapaaehtoisesti täytettävissä. Kyselyn saa Peliklinikalta ja sen voi palauttaa klinikalla sijaitsevaan postilaatikkoon. Palautetta kerätään vuoden 2020 helmikuun ajan. Tutkimuksen osallistuneet ovat avohuollon palvelun asiakkaita, muuten osallistujia ei ole rajattu. Enempää rajaamista ei nähty tarpeelliseksi, sillä kuu- kauden aikana palveluissa käy vain rajallinen määrä asiakkaita.

Tutkimuksessa hyödynnetään palautekyselyn suljettuja monivalintakysymyksiä 15 ja 18. Kysymys numero 15 on ”Palveluista oli helppo saada tietoa” sekä numero 18 on ”Minun oli helppo tulla Peliklinikan avohoitoon”. Näihin vastausvaihtoehtoja ovat 1) täysin eri mieltä, 2) jokseenkin eri mieltä, 3) ei samaa eikä eri mieltä, 4) jokseenkin samaa mieltä 5) Täysin samaa mieltä. Kysymyksellä numero 15 pyritään selvittämään, miten saavu- tettavuuden tiedollinen ulottuvuus toteutuu avohoidossa, eli miten helppo hoidosta oli saada tietoa. Kysymyksellä numero 18 pyritään selvittämään, miten saavutettavissa pal- velu oli asiakkaan ensimmäisellä vierailukerralla. Kuten aikaisemmin todettiin, tarkoite- taan palvelun saavutettavuudella sitä, miten helposti asiakkaiden käytettävissä se on. Tämän takia saavutettavuutta selvitetään tällä monivalintakysymyksellä.

Tutkimuksessa hyödynnetään myös palautekyselyn avointa kysymystä 19 ”Jos sinulla oli ensimmäisellä kerralla esteitä tai vaikeuksia tulla Peliklinikan avohoitoon, kertoisitko

niistä”. Tällä avoimella kysymyksellä pyritään selvittämään mitä tekijät heikensivät hoidon saavutettavuutta asiakkaiden pyrkiessään ensimmäistä kertaa hoitoon. Avointen kysymysten tarkoitus on tavoittaa vastaajien spontaanit mielipiteet, jolloin vastauksia ei rajata käytännössä lainkaan (Vilka 2008: 68).

6.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Eettisyyden huomioiminen on oleellista tutkimusaihetta suunniteltaessa. Tutkimusasetelma voi olla sellainen, että se ei anna todellista kuvaa tutkittavasta aiheesta. Esimerkkinä hoitomyönteisyyden tutkiminen; mikäli asiakas ei noudata hoito-ohjeita, hänet leimataan tutkimuksessa hoitokielteiseksi, vaikka todellisuudessa ohjeet eivät olisi olleet hänen elämäntilanteelleen edulliset. Aihetta pohtiessa tulee ottaa huomioon, kenen ehdoilla tutkimusasetelma valitaan ja miksi tutkimus toteutetaan. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 153–154.) Tässä tutkimuksessa pyritäänkin palvelun tutkimiseen ja kehittämiseen sen mukaan, millaista asiakkaiden antama palaute on. Tutkijalla on myös vastuu siitä, miten hän soveltaa tuloksia (Tuomi & Sarajärvi 2018: 154).

Yleisesti voidaan katsoa, että ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettisen perustan luovat ihmisoikeudet. Tutkittavat ovat oikeutettuja suojaan, jolloin heille tulee selvittää tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit. Suoja turvaa myös sen, että osallistuminen tulee olla vapaaehtoista ja osallistuja tietää oikeutensa. Osallistujan tulee myös saada tietää mistä tutkimuksessa on kyse ottaessaan osaa siihen. Myös oikeuksien ja hyvinvoinnin takaaminen ja tutkimuksen luottamuksellisuus sekä osallistujien jääminen nimettömiksi ovat osa osallistujan suojaa. Tutkija on myös eettisesti vastuussa toiminnastaan. Hänen tulee noudattaa sopimuksia vaarantamatta tutkimuksen rehellisyyttä. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 155–156.) Tässä tutkimuksessa ei kerätä asiakkaiden tunnistetietoja, joten heidän nimettömyytensä on näin taattu. Kerättyä aineistoa säilötään myös huolellisesti ja asianmukaisesti niin, ettei ulkopuoliset pääse siihen käsiksi. Saatekirjeessä myös avataan tutkimuksen tarkoitusta ja lisätietoja saa halutessaan. Palautekyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista.

