

Opiodiriippuvuuden korvaushoidon hoitomuotojen raja -

Korvaushoitoyksiköiden työntekijöiden käsityksiä korvaushoidon rajautumisesta kuntouttavaan ja haittoja vähentävään hoitomuotoon

Mirjami Kiistala
Pro gradu
Sosiaalityö
Kevät 2017

Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Työn nimi: Opioidiriippuvuuden korvaushoidon raja – korvaushoitoyksiköiden työntekijöiden käsityksiä korvaushoidon rajautumisesta kuntouttavaan ja haittoja vähentävään hoitomuotoon

Tekijä: Mirjami Kiistala

Koulutusohjelma: Sosiaalityö

Työn laji: Pro gradu-työ Sivulaudaturtyö Lisensiaatin työ

Sivumäärä: 61

Vuosi: Kevät 2017

Tiivistelmä

Tämän tutkielman tavoitteena oli tuottaa tietoa opioidiriippuvuuden lääkkeellistä korvaushoitoa toteuttavien työntekijöiden käsityksistä korvaushoidon rajautumisesta kuntouttavan ja haittoja vähentävän korvaushoidon hoitomuotoihin. Tutkielmassa sitouduttiin opioidiriippuvuuden korvaushoitoa säätelevään lainsäädäntöön opioidiriippuvuuden korvaushoidon toteuttamisesta sekä rajojen, rajapintojen ja rajakohteiden teoreettisiin käsityksiin.

Tutkielman toteuttamista ohjasi fenomenologisesti suuntautunut fenomenografinen tutkimussuuntaus. Fenomenografisen analyysin perusteella muodostettiin kaksi abstraktia kuvauskategoriaa työntekijöiden käsityksistä korvaushoidon rajautumisesta kuntouttavan ja haittoja vähentävän korvaushoidon hoitomuotoihin.

Tutkimuksessa ilmeni, että opioidiriippuvuuden lääkkeellisen korvaushoidon työntekijät käsittävät kuntouttavan ja haittoja vähentävän korvaushoidon hoitomuotojen rajat korvaushoidon toteuttamista ja asiakkaan auttamista tukeviksi, mikäli työntekijät saavat toteuttaa yksilöllistä korvaushoitoa ja määrittää itse hoitomuotojen rajoja. Mikäli korvaushoidon taloudellisista ratkaisuksista johtuen työntekijät joutuvat sopeutumaan joustamattomien hoitomuotojen toteuttamiseen, käsitetään hoitomuodot keinotekoisiksi sekä käytännön työtä ja asiakkaiden auttamista vaikeuttaviksi, mikä aiheuttaa korvaushoidon työntekijöille eettisiä ristiriitoja.

Avainsanat

Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen korvaushoito, kuntouttava korvaushoito, haittojen vähentäminen, fenomenografia

Muita tietoja

Suostun tutkielman luovuttamiseen kirjastossa käytettäväksi

Suostun tutkielman luovuttamiseen Lapin maakuntakirjastossa käytettäväksi

Sisällys

1 Johdanto.....	1
2 Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen korvaushoito	4
2.1 Opioidiriippuvuuden korvaushoidon tutkimus	4
2.2 Rajautuminen kuntouttavaan ja haittoja vähentävään korvaushoitoon.....	6
2.2.2 Psykososiaalinen päihdekuntoutuksessa	8
2.2.3 Haittojen vähentäminen.....	10
3 Opioidiriippuvuuden korvaushoidon säätely.....	13
3.1 Päihdepalvelut sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä.....	13
3.2 Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön määräyksistä asetuksiin.....	15
4 Tutkielman toteuttaminen.....	18
4.1 Tutkimustehtävä ja aineisto	18
4.2 Fenomenografia tutkimussuuntauksena.....	19
4.3 Tutkielman eettisyys ja tutkijan paikka	22
4.4 Aineiston analyysi.....	23
5 Arkikielen kuvauskategoriat.....	26
5.1 Psykososiaalinen tuki hoitomuodoissa	26
5.2 Hoitomuodon vaihtaminen korvaushoidon aikana	32
5.3 Käsitteet hoitomuodoista suhteessa asiakkaan auttamiseen.....	40
6 Tutkimuksen tulokset	47
7 Pohdinta.....	55
8 Johtopäätökset	59
Lähteet	62

1 Johdanto

Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen korvaushoito on viimeisen lähes kahdenkymmenen vuoden aikana vakiintunut Suomessa yhdeksi keskeisimmistä huumeongelman hoitomuodoista. Tämän ajan kuluessa korvaushoidossa olevien asiakkaiden määrä on kasvanut, korvaushoidon käytännöt muuttuneet kontrolloivista haittojen vähentämisen suuntaan ja korvaushoito laajentunut erikoissairaanhoidosta asiakkaita lähemmäksi päihdehuollon erityispalveluihin ja terveyskeskuksiin.

Perinteisesti päihdehuoltoa on Suomessa kehitetty sosiaalihuollon yhteydessä, mutta korvaushoidon vakiintuessa terveydenhuollon asema päihdehuollossa on vahvistunut. Lainsäädännöllisesti korvaushoito määritellään terveydenhuollon toiminnaksi, mutta suomalaiselle päihdetyön mallille tyypillisesti korvaushoidossa korostetaan psykososiaalista hoitoa ja kuntoutusta, jolloin lääkehoidon ohella on huomioitava asiakkaan psyykkiset ja sosiaaliseen elämäntilanteeseen liittyvät kysymykset. Käytännössä korvaushoidossa työskennellään sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnalla korvaushoidon asiakkaiden ollessa usein moniongelmaisia ja yhteiskunnasta syrjäytyneitä.

Korvaushoitoa on perusteltu muun muassa huumeiden käytön ja rikollisuuden vähentämiseksi, tartuntatautien leviämisen ehkäisemiseksi, kuolleisuuden pienentämiseksi ja korvaushoidossa olevien yksilöiden elämänlaadun parantamiseksi. Korvaushoidon turvallisen toteuttamisen on nähty tulevan yhteiskunnalle aina halvemmaksi, kuin opioidiriippuvaisten yksilöiden hoitamatta jättäminen (Baser ym. 2011).

Korvaushoidon hyväksymistä lääketieteellisesti ja sosiaalisesti perusteltuna hoito- ja auttamismenetelmänä edelsi laaja keskustelu eri tieteiden välillä ja julkisessa mediassa (kts. esim. Hakkarainen & Törrönen 2002). Myös sosiaalityössä korvaushoito herätti keskustelua päihdetyön medikalisoitumisesta ja terveydenhuollon aseman vahventumisesta päihdehuollosta, tosin 2000-luvulle saapuessa psykososiaalista kuntoutusta päihdetyössä ja opioidiriippuvaisten korvaushoitoa koskevat sosiaalityön tieteelliset kirjoitukset ovat vähentyneet (Weckroth 2007, 433).

Suomessa on arvioitu olevan noin 13 000 – 15 000 opioidien ongelmakäyttäjää, joista korvaushoidossa oli vuonna 2011 hieman alle 2500 asiakasta ja joista suurin osa keskittyi pääkaupunkiseudulle (Ollgren ym. 2014; Partanen ym. 2014). Pohjoismaisesti vertailtuna korvaushoito on Suomessa haittojen vähentämiseen tähtäävämpää, kuin Norjassa ja Ruotsissa, muttei yhtä liberaalia kuin Tanskassa (Selin ym. 2015).

Edelleen päihdepolitiikka on Suomessa kaksijakoista: kontrollipainotteista ja haittojen vähentämiseen suuntaavaa. Esimerkiksi rikosoikeudelliset tuomiot huumausainerikoksista ovat Suomessa edelleen ankaria. Ristiriitaisesti huumausaineista riippuvainen yksilö on yhteiskunnassamme sekä rikollinen, potilas että asiakas (Hurme 2002b). Palvelujärjestelmän näkökulmasta huumeongelmaisen auttaminen on haastavaa, koska häntä ei voida sijoittaa ”narkomaanin”, ”toipuneen” tai ”kuntoutujan” rooliin (Knuuti 2007; Valentine 2008).

Korvaushoito ymmärretään usein asiakkaan viimeisenä mahdollisuutena elämäntilanteensa järjestämiseen (Weckroth 2006, 139–142). Raamit korvaushoidon toteuttamiselle asettaa Suomessa sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteuttamisesta buprenorfiinia tai metadonia sisältävillä lääkeainevalmisteilla (33/2008). Kaikkiaan sosiaali- ja terveysministeriö on ohjeistanut korvaushoidon toteuttamista viiteen otteeseen ensimmäisen määräyksen tultua voimaan vuonna 1997.

Viimeisimmän vuonna 2008 voimaan tulleen asetuksen mukaan opioidiriippuvuuden korvaushoidon tavoitteena on joko kuntoutuminen ja päihteettömyys tai haittojen vähentäminen ja potilaan elämänlaadun parantaminen. Korvaushoito perustuu hoitosuunnitelmaan, jossa lääkehoidon lisäksi tulee määritellä myös muu lääketieteellinen ja psykososiaalinen hoito, kuntoutus ja seuranta. Korvaushoidon tavoite tulee selvittää hoitoa aloitettaessa ja sitä tulee tarpeen tullen tarkistaa.

Viimeisin asetus mahdollisti myös korvaushoitolääkkeiden hakemisen sopimukseen perustuen apteekista. Vuonna 2011 korvaushoidossa oli 2439 asiakasta, joista 66 % oli kuntouttavassa korvaushoidossa ja haki lääkkeensä yksiköstä ja 7 % apteekista. Asiakkaita 24 % oli haittoja vähentävässä korvaushoidossa. (Partanen ym. 2014.)

Korvaushoidon toteuttamista säätelevä sosiaali- ja terveysministeriön asetus jättää kunnille tilaa kunta- ja hoitopaikkakohtaisille ratkaisuille. Koska valtakunnallisia ohjeita hoidon sisällöstä ei ole laadittu ja korvaushoitoa toteuttavia yksiköitä on paljon, on korvaushoidon järjestämiskäytännöissä mahdollisesti suuria eroavaisuuksia (Selin ym. 2015, 1348). Tutkimustietoa hoitokäytännöistä on vain vähän (Selin 2013).

Huolta herättäväksi on katsottu, mikäli korvaushoidon toteuttamisessa asiakkaita ohjataan jäykkiin hoitomuotojen käytäntöihin ja etenevissä määrin haittoja vähentävään korvaushoitoon, jolloin korvaushoidon sisällöksi voi määrittyä pelkästään lääkehoito sisältämättä päihdehuollossa perinteisesti korostettua psykososiaalista kuntoutusta. Tällöin potilaiden yksilöllisyys ja lääketieteelliset ja asiakkaiden oikeuksiin liittyvät seikat voivat

jääda toissijaiseksi taloudellisten seikkojen korostuessa. (Simojoki ym. 2012, 1737–1738).

Suoritin sosiaalityön käytännönjaksoni A-klinikalla, jossa pohdin paljon opioidiriippuvuuden korvaushoidon kahtiajakoa kuntouttavan ja haittoja vähentävän korvaushoidon hoitomuotoihin ja asiakkaiden siirtymistä hoitomuotojen välillä. Minua mietitytti, siirretäänkö asiakkaita haittoja vähentävään korvaushoitoon, mikäli he eivät sitä itse halua ja onko haittoja vähentävässä korvaushoidossa olevalla asiakkaalla myöhemmin mahdollisuutta siirtyä takaisin kuntouttavaan korvaushoitoon. Sosiaalityön opiskelijana koin mahdollisuuden haittoja vähentävän korvaushoidon toteuttamiseen lähes pelkästään lääkehoitona (psyko)sosiaalisesta ja korvaushoitoa säätelevän asetuksen näkökulmasta arvelluttavana. Yleensäkin koin korvaushoidon kahtiajaon kysymyksiä herättävänä.

Pro gradu-tutkielmani aiheen valintaa on ohjannut sosiaalityön käytännönjaksolta nousut kiinnostukseni päihdetyöhön ja opioidiriippuvuuden korvaushoitoon. Pro gradu-tutkielmassa tutkitaan opioidiriippuvuuden korvaushoitoa toteuttavien työntekijöiden käsityksiä korvaushoidon rajautumisesta kuntouttavan ja haittoja vähentävän korvaushoidon hoitomuotoon. Tutkielman tarkoituksena on tuottaa tietoa korvaushoidon toteuttamisesta Suomessa.

Tutkielmassa on sitouduttu opioidiriippuvuuden lääkkeellistä korvaushoitoa säätelevään lainsäädäntöön ja rajan, rajapintojen ja rajakohteiden teoreettisiin käsityksiin sekä fenomenografiseen tutkimussuuntaukseen. Tutkielmassa lähdetään liikkeelle opioidiriippuvuuden lääkkeellisen korvaushoidon tutkimuksen ja kuntouttava ja haittoja vähentävän korvaushoidon hoitomuotoihin rajautumisen kuvauksella. Tämän jälkeen käydään läpi korvaushoitoa säätelevää sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä. Tutkimustehtävän, aineiston ja tutkimussuuntauksen kuvauksen jälkeen edetään aineiston analyysiin. Tutkimustuloksina muodostetaan kuvauskategoriat työntekijöiden käsityksistä.

2 Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen korvaushoito

2.1 Opioidiriippuvuuden korvaushoidon tutkimus

Opioidit ovat kattokäsitys opiaateille ja opioideille, eli oopiumunikon siemenkohdasta johdettaville mielihyvää aiheuttaville luonnollisille ja synteettisille aineille (Tourunen & Pitkänen 2010, 149), jotka on yleensä tuotu markkinoille lääkinnällisiin tarkoituksiin (Weckroth 2006, 13). Opiaatit käsittävät luonnon omat oopiumjohdokset, kuten morfiinin ja kodeiinin, ja opioidit kemiallisesti valmistetut huumeet ja lääkeaineet, kuten puolisynteettisen heroinin ja kokonaan synteettiset metadonin ja buprenorfiinin (Fabritius ym. 2004, 5; Tourunen & Pitkänen 2010, 149).

Pitkäaikaisen opioidien käytön seurauksena opioidien käyttäjälle voi kehittyä riippuvuus, jonka seurauksena hän tarvitsee opioideja vieroitusoireiden estämiseksi ja toimintakykynsä ylläpitämiseksi. Riippuvuus voi fyysisen riippuvuuden lisäksi käsittää psyykkisen riippuvuuden. (Mt., 150.)

Opioidiriippuvuuden korvaushoidossa opioidiriippuvaiseksi diagnosoidulle yksilölle luovutetaan valvotusti huumausaineena käytettävän opioidin korvaavaa, lääkärin määräämää opioidilääkettä, joka ei mahdollista euforian tunnetta, mutta poistaa riippuvuudesta aiheutuvat fyysiset vieroitusoireet. Suomessa lääkeshoidon ohella on perinteisesti korostettu psykososiaalista hoitoa ja kuntoutusta, mitä voidaan toteuttaa yksilöllisesti asiakkaalle määrättävän omahoitajan tapaamisilla.

Korvaushoidossa voidaan velvoittaa sitoutumaan lääkkeenhakuajolle ja todistamaan päihteettömyyttä esimerkiksi puhalluttamalla tai huumeseuloin ja siten työskentely on tasapainoilua kontrollin ja tuen välillä. Sitoutumattomuudesta hoitoon voi seurata erilaisia sanktioita. (Fabritius ym. 2004, 19–29, 36–37.) Käytännön toteuttamisen muodoista Suomessa on vähän tutkimustietoa (Selin 2013).

Huumeriippuvuuden hoitomuotona lääkkeellinen korvaushoito yleistyi Yhdysvalloissa 1970-luvun jälkeen (Selin 2011, 26). Suomessa korvaushoidon aloittaminen oli yhteydessä 1990-luvun lopun ”toisena huumeaaltona” tunnetun huumeidenkäytön yleistymiseen (Partanen & Metso 1999; Hakkarainen & Metso 2003), tosin korvaushoidon virallistamista huumeongelman hoitomuodoksi edelsi voimakas julkinen ja yhteiskunnallinen keskustelu lääkkeellisen korvaushoidon erotessa periaatteellisesti sen aikaisesta päihteettömyyttä tavoittelevasta ja rikosoikeudelliseen kontrolliin perustuvasta huumausainepoliittisesta strategiasta (Hakkarainen & Tigerstedt 2005).

Yleisimmin opioidiriippuvuuden korvaushoitoon hakeudutaan Suomessa Subutexina paremmin tunnetun buprenorfiinin suonensisäisen käytön vuoksi (Forsell & Nurmi 2013). Korvaushoitoa toteutetaan Suomessa metadonia tai buprenorfiinia sisältävillä lääkevalmisteilla, jotka molemmat on todettu tehokkaiksi huumausaineiden käytöstä aiheutuvien haittojen vähentämiseksi sekä hoidossa pysymiseksi. Metadoni on kansainvälisesti yleisin käytössä oleva korvaushoitolääke, joka on pääsääntöisesti buprenorfiinia edullisempaa ja joillakin potilailla parantaa hoidossa pysymistä. Toisaalta buprenorfiinin on esitetty aiheuttavan metadonia vähemmän riippuvuutta ja olevan turvallisempaa käytössä yliannostuskuolemien vähentämiseksi. (kts. esim. Barnett ym. 2001; Carrieri ym. 2006.)

Vuonna 2011 Suomessa yleisin käytössä oleva korvaushoitolääke oli buprenorfiinin ja naloksonin yhdistelmävalmiste Suboxone 58 % korvaushoidon 2439:stä potilaasta. Metadonia käytettiin opioidilääkkeenä 38 % ja buprenorfiinia 4 % potilaalla. (Partanen ym. 2014.) Yhdistelmävalmiste otettiin Suomessa käyttöön vuonna 2004 tarkoituksenaan vähentää korvaushoitolääkkeiden päätymistä katukauppaan, tosin tässä tavoitteessa ei täysin ole onnistuttu (Alho ym. 2007; Tammi ym. 2011). Pelkästään buprenorfiinin käyttö korvaushoidon lääkevalmisteena on Suomessa erityisluvan alaista ja siten oikeutettua vain esimerkiksi allergian tai raskauden vuoksi (Mikkonen 2012, 89).

Korvaushoidon toteuttamista haastaa opioidiriippuvuuden lisäksi muiden päihteiden sekakäytön yleisyys (Baas & Seppänen-Leiman 2002; Malin ym. 2006; Tammi ym. 2011), mistä kertoo myös yleisin huumekuolemien taustalla oleva syy: buprenorfiinin, alkoholin ja bentsodiatsepiinien sekakäyttö (Salasuo ym. 2009). Lisäksi psyykinen sairastavuus opioidiriippuvaisilla yksilöillä on yleistä (Levola ym. 2012a; Levola ym. 2012b). Korvaushoidon työntekijöiden arvioiden mukaan eriytynyt päihde- ja mielenterveysjärjestelmä ei kykene riittäväällä tavalla reagoimaan opioidiriippuvaisten potilaiden yhtäaikaiseen päihde- ja mielenterveysongelmaan (Tourunen ym. 2009).

Suomalaiselle opioideista riippuvaiselle yksilölle on lisäksi tyypillistä nuori ikä, somaattinen sairastavuus ja sosiaalisen elämäntilanteen haasteet, kuten asunnottomuus, työttömyys ja taloudelliset vaikeudet (Harju-Koskelin 2007; Tammi ym. 2011). Tutkimusten mukaan korvaushoidossa olevat asiakkaat haaveilevat itse arkisista asioista, kuten työllistymisestä, perheestä, opiskelusta tai työllistymisestä, fyysisestä terveydestä ja perheen perustamisesta (Weckroth 2006, 142–149; Kaskela ym. 2011).

2.2 Rajautuminen kuntouttavaan ja haittoja vähentävään korvaushoittoon

Opioidiriippuvuuden lääkkeellistä korvaushoitoa säätelevä asetus (33/2008) määrittää korvaushoidon tavoitteeksi kuntouttamisen ja päihitteettömyyden tai haittojen vähentämisen ja elämänlaadun parantamisen (2 §). Käytännössä Suomessa on yleistynyt korvaushoidon toteuttaminen kuntouttavan ja haittoja vähentävän korvaushoidon hoitomuotoina, mitkä joissain kunnissa voivat edelleen rajautua kustannuksiltaan erilaisiin hoitoisuusluokkiin. Korvaushoidon kahtiajaon tavoitteiltaan erilaisiin hoitomuotoihin on esitetty hyödyttävän erityisesti korvaushoidon kilpailuttamista isoissa kunnissa, koska se mahdollistaa haittoja vähentävän korvaushoidon määrittämisen kuntouttavaa korvaushoitoa edullisemmaksi (Partanen ym. 2014, 485).

Tourusen ym. (2012) mukaan lääkehoitoa ja psykososiaalista yhdistänyttä raskasta ja kallista hoitomallia on viimeisen korvaushoitoa säätelevän asetuksen myötä kevennetty, ja korvaushoidon suuntaus on vaihtunut haittoja vähentävään korvaushoittoon. Vuonna 2009 toteutetuissa viidessä korvaushoitotyöntekijöiden ryhmähaastattelua koskevassa tutkimuksessa korvaushoidon työntekijät ilmaisivat korvaushoidon keventämisen aiheuttavan arjen työssä ammatillisia ja eettisiä ristiriitoja: pääsääntöisesti lääkkeenjakejana toimiminen haittoja vähentävässä korvaushoidossa eroaa perinteisestä omahoitajan roolista korvaushoidossa ja aiheuttaa huolta asiakkaiden riittävästä avunsaannista.

Opioidiriippuvuuden lääkkeellisen korvaushoidon jakautumista kuntouttavan ja haittoja vähentävän korvaushoidon hoitomuotoihin lähestytään tässä tutkielmassa rajojen käsitteellä, joiden esiintymisen eri toimijoiden välillä on perinteisesti yhteiskuntatieteissä ymmärretty haastavan eri toimijoiden välistä yhteistyötä. Rajoja on todettu esiintyvän esimerkiksi sosiaalisissa, uskonnollisissa tai poliittisissa liittymissä, kuten puolueiden välillä (Fox 2011, 71) sekä julkisissa organisaatioissa, esimiesten ja alaisten ja organisaatioiden ja sidosryhmien välillä (Virtanen & Stenvall 2014, 128–132).

Rajoina yhteistyötä haastavat muun muuassa organisaatioihin ja asiantuntijuuteen, työkuulttuuriin ja totuttuihin toimintatapoihin, tieteelliseen orientaatioon ja auttamistyön osaamiseen liittyvät rajat. Sosiaali- ja terveydenhuollossa rajoja voi esiintyä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyössä, että asiakkaiden ja työntekijöiden välillä. (Fox 2011, 71; Sullivan & Williams 2012, 698, Väyrynen & Lindh 2013, 410, Lounis 1997, 132.)

Rajojen teorioissa toimijoiden on katsottu voivan kohdata toisensa rajapinnalla, ja rajojen ylityksiä ja rajatyötä mahdollistavan rajakohteen. Rajakohta voi olla materiaallinen tai konkreettinen yhteinen ja tunnustettavissa oleva väline, kuten esine, kuva tai kartta, tai psykologinen väline, kuten käsite, malli tai teoria. Rajakohta mahdollistaa eri toimijoiden työskentelemisen yhdessä, sillä se taipuu toimijoiden käännettäväksi, tulkittavaksi ja tarpeisiin, vaikka toimintaan osallistuvat henkilöt voivat ymmärtää sen erillä tavalla sosiaalisissa maailmoissaan. Siten rajakohta on tarpeeksi joustava mukautumaan eri toimijoiden näkemyksiin, mutta riittävän vankkarakenteinen säilyttämään muotonsa tai identiteettinsä, jotta se voi yhdistää esimerkiksi työyhteisöissä eri alan ammattilaisten yhteistoimintaa. (Star & Griesemerin 1989.)

Päihde- ja mielenterveystyön kuntoutuksen tutkimuksessa rajakohteen käsitettä on hyödynnetty esimerkiksi tutkittaessa päihde- ja mielenterveystyön eriytyneen palvelujärjestelmän yhteistyötä mahdollistavia välineitä (Väyrynen & Lindh 2013). Yleensä rajakohta ymmärretäänkin eräänlaisena siltana toimintaan osallistuvien ammattilaisten välillä mahdollistaen kommunikaatiota, toiminnan koordinaatiota ja merkitysten vaihtamista eli eri toimijoiden, organisaatioiden ja kulttuuristen maailmojen potentiaalista kohtaamista. Objektista muodostuu rajakohta, kun se mahdollistaa tehokkaan informaation vaihtamisen ja jakamisen. Siten rajakohta on aina yhteydessä vuorovaikutukseen. (Fong ym. 2007, 12.)

Opioidiriippuvuuden lääkkellinen korvaushoito sijoittuu monen eri tieteenalan rajapinnalle ja yhdistää useiden eri ammattikuntien edustajia. Sen toteuttamista ohjaavat useat sosiaali- ja terveydenhuollon lait sekä opioidiriippuvuuden korvaushoitoa säätelevä asetus. Tämän lisäksi käytännön toiminnassa työntekijöiden toimintaa ohjaavat Käypä hoitosuositus ja yksiköiden sisäisesti luodut ohjeet ja hoitosopimukset. Asetuksen tulkinnanvaraisuus ja vähäinen ohjeistus on johtanut eriävien käytäntöjen syntymisen Suomessa. Opioidiriippuvuuden korvaushoidon toteuttamisesta puuttuu rajakohta – valtakunnalliset ohjeet.

