

# **”KORVAAKO LÄÄKE PSYKOSOSIAALISEN HOIDON?”**

Asiakkaiden kokemuksia psykososiaalisen tuen tarpeesta korvaushoidossa



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Sosionomikoulutus, Hämeenlinnan korkeakoulukeskus

kevät 2021

Katri Passila

## TIIVISTELMÄ

Korvaushoito on opioidiriippuvaisille tarkoitettu pitkäkestoinen hoitomuoto, jossa potilaalle on korvaushoitoasetuksen (STM 33/2008) mukaisesti lääkkeellisen hoidon lisäksi järjestettävä psykososiaalista hoitoa. Asetus ei määrittele psykososiaalisen hoidon sisältöä, mutta aiempien tutkimusten perusteella laadukkaan psykososiaalisen hoidon toteuttamiseen tarvitaan terveyden- ja sosiaalihuollon moniammatillista yhteistyötä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää opioidiriippuvaisten ihmisten psykososiaalisen tuen tarpeita korvaushoidossa. Tutkimus toteutettiin määrällisenä tutkimuksena yhteistyössä opinnäytetyön tilaajan A-klinikkasäätiön Katuklinikka-hankkeen kanssa. Kyseessä oli sattumanvarainen näyte niistä korvaushoidossa käyvistä ihmisistä, joita Katuklinikan työntekijät kohtasivat kentällä työskennellessään. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin anonyymia kyselylomaketta. Tutkimukseen osallistui 46 korvaushoidon asiakasta.

Tutkimukseen osallistuneet pitivät yhteistä toiminnallista tekemistä psykososiaalisen kuntoutuksen merkityksellisimpänä muotona. Lähes yhtä tärkeää tutkimuksen mukaan olivat taloudellisiin asioihin liittyvä tuki sekä keskustelu arkisista asioista. Tutkimus toi näkyväksi sen, että korvaushoidon psykososiaalinen tuki koetaan tärkeäksi, joten sen sisältöä on tarkoituksenmukaista edelleen tutkia, määritellä ja kehittää vastaamaan yhä paremmin asiakkaiden tarpeita.

Avainsanat opioidiriippuvuus, korvaushoito, psykososiaalinen hoito

Sivut 37 sivua ja liitteitä 6 sivua

---

Author Katri Passila

Year 2021

Subject "Can medication replace psychosocial treatment?"

Supervisor Mare Orman

---

## ABSTRACT

Substitution treatment is a long-term treatment for the patients who suffer from opioid addiction. According to the law concerning opioid-substitution treatment (STM 33/2008), psychosocial support along with medical treatment must be available for the patients. The content of psychosocial care is not defined by the regulation. Previous studies indicate that the high-quality psychosocial care requires multiprofessional co-operation of health care and social welfare.

The aim of this thesis was to clarify the patients' need of psychosocial support in the context of substitution treatment. This study was implemented as a quantitative research. The thesis was commissioned by A-Clinic Foundation and the research was also implemented in co-operation with their employees. The focus group for this study was a random sample of patients who the street workers encountered working in the streets. Information collection method was anonymous questionnaire. 46 patients receiving substitution treatment participated.

The respondents defined communal activities as the most significant form of psychosocial rehabilitation. Support related to financial issues and discussions of daily life were also important. The study showed that the psychosocial support in substitution treatment is valuable, and its contents should be studied, defined, and developed further, to respond even more effectively to the needs of the patients.

Keywords opioid dependence, substitution treatment, psychosocial treatment

Pages 37 pages and appendices 6 pages

## Sisällys

1	Johdanto .....	1
2	Tutkimuksen lähtökohdat ja tavoitteet.....	2
3	Teoreettiset käsitteet .....	3
3.1	Opioidit.....	3
3.2	Opioidiriippuvuus.....	4
3.3	Opioidiriippuvaisten korvaushoito.....	4
3.3.1	Kuntouttava vai haittoja vähentävä korvaushoito? .....	6
3.3.2	Korvaushoidon tilanne Suomessa .....	7
3.4	Psykososiaalinen tuki .....	9
4	Sosiaalityö osana terveydenhuollon palveluita.....	11
4.1	Osallisuus ja vastavuoroisuus ammatillisen auttamissuhteen elementteinä 13	
4.2	Yhteisöllisyys ja yhteisölliset menetelmät .....	15
5	Tutkimuksen toteutus .....	16
5.1	Kvantitatiivinen tutkimus .....	16
5.2	Kyselylomake aineistonkeruumenetelmänä.....	18
5.3	Aineiston analyysi .....	20
5.4	Tutkimuksen eettisyys, objektiivisyys ja luotettavuus .....	21
6	Tutkimuksen tulokset .....	22
6.1	Tulokset kuntouttavan ja haittoja vähentävän korvaushoidon välillä .....	25
6.2	Tulokset ikäryhmittäin .....	26
7	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset .....	28
8	Pohdintaa.....	31
	Lähteet.....	33

## Kuvat, taulukot ja kaavat

Kuva 1. Merkityksellisimmät psykososiaalisen tuen muodot .....	23
Kuva 2. Toiveet psykososiaalisen tuen tiheydestä .....	24
Kuva 3. Merkityksellisimmät psykososiaalisen tuen muodot kuntouttavassa hoidossa	25

Kuva 4. Merkityksellisimmät psykososiaalisen tuen muodot haittoja vähentävässä hoidossa .....	26
Kuva 5. Merkityksellisimmät psykososiaalisen tuen muodot alle 30-vuotiailla.....	27
Kuva 6. Merkityksellisimmät psykososiaalisen tuen muodot yli 29-vuotiailla.....	28

## **LIITTEET**

Liite 1	Kyselylomake
Liite 2	Vastausten jakautuminen

## 1 Johdanto

Riippuvuushoidon tulisi auttaa asiakasta löytämään mahdollisuutensa. Tarvitsemme onnistumisia, itsensä ylittämistä, saavutettavissa olevia ja haastavia tavoitteita, arvojen ja tavoitteiden mukaisia valintoja, muutosta tukevia ihmisiä ja merkityksen löytämistä elämään. (Lantz, 2019)

Opioidiongelmaisten määrä on lisääntynyt lyhyessä ajassa huimasti. Kun opioidien ongelmakäyttäjää oli vuonna 2012 arvioiden mukaan noin 15 000, vuonna 2017 heitä arvioitiin olevan lähes 30 000 (Rönkä ym. 2020). Vaikka opioidiriippuvuuden lääkkeellisestä korvaushoidosta ei ole kattavaa rekisteritietoa, Partasen ym. (2017) selvitysten mukaan se on kasvanut hoitomuotona merkittävästi. Opioidikorvaushoidossa olevien potilaiden määrän kasvu vuosien 2011–2015 välillä oli peräti 36 prosenttia. THL:n tilastoraportin 4/2021 mukaan opioidikorvaushoidossa olevien osuus on kasvanut koko 2000-luvun ajan (THL, 2021).

Työskentelin syyskuusta 2019 joulukuuhun 2020 A-klinikkasäätiön Katuklinikka-hankkeessa, jossa kohderyhmänä olivat pistämällä huumeita käyttävät ihmiset. Opioidikorvaushoitoon sain kosketuspintaa asiakkaidemme kautta, mutta työskentelystä korvaushoitoyksikössä minulla ei ole kokemusta. Varmasti juuri työni kautta kiinnitin paljon huomiota siihen, kuinka paljon mediahuomiota päihdehoidon tilanne on viime vuosien aikana saanut. Tosin Mäkelän ym. (2005/2020) mukaan keskustelut korvaushoidon mielekkyydestä ovat vähentyneet sen aseman vakiinnuttua suomalaisessa hoitojärjestelmässä. Heidän mukaansa haasteeksi voidaan nyt katsoa hoidon sisällön ja porrastuksen kehittäminen.

Palveluiden laadun vastaaminen tarpeeseen on ymmärrettävästi tarkoituksenmukaista sekä palveluntuottajien että asiakkaiden edun kannalta. Aamulehti julkaisi heinäkuussa 2020 Ihalaisen kirjoittaman artikkelin, jossa korvaushoidon asiakkaat pohtivat hoidon tarkoitusta. Yksi haastateltavista oli sitä mieltä, että mikäli tarkoituksena on toipua addiktiosairaudesta, asiakkaan pitäisi lääkkeen rinnalla saada myös psykososiaalista tukea ja apua huumeiden oheiskäytön lopettamiseen. Asiakkaiden oman äänen kuuluminen sai minut kiinnostumaan

aiheesta yhä enemmän. Palveluiden arvostelu ei auta, jos ei selvitetä, mitä tarpeita asiakkailta on. Mitä he kokevat tarvitsevänsä lääkkeen lisäksi?