Tutkimuksen teossa noudatetaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan tutkimuseettisiä käytäntöjä. Tutkimuksessa esimerkiksi sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja raportoidaan ja tietoaineisto tallennetaan vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Aineisto luovutetaan paperikopioina,

jotka säilytetään lukollisessa kaapissa ja tutkimustietoihin ei pääse ulkopuoliset henkilöt. Kaikki aineisto tuhotaan opinnäytetyön raportoinnin jälkeen. Tutkimuksessa sitoudutaan noudattamaan EU:n yleisiä tietosuoja-asetuksia (Helsingin kaupunki 2018) sekä Tietosuojalakia (1050/2018). Tutkimusluvut on haettu Helsingin ja Vantaan kaupungeilta.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa se, onko tutkittu juuri sitä aihetta mitä on ollut tarkoitus tutkia. Voi olla esimerkiksi mahdollista, että asiakkaat eivät ole ymmärtäneet kysymyksiä tutkijoiden haluamalla tavalla, joka heikentää luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat myös tutkijan sitoutuneisuus tutkimuksessa, johon vaikuttavat esimerkiksi tutkijan oletukset tutkimusta aloittaessa. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 163.) Osa tutkimuksen kysymyksistä on strukturoitu niin, että ne olisivat kaikille samalla tavalla ymmärrettävissä. Avoimen kysymyksen jokainen vastaaja voi kuitenkin tulkita omalla tavallaan, joka vaikuttaa osaltaan tutkimuksen luotettavuuteen.

Aineiston keruu menetelmänä ja tekniikkana ja aineiston keruuseen liittyvät muut tekijät vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen. Luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat myös tutkimuksen kesto, aineiston analyysi. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 164.) Nämä luotettavuuteen ja eettisyyteen vaikuttavat tekijät on huomioitu tutkimusta tehtäessä.

6.4 Aineiston analyysi

Tutkimuksessa yhtenä analyysimenetelmänä käytetään teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus palvelun saavutettavuudesta. Kerätty aineisto vain kuvailee ilmiötä, ja tämän kuvailun pohjalta analyysi tehdään. Sisällönanalyysin tarkoitus on järjestää aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon samalla säilyttäen kaiken aineiston tuoman informaation. Analyysin tarkoitus onkin tuoda lisäarvoa aineiston informaatiolle. Kun aineisto on analyysin avulla selkeytetty, pystytään siitä tekemään johtopäätöksiä saavutettavuudesta. Tämä laadullinen aineiston käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan. Tällöin aineisto ikään kuin hajotetaan osiin ja kootaan uudella tavalla uudeksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 121–122.) Analyysissä käytetään teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä, jolloin analyysi etenee aineiston ehdoilla, mutta aineisto myös liitetään teorian käsitteisiin, jolloin teoria ikään kuin ohjaa aineistosta tehtyjä päätelmiä. Teoriaohjaava sisällönanalyysi on muutoin kuin aineistolähtöinen sisällönanalyysi, mutta teoreettiset käsitteet eivät tule aineistosta, vaan ne ovat jo olemassa. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 99–116.)

Sisällönanalyysi voidaan määrittää karkeasti kolmesta vaiheesta koostuvaksi prosessiksi. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto pelkistetään, toisessa ryhmitellään ja kolmannessa sovitetaan teoreettiseen käsitteeseen. Aineisto, joka tässä tutkimuksessa pelkistetään, on vastaukset saavutettavuutta koskevaan avoimeen kysymykseen numero 19. Pelkistäminen tehdään pilkkomalla vastaukset osiin ja etsimällä tutkimuskysymystä koskevat ilmaisut (Taulukko 1). (Tuomi & Sarajärvi 2018: 122–127.)

Taulukko 1. Esimerkki aineiston muuntamisesta pelkistetyiksi ilmaisuiksi.

Alkuperäinen aineisto	Pelkistetty ilmaus
“Jännitti aluksi, mutta vastaanotto oli ystävällistä ja ymmärtäväistä...”	Jännitys
“Paikka ehkä hieman “syrjäinen”, mutta hyvillä ohjeilla löytyi.”	Syrjäinen sijainti
“Ensimmäistä aikaa varatessa joutui odottamaan yli kuukauden.”	Ajanvarauksen kesto

Samaa kuvaavat pelkistetyt ilmaisut yhdistetään omiksi ryhmiksi. Tämän jälkeen ryhmitellään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa ilmiötä kuvaavat käsitteet muodostavat omat alaryhmänsä, jotka sijoittuvat pelkistettyjen ryhmien alle. Alaluokat nimetään sisältöä kuvaavalla termillä. Kun ryhmittely on tehty seuraa aineiston käsitteellistäminen, jossa tutkimuksen kannalta olennainen tieto erotetaan ja valikoidun tiedon avulla liitetään teoreettisiin käsitteisiin (Taulukko 2). Sisällönanalyysissä oleellista on tulkinta ja päättely, jossa empiirisestä aineistosta edetään kohti näkemystä tutkittavasta aineistosta. Käsitteistä ikään kuin luodaan kuvaus tutkimuskohteesta. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 122–127.)

Taulukko 2. Esimerkki pelkistettyjen ilmaisujen muuntamisesta alaluokiksi sekä pääluokiksi. Taulukon solujen värit edustavat aina yhtä yläluokkaa.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Jännitys	Asiakkaan henkilökohtaiset tuntemukset	Yksilön henkilökohtaisista ominaisuuksista riippuva saavutettavuus
Nöyryminen	Asiakkaan henkilökohtaiset arvot	
Syrjäinen sijainti	Hoidon sijainti	Fyysinen saavutettavuus
Vaikeus löytää		
Ajanvarauksen pitkä kesto	Ajanvarauksen ongelmat	Palvelutarjonnasta johtuva saavutettavuus
Hoitoon pääsyn kesto		

