

***”Se ei oo vaan se hoito semmonen, että sä haet vaan sen lääkkeet
ja lähet kulkemaan”***

Korvaushoidon asiakkaiden kokemuksia asiakaslähtöisyydestä
korvaushoidossa

Katariina Viitala
Assi Kiirikki
Pro gradu-tutkielma
Sosiaalityö
Lapin yliopisto
2019

Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Työn nimi: ”Se ei oo vaan se hoito semmonen, että sä haet vaan sen lääkkeet ja lähet kulkemaan” - Korvaushoidon asiakkaiden kokemuksia asiakaslähtöisyydestä korvaushoidossa.

Tekijät: Assi Kiirikki ja Katariina Viitala

Koulutusohjelma/oppiaine: Sosiaalityö

Työn laji: Pro gradu -työ_x_ Sivulaudaturtyö__ Lisensiaatintyö__

Sivumäärä: 102 sivua + 1 liite

Vuosi: 2019

Tutkielman tarkoitus oli selvittää korvaushoidon asiakaslähtöisyyttä korvaushoidossa olevien asiakkaiden näkökulmasta. Korvaushoidon asiakkaiden asemaa on tärkeä tutkia, sillä sitä koskevaa tutkimustietoa on vähän. Asiakaslähtöisyys on ajankohtainen teema, jota tulee tarkastella asiakkaiden kokemusten kautta. Tutkielmassa tuli näkyväksi myös oikeusteoreettinen näkökulma, jolla tutkielma kytkeytyy voimassa olevaan lainsäädäntöön. Tutkielma toteutettiin haastatteleamalla neljää korvaushoidossa olevaa asiakasta yksilöhaastatteluilla käyttäen teemahaastattelua. Tutkielma on laadullinen tutkimus. Aineiston analyysiin käytettiin teoriaohjaavaa sisällönanalyysia. Tutkielmassa tarkasteltiin asiakaslähtöisyyttä seuraavien osa-alueiden kautta: asiakkaan osallisuus ja itsemääräämisoikeus, laadukkaat ja riittävät palvelut sekä asiakkaan saama kohtelu.

Haastatelluilla asiakkailla on ollut kokemuksia sekä asiakaslähtöisyyden toteutumisesta että sen toteutumattomuudesta korvaushoidossa. Vastaavanlaisia tuloksia liittyi asiakkaiden kokemuksiin osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksiin sekä heidän saamaansa kohteluun korvaushoidossa. Korvaushoitoon pääseminen koettiin ongelmalliseksi pitkän jonotusajan vuoksi. Asiakkaat kokivat asiakaslähtöisenä kokonaisvaltaiset ja asiakkaan kannalta yksilölliset palvelukokonaisuudet. Korvaushoidon asiakkaat olivat kokeneet korvaushoidon toisaalta mahdollistavan asioita heidän elämässään, mutta toisaalta korvaushoidossa oleminen vaikeutti tai jopa esti joitain asioita. Asiakkaiden kokemukset saamastaan kohtelusta liittyivät pitkälti asiakkaan ja työntekijän välisiin kohtaamisiin. Asiakkaat toivoivat, että heidän näkemyksiään hoitoon liittyvissä asioissa kuullaan, ja että heidän hoidon kehittämisideoitaan otetaan huomioon.

Tutkielman tulokset tarjoavat tietoa, joka mahdollistaa korvaushoidon kehittämisen asiakkaiden näkökulmasta aiempaa asiakaslähtöisempään suuntaan. Korvaushoidon asiakkaiden näkemyksien ja toiveiden huomioiminen voi hyödyttää myös monia muita kuin korvaushoidon yksiköitä ja niiden työntekijöitä asiakaslähtöisemmässä työssä. Pitkällä tähtäimellä korvaushoitoa ja sen asiakkaita koskevan tutkimustiedon lisääminen voi vaikuttaa yleiseen sekä yksittäisten ihmisten mielipiteisiin ja näkemyksiin korvaushoidosta ja siinä olevista henkilöistä.

Avainsanat: korvaushoito, päihdehuolto, asiakaslähtöisyys, osallisuus, itsemääräämisoikeus

Muita tietoja:

Suostumme tutkielman luovuttamiseen kirjastossa käytettäväksi _x_

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	4
2	OPIOIDIRIIPPUVUUDEN HOITO KORVAUSHOIDOLLA.....	7
	2.1 Korvaushoito osana päihdehuoltojärjestelmää	7
	2.2 Huumeriippuvuus yksilön ja yhteiskunnan näkökulmasta	11
3	ASIAKASLÄHTÖISYYDEN ULOTTUVUUDET KORVAUSHOIDOSSA	16
	3.1 Näkökulmia asiakaslähtöisyyden määrittelyyn.....	16
	3.2 Asiakkaan osallisuus	20
	3.3 Asiakkaan itsemääräämisoikeus	24
	3.4 Oikeus laadultaan hyvään palveluun ja kohteluun.....	33
4	TUTKIELMAN TOTEUTUS.....	41
	4.1 Tutkielman tehtävä ja tavoite.....	41
	4.2 Tutkielman metodologiset lähtökohdat	41
	4.3 Aineiston keruu ja haastattelujen toteutus	42
	4.5 Sensitiivisyys, eettiset kysymykset ja luotettavuus.....	46
	4.4 Aineiston analyysi.....	51
5	ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA KORVAUSHOIDON ASIAKASLÄHTÖISYYDESTÄ	55
	5.1 Korvaushoidon tavoitettavuus ja palveluiden kokonaisvaltaisuus.....	55
	5.2 Asiakkaan osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet.....	64
	5.3 Oikeudenmukainen kontrolli ja valvonta	72
	5.4 Ihmisarvoinen ja välittävä kohtelu	80
6	JOHTOPÄÄTÖKSET	90
	LÄHTEET	96
	Liite 1 Haastattelurunko	

1 JOHDANTO

Tutkielmamme tarkoitus on selvittää millaisia kokemuksia asiakkailta on päihdehuollon asiakaslähtöisyydestä. Olemme rajanneet tutkielmamme koskemaan päihdehuollon lääkkeellistä opioidikorvaushoitoa, josta jatkossa käytämme termiä korvaushoito. Korvaushoidolla tarkoitetaan opioidiriippuvaisten hoitoa, jossa käytetään apuna buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita, ja jossa tavoitteena on joko asiakkaan kuntouttaminen ja päihitteettömyys tai haittojen vähentäminen ja asiakkaan elämänlaadun parantaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 33/2008 2 §, myöhemmin korvaushoitoasetus).

Tutkimme asiakaslähtöisyyttä päihdehuollon sosiaalityön kontekstissa. Tutkielmamme tarkentuu sosiaali oikeudelliseen näkökulmaan, jossa tarkasteltavaksi tulevat aiheeseen liittyvä lainsäädäntö sekä oikeudellinen ajattelu. Oikeusteoreettisen lähestymistavan tarkoituksena on kiinnittää tutkielman aihe voimassa olevaan lainsäädäntöön yhteiskunta- ja oikeustieteiden sekä sosiaalityön teorioiden rajapinnoissa. Päihdehuollon asiakkaan asema palveluissa on ajankohtainen tutkimusaihe. Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (STM 2016:3) vuosille 2009–2015. Yksi suunnitelmassa nimetyistä painopisteistä on päihdehuollon asiakkaan aseman vahvistaminen. Ohjausryhmä esittää, että vuoteen 2020 saakka asiakkaan asemaa vahvistetaan esimerkiksi monipuolistamalla palveluita sekä ottamalla käyttöön yhdenvertaisuutta tukevia keinoja asiakkaan valinnanvapauden toteuttamisessa (STM 2016, 2). Päihdehuoltoa ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden asemaa koskevaa lainsäädäntöä uudistetaan parhaillaan omina hankkeinaan. Uudistusten tavoitteena on edistää päihdehuollon asiakaslähtöisyyttä parantamalla moniammatillisten palveluiden ja hoidon piiriin pääsyä, estämällä palveluiden katkeamista ja niistä putoamista, asiakkaan itsemääräämisoikeutta ajaen sekä kokemusasiantuntijuutta hyödyntäen (Hämeen-Anttila 2018; Hämeen-Anttila & Vorna 2018; Terveydenhuoltolain luonnos 2018; Sosiaalihuoltolain luonnos 2018). Uudistusten on tarkoitus astua voimaan vuonna 2020.

Korvaushoidon asiakkaiden asemaa on tärkeää tutkia, sillä sitä koskevaa tutkimustietoa on vähän. Suomessa on julkaistu runsaasti erilaisia huumehoitoa ja palveluiden järjestämistä koskevia viranomais- ja asiantuntijadokumentteja, mutta asiakkaiden itsensä ilmaisemat hoi- toon ja palveluihin liittyvät näkemykset ja toiveet ovat jääneet vähemmälle huomiolle (ks. esim. Perälä 2007, 256). Asiakkailta saatu tieto auttaa kehittämään palveluita, toimintaa ja

viranomaistahojen yhteistyötä asiakaslähtöisempään suuntaan. Kokemuksellinen tulokulma tutkimuksessa on läheisessä yhteydessä perinteiseen laadulliseen tutkimukseen, jossa olennaista ovat yksilöiden kokemukset sekä heidän antamat merkitykset. Kuntoutuksen vaikuttavuus realisoituu yksilön kokemukseen muutoksesta elämäntilanteestaan ja ne merkityksellisiksi ja vaikuttaviksi koetut seikat ovat niitä tekijöitä, jotka joko edistävät tai estävät muutosta. Sosiaalityön inhimillinen puoli sekä tehtävä heikommassa asemassa olevien yksilöiden äänen esiin tuojina kannustavat keräämään asiakkaiden kokemuksia palveluista. (Väyrynen 2012, 274.)

Korvaushoitoa kuvataan usein asiakkaan elämää valvovaksi, kontrolloivaksi, rajoittavaksi ja toisinaan jopa nöyryyttäväksi hoitomuodoksi (ks. esim. Karvonen 2000). Sosiaalityö perustuu periaatteisiin ja arvoihin, joista keskeisimpiä ovat ihmisarvo, ihmisoikeudet ja sosiaalinen oikeudenmukaisuus. Sosiaalityöntekijöiden henkilökohtainen vastuu edellyttää huolellisuutta päätöksenteossa sekä pohdintaa suhteessa toimien inhimillisyyteen, tarkoituksenmukaisuuteen ja mahdollisiin seurauksiin. (Niemelä 2016, 103.) Sosiaalityöntekijöiden tärkeäksi tehtäväksi muodostuu pitää huolta siitä, että heikoimmassakin asemassa olevien ihmisten ihmisarvo ja oikeudet toteutuvat. Suomen perustuslain (11.6.1999/731) 22§ asettaa julkiselle vallalle tehtäväksi perus- ja ihmisoikeuksien turvaamisen. Asiakkaan osallisuuden vahvistaminen sekä itsemääräämisoikeuden ja omatoimisuuden tukeminen ovat sosiaalityön keskeisiä toimintaa ohjaavia arvoja. Toisaalta työssä korostuvat myös työntekijän ammatillinen asiantuntijuus sekä Suomen perustuslain 19 §:ään perustuva huolenpitovelvollisuus. (Juhila 2012, 172–173.) Arvot eivät ole toisiaan poissulkevia, mutta toisinaan ne joutuvat vastakkainasettelun kohteeksi. Asiakkaalla ja työntekijällä saattaa olla eriäviä näkemyksiä asiakkaan tilanteesta. Sosiaalityöntekijä voi joutua pohtimaan, mihin rajaan saakka asiakkaalla on oikeus kontrolloida omaa toimintaansa ja kieltäytyä hänelle tarjotuista tukitoimista, vaikka hänen itsensä tai läheistensä hyvinvointi edellyttäisi ammattihenkilön puuttumista tilanteeseen (ks. esim. Sennett 2004, Juhila 2012).

Keskeinen käsitteemme on asiakaslähtöisyys. Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (22.9.2000/812, myöhemmin asiakaslaki) sekä potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (17.8.1992/785, myöhemmin potilaslaki) hengen mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa on työskenneltävä asiakaslähtöisesti sen sijaan, että auttaja tai organisaatio sanelisi yksipuolisesti asiakkaan tarpeet tai palvelut. Sosiaalityön piirissä asiakasläh-

töisyyttä kehitetään jatkuvasti ja käsite liitetään palvelujen saatavuuteen, asiakkaiden vaikutus- ja osallistumismahdollisuuksiin, asiakkaiden ja työntekijöiden väliseen vuorovaikutukseen sekä asiakkaiden äänen kuulumiseen. Asiakaslähtöisyyden käsitteen epämääräisyys saattaa johtaa epämääräiseen toimintaan ja asiakaslähtöisyyspuhe jäädä vain trendikkääksi retoriikaksi, joka ei tosiasiallisesti muuta mitään. (Norlamo-Saramäki 2009, 41–43.) Erilaiset ajattelutavat, työskentelykäytännöt, vallankäytön tavat ja ohjeistukset vaikuttavat siihen, miten asiakaslähtöisyys toteutuu käytännössä. Vaihtelevat käytännöt voivat myös saattaa asiakkaat keskenään eriarvoiseen asemaan. Myös työntekijöiden itse antamat merkitykset asiakkaiden asemalle ja oikeuksille vaikuttavat työskentelyyn. Haluamme tutkielmamme kautta kiinnittää huomiota asiakaslähtöisyyteen ja siihen liittyvien teemojen monimuotoisuuteen, mutta myös asiakaslähtöisyyteen mahdollisesti liittyviin haasteisiin.

Aloitamme tutkielmamme teoriaosuuden käsittelemällä tutkielman kontekstia eli korvaushoitoa ja huumeriippuvuutta. Tutkielman kolmannessa luvussa jatkamme teoriaosuutta asiakaslähtöisyyden käsittelyllä. Asiakaslähtöisyys muodostaa tutkielman teoreettisen viitekehyn. Tarkastelemme asiakaslähtöisyyttä tarkemmin asiakkaan osallisuuden ja itsemääräämisoikeuden sekä laadukkaiden palveluiden avulla. luvussa kerromme käyttämämme menetelmät, aineistomme analyysit sekä tutkielman eettisiä näkökohtia. Johtopäätöksiä ja pohdintaa edeltää tuloslukumme, jossa esittelemme keskeisimmät havaintomme.

2 OPIOIDIRIIPPUVUUDEN HOITO KORVAUSHOIDOLLA

2.1 Korvaushoito osana päihdehuoltojärjestelmää

Tarkastelemme aluksi korvaushoitoa, joka luo tutkielmamme kontekstin. Päihdehuollon suhde niin sanottuun medisiiniseen hoitomalliin on kiinnostanut tutkijoita A-klinikkaidean syntymisestä lähtien. Arvioitaessa erilaisten hoitomallien suhdetta medisiiniseen malliin kiinnostavaa on pohtia, määritelläänkö päihderiippuvuus ennen kaikkea sairaudeksi ja katsotaanko riippuvuuteen puuttuminen ensisijaisesti lääketieteen ja terveydenhuollon tehtäväksi. Lisäksi kiinnostavaa on, rinnastetaanko päihderiippuvuus sairauksiin hoidon ja kuntoutuksen aikaisia sosiaalivakuutusetuja ratkaistaessa. (Murto 2002, 173.) Mielikuvat riippuvuuden hoidosta voivat vaihdella ammattilaisen koulutuksen ja kokemuksen mukaan ja ammattilaisilla voi olla eriäviä näkemyksiä sen suhteen, mitä hyvä hoito on (Pennonen 2014, 318).

Laitila-Ukkolan (2005) mukaan päihdehuollossa sosiaalityöntekijät ovat raivanneet itselleen itsenäisen aseman eivätkä enää ole lääkärin tausta-avustajia. Vaikka sosiaalityötä tehtiin alussa psykiatrisen ja yksilökeskeisen työtteen mukaisesti, kokivat sosiaalityöntekijät tekevänsä sosiaalityötä ja avasivat tietä sosiaalityön asiantuntijuudelle päihdehuollon piirissä. Olennaisia asioita sosiaalityössä olivat ihmisen kohtaaminen, kuunteleminen ja vuorovaikutuksellisuus. Sosiaalityön voidaan nähdä muodostuvan keskusteluissa ja vuorovaikutuksessa syntyvän asiantuntijuuden sekä sosiaalityöntekijän työssä ja opiskelussa syntyvän asiantuntijuuden kokonaisuudesta. (Laitila-Ukkola 2005, 68–69.)

Kuitenkin päihdehuollon toimintaympäristö on muuttunut sekä rakenteellisesti että ideologisesti nopeassa ajassa. Terveydenhuollon rooli korvaushoidon toteuttajana ja kehittäjänä on kasvanut huomattavasti medikalisaation myötä ja toisinaan korvaushoito mielletään pelkäksi lääkehoidoksi (ks. esim. Weckroth 2006). Härkönen ja Orjasniemi (2017) toteavat tutkimuksessaan, että medikalisaation myötä päihdehuollon järjestäminen on siirtynyt vahvemmin terveydenhuollon vastuulle ja päihdesosiaalityö on kadonnut lähes kokonaan. Sosiaalihuoltolain soveltamisohje määrittää päihdepalveluita vahvasti terveystaloudellisesti, ja kunnat sulauttavat päihdepalveluita osaksi mielenterveyspalveluita. Lisäksi päihdepalveluita ulkoistetaan enenevässä määrin esimerkiksi yksityisille toimijoille. (Härkönen & Orjasniemi 2017, 13–14.)

Sosiaalisen näkökulman häviäminen päihdetyöstä on todellinen uhka päihdeongelman kokonaisvaltaisuus huomioon ottaen. Kehitys voi johtaa päihdetyön pirstaloitumiseen sekä päihdeongelmaisten kannalta avun ja palveluiden saamisen vaikeutumiseen. (Härkönen & Orjasniemi 2017, 13–14.) Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä onkin esitetty muutettavaksi siten, että sosiaalityöntekijän ja lääkärin olisivat velvollisia toimimaan yhteistyössä asiakkaan edun mukaisen palvelukokonaisuuden ja hoitojatkumon turvaamiseksi tilanteissa, joissa asiakas on sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisissä palveluissa tai molempien tarpeessa (Sosiaalihuoltolain luonnos 2018; Terveydenhuoltolain luonnos 2018). Korvaushoidon hoitoneuvotteluissa voidaan käydä yhdessä läpi kunkin työntekijän työn tuloksia, asiakkaan tarpeita sekä tehdä ajantasainen suunnitelma haasteiden hoitamiseksi. Useilla korvaushoidossa olevilla asiakkailla saattaa olla esimerkiksi asumiseen, taloudellisiin asioihin tai lastensuojeluun liittyviä tarpeita, jolloin asiakkaan oma sosiaalityöntekijä on hyvä ottaa mukaan hoitoneuvotteluihin. (Laine & Annila 2015, 273.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on koonnut tilastoraportin (31/2018) päihdehuollon vuoden 2017 huumeasiakkaista. Tiedonkeruuseen osallistui 77 huumehoitoyksikköä ja tietoja saatiin 2 167 asiakkaasta. Päihdehuollon huumeasiakkaat 2017 -tilastoraportin (2018, 1) mukaan huumehoidon asiakkaiden yleisin ja ensisijainen ongelmapäihde on opioidit, ja kaiken kaikkiaan 77 prosentilla huumehoitoasiakkaista oli opioidien päihdekäyttöä tai -riippuvuutta. Viime vuosina Suomessa lähes kaikki opioidien käyttö on ollut synteettisten lääkeopioidien käyttöä. Synteettisiä opioidit ovat lääkekäyttöön kehitettyjä (esimerkiksi buprenorfiini) voimakkaita kipua poistavia aineita. (THL 2018, 11.) Buprenorfiini on selvästi eniten väärinkäytetty yksittäinen opioidi ja se oli mainittu ensisijaisena ongelmapäihteenä 35 prosentilla huumehoidon asiakkaista. Opioidien vuoksi hoitoon hakeutuneiden asiakkaiden osuus on noussut huomattavasti 2000-luvun loppupuolella. (THL 2018, 4-5.)

Vuonna 2017 päihdehuollon huumeasiakkaista 36 prosenttia oli korvaushoidossa (THL 2018), 4). Buprenorfiini- tai metadonikorvaushoito voidaan aloittaa sellaiselle opioidiriippuvaiselle asiakkaalle, joka ei ole vieroittunut opioideista. Asiakas katsotaan opioidiriippuvaiseksi ICD-10 -tautiluokituksen F11.2x diagnostisten kriteerien täytyessä. Edellä mainittuja lääkkeitä pystyvät määräämään vain hoitopaikan toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen tähän tehtävään osoittamansa lääkärit heidän toimiessaan kyseisessä tehtävässä. (Korvaus-

hoitoasetus 2 §, 3.1 §.) Hoidon tarve tulee arvioida ja hoito toteuttaa sellaisessa terveyskeskuksessa, päihdehuoltoyksikössä tai vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollon yksikössä, jossa on hoidon antamiseen perehtynyt hoidosta vastaava lääkäri sekä muut edellytykset hoidon antamiseen, kuten asianmukainen henkilöstö (Korvaushoitoasetus 4.1 §).

Korvaushoidon tarvearviointi ja toteutus tulee aloittaa polikliinisesti, ellei laitoksessa tapahtuvaan arviointiin ja aloitukseen ole erityistä syytä. Hoidon vaativuuden niin edellyttäessä hoidon tarvearviointi sekä käynnistäminen voidaan toteuttaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toimintayksikössä, Järvenpään sosiaalisairaalassa tai valtion mielisairaalassa. Tällöin hoitoa voidaan jatkaa yhteistyössä hoidon aloittaneen yksikön kanssa sellaisessa terveyskeskuksessa, päihdehuoltoyksikössä tai vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollon yksikössä, jolla hoidon aloittaneen toimintayksikön käytettävissä olevien tietojen mukaan on riittävät edellytykset hoidon antamiseen. (Korvaushoitoasetus 4 §.)

Korvaushoito jaetaan kolmeen eri toteutusmuotoon hoidon ajallisen pituuden sekä tavoitteiden perusteella. Ensinnäkin hoito voidaan toteuttaa enintään kuukauden mittaisena vieroitustavoitteisena hoitona. Korvaustavoitteisessa hoidossa puolestaan tähdätään lääkkeen käytön lopettamiseen ilman määräaika. Kolmanneksi korvaushoitoa voidaan antaa ylläpitotavoitteisena hoitona, jonka lopullinen päämäärä ei ole lääkkeettömyys vaan asiakkaan elämänlaadun parantaminen. (Weckroth 2006, 15.) Korvaushoitoasetuksen (33/2008) mukaan hoidon tavoitteet on selvitettävä hoitoa aloitettaessa ja tavoitteita on tarkistettava tarvittaessa. Haittojen vähentämisen tulee olla tavoitteena erityisesti tilanteissa, joissa henkilöä ei todennäköisesti saada lopettamaan käyttöä kokonaan, mutta hoidolla voidaan todennäköisesti ehkäistä käytöstä aiheutuvia terveyshaittoja, parantaa henkilön elämän laatua sekä valmentaa häntä vaativampaan kuntouttavaan korvaushoitoon. (Korvaushoitoasetus 3.2 §.) Näiden tavoitekuvausten kannalta aiheen tekee erityisen mielenkiintoiseksi se, että hoidossa lääkkeenä käytetty Subutex-buprenorfiinituote on luokiteltu Suomessa virallisesti huumeeksi, mutta se on suosittu aine huumeiden suonensisäisessä katukäytössä. (Weckroth 2006, 13.) Korvaushoitolääkkeitä ei voi määrätä apteekista toimitettavaksi, vaan ne annostellaan ja annetaan valvotusti hoidosta vastaavassa yksikössä. Hoitomyönteiselle asiakkaalle lääkitys voidaan hoidon edetessä luovuttaa itse annosteltavaksi enintään kahdeksaa vuorokautta vastaava määrä, ja erityisistä syistä poikkeuksellisesti 15 vuorokausiannosta. (Korvaushoitoasetus 6 §.)

Lääkkeellinen korvaushoito on lääketieteellisesti perusteltua ja välttämätöntä asiakkaan muun hoidon toteuttamiseksi (ks. esim. Karvonen 2000). Korvaushoitoon päädytään usein tilanteissa, joissa riippuvuudesta kärsivä on usein jo käynyt läpi useita hoitoja ja hoidot ovat keskeytyneet aineenhimon ja vaikeiden vieroitusoireiden vuoksi (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 179). Lääkitys voidaan nähdä ”porkkanana ja hoitoon houkuttajana”, ja lääkityksen avulla asiakas on helpompi vieroittaa tai vaihtoehtoisesti saada sellaiseen kuntoon, että hän pystyy vastaanottamaan muuta hoitoa ja alkaa järjestää muita ihmisarvoisen elämän kannalta välttämättömiä asioita, esimerkiksi asuntoa ja toimeentuloa. Asiakkaiden näkökulmasta lääke on usein tärkein syy hoitoon tulemiselle ja hoidossa pysymiselle. (Weckroth 2006, 147.) Lisäksi lääkehoito luo mahdollisuuden rikoksettomaan elämäntapaan suuntautumiselle sekä psykososiaaliselle kuntoutukselle (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 179).

Lääkitys korvaushoidossa ei kuitenkaan yksinään riitä, sillä se ei mahdollista kokonaisvaltaista muutosta tai kuntoutumista. Korvaushoitoasetuksen 5 §:n mukaan korvaushoidon tulee perustua yksilölliseen hoitosuunnitelmaan, jossa lääkehoidon lisäksi määritellään hoidon tavoite, potilaan muu lääketieteellinen sekä psykososiaalinen hoito, kuntoutus ja seuranta. Psykososiaalinen kuntoutus on käsitteenä monimerkityksinen ja -tulkintainen eikä korvaushoitoasetus määrittele sen sisältöä tarkemmin (Weckroth 2007, 433). Helsingin yliopiston päihdelääketieteen professori Hannu Alhon mukaan nykytilanteessa on täysin mahdollista päättää, että korvaushoito sisältää ainoastaan lääkityksen, muttei kuntoutusta, sillä käypä hoito-suosituksia pidemmälle meneviä valtakunnallisia ohjeistuksia korvaushoidon sisällöstä ei ole: ”Näin se valitettavasti on, ja se on erikoinen asia. Vähän sama kuin jos kunnat päättäisivät, että ei anneta diabeetikoille ollenkaan ravitsemusneuvontaa, jaetaan vain insuliinipiikkejä”. (Saukkonen 2010, 7.)

Harju-Koskelinin (2007) mukaan psykososiaalisella kuntoutuksella voidaan tarkoittaa esimerkiksi yhteiskuntaan integroitumisen tukemista. Päihdehuoltoa suunniteltaessa ja toteutettaessa on kiinnitettävä erityistä huomiota eri viranomais- ja järjestötahojen moniammatilliseen yhteistyöhön (Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41 9 §). Jokisen ja Juhilan (2008) mukaan eri kenttien ja toimijoiden välinen yhteistyö on tärkeää silloin, kun päämääränä on ammatteisesti laadukas ja myös kaikkein huono-osaisimmista kansalaisista ihmisarvoisesti huolta pitävä sosiaalityö. Se on tärkeää myös siksi, että aikuisten asiakkuudet ovat usein niin kutsuttuja raja-asiakkuuksia eli samoja ihmisiä kohdataan eri kentille sijoittuvissa paikoissa,

kuten esimerkiksi terveydenhuollossa, sosiaalihuollossa ja työvoimahallinnossa. (Jokinen & Juhila 2008, 287.)

Asiakkaiden moniongelmaisuus asettaa korvaushoidolle haastavia tehtäviä, ja korvaushoidossa työskennellään useilla kuntoutumisen osa-alueilla: psyykinen ja fyysinen terveys, koulutus ja työ, asuminen, toimeentulo, sosiaaliset suhteet, arkielämän taidot sekä riippuvuudesta ja rikollisuudesta eroon pääseminen. Kuntoutumisen tukeminen edellyttää moniammatillisuutta, suunnitelmallisuutta sekä sujuvaa hoitojatkumoa ja yhteistyötä asiakkaan, hänen läheistensä sekä muiden viranomaisten kanssa. Työskentelyssä korostuvat niin ikään syrjäytymisen ehkäiseminen ja sosiaalisen toimintakyvyn vahvistaminen. (Tourunen & Pitkänen 2010, 148–149.) Hoidon sisältöön voidaan lukea esimerkiksi koulutusta tai työllistymistä edistävät suunnitelmat ja toimenpiteet, asunnottomuuden ja taloudellisten vaikeuksien ennalta ehkäiseminen tai katkaiseminen sekä yksilö- ja ryhmäterapiat. Asiakasta tuetaan itsenäiseen elämään ja omatoimiseen suoriutumiseen siten, että päihteiden käyttö ei enää hallitse elämää. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 180.)

2.2 Huumeriippuvuus yksilön ja yhteiskunnan näkökulmasta

Päihteiden ongelmakäytön keskeinen tunnuspiirre on se, että päihteiden käyttö on edennyt sellaiselle asteelle, jossa päihteet hallitsevat käyttäjänsä eikä lopettaminen onnistu enää tahdonvaraisesti (Saarelainen 2003, 40–42). Päihteidenkäyttö käsitetään sosiaalisesti ongelmaksi silloin, kun se poikkeaa tavanomaisesta sosiaalisesta toiminnasta (Härkönen 2012, 77). Päihteiden ongelmakäyttö aiheuttaa niin fyysisiä, psyykkisiä kuin sosiaalisia haittavaikutuksia, jotka voivat ilmetä esimerkiksi syrjäytymisenä, taloudellisina vaikeuksina, asunnottomuutena, pahoinvointina, terveyshaittoina tai mielenterveysongelmina (Saarelainen 2003, 42). Päihdeongelmaa ei voi korjata ulkoapäin vaan parantuminen edellyttää muutoksia yksilön ajattelutavassa sekä toiminnassa. Vastuu päihdeongelman selättämisestä on siis pitkälti yksilöllä itsellään. (Härkönen 2012, 77.)

Huumeiden käyttö eroaa huomattavasti muista päihdeongelmista. Keskeisin erityispiirre on se, että huumeiden käyttö, välittäminen ja hallussapito ovat laissa kiellettyjä ja rangaistavia tekoja. Huumausainerikoksista säädetään erikseen rikoslain (138/1889) 50. luvussa. Riippuvuus voi olla sekä fyysistä, psyykkistä että sosiaalista. Se on monien tekijöiden summa, joka

voi syntyä usean osatekijän vaikutuksesta. (Härkönen 2012, 77.) Altistavat tekijät, kuten perinnöllisyys, vanhempien antama malli, kaveripiiri ja elämän kriisit eivät kuitenkaan itsessään tuota riippuvuutta vaan sen syntyyn tarvitaan yksilön omaa aktiivista toimintaa. On tavanomaista, että riippuvuus alkaa miedoilla huumeilla, joista siirrytään kokeilujen kautta koviin huumeisiin ja suonensisäiseen huumeiden käyttöön. Riippuvuuden kehittäneet käyttäjät käyttävät eri aineita erityisesti vieroitusoireiden ja vointinsa parantamiseksi. Kulloinkin käytettävä huume ja käyttämisen tapa vaihtelevat myös saatavuuden ja käyttäjän omien mieltyömysten mukaan. Huumeita käytetään usein yhdessä unilääkkeiden, rauhoittavien aineiden tai alkoholin kanssa. Lisäksi käyttäjillä esiintyy huomattavan paljon samanaikaisia mielen-terveyden häiriöitä, kuten masennusta, ahdistuneisuutta ja sosiaalista persoonallisuus-häiriötä. (Baas & Seppänen-Leiman 2002, 20–21.) Toisinaan mielen-terveys- ja päihdeon- gelmia on vaikea erottaa toisistaan, sillä ne voivat kietoutua tiiviisti toisiinsa (Saarelainen 2003, 42). Käytön taustalla voi olla vakavia psyykkisiä vaurioita, joita päihdeillä lääkitään ja toisaalta käyttö aiheuttaa neurobiologisia ja hormonaalisia muutoksia (Baas & Seppänen-Leiman 2002, 19). Huumeiden käyttö ei välttämättä ole käyttäjän itsensä näkökulmasta on- gelmista päällimmäisin, vaan käyttäjän arjessa voi olla muita ongelmallisia osa-alueita, joi- den hallintaan apua ensisijaisesti kaivataan (Perälä 2007, 259). Huumeiden käyttö aloitetaan usein nuorena, joten huumeriippuvaisen yhteiskunnassa eläminen voi olla hyvinkin puut- teellista (Pennonen 2014, 321).

Opioidiriippuvuutta pidetään biolääketieteen näkökulmasta aivojen sairautena. Riippuvuu- delle tyypillisiä piirteitä ovat aineen pakonomainen käyttö ja psyykkinen sekä fyysinen riip- puvuus, jotka ilmenevät toleranssin kasvuna ja vieroitusoireina. Pitkäaikainen käyttö aiheut- taa merkittäviä neurobiologisia muutoksia, jotka yhdessä kognitiivisten prosessien kanssa ylläpitävät riippuvuutta ja laukaisevat retkahduksia. (Baas & Seppänen-Leiman 2002, 19– 20.) Ihmiset eivät käytä päihdeitä saadakseen haittavaikutuksia, mutta pitkässä ja runsaassa käytössä niitä syntyy lähes aina (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 31). Käyttäjän on lääkittävä itseään fyysisten ja psyykkisten vieroitusoireiden takia ja pidettävä itsensä kunnossa voidak- seen hankkia lisää huumeita. Sisäistä kamppailua vaikeuttavat lisäksi fyysiset vieroitusoireet sekä se, että heroiniiriippuvainen hakee toiminnallaan nautintoa ja pyrkii samalla helpotta- maan tuskaisia vieroitusoireita. Käytöstä syntyy kierre, jolloin huumeiden käytön aloittami- sen syy-seuraussuhteita voi olla vaikea määrittää. Jokaisella asiakkaalla on omat yksilölliset

tilanteensa ja näkemyksensä, mutta yhteistä heille on kärsiminen sellaisesta huumeriippuvuudesta, josta vain harva selviää omin keinoin. (Baas & Seppänen-Leiman 2002, 19–20; Uusitalo 2013, 91–92.)

Huumeiden käyttö vaikuttaa käyttäjän terveydentilaan. Ruiskuhuumeiden käyttäjistä 75 %:lla arvioidaan olevan hepatiitti C-vasta-aineita. Suomessa aktiivinen ruiskuhuumeiden tai runsas alkoholin käyttö ovat olleet hoidon estäviä tekijöitä, mikä on tarkoittanut sitä, että suuri osa tartunnan saaneista ei ole saanut tarvitsemaansa hoitoa. Toisen polven C-hepatiittiviruslääkkeet ovat tehokkaita ja niiden kohdalla on huomattavasti vähemmän hoidon vasta-aiheita kuin interferonihoidolla. Hoidon pääasiallinen tavoite on tavoittaa sekä ohjata hoidon arvioon ja hoitoon vakavaa maksavauriota sairastavat henkilöt. Hoidon laajentaminen ruiskuhuumeita käyttäviin vaatii uudenlaisia toimintamuotoja ja tehokkaampaa testausta, tartunnan saaneiden seurantaan sekä hoidon arviointia. (Suomen C-hepatiittistrategia 2017–2019, 5.) Monet huumeiden käyttäjistä ovat C-hepatiittia sairastavia, ja he tarvitsevat monia yhteiskunnan tukitoimia yhtä aikaa, mikä on haaste sosiaali- ja terveysjärjestelmälle. Tämän vuoksi erityisesti suurissa kaupungeissa on tarpeen kehittää aiempaa asiakaslähtöisempiä palveluita. (C-hepatiitin hoito osana päihdepalveluita, 5.)

Yhteiskunnallista huumeekysymystä hallitsi 1990-luvulle saakka kriminaalipoliittinen näkökulma, jonka mukaisesti huumeiden käyttäjät nähtiin ennen kaikkea rikollisina. Lisäksi sen mukaan tavoitteena oli huumeiden kitkeminen yhteiskunnasta sekä yksilöiden abstinenssi eli kuntoutuminen huumeettomaksi. Olosuhteet eivät siis olleet otolliset hoitojärjestelmän kehittymiselle. Huumausaineiden käyttäjien hoito alettiin vähitellen katsoa osaksi huumausainepolitiikkaa käytön ehkäisyn ja valvonnan ohella. (Hakkarainen & Tigerstedt 2005, 149–152.)

Huumeiden aiheuttamien haasteiden tarkastelu laajeni 1990-luvulla myös kansanterveys-, asiakas- ja ihmisoikeusnäkökulmiin. Kaksi jälkimmäistä näkökulmaa kohtaavat sosiaalityön ja terveydenhuollon olennaisessa käsitteessä, asiakaslähtöisyydessä. 1990-luvun loppupuolella päihdeongelmaiset alkoivat vaatia oikeuksiaan myös oikeusteitse päihdeasiamiehen tuella. Lääninoikeudet päättyivät valituskäsittelyssä tulkintaan, jonka mukaan päihdeongelmaisilla on subjektiivinen oikeus hoitoon, mutta ei välttämättä juuri siihen hoitomuotoon tai -paikkaan, johon asiakas itse olisi halunnut tai johon viranomaistahot olisivat häntä suositelleet. (Murto 2002, 172.)

Suomalaisessa päihdehuollossa käytettyjä hoitomenetelmiä oli pääosin kehitetty alkoholiongelmaisten ja sekakäyttäjien tarpeisiin, ja menetelmien uskottiin soveltuvan myös muidenkin päihdeongelmien ja riippuvuuksien käsittelyyn. Vasta 1990-luvulla, lähinnä huumeiden suomensäisen käytön lisääntyessä alettiin kehitellä nimenomaan huumeriippuvuuden hoitoon tarkoitettuja hoitomalleja. (Murto 2002, 167.) Kuitenkin vielä 1990-luvun alussa korvaushoitoa koskevat mielipiteet ja kannanotot olivat jyrkän kielteisiä. Myös valtionhallinto vastusti korvaushoitoa, sillä se nähtiin uhkana rajoittavan huume politiikan konsensukselle ja päihdehoidon lääkkeettömälle perinteelle. (Hakkarainen & Tigerstedt 2005, 149–152.)

Opiatien käyttäjien korvaushoito on tullut osaksi Suomen päihdehuoltojärjestelmää vuonna 1997 (Weckroth 2006, 15). Korvaushoito herättää näkemyksiä sekä puolesta että vastaan myös päihdealan ammattilaisten keskuudessa. Moni ammattilainen näkee korvaushoidon ylläpitävän päihderiippuvuutta. Erilaisia näkemyksiä korvaushoidosta on myös huumeiden käyttäjillä: osa voi pitää korvaushoitoa keinona päästä irti ongelmasta, kun taas osa saattaa toivoa hoitoa siksi, ettei tarvitsisi koskaan enää tuntea vieroitusoireita. (Pennonen 2014, 323–324.) Suomalaisten suhtautuminen huumeita kohtaan on ollut pääsääntöisesti kielteistä ja kontrollitoimenpiteitä suosivaa (Törrönen 2002, 535). Kuitenkin asenteet huumeiden aineiden hankinnan ja käytön rangaistavuudesta ovat muuttuneet selvästi sallivammaksi, erityisesti kannabiksen osalta (THL 2019, 4).

Huumeongelmaan puuttumiseen vaikuttavat yhteiskunnalliset näkemykset ongelmasta. Huumeausainepolitiikan tavoite on huumeiden käytön ja levittämisen ehkäiseminen ja sitä kautta erilaisten taloudellisten, sosiaalisten ja yksilöllisten haittojen sekä kustannusten minimointi. (Varjonen 2015, 13, 60.) Hurme (2002) on nostanut mielenkiintoisia näkökohtia huumeiden haittojen vähentämiseen liittyen. Haittojen vähentämisessä yleisenä ja periaatteellisenä huume poliittisena strategiana korostetaan sitä, että huumeongelmien tuottamiin haittoihin lukeutuu huumeiden käytöstä suoranaisesti aiheutuvien kansanterveyshaittojen lisäksi voimassa olevan huume politiikan aiheuttamat kontrollikustannukset. Rajoittavan huume politiikan voidaan katsoa aiheuttavan muun muassa kohtuuttomia kärsimyksiä huumeiden käyttäjille sekä lisäävän rikollisuutta. Rikollisuuden lisääntyminen voi tarkoittaa esimerkiksi huumeiden korkean hinnan kattamiseksi tehtyjä omaisuusrikoksia. Jos haittojen vähentämisestä tarkastellaan tästä näkökulmasta, kiinnitetään huomiota käyttäjien asemaan yhteiskunnassa sekä peräänkuuluttaa heidän ihmisoikeuksiaan ja oikeudenmukaista kohteluaan.