## 2 Tutkimuksen lähtökohdat ja tavoitteet

Ahokas ja Haste (2019) tutkivat ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössään psykososiaalisen hoidon toteutumista haittoja vähentävässä korvaushoidossa. Heidän tavoitteenaan oli selvittää korvaushoitoa tuottavien yksiköiden henkilökunnan näkökulmaa psykososiaalisen tuen tarpeellisuudesta ja toteutuksesta. Tutkimustuloksissa keskeiseksi asiaksi nousi psykososiaalisen hoidon kehittämisen tarve. Opinnäytetyön tekijät toivat esiin sen, että kokemuksellisen tiedon kartoittaminen asiakkaiden kokemusten kautta voisi kehittää korvaushoitoa entisestään. Vaattovaara ja Vartiainen puolestaan tarkastelivat ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä (2019) Tampereen huumehoidon kynnyksiä ja oikeudenmukaisia laitostuntoutuksen pääsyn kriteereitä asiakkaan näkökulmasta. Yksi tutkimuksen johtopäätöksistä oli psykososiaalisen tuen ja sen toteuttamisen tarkempi ja konkreettisempi määrittely osana avohoitoa ja -kuntoutusta.

Nämä tutkimukset tukivat osaltaan oman aihevalintani merkityksellisyyttä. Olisi ollut mielenkiintoista kysyä, minkälaista psykososiaalista kuntoutusta korvaushoidossa olevat asiakkaat saavat. Koen, että se ei olisi kuitenkaan palvellut tutkimukseni tarkoitusta. Korvaushoitoa toteuttavien yksiköiden antaman psykososiaalisen kuntoutuksen määrän tai laadun arvioinnin sijaan opinnäytetyöni tarkoituksena on tuottaa tietoa asiakkaiden tuen tarpeista. Tavoitteenani on tuoda näkyväksi se, minkälaisia psykososiaalisen tuen tarpeita korvaushoidon asiakkailta on, riippumatta siitä toteutuvatko ne hoidossa nyt vai eivät. Tutkimukseen osallituvien hoitoyksiköitä ei työssäni nimetä.

Opinnäytetyöni tilaajana toimii A-klinikkasäätiön Katuklinikka-hanke. Katuklinikan pyrkimyksenä on viedä sosiaali- ja terveysneuvontaa pistämällä huumeita käyttäville ihmisille kaduille, koteihin, matalan kynnyksen kohtaamispaikkoihin ja asumisyksiköihin haittoja vähentävällä työotteella (A-klinikkasäätiö, 2020). Katuklinikka toimii yhteistyökumppaninani myös tutkimukseni aineistonkeruun osalta. Vaikka tutkimuksen lähtökohtana oli oma kiinnostukseni aiheeseen, uskon, että juuri ajankohtaisuutensa takia

aihe kiinnostaa myös alan toimijoita. Kehitettäessä huumehoidon palveluita näen, että parhaita asiantuntijoita oman kokemuksensa kautta ovat palvelua käyttävät itse.

### **3 Teoreettiset käsitteet**

Tämä luku johdattaa opinnäytetyöni teemaan avaten aihepiirini kannalta keskeisiä käsitteitä. Näitä ovat opioidit, opioidiriippuvuus sekä korvaushoito opioidiriippuvaisten ihmisten hoitomuotona. Lisäksi kerron korvaushoidon tilanteesta Suomessa viimeisimpiä tutkimustietoja hyödyntäen (mm. Rönkä ym. 2020 & Partanen ym. 2017). Koen, että näiden käsitteiden avaaminen on välttämätöntä, jotta psykososiaalisen tuen osuus ja merkitys korvaushoidossa selkiytyvät. Psykososiaaliseen tukeen paneudun viimeisessä kappaleessa 3.4. Psykososiaalisen tuen lähtökohtana on kuntoutujan voimavarojen ja toimintamahdollisuuksien edistäminen (Kettunen ym., 2009, s. 59).

Vaikka terveydenhuollossa asioivista ihmisistä käytetään useimmiten termiä potilas, huomaan sen tuntuvan itselleni hieman vieraalta tutkiessani aihetta sosiaalityön näkökulmasta. Niinpä päädyin siihen, että puhun opinnäytetyöni edetessä potilaasta silloin, kun lähdeviitteet määrittelevät niin. Kun taas pohdin aihetta psykososiaalisen tuen kautta, käytän termiä asiakas. Myös psykososiaalisen hoidon osalta käytän hoito-sanaa lähdeviitteiden niin määrittäessä, muussa tapauksessa käytän termejä tuki tai kuntoutus.

#### **3.1 Opioidit**

Opioidit ovat voimakkaita aineita, jotka poistavat kipua. Opioidit käsittävät oopiumiunikosta saatavat luonnonaineet eli opiaatit, synteettiset opioidit ja elimistössä luonnostaan syntyvät yhdisteet. Opiaateilla tarkoitetaan oopiumiunikon siemenkodasta saatavia aineita, kuten oopiumia, morfiinia ja kodeiinia. Synteettiset tai puolisynteettiset opioidit puolestaan ovat kemiallisia yhdisteitä, huumeita tai lääkeaineita, jotka vaikuttavat elimistössä opiaattien tavoin. Jotkut opioidit ovat puolisynteettisiä kuten heroiini, jotkin kokonaan synteettisiä, kuten metadoni ja buprenorfiini. Opioidit muuttuvat elimistössä morfiiniksi ja sitoutuvat keskushermostoon ja ruuansulatuselimistön opioidireseptoreihin. (A-klinikkasäätiö, n.d.-b; Tourunen & Pitkänen, 2010, s. 149)



Heikkoja opioideja ovat kodeiini ja tramadoli. Keskivahvojen opioidien ryhmään kuuluvaa buprenorfiinia ei sinänsä luokitella huumeeksi, mutta väärinkäytön yleisyyden siitä pidetään kirjanpitoa. Päihdekäytössä buprenorfiinia käytetään lähinnä suonensisäisesti. Kaikki vahvat opioidit, joita ovat mm. fentanyyli, hydromorfoni, metadoni, morfiini ja oksikodoni, luokitellaan huumausaineiksi. Tästä syystä niistä edellytetään huumausainekirjanpitoa apteekissa ja sairaalassa. Kun vahvoja lääkeopioideja käytetään ilman lääkärin määräystä tai niitä otetaan hoitosuositusta suurempia määriä, on kyseessä lääkkeen väärinkäyttö. Laittomasti hankittuja opioideja käytetään joko suun kautta, nuuskaamalla tai pistämällä. (Mäenpää & Karttunen, 2017)

### **3.2 Opioidiriippuvuus**

Opioidiriippuvuus on Suomessa yleisin syy päihdehoitoon hakeutumiselle. Opioidit lisäävät ja vahvistavat mielihyvän tunnetta. Säännöllinen käyttö kasvattaa nopeasti sietokykyä, jolloin ihminen tarvitsee yhä suurempia annoksia saadakseen saman vaikutuksen kuin aikaisemmin. Säännöllisestä pitkäaikaiskäytöstä voi aiheutua fyysistä ja psyykkistä riippuvuutta, jolloin käyttäjä tarvitsee ainetta saavuttaakseen normaalin olotilan ja välttääkseen vieroitusoireet. Riippuvuusikäyttäjä ei siis välttämättä etsi eikä koe enää päihtymystä, vaan mielihyvän tavoittelu vaihtuu vieroitusoireiden ehkäisyyn. (Tourunen & Pitkänen, 2010, s.150)

THL julkaisi keväällä 2021 tilastointiraportin, joka pohjautuu huumehoitoa antavien yksiköiden vapaaehtoiseen raportointiin. Raportointi toteutettiin anonymisti vuonna 2019 ja siihen osallistui 64 huumehoidon yksikköä, jotka toimittivat tietoja yhteensä 1596 asiakkaasta. Tutkimuksen mukaan opioidit mainittiin yleisimpinä ongelmia aiheuttavana huumeena (77 %) ja ensisijaiseksi ongelmahuumeeksi ne nimesi 40 prosenttia asiakkaista. Yleisimmin käytetty opioidi suomalaisten huumeikäyttäjien piirissä on tehokas kipulääke buprenorfiini, joka mainittiin ensisijaisena ongelmapäihteenä 32 prosentilla huumehoidon asiakkaista. (THL, 2021)

### **3.3 Opioidiriippuvaisten korvaushoito**

Lääkkeellistä korvaushoitoa opioidiriippuvuuteen on toteutettu kansainvälisesti jo 1960-luvulta lähtien. Suomessa hoito virallistettiin vuonna 1997 STM:n laatimiin säädöksiin



tasainen lääkevaikutus. Se myös mahdollistaa psykososiaalisen hoidon painottamista lääkekeskeisyyden sijaan. (Häkkinen ym., 2018)

Korvaushoitolääkkeen sopivan annoksen löytäminen on tärkeää, jotta annostelu ei ole riittämätöntä tai liian suurta. Tavoitteena on, että lääke vie pois vieroitusoireet ja aineen himon, mutta ei kuitenkaan lisää pitkäaikaisia haittoja, päiväaikaista tokkuraisuutta tai kognitiivisia haittoja. Lääkitys ei hoitoannoksina aiheuta päihtymistilaa, vaan sen keskeinen tavoite on kiinnittää potilas hoitoon. Turvallisuus on otettava huomioon etenkin sen osalta, että korvaushoidossa käyvillä ihmisillä voi olla myös muuta samanaikaista päihteidenkäyttöä. (Mäkelä ym., 2005/2020; Tourunen & Pitkänen, 2010, s. 153)

Lääkkeen lisäksi onnistuneeseen korvaushoittoon kuuluu psykososiaalinen tuki. THL:n tutkimusprofessori Hannu Alhon mukaan tästä on vahvaa tutkimusnäyttöä. Hän täsmentää, että ainakaan korvaushoitolääkkeestä vieroittautuminen ei onnistu ilman kuntoutusta. (Saukkonen, 2010). Korvaushoitoasetus (STM 33/2008) edellyttää psykososiaalisen kuntoutuksen järjestämistä lääkehoidon rinnalle, mutta ei määrittele sen sisältöä. Tästä voitaneen vetää johtopäätöksiä, että psykososiaalisen tuen haasteet korvaushoidossa eivät liity niinkään sen järjestämiseen, vaan hoidon laatuun. Simojoki ym. (2012) näkevät hyvän ja laadukkaan hoidon perustan olevan kuntouttavassa ja motivoivassa otteessa, jonka avulla potilasta osallistetaan.