Tutkimuksessa käytetään määrällisestä tutkimussuuntauksesta kuvailevan tutkimuksen alaluokkaa, jonka tarkoituksena on kuvailla tutkittavan asian piirteitä, eli tässä tutkimuksessa saavutettavuuden piirteitä. Kuvailevan tutkimuksen mittariksi soveltuu strukturoitu kyselylomake, eli lomake, jossa vastausvaihtoehdot ovat asetettu valmiiksi ja kysymykset on vakioitu. Kysymykset ja vaihtoehdot on strukturoitu niin, että ne ovat kaikille ymmärrettävissä samalla tavalla. Muuttujille annetaan arvo, joka tässä tutkimuksessa on

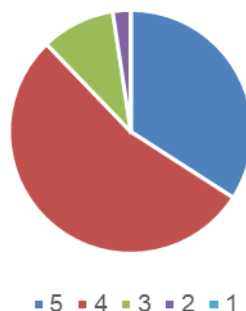
numero, joka kuvastaa miten samaa mieltä vastaaja on väitteiden kanssa. (Vilkkä 2007: 20 & 67.) Aineistoa kuvaillaan tutkimuksessa prosenttijakaumilla sekä tuloksia havainnollistetaan graafisia keinoja käyttäen. Tutkimuksessa käytettävä palautelomakkeessa osa kysymyksistä ovat edellä mainittuja strukturoituja kysymyksiä. Määrällistä tutkimus-suuntausta käytetään tässä tutkimuksessa suljettuihin kysymyksiin, joilla voidaan kuvata mielipiteitä saavutettavuuden eri osa-alueista.

7 Tulokset

Peliklinikan avohoidon palautekyselyyn vastasi helmikuussa 2020 42 asiakasta. Asiak- kaiden taustatietoja ei kartoitettu, joten vastausten jakautumista esimerkiksi iän tai suku- puolen mukaan ei pystytä tekemään. Saavutettavuutta tutkiessamme kiinnostuksen koh- teena olivat vain kyselylomakkeen kysymykset numerot 15,18 ja 19. Suljettuihin kysy- myksiin numerot 15 ja 18 vastattiin useimmissa tapauksissa kuin avoimeen kysymyk- seen 19. Kysymykseen 15 vastasi 97,6% (n= 41) ja kysymykseen 18 vastasi 95,2% (n=40). Kyselyyn osallistuneista kysymykseen 19 vastasi 38% (n=16).

Kysymyksen 15 ”Palveluista oli helppo saada tietoa” vastausten jakaumat näkyvät tau- lukossa 1. 34,1% vastanneista vastasi olevansa täysin samaa mieltä väitteen kanssa. 53,7% osallistuneista vastasi olevansa jokseenkin samaa mieltä ja 9,8% vastasi, ettei ole samaa eikä eri mieltä. Yksi vastaaja vastasi olevansa jokseenkin eri mieltä väitteen kanssa. Suurin osa vastaajista oli kuitenkin vähintään jokseenkin samaa mieltä väitteen kanssa, joten vastauksista voidaan päätellä avohoidon saavutettavuuden tiedollisen osa-alueen olevan suurimman osan mielestä hyvällä tasolla. Vastaajista valtaosa ei kui- tenkaan ollut täysin samaa mieltä väitteen kanssa, joka antaa ymmärtää, että hoidon tiedollisessa saavutettavuudessa on myös mahdollista parantaa. Tutkimuskysymykseen 3 voidaan todeta palvelun olevan tiedollisesti saavutettavissa asiakkaan näkökulmasta, mutta tiedollista osa-aluetta voidaan myös parantaa.

15. Palveluista oli helppo saada tietoa

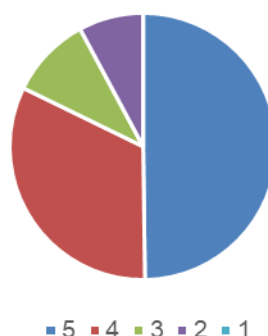


Kaavio 1. Kysymyksen 15 vastausten jakauma.

Kysymyksen 18 "Minun oli helppo tulla Peliklinikan avohoitoon" vastausten jakaumat ovat näkyvissä taulukossa 2. Osallistujista 47,6% vastasi olevansa väitteen kanssa täysin samaa mieltä. 31% vastasi olevansa väitteen kanssa jokseenkin samaa mieltä ja 9,5% vastasi, ettei ole väitteen kanssa samaa eikä eri mieltä. Kolme osallistujaa, vastasi olevansa väitteen kanssa jokseenkin eri mieltä. Suurin prosenttiosuus koki avohoitoon tulemisen olevan helppoa. Voidaan siis katsoa, että suurimmalle osalle hoitoon hakeutumisen on ollut helppoa ja näin ollen hoidon olevan heille saavutettavissa. Väitteen vastauksissa oli kuitenkin hajontaa ja vastaajat ilmaisivat olevansa myös eri mieltä väitteen kanssa. Vastauksista voidaan päätellä, että monet kokivat saavutettavuudessa myös parannettavaa, sillä hoitoon hakeutumista ei koettu niin helpoksi kuin se voisi olla.

-

18. Minun oli helppo tulla Peliklinikan avohoitoon



Kaavio 2. Kysymyksen 18 vastausten jakauma.