Yksilön tasa-arvoisuutta ja oikeuksia heikentävät käytännöt eivät ole toivottuja, kuten eivät myöskään erilaiset terveyshaitat. Haittojen vähentäminen kehittyy silloin tavoitteesta yksilön samanlaisiin toimintamahdollisuuksiin ja oikeuksien toteutumiseen. Tätä voidaan sanoa ihmisoikeusnäkökulmaksi. (Hurme 2002, 417.)

Yhteiskuntapoliittisin toimin, lainsäädännön ja kansainvälisin sopimuksin ehkäistään huumausaineiden kysyntää ja tarjontaa, edistetään ennalta ehkäisevää ja varhain puuttuvaa työskentelyä sekä saatetaan laittomaan toimintaan syyllistyneet rikosoikeudelliseen vastuuseen. Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö koordinoi huumausainepoliitikkaa, jota eri hallinnonalat toteuttavat yhteistyössä. Tavoitteena on kehittää ja yhteensovittaa huumausainepoliitikkaa sekä seurata huumetilanteen kehitystä. Huumausainepoliitikan toteuttamiseen ja tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttavat merkittävästi niihin varatut resurssit. (Varjonen 2015, 13.) Vastuu huume politiikasta ja sen toteutuksesta jakaantuu monelle eri toimialalle, joilta odotetaan yhteistyötä huumeongelman suhteen.

3 ASIAKASLÄHTÖISYYDEN ULOTTUVUUDET KORVAUSHOIDOSSA

3.1 Näkökulmia asiakaslähtöisyyden määrittelyyn

Asiakaslähtöisyydelle ei ole olemassa yhtä tiettyä yleisesti hyväksyttyä tieteellistä määritelmää. Asiakaslähtöisyyden käsite nähdään moniulotteisena ja vaikeaselkoisena, minkä vuoksi sen kuvaaminen teoriassa ja käytännön toteutuksessa on haastavaa. (De Silva 2014, 8.) Asiakaslähtöisyys voidaan nähdä sekä työntekijän ajattelutapana että toimintamallina, ja sen nähdään koostuvan useasta eri osatekijästä. Tieteellisissä teksteissä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaslähtöisyys jaetaan tyypillisesti kolmeen osa-alueeseen, joita ovat asiakkaan osallisuus, työntekijän ja asiakkaan välinen suhde sekä konteksti, jossa työskentely toteutetaan. Asiakaslähtöisyyttä määrittäviksi peruseriaatteiksi luetaan asiakkaan asiantuntijuuden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, yksilölliset ja helposti saatavilla olevat palvelut sekä asiakasta kunnioittavat ja kannustavat ammattitaitoiset työntekijät. Asiakaslähtöisyyden määrittelemisen tapa voi vaikuttaa siihen, miten asiakaslähtöisyyden toteutusta arvioidaan. (De Silva 2014, 9.)

Kokko (2018, 136) tiivistää asiakaslähtöisen työtteen asiakkaan prosessin tukemiseksi, jossa keskiössä ovat asiakkaan etu ja asiakkaan omien tavoitteiden tukeminen. Nummelan (2011,28) mukaan asiakaslähtöisyys toteutuu, kun asiakas, hänen elinympäristönsä ja palvelut kytkeytyvät toisiinsa. Tällöin kyse on asiakkaiden tilanteiden näkemisestä sellaisena kuin se kunkin asiakkaan kohdalla näyttäytyy. Myös toimintatapojen tulee joustaa asiakkaan tilanteen ja tarpeiden mukaan. Rostilan (2001, 36) mukaan sosiaalityön asiakaslähtöisyys on asiakkaan omien näkemysten ja toiminnan kunnioittamista ja tärkeää on, että asiakas voi omilla valinnoillaan ja toiminnallaan vaikuttaa siihen, miten hänen asioissa edetään. De Silva (2014, 6) tarkastelee sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaslähtöisyyttä laaja-alaisemmin periaatteena, jonka mukaan asiakas nähdään tasavertaisena kumppanina hoidon suunnittelussa, arvioimisessa sekä kehittämisessä. Periaatteen mukaisesti asiakkaita on viime vuosikymmenen aikana kannustettu enenevässä määrin osallistumaan omaan hoitoonsa ja keskittytty muotoilemaan palvelut siten, että ne vastaavat kunkin yksilön omia tarpeita. Yhteistyö asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa, palveluiden käyttäjäystävällisyys, asiakkaan itsenäisyyden, autonomian sekä hallinnan edistäminen ja vaihtoehtojen tarjoaminen asiak-

kaalle ovat asiakaslähtöisyydessä keskeistä. Myötätunto, tasavertainen ja ihmisarvoa kunnioittava kohtelu sekä asiakkaan omatoimisuuden tukeminen toimivat perustana asiakaslähtöiselle työskentelylle. Ne voivat tulla esille työskentelyssä yhteisessä päätöksenteossa ja vuorovaikutuksessa. (De Silva 2014, 6.)

Sosiaalityössä vuorovaikutusorientaatio voi olla asiakaslähtöistä, jossa korostuvat asiakkaan oma tietämys ja tarpeet, kun taas asiantuntijalähtöisessä orientaatioissa työntekijä määrittää ja tulkitsee ilmiötä. Dialoginen orientaatio tarkoittaa ilmiöiden konstruoimista yhdessä, jolloin vuorovaikutus on molemmista osapuolista lähtevää. (Luhtasela 2009, 101.) Dialogisen orientaation myötä vuorovaikutus nähdään vastavuoroisena suhteena, jossa molemmat osapuolet vaikuttavat. Dialogilla monesti tarkoitetaan yhteisen ymmärryksen rakentumiseen pyrkivää toimintaa, mikä ei kuitenkaan tarkoita yhteen sulautumista vaan osapuolten välistä löytyvän uuden alueen tavoittamista. Ammatillisessa vuorovaikutuksessa dialoginen orientaatio näyttäytyy esimerkiksi keskusteluyhteyksien korostamisena ja tasavertaisen suhteen luomisena. Esimerkiksi kummankin osapuolen epävarmuus ja tietämättömyys vuorovaikutuksessa saattaa synnyttää yhteistoiminnallisuutta ja lisää epävarmuuden tiloja argumentoitvaan systeemiin, joka muodostuu asiakkaan ja työntekijän välille. Dialogisessa orientaatioissa osapuolet on huomioitava moniäänisinä ja vuorovaikutus tapahtuu kummankin osapuolen ehdoilla. Joskus asiakkaan ja työntekijän välillä on vaikea löytää yhteisymmärrystä tai se saattaa jäädä näennäiseksi. (Mönkkönen 2002, 56–59, 63.) Dialogisen suhteen muodostuminen edellyttää aktiivista kuuntelua, asiakkaan näkemyksen tarkastelua, asiakkaan toiseuden tunnustamista ja moniäänistä vuoropuhelua (Mt., 40). Työntekijän on mahdollista työskennellä objektiivisesti siten, että hän pyrkii näkemään asiakkaan tämän kokemusmaailmasta eikä omasta kokemusmaailmastaan käsin (Vilén ym. 2010, 32).

Asiakaslähtöisyyden rakentumisen kannalta saattaa olla olennaista, että työntekijä pyrkii ymmärtämään asiakkaan toiminnan taustalla olevan logiikan ja sen mielen. Asiakkaan ja työntekijän välisessä suhteessa voi ilmetä monenlaisia jännitteitä. Esimerkiksi työntekijä voi käyttää asiakkaan identiteetin muokkaamisessa toivottuun suuntaan suostuttelevaa valtaa sen sijaan, että hän pyrkii ymmärtämään asiakkaan identiteetin ja toiminnan rakentumista. (Juhila 2012, 249–251.) Tietetyt päihdeongelmaisten auttamiseen liittyvät ajatusmallit ja niissä kuntoutujille osoitetut tehtävät sekä sitoumukset ovat kahlitsevia. Näitä ajatusmalleja hallitsevat esimerkiksi päihdeongelmaisuus, riippuvuudet ja niin kutsuttu sisäisen kasvun

vaatimus. Nämä eivät anna kuntoutujan kehittymiselle aitoa tilaa, sillä auttajat pyrkivät sitouttamaan kuntoutujan kiinteisiin rooleihin sekä velvoitteisiin, jotka auttajan näkökulmasta ovat sopivia, tehokkaita ja turvallisia. (Mattila-Aalto 2009, 127.)

Sosiaalityöntekijöiden tulisi aktiivisesti pyrkiä ymmärtämään asiakkaiden näkemyksiä sekä etsiä menetelmiä ja käytäntöjä, joilla asiakkaiden mielipiteet tulisi huomioiduksi. Eettiset käytännöt perustuvat kansallisiin ja kansainvälisiin sopimuksiin, mutta myös perustuslakiin, joihin vetoamalla on mahdollista nostaa asiakkaan asema ja oikeudet keskiöön. (Nummela 2011, 49.) Ammatillinen etiikka muotoutuu voimassa olevan lainsäädännön ja sitä tukevien ohjeiden ja normien mukaisesti. Asiakkaan aseman vahvistamisen myötä sosiaalityön eettiset periaatteet ovat nousseet näkyvästi esiin, mutta käytännön työssä niitä ei ole konkreettisesti määritelty. Eettisistä periaatteista ja asiakkaan oikeuksista puhutaan paljon, mutta ne näyttäisivät kiinnittyvän heikosti asiakkaiden arjessa kohtaamiin tilanteisiin. (Nummela 2011, 149–150.)

Asiakaslähtöisessä sosiaalityössä arvostetaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja omaa asiantuntijuutta tilanteestaan (ks. esim. Juhila 2012, 249–250). Asiakkaan asiantuntijuus voi tarjota uusia näkökulmia ja ratkaisuvaihtoehtoja. Sosiaalihuollon asiakkaalla on oikeus esittää oma tahtonsa siitä, miten häntä koskeva asia olisi päätettävä ja toteutettava sosiaalihuollon palveluissa. Se, mikä olisi paras ratkaisu tai toteutustapa asiakkaan tilanteessa, riippuu siitä, kenen näkökulmasta asiaa tarkastellaan. Sosiaalityöntekijällä voi olla erilainen käsitys asiakkaalle parhaasta ratkaisusta kuin asiakkaalla itsellään. Kumpikin osapuoli joutuu todennäköisesti tekemään kompromisseja asian eteenpäin viemiseksi.

Sosiaalityön käytettävissä on useita erilaisia työmuotoja, jotka toteuttavat sosiaalityön asiakaslähtöisyyden, asiakkaan itsemääräämisoikeuden, dialogisuuden ja kumppanuuden ideoita. Tällaisten työmuotojen käyttäminen sosiaalityössä pyrkii irtaantumaan asiakkaan itsemääräämistä rajoittavista tekijöistä, kuten tietyistä vallan muodoista asiakkaan ja sosiaalityöntekijän kohtaamisissa. Tällaisia vallan muotoja voivat olla esimerkiksi asiakkaan ongelmien määrittely ulkoapäin sekä asiakkaan elämän kontrollointi. Itsemääräämisen kannalta on merkittävää tuottavatko asiakaslähtöisyys ja dialogisuus asiakkaalle aitoja toimintamahdollisuuksia vai eivät. (Niemi 2011, 185–186.) Esimerkiksi asiakassuunnitelman laatiminen yhdessä asiakkaan kanssa on tärkeää. Mikäli asiakassuunnitelmassa ei ole mitään sellaista,

mikä osoittaa asiakkaan osallistumisen ja mielipiteen, voi asiakas kokea jäävänsä ulkopuoliseksi omassa asiassaan. Asiakkaan tulisi myös hyväksyä suunnitelma. Asiakkaalle oman suunnitelman lukeminen voi olla mahdollisuus hahmottaa oma kuntoutuminen selkeämmin. Tilanteissa, joissa työntekijä laatii suunnitelman jälkikäteen, ei voida katsoa asiakkaan itsemääräämisoikeuden tai työskentelyn asiakaslähtöisyyden toteutuneen. (Lätti & Tiiri 2012, 57, 63.)

Työntekijän samanaikainen rooli auttajana ja kontrolloijana luo asiakkaan ja työntekijän kohtaamiselle haasteelliset reunaehdot (Nummela 2011, 65). Asiakaslähtöisyyttä voi olla vaikea toteuttaa silloin, kun vuorovaikutuksessa ovat läsnä instituutioiden asiakkuudelle määrittämät kriteerit ja sosiaalisiin ongelmiin liittyvät kulttuuriset diskurssit. Jotkut instituutiot edellyttävät tietynlaisia ongelmia tai kriteerien täyttymistä niiden asiakkuuteen pääsemiseksi, jolloin ne asettavat asiakkailleen tietynlaisia identiteettien rajoituksia. Jos asiakkaiden ongelmat tulkitaan instituution läpi, ei tulkinnassa voida katsoa asiakaslähtöisyyden toteutuvan. Äärimmillään instituutiot hakevat tietynlaisia asiakkaita sen sijaan, että ne taipuisivat asiakkaiden tarpeiden mukaan. Kulttuuriset diskurssit taas voivat tuottaa leimaavia stereotypioita asiakkaista. Joskus nämä stereotypiat ja tulkinnat ovat niin voimakkaita, että ne peittävät asiakkaiden oman äänen ja tulkinnan omasta tilanteestaan alleen. Sosiaalityöntekijöillä lienee kuitenkin mahdollisuus valita kumpaan suuntaan työssään kallistuu: instituution vaatimuksiin vai asiakkaan tarpeisiin. (Juhila 2012, 252.)

Viranomaisilla ja muilla sosiaalihuollon toteuttajilla on hallitseva asema suhteessa asiakkaaseen etenkin silloin, kun asiakas on haavoittuvassa asemassa, jolloin tämä saattaa alistua helposti erilaisiin päätöksiin ja toimenpiteisiin. Haavoittuvassa asemassa olevat asiakkaat ovat monesti riippuvaisia niistä toimijoista, jotka huolehtivat ja ovat vastuussa heistä. Julkiset ja yksityiset päätöksentekijät sekä työntekijät päättävät varsin yksioikoisesti haavoittuvaisen asiakkaan itsemääräämisoikeudesta, integriteetistä ja yksityiselämää kunnioittamisesta. Tällaisessa tilanteessa on kiinnitettävä erityistä huomiota hyvään kohteluun, tasokkaaseen päätöksentekoon sekä valvontaan. Tilanne on toisenlainen, kun asiakas pystyy edellyttämään oikeuksiaan ja niiden toteutumista. Tällöin voi syntyä jonkinlainen vastakkainasettelu, jossa viranomainen on edelleen dominoivammassa asemassa, koska yksittäistapauksissa sillä on valta päättää lain toimeenpanosta ja sen tulkinnasta. (Van Aerschot 2003, 630–632.)

Asiakaslähtöisyys ei ole juridinen käsite eikä se esiinny sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevissa laeissa. Sen sijaan asiakaslähtöisyyden eri osa-alueet, kuten asiakkaan osallisuus ja itsemääräämisoikeus sekä oikeus laadultaan hyviin ja riittäviin palveluihin ja kohteluun on turvattu vahvasti lainsäädännössä. (ks. esim. sosiaalihuoltolaki, päihdehuoltolaki, asiakaslaki, potilaslaki.) Syvennymme näihin asiakaslähtöisyyden osa-alueisiin seuraavissa luvuissa sekä myöhemmin tutkielmamme tuloksissa.

3.2 Asiakkaan osallisuus

Asiakkaan osallisuuden kunnioittaminen työskentelyssä, työskentelyn aloittaminen asiakkaan tarpeista sekä asiakkaan oman asiantuntijuuden arvostaminen ovat sosiaalityön asiakaslähtöisyyttä (esim. Juhila 2012, 249–251; De Silva 2014, 9). Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaalle on turvattava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palveluiden sekä toimenpiteiden suunnitteluun ja toteuttamiseen sekä hoitoyhteisön toimintaan (asiakaslaki 8 §, potilaslaki 6 §, päihdehuoltolaki 16 §). Osallisuutta voidaan pitää kattokäsitteenä, joka kattaa erilaisia lähestymistapoja ja näkökulmia. Osallisuus voi olla keino ja tavoite lisätä sekä kehittää yhteiskunnan tasa-arvoa ja kasvattaa yksilötason hyvinvointia, mikä taas näkyy yhteiskunnassa sosiaalisena kestävyyttenä, eheytenä ja luottamuksen kasvuna. Osallisuus muotoutuu sekä kokemuksena että tunteena, mutta myös toimintakyknä ja mahdollisuuksina toimia. (Raivio & Karjalainen 2013, 12–14.) Luhtasela (2009, 80) määrittelee osallisuuden rakentuvan tiedosta, vallasta, ihmisarvoisesta kohtelusta, oikeudenmukaisuudesta sekä autonomiasta. Laajasti tarkasteltuna osallisuus voidaan määritellä käsitteeksi, joka ilmentää ihmisen ja yhteisöjen sekä ihmisen ja yhteiskunnan suhdetta toisiinsa. Yksi ihmisen hyvinvoinnin rakennusaine on ihmisellä oleva tunne kuulumisesta johonkin sekä kokemus omasta merkityksestä osana jotain yhteisöä ja yhteiskuntaa. (Nivala & Ryyänen 2013, 10.) Asiakasosallisuudella tarkoitetaan työntekijän ja asiakkaan välistä yhteistyötä, yhdessä muodostettuja tavoitteita, asiakkaan kuulemista, kuuntelemista sekä vaikutusmahdollisuuksia. Työntekijät toimivat mahdollistajina ja tukijoina, kun asiakas pohtii ratkaisumahdollisuuksiaan, vahvuuksiaan ja kehittymismahdollisuuksiaan sekä pyrkivät toteuttamaan asioita ja muutoksia elämässään. Sosiaalityössä on muistettava, että asiakas on toiminnan subjekti eli toimija, eikä toiminnan objekti eli kohde. Asiakkaalle on annettava mahdollisuudet toimia ja valita itse. (Rissanen 2015, 153–155.)

Asiakkaalle on tarjottava mahdollisuus ja keinot vaikuttaa aktiivisesti omaan asiaansa, valita tai ehdottaa tiettyä palvelua, kertoa mielipiteensä ja toiveensa sekä osallistua toimimaan oman asiansa suhteen. Jotta näin voi tapahtua, on hänelle annettava esimerkiksi oikeanlaista tietoa. Viranomaisten on velvollisuus noudattaa hallintolain (434/2003) 2 luvussa määritellyjä hyvän hallinnon perusteita. Yksi niistä on hallintolain 8§ mukainen neuvontavelvollisuus, jonka mukaan viranomaisen on toimivaltansa rajoissa annettava asiakkailleen neuvontaa ja ohjausta tarpeen mukaisesti. Asiakaslain 5 §:n mukaan asiakkaalle on selvitettävä hänen oikeutensa ja velvollisuutensa sekä eri vaihtoehdot ja niiden vaikutukset sekä muut asiat, joilla on merkitystä hänen asiassaan. Tiedot on annettava siten, että asiakas kykenee ymmärtämään niiden merkityksen ja sisällön riittävästi (asiakaslaki 5.2 §).

Sosiaalityöntekijä puolustaa asiakkaan oikeuksien ja sosiaalityön eettisten periaatteiden toteutumista kertomalla asiakkaalle joko tämän pyynnöstä tai oma-aloitteisesti asiakkaan käytävissä olevista toimenpidevaihtoehdoista, oikeuksista ja velvollisuuksista. Annetut tiedot toimivat asiakkaan päätöksenteon perustana ja vaikuttavat osaltaan siihen, minkä vaihtoehdon asiakas valitsee. Tietämättömyys on yksi tekijä, joka liittyy asiakkaiden kokemuksiin osattomuudesta. Esimerkiksi tiedon puute valintatilanteessa palvelujen suhteen liittyy tunteeseen siitä, että viranomaisella on enemmän valinnassa tarvittavaa tietoa eivätkä he kerro sitä asiakkaalle. Tietäminen, tiedon saaminen ja sen ymmärtäminen ovat olennaisia tekijöitä suhteessa osallisuuteen. Asiakas ei voi tuntea hallitsevansa tilannetta, ja hän voi kokea tulevansa ohjailuksi haluttuun suuntaan, mikäli hänellä ei ole tietoa toiminnan tai prosessin sisällöstä. (Luhtasela 2009, 80–81.) Vaikka asiakas valitsee itse tietyn palvelun tai toimenpiteen, ei se välttämättä takaa osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden toteutumista, sillä asiakas voi valintansa kautta ohjautua työntekijöiden toimenpiteiden kohteeksi (Kokko 2018, 137). Mielenkiintoista on, millaisina korvaushoitoon liittyvät toimenpiteet ja rajoituskäytännöt asiakkaan asiakaslähtöisyyden ja osallisuuden näkökulmasta näyttäytyvät, ja palaammekin aiheeseen tekstin edetessä.

Osallisuuspuheessa voi olla ongelmallista se, että se painottaa mahdollisuuksien tarjoamista ja yksilön oikeuksista puhumista vältetään. Mahdollisuuksien tarjoaminen jättää vastuun toimimisesta ja seurauksista yksilölle itselleen. Osallisuuden realisoitumiseen tarvitaan yhteiskunnan toimia. Esimerkiksi päihde- ja mielenterveysongelmat ovat yksi yhteiskunnallista toimintakykyä rajoittavista tekijöistä, jotka vaativat yhteiskunnalta erityistoimia osalli-

suuden tukemiseksi ja turvaamiseksi. (Raivio & Karjalainen 2013, 27–28.) Pähdeongelmaisen näkökulmasta valinnanvapaus voi osoittautua hyvinkin haastavaksi, sillä hänen voi olla vaikeaa vaatia palveluita tai valita palveluntuottajaa, jotka vastaisivat hänen tarpeisiinsa. Jos asiakkaalla ei ole voimavaroja tai kykyä valita, valinnanvapaus voi olla hyvin sattumanvaraista. (STM 2016, 24; Kananoja 2010, 271.) Täten tarvetta on myös uudelleenlaistulle päätöksentekomallille ja positiiviselle syrjinnälle eli erityistoimille tukemaan niitä ryhmiä, jotka jäisivät muuten eriarvoiseen asemaan (STM 2016, 24). Sosiaalityö voi osaltaan onnistuessaan edesauttaa asiakkaiden osallisuutta suhteessa yhteiskuntaan sekä ehkäistä syrjäytymistä, minkä vuoksi voidaan edellyttää, että hallinnon tehtävänä on tukea sosiaalityötä siten, että se kykenee luomaan rakenteita ja mahdollisuuksia asiakkaiden osallisuudelle (Norlamo-Saramäki 2009, 43).

Osallisuuden edistämisen ymmärtäminen poliittiseksi tehtäväksi tarkoittaa kaikkien ihmisten tasa-arvon ja yhteiskunnan oikeudenmukaisuuden eteen työskentelyä. Osallisuus nähdään pääasiassa sopeutuvaisen ja kuuliaisen asenteen edistämisenä, mutta siinä tulisi nähdä myös kyseenalaistamisen mahdollisuus ja mahdollisuus tukea epäoikeudenmukaisuuksia vastustavan vastarinnan toimijoiden kehittymistä. Lait, asetukset ja hankkeet kiinnittävät osaltaan huomiota osallisuuteen, mutta sen edistämässä keskeistä on se, millaisia kokemuksia yksilöt saavat mukana olemisesta ja johonkin kuulumisesta, sekä se, kuinka yksilöt suhtautuvat toisiinsa. (Nivala & Ryytänen 2013, 25–37.) Asiakkaan kokemukset osallisuudesta voivat olla sekä tunteita mukanaolosta sekä siitä, että hänellä on mahdollisuuksia, joista valita (Kivistö 2014, 115; De Silva 2014, 17). Pähdeongelmaan liittyvä stigma paheellisesta kansalaisesta voi johtaa asiakkaan kokemukseen siitä, että juuri häntä ei haluta palvella hänen toivomallaan tavalla, ja että hän omine toivomuksineen ei ansaitse muiden kansalaisten nauttimaan ihmisarvoista, kunnioittavaa ja tarpeenmukaista hoitoa (Mäkelä 2013, 15–16). Osallisuuden kannalta merkittävää on se, että henkilö kokee häntä koskevat ratkaisut oikeudenmukaisina ja kohtelunsa ihmisarvoisena. Osallisuutta tarkasteltaessa voidaan nimenomaan asiakkaan omaa kokemusta asiasta pitää olennaisena. Palveluiden osalta oikeudenmukaisuutta tulee tarkastella sekä lainsäädännöllisestä näkökulmasta että käytännön toiminnassa ja päätöksenteossa. (Luhtasela 2009, 103–104.)

Osallistava sosiaalityö voi yksinkertaisimmillaan tarkoittaa asiakkaan osallisuuden vahvistamista hänen omassa elämässään. Asiakkaan osallisuus omaan elämäänsä toteutunee esimerkiksi silloin, kun sosiaalityön lähtökohtana on asiakkaan itsensä esiin nostama tieto. (Juhila 2012, 119.) Asiakkaan mahdollisuus olla osallinen palvelujen suunnittelussa sekä toteutuksessa sitouttavat häntä sovittujen tavoitteiden saavuttamiseen, mikä puolestaan edesauttaa palveluiden mahdollisuutta vaikuttaa muutokseen asiakkaan elämässä (Kiljander 2016, 3). Päihdehuollossa asiakkaan ja ammattilaisen neuvottelu mahdollistaa jokaiselle asiakkaalle räätälöidyn ja yksilöllisen hoitopaketin, jolloin asiakkaan tarpeiden mukainen monipuolinen apu muuttuu ongelman luonteen mukaisesti. (Pennonen 2014, 322).

Asiakkaan roolin vahvistumisen myötä asiakkuus on koettu merkittäväksi, työskentelyä edesauttavaksi ja se muistuttaakin sosiaali- ja terveydenhuollon olennaisesta seikasta: koko järjestelmän olemassaolo edellyttää asiakkaita. Tämän vuoksi asiakaslähtöisyyden tulisi tosiasiallisesti olla palveluiden kehittämisessä keskeisenä vaatimuksena. Uusliberalistisen ajattelutavan mukaisesti yksilöille tarjotaan vapaata toimintakenttää, jossa tehdä itselleen parhaaksi koettuja valintoja ja päätöksiä. Tämä tarkoittaa sitä, että ammattilaisten tulisi tukea asiakkaita aktiiviseen ja autonomiseen elämäntilanteeseen. Asiakkaan ja ammattilaisen välinen kumppanuus luo raamit yksilön autonomiselle toiminnalle ja voimaantumiselle itsenäisessä päätöksenteossa ja vastuunkannossa. (Ohrankämmen 2015, 42–45; ks. myös De Silva 2014.) Sosiaalityöhön liittyy valtaa, joka mielletään toisinaan negatiiviseksi vallankäytöksi. Sosiaalityön käyttämä valta voi kuitenkin olla myös positiivista sekä mahdollistavaa valtaa. On tilanteita, joissa aluksi negatiivisena tulkittu vallankäyttö kääntyy positiiviseksi vallaksi. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi sellaiset, joissa syrjäytynyt asiakas saadaan osalliseksi häntä koskevaan asiaan. (Lätti & Tiiro 2012, 67.)

3.3 Asiakkaan itsemääräämisoikeus

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti huomioitava asiakkaan näkemykset ja mielipide sekä kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan (asiakaslaki 8 §, potilaslaki 6 §). Itsemääräämisoikeudessa on kyse sekä yksilön oikeudesta että yhteiskuntaa velvoittavista periaatteista, ja oikeuden toteutumista säätelee viime kädessä perustuslaki (ks. esim. Topo 2012, 287; PeL 7 §). Perustuslakiuudistuksen tärkein tavoite on ollut laajentaa ja vahvistaa yksilön oikeuksien perustuslaintasoista turvaa. Sen kautta on pyritty parantamaan yksilön oikeusturvaa vapausoikeuksien sekä taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien alalla. Lisäksi uudistuksen myötä on ollut tavoite luoda edellytyksiä ihmisten lisääntyville vaikutusmahdollisuuksille sekä itseensä että ympäristöönsä vaikuttavissa asioissa. Perustuslakiuudistuksen avulla on pyritty lisäämään perusoikeuksien suoraa sovellettavuutta tuomioistuimissa sekä muissa eri viranomaisissa ja edistämään yksilöiden mahdollisuuksia vedota oikeuksiensa tueksi perusoikeussäännöksiin. (PeVM 25/1994 vp., 2-3.)

Asiakkaisiin sovellettava lainsäädäntö ei monestikaan koske vain päätöksenteon kohteena olevaan palveluun liittyvää normistoa vaan muun muassa myös perusoikeuksiin ja hallintomenettelyyn liittyviä säännöksiä. Säännöstöjen monimutkaisuus haastaa asiakkaan oikeusturvan toteutumista ja toteuttamista. Koska hallintoviranomaisten perustehtävä on toteuttaa institutionaalisia päämääriä, ei hallinto ole ensisijaisesti rajoittunut laillisuuden ideaaliin vaan hallinnollisiin päätöksiin voivat vaikuttaa esimerkiksi kyseisen hallintoyksikön tai kunnan politiikka. Viranomaisten tulee toteuttaa lainsäätäjän tahtoa tietyntylaisin vaatimuksin, joiden tehtävä on suojata yksilön laillisia intressejä sekä edistää aineellisten oikeuksien toteutumista. (Van Aerschot 2003, 619–622.)

Vaikka itsemääräämisoikeus ei itsessään ole perustuslaissa nimetty perusoikeus, sen katsotaan toimivan perustana muiden perusoikeuksien käyttämiselle (HE 309/1993 vp, 42). Itsemääräämisoikeuden voidaan myös katsoa kuuluvan perusoikeusjärjestelmään osana oikeutta henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen (HE 108/2014 vp, 5; PeL 7 §). Perusoikeusuudistuksen esitöiden mukaan henkilökohtainen vapaus on luonteeltaan yleisperusoikeus, joka suojaa ihmisen fyysistä vapautta, tahdonvapautta sekä itsemääräämisoikeutta (HE 309/1993 vp, 46).

Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen on ollut viime vuosina poliittisen keskustelun ja toimeliaisuuden kohteena. Koska itsemäärääminen on moniulotteinen käsite, siitä erikseen säättäminen ja säädösten toimeenpano on käytännön elämässä haastavaa. (Topo 2012, 287–288.) Jyrki Kataisen hallituskaudella 2011–2015 valmisteltiin lakia sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä. Lakihanke on kuitenkin toistaiseksi rauennut, sillä sitä ei ehditty käsitellä loppuun vaalikauden aikana. Lain tarkoituksena oli vahvistaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta, vähentää rajoitustoimenpiteiden käyttöä sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä sisällyttää yhteneväiset säännökset asiakkaan itsemääräämiskyvyn arvioinnista sekä rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä (HE 108/2014 vp, 1). Valmistelu on jatkunut Juha Sipilän hallituskaudella aiempaa laajana kokonaisuutena pääosin samoin tavoittein, mutta sosiaali- ja terveydenhuollon integraation tukemiseksi on alettu valmistella uutta asiakas- ja potilaslakia (Hämeen-Anttila 2018; Asiakas- ja potilaslain luonnos 2018). Itsemääräämisoikeuden vahvistamisyrietykset osoittavat poliittista hyvää tahtoa, mutta myös sen, että kyse on nimenomaan toimintatavoista ja käytännöistä (Topo 2012, 289).

Itsemääräämisoikeuslain esitöiden (HE 108/2014 vp, 86) mukaan itsemääräämiskyvyllä tarkoitetaan asiakkaan kykyä tehdä hänen sosiaali- ja terveydenhuoltoaan koskevia ratkaisuja sekä kykyä ymmärtää käyttäytymisensä seurauksia. Itsemääräämiskyvyn perustana on kyky ajatella ja tehdä päätöksiä rationaalisesti. Asiakas on itsemääräämiskykyinen silloin, kun hän ymmärtää erilaiset ratkaisuvaihtoehdot, osaa arvioida niiden vaikutuksia ja kykenee tekemään tilanteen edellyttämän ratkaisun. (HE 108/2014 vp, 86.) Asiakkaan itsemääräämisoikeus liittyy läheisesti osallisuuteen silloin, kun osallisuus ymmärretään asiakkaan itse tekeminä päätöksinä ja valintoina (Kivistö 2014, 115). Itsemääräämisoikeuden toteutumisen kannalta tärkeää on, että avun pyytäminen on asiakkaan omassa hallinnassa ja se tapahtuu hänen omista lähtökohdistaan (Sennett 2004, 123). Asiakas nähdään vapaana, omaa toimintaa ja sen seurauksia suunnittelemaan ja arvioimaan kykenevänä yksilönä (Juhila 2012, 67).

Itsemääräävään asiakkaaseen liittyy ajatus vastuullisesta sekä aktiivisesta toimijasta. Sisäinen itsemääräämisoikeus edellyttää henkilön edellytyksiä ja kykyä hallita itseään sekä kykyä itsenäisiin ja harkittuihin tekoihin ilman, että ulkoiset tekijät estävät tahdonmuodostusta (HE 137/1999 vp, 22). Useat päihdetyön palveluiden käyttäjät kertovat, että päätökset päihteiden käytön lopettamisesta tai lääkahoitoon sitoutumisesta tekee viime kädessä asiakas itse, vaikka yhteistyösuhde organisaation työntekijöihin ja hoitopaikkaan saattavat olla edellytys

kuntoutumiselle (Laitila 2010, 105). Niin asiakkaat kuin työntekijätkin ajattelevat, ettei hoito voi onnistua ilman asiakkaan omaa sisäistä motivaatiota ja tahtoa. Kuitenkin korvaushoitoon päädytään myös tilanteissa, joihin liittyy jonkinlaista pakkoa ja pakotetuksi tulemisen kokemuksia. Tällaisia voivat olla esimerkiksi huoli omasta terveydentilasta ja elinajanodotteesta, sosiaaliviranomaisten taholta koettu painostus. (Weckroth 2006, 143). Lisäksi varsin suurella osalla korvaushoidon asiakkaista on lapsia. Osa lapsista on otettu huostaan ennen hoidon alkamista tai sen aikana, ja vastaavasti huostaanottoja puretaan hoidon aikana. Lapset motivoivat monien asiakkaiden hoitoon hakeutumista ja hoidossa pysymistä. (Tourunen & Pitkänen 2010, 162.)

Asiakkaan autonominen hoitosuostumus tai kieltäytyminen hoidosta voidaan ilmaista myös esimerkiksi hänen saapumisellaan hoitoon tai jäämällä siitä pois. Päihdehuollon asiakkaan poisjäänti hoidosta saatetaan tulkita mieluummin välinpitämättömyytenä, hoitomotivaation puutteena tai hoitoa vaativan ongelman kieltämisenä kuin asiakkaan oikeudeksi soveltaa henkilökohtaista autonomiaansa. Toisinaan kuitenkin poisjäänti hoidosta voi olla merkki asiakkaan puutteellisesta kyvystä tehdä autonomisia päätöksiä. Asiakkaan tulisi voida kokea saavansa riittävästi apua ulkopuoliselta taholta, jotta luottamus ulkopuoliseen kontrolliin, esimerkiksi kuntoutuksessa, jatkuisi. (Mäkelä 2013, 13–14.) Syrjäytyneimmät päihdeongelmaiset eivät osaa tai kykene hakea sellaista apua, mihin he voisivat olla oikeutettuja (Härkönen & Orjasniemi 2017, 14). Muodollista oikeutta itsemääräämiseen ei tulisi käyttää selityksenä ihmisen jättämiselle ilman tämän kaipaamaa apua ja hoitoa. Hyvinvointiyhteiskunnassa niistäkin yksilöistä, jotka eivät omin voimin ja mahdollisuuksin kykene huolehtimaan omasta hyvinvoinnistaan, terveydestään ja sairauksistaan, tulee pitää huolta. (ETENE 2004, 12.)

Itsemääräämisoikeus ei ole kaiken muun ylittävä periaate vaan ristiriitatilanteissa jokin muu periaate voi saada suuremman painoarvon. Tärkeä filosofinen ongelma on, millaisiin asioihin itsemääräämisen periaate ulottuu ja mitä rajoituksia sille voidaan perustellusti asettaa. (Launis 2010, 136.) Lagerspetzin (1994, 137) mukaan yhteiskunnalle myönnetään lähes rajoittomat valtuudet suhteessa niihin yksilöihin, joiden nähdään olevan vailla itsemääräämisoikeuden käyttämiseen edellytetyjä kykyjä. Itsemääräämisoikeus merkitsee samanaikaisesti instituutioiden vallan laajentamista ja kaventamista. Mitä tehokkaammin yhteiskunta pyrkii takaamaan tietyille jäsenilleen jonkin oikeuden, sitä enemmän tarvitaan viranomaisia valvo-

maan kyseisen oikeuden toteutumista ja mahdollista loukkaamista sekä tarvittaessa rankaisemaan loukkauksiin syyllistyneitä. Joidenkin jäsenten vallan rajoittaminen on keskeinen tapa perustella toisten vallan laajentamista. Itsemäärääminen on tietynlaisen vallankäytön edellytys: valta ja edellyttää vapaita subjekteja ja tietynlainen vallankäyttö edellyttää sen kohteiden suhteellista itsemääräävyyttä. Jossakin määrin itsemäärääviä yksilöitä voidaan pakottaa, palkita ja suostutella ja täysin ei-itsemäärääviä voidaan vain ohjata ja rajoittaa. (Lagerspetz 1994, 138.)

Instituutiot kehittävät erilaisia käytäntöjä, joilla ihmiset voidaan luokitella täysivaltaisiksi tai vajaavaltaisiksi. Jälkimmäisiin voidaan soveltaa pakkoa tai rajoittamista heidän oman etunsa vuoksi. Täysi- tai vajaavaltaiseksi määrittelemisen on merkittävää vallankäyttöä sekä toisaalta tapa perustella itsemääräämisoikeuden rajoittamista. (Lagerspetz 1994, 137.) Toimenpiteet kohdistuvat useimmiten tiettyihin ihmisryhmiin, joista käytetään termejä kuten haavoittuvassa asemassa olevat, riskiryhmät, syrjäytymisvaarassa olevat ja passiiviset. On kuitenkin tärkeä huomata, ettei esimerkiksi syrjäytynyt itse välttämättä koe olevansa syrjäytynyt. (Raivio & Karjalainen 2013, 15.) Tällaiset termit ihmisryhmistä ovat usein ulkoapäin muodostettuja ja täten ryhmää kohti käytettyä valtaa (Lätti & Tiiri 2012, 67). Itsemääräämisoikeuslakiin oli tarkoitus sisällyttää yhtenäiset määritelmät ja kriteerit itsemääräämiskyvyn arvioinnista sekä itsemääräämisoikeuden rajoittamisen edellytyksistä. Itsemääräämisoikeuslain esitöiden (108/2014 vp, 86) mukaan alentuneesta itsemääräämiskyvystä olisi kyse silloin, kun asiakas ei kykene vammansa, sairautensa, päihtymystilansa tai muun vastaavan syyn vuoksi tekemään hänen sosiaali- tai terveydenhuoltoa koskevia ratkaisuja eikä ymmärtämään käyttäytymisensä seurauksia. Asiakkaan itsemääräämiskyky voi olla alentunut joko pysyvästi, pitkäaikaisesti, toistuvasti tai tilapäisesti (HE 108/2014 vp, 86).