Tässä tutkielmassa haastateltavien ymmärretään työskentelevän kuntouttavan ja haittoja vähentävän korvaushoidon rajapinnalla, ja tekevän rajatyötä. Korvaushoidon hoitomuotojen vaihtaminen ymmärretään mahdollisuuksina rajojen ylityksiin. Koska valitun fenomenografisen tutkimussuuntauksen keskiössä on tuoda aineistolähtöisesti esiin mahdollisimman erilaisia käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä, on tässä tutkielmassa rajojen käsitettä lähestytty ymmärtäen rajojen yhteistyötä *vaikeuttavan* tulkinnan sijaan työntekijöiden arkipäivän työhön ja asiakkaiden saamaan palveluihin *vaikuttavana*. Fenomenografiselle

tutkimukselle ominaisesti työntekijöiden erilaisia käsityksiä hoitomuodon rajoista on pyritty sulkeistamisen keinon tutkimaan aineistolähtöisesti mahdollisimman ”puhtain miehin” mahdollistaen käsitysten variaation kuvauksen (Häkkinen 1996, 48).

2.2.2 Psykososiaalinen päihdekuntoutuksessa

Kuntoutuksessa on kyse yksilöllisestä, tavoitteellisesta ja vuorovaikutteisesta muutosprosessista, jossa aktiivisina toimijoina ovat asiakkaan lisäksi hänen palvelutarpeensa perusteella ympärille haalitut ammattilaiset. Kuntoutuksessa oleellista on tunnistaa muutostarve, kuntoutujan voimavarat ja yhdessä keskustellen suunnitella kuntoutustoiminnoille tavoite, aikataulu ja kuntoutujan arkeen vietävät kuntoutustoimenpiteet. Siten kuntoutuksen interventiot eivät kohdistu vaan asiakkaaseen vaan hänen ympäristöönsä, ja toimintaan voidaan pyrkiä osallistamaan myös kuntoutujan arjessa merkityksellisiä ihmisiä. Kuntoutuksessa on läpikäyty paradigmanmuutos siirtyen korostamaan kuntoutujan passiivisuuden sijaan hänen osallisuuttaan prosessissa ja sen suunnittelussa, sekä toiminnan asiakaslähtöisyyttä. (Autti-Rämö & Salminen 2016, 14–17.)

Päihdekuntoutuksen tavoitteena on kokonaisvaltaisesti muutokset asiakkaan psyykkisessä, fyysisessä ja sosiaalisessa tilanteessa (Lahti & Pienimäki 2004, 139). Päihteiden käyttäjän päihdekuntoutumisen prosessi alkaa usein niin kutsutusta ”pohjakosketuksesta”, jolloin yksilö tunnustaa avun tarpeensa ja hakeutuu palveluiden piiriin (kts. esim. Väyrynen 2007). Kuntoutumista päihdeongelmasta pidetään jatkumona, johon kuuluu edistymisiä ja taaksepäin otettuja askelia (Miller 2008, 25–26). Vasta usean päihteettömän vuoden jälkeen yksilö on ohittanut suurimman riskin päihteiden uudelleen käyttämiseen (Koski-Jännes 2000).

Päihdekuntoutuksen tuloksellisuudessa keskeiseksi on todettu asiakkaan ja työntekijän välinen vuorovaikutussuhde ja yhteistyö (Romakkaniemi & Väyrynen 2013; Saarnio 2001). Tutkimusten mukaan päihdetyöntekijän vuorovaikutustaidot ovat asiakkaan kuntoutumisen näkökulmasta jopa tärkeämpää, kuin ammatillinen orientoituminen (Najavits & Weiss 1994). Asiakkaan motivaatiota pidetään hoidon edellytyksenä. Sen aalloilla katsotaan päihdetyöntekijän vastuualueeksi motivaation herättelemine ja vahvistaminen. (Miller 17–21.) Toisaalta kuntoutumista päihteistä tapahtuu myös ilman palvelujärjestelmän tukea (Mattila-Aalto 2009).

Opioidiriippuvaisten korvaushoidon yleistyttyä Suomessa, on yleistynyt ymmärrys asiakkaan psykososiaalisesta kuntoutuksesta (Weckroth 2007, 430). Lääkehoitoon yhdistetyn psykososiaalisen kuntoutuksen on todettu edesauttavan asiakkaan kuntoutumista päihteistä ja parantavan elämänlaatua. Psykososiaalista hoitoa ja kuntoutusta korostetaan myös korvaushoitoa säätelevässä asetuksessa, mutta sen sisältöä ei asetuksessa tarkemmin määritellä.

Huumeongelmaisen Käypä hoito-suosituksessa (2012) psykososiaalisen hoitoon katsotaan kuuluvan psykoterapeuttista keskustelua, joka voi sisältää esimerkiksi työskentelyä omaisten kanssa tai toimintaa vertaisryhmissä. Suosituksen mukaan psykososiaalisessa hoidossa voidaan työmuotoina hyödyntää muun muassa kahdentoista askeleen hoitoa, kognitiivista käyttäytymisterapiaa, motivoivaa haastattelua, palveluohjausta, ratkaisukeistä terapiaa, systeemiteoreettista mallia ja palkkioihin perustuvaa hoitoa.

Psykososiaalisen käsitettä päihdehuollossa ovat pyrkineet jäsentämään Riitta Granfelt (1993) ja Antti Weckroth (2007), jotka ovat tuoneet esille psykososiaalisen käsitteen sisällöllistä ja käsitteellistä jäsentymättömyyttä, epämääräisyyttä sekä ristiriitaisuutta. Weckrothin (2007, 429, 432–433) mukaan psykososiaalinen ymmärretään usein jonkinlaisena rajan ylityksenä ammatillisten näkemysten yhteen saattamiseksi, kuten sosiaalityössä suunnattaessa työtä sosiaalisen elämäntilanteen huomioimisen lisäksi sisäisiin, psykologisiin tekijöihin. Käsitteen käyttäminen on usein poliittista, yhteydessä käsitteen käyttäjän ja siihen, minkälaista viestiä käsitteen käyttämisellä pyritään tuomaan esille.

Granfeltin mukaan (1993, 177, 188, 195, 202) psykososiaalisen käsite ymmärretään marginaaleissa elävien ihmisten kanssa työskentellessä hyödynnettäväksi sosiaalityön orientaatioksi, jossa huomioidaan sosiaalisen ympäristön lisäksi psykologiset tekijät ja hyödynnetään sosiaalityön teorian lisäksi psykologista teoreettista osaamista. Orientaation suuntautuminen psykologisiin tekijöihin mahdollistaa edelleen yhteiskunnallisten sitoumusten huomioimisen ja psykososiaalisen työn kohdistumisen sosiaaliseen elämäntilanteeseen. Ongelmallista on, että käsitteen teoreettisesta jäsentymättömyydestä johtuen käsitteeseen voidaan liittää kaikkea sellaista sosiaalisten ja psyykkisten kysymysten huomioimisen vaativaa, yksilöiden ja perheiden kanssa tehtävää sosiaali- ja terveydenhuollon työtä.

Psykososiaalinen voidaan myös ymmärtää Harju-Koskelinin (2007, 14) mukaan toimina, joilla tähdätään asiakkaan integroitumiseen yhteiskuntaan. Tällöin psykososiaalinen kun-

toutus voi kohdistua psyykkisen ja fyysisen terveyden lisäksi päihteisiin, arkielämän taitoihin, rikollisuuteen, ihmissuhteisiin sekä taloudellisiin, työllistymiseen ja asumiseen liittyviin kysymyksiin. Psykososiaalisen kuntoutuksen lähtökohta on tällöin asiakkaan kuntoutuessa sujuva hoidon jatkumo.

Tässä tutkielmassa psykososiaalisen käsite ymmärretään Granfeltia (1993) mukailleen erilaisia työmuotoja yhdisteleväksi, asiakkaan elämäntilanteen psyykkiset ja sosiaaliset tekijät huomioivaksi, kokonaisvaltaiseksi vuorovaikutukselliseksi muutostyöksi, jossa sosiaalisilla tekijöillä ymmärretään olevan vaikutus asiakkaan ongelmien syntymiseen ja jossa muutoksen kohteeksi asettuu sosiaalisen elämäntilanteen lisäksi vuorovaikutussuhteet.

2.2.3 Haittojen vähentäminen

Haittojen vähentämisen käsite yleistyi kansainvälisessä tieteellisessä ja yhteiskunnallisessa keskustelussa käsitteenä 1980-luvulla tartuntatautien, etenkin HIVin, leviämisen herättämän kansanterveydellisen huolen yhteydessä (Rhodes & Dagmar 2010, 20). Suomeen ymmärrys haittojen vähentämisestä saapui 1990-luvulla ”toisen huumeaallon” siivittämänä (Partanen & Metso 1999; Hakkarainen & Metso 2003), jolloin kansallisesti huolestuttiin huumeiden käytön yleistymisestä ja sen mahdollistamasta tartuntatautien leviämisestä valtaväestöön, minkä seurauksena haittojen vähentämisen toimenpiteisiin ryhdyttiin käytännön velvoittamana (Hurme 2002a, 419).

Rhodesin & Hedrichin (2010, 19) mukaan haittojen vähentämisessä on kyse huumeiden käyttämisen hyväksymisestä yhteiskunnassa toiminnoksi, jota ei täysin pystytä poistamaan. Tällöin haittojen vähentämisen tavoitteeksi ei asetu päihteettömyys, vaan niiden harmien ja haittojen minimoiminen, jotka huumeiden käytöstä yhteiskunnalle ja yksilölle aiheutuvat. Haittojen vähentäminen oli Suomessa keskeinen perustelu opioidiriippuvuuden korvaushoidon aloittamiseksi 1990-luvun lopulla (Hurme 2002a, 419).

Hurme (Mt.) on tutkinut haittojen vähentämisen käsitteen käyttämistä suomalaisissa huumeepoliitiikan ohjelmissa ja lausunnoissa. Hurmeen mukaan haittojen vähentäminen voi saada erilaisissa tilanteissa jopa täysin vastakkaisen merkityksen, ja sen perusteella saatetaan järjeistä jopa keskenään vastakkaisia toimia, mikä tekee haittojen vähentämisestä poliittisen termin. Hurme erottaa haittojen vähentämisessä koskevassa keskustelussa

kaksi erillistä näkökulmaa, kansanterveydellisen ja ihmisoikeuksia painottavan näkökulman.

Hurmeen (2002a) mukaan haittojen vähentämisen kansanterveydellisessä diskurssissa on kyse kansanterveydellisten riskien vähentämisinterventioista, kuten terveysneuvonnasta, neulojen vaihtamisesta ja opioidiriippuvuuden korvaushoidosta. Kansanterveydellisessä strategiassa huumeidenkäyttäjät nähdään väestön terveyden näkökulmasta riskinä, mikä velvoittaa yhteiskunnan tarttumaan toimenpiteisiin riskien väestön terveydelle aiheutuvien haittojen vähentämiseksi.

Haittojen vähentämisen ihmisoikeusnäkökulma puolestaan korostaa huumeiden käyttäjän oikeuksia vapaana kansalaisena – tällöin yhteiskunnallisten kontrollitoimenpiteiden voidaan ajatella aiheuttavan yksilölle haittoja nostamalla huumausaineiden hintoja ja velvoittaessa siten huumeidenkäyttäjät rikollisiin toimiin huumeiden käyttönsä rahoittamiseksi. Diskursseista kansanterveydellinen strategia on saanut Suomessa enemmän huomiota. (Mt.)

Tammi (2003, 475) on täydentänyt Hurmeen tulkintaa haittojen vähentämisen kansanterveydellisestä ja ihmisoikeusnäkökulmasta anaalysissään vuoden 1997 huumausainepoliittisen toimikunnan mietinnöstä. Tammi lisää haittojen vähentämisen kansanterveydelliseen ja ihmisoikeusnäkökulmaan yhteiskuntapoliittisen näkökulman, jolloin haittojen vähentämisen tarkoituksena on yhteiskunnalle aiheutuvien haittojen ja menojen vähentäminen. Yhteiskuntapoliittinen näkökulma on yhteydessä rationaaliseen krimaanilopoliittikkaan ja yhdistää sekä kansanterveydellistä että ihmisoikeusdiskurssia.

Usein haittojen vähentäminen nähdään vastakkaisena päihitteettömyyttä tavoittelevalla rajoittavalla huume politiikalle, jonka tavoitteena on huumeiden käytön kitkeminen yhteiskunnasta kontrollitoimenpiteiden, kuten poliisitoimien keinoin (Hurme 2002a, 415–416). Myös Suomessa toteutettiin kontrolloivaa huume politiikkaa 1990-luvulle saakka, jonka jälkeen kontrolloivan huumausainepoliittikan rinnalle tuotiin huumausaineiden käytön yleistymisen seurauksena ja voimakkaan keskustelun siivittämänä haittojen vähentämiseen pyrkiviä toimintoja, yhtenä näistä opioidiriippuvaisten korvaushoito (Tammi 2003). Tästä lähtien suomalaisen huumausainepoliittikan on todettu olevan urautunutta siten, että kansanterveydellistä syistä välttämättä tähdätään haittojen vähentämiseen, mutta huumeiden käyttämistä kontrolloidaan ankarasti (Hakkarainen & Tigerstedt 2005; Tammi 2007).

Korvaushoitoa on myös kritisoitu mahdollisuudestaan uusien haittojen aiheuttamiseen, kuten korvaushoidossa käytettävien lääkkeiden valumiseen katukauppaan ja asiakkaiden

kroonistamiseen lopun ikäiseen asiakkuuteen, mikä muodostaa korvaushoidosta itsestään haitan (Tammi 2003, 419). Lisäksi haittojen vähentämisen yhteydessä on pohdittu huumaiden käyttöön liittyen sosiaalisten kysymysten syrjäyttämistä kansanterveydellisen intressin nojalla (Selin 2011; Tammi 2007).

Tourusen ja Pitkäsen (2010, 166) mukaan suomalaisessa opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä korvaushoidossa on pystytty vähentämään sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä onnistuttu potilaiden hoitoon sitouttamisen tavoitteessa, mutta haasteita on asiakkaiden integroimisessa yhteiskuntaan. Esimerkiksi Harju-Koskelinin (2007) tutkimuksessa asiakkaat kokivat korvaushoitoon pääsyn ”hengen pelastajaksi” ja päihteidenkäyttönsä ja rikollisen toimintansa vähentyneen, mutta kaipasivat enemmän sosiaalista tukea arjen hallintaan, apua psyykkisten ongelmien kohtaamiseen ja vertaistoimintaa.

3 Opioidiriippuvuuden korvaushoidon säätely

3.1 Päihdepalvelut sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä

Jokaisen oikeus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin perustuu useihin Suomea velvoittaviin ihmisoikeuksiin ja Suomen perustuslakiin (731/1999). Päihdepalvelut toteuttavat perustuslain mukaista jokaisen oikeutta välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon (19.3 §), joiden järjestäminen riittävinä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluina on perustuslain 22 §:n mukaisesti julkisen vallan velvoitteena turvata. Päihdepalvelujen toteuttamista säätelevät useat sosiaali- ja terveydenhuollon lait, kuten sosiaalihuoltolaki (1301/2014), terveydenhuoltolaki (1326/2010), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ja päihdehuoltolaki (41/1986).

Suomessa on saatettu voimaan useita ihmisoikeussopimuksia, jotka turvaavat potilaan oikeutta terveyteen ja terveydenhuollonpalveluihin (Lohiniva-Kerkelä 2001, 47). Esimerkiksi taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevassa kansainvälisessä yleissopimuksessa (SoPS 6/1976) Suomi sopimusvaltiona tunnustaa jokaiselle oikeuden nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta ruumiin- ja mielenterveydestä (12 artikla). Euroopan sosiaalisessa peruskirjassa (SoPS 80/2002) puolestaan Suomi on sopimusvaltiona sitoutunut tavoittelemaan kaikin sopivin kansallisin ja kansainvälisin keinoin sellaisia olosuhteita, joissa tehokkaasti toteutetaan jokaisen oikeutta käyttää hyväkseen kaikkia toimia, joiden avulla hän voi saavuttaa parhaan mahdollisen terveydentilan.

Päihdehuollon erityislakina päihdehuoltolaissa säädetään päihdepalveluiden toteuttamisesta. Päihdehuoltolain tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä, vähentää siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta (1 §). Kunnan tehtävänä on huolehtia päihdehuollon järjestämisestä sisällöltään ja laajuudeltaan kunnassa esiintyvän tarpeen edellytysten mukaisesti (3 §).

Päihdehuollon palveluja on järjestettävä yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehittämällä sekä antamalla erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuja palveluita, joihin myös opioidiriippuvaisten korvaushoito lukeutuu. Ensisijaisesti päihdepalvelut tulee järjestää avohuollon toimenpitein siten, että palvelut ovat helposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia. (6 §). Tarvittaessa päihteiden ongelmakäyttäjää on autettava ratkaisemaan myös toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyviä ongelmiaan (8 §).

Päihdehuollon palveluja tulee antaa henkilölle, jolla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia, sekä hänen perheelleen ja muille läheisilleen. Palveluja on annettava henkilön, hänen perheensä ja muiden läheistensä avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella. (7 §.) Tuorin & Kotkaksen (2008, 274–275) mukaan päihdehuoltolain 7 § muodostaa asiakkaalle subjektiivisen oikeuden päihdehuollon palveluihin, mutta ei oikeutta valita hoitopaikkaansa. Tulkintaa on noudatettu myös oikeuskäytännössä. Kuitenkin asiakkaan avun, tuen tai hoidon tarpeen sitä välttämättä edellyttäessä asiakkaalle voi muodostua oikeus vaatimaansa hoitoon. (Mikkelin LO 5.2.1992 56; Uudenmaan LO 8.12.1992 1802/2; Keski-Suomen LO 11.9.1997 571; Hämeen LO 3.9.1998 430/3; KHO 22.9.2000/T2366.)

Potilaslain 3 § turvaa jokaisen Suomessa pysyvästi asuvan henkilön oikeutta ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon. Terveyden- ja sairaanhoidolla tarkoitetaan potilaan terveydentilan määrittämiseksi taikka hänen terveytensä palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviä toimenpiteitä, joita suorittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt tai joita suoritetaan terveydenhuollon toimintayksikössä (2 §). Terveyden- ja sairaanhoitoa tulee järjestää niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä (3 §). Siten kunnilla ja kuntayhtymillä on valtaa määrittää potilaan oikeutta saada hoitoa, koska laki ei tarkemmin määrittele ”käytettävissä olevia voimavaroja” (Kauppinen 2000, 74).

Potilaslain säännökset velvoittavat laadultaan hyvän, potilaan terveydentilan edellyttämän terveyden- ja sairaanhoidon toteuttamiseen yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (6 §), jossa huomioidaan myös potilaan yksilölliset tarpeet (3 §). Velvoite yhteisymmärryksessä toteutettavaan terveyden- ja sairaanhoitoon ilmentää potilaan itsemääräämisoikeutta (Lohiniva-Kerkelä 2001, 58), joka perustuu perustuslain 7 §:n oikeuteen henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen. Opiodiriippuvuuden lääkkeellisessä korvaushoidossa oleva yksilö on potilaslain tarkoittama potilas eli terveyden- ja sairaanhoidopalveluja käyttävä tai muuten niiden kohteena oleva henkilö (2 §). Siten potilaslain säännökset yhteisymmärryksestä toteutettavasta hoidosta, tietojensaantioikeudesta ja itsemääräämisoikeus koskevat myös päihdehuollon potilaita.

Toisaalta päihdehuollon palveluissa asioivan yksilön oikeusasema on riippuvainen siitä, asioiko hän sosiaali- vai terveydenhuollon toimintana pidettävissä päihdehuollon palveluissa, jolloin asiakkaan asemaa ja oikeuksia arvioidaan lisäksi sosiaalihuollon yleislain, sosiaalihuoltolain, tai terveydenhuollon yleislain, potilaslain näkökulmasta. Lainsäädännön näkökulmasta ratkaisevaa on, saadaanko palveluja lääketieteellisin perustein – jolloin kyse on terveydenhuollon toiminnasta – vai sosiaalihuollon lainsäädäntöön perustuvan

palvelutarpeen arvion ja kriteerien nojalla. (Sosiaalihuoltolaki – soveltamisopas 2016, 52.) Päihdehuoltolain 3 §:n mukaan päihdehuollon palvelujen ja toimenpiteiden järjestäminen ja kehittäminen kuuluu kunnassa sosiaalihuollon osalta sosiaalilautakunnalle ja terveydenhuollon osalta terveyslautakunnalle.

Terveydenhuoltolain hoitotakuusäännös (50 §) koskee myös päihdepalveluita ja velvoittaa päihdepalvelujen turvaamiseen potilaan asuinpaikasta riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Opioidiriippuvuuden korvaushoito ei kuitenkaan täytä kiireellisen hoidon kriteereitä.

Terveydenhuollon ammattihenkilöt määritellään laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). Kyseessä olevan lain mukaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta päättää laillistettu lääkäri, jolla on oikeus määrätä lääkkeitä lääkinnällistä tai lääketieteellistä tarkoitusta varten (22 §). Oikeusasiamies on ratkaisussaan (715/4/08) ottanut kantaa siihen, ettei lääkehoidon valintaa ollut kunnassa tehty potilaan terveydentilasta johtuvien lääketieteellisten ja yksilöllisten perusteiden, vaan kunnassa tehtyyn linjaukseen metadonista ainoana korvaushoidossa käytettävänä lääkevalmisteena.

3.2 Sosiaali- ja terveysministeriön määräyksistä asetuksiin

Opioidiriippuvuuden korvaushoidon toteuttamisen käytännöt ovat vaihdelleet viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana sosiaali- ja terveysministeriön annettua ensimmäisen määräyksensä (1997:28) opioidiriippuvuuden korvaushoidon aloittamisesta 100-200 opioidiriippuvaiselle yksilölle vuonna 1997. Kaikkiaan sosiaali- ja terveysministeriö on ohjeistanut korvaushoidon toteuttamista viiteen otteeseen: määräyksin 1997:28 ja 1998:42 ja asetuksin 607/2000, 289/2002 ja 33/2008.

Vuoden 1997 ensimmäisessä sosiaali- ja terveysministeriön määräyksessä opioidiriippuvuuden lääkkeellisen korvaushoidon toteuttaminen oli mahdollista buprenorfiinin ja metadonin lisäksi levasetyylimetadolilla. Korvaushoidon tarpeen arviointi mahdollistettiin vain Helsingin ja Oulun yliopistollisille keskussairaaloille, jotka vastasivat myös hoidon aloittamisesta. Mikäli näissä sairaaloissa arvioitiin jollain muulla sairaanhoidon yksiköllä

olevan riittäviä valmiuksia, sai muu sairaanhoidon yksikkö jatkaa potilaan hoito yhteistyössä hoidon aloittaneen sairaalan kanssa. Hoidon aloittamiseen oikeutettujen yksiköiden määrää laajennettiin vuoden 1998 määräyksessä.

Ensimmäinen opioidiriippuvuuden lääkkeellisen korvaushoidon toteuttamista säätelevä asetus astui voimaan vuonna 2000. Tällöin korvaushoidon hoitomuodoiksi määriteltiin kuntouttava, päihteettömyyteen tähtäävä korvaushoito ja haittojen vähentämiseen ja potilaan elämänlaadun paranemista tavoitteleva ylläpitohoito ja hoidon aloittamisen kriteeriksi määritettiin opioidiriippuvuuden diagnosointi (2 §). Asetuksessa mahdollistettiin korvaushoidon kotilääkkeiden luovuttamisen hyvää hoitomyöntyvyyttä osoittaneelle potilaalle enintään seitsemäksi päiväksi (7 §). Hoidon tarpeen arviointi, seuranta ja aloitus mahdollistettiin yliopistollisten sairaaloiden lisäksi muihin keskussairaaloihin ja Järvenpään sosiaalisairaalaan (4 §).

Vuoden 2000 asetuksen jälkeen korvaushoito alkoi laajenemaan, sillä asetuksen 5 §:n mukaan korvaus- ja ylläpitohoito tuli hoidon pitkäkestoisuuden vuoksi pyrkiä siirtämään mahdollisimman lähellä potilaan asuinpaikkaa. Vuoden 2002 asetus laajensi entisestään hoidon tarpeen arvioinnin ja aloituksen yksiköitä näiden mahdollistuessa myös päihdehuollon yksiköille ja terveyskeskuksille (5 §). Lisäksi asetus laajensi kotiannosoikeutta kahdeksaan päivään (7 §).

Viimeisin korvaushoidon toteuttamisesta säätelevä asetus on ollut voimassa lähes kymmenen vuoden ajan. Asetuksen mukaan opioidiriippuvuuden korvaushoitoa toteutetaan buprenorfiinia tai metadonia sisältävillä lääkevalmisteilla sellaiselle henkilölle, jolla on todettu opioidiriippuvuus (2 §) ja joka ei ole vieroittunut opioideista (3 §). Korvaushoidon tarpeen arviointi ja hoito toteutetaan terveyskeskuksessa, päihdehuollon yksikössä tai vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollon yksikössä, jossa on korvaushoidosta vastaava lääkäri, toiminnan edellyttämä muu henkilökunta ja muut edellytykset hoidon antamiseen. Hoidon vaativuuden sitä edellyttäessä hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä ja hoito aloittaa ja toteuttaa keskussairaalassa tai mielisairaalassa. (4 §.)