### **3.3.1 Kuntouttava vai haittoja vähentävä korvaushoito?**

Kun potilaiden määrät korvaushoidossa ovat lisääntyneet, ovat hoidon toteuttamistavat monimuotoistuneet. Yhtenä esimerkkinä tästä on haittoja vähentävän korvaushoidon alkaminen kuntouttavan korvaushoidon rinnalla. (Partanen ym. 2017)

Lääkkeellisen korvaushoito jaetaan siis kuntouttavaan ja haittoja vähentävään hoitoon. Kuntouttavassa hoidossa tavoitellaan päihteettömyyttä, kun taas haittoja vähentävässä korvaushoidossa pyritään haittojen vähentämiseen sekä elämänlaadun parantumiseen. Haittoja vähentävä korvaushoito tulee kyseeseen silloin, kun huumeiden käyttöä ei saada kokonaan loppumaan. Tavoitteena on, että haittoja vähentävässä hoidossa olevia ihmisiä

voidaan valmentaa kohti vaativampaa kuntouttavaa korvaushoitoa (STM 33/2008; A-klinikkasäätiö, n.d.-a)

Päihdehoitoon erikoistuneissa yksiköissä toteutetun hoidon vakiintuneessa vaiheessa lääkkeen jakelu on voitu siirtää apteekkiin. Vakiintunutta kuntouttavaa korvaushoitoa on siirretty terveyskeskuksiin. (Partanen ym., 2017)

### **3.3.2 Korvaushoidon tilanne Suomessa**

Röngän ym. vuonna 2020 julkaistun tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella amfetamiinin ja opioidien ongelmakäytön yleisyyttä väestössä ikäryhmittäin, sukupuolen mukaan ja alueellisesti. Heidän tutkimuksensa mukaan Suomessa on aiempien tutkimusten arvioita enemmän huumeiden ongelmakäyttäjää. Jämsenin (2020) haastattelema THL:n tutkimusprofessori Hannu Alho kertoo em. tutkimukseen viitaten lisääntyneen käytön näyttäytyvän kaikissa ikäryhmissä, mutta erityisesti nuorten ja naisten keskuudessa. Eniten ongelmakäyttö on kasvanut 25–34-vuotiailla, mutta erityisen huolestuttavana hän pitää 15–24-vuotiaiden lasten ja nuorten ongelmakäytön lisääntymistä. Vuonna 2017 opioidien ongelmakäyttäjää arvioitiin olevan liki 30 000. Pelkästään rekisteröintijärjestelmän paraneminen ei tätä kasvua selitä, vaan ongelmakäytön lisääntyminen on Alhon mukaan todellista. Yhtenä selityksenä hän näkee amfetamiiniriippuvaisten ihmisten siirtymisen opiaatteihin, kun amfetamiiniriippuvuuteen ei ole hoitoja tarjolla. Myös asenteiden lieventyminen saattaa olla hänen mukaansa yksi merkittävä tekijä.

Opioidien ongelmakäyttäjien määrän räjähdysmäinen lisääntyminen näkyy myös hoitopaikoissa. A-klinikka Oy:n johtava ylilääkäri Kaarlo Simojoki toteaa Jämsenin (2020) haastattelussa, ettei hoitojärjestelmämme ei ole pystynyt vastaamaan päihdepuolen tarpeeseen. Myös Röngän ym. (2020) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tulisi lisätä vastaamaan ongelmakäytön yleistymisen myötä suurenevaa palvelujen tarvetta.

Opioidiriippuvuuden lääkkeellisestä vieroitus- ja korvaushoidosta ei ole kattavaa rekisteritietoa, mutta määriä on pyritty selvittämään erilaisin tutkimuksin. Partanen ym. (2017) selvittivät tutkimuksellaan opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä vieroitus- ja korvaushoidossa vuonna 2015 olleiden ihmisten kokonaismäärää. Heidän tavoitteenaan oli

saada tilanteesta vertailukelpoinen kokonaiskuva vuonna 2011 tehtyyn selvitykseen nähden. He toteuttivat tutkimuksen keräämällä summatiedot kyselylomakkeella opioidiriippuvuuden lääkkeellistä vieroitus- tai korvaushoitoa toteuttavilta yksiköiltä.

Hoidossa oli tutkimusajankohtana 3 329 potilasta, heistä 3 293 korvaushoidossa. Kokonaismäärä oli kasvanut 36 prosenttia vuodesta 2011. Lääkehoito-muotojen jakauma oli lähes sama: buprenorfiini-naloksoniyhdistelmävalmiste 62 %, metadoni 37 % ja pelkkä buprenorfiini 2 %. Potilaista oli kuntouttavassa korvaushoidossa 64 % ja haittoja vähentävässä 28 %. Apteekkisopimuksella lääkkeensä haki 7 %.

Hoito keskittyi selvityksen mukaan päihdehuollon erityispalveluihin, joissa hoidettiin noin 75 % opioidikorvaushoidossa olleista potilaista. Loput potilaista hoidettiin terveyskeskuksissa (17 %), erikoissairaanhoidossa (6 %) ja vankilan terveydenhuollossa (2 %). Korvaushoidon lisätarpeelle saattaisi tutkimuksen mukaan olla tarvetta, koska opioidien ongelmakäyttäjien määrät ovat arvioiden mukaan suuria suhteessa korvaushoidossa olevien määrään.

Samaa aihetta toisesta näkökulmasta tutkivat Mäkelä ym. Heidän vuonna 2019 julkaistun tutkimuksensa tavoitteena oli saada tietoa opioidikorvaushoidon potilaista ja sisällöstä koko maassa. Tutkimus perustui vuoden 2015 päihdetapalaskennan analyysiin. He tutkivat eroavatko korvaushoitopotilaat muista palvelujen piirissä olevista opioidien käyttäjistä ja muista päihdeasiakkaista. Tutkimuksessa selvisi, että korvaushoidossa olevat ja muut opioidien käyttäjät olivat nuorempia, kuin muut päihdeasiakkaat ja heillä oli rankempaa päihteidenkäyttöä. Mielenkiintoista oli myös se, että korvaushoidossa olevat saivat korvaushoitolääkkeen jakoa lukuun ottamatta palveluja vähemmän kuin muut päihteiden vuoksi asioivat. Toisaalta tutkimus antoi viitteitä siitä, että korvaushoitopotilaiden elämäntilanne on ainakin jossain määrin muita opioidien käyttäjiä vakiintuneempaa. Myös mielenterveysongelmia heillä vaikutti olevan kahta muuta ryhmää vähemmän. Korvaushoidon osuudesta ei voitu tehdä tarkempia päätelmiä, mutta se on saattanut vaikuttaa asiaan.

Tutkimukset osoittavat, että hoidossa olevien ihmisten määrä on kasvanut jyrkästi viime vuosien aikana. Mäkelän ym. (2005/2020) päätelmien mukaan hoitoon pääsystä esiintyy silti edelleen ongelmia. He pohjaavat päätelmänsä Röngän ym. (2020) selvitykseen ja

perustelevat niitä sillä, että opioidiongelmaisia oli vuoden 2017 aineistossa noin 25 000–28 000 ja opioidikorvaushoidossa potilaita oli vuonna 2020 arviolta noin 4500.

Korvaushoidon piirissä oli näin ollen vain noin 17–18 prosenttia käyttäjistä, vaikka hyvänä tasona voitaneen heidän mukaansa pitää noin 50 prosenttia ongelmakäyttäjistä. He näkevät korvaushoidossa olevan erittäin suurta alihoitoa ja taloudellisen tilanteen tiukentumisen vievän kehitystä taas huonompaan suuntaan.