Asiakkaan kykyä valita on vaikea arvioida, sillä siihen linkittyy olennaisesti kysymys paternalismista. Jotta sosiaalityössä olisi mahdollista harkita asiakkaan itsemääräämisen rajoittamista, on asiakkaan arvioitava olevan kykenemätön itsenäiseen päättelyyn ja omien etujen mukaiseen toimintaan. (Aikio 2017, 59.) Aikuisen itsemääräämisoikeus on lähtökohtaisesti kulttuurinen itsestäänselvyys, joka voi joutua kyseenalaiseksi sosiaalityössä, kun vastuullisen aikuisen normeja rikkovat asiakkaat ikään kuin menettävät aikuisuuden etuoikeudet. Sosiaalityön aikuisasiakkaisiin on saatettu liittää ominaisuuksia kuten vajaavaltaisuus, epäitsemällisyys, avuttomuus ja riippuvuus. Näiden ominaisuuksien myötä ihmisellä ei automaatti-

sesti ole edellytyksiä itsemääräämisoikeudelle. Kulttuurisesti poikkeavan aikuisuuden selitykset voivat olla sekä syyllistäviä ja moralisoivia että toimintaa ymmärtäviä. Syytulkintojen erilaisuus johtavaa erilaisiin otteisiin sosiaalityössä: kasvattaminen, kuri ja kontrolli liittyvät syyllistävään ja moralisoivaan tulkintaan kun taas ymmärtävä tulkinta puoltaa hoidollista ja huolenpidollista otetta työssä. Mikäli poikkeavuutta selitetään moralisoivan ja syyllistävän tulkinnan kautta, oikeutetaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen sen perusteella, ettei asiakas ole oman käytöksensä vuoksi ansainnut oikeutta puhua puolestaan ja tehdä valintoja omaa elämäänsä koskien. (Juhila 2008, 94–96.)

Työntekijä voi harvoin arvioida asiakkaan oikeutta itsemääräämiseen pelkästään asiakkaan arvojen avulla ja työntekijän täytyy ottaa huomioon yhteiskunnassa yleisesti omaksuttuja työntekoa, perhe-elämää ja päihteiden käyttöä koskevia arvoja (Raunio 2009, 106). Sosiaalityössä vallan luonne pohjautuu sosiaalityöntekijän ja asiakkaan väliseen intressiristiriitaan. Intressiristiriita johtuu siitä, että monesti asiakkaiden mieltymykset ja tavat toteuttaa halujaan ovat sellaisia, joita sosiaalityöntekijät eivät voi hyväksyä. Se, että asiakkaan näkemykset eivät ole samassa linjassa sosiaalityöntekijöiden edustamien arvojen ja mieltymysten kanssa, ei ole peruste arvioida asiakasta kykenemättömäksi tekemään omaa elämäänsä koskevia valintoja. (Aikio 2017, 58–59.)

Koska itsemääräämisoikeus nivoutuu tiiviisti yhteen perusoikeuksien kanssa, on perus- ja ihmisoikeuksien yleiset rajoittamisedellytykset huomioitava myös itsemääräämisoikeutta rajoitettaessa. Perusoikeuksien rajoittamisesta on säädettävä tarkoin tavallisen lain tasoisella lailla, ja rajoittamisedellytykset sekä – toimenpiteet on määriteltävä täsmällisesti ja siten, ettei säännöksissä ole tulkinnanvaraa (PeVm 25/1994 vp, 5). Monet kansainväliset ihmisoikeussopimukset erottavat toisistaan oikeuden rajoittamisen ja oikeudesta poikkeamisen tai syrjäyttämisen toisistaan. Rajoitus viittaa mahdollisuuteen normaalioloissa oikeuskohtaisten vaatimusten perusteella rajoittaa tai puuttua ihmisoikeussopimuksen määrittelemään oikeuteen. Esimerkkinä voidaan pitää Euroopan ihmisoikeussopimusta, joka sisältää nimenomaisen rajoituslausekkeen. Rajoituslauseke muodostuu vaatimuksesta rajoituksen perustumisesta lakiin, hyväksyttävien rajoitusperusteiden luettelosta ja edellytyksestä, että rajoitusten täytyy olla demokraattisessa yhteiskunnassa välttämättömiä. Oikeudesta poikkeaminen viittaa sopimusvelvoitteen syrjäyttämiseen esimerkiksi vakavien kriisiolosuhteiden takia. (Viljanen 2001, 18.) Tarkoituksena on estää niin toimeenpanevien viranomaisten kuin lainsäätäjienkin mielivaltaa tahdonvastaisia toimenpiteitä määriteltäessä ja toteutettaessa (Tuori &

Kotkas 2016, 508; PeVM 25/1994 vp). Lailla on turvattava lisäksi rajoitustoimenpiteiden kohteena olevan henkilön oikeusturva rajoitustoimenpiteitä suunniteltaessa ja toteuttaessa (PeVM 25/1994 vp, 5). Tahdosta riippumattomasta hoidosta säädellään tarkemmin päihdehuoltolain (41/1986) toisessa luvussa.

Perusoikeuksien rajoittamisen yksi edellytys on, että rajoittamista voidaan pitää yleisesti hyväksyttävänä. Tällöin rajoittamisen perusteena on oltava toiset perusoikeudet, kuten oikeus elämään tai henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen, tai painavat yhteiskunnalliset intressit, kuten rikollisuuden ehkäiseminen ja väestön turvallisuus. (PeVM 25/1994 vp.) Päihdehuoltolain (41/1986) 10 §:n mukaan henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon, mikäli hän on ilman päihteiden käytön lopettamista ja asianmukaista hoitoa välittömässä hengenvaarassa tai saamassa kiireellistä hoitoa vaativan terveydellisen vaurion, tai vaarantaa väkivaltaisella tavalla toisen henkilön terveyttä tai turvallisuutta. Mikäli on perusteltua syytä epäillä, että tahdonvastaisessa hoidossa olevalla henkilöllä on hallussaan päihteitä, niiden käyttöön liittyviä välineitä tai turvallisuutta vaarantavia asioita, voidaan hänelle tehdä henkilötarkastus ja ottaa edellä mainitut asiat toimintayksikön haltuun. Lisäksi perustellusta syytä epäillä voidaan tarkistaa myös hänen postinsa tai muu lähetys päihteiden tai turvallisuutta vaarantavien asioiden varalta henkilön läsnä ollessa. (päihdehuoltolaki 27 §.) Oikeudellisesti on siis mahdollista vedota joko paternalistisiin tai utilitaristisiin etuihin vetoaviin perusteisiin, toisin sanoen rajoittamistoimenpiteen kohteen etuun tai yleiseen etuun (PeVM 25/1994 vp, 5; Tuori & Kotkas 2016, 512).

Edellytyksenä on myös, että käytettävät keinot ovat oikeassa suhteessa haluttuun lopputulokseen, ja saavutettava hyöty on merkittävämpi kuin rajoitustoimenpide (PeVM 25/1994 vp, 5). Tahdonvastaisten toimenpiteiden käyttöä edellyttää ja rajoittaa päihdehuoltolain 10 §:än kirjattu säännös, jonka mukaan tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan ryhtyä vain, jos vapaaehtoisuuteen perustuvat palvelut eivät ole mahdollisia tai ne ovat osoittautuneet riittämättömiksi. Päätöksen tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisestä tekee terveysvaaran perusteella lääkäri ja väkivaltaisuuden perusteella sosiaalityöntekijä. Väkivaltaisuuden perusteella tehdyt pakkohoitopäätökset on heti alistettava hallinto-oikeuden vahvistettavaksi. Tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan määrätä enintään viideksi vuorokaudeksi, mutta hallinto-oikeus voi sosiaalilautakunnan esityksestä määrätä henkilön hoitoon väkivaltaisuuden perusteella enintään 30 vuorokaudeksi, mikäli viiden vuorokauden hoitoaika on osoittautunut riittämättömäksi. (Päihdehuoltolaki 10–13 §.)

Tahdonvastaiseen huumehoitoon määräämistä tapahtuu käytännössä hyvin harvoin, sillä hoitoon on haastavaa päästä vapaaehtoisestikin. Yhteiskunnassa on käyty keskustelua myös siitä, että päihdehuoltolakiin sisällytettäisiin säännös henkilön määräämisestä tahdonvastaiseen hoitoon, jos hän päihdeidenkäytöllään vakavasti vaarantaa kohdussaan elävän sikiön terveyden tai hengen. Asiantuntijoiden mukaan tahdonvastainen päihdehoito ei ole ajankoh- taista niin kauan, kun vapaaehtoistakaan hoitoa ei ole saatavilla, vaan ensisijaista on turvata vapaaehtoisten hoitopaikkojen saatavuus. (Repo 2014.) Korvaushoitoon liittyy kuitenkin tiettyjä kontrolli- ja rajoitustoimenpiteitä, kuten säännöllisiä seuloja ja pistojälkien tarkista- mista. Tarvittaessa voidaan mitata myös veren buprenorfiini- tai metadonipitoisuutta. (Lap- palainen-Lehto ym. 2008, 180.) Koska korvaushoitolääkkeet ovat haluttuja ja niiden päih- dekäyttö on tavanomaista päihderiippuvaisten keskuudessa, on lääkehoitoa syytä valvoa. Yleensä korvaushoitolääke annostellaan päivittäin ja lääkkeenotto on valvottua, jotta lää- kettä ei pääsisi hoitopaikan ulkopuolelle. Valvonnassa voidaan esimerkiksi tarkistaa asiak- kaan suuontelo, tarkkailla tätä lääkkeenoton aikana sekä juottaa nestettä lääkkeenoton jäl- keen. Hoitopaikoilla ei kuitenkaan ole sellaisia keinoja, joilla korvaushoitolääkkeiden päih- dekäyttö voitaisiin estää kokonaan. (Aalto 2015, 14–15.)

Niin sanotut kotilääkeoikeudet voidaan poistaa asiakkaalta perustellusta syystä, kuten esi- merkiksi positiivisen seulanäytteen johdosta. Retkahdukset eivät johda suoraan hoidon päät- tymiseen, vaan tilannetta pyritään korjaamaan hoitoa tehostamalla. Hoito lopetetaan yleensä tilanteissa, joissa asiakas ei sitoudu hoitoon käymällä säännöllisesti hoitopaikassa eikä hoi- don tehostaminen täten johda tilanteen kohenemiseen. Hoidon päättyminen ei kuitenkaan tarkoita, etteikö asiakas voisi hakeutua myöhemmin uudelleen korvaushoitoon ja onnistua siinä. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 181.)

Tiettyjen korvaushoidon asiakkaan oikeuksien, kuten itsemääräämisoikeuden sekä oikeuden henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen, rajoittamisen voidaan ajatella pitkällä aikavälillä parantavan asiakkaan kykyä omatoimiseen ja itsenäiseen suoriutumiseen. Esi- merkiksi Weckrothin (2006) tutkimuksen mukaan korvaushoidon työntekijät pitävät asiak- kaan erottautumista “kamamaailmasta” laitoshoidon aikana hyvin olennaisena. Erottautumi- seen liitetään lääkkeen oikeanlaisen käytön opetteleminen suhteessa katukäyttöön sekä etäi- syyden ottaminen niin sanottuihin “kamamaailman” ihmissuhteisiin. Laitoshoidon aikana

asiakkaan yhteydenpitoa siviilituttaviinsa rajoitettiin voimakkaasti vain ennalta nimettyihin tukihenkilöihin ja esimerkiksi puhelut tehtiin valvottuina. Yhteydenpidon rajoittamista ja valvomista perusteltiin hoidollisilla syillä ja päihteettömyyden tukemisella pidemmällä aikavälillä, toisin sanoen hoitamalla riippuvuuden psyykkisiä ja sosiaalisia ulottuvuuksia. (Weckroth 2006, 146–147.) Useiden hoidossa tehtävien asioiden pääasiallinen tarkoitus olikin parantaa asiakkaiden valmiuksia retkahduksen ehkäisemisessä (Mt., 144).

Huolenpito voi kääntyä holhoamiseksi ja repressiiviseksi vallankäytöksi, joka ilmenee siten, että asiakkaita pidetään omaan toimijuuteen kykenemättöminä ja jatkuvaa tukea tarvitsevinä objekteina (Tronto 1994, 146). Tällöin voidaan katsoa, että hyvää tarkoittava muutostyö saattaa johtaa siihen, että asiakas syrjäytyy ja hänen elämäntilanteensa kurjistuukin entisestään (Mutikainen 2012, 58.) Mikäli työntekijän on mahdollista rajoittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta asiakkaan edun toteutumiseen nojaten, katsotaan työntekijän tietävän asiakasta paremmin, mikä tälle on hyväksi. Tällainen asiakkaan itsemääräämiseen puuttuminen ilmentää holhoavaa asennetta ja paternalismia suhteessa asiakkaaseen. (Raunio 2009, 106.)

Päihdetyön asiakkaiden käsitykset perustellusta rajoittamisesta ja turvallisten rajojen asettamisesta liittyvät ymmärrykseen asiakaslähtöisestä toiminnasta. Vaikka pyrkimys työskenteilyssä on kohti asiakaslähtöisyyttä ja dialogisuutta, on monien ongelmien luonne sellainen, että se edellyttää erilaisia interventioita sekä mahdollisesti avointa vallankäyttöä. Interventiot ja vallankäyttö vaikuttavat asiakaskeskeisyyden ja luottamuksellisen suhteen syntymiseen. (Mönkkönen 2002, 26.) Kun työntekijä joutuu tekemään jotain sellaista, josta asiakas ei pidä, on työntekijän pystyttävä perustelemaan se asiakkaalle. Jos työntekijän perustelut vakuuttavat asiakkaan siitä, että toimet ovat hänen etunsa mukaisia, voi asiakkaan luottamus työntekijää kohtaan kasvaa. (Vilén ym. 2010, 32.) Kuntoutuminen on kuntoutujan näkökulmasta vaativa prosessi, joka edellyttää kykyä asioiden hahmottamiseen, luottamiseen ja pelkojen selättämiseen. Tämän vuoksi kaikilla kuntoutujilla ei välttämättä ole riittävästi kapasiteettia ja voimavaroja asettua kuntoutukseen ja sen vaatimuksiin ja paineisiin. (Mattila-Aalto 2009, 127.) Päihdehuollon asiakkaat kokevat, että niissä tilanteissa, kun oma vointi tai kyky ei riitä, tarvitaan selkeitä ja toisinaan myös velvoittavia rakenteita, sinnikästä motiivointia, puolesta toimimista, rajoituksia ja sääntöjä (Laitila 2010, 101). Täten voidaan ajatella, että korvaushoidon asiakkaat asettautuvat valinnoillaan työntekijöiden toimenpiteiden kohteeksi ja niiden tarkoitus on edistää asiakaslähtöisyyden osa-alueiden toteutumista

(Kokko 2018, 137). Kuitenkin sellainen rajoittaminen, jota ei ymmärretä tai koeta perusteluksi, voidaan kokea oman itsemääräämisoikeuden loukkauksena (Laitila 2010, 101).

Päihdehuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus ja oma-aloitteisuus saattavat joutua hoitopolun aikana usein koetukselle ilman, että kukaan olisi tarkoituksella pyrkinyt ohittamaan hänen autonomiaansa. Jo hoidon hakeminen päihdeongelmaan voi olla haastavaa. Esimerkiksi hoitopaikkaa valitessaan asiakas voi havaita, ettei hänen kotikuntansa asukkaille olekaan tarjolla pääsyä tiettyyn hoitopaikkaan. Voi olla myös niin, että hoitopaikkaan on pitkä jono eikä asiakas hoidontarpeensa akuuttisuuden tai odottamisen sietokykynsä vuoksi kykene odottamaan. Hoitava henkilö saattaa määritellä asiakkaan ongelmat oman ammattiryhmänsä diagnooseilla. Myös hoidon tarvetta arvioitaessa näkemykset voivat vaihdella sen mukaan, kuka toimii arvioijana. Päihdeongelman kanssa kamppailevalle asiakkaalle erilaisilla hoitoon pääsyn kynnyksillä on erityinen merkitys. Asiakas on mahdollisesti vuosia kestäneen päihteiden käytön myötä tottunut tavoittelemaan lyhyen tähtäimen tyydytyksiä muussakin toiminnassa kuin pelkästään päihteiden käytössä, jolloin byrokratian kovat ja alistavilta tuntuvat käytännöt voivat tuntua hänelle ylivoimaisilta. (Mäkelä 2013, 15–16.)

Huolenpidon tarpeen ja riippuvuuden hyväksyminen sekä itsemääräämisen kunnioittaminen voi tuntua käsitteellisesti haastavalta yhtälöltä sosiaalityössä, mutta käytännön sosiaalityössä se on jatkuvasti läsnä. Näiden yhteen sovittaminen näyttää toimivan erityisesti konteksteissa, joissa asiakas on mahdollista kohdata kokonaisvaltaisesti ja sitä kautta nähdä kunkin oma ainutlaatuisuus. Tällaiset kohtaamiset tuottavat luottamuksellisen, myötäelävän ja välittävän suhteen, jossa huolenpito ja siihen joskus liittyvä kontrolli sekä itsemääräämisoikeuden toteutuminen saavat tilaa elää rinnakkain. (Juhila 2008, 104.) Tukea ja kontrollia ei tulisi nähdä toisiaan poissulkevinä asioina sosiaalityössä. Merkitystä on sillä, missä ja miten ne ovat läsnä. Kontrolli ei ole aina negatiivista vaan voi olla asiakasta myönteisellä tavalla vahvistavaa ja tukevaa. Tuen ja kontrollin sovittaminen yhteen on sosiaalityöntekijän ammattitaitoon kuuluva taito. (Kananoja 2010, 132.)

3.4 Oikeus laadultaan hyvään palveluun ja kohteluun

Lainsäädännössä asiakaslähtöisyyttä määrittävät laadultaan hyvät sosiaali- ja terveystalvet (asiakaslaki 4 §; potilaslaki 3 §). Päihdehuoltolain 8 §:n mukaan palvelut on järjestettävä siten, että niiden piiriin on mahdollista hakeutua oma-aloitteisesti ja niin, että asiakkaan it-senäistä suoriutumista tuetaan. Hoidon on perustuttava luottamuksellisuuteen ja toiminnassa on otettava ensisijaisesti huomioon päihdeiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä etu. (Päihdehuoltolaki 8 §.) Asiakkaan etua arvioitaessa on kiinnitettävä huomiota siihen, mitkä ratkaisut ja toimintatavat parhaiten turvaavat asiakkaan itsensä ja hänen läheistensä hyvin-voinnin, oikea-aikaisen ja riittävän tuen sekä asiakkaan itsenäisen suoriutumisen, osallisuus-ten ja omatoimisuuden vahvistumisen (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 4 §).

Kunnan on huolehdittava päihdehuollon järjestämisestä sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisena kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Palvelut on järjestettävä ensisijaisesti avohuollon toimenpitein siten, että ne ovat monipuolisia, helposti saatavia ja joustavia. (Päihdehuolto-laki 3 §, 6 §.) Toikon (2012, 107–108) mukaan osallisuuden ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen ovat riippuvaisia siitä, että tarjolla on useampia erilaisia palveluntarjoajia ja palveluiden sisältöä voidaan vertailla keskenään, esimerkiksi laadun suhteen. Lisäksi tärkeää on, että asiakas voi vaikuttaa palveluihin myös muutoin kuin tekemällä valintoja, kuten saamalla äänensä kuuluviin tilaajan ja tuottajan rinnalle (Mt., 121). Suomea voidaan pitää verrattain pienenä markkina-alueena, mikä osaltaan supistaa asiakkaiden vaikutus- ja valinnan-mahdollisuuksia (Topo 2012, 288).

Suomessa korvaushoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa on merkittäviä paikkakuntakohtaisia eroja. Korvaushoitoasetus antaa kehykset toiminnalle, mutta koska korvaushoidon sisältöä ei määritellä tarkkarajaisesti, mahdollisuuksia erilaisiin toteutustapoihin on paljon. Isommilla paikkakunnilla asiakkaat joutuvat jonottamaan korvaushoitoon liian vähäisen paikkatilanteen vuoksi, ja pienillä paikkakunnilla korvaushoitoa ei ole välttämättä lainkaan tarjolla. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 181.) Nykytilanteessa korvaushoidon piiriin pääseminen on ongelmallista, sillä jonotusajat ovat pitkiä (Kananoja 2010, 271). Edellä mainittujen syiden vuoksi kunnat saattavat järjestää korvaushoitoa ostopalveluna toiselta kunnalta. Tämä ei kuitenkaan ole korvaushoitoasetuksen hengen mukaista, sillä korvaushoito tulisi pitkäkestoisuutensa vuoksi pyrkiä toteuttamaan mahdollisimman lähellä asiakkaan asuinpaikkaa. (Korvaushoitoasetus 4 §; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 181.)

Päihdeongelma on sekä yksilön sairautta että yhteiskunnallista syrjäytymistä. Päihdekuntoutuja määrittänyt monenlaisissa kuntoutuksen jäsenrooleissa, ja hänellä sekä hänen läheisillään on oikeus moniammatilliseen ja -alaiseen kuntoutukseen. (Mattila-Aalto 2009, 33.) Kuntoutukselta on säädetty monissa eri hallinnonaloja koskevissa laeissa. Eri hallinnonalat ja ammattikunnat muodostavat palvelujärjestelmän, mutta ne ovat erikoistuneet työnjaon mukaan yhä kapeampiin, erityistä osaamista vaativiin tehtäviin. (Kokko 2003, 24.) Päihdehuoltolain 9 § velvoittaa eri tahoja, kuten päihdehuoltoa, muuta sosiaali- ja terveydenhuoltoa, asunto- ja työvoimaviranomaisia, nuoriso- ja koulutoimeja sekä poliisia toimimaan yhteistyössä. Kussakin palvelussa voidaan määritellä asiakas erilaisten roolien, kuten esimerkiksi potilaan, kuntoutujan, pitkäaikaistyöttömän tai päihteiden käyttäjän, kautta. Määrittelyihin liittyy mahdollisesti voimakkaita leimoja, mikä johtaa asiakkaan luokitteluun tiettyyn ryhmään tietyn ominaisuuden vuoksi. Useiden leimojen liittäminen asiakkaaseen voi johtaa tilanteeseen, jossa asiakas kiinnitetään vahvemmin palvelujärjestelmään, mutta myös siihen, että asiakas voi kokea itsensä asiakkaana, jolla on ongelmia. (Kokko 2003, 24–26.)

Suomalaisessa ajattelussa hyvinvointipalvelut mielletään usein järjestelmälähtöisiksi. Vaikka kuntoutuksessa puhutaan asiakaslähtöisyydestä, jää se monesti toiminnan tasolla tavoittamatta. (Kokko 2003, 2.) Perälän (2007, 267) mukaan huumehoidossa avun tarve ja palvelut määritellään liian usein asiantuntija- ja viranomaislähtöisesti ja käyttäjien itsensä ilmaisemat näkemykset ohitetaan: käyttäjiä hoidetaan samalla kaavamaisella tavalla tai ”tilastojutulla” huolimatta siitä, minkä käyttäjä itse määrittelee ensisijaiseksi ongelmakseen tai mihin hän ensisijaisesti apua toivoo. Oikeusturvaopin mukaisesti yksilön oikeuksille tulee antaa eniten painoarvoa, kun punnitaan sosiaalihuollon asiakastyön osapuolten välisiä intressejä, oikeuksia ja velvollisuuksia (Van Aershot 2003, 623.)

Korvaushoidon asiakkaat toivovat hoidolta yksilöllisyyttä ja joustavuutta (ks. esim. Perälä 2007, 267). Asiakkaiden korvaushoidolle asettamat tavoitteet liittyvät usein mieleisen työtai opiskelupaikan löytämiseen, lasten kasvattamiseen keskittymiseen, läheissuhteiden vaalimiseen sekä omasta kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista huolehtimiseen ja myöhemmin lääkkeitä vieroittautumiseen (Tourunen & Pitkänen 2010, 158–159). Päihdetyön palveluiden käyttäjät toivovat, että palveluissa heidät huomioitaisiin kokonaisuutena eli heidän tilannettaan arvioitaessa huomiota kiinnitettäisiin sekä psyykkiseen vointiin, fyysiseen tervey-

teen, taloudelliseen tilanteeseen, asumiseen että lääkehoitoon liittyviin asioihin. Lisäksi tukea toivotaan tukiverkoston vahvistamiseen, arjen ja elämän hallintaan sekä ammatillisen kuntoutumisen suunnittelemiseen. Myös perheen ja läheisten mukaan ottaminen tai heidän tiedottaminen hoitoon ja kuntoutukseen liittyvissä asioissa on tärkeää. (Laitila 2010, 106–107; Tourunen & Pitkänen 2010, 158–159.) Esimerkiksi korvaushoidossa olevien äitien kohdalla on kiinnitettävä erityistä huomioita moniin asioihin, kuten vanhemmuuteen ja lapseen. Korvaushoidon tehtävä äidin ja lapsen hoidon tukena on olla kannustava, informatiivinen sekä kontrolloiva yksikkö, josta tehdään yhteistyötä lastensuojelun sosiaalityön sekä muiden hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. (Lempinen ym. 2014, 14.) Korvaushoidon asiakasäidit toivovat sekä tukea että kannustusta, mutta myös sitä, että lastenhoidollisessa tilanteessa työntekijät luottavat heidän itsenäiseen suoriutumiseen ja pärjäämiseen silloin, kun he tuovat ilmi, etteivät koe tarvitsevänsä apua (Rounioja 2014, 57).

Kuntoutus yksilön ja yhteiskunnan suhteena tuo ilmi vastakkainasettelun ja jännitteen asiakkaan arjen sekä kuntoutuksen ideaalin välillä, sillä asiakas tarkastelee kuntoutusta omasta arkielämästään ja elämäntilanteestaan käsin, kun taas kuntoutusjärjestelmä kiinnittää huomion kuntoutuksen asiakkuuteen (Kokko 2003, 2). Kuntoutusjärjestelmä on hajanainen ja palvelujen sektoroituminen sekä erikoistuminen johtavat valikoinnin lisääntymiseen ja asiakkaiden kierrättämiseen palveluissa. Tämä näyttäytyy asiakkaalle vaikeutena löytää oikea palvelu, jollei hän tunne instituutiosysteemiä. Vaikeus löytää oikea palvelu voi johtaa väliinpuutoamiseen. Haavoittuvassa tai vaikeassa elämäntilanteessa olevien asiakkaiden kohdalla ongelmat saattavat kasautua ja palveluiden viivästymiset, katkokset ja väliinpuutoamiset voivat sattua saman henkilön kohdalle. Monesti esimerkiksi pitkään jatkuvat kuntoutusjaksot tuovat tilanteeseen mukaan uusia viranomais- ja instituutiotahoja. (Kokko 2003, 26–27.)

Asiakkaan ainutkertainen elämäntilanne ja asiakkuus palvelujärjestelmässä ovat asiakkaan ja viranomaisen välisen yhteistyön kaksi tasoa, jotka ovat läsnä yhtä aikaa. Asiakas voi tarvita kuntoutusta monista eri syistä, jolloin hän käyttää vuoroin esimerkiksi sosiaalitoimen, terveydenhuollon, Kansaneläkelaitoksen, työvoimatoimiston, mielenterveystoimiston tai päihdehuollon palveluita. Joskus asiakas käyttää edellä mainituista palveluista useampaa palvelua yhtä aikaa. Kuntoutuskäytännön mukaan kyse ei ole yksittäisistä palveluista vaan palvelukokonaisuudesta. (Kokko 2003, 24–25.) Rouniojan (2014, 58–59) mukaan palvelujärjestelmän ongelmana voidaan pitää sitä, että korvaushoidon asiakkaiden asioissa on paljon eri työntekijöitä, joiden luona heidän tulee käydä. Tähän liittyen asiakkaat voivat kokea

joutuvansa kertomaan samat asiat aina uudelleen erille ihmiselle, mikä voi olla uuvuttavaa. Asiakkaat ymmärtävät, ettei yksi työntekijä voi hallita kaikkia aloja, mutta toivoivat viranomaisten välisen tiedonkulun toimivan tehokkaammin, esimerkiksi yhteisen asiakasjärjestelmän tai tiiviimmän puhelimitse tapahtuvan yhteydenpidon avulla. (mt., 58–59.)

Päihdeongelmaisen asiakkaan voidaan tulkita olevan hierarkkisesti alisteisessa asemassa suhteessa auttajaan ja tämän edustamaan instituutioon. Voi olla, että asiakkaan katsotaan kiinnittyneen vallitsevaan hoitokulttuuriin; hänen on altistettava itsensä päihdehuollon ideaaliselle elämänsubstanssille, luottamukseen liittyvälle kommunikaatiolle ja sen tuomille säännöille sekä sitouduttava jaettuihin tavoitteisiin. Lisäksi kuntoutusorganisaation asiakkaan saatetaan olettaa luottavan tiettyyn ammattilaiseen pätevänä ammatin edustajana. (Mattila-Aalto 2009, 88, 97–98.) Joskus aktiivinen sekä omatoiminen asiakas ja asiantuntijakeskeinen virkamieskulttuuri ovat ristiriidassa: toisaalta asiakkaan odotetaan olevan aktiivinen toimija ja ottavan vastuuta, toisaalta hänen odotetaan sopeutuvan viranomaisten toimenpiteisiin ja erilaisiin hallintokäytäntöihin. (Kokko 2003, 28.) Ammattiauttajat saattavat arvioida päihdekuntoutujan sitoutumista kuntoutukseen sen perusteella, kuinka kuntoutuja osallistuu kuntoutustoimintaan. Tällöin olennaisia seikkoja ovat päihdekuntoutujan sitoutuminen elämään ilman päihkeitä päivä kerrallaan, säännöllinen osallistuminen kuntoutustoimenpiteisiin ja oppiminen avun pyytämiseen. Voi olla, että kuntoutukseen sitoutuneisuuden ja päihdehuollollisten sääntöjen sekä normien noudattamisen välille muodostuvat tarkoittamaan samaa. (Mattila-Aalto 2009, 93.)

Sillä, miten asiakasta kohdellaan palveluissa, on vaikutus asiakkaan kuntoutumiseen. Huono kohtelu vaikuttaa negatiivisesti asiakkaan elämänhallintaan tai kuntoutumiseen. Huono kohtelu kytkeytyy vuorovaikutustilanteisiin, joissa kummankin osapuolen käyttäytymisellä on vaikutusta. Asiakkaan kokemuksiin epäoikeudenmukaisuudesta liittyy kokemukseen viranomaisen ylivallasta, ja monesti asiakkaat tuntevat olevansa alisteisessa asemassa suhteessa viranomaisen edustajaan. Kuitenkin tunne osallisuudesta edellyttää sitä, että asiakas kokee tulleen kohdelluksi oikeudenmukaisesti. (Luhtasela 2009, 110–111.)

Asiakaslähtöisyyteen ja laadultaan hyviin palveluihin liitetään olennaisena osana asiakkaan kohtelu, joka ei loukkaa asiakkaan ihmisarvoa, vakaumusta tai yksityisyyttä (asiakaslaki 4 §; potilaslaki 3 §). Työntekijöiden näkökulmasta vastavuoroinen ja ymmärtävä kohtaaminen

sekä luottamuksellinen keskustelu nähdään keskeisiksi asiakaslähtöistä työtettä rakentaviksi tekijöiksi (Kokko 2018, 128). Asiakkaiden käsitysten mukaan asiakkaan ja työntekijän välinen yhteistyösuhde on asiakaslähtöinen silloin, kun se on tavoitteellista, joustavaa, henkilökohtaista ja aitoa vuorovaikutusta. Olennaista on asiakkaan ja työntekijän tasa-arvoinen asema ja ihmisarvon kunnioittaminen vuorovaikutustilanteessa. Asiakaslähtöisessä yhteistyösuhteessa kummankin osapuolen tulee voida sekä antaa palautetta että kyseenalaistaa ratkaisuja ja valintoja. Kysymys tasa-arvoisuudesta liittyy asiakkaan ja työntekijän välisen suhteen lisäksi eri asiakkaiden kohteluun. Vaikka tasavertainen kohtelu on tärkeää, asiakkaat haluavat tulla kohdatuksi yksilöinä ja kokonaisuutena. Yhteistyösuhteessa työntekijän tehtävä on kertoa asiakkaalle millaisia mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja hänellä on, motivoida, tukea ja realisoida asioita tarvittaessa. Asiakaslähtöisessä yhteistyösuhteessa ovat läsnä turvallisuus, rehellisyys ja luottamuksellisuus. On tärkeää, että asiakas voi luottaa työntekijään myös niissä tilanteissa, kun asiakas ja työntekijä ovat eri mieltä jostain asiasta tai esimerkiksi hoito ei ole edennyt suunnitellusti. (Laitila 2010, 103–107.)

Korvaushoidon käytännöt vaihtelevat alueittain ja paikkakunnittain sen suhteen, miten hoidon aikaisiin retkahduksiin ja muihin rikkomuksiin suhtaudutaan. Tärkeimpänä pidetään yleensä sitä, että asiakas voi turvallisesti kertoa retkahduksistaan sekä siihen johtaneista syistä työntekijöille sen sijaan, että asiakas joutuisi salaamaan todellisen tilanteensa rangais- tusten pelossa. Tällöin työntekijän on mahdollista työstää taustalla olevia syitä ja mahdollisesti pohtia hoitosuunnitelman tarkistamista yhdessä asiakkaan kanssa. (Tourunen & Pitkänen 2010, 160.) Asiakaslähtöisyyttä voidaan toteuttaa myös siten, että keskustellen voidaan löytää asiakkaan motivaatio ja sitä kautta tukea hänen tavoitteitaan ja osallisuuttaan (Kokko 2018, 129). Kuuntelevat ja aidosti kohtaavat vuorovaikutuskäytännöt ja vankka ammattietiikka tukevat sosiaalityöntekijöiden ja asiakkaiden kohtaamisia arkipäivässä. Sekä työntekijöiden että asiakkaiden on oltava rohkeita, ja heillä on oltava herkkyyttä kuulla kunkin erilaisten elämäntilanteiden hienovaraisia ja uniikkeja yksityiskohtia. (Valokivi 2008, 80.) Kun päihdekuntoutuja näkee itsensä muunakin kuin ongelmana tai ongelmakategorian edustajana, kannustaa se parhaimmillaan uusiin tavoitteisiin ja päämääriin (Väyrynen 2012, 279; Kokko 2018, 129).

Yksilöön liittyvien arvojen kuten ihmisyyden ja yksityisyyden kunnioittaminen ovat sosiaalityön keskeisiä lähtökohtia. Ihmisyyden kunnioittamisella tarkoitetaan sitä, ettei ihmistä ar-

vioida hänen ominaisuuksiensa tai tekojensa perusteella. Käytännössä voi kuitenkin olla tilanteita, joissa ihmisiä arvioidaan nimenomaan näiden perusteella ja jopa leimaavasti. Vaikka asiakkaita määritellään heidän ongelmiansa kautta, on erityisen tärkeää, ettei asiakkaita pidetä alempiarvoisina ihmisinä sellaisissakaan tilanteissa, joissa he ovat itse tekemillään valinnoilla aiheuttaneet haastavan tilanteensa. (Raunio 2009, 89–90.) Perälän (2007, 267) tutkimuksessa ilmeni, että huumehoidon asiakkaat kaipaavat läheisiä kontakteja ja ihmisiä, joiden kanssa keskustella ja purkaa tunteitaan, mutta tosiasiasaasi asiakkaat saavat usein osakseen kohtelua, joka näyttäytyy heille kontrolloimisena ja välinpitämättömyytenä.

Korvaushoidon asiakkailla voi olla pelko arvostelluksi tulemisesta. Asiakkaat voivat kokea, että henkilökunnan asenteet ja reaktiot suhteessa heihin ovat sidoksissa esimerkiksi heidän sääntöjen noudattamiseen sekä huumeeseulojen tuloksiin ennemmin kuin ymmärrykseen huumeriippuvuuden luonteesta tai halusta ymmärtää asiakkaita yksilöinä. (Deering ym. 2011, 640.) Toiseuden ja arvottomuuden kokemukset sekä pelko toisten halveksunnasta ja ennakkoluuloista luovat tunteen ulkopuolisuudesta suhteessa ”normaalia” edustaviin yksilöihin. Leimautuminen supistaa yksilön osallisuutta yhteiskuntaan. Vaikka sosiaali- ja terveyspalveluissa työskennellään marginalisoitumisen vähentämiseksi, myös palvelujärjestelmässä työskentelevillä ihmisillä on ennakkoluuloja ja asenteita tiettyjä ihmisiä ja ryhmiä kohtaan. Epäileminen, kaltoin kohtelevinen ja sivuuttaminen horjuttavat sosiaalista ja moraalista uskottavuutta. Ammattilaisten ennakkoluulot ja asenteet tulevat julki asiakkaiden itsemääräämisoikeutta supistavana vallankäyttönä. (Väyrynen 2007, 174–178.) Osa asiakkaista voi omien kielteisten kokemuksiansa myötä menettää yleisen luottamuksen ammattitapuun ja kokea, etteivät ammattilaiset voi heitä auttaa (Mattila-Aalto 2009, 88, 97–98). Pahimmassa tapauksessa huono kohtelu johtaa jopa hoidon keskeyttämiseen tai hoidosta kieltäytymiseen. Viranomaisten negatiiviset asenteet ja epäkunnioittava käytös voivat edesauttaa erilaisten ongelmatilanteiden syntymistä. Mikäli asiakas saa osakseen huonoa kohtelua, ei hänelläkään ole syytä käyttäytyä hyvin. (Perälä 2007, 265.) Korvaushoidon asiakkaiden mukaan asiallinen tai epäasiallinen kohtelu johtuu paitsi työntekijän, mutta myös asiakkaan itsensä asenteesta (Rounioja 2014, 56).

Nykyinen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on pirstoutunut sekä valtion talouden kannalta kuormittava ja palveluissa on tehottomia toimintamuotoja. Kansalaiset eivät saa nykytilanteessa yhdenvertaisia palveluita, ja myös entistä yksilöllisempiä palvelukokonaisuuksia

tarvitaan. Epäkohtien korjaamiseksi sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään oltiin tekemässä Juha Sipilän hallituskaudella 2015–2019 mittavia uudistuksia, joita olivat maakunta-, sote- ja valinnanvapausuudistus. (ks. esim. THL 2016.) Maakunta- ja soteuudistusten valmistelu on päättynyt Sipilän hallituksen erotessa keväällä 2019, mutta palveluiden kehittäminen jatkuu yhä (STM 2019). Palveluiden kehittämisen sekä asiakaslähtöisyyden määrittelyä hallitsevat esimerkiksi oma-aloitteisuus, vuorovaikutteisuus, kumppanuus viranomaisen kanssa, taloudellisten resurssien asettamat raamit sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatio. Palveluiden kehittämisen keskeinen päämäärä on asiakaslähtöisyys ja asiakkaiden osallistaminen. Aktivoivan politiikan myötä asiakaslähtöisyyden katsotaan tarkoittavan asiakkaan voimaantumista häntä koskevissa asioissa. Tietynlaista asiakasta voimaannuttavanakin toimintatapana voidaan nähdä asiakkailta oleva suurempi vastuu omasta terveydestään sekä hyvinvoinnistaan kuin aiemmin. Työntekijöiden tulee tukea asiakasta aiempaa enemmän itsenäiseen vastuunkantoon ja omatoimisuuteen. (Ohrankämmen 2015, 71–73.) Hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmien laatiminen yhdessä asiakkaan ja heidän läheistensä kanssa on tapa tukea esimerkiksi itsemääräämisoikeuden toteutumista (Topo 2012, 288).

Asiakkaiden valinnanvapauden lisäämisen voidaan katsoa parantavan palvelujen laatua ja saatavuutta. Valinnanvapauden myötä palvelujen laadun ja saatavuuden odotetaan paranevan kaupunkimaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa. Asiakkaiden valinnanvapauden lisäämisen arvioidaan kohentavan palvelujen saatavuutta, sillä vaihtoehtojen lisääntyessä asiakas saa helpommin tarvitsemansa palvelun oikeaan aikaan, jolloin palvelun piiriin pääsee nopeammin. Lisäksi asiakkaiden odotetaan sitoutuvan hoitoon ja olevan tyytyväisempiä palveluihin. (Eronen ym. 2016, 83–86.) On myös ajateltu, että sosiaali- ja terveysala onnistuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä paremmin silloin, kun kansalaiset voivat valita miten ja missä heidän hoitonsa tapahtuu (Topo 2012, 288).