Kysymyksen 19 “Jos sinulla oli ensimmäisellä kerralla esteitä tai vaikeuksia tulla Peliklinikan avohoitoon, kertoisitko niistä” vastausprosentti jäi selvästi matalammaksi kuin muiden kysymysten. Kysymys alkaa sanalla “jos”, joten vastaamatta jättämisestä voidaan päätellä, että osallistujalla ei ole ollut esteitä palveluun hakeutuessaan. Vastaajista 61,9% eivät vastanneet tai ilmaisivat, ettei esteitä ollut ja tästä pääteltynä Peliklinikan avohoidon voidaan katsoa olevan saavutettavissa suurimman osan mielestä, sillä enemmistö vastaajista ei kokenut esteitä.

“Lähinnä sen pelihimon myöntäminen itselle aluksi ja nöyrytyä sitten tulemaan ja saamaan apua ongelmaan”

Avoimen kysymyksen 19 tarkoituksena oli myös selvittää mitkä tekijät loivat asiakkaille esteitä vaikuttaen negatiivisesti hoidon saavutettavuuteen. Sisällönanalyysillä löydettiin Näitä ilmaisuja, kuten nöyryminen, pelko, jännitys, leimautumisen pelko sekä häpeä, löytyi avoimista vastauksista yhteensä 16 kappaletta. Nämä vastaukset tulivat kahdeksalta eri vastaajalta. Vastaukset luokiteltiin “yksilön henkilökohtaisista ominaisuuksista johtuvan saavutettavuuden” yläluokkaan. Tähän luokkaan tuli eniten ilmaisuja, täten voidaan katsoa eniten saavutettavuuteen negatiivisesti vaikuttavan tekijän olevan yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet. Farrington ja Farrington (2005) luokittelivatkin yksilöön liittyvät tekijät, kuten asenteet, yhdeksi saavutettavuuden ulottuvuudeksi.

“Ajan saaminen/hoidon aloittaminen oli haastavaa. Jonotin 4kk ja soitin monta kertaa vapautuvaa hoitosuhdetta.”

Toiseksi eniten ilmaisuja tuli ajanvarauksen ja hoitoon pääsyn kestosta. Näitä ilmaisuja kertyi viisi kappaletta viideltä vastaajalta. Nämä vastaukset sijoitettiin “palvelutarjonnasta johtuvan saavutettavuuden” yläluokkaan. Näistä vastauksista voidaan todeta, ettei palvelut ole täysin saavutettavissa kaikille. Pitkät jonot hoitoon hakeutuessa voivat olla monelle asiakkaalle haaste, jolloin hän voi jättää hakeutumatta hoitoon.

“Paikka ehkä hieman “syrjäinen”, mutta hyvillä ohjeilla löytyi.”

Kaksi ilmaisua kritisoi hoidon sijaintia. Nämä ilmaisut sijoitettiin “fyysisen saavutettavuuden” yläluokkaan. Kuten edellä olevasta lainauksesta voidaan todeta, on hoito hyvillä ohjeilla saavutettavissa. Tämä taas puhuu tiedollisen saavutettavuuden laadukkuudesta. Fyysisen saavutettavuuden alaisuuteen löytyi vain kaksi ilmaisua, joten voidaan tämän saavutettavuuden ulottuvuuden todeta olevan kuitenkin asiakkaiden saavutettavissa.

8 Johtopäätökset

Tutkimuksessa esille nousi erityisesti yksilön ominaisuuksista riippuva saavutettavuus. Opinnäytetyössä käsiteltiin aiemmin psykologisia esteitä hoitoon hakeutumiselle, kuten häpeä ja vaikeus myöntää itselleen omaa peliongelmaa (Itäpuisto 2011: 18). Yksilön ominaisuuksiin liittyvä saavutettavuuden ulottuvuus on haastava kohde parantaa hoidon kontekstista käsin. Tämä saavutettavuuden haaste kytkeytyy ennemminkin yhteiskunnallisiin ja yksilön ongelmiin. Yhteiskunnan tasolta tulisi tehdä töitä rahapelaamisen ongelmien kanssa kamppailevien leimautumisen poistamiseksi. Hoitoon hakeutumiseen voi olla korkea kynnyks, kun ongelman myöntäminen aiheuttaa häpeää ja nolostumista. Tähän voitaisiin vaikuttaa esimerkiksi sosiaali- ja terveysalalla puheeksiottamisessa. Asiaa tulisi käsitellä asiakkaan kanssa tuomitsematta ja leimaamatta, jolloin hoitoon hakeutuminen voisi olla helpompaa. Yhteiskunnassa tulisi pyrkiä luomaan keskusteluympäristö, jossa rahapelaamisen ongelmia käsitellään avoimesti.