### **3.4 Psykososiaalinen tuki**

Psykososiaalinen tuki koetaan merkitykselliseksi osaksi päihderiippuvuudesta kuntoutumista, mutta korvaushoitoa määrittävät asetukset eivät ole määritelleet sen sisältöä kovinkaan tarkasti. Psykososiaalinen saatetaan kokea myös käsitteenä haastavaksi. Salo-Chydenius ja Kurki (2015, s. 179) määrittelevät sen kokoavaksi käsitteeksi ihmisten parissa tehtävälle työlle.

Psykososiaalisen toiminta voidaan tiivistää kokonaisvaltaiseksi kyvyksi selviytyä ja suoriutua elämästä. Siihen liittyy omassa elin- ja toimintaympäristössä toimimisen edellytysten lisäksi kyky vuorovaikutuksellisuuteen, sosiaalisten suhteiden solmimiseen ja yhteiskunnan jäsenenä toimimiseen. Psykososiaalisen tuen tavoitteena on edistää ja ylläpitää näitä asioita. Sen avulla voidaan muuttaa ajattelua ja toimintaa sekä varmistaa pysyvän hallinnan, selviytymisen ja oman päivittäisen elämän ohjaamisen taitoja ja tunnetta. Psykososiaalinen tuki on merkittävässä roolissa päihderiippuvaiselle, jolle päihteettömyys voi tuntua aluksi varsin pelottavalta tilanteen tuntemattomuuden, avuttomuuden tunteiden ja osaamattomuuden vuoksi. (Kettunen, 2009, s. 47; Salo-Chydenius & Kurki, 2015, ss. 179–180)

Korvaushoitoasetus (STM 33/2008) korostaa, että lääkkeellisen hoidon rinnalla potilaalle on järjestettävä psykososiaalista hoitoa ja luotava mahdollisuuksia päihteistä irtautumiselle ja sosiaaliselle kuntoutumiselle. Psykososiaaliset menetelmät korostuvat myös päivitetystä huumeongelmaisten hoidon Käypä hoito -suosituksessa (2018), jonka mukaan ne ovat hoidon perusta. Kaikille huumeriippuvuudesta kärsiville tulee suosituksen mukaan tarjota psykososiaalista hoitoa tai kuntoutusta. Kokonaishoitosuunnitelma tulee laatia keskeisten toimijoiden ja potilaan yhteistyönä vastuualueet sopien.

Monipuolisella psykososiaalisella hoidolla ja kuntoutuksella varmistetaan Simojoen ym. (2012) mukaan toipumisen tavoitteellinen eteneminen, mutta minkälaisia psykososiaalisen tuen muotoja onnistuneeseen korvaushoitoon sitten sisältyy tai tulisi sisällyttää? Tourunen & Pitkänen (2015, s. 149) avaavat korvaushoidon kuntoutuksen osa-alueita. Näitä ovat psyykkinen ja fyysinen terveys, asuminen, koulutus, työ ja toimeentulo, rikollisuudesta eroon pääseminen, perhe- ja ihmissuhteet, päihderiippuvuuden hallinta sekä arkielämän taidot. Potilaiden kuntoutumisen tukeminen edellyttää heidän mukaansa suunnitelmallisuutta, moniammatillisuutta, sujuvaa hoitojatkumoa ja yhteistyötä potilaan läheisten ja viranomaisten kanssa.

THL:n (2016) mukaan tavallinen, tukeva hoitosuhde on yleisimmin käytetty psykososiaalisen hoidon muoto. Käypä hoito -suosituksessa (2018) korostetaan, että kaikkiin hoitomuotoihin liittyy sosiaalitoimen kanssa tehtävä yhteistyö, jonka avulla tuetaan asumista, toimeentuloa, työtä ja vapaa-aikaa. Huumeongelmaisten psykososiaalisen hoidon keskeisimmiksi menetelmiksi suosituksessa mainitaan terapeutin keskustelu ja yhdessä tekeminen. Myös vertaisryhmistä ja verkostoterapioista voi sen mukaan olla hyötyä.

Vertaisryhmän merkitystä osana päihdehoitoa ovat tarkastelleet mm. Kotovirta (2009) ja Front & Talvisaari (2020). Kotovirta tutki THL:n tutkimuksessa 10/2009 huumeriippuvuudesta toipumista Nimettömien Narkomaanien toveriseurassa ja Front & Talvisaari puolestaan ammattikorkeakoulun opinnäytetyössään Tampereen alueen korvaushoidon asiakkaiden oman vertaistukiryhmän tarvetta. Molempien tutkimusten mukaan vertaistukiryhmät koettiin tarpeellisiksi.

Kuronen (2014) puolestaan tutki pro-gradu – tutkielmassaan hengellisyyden merkitystä päihdeongelmasta toipumiselle. Hänen tutkimuksensa tulokset osoittivat, että hengellisyyden voidaan päätellä tukevan raitistumista ja raittina elämistä monin eri tavoin. Hengellinen herääminen ja kristillinen kääntymys näyttivät tutkimuksen mukaan johtavan päihteidenkäytön lopettamiseen osana elämän kokonaisvaltaista muutosta.

Rovaniemen kaupunki laati keväällä 2014 yhteistyössä Kaste-hankkeen kanssa ohjeet opioidikorvaushoitoon. Ohjeissa painottuu, että psykososiaalinen kuntoutus on tärkeä osa

jokaisen korvaushoidossa olevan hoitoa, mutta asiakkaiden yksilölliset erityispiirteet määrittävät kuntoutuksen sisällön. Ohjeen mukaan kuntouttavassa korvaushoidossa olevat tarvitsevat tukea persoonallisuutensa eheyttämiseksi sekä sosiaalisen ja ammatillisen kasvun käynnistymiseksi. Yhtenä tärkeänä työmuotona tässä käytetään motivoivaa haastattelua. Kuntouttavassa hoidossa tapaamisia oman työntekijän kanssa on säännöllisesti, mutta tarvittaessa myös lääkärin sekä muun verkoston kanssa. Haittoja vähentävässä korvaushoidossa psykososiaalinen tuki on huomattavasti vähäisempää. Siinä tavoitteena on kiinnittää potilas hoitoon, korjata pahimpia sosiaalisia epäkohtia ja vähentää vakavia terveyshaittoja. (Rovaniemen kaupunki, 2014)

Komu ym. (2015) korostavat sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön merkitystä. He muistuttavat, että päihdehoitotyössä on tärkeä tunnistaa niitä riskejä, jotka saattavat johtaa syvenevään syrjäytymiseen ja tarjota tukea esimerkiksi yhteistyön tekemiseen sosiaalityöntekijän kanssa, jotta hoitamattomat laskut tai vuokratilat voidaan selättää ennen kuin ne johtavat luottohäiriöihin tai asunnottomaksi joutumiseen. Hoidon, kuntoutuksen, avun ja tuen tulisi muodostaa yksilön ja hänen lähteistensä kannalta kokonaisuus, jossa eri ammattiryhmien ja tahojen apua kootaan yhdeksi kokonaisuudeksi. (Komu ym., 2015, ss. 435–437). Mielestäni juuri sosiaali- ja terveydenhuollon toimivaa yhteistyötä voidaan pitää tavoitetilana korvaushoidon toteutuksessa, koska näen sosiaalipuolen ammattitaidon tärkeässä roolissa osana kokonaisvaltaista korvaushoitoa, jossa myös riittävä psykososiaalinen tuki toteutuu.

#### **4 Sosiaalityö osana terveydenhuollon palveluita**

Terveydenhuollon ja sosiaalityön toimintaympäristöjä saatetaan pitää erillisinä työkenttinä. Suomalainen terveystalouden politiikka perustuu tasavertaiseen terveystalouden tarjoamiseen. Peruseriaate on tarjota terveydentilan edellyttämät, riittävät ja laadukkaat palvelut jokaiselle Suomessa asuvalle ihmiselle sosioekonomisesta asemasta, taloudellisista edellytyksistä tai asuinalueesta riippumatta. (THL, 2018). Sosiaalityön tavoitteena puolestaan on parantaa yhdessä asiakkaan kanssa hänen aineellista, henkistä ja sosiaalista hyvinvointiaan ja siihen sisältyviä vuorovaikutussuhteita. Asiakkaiden hyvinvoinnin edistäminen ja turvaaminen katsotaan sosiaalityön ammatilliseksi ja yhteiskunnalliseksi velvollisuudeksi. (Niemelä, 2016, s. 97)



Sosiaalityö on heikompiosaisuuteen liittyvää auttamista, jossa ei riitä vain henkilökohtainen tuki ja apu, vaikka se onkin kirjaimellisesti elintärkeää. Muutoksien aikaansaamiseksi tarvitaan myös olosuhteisiin, rakenteisiin ja politiikan suuntiin vaikuttamista. Asiakkaan tilannekohtaisella auttamisella ja arjen helpottumisella on kuitenkin vaikuttavia ja parhaimmillaan pitkä aikavälin myönteisiä vaikutuksia. Sosiaalityön etiikkaa koskevat periaatteet rakentuvat arvojen pohjalle, joista keskeisimpiä ovat ihmisoikeudet sekä sosiaalinen oikeudenmukaisuus. (Pohjola, 2016 s. 95; Niemelä, 2016, s. 103)