Korvaushoidon tavoitteena on joko kuntouttaminen ja päihteettömyys tai haittojen vähentäminen ja potilaan elämänlaadun parantaminen (2 §). Haittojen vähentäminen on tavoitteena erityisesti sellaisilla henkilöillä, joita ei todennäköisesti saada lopettamaan kokonaan huumeiden käyttöä, mutta joiden kohdalla voidaan todennäköisesti ehkäistä tartuntatautien leviämistä ja muita terveyshaittoja ja joiden elämänlaatua voidaan siten parantaa ja jota voidaan valmentaa kuntouttavaan korvaushoitoon. Korvaushoidon tavoite tulee

selvittää hoitoa aloitettaessa ja sitä on tarpeen tullen tarkistettava. (3 §.) Toteuttavan hoidon tulee perustua hoitosuunnitelmaan, jossa lääkehoidon lisäksi määritellään hoidon tavoite, potilaan muu lääketieteellinen ja psykososiaalinen hoito, kuntoutus ja seuranta (5 §).

Viimeisin asetus mahdollisti hoitoon sitoutuneille potilaille oikeuden kotilääkkeisiin enintään kahdeksalle vuorokaudelle ja poikkeuksellisesta syystä 15:sta vuorokaudelle (6 §). Lisäksi potilaan kanssa voidaan laatia apteekkisopimus, jolloin potilas sitoutuu noutamaan korvaushoitolääkkeet ja muut sopimuksen mukaiset lääkkeet yhdestä apteekista. Tällöin apteekki voi välittää hoitoa koskevaa tietoa potilasta hoitavalle lääkärille ja tiedon apteekkisopimuksesta muille apteekeille. (2 §.)

Opioidiriippuvuuden painopisteen siirtämisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin avulla pyrittiin poistamaan opioidiriippuvuuden korvaushoitoasiakkaisiin kohdistuvaa syrjintää. Lisäksi tavoiteltiin korvaushoitolääkkeiden Kela-korvaavuutta. (Tourunen & Pitkänen 2010, 152.) Korvaushoitoa säätelevän asetuksen tulkinnanvaraisuus ja vapaa-
muotoisuus on johtanut korvaushoidon toteuttamisen eriäviin käytäntöihin (Kaskela 2011, 9).

4 Tutkielman toteuttaminen

4.1 Tutkimustehtävä ja aineisto

Opioidiriippuvuuden korvaushoitoa säätelevä asetus määrittää korvaushoidon tavoitteiksi joko kuntouttamisen ja päihteettömyyden tai haittojen vähentämisen ja elämänlaadun parantamisen. Asetuksen mukaan lääkehoitoon tulee yhdistää psykososiaalista hoitoa ja kuntoutusta. Korvaushoidon toteuttamista säätelevä asetus jättää avoimuudessaan tilaa kunta- ja yksikkökohtaisille korvaushoidon toteuttamisen ratkaisuille, mikä on mahdollistanut korvaushoidon eriäviä käytäntöjä ja korvaushoitoa kilpailutettaessa haittoja vähentävän korvaushoidon määrittämisen kuntouttavaa korvaushoitoa edullisemmaksi. Korvaushoidossa on liikuttu kohti kevyempiä hoitomalleja, mikä näkyy psykososiaalisen hoidon ja kuntoutuksen vähenemisessä hoidossa edistyneillä ja haittoja vähentävässä korvaushoidossa olevilla asiakkailla. Opioidiriippuvuuden korvaushoidon hoitomuodoista ja niiden vaikuttavuudesta on Suomessa vain vähän tietoa (Selin 2013).

Tässä tutkielmassa pureudutaan opioidiriippuvuuden korvaushoidon hoitomuotojen dynamiikkaan. Tutkielman tutkimustehtävänä on kuvata opioidiriippuvuuden korvaushoitoa toteuttavien yksiköiden työntekijöiden käsityksiä korvaushoidon rajautumisesta kuntouttavaan ja haittoja vähentävään korvaushoidon hoitomuotoon. Pyrin vastaamaan tutkimustehtävään seuraavien kysymysten avulla:

- 1) Minkälaisia käsityksiä korvaushoitoyksiköiden työntekijöillä on psykososiaalisesta tuesta hoitomuodoissa?
- 2) Minkälaisia käsityksiä korvaushoitoyksiköiden työntekijöillä on mahdollisuudesta vaihtaa asiakkaan hoitomuotoa korvaushoidon aikana?
- 3) Minkälaisia käsityksiä korvaushoitoyksiköiden työntekijöillä on siitä, tukeeko rajautuminen hoitumuihin asiakkaan auttamista?

Tutkielman aineisto koostuu yhdeksän korvaushoitoa toteuttavan yksikön työntekijöiden yhdeksästä ryhmähaastattelusta ja yhdestä lääkärin yksilöhaastattelusta. Haastattelut ovat olleet kestoltaan noin 45 – 70 minuuttia lukuun ottamatta yhtä katkennutta ryhmähaastattelua, jonka kesto oli noin 15 minuuttia. Tutkielman aineisto on kerätty opioidiriippuvuuden korvaushoito Suomessa: lääkkeen valintaan ja hoitokäytäntöihin vaikuttavat tekijät-hankeessa syksyllä 2016 ja talvella 2017. Hanke on A-klinikkasäätiön toteuttama ja Kellan rahoittama. Itse en ole osallistunut tutkielman aineiston keräämiseen. Sain haastattelut käyttööni nauhoitetussa muodossa ja litteroin ne kirjoitettuun muotoon talvella 2017.

Yhteensä haastateltuja työntekijöitä on ollut yli 30, joilta 27:ltä käytössäni oli taustatietolomakkeet. Taustatietolomakkeiden perusteella 16 haastateltavista oli ammattiryhmältään sairaanhoitajia, kuusi lääkäreitä, kaksi palveluesimiehiä, kaksi muita terveydenhuollon työntekijöitä ja yksi muu sosiaali-alan työntekijä. Jokainen taustatietolomakkeen täyttänyt haastateltava oli nainen, tosin kuulemieni nauhoitusten perustella haasteltavissa oli myös miespuolisia työntekijöitä. Haastateltavista työntekijöistä kymmenen oli 35-44 vuotiaita, kymmenen 45-55 vuotiaita, kolme yli 55-vuotiaita ja neljä 25-34 vuotiaita.

Niistä 27:stä työntekijästä, joilta käytössäni oli taustatietolomake, seitsemän oli jättänyt vastaamatta työkokemuksensa opioidiriippuvuuden korvaushoidossa. Kahdestakymmenestä työkokemuksensa ilmoittaneesta haasteltavasta 12 haastateltavaa oli työskennellyt korvaushoidossa yli kymmenen vuotta, kuusi 5-10 vuotta, yksi 1-4 vuotta ja yksi alle vuoden. Haastateltavista 21 oli ilmoittanut missä korvaushoidon hoitomuodossa he työskentelivät: 17 vastanneista työskenteli molemmissa hoitomuodoissa, kaksi pelkästään haittoja vähentävässä korvaushoidossa ja kaksi pelkästään kuntouttavassa korvaushoidossa.

Opioidiriippuvuuden korvaushoito Suomessa: lääkkeen valintaan ja hoitokäytäntöihin vaikuttavat tekijät-hankkeesta käyttööni saamastani aineistosta rajasin tutkielman ulkopuolelle osan yksiköistä prosessikuvaukset ja sisäiset kuvaukset hoitomuotojen toteuttamisesta yksiköstä, koska näiden avulla ei olisi voitu kuvata työntekijöiden käsityksiä hoitomuodoista, vaan sitä, millä tavalla kyseisissä yksiköissä korvaushoidon hoitumuotoja toteutetaan. Lisäksi kahdesta aineistoksi saamastani lääkärin yksilöhaastattelusta rajasin toisen yksilöhaastattelun analyysini ulkopuolelle, koska kyseisessä yksilöhaastattelussa keskityttiin korvaushoitolääkkeisiin ja niiden valintaan liittyviin kysymyksiin, eikä siinä siten käsitelty aiheita, joita tutkimustehtäväni koskee.

4.2 Fenomenografia tutkimussuuntauksena

Tutkielman toteutusta on ohjannut fenomenografinen tutkimussuuntaus, jolloin ihminen ymmärretään rationaalisenä yksilönä, joka muodostaa aikaisempien kokemustensa pohjalta kielen avulla yhteisestä todellisuudesta käsityksiä. Hän käyttää kieltä myös käsitystensä ilmaisemiseen. (Ahonen 1995, 121–122.) Fenomenografia on laadullista tutkimusta, jossa ilmiöiden tutkimisen sijaan pyritään tavoittamaan ihmisten käsitykset kiinnostuksen kohteena olevasta ilmiöstä (Järvinen & Järvinen 2011, 81).

Käsitysten vaihtelu pyritään saavuttamaan yksilöiden itsensä ilmaisemana esimerkiksi haastattelemalla, mutta myös muunlaista aineistoa voidaan hyödyntää, kuten piirroksia tai yksilöiden itsensä kertomuksia. Oleellista on, että aineistoa kerättäessä tutkimukseen osallistuvilla yksilöillä on vapaasti mahdollisuus esittää ilmiöstä sen hetkinen käsityksensä (Huusko & Paloniemi 2006, 162–164), ja että tutkimukseen valittavat yksilöt edustavat sellaista joukkoa, joilta voidaan saavuttaa käsitysten vaihtelu.

Fenomenografisessa tutkimuksessa käsitysten ymmärretään muodostuneen kokemuksen perusteella ja tarkoittavan perusteellista ymmärrystä ilmiöstä – siten käsitykset ovat pelkästään mielipidettä voimakkaampia ja kuvaavat yksilön suhdetta maailmaan. Fenomenografian perustajana pidetään Ference Martonia, joka kehitti fenomenografian 1980-luvulla tutkiessaan opiskelijoiden erilaisia käsityksiä oppimisesta. Sittemmin fenomenografiaa on hyödynnetty etenkin kasvatustieteellisessä ja hoitotieteellisessä tutkimuksessa. (Mt., 162–164.) Fenomenografisen tutkimuksella on katsottu olevan jossain määrin yhteyksiä hahmopsykologiaan, Piaget'n psykologisiin tutkimuksiin, neuvostoliittolaiseen tutkimusperinteeseen ja fenomenologiaan (Niikko 2003, 8–11).

Fenomenografisen tutkimuksen tarkoitus ei ole ymmärtää itse ilmiötä, vaan yksilöiden käsityksiä ilmiöstä. Tällöin puhutaan ensimmäisen näkökulman tavoittelemisen sijaan toisen näkökulman tavoittelemisesta. (Gröhn 1992, 7.) Käsitysten erilaisuuden tutkimista perusteellaan mahdollisuutena oppimiseen – tutkittaessa erilaisia käsityksiä voi tutkija päätyä myös itse ymmärtämään ilmiön toisin. Siten fenomenografisessa tutkimuksessa ei ole kiinnostuneita siitä, kuvaavatko tutkittavien käsitykset ilmiön todellisuutta (Huusko & Paloniemi 2006, 165) tai yritetä kausaalisesti löytää syytä sille, miksi tutkittavilla on ilmiöstä tietynlaisia käsityksiä. Fenomenografista analyysyä ei suoriteta etukäteisten muutujien avulla, jottei käsitysten moniulotteisuutta menetetä. Fenomenografinen tutkimus ei kuitenkaan estä ontologisten yhteysten huomiointia. (Ahonen 1995, 126.)

Fenomenografisen tutkimuksen tutkimustuloksia ovat tutkijan tuottamat kuvauskategoriat, jotka muodostetaan aineistolähtöisesti kuvaamaan vaihtelevia käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä. Kuvauskategorioiden tulee olla sisällöllisesti ja teoreettisesti selkeästi toisistaan erillisiä ja niiden pitäisi tavoittaa mahdollisimman laajasti tutkittavien käsitykset ilmiöstä. (Mt., 127.)

Tutkija voi sijoittaa kuvauskategoriat loogiseen järjestykseen esimerkiksi vertikaalisesti, horisontaalisesti tai hierarkisesti riippuen siitä, näkeekö hän tarpeelliseksi tuoda esiin esimerkiksi käsitysten yleisyyttä tai suhdetta toisiinsa. Koska kuvauskategoriat edustavat

ihmisten rajattuja käsityksiä ilmiöstä, ajatellaan fenomenografisessa tutkimuksessa, että myös yksilön käsityksen vaihtuessa voidaan hänen käsityksensä nähdä edustavan jotakin luoduista kuvauskategorioista. Tätä kuvataan ”vaihtelun arkkitehtuurina”. (Niikko 2003, 23, 36–39.) Koska fenomenografinen tutkimus on aina aineistolähtöistä, kirjoitetaan raportin teoriaosuus analyysin yhteydessä.

Tutkijalla on velvollisuus osoittaa kuvauskategorioiden luomisen perustelut (Järvinen & Karttunen 1997, 170–172), jolloin tutkimuksen analyysiä tehdään läpinäkyväksi esimerkiksi haastateltavien sitaateilla (Ahonen 1995, 154). Lainauksissa esitellään asiayhteys, jossa käsitys on esitetty (Huusko & Paloniemi 2006, 166), jotta lukijalla on mahdollisuus arvioida analyysin ja tutkimuksen luotettavuutta. Fenomenografiassa tunnustetaan, että toinen tutkija saattaisi luoda samasta aineistosta erilaiset kategoriat. Siten luodut kategoriat ilmentävät tutkittavien esikäsitteistä johdettua kyseessä olevan tutkijan intersubjektivistä tulkintaa. Fenomenografisen tutkimuksen eettiseen toteuttamiseen kuuluu, että kuvauskategoriat ovat tosiallisesti nousseet aineiston perusteella eikä tutkija sorru ylitulkintaan (Ahonen 1995, 129–131, 152.)

Tutkimussuuntauksena fenomenografia on melko tuore, ja se onkin saanut osakseen kritiikkiä vielä jäsentymättömästä teoriapohjastaan ja filosofiastaan. Fenomenografiaa on kritisoitu esimerkiksi siitä, että tarkastelun kohteena ovat ihmisten eriävät käsitykset, muttei fenomenografiassa ole teoreettisesti pystytty perusteellisesti kuvaamaan, mitä käsityksellä tarkoitetaan (Häkkinen 1996, 23.) Keskustelua on käyty myös siitä, voidaanko fenomenografiaa pitää tutkimussuuntauksena vai tutkimusmenetelmänä (Niikko 2003; Huusko & Paloniemi 2006). Fenomenografian kehityksessä onkin kasvavissa määrin edetty käytännönläheisestä tutkimuksesta fenomenografian itsensä teoriapohjan tarkasteluun (Niikko 2003, 11).

Kyseessä olevaa tutkielmaa ohjaavaksi tutkimusstrategiaksi valikoitui aineistolähtöisesti fenomenografia kiinnitettyäni aineistoa litteroidessani huomiota työntekijöiden eriäviin käsityksiin korvaushoidon hoitomuodoista. Koin fenomenografisen analyysin mahdollistavan näkökulmien erilaisuuden esiin tuomisen. Hankkeessa toteutettujen haastattelujen koin soveltuvan fenomenografiseen analyysiin esitettyjen kysymysten ollessa avoimia. Koska työntekijöiden käsitykset kuvaavat korvaushoidon hoitomuotoja pääsääntöisesti heidän omassa yksikössään eli heidän kokemuksiaan ilmiöstä, koin tutkielman fenomenografisen tutkimussuuntauksen olevan fenomenologisesti suuntautunutta (Moisio 2006, 52).

4.3 Tutkielman eettisyys ja tutkijan paikka

Kuulan (2006, 24, 26) mukaan tutkimuseetiikassa on olemassa tiedeyhteisössä yhteisesti sovittuja sääntöjä, joiden noudattaminen omassa tutkimustyössään on aina tutkijan itsensä vastuulla. Tutkimuseetiikan säännöt ovat kolmiosaiset siten, että ensimmäiseen pääryhmään sisältyvät totuuden etsimiseen ja tiedon luotettavuuteen liittyvät eettiset kysymykset, toiseen pääryhmään tutkittavien ihmisarvoon liittyvät eettiset kysymykset ja kolmannen tutkijoiden keskinäisiä suhteita ilmentävät kysymykset.

Eettisissä kysymyksissä oikeita tai väriä vastauksia on vaikea osoittaa. Tutkimuksen toteuttamisessa on viime kädessä tutkijan itsensä vastuulla noudattaa tiedeyhteisön yhteisiä sääntöjä. Tutkimuksen toteuttamisessa tulee vastaan ongelmatilanteita, jolloin on tutkijan vastuulla ratkaista ongelmatilanteet eettisen harkintansa mukaisesti. (Mt., 22, 26.)

Tätä tutkielmaa varten saatiin valmis aineisto, jonka keräämiseen en itse ole osallistunut. Tutkijana eettiset valintani kohdistuivat ensisijaisesti haastattelujen litteroimiseen siten kuin ne nauhoilta ilmenivät, haastateltujen työntekijöiden anonymiteetin turvaamiseen, aineiston säilyttämiseen suojatusti ja vaitiolovelvollisuuden noudattamiseen.

Eettiseen tutkimukseen kuuluu, että haastateltavien käsitykset ilmaistaan sellaisena kuin ne on ilmaistu, eikä tutkija esimerkiksi irroita käsityksiä kontekstistaan, jolloin käsitykset saavat eri asiayhteydessä eri merkityksen. Fenomenografisessa tutkimuksessa erityisesti on pidetty tärkeänä tuoda esiin konteksti, jossa käsitykset ilmaistaan. Käsitykset voivat levittäytyä pitkälle aineistoon ja tutkijan tehtävänä on säilyttää niiden ajatukselliset yhteydet. (Ahonen 1995, 143.) Lainausten liika tiivistäminen tai katkaiseminen rikkoo ajatukselliset kokonaisuudet ja vähentää siten tutkimuksen luotettavuutta (Häkkinen 1996, 48).

Tässä tutkielmassa on korostetusti pyritty käsitysten asiayhteyksen esiin tuomiseen, minkä seurauksena esitetyt lainaukset ovat tavallista pidempiä. Aineiston analyysissä on pyritty rehellisyyteen tuomalla esiin myös tutkielman toteuttamisessa ilmenneet ongelmakohdat. Lisäksi eettisenä kysymyksenä tutkielmassa korostuu pyrkiminen asianmukaisiin lähdeviittauksiin.

Tutkielman aiheen valintaa on ohjannut oma kiinnostukseni, jota on ohjannut sosiaalityön eettiset arvot. Olen nähnyt tärkeäksi tuoda esiin opioidiriippuvuuden korvaushoidossa olevien asiakkaiden oikeuksia, vaikkei tässä tutkielmassa tutkitakaan korvaushoitoa asiakkaiden itsensä kuvaamana, vaan työntekijöiden. Huumausaineriippuvaisten kohtelu on

yhteiskunnassamme usein asenteellista. Mielestäni sosiaalityössä tulee puolustaa marginaalisoitujen ja heikossa asemassa olevien asiakkaiden oikeuksia.

Tutkijalla on fenomenografisessa tutkimuksessa merkittävä rooli tutkittavien käsitysten tulkitsemisessa (Ahonen 1995) abstrakteihin kuvauskategorioiden, jotka luodaan aineistolähtöisesti, muttei teoriasta irrallisena. Lopulliset kuvauskategoriat eli tutkimuksen tulokset, ovat tutkijan tulkintaa tutkittavien käsityksistä. Siksi fenomenografisessa tutkimuksessa tutkijan subjektiivisuus tunnustetaan alusta alkaen ja tutkijalta edellytetään ”puhdasta mieltä” (Häkkinen 1996, 48) eli jatkuvaa omien käsitystensä sulkeistamista ja analyysivaiheessa myös teoreettisen tuntemuksensa sulkeistamista (Niikko 2003, 47).

Tutkijan pitäisi pystyä tavoittamaan yksilöiden tosiasialliset käsitykset parhaansa mukaan (Niikko Mt., 47) ja kuvauskategorioiden tulee todellisuudessa lopulta vastata tutkimuksen aineistoa luotettavan tutkimuksen saavuttamiseksi (Järvinen & Karttunen 2006, 171). Kuvauskategorioiden luomisessa tutkijalla on suuri riski esimerkiksi ylitulkintaan. Tutkimuksen toteuttamisessa tämä muodostaa riskin siihen, että tutkija ”näkee” aineistossa sen, mitä haluaa nähdä eli tekee tulkintaa omista lähtökohdistaan aineiston reliabiliteetin sijaan. Tutkijan roolia on fenomenografisessa tutkimuksessa koettu tarpeelliseksi selkeyttämään (Häkkinen 1996, 48; Järvinen & Karttunen 2006, 172).

4.4 Aineiston analyysi

Ennalta määrättyä tapaa fenomenografisen tutkimuksen toteuttamiselle ei ole olemassa ja siksi fenomenografisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa korostuu aineiston analyysin avoin kuvaaminen (Järvinen & Karttunen 2006, 168–172). Tutkielmani teko alkoi tutustumalla korvaushoidosta tehtyihin suomalaisiin ja kansainvälisiin tutkimuksiin ja kirjoittamalla lyhyt tutkimussuunnitelma. Koska en ollut läsnä haastattelutilanteissa, ei tutkimussuunnitelmani ollut erityisen tarkentunut aloittaessani aineistoon tutustumisen ensimmäisen vaiheen, eli nauhoitusten litteroimisen. Tarkoitukseni olikin tehdä tutkielmaa koskevat tarkastelun kohteen ja teoreettis-metodologiset valinnat aineiston ehdoilla.

Suoritin litteroinnin yksityiskohtaisesti siten, että jokainen kuulemani äänne ilmenee nauhojen puhtaaksi kirjoitetusta muodosta. Lisäksi toin esiin kuulemani sanattomat viestit, kuten naurun, mikäli koin sen asiayhteydessä oleelliseksi. Päädyin käyttämään jokaisesta äännessä olevasta yksilöstä nimitystä ”työntekijä”, koska en voinut olla varma jokaisen

haastateltavien ammattinimikkeestä, vaikka se joidenkin haastateltavien kohdalla kävikin ilmi nauhalta.

En myöskään eritellyt työntekijöitä äänen perusteella esimerkiksi ”työntekijä1” tai ”työntekijä2”, sillä en haastateltavien päällekkäin puhuessa tai jonkun haastateltavan sijoituksessa kauemmaksi nauhurista voinut varmasti erottaa työntekijöitä äänen perusteella. Raportin kirjoittamisen yhteydessä lainauksista muokattiin puhekieltä kirjakielisemmäksi haastateltavien tunnistamisen mahdollisuuden vähentämiseksi. Tutkielman tuloksissa esitetyissä haastateltavien lainauksissa merkintä (- -) tarkoittaa, että, lainauksesta on jätetty pois asiayhteyteen liittymätöntä puhetta. Litteroituja sivuja kertyi yhteensä 190.

Fenomenografinen analyysi alkaa perusteellisella aineistoon tutustumisella (Järvinen & Karttunen 2006, 168). Litteroinnin jälkeen etenin tutkielman teossa lukemalla haastattelut perusteellisesti läpi saadakseni aineistosta perusteellisen kokonaiskuvan. Loin jokaisesta haastattelusta itselleni miellekartan omaiset tiivistelmät hahmottaakseni aineistoa. Jatkoisin teemoittelemalla haastateltujen lausumia Atlas t.i.-ohjelmiston avulla korvaushoidon hoitomuotojen, hoitomuodon vaihtamisen ja korvaushoidon työntekijöiden suhtautumisen hoitomuotoihin mukaan, koska nämä tekijät nousivat mielestäni aineistosta esille.

Palatessani jatkuvasti aineistoon lausumat laajenivat pituudeltaan ja vähentyivät määrältään pyrkiessäni tavoittamaan fenomenografiselle tutkimukselle oleelliset asiayhteydet. Tässä vaiheessa siirryin mielestäni lausumien tavoittamisesta käsitysten tavoittamiseen. Jatkuvan reflektion kautta löysin tutkimustehtävän näkökulmasta olennaisia arkikielen käsityksiä lopulta aineistostani 90 kappaletta, jotka tiivistin käsitysten erilaisuuden perusteella kuvauskategorioihin, jotka kuvataan kappaleissa 5.1., 5.2 ja 5.3. Fenomenografiselle tutkimukselle tyypillisesti halusin säilyttää kategorioiden aineistonläheisyyden nimittämällä kategoriat tutkittavien arkikielen mukaisesti.

Fenomenografisessa tutkimuksessa tutkijan pitäisi edelleen pyrkiä luomaan arkikielisistä kuvauskategorioista teoreettisesti perusteltuja, abstrakteja kuvauskategorioita (Ahonen 1995, 146; Huusko & Paloniemi 2006, 168). Tästä syystä tiivistin arkikielen kuvauskategoriat edelleen kahdeksi abstraktiksi kuvauskategoriaksi, jotka kuvaan kappaleessa 6. Tässä yhteydessä palasin tutkielman alkuvaiheessa tutustumiini opioidiriippuvuuden korvaushoidosta tehtyihin tutkimuksiin ja abstraktien kuvauskategorioiden luomisessa olen pyrkinyt aineiston liittämiseen teoreettiseen tarkasteluun.

Ajatteluani ohjasi läpi tutkielman toteuttamisen tutkielman alkuvaiheessa luomani mieliekartan omaiset tiivistelmät, jotka täydentyivät jatkuvasti ja toimivat mieleen palauttajana ja omanlaisenani tutkimuspäiväkirjana. Nämä tiivistelmät toimivat ajattelun suuntaajina etenkin muodostaessani abstraktit kuvauskategoriat. Muodostettuani abstraktit kuvauskategoriat ja kirjoitettuani tutkielman raportin lähes lopulliseen muotoonsa, palasin vielä aineistoon testatakseni abstrakteja kuvauskategorioita haastatteluihin. Tässä yhteydessä päädyin sisällyttämään kategorioihin yhden käsityksen, jonka olin aikaisemmin rajannut analyysin ulkopuolelle.