Tämä ei kuitenkaan ole käytännössä helppoa, sillä ihmiset tarvitsevat sosiaali- ja terveyspalveluja usein silloin, kun heidän kykynsä vertailla ja valita harkitsemalla ovat heikkoja. Vaihtoehtojen aikaansaaminen saattaa joskus onnistua, mutta ei läheskään aina. Suunnitelmat voivat jäädä laatimatta tai toteutumatta eikä käytännössä ole vaihtoehtoja, joista valita. (Topo 2012, 287–289.) Lisäksi maaseutumaisissa kunnissa palvelujen saatavuuden ennakoidaan heikkenevän valinnanvapauden myötä (Eronen ym. 2016, 84). Vaikka yksilön vastuu

on lisääntynyt, sosiaali- ja terveydenhuollon puolella vaikuttavan käsityksen mukaan julkisen organisaation on pidettävä huolta yksilöstä niissä tilanteissa, kun tämä ei siihen ole itse kykeneväinen (Ohrankämmen 2015, 73). Mikäli näin ei toimita, on olemassa riski, että kansalaiset ajautuvat palvelujen reunoille, niiden ulkopuolelle tai joutuvat jopa heitteille. Paradoksaalisesti asiakaslähtöisyys näyttäisi toisaalta rakentuvan sen varaan, että asiakas itse on riittävän toimintakykyinen ja omaa riittävät osallistumiseen vaadittavat resurssit. Näyttäisi siltä, että vahvat toimintatavat tulevat paremmin huomioituiksi ja universaali asiakkuus olisi häviämässä. Tämä saattaa johtaa tilanteeseen, jossa iso joukko erilaisia palvelutarpeita omaavia kansalaisia syrjäytyy palveluista. (Valokivi 2008, 79–80.)

4 TUTKIELMAN TOTEUTUS

4.1 Tutkielman tehtävä ja tavoite

Tutkielmassamme tarkastelemme korvaushoidon asiakaslähtöisyyttä aineiston pohjalta. Tutkimuskysymyksemme on “millaisia kokemuksia asiakkailla on asiakaslähtöisyydestä päihdehuollon korvaushoidossa?”

Tutkielmamme tavoite on nostaa esiin asiakkaiden näkökulmaa korvaushoidon asiakaslähtöisyydestä sekä siitä, millaiset asiat ovat asiakaslähtöisyyden kannalta heidän mielestään olennaisia. Olemme päätyneet korvaushoidon asiakkaiden näkökulmaan sekä heidän haastatteluun siksi, että yksi asiakaslähtöisyyteen liitettävistä asioista on asiakkaan äänen kuuluminen (ks. esim. Norlamo-Saramäki 2009, 42). Toivomme, että tutkielmamme tulokset antavat uudenlaista näkemystä sekä herättävät ajatuksia ammattilaisten keskuudessa heidän oman työnsä asiakaslähtöisyydestä niin korvaushoidon kontekstissa kuin mahdollisesti myös muissa palveluissa, joissa he kohtaavat korvaushoidossa olevia asiakkaita.

4.2 Tutkielman metodologiset lähtökohdat

Tutkielmamme on laadullinen tutkimus, mikä tarkoittaa sitä, että pyrimme lisäämään ymmärrystä tutkimuksemme kohteesta ja ilmiöstä. Laadullinen tutkimus ei ole yhtenäinen kokonaisuus vaan se sisältää joukon erilaisia perinteitä. Myös tieteenfilosofiset ja metodologiset lähtökohdat jakavat tutkijoiden mielipiteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 5.) Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Todellisuus on kuitenkin moninainen eikä sitä voi pirstoa eri osiin. Tapahtumat muovaavat aina toisiaan. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, sillä samaa asiaa voidaan kuvata monin tavoin riippuen kysymyksen asettelusta, tulkintatavasta sekä näkökulmasta ja olemassa olevasta ymmärryksestä. Tutkija ei voi myöskään sanoutua irti arvolähtökohdista, sillä arvot vaikuttavat ilmiön ymmärtämiseen. Tutkimuksen tulokseksi saadaan ehdollisia selityksiä, jotka ovat sidoksissa tiettyyn aikaan ja paikkaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 160–161.)

Laadullisella tutkimuksella on tietynlaisia ominaispiirteitä. Laadullinen tutkimus on kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja ihmistä suositaan tiedon keruun välineenä. Laadullisissa metodeissa, kuten teemahaastattelussa, ryhmähaastattelussa ja dokumenttien diskursiivisessa analysoinnissa, pyritään selvittämään ja kuulemaan tutkittavien omia näkökulmia ja ajatuksia. Kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa ei ole tarkoitus testata tiettyä teoriaa tai hypoteesia, vaan aineistoa on tarkasteltava yksityiskohtaisesti ja monitahoisesti. Tutkija ei siis määrää sitä, mikä on tärkeää. Myös tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä, minkä vuoksi on tärkeää, että tutkimus toteutetaan joustavasti. Kaikki käsiteltävät tapaukset ovat ainutlaatuisia ja aineistoa on tulkittava sen mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.)

4.3 Aineiston keruu ja haastattelujen toteutus

Tutkielman aineistonkeruun menetelmäksi valitsimme haastattelun. Haastattelu tulee ymmärtää systemaattisena tiedonkeruun menetelmänä, sillä haastattelulle on asetettava tavoitteet ja sen avulla on pyrittävä saamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa. Haastattelun olennainen etu muihin tiedonkeruun menetelmiin verrattuna on mahdollisuus säädellä aineiston keruuta tilanne ja vastaajat huomioiden. Haastattelussa yksilön subjektiivisuus ja merkityksiä luova, aktiivinen puoli tutkimustilanteessa tulee huomioituksi, sillä hän voi tuoda esiin itseä koskevia asioita haluamallaan tavalla. Haastattelussa tutkija ei tiedä etukäteen vastausten suuntaa tai laajuutta ja kysymyksiin voi vastata monitahoisesti. Tutkijan näkökulmasta haastattelu tiedonkeruun menetelmänä mahdollistaa tarkentavien, selventävien ja syventävien kysymysten esittämisen. (Hirsjärvi ym. 2009, 204–207.) Haastattelu mahdollistaa myös kysymysten toistamisen, väärinkäsitysten oikaisemisen ja sanamuotojen selventämisen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 85). Haastattelutilanteessa haastateltava saattoi pyytää tarkentamaan tai avaamaan jotain kysymystä tai käsitettä. Koska olemme selittäneet ja jäsentäneet haastateltaville jotain, olemme voineet tahtomattamme syyllistyä johdatteluun tai asian rajaamiseen jollain tietyllä tavalla.

Koska haastatellut tiesivät etukäteen mitä tutkimus käsittelee, oletamme, että he olivat kyenneet halutessaan valmistautua ja orientoitua haastatteluihin. Haastattelutilanteissa keskusteluiden aloittaminen ja kulku eivät vaatineet erityisiä ponnisteluja, vaikka osaan teemoista

liittyi arkaluonteisia ja tunnepitoisia asioita. (Sinko & Virokannas 2009, 106.) Ennako-oletuksenamme oli, että haastateltavilla asiakkailta voi olla aiheeseen liittyen sellaisia näkemyksiä tai asioita, mitä emme ole tutkielman teoriaosuudessa aiemmin nostaneet esiin. Tämä osoittautui myöhemmin haastattelujen aikana oikeaksi oletukseksi. Edellä mainitun vuoksi päädyimme teemahaastatteluun, jossa tilanne on keskustelevalta, puhumisjärjestys vapaa eikä kaikista asioista välttämättä puhuttu kaikkien haastateltavien kanssa samassa laajuudessa. Teemahaastattelussa on tarkoitus kiinnittää huomiota ihmisten tulkintoihin ja heidän antamiin merkityksiin sekä antaa tilaa vapaalle puheelle ja oikeutta haastateltavien kertomalle. Tutkija tekee itselleen lyhyet muistiinpanot haastattelun teemoista, jotta hänen on mahdollista keskittyä haastateltavan kanssa käytävään keskusteluun lomakkeiden sijaan. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Teemahaastattelussa valitaan etukäteen teemoja, joiden perusteella muodostetaan haastattelukysymyksiä tulevaa haastattelua varten siten, että niillä saavutetaan merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen sekä tutkimusongelman mukaisesti. Teemamme pohjautuivat tutkimuksen viitekehukseen eli aikaisempaan tietoon tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 88.) Teemat löysimme tutustumalla päihdehuoltoon, korvaushoitoon ja asiakaslähtöisyyttä koskeviin kirjoituksiin, tutkimuksiin, lainsäädäntöön sekä muuhun oikeudelliseen materiaaliin.

Tutkimuksen tai opinnäytetyön tekijältä voidaan edellyttää tutkimusluvan hankkimista, erityisesti silloin, kun tutkimus on tarkoitus toteuttaa julkisessa tai yksityisessä palveluorganisaatiossa. (Rauhala & Virokannas 2011, 240.) Haimme tutkimuslupaa keskusluovasta kaupungista, ja tutkimuslupa myönnettiin marraskuussa 2018. Tutkimusluvan saatuaamme pyysimme vielä lupaa käyttää erään yksikön tiloja haastatteluissa asianmukaiselta henkilöltä sekä valmistelimme kirjallisen esitteen kyseisen korvaushoitoyksikön työntekijöille ja ilmoitustaululle. Esitteessä kerroimme tutkielmasta ja siihen liittyvistä käytänteistä sekä yhteydenottopyynnön tutkielmaan osallistumista sekä mahdollisten lisätietojen antamista varten. Toimitimme kirjallisen esitteen myös kyseisen alueen lastensuojelun sosiaalityöntekijöille, aikuissosiaalityöntekijöille ja -ohjaajalle sekä nuorisososiaali-ohjaajalle esitettäväksi heidän omille korvaushoidossa oleville asiakkailleen. Yksi haastateltavistamme ilmoitti osallistumishalukkuudestaan sähköpostitse, muut oman työntekijän välityksellä. Meillä oli tiedossa haastateltavien etunimet. Saimme tietoomme työntekijöiden kautta kolmen haastateltavan puhelinnumerot, jotta pystyimme sopimaan haastatteluajankohdat suoraan heidän kanssaan.

Kahden muun haastateltavan osalta ne oli sovittu työntekijän kautta. Pyrimme järjestämään haastattelut yhteistyössä työntekijöiden ja haastateltavien kanssa siten, että haastattelut voitiin suorittaa asiakkaiden käyntien yhteydessä.

Ennen varsinaisten haastattelujen aloittamista pohdimme haastatteluaineiston keräämiseen liittyvää työnjakoa sekä sitä, miten haastateltavat yksilö- tai parityönä tehtävän haastattelun mahdollisesti kokisivat. Yksin haastattelemisen olisi kiistämättä ollut tehokkaampaa ajankäyttöä, mutta päädyimme tekemään haastattelut parityönä. Tämä johtui siitä, että näkemyksemme mukaan kaikkien osapuolten henkilökohtainen tapaaminen näyttäytyi luontevampana ratkaisuna ja parityöskentely mahdollistaisi tarvittaessa kriittisen reflektoinnin jälkikäteen, esimerkiksi haastattelurunkoon ja kysymystenasetteluun liittyen. Parityöskentelyn etuna näimme lisäksi sen, että pystyisimme tarvittaessa täydentämään toisiamme sekä miettimään seuraavaa askelta toisen puheenvuoron aikana.

Kaikki haastattelut toteutettiin haastateltavien kanssa ennalta sovittuina ajankohtina yksikön tiloissa sijaitsevassa tapaamishuoneessa. Haastattelut tapahtuivat siten, että tilanteessa olivat läsnä vain tutkielman tekijät sekä haastateltava. Oletuksemme oli, että asiakaslähtöisyys käsitteenä voi olla asiakkaille tuntematon, jonka vuoksi avasimme haastateltaville tiivistysti asiakaslähtöisyyden käsitettä sekä tutkielman tarkoitusta ennen varsinaisen haastattelun aloittamista. Lisäksi kerroimme tutkielman tekemiseen liittyvistä käytännöistä, kuten haastattelujen nauhoittamisesta, litteroinnista sekä tunnistetietojen salaamisesta. Painotimme haastateltaville, että heillä on mahdollisuus halutessaan perua tai keskeyttää haastattelu, ja ettei tutkielmaan osallistuminen tai osallistumatta jättäminen vaikuta heidän saamaansa hoitoon tai palveluun. Olimme laatineet teoriaosuuden pohjalta kirjallisen haastattelurungon haastattelun tueksi, mutta emme halunneet haastattelurungon ohjaavan tai rajaavan haastateltavien omaa kerrontaa. Haastattelutilanteet olivat luonteeltaan vapaamuotoisia eikä kaikkia asioita käsitelty samassa laajuudessa kaikkien haastateltavien kanssa.

Emme sopineet erityistä työnjakoa ennen haastatteluja vaan mielestämme tilanne ja vastuunjaot muotoutuivat luonnollisesti meidän kesken. Tämän taustalla voi olla se, että olemme tunteneet toisemme useamman vuoden ajan ja jaoimme näkemykset koko tutkielman sekä haastattelujen tavoitteista. Lisäksi kertynyt kokemus sosiaalityöstä ja työparityöskentelystä vaikuttivat osaltaan haastattelutilanteiden ja vastuunjaon luontevuuteen. Näemme, että kaksi

haastattelijaa loi haastattelutilanteisiin rennomman ja keskusteleavamman ilmapiirin. Pysyimme täydentämään toisiamme ja esittämään tarkentavia kysymyksiä tarvittaessa toisen esiin nostamiin teemoihin.

Koimme haastattelutilanteet sekä niissä tapahtuvan vuorovaikutuksen kaikkien haastateltavien kanssa luonteviksi, rennoiksi sekä välittömiksi. Haastateltavat toivat aktiivisesti sekä omatoimisesti esiin kokemuksia, jotka he kokivat tutkittavan aiheen ja itsensä kannalta merkityksellisiksi. Haastatteluihin oli varattu hyvin aikaa ja haastattelut kestivät niin kauan kuin haastateltavat itse halusivat. Kuten ennen haastattelujen toteuttamista oletimme, haastateltavat toivat esiin sellaisia asioita, joita emme olleet teoriaosuudessa käsitelleet. Saamamme aineisto on arvokas ja erityisen siitä tekee kunkin haastateltavan ainutlaatuiset ja sensitiiviset kokemukset, jotka he valitsivat jakaa meille. Olemme litteroineet aineiston sanatarkasti, kuitenkin tunnistetiedot poistaen ja pyrkineet käyttämään haastatteluaineistosta suoria lainauksia mahdollisimman monipuolisesti tutkielmassamme. Koemme täten voivamme tuoda haastateltujen äänen esiin parhaiten.

Vaikka haastattelun etuja on paljon, on siinä myös omat haasteensa. Haastattelu on aikaa vievää, sillä haastattelun suunnittelu ja haastattelijan roolin sisäistäminen vaativat oman aikansa. Haastatteluaineisto on riippuvainen kontekstista ja tilanteesta. Haastattelu voi olla haastateltavalle tilanteena jollain tavalla itseä uhkaava tai pelottava. Haastateltavilla voi olla taipumus valita vastauksensa siten, että ne ovat sosiaalisesti hyväksytyjä, mikä puolestaan vaikuttaa haastattelutulosten luotettavuuteen. (Hirsjärvi ym. 2009, 204–207.) Kunkin haastateltavan omat kokemukset ja esiin tuomat näkemykset ovat subjektiivisia, kuten toisaalta myös kokemuksen tutkiminen ja tulkitseminen.

Aineistomme muodostui neljän korvaushoidon asiakkaan haastattelusta. Tarkoituksenamme oli haastatella viittä asiakasta, mutta yksi haastateltavistamme oli unohtanut tulla haastatteluun sovittuna ajankohtana emmekä voineet aikataulun ja matkojen vuoksi järjestää uutta haastattelua. Haastatteluun osallistui sekä naisia että miehiä, ja he ovat olleet korvaushoidossa vajaasta kahdesta vuodesta hieman yli kymmeneen vuoteen. Haastatteluun osallistuneilla oli käytössään joko metadoni- tai buprenorfiinilääkitys. Haastatteluun osallistuneet ovat tällä hetkellä saman yksikön asiakkaita, mutta he toivat esiin kokemuksiaan korvaus-

hoidosta myös muilla paikkakunnilla ja muissa yksiköissä. Kaikilla haastateltavilla oli kontakti sosiaalityöhön, esimerkiksi oma aikuissosiaalityöntekijä, lastensuojelun sosiaalityöntekijä tai kuntouttavan työtoiminnan sosiaaliohjaaja.

4.5 Sensitiivisyys, eettiset kysymykset ja luotettavuus

Tutkimuksenteossa tutkijan on kiinnitettävä huomiota eettisiin kysymyksiin. Etiikka on filosofian osa-alue, joka tutkii moraalialueita. Moraalin sosiaalinen perustehtävä on säännellä ihmisten välisiä suhteita ja käyttäytymistä sekä asettaa ihmisille arvoihin pohjautuvia tavoitteita. (Oksanen ym. 2010, 7.) Tutkimusetiikka nivoutuu monella tapaa tutkimuksen tekemiseen ja tutkijan on noudatettava eettisesti kestäviä menetelmiä tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa. Tutkimusetiikalla tarkoitetaan hyvän tieteellisen käytännön noudattamista eli yleisesti sovittuja ja hyväksytyjä periaatteita suhteessa kollegoihin, tutkimuskohteeseen, tutkittaviin, rahoittajiin, toimeksiantajiin sekä suureen yleisöön. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää rehellisyyttä, avoimuutta, yleistä huolellisuutta sekä tarkkuutta. (Vilka 2015, 41–42.) Hyvien tieteellisten käytäntöjen noudattaminen takaa osaltaan tutkimuksen luotettavuutta ja uskottavuutta (Kuula 2006, 34).

Tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyy omat eettiset käytänteensä, ja vaatimus näiden käytänteiden tuntemiseen sekä noudattamiseen on jokaisen tutkijan vastuu. Tutkimuseettinen pohdinta on tärkeää kaikille tutkimusta harjoittaville, sillä jo itse tutkimusaiheen ja näkökulman valinta ovat eettisiä ratkaisuja. Eettisesti kestävään tutkimukseen ei saa liittyä epärehellisyyttä, kuten esimerkiksi plagiointia tai tulosten kritiikitöntä yleistämistä, sepittämistä tai manipulointia. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–27.) Tutkimuseettiset normit eivät ole laillisesti sitovia, mutta ne ovat tutkijaa ammatillisesti velvoittavia (Kuula 2006, 58). Tutkimusamme eettiset lähtökohdat ovat tulleet ja tulevat arvioitavaksi aiheen valinnassa, rajauksissa ja näkökulmissa, lähdeaineistojen valinnoissa ja käytössä, haastatteluissa ja niissä tapahtuvissa kohtaamisissa, kirjoittamisessa ja itse kerätyn aineiston analysoinnissa sekä tutkimustulosten kirjaamisessa ja julkistamisessa.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta jakaa ihmistieteisiin luettavien tutkimusalojen eettiset periaatteet kolmeen osa-alueeseen, jotka ovat tutkittavien itsemääräämisoikeuden kunnioitta-

minen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuojat. Periaatteet koskevat jokaista tutkimusprosessin vaihetta. Itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen perusehtona on, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja perustuu riittävään tietoon (ks. myös Kuula 2006, 61). Annoimme informaatiota tutkielmamme aiheesta sekä aineiston keräämiseen liittyvistä asioista tekemämme esitteen kautta. Lisäksi haastateltavat saivat yliopiston sähköpostiosoitteemme, joiden kautta he pystyivät tavoittamaan meidät tarvittaessa.

Ihmistieteellinen tutkimus harvoin vahingoittaa tutkittavaa fyysisesti, mutta riski henkisellet, sosiaaliselle ja taloudelliselle vahingolle on olemassa esimerkiksi tilanteissa, joissa tutkittava on antanut arkaluonteisia tietoja tutkijalle luottamuksellisesti tutkimuskäyttöä varten (Kuula 2006, 62–64). Meidän tutkielmamme kohdalla vahingoittamisen välttämisen periaate liittyy ennen kaikkea tutkittavan ihmisarvoa ja yksityisyyttä kunnioittavaan kohteluun sekä kirjoitustapaan. Tutkimukseen osallistuminen tai siitä kieltäytyminen ei saa vaikuttaa tutkittavan palveluiden saantiin, hoitoon tai mihinkään muuhun asioimiseen, minkä toimme selkeästi ilmi jo lupapyynnössä (Rauhala & Virokannas 2011, 240). Olemme kiinnittäneet erityistä huomiota kirjoitustyyliimme, sillä julkaistut tutkimustulokset, etenkin jos ne ovat negatiiviseen sävyyn esitettyjä, voivat vaikuttaa tutkittavien elämään vahingollisesti, esimerkiksi leimaamalla tutkittavaan ryhmään kuuluvia ihmisiä. Tutkittavan kunnioittaminen auttaa välttämään henkisen vahingon aiheutumista. (Kuula 2006, 62–64.)

Tutkimuksenteossa vahingon välttäminen ei kuitenkaan voi olla kaiken muun ylittävä periaate: tutkijan tehtävä on tuottaa uutta tietoa ja etenkin vallankäytön ja yhteiskunnallisten instituutioiden toiminnan tutkimista ei saa rajoittaa siksi, että tulokset voivat aiheuttaa haittaa tutkittaville. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 7-8.) Uuden tiedon tuottaminen myös arkaluonteisista ja vaikeista asioista on tärkeää (Kuula 2006, 62). Sosiaalityö voidaan nähdä ihmisoikeusalana, jonka tarkoituksena on tuoda marginaalissa olevien ihmisten ääni kuuluviin ja toisaalta murtaa yhteiskunnalliseen ja sosiaalityön ammatilliseen toimintaan liittyviä kontrolloivia, sopeuttavia ja jopa alistavia käytäntöjä (ks. esim. Rauhala & Virokannas 2011, 252).

Sosiaalityön tutkimusta voidaan toisinaan tehdä sellaisten ihmisten kanssa, joiden itsemääräämiskyky on heikentynyt tilapäisesti tai pitkäaikaisesti, esimerkiksi muistisairauden, päihety mystilan tai muun vastaavan syyn vuoksi. Lisäksi tutkittavat voivat olla herkässä tilanteessa elämäkokemustensa, kuten esimerkiksi seksuaalisen hyväksikäytön tai väkivallan

vuoksi. (Rauhala & Virokannas 2011, 242). Tutkija voi olettaa, että tutkimukseen vapaaehtoisesti osallistuvat ymmärtävät tutkimuksen aiheen ja käsiteltävät asiat, mikä tarkoittaa sitä, että luultavasti tutkimukseen eivät osallistu sellaiset henkilöt, jotka eivät halua käsitellä aihetta tai kokevat haastattelun epämukavaksi. Kuitenkin tutkittavan tulisi voida kieltäytyä vastaamasta tiettyihin kysymyksiin tai jopa keskeyttää osallistumisensa. (Kuula 2006, 138–139.) Vaikka tutkittavan ja tutkijan välinen vuorovaikutus muotoutuisi epämuodollisempaan suuntaan, on kyse kuitenkin aina jonkinlaisesta valta-asetelmasta, jossa tutkijalla on lähtökohtaisesti suurempi valta tutkimustilanteessa kuin tutkittavalla. Tutkittavan vaivaantuneisuus, pelokkuus tai fyysinen väsymys voivat olla riittävä peruste tilanteen keskeyttämiselle. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 7.) Pyrimme haastattelutilanteissa arvioimaan ilmapiiriä kustakin aiheesta puhuttaessa. Nähdäksemme haastattelutilanteissa ei syntynyt hetkiä, joiden perusteella meidän olisi tullut ehdottaa haastattelun keskeyttämistä tai aiheen vaihtamista.

Huolehdimme siitä, että vapaaehtoisuuden periaate toteutui meidän ja haastateltavien välisissä vuorovaikutustilanteissa. Tutkittavat itse määrittävät ensisijaisesti tutkimuksessa käsiteltävien aiheiden arkaluontoisuuden ja yksityisyyden rajat, sillä nämä rajat ovat yksilöllisiä ja subjektiivisia, kuten ovat myös tutkimustilanteissa nousevat reaktiot ja tunteetkin. Korostimme haastattelujen alussa sitä, että haastateltavien ei ole pakko vastata kaikkiin kysymyksiimme, vaan he itse määrittävät rajansa haastattelussa. Kuitenkaan tällaisia tilanteita ei tullut vastaan kertaakaan. Tutkielmamme aihe saattaa sivuta ihmisten vaikeita ja traumaattisia kokemuksia tai ne nousevat muutoin ilmi haastattelutilanteessa. Vaikeista ja traumaattisista kokemuksista puhuminen voi nostaa pintaan monenlaisia tunteita. Haastatteluissa ilmeni kysymättä monenlaisia viitteitä vaikeisiin menneisyyden kokemuksiin, joita haastateltavat eivät avanneet kuitenkaan enempää. Niiden läpikäyminen on ensiarvoisen tärkeää asiakkaan psykososiaalisen kuntoutumisen kannalta ja kokemusten esiin tuominen on kiistatta myös arvokasta tutkimustietoa, mutta haastattelutilanne ja tutkielman aihe huomioon ottaen emme kokeneet tarkoituksenmukaiseksi kysyä niistä enempää kuin haastateltavat oma-aloitteisesti kertoivat.

Yksityisyyden suoja kuuluu perustuslain turvaamiin perusoikeuksiin ja samalla se on yksi keskeinen tutkimuseettinen periaate. Yksityisyyden suoja koskee tutkimustulosten julkaisemisen ohella tutkimusaineiston suojaamista, luottamuksellisuutta, säilyttämistä ja hävittä-

mistä. Tutkittavien yksityisyydensuojaa ei saa vaarantaa huolimattomuudella tai luovuttamalla tai paljastamalla tutkittavaa koskevia tietoja ulkopuolisille. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 9.) Koska korvaushoidon asiakkuus itsessään on salassa pidettävää tietoa, halusimme kartoittaa haastateltavia heidän omatyöntekijöiden välityksellä. Ajatuksenamme oli, että työntekijät pystyvät kartoittamaan asiakaskunnastaan sellaisia henkilöitä, jotka todennäköisesti voisivat mielellään osallistua haastatteluun. Toisaalta tiedostimme sen, että emme voi vaikuttaa siihen, miten työntekijät asiakkailleen tutkielmasta ja siihen osallistumisesta kertoisivat, minkä vuoksi kävimme vielä läpi haastatteluun liittyvät käytännöt ennen varsinaisen haastattelun aloittamista. Haastattelutilanteessa tutkittavan yksityisyyden kunnioittaminen tulee huomioiduksi, kun hän itse saa päättää, mitä tietoa hän haastattelun aikana tuo esiin. Poistimme valmiista aineistosta ja tutkielmasta sellaiset asiat, mistä voisi tunnistaa yksittäiset haastatellut. Aineistossa oli myös sellaisia tutkielman aihetta kuvaavia asioita ja tilanteita, joiden anonymisointi osoittautui haastavaksi, ellei jopa mahdottomaksi. Päädyimme rajaamaan tällaiset asiat valmiin tutkielman ulkopuolelle haastateltavien anonymiteetin suojaamiseksi. Haastatteluaineisto hävitetään asianmukaisesti tutkielman valmistuttua.

Sosiaalityön tutkimuksessa edellä mainittuja osa-alueita on pohdittava tutkittaessa niin asiakkaita kuin sosiaalityöntekijöiden ja muiden ammattilaisten sekä toimijoiden työtä. Lisäksi sosiaalipalveluissa on kolmansia osapuolia, kuten perheenjäseniä, omaisia ja ystäviä, ja heidät on huomioitava tutkimuseettikan toteutumisessa. (Rauhala & Virokannas 2011, 239–240.) Tutkimusaiheemme vaatii meiltä erityistä sensitiivisyyttä, sillä tutkielma kohdistuu päihdekuntoutujiin, jotka ovat marginaalisessa asemassa yhteiskunnassamme. Emme halua tutkielmallamme aiheuttaa harmia päihdekuntoutujille tai päihteiden käyttäjille vaan tavoitteemme on kohdistaa huomio heidän saamaansa palveluun ja siihen, miten palvelut voisivat kohdata heidät paremmin. Korvaushoitoon liittyy vahvoja mielipiteitä ja näkemyksiä, niin puolesta kuin vastaanakin. Lisäksi haastateltavilla voi olla takanaan kipeitä ja vaikeita kokemuksia esimerkiksi huumeiden käyttöön ajautumiseen tai käyttöaikaan liittyen.

Tutkimukseemme osallistuneet henkilöt kertoivat meille paljon henkilökohtaisia kokemuksiaan, joista ei välttämättä ole helppo puhua. Koska tapasimme haastateltavat vain kerran, emme odottaneet välillemme syntyvän luottamussuhdetta, jonka turvin haastateltavat välttämättä avaisivat kokemuksiaan syvällisemmin. Yllätyimme positiivisesti sen suhteen, kuinka avoimesti ja rohkeasti haastateltavat jakoivat kokemuksiaan kanssamme. Arvostamme tätä

suuresti. Toivomme, että olemme osanneet nostaa esiin tutkimukseen osallistuneiden näkökulman avulla tärkeitä asioita korvaushoidon asiakaslähtöisyydestä oikeita asioita oikealla tavalla. Olemme pyrkineet käyttämään runsaasti sitaatteja antaaksemme tilaa haastateltujen omalle äänelle. Huumeiden käyttäjiin, mutta myös korvaushoidossa oleviin, voi kohdistua leimaamista, jolloin on riski siihen, että heidän äänensä ja näkemyksensä jäävät kuulematta tai kuuntelematta. Koemme, että haastateltavien kerronta sitaattien muodossa on tehokkain tapa hälventää korvaushoitoon sekä sen asiakkaisiin liittyviä negatiivisia asenteita ja ennakkoluuloja. Koimme erityisen tärkeäksi sen, että meidän omat tavoitteemme tutkielman suhteen ja monen haastateltavan tavoite tutkimukseen osallistumiseksi olivat samansuuntaisia: haastatellut kertoivat toivovansa omien kokemustensa jakamisen tuottavan tietoa, joka edistäisi korvaushoidon laatua ja asiakkaiden kohtelua sekä vähentäisi negatiivisia ennakkoluuloja.

Aihevalintamme myötä haluamme kiinnittää huomiota korvaushoidon asiakkaiden asemaan sekä korvaushoidon sisältöön. Toivomme, että tutkielmamme tarjoaa tietoa ennen kaikkea korvaushoitoa tarjoaville tahoille, mutta myös muille päihdehuollon toimijoille tai muutoin aiheesta kiinnostuneille. Lisäksi toivomme voivamme tarjota korvaushoidon asiakkaille mahdollisuuden kertoa heidän omista kokemuksistaan sekä näkemyksistään korvaushoidon asiakaslähtöisyydestä. Asiakkailta saatu arvokas, käytännönläheinen tieto auttaa toivon mukaan kehittämään palveluita entistä asiakaslähtöisempään suuntaan.

Vaikka tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, voi tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihdella, minkä vuoksi kunkin tutkimuksen yhteydessä on hyvä arvioida tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Reliabelius tarkoittaa tulosten toistettavuutta ja validius tutkimuksen kykyä mitata sitä, mitä on tarkoitus mitata. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–232.) Validiteetin ja reliabiliteetin vaatimuksia voidaan kritisoida laadullisen tutkimuksen yhteydessä, sillä ne ovat syntyneet määrällisen tutkimuksen piirissä ja ne vastaavat lähinnä määrällisen tutkimuksen tarpeisiin (Tuomi & Sarajärvi 2018, 160). Tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkimusprosessin julkisuus eli se, että tutkija raportoi tekemäänsä yksityiskohtaisesti siten, että tutkimusta tarkastelevat eri tahot, esimerkiksi eri asiantuntijat sekä tutkimuksen haastateltavat voivat arvioida tulosten sekä johtopäätösten osuvuutta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 165). Olemme pyrkineet kohentamaan tutkielmamme luotettavuutta kirjoittamalla auki tutkimuksen toteuttamisen vaiheita tutkielman toteutus-luvussa.

Haastatteluaineiston suhdetta tutkimuksen luotettavuuteen on syytä arvioida. Tutkielman sekä aineiston keruun ja analyysin aikana pohdimme toisinaan, voidaanko neljän, saman yksikön asiakkaan haastattelua pitää tutkittavan ilmiön kuvaamisen kannalta riittävänä ja luotettavana. Varsinaista haastatteluaineistoa kertyi yhteensä noin kolme tuntia 50 minuuttia, litteroituna tieteellisen kirjoittamisen teknistä ohjeistusta noudattaen yhteensä 79 sivua. Näkemyksemme mukaan aineisto on verrattain laaja suhteutettuna otantaan, ja haastateltavat kertoivat asiakaslähtöisyyteen liittyvistä kokemuksistaan avoimesti ja monipuolisesti. Vaikka haastateltavien määrä ei ole suuri, koemme saamamme aineiston monipuoliseksi ja se sisälsi useita erilaisia näkemyksiä ja kokemuksia teemoihin. Laaja ja monipuolinen aineistomme ja sen tulokset ovat pääosin linjassa aiempien asiakaslähtöisyyttä ja korvaushoitoa käsittelevien tutkimusten ja kirjoitusten kanssa. Toisaalta aineistossamme ilmeni myös sellaista tietoa, mikä toi aiheeseen uutta näkökulmaa. Tutkielman tarkoitus ei ole testata tiettyä teoriaa, vaan kuvata tutkittavien omia, yhteiskunnalliseen aikaan ja paikkaan sijoittuvia näkökulmia (ks. esim. Hirsjärvi ym. 2009).

4.4 Aineiston analyysi

Analyysimenetelmämme oli laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysi. Sisällönanalyysin avulla etsitään eroja ja yhtäläisyyksiä kirjallisessa muodossa olevasta aineistosta sekä pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105.) Sisällönanalyysi voi olla niin yksittäinen metodi kuin väljä teoreettinen raami, joka on mahdollista liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin (Tuomi & Sarajärvi 2018, 103). Aineiston analysointi voidaan toteuttaa monin tavoin. Tavat voidaan jakaa karkeasti kahteen: selittämiseen pyrkivään ja ymmärtämiseen pyrkivää. Selittämiseen pyrkivässä tavassa käytetään yleensä tilastollista analyysia ja päätelmien tekoa, kun taas ymmärtämiseen pyrkivässä tavanomaista on laadullinen analyysi ja päätelmien teko. Analyysitapa tulee valita sen mukaan, mikä parhaiten auttaa saavuttamaan vastauksen tutkimusongelmaa. Erityisesti laadullisessa tutkimuksessa analyysia voidaan pitää haastavana vaihtoehtojen runsauden ja väljien sääntöjen vuoksi. Kuitenkin koimme aineistomme elämänläheisyyden mielenkiintoiseksi, inspiroivaksi sekä motivoivaksi. (Hirsjärvi ym. 2009, 224–225.)

Pohdimme aluksi aineistomme analyysiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin käyttöä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aiemmat tiedot ja teorit eivät suoranaisesti vaikuta analyysin toteuttamiseen tai lopputulokseen, vaan ne pyritään rajaamaan analyysivaiheen ulkopuolelle ja tutkimusaineistosta pyritään muodostamaan teoreettinen kokonaisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–96.) Teimme tällä ajatuksella myös tutkimussuunnitelmamme, mutta aloitettuamme analyysivaiheen, huomasimme nopeasti, että analyysia ja tutkielmamme tarkoitusta palvelee paremmin teoriaohjaava sisällönanalyysi. Teoriaohjaava sisällönanalyysi etenee aineiston ehdoilla, mutta eroaa aineistolähtöisestä analyysitavasta siinä, miten abstrahoinnissa empiirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin. Aineistolähtöisen analyysin tavoite on aineiston pohjalta luoda teoreettiset käsitteet, kun taas teoriaohjauksessa analyysissä käsitteet tuodaan valmiina, jo olemassa olevasta tiedosta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 133.) Korvaushoidon muodostaessa tutkielmamme kontekstin, tutkielmamme keskeisiä käsitteitä ovat asiakaslähtöisyys, osallisuus, itsemääräämisoikeus ja kohtelu.

Teoriaohjauksessa analyysissä teoria toimii analyysin apuna eli analyysi ei pohjautu suoraan teoriaan. Aiempi tieto tutkittavasta ohjaa ja auttaa analyysia sekä analyysiyksiköiden valintaa. Aikaisemmalla tiedolla on siis vaikutus analyysiin, mutta aiemman tiedon ei ole tarkoitus testata teoriaa vaan luoda uudenlaisia näkökulmia aiheeseen. Teoriaohjaava analyysi mahdollistaa myös aineistolähtöisen analyysitavan käytön analyysivaiheessa. Silloin päätelyn logiikasta puhuttaessa voidaan käyttää termiä abduktiivinen päättely, missä ajatteluprosessi vaihtelee aineistolähtöisestä muihin valmiisiin malleihin. Tutkija voi näitä yhdistelemällä luoda jotain aivan uutta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 109–110.) Käytimme aineiston analyysin tukena teoreettista viitekehystämme sekä siinä avattuja käsitteitä. Aluksi pyrimme löytämään aineistosta sellaisia asioita, jotka jollain tapaa kuvaavat teoreettisessa viitekehyyksessä kuvattuja asioita. Kuitenkaan teoria ei ohjannut analyysia täysin, vaan pyrimme nostamaan aineistosta myös sellaisia asioita, joita emme olleet teoriaosuudessa käsitelleet, mikäli katsoimme, että ne ovat tutkielmamme kannalta olennaisia.

Jo haastattelujen aikana aloimme löytää toistuvia teemoja, joilla asiakkaat kuvasivat asiakaslähtöistä toimintaa, mutta heillä oli myös eriäviä kokemuksia asiakaslähtöisyyden toteutumisesta korvaushoidossa. Litteroimme nauhoitetut haastattelut, jotka luimme yhdessä useamman kerran sekä tulostettuina versioina että tietokoneelta. Aineiston lukeminen yhdessä ja siitä keskustelu helpottivat jatkotyöskentelyä, koska pystyimme konstruoimaan aineistoa sekä jaottelemaan tutkielman aiheen kannalta olennaisia ja epäolennaisia asioita. Lisäksi

pystyimme löytämään tutkimuskysymyksemme kannalta olennaiset asiat hyvin jo ennen varsinaista analysointivaihetta, jossa käytimme analysointimenetelmänä sisällön analyysia. Aineiston analysoinnilla löysimme melko nopeasti aineistossa toistuvat teemat, jotka liittyvät olennaisesti asiakaslähtöisyyteen. Vaikka litteroimme kaikki haastattelut sanasta sanaan itsellemme työskentelyä varten, emme analysoineet kaikkea saamaamme aineistoa, jota oli runsaasti. (ks. esim. Hirsjärvi ym. 2009, 225.) Uskomme, että aineiston keruuvaiheessa haastattelutilanteiden vapaamuotoisuus osaltaan vaikutti siihen, että keskustelu siirtyi ajoittain tutkimuskysymyksen kannalta epäolennaiseen. Kuitenkin haastateltavien kaikkalainen keronta oli mielestämme heidän kokemuksiaan avaavaa ja lisäsi ymmärrystämme heidän näkemyksistään.

Sisällönanalyysissa tulee määritellä analyysiyksiköt ennen varsinaisen analyysin aloittamista. Analyysiyksiköitä muodostaessa tutkijan tulee pitää mielessään tutkimustehtävä sekä aineiston laatu. Luettuamme aineiston useaan kertaan aloitimme sisällönanalyysin redusoidulla eli pelkistämällä aineistomme karsimalla siitä tutkielmamme kannalta epäolennaisen datan. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–123.) Pyrimme tiivistämään aineistoa karsien tutkielman kannalta epäolennaisia asioita ja samanaikaisesti etsimään haastatteluissa toistuvia teemoja asiakaslähtöisyyteen liittyen. Aineistoa redusoidessamme kiinnitimme huomiota tutkimuskysymykseen sekä teemoihin liittyviin eroavaisuuksiin ja samankaltaisuuksiin. Lisäksi huomioimme haastateltavien näkemyksiä ja kokemuksia siitä, mikä heidän näkökulmastaan toimi hoidossa hyvin ja missä he kokivat olevan kehitettävää. Koska teemahaastattelu on luonteeltaan vapaamuotoinen eikä kaikkia asioita käsitelty samassa laajuudessa, vaikutti se myös aineiston analyysiin. Täten yksiköiksi muodostui myös sellaisia teemoja, mitä osa haastateltavista tuotti oma-aloitteisesti asiakaslähtöisyyteen liittyen, mutta mitä emme olleet teoriaosuudessa käsitelleet.