Hyvällä moniammatillisella yhteistyöllä hoidosta tehdään parhaimmillaan laadukasta ja tehokasta. Yhteisessä vuorovaikutuksessa syntyy jaettu käsitys asiakkaan tilanteesta, tarvittavista toimenpiteistä, ongelmien ratkaisusta ja tapauskohtaisista tavoitteista. Vastuukysymykset saattavat usein olla moniammatillisen yhteistyön haaste, joten niiden selkeyttäminen onkin ensiarvoisen tärkeää. (Inkinen ym., 2015, s. 230)

Laitila-Ukkola (2005) tarkasteli lisensiaatintutkimuksessaan suomalaisen päihdehuollon sosiaalityön sisällön ja luonteen muotoutumista 1950-luvulta 2000-luvun alkuvuosiin. Tavoitteena oli lisätä ymmärrystä ja laajentaa käsitystä päihdepalveluissa tehtävästä sosiaalityöstä. Hän kuvaili moniammatillisen yhteistyön sosiaalityön kannalta sellaiseksi välineeksi, joka mahdollistaa asiakkaan kokonaisvaltaisen kohtaamisen. Tutkimus toi näkyväksi sen, että päihdeongelmien luonteen moninaisuuden vuoksi tarvitaan useanlaista osaamista. Päihdehuollon kokonaisuudessa Laitila-Ukkola nosti sosiaalityön haasteeksi sen, että lääkkeellisten hoitojen rinnalle kyetään tarjoamaan laadukkaita psykososiaalisia hoitoja.

Hangasjärvi (2020) tutki vuosia myöhemmin kandidaatintutkielmassaan kirjallisuuskatsauksen kautta sosiaalityöntekijän roolia terveydenhuollossa asiakkaan psykososiaalisten tarpeiden tunnistajana ja käsittelijänä. Hänen tavoitteenaan oli luoda tiivis ja jäsenelty kuva terveydenhuollon sosiaalityöstä ja sosiaalityöntekijän roolista osana moniammatillista työyhteisöä. Työn lähtökohtana oli kokemus työn näkyvyyden lisäämisen tärkeydestä, koska sosiaalityön tehtävistä ja roolista terveydenhuollossa ei tiedetä riittävästi. Tulosten perusteella muiden ammattilaisten näkemyksiin sosiaalityöntekijöiden roolista liittyy epäselvyyttä. Sosiaalityöntekijät ovat kuitenkin tulosten perusteella tarpeellinen resurssi terveydenhuollossa ja heidän roolinsa asiakkaiden psykososiaalisten tarpeiden

käsittelijänä on merkittävä. Tämä tutkimus antaa mielestäni suuntaviivoja sille, miksi asiakaslähtöinen ja eri alojen asiantuntijoista muodostuva moniammatillinen yhteistyö asiakastyössä on erityisen merkityksellistä.

Näiden tutkimusten pohjalta voitaneen tehdä johtopäätöksiä, että laadukkaan korvaushoidon peruspilarina toimii moniammatillinen yhteistyö, joka muodostuu terveydenhoitoalan ja sosiaalityön ammattilaisista. Käytän termiä sosiaalityö yleisellä tasolla, enkä lähde määrittelemään sosiaalityöntekijöiden ja sosionomien työnkuvien eroavaisuuksia. Näen, että molempien ammattiryhmien työ nojautuu kuitenkin samoihin eettisiin periaatteisiin ja ammattietiikan lähtökohtiin.

#### **4.1 Osallisuus ja vastavuoroisuus ammatillisen auttamissuhteen elementteinä**

Sosiaalityö on luonteeltaan vuorovaikutuksellista. Ammatillisessa auttamissuhteessa, jonka osapuolina ovat sosiaalityön professiota edustava työntekijä sekä hänen asiakkaansa, mahdollisimman vastavuoroista suhdetta pidetään tavoiteltavana ja tärkeänä. Puhutaan jaetusta asiantuntijuudesta, jossa merkitykselliseksi ominaisuudeksi nousee asiakkaan ja työntekijän välisessä vuorovaikutuksessa rakentuva tieto. Tällaisen ammatillisen auttamissuhteen olennaisia elementtejä ovat dialogisuus, kumppanuus ja osallisuus. (Niemelä, 2016, s. 97; Jokinen, 2016, ss. 142–143)

Osallisuus voi olla vaikuttamista yhteiskunnallisiin asioihin, mutta yhtä lailla tunne ja kokemus joukkoon kuulumisesta. Jokaisella ihmisellä on oikeus tuntea olevansa osallinen ja osallistua yhteiskunnan ja yhteisöjen toimintaan haluamallaan tavalla ja valitsemallaan panostuksella. Osallisuuden toteutumisesta voidaan puhua vasta silloin ihmisen ja yhteisön välisessä suhteessa, kun ihminen on osa, toimii osana ja kokee olevansa osa yhteisöä. Pelkkä osallistuminen ei riitä, jos se ei saa aikaan kuulumisen tunnetta. (Nivala & Rynänen, 2019, ss. 138–139)

Osallisuuden tunnetta pidetään olennaisena asiana ihmisten hyvinvoinnille. Ihmisten tulee voida toimia itse ja kokea olevansa merkityksellisiä toisille ihmisille sen sijaan, että olisivat vain passiivisia vastaanottajia. Vastavuoroisuuden kautta selittyy ihmisten toiminnan yhteisöllinen luonne. Vastavuorottomuuden kokemus puolestaan syntyy tunteesta, ettei

ihmisestä välitetä tai kun hän ei pääse osalliseksi muun yhteisön toimintaan. Aina ihminen ei kuitenkaan halua toimia. Hiljaa oleminen tai passiivisuus voi johtua myös pelosta, sopeutumisesta ja joskus myös sanojen puutteesta, kyynistymisestä tai äärettömästä väsymyksestä. (Törrönen, 2016, ss. 12–14)

Pitkään jatkunut päihteidenkäyttö voi vaikeuttaa yksilön ja ryhmien osallisuutta ja osallisuuden kokemuksia. Yhteiskuntaan ja yhteisöihin kuulumattomuuden tunteet ovat tavallisia. Perheen, ystävien ja muiden tärkeiden ihmissuhteiden mahdolliset menetykset ovat kaventaneet päihteidenkäyttäjien sosiaalisia verkostoja. Päihteiden ongelmakäyttäjien osallisuuden ongelmat ja puutteet näyttäytyvät ongelmina palvelujärjestelmässä, arjen asioiden sekä huonona tai piittaamattomana kohteluna arjen kanssakäymisessä. (Särkelä-Kukko, 2020)

Osallisuutta ja vastavuoroisuutta voidaan hoito- tai kuntoutustyön näkökulmasta tarkastella työntekijän ja potilaan/asiakkaan välisessä suhteessa. Asiakslähtöisessä hoitotyössä asiakkaan osallistumisen merkitystä ei vähennä se, että hänen kykynsä aktiiviseen osallisuuteen voi vaihdella. Voimaantumisen ja osallisuuden kokemukset syntyvät kokemuksesta, että ihminen on riittävän hyvä ja kelpoinen toimijana. Tässä ratkaisevaa on työntekijän arvostava toimintatapa, jolla hän kutsuu asiakasta kumppanuuteen neuvottelemaan, tekemään päätöksiä ja valintoja. Molempia osapuolia kunnioittavassa suhteessa asiakas saa äänen ja vastuullisen toimijan roolin sekä kokea aitoa osallisuutta. (Salo-Chydenius & Kurki, 2015, ss. 167, 172; Jokinen, 2016, s. 143)

Vastavuoroisessa suhteessa työntekijä ei ole vain tilan antaja, ymmärtäjä ja passiivinen kuuntelija, vaan hänen tulee osoittaa aitoa kiinnostusta asiakasta kohtaan. Vasta yhteinen jatkuva näkökulmien tarkastelu synnyttää uutta merkityksellistä tietoa ja mahdollistaa muutosta. Korvaushoidossa, kuten myös muissa asiakkaan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen kehitys-, paranemis- ja toipumisprosessiin tähtäävässä asiakassuhteessa, asiakkaan osallisuuden mahdollistaminen yleensä myös parantaa hoitoon sitoutumista. (Salo-Chydenius & Kurki, 2015, s. 172; Jokinen, 2016, s.145; Inkinen ym., 2015, s. 219)