Fenomenografiselle tutkimukselle on ominaista, ettei tutkimuksessa etsitä syytä tutkimusjoukkoa edustavien yksilöiden käsityksille. Laadulliselle tutkimukselle ominaisesti fenomenografiassa voidaan kuitenkin pyrkiä selittämään käsityksiä, mikäli ontologisesti aineistossa on tähän havaittavissa selkeitä yhteyksiä. (Ahonen 1995, 126.) Tässä tutkielmassa aineistossa ontologisia yhteyksiä työntekijöiden käsityksille oli havaittavissa, mikä on vaikuttanut abstraktin tason kuvauskategorioiden luomiseen.

Tiivistettynä aineiston analyysini eteni siis seuraavasti:

1. Lausumien etsiminen
2. Käsitusten tavoittaminen
3. Käsitusten muodostaminen arkikielen kategorioiksi, jotka kuvataan kappaleissa 5.1, 5.2. ja 5.3.
4. Arkikielen kategorioiden yhdistäminen edelleen abstrakteiksi kuvauskategorioiksi, jotka kuvataan kappaleessa 6.

5 Arkikielen kuvauskategoriat

5.1 Psykososiaalinen tuki hoitomuodoissa

Löysin aineistosta 27 käsitystä, joiden tulkitsin kuvaavan työntekijöiden käsityksiä psykososiaalisesta tuesta korvaushoidon hoitomuodoissa. Käsitysten erilaisuuden perusteella muodostin psykososiaalisesta tuesta kolme arkikielen kuvauskategoriaa, jotka nimesin haastateltavien käyttämän kielen mukaisesti seuraavasti:

- 1 A: omahoitajakeskusteluja ja konkreettista tekemistä
- 1 B: omahoitajakeskusteluja ja lääkkeenjako
- 1 C: korvaushoidossa kaikki.

Tulkitsin laajasti psykososiaalisesti tueksi kaiken sellaisen tuen, mitä korvaushoidon asiakkaille lääkkeenjaon ohelle mahdollistettiin, enkä tarttunut tässä yhteydessä psykososiaalisen tuen käsitteelliseen epämääräisyyteen. Arkikielen kuvauskategoriat ilmenevät taulukon 1 vasemmasta reunasta. Taulukko on luotu vertikaalisesti käsitysten yleisyyden perusteella.

ARKIKIELEN KUVAUSKATEGORIAT	PSYKOSOSIAALINEN TUKI KUNTOUTTAVASSA KORVAUSHOIDOSSA	PSYKOSOSIAALINEN TUKI HAITTOJA VÄHENTÄVÄSSÄ KORVAUSHOIDOSSA
1 A: omahoitajakeskusteluja ja konkreettista tekemistä (16 käsitystä, 4 yksikköä)	”he saa sen omahoitajan”	”lähetään yhdessä viemään sossuun papereita”
1 B: omahoitajakeskustelua ja lääkkeenjako (7 käsitystä, 4 yksikköä)	”kuntouttavassa on omahoitaja”	”se on melkein pelkkä lääke”
1 C: korvaushoidossa kaikki (4 käsitystä, 1 yksikkö)	”en tiiä että tietääkö meidän asiakkaat ees välttämättä kaikki missä ne on”	

Taulukko 1. Psykososiaalinen tuki korvaushoidon hoitomuodoissa.

Kategoria A kuvaa työntekijöiden yleisintä käsitystä psykososiaalisesta tuesta korvaushoidon hoitomuodoissa. Kategoria A sisältää 16 käsitystä ja sisältää neljän yksikön toimintatavan. Tässä kategoriassa kuntouttavassa korvaushoidossa oleville asiakkaille järjestetään lääkehoidon ohella omahoitajakeskusteluja tyypillisesti yhden tai kahden viikon välein ja asiakasta tuetaan korvaushoidon ulkopuoliseen sosiaaliseen toimintaan, kuten opiskeluun, työhön tai kuntouttavaan työtoimintaan.

Haittoja vähentävässä olevaa asiakasta tuetaan konkreettisemmin toimin, kuten tarvittavien sosiaaliturvaetuuksien hakemisessa tai terveydenhuollon käyntien turvaamisessa. Usein haittoja vähentävässä korvaushoidossa olevien asiakkaiden tuki järjestetään lääkkeenjaon yhteydessä sen sijaan, että asiakas tapaisi erikseen omahoitajaa.

Raja hoitomuotojen välisessä avussa on selkeä siten, että tarjottu tuki kuntouttavassa ja haittoja vähentävässä korvaushoidossa eroaa perusteellisesti toisistaan. Molempien hoitomuotojen asiakkaille kuitenkin tarjotaan lääkehoidon ohella tukea, joka perustuu hoitomuodossa olevien asiakkaiden tarpeisiin ja hoitomuodon tavoitteisiin. Kuntouttavassa korvaushoidossa tuki on enemmän terapeuttiliseen vuorovaikutukseen perustuvaa psykososiaalista tukea ja haittoja vähentävässä konkreettisempaa tukea.

Haastattelija: - - Miten nää nyt eroaa sit toisistaan?

Työntekijä: Eli kuntouttavassa korvaushoidossa sieltä hoito-ohjelmasta käsin määrittetty jo tavote, päihitteettömyys. Ja se että suunnata johonkin, opiskeluun tai työelämään. Ja päästä irti niistä käyttökuvioista. Ja sit siellä hakee enemmän niitä et millä keinoilla me siinä tuetaan ja mitä se psykososiaalinen tuki sitte on ja että seulontaa, seuloja otetaan tiiviimmin ja.

Työntekijä: Omahoitajakeskusteluita käydään säännöllisesti ja. - -

Haastattelija: No, kuvatkaas vielä tätä elämänlaatua parantavaa hoitoa sitte suhteessa tuohon äsköseen kuvaukseen kuntouttavasta?

Työntekijä: Nii no siinä sitte taas toisaalt se hoito-ohjelma ei määrittele sieltä niinkään mitään tavotetta vaan että sit ne tavoitteet tulee sieltä asiakkaalta iteltään ja siitä että mitä haluaa. Ja että sen ei tarvi olla se päihitteettömyys, vaan että se voi olla jotain elämänhallintaa, jotain. Et saan pidettyä asunnon itelläni tai saaha oheiskäyttö vähän kuriin, lopettaa piikittämisen.

Työntekijä: Ja sit se omahoitajakeskustelu on vähän toisen tyyppistä et se ei oo, tai pyritään siihen et se ei ois niin sitä et istutaan täs alas ja keskustellaan vaan se voi olla enemmän sitä et lähetään yhdessä käymään, sossuun viemään papereita. Tai täytetään jotain lomakkeita Kelaan tai varataan aikaa hammaslääkäriin, tai. Ja semmoisia, ehkä vähän nopeempia, lyhyempiä, päivittäisiä kohtaamisia.

Haastattelija: - -Mitä sitte, miten te kuvaisitte sitte sitä kuntouttavaa korvaushoitoa viel tarkemmin sitte että tuleeks siit?

Työntekijä: No siinä niinko mä sanoin et omahoitaja-aikoi toki enemmän et tavallaan pitää niinku löytyy sit siihen psykososiaalisen tukeen, tukeen sitä aikaa - -. Usein ketkä on nyt jo sanotaan näin et kuntoutunu sitte jokseenkin ni melkein heil on jo sit jotain muuta kun tää mejän klinikkatoiminta et on sit jo jotain niinku omaakin tuolla ulkopuolella et se ei kulminoidukaan enää sit vaan tähän. Ni tuetaan sitte siinä. Ja kyllähän me niinku, palveluohjaus on se mitä me paljon tehään, toki sitä saa molemmat asiakasryhmät et eihän siin niinku erotella kuka mitäki saa. - -

Työntekijä: Varmaan just et palveluohjausta on kuntouttavien kaa et haittoja vähentävien kaa se on konkreettist tekemistä sitte jos ei sitä toimintakyky o hoitaa niinku ihan noit maksusitoumusasioita ja.

Haastattelija: Nii et auttaa semmo-.

Työntekijä: Et sit tehdään joidenki kohdal ihan puhtaasti puolesta koska se määrätty lääkitys on turvattava ja kulkemiset ja muut.

Osalle kategorian A yksiköille oli lisäksi ominaista, että yksikössä oli panostettu ryhmä- ja vertaistoimintaan sekä kokemusasiantuntijuuteen ja tällä tavalla pyritty luomaan korvaushoidon asiakkaille osallisuuden mahdollisuuksia. Ryhmätoimintoihin osallistuminen mahdollistettiin kuntouttavan korvaushoidon lisäksi haittoja vähentävässä korvaushoidossa oleville asiakkaille, joiden osallistumismahdollisuudet korvaushoidon ulkopuolisiin toimintoihin olivat työntekijöiden käsitysten mukaan heikkoja. Siten myös haittoja vähentävässä korvaushoidossa työote oli kuntouttava.

Haastattelija: Mut siis mitä tää, jos ihan lyhyesti niin mitä tää siis pitää sisällään tää ryhmätoiminta?

Työntekijä: Se on lähteny siis tällast osallisuutta korostavaan niinku et et, pyritään niinku siihen et tavallaan et sitä paluuta tuonne muualle yhteistoimintaan että aika paljon asiakkaiden kaa yhdes suunnitellaan mitä se ryhmä on sit niinku, mitä ne toiminnot on. Hyvin paljon se on keskusteluu, taikka siis niinkun teemoittain. Vapaamuotost jotain toimintaa, yhdessäoloo, et siin ei oo sellasii tarkkoi kriteereitä ja se on nimenomaan tarkoitettu meidän kaikille asiakkaille, siin ei oo rajattu oletko kuntouttavassa vai haittoja vähentäväs vaan tavallaan sen tarpeen mukaan. Niinkun jotain toimintaa, sisältöö sinne päivään jolla niinku ehkä aktivoitais ihmisii myös sit tavallaan tonne talon ulkopuolelle. Niihin, niihin toimintoihin. Et valitettavasti sit nää, ehkä eniten korostuu haittoja vähentävän ryhmän on tää, et et vaikka siel ois satunnaist oheiskäyttöö vaan mut aika moni ovi sulkeutuu sitte muuhun ryhmätoimintaan tai kuntouttavaan työhön tai muuhun et. Ehkä me on jotenki haluttu näil, näil toiminnoilla mahdollistaa heille osallistumista. Ja sitä osallisuutta niinkun.

Haastattelija: Joo. Ja, ja asiakkaat on kokenu sen kans positiivisena?

Työntekijä: Kyllä, on. - -

Työntekijä: Ja sen takii me haluttiin se vertaiskahvilatoiminta kans tähän itseasias tähän meille, ihan samast syystä. Et kuntouttava työtoiminta ei mahdollistu ihmisille vaikka ois hyvin harvakseltaankin olevaa kannabiksen käyttöö mut se ko jos se näkyy siel seulois kuitenkin niin koko ajan niin silloin on ovet suljettu sinne. Ja sitte et meille, meil on vertaiskahvilas kolme asiakast jotka vetää työpareina sitä ja

siin ei ole este se että, että tota vaikka sul näkyy seulassa niin voit olla silti vertaiskahvilan niinku vetäjänä kunhan olet asiallises kunnos. Ja siel saa asioida myös kunhan ei oo, ei promilleissa ei saa asioida. Mut että muuten saa siel kunhan käytäytyy asiallisesti.

Työntekijä: Oliko siinä niitä kysymyksenä sitä kokemusasiantuntijuutta ja vertaisuutta sulla? - -

Haastattelija: Kerro vaan, kerro vaan, nyt kun.

Työntekijä: Joo, joo, et meil on tota kokemusasiantuntijat niin mukana näissä korvaushoidon eri vaiheissa elikkä infossa, sitten nyt kehitellään sitä että myös osastojakson aikana niin tota se kokemusasiantuntija vois käydä tapaamassa korvaushoidon alottajaa siellä osastolla. Sit on tän, kun tää päätös on tehty siitä korvaushoitoon ottamisesta niin sitten myöskin mahdollisuus tavata tätä kokemusasiantuntijaa siinä vaiheessa kun jonottaa siihen alotukseen. Ja tää kokemusasiantuntija vois olla sen oman työntekijän, tai on sen omatyöntekijän työparina siinä sitten. Ja siinä vaiheessa ku asiakas tulee tähän avohoitoon niin, niin kokemusasiantuntija on tavallaan se rinnalla kulkija - - ja auttaa siinä alkuvaiheessa ja pitkin matkaa. Toimii ryhmissä vertaisohjaajina, on työntekijöitten ja opiskelijoitten rekrytoinnissa mukana, valitsemassa tänne työntekijöitä ja, ja tota.

Työntekijä: Meiän suunnittelupäivissä.

Työntekijä: Meiän suunnittelupäivissä mukana. Ja myöskin tota organisaation suunnittelupäivissä - -. Ja tota sithän meän korvaushoitoasiakkaat niin paljon käy tuolla erilaisissa seminaareissa puhumassa ja myöskin opiskelijoille kouluissa ja kaikissa mahdollisissa että he on hyvin niinku näyttävästi mukana niinku tässä niinkun kehittämistyössä joka suuntaan että. - -

Työntekijä: Tää on ihan valtava boosti ollu, ollu, ollu, asiakkaat sanoo tästä tosi paljon tästä, tästäkö, tästä osallisuudesta ni se, väittäisin että se parantaa aika paljon hoitotuloksia kun asiakkaat kokee kuuluvansa niinkö. Tää on niinkö, tää ei ole niin, tää on niinkö jotenkin semmonen niinku meiän kaikkien yhteinen juttu mitä tehhään ja sen, sen huomaa niinkö siinä hengessä mikä, mikä nykysin on että semmoset vastakkainasettelut, ne on paljon vähentyny.

Työntekijä: Et jotenki aatellaan että on se yhteinen tavote ja, ja tota kaikki niinkun mennään siihen samaan suuntaan että muistan jossain vaiheessa korvaushoidon aikana niin on ollu sitä että asiakkaat kokee että me ollaan niinku vastakkain hoitohenkilökunta ja asiakkaat, no eihän se kenenkään oloa tai elämää paranna että niinku. Et kun katotaan samaan suuntaan ja mennään samaan suuntaan niin se, se tukee sitä toipumista.

Kategoria B sisältää seitsemän merkitysyksikköä ja kuvaa neljää aineiston yhdeksästä korvaushoitoa toteuttavasta yksiköstä. Kategoria B kuvaa työntekijöiden käsityksiä psykososiaalisen tuen toteuttamisesta kuntouttavassa korvaushoidossa omahoitajakeskusteluina ja mahdollisina ryhmätoimintoina lääkehoidon ohella. Haittoja vähentävä korvaushoito toteutetaan lähes pelkästään lääkehoitona, jolloin omahoitajatapaamisilla toteutettu psykososiaalinen tuki ja myöskin arjen toimintakykyä ja elämänhallintaa mahdollistava konkreettinen tuki on rajattu haittoja vähentävässä korvaushoidossa olevien asiakkaiden saaman palvelun ulkopuolelle.

Haastattelija: Ni millä erilaisil tavoil te toteutate korvaushoitoo täs yksikössä? Ja millasii erilasii hoitoisuusluokituksii teil on jos teil on tääl sellasii? Minkälaiset ne hoitomuodot on? Ainaki sen nyt et tääl on kuntouttava korvaushoito?

Työntekijä: Ja haittoja vähentävä myöskin.

Haastattelija: Okei. Joo. Mitä ne pitää sisällään ja miten niitten tavoitteet eroaa toisistaan jos niit tarkemmin kuvailee? - -

Työntekijä: No kuntouttavassa korvaushoidossa on tavoitteena tietysti semmonen päihteettömyys että aidosti tavoittelee ettei käytetä sitten mitään laittomia aineita vaan pysytään sitten siinä korvaushoitolääkityksessä. Ja haittoja vähentävässä sitte se ei oo ehkä niin semmonen täydellinen semmonen tavote joskaan se ei sitä tarkoita että sitte täytyy käyttää jatkuvasti kaikkea. Jos nyt sit sanois... Et haittoja vähentävässä sitte siellä ei myöskään sitte oo tämmöstä tukipalvelua ikään kuin mitä kuntouttavassa on omahoitajatapaamisia ja semmosta tukea paljon et haittoja vähentävässä siel on vähemmän.

Haastattelija: Okei vähemmän...

Työntekijä: Semmosta ei oo nimettyä omahoitajaa ja.

Haastattelija: Okei. Eli siis kuntouttavassa on enemmän, mutta... Haittoja vähentävässä on jonkun verran myös...

Työntekijä: Niin, no...

Haastattelija: ...tapaamisii mut ei oo omahoitajaa. Kuntouttavassa on omahoitaja.

Työntekijä: Siis tapaaminenhan on vaan siinä kun sen lääkkeen sitten saa käytännössä et ei oo erikseen virallisesti sillä lailla sovittuja mutta en tiä joskus voi toteutua että hetkeks otetaan johonkin sivuun ja et jos on jotain asiaa ja sit jos on resursia siihen.

Haastattelija: Okei. Entäs kuntouttava korvaushoito mitäs se sitte, kuinka usein siel on niitä tapaamisia hoitajan kaa tai?

Työntekijä: No voi olla viikonki välein. Ja kahen viikon.

Haastattelija: Minkälainen se on sitte se että, se tavallaan et jos teillä on täällä se kuntouttava - -, niin minkälainen se on, miten se sit eroaa siit haittoja vähentävästä?

Työntekijä: He saa sen omahoitajan. Elikkä he saa nää omahoitajakeskustelut joka toinen viikko. Ja sit he saa tän hoitosuunnitelman lääkärin ja omahoitajan kanssa kaks kertaa vuodessa. Sit heistä otetaan tiheemmin seuloja.

Haastattelija: Okei. Et tavallaan ne on ne mitkä.

Työntekijä: Ne on ne ja toki me sitten lähetään myös heidän kanssa jos tarttee johonki verkostoon ja yritetään ettiä näitä opiskeluja, kuntoutus...

Työntekijä: Työkkäriin käyntejä ja. Et näiden haittoja vähentävien potilaiden kanssa ei oo mahdollisuuksia esimerkiks lähtee terveysasemalle tai sossuun tai Ke- laan tai työkkäriin tai siis semmosta et ne joutuu ne hoitaan ite mut että.

Haastattelija: Miten te sitte niinku tavallaan että, et miten nää eroaa siis täällä teillä toisistaan nää haittoja vähentävä ja kuntouttava että jos niitä pitäis niinku kuvailla sit?

Työntekijä: No kuntouttava on paljon tiukempi. Haittoja vähentävässä on kaks lääkkeen hakuaikaa, aamupäivästä pari tuntia ja iltapäivällä tunti, asiakkaat saa itte valita koska ne tulee. Saa olla oheiskäyttöä, päihtyneenä ei anneta lääkettä mutta et, ei olla niinkun, ei vaadita ihan semmosta kuntoa tokikaan mitä kuntouttavassa olevilta vaaditaan.

Työntekijä: Eikä oo mitään omahoitajatyöskentelyä. Velvoteta, eikä velvoteta mitään ryhmätoimintaa et siis niinkun velvotteet on minimis. Et velvoteta on se lääkkeenhaku siinä kunnossa että, et, et se on turvallista antaa.

Haastattelija: Okei. Mitä siihen sit sisältyy siihen kuntouttavaan? Et sit ei, sitä tietenki et on vähemmän, mutta...

Työntekijä: Ja siel on semmoset niinku yksilöllisemmät lääkkeenhakuajat, ajat ja tuota niillä on niinku siis tulta sitte silleen niinkun, oltava siihen aikaan. - - Ja sitten on ryhmiä, hoitoryhmiä, ja uusille asiakkaille starttiryhmä missä niinku käydään näitä sääntöjä, sääntöjä ja hoitosopimusta ja.

Työntekijä: Yhteisökokousta - - ja, ja sitte asiakkailla on oma työntekijä. Joiden kans niinku sitte omia niinku keskustelujä kerran viikkoon. Ei niit aina välttämättä kerran viikkoon, mutta.

Psykososialisen tuen rajaamista pois haittoja vähentävässä korvaushoidossa olevilta asiakkailta voidaan pitää jossain määrin ongelmallisena korvaushoidon toteuttamista säätelevän asetuksen ja päihdehuoltolain näkökulmasta. Näissä yksiköissä asiakkaan saaman palvelun näkökulmasta on suuri merkitys sillä, kumpaan hoitomuotoon asiakas rajataan. Myös kategoriaan A ja C verrattuna kategorian B haittoja vähentävässä korvaushoidossa olevat asiakkaat ovat lääkehoidon ohella saamansa tuen osalta hyvin erilaisessa asemassa.

Kategoria C on muodostettu neljän merkitysyksikön pohjalta ja edustaa yhden korvaushoitoyksikön työntekijöiden käsityksiä psykososiaalisesta tuesta korvaushoidon hoitomuodoissa. Tässä yksikössä kuntouttavassa ja haittoja vähentävän korvaushoidossa tarjottu psykososiaalinen tuki on molemmissa hoitomuodoissa suurta eikä hoitomuotojen välille ole tehty yksikön toiminnassa korostunutta rajaa. Työntekijöiden voidaan ajatella työskentelevän jatkuvasti hoitomuotojen rajapinnalla.

Kategorian C käsitykset haittoja vähentävässä korvaushoidossa olevia asiakkaiden tukemisesta edustavat poikkeusta muusta aineistosta, sillä tässä yksikössä haittoja vähentävässä korvaushoidossa olevia asiakkaita tuetaan lääkehoidon ohella jopa enemmän kuin kuntouttavassa korvaushoidossa olevia asiakkaita.

Haastattelija: No liittyyks siihen sitten kauheesti muuta ko se lääkkeen hakeminen? Muita tukimuotoja?

Työntekijä: Meil liittyy aina. Meil ei oo koskaan pelkkää lääkkeenhakua tai lääkkeen liotusta. Et siin on aina ko on se hoitosuunnitelma, sisältää aina, meilhän on myös hoivatukiasumista sit meil tehdään aina näit kaikkii näitä soksun kanssa, Kelan kanssa, (paikallinen työvoiman palvelujen verkosto):n kanssa, ni me ollaan yleensä niis aina mukana et siel on aina myös niinku muuta suunnitelmaa kuin pelkkä lääke.

Haastattelija: Näillä haittoja vähentävässäkin olevilla?

Työntekijä: Kyllä, me ollaan niissäki aika lailla mukana. Eli oikeastaan ehkä vielä enemmänkin mukana koska he ei ite pysty siihen.

Haastattelija: Nii tavallaan he varmaan...

Työntekijä: Nii ja sitte sitä sellast keskustelutukee paljon just tässä haittoja vähentäväs että, et et ku aattelee harhasii ihmisiiki niin kyl ne aika tiivist pidetään et nii ettei vaa anneta lääke käteen tai suuhun ja sitte. Et kyl niitten kans keskustellaan aika paljonki.

Työntekijä: Ja sitte tietyst...

Työntekijä: - -sit katotaan pistojälkii ja semmost kokonaisvaltaist keskusteluu ja. Välil on tehty kotikäyntii ja kaikkee semmost et nähään sitä.

Työntekijä: Meillähän on pääsääntösesi kaikil puolen tunnin henkilökohtaset ajat.

Työntekijä: En tiä että tietääkö meidän asiakkaat ees välttämättä kaikki missä ne on. Niin sanotusti.

Työntekijä: Ei ne tiä, ei.

Työntekijä: Ne on korvaushoidos kaikki ja me tietään niinkun.

Työntekijä: He tietää vaan omat tavoitteensa.

Työntekijä: Niin, niin. Et ei, ei me niinku aktiivisesti puhuta sitä et sinä oot kuntouttavas tai haittoja vähentäväs.

Työntekijä: Joo, ei, ei.

Haastattelija: No niin näin teidän kuvauksest tulee semmonen tunne että tuo raja ei oo kovin, kovin tiukka eikä selkee että et kaikki, kaikki tavallaan on hoidossa ja hyvin.

Työntekijä: Joo.

Työntekijä: Niin. Se on ollu ehkä semmonen iso etu täs myös.

Aineiston perusteella psykososiaalisen tuen mahdollistaminen asiakkaille on siten riippuvaista sekä hoitomuodosta, johon heidät on rajattu, että missä yksikössä korvaushoidon asiakkaat ovat asiakkaana. Kategorian A yksiköissä lääkehoidon ohella tarjottava tuki on yhteydessä yksilölliseen tarpeeseen, mutta vaihtelee muodoiltaan. Kategorian B yksiköissä psykososiaalinen tuki on rajattu pois haittoja vähentävässä korvaushoidossa olevilta asiakkailta. Kategorian C yksiköissä työskennellään molempien hoitomuotojen rajapinnalla siten, ettei hoitomuotojen välille tehdä eroa.

5.2 Hoitomuodon vaihtaminen korvaushoidon aikana

Löysin aineistosta 27 korvaushoidon työntekijän käsitystä korvaushoidon hoitomuotojen rajanylityksistä eli asiakkaan mahdollisuudesta vaihtaa korvaushoidon hoitomuotoa korvaushoidon aikana. Käsitysten perusteella muodostin neljä kuvauskategoriaa, jotka on kuvattu vertikaalisesti käsitysten yleisyyden perusteella taulukossa 2 Kategoriat 2 A, 2 B

ja 2 C jakautuvat edelleen alakategorioihin. Taulukoissa suluissa olevat numerot kuvaavat käsitysten yleisyyttä.