Aineiston redusoinnin eli pelkistämisen jälkeen klusteroimme aineistoa. Klusterointi tarkoittaa aineiston ryhmittelyä. Etsimme tekemistämme aineistopoinninnoista samankaltaisuuksia sekä eroavaisuuksia ja muodostimme samaa ilmiötä tai teemaa kuvaavista poinninnoista luokkia, jotka ovat tuloksien alaluokat. Luokittelun kautta aineisto tiivistyy, sillä yksittäiset seikat sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. Aineistosta syntyneitä alaluokkia yhdistelemällä saadaan aikaan yläluokkia ja niistä edelleen on mahdollista muodostaa pääluokkia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124–125.) Abstrahointivaiheessa olemme liittäneet empiriistä aineistoa

teoreettisiin käsitteisiin, jotka olemme määritelleet tutkielman teorialuvuissa. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan sekä päättelyyn, jolloin empiirisestä aineistosta edetään kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 125–127.)

Lähdimme muodostamaan aineistosta poimituista teemoista, joita voidaan kutsua tässä alaluokiksi, yläluokkia, joista kukin vastaa tutkimuskysymykseemme korvaushoidon asiakaslähtöisyydestä. Yläluokista olemme yhdistäneet lopulliset pääluokat, jotka ovat tuloslukumme alaluvut. Tulosluku muodostuu kokonaisvaltaisiin palveluihin ja niiden tavoitettavuuteen, asiakkaan osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksiin, oikeudenmukaiseen kontrolliin ja valvontaan korvaushoidossa sekä asiakkaan itsemääräämisoikeuteen ja ihmisarvoiseen kohteluun liittyvistä alaluvuista.

Ensimmäinen pääluokka sisältää teemoja, jotka käsittelevät korvaushoidon asiakaslähtöisyyttä hoitoon pääsemisen, asiakkaan palveluiden kokonaisvaltaisen tarkastelun ja yhteensovittamisen kautta. Olemme omaksi teemakseen nostaneet sosiaalisen kuntoutumisen esimerkiksi vertaistukiryhmien avulla, sillä tämä teema nousi aineistosta erityisesti esiin. Toinen tulosluku muodostuu haastateltavien kokemuksista omista osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksistaan. Onnistunut korvaushoito luo asiakkaille edellytyksiä “normaaliin” arkeen, kuten he itse sitä kuvailevat. Lisäksi käsittelemme haastateltavien kanssa heidän kokemuksiaan mahdollisuuksista osallistua ja vaikuttaa omaan korvaushoitoonsa. Asiakkaan itsemääräämisoikeus ja korvaushoitoon liittyvät kontrolli- ja valvontatoimenpiteet muodostavat oman tuloslukunsa. Tässä luvussa käsittelemme asiakkaiden kokemuksia korvaushoidon rajoituksista ja säännöistä asiakaslähtöisyys huomioon ottaen. Viimeisessä tulosluvussa keskitymme asiakkaiden kokemuksiin kohtelusta korvaushoidon piirissä. Luku muodostuu muun muassa kohtaamisen, vuorovaikutuksen, leimautumisen, luottamuksen ja vastavuoroisuuden teemoista, jotka ovat analyysimme yläluokkia.

5 ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA KORVAUSHOIDON ASIAKASLÄHTÖISYYDESTÄ

5.1 Korvaushoidon tavoitettavuus ja palveluiden kokonaisvaltaisuus

Keskeisimpiä haastatteluissa esiin nousseita teemoja olivat korvaushoidon saatavuus ja saavutettavuus, joilla on erityistä merkitystä asiakaslähtöisyyden toteutumisen kannalta (ks. esim. De Silva 2014, 9). Usealla haastatellulla oli jo itsellään tieto mahdollisuudesta korvaushoittoon ennen kuin he ohjautuivat siihen. Riittävä tieto hoidon eri vaiheissa koettiin tärkeäksi asiakaslähtöisyyttä tukevaksi elementiksi, ja tiedonsaannin merkitys nousi aineistossa esiin useassa asiayhteydessä. Yksi haastatelluista toi esiin, ettei pienemmällä paikkakunnalla ”ohjattu ketään mihinkään” vaan asiakkaan oli itse selvitettävä minkälaista hoitoa voi tilanteessaan lähteä hakemaan. Toinen haastateltava kertoi olleensa katkolla, missä hoitaja oli kertonut hänelle mahdollisuudesta korvaushoittoon. Hänen ollessa kiinnostunut hoidosta, hoitaja oli alkanut selvittää asiaa. Haastateltavan mukaan hänellä kävi tuuri, kun hän pääsi katkolta jonottamatta avopuolen hoitajan tapaamiseen. Lisäksi tieto korvaushoidosta oli tullut haastateltavillemme läheisten, esimerkiksi kavereiden tai sukulaisten kautta.

”Ei siellä ohjattu ketään mihinkään. Siellä oli muutenki sellasta, et jos ei ite tienny niin kyllä sitä sitten jäi siihen samaan paskaan.” (Haastateltava 2)

”Että sitte piti alkaa itellä kyselemään, et miten siihen [korvaushoittoon] ois mahdollista päästä.” (Haastateltava 2)

Jokaisella haastateltavalla on ollut omat yksilölliset tilanteensa hoitoon pääsemiseen ja aloittamiseen liittyen, mutta kaikki haastateltavat painottivat, ettei korvaushoito onnistu ilman vahvaa sisäistä tahtoa ja motivaatiota. Sen lisäksi osa haastatelluista oli saanut merkittävää tukea läheisiltään. Hoitoon hakeutumisen syiksi nousivat haastatteluissa huoli omasta terveydestään tai jopa hengestään sekä perhe ja läheiset (ks. myös Weckroth 2006, 143.) Moni haastateltava toi esiin useamman kerran korvaushoidon olevan henkilökohtaisesti viimeinen keino päästä eroon huumemaailmasta ”normaaliin” elämään. He kokivat korvaushoidon mahdollisuutena tavoittaa unelmiaan ja toiveitaan tulevaisuudesta. Korvaushoittoon hakeutumiseen ja sitoutumiseen liittyy asiakkaan vahvaa sisäistä itsemääräämisoikeutta, mutta

hoitoon hakeutuva ei aina ole täysin vapaa ulkoisten tekijöiden vaikutukselta (HE 137/1999 vp, 22).

“No joo, kyllähän se silleen oli ja sitte tämä puoliso, niin ku tänne muutin, tapasin tämän puolison, nyt kenen kanssa vielä ollaan tässä näin. Tosiaan tuli raskaaksi siinä sitte ja, tuota noin, sitten piti alkaa tekee päätöksiä, että mitä mä haluan ja...”(Haastateltava 3)

“No se meni just sillä lailla, että toi tossa reilu pari vuotta sitten tapasin silloisen tai tän nykyisen [puolison]. Se sitten ohjas mut katkolle ja... No aluksi olin vähän silleen, että hannasin vastaan, et minkä takia sinne, ettei mulla mitään ongelmaa oo. Siinä vähän aikaa meni, ja sit tajusin itekin sen, ettei siinä oikeen oo vaihtoehtoja.” (Haastateltava 1)

Korvaushoidon jonotusajan pituus ja hoitoon pääsyn vaikeus aiheuttavat ristiriitaisia tunteuksia. Kun korvaushoitoon pääseminen ei ole itsestään selvää, karsiutuvat hoitojonosta pois sellaiset henkilöt, jotka eivät ole sitoutuneet hoitoon aidosti. Toisaalta liian pitkä jonotusaika voi koetella hoitoon hakeutuvia liikaa, jolloin äärimmillään jonotus voidaan kokea uhaksi hengissä selviytymiseen. (Kautiainen 2012, 53–54.) Kaikki haastateltavat toivat esiin, että korvaushoidon jonotusajat ovat jopa kohtuuttoman pitkät, ja tämän suhteen korvaushoitoa tulisi kehittää asiakaslähtöisempään suuntaan. Haastateltavien mukaan jonotusaika on pääsääntöisesti kuusi kuukautta, jonka aikana asiakkaan elämässä voi tapahtua mitä vain. Pitkä jonotusaika voi pahimmillaan saada ihmisen perumaan päätöksensä hoidon aloittamisesta tai luovuttamaan sen suhteen. Aineistosta nousi esiin, että pitkä jonotusaika saattaa viedä asiakkaan takaisin siihen elämään, josta he ovat hoitoon hakeutuessaan halunneet päästä pois.

“-- Että ku monesti siinä puolenki vuoden aikana kerkee alkaa vetään jotaki muuta ja ne unohtuu käydä ne seulat antaa ja muuta niin se on niin pitkä aika se kuus kuukautta loppupeleissä sitte -- se pitkä odotus ja tavallaan, ku siinä kerkee muuttaa sitä mieltä aika monta kertaa. Ja sitte just ku oot päättäny, että sää haluat asiat kuntoon, se puoli vuotta ku menee niin jos sää yhtäkkiä alatki jotain pillereitä veteleen siinä ja alat taas heittää kaikki niinku hukkaan mitä on tehty, niin siitä on hyvin hankala asennoitua taas siihen että eiku mää alanki siihen hoitoon.”(Haastateltava 4)

“Välillä oli sitä, tosiaan sitä oheiskäyttöä, mutta loppuaika meni siinä sit et pysty pysymään yhdessä päihteessä. Se oli pitkä aika.. että aikamoista kampaailua.” (Haastateltava 1)

“No ehkä se kuitenkin loppujen lopuksi se aine vei voiton, et oli aika pahassa koukussa kyllä silloin. Se sit vei voiton ja mää sillo lopetin sitte sen jonottamisen sinne [paikkakunnalle], ku en jaksanu oottaa ja se vaan meni pahemmaksi se elämä. Meni nii usvaan tuo elämä. Mä olin niin kauan aika pohjalla sitte tosiaan olin...” (Haastateltava 3)

Aineistossamme ilmeni myös, että korvaushoitoon pääsyä odottaessa vaadittiin positiivisia seuloja eli näyttöä siitä, että asiakas käyttää edelleen päihdettä, josta on riippuvainen ja jonka vuoksi on hakeutumassa korvaushoitoon. Tämä sekä jatkuva henkinen taisto riippuvuutta ja huumausaineen käyttöä vastaan aiheuttavat sisäistä ristiriitaa korvaushoitoon jonottavissa. Moni haastateltava kertoi sen olevan kamppailua, joka vaikutti sekä heihin itseensä mutta myös heidän läheisiinsä jollakin tasolla. Esimerkiksi huumeannoksen saaminen positiivisia seuloja varten saattaa tarkoittaa sitä, että se on haettava laittomasti jostain ja käyttö tehtävä siten, ettei se tapahdu omassa kodissa muiden mahdollisten perheenjäsenten läsnäollessa. Positiiviset seulanäytteet jonotusaikana antavat näyttöä korvaushoidon edellytysten täyttymisestä eli siitä, että asiakas on riippuvainen opioideista eikä ole niistä vielä vieroittunut (ks. korvaushoitoasetus 3 §).

Tällainen yhtälö näyttäytyy haastavana asiakaslähtöisyyden näkökulmasta, sillä näyttö opioidiriippuvuudesta hoitoon pääsyn edellytyksenä sekä pitkä jonotusaika kuormittavat asiakasta henkisesti, sosiaalisesti ja taloudellisesti sekä vaarantavat hänen terveyttään ja henkeään. Lisäksi ne ajavat asiakasta rikolliseen toimintaan, kuten huumausaineiden käyttö- ja hallussapitorikoksiin. Ensiarvoisen tärkeää täten olisi, että korvaushoidon jonotusaikaa lyhennettäisiin ja hoitoon pääsisi jouhevammin. Korvaushoitoa kehittänyt työryhmä on muistiossaan (2001, 41) katsonut, että pelkästään hoitopaikkojen lisääminen ei ole tarkoituksenmukaista, sillä hoidon helppo saatavuus voi heikentää sen turvallisuutta ja laatua. Työryhmä piti tärkeänä, että hoidon laadun turvaamiseksi hoitopaikoissa on riittävä määrä työntekijöitä, mutta haasteeksi muodostuvat työvoiman uudelleenkohdentaminen jo valmiiksi kuormittuneista päihdepalveluista sekä olosuhteet, joissa lisäresursseja ei järjestetä. Valvottuun korvaushoitoon pääsyn korkea kynnyks on lisännyt buprenorfiinin katukäytön sekä niin kutsutun itsehoidon ongelmaa. (mt., 41.)

Osa haastateltavista toi esiin asiakaslähtöisyyden huomioimisen korvaushoitoa toteuttavan yksikön tilajärjestelyissä. Päihdehuoltolaki tai korvaushoitoasetus eivät aseta mitään tiettyjä vaatimuksia tai velvoitteita tilojen suhteen, mutta asiakkaat toivovat rauhallisia sekä heidän

yksityisyyttään kunnioittavia asiakas- ja odotustiloja. Aineistossa haastateltavien nykyisen korvaushoitoyksikön tilajärjestelyt näyttäytyivät asiakaslähtöisinä. Kyseinen korvaushoitoyksikkö sijaitsee suurehkon sosiaali- ja terveystieteiden keskuksen tiloissa, jossa asiakkailla on oma erillinen odotushuoneensa, wc:t sekä kunkin hoitajan erilliset vastaanottohuoneet. Haastateltavat vertailivat eri yksiköitä ja toivat esiin aiempia kokemuksiaan. Eräs haastateltava kertoi vaihtaneensa korvaushoitopaikkaa, sillä hän koki edellisen korvaushoitoyksikön tilat rauhottomiksi. Hänen negatiivinen kokemuksensa tiloista liittyi siihen, että paikalla saattoi olla paljon lääkkeenhakijoita yhtä aikaa, ja osa heistä saattoi olla haastatellun mukaan sekaisin.

Eräs haastateltava puolestaan mainitsi kertoneensa aiemmin työntekijöille pelkäävänsä mennä katkaisujaksolle, sillä “siellä katkolla on aina kaikki [paikkakunnan] seudun narkit yhtä aikaa”, ja ettei hän halua olla missään tekemisissä heidän kanssaan. Haastateltavan mukaan hän oli katkaissut välinsä omaan käytönaikaiseen sosiaaliseen verkostoon ja koki ongelmalliseksi sen, että juuri kyseiset ihmiset saattoivat olla samanaikaisesti katkolla hänen kanssaan. Hänellä oli pelko kiinnittymisestä uudelleen huumeiden käyttäjiin ja käyttöön. Haastatellun kokemuksen mukaan hänen pelkoaan ei huomioitu millään tavalla ja pelon vuoksi hän oli joutunut epäröimään korvaushoidon aloittamista. Lisäksi samainen haastateltava toi esiin tilaongelman katkaisuhuopapaikassa, jossa huoneen joutuu jakamaan toisen asiakkaan kanssa. Hän kertoi, että katkaisuhoidossa asiakas kokee usein voimakasta huonovointisuutta ja levottomuutta, jolloin asiakas voi haluta olla yksin.

Korvaushoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa on huomioitava huumeriippuvuuden sekä siitä irtaantumisen sosiaalinen näkökulma, ja irtaantumisesta on mahdollista edistää osaltaan tilajärjestelyin (ks. esim. De Silva 2014, 9; Kankaanpää 2013, 77). Korvaushoidon asiakkaat, jotka todella haluavat eroon huumeista, voivat kokea hankalaksi korvaushoitopaikan sekä siellä käyvät muut asiakkaat, mikäli nämä ovat hoitopaikassa sekaisin tai heidän motivaationsa ja tavoitteensa hoidon suhteen ovat eriävät (Honkala 2009, 29). Asiakkaiden näkökulmasta tilajärjestelyillä voi olla suuri merkitys siihen, miten korvaushoitoon suhtaudutaan ja sitoudutaan. Yksityisyyttä kunnioittavat ja rauhalliset tilat voisivat osaltaan madaltaa asiakkaan kynnystä hoitoon ja hoitokäynteihin sekä edesauttaa heidän motivaatiotaan ja sitoutumistaan.

Asiakaslähtöisyyden kannalta asiakkaiden tilanteen kokonaisvaltainen tarkastelu on tärkeää. Lääkehoidon ohella asiakkaalle on tärkeää järjestää myös hänen tarvitsevansa muu yksilöllinen psykososiaalinen kuntoutus. (esim. Tourunen & Pitkänen 2010, 158–159; päihdehuoltolaki 8 §; korvaushoitoasetus 5 §.) Eräs haastateltavistamme toi esiin, että pienemmällä paikkakunnalla tällaista tukea ei ollut lainkaan saatavilla, vaan “sairaanhoitaja siinä oman työnsä ohessa sitten nakkasi sen lääkkeen”. Korvaushoidossa olevan asiakkaan tuen tarpeet voivat liittyä myös muuhun kuin pelkästään tavoitteeseen päihteettömästä elämästä. Asiakkaan sitoutuminen huumeettomaan elämään mahdollistaa myös muiden kuntoutumista tukevien palveluiden saannin. Yhdellä haastateltavalla oli kontakti lastensuojeluun, sillä haastateltavan puolisoilla oli omia lapsia ja he asuivat yhdessä perheenä. Haastateltava tarkensi, että heitä “ei sillä lailla nähdä perheenä, kun lapset eivät ole mun omia”, mutta hän on ollut mukana lastensuojelun tapaamisilla. Kyseinen haastateltava kertoi aikuissosiaalityöntekijän olevan tällä hetkellä “mietinnässä” taloudellisten asioiden vuoksi. Kahdella haastateltavalla oli aikuissosiaalityön ja kuntouttavan työtoiminnan sosiaaliohjaaja, ja yhdellä oma aikuissosiaalityöntekijä sekä lapsen asioista vastaava lastensuojelun sosiaalityöntekijä. Haastateltavien sosiaalihuollon tuen tarpeet liittyivät pääosin työllistymisen, taloudellisen tilanteen sekä sosiaalisen kuntoutumisen edistämiseen.

Haastateltavien kokemukset palveluiden yhteensovittamisesta ja moniammatillisesta yhteistyöstä olivat varsin erilaisia. Laineen ja Annilan (2015) tutkimuksessa ilmeni, että moniammatillisten tiimien tuki hoitoneuvotteluissa asiakkaan päihteidenkäyttöön liittyvissä psykososiaalisissa ongelmissa edisti hoitoa. Moniammatillisissa tiimeissä yhdessä sovitut asiat toteutuivat paremmin kuin, jos ne olisivat jääneet asiakkaiden itsensä järjestettäväksi. Lisäksi asiakkaat saivat hoitoa ja sosiaalihuollon palveluja erikoissairaanhoidon tukemina omissa kotikunnissaan, missä heidät tunnettiin, ja missä heille oli mahdollista järjestää yksilöllistä ja tarpeen mukaisia palveluja. (Laine & Annila 2015, 276.) Aikuissosiaalityön, lastensuojelun sekä korvaushoitoyksikön ja asiakkaan välinen yhteistyö koettiin pääosin toimivaksi kokonaisuudeksi.

“On käyny niin pirun hyvä tuuri, että ne kaikki on mukavia ihmisiä. Että niitä on niinku mukava jopa nähdä, niin ihan kivahan semmosessa [verkostopalaverissa] on käyä. Kuulla, että välillä on tehny jotaki oikeenki. “ (Haastateltava 2, Kelan, aikuissosiaalityön ja korvaushoitoyksikön verkostopalaverista)

“Ja sit mun hoitaja on auttanu mua ja mun [puolisoa] monellakin tapaa. On käyny meillä kotona kylässäkin, silloin ku oli niitä lastensuojelun palavereita. On niinku laittanu oikeeseen suuntaan molempia.” (Haastateltava 1)

Elämänmuutoksen myötä korvaushoidossa olevat pyrkivät usein irtautumaan vanhoista kaaveriporukoista, joihin liittyy huumeiden käyttöä. Uusia ihmissuhteita voi löytää vertaistuen piiristä tai muista arjen toiminnoista, mutta erityisen läheiseksi korvaushoidossa oleville voi tulla henkilöt, jotka ovat sitoutuneet kuntoutumistavoitteeseen. Erilaiset vertaistukiryhmät mahdollistavat sosiaalisen elämän harjoittelun. Ne tarjoavat myös turvallisen ympäristön opetella päihteetöntä elämää ja siihen liittyvää arvomaailmaa. (Kankaanpää 2013, 77.) Sosiaalisen kuntoutumisen tukeminen on tärkeää, sillä osana huumemaailmasta irrottautumista moni haastateltu oli katkaissut välinsä käytönaikaiseen sosiaaliseen verkostoon. Tämän seurauksena osa jäi kotiin ilman sosiaalisia kontakteja. Haastateltavat kokivat kuntoutumisen sosiaalisen näkökulman tärkeäksi osaksi heidän hoitoaan. Esimerkiksi kuntouttava työtoiminta on tuonut mielekkyyttä monen haastateltavan arkeen sekä vaikuttanut positiivisesti heidän taloudelliseen tilanteeseen sekä psykososiaaliseen kuntoutumiseen. Työllistyminen voi lisätä asiakkaiden tunnetta osallisuudesta yhteiskuntaan. Täten asiakaslähtöisyyden toteutumisen kannalta erityistä merkitystä on sillä, että korvaushoito ymmärretään laajemmin asiakkaan yksilöitynä palvelukokonaisuutena pelkän lääkehoidon sijaan.

“ -- mää laitoin mun kavereiden kans kaikki välit poikki, niin mää oon sieltä asti koko ajan ollu yksin kotona.” (Haastateltava 4)

“No sitä [kuntouttavaa työtoimintaa] alettiin niinku tuolta Kelan ja sossun puolelta alettiin hommaamaan. Mää olin ite jo siinä vaiheessa, että mä en lähe mihinkää että.. Ku vuosikaudet ollu neljän seinän sisällä ihan kirjaimellisesti, niin tottakai siinä oli kerenny sillain erakoitua.. Ettei kaivannu sitä ihmiskontaktia mihinkään.” (Haastateltava 2)

“Onhan se [kuntouttava työtoiminta] ollu ihan pirun hyvä. Onhan se piristäny ihan helvetisti niinku, ku väkisillä tullee niitä kontakteja ja muita. Ja on muitten kans tekemisissä niin.. Että siitä on ollu pelkästään positiivinen vaikutus.” (Haastateltava 2)

“No on kai se [kuntouttava työtoiminta vaikuttanut] tietenki iha hyvällä tavalla, että siinä on se rytmi, että herää aamulla aina ja tosiaan ei oo siellä kotona vaan märehitimässä niinku on joskus ollu, ku ei oo ollu... Onhan se mukavaa, ku on hommaa ja tekemistä.” (Haastateltava 3)

Kuntouttavan työtoiminnan ohella he olivat saaneet vertaistukea sekä vertaistukiryhmistä ja niiden jäseniltä että muilta korvaushoidon asiakkailta. Laitilan (2010, 99) tutkimuksessa

mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaat määrittivät mahdollisuuden mielekkääseen toimintaan osaksi asiakaslähtöisyyttä, ja kokivat mielekkään toiminnan tukevan heidän hyvinvointiaan. (Laitila 2010, 102–103.) Vertaistuellalla voi olla erityinen merkitys korvaushoidossa asiakkaalle ja hänen kuntoutumiselleen, ja niin sanottu kokemusasiantuntijuus näytetään asiakkaiden näkökulmasta tarpeellisenä ja perusteltuna (ks. myös Laitila 2010, 102). Erityisesti ryhmät, jotka on tarkoitettu korvaushoidossa oleville sekä huumausaineiden käyttäjille ja heidän läheisilleen, voivat vaikuttaa positiivisesti korvaushoidossa olevan arkeen.

Eräs haastateltavistamme kertoi tykkävänsä käydä vertaistukiryhmän tapaamisissa ja siitä, että ryhmän jäsenille järjestetään toiminnallisia tapaamisia. Lisäksi hän kertoi saaneensa uusia ystäviä vertaistukiryhmästä. Haastattelussa ilmeni myös korvaushoitoyksikön itse järjestämä toiminta, johon korvaushoidon asiakkaat voivat halutessaan osallistua. Haastateltu koki mukavaksi sen, että heitä varten oli järjestetty esimerkiksi makkaranpaistoa, missä asiakkailla oli mahdollisuus tutustua ja tavata toisiaan. Yhteisen toiminnan kautta asiakkaat voivat tavata toisiaan, ihmisiä, jotka ovat kokeneet samoja asioita kuin he itse. Oman kokemustiedon jakaminen ja vaihtaminen toisten asiakkaiden kanssa voi tukea asiakkaan kokonaisvaltaista kuntoutumista, sillä vertaistuen kautta voidaan jakaa sellaista tietoa, mitä ammattilaisilla ei välttämättä ole. Vertaistuen katsotaan tarjoavan ymmärrystä ja empatiaa sekä motiivointia toisten onnistumistarinoiden myötä (ks. esim. Laitila 2010, 102.–103) Kokemusasiantuntijuus sekä viranomaisten asiantuntijuus tulee nähdä toisiaan täydentävinä ja tukevinä, ei toisiaan poissulkevinä. Vertaistuki- ja ryhmätoiminta nousi esiin myös haastateltavien esittämässä korvaushoidon kehittämideoissa, jotka löytyvät tutkielmamme viimeisestä luvusta.

“--se on yhdenlainen voimavara kans, ku siellä on korvaushoidon vertaistukiryhmä.” (Haastateltava 1)

“Niinku, että siellä alotuksessa mää tutustuin mun parhaaseen kaveriin niin ku me ollaan samoissa kohin tässä hoidossa niin kiva, että on joku, joka ymmärtää tästä.” (Haastateltava 4)

Kokemukset sekä näkemykset terveydenhuollon vastuulla olevien palveluiden järjestämisestä ja yhteensovittamisesta korvaushoidon kanssa näyttäytyivät aineistossa ristiriitaisina. Kaksi haastateltavaa kertoi, että korvaushoitoyksikkö on tarjonnut heille C-hepatiitin hoidon osana pidempiaikaista rikkeetöntä korvaushoitoa. Kyseiset haastateltavat eivät tuoneet esiin

muita heille järjestettyjä terveystalvaeluita, mutta kokivat saaneensa riittävän avun ja olivat tyytyväisiä oman palvelukokonaisuuden järjestämiseen.

“No siis nythän mulla on, ku mulla on ollu tuo hepatiitti -- nii siihenhän mä oon nyt saanu avun täältä, että ku on ollu tosiaan täällä hoidossa ja on otettu puheeksi se asia.--” (Haastateltava 3)

“Joo kyllä, niin tämän kautta. [omahoitajan] kanssa tuli puheeksi ja se [omahoitaja] sitä alkoi järjestämään asiaa sitten. Ja sitten meni eteenpäin ja eteenpäin. Ooteltiin niitä uusia lääkkeitä tosiaan, et ei tarvinnu alkaa sillä vanhalla systeemillä hoitaa, et ku se oli nii rankkaa se aiempi hoitomuoto. Se oli nii nätti, ku ei tarvinnu ku yks pilleri ottaa päivässä nii... kolmen kuukauden ajan.” (Haastateltava 3)

Toisaalta korvaushoito näyttötyi olevan myös esteenä asiakkaiden muulle hoidolle ja jopa estää avun saamisen sellaiseen terveydenhuoltoon vaativaan ongelmaan, johon he olisivat ensisijaisesti apua toivoneet. Haastateltavien kerronnassa terveydenhuollon eri palveluiden yhteensovittaminen korvaushoidon kanssa näyttötyi ongelmallisena: haastateltavat toivat esiin, että hakiessaan apua mielenterveysongelmiin tai muihin terveydellisiin syihin, heidät ohjattiin perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta takaisin korvaushoidosta vastaavan lääkärin vastaanotolle. Toisen haastateltavan näkemyksen mukaan lääkäreillä on väärä kuva korvaushoidosta sekä korvaushoitolääkärin toimivallasta. Korvaushoidon asiakkaat voivat joutua hakemaan apua usealta eri taholta.

Aineistosta nousi esiin kokemuksia, joiden mukaan korvaushoidossa olevien asiakkaiden kipuja tai muuta hoidon tarvetta ei otettu tosissaan korvaushoitotaustan vuoksi, ja että heidän uskotaan “juoksevan lääkkeiden perässä”. Avun saamisen estyminen terveydenhuollollisiin ongelmiin voikin johtaa itselääkintään ja sen myötä korvaushoidon keskeytymiseen joko asiakkaan itsensä tai yksikön toimesta. Eräs haastateltava nosti esiin asiakaslähtöisen kokemuksen: usean mielialälääkkeen osoittaututtua epäsojivaksi tai tehottomaksi mielenterveyspalveluiden lääkäri oli päätynyt kokeilemaan korvaushoidosta vastaavan lääkärin konsultaation perusteella haastateltavan auttamiseksi erästä lääkitystä, vaikka siinä oli haastateltavan mukaan “pieni väärinkäytön riski”. Kyseinen lääkitys oli osoittautunut kokeilluista sojivimmaksi “pelittäen ainakin jotenkuten” ja haastateltava oli helpottunut siitä, että lääkitykselle oli saatu hyväksyntä korvaushoitolääkäriltä. Toisaalta hänen käyntejään mielenterveyspalveluissa oli samanaikaisesti harvennettu hänelle tuntemattomasta syystä, vaikka hän itse koki tarvitsevansa apua ensisijaisesti mielenterveysongelmiinsa.

“- - Nii sit se sano, et joo kyllä mä tiän et sulla on siinä kovat kivut ja muuta, mut mä en voi asialle yhtään mitään. Et sä oot korvaushoidossa nii mä en voi määrätä mitään tohon enkä voi tän enempää. - -” (Haastateltava 4)

“- - Nii mä lopetin sen sitte ite ja sitte hommasin ne [lääkkeen nimi] ihan lääkäriltä ja tutkitutin ton selän ja sitte niinku halusin aloittaa uudelleen.” (Haastateltava 4)

“- - Nii periaatteessa se on ennen ollu nimenomaan hyvä asia, et on tossa hoidossa, mut nyt se on menny sillai et se on tavallaan este ja hidaste noissa muissa hoidoissa.” (Haastateltava 4)

“että ku kyllähän normaali ihmisillekin annetaan lääkkeitä, jos siihen sattuu tai annetaan joku ohje mitä tehdä, et se auttais siihen kipuun ja siis kaikki tämmöinen.” (Haastateltava 4)

“- - Et ku mulla ajettiin sillon ton korvaushoidon takia kaikki rauhottavat alas, niin mä rupesin sitten lääkittämään mieltäni [lääkkeen nimi]... Niin sanoin siitä sitten monta kertaa lääkärille, että mulla on ongelmia sen kanssa, että mä en pysty olleen siitä irti niin se lopetettiin sitten ku seinään se hoito, et sää käyt vielä pari kertaa, et viikon ajan vielä käyt ja sitte loppuu.. Siinä oli kyllä sillon silleen, että ois viety pohja koko elämältä pois... Ja pitkään meniki, että sieltä nousi sitte sieltä suosta ylös. Toki siinä oli itessä se vika, ku alko muuta käyttämään... Mut ku koko ikänsä ollu noita mielenterveysongelmia niin... vuosikautia ollu, melekeen niinkö kymmenen vuotta siihenki rauhottavat käytössä ja ne puotetaan sitte kaikki alas. Kyllä siinä kävi vähän mustissa mietteissä sillon...” (Haastateltava 2)

“Sehän [mielenterveyspuoli] jätettiin ihan täysin, se on jätetty tässä hoidossa ihan täysin huomiotta. Mää oon sanonukki tolle hoitajalle siitä, että mä lopettaisin tän hoidon niinkö seinään, että jos mä saisin jotaki tonne pääkoppaan... - - “ (Haastateltava 2)

Haastateltavien kerronnan perusteella palveluiden järjestämistä ohjaa pääsääntöisesti järjestelmälähtöisyys, mutta myös kokemuksia palveluiden asiakaslähtöisestä järjestämisestä tuotiin esiin. Haastateltavat pitivät positiivisena sitä, että korvaushoitoyksiköstä on mahdollista olla suoraan yhteydessä esimerkiksi terveyskeskukseen ja asiakastiedot ovat ainakin joiltain osin muiden terveydenhuoltoyksiköiden saatavilla. Haastateltavien mukaan positiivista on, että heidän ei tarvitse kertoa samoja asioita toistuvasti, mutta toisaalta “lääkärit ei niinku ala millekään sun kanssa, jos sun papereissa lukee, että sää oot [korvaushoitoyksikön] asiakas.”. Erityisesti mielenterveys- ja päihdepalveluiden sekä mahdollisesti muuta lääkettä vaativan kuntoutuksen yhteensovittaminen näyttöäytyi aineistossamme haastavana yhtälönä.

Palveluiden yhteensovittamisen haasteiden taustalla voi olla monenlaisia syitä, kuten esimerkiksi palveluiden pirstaleisuus ja kuormittuneisuus sekä puutteellinen tiedonkulku ja yhteistyö eri toimijoiden välillä. Lisäksi mielenterveys- ja päihdeongelmien syy-seuraussuhteet eivät ole yksiselitteisiä, mutta niitä hoidetaan usein omilla toisistaan erotetuilla sektoreillaan. Tämä voi johtaa siihen, että asiakasta pompotellaan palvelusta toiseen sen perusteella, kumman ongelman hoito katsotaan ensisijaiseksi. Haasteiden minimoimiseksi eri yksiköiden tulisi tehdä entistä tiiviimpää yhteistyötä asiakkaan niin salliessa. Asiakaslähtöisyyden näkökulmasta sujuva tiedonkulku on tärkeää, sillä samojen asioiden toistaminen jatkuvasti voi olla uuvuttavaa (esim. Rounioja 2014). Tiedonkulun kannalta haasteiksi nousivat aineiston perusteella työntekijöiden vaihtuminen sekä se, että työntekijät, erityisesti lääkärit ovat harvoin tavoitettavissa. Lisäksi haasteita tuottavat eri tahojen asiakastietojärjestelmät sekä tietosuoja- ja salassapitosäännökset.

5.2 Asiakkaan osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet

Käsittelimme haastatteluissa myös itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden teemoja asiakkaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien kautta. Edellä mainitut kytkeytyvät asiakaslähtöisyyteen tiiviisti. Osallisuus yhteiskuntaan voi lisätä kuntoutujan kokemusta itsearvostuksesta sekä omasta toimijuudesta (Laine & Annila 2015, 273.) Haastateltavat kertoivat korvaushoidon mahdollistaneen heidän elämässään monia asioita, jotka olivat lisänneet tunnetta osallisuudesta omassa asiassa sekä suhteessa yhteiskuntaan. Korvaushoidon keskeisin vaikutus haastateltavien arkeen oli oman toimintakyvyn koheneminen, mikä on kiinnittänyt heitä vahvemmin omaan arkeen sekä yhteiskuntaan. Haastatellut kuvasivat korvaushoidon parantaneen heidän arkirytmäänsä sekä itsenäistä suoriutumista. Haastatellut kokivat arjen tavanomaiset rutiinit ja niiden toteutumisen tärkeänä.

“Korvaushoidon kautta on tullu tasapaino elämään ja kaikki niinku rytmit on rytmittyny, että kaikki aikataulut pysyy. Sitten pystyy tekee niinkun normaalia, töitä, siivoamaan kotona, tälleen, että ku se ei onnistunut sillo käyttöaikana että.. kaikki aika meni siihen, että saa sen seuraavan annoksen. Sit ku sitä väsy niin nopeasti, ettei oikeen sitten pystynyt tekee mitään. Et on se sitten, se on auttanu siinä, et nyt on työpaikat saatu.” (Haastateltava 1)

“- - se on se toiminnallisuus tullu nyt ja sit se et, normaali elämä. Alussa oli vähän, et ymmärsikö sitä oikein, mitä se normaali elämä on, ku sitä oli niin

pitkään semmosessa sumussa eli et...Kyl sitä sit aika nopeasti käsitti sen, että oikeesti on päässy pois siitä.” (Haastateltava 1)

“No onhan se tietenki, että päässy pois sieltä huonoista piireistä ja pystyy niinku elää niinku näin suht normaalisti. Et olee terveenä ennen kaikkea - -” (Haastateltava 3)

“- - Se pitää niinku sitä toimintakykyä yllä. Ei sitä muuten pääsis mihinkään.” (Haastateltava 2)

“--Miten mä selittäisin sen, jos mä oisin lopettanu sen [korvaus]hoidon, niin mä oisin sitte niinku oikeesti narkkaamassa tuolla, mulla ei ois rahaa ja -- [lapsen] kanssa ei oltas sitten näin pitkällä.. - -” (Haastateltava 4)

Haastateltavien kokemuksen mukaan asiakkaan mielipiteen huomioiminen hoidossa ja palveluissa vaihtelivat. Haastateltavat kertoivat esimerkkejä tilanteista, joissa he ovat saaneet vaikuttaa omaan hoitoonsa. Haastateltavat kokivat olleensa osallisina kuntouttavan työtoimintansa suunnittelussa ja kuvailivat, että kuntouttava työtoiminta oli järjestetty heidän toiveidensa mukaisesti. Haastateltavat kertoivat, että heillä on mahdollisuus lisätä tai vähentää työpäiviä tai -tunteja oman vointinsa ja toiveidensa mukaisesti. Lisäksi haastateltavat saivat vaikuttaa lääkkeenhaun ajankohtaan kotilääkeoikeuksien sallimissa puitteissa. Haastateltavien kertomassa korostui, että lääkkeenhaku sekä kuntouttava työtoiminta on pyritty sovitamaan yhteen paitsi keskenään, myös muun arjen kanssa. Yksi haastateltava toivoi lääkkeenhaun suhteen aamuaikoja oman arki- ja unirytmien pitämiseksi, toinen puolestaan toivoi myöhempää aikoja voidakseen suoriutua aamurutiineista sekä matkasta ilman kiireen tuntua. Lääkkeenhakuaikatauluihin on haastateltavien mukaan mahdollista sopia muutoksista asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Joustavuus ja pienenkin sovittamisen mahdollisuus asiakkaiden tarpeiden mukaisesti lisäsivät asiakkaiden positiivista kokemusta palveluiden vastaanemisesta heidän tarpeisiinsa. Tämä puolestaan lisää asiakkaiden sitoutumista ja motivaatiota osallistua palvelu- tai hoitoprosessiin sekä siinä onnistumiseen. (Virtanen ym. 2011, 21.)

“ Joo niin ne muutettiin sillo ne hakupäivät, että ei mee noiden töiden kanssa päällekkäin... ja ei tarvii ilman lääkettä töissä olla.”(Haastateltava 3)

“ Joo, se on niinku yhteisymmärryksessä niinku asiallisesti sanoo, että joo on vähän tympeä sit ku myöhästyy aina töistä nii sovittiin sit sillee et haen ne niinku [viikonpäivä] ja se sopi mulle ja hoitajille hyvin. Se on toiminu ihan hyvin silleen. Välillä sitte tulee extra-lääkkeitä esim ku, jos on niinku joitain pitkiä pyhiä tai tämmöset joulunajat, niin saattaa tulla niinku muutama extra-päivä siihen. Ei tarvii sitten täällä käydä, ku linja-autot kulkee niin harvakseltaan. Saa viettää sen joulun ihan rauhassa. - -” (Haastateltava 1)

“ - - kyllä siihen [lääkkeenhakuun] pystyy tollain sanomaan ja myös välillä joustetaan että vaikka... ois joku [lapsen] tapaaminen ja ei pääsis käymään niin voi siirtää sitä päivää ja tulla vasta seuraavana päivänä ja sillain niin niitäki kuunnellaan tietenki niinku sen tilanteen mukaan.”(Haastateltava 4)

Kunkin haastateltavan yksilölliset näkemykset ja toiveet oli huomioitu korvaushoitoa toteuttaessa myös sen suhteen, miten heidän läheisensä olivat mukana työskentelyssä. Haastateltavien mukaan läheiset voivat osallistua tapaamisille asiakkaan luvalla, ja niin sanottuja perhekeskusteluja järjestetään asiakkaan esittämien toiveiden mukaisesti. Osalle haastatelluista läheisten tuki korvaushoidon aikana on ollut merkittävää. Asiakkaan aiempi huumeiden käyttö on voinut aiheuttaa haittaa myös hänen läheisilleen sekä vaikuttaa negatiivisesti suhteisiin läheisten ja sukulaisten kanssa. Täten on tärkeää, että asiakkaalle ja hänen läheisilleen on tarjolla yhteisiä keskusteluaikoja, jossa tarvittaessa läheiset saavat tietoa korvaushoidosta ja tapahtumia voidaan käsitellä myös heidän näkökulmastaan.