Yksi vastavuoroisuutta tukevista asiakassuhteen menetelmistä on dialogisuus. Dialogisuus pitää erottaa keskustelusta, joka saattaa olla hyvinkin muodollista ja pinnallista. Dialogi ei ole

pelkkää puhetta, toisen kuuntelua tai keskustelua, vaan parhaimmillaan molemmat osapuolet oppivat ja voivat muuttaa mielipiteitään ja asenteitaan. Dialoginen vuorovaikutus perustuu vastavuoroisuuteen, jossa kaikilla osallistujilla on mahdollisuus vaikuttaa vuorovaikutuksen kulkuun. Asiakassuhteessa dialogisella vuorovaikutuksella rakennetaan yhteistä ymmärrystä, eikä näin ollen edetä yksin työntekijän tai asiakkaan ehdoilla. (Mönkkönen, 2018, ss. 107–110) Asiakkaan ja työntekijän välinen yhteistyösuhde onkin parhaimmillaan yhteinen kehitysprosessi, jossa molemmat ovat sekä antajina että saajina. Kohtaamisessa on aina kyse kahden erilaisen todellisuuskuvan kohtaamisesta. (Särkelä, 2001, ss. 28–30)

Joskus kohtaamme myös asiakkaita, jotka ovat vastentahtoisia tai heidän elämäntilanteensa voi olla hankala samalla kun kokemukset yhteiskunnan instituutioista ja kohtaamisista ammattilaisten kanssa voivat olla huonoja. Luottamuksellisen ja vastavuoroisen ammatillisen auttamissuhteen rakentuminen vaatii aikaa ja suhde vahvistuu hiljalleen myönteisten kokemusten kautta. Edellytys on, että työntekijä ymmärtää asiakasta osana hänen sen hetkistä elämäntilannettaan ja aikaisempia kokemuksia. (Jokinen, 2016, s. 143) Jaan Särkelän (2001, ss. 28–30) kanssa ajatuksen siitä, että työntekijän tehtävä on ensisijaisesti kuunnella asiakasta ja jakaa hänen näkökulmansa. Vasta tämän jälkeen voi työntekijä varovasti odottaa, että asiakas kiinnostuisi muista näkökulmista.

## **4.2 Yhteisöllisyys ja yhteisölliset menetelmät**

Sosiaalityötä tehdään sekä yksilökohtaisesti että yhteisöllisistä lähtökohdista käsin. Sosiaalityön näkökulmasta vastavuoroisuus ei tarkoita vain yksilöiden välistä vuorovaikutusta, vaan jokaisen ihmisen olemassaolo tunnustetaan yhteisöllisesti. Sosiaalityön yhteisöllistä lähestymistapaa kutsutaan nykyisin yhteisösosiaalityöksi. (Törrönen, 2016, s. 13; Eräsaari, 2016, s. 116)

Kopakkalan (2005) mukaan ihmiset ovat varsin sidoksissa muihin ihmisiin ja itsesäätelyimme edellyttääkin muiden tukea. Hän näkee yksilön elämän saavan merkityksen muiden ihmisten kautta ja ilman yhteisön hyväksyntää ja tunnustettua roolia siinä, elämä muuttuu tyhjäksi ja arvottomaksi. (Kopakkala, 2005, s.16). Syrjäytymisellä ja sosiaalisten suhteiden heikkenemisellä, jopa katkeamisella, on niin ikään yhteys. Yhteisöihin osallistumisen ja

yhteisöllisen vuorovaikutuksen katsotaan ehkäisevän ja korjaavan syrjäytymisen aiheuttavia sosiaalisia ongelmia. Päivittäinen ja kasvokkainen vuorovaikutus, kohtaaminen ja yhteistoiminta tuottavat hyvinvointia ja edistävät terveyttä. (Hyväri & Nylund, 2010, s.29)

Sen lisäksi, että sosiaalityötä tehdään monenlaisissa yhteisöissä, sen keskeinen tehtävä on auttaa asiakkaita erilaisten yhteisöjen, kuten töiden, asuinyhteisöiden tai harrastusten piiriin. Mieluiten näihin kaikkiin. (Eräsaari, 2016, s.109). Yhteisöllisyys onkin yksi työväline päihteidenkäyttäjien kanssa työskenneltäessä. Vaikka yhteisöllisiä työmenetelmiä ei voida kovin tarkasti määritellä ja eritellä, niin olennaisimmaksi ytimeksi voidaan nimetä osallisuus, vaikuttaminen sekä valtautuminen yhteisössä ja yhteisön kautta. (Hyväri & Nylund, 2010, s.33)

Voivatko yhteisölliset työmenetelmät sitten vastata korvaushoidossa käyvien opioidiriippuvaisten psykososiaalisen tuen tarpeisiin? Siihen pyrin saamaan tutkimuksellani vastauksia. Mikäli tietoperustasta voitaisiin tehdä hypoteeseja, niin syrjäytymistä voitetaan jo sillä, että ihmiset pääsevät heistä välittävien ja heidän asioistaan kiinnostuneiden joukkoon. Oman työkokemukseni kautta saatu palaute tukee tätä olettamusta. Huumeidenkäyttäjien kanssa käydyissä keskusteluissa on noussut esille, että se, kun joku on aidosti läsnä ja kuuntelee, saa aikaiseksi tunteen kuulumisesta osaksi yhteiskuntaa.

## **5 Tutkimuksen toteutus**

Tutkimukseni tavoitteena oli kerätä tietoa korvaushoidossa olevien ihmisten psykososiaalisen tuen tarpeista. Tutkimuskysymyksen asetin muotoon: ”Mitä korvaushoidossa olevat asiakkaat kertovat psykososiaalisen tuen tarpeestaan?”

### **5.1 Kvantitatiivinen tutkimus**

Päädyin valitsemaan tutkimusstrategiakseni kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen. Vilka (2007, s. 14) määrittelee määrällisen tutkimusmenetelmän tutkimustavaksi, jossa tutkittavia asioita ja niiden ominaisuuksia käsitellään yleisesti kuvaillen numeroina. Numeraaliset tutkimustulokset tulkitaan ja selitetään sanallisesti.

Määrällisessä tutkimuksessa keskeistä on tutkittavien henkilöiden valinta. Tutkimukseen tulee määritellä perusjoukko eli kohdejoukko, josta tutkimuksessa halutaan tehdä päätelmiä. Kokonaistutkimus tarkoittaa, että kaikki perusjoukkoon kuuluvat havaintoyksiköt mitataan. Vaihtoehtoja kokonaistutkimukselle ovat erilaiset otantamenetelmät, joilla havaintoyksiköt valitaan perusjoukosta. Otantamenetelmiä ovat yksinkertainen satunnaisotanta, systemaattinen satunnaisotanta, ositettu otanta sekä ryväotanta eli klusteriotanta. Havaintoyksiköiden joukosta, joka on poimittu jotakin otantamenetelmää käyttäen perusjoukosta, käytetään nimitystä otos. Otoksen tulee olla ominaisuuksiltaan samanlainen kuin perusjoukon, jotta se edustaa perusjoukkoa mahdollisimman hyvin. (Vilka, 2007, s.51; Hirsjärvi ym., 1997, s. 140, 180)

Oman tutkimukseni perusjoukko muodostui korvaushoidossa käyvistä opioidiriippuvaisista ihmisistä. Tutkimuksen otos muodostui satunnaisotantaa muistuttavalla tavalla, sillä kyseessä oli sattumanvarainen näyte niistä korvaushoidossa käyvistä ihmisistä, joita Katuklinikan työntekijät kohtasivat kentällä työskennellessään. Jos aiheesta halutaan saada kokemuksellista ja syvällistä tietoa, on tarkoituksenmukaisempaa valita menetelmäsuuntaukseksi laadullinen tutkimus, jossa haastatellaan pientä määrää asiakkaista perusteellisemmin esimerkiksi teemahaastattelun keinoin.

Määrällisessä tutkimuksessa tutkimusaineiston kerääminen, tutkimusaineiston käsittely sekä analysointi ja tulkinta ovat erillisiä vaiheita. Aineiston käsittely alkaa, kun kyselyllä, haastattelulla tai havainnoinnilla kerätty aineisto on saatu koottua. Aineiston käsittely tarkoittaa, että lomakkeilla saatu aineisto tarkistetaan, tiedot syötetään ja tallennetaan sellaiseen muotoon tietokoneelle, että sitä voidaan tutkia numeraalisesti käyttäen apuna taulukko- tai tilasto-ohjelmia. (Vilka, 2007)

Hirsjärven ym. (2007, s.136—137) mukaan kvantitatiiviset eli määrälliset ja kvalitatiiviset eli laadulliset lähestymistavat nähdään toisiaan täydentäviksi eikä niitä ole käytännössä helppoa erottaa tarkkarajaisesti toisistaan. He luonnehtivat mittaamisen sisältävän kaikilla tasoilla sekä kvalitatiivisen että kvantitatiivisen puolen ja muistuttavat numeroiden ja merkitysten riippuvan toisistaan vastavuoroisesti. Omassa tutkimuksessani näen etenkin sanallisten vastausten mahdollisuuden tuovan siihen kvantitatiivisen lähestymistavan lisäksi myös kvalitatiivisia piirteitä.