Kategoria 2 A: helppoa (yhteensä 9 käsitystä)	
2 A 1: joustavasti sopimalla (7 käsitystä, neljä yksikköä)	2 A 2: halvempaan hoitomuotoon (2 käsitystä)
”ihan vaan sillä et me sovitaan se asia”	”aina halvempaan hoitoisuusluokkaan on helppo siirtää”
Kategoria 2 B: ehdollista (8)	
2 B 1: maksusitoumus (5)	2 B 2: sitoutumisen osoittaminen (3)
”me haetaan kaupungilta maksusitoumusta”	”siinä tulee kolmen kuukauden kokeilu ensin”
Kategoria 2 C: mahdotonta (7)	
2 C 1 asiakasta ei voida siirtää toiseen hoitomuotoon (3)	2 C 2: asiakas ei halua vaihtaa hoitomuotoa (4)
”me jouduttiin hänet siirtään kadulle”	”he vähän niinkun pelkää sitä et kun he joutuu sieltä tutusta ja turvallisesta siirtymään tuonne”
Kategoria 2 D: automaattista (3)	
”tää on ollu näin pitkään täs näin et siirretäänkö hoitosisuusluokka kolmoseen vai haittoja vähentävään”	

Taulukko 2. Hoitomuodon vaihtaminen korvaushoidon aikana.

Kategoria A edustaa kahdenlaisia käsityksiä helposta hoitomuotojen rajanylityksestä hoitomuodon aikana. ”Joustavasti sopimalla”-alakategoria on luotu seitsemän käsityksen perusteella. Nämä käsitykset edustavat neljää korvaushoitoyksikköä. Näissä yksiköissä korvaushoidon hoitomuotoa voidaan vaihtaa asiakkaan kanssa sopimalla ja yhteisymmärryksessä. Asiakkaan ei tarvitse hakea hoitomuodon vaihtoa eikä tämä vaadi jonottamista. Usein hoitomuodon vaihtaminen sijoitetaan hoitosuunnitelman päivittämisen yhteyteen, mutta koska asiakkaat asioivat yksikössä usein, kykenevät työntekijät jatkuvasti tarkkailemaan tarvetta hoitomuodon vaihtamiseen.

Haastattelija: Miten sitte se siirtyminen niist hoitomuodoist toiseen tapahtuu, et et jos haluu siirtyä siit elämänlaatu parantavasta kuntouttavaan?

Työntekijä: Siis, mä luulen et meil on aika sujuvaa koska ne rajat on ollu, niin siis sillä lailla häilyvät ja toki se että kun tässä asiakkaat päivittäin käy ja, lähes, siis, ja tota, täs nähään niinku se että mikäli oikeesti siin tapahtuu sitä semmosta et alkaa se elämänlaatu parantumaan ja ei oo sitä oheiskäyttöä ja tulee itselleen sit se et se motivaatio niinku herää niin kylhän me sit lähetään tukemaan sitä tottakai et tavaltaan sitte siinä vaiheessa lisätään vähän varmaan huumeeseulatausta et seurataan sitten, niinku et jos on pyrkimystä ja niinku jotenki aktiivisemmin yritetään ehkä

saada sitte omahoitaja-aikojakii enemmän ja käyä tapaan vähän lääkärii ja. Siis ihan tämmöst aika, aika simppeleiihän meil nyt on ollu tää toistaseks että.

Haastattelija: Mites teillä sitte on toi määrällinen jakauma neljänkymmenen asiakkaan suhteen? Tän kuntouttavan ja elämän laatua?

Työntekijä: Noin puolet.

Haastattelija: Kaskyt-kakskyt.

Työntekijä: Suunnilleen joo. Et silleenkään me ei oo siihen kauheen tiukkaa kuilua haluttu laittaa vaan että asiakas voi siirtyä hoito-ohjelmasta toiseen ihan vaan sillä et me sovitaan se asia. Et ei oo mitään niinku sit semmosta että pitää hakea tai jonnottaa tai odottaa ja muuta että.

Haastattelija: Et jos te molemmat ootte, työntekijä ja asiakas, samaa mieltä että tämän on järkevää ja.

Työntekijä: Mmm. Ni sit et, sitte vaihdetaan hoito-ohjelmaa. Joo.

Haastattelija: Ja sitte tota jos mä oikein ymmärsin niin mä ymmärsin et teillä pystyy sitte aika joustavasti sen asiakkaan tilanteen mukaan siirtyyn niitten eri, siis sekä haittoja vähentävästä kuntouttavaan ja sitte kuntouttavassa joustavasti sitä? - -

Työntekijä: Niin et et, tavallaan niinkun, et silleen et jos siin tapahtuu selkeesti joku niinkun tämmönen hyvä käänne niin et sit niinkun tuetaan siihen ja jos se hyvä jakso kestää pidempään niin sit me voidaan niinku kääntää se kuppi näin että.

Haastattelija: No tapaahtuks täs tän kuntouttavan ja haittoja vähentävän välillä kuinka paljon liikennettä?

Työntekijä: Minusta se on aika semmosta niinku, tapahtuu. Et se on aika jatkuvaa, niinku minä sanoin, et et kun se on meidän käsissä se tavallaan se semmonen. - - Et se on niinku, kun meillä on jokaisella asiakkaalla on omahoitaja niin se on hänen vastuulla tavallaan sit se hoitosuunnitelma sit sekä se jatkuvan kunnon arviointi. Vaikka meillä on tiimi joka arvioi myös. Ja sit meillä on aina keskiviikkosin ko meillä on tiimi niin sit siinäki aina ko puhutaan että et asiakasasiat, niin sit voidaan vaihtaa sitä jos silt tuntuu.

Haastattelija: Eli nyt tuntuu et tää niinku menee aika sujuvasti et tää ei oo teidän työn kannalta hankalaa?

Työntekijä: Ei.

Työntekijä: Ei ollenkaan. Tää on meille minusta hirveen helppoo. - -

Kategorian A joustavaan hoitomuodon vaihtamiseen sisällytettiin myös tilanteet, joissa hoitomuotojen rajanylitys on helppoa ja joustavaa kuntouttavasta korvaushoidosta haittoja vähentävään korvaushoittoon. Fenomenografisessa tutkimuksessa kategorioiden luominen myös yhdestä tai vähäisestä määrästä käsityksiä on mahdollista, jotta käsitysten vaihtelu voidaan tuoda esille. Tämä alakategoria on muodostettu vain kahden aineistossa esiintyneen käsityksen perusteella, mutta on asiakkaiden saaman palvelun näkökulmasta aineistossa merkittävä.

Haastattelija: Miten onks sit et jos, jos te ootte jotakin mieltä täällä et joku asiakas sopis paremmin johonki toiseen hoitoisuusluokkaan missä on, niin onkse semmonen asia et siihen pystyy, et?

Työntekijä: Siis aina halvempaan hoitoisuusluokkaan on helppo siirtää, et siin harvemmin on mitään ongelmaa.

Kategorian B yksiköissä kuntouttavaan korvaushoittoon siirtymiselle asetetaan ehtoja, kuten huume-seuloilla osoitettu sitoutuminen päihteettömyyden tavoitteluun. Siten työntekijät toimivat hoitomuotojen rajojen vartijoina.

Työntekijä: - - nythän on niinku mahdollisuus myös siihen suuntaan et sitte jos oikeesti on haittoja vähentävään annettu päätös semmotteelle ihmiselle jota koetaan et se ehkä oliski niinku sinne kuntouttavaan, pystyis niin, pystytään niinku tavallaan sitte myös toiseen suuntaan siirtään. Et se, haittoja vähentävästä voi siirtyä kuntouttavaan mut et sit siinä vaaditaan et antaa kolme kuukautta puhtaita seuloja ja tavallaan näyttää sitä et pystyy sitoutumaan siihen. - - Mut se että, ja sit niinku muutenki että, et oheiskäyttöä ei saa olla et jos tulee päihtymyksiä, tai et niinku silmin nähden arvioidaan et on päihtyny niin se tietenki torppaa. Mutta siis ne seulat on se semmonen mitä otetaan, yllätysseuloja viikottain. Ja sit jos tulee ykski likanen seula niin sit se kolme kuukautta alkaa alusta.

Työntekijät tiedostavat, että rajan ylityksen ehdollisuudesta johtuen haittoja vähentävästä korvaushoidosta ei usein siirrytä kuntouttavaan korvaushoittoon. Tavallaan palvelujärjestelmä edellyttää asiakkaalta kuntoutumista jo ennen kuntoutumista tukevaan korvaushoidon hoitomuotoon siirtymistä.

Työntekijä: Ja se on siis niinkun, mitä täs on nyt kattellu näitä niin, yks on onnistunu haittoja vähentävästä siirtyyn kuntouttavaan sillä et se on nyt terveyseskusessa. Mut suurin osa siis ei, ei pysty siihen et ne ei pääse sitä niinkun sitä seulanantoprosessia läpi ensinnäkään ja sit niinku se että sit se onnistuminen siel kuntouttavassa et se on aika kovaa, että. Et en tiedä pystyiskö, et vaikka uskaltaiski siihen niin pystyiskö ne oikeesti tavoitteleen sitä kuntouttavaa.

Työntekijä: Et tossa äsken tuli että meillä on noin seittämänkymmentä asiakasta siellä haittoja vähentävässä ohjelmassa niin voi sanoa että keskimäärin yks vuodessa on siirtyny kuntouttavalle puolelle. Ja, ja tosiaan sit nää, nää niin sanotut helmet eli, eli on sitte tässä kuntouttavassaki ihan oikeesti pystyny ja päässy terveysesemalle niin ne on ihan yksittäisiä keissejä.

Tässä yhteydessä korvaushoidon hoitomuodon ehdollisuutena ymmärretään myös palvelun ostajalta saatava maksusitoumus, jolloin korvaushoidon hoitomuotojen rajojen ylityksiä vartioi työntekijöiden taustalla palvelun maksaja. Tällöin hoitomuodoissa siirtymiselle voidaan myös asettaa aikamääreitä.

Työntekijä: Mut, mut sit jos niinku esimerkiksi haittoja vähentäväst kuntouttavaan siirrytään niin kyllä kumpaisenki (ostaja)kunnan, - - kaa, niin, niin käydään kyllä keskustelua että, että onko se perusteltua. Mut et ei siinäkään nyt oo oikeesti semmosta kyllä ollu että en mä muista, ei oo kyl varmaan koskaan sanottu että ei, ei voi siirtyä, et siihen tulee kolmen kuukauden kokeilu ensin. Et miten se kolme kuukautta sit menee niin, niin sen jälkeen sitte katotaan että palaako takaisin haittoja vähentävään vai, vai jatkaako kuntouttavassa.

Haastattelija: Mut sä sanoit siis nyt neljä luokkaa? Onks nyt neljä vai viis?

Työntekijä: Neljä hoitoluokkaa, joo. Yksi, kaksi ja kolme on niinku kuntouttavaa korvaushoitoa ja sit se hoitoluokka neljä on se haittoja vähentävä, haittoja vähentävä hoitoluokka. - -

Työntekijä: Että se hoitoluokka yks on keskimäärin kesto puoli vuotta, hoitoluokka kaksi keskimäärin on viistoista kuukautta ja hoitoluokka kolmosessa ja nelosessa ei oo enää määriteltyä tällasta kestoä. -

Työntekijä: Mä haluan sen verran tarkentaa näihin hoitoluokkien aikamäärityksiin mistä sanoin et näähän on määritelty siinä sopimuksessa, siinä kilpailutuksen sopimuksessa ja ei se sitä sano että kun puoli vuotta on ykkönen niin sitten väkisin, ei toki, me haetaan kaupungilta maksusitoumusta, jatkomaksusitoumusta tietyillä edellytyksillä miksi ei ole vielä valmis siirtymään vaikka hoitoluokkaan kaksi. Koska kakkonen tai nelonen. Koska ykkösestä mennään että siinä on tietysti se että se on aika hurjaa jos puoli vuotta ollaan ykkösessä ja sitten suoraan hoitoluokkaan neljä, haittoja vähentävään. Kun nää on niin yksilöitä täs omalla toipumisella et joillaki menee enemmän aikaa kuin toisilla. Tällasta se on niinkun aikamäärällisesti että ei ole näin että se on niinkun se puoli vuotta ja sitten eteenpäin.

Kategoria C edustaa työntekijöiden käsityksiä, joiden mukaan asiakkaan hoitomuotoa ei ole voitu korvaushoidon aikana vaihtaa. Kategoria jakautuu kahteen sisältäen tilanteet, jolloin korvaushoitoyksikkö ei ole kyennyt vaihtamaan asiakkaan hoitomuotoa (2 C 1) ja tilanteet, joissa asiakas ei uskalla yrittää korvaushoidon hoitomuodon vaihtoa (2 C 2). Seuraavasta lainauksesta ilmenee tilanne, jossa korvaushoitoyksikkö ei ole kyennyt vaihtamaan hoitomuotoa.

Työntekijä: - - mänsä vuosina ja puhun nyt, nyt niinkun tosiaan yli, yli vuoden takaisista tilanteesta niin silloin munkin tän viiden vuoden aikana on ollut tämmösiä kurjia tilanteita että joku haittoja vähentävän hoidon asiakas on niin paljon kuntoutunu että hän on nää meidän kriteerit täyttänyt siitä että hän on päässyt tähän kuntouttavalle puolelle mutta sitten kuitenkin pitkässä juoksussa ei oo pystynyt pysyyn päihdeettömänä tässä. Ja kun hänet oli siirretty sinne kuntouttavien ryhmään niin sen jälkeen meil ei ollu mahdollisuus palauttaa häntä siihen lähtömuotoon vaan me jouduttiin hänet siirtämään kadulle mikä oli ihan älyttömän turhauttavaa ja varmasti veronmaksajan näkökulmasta kallista toimintaa.

Haastattelija: Et on ollu tämmönen tilanne vai tilanteita?

Työntekijä: Tilanteita. Ei, ei puhuta nyt siis kymmenistä hengistä mutta siis tota, mahtuu hyvin sormiin, mun sormiini mutta tota, ja saattaa mahtua todennäköisesti

mun yhden käden sormiin, mutta tota kuitenkin ne on kurjia tilanteita ollu mun mielestä.

Haastattelija: Joo osaan kuvitella että tota, et varmaan tuntuu kurjalta tommosissa.

Työntekijä: Mut se on myös aiheuttanu asiakkaiissa sen että moni ei oo uskaltanu sitä yrittää kun ne tietää, on tienny tän kaavan et sit jos ei se onnistukaan niin hoito voi päättyä ja he voi jäädä ilman hoitoa.

Haastattelija: Okei eli ei oo sen takii välttämättä uskallettu lähtee ees yrittään sitä kuntouttavaa koska siin olemassa se pelko että sit niinku tavallaan putoaa.

Työntekijä: Yrittämään, niin, niin.

Kategoria 2 C 1:n tilanne on potilaslain 6 §:n näkökulmasta ongelmallinen, koska tällöin korvaushoidossa olevan potilaan hoito on päätetty ilman hänen itsensä suostumusta. Lo-hiniva-Kerkelän mukaan (2001, 58–59) mukaan potilaslain 6 §:n velvoite yhteisymmärryksessä toteutettavaan terveyden- ja sairaanhoitoon ilmentää potilaan itsemäärämisoi-keutta, mikä puolestaan sisältää hoidon prosessia koskevat ratkaisut hoidon aloittamisesta sen toteuttamiseen ja päättymiseen.

Hoidosta putoamisen lisäksi asiakkaat eivät itse välttämättä uskalla tai halua lähteä yrit-tämään hoitomuodon vaihtoa erityisesti haittoja vähentävästä kuntouttavaan korvaushoi-toon tai kuntouttavan korvaushoidon sisällä hoitoluokissa eteenpäin. Työntekijät toivat esille että kuntouttavan korvaushoidon tiukkuus monelle asiakkaalle liian vaativaa.

Haittoja vähentävästä korvaushoidosta siirtymistä kuntouttavaan korvaushoitoon pide-tään liian suurena siirtymävaiheena. Esimerkiksi joissakin yksiköissä kuntouttavassa kor-vaushoidossa ei sallita bentsodiatsepiineja tukilääkityksenä, minkä vuoksi asiakkaat eivät itse halua siirtymistä yrittää. Bentsodiatsepiinien käyttö opioidiriippuvuuden korvaushoi-dossa olevilla asiakkailla on yleistä ja voi aiheuttaa eriäviä näkemyksiä asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan välillä (Kaskela ym. 2011, 25).

Työntekijä: No siis, siinä on se bentsolääkitys, et kuntouttavassa ei saa, haittoja vähentävässä saa olla niinku tietty semmonen hoidollisella tasolla oleva bentsolää- kitys, mut kuntouttavassa sitte ei. Et se on niinku yks mikä, niinku (työntekijän nimi) tossa aikasemmin sanoki että aika monelle, monelle haittoja vähentävälle se et ne ei halua luopuu niist bentsoista, ne ei lähe edes yrittämään, yrittään kuntout-tavaan.

Lisäksi asiakkaat eivät uskalla yrittää rajojen ylittämistä ja siten hoidossa etenemistään, koska tästä voi seuravata hoitosuhteen katkeamisia.

Haastattelija: Niin nää - - korvaushoitoklinikan ihmiset totesi jotenkin niin että se terveyskeskus ei oikein vedä tai että ne siirtymäprosessit on aika pitkiä. Mä en nyt ihan tarkkaan saanut selvää että mistä se johtuu.

Työntekijä: Joo ne siirtymäprosessit oli silloin jo pitkiä kun mä olin siellä. Ja siinä oli niinkun nimenomaan niinku tarkotus se että et kun potilailla oli jonkunlainen pelko, tai useampi potilas niinku kerto ihan suoraan sen et he vähän niinkun pelkää sitä et kun he joutuu sieltä niinkun tutusta ja turvallisesta A-klinikka- tuota niin, niin niin, puolelta niinku siirtymään tänne terveyskeskuksen puolelle jossa eivät ollenkaan niinkun tienneet että minkälainen on se niinkun asennoituminen tai ilma- piiri tai se et miten heitä otetaan vastaan. Niin sitä, sitä tota...

Haastattelija: Niin asiakkaillakin voi olla ennakkoluuloja.

Työntekijä: Niin, niin. Todennäköisesti molemminpuolista.

Työntekijä: Aikasemmin se oli niin et meidän piti heti siirtää sit jos joku alko kunnoutuun niin toiselle klinikalle koska sit ne monesti ne potilaat ei halua siirtyä koska sit niil on niinkun tutut hoitajat täällä ja niinku jotenkin he ovat niinkun asettuneet tähän niin ei halua sitä sit sitä klinikan vaihtoo.

Työntekijä: - - nyt ei eikse oo niin että periaattees puoli vuotta jos on ollu tässä...

Työntekijä: Apteekkisopimuksel niin sit kunta ottaa sen niinku.

Työntekijä: Niin sitte pitäis siirtyä kaupungin palveluun ja sitten monihan ei edes halua, sitte ei halua kun on tottunut kuitenkin tähän niin sitte tulee se ongelma että se alkaa pelottaa se semmonen siirto sinne sitte ja. Että haluaako enää, haluaako siirtyä toiseen hoitopaikkaan samalla.

Haastattelija: Nii nii. Voiks se olla este silloin myös apteekkijakeluun siirtymiselle, koska, koska...

Työntekijä: No voi, joku voi sanoa että en halua, en halua.

Työntekijä: En halua vaihtaa klinikkaa niin en halua apteekkisopimusta.

Haastattelija: Niin. Siis onks semmosii käyny vaikka että?

Työntekijä: On. On. Et johtuen just siitä johtuen, tekeen sen päätöksen, en menekkään sinne apteekkiin, muuten voisinkin mutta en menekkään.

Haastattelija: Et se pelottaa se et just että täytyy...

Työntekijä: Joutuu pois tästä kun on tuttu paikka vuosien takaa ja. Mmm. Ettei siten loppuis sekin. Vaikka omahoitajatapaamisii sitte on harvemmin mutta kuitenkin se kontakti tähän paikkaan loppuu, niin se on pelottavaa.

Haastattelija: Niin niin. Ja ihan ymmärrettävää että jos on joku tuki niin sit jos se yhtäkkiä loppuuki ni.

Työntekijä: Nii toki saahan sitte sieltä uudelt klinikalt mut et se on sit et vähän niinku joutuu kaiken aloittaan silleen alusta että kertomaan uudelle ihmiselle ne omat jutut ja missä mennään ja, ja siihen moni ei enää halua kun sitä on vuosien varrella ehkä tehny aika useestiki.

Haastattelija: Nii nii. Ni oisko teil saattanu olla siis semmosii asiakkait jotka ois ehkä muuten voinukki olla valmiita siirtyyn siihen?

Työntekijä: Joo. Kyllä. Kyl niit on.

Kategoria D edustaa työntekijöiden käsityksiä korvaushoidon hoitomuodon automaattisesta rajan ylityksestä. Nämä käsitykset esiintyivät yksiköissä, joissa korvaushoidon kuntouttavan ja haittoja vähentävän hoitomuodot oli edelleen jaettu hoitoisuusluokituksiin. Tällöin hoitoisuusluokituksille oli asetettu aikamääreet siitä, kuinka kauan asiakas pystyi olemaan asiakkaana tietyssä hoitoluokassa. Hoitoisuusluokan keston täytyessä asiakkaan siirtyminen toiseen hoitoisuusluokkaan tulee ajankohtaiseksi.

Haastattelija: Tapahtuuko teille paljon siirtoja eri hoito-, vaikka kuntouttavan korvaushoidon sisällä toisesta toiseen tai sitte haittoja vähentävästä kuntouttavaan?

Työntekijä: No varmaan enemmän tapahtuu sitä että kuntouttavasta haittoja vähentävään siirretään ja, ja tietysti sitte se kuntouttavan sisällä kun on ne luokat yks, kaks ja kolme niin ykkösestä kakkoseenhan siirtyy aika automaattisesti kun on, on se aloitusjakso ikään kuin mennyt niin et se kolme kuukautta viiva puol vuotta niin, niin siinä välissä yleensä siirtyy sitte kakkoseen kyllä. Et harvemmin ykköseen kukaan jää. Et jos ei nyt sit vaadi jotain erityisen suurta huomioo et on jotain niin erityistä että, et tarvii kovinkin vaativaa hoitoa niin sit voi olla perusteltua se et pidetään ykköses ikään kuin sen takia että on, tehään niin paljon sen potilaan kaa töitä siinä, siinä kuntouttavas korvaushoidos niin sit se voi olla ykköses mut kyl ne nyt yleensä siirtyy kakkoseen.

Mahdollisuus korvaushoidon hoitomuodon jatkumiseen asetetun aikarajan päättymiseen jälkeen voi vaihdella jopa saman yksikön sisällä riippuen palvelun ostavasta kunnasta.

Haastattelija: Minkälaiset ne luokat on sit sen kuntouttavan sisällä tai jos haittoja vähentävän sisällä on vielä jotain?

Työntekijä: No haittoja vähentäväs ei oo.

Haastattelija: Okei siel ei oo.

Työntekijä: Se on luokka neljä niin sanotusti mutta kuntouttavassahan on hoitoisuusluokka ykkönen joka on vasta alottavilla.

Työntekijä: Ja se on, se on joku kolme, kuus kuukautta.

Työntekijä: Kolme viiva kuus kuukautta. Sillä, sillä välin voi olla yleensä ykköses.

Työntekijä: Voi tulla, en tiä voiko nykypäivänä tulla pidennystä siihen kuuteen enää.

Työntekijä: Niin. Harvemmin ykköseen tulee sitte pidennystä. Et se on sellast tii-viimpi aloitusjakso niin sanotusti. Ja sitten on hoitoisuusluokka kakkonen jossa suurinpiirtein melkein meidän kaikki potilaat täl hetkel on.

Työntekijä: Joka on virallisesti noin viistoist kuukautta mutta siihen voi, voi saada joskus jatkoa. Vähän anoa. Ehkä. Ainakin aikasemmin on saanu.

Työntekijä: Joo ja siis (N:n kunnasta) kyllä saa jatkoo hoitoisuusluokka kakkoseen että (N:n kuntalaiset) voi olla aika pitkäänki hoitoisuusluokka kakkoses mut (Z:n kuntalaisten) kaa on, on paljon tiukempaa että et heillä sit hyvin äkkiä katotaan et tää on ollu nyt näin pitkään täs näin et siirretäänkö hoitoisuusluokka kolmoseen vai siirrykö haittoja vähentävään. Ja hoitoisuusluokka kolmonen on sit semmonen

jossa ollaan niinku käytännös katsottu niinku apteekkisopimus tai, tai niinkun omalla klinikalla abauttirallaa kerta viikkoon käynti.

Yhteenvetona voidaan todeta, että korvaushoidon hoitomuotojen vaihtaminen, eli rajan ylitykset, ovat korvaushoidon aikana työntekijöiden käsitysten mukaan hyvin erilaisia. Asiakkaiden saaman palvelun näkökulmasta sillä, mahdollistetaanko asiakkaille rajojen ylityksiä, on merkittävä vaikutus siinä, luodaanko asiakkaille mahdollisuuksia kuntoutumiselle. Opioidiriippuvaisten korvaushoidossa hoitoon sitoutumista on pidetty vaikuttavana ja siten on ongelmallista, että asiakkaita on hoitomuotojen joustamattomuuden vuoksi jouduttu siirtämään jopa hoidon ulkopuolelle.

5.3 Käsitukset hoitomuodoista suhteessa asiakkaan auttamiseen

Aineistosta oli löydettävissä 36 määrä työntekijöiden käsityksiä siitä, tukeeko rajautuminen hoitomuotoihin korvaushoidossa olevan asiakkaan auttamista. Nämä käsitykset oli rajattavissa kolmeen kategoriaan, jotka nimitettiin keinotekoisiksi, kuntouttaviksi ja kehittämistä vaativiksi. Kuvauskategoriat on kuvattu taulukossa 3 yleisyyden perusteella.