“No se on ihan itestä kiinni että jos sää haluat että se [puoliso] ei tuu matkaan niin silloin se ei tuu. Mutta jos se ei taas häiritte, että se on niin saa se sitten tulla siihen matkaan. Se on ihan tapauskohtainen.” (Haastateltava 2)

“ - - Ja ollaan mietitty nyt sitte semmostaki, että voisin joskus mun oman äiti kutsua siihen sellaisiin yhteispalaveriin, ku se on nähny sen mun niinku päihdekierteen, että mitä se oli... sais sitten hänen näkökulmastaan kysyä, että miten se on häneen vaikuttanu sitten.” (Haastateltava 1)

“Mmm no silloin tosiaan, ku alko se hoito sillo nii olikohan kerran, pari sillai että oli puoliso mukana niinku [omahoitajan] tykönä käytiin, mutta eipä siinä oo ollu mitää sitte semmosia isompi muotoisia sitte. Miksipä niitä nyt oisikaan tarvinnu olla.” (Haastateltava 3)

Korvaushoito ja sen myötä mahdollistunut päihteetön elämäntapa voi edistää asiakkaan sekä hänen läheistensä välisiä suhteita. Aineistossa nousi esiin, että korvaushoito voi edistää asiakkaan omien läheistenkin päihteettömyyttä tai muuttaa heidän suhtautumistaan päihteisiin. Lisäksi onnistunut korvaushoito voi tukea huostaanotetun lapsen ja hänen vanhempiansa tapaamisia sekä vahvistaa heidän välistä suhdettaan. Korvaushoidon ja toimintakyvyn kohe-
nemisen myötä asiakkaan on mahdollista olla entistä enemmän osallisena omassa asiassaan ja elämässään (ks. Esim. Raivio & Karjalainen 2013). Korvaushoidon myötä ihmissuhteet olivat osalla haastatelluista palautuneet tai parantuneet.

“ - - Hänelläkin [puolisolla], ei niinku näitten huumeiden kanssa, mutta alkoholia tuli käytettyä. Mun hoidon myötä hänenkin raittius on lähteny käyntiin. - -”(Haastateltava 1)

“ - - seki on niinku hyvä juttu että [lapsen] kans pikkuhiljaa päästään eteenpäin - -”(Haastateltava 4)

Osalla haastatelluista oli myös kokemuksia tilanteista, joissa heidän mielipidettään, toivetaan tai tarpeitaan ei ole huomioitu. Haastateltavilla sekä kussakin tilanteessa kuvatulla ammattilaisella oli hyvin eriävät näkemykset tilanteesta, ja ammattilainen toimi oman näkemysensä mukaisesti ohittaen asiakkaan mielipiteet ja toiveet. Haastatelluille oli usein jäänyt epäselväksi, miksi heidän näkemyksiään ei ollut otettu huomioon, sillä heidän mukaansa tällaisissa tilanteissa työntekijä ei välttämättä ole perustellut ratkaisujaan.

Aineistossa kävi ilmi, että ammattilaisen vallankäyttö olisi helpompaa hyväksyä, jos ammattilainen antaa toiminnalleen perustelut. Haastatellut kuvasivat erityisesti lääkäreillä olevan ylivaltaa suhteessa asiakkaisiin ja muihin terveydenhuollon ammattihenkilöihin, ja että lääkärin päättävät asioista ilman perusteluja eikä asiakkailta ole mahdollisuutta kyseenalaistaa ratkaisuja. Lisäksi ilmeni tilanteita, joissa asiakkaille aiemmin järjestetty hoito keskeytettiin vastoin asiakkaan toiveita hänen muuttaessa paikkakunnalta toiselle. Sosiaalityön osalta aineistossa ilmeni kritiikkiä siitä, että asiakkaalla ei katsottu olevan tarvetta palveluille, vaikka asiakas itse olisi toivonut ammattilaisen näkökulmaa ja apua omaan tilanteeseensa. Tilanteissa, joissa asiakkaiden mielipide, toive tai tarpeet sivuutettiin, ongelma näyttäytyi määritellyn ulkoapäin. Asiakkaalla ei näyttänyt olevan tilaa kyseenalaistamiselle, vaan heidän oli tyydyttävä asiantuntijan ratkaisuun. Alla kuvatut tilanteet ilmentävät myös palveluiden tai hoidon piiriin pääsyn korkeaa kynnystä.

“Se ku joku lääkäri laittaa pikkusen jarruja päälle, ettei mittään niin se kans pysyy siinä... Se on ihan turha sitten kyselläkään.” (Haastateltava 2)

“ - - Siinä oli mun [puoliso] ja omahoitaja mukana niin se lääkäri sano, et ne mennee pois huoneesta ja sitte ku ovi meni kiinni niin se sano suoraan, että en mä sulle mittää hoitoja alota, että ala harrastamaan liikuntaa tai lenkkeilemään niin kyllä se [arvo] siitä nousee.” (Haastateltava 2, erään lääkehoidon jatkamisesta toiselta paikkakunnalta muuttaessa)

“ - - Niin sen [sosiaalityöntekijän] kans onnistuu mut sitten on jotain, mitä niitä mullaki on vaiheltu niin mää en oo ees päässy niitten [sosiaalityöntekijöiden] ajoille, vaikka mää oon pyytäny - - mää ootin sitä soittoa, mää soitin sinne ja pyysin siltä ajan niin se kysy, että mistä asiasta ja mää sanoin, että yleisesti

raha-asiat ja muutenki haluaisin käydä jutteleen ja kattoon vähän niinkö että mikä näkökulma niillä ois mun elämäntilanteeseen ja muuta. Niin se soitti kahden viikon päästä, että, se oli joku se sihteeri, että ei hän tota, että hänen mielestä sinulla ei ole oikeeta tarvetta tänne niin ei ole aikaa antaa, että voit kysyä minulta jos tarvit jotakin niin mää että määhän just yritin sulle selittää ja sää sanoit että et voi tehdä asialle mittään niin... Se oli siinä. Että tavallaan mää veikkaan, että aika monilla on sitte tuollasta mutta mää oon onnellinen että mää sain just sen kivan sieltä. - - “ (Haastateltava 4)

Haastateltavien kokemukset omien mielipiteiden huomioimisesta lääkehoidon suunnittelussa vaihtelivat. Kahdella haastateltavalla oli käytössään Suboxone ja kahdella metadoni. Yksi haastateltava kertoi saaneensa lääkkeeksi Suboxonen omien toiveidensa mukaisesti, mutta häneltä edellytettiin rauhoittavien lääkkeiden lopettamista Suboxonen määräämiseksi. Toinen Suboxone-lääkitystä käyttävä haastateltava puolestaan kertoi, että lääke on ollut hänellä hoidon aloittamisesta asti, mutta hän ei saanut vaikuttaa lääkkeen valintaan eikä tuonut esiin perusteita, joilla Suboxone oli hänelle määrätty. Molemmat haastateltavat ilmaisivat tyytyväisyytensä lääkitykseen ja kertoivat, että annostusta on voitu arvioida uudelleen, mikäli negatiivisia sivuvaikutuksia on ilmennyt.

“- Tosi tyytyväinen oon ollut lääkkeeseen. Aluksi oli vaikeuksia saada se tasoitettua. Nyt se on ollut niinku tasainen ja ei oo ollut mitään ongelmia. Että hyvin riittää ja kantaa. Ei tuu vieroitusoireita.” (Haastateltava 1)

“- Niillä on sitte erikseen sellainen taulukko tai semmonen paperi, mistä ne niinku kattoo ja kyselee että onko hikoilua, onko ärtyneisyyttä, verenpaineet kattovat ja tälleen. Ja siitä sitte hoitaja lähettää viestiä lääkärille ja sitte ne päättää onko annosta hyvä nostaa tai laskea”. (Haastateltava 1)

Metadoni-lääkityksen suhteen kokemukset olivat erilaiset ja vaikutusmahdollisuudet koettiin vähäisemmiksi. Toinen haastateltava kertoi, ettei hän saanut vaikuttaa lääkitykseen millään tavalla: jos lääkitys päätetään, se päätetään eikä ammattihenkilöiden ei tarvitse perustella valintaa millään tavalla. Haastateltava oli tyytyväinen lääkitykseensä ja kertoi sen parantaneen hänen toimintakykyään. Toinen puolestaan ilmaisi selkeän tyytymättömyytensä metadoniin ja koki siitä olleen pääosin haittaa. Haastateltava kertoi toivoneensa Suboxone-lääkitystä ja tehneensä kaikkensa kyseisen lääkityksen saamiseksi. Haastatellun mukaan lääkäri oli kertonut hänelle, ettei hänen toivomaansa korvaushoitolääkettä voida myöntää hänelle, sillä sitä ei voida antaa niille, jotka aloittavat hoidon uudelleen. Haastateltu on kokenut tämän epäreiluna, sillä hänen mukaansa hoidossa on myös niitä, jotka ovat saaneet kyseisen lääkkeen, vaikka ovat aloittaneet hoidon useamman kerran ja joka kerta samalla lääkkeellä.

Tämä vaikutti negatiivisesti haastatellun motivaatioon hoidon suhteen, mutta hän päätti kuitenkin jatkaa hoidossa.

“Että se on kans vähä huonosti, että monet muutkin on valittanu siitä, että pitää aloittaa sillä [metadonilla]. Ku se on kuitenkin ite, joka sen juo sen lääkkeen ja se on ite, joka tavallaan...jonka tulevaisuus siinä on nii se on vähä tyhmää, että joku toinen kiristää tavallaan et jos haluat lopettaa ton kadulla olemisen nii sitte sä otat tätä paskaa niinku tai sitte oot siellä. Se on tosi tyhmästi. Mä oon sanonu siitä tuollakin monta kertaa, mutta eihän meitä kuunnella. Se on yks semmonen, mikä kyllä on tuolla kaikilla muillakin.” (Haastateltava 4)

Negatiivisiin kokemuksiin näytti liittyvän vahvasti asiakkaan toiveiden ohittamista, epä tietoisuutta ja ratkaisujen perustelematta jättämistä. Eduskunnan oikeusasiamies on korvaushoidon lääkehoitoa koskevassa kanteluratkaisussaan (2010, 2) todennut, että potilaslain 6 §:n säännös, jonka mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, ei tarkoita, että lääkkeen määrääjän tulee kaikissa tilanteissa suostua potilaan ehdottamaan hoitoon. Oikeusasiamies katsoo, että tilanteissa, joissa potilaan ehdottama hoito ei ole lääketieteellisesti perusteltua tai lääkkeen määrääjä ei voi varmistua hoidon turvallisuudesta, ratkaisun tekee viime kädessä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (28.6.1994/559) 22 §:n perusteella lääkäri. Ratkaisun on kuitenkin aina perustuttava potilaslain hengen mukaisesti yksilöllisiin ja tilannekohtaisiin, lääketieteellisesti hyväksyttäviin perusteluihin, ja ratkaisun perusteista on annettava riittävä selvitys potilaalle (mt., 3; potilaslaki 3 §, 5 §). Hoitoon tyytyväisyyden suhteen merkitystä voi olla sillä, mikä korvaushoitolääkitys asiakkaalla on ja millaisia sivuvaikutuksia lääkitys mahdollisesti tuottaa. Metadoniin suhtautuminen voi olla kielteistä, sillä sen koetaan aiheuttavan väsymystä, hampaiden kunnon heikkenemistä, painon nousua ja muutoksia psyykkiseen vointiin (Kautiainen 2012, 65). Toisaalta tyytyväisyyteen voivat vaikuttaa muutkin seikat, kuten saatu kohtelu ja informaatio sekä kuulluksi tuleminen kokemukset.

Hoidon päättymisen teema nousi jollain tapaa esiin useamman haastateltavan kanssa. Haastateltavat olivat pääsääntöisesti sitä mieltä, että hoito keskeytetään silloin, kun asiakas ei sitoudu hoitoon tai sen sääntöihin. Kaksi haastateltavaa toi esiin näkemyksiä korvaushoidon lopettamisesta kuntoutumisen edetessä riittävästi. Toinen haastatelluista kertoi tilanteesta, jossa lastensuojelun sosiaalityöntekijä oli tiedustellut haastateltavalta, oliko hän ajatellut korvaushoidon lopettamista. Haastateltu koki kysymyksen negatiivisena, sillä hän oli ollut hoidossa vasta muutaman kuukauden ajan. Korvaushoito on hoitomuoto, jossa asiakas voi

olla koko loppuelämän ja kysymys hoidon lopettamisesta voi näyttäytyä asiakkaalle painostuksena ja ymmärtämättömyytenä. Työntekijän kysymyksen taustalla on voinut olla mahdollisesti tietämättömyys korvaushoitoon liittyvissä asioissa. Asiakkaan kannalta olisikin tärkeää, että hänen kanssaan työskentelevillä työntekijöillä olisi tietoa asiakkaan korvaushoittoon liittyen. Toinen haastateltava toi esiin, että hoidon lopettamisen miettiminen tulee joskus ajankohtaiseksi, mutta ei pitänyt sitä sellaisena tällä hetkellä. Hänen käsityksensä mukaan hoidon päättäminen aikanaan on asiakkaan oma päätös, ja päätöksen ja lääkityksen vähentämisen jälkeen on mahdollista palauttaa lääkitystä asiakkaan tarpeen mukaan. Asiakas ei ollut vielä ottanut asiaa puheeksi omien työntekijöidensä kanssa, mutta koki työntekijöiden olevan hänen tukenaan hoidon lopettamisessa silloin, kun se alkaa olla ajankohtaista.

“ - - Ei sitä uskalla alkaa vielä miettiä sellasta vaihtoehtoa ite ainakaan. Se voi sit nii nopeaan vetästä tuonne takasi että... Pitää olla hyvin henkisesti ensin valmiina ennen ku alkaa miettiä semmosia.”(Haastateltava 3)

Korvaushoidon asiakkaiden kuntoutuminen on pitkä ja monimutkainen prosessi, jossa keskiössä ovat riippuvuuden fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät sekä työllisyys- ja taloudellisen tilanteen kohentaminen (Tourunen ym. 2009). Asiakkaan monisyisen tilanteen ja taustojen vuoksi kuntoutumiselle on annettava riittävästi aikaa ja edettävä asiakkaan omien toiveiden ja näkemysten mukaisesti. Eräs haastateltavista kuvasi huomanneensa, että hänen edetessä liian nopeasti tai ottaessa liikaa tavoitteita itselleen kerralla seuraa stressaantuminen, minkä vuoksi hän tekee pikkuhiljaa asioita. Hän kertoi, että stressaantuminen puolestaan saattaa johtaa notkahduksiin. Korvaushoidossa on tärkeää huomioida asioiden ja hoidon eteneminen asiakkaan tahtiin. Liialliset tavoitteet voivat tuntua ylitsepääsemättömiltä ja aiheuttaa asiakkaassa alemmuuden tai epäonnistumisen tunteita. Mikäli asiakas kokee hoidon vaatimukset liian korkeina, voi hän ahdistua, ylikuormittua ja turhautua hoitoon, minkä takia hän voi harkita hoidon lopettamisen ainoana vaihtoehtonaan. Tärkeää on, että työskentely ja tavoitteet määritellään lyhyelle ja pitkälle aikavälille siitä näkökulmasta, minkä asiakas itse esittää.

Asiakkaiden näkemysten ja mielipiteiden huomioimisesta käydyissä keskusteluissa korostui kumppanussuhteen ja aidon yhteistyön merkitys. Juhila (2012, 137–138) kirjoittaa asiakkaan ja työntekijän välisestä kumppanuussuhteesta sekä siihen liittyvästä horisontaalisesta asiantuntijuudesta, jossa lähtökohta on, ettei kummallakaan työskentelysuhteen osapuolella ole sellaista asiantuntijuutta, joka ylittäisi toisen asiantuntijuuden. Haastateltavat painottivat,

etteivät he voi päättää itse kaikesta ja ammattilaiset tekevät viime kädessä palveluita ja hoitoa koskevat ratkaisut. Haastateltavat pitivät tärkeänä kuulluksi tulemistä sekä ratkaisujen perustelemista niissä tilanteissa, joissa näkemykset olivat eriävät ja työntekijän näkemys sai suuremman painoarvon. Lisäksi tunne siitä, että ammattihenkilö pyrkii työskentelemään ja tekemään ratkaisuja asiakkaan tilanteen parantamiseksi, koettiin merkitykselliseksi. Asiakaslähtöisyyden edistämiseksi eräs haastateltava ehdotti jonkinlaista palautteenantokanavaa, kuten palautelaatikkoa, jonka kautta asiakkaat voisivat tuoda epäkohtia ja ehdotuksia työntekijöiden tietoon. Lisäksi kaksi haastateltavaa toivoi ammattilaisten, ensisijaisesti lääkäreiden kiinnittävän enemmän huomiota paitsi asiakkaiden omiin, myös tarvittaessa kollegojen näkemyksiin sen sijaan, että näkisivät asiassa vain oman kantansa. Haastateltavat kokivat, että lääkärit voivat päättää hoitoon liittyviä asioita ratkaisujaan perustelematta ja haastateltavien mukaan asiakkaiden oikeusturvan kannalta olisi tärkeää saada tarvittaessa myös toisen lääkärin mielipide hoitoa koskevissa asioissa.

“ - - Kyllä mää tiän että se [aikuissosiaalityöntekijä] on kuitenkin se, joka päättää asiat, mut se kuuntelee kyllä tosi hyvin ja yrittää tsemppata ja kertoo ne syyt, perustelee asiat eikä vaan silleen että ‘joo kuule ei onnistu ei, mee vaan pois heippa’, vaan se oikeesti kertoo että tässä kävi nyt näin ja se yrittää mahdollisimman paljon auttaa mua, että mää pääsisin sinne kuntouttavaan työhön ja saisin uuden asunnon, missä haluais asua seuraavat kakskyt, vaikka nelkyt vuottaki. Kaikki tällanen, että sais asiat järjestykseen niin se yrittää siihen pyrkiä.” (Haastateltava 4)

“ - - se kuuntelee ja sitte vaikka se ois eri mieltä niin se on ok. Ettei siitä tuu sitte semmosta että ‘jaa no ei sitte’, vaan sitä on silleen että ‘selvä, katotaan toinen asia sitten’. -- Et tosiaan soskunki kans on, mutta tosiaan nyt tämä harvinaisuus niin... Veikkaan että ei oo kaikilla.” (Haastateltava 4)

“ - - ne on meidän hoitajia ja ns. yläpuolella ku me, ja me ollaan tavallaan niitten alaisia, koska mehän niinku ollaan niitten ne asiakkaat niin ne on ylempällä tasolla siinä mielessä. Niillä on semmonen auktoriteetti. Niin että meitä otettais enemmän ihmisinä huomioon ja just se, että sais laittaa sitä palautetta kaikki, en vaan minä, vaan niinku oikeesti kaikki ketkä haluaa. Niin että se muutos ei tapahdu näin, -- mutta sillain, että ne otettais huomioon ja käytäis niitä läpi että jos vaikka joku tietty asia toistuu toistuu toistuu kokoajan niin kyllähän siinä joku ongelma silloin täytyy olla. Niin semmoista ratkaisua, vähän enemmän yhteistyötä. Tottakai että ei me nyt määrätä mitä tehdään tietenkään. Ja siis kaikki rangaistukset, kaikki tämmönen tottakai, koska ne kuuluu tähän hoitoon mut se... - - niinku semmonen, että enemmän semmosta inhimillisyyttä ja yhteistyötä. Ja ehkä niinkö luottamustaki ihan pikkusen joillekki ainaki. Että otettais enemmän huomioon myös meitä, niin se ois ihan tosi hyvä.” (Haastateltava 4)

“ - - Ja sitten tuo, että se ei pelkästään ois sillä [lääkärillä] se... Oman hoidon suhteen se diktaattoriasema, että sitä vois kattoa sen muittenki näkökulman siihen, että tarviiko hoitoa vai eikö tarvi.” (Haastateltava 2)

“No [omahoitaja] on sellanen, että se näkkee niinku omanki kannan siinä asiassa, että ite ei oo aina siinä väärässä... Että ku ne aattelee, että kerran narkki, aina narkki, se juoksee vaan lääkkeen perässä. Mutta jos ne näkkee sen omanki tilanteen mitä se on, ku sen kanssa on joka viikkoki tekemisissä.” (Haastateltava 2)

Asiakkaan ja työntekijän välinen suhde, joka kannustaa asiakasta, perustuu reflektiivaan dialogiin, jossa ammattilainen pyrkii ymmärtämään asiakkaan subjektiivisuutta ja ainutlaatuista todellisuutta. Tällaista suhdetta kuvaa ammattilaisen kyky nähdä asiakas kanssaihminenä, ei pelkästään huumeongelmaisena. (Billquist & Skärner 2012, 38.) Reflektiivisyys on keskeistä, sillä sekä asiakas että työntekijä tuovat kohtaamisiinsa erilaisia tietojaan, jotka asettuvat yhteen ja muodostavat uudenlaisia yhteyksiä ja suhteita eikä täten ole mahdollista etukäteen arvioida, millaisia merkityksiä niistä syntyy. Jos henkilö kuvaa esimerkiksi toisen päihdeongelmaa, esitetty tieto saattaa olla osittaista tai vain yksi mahdollinen tulkinta asiasta. Siksi on tärkeää, että asiakkaalla itsellään on mahdollisuus kertoa oma näkemyksensä eli oman asiantuntijatietonsa omassa asiassaan. (Juhila 2012, 141.) Vaikka työntekijällä on ammattinsa puolesta paljon asiantuntijatietoa, ei voida kiistää, että todennäköisesti myös asiakkaalla on tuntemusta erinäisistä asioista. Viranomaisen ja asiakkaan asiantuntijuutta ei tule nähdä toisiaan poissulkevinä, vaan toisiaan täydentävinä.

5.3 Oikeudenmukainen kontrolli ja valvonta

Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on yksi keskeisimmistä asiakaslähtöisyyden osa-alueista ja sen rajoittaminen nähdään pääsääntöisesti asiakaslähtöisyyttä heikentävänä tekijänä (esim. Rostila 2001, 36). Toisaalta myös itsemääräämisoikeuden perusteltu rajoittaminen voidaan nähdä osana asiakaslähtöistä toimintaa, sillä perustellun rajoittamisen nähdään luovan turvaa kuntoutumisessa ja parantavan itsenäistä suoriutumista pitkällä aikavälillä (ks. esim. Laitila 2010; Kokko 2018). Korvaushoitoon liittyvät säännöt ja rajoitukset koetaan aineiston mukaan pääsääntöisesti hyvinä ja niiden tarve perusteltuna. Haastatellut ymmärsivät korvaushoidon erityislaatuisena hoitomuotona, jonka eteen kukin heistä oli joutunut näkemään vaivaa. Aineistosta kävi ilmi, että hoitoon motivoituneet asiakkaat ovat valmiita sitoutumaan tiukempiin sääntöihin ja niiden rikkomisesta johtuviin seurauksiin.

Useimmat hoitoon liittyvistä säännöistä olivat haastatelluille selviä. Lääkkeenotto toimipaikassa on valvottua, ja lääkkeenoton yhteydessä asiakkailta otetaan seuloja sekä puhallutuksia ja tarkistetaan kädet mahdollisten pistojälkien varalta (ks. myös Aalto 2015, 14–15; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 180). Lisäksi asiakkaita saatetaan kutsua yllätysseuloihin ennalta arvaamatta, jolloin heillä on muutama tunti aikaa saapua paikalle ja antaa näyte.

Haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että korvaushoito on jollain tapaa rajoittanut heidän elämäänsä ja arkeaan. Haastateltavien kertomuksissa korvaushoidon sitovuus ei kuitenkaan näyttäytynyt kovin negatiivisena asiana, sillä korvaushoito on ollut heille ainutlaatuinen mahdollisuus uudenlaiseen elämään ja korvaushoitokäynnit ovat struktuoineet arkea. Osa haastateltavista toi esiin, että päivittäisen lääkkeenhaun vuoksi pidempien matkojen tekeminen oli hankalaa ja niistä on pitänyt keskustella etukäteen hoitavan tahon kanssa. Päivittäisen lääkkeenhaun voidaan katsoa rajoittavan asiakkaan liikkumisvapautta (PeL 9 §). Spontaani matkustelu ei tullut kysymykseen, mutta suunnitelmallisten lomamatkojen suhteen hoitava taho pyrki joustamaan mikäli asiakas otti asian puheeksi riittävän ajoissa. Aineistossa ei ilmennyt, millaisiin seikkoihin korvaushoitoyksikön henkilökunnan päätökset perustuivat tai millaista merkitystä haastateltavien sitoutuneisuudelle ja motivoituneisuudelle annettiin (ks. korvaushoitoasetus 6 §).

“No.. eipä oikeastaan, että kesälläki ku oli lähössä kaverin mökille, niin jos tarvi useampia lääkepäiviä niin niistä kyllä pysty hoitajan kanssa keskenään sopimaan. Että se anto niitä ylimääräisiä päiviä vähän niinku omalla luvallaan. Mutta periaatehan on se, että lääkäreiltä kysytään ja ne pittää kysyä aina hyvissä ajoin, että sulla ei saa olla niinku sellaisia extempore-lähtöjä, että nyt on mahdollisuus lähteä mökkeilemään, että lähetään. Ja ne pittää niinku paria viikkoa aikasemmin jo sopia.” (Haastateltava 2)

“Koeksä, että se rajoittaa sun elämää, tuo korvaushoito?”(Haastattelijä)

“Mm. Kyllä se siinä mielessä vähän tekee.”(Haastateltava 2)

“No siis onhan sitä aika kiinni sillai, että ku se tosiaan joka päivä on sitte, että eihän sitä oikee sillai voinu tehdä mitää semmosia reissuhommia tai tämmösiä oikeastaan sillo ollenkaan, että kyllähän sitä on sillo aika kiinni siinä hommassa, että tosiaan pitää päivittäin käydä. Onhan se vähä hankalaa tietenki.” (Haastateltava 3)

Kaikille haastateltaville oli kertynyt kotilääkeoikeuksia eikä heidän tarvinnut nykytilanteessa käydä korvaushoitoyksikössä päivittäin. Kotilääkeoikeudet ovat kytköksissä rikkeetömään hoitoon sekä työssä käymiseen (ks. myös korvaushoitoasetus 6 §). Laine ja Annila (2015) huomasivat kotilääkeoikeuksien varhaisen, mutta ehdollisen saannin toimivan houkuttimena aktiiviselle työnhauulle. Selkeät sopimukset edistävät korvaushoidossa olevien konkreettista vaikuttamista hoitoonsa ja työkuuntoiseksi pyrkiminen vaati heiltä oman elämän järjestämistä. Näissä asiakkaat olivat yllättävän aktiivisia ottaen huomioon sen, että tuetulla toimeentulolla eläessään he hyötyivät palkkatulosta vain vähän, sillä palkkatulo vaikuttaa heikentävästi sosiaalietuuksiin. (Mt., 276.) Laineen ja Annilan (2015, 273) mukaan työllistymistä voidaan pitää yhtenä onnistuneen korvaushoidon mittarina.

Haastateltavat kokivat kotilääkeoikeudet tärkeiksi, ja että ne ovat tehneet arjesta vapaampaa. Korvaushoidossa asiakkaille tehdään ajoittain kotilääketarkastuksia, joissa asiakasta pyydetään tuomaan esille korvaushoitolääkkeet asianmukaisessa lääkerasiassa. Tämän tarkoituksena on varmistaa, että lääkettä on oikea määrä ja oikealla henkilöllä sekä estää lääkkeiden joutumista väriin käsiin. Korvaushoitoon voi hakeutua myös asiakkaita, joiden tavoite ei ole päästä eroon huumeista vaan saada korvaushoitolääkkeitä muihin tarkoituksiin, esimerkiksi myyntiin, jolloin kyse on niin sanotusta väärinkäytöksestä (Kautiainen 2012, 57). Oikeudellisesta näkökulmasta taustalla ovat täten utilitaristiset perusteet, eli pyrkimys ehkäistä korvaushoitolääkkeen ajautumista katukauppaan ja -käyttöön (ks. Tuori & Kotkas 2016, 512; Weckroth 2006, 13). Monet korvaushoidossa olevat asiakkaat suhtautuvat kielteisesti korvaushoidon väärinkäyttöksiin eli lääkkeiden piilottamiseen, myymiseen ja oheiskäyttöön (Honkala 2009, 30). Kielteinen suhtautuminen korvaushoitolääkkeiden väärinkäyttöön näkyi vahvasti myös haastateltaviemme kertomassa. Kukaan haastateltavista ei ole kokenut ongelmaksi ottaa korvaushoitolääkettä valvotusti ja he kokivat hyvänä sen, että valvotun lääkkeenoton avulla voidaan ehkäistä lääkkeen joutumista väriin käsiin.

Rikkeet ja niistä aiheutuvat seuraukset olivat pääosin kaikkien haastateltavien tiedossa. Haastateltavien mukaan positiiviset huumeuseulat johtavat kotilääkeoikeuksien menettämiseen ja viime kädessä tiivistämiskäytökseen. Myöhästymisistä seuraa se, että kyseisen päivän lääkeannos jää saamatta. Haastatteluista ilmeni, että korvaushoitoyksikön asiakkailla on 10 minuutin ”myöhästymisvara” sovitusta lääkkeiden hakuajasta. Kaikki haastatellut kokivat

rikkeistä koituvat seuraukset pääosin perusteltuina ja olivat sitä mieltä, että sääntöjen noudattamatta jättämisestä on seurattava sanktio. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että mikäli asiakas lähtee korvaushoitoon, sitoutuu hän samalla sitä koskeviin sääntöihin.

“- - Kyllähän sitä, jos haluaa tähän hoitoon, kyllähän sitä pitää olla omistautunu siihen hoitoon ja omaan prosessiin, että... -” (Haastateltava 3)

“On se hyvä, että on niitä sääntöjä, että... En tiää minkähänlainen se hoito ois, jos niitä ei ois niitä sääntöjä että... Kai ne on ihan tarkoituksella tehty ne säännöt - -”(Haastateltava 1)

“ - - Sen tietää, että jos tähän lähtee pelleilläkseen tai kokeillakseen niin se loppuu kyllä hyvin äkkiä. Eikä siinä oo mitään järkeä, että sää lähet hakemaan korvaushoitoa ja sitte pelleilet muiden kanssa.” (Haastateltava 2)

“- - Mää tiään että jos mää teen jotain väärin niin siitä seuraa jotain ja mää oon sen tiedostanu. - -” (Haastateltava 4)

“ - - Että jos mää tuun vaikka myöhässä ja sanon että vittu määhän otan sen lääkkeen niin ei se vaan niin mee. Kyllä se ovi hyvin äkkiä läimähtää kiinni. - -” (Haastateltava 4)

Haastatteluaineistossa ilmeni, että tieto korvaushoidon käytännöistä vaikuttaa osaltaan siihen, miten asiakkaat niihin suhtautuvat. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö ja asiakaslähtöisyyden toteutuminen edellyttävät, että asiakkaalle annetaan riittävä selvitys eri vaihtoehtoista, asiakkaan oikeuksista ja velvollisuuksista sekä hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista (asiakaslaki 5 §; potilaski 5 §; De Silva 2014, 1). Tietämättömyys ja epäselvät säännöt voivat herättää asiakkaissa epävarmuuden ja epäoikeudenmukaisuuden tunteita. Eräs haastateltava koki, että uusia sääntöjä saattaa tulla ”milloin mistäkin” ja tiedonkulku sääntömuutoksiin liittyen on toisinaan ollut puutteellista. Lisäksi hän kertoi keskustelleensa toisen, samassa kohtaa hoitoa olevan asiakkaan kanssa ja keskustelun perusteella he olivat arvioineet, että heillä oli erilaiset säännöt koskien esimerkiksi kotilääketarkastuksia. Haastatellulle tämä näyttäytyi negatiivisena ja epäselvänä asiana, sillä työntekijöiden mukaan kaikilla on samat säännöt. Kaksi haastateltavaa toi esiin kokemuksensa siitä, että seuraavan kotilääkepäivän saamiseksi oli annettu tiedoksi tietyt edellytykset, jotka eivät pitäneetkään enää paikkansa heidän kohdallaan edellytysten täyttyessä.

“Joo, ja yleensä tulee just joku rike tai myöhästyty tai joku muu tulee tai kysyt jostain nii sitte tulee ilmi, et ei ku tää on tämmöinen uus sääntö täällä. Nii sillai, et nehän pitäis aina ku tulee ne, nii antaa se lappu heti allekirjoitettavaksi. Ja

mun mielestä kyllä siinäkin joku, niinku tuo on nii väärin, et sitte aletaan uhkaa et hoito katkeaa, jos ei sitä allekirjoita. Nii ei ne voi sitä joka vuosi alkaa muuttelee miten sattuu, ja ku mun mielestä tässä ois järkevämpää just et katottais yksilöllisesti niinku pitäiskin ja sitten se, että ois meilläkin siihen niinku sanavaltaa ja se että... - mulla on vuos sitten kesällä meinattiin antaa jo se kuudes [kotilääke] sen takia, että mä kävin [kuntoutuksessa] ja se laskettiin mulle työksi. Nii tämä uus lääkäri ei antanu sitä ja nyt se otti sen viidennenkin pois.” (Haastateltava 4)

“Se oli alussa se sääntö, että pittää olla vähintään kuntouttavassa työtoiminnassa, että saa täyden viikon. Sitten ku mää alotin sen kuntouttavan, niin se lääkäri sanoki, ettei se riitäkään. Että sää silti joudut käymään sen kaks kertaa.” (Haastateltava 2)

Honkalan (2009, 26–27) mukaan korvaushoidon asiakkaiden negatiiviset kokemukset korvaushoidosta koskivat jollain tapaa hoitokäytäntöjä eli hoitoon liittyviä sääntöjä, kontrollitoimenpiteitä, henkilökuntaa, resursseja ja psykososiaalisen kuntoutuksen mahdollisuuksien puuttumista. Erityisen negatiivisena asiakkaat olivat kokeneet lääkkeen hakemisen tiettyinä päivinä, tiettyyn kellonaikaan, ja lääkettä jäämisen, ellei ole oikeaan aikaan hakemassa lääkettä. Tämä oli tuottanut vaikeuksia niille korvaushoidon asiakkaille, jotka olivat töissä tai opiskelivat. Honkalan keräämästä aineistosta kävi ilmi, että korvaushoidon asiakkaat olivat kokeneet kotilääkeoikeuksien ansaitsemisen hankalaksi ja niiden saaminen vaati pitkää hoitohistoriaa. Kotilääkeoikeuksien saamisessa saattoi olla eroja myös asiakkaiden ja hoitopaikkojen välillä. Eriarvoisena kohteluna asiakkaat olivat kokeneet kotilääkeoikeuksiin liittyvät käytännöt sekä esimerkiksi sen, että toisella positiivinen huumeseuila poisti mahdollisuuden lomaan, kun taas toisella ei ollut tätä seurausta. (Mt., 26–27.)

Korvaushoidossa on tärkeää löytää tasapaino liiallisen ja liian vähäisen kontrollin välillä. Asiakkaiden oikeusturvan, yhdenvertaisuuden ja vaikuttamismahdollisuuksien kannalta on ongelmallista, ettei korvaushoitoa koskevia sääntöjä tai rajoitustoimenpiteitä ole säännelty tarkasti päihdehuoltolaissa tai korvaushoitoasetuksessa. Täten perusoikeuksien rajoittamisedellytykset eivät kaikilta osin toteudu perustuslakivaliokunnan (PeVM 25/1994 vp, 5) tarkoittamalla tavalla, ja mahdollisuuksia erilaisiin toimintatapoihin ja -käytäntöihin on paljon. Korvaushoitoyksikön joustavat käytännöt, kuten kymmenen minuutin myöhästymisvara koettiin asiakaslähtöiseksi toiminnaksi. Sen sijaan liiallinen kontrolli voi vaikuttaa negatiivisesti asiakaslähtöisyyteen sekä siihen, miten asiakas hoitoon suhtautuu ja sitoutuu. Aineistossa ilmeni toive, että henkilökunnan olisi mahdollisuus harkita rikkeiden seurauksia ta-

pauskohtaisesti ja kunkin asiakkaan kokonaistilanne huomioiden. Myös rikkeistä aiheutuvien seurausten tulisi olla oikeassa suhteessa rikkeeseen nähden (ks. myös. PeVM 25/1994 vp, 5).

“-- Joissakin paikoissa saattaa olla sekin, ettei kärsi myöhästyä ollenkaan. Joissakin paikkakunnilla on se, esimerkiksi [paikkakunta] muistaakseni oli just se, että se oli se kellonaika, annetaan lappu, ja jos myöhästyy yhtään nii ei saa lääkettä sitten.” (Haastateltava 1)

“Siinä mielessä se ois sitten jo ehkä ankea itelle, jos ois niin tiukkaa. --” (Haastateltava 1)

“Minulta iteltä lähtikin kotilääkkeet pari vuotta sitten pois. Määrättiin yks mielialälääke, mikä näky sitte bentsona verissä. Se tuli kyllä varmistuksessa sitte puhtaana takasin, mutta mä jouduin silti keräämään itelle ne päivät takasin. Että vaikka se ei oma moka ollukkaan.” (Haastateltava 2)

“- - Ja sitte välillä jotkut syyt niille ei kelpaa ja kaikkea muuta. Et sekin pitäis, et jos myöhästelee koko ajan nii kyllä mä nyt sitte ymmärrän, että tavallaan siitä tulee jotain, mutta sitte ku nii harvoin myöhästyy nii kyllä se pitäis vähä senkin mukaan kattoo. - - joitaki tollasia et ne on vähä turhan kovia sitte, että ku nekin pitäis suhteellistaa nimenomaan, niinku ne iteki väittää, että on yksilöllinen hoito nii kyllä ne rangaistuksetkin pitäis vähä niinku kattoo, että en mä oota, et se on ok et mä vedän jotain, meen tonne ja saan seitsemän kotilääkettä takasi ja tälleen. En mä tosiaankaan oota, koska mä oon ite aloittanu tän ja mä tiään mihin mä oon lähteny nii ku se on vaan muuttunu sieltä ensimmäisestä kerrasta niin paljon.- -” (Haastateltava 4)

Kotilääkeoikeuksien menettäminen koettiin sellaisena seurauksena, joka “koskee” korvaushoidossa olevaa asiakasta, ja että riittävän tuntuva seuraus voi ennaltaehkäistä rikkeitä. Kotilääkeoikeuksien menettäminen, etenkin pitkän rikkeettömän ajanjakson jälkeen, on “pakan sekaisin” laittava seuraus yksilön elämässä, jossa arki on rutinoitunutta. Merkittäväksi ja riittävän tuntuva koettu sanktio voi saada asiakkaat miettimään, onko rike seurausten arvoinen. Tällainen pohdinta ilmentää vahvaa itsemääräämiskykyä, joka perustuu oman toiminnan ja niiden vaikutusten aktiiviseen arviointiin. Asiakaslähtöisyyden näkökulmasta asiakkaan voidaan katsoa olevan vapaa valitsemaan itse. Toisaalta on syytä pohtia, onko kyse täysimääräisestä itsemääräämisoikeudesta, sillä rikkeisiin voivat vaikuttaa monenlaiset ulkoiset tekijät, kuten inhimilliset myöhästymiset tai unohdukset, henkinen ja fyysinen kamppailu riippuvuuden kanssa, muu läikehoito tai julkisen liikenteen aikataulut ja liikenneuhkat.

“Siis pakkohan sitä on joku seuraus olla. Tuo on kyllä sellanen, mikä korvaushoitopotilasta koskee, että viiään ne kotilääkkeet pois. Ja onhan se sillain mörkönä takana, että kannattaako ottaa vai ei. - -” (Haastateltava 2)

“ - - Ei pelkästään et se on rangaistus [kotilääkeoikeuksien menetys], vaan se on oikeesti niinku pääkopallekin tosi iso muutos. - - mä leimasin 42 nii mä en saanu lääkettä enää sen kahden minuutin takia, vaikka mä en oo myöhästyny, tosi harvoin ja muuten tehny kaiken niinku pitää nii en saanu sitä lääkettä. Ja mulla ois ollu kuntoutuspolille ajat ja [lapsen] asioita hoitaa tuolla sorskun kanssa ja kaikkea muuta nii mä jouduin perumaan ne kaikki.” (Haastateltava 4)

Aineistossa ilmeni, että hoidon edellytyksenä on korvaushoitoa koskevan sopimuksen allekirjoittaminen. Sopimuksen allekirjoittamalla asiakkaat sitoutuvat korvaushoitoon sekä sitä koskeviin sääntöihin. Mikäli sopimusta ei allekirjoiteta, uhkana on hoidon keskeytyminen. Sopimuksessa mainitut ehdot ovat sellaisia, mistä asiakas ei voi kieltäytyä tai neuvotella. Kokon (2018, 128) mukaan asiakkaan äänen kuuleminen voi tällaisissa tilanteissa jäädä näennäiseksi, sillä asiakkaalla ei tosiasiaassa ole mahdollisuutta vaikuttaa sopimuksen sisältöön tai hoitokäytänteisiin. Vapaaehtoiseen päihdehuoltoon hakeutunut asiakas saattaa sitoutua jopa epärealistisiin hoitotoimenpiteisiin siksi, ettei hän jäisi ilman tarvitsemaansa apua. (Van Aerschot 2003, 634.) Eduskunnan oikeusasiamies on korvaushoitoa koskevissa kanteluratkaisuissaan huomauttanut, että korvaushoitoa koskevassa lainsäädännössä ei ole mainintaa hoitosopimuksesta eikä sillä ole asiakirjana juridista asemaa. Hoitosopimus tulee nähdä hoidon työvälineenä ja tukena, ja sen avulla voidaan myös ilmaista, millaisin edellytyksin hoitotaho pitää hoitoa lääketieteellisesti perusteltuna. Oikeusasiamies suhtautuu varauksellisesti lääninhallituksen kantaan siitä, että asiakas luopuisi osin perusoikeuksistaan hoitosopimuksen allekirjoittamalla. Lisäksi oikeusasiamies katsoo, että sopimusta ei voida pitää asiakkaan omana tahdonilmaisuna ja perusoikeuksista luopumista aidosti vapaaehtoisuuteen perustuvana, mikäli asiakkaalla ei ole mahdollisuutta neuvotella sopimuksen sisällöstä. (EOA 2009, 8; EOA 2010, 2; EOA 2011, 4.)

Korvaushoidon valvonta ja kontrolli näyttäytyivät haastatteluaineistossamme osana asiakaslähtöistä toimintaa. Haastatteluissa ilmeni, että hoidosta ei olisi hyötyä mikäli hoidon edistymistä tai sääntöjen noudattamista jättämistä ei valvottaisi. Haastatteluissa nousi esiin, että korvaushoidon valvonta ja kontrolli ennaltaehkäisevät ajautumista huumeidenkäyttöön sekä “huumeporukoihin”. Valvonta ja asiakkaiden antama näyttö todistavat, että asiakas on sitou-

tunut sovittuihin sääntöihin ja pysynyt irti huumeista. Näyttö on tärkeää niin asiakkaille itselleen kuin eri viranomaistahoille. Yksi haastatelluista nosti esimerkiksi onnistumisista ajokortin saamisen. Lisäksi korvaushoidosta saatu näyttö edesauttaa muiden viranomaisten tehtävien hoitamista ja edistävät asiakkaan oikeusturvaa. Jo onnistunut korvaushoito itsessään voi tukea asiakkaan osallisuutta omassa asiassaan.

“- - Mun mielestä se on niin arpapeliä, koska se, että jos et sää pistä niitä välejä poikki ja sua ei kukaan valvo niin se menee aina siihen, että jossain vaiheessa aletaan ottaa. Niin ku tässä kuitenkin valvotaan niin mulla on tavallaan koko ajan todisteita siitä, että mää oon pysynyt irti ja mää oon tehnyt niinku on käsketty niin ne on semmosia positiivisia asioita, sitten se ajokortti, ihana. Siitä mää oon kans ylpee kyllä. - -” (Haastateltava 4)

“- - Nythän ne on niinku loppunu nämä, perhetyö loppu kokonaan, että ku näyttettiin todeksi, että ollaan oltu niinku kuivilla molemmat ja niinku ihan silleen, miten sen nyt sanois että.. ei oo niinku ikävä sitä entistä elämää. Et perhetyö loppu, mutta ovat kuitenkin.. tai niinku [puoliso] on sinne lastensuojeluun yhteydessä, jos on jotain. Et hyvin se on toiminu niinku [korvaushoitoyksikön] ja lastensuojelun välillä. Ollaan pietty palavereita ja täältä [korvaushoitoyksiköstä] on oltu yhteydessä sitten lastensuojeluun et jos on ollu jotain, mitä pitäis ilmoittaa. No myös mun seulathan ne menee, että tottakai ne vissiin tarkistaa niitä että kaikki on, ja niin ne on olluki. Täältä sitten ilmoittavat, jos on jotain.” (Haastateltava 1)

“Miten sä koet sen, että sinne ilmoitellaan sinne lastensuojeluun?” (Haastateltaja)

“Et se on hyvä, että sinne ilmoitetaan. Ettei heidän tarvii huolestua sitten. Että se on toiminu niinku molemmin puolin. Hyvin on toiminu.” (Haastateltava 1)

“- - Mulla esimerkiksi ku mää ajokorttia silloin siellä [toisella paikkakunnalla] ajoin, niin [lääkäri] oli silloin hoitavana lääkärinä ja meillä oli hoitoneuvottelu, niin ne hoitajat rupes siellä kivenkovaan väittään, et mulla on ollu positiivisia seuloja sen ajokorttiseulunnan aikana, ja niitä ei ollu. Se [lääkäri] kysyky sitte hoitajilta siinä, et onko teillä ne seulat, että niitä ei ollu merkitty mihinkään tai laitettu ylös. Niin se hoitaja siinä sitte puhu ittensä pussiin, et hän oli iltpäivällä kattonu roskista sitä seulaa et se oli näyttänyt positiivista. Mistä vitusta se ois voinu sitä roskista kaivaa uuestaan ja vielä iltpäivällä vielä monen tunnin jälkeeseen ruveta tonkimaan niitä. [Lääkäri] sitte sano että tämä katotaan niinku minun eduksi, että mulla on kuitenkin juridisia asioita tässä puolella, että ajokorttia ajamasa ja niillä ei ollu mitään näyttöä siitä, että mää oisin seulani kussu. - -” (Haastateltava 2)

“- - Mutta sitte mää en ois ehkä alkanu niitä asioita ajamaan niin jämäkästi, koska mää pidin itteäni aina silleen että ei mulla oo mitään sananvaltaa, ku mää oon vaan narkkari niitten mielestä niin turhaan mää niinku alan valittaa mistään. Mutta nyt, ku mää oon tehnyt kaiken mitä on käsketty ja mulla on hoito mennyt hyvin niin mää pystyn nyt.. Oisin mää aikasemminki pystynyt, mutta

nyt määhän tunnen sen, että mun pitää sanoa ne asiat niin seki on niinku hyvä juttu - - “ (Haastateltava 4)

Juhilan (2006) mukaan valtautuminen on yksi osallistavan sosiaalityön intervention tapa. Juhila on valinnut käyttämään käsitettä valtautuminen käsitteestä empowerment, josta käytetään suomennoksina myös monia muita käsitteitä, kuten voimaantuminen. Valtautuminen korostaa osallisuuden ja täysivaltaisen kansalaisuuden vahvistumisen merkitystä ja kiinnittää huomiota osallisuuden puutteen ongelmallisuudesta. Valtautumisen voidaan katsoa prosessiksi, joka on marginaalissa olevien ihmisten omissa käsissä, jolloin sosiaalityöntekijöiden tehtäväksi jää heidän tukeminen kohti osallisuutta. (Juhila 2006, 120–121.) Ajattelutapa, että ihminen voimaantuu itse, johtaa käsitykseen siitä, että ihmisen hyvinvointi rakentuu ihmisen omista lähtökohdista tietyissä konteksteissa. On mahdollista ajatella hyvinvoinnin ja voimaantumisen suhdetta myös siten, että voimaantumisen kokemus on yhteydessä hyvinvointiin. Jos voimaantumista ei voida antaa toiselle, voidaan sitä pyrkiä tukemaan erilaisin voimaantumista mahdollistavien ratkaisuin, esimerkiksi vaikuttamalla toimintaympäristöjen sosiaalisiin rakenteisiin sekä olosuhteisiin. (Siitonen 1999, 189.) Korvaushoidon kontrolli ja valvonnan perusteella todennettavissa oleva näyttö voivatkin olla keskeisiä asiakkaan valtautumisen keinoja. Onnistumisen kokemukset voimaannuttavat ja tukevat asiakasta, ja voivat edesauttaa oman elämän järjestelyä sekä itsenäistä suoriutumista.

5.4 Ihmisarvoinen ja välittävä kohtelu

Haastatteluissa kävimme läpi asiakaslähtöisyyteen liittyvää teemaa laadultaan hyvästä kohtelusta sekä asiakkaiden kokemuksia saamastaan kohtelusta (ks. asiakaslaki 4 §; potilaslaki 3 §). Asiakkaat toivovat työntekijöiltä ihmisarvoista ja oikeudenmukaista kohtelua eivätkä asiakkaiden kokemukset huonosta kohtelusta edesauta heidän elämänhallintaansa ja kuntoutumistaan (Luhtasela 2009, 128). Asiakkaan ja työntekijän välisessä kohtaamisessa asiakkaan tulisi tulla autetuksi ja hänen oikeutensa toteutuneiksi. Hyvä kohtaminen heidän välillään edellyttää työntekijää noudattamaan ja toteuttamaan työn eettisiä periaatteita, kohtamaan asiakkaan aidosti, ymmärtää tämän kokonaistilanne sekä tuntee palvelujärjestelmä. Jokainen kohtaminen asiakkaan kanssa on yksilöllinen ja uniikki, ja asiakkaan elämää tulee kunnioittaa sellaisena kuin se on. Aito kuuleminen ja läsnäolo mahdollistavat asiakasta kunnioittavan kohtaamisen, mutta siihen kuuluu myös se, että asiakkaan antama palaute otetaan huomioon. (Nummela 2011, 112–113.)

Asiakkailla voi olla hyvin vahvoja mielikuvia ja asenteita palveluita sekä niihin liittyviä asiakasrooleja kohtaan. Sosiaalipalveluissa asiakkaiden asenteissa näkyy erityisesti palvelun tuottajan ja palvelua kaipaavan asiakkaan epätasa-arvoisuus. Palvelutapahtuman voidaan katsoa olevan asiakaslähtöinen silloin, kun se on vuorovaikutuksellista kohtaamista, jossa asiakkaalle syntyy kokemus hänen tarpeisiinsa vastaamisesta. Asiakaslähtöisyys rakentuu jokaisessa palvelutapahtumassa ja asiakkaan oma käyttäytyminen voi vaikuttaa hänen saamansa palvelun laatuun. Asiakkaan ja palveluntarjoajan välisen yhdenvertaisen kohtaamisen haastaa lähtökohtaisesti eriparinen vuorovaikutus. Siinä asiakkaan toimintaa ohjaavat hänen yksilölliset tarpeensa, odotukset sekä mielikuvansa, kun taas työntekijä kohtaa asiakkaan ensisijaisesti ammattinsa ja organisaationsa edustajana, jolloin työntekijän henkilökohtaiset ominaisuudet eivät saa estää kohtaamisen professionaalialuonnetta. (Virtanen ym. 2011, 25–30.)

Haastateltavat toivat esiin monenlaisia kokemuksia ammattilaisilta saamastaan kohtelusta. Asiakkaiden näkökulmasta katsottuna asiakaslähtöinen kohtelu ei tarkoita suuria asioita vaan se koostuu pienistä inhimillisistä teoista, jotka ilmenevät asiakkaan arvostamisena, huomioimisena, palvelun ”sävyinä” tai työntekijän asenteessa näkyvinä asioina. Inhimillisyyttä palveluissa on kohdata asiakas ihmisenä – ei esimerkiksi huumeongelmaisena. Asiakkaiden kokemus työntekijän osoittamasta aidosta kiinnostuksesta asiakkaiden esittämiin huoliin, on merkittävää. Välittäminen ja tieto oman asian etenemisestä, on asiakkaille tärkeää. (Virtanen ym. 2011, 21.)

Haastatteluista kävi ilmi, kuinka suuri merkitys ihmisarvoa kunnioittavalla ja välittävällä kohtelulla on asiakkaille. Esimerkiksi kuulumisista kysyminen ja arkisista asioista jutteleminen työntekijöiden kanssa olivat haastateltavien kokemuksen mukaan merkki aidosta kiinnostuksesta asiakasta ja tämän tilannetta kohtaan. Aineistosta ilmenee, että asiakkaat ovat kokeneet työntekijöiden aidon kiinnostuksen heitä, ei pelkkää heidän hoitoaan, kohtaan merkityksellisenä. Aineiston perusteella voidaan tulkita, että kyseinen korvaushoitoyksikkö panostaa asiakkaan psykososiaaliseen tukemiseen ja asiakaslähtöiseen kohtaamiseen pelkän lääkehoidon sijaan. Keskeisimpiä asiakaslähtöistä vuorovaikutusta kuvaavia teemoja olivat kuulluksi tuleminen, tasavertainen kohtelu, molemminpuolinen luottamus sekä aito kiinnostus asiakkaan asioissa. Haastateltavat pitivät ihmisarvoista kohtelua eräänlaisena voimavarana, mikä vaikutti positiivisesti heidän motivaatioon ja sitoutumiseen työskentelyn suhteen.

Tällainen kohtelu työntekijöiden tapaamisilla voidaan nähdä merkittävänä osana korvaushoitoasetuksen mukaista psykososiaalista kuntoutusta. Saatu kohtelu vaikuttaa myös asiakkaan kokemukseen omasta osallisuudestaan ja kuulluksi tulemisesta (ks. esim. Luhtasela 2009, 110–111). Asiakaslähtöisessä palvelussa asiakas pystyy luottamaan työntekijään ja tämän tarjoaman tuen kestävyuteen (Virtanen ym. 2011, 21). Asiakaslähtöisyyden kannalta on tärkeää, että asiakas voi tarvittaessa myös uskoutua henkilökunnalle ilman pelkoa jälkiseurauksista (Deering ym. 2011, 640). Merkittävää on myös molemminpuolinen luottamus ja hyvä kohtelu.

“- - se ei oo vaan se hoito semmonen, että sä haet vaan sen lääkkeet ja lähet sitten kulkemaan, mutta ku hoitajat sitten välillä niitä keskusteluaikoja ja kysyvät vointia ja tämmöstä. Se on mun mielestä itelle voimavara, et ne jututtaa asiakkaita, ettei oo vaan se lääke ja sitte lähet kulkemaan. Tässä on toiminu hyvin, pitävät huolta asiakkaista, kysyvät vointia ja se on ollu hyvä puoli kans tässä hoidossa. - -” (Haastateltava 1)

“Siis meillä on tähän hoitoon liittyen, pidetään sellaisia yhteisiä keskusteluaikoja, joissa käydään yhdessä läpi niitä hoidon asioita. Sitten tietenkin, on siinä pikkusen tullu sen.. hoitajan kanssa, ettei se oo aina pelkästään se hoito, että kysellään niinku muitakin niinku mitä kuuluu, vointia ja semmosta.. pientä ystävyyttä.. että on niinku osallistunu niihin palavereihin kyllä. - -” (Haastateltava 1)

“ [Korvaushoitoyksikön omahoitaja] oli ihan vapaaehtoisena siinä [Kelan ja sosiaalitoimen palaverissa] matkassa.. Että seki haluaa tietää, että miten menee.. Mutta tommosia hoitajia saisi olla kyllä enemmän, mitä [omahoitaja] on.” (Haastateltava 2)

Asiakkaan näkökulmasta hyvä korvaushoidon työntekijä ei nosta itseään jalustalle suhteessa asiakkaaseen eikä toimi liiaksi ohjesääntöihin sidottuna. Korvaushoidossa työskentely voidaan nähdä kutsumusammattina, jossa työntekijä voi olla oma itsensä ilman, että hänen tarvitsee vetää roolia. Joustavuus, kannustavuus ja kyky nähdä asiakkaat sekä heidän tilanteensa ainutlaatuisina, ovat hyvän korvaushoidon työntekijältä kaivattuja ominaisuuksia. (Kautiainen 2012, 61.) Sosiaalityössä kyse ei ole pelkästään työntekijän ominaisuuksista vaan sosiaalityötä tulee tarkastella vuorovaikutuksessa rakentuvana. Sosiaalityöntekijä ei ole ainoa vuorovaikutuksen toimija, sillä vuorovaikutustilanteessa ovat mukana myös asiakkaat sekä instituutioiden toimintapolitiikat ja erilaiset kulttuuriset diskurssit. (Juhila 2006, 249.) Asiakaslähtöinen työntekijä pyrkii näkemään asiakkaan yksilöllisen kokonaistilanteen ja edistämään asiakkaan tilannetta tekemällä tarvittaessa joustavia ratkaisuja. Virokannaksen (2017, 118) mukaan tällainen työntekijä saattaa tulkita sääntöjä muita löyhemmin tai tehdä

pieniä poikkeuksia jäykkiin toimintakäytänteisiin. Työntekijöiden joustavat toimintatavat sekä oma harkinta voivat näyttäytyä paitsi luottamuksenosoituksena asiakkaalle, myös lisätä asiakkaan luottamusta työntekijää kohtaan. Tämänkaltainen asiakaslähtöisyys ilmeni myös haastateltavien kertomuksissa.

“ - - Ja se, että on sen huomannu, että se [omahoitaja] käyttää vähän omaa harkintaa siinä että.. Nuissa seuloissaki, että vaikka ne pitäs tarkalleen ottaa se joka viikko niin kyllä se välillä sanoo, että ei me lähetä kattoon niitä, että sulla on niin tylsiä ne seulat. Kyllä se tietää sen, ettei tuu niitä mokia enää.” (Haastateltava 2)

“ -- se [omahoitaja] on semmonen, että se pitää kaikkia ihmisinä. Oikeesti se on tosi mukava aina ja ei ees tunnu, et käy jossai lääkkellä, että ois korvaushoidossa. Se on nii mukava, et se aina kysyy ja aina kuuntelee, haluaa jutella ja ei se oo semmonen, et se ottaa liian tosissaan tätä työtä. Tai tottakaihan se tosissaan ottaa, mut sillai et se ei oo semmonen, että... miten mä selittäisin sen...semmonen ei samanlainen välttämättä, ku kaikki muut. --nii se tuo semmosta luottamusta itelleki siihen, koska ei oo ollu luottamusta tavallaan sitä koko systeemiin ikinä nii se on mukava, ku saa semmosen tunteen itelle ees jonkun kanssa, et tolleen voi luottaa johonki ihmiseen, jolle voi sitte sanoa jotaki ja se kuuntelee.- -” (Haastateltava 4)

Asiakaslähtöisessä yhteistyösuhteessa asiakkaan tulisi voida luottaa ja turvata työntekijään myös tilanteissa, joissa asiakas retkahtaa käyttämään päihteitä (ks. esim. Laitila 2010, 106). Asiakkaan retkahtaminen päihdekuntoutuksessa on yleistä ja se on pitkä prosessi, joka alkaa jo ennen itse päihteiden uudelleen käyttöä. Asiakkaan kokeman vastoinkäymisen ei tarvitse olla suuri johtaakseen päihteisiin paluuseen. Kuitenkin retkahduksen jälkeen asiakkaan valtaava tunne voi olla pettymys itseensä, mikä saattaa toisinaan saada toipumisen päättymään ja asiakkaan palaamaan päihteiden pariin. Retkahduksesta voi myös ottaa opikseen ja sen jälkeen asiakkaan motivoiminen hoidon jatkamiseksi on tärkeää. (Lahti 2015, 35–39.) Retkahdukseen korvaushoidon aikana voi johtaa esimerkiksi sosiaalinen riippuvuus huumemaailmaan. Päihde-ehtoinen elämäntyyli voi olla vielä vahvasti läsnä eikä siitä välttämättä kyetä irrottautumaan, vaikka olisi korvaushoidon asiakkaana. Korvaushoitolääke voi kuitenkin lievittää stressiä, koska asiakas voi välttää vieroitusoireita tai menettämästä rahansa päihteisiin. (Kautiainen 2012, 59.) Asiakaslähtöisen työskentelysuhteen kannalta ensiarvoisen tärkeää on, että asiakas voi luottaa työntekijään niissäkin tilanteissa, kun hoito ei ole edennyt suunnitellusti. Retkahdukseen liittyvän epäonnistumisen ja häpeän vuoksi asiakas voi tarvita luottoa ja kannustusta siihen, että voisi jatkaa kuntoutumistaan kohti päihteettömyyttä. Toi-

saalta työntekijän ja asiakkaan välinen luottamussuhde voi ehkäistä retkahduksia, sillä mahdollisista haasteista voidaan puhua ennakoiden. Lisäksi asiakas voi pyrkiä aktiivisesti välttämään retkahduksia, sillä hän ei halua rikkoa omassa asioissa toimivien työntekijöiden luottamusta.

“ - -mulla lähti kotilääkkeet kuukaudeksi nii tavallaan sen ajan, se mun omahoitaja [hoitajan nimi], se oli tosi tyly, vaikka se rike on se, että mä joudun siellä käymään koko ajan taas. Nii ei mun mielestä niiden asenteen pitäis olla tommonen vaan niiden pitäis rohkaista siihen hoitoon ja että sä jatkat siitä.” (Haastateltava 4)

“[Omahoitajan] kanssa mä silti juttelen, ku ei se, se on kuitenkin tsempannu mua koko sen ajan ku mulla oli ne lääkkeet pois. Et kyllä ne jotkut, kyllä sitä väkisin tulee.” (Haastateltava 4)

“No nyt jos jostain tulis positiiviset seulat niin emmää pystyis ikinä kattoon silimiin sitä.. Siitä tulis niin pahat morkkikset, että en tiiä pystyiskö enää jatkamaan koko hoitoa.. Se on ollu niin mukava, ettei pystys niinkö tekeen sitä pettymystä sille.” (Haastateltava 2)

“Miten sää aattelet et se [omahoitaja] sitten siihen suhtautuis, jos ne seulat ois positiiviset?”(Haastattelija)

“En tiiä.. Ei se nyt varmasti siitä haukkuiskaan.. Emmää usko, että se alkais siitä mitenkään haukkumaankaan vaan.. Pikemminki se on vaan silleen, ettei ite haluais silleen.. näyttää sitä että..” (Haastateltava 2)

Asiakaslähtöisyyden ja luottamuksellisen yhteistyösuhteen kannalta on tärkeää, että työntekijä on asiakkaan tavoitettavissa. Tavoitettavuus liittyy osaltaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon laeissa säänneltyyn riittävään tiedonsaantiin. Asiakkaille on tärkeää saada jonkinlainen vastaus, vaikka työntekijä ei kykenisi vastaamaan tai hoitamaan asiaa välittömästi. Asiakaslähtöisen yhteydenpidon kannalta merkitystä on myös sillä, että asiakkaan olisi mahdollista käyttää toivomaansa viestintätapaa tietosuojaan puitteissa. Eräs haastateltava on ollut tyytyväinen siihen, että on voinut viestiä aikuissosiaalityöntekijänsä kanssa tekstiviestitse, jolloin hän saa toivomaansa aikaa harkita vastausta ja kirjoittaa ajatuksella. Hän koki myös hyvänä sen, että uskalsi kysyä työntekijältä myös sellaisia asioita, joita ei välttämättä ymmärtänyt, ja sai vastauksen nopeasti. Haastateltava piti tärkeänä, että aikuissosiaalityöntekijä piti hänet tilanteen tasalla esimerkiksi tekstiviestein, joissa kertoi selvittävänsä asiakkaan asiaa tai ottavansa yhteyttä tietynä ajankohtana, esimerkiksi seuraavana päivänä. Haastateltavilla oli negatiivisia kokemuksia siitä, että omissa asioissa toimivaa työntekijää on vaikea tavoittaa tai asioiden hoitamisessa on kestänyt tyypillisesti useita viikkoja. Asiakkaan näkökulmasta on tärkeää, että hän saa riittävästi informaatiota oman asiansa etenemisestä.

Puutteellinen yhteydenpito sekä työntekijöiden tavoittamattomuus heikentävät asiakasläh-
töisyyttä sekä asiakkaan oikeutta tiedonsaantiin. Lisäksi ne voivat tuottaa asiakkaalle tun-
netta työntekijän välinpitämättömyydestä, vaikka kyse olisikin inhimillisestä unohtamisesta
tai kiireestä. Asiakaslähttöisyyden voidaan katsoa toteutuvan, kun asiointitavat, asiointiajat
ja työskentelymenetelmät lähtevät asiakkaiden tarpeista (Norlamo-Saramäki 2009, 43).

“ - - Ja sit se et mä ootan, ku sen [lastensuojelun sosiaalityöntekijän] piti eilen
soittaa ja se ei soittanu takas.. Mut sen kanssa on vähän tämmöstä, että ku mä
en tiä onko se mun asialla vai ei.” (Haastateltava 4)

Kaikki haastateltavat olivat nykytilanteessa tyytyväisiä omilta työntekijöiltä saamaansa koh-
teluun, mutta he toivat esiin aiempia kokemuksia tylystä, välinpitämättömästä ja alentavasta
kohtelusta. Lisäksi kuulematta jättäminen, työntekijöiden pomottava asenne ja epäluottamus
olivat keskeisiä asiakaslähttöistä kohtelua sekä luottamussuhdetta heikentäviä teemoja. Asi-
akkaiden ja työntekijöiden kohtaamisessa voi näkyä asiakkaiden mahdolliset aikaisemmat
negatiiviset kokemukset työskentelystä. Negatiivisia kokemuksia ovat voineet aiheuttaa esi-
merkiksi työntekijöiden holhoavat ja epäkunnioittavat asenteet asiakkaita kohtaan. Aiemmat
kokemukset kohtelusta vaikuttavat siihen, kuinka asiakas arvioi tulevaa työskentelyä. (Bill-
quist & Skärner 2012, 41.) Eräs haastateltava toi esiin paikkakuntakohtaisia eroja työnteki-
jöiden asenteessa asiakasta kohtaan. Pienemmällä paikkakunnilla hänen kokemuksensa mu-
kaan kohtelu saattaa olla ymseämpää, kun taas isommissa paikoissa löytyy enemmän ym-
märystä. Lisäksi hän toi esiin, että ala-arvoinen kohtelu saattaa johtua osaksi myös siitä,
että jotkut työntekijät ajattelevat asiakkaan “ajaneen itsensä siihen jamaan”. Lisäksi kohtelun
kannalta merkitystä voi olla yleisellä asenteella sekä sillä, että pienellä paikkakunnalla
kaikki tuntevat toisensa.

“- - Vaikka kui yritit niinku kunnolla olla niin.. Ja tämä on muutenki semmonen
hoito, et tässä et tässä ei niinku tuua potilaasta sellasia positiivisia asioita mil-
lään tavalla esille... Et aina kaivetaan vaan ne negatiiviset asiat ... siitä on mun
omaki hoitaja sanonut, että täällä harvoin tulee kellekkää mitää positiivista pa-
lautetta.” (Haastateltava 2)

“Siellä oli muutenki se.. Suhtautuminen semmosta. - - Et siellä niinku yritettiin
koko ajan tehdä semmosta kiusaa. Viikonloppunaki, ku jos joutu hakemaan ko-
tilälääkkeet sieltä vuodeosaston puolelta niin siellä saatto viis hoitajaa istua lasi-
kopissa, jauhaa paskaa ja kattoo että kauanko sää jaksat oottaa siellä. Sitte ku
meni hermot, olit vaikka jonku tunnin verran ventannu siinä ja lähit kävele-
mään niin sitte tullee hoitaja sua vastaan että sinäkö tulit lääkkeen hakuun. Mää
en tiä minkälaista siellä nykyään on, siellä on nykyään paljon enempi potilaita

tässä hoidossa, mutta alkuaikoina se oli tuommosta naamalle räkimistä.” (Haastateltava 2)

“Mm. Sitä [positiivista palautetta] aika harvoi tulee. Mutta sitte taas, että monilla ku ei oo sitä tuuria mikä itellä on käyny, että ne varmasti nielee edelleen sitä samaa paskaa mitä on itekki vuosikaudet käyny läpi. Pienemmillä paikkakunnilla varmasti on niinku ynseämpää se kohtelu. Ja vaikeampaa sitten se hoidonsaanti ja siihen pääsy.” (Haastateltava 2)

Aineistosta ilmeni vahvasti huumeidenkäyttöön sekä itse korvaushoitoon liittyvä negatiivisen leimaantumisen riski: korvaushoidossa olemiseen voi liittyä kokemus häpeästä sekä halusta salata oma korvaushoidossa olemisensa myös läheisiltä. Korvaushoidossa oleva voi kokea, että vasta irrottautumalla korvaushoitolääkityksestä, hän voi vapautua pähteiden käyttäjiin sekä korvaushoitoon liittyvistä leimoista ja identifioitua mahdollisiin muihin vii-teryhmiin. On tärkeä muistaa, että niin sanottu tavoiteltu normaalielämä voi löytyä jo korvaushoidon aikana silloin, kun elämän ulkoiset puitteet ovat kunnossa. (Kankaanpää 2013, 109–110.)

“- Eihän tätä kellekään halua mainostaa että tässä on, kyllä tämä on niin sillee hävettävä juttu tämä koko korvaushoito. Et tämän niinku mielellään pitää piilossa lähimmiltäänki. Ei tässä varmasti kukaan mielellään oo.” (Haastateltava 2)

“- - niin mää jättäisin tän niinkö seinään et tää ei oo mikään ylpeyden aihe eikä.. Et tää on niin hävettävää kulkea tässä hoidossa. Ottaa niin paljon itse-tunnonkin päälle.. Mutta tässä ku oot niin se on ihan turha muuta hakea. Se on niinku ikuinen kierre.” (Haastateltava 2)

Aineistosta nousi esiin, että leimaantuminen saattaa näyttäytyä työntekijöiden epäluottamuksena asiakasta kohtaan, mikä voi osaltaan heikentää asiakaslähtöisyyttä. Haastateltavilla oli kokemuksia, etteivät työntekijät välttämättä usko heidän puhuvan totta, vaan työntekijät saattavat olettaa heidän olevan vailla lääkkeitä tai muutoin valehtelevan jostakin. Aineistossa tuotiin esiin korvaushoitoon liittyvää leimaa siitä, että asiakkaat olisivat “lääkkeiden perässä”, mistä johtuen työntekijät eivät luota heidän kertomaansa apua pyytäessä. Aineistossa ilmeni, että työntekijöiden luottamusta voi olla vaikea tavoittaa: vaikka oma rehellisyys pyrittiin aktiivisesti osoittamaan, työntekijän käytöksen ja olemuksen perusteella jäi toisinaan tunne siitä, ettei asiakkaaseen luoteta. Työntekijöiden epäluottamus ja leimaava asenne voivat ilmetä myös ennako-oletuksena siitä, että haastateltavan korvaushoito epäonnistuu ja hänen hoitonsa joudutaan keskeyttämään. Asiakkaat kuitenkin välttelevät usein konflikteja,

sillä ne voivat hankaloittaa asiakkaiden asioiden etenemistä. (Luhtasela 2009, 110–111.)
Konfliktien vältteleminen ilmenee myös alla kuvatuissa sitaateissa.

“No siis, mulla menee se yleensä niin että multa kysytään hetu, niinku siellä näkyy se H-merkintä. Nii se alkaa heti se äänensävy muuttua ja tulee sellanen tosi ala-arvoinen... - - Nii sit mä sanoin, et tällaista se mulla aina on.” (Haastateltava 4)

“Nii, mutta ku siinä on taas se et mitä mä sanon, kukaan ei usko, koska mä oon narkkari nii eihän mua kuunnella, vaikka mä puhuisin ja oon aina puhunu totta, mutta ei se hyödytä mitään.” (Haastateltava 4)

“-- sanottiin silloin hoidon aloituksesta lähtien että “katothan vaan, sää oot ka-hen-kolmen viikon päästä takasin täällä” ku meni niin huonosti että joutu tiivistämään. Mää siinä vain niinku sanoin näin, että en alkanu tälle “etten varmasti tuu”, vaan sanoin että katotaan miten käy. Niin ei oo tarvinnu käyä tiivistämässä. Seulat on ollu puhtaat ja puhallutukset ollu kans ja kädet on ollu siistit. - -” (Haastateltava 1)

Haastateltavat nostivat kohtelusta keskusteltaessa esiin vastavuoroisuuden merkityksen. Vastavuoroisuuden dialektiikka liittyy yksilöiden, yhteisöjen tai yhteiskunnan välisiin ja vuorovaikutuksellisiin neuvottelusuhteisiin, jotka voivat olla luonteiltaan erilaisia. Ne voivat olla muun muassa sellaisia, joissa osapuolet antavat ja saavat tai taistelua, jossa toinen osapuolista voittaa tai sellaisia, joissa toinen osapuoli ei saa edes mahdollisuutta vastaväitteisiin. Vastavuoroisuuden on mahdollista syntyä toimivan yksilön ja rakenteiden välisissä suhteissa sekä vahvistua niiden keskinäisen vuorovaikutuksellisuuden myötä. (Törrönen 2012, 185–186.) Toisinaan asiakkaat saattavat kokea tarvetta asettua puolustuskannalle, mikä näkyy työskentelyssä (Billquist & Skårner 2012, 41). Jos asiakas kokee olevansa alisteisessa asemassa suhteessa työntekijään ja kohtelunsa epäoikeudenmukaiseksi, voi asiakas menettää itsehillintänsä, mikä johtaa huonoon käytökseen viranomaiskontaktissa (Luhtasela 2009, 110). Mikäli korvaushoidon asiakasta kohdellaan alentavasti ja epäkunnioittavasti, ei hänelläkään ole välttämättä syytä käyttäytyä asiallisesti (ks. esim. Perälä 2007, 265). Vastaavasti työntekijältä saatu hyvä ja kunnioittava kohtelu johtaa todennäköisesti siihen, että asiakas käyttäytyy hyvin työntekijää kohtaan. Haastateltavat toivat esiin, että saatu kohtelu johtuu paitsi työntekijän, myös asiakkaan itsensä asenteesta (ks. myös. Rounioja 2014, 56).

“ - - Tietenki sitte se, ku ei sielläkään oo osannu käyttäytyä niinku ihminen aina niin.. Toki seki on voinu vähän vaikuttaa siihen, että miksi ne on ollu sitte niin paskaa syöneitä ne hoitajat ja pitkin hampain antanu sen lääkkeen.. Täällä

oli ihan yllätys, tänne ku tulin, että millanen asenne täällä on.” (Haastateltava 2)

“--ei sitä itelläkään tarvi mennä lääkettä hakemaan sillain naama norsunvi-
tuilla, ku tietää että sua kohdellaan ihmisenä siellä eikä aatella heti, että minkä
taudin tosta nytte saa tai että pysy kauempana ja ollaan semmosena että miks
sää tulit edes tänne.” (Haastateltava 2)

“- - Kai se paljon vaikuttaa oma käyttäytyminen siihen tietenki, että tulee toi-
meen, noudattaa pelisääntöjä. Mm..” (Haastateltava 3)

Laineen ja Annilan (2015, 276) mukaan kaikki hoitoon osallistuvat eivät välttämättä pidä hoitomuotoa hyväksyttävänä, mikä puolestaan voi heijastua asiakkaiden kohteluun ja asiak-
kaiden kokemuksiin tuomitukseksi tulemisesta, syyllisyydestä ja häpeästä. Ennakkoluuloja vas-
taan tulee tehdä aktiivista työtä ja voidaan katsoa, että korvaushoidon asiakkaat tekevät sitä
itse tehokkaimmin omalla toiminnallaan. He ovat aikaisemmin voineet olla terveyskeskusten
vaikeaksi kokemia, uhkaavasti käyttäytyviä lääkkeiden pyytäjiä, jotka korvaushoidon myötä
ovat tulleet yhteistyökykyisiksi oman tulevaisuutensa rakentajiksi. (mt., 276.)

“-- tuo korvaushoitokin vois vähä enemmän esimerkiksi olla esillä, että ihmi-
set tietäis mitä se on ja sillai - - kuitenkin että niillä on ne vääristyneet kuvat
tästä nii se on tosi hankala sitte yrittää saada apua, ku aina asenne on tuo.”
(Haastateltava 4)

“- - tosta korvaushoidosta on nii väärä kuva, että ku sanot vaikka ku töihin
hakisit... niinku ei se mua ihmisenä muuta. Siis sillai et mä oon iha sama ih-
minen, mä vaan haen mun lääkkeitä täältä tk:lta enkä apteekista, jos sen vois
näin kuvailla.- - et on se jotenki menny vähä eteenpäin, et tuo korvaushoito ei
enää ehkä niin semmonen...miten mä selittäisin. Semmonen, et sitä ei pidetä
sellasena likaisena paikkana, et se on jossain keskustan laitamilla ja siellä käy
vaan narkkareita ja ne on ihan sekasi ja tatuoituja naamasta varpaisiin ja täm-
möstä. Nii on siinä sillai kuva parantunu ja on annettu parempaa kuvaa siitä. -
-Nii tavallaan siitä pitäis enemmän kertoa et hyödyttäis myös semmosia, jotka
niinku haluais aloittaa sen, ku niillä on väärä kuva siitä.” (Haastateltava 4)

“-- Lääkkeenähän minä sen täältä haen.. Ku lääkinnälliseen tarkoitukseen se
annetaan. Ku on kuullu sitäkin, että on valtion sponssaama huumeluukku. Et
ei, se on väärä käsite kyllä se.”(Haastateltava 1)

“- - [lapsenkin] kans pikkuhiljaa päästään eteenpäin, ku on alkanu niinku ne
lastensuojelun työntekijätki on alkanu ymmärtään enemmän tota korvaushoi-
toa ja muuta.. Että neki niinku niille sijaisperheille ja tämmösille niin.. Taval-
laan tukee sitten sitä mun sanaa, että se ei oo semmosta mitä siitä kuvitellaan.
- - “ (Haastateltava 4)

Korvaushoitoon sekä sen asiakkaisiin liittyviä ennakkoluuloja ja asenteita vastaan tulee työkennellä myös tuomalla korvaushoitoa entistä näkyvämmäksi. Niin ammattilaisilla kuin yksityishenkilöilläkin tulisi olla enemmän tietoa korvaushoidosta sekä hoidossa olevien asiakkaiden arjesta. Ensiarvoisen tärkeää on, että korvaushoidossa olevat asiakkaat voivat tuoda kokemuksiaan esiin rohkeasti ja he saavat äänensä kuuluviin. Ammattilaisten lisääntynyt tieto voi osaltaan vaikuttaa korvaushoidon työntekijöiden asenteisiin ja edistää hoidon asiakaslähtöisyyttä.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkielmamme tarkoitus on ollut selvittää korvaushoidon asiakaslähtöisyyttä korvaushoidossa olevien asiakkaiden näkökulmasta. Haastatteluun valikoitui neljä opioidikorvaushoidossa olevaa asiakasta. Aineisto koostui näiden asiakkaiden kokemuksista korvaushoidon asiakaslähtöisyydestä. Aineiston analyysi toteutettiin teoriaohjaavan sisällönanalyysin menetelmällä. Tavoitteena oli kerätä asiakkaiden kokemustietoa korvaushoidon asiakaslähtöisyydestä, jota on mahdollista hyödyntää jatkossa esimerkiksi korvaushoidon ja asiakaslähtöisyyden kehittämisessä. Koska aineisto kerättiin pienestä joukosta korvaushoidossa olevista asiakkaista, saatuja tuloksia ei voida yleistää kaikkiin samaan joukkoon lukeutuviin asiakkaisiin. On tärkeää huomioida, että tulokset perustuvat kunkin haastateltavan subjektiivisiin kokemuksiin sekä omaan todellisuuteen, ja asiakaslähtöisyyttä kuvataan tutkielmassa heidän kokemustensa kautta. Asiakkailla on omat yksilölliset näkemykset siitä, millainen toiminta on asiakaslähtöistä ja mitä siihen sisältyy. Mikäli olisimme päätyneet haastattelemaan esimerkiksi työntekijöitä, asiakaslähtöisyyttä kuvaava aineisto sekä siihen perustuvat tutkimustulokset olisivat mahdollisesti olleet hyvin erilaiset. Haluamme korostaa, että tutkielmamme on ollut tarkoitus tuoda esiin nimenomaan korvaushoidon asiakkaiden näkemyksiä ja kokemuksia asiakaslähtöisyydestä. Tätä tavoitetta kunnioittaaksemme olemme käyttäneet runsaasti suoria aineistolainauksia, joiden ympärille olemme rakentaneet tuloslukumme.