## 5.2 Kyselylomake aineistonkeruumenetelmänä

Toteutin kyselytutkimuksen yhteistyössä A-klinikkasäätiön Katuklinikka-hankkeen kanssa. Katuklinikka toimii kolmessa eri kaupungissa: Tampereella, Oulussa ja Helsingissä. Kussakin kaupungissa kenttätyötä tekee yksi työpari. Pidimme yhteisen palaverin maaliskuussa 2021, jossa kävimme läpi tutkimukseni tavoitteet ja menetelmät. Tutkimusluvan tutkimukselleni sain A-klinikkasäätiöltä huhtikuussa 2021.

Aineiston keräämisen menetelmäksi valitsin standardoidun kyselyn. Hirsjärvi ym. (2009, s. 193–195) määrittelevät standardoituuden sillä, että aineisto kerätään kaikilta vastaajilta täsmälleen samalla tavalla. Kyselytutkimuksen etuina he pitävät erityisesti sen tehokkuutta ja laajaa tutkimusaineistoa. Heikkoudeksi he mainitsevat aineiston pinnallisuuden, väärinymmärryksien mahdollisuuden sekä vastaamattomuuden eli kadon.

Psykososiaalisen tuen monitulkintaiset määritelmät toivat omat haasteensa kyselylomakkeen laatimiseen. Lähtiessäni selvittämään psykososiaalisen tuen merkityksellisyyttä, minun oli valittava ne psykososiaalisen tuen muodot, joiden perusteella halusin johtopäätöksiä tehdä. Kyselylomakkeeseen valitsemani tuen muodot perustuivat aiemmin käsiteltyyn tietoperustaan ja työkokemukseni tuomaan näkemykseen.

Yksilöllisen tuen kohdalla perustin valintani etenkin Tourusen & Pitkäsen (2010, 148) määritelmiin kuntoutumisen osa-alueista, johon kuuluvat esimerkiksi terveyteen, asumiseen, toimeentuloon ja ihmissuhteiden käsittelyyn liittyvä tuki. Käypä hoito -suosituksen (2018) mukaisista psykososiaalisista menetelmistä otin kyselylomakkeeseen mukaan mm. terapian eri muodot. Yhteisöllisistä kuntoutuksen muodoista valitsin kyselyyn sosiaalisten taitojen opetteluun sekä toiminnallisen tekemisen. Tätä valintaa tuki erityisesti Hyvärin & Nylundin (2010, s.29) perustelut yhteistoiminnan hyvinvointia tuottavasta ja terveyttä edistävästä vaikutuksesta. Aiemmat tutkimukset (Kotovirta, 2009; Front & Talvisaari, 2020; Kuronen, 2014) tukivat valintaani liittyen vertaistukeen sekä hengellisistä asioista keskustelemiseen. Kaikki valitsemani tuen muodot ovat nähtävissä kyselylomakkeesta (Liite 1).

Kyselylomakkeen lähetin sähköisenä Katuklinikka -hankkeen koordinaattorille, joka välitti sen sähköpostin liitteenä jokaiseen hankkeessa mukana olevaan kaupunkiin. Työntekijät

tulostivat kyselylomakkeita kenttäreppuihinsa ja keräsivät anonyymit vastauslomakkeet huhtikuun kahden viimeisen viikon aikana. Lomakkeet koottiin kaupungeittain ja lähetettiin minulle postitse. Kadulla kohdattavat ihmiset saattoivat olla muiltakin paikkakunnilta, kuin missä tutkimus toteutettiin. Tutkimukseni kannalta vastaajien kotipaikkakunnilla ei ollut merkitystä, joten sitä en erikseen kyselyssä tiedustellut. Sen sijaan kysyin, ovatko vastaajat kuntouttavassa vai haittoja vähentävässä hoidossa, koska halusin tarkastella myös sitä, ovatko tarpeet erilaisissa hoitomuodoissa yhteneväisiä. Otin huomioon kuitenkin sen, että asiakkaat eivät välttämättä tiedosta kummassa hoitomuodossa ovat.

Huumeita ongelmallisesti käyttävien nuorten määrä on Röngän ym. (2020) tutkimuksen mukaan kasvanut. Jotta voisin tarkastella eroavatko nuorten psykososiaalisen tuen tarpeet vanhemman ikäryhmän tarpeista, lisäsin kyselyyn kohdan, jossa osallistujat vastasivat ovatko he yli vai alle 30-vuotiaita. Tähän ikäjaotteluun päädyin nuorisolain määrittelemällä ikärajalla nuorista (Nuorisolaki 1285/2016).

Operationalisointi tarkoittaa teoreettisten ja käsitteellisten asioiden muuttamista sellaiseen muotoon, että tutkittava ymmärtää asian arkiymmärryksellään (Vilka, 2007, s. 36).

Kyselylomakkeeseen pyrin palastelemaan psykososiaalisen tuen terminä mahdollisimman pieniin osiin, joista pyysin kyselyyn vastaavien ihmisten valitsevan kolme itselleen kaikkein merkityksellisintä tuen muotoa. Jätin tilaa myös ehdotuksille, joita en ole osannut itse kyselyssä huomioida. Pyrin saamaan vastausvaihtoehtoja laajasti, jotta vastausten hajonta ei jäisi sen takia liian suppeaksi. Otin huomioon myös sen, että liian pitkään kyselyyn saattaa olla vaikea keskittyä. Lomakkeen ensimmäiseen versioon tein vielä korjauksia sen jälkeen, kun olimme käyneet sen läpi yhdessä Katuklinikka-hankkeen koordinaattorin kanssa.

Kyselylomakkeeseen laitoin saatteeksi tiedot tutkimuksen tekijästä, tarkoituksesta sekä siitä, että tutkimukseen vastaaminen oli vapaaehtoista, mutta myös suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Kyselylomakkeen loppuun lisäsin kohdan ”Sana on vapaa”, jotta vastaajilla oli mahdollisuus kertoa jotakin sellaista, mitä olin itse saattanut jättää huomioimatta. Tämän tutkimukseni kohdan voitaneen tulkita edustaneen laadullisen tutkimuksen menetelmiä.



### 5.3 Aineiston analyysi

Analyysivaihe on yksi tutkimuksen ydinasioista. Siinä tutkijalle selviää tutkimuskysymystensä vastaukset. Analyysivaiheessa tutkijalle voi myös selvitä miten kysymykset olisi oikeastaan pitänyt asettaa. (Hirsjärvi ym., 2009, s.221)

Aineiston keräämiseen määrittelin kahden viikon ajanjakson. Määritellyn ajankohdan jälkeen minulle palautui yhteensä 46 kyselylomaketta vastauksineen. Asetin tavoitteekseni 20—30 vastausta per kaupunki, joten jäin selvästi tavoitteeni alapuolelle. Tähän vaikutti osaltaan yhden työparin lomien osittainen sijoittuminen tutkimusajankohtaan, jolloin tutkimuspäivät jäivät aiottua vähäisemmiksi. Tiedostin jo tutkimusta suunnitellessani sen riskin, että kohderyhmän osallistaminen tutkimukseen saattaa olla haastavaa. Näihin em. seikkoihin nähden pidän tulosta kuitenkin melko hyvänä. Mahdollisesta tutkimusajankohdan pidentämisestä en nähnyt olevan tulosten kannalta vastaavaa hyötyä, koska kohtaamiset kadulla koostuvat pääsääntöisesti samoista ihmisistä ja uudet kontaktit ovat aina sattumanvaraisia.

Käytyäni aineiston läpi, jouduin pohtimaan vastausvaihtoehtojen onnistumista. Kyselylomakkeen ohjeistuksena oli vastata kolmeen itselle merkityksellisempään tuen muotoon. Rajaamalla ohjeistukseni vain kolmeen vaihtoehtoon pyrin välttämään sen, että vastaajat rastittavat kaikki vaihtoehdot. Merkityksellisyyttä pohtiessa vastaaja joutuisi sen sijaan keskittymään vaihtoehtoihin tarkemmin. Tämä ei kuitenkaan ollut vastausten perusteella ymmärrettävä kysymyksenasettelu, koska harvoissa lomakkeissa oli rastitettuna vain kolme vastausvaihtoehtoa. Tulkitsin kuitenkin, että vastaukset on annettu sen perusteella, mitkä vastaajat kokivat merkityksellisiksi tuen muodoiksi riippumatta rastien määrästä. Tutkimuskysymykseni puolesta rastien määrällä ei ollut merkitystä, joten en kokenut tarvetta hylätä näitä lomakkeita. Pohjaan tämän ratkaisuni Hirsjärven ym. (2009, s.221—222) tulkintaan virheellisten kyselylomakkeiden käytettävyydestä tutkimuksessa. Heidän mukaansa on tuhlausta hylätä paperit, joissa vastaaja on jättänyt esimerkiksi vastaamatta johonkin kyselyn osioon, mutta hänen voidaan katsoa muuten täyttäneen lomakkeen huolellisesti.