3 A: Keinotekoiset (16 käsitystä)	”ne luokathan ei tue, tue mun mielest mitenkään sit hoitoo” ”mä oon sitä mieltä et korvaushoidossahan se, se niinkun, se semmonen niinkun jako ihan niinkun jyrkästi kahteen on vähän teennäinen”
3 B: Kuntouttavat (12 käsitystä)	”jotenkin mä aattelen että et se voi helpottaa hoitohenkilökunnan niinku tätä tämmöstä näin niinkun ajattelua hoidosta ja voi olla et se on potilaille ehkä semmonen tavallaan niinkun palkitseva että et okei että mä oon niinkun niin hyvässä kunnossa et mä oon niinkun nyt tällä asteella”
3 C: Kehittämistä vaativat (8 käsitystä)	”eihän me tehdä töitä sillä jollain ohjeella mutta toisaalt se ois niinku apuna vaan siellä” ”- yhtenäistäminen niinku. Edes niinku säätiön sisällä näitten käytäntöjen suhteen”

Taulukko 3. Työntekijöiden käsitykset korvaushoidon hoitomuodoista suhteessa asiakkaiden auttamiseen.

Kategoria A oli yleisin käsitys aineistossa ja edustaa työntekijöiden käsityksiä keinote-koisista ja teennäisistä hoitomuodoista. Työntekijät kokivat hoitomuotojen ehtojen vai-keuttavan sekä heidän työntekoaan johtamalla esimerkiksi turhiin huumesuoloihin ja lää-kärin ja omahoitajan tapaamisiin. Siten korvaushoidon hoitomuodoista muodostuu yh-teistyötä estävä raja työntekijöiden ja asiakkaiden välille.

Työntekijä: No kyl mä ainaki poistaisin kaikki ne luokat sielt. Siis ne on niin kei-notekosii. Et et ne on aivan naurettavat ne luokat. Nehän on mun mielest niinku, rahahan sen on määritelly et niinku laki on se. Et siin on keksitty tämmönen.

Haastattelija: Mites et jos ne luokat poistais niin miten se? Mikä hyöty siitä olis et se?

Työntekijä: No se on, se on mun mielest sellast niinku ihan ylimääräst työtä sem-most alkaa, niinku et et tässä täytyy miettiä että montas tapaamista nyt on ja montas seulaa tältä nyt otetaan kuussa ja et et se on ihan niinku sellast niinku...

Työntekijä: Nii. Ja just et hoitosuunnitelma nyt se myöhästyi, kolme kuukautta jo mennyt hyvän aikaa sitten, ja sit tulee kaikkia lomina ja muita ja nyt vaan ootetaan koskakohan sieltä tulee palaute miksi nää ei tule ajallaan nää hoitosuunnitelmat tai jotain tämmöstä. Joutuu niinku siis tämmöstä. Vähän niinku et se on aika...

Työntekijä: Nii ja perustelevaan niinku semmost vähän niinku turhaa.

Työntekijä: Nii, perustelee sitä, että miks tän, tän pitäis jatkaa tässä hoitoisuusluo-kassa ja semmost niinku, semmost mun mielest aivan jonnin joutavaa jolla ei oo niinku oikeastaan siihen hoitotyöhön niinku mitään merkitystä sinänsä.

Haastattelija: Siis kuinka paljon te koette et se vaikuttaa sit siihen että missä hoitoi-suusluokassa se asiakas on nii ne että mitä päätöksii sieltä tulee?

Työntekijä: No kyl se pitää muistaa että mistä kunnasta että ai niin tää oli (N)lainen.

Työntekijä: Nii kyllä se kyllähän se vaikuttaa semmosiin asioihin niinku seulat ja just ne kotiannokset ja, ja omahoitajatapaamisten tiheys ja semmosiin nää hoitoi-suusluokat et nää, nää on hyvin tarkkaanki määritelty niis sopimuksissa. - - Et et ei me nyt sitte ihan, ihan orjallisesti niitä silleen noudateta mut, mut kyllä me joudu-taan pitää kiinni siitä kiinni että et ne tapaamiset toteutuu mitkä pitää, et (N)han kyllä katsoo sen että miksei omahoitajatapaamisii, tää on hoitoisuusluokka kakkoses, että et miksei näitä oo niinku tässä kuussa ollu niin paljoo.

Työntekijä: Taikka lääkäritapaamisia että jos potilas sanoo että hän ei halua nähdä lääkäriä että jos näkee omahoitajaa ja sitte ei oo mitään asiaa niin sit sieltä saattaa tulla että eikö täs oo yhtään käyntiä? No kun ei oo, ei oo mitään asiaa potilaalla eikä...

Työntekijä: Niin, niin sit me joudutaan vähän niinku väkisin tapaamaan, lääkäri sitä potilasta, että et saadaan niinku se, se merkintä sinne että on, on tavattu.

Työntekijä: Tai, tai joku semmonen.

Työntekijä: Nii et et se hoitoisuusluokka, luokan mukainen hoito myöski toteutuu.

Tässä kategoriassa työntekijöiden käsitysten mukaan hoitoluokkien rajat eivät istuneet yksilölliseen hoidon toteuttamiseen. Asiakkaiden kuntoutumisen jatkumo ei etene hoito-muotojen asettamien aika- tai muiden rajojen mukaisesti.

Haastattelija: Oikeastaan alotetaan siitä että nykyään täs korvaushoidossa näyttää olevan siis kaks tämmöstä peruslinjaa et on tämä kuntouttava korvaushoito ja haittoja vähentävä korvaushoito. Onks tää sun mielestä hyvä jako?

Työntekijä: Mä oon sitä mieltä et korvaushoidossahan se, se niinkun, se semmonen niinkun jako ihan niinkun jyrkästi kahteen on vähän teennäinen. Koska se että, et mun mielestä korvaushoidossa on enemmän semmonen niinkun jatkumo siitä että et miten, miten sen hoidon pitäis olla. On osa potilaista jotka heti alkuunsa on aika valmiita toteuttamaan sitä semmosta niinku hyvin, hyvin tota niin niin tavallaan niinku tiukka raamista elikkä siis oheiskäytöstä vapaata linjaa ja sitte on niinkun siinä välillä ja sitte on ihan tää, tää voi sanoa niinkun haittoja vähentävän se ääripää jossa tavoitteena on että ihminen pysyy hengissä sen korvaushoidon. Elikä se on mun mielestä enemmän jatkumo ku semmosta et siinä ois niinku kaks erillistä, ihan, ihan tommosta noin niinkun laatikkoo.

Joissain tilanteissa hoitomuodot saattoivat estää asiakkaiden auttamisen eivätkä siten istuneet työntekijöiden eettiseen ajatteluun. Työntekijät toivat esiin etenkin haittoja vähentävässä korvaushoidossa olevien asiakkaiden huono-osaisuutta ja haittoja vähentävän korvaushoidon riittämättömyyttä asiakkaiden auttamiseksi. Näissä tilanteissa hoitomuotojen rajat johtavata haittojavähentävässä korvaushoidossa olevien asiakkaiden saaman palvelun kärsimiseen, työntekijöiden venymiseen ja eettiseen kuormitukseen.

Työntekijä: Ja just useinhan tämmöset haittoja vähentävät potilaat niin, heillehän se on usein niinku, heil ei oo sitä kykyä hoitaa niitä asioita ite. Kun ehkä tämmönen kuntouttavassa oleva potilas joka on jo jonkin asteisesti kuntoutunu pystyy iteki hoitaa niit asioita. Niin nää tarttis niinku vielä enemmän nää meiän reppanat sitä kädest saattamista paikasta toiseen.

Haastattelija: Niin siis enemmän tukea ja semmost.

Työntekijä: Apua ihan päivittäisis asioissa joo, kyllä.

Työntekijä: Niin kyllä niist niinku ne niinku nytki sopimusten sisällöt et jos ajatellaan vaikka haittojen vähentävää korvaushoitoa niin eihän siin, sinähän ei oo oikeastaan juuri mitään et se on aika olematon se sisältö mikä siin on niinkun sille, mitä se potilas saa. Et se on melkein pelkkä lääke. Niin, niin sehän kyllä sotii sit semmosta meidän eettistä ajatteluu, et kun me nähdään et tuo tarvis nyt vähän enemmän kuin pelkän lääkkeen, tai että tarvis oikeastaan aika paljonki enemmän niin oikeastaan meidän pitäis mennä vaan sen mukaan että tässä sopimus, tämän mukaan, täs lukee näin, et ei se saa näitä asioit, me ei auteta näis asioissa sitä ihmistä, vaikka me nähään että sillä menee kaikki ihan perseelleen. - -

Työntekijä: Kyllä jokainen tarvitsee sitä, lääkkeen rinnalla.

Työntekijä: Niin, niin tarvitsee.

Haastattelija: Niin sitä henkistä tukea tai...

Työntekijä: Ja paljon ihan käytännön asioissaki.

Työntekijä: Ihan saattamista jonnekki vaikka.

Työntekijä: Monissaki asioissa tarvitaan tukea. Et se on niinku silleen hassu et haittoja vähentävät jotka ei nyt oikeen suoriudu muutenkaan kauheen hyvin semmosist

arjen perustehtävistään niin, niin nehän tarvis vaikka mitä tukea, mut et se on se kaikkein halvin hoito kun, kun oikeestaan sen pitäis olla melkein sit kaikkein kallempaa hoitoa ja niitten pitäis saada niinku paljon enemmän, mut nyt se on niinku niin karsittuu että se on, se on hyvin vähäistä. Ja mikä siin sit tekee jos niinkun asiat lähtee menemään huonosti niin sit ne menee huonosti. Ja me vaan todetaan että näin. Ei tässä nyt voida sitte enempää tehdä.

Tässä kategoriassa työntekijät kokivat, että hoitoluokat palvelevat asiakkaiden auttamisen sijaan kunnan maksuperusteita ja resurssien allokoointia. Työntekijän käsitysten mukaan tämä saattaa johtaa asiakkaiden siirtämiseen etenevissä määrin haittoja vähentävään korvaushoittoon ja hoidon halpuuttamiseen.

Työntekijä: - -sehän on vaan ikävää ja se on semmosta niinkun kustannuslaskentaa et sit lasketaan niitten hoitosuusluokitusten mukaan sitä et paljon siit hoidost maksetaan - -. Kyllähän se on niinku asiakkaan kannalta sehän, sil on aika suuri merkitys sitte että mitä se hoito sit sisältää, missä luokassa hän sattuu olemaan. Et onko sillon tosi vaikea lähteä enää etenemään et jos sä oot niinkun tavallaan haittoja vähentäväs hoidossa ja vaiks sulla ois pyrkimys, niin annetaaks sulle mahdollisuutta osottaa sitä että sä pyrit kuntouttavaan korvaushoittoon, kun se toinen luokka maksaa vähän vähemmän ku toinen.

Haastattelija: Niin niin. Et et, sitä kautta vois vaikuttaa mahdollisesti että.

Työntekijä: Nii jotenki tuntuu et se, et se voi olla et mennään niinku niitten kaa just silleen ojasta allikkoon että. Et tehäänks me sitte suuri ryhmä niitä jotka oikeesti on sit vaan niinku tavallaan siin haittoja vähentävässä ja ei oo sitte niinku mahdollisuutta.

Työntekijä: - -voidaanhan me keksii sinne vaikka minkälaisii luokkii ja tota hintoja ja niin pois päin, mutta eihän se palvele kuin sitä yhtä asiaa, sitä, sitä että saadaan tietyn ajan kuluessa niinkun hinnat menemään alaspäin kun, kun siirretään potilaat luokast halvempaan aina. Mut et mun mielestä se on niinkun ihan keinotekosta ja se ei hoitoon sinänsä välttämättä vaikuta kauheen erityisesti.

Kategoria B edustaa vastakkaista käsitystä korvaushoidon hoitomuodoista ja edustaa 12 määrää käsityksiä aineistosta. Tässä kategoriassa työntekijät käsittivät, että korvaushoidon rajautuminen hoitoluokkiin tuo tehtävään työhön rakennetta ja struktuuria ja siten rajaa tehtävää työtä. Rajat tukevat sekä työntekijöiden työtä, että asettavat asiakkaille rajoja. Siten hoitoluokat muodostavat hoidosta jatkumon ja toimivat kuntouttavana elementtinä.

Haastattelija: No siis, onks nää hoitoluokitukset siis, teiän niinku oman työn kannalta niin, onks niistä ollu apua, onks ne hyödyllisiä vai tuoks ne jotenki enempi jotain hankaluutta teiän työhön asiakkaiden kans?

Työntekijä: Ite oon sitä mieltä että se on, on niinku, kyllähän se selkeyttää sitä ja näille meidän niinku asiakkailleki on, on hyvä, hyvä niinku sitten tietää että miten se tulee kehittymään tää, tää niinkun heidän hoitonsa. Et he, he niinku ymmärtää sen niinku, niinku jatkumona. Ja juuri se koska vaikka on hyvin yksilölliset nää, nää hoidot täällä, et pyritään yksilöllisyyteen mut kuitenkin hoitoluokan sisällä on tietyt säännöt joita, joita sitten kaikki noudattaa ja, ja niinkun lääkkeenjakoäyminnit ja tän tyyppiset asiat. Niin, niin tota et kyllähän se tuo sen, ne rajat siihen asiaan. Et jos ei olisi niin väittäisin että se ois vähän, olis enemmän varsinki asiakkaiden puolelta sitte epätietosuutta ja ehkä semmosta niinkun jopa, jopa sitten vois olla vähän kapina-, kapinahenkeäki siinä asiassa. Nyt ku he tietää mitä siihen kuuluu ku heille kerrotaan se niin sitoutuminen varmasti on vähän parempaa.

Työntekijä: - - jotenkin mä aattelen että et se voi helpottaa hoitohenkilökunnan niinku tätä tämmöstä näin niinkun ajattelua hoidosta ja voi olla et se on potilailleki ehkä semmonen tavallaan niinkun palkitseva että et okei että mä oon niinkun niin hyvässä kunnossa et mä oon niinkun nyt tällä asteella.

Haastattelija: Päässy ikään kun eteenpäin hoidossa.

Työntekijä: Niin, nimenomaan just sitä. - -Ja toisaalta niin se että et tota niin se on niinku se semmonen niinku olemassaolo et semmoset niinku järkevät tavallaan niinku tota niin, niin mittarit siihen että et mihin hoitoluokkaan ihminen niinku niitten mittareitten mukaan sijoittuu. Niin se ehkä myös sitten niinkun parhais tapauksis antaa sekä hoitavalle taholle että potilaalle sen semmosen viestin että hetkinen mitä nyt on tapahtumassa kun sä ootkin menossa huonompaan suuntaan vaikka yleensä on niinku ollu se semmonen nousujohteinen. Että sillä voi olla myös semmonen herättävä vaikutus siinä että täytyskö hoitoa jollain tavalla tiivistää taikka pitäiskö perehtyä potilaan siihen semmoseen niinku psykososiaalisen tilanteeseen tarkemmin et et jollain tavalla niinku niitten semmosten niinku hälytyskellojen soimista. Mun mielestä siinä voi olla niinku semmonenki puoli että. Et tota niin, niin niin, et mikä sitte auttais henkilökuntaa niinkun siinä hoidon tehostuksen suunnitelmissa.

Kategorian C työntekijöiden käsitykset asettuivat näiden ääripäiden väliin. Työntekijöiden käsitysten mukaan korvaushoidon käytäntöjä tulisi yhtenäistää. Työntekijät toivat esille, että hoitomuotojen käytännöt vaihtelevat ja että he kaipaisivat työhönsä ohjeistusta, eli rajakohdetta. Myös asiakkaiden asema olisi tällöin yhdenvertaisempi.

Haastattelija: No mitä mieltä te ootte sitte ylipäänsä korvaushoidon kehittämisestä siis tääl teiän yksikössä tai Suomes yleisesti? Et miten sitä vois kehittää teiän mielestä?

Työntekijä: No kyl mie ainaki aattelen et tää, tää niinkun, ainaki A-klinikkasäätiöllä jos nyt ei ihan Suomes joka puolel et myö saatais yhtenäinen A-klinikkasäätiön niinkun yhteiset, suhteellisen yhteiset toimintamallit. - -

Työntekijä: Samankaltasii et se ois niinkun semmosta tasalaatusta. Kaikki ei voi varmaan olla, olla, pakko on olla yksilöllist mutta.- -

Haastattelija: Niin et se ois yks semmone. Miten se, et jos niitä yhtenäistää niitä, niitä hoitolinjauksii tai niitä ni mikä siinä on se että se, et miks se olis hyvä sitte että sen, ne yhtenäistäis?

Työntekijä: Miten sä voit seurata sun työn laatua. Nii et sais jotenki sellasta, et se taso ois jotenkii sit sem-, tiedettäis oikeesti että mitä tää niinku oikeesti koska kuu-lee aika paljon erilaisii käytäntöi, erilaisii toimintamallei. Joka puolel on omat opioidikorvaushoitosopimukset laadittu ja omat niinkun ja kaikki pähkäilee tavallaan kuitenkin samojen asioiden äärellä. - -

Työntekijä: Ja asiakkailleki oikeudenmukaisempaa et ois niinku joka paikas samat säännöt ettei silleen et kun muuttaa tonne niin...

Työntekijä: Siellä saa tehdä ja tääl ei saa tehdä.

Työntekijä: Niin näishän se tulee kyl esille kun on muuttaja-asiakkait niin siinä tulee tää hoidon vertailu kyl esille. Et siel oli sitä.

Työntekijä: Ai teil on sitä ja tätä.

Työntekijä: Tuol on niin tiukkaa ja tuol on niin löysää ja.

Haastattelija: Niin et asiakkaat saattaa ite verrata sitä ja sit joku oikeudenmukaisuuden, et ois kaikilla samanlaiset.

Työntekijä: Tottakai sellainen yksilöllisyys pitää säilyttää siis sit sellaset.

Työntekijä: Niin ettei liian jäyhää ja tiukkaa.

Työntekijä: Ilman muuta. Mut et semmoset suuret linjat.

Haastattelija: Tota mitä, miten teidän mielest korvaushoitoa vois Suomessa tai teiän täs yksikössä kehittää? - -

Työntekijä: No korvaushoidon pitäis Suomessa saada jo ihan semmoset niinku selkeet Käypä hoito-suositukset mitkä perustuu lääketieteelliseen näyttöön ja tavallaan niinku juurikin näihin lääkevalintoihin ja lääkevaihtoihin ja korvaushoidon sisältöön.

Työntekijä: - - Ja yhtenäistää koko Suomen käytäntöjä koska mitä kauemmaks mennään pohjoseen niin sen villimmäks tää menee.

Työntekijä:- nythän meil ei oo käytännös ku asetus mist me lähetään liikkelle. Ja sit tietyst se muu laki tähän ympärille. Mut että niinkun.

Työntekijä: - - hoitajan on ehkä joskus vähä pyörriksissä pää ku täs on haettu tätä linjaa, must niinku mä oon ite viidettä vuotta tässä töissä niin koko ajan haetaan ja koko ajan se muuttuu. Ja sit jotenki et me ollaan...

Työntekijä: Niin tavallaan et mikään ei oo valmis että meil on, on ylilääkärin näköstä hoitoa ja on uuden ylilääkärin näköstä hoitoa ja et ku niiski niinku eroaa ne linjat niin se, aiheuttaahan se meille niinku hämmennystä niinku tähän perus...

Haastattelija: Epävarm-, joo, joo.

Työntekijä: Ja ja vielä jatkasin tähän, otan asiakkaan asiat myöskin tähän että tota, on on päästy johonkin vapaapäiväjuttuun esimerks tässä elämänlaatua parantavan asiakkaan kohdalla silloin vaikka vuos, puoltoist aikasemmin. Sit pöllähtääkin uudet säännöt, ne kotipäivät on pois. Et se on sille asiakkaalleki ihan semmonen pettymyksen tila et kun hän on tehny töitä et hän on nää saanu vapaapäivi, sitte menee pois. Et tää on niinku sellast isoo muutosta nää käytänteet.- -

Työntekijöiden käsitysten mukaan nykyiset hoitomuodot eivät sellaisenaan toimi ja korvaushoidon sisältöä olisi hyvä kehittää. Työntekijät kokivat silti tärkeäksi mahdollisuuden säilyttää yksilöllisen hoidon toteuttamisen korvaushoidossa.

Työntekijä: - -mä en halua lähteä sille linjalle et meil ois niit hoitosuusluokituksii mut se että mä haluisin et me jossain vaihees pystyttäs työryhmäs alkaa miettiin sitä oikeesti et mikä on niinku, sitä sisältöä niihin. Ni se jäsentäs meän kaikkien työtä ja sit meidän ois niinku helpompi sen asiakkaanki kanssa lähteä siihen että okei et nyt, okei sul on tavote tää, et nyt sä oot kuntoutunu tähän ja oisko meän seuraava askel toi ja et mitä se aina sisältää. Ja niitä tasoja voi olla kyl mun mielest elämänlaatuu parantavaski et se ei tarkota et siin on vaan se yks semmonen sokea linja ja että tätä mennään niinku näin. Et ei oo niinku kiveen nakutettu.

Työntekijä: - - eihän me tehdä töitä sillä jollain ohjeella mutta toisaalt se ois niinku apuna vaan siellä että kyllähän se työ niinku just pitäis lähteä silleen itestään että olla se pelisilmä et okei et niinkun nyt mä lähenkin tällä linjalla tässä kohtaa. Ja eikä sekään että se ohjeistus, on se sitte tällanen yksikkökohtainen tai säätiön, niin edelleenkaan sehän ei ole mikään lailla säädetty manuaali. Että niinku tavallaan et siin pitäiski säilyä se.

Haastattelija: Semmonen tietty joustavuus et voi tilanteen mukaan miettiä.

Työntekijä: Ja sit se että ei tuudittaudukaan siihen et esimerkiks koska ohjeistuksethan on sellaisia että niit pitäis pystyy käyttää asiakkaitten kanssa yhdessä niinku työvälineenä siis, et et okei et nyt meidän pitäis mennä niinku tällä tyylillä ja näin. Niin tota et sit ei siit tuu semmonen et niinku että kun täällä lukee näin niin sit tehdään nyt näin. Et jää niinku semmonen oma.

Haastattelija: Niin niin et kuitenkin semmonen on, on jouston varaa tai, niin.

Yhteenvedona voidaan todeta, että korvaushoidon työntekijöiden käsitykset siitä, tukeeko korvaushoidon rajautuminen hoitomuotoihin, eriyvät. Kategorian A työntekijöiden käsitysten mukaan rajautuminen hoitomuotoihin on keinotekoista ja teennäistä eivätkä hoitomuodot siten tue hoidon toteuttamista. Asiakkaiden kuntoutuminen ei etene hoitomuotojen rajoissa ja hoitomuodot estävät asiakkaiden auttamista sekä luovat ristiriitoja työntekijöiden työhön. Kategorian B yksiköissä työntekijöiden käsitysten mukaan hoitomuodot toimivat asiakkaiden kuntoutumista ja työntekijöiden työtä ohjaavina rajoina, parantavat asiakkaiden sitoutumista ja mahdollistavat hoidon jatkumon. Kategorian C työntekijöiden käsitysten mukaan korvaushoidon hoitomuodot vaativat yhtenäistämistä ja ohjeistamista, eli rajakohdetta.

6 Tutkimuksen tulokset

Fenomenografisessa tutkimuksessa arkikäsitteistä muodostettuja kuvauskategorioita on sinänsä jo pidetty tutkimuksen tuloksina. Fenomenografisen tutkimuksen arvoa kuitenkin nostaa, mikäli tutkija kykenee muodostamaan arkikielen kuvauskategorioista edelleen abstraktimman tason kuvauskategorioita (Ahonen 1995, 146). Tällä tavalla etenemällä tutkija voi saavuttaa tutkimuksen lopullisen kuvauskategorijärjestelmän eli ”tu-losavaruuden” (Huusko & Paloniemi 2006, 167).

Tässä tutkielmassa lopullinen kuvauskategorijärjestelmän luomiseksi siirryttiin seuraavaksi tarkastelemaan arkikielen kuvauskategorioita ja niiden suhteita toisiinsa, mikä on osoitettu taulukossa 4. Koska korvaushoidon toteuttamista Suomessa on tutkittu vain vä- hän, päädyttiin tiedon tuottamiseksi tässä yhteydessä vertailemaan yksiköitä toisiinsa.

1 A: omahoitajakeskuste- luja ja konkreettista teke- mistä (4 yksikköä) ↓	1 B: omahoitajakeskuste- lua ja lääkkeenjakoja (4 yk- sikköä) ↓	1 C: korvaushoidossa kaikki (1 yksikkö) ↓
2 A 1: joustavasti sopi- malla (3 yksikköä)	2 B 1: maksusitoumus (3 yksikköä)	2 A 1: joustavasti sopi- malla
2 B 2: sitoutumisen osoit- taminen (1 yksikkö)	2 B 2: sitoutumisen osoit- taminen (1 yksikkö)	
	2 C 1 asiakasta ei voida siirtää toiseen hoitomu- toon (1 yksikkö)	
↓	2 C 2: asiakas ei halua vaihtaa hoitomuotoa (1 yk- sikkö) ↓	↓
3 B: Kuntouttavat (3 yksik- köä)	3 A: Keinotekoiset (2 yk- sikköä)	3 B: Kuntouttavat
3 C: Kehittämistä vaativat (1 yksikkö)	3 B: Kuntouttavat (1 yk- sikkö)	
	3 C: Kehittämistä vaativat (1 yksikkö)	

Taulukko 4. Arkikielen kuvauskategorioiden keskinäiset suhteet.