Muodostimme haastatteluaineiston perusteella tuloslukumme, joka kuvaa asiakaslähtöisyyttä haastateltavien kertoman mukaisesti sekä aiempaan teoriaan viitaten. Tutkielman tekemisen aikana pohdimme useampaan otteeseen asiakaslähtöisyyden käsitteen moniulotteisuutta ja vaikeaselkoisuutta. Asiakaslähtöisyyttä voidaan määritellä ja luokitella monin tavoin. Pyrimme kuvaamaan asiakaslähtöisyyttä kattavasti, mutta asiakaslähtöisyydestä on haastavaa, kenties mahdotonta muodostaa kaiken kattavaa ja yksiselitteistä kokonaiskuvaa (ks. myös esim. De Silva 2014). Valitsimme tarkastella asiakaslähtöisyyttä tutkielmassamme asiakkaan osallisuuden sekä itsemääräämisoikeuden, laadukkaiden ja riittävien palveluiden sekä asiakkaan saaman kohtelun teemojen kautta. Näitä kaikkia osa-alueita on määriteltävä myös lainsäädännössä. Tutkielman tulokset ovat riippuvaisia siitä, miten asiakaslähtöisyyttä on määriteltävä ja täten on mahdollista, että tulokset olisivat voineet olla toisenlaisia, mikäli olisimme päätyneet muodostamaan teoreettisen viitekehiksemme toisella tavalla, esimerkiksi toisista asiakaslähtöisyyden osa-alueista.

Korvaushoidon asiakaslähtöisyyttä haastavia tekijöitä on asiakkaiden näkökulmasta monia. Jo itse hoitoon pääsy voi olla vaikeaa ja hoitoon jonottaminen edellyttää hoitoon hakeutuvilta paljon. Pitkän jonotusajan voidaan arvioida karsivan motivoitumattomat hoitoon pyrkijät, mutta toisaalta hoitoon hakeutuvan näkökulmasta pitkä jonotusaika näyttäytyy uhkana hoidon piiriin pääsemiselle sekä omalle terveydelle ja jopa hengelle. Yhtälö, jossa hoitoon hakeutuvilta edellytetään jonotusaikana opioidien käyttöä sekä täten myös niiden hankintaa ja hallussapitoa, näyttäytyy asiakaslähtöisyyttä heikentävänä ja jopa epäeettisenä. Asiakkaiden ja asiakaslähtöisyyden näkökulmasta hoitoon tulisi päästä huomattavasti aiemmin kuin hoitotakuun velvoittamassa kuuden kuukauden määräajassa. Asiakkaat, jotka tekevät päätöksen hakeutua korvaushoidon piiriin, voivat tarvita nopeasti intensiivistä tukea ja kannustavaa otetta hoitoon sitoutumiseksi. Motivaation ylläpitäminen sekä sisäinen kamppailu huumeiden käyttäjän ja kuntoutujan roolien välillä yksin on haastavaa, minkä vuoksi olisi inhimillistä, että asiakkaille tarjottaisiin riittävää tukea jo ennen varsinaisen korvaushoidon alkamista sekä hoidon aikana.

Korvaushoidon valvontaan ja kontrolliin liittyy usein negatiivinen kaiku. Negatiiviset kokemukset koskevat usein sääntöihin liittyvän neuvottelu- ja joustovaran puutetta. (ks. esim. Honkala 2009.) Haastateltavat antoivat positiivista palautetta oman korvaushoitoyksikkönsä joustavista toimintatavoista. Asiakkaiden näkökulmasta nämä säännöt ovat pääsääntöisesti perusteltuja ja he ovat hoidon aloittaessaan sitoutuneet noudattamaan niitä. Asiakkailta on yleisesti ottaen realistinen käsitys siitä, että huumeriippuvuudesta kuntoutuminen korvaushoidon avulla edellyttää sitoutumista korvaushoitoa antavan yksikön sääntöihin. Nähdäksemme tyytyväisyys ja sitoutuminen hoitoon sekä sääntöihin ovat riippuvaisia osaltaan asiakkaiden saaman tiedon määrästä sekä perusteluista eri toimintatavoille.

Vastaavasti rikkeistä seuraavat sanktiot nähtiin perusteltuna ja olennaisena osana korvaushoitoa. Rikkeiden seurausten on oltava riittävän vaikuttavia, mutta kuitenkin oikeassa suhteessa rikkeeseen nähden. Asiakkaan näkökulmasta liian rankat seuraukset voivat heikentää motivaatiota jatkaa hoidossa. Selkeät rajat ja ohjeistukset hoidossa luovat asiakkaille kontrollia, joka voi olla asiakkaan hoitoa sekä kuntoutumista tukevaa. Kuitenkin niissä tilanteissa, kun asiakas kokee rajoitukset epäoikeudenmukaisina tai hänellä ei ole niistä riittävää tietoa, voi hän kokea ne negatiivisena. Epäoikeudenmukaisuuden kokemukset liittyivät ai-

neistossamme pääosin tilanteisiin, joissa asiakasta rangaistaan epäselvistä tai hänestä riippumattomista syistä, kuten lääkärin reseptillä määräämän lääkkeen näkymisestä seuloissa. Epätietoisuus ja epäoikeudenmukaisuuden tunne voivat heikentää asiakkaan motivaatiota tai sitoutumista hoitoon. Yhdenvertaisuus, avoimuus sekä riittävä tieto ohjeista ja säännöistä on tärkeää, jotta asiakkaat voivat kokea oikeudenmukaisuutta palveluissa.

Asiakaslähtöisyyden kannalta olennaista on, että korvaushoidon asiakas saa lääkehoidon ohella riittävän tuen sekä yksilöllisen, tarkoituksenmukaisen palvelukokonaisuuden niistä lähtökohdista, mitä asiakas itse esittää. Asiakkaalla voi olla useita erilaisia tuen tarpeita sekä toimijoita, joiden kanssa työskennellä. Korvaushoidon asiakkaiden hoitoneuvotteluihin on hyvä pyrkiä ottamaan mukaan myös asiakkaan oma sosiaalityöntekijä, jolla voi olla paljon asiakasta ja hänen tilannettaan koskevaa tietoa sekä ammattinsa puolesta tietoa asiakkaan mahdollisiin muihin tarpeisiin kuten asumiseen tai lastensuojeluun liittyen. (Laine & Annala 2015, 273.)

Sosiaalityöllä on paikkansa päihdehuollossa. Sosiaalisen näkökulman katoaminen päihdetyöstä uhkaa päihdeongelman kokonaisvaltaisuuden huomioimista ja siinä tarvittavaa monen eri alan asiantuntijuuden hyödyntämistä. Kehitys voi johtaa päihdetyön pirstaloitumiseen sekä päihdeongelmaisten kannalta avun ja palveluiden saamisen vaikeutumiseen. Tehokkuuden ja säästöjen hakeminen palveluita yksityistämällä ja keskittämällä näkyy päihdehuollossa esimerkiksi siinä, että päihdesosiaalityö ja päihdehuolto kiinnittyvät aiempaa vahvemmin osaksi terveydenhuoltoa. Päihdeongelman monisyisyyden takia pelkkä lääketieteellinen hoito ei ole riittävää. Korvaushoidon asiakkaan kuntoutuminen on pitkä, yksilöllinen ja monimutkainen prosessi, jossa työskentelyn keskiössä ovat riippuvuuden fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset taustat sekä työllisyys- ja taloudellisen tilanteen kohentaminen. Puutteellinen päihdehuolto ilman sosiaalisen näkökulman huomioimista säilyttää päihdeongelmaiset muille sosiaalityön sektoreille, jolloin asiakas joutuu asioimaan usean eri palvelun piirissä eikä välttämättä saa tarvitsemaansa kokonaisvaltaista apua ja tukea. (ks. esim. Härkönen 2017, Härkönen & Orjasniemi 2017, Pennonen 2014; Tourunen ym. 2009.)

Toimijoiden välinen yhteistyö sekä sujuva tiedonkulku mahdollistavat selkeän työnjaon, suunnitelmallisen työskentelyn sekä oikea-aikaisen ja saumattoman tuen. Asiakkaalle on tärkeää tietää, että hänen oma asiansa etenee ja tarvittavat toimijat työskentelevät yhteistyössä hänen tilanteensa edistämiseksi. Useamman eri tahon työskennellessä asiakkaan asiassa on

vaarana, että asiakas joutuu toistamaan samoja asioita useille tahoille tai häntä pompotellaan toimijalta toiselle. Asiakaslähtöisyyden näkökulmasta asiakkaan itsensä tulee määritellä se, mitä häntä koskevaa tietoa viranomaiset toisilleen luovuttavat. Asiakaslähtöisen tiedonkulun kannalta eri viranomaisilla tulisi olla mahdollisuus tietojen vaihtamiseen esimerkiksi yhteisellä asiakastietojärjestelmällä tai yhteydenpidolla edellyttäen, että asiakas sen sallii ja tietojen vaihtamisen tarkoituksena on asiakkaan tukitoimien järjestäminen ja kuntoutumisen edistäminen. Aineiston perusteella korvaushoitoyksikön henkilökunta oli mukana moniammatillisissa verkostotapaamisissa. Haastateltavien kertomassa työskentelysuhde omahoitajan kanssa näyttäytyi luottamuksellisena ja omahoitajan osallistuminen tapaamisiin koettiin tärkeänä tukena.

Yhtenä asiakaslähtöisyyttä keskeisimmin heikentävänä tekijänä voidaan pitää huonoa kohtelua asiakasta kohtaan. Huono kohtelu voi vaikuttaa asiakkaan omaan käyttäytymiseen sekä kokemukseen hänen arvostamisesta, kuulluksi tulemisesta ja osallisuudesta palveluidensa suunnittelussa. Kuitenkin monet positiiviset kokemukset asiakaslähtöisyyden toteutumisesta korvaushoidossa liittyivät asiakkaan ja työntekijöiden välisiin kohtaamisiin. Asiakaslähtöisen työtöteen toteuttaminen voi olla koko organisaatio- tai yksikkötasoinen linjaus, mutta olennaista asiakkaan kannalta on yksittäisten työntekijöiden omaksuma tapa tehdä työtä ja kohdata asiakas. Asiakkaat itse paikansivat kohtelun kannalta olennaiseksi seikkoja, jotka liittyivät työntekijöiden tapaan työskennellä ja suhtautua asiakkaaseen. Merkittäväksi muodostui työntekijöiden välittävä asenne ja aitous, joka näyttäytyi monelle jutusteluna ja rentona ilmapiirinä tapaamisissa. Jokainen työntekijä luo omalta osaltaan asiakkaalle kokemuksia asiakaslähtöisyydestä. Asiakkaiden näkökulmasta onnistunut ja heitä palveleva kohtaaminen koostuu pienistä elementeistä, kuten kuulumisten vaihtamisesta.

Asiakkaiden näkökulmasta asiakaslähtöisyys ja hyvä kohtaaminen rakentuvat pienistäkin asioista. Asiakkaan ja työntekijän väliseen vuorovaikutukseen vaikuttavat esimerkiksi molempien osapuolten aiemmat kokemukset sekä ennako-odotukset (ks. esim. Laine & Annala 2015, 276; Billquist & Skårner 2012, 41). Ennakkoluuloja ja asenteita vastaan tulee tehdä töitä esimerkiksi lisäämällä tietoa korvaushoidosta etenkin ammattinsa puolesta korvaushoidon asiakkaiden kanssa työskentelevien kohdalla. Asiakkaat toivovat työntekijöiden suhtautuvan heihin avoimesti ja antavan mahdollisuuden hyvälle, luottamukselliselle työskentelysuhteelle. He myös tiedostavat hyvän vuorovaikutuksellisen suhteen edellyttävän molempien osapuolten panosta ja sitoutumista.

Korvaushoitoa tulee kehittää kiinnittämällä huomiota ja vaikuttamalla asiakkaiden parempaan kohteluun, hoidon joustavuuteen, kotilääkeoikeusjärjestelyihin ja hoitoon pääsyn jonotusajan lyhentämiseen (ks. esim. Deering ym. 2011, 638.) Haastattelujen aikana haastateltavat nostivat esiin monia kohtia palveluissa, joihin he kaipaivat jonkinasteista muutosta. Heidän ideansa korvaushoidon kehittämiseksi olivat vertaistuki- ja toiminnallisten ryhmätoimintamuotojen kehittäminen, matalan kynnyksen palautteenantokanavat ja hoitoon pääsyn helpottaminen lyhemmillä jonotusajoilla. Olemme käsitelleet vertaistuki- ja ryhmätoimintojen sekä hoitoon jonottamisen teemoja aikaisemmin tuloslukuissa. Matalan kynnyksen palautteenantokanavien avulla korvaushoidon asiakkaiden olisi helpompi tuoda näkyväksi heille näyttäytyviä epäkohtia ja toiveita yleisistä hoitoon liittyvistä asioista sekä omia kokemuksia asiakaslähtöisestä toiminnasta. Heidän meille esiin tuomansa kehittämisideat ovat sellaisia, jotka myös itse näemme mahdollisuuksiksi korvaushoidon asiakaslähtöisyyden edistämiseksi.

Havaitsimme tutkielman aihepiiriin tutustuessamme ja aineiston kerättyämme useita mielenkiintoisia mahdollisuuksia jatkotutkimuksille. Korvaushoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa on merkittäviä paikkakuntakohtaisia eroja, mikä nousi esiin sekä aineistossamme että lähdekirjallisuudessa (ks. esim. Lappalainen-Lehto 2008, 181). Aineistossamme eroja näyttäytyi olevan myös saman paikkakunnan eri korvaushoitoyksiköiden välillä. Erot voivat saattaa eri paikkakuntien ja yksiköiden asiakkaat keskenään eriarvoiseen asemaan, sillä jotkut yksiköt voivat esimerkiksi mieltää korvaushoidon pelkäksi lääkehoidoksi sivuuttaen asiakkaan psykososiaalisen tuen järjestämisen (ks. esim. Saukkonen 2010, 7). Hoidon tulisi olla riittävää ja yhdenvertaista riippumatta siitä, missä asiakas hakeutuu hoitoon.

Haastateltavien kokemuksissa nousi esiin tyytymättömyys erityisesti aiempiin hoitoyksiköihin, kun taas nykyisen korvaushoitoyksikön toiminta koettiin pääosin toimivaksi. Mielestämme asiakkaiden yhdenvertaisuuden vuoksi olisi syytä kiinnittää huomiota korvaushoidon käytäntöihin eri yksiköiden ja paikkakuntien välillä. Mielenkiintoista olisi tutkia tarkemmin myös sitä, millaisia asiakaslähtöisyyttä edistäviä käytäntöjä eri yksiköillä on ja voitaisiinko niiden pohjalta laatia valtakunnallista ohjeistusta. Uskomme, että korvaushoitoa on tarve tutkia enemmän erityisesti asiakkaiden näkökulmasta ja tarjota sitä koskevaa tutkimustietoa

aktiivisesti tahoille, jotka kohtaavat työssään korvaushoidossa olevia asiakkaita. Tiedon lisääntyminen vaikuttaa yleiseen mielipiteeseen korvaushoidosta ja voinee lievittää esimerkiksi korvaushoidon asiakkaiden kokemaa leimaantumista.

LÄHTEET

- Aalto, Mauri 2015: Opioidikorvaushoidon toteuttaminen on tasapainoilua. Sic! Lääketietoa Fimeasta. 1/2015. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129836/1_15%202014-15%20Opioidikorvaushoidon%20toteuttaminen.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 11.6.2018.
- Aikio, Samuli 2017: Viisi näkökulmaa valtaan. Sosiaalityön taustalla olevien valtakäsitysten teoreettista pohdintaa. Lapin yliopisto.
- Baas, Ari & Seppänen-Leiman, Tuula 2002: Kadulta korvaushoitoon. Buprenorfiinihoidon kehittämisprojektin (1.1.1998 - 30.6.2000) loppuraportti. A-klinikkasäätiön raporttisarja 38.
- Billquist, Leila & Skårner Anette 2012: Expertise and humanity: the supportive professional relationship from the perspective of clients in drug treatment. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*. 21 (3). 27–43.
- C-hepatiitin hoito osana päihdepalveluita. Pilottiprojekti Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdekeskuksessa 2017–2018. https://www.hel.fi/static/sote/julkaisut/HKI_MSD_C-hepatiitti_Raportti_A5_v02.pdf. Viitattu 16.2.2019.
- Deering, Daryle E. A. & Sheridan, Janie & Sellman, J. Douglas & Adamson, Simon J. & Pooley, Sheridan & Robertson, Rhonda & Henderson, Charles 2011: Consumer and treatment provider perspectives on reducing barriers to opioid substitution treatment and improving treatment attractiveness. *Addictive Behaviors* 36(6), 636–642.
- De Silva, Debra 2014. Helping measure person-centred care. London: The Health Foundation. 3/2014. <https://www.health.org.uk/sites/default/files/HelpingMeasurePerson-CentredCare.pdf>. Viitattu 26.2.2019.
- Eronen Anne & Lehtinen, Timo & Londén, Pia & Perälähti, Anne 2016: Sosiaalibarometri 2016: erityiskatsaus toimeentulotuesta ja sote-uudistuksesta. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. Helsinki.
- ETENE 2004: Autonomia ja heitteillejätö - eettistä rajankäyntiä. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. ETENE-julkaisuja 10. Helsinki.
- Hakkarainen, Pekka & Tigerstedt, Christoffer 2005: Korvaushoidon läpimurto Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 67, 539–551.
- Harju-Koskelin, Outi 2007: Kuntoutuuko korvaushoidossa? Ohjat-projektin seurantalutkimus. Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja 37.
- Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009: Tutki ja kirjoita. Tammi. Hämeenlinna. 15. uudistettu painos. 1.painos 1997.
- Honkala, Mirka 2009: “Se pelasti mun elämän”. Asiakkaiden kokemuksia opiaattikorvaushoidosta. Laurea-Ammattikorkeakoulu. Vantaa.
- Hurme, Toivo 2002: Harmin paikka. Haittojen vähentämisen käsitteellinen ongelmallisuus huumeapolitiikassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 67(5). 415–422.
- Hämeen-Anttila, Lotta 2018: Uusi asiakas- ja potilaslaki. Itsemääräämisoikeuslainsäädännön kokonaisuudistus. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://stm.fi/documents/1271139/7852886/Asiakas-+ja+potilaslaki.pdf/5dcc0425-a69b-4e65-98c2-839e32319f8d/Asiakas-+ja+potilaslaki.pdf.pdf> . Viitattu 26.3.2019
- Hämeen-Anttila, Lotta & Vormaa, Helena 2018: Mielenterveys- ja päihdepalvelulainsäädännön kokonaisuudistus. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://stm.fi/documents/1271139/1376272/Mielenterveys-+ja+p%3%A4ihdepalvelulains%C3%A4d%C3%A4nn%C3%B6n+kokonaisuudistus+120618.pdf/4a1a8cfd-74de-4970-bc80-14ba8af60b71/Mielenterveys->

- [+ja+p%C3%A4ihdepalvelulains%C3%A4%C3%A4d%C3%A4nn%C3%B6n+konaisuudistus+120618.pdf.pdf](#) . Viitattu 11.10.2018
- Härkönen, Tero 2012: Päihdehuoltalainsäädännön kehittyminen Suomessa. Nykyisen päihdehuoltolain muotoutuminen ja siihen johtaneet tekijät. Itä-Suomen yliopisto. Joensuu.
- Härkönen, Tero & Orjasniemi, Tarja 2017: Päihdesosiaalityö: Katoavaa osaamista? Tiimi 5/2017. 13–14.
- Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi 2008: Jännitteitä ja suuntaviivoja aikuisten sosiaalityössä. Teoksessa Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi 2008: Sosiaalityö aikuisten parissa. Vastapaino. Tampere. 282–289.
- Juhila, Kirsi 2008: Aikuisuus sosiaalityössä. Teoksessa Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi 2008: Sosiaalityö aikuisten parissa. Vastapaino. Tampere. 82–108.
- Juhila, Kirsi 2012: Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Vastapaino. Tampere. 4. uudistettu painos. 1.painos 2006).
- Kananoja, Aulikki 2010: Sosiaalityön asiakastyön menetelmät ja orientaatiot. Teoksessa Kananoja, Aulikki & Lähteinen, Martti & Marjamäki, Pirjo (toim.): Sosiaalityön käsikirja. Tietosanoma Oy. Helsinki, 119–135.
- Kankaanpää, Sini 2013: Opioidikorvaushoito toipumisprosessin välivaiheena. Hoidosta onnistuneesti irrottautuneiden kokemuksia kuntoutumisesta. Helsingin yliopisto.
- Karvonen, Pentti 2000: Ministeriön asetus ja opioidiriippuvaisten korvaushoito. Yhteiskuntapolitiikka 65, 450–456.
- Karvonen, Pentti 2001: Matala hoitokynnys ja haittojen minimointi. Vastapaino. Tampere. Klaus Mäkelälle ja Kari Poikolaiselle. Yhteiskuntapolitiikka 66, 489–495.
- Kautiainen, Riikka 2012: Korvaushoidossa olevat kuntoutujat Tervalammen kartano kuntoutuskeskuksessa. Helsingin yliopisto.
- Kiljander, Maija 2016: Vanhemman osallisuus lastensuojelun sijaishuollon aikana. Fenomenologis-hermeneuttinen näkökulma. Lapin yliopisto.
- Kivistö, Mari 2014: Kolme ja yksi kuvaa osallisuuteen. Monimenetelmällinen tutkimus vaikeavammaisten ihmisten osallisuudesta toimintana, kokemuksena ja kielenkäyttönä. Lapin yliopistopaino. Rovaniemi.
- Kokko, Riitta-Liisa 2003: Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä. Institutionaalisen kohtaamisen jännitteitä. Tutkimuksia 72/2003. Kuntoutussäätiö. Helsinki.
- Kokko, Riitta-Liisa 2018: Asiakslähtöisyys tavoitteena työllistymistä edistävässä monialaisessa yhteispalvelussa. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti, Janus 26 (2), 123–139.
- Kuula, Arja 2006: Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Tampere.
- Lagerspetz, Eerik 1994: Itsemäärääminen ja valta. Teoksessa Pietarinen, Juhani & Launis, Veikko & Rääkkä, Juhani & Lagerspetz Eerik & Rauhala, Marjo & Oksanen, Markku: Oikeus itsemääräämiseen. Painatuskeskus Oy. Helsinki, 97–141.
- Laine, Pekka & Annala, Riikka 2015: Opioidikorvaushoito voi mahdollistaa työllistymisen. Yhteiskuntapolitiikka 80 (3). 273–277.
- Laitila, Minna 2010: Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Itä-Suomen yliopisto.
- Laitila-Ukkola, Merja 2005: Päihdehuollon näköinen sosiaalityö? : suomalaisen päihdehuollon sosiaalityötarinoita. Lapin yliopisto. Rovaniemi.
- Lahti, Johanna 2015: Työntekijöiden näkemyksiä päihdekuntoutuksessa olevan asiakkaan retkahduksesta. Seinäjoen ammattikorkeakoulu.
- Lappalainen-Lehto, Riitta & Romu, Maija-Liisa & Taskinen, Mailis 2008: Haasteena päihdetyö. Ammatillisen päihdetyön perusteita. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki.

- Launis, Veikko 2010: Itsemääräämisoikeus ja paternalismi terveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. 47. 136–139.
- Lempinen, Inka & Rounioja, Katja & Äijälä, Sanna 2014: Huumeita käyttävät äidit. Teoksessa Orjasniemi, Tarja (toim.) 2014: Moniammatillisen päihdetyön käytäntöjä kehittämässä. Kohdeilmioita, menetelmiä, strategioita ja rajapintoja. 13–23.
- Luhtasela, Leena 2009: Osallisuuden rakentuminen kuntouttavassa työtoiminnassa. Helsingin yliopisto. Helsinki.
- Lätti, Maarit & Tiuro, Marjo 2012: Dokumentointi kuntouttavassa sosiaalityössä. Lapin yliopisto.
- Mattila-Aalto, Minna 2009: Kuntoutusosallisuuden diagnoosi. Tutkimus entisten rappiokäyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista. *Kuntoutussäätiö*.
- Murto, Lasse 2002: Päihdehuollon suomalainen malli kansainvälistyvässä toimintaympäristössä. Teoksessa Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.): Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus. Helsinki, 167–192.
- Mutikainen, Sanna 2012: Aikuissosiaalityön ammatilliset jännitteet sosiaalityöntekijöiden kuvaamina. Tampereen yliopisto.
- Mäkelä, Rauno 2013: Alkoholi-ongelmien hoidon etiikka. Itä-Suomen yliopisto. Joensuu.
- Mönkkönen, Kaarina 2002: Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopion yliopisto.
- Niemelä, Pauli 2016: Hyvinvoinnin edistäminen sosiaalityön eetoksena. Teoksessa Törrönen, Maritta & Hänninen, Kaija & Jouttimäki, Päivi & Lehto-Lunden, Tiina & Salovaara, Petra & Veistilä, Minna: Vastavuoroinen sosiaalityö. Gaudeamus Helsinki University Press. Tallinna. 97–108.
- Niemi, Petteri 2011: Mitä itse ja sen määrääminen. Teoksessa Kotiranta, Tuija & Niemi, Petteri & Haaki, Raili (toim.): Sosiaalisen toiminnan perusta. Gaudeamus. Helsinki. 169–197.
- Nivala, Elina & Rynänen, Sanna 2013: Kohti sosiaalipedagogista osallisuuden ideaalia. *Sosiaalipedagogiikan aikakauskirja* 14, 9–41
- Norlamo-Saramäki, Tuija 2009: Asiakaslähtöisyyden ristiaallokossa. Helsingin yliopisto.
- Nummela, Tuija 2011: Asiakkaan asema ja oikeuksien toteutuminen aikuissosiaalityössä. Itä-Suomen yliopisto. *Publications in Social Sciences and Business Studies*.
- Ohrankämmen, Karoliina 2015: Osallistumisen ja asiakkuuden rajapinnoilla. Tutkielma asiakaslähtöisyyden ja palveluiden kehittämisen rationaliteeteista sosiaali- ja terveydenhuollosta. Helsingin yliopisto.
- Oksanen Markku, Launis Veikko, Sajama Seppo (toim.) 2010: Etiikan lukemisto. Gaudeamus. Helsinki.
- Pennonen, Marjo 2014: Päihdealan ammattilaisten käsitykset hyvästä ja huonosta hoidosta. *Yhteiskuntapolitiikka* 79:3, 318–327.
- Perälä, Riikka 2007: Huumeiden käyttäjien tulkintoja ongelmistaan ja niihin kohdistuvista sosiaali- ja terveyspalveluista. *Yhteiskuntapolitiikka* 72, 256–271.
- Raivio, Helka & Karjalainen, Jarno 2013: Osallisuus ei ole keino tai väline, palvelut ovat! Osallisuuden rakentuminen 2010-luvun tavoite- ja toimintaohjelmissa. Teoksessa Era, Taina (toim.): Osallisuus-oikeutta vai pakkoa? Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 156. 12–34.
- Rauhala, Pirkko-Liisa & Virokannas, Elina (2011): Sosiaalityön tutkimuksen etiikka, opettaminen ja tietoarvo. Teoksessa Pehkonen, Aini & Väänänen-Fomin, Marja (toim.): Sosiaalityön arvot ja etiikka Ps-Kustannus. Jyväskylä, 235–255.

- Raunio, Kyösti 2009: Olennainen sosiaalityössä. Toinen, uudistettu laitos. Gaudeamus Helsinki University Press.
- Repo, Päivi 2014: Päihdeäideille suunniteltu pakkohoito ei toteudukaan. Helsingin Sanomat 10.2.2014. <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000002708691.html> . Viitattu 22.10.2018
- Rissanen, Päivi 2015: Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 88/2015. Helsinki.
- Rostila, Ilmari 2001: Tavoitelähtöinen sosiaalityö. Voimavarakeskeisen ongelmanratkaisun perusteet. Jyväskylän yliopisto. Paino Kopijyvä Oy. Jyväskylä.
- Rounioja, Katja 2014: Äitien näkemyksiä Oulun kaupungin päihdepalveluista ja korvaushoidosta sekä niiden kehittämistä. Teoksessa Orjasniemi, Tarja (toim.): Moniammatillisen päihdetyön käytäntöjä kehittämässä - kohdeilmiöitä, menetelmiä, strategioita ja rajapintoja. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja 57, 50–63.
- Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006: KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietovaranto. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html. Viitattu 17.4.2018.
- Saarelainen, Ritva 2003: Päihteet ja päihteiden väärinkäyttö. Teoksessa Ritva Saarelainen, Ritva; Stengård, Eija & Vuori-Kemilä, Anne (toim.): Mielenterveys ja päihdetyö – yhteistyötä ja kumppanuutta. WSOY. Helsinki, 33–44.
- Saukkonen, Auli 2010: Lääke yksin ei riitä korvaushoidossa - Lääkitys ja psykososiaalinen kuntoutus kuuluvat yhteen korvaushoidossa. Päihdetyön erikoislehti Tiimi 6/2010, 6-8.
- Sennett, Richard 2004: Respect in a World of Inequality. W.W. Norton & Company Inc. New York.
- Sinko, Päivi & Virokannas, Elina 2009: Rajallisia äitiysidentiteettejä – Huumeita käyttäneiden naisten kertomuksia lastensa huostaanotoista. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti, Janus 17(2). 104–120.
- Siitonen, Juha 1999: Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun opettajankoulutuslaitos.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2019: Sosiaali- ja terveyspalvelujen on vastattava ihmisten tarpeisiin ja yhteiskunnan muutoksiin – palvelujen uudistaminen jatkuu. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 8.3.2019. https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/sosiaali-ja-terveyspalvelujen-on-vastattava-ihmisten-tarpeisiin-ja-yhteiskunnan-muutoksiin-palvelujen-uudistaminen-jatkuu . Viitattu 19.3.2019.
- Suomen C-hepatiittistrategia 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muis-tioita 2016:63.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016: Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluon-noksen vaikutusten ennakoarviointi. Raportti 12/2016.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018: Päihdehuollon huumeasiakkaat 2017. Tilastora-portti 31/2018.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018: Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet 2018. Tilastoraportti 2/2019.
- Tourunen, Jouni; Pitkänen, Tuuli; Harju-Koskelin, Outi; Häkkinen, Anitta & Holopainen, Antti 2009: Korvaushoitopotilaiden kuntoutuminen on pitkä ja haasteellinen prosessi. K- ja Vieroitushoitopoliklinikoilla vuosina 2002–2003 hoitonsa aloittaneiden opioidiriippuvaisten potilaiden korvaushoidon seuranta. Yhteiskuntapoli-tiikka 74:4, 421–428
- Tourunen, Jouni & Pitkänen, Tuuli 2010: Opioidiriippuvaisten korvaushoito ja syrjäytymi-sen ehkäisy. Teoksessa Laine, Terhi & Hyväri, Susanna & Vuokila-Oikkonen,

- Päivi (toim.): Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki, 147–168.
- Toikko, Timo 2012: Sosiaalipalveluiden kehittämissuunnat. Tampere University Press. Tampere.
- Topo, Päivi 2012: Itsemääräämisoikeuden monet ulottuvuudet. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. *Journal of Social Medicine*. 4/2012. 49. vuosikerta. 287–289.
- Tronto, Joan 1994: *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. Routledge. London.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki. Uudistettu laitos. 1. painos 2002.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki. Uudistettu laitos. 1. painos 2002.
- Tuori, Kaarlo & Kotkas, Toomas 2016: *Sosiaalioikeus*. Talentum. 5. uudistettu painos
- Törrönen, Jukka 2002: Lehdistön huume poliittinen asemoituminen vuosina 1993–2000. *Yhteiskuntapolitiikka* 67, 523–538.
- Törrönen, Maritta 2012: Sosiaalityö ja arkinen hyvinvointi. Vastavuoroisuuden dialektiikka. *Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti*, Janus 20 (2). 182–191.
- Uusitalo, Susanne 2013: Addiktio - uhka yksilön tahdolle vai vapaata toimintaa? Teoksessa Tammi, Tuukka & Raento, Pauliina (toim.): *Addiktioyhteiskunta - riippuvuus aikamme ilmiönä*. Gaudeamus. Helsinki, 90–105.
- Valokivi, Heli 2008: Kansalainen asiakkaana: tutkimus vanhusten ja lainrikkajien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. Tampereen yliopisto.
- Van Aerscht, Paul 2003: Oikeusturvasta sosiaalihuollossa. *Lakimies* 4/2003. 619–637.
- Varjonen, Vili 2015: Huumetilanne Suomessa 2014. Kansallinen huumevuosiraportti EMCDDA:lle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 1/2015.
- Vilén, Marika & Leppämäki, Päivi & Ekström, Leena 2005: Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. Werner Söderström Osakeyhtiö. 1.-2.painos.
- Viljanen, Veli-Pekka 2001: Perusoikeuksien rajoitusedellytykset. Talentum.
- Vilkkä, Hanna 2015: Tutki ja kehitä. Ps-Kustannus. Jyväskylä. 4. uudistettu painos
- Virokannas, Elina 2017: Rajoitettuja avun saannin kokemuksia ja hallinnan suhteita huumeita käyttävien naisten keskusteluissa hyvinvointipalvelujärjestelmästä. *Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti*, Janus 25 (2). 111–126.
- Virtanen, Petri & Suoheimo, Maria & Lamminmäki, Sara & Ahonen, Päivi & Suokas, Markku 2011: *Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen*. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki 2011.
- Väyrynen, Sanna 2007: *Usvametsän neidot*. Tutkimus nuorten naisten elämästä huume-kuvioissa. Lapin yliopisto.
- Väyrynen, Sanna 2012: Muutosta edistävät tekijät päihde- ja mielenterveyskuntoutuksessa. Asiakkaiden kokemuksia intensiivisen avokuntoutuksen vaikuttavuudesta. Teoksessa Pohjola, Anneli & Kempainen, Tarja & Väyrynen, Sanna (toim.) 2012: *Sosiaalityön vaikuttavuus*. 271–300.
- Weckroth, Antti 2007: Mitä merkitsee “psykososiaalinen” päihdehuollossa. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (4), 426–436.
- Weckroth, Antti 2006: Valta ja merkitysten tuottaminen korvaushoidossa - Etnografinen tutkimus huumehoitolaitoksesta. *Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja* 47. Helsinki.

Virallislähteet

	Hallintolaki (434/2003)
PotilasL	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)
AsiakasL	Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (22.9.2000/812)
	Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559)
	Päihdehuoltolaki (17.1.1986/41)
	Rikoslaki (39/1889)
	Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)
	Suomen perustuslaki (11.6.1999/731)

Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä sosiaalihuoltolain muuttamisesta ja eräksi niihin liittyviksi laeiksi (HE 137/1999)

Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi (HE 108/2014)

Hallituksen esitys Eduskunnalle perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta (HE 309/1993)

Perustuslakivaliokunnan mietintö Hallituksen esityksestä perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta (PeVM 25/1994 vp.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä (33/2008)

Lakiluonnokset

Asiakas- ja potilaslain luonnos 25.4.2018. <https://stm.fi/documents/1271139/7852886/Alustava+luonnos+asiakas-+ja+potilas-laiksi+25.4.2018/db926037-5a82-429c-89cd-b6424adb6758/Alustava+luonnos+asiakas-+ja+potilaslaiksi+25.4.2018.pdf> . Viitattu 26.3.2019

Sosiaalihuoltolain luonnos 8.6.2018. <https://stm.fi/documents/1271139/1376272/Sosiaalihuoltolain+luonnos+080618.pdf/d6603562-4f47-4c45-9525-eea15b1d3354/Sosiaalihuoltolain+luonnos+080618.pdf.pdf> . Viitattu 11.10.2018

Terveydenhuoltolain luonnos 8.6.2018. <https://stm.fi/documents/1271139/1376272/Terveydenhuoltolain+luonnos+080618.pdf/7b571c0e-f5be-4377-b2df-1b08ebd90439/Terveydenhuoltolain+luonnos+080618.pdf.pdf> . Viitattu 11.10.2018

Oikeustapaukset ja valvontaviranomaisten ratkaisut

Eduskunnan oikeusasiamies Riitta-Leena Paunio kanteluratkaisu 6.3.2009 (dnro 4314/4/06): Päihdepotilaan hoidon lopettamisesta ei päätetty asianmukaisesti. <https://www.oikeusasiamies.fi/fi/ratkaisut/-/eoar/4314/2006>

Eduskunnan oikeusasiamies Petri Jääskeläisen kanteluratkaisu 30.4.2010 (dnro 3975/4/08): Yksityisyydensuoja ja hyvä hoito eivät toteutuneet lain mukaisesti terveyskeskuksen järjestämässä korvaushoidossa. <https://www.oikeusasiamies.fi/fi/ratkaisut/-/eoar/3975/2008>

Eduskunnan oikeusasiamies Petri Jääskeläisen kanteluratkaisu 26.8.2010 (dnro 3419/4/08):
Lääkkeen vaihtamista koskeva päätös olisi tullut perustella ja potilasasiakirjamer-
kinnät olivat puutteelliset. [https://www.oikeusasiamies.fi/fi/ratkaisut/-
/eoar/3419/2008](https://www.oikeusasiamies.fi/fi/ratkaisut/-/eoar/3419/2008)

Eduskunnan oikeusasiamies Petri Jääskeläisen kanteluratkaisu 31.8.2011 (dnro 4677/4/09):
Vapaaehtoisen päihdehoidon tulee tapahtua yhteisymmärryksessä potilaan kanssa.
<https://www.oikeusasiamies.fi/fi/ratkaisut/-/eoar/4677/2009>

Liite 1 Haastattelurunko

1. Korvaushoito

- Kuinka kauan olet ollut korvaushoidossa?
- Hakeuduitko korvaushoitoon itse vai jonkun muun suosituksesta tai kehotuksesta?
- Mitkä asiat vaikuttivat päätökseesi?
- Onko tämä ensimmäinen kertasi korvaushoidossa?
- Jos aiempi hoito on katkennut tai keskeytynyt, miksi?
- Miten koit hoitoon pääsyt?
- Kuinka nopeasti hoito järjestyi?
- Miten hoitoon pääsy vaikutti sitoutumiseesi/motivaatioosi?
- Mikä lääkitys sinulla on korvaushoidossa? Oliko sinulla mahdollisuutta vaikuttaa lääkitykseen?
- Kuinka usein käyt hakemassa lääkkeitä korvaushoitoyksiköstä? Onko sinulla koti-lääkeoikeuksia?

2. Asiakaslähtöisyys korvaushoidossa

- Miten olet osallistunut palveluidesi suunnitteluun?
- Oletko saanut riittävästi tietoa hoitoa koskien, esimerkiksi millaisia vaihtoehtoja sinulla on hoidon/palveluiden suhteen?
- Miten koet korvaushoidossa tapahtuvat rajoitukset? (esim. pistojälkien tarkastukset, seulat ja puhallutukset).
- Hoidon aikaiset hoidon rikkeet ja retkahdukset. (Mitä rikkeistä seuraa ja miten koet ne?)
- Miten sinulla on ollut mahdollisuuksia tehdä valintoja ja päätöksiä koskien omaa hoitoasi?
- Oletko saanut riittävästi tietoa valintojen tekemiseksi?
- Mitä muuta on järjestetty korvaushoidon lääkehoidon tueksi? (esim. sosiaalihuolto, mielenterveyspalvelut, vertaistuki)
- Kenen aloitteesta/ehdotuksesta muita palveluita järjestettiin?
- Koetko, että sinun hoitosi on yksilöllistä ja sinut on huomioitu kokonaisvaltaisesti?
- Miten koet tuen tarpeidesi ja sinulle tarjottujen palveluiden kohdanneen?
- Missä olisit toivonut enemmän tukea ja apua?
- Miten koet saamasi kohtelun hoidossa/muissa palveluissa?
- Koetko saaneesi tukea työntekijöiltä?
- Miten kuvailisit sinun ja henkilökunnan keskinäistä vuorovaikutusta ja yhteistyösuhdetta?

3. Lopuksi

- Mitkä ovat mielestäsi korvaushoidon olennaisimmat positiiviset ja negatiiviset vaikutukset arkeen?
- Millaisia kehittämissideoita sinulla on korvaushoitoa/palvelukokonaisuutta ajatellen?