Yhtään lomaketta en joutunut hylkäämään. Tietojen tarkistamisen jälkeen lähdin järjestelemään tutkimuksessa saatua tietoa annettujen vastausten mukaisesti. Tein taulukon, johon kirjasin kyselylomakkeessa avatut psykososiaalisen tuen muodot. Keräsin palautuneista kyselylomakkeista eri vastausvaihtoehtojen alle vastaajien lukumäärät (Liite 2). Näin sain muodostettua määrällisten tulosten perusteella käsityksen siitä, mitkä psykososiaalisen tuen muodoista kyselyyn vastanneet ihmiset kokivat merkityksellisiksi. Analysoin vastauksia sekä kaikkien vastanneiden tulosten perusteella että erikseen kuntouttavassa korvaushoidossa olevien ja haittoja vähentävässä korvaushoidossa olevien vastaajien välillä. Lopuksi analysoin vastaukset vielä ikäryhmittäin.

Tutkimustuloksia tulkitessani pyrin selittävään lähestymistapaan, jossa käytetään Hirsjärven ym. (2009, s. 224) mukaan usein sekä tilastollista analyysiä että päätelmien tekoa. Tein oleellisimpia vastauksia havainnollistavat kuvat, jotta tuloksia voi tarkastella myös visuaalisesti. Päädyin tarkastelemaan tuloksia selkeyden vuoksi absoluuttisina lukuina vastaajien määrän mukaisesti, koska koin, että prosentit voivat sekoittaa ajatusta siitä, koskevatko ne osuutta vastaajista vai vastausvaihtoehtoista. Toiveet psykososiaalisen tuen tiheydestä kuvasin prosenttikaaviona, koska vastausvaihtoehtojen vähyyden vuoksi se tuotti mielestäni selkeän kuvan vastausten jakautumisesta. Kuvien lisäksi selitin vastaukset auki. Johtopäätöksissä keskityin lähinnä oleellisiin tuloksiin ja pyrin tarkastelemaan niitä teorian tiedon valossa.

#### **5.4 Tutkimuksen eettisyys, objektiivisuus ja luotettavuus**

Tutkimusetiikka voidaan määritellä hyväksi tieteelliseksi tavaksi, jota tutkijoiden tulee tutkimusta toteuttaessaan noudattaa (Vilkkä, 2007, ss. 89—91). Vilkkä mukailleen perustin oman tutkimukseni teon huolellisuuteen, tarkkuuteen ja rehellisyyteen. Pyrin kuvaamaan tutkimukseni etenemisen ja menetelmät mahdollisimman tarkasti. Tutkimus oli osallistujille täysin vapaaehtoinen ja heillä oli oikeus kieltäytyä tai vetäytyä tutkimuksesta.

Objektiivisuudella tarkoitetaan tutkijan puolueettomuutta. Tutkimuksen tulos on objektiivinen silloin, kun tutkija ei ole vaikuttanut tutkimustulokseen. (Vilkkä, 2007, s.13). Koska tutkimus tehtiin standardoitua kyselylomaketta käyttäen, näen, että tutkimukseni täytti objektiivisuuden kriteerit.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Hirsjärven ym. (2009, s.195) mukaan kyselytutkimuksen luotettavuuden arviointiin voidaan liittää vastausten lukumäärän lisäksi mm. arviot vastaajien suhtautumisen vakavuudesta tutkimukseen sekä vastausvaihtoehtojen onnistumisesta. Oman tutkimukseni otantamenetelmä oli sattumanvarainen näyte, jolloin tulokset olivat suuntaa antavia, eikä niistä voinut tehdä koko tutkimuksen perusjoukkoa koskevia päätelmiä. Arvioin vastaajien osallistuneen tutkimukseen kuitenkin vakavasti oman vointinsa, keskittymisensä ja ymmärryksensä puitteissa.

Vastausvaihtoehdot arvioin relevanteiksi ja ymmärrettäviksi, mutta mikäli tekisin saman kyselyn uudelleen, muuttaisin tämän kokemuksen perusteella kyselylomakkeen kysymyksen ja vastausvaihtoehtojen asettelua yksinkertaisemmiksi ja selkeämmiksi. Kysymyksessä 1 tarkoituksena oli valita kolme merkityksellisintä psykososiaalisen tuen muotoa koko listasta. Aihealueet pyrittiin erottelemaan selkeyden vuoksi toisistaan. Oletan, että aihealueiden erittely aiheutti kuitenkin epäselvyyttä siitä, tuliko vastaajien valita yhteensä kolme vaihtoehtoa kaikista tuen muodoista vai erikseen jokaisen otsikon alla olevista tuen muodoista. Kysymyksen 2 uskon olleen ymmärrettävä, sillä psykososiaalinen tuki oli avattu käsitteenä jo edellisessä kysymyksessä.

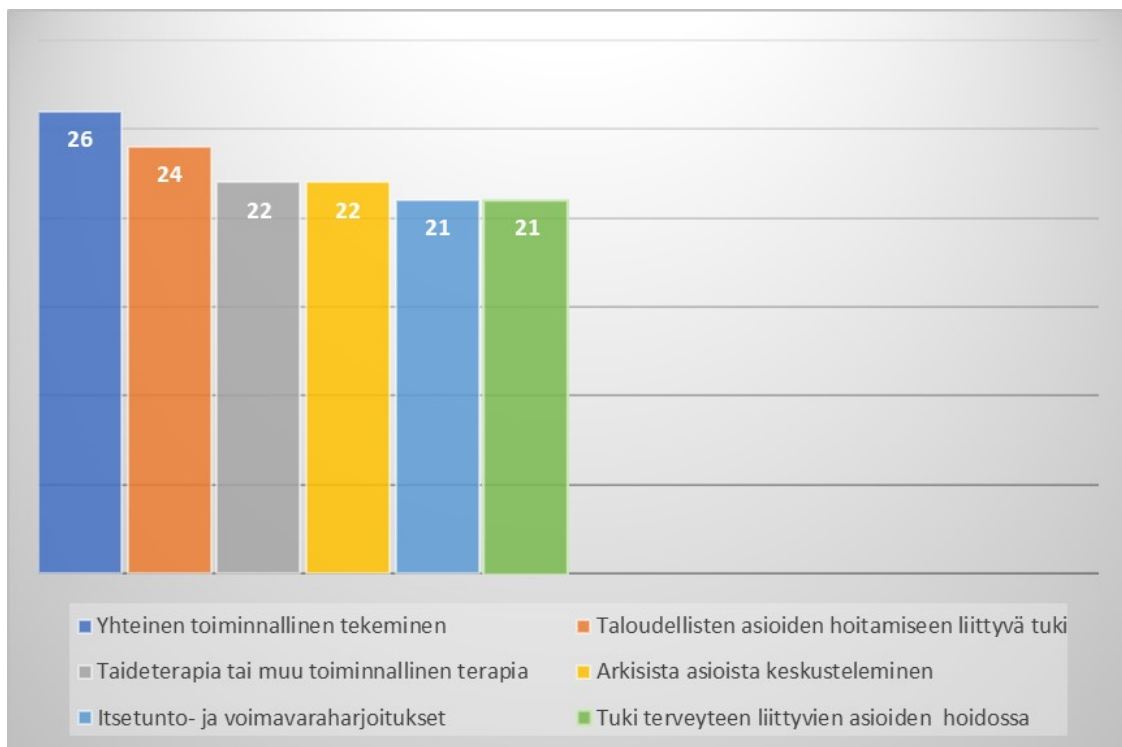
Tutkimusaineisto tulee arkistoida, jotta siitä voidaan myöhemmin tarvittaessa tarkistaa tai varmistaa tutkimusta koskevia seikkoja (Tietosuojavaltuutetun toimisto, nd.). HAMK (2020) ohjeistaa säilyttämään anonymisoidun aineiston ja opinnäytetyön toteuttamiseen liittyviä asiakirjoja vuoden ajan opinnäytetyön julkaisemisesta tietosuojasta ja tietoturvasta huolehtien. Tutkimukseni kyselylomakkeessa en kerännyt yhteystietoja enkä tunnistettavia henkilötietoja, joten erillistä anonymisointia ei tässä tapauksessa tarvittu.

## **6 Tutkimuksen tulokset**

Tutkimukseen osallistui yhteensä 46 ihmistä, joista 39 (85 %) ilmoitti olevansa miehiä ja 7 (15 %) naisia. Kyselylomakkeessa oli valittavissa yhteensä 20 psykososiaalinen tuen muotoa, joista vastaajat valitsivat itselleen merkityksellisimmät. Näitä valintoja tehtiin yhteensä 310, joten jokainen vastaaja valitsi keskimäärin 6–7 sopivinta vaihtoehtoa.

Tutkimuksen mukaan merkityksellisimmät psykososiaalisen tuen muodot korvaushoidossa olivat yhteinen toiminnallinen tekeminen, tuki taloudellisten asioiden hoitamisessa, arkisista asioista keskusteleminen sekä taide- tai muu toiminnallinen terapia. Seuraavaksi eniten toivottiin tukea terveyteen liittyvien asioiden hoidossa sekä itsetunto- ja voimavaraharjoituksia. Alla oleva kuva (Kuva 1) havainnollistaa tärkeimmät tuen muodot vastausmäärineen.

Kuva 1. Merkityksellisimmät psykososiaalisen tuen muodot