Aineiston neljässä korvaushoitoa toteuttavassa yksikössä psykososiaalinen tuki toteutettiin omahoitajakeskusteluina ja konkreettisena tekemisenä (1 A). Näistä neljästä korvaushoitoyksiköstä kolmessa yksikössä korvaushoidon hoitomuodon vaihtaminen käsitettiin joustavaksi ja yhteiseen sopimukseen perustuvaksi (2 A 1) ja yhdessä yksikössä hoitomuodon vaihtamisen oli ehdollista siten, että asiakkaalta edellytettiin sitoutumisen osoittamista suostumalla bentsodiatsepiinien alennusohjelmaan (2 B 2). Kolmessa yksikössä korvaushoidon hoitomuodot käsitettiin kuntouttaviksi ja rajoja työhön tuoviksi (3 B). Yhdessä yksikössä työntekijöiden käsityksen mukaan hoitumuotoja tulisi kehittää (3 C).

Myöskin aineiston neljässä yksikössä, psykososiaalinen tuki järjestettiin kuntouttavassa korvaushoidossa omahoitajakeskusteluina ja haittoja vähentävässä korvaushoidossa lähes pelkästään lääkehoitona (1 B). Näistä yksiköistä kolmessa korvaushoidon hoitomuodoissa siirtyminen oli ehdollista siten, että siihen vaadittiin maksusitoumus korvaushoidon kustantajalta (2 B 1).

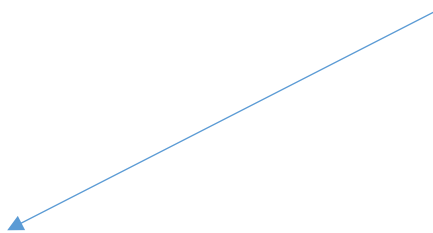
Neljännessä yksikössä korvaushoidon hoitomuodon vaihtaminen oli ehdollista siten, että se vaati huumeeseuloin osoitettua sitoutumisen osoittamista (2 B 2). Tässä kyseisessä yksikössä tuotiin myös esille, ettei korvaushoidon hoitumuotoa ollut voitu vaihtaa, minkä seurauksena asiakkaita oli jouduttu siirtämään hoidon ulkopuolelle (2 C 1). Tämän yksikön työntekijöiden käsityksen mukaan asiakkaat eivät myöskään välttämättä uskalla yrittää siirtymistä haittoja vähentävästä korvaushoidosta kuntouttavaan korvaushoittoon, koska pelkäävät hoidosta putoamista (2 C 2). Tämän yksikön työntekijöiden haastattelussa ei selkeästi tullut esille työntekijöiden käsitystä korvaushoidon hoitumuodoista suhteessa asiakkaiden auttamiseen.

Omahoitajakeskustelua ja lääkehoitoa-kuvauskategoriassa (1 B) kahdessa yksiköistä korvaushoitojen hoitomuodot käsitettiin keinotekoisiksi ja korvaushoidon hoidon toteuttamista tukemattomiksi (3 A). Työntekijöiden käsitysten mukaan hoitomuodot aiheuttavat hoidon näkökulmasta tarpeetonta toimintaa ja vievät aikaa asiakkaan auttamiselta. Lisäksi hoitomuodot estävät yksilöllisen korvaushoidon toteuttamista ja johtavat etenkin haittoja vähentävässä korvaushoidossa olevien asiakkaiden hoidon kärsimiseen. Yhdessä yksikössä korvaushoidon hoitomuodot koettiin rajoja luoviksi ja hoidon suunnittelemista sekä asiakkaiden etenemisen seurantaa tukeviksi (3 B) ja yhdessä yksikössä työntekijöiden käsitysten mukaan hoitumuotoja tuli kehittää (3 C).

Korvaushoidossa kaikki-kuvauskategoria (I C) edusti aineistossa vain yhden yksikön työntekijöiden käsityksiä. Tässä yksikössä psykososiaalinen tuki oli molemmissa hoitomuodoissa suurta ja haittoja vähentävässä korvaushoidossa olevia asiakkaita tuettiin muihin yksiköihin nähden poikkeuksellisesti jopa enemmän kuin kuntouttavassa korvaushoidossa olevia asiakkaita. Tässä yksikössä korvaushoidon hoitomuodoille ei oltu luotu kah-tiajakoa, vaan työskenneltiin jatkuvasti hoitomuotojen rajapinnalla, minkä vuoksi korvaushoidon hoitomuodon vaihtaminen oli ymmärrettävästi joustavaa (2 A 1). Tulkintani mukaan työntekijät käsittivät tällaisen järjestelyn asiakkaan auttamista tukevaksi (3 B).

Kuvauskategorioiden luomisessa edettiin seuraavaksi yhdistämällä yhtä yksikköä edus-tava 1 C kategoriaan 1 A, koska näiden kuvauskategorioiden yksiköissä sekä kuntoutta-vassa että haittoja vähentävässä korvaushoidossa oleville asiakkaille tarjottiin psykososi-aalista tukea, vaikka psykososiaalinen tuki erosikin muodoiltaan. Kuvauskategoriaan 1 B, jossa psykososiaalista tukea tarjottiin pääsääntöisesti vain kuntouttavassa korvaushoi-dossa oleville asiakkaille ja haittoja vähentävä korvaushoito toteutettiin lähes pelkästään lääkehoitona, ero on merkittävä. Kuvauskategorioiden yhdistäminen on kuvattu taulu-kossa 6. Taulukkoon on sisällytetty myös kuvauskategorian 1 C mahdollisuus hoitomuo-don vaihtamiseen (2 A 1) ja työntekijöiden käsitys hoitomuodoista suhteessa asiakkaan auttamiseen (3 B). Kuvauskategorioiden yhdistäminen kuvataan taulukossa 5.

1 A: omahoitajakeskusteluja ja konkreettista tekemistä (4 yksikköä)	1 B: omahoitajakeskustelua ja lääkkeenjakoja (4 yksikköä)	1 C: korvaushoidossa kaikki (1 yksikkö)
2 A 1: joustavasti sopimalla (3 yksikköä)	2 B 1: maksusitoumus (3 yksikköä)	2 A 1: joustavasti sopimalla
2 B 2: sitoutumisen osoittaminen (1 yksikkö)	2 B 2: sitoutumisen osoittaminen (1 yksikkö)	
	2 C 1 asiakasta ei voida siirtää toiseen hoitomuotoon (1 yksikkö)	
	2 C 2: asiakas ei halua vaihtaa hoitomuotoa (1 yksikkö)	
3 B: Kuntouttavat (3 yksikköä)	3 A: Keinotekoiset (2 yksikköä)	3 B: Kuntouttavat
3 C: Kehittämistä vaativat (1 yksikkö)	3 B: Kuntouttavat (1 yksikkö)	
	3 C: Kehittämistä vaativat (1 yksikkö)	



1AC Asiakkaita tuetaan lääkeshoidon ohella molemmissa hoitomuodoissa (5 yksikköä)	1 B Asiakkaita tuetaan lääkeshoidon ohella pääsääntöisesti kuntouttavassa korvaushoidossa ja haittoja vähentävä korvaushoito toteutetaan lähes pelkästään lääkehoidona (4 yksikköä)
2 A 1: joustavasti sopimalla (4 yksikköä)	2 B 1: maksusitoumus (3 yksikköä)
2 B 2: sitoutumisen osoittaminen (1 yksikkö)	2 B 2: sitoutumisen osoittaminen (1 yksikkö)
	2 C 1 asiakasta ei voida siirtää toiseen hoitomuotoon (1 yksikkö)
	2 C 2: asiakas ei halua vaihtaa hoitomuotoa (1 yksikkö)
3 B: Kuntouttavat (4 yksikköä)	3 A: Keinotekoiset (2 yksikköä)
3 C: Kehittämistä vaativat (1 yksikkö)	3 B: Kuntouttavat (1 yksikkö)
	3 C: Kehittämistä vaativat (1 yksikkö)

Taulukko 5. Arkikielen kuvauskategorioiden yhdistäminen.

Ontologisesti aineistossa oli huomattavissa yhteys työntekijöiden käsitysten ja sen välillä, millä tavalla korvaushoito oli kunnassa järjestetty ja kuinka paljon kunnan taholta ohjattiin korvaushoidon toteuttamista. Arkikielen kuvauskategoriassa 1 AC, jossa korvaushoidon hoitomuodoissa asiakkaita tuettiin lääkehoidon ohella, siirtyminen hoitomuotojen välillä oli joustavaa ja pääsääntöisesti työntekijät käsittivät hoitomuodot hoidon toteuttamista tukeviksi, korvaushoitoa ei ollut kilpailutettu ja työntekijöillä oli vapautta korvaushoidon toteuttamisessa tai hoitomuotojen periaatteet oli luotu yhdessä kunnan edustajien kanssa.

Toisin sanoen näissä yksiköissä korvaushoidon työntekijät olivat itse saaneet olla määrittämässä korvaushoidon hoitomuotojen rajoja, jolloin hoitomuodot käsitettiin korvaushoidon toteuttamista ja asiakkaiden yksilöllistä hoidon jatkumoa tukeviksi.

Haastattelija: Okei. No miten onks teil kuinka paljon kunta määrittäny sitä hoitoo, sen periaatteita tai sitte lääkkeen valintaa? Et miten ne kaikki kunnalliset hoitolinjaukset vaikuttaa tääl teiän?

Työntekijä: Me ollaan tää laadittu tää luokittelu niin yhdes kunnan edustajien kanssa. Et siin on ollu kaupungin johtava päihdesosiaalityöntekijä ja sitte kaupungin päihdelääkäri. Joo.

Työntekijä: Mut aika vähän viel on ainakaan tullu semmosii ihan että teette näin tai että ostetaan tälle vain tämä palvelu et kylhän myö viel ainakii saadaan aika mukavast niinku sitte.

Haastattelija: Ite. Vaikuttaa tai päättää. Joo.

Työntekijä: Kyllä, niin.

Haastattelija: Kuinkas tota itsenäisesti ja vapaasti te voitte tän hoidon kulun määrittää vai vaikuttako kuinka paljon sitten hoidon tilaaja, maksaja, siis kunta, kunta jollakin linjauksilla siihen miten te toimitte?

Työntekijä: Minun mielestä me ollaan saatu aika hyvin kehittää tätä.

Haastattelija: No tota minkäs verran sitte hoidon maksaja, tai siis kunta vaikuttaa näihin linjauksiin et?

Työntekijä: Ei mitenkään tähän mennessä - - nehän ei oo määrittäny meille, ei oo lääkettä eikä mitään, et ne on antanu meiän kyl hoitaa aika lailla. Et me on raportoitu heille kerran kuussa asiakasmäärät ja he pystyy kattoon onks ne kuntouttavassa ja vai ylläpitävässä, he näkee lääkkeen ja kaikki nää. Mut et ei he oo, ei. Kunnan kaa ei oo tehty niit semmosii suunnitelmii mitään.

Työntekijä: Ne on luottanu siihen että.

Haastattelija: Niin niin. Te ootte voinu tehdä tän oman näkemyksen ja kokemuksen ja asiantuntijoiden mukaan. Et sillä tavalla näihin yksittäisten asiakkaiden prosesseihin ei ole puututtu.

Työntekijä: Ei.

Sen sijaan kategorian 1 B yksiköissä, joissa haittoja vähentävää korvaushoitoa toteutettiin lähes pelkästään lääkehoitona, haittoja vähentävässä korvaushoidossa olevien asiakkaiden palvelu rajattiin vähäiseksi ja työntekijät toivat esille hoitomuotojen keinotekoisuutta, oli korvaushoito joko kilpailutettu tai kunta oli määrittänyt korvaushoidon toteuttamista linjauksilla.

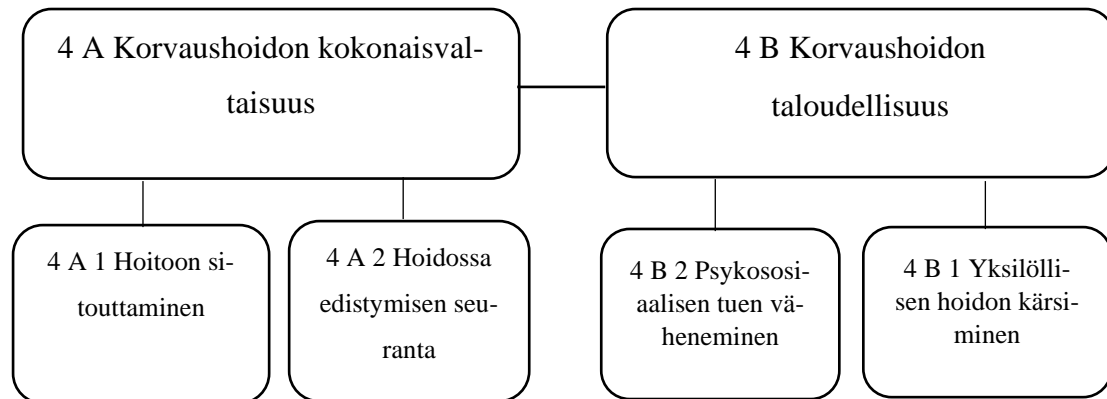
Haastattelija: - -No onks teillä niinku kunta määrittäny sitä et miten sitä hoitoo toteutetaan? Tai miten ne kunnalliset hoitolinjaukset vaikuttaa siihen vaikka lääkkeitten valintaan? Sitten hoidon periaatteisiin tai siihen hoitomuotoon?

Työntekijä: Tosi voimakkaasti (N:n kunnassa) vaikuttaa. Että siellä tulee oikeestaan kaikki, kaikki ohjeistukset. Elikä se on hyvin, hyvin suppee se mitä me voidaan tehdä koska se palvelukuvaus tai ne vaatimukset on, on aika pienet koska se tietysti rahakin mitä maksetaan on, on hyvin pieni. Elikä me oikeestaan vastataan vaan siitä, siitä korvaushoitolääkityksestä ja, ja sitten ne, sitten on tämmösiä tarvittavia palveluita siinä. Mut että se on hyvin, hyvin suppee ja, ja tota myös näihin lääkelinjauksiin ja tämmösiin kaupungilla on, on tota selkeet ohjeistukset.

Haastattelija: No miten te kuvaisitte noin lyhyesti tavoitteet näissä kahdessa eri nimisessä hoidossa että eroaako ne kuinka paljon? Vai onko ne käytännössä sitten jotenkin vähän niin kuin veteen piirretty viiva?

Työntekijä: - -Nää hoitoluokathan on määritelty siinä nykyisessä korvaushoidon sopimuksessa että näähän on niinkun (N:n) kilpailuttava, kilpailuttava korvaushoito silloin. Ja ja, nää määriteltiin. Et nää hoitoluokat on heidän tekemää ja nää sisällöt että me toteutetaan tokikin sitten palveluntuottajana, tuottajana näissä raameissa mitä se tarjonta niinkun on.- -

Tämän ontologisen yhteyden seurauksena tutkielman abstrakteiksi kuvauskategorioiksi muodostettiin kaksi kuvauskategoriaa, jotka nimettiin korvaushoidon kokonaisvaltaisuus (4 A) ja korvaushoidon taloudellisuus (4 B) nimityksillä ja jotka on esitetty kuviossa 1. Kuvauskategoriat on kuvattu horisontaalisesti kuvaamaan kahtiajakoa käsityksissä.



Kuvio 1. Hoitomuotojen abstraktit kuvauskategoriat.

Tämän tutkielman tutkimustehtävänä oli vastata siihen, minkälaisia käsityksiä korvaushoidon työntekijöillä on korvaushoidon rajautumisesta kuntouttavan ja haittoja vähentävän korvaushoidon hoitumuotoihin. Tutkielman tuloksena on, että työntekijöiden käsitysten mukaan korvaushoidon hoitumuodot voivat joko tukea asiakkaiden kokonaisvaltaista auttamista (4 A) tai tukea korvaushoidon järjestämiseen liittyviä taloudellisia ratkaisuja (4 B).

Kun korvaushoidon hoitumuodot tukevat asiakkaan kokonaisvaltaista auttamista (4 A), ne luovat rajoja, joiden avulla asiakkaalle asetetaan tavoitteita ja joiden avulla häntä voidaan vastuuttaa sekä sitouttaa hoitoon (4 A 1). Hoitomuodot toimivat tällöin työvälineenä sekä työntekijöille että asiakkaille hoidossa edistymisen seuraamiseksi (4 A 2). Tällä tavalla hoitumuodot mukailevat hoidon jatkumoa mahdollistaen kuitenkin yksilöllisen korvaushoidon toteuttamisen.

Kun korvaushoidon hoitumuodot tukevat työntekijöiden käsitysten mukaan korvaushoidon järjestämisen taloudellisia ratkaisuja (4 B), merkitsee se etenkin haittoja vähentävässä korvaushoidossa olevien asiakkaiden psykososiaalisen tuen heikentymistä (4 B 2) ja hoitumuotojen ollessa joustamattomia, yksilöllisen korvaushoidon toteuttamisen mahdollisuuksien vähenemistä (4 B 1). Siten tutkielman 4 B kuvauskategoria mukailee Partasen ym. (2014, 485) havaintoa siitä, että opioidiriippuvuuden korvaushoidon rajautuminen kahteen hoitumuotoon vaikuttaisi hyödyttävän kilpailuttamista suurissa kunnissa, jolloin haittoja vähentävä korvaushoito voidaan hinnoitella kuntouttavaa korvaushoitoa edullisemmäksi hoitomuodoksi.

Lisäksi tässä tutkielmassa molempia lopullisia kuvauskategorioita edustavissa yksiköissä työntekijöiden käsitysten mukaan opioidiriippuvuuden korvaushoidon käytännöt vaativat

yhtenäistämistä ja ohjeistamista. Tämä estäisi korvaushoidon hoitomuotojen eriäviä käytäntöjä ja siten edesauttaisi asiakkaiden yhdenvertaisuutta.

7 Pohdinta

Fenomenografisen tutkimuksen tarkoituksena on tuoda esiin erilaisia käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä. Fenomenografisessa tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuus on yhteydessä analyysin perusteelliseen kuvaukseen, jolloin tutkimuksen lukijalla on mahdollisuus arvioida tutkimuksen toteuttamista. Opioidiriippuvuuden lääkkeellisen korvaushoidon hoitomuodoista on Suomessa vähän tutkimustietoa ja tämän tutkielman tarkoituksena oli siksi tuottaa tietoa työntekijöiden käsityksistä korvaushoidon hoitomuodoista Suomessa.

Tutkielman aineisto oli pro gradu-tutkielmaa varten laaja ja mahdollisti hyvin käsitysten variaation esille tuloa. Tutkimukseen osallistuneilla työntekijöillä oli monella pitkä työkokemus korvaushoidossa työskentelemisestä, ja fenomenografisen tutkimuksen näkökulmasta heillä voidaan ajatella olevan ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä.

Aineiston ontologisen, korvaushoidon maksuperisteisiin liittyvän käsityksiä selittävän tekijän vuoksi, tutkielmassa päädyttiin fenomenologisesti painottuneeseen fenomenografiaan ja yksikkökohtaiseen vertailuun. Tässä yhteydessä tutkielmassa otettiin askel perinteisen, erilaisiin käsityksiin keskittyvän, fenomenografisen ulkopuolelle.

Tällainen fenomenografisen tutkimussuuntauksen modifiointi ja painottelu fenomenologisesti suuntautuneen fenomenografisen analyysin kanssa loi haasteen analyysin toteuttamiselle. Ontologisesti aineistossa oli havaittavissa yhteys siihen, millä tavalla kunta oli määrittänyt korvaushoidon hoitumuotojen rajoja, mutta valittu tutkimussuuntaus, jonka reunaehtoja tulkitsin tutkijana laveasti, johti myös tulkinnanvaraiseen analyysiin.

Sitoutuminen tutkimussuuntauksen periaatteisiin olisi johtanut luotettavampaan tutkimustulokseen ja perusteellisempaan analyysin avoimeen kuvaukseen. Analyysin toteuttamisen haastavuudesta ja toteuttamisen kuvauksen vaikeudesta johtuen on perusteltua pohtia, oliko tutkimussuuntauksen lavean tulkintani lisäksi valitsemani tutkimussuuntaus kyseessä olevan aiheen näkökulmasta johdonmukaisin valinta.

Tutkimussuuntauksen ja analyysin lisäksi koin haasteita tutkimustehtävän asettamisessa. Yksiköiden työntekijöiden käsitykset psykososiaalisesta tuesta hoitomuodoissa ja mahdollisuudesta vaihtaa hoitumuotoa korvaushoidon aikana, olivat aineistossa yhtenäisiä eikä yksikkökohtainen vertailu, johon päädyttiin, ollut näiden käsitysten näkökulmasta haastava. Sen sijaan tutkielman kolmannessa alakysymyksessä saman yksikön sisällä, tai sama henkilö, saattoi esittää eri yhteyksissä käsityksiä, jotka olivat keskenään erinäisiä.

Haastateltavien käsitysten vaihtelevuus jopa saman haastattelun aikana on fenomenografiselle tutkimukselle tyypillistä, mutta oli ristiriidassa yksikkökohtaisen vertailun vallan kanssa. Esimerkiksi seuraavat käsitykset, joista ensimmäisen olen sisällyttänyt keino-tekijä-kategoriaan (3 A 2) ja toisen käsityksen kuntouttavat-kategoriaan (3 A 1) on esitetty saman yksikön haastattelussa, ja nauhan perusteella myös sama henkilö:

Työntekijä: No kyl mä ainaki poistaisin kaikki ne luokat sielt. Siis ne on niin keino-tekosii. Et et ne on aivan naurettavat ne luokat. Nehän on mun mielest niinku, rahahan sen on määritelly et niinku laki on se. Et siin on keksitty tämmönen.

Työntekijä: - - kyllähän niinkun mun mielestä toisaaltaan myöskin se että, ettei äärettömän pitkään olla jossain, jossain, vaan tulee niinku, et on ne rajat kuitenkin olemas että et potilaatki tietää että, et et täs ei voi vaan venyä ja vanua ja silleen niinku ajatella että et mä nyt oon ajatellu että mä tän eka puol vuotta tässä nyt vähän hengaan ja käyttelen samalla ja silleen vähän niinku oon nyt tässä. Vähän niinku korvaushoidossa. Niin, niin ne tietää sen, että siit tulee hyvin äkkii siirto sinne haittoja vähentävään jos, jos niinkun näin on. Että et meinaa vaan hengailta ja käytellä niin kuntouttava korvaushoito ei sitte jatkukaan. Et et toisaalta siin on omat hyvät puolensa - -.

Ratkaisin ongelman ilmoittamalla arkikäsitteiden kuvauskategorioissa jokaisen käsityksen määrän. Koska tällaiset ristiriitaiset käsitykset yksikön sisällä olivat vähemmistössä, päädyin yksikkökohtaisessa vertailussa rajaamaan abstrakteista kuvauskategorioista erivät käsitykset ulkopuolelle. Tämä ei noudattanut fenomenografisen tutkimuksen linjaa ja tutkijana muodostaa riskin ylitulkinnalle.

Myös tutkimustehtävän rajaamisessa oli haasteita. Analyysin yhteydessä oli esimerkiksi tehtävä valintoja siitä, sisällytetäänkö jotkin käsitykset tutkimustehtävän näkökulmasta merkitykselliseksi. Esimerkiksi seuraava käsitys olisi periaatteessa voitu sisällyttää kategoriaan 2 ”hoitomuotoa ei voi vaihtaa” tai ”automaattista”, mutta näin ei tehty:

Työntekijä: Ja sit se on vähä jokaisest kilpailutuksesta tulee, saattaa tulla niinku uusi käytäntöi et silleen että, et ne saattaa muuttuuki ihan toisinpäin kuin miten, miten on aikasemmin ollu ja, et et se on vähän sellast.

Haastattelija: Ai ne hoitokäytännöt vai?

Työntekijä: Niin et ne hoitosuusluokkien sisältö saattaa muuttuu ja just ne, semmose et miten siirrytään, et et. Se on vähän semmost poukkoilevaa välillä. Et onhan meil nyttenki se että, et jos lähtee vankilaan kuntouttavast korvaushoidost niin, niin tota jos siellä on yli kolme kuukautta niin ei välttämättä enään voi palaa niinku sinne klinikalle mist on lähteny vankilaan vaan, vaan sitte niinku palaakin N:n jollekin

linikalle. Et et siin on, siin on tämmösii kaikkii saattaa tulla uusii jotka on sit potilaille semmosia et ne on ihan että mitä, et et eikö voi enää palata takaisin tänne ja niin pois päin.

Käsityksen rajaamista tutkimustehtävän ulkopuolelle perustelin sillä, että työntekijä ei ymmärtääkseni esittänyt käsitystään siitä, ettei asiakas *voi vaihtaa hoitomuotoa*, vaan hän esitti käsityksen siitä, että asiakkaan hoitosuhde katkeaa sen vuoksi, että häntä velvoitetaan *vaihtamaan klinikkaa*. Mielestäni tässä yhteydessä työntekijä ei ilmaise käsitystään korvaushoidon hoitomuodoista, vaan korvaushoidon kilpailuttamisesta. Käsitys on opioidiriippuvuuden korvaushoidon, jossa hoitoon sitouttamista pidetään vaikuttavana tuloksena, näkökulmasta merkittävä, mutta tutkimustehtävän näkökulmasta tätä käsitystä ei voitu sisällyttää kategorioihin. Kyseessä oleva rajanveto oli haasteellinen läpi analyysin.