Tiedollisessa saavutettavuudessa katsottiin myös olevan mahdollisuuksia parantaa, vaikka suurelta osin tietoa ilmaistiin olevan hyvin saatavilla. Tiedollisen saavutettavuuden ulottuvuutta voisi parantaa esimerkiksi tuottamalla verkkosivuille lisämateriaalia palvelusta. Materiaali tulee olla helposti löydettävissä ja sen tulee tarjota oleellista tietoa hoidosta, sen sisällöstä, tarkoituksesta, hoitoon pääsystä sekä sijainnista. Tietoa voisi olla tarjolla omien verkkosivujen lisäksi esimerkiksi Helsingin ja Vantaan kaupunkien sivustoilla. Verkossa pystyy levittämään tietoa laajalle, mutta tulee huomioida, ettei kaikilla ole mahdollisuuksia tai kykyä löytää verkkomateriaaleja. Myös paperiset esitteet esimerkiksi raha-automaattipelien läheisyydessä, Veikkauksen pelisaleissa tai kaupungin sosiaali- ja terveystalouksissa voivat tavoittaa palvelun potentiaalisia käyttäjiä.

Hoitoon pääsemistä heikentäväksi tekijäksi tutkimuksessa mainittiin myös pitkät jonot ja hoitoon pääsemisen kesto. Tämä voidaan katsoa saavutettavuuden ulottuvuudeksi, joka kytkeytyy palvelun tarjontaan. Hoitoon pääsyn kesto voi olla esimerkiksi resurssipulasta johtuvaa. Tätäkin saavutettavuuden ongelmaa on hoidon tuottajien vaikea ratkoa, sillä Helsingin ja Vantaan kaupungit ovat vastuussa Peliklinikan avohoidosta (Peliklinikka n.d.). Resurssien lisääminen voi olla yksi mahdollinen keino parantaa saavutettavuutta, sillä henkilökunnan lisääminen voi mahdollistaa oikea-aikaisen hoitoon pääsyn.

Hoidon sijainnin ilmaistiin olevan hieman syrjäinen ja vaikeasti löydettävissä. Tätä fyysistä saavutettavuutta on melkein mahdotonta parantaa vaihtamalla Peliklinikan sijaintia.

Vaikeus löytää hoitoa menee kuitenkin monilta osin päällekkäin tiedollisen saavutettavuuden kanssa. Lisäämällä tietoa hoidon sijainnista ja sinne pääsystä on asiakkaiden helpompi löytää hoitoon.

9 Pohdinta

Kyselytutkimus ja sen tulokset jäivät melko niukoiksi ja suuntaa-antaviksi. Vastauksia saatiin kerättyä määrällisesti melko vähän, ja varsinkin avoimeen kysymykseen vastattiin heikosti. Jatkossa Peliklinikan avohoidon saavutettavuutta voitaisiin tutkia haastattelututkimuksella, jolloin syvällisempien vastausten saaminen voi olla helpompaa. Kyselytutkimuksen huonona puolena vastaajat eivät voi tarkentaa, mitä kysymyksillä tarkoitetaan. Kysymykset on kuitenkin pyritty muotoilemaan niin, että kaikki ymmärtävät ne samalla tavalla. Haastattelu voisi olla myös parempi siinä suhteessa, että haastattelija voi tarkentaa vastauksia ja esittää jatkokysymyksiä. Jatkotutkimuksissa voisi myös selvittää mitä tekijöitä voitaisiin parantaa, jotta saavutettavuutta voitaisiin entisestään parantaa. Tässä tutkimuksessa saavutettavuuteen negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä kysyttiin avoimella kysymyksellä. Avoimiin kysymyksiin saatetaan usein vastata asian vierestä ja epätarkasti (Vilkka 2007: 115).

Tutkimuksessa ei kartoitettu vastaajien tunnistetietoja, kuten ikää tai sukupuolta. Jatkotutkimuksissa olisikin oleellista tarkastella näiden tekijöiden vaikutuksia vastauksiin. Kuten aiemmin totesimme, palvelut voivat olla esimerkiksi eläkeläisille vaikeammin saavutettavissa kuin ajokortin omaaville työssäkäyville henkilöille (Rantanen & Lehtola & Hyyryläinen & Hiltunen 2012: 16). Avohoidon asiakkaiden keskimääräiset iät, sukupuolijaikauma ja työllisyys ovat tiedossa vuosilta 2017–2018 (ks. kappale 4.1). Tuloksia voi peilata näihin tietoihin. Kuitenkaan yksityiskohtaista tietoa esimerkiksi ikäihmisten vastauksista ei tämä tutkimus tuota.

Kun palveluiden saavutettavuutta pyritään parantamaan, on Design for all- on hyvä lähtökohta lähteä kehittämään tasa-arvoisia ja yhdenvertaisia palveluita (Tahkokallio 2009). Tämä tutkimus antaa pohjaa sille, miten lähteä kehittämään vieläkin asiakaslähtöisempiä ja yhdenvertaisia palveluita. Palveluita tulee muovata kohderyhmän mukaan, mutta hoidon tulee olla kaikkien apua tarvitsevien saavutettavissa.

Peliklinikan avohoidon saavutettavuus punoutuu yhteen yhteiskunnallisten ongelmien kanssa. Suurten ikäluokkien ikääntyessä sosiaali- ja terveyshuollon henkilöstön määrä

ja riittävyys suhteessa asiakkaisiin vähenee. Tähän voidaan etsiä ratkaisukeinoja esimerkiksi työnjaon kehittämällä, jolloin työyhteisön toiminta ja tehtävät järjestetään tarkoituksenmukaisesti niin, että hoidon tuottavuus ja tehokkuus nousee. Sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla on henkilöstövoimavarojen kehittäminen esimerkiksi valtionavustuksilla. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2016: 11.)

Veikkauksen on uutisoitu vähentävän vuoden 2020 alussa hajasijoitettuja rahapeliautomaattejaan 3500 kappaleen verran. Hajasijoitetut automaattit ovat esimerkiksi kaupoissa ja huoltoasemilla olevia peliautomaatteja. Näiden peliautomaattien vähentämisellä tavoitellaan pelihaittojen vähenemistä. Veikkaus arvioi tästä seuraavan pelikatteen laskua noin 30 miljoonan euron verran. (Varpula 2019.) Luonnollisesti tästä seuraa myös jaettavien avustusten euromääräistä laskua. Jääkin tulevaisuudessa nähtäväksi, miten tämä vaikuttaa sosiaalialan toimijoihin. Veikkauksen rahoittamien rahapeliongelmiin hoitopalveluiden rahoitukset laskevat, jolloin niiden saavutettavuus saattaa heikentyä. Mikäli Veikkaus onnistuu tavoitteessaan vähentää rahapelihaittoja poistamalla automaatteja, ei näitä hoitopalveluitakaan tarvita samoissa määrin kuin ennen. Voi siis olla, että avustusten väheneminen ei vaikuta palveluihin tai esimerkiksi niiden saavutettavuuteen, sillä peliongelmissa kärsivien määrä vähenisi. Tätä voi kuitenkin selvittää vasta, kun uudet avustusmäärät ovat selvillä.

Lähteet

Alho, Hannu & Lahti, Tuuli 2015. Rahapelaamisen monet ulottuvuudet. Teoksessa Murto, Antti (toim.): Rahapeliriippuvuus. Helsinki: Duodecim.

Alho, Hannu & Lahti, Tuuli 2015. Rahapeliongelman hoitovaihtoehdot. Teoksessa Murto, Antti (toim.): Rahapeliriippuvuus. Helsinki: Duodecim.

Alho, Hannu & Lahti, Tuuli 2015. Rahapeliriippuvuuden hoitomuodon valinta. Teoksessa Murto, Antti (toim.): Rahapeliriippuvuus. Helsinki: Duodecim.

Arpajaislaki 23.11.2001/1047. Julkaistu 18.9.2019. Saatavilla verkossa. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011047#L3>>. Luettu 26.9.2019.

Björkenheim, Corinne & Heiskanen, Maria & Kämppi, Jenni & Ränninranta, Riikka & Saariluoma, Otso & Typpi, Janne & Silvennoinen, Inka 2018. Toimintakatsaus 2017–2018. Peliklinikka. Saatavilla verkossa. <<http://peliklinikka.fi/wp-content/uploads/2019/09/Peliklinikka-Toimintakatsaus-2017-2018.pdf>>. Luettu 9.2.2020.

Castrén, Sair & Alho, Hannu & Lahti, Tuuli 2015. Hoitopalvelut rahapeliongelmissa. Teoksessa Murto, Antti (toim.): Rahapeliriippuvuus. Helsinki: Duodecim.

Castrén, Sari & Järvinen-Tassopoulos, Johanna & Kesänen, Minna 2018. Katsaus tuki-, neuvonta- ja hoitopalveluihin. Teoksessa Järvinen-Tassopoulos, Johanna (toim.): Suomalaisen rahapelaamisen tilannekatsaus 2017. Helsinki: THL.

Castrén, Sari & Lahti, Tuuli 2015. Kognitiivinen käyttäytymisterapia rahapeliriippuvuuden hoidossa. Teoksessa Murto, Antti (toim.): Rahapeliriippuvuus. Helsinki: Duodecim.

Castrén, Sari & Lahti, Tuuli 2015. Motivoiva haastattelu. Teoksessa Murto, Antti (toim.): Rahapeliriippuvuus. Helsinki: Duodecim.

Celia-kirjasto 2016. Esteettömyyssalkku. Saatavilla verkossa. <https://www.celia.fi/wp-content/uploads/2016/09/Esteett%C3%B6myyssalkku_v1_1.pdf>. Luettu 9.2.2020.

Elsa & Stakes & Stadia n.d. Selvitys esteettömyyden huomioimisesta Suomen kunnissa. Verkossa. <<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90774/Kuntaselvitys.pdf>>. Luettu 28.10.2019.

Farrington, Conor & Farrington, John 2005. Rural accessibility, social inclusion and social justice: towards conceptualisation. Journal of transport geography 13. 1–12.

Gambling commission 2018. Gambling participation in 2017: behavior, awareness and attitudes. Annual Report. Birmingham: Gambling commission.

Itäpuisto, Maritta 2011. Rahapeliongelmiä tunnistaminen, puheeksi otto ja pelaajan auttaminen. Opas. Pelissä-hanke: Jyväskylä.

Jaakkola, Tapio 2015. Avohoito peliklinikalla. Teoksessa Murto, Antti (toim.): Rahapeli-riippuvuus. Helsinki: Duodecim.

Järvinen-Tassopoulos, Johanna & Kesänen, Minna & Murto, Antti & Mykkänen, Asta & Selin, Jani 2018. Kuinka rahapelihaittoja ehkäistään? Teoksessa Järvinen-Tassopoulos, Johanna (toim.): Suomalaisen rahapelaamisen tilannekatsaus 2017. Helsinki: THL.

Järvinen-Tassopoulos, Johanna (toim.) 2018. Suomalaisen rahapelaamisen tilannekatsaus 2017. Helsinki: THL.

Kansalaisaloite 2019. Rahapeliautomaatit poistettava kaupoista, kioskeilta, ravintoloista ja huoltoasemilta. Kansalaisaloite. Satavilla verkossa. < <https://www.kansalaisaloite.fi/fi/aloite/3933>>. Luettu 4.12.2019.

Kauppinen, Liisa 2019. Veikkaus veti kuohuttaneen radiomainoksensa pois, mutta vasta kun kampanja oli käytännössä ohi. Helsingin sanomat. Verkkodokumentti. < <https://www.hs.fi/talous/art-2000006194495.html>>. Luettu 4.12.2019.

Kinnunen, Jani & Jaakkola, Tapio 2015. Rahapelien määritelmiä ja jaotteluita. Teoksessa Murto, Antti (toim.): Rahapeli-riippuvuus. Helsinki: Duodecim.

Koivisto, Mikko & Olkkonen-Seppo, Maija 2009. Johdon sitouduttava, ammattilaisen osattava toteuttaa. Teoksesta Tahkokallio, Päivi (toim.): Tulevaisuus on saavutettava. Helsinki: THL & Suomen DfA verkosto.

Käypä hoito -suositus 2013. Koulutuksellinen terapia (psykoedukaatio) skitsofrenian hoidossa. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Saatavilla verkossa. <<https://www.kaypahoito.fi/nak02540>>. Luettu 8.2.2020.

Ladouceur, Robert & Lachance, Stella 2016. Rahapeli-riippuvuus hallintaan. Terapeutin käsikirja. Castrén, Sari & Kuronen, Maria (suom.). Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812. Eduskunnan päätöksen mukaisesti säädetty.

Lauttunen, Kirsti 2015. Talous- ja velkaneuvonta rahapeliongelmien hoidossa. Teoksessa Murto, Antti (toim.): Rahapeli-riippuvuus. Helsinki: Duodecim.

Lönnqvist, Jouko 2014. Mielenterveyden häiriöiden diagnostiikka ja luokittelu. Teoksessa Lönnqvist, Jouko – Henriksson, Markus – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo (toim.): Psykiatria. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Metsämuuronen, Jari 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: International methelp.

Pajula, Mari & Sjöholm, Markus 2015. Rahapeliongelmien tuki- ja neuvontapalvelut. Teoksessa Murto, Antti (toim.): Rahapeliriippuvuus. Helsinki: Duodecim.

Peliklinikka n.d. Yleistä peliklinikasta. Saatavilla verkossa. <<http://peliklinikka.fi/yleista-peliklinikasta-2/>>. Luettu 5.4.2020.

Pesola, Kirsti 2009. Esteettömyysopas. Helsinki: Invalidiliitto.

Rantanen, Manu & Lehtola, Ilkka & Hyyryläinen, Torsti & Hiltunen, Mervi 2012. Palvelujen saavutettavuuden käsite ja ulottuvuudet. Teoksessa Rehunen, Antti & Rantanen, Manu & Lehtola, Ilkka & Hiltunen, Mervi (toim.): Palvelujen saavutettavuus muutoksessa. Helsinki: Helsingin yliopisto & Ruralia-instituutti.

Salonen, Anne & Lind, Kalle & Castrén, Sari & Heiskanen, Mari & Lahdenkari, Mika – Alho, Hannu 2019. Peliklinikan asiakkaiden rahapelaaminen, rahapelihaitat ja rahapelien markkinointiin liittyvät mielipiteet. Tampere: PunaMusta Oy.

Salonen, Anne 2018. Mitä tiedetään rahapelaamisen yleisyydestä? Teoksessa Järvinen-Tassopoulos, Johanna (toim.): Suomalaisen rahapelaamisen tilannekatsaus 2017. Helsinki: THL.

Silvennoinen, Inka & Ränninranta, Riikka & Vuorento, Henna 2018. Peluuri vuosiraportti 2018. Verkkodokumentti. <https://peluuri.fi/sites/default/files/peluuri_vuosiraportti_2018_25.3.2019.pdf>. Luettu 19.9.2019.

STEA n.d. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (STEA). Verkkodokumentti. <<http://avustukset.stea.fi/about>>. Luettu 27.12.2019.

Sulkunen, Pekka 2019. Monopoliin sitoutuminen rahapeleissä saattaa olla virhe. Mieli-pidekirjoitus. Helsingin sanomat. Saatavilla verkossa. < <https://www.hs.fi/mielipide/art-2000006326826.html> >. Luettu 4.12.2019.

Tahkokallio, Päivi 2009. Tulevaisuus on saavutettavissa. Helsinki: THL & Suomen DfA verkosto.

Tammi, Tuukka & Castrén Sari & Lintonen, Tomi 2015. Gambling in Finland. Problem gambling in the context of a national monopoly in the European Union. *Addiction* 110 (5). 746–750.

THL 2018. Sosiaali- ja terveystieteiden yhdenvertaisuuden käsitteet. Saatavilla verkossa < <https://thl.fi/documents/890257/905529/Sosiaali-+ja+terveystieteiden+yhdenvertaisuuden+k%C3%A4sitteet/aa8ade63-9046-479b-898e-900608099396>>. Luettu 2.10.2019.

Tilastokeskus n.d. Tietoa tilastoista. Saatavilla verkossa. <<https://www.stat.fi/meta/luokitukset/toimiala/001-2008/88993.html>>. Luettu 27.12.2019.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki: TENK. Saatavilla verkossa. <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>. Luettu 4.12.2019.

Valtiontalouden tarkastusvirasto 2016. Työnjaon kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tuloksellisuustarkastuskertomus. Saatavilla verkossa. <<https://www.vtv.fi/app/uploads/2018/06/15092713/tyonjaon-kehittaminen-sosiaali-ja-terveydenhuollossa.pdf>>. Luettu 10.4.2020.

Varpula, Salla 2019. Veikkaus aloittaa pelikoneiden vähentämisen tammikuussa, jatkossa kaupoissa on enintään seitsemän konetta. Saatavilla verkossa. <<https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000006329654.html>>. Luettu 27.12.2019.

Veikkaus n.d. Avustuskohteen. Verkkodokumentti. <<https://www.veikkaus.fi/fi/yri-tys?#!/avustukset/avustuskohteet>>. Luettu 27.12.2019.

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014. Annettu Helsingissä 30.12.2014.

Avohoidon palautekysely

Peliklinikan avohoidon palautekysely

Haluaisimme kuulla mielipiteesi käynnistäsi Peliklinikan avohoidossa ja pyydämme Sinua vastaamaan asiakaspalautekyselyymme. Vastaaminen tapahtuu tällä lomakkeella ja vie aikaa noin 5–10 minuuttia. Vastaukset palautetaan Peliklinikan käytävällä olevaan postilaatikkoon. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Palautetta kerätään helmikuun 2020 ajan.

Mielipiteesi ja antamasi palaute ovat meille tärkeitä palvelua kehitettäessä. Tuloksista raportoidaan Peliklinikan verkkosivuilla syksyllä 2020. Tietoa käytetään Peliklinikan tutkimuksessa ja hyödynnetään palvelujen arvioinnissa. Lisäksi kyselyä hyödynnetään AMK-sosionomi -opinnäytetyössä, jossa tutkitaan palvelujen saavutettavuutta.

Lisätietoja saat terapeutiltasi tai kehittämispäällikkö Corinne Björken-heimilta. _____

Kiitos avustasi ja osallistumisestasi kyselyyn!

Anna palautetta tästä käynnistä. Rastita sopivin vaihtoehto. Mikäli kysymys ei koske sinua, siirry seuraavaan kysymykseen.	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1. Työntekijäni oli osaava ja ammattitaitoinen	1	2	3	4	5
2. Työntekijäni oli ystävällinen ja kiinnostunut tilanteestani	1	2	3	4	5
3. Minulle jäi tunne, että minusta välitettiin kokonaisvaltaisesti	1	2	3	4	5
4. Koin saamani palvelun hyödylliseksi	1	2	3	4	5
5. Yksityisyyttäni kunnioitettiin	1	2	3	4	5
6. Tilat olivat toimivat ja viihtyisät	1	2	3	4	5
7. Palvelu oli niin hyvää, että voin suositella sitä	1	2	3	4	5
8. Sain keskustella tällä hetkellä tilanteessani tärkeistä asioista	1	2	3	4	5
9. Sain tietoa peliongelmistani	1	2	3	4	5
10. Sain tukea oman tavoitteeni saavuttamiseen	1	2	3	4	5
11. Sain uskoa siihen, että asiat tulevat järjestymään	1	2	3	4	5
12. Sain keinoja ongelmieni käsittelyyn	1	2	3	4	5

13. Mikä palvelussa oli mielestäsi hyvää?

14. Mitä kehittäisit palvelussa?

Mieti vielä ensimmäistä kertaa, kun tultit Peliklinikan avohoitoon ja vastaa seuraaviin kysymyksiin:

Anna palautetta ensimmäisestä käynnistäsi Peliklinikan avohoidossa. Rastita sopivin vaihtoehto. Mikäli kysymys ei koske sinua, siirry seuraavaan kysymykseen.	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
15. Palvelusta oli helppo saada tietoa	1	2	3	4	5
16. Ajan varaaminen oli joustavaa ja nopeaa	1	2	3	4	5
17. Sain apua ongelmaani kun sitä tarvitsin	1	2	3	4	5
18. Minun oli helppo tulla Peliklinikan avohoitoon	1	2	3	4	5

19. Jos sinulla oli ensimmäisellä kerralla esteitä tai vaikeuksia tulla Peliklinikan avohoitoon, kertoisitko niistä:

20. Montako käyntiä sinulla on ollut Peliklinikan avohoidossa viimeisten 12 kuukauden aikana tämä käynti mukaan lukien? _____ kertaa (arvio riittää, jos olet käynyt useammin)

21. Asioin Peliklinikan avohoidossa

- oman rahapeliongelmani vuoksi
- oman digipeliongelmani tai netin liikakäytön vuoksi
- läheiseni rahapeliongelman vuoksi