Lisäksi esimerkiksi seuraava käsitys rajattiin aineiston ulkopuolelle, koska tulkitsin sen koskevan korvaushoidon hoitomuotoihin määrittämistä, eli hoitomuodon alkuperäistä valintaa, enkä mahdollisuutta hoitomuodon vaihtamiseen *korvaushoidon aikana*:

Työntekijä: Meil ei kukaan mee suoraan kuntouttavaan korvaushoitoon vaan tota ku osastolta tullaan ni se alotetaan haittoja vähentävällä korvaushoiolla ja, ja tota puol vuotta ollaan siinä ja jos se menee hyvin niin sitten on puolen vuoden jälkeen mahollisuus siirtyä kuntouttavaan korvaushoitoon. Eikö näin oo.

Haastattelija: Ai kuus kuukautta, ei kolme kuukautta?

Työntekijä: Noin kuus kuukautta.

Työntekijä: Kolme kuukautta on se hoitosopimus aluks voimassa. Se määräaikaan hoitosopimus jonka aikana arvioidaan sitä että onko tää korvaushoitolääke pelkäättään katukäytön jatke ja jos näin on niin mitä, miksi jatkaa huonosti menevää hoitoa.

Haastattelija: Joo. Ja sitten noin puolen vuoden päästä on niinku ikään kuin kaks vaihtoehtoa?

Työntekijä: Niin elikkä haittoja vähentävä jatkuu tai sitten kuntouttava korvaushoito alkaa.

Koen, että tutkielman toteuttamisen menetelmällisiä ratkaisuja on perusteltua arvioida kriittisesti. Tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä opioidiriippuvuuden korvaushoidossa olevien asiakkaiden asemaa ja oikeuksia on perusteltua tutkia, mutta kyseessä olevassa tutkielmassa lainsäädännöllisiä yhteyksiä ei onnistuttu johdonmukaisella tavalla kytkemään analyysiin sen haasteiden toteuttamisen vuoksi. Myös rajojen, rajapintojen ja rajakohteen teoreettinen yhdistäminen aineistoon jäi tässä yhteydessä pinnalliseksi. Nä-

kisin, että tutkielman anti on siinä, että opioidiriippuvuuden korvaushoitoon liittyvät lain-
säännölliset ja asiakkaiden (psyko)sosiaaliseen tukemiseen liittyviä kysymyksiä voitiin
tuoda esille.

8 Johtopäätökset

Tämän tutkielman tavoitteena oli tuottaa tietoa opioidiriippuvuuden lääkkeellistä korvaushoitoa toteuttavien työntekijöiden käsityksistä korvaushoidon rajautumisesta kuntouttavan ja haittoja vähentävän korvaushoidon hoitomuotoihin. Tutkielmassa sitouduttiin opioidiriippuvuuden korvaushoitoa säätelevään lainsäädäntöön ja sosiaali- ja terveysministeriön asetukseen opioidiriippuvuuden korvaushoidon toteuttamisesta sekä rajojen, rajapintojen ja rajakohteiden teoreettisiin käsityksiin.

Tutkielman toteuttamista ohjasi fenomenologisesti suuntautunut fenomenografinen tutkimussuuntaus. Fenomenografisen analyysin perusteella muodostettiin kaksi abstraktia kuvauskategoriaa työntekijöiden käsityksistä korvaushoidon rajautumisesta kuntouttavan ja haittoja vähentävän korvaushoidon hoitomuotoihin.

Tutkimuksessa ilmeni, että opioidiriippuvuuden lääkkellisen korvaushoidon työntekijät käsittävät kuntouttavan ja haittoja vähentävän korvaushoidon hoitomuotojen rajat korvaushoidon toteuttamista ja asiakkaan auttamista tukeviksi, mikäli työntekijät saavat toteuttaa yksilöllistä korvaushoitoa ja määrittää itse hoitomuotojen rajoja.

Mikäli korvaushoidon kilpailutuksesta johtuen työntekijät joutuvat sopeutumaan joustamattomien hoitomuotojen toteuttamiseen, käsitetään hoitomuodot keinotekoisiksi sekä käytännön työtä ja asiakkaiden auttamista vaikeuttaviksi, mikä aiheuttaa korvaushoidon työntekijöille eettisiä ristiriitoja.

Joustamattomista hoitomuodoista kärsii etenkin haittoja vähentävässä korvaushoidossa oleva asiakas, jonka korvaushoito voi rajautua lähes pelkästään lääkehoitona toteutettavaksi. Sosiaalityön näkökulmasta on huolestuttavaa, mikäli yhteiskunnan marginalisoituneimpia yksilöitä ei tueta haastavissa elämäntilanteissaan tai mahdollisteta heille edellytyksiä kuntoutumiseen.

Myös opioidiriippuvuuden korvaushoitoa säätelevän asetuksen näkökulmasta, joka velvoittaa psykososiaalisen hoidon ja kuntoutuksen yhdistämiseen lääkehoitoon, on kyseenalaista ettei haittoja vähentävässä korvaushoidossa oleville asiakkaille tätä tarjota. Joustamattomien hoitomuotojen ei myöskään voida tulkita toteuttavan potilaslain mukaista yksilöllistä hoitoa.

Aineiston perusteella opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä korvaushoidossa olevien asiakkaiden saama palvelu näyttäisi vaihtelevan suuresti yksikkö- ja kuntakohtaisesti ja olevan

yhteydessä siihen, minkälaisia taloudellisia ratkaisuja kunnassa on korvaushoidon järjestämisen yhteydessä tehty. Kyseessä olevassa aineistossa noin puolet korvaushoitoa toteuttavista yksiköistä saivat toteuttaa korvaushoidon työntekijöiden ammattitaidon mukaisesti yksilöllistä korvaushoitoa, jossa asiakkaita tuettiin lääkehoidon ohella psykososiaalisesti.

Kuitenkin aineistossa oli nähtävissä, että monessa yksikössä haastattelujen keräämisen aikana korvaushoitoyksiköitä oli lakkautettu, työntekijöiden työsuhteita päätetty tai korvaushoito oli kilpailutettu, ja työntekijät elivät siten epävarmuudessa. Aineisto antaisi viitteitä siitä, että opioidiriippuvuuden lääkkeellisen korvaushoidon kilpailuttaminen ja palvelun ostajan puuttuminen korvaushoidon muotojen toteuttamiseen vaikuttaisi olevan tulevaisutta.

Tässä tutkielmassa sekä niissä yksiköissä, joissa korvaushoito oli kilpailutettu, että niissä missä korvaushoidon toteuttaminen oli vapaampaa, työntekijät kokivat, että korvaushoidon nykyiset ohjeistukset ovat laveat ja korvaushoidon toteuttamiseen tarvittaisiin valtakunnallisia ohjeistuksia. Mikäli korvaushoidon toteuttamista ohjeistettaisiin perusteellisimmin, vähentäisi se kunta- ja yksikkökohtaisia korvaushoidon toteuttamisen eroja ja siten vähentäisi korvaushoidossa olevien asiakkaiden eriarvoisuutta palvelujen saannissa.

Tutkielma antaa viitteitä siitä, että opioidiriippuvuuden korvaushoidossa säästötoimenpiteet kohdistuvat päihdehuollon (psyko)sosiaaliseen puoleen silloin, kun asiakkaita tuetaan pääsääntöisesti vain lääkkeen avulla. Tällainen korvaushoidon toteuttaminen on ongelmallista asiakkaan sosiaalisen elämäntilanteen huomioimattomuuden lisäksi myös psyykkisestä näkökulmasta. Opioidiriippuvuuden korvaushoidossa olevien asiakkaiden psyykinen sairastavuus tai ongelmat arjessa, perhesuhteissa, työttömyydessä, taloudessa tai asumisessa eivät ratkea hoitomuotojen estäessä asiakkaiden auttamista tai siirrettäessä korvaushoidossa olevia asiakkaita etenevissä määrin haittoja vähentävään korvaushoitoon.

Opioidiriippuvuuden korvaushoidon työntekijät toivat aineistossa esille ”ovien sulkeutumisista” etenkin haittoja vähentävässä korvaushoidossa oleville asiakkaille, joille esimerkiksi kuntouttavaa työtoimintaa ei kaikissa kunnissa ole tehty mahdolliseksi. On ongelmallista, mikäli korvaushoidon ulkoisten palvelujen lisäksi korvaushoito sisäisesti sulkee korvaushoidon asiakkailta mahdollisuuksia kuntoutumiseen tai edellytyksiä päihitteettömyyden tavoitteluun.

Tutkielman perusteella opioidiriippuvuuden lääkkellisen korvaushoidon toteuttamista tulisi edelleen pohtia asiakkaiden juridisen aseman ja oikeuksien näkökulmasta. Tarpeen on myös selvittää, minkälaisia korvaushoidon toteuttamisen käytäntöjä kansallisesti esiintyy, koska nämä ovat yhteydessä asiakkaiden saamaan palveluun ja yhdenvertaisuuteen korvaushoidossa.

Lähteet

1. Kirjallisuus

- Ahonen, Sirkka 1995: Fenomenografinen tutkimus. Teoksessa Syrjälä, Leena & Ahonen, Sirkka & Syrjäläinen, Eija & Saari, Seppo (toim.): Laadullisen tutkimuksen työpajoja. Helsinki, 121–160.
- Alho, Hannu & Vuori, Erkki & Holopainen, Antti 2007: Laittomasta opiaattikorvaushoidosta on päästävää laillisen hoidon piiriin. *Duodecim* 123, 757–759.
- Autti-Rämö, Ilona & Salminen, Anna-Liisa 2016: Kuntoutumisen hyvät käytännöt. Teoksessa Autti-Rämö, Ilona & Salminen, Anna-Liisa & Rajavaara, Marketta & Ylinen, Aarne (toim.): Kuntoutuminen. *Duodecim*. Helsinki, 14–17.
- Baas, Ari & Seppänen-Leiman, Tuula 2002: Kadulta korvaushoitoon. Buprenorfiinihoidon kehittämisprojektin (1.1.1998–30.6.2000) loppuraportti. A-klinikkasäätien raporttisarja nro 38. Helsinki.
- Barnett, Paul G. & Rodgers, John H. & Bloch, Daniel A. 2001: A Meta-analysis comparing buprenorphine to methadone for treatment of opiate dependence. *Addiction* 96, 683–690.
https://www.herc.research.va.gov/files/JOUR_11331027.pdf. Viitattu 8.1.2017.
- Baser, Onur & Chalk, Mady & Fiellin, David A. & Gastfriend, David R.: Cost and Utilization Outcomes of Opioid-Dependence Treatments. *The American Journal of Managed Care* 17 (8), 235–248.
https://ajmc.s3.amazonaws.com/_media/_pdf/956b0f7579a66388ed802dc5568c8725.pdf. Viitattu 19.12.2016.
- Carrieri, Maria Patrizia & Amass, Leslie & Lucas, Gregory M. & Vlahov, David & Wodak, Alex & Woody, George E. 2006: Buprenorphine Use: The International Experience. *Clinical Infectious Diseases* 43 (4), 197–215.
<https://academic.oup.com/cid/article-lookup/doi/10.1086/508184>. Viitattu 8.1.2017.
- Fabritius, Carola & Seppänen-Leiman, Tuula & Ahokas, Hanna 2004: Opiaattiriippuvuuden korvaushoidon käsikirja.
- Fong, Allan & Valerdi, Ricardo & Srinivasan, Jayakanth 2007: Boundary Objects as Framework to Understand the Role of System Integrators. *System Research Forum* 2, 11–18.
- Forsell, Martta & Nurmi, Tuula 2014: Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116674/Tr21_14.pdf?sequence=1. Viitattu 13.5.2017.
- Fox, Nick 2011: Boundary Objects, Social Meanings and the Success of the New Technologies. *Sociology* 45 (1), 70–85.
- Granfelt, Riitta 1993: Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä. Teoksessa Pohjola, Anneli & Matthies, Aila-Leena & Jokiranta, Harri & Karvinen, Synnöve & Granfelt, Riitta (toim.): Monisärmäinen sosiaalityö. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Helsinki, 175–227.
- Gröhn, Terttu 1992: Fenomenograafinen tutkimusote. Teoksessa Gröhn, Terttu & Jussila, Juhani (toim.): Laadullisia lähestymistapoja koulutuksen tutkimukseen. Yliopistopaino. Helsinki, 1–32.
- Hakkarainen, Pekka & Metso, Leena 2003: Huumeiden käytön uusi sukupolvi. *Yhteiskuntapolitiikka* 68 (3), 244–256.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101211/033hakkarainen.pdf?sequence=1>. Viitattu 10.4.2017.
- Hakkarainen, Pekka & Tigerstedt, Christoffer 2005: Korvaushoidon läpimurto Suomessa.

- Yhteiskuntapolitiikka 70 (2), 143–154.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101081/052hakkarainen.pdf?sequence=1>. Viitattu 5.12.2016.
- Hakkarainen, Pekka & Törrönen, Jukka 2002: Huumeet ja hyvinvointivaltiollisen kehyksen muutos lehtien pääkirjoituksissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 67 (6), 539–551.
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100732/026hakkarainen.pdf?sequence=1>. Viitattu 1.4.2017.
- Harju-Koskelin, Outi 2007: Kuntoutuuko korvaushoidossa?: Ohjat-projektin seuranta tutkimus. Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja. Järvenpää.
- Hurme, Toivo 2002a: Harmin paikka? Haittojen vähentämisen käsitteellinen ongelmallisuus huumeapolitiikassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 67 (5), 415–422.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101629/025hurme.pdf?sequence=1>. Viitattu 27.1.2017.
- Hurme, Toivo 2002b: Rikollinen, potilas vai anonymi asiakas? Huumausaineiden ongelmakäyttäjän ristiriitainen identifiointi. *Sogiologia* (4), 296–308.
- Huumeongelman hoito. Käypä hoito-suositus (2012).
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50041#s7>. Viitattu 15.5.2017.
- Huusko, Mira & Paloniemi, Susanna 2006: Fenomenografia laadullisena tutkimussuuntauksena kasvatustieteissä. *Kasvatus* 37 (2), 162–173.
- Häkkinen, Kirsti 1996: Fenomenografisen tutkimuksen juuria etsimässä. Teoreettinen katsaus fenomenografisen tutkimuksen lähtökohtiin. Jyväskylän yliopistopaino. Jyväskylä.
- Järvinen, Annikki & Karttunen, Päivi 2006: Fenomenografia – käsitysten kirjon kuvaaja. Teoksessa Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki, 164–173.
- Järvinen, Pertti & Järvinen, Annikki: Tutkimustyön metodeista. Opinpajan kirja. Tampere.
- Kaskela, Teemu 2011: Haaveena normaali elämä. Tutkielma opioidikorvaushoitopotilaiden hoitoa koskevista mielipiteistä, hoidon tavoitteista ja psykososiaalisesta tilanteesta. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Joensuu.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110359/urn_nbn_fi_uef-20110359.pdf. Viitattu 7.4.2017.
- Kaskela, Teemu & Pitkänen, Tuuli & Tourunen, Jouni 2011: Tie on pitkä ja kivinen: korvaushoitopotilaiden ajatuksia hoidosta ja elämästä. *Tiimi* 5, 24–25.
- Kauppinen, Ilkka 2000: Hoitoon ottaminen ja poistaminen hoidosta. Teoksessa Koskenvuo, Kimmo (toim.): Lääkärityö ja laki. Kustannus Oy Duodecim. Rauma, 73–77.
- Koski-Jännes, Anja 2000: Miten riippuvuus voitetaan. Helsinki. Otava.
- Kuula, Arja 2011: Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Tampere.
- Lahti, Jari & Pienimäki, Anneli 2004: Päihdekuntoutus rakentuu sosiaaliselle perustalle. Teoksessa Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.): Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi, 137–152.
- Launis, Kirsti 1997: Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa Kirjonen, Juhani & Remes, Pirkko & Eteläpelto, Anneli (toim.): Muuttuva asiantuntijuus. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylä, 122–133.
- Levola, Jonna & Holopainen, Antti & Pitkänen, Tuuli 2012a: Korvaushoitopotilaiden psykiatrisen sairastavuus ja koettu psyykinen terveys. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49, 350–356.
- Levola, Jonna & Pitkänen, Tuuli & Tourunen, Jouni & Holmberg, Nils & Holopainen,

- Antti 2012b: Opioidiriippuvaisen persoonallisuushäiriö – katsaus diagnostiikan ja hoidon haasteisiin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49, 342–349.
- Lohiniva-Kerkelä, Mirva 2001: *Terveydenhuollon juridiikka*. Talentum Media Oy, Jyväskylä.
- Malin, Katja & Holopainen, Antti & Tourunen, Jouni 2006: ”Mä käytän subua, että mä pysyn terveenä ja pystyn toimimaan”. Käyttäjän kokemuksia ja näkemyksiä buprenorfiinin käytöstä. *Yhteiskuntapolitiikka* 71 (3), 297–306.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101472/063malin.pdf?sequence=1>. Viitattu 7.4.2017.
- Mattila-Aalto, Minna 2009: Kuntoutusosallisuuden diagnoosi. Tutkimus entisten rappio-käyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista. *Kuntoutussäätiön tutkimuksia* 81. Helsinki.
https://kuntoutussaatio.fi/files/159/Kuntoutusosallisuuden_diagnoosi.pdf. Viitattu 15.5.2017.
- Mikkonen, Antti 2012: Opioidiriippuvuuden hoito. Teoksessa Seppä, Kaija & Aalto, Mauri & Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo (toim.): *Huume- ja lääkeriippuvuudet*. Duodecim. Helsinki, 85–95.
- Miller, William 2008: Motivaation ja muutoksen käsitteellistäminen. Teoksessa Koski-Jännes, Anja & Riittinen, Liisa & Saarnio, Pekka (toim.): *Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Moisio, Eeva-Liisa 2006: Sairaanhoidajaksi aikuiskoulutuksessa. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinon suorittaneiden kokemukset sairaanhoidajakoulutuksesta ammattikorkeakoulussa ja yleisten ammattitaitovalmiuksien kehittymisestä. *Turun yliopiston julkaisuja*. Turku.
- Najavits, Lisa M. & Roger, Weiss D. 1994: Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: an empirical review. *Addiction* 89, 679–688.
- Niikko, Anneli 2003: *Fenomenografia kasvatustieteellisessä tutkimuksessa*. Joensuun yliopisto. Joensuu.
- Ollgren, Jukka & Forsell, Martta & Varjonen, Vili & Alho, Hannu & Brummer-Korvenkantio, Henriikki & Kainulainen, Heini & Karjalainen, Karoliina & Kotovirta, Elina & Partanen, Airi & Rönkä, Sanna & Seppälä, Timo & Virtanen, Ari 2014: Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2012. *Yhteiskuntapolitiikka* 79 (5), 498–508.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116870/ollgren.pdf?sequence=2>. Viitattu 14.12.2016.
- Partanen, Airi & Vormaa, Helena & Alho, Hannu & Leppo, Anna 2014: Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito Suomessa. *Suomen lääkirilehti* 69 (7), 481–486.
- Partanen, Juha & Metso, Leena 1999: Suomen toinen huumeaalto. *Yhteiskuntapolitiikka* 64 (2), 143–149.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101397/992partanen.pdf?sequence=1>. Viitattu 10.4.2017.
- Rhodes, Tim & Hedrich, Dagmar 2010: Harm Reduction and the mainstream. Teoksessa Rhodes & Hedrich (toim.): *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg, 19–36.
- Romakkaniemi, Marjo & Väyrynen, Sanna 2011: Päihde- ja mielenterveyskuntoutujien kokemuksia psykososiaalisesta kuntoutuksesta. Teoksessa Järviskoski, Aila & Lindh, Jari & Suikkanen, Asko (toim.): *Kuntoutus muutoksessa*. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi, 135–151.
- Saarnio, Pekka 2001: Mitkä tekijät vaikuttavat terapisuhteen keskeyttämiseen avopäih-

- dehoidossa? *Yhteiskuntapolitiikka* 66 (3), 224–232.
- Salasuo, Mikko & Vuori, Erkki & Piispa, Mikko & Hakkarainen, Pekka 2009: Suomalainen huumekuolema 2007. Poikkitieteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyyasiakirjoista. THL raportti 43/2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80288/6bb159e5-0e84-4415-a60c-d331b1ead678.pdf?sequence=1>. Viitattu 19.12.2016.
- Star, Susan Leigh & Griesemer, James R. 1989: Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907–39. *Social Studies of Science* 19 (3), 387–420.
- Selin, Jani 2011: Hallinnan näkökulmia huumeriippuvuuden hoitoon Suomessa vuosina 1965–2005. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.
- Selin, Jani 2013: Mikä vaikutus? Korvaushoidon seurantatutkimukset kertovat. *Tiimi* 49 (4), 25–25.
- Selin, Jani & Perälä, Riikka & Stenius, Kerstin & Partanen, Airi & Rosenqvist, Pia & Alho, Hannu 2015: Opioidikorvaushoito Suomessa ja muissa pohjoismaissa. *Suomen lääkärilehti* 70 (19), 1343–1348.
https://www.researchgate.net/publication/276061606_Opioidikorvaushoito_Suomessa_ja_muissa_Pohjoismaissa. Viitattu 11.11.2016.
- Simojoki, Kaarlo & Pentikäinen, Hannu & Fabritius, Carola & Vuori, Erkki 2012: Hukkaammeko korvaushoidon mahdollisuudet? Huomiota hoidon porrastukseen ja yksilöllistämiseen. *Duodecim* 128 (17)1737–1739.
<http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2012/17/duo10483>. Viitattu 5.12.2016.
- Sullivan, Helen & Williams, Paul 2012: Whose Kettle? Exploring the Role of Objects in Managing and Mediating the Boundaries of Integration in Health and Social Care. *Journal of Health Organization and Management* 26 (6), 697–712.
- Tammi, Tuukka 2003: Huume-kuri vai huume-maltti? Haittojen vähentämisen käsite ja huume-politiikan vastakkainasettelut vuoden 1997 huume-sainepoliittisessa toimikunnassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 68 (5), 465–477.
- Tammi, Tuukka: 2007: Medicalising Prohibition: Harm Reduction in Finnish and International Drug Policy. STAKES. Vaajakoski.
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75412/Tu161-Tammi.pdf>. Viitattu 1.4.2017.
- Tammi, Tuukka & Pitkänen, Tuuli & Perälä, Jussi 2011: Stadin nistit – huono-osaisten helsinkiläisten huumeidenkäyttäjien päihdeet sekä niiden käyttötavat ja hankinta. *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (1), 45–54.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100970/tammi.pdf?sequence=1>. Viitattu 12.1.2017.
- Tourunen, Jouni & Kaskela, Teemu & Pitkänen, Tuuli 2012: Kontrollia, lääkettä vai sosiaalisen kuntoutumisen tukea? *Tiimi* 5, 26–27.
http://www.a-klinikka.fi/tiedostot/tutkittua/Tiimi_512.pdf. Viitattu 5.12.2016.
- Tourunen, Jouni & Pitkänen, Tuuli & Harju-Koskelin, Outi & Häkkinen, Anitta & Holopainen, Antti 2009: Korvaushoitopotilaiden kuntoutuminen on pitkä ja haasteellinen prosessi. *Yhteiskuntapolitiikka* 74 (4), 421–428.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100185/tourunen.pdf?sequence=1>. Viitattu 5.12.2016.
- Tourunen, Jouni & Pitkänen, Tuuli 2010: Opioidiriippuvaisten korvaushoito ja syrjäytymisen ehkäisy. Teoksessa Laine, Terhi & Hyväri, Susanna & Vuokila-Oikonen, Päivi: Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveystalalla, Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki, 147–168.
- Tuori, Kaarlo & Kotkas, Teemu 2008: Sosiaalioikeus. WS Bookwell. Juva.<http://verk->

- kokirjahylly.almatalent.fi.ezproxy.ulapland.fi/teos/DABXXBTAFGC#kohta:275.
Viitattu 15.5.2017.
- Valentine, Kylie 2007: Methadone Maintenance Treatment and Making Up People. *Sociology* 41 (3), 497–514.
- Virtanen, Petri & Stenvall, Jari 2014: Älykäs julkinen organisaatio. Tietosanoma Oy. Helsinki.
- Väyrynen, Sanna 2007: Usvametsän neidot. Tutkimus nuorten naisten elämästä huume kuvioissa. *Acta Universitatis Lapponiensis* 118. Rovaniemi.
- Väyrynen, Sanna & Lindh, Jari 2013: Yhteistoimijuuden rajakohteet päihde- ja mielen-terveyskuntoutuksessa. Teoksessa Laitinen, Merja & Niskala, Asta (toim.) *Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä*. Vastapaino. Tampere, 405–426.
- Weckroth, Antti 2006: Valta ja merkitysten tuottaminen korvaushoidossa – etnografinen tutkimus huumehoitolaitoksesta. *Alkoholisäätiön julkaisuja* 47. Helsinki.
- Weckroth, Antti 2007: Mitä merkitsee ”psykososiaalinen” päihdehoidossa? *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (4), 426–436.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101216/074weckroth.pdf?sequence=1>. Viitattu 14.10.2016.

2. Virallislähteet

- Sosiaalihuoltolaki – soveltamisopas 2016. Sosiaali- ja terveysministeriö.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110359/urn_nbn_fi_uef-20110359.pdf. Viitattu 7.4.2016.
- STM 1997:28. Sosiaali- ja terveysministeriön määräys opioidiriippuvaisten potilaiden hoidosta eräillä lääkkeillä.
- STM 1998:42. Sosiaali- ja terveysministeriön määräys opioidiriippuvaisten potilaiden hoidosta eräillä lääkkeillä.

3. Oikeustapaukset ja valvontaviranomaisten ratkaisut

- Oikeusasiamiehen ratkaisu 715/4/08.
- Mikkelin LO 5.2.1992 56.
- Uudenmaan LO 8.12.1992 1802/2.
- Keski-Suomen LO 11.9.1997 571.
- Hämeen LO 3.9.1998 430/3.
- KHO 22.9.2000/T2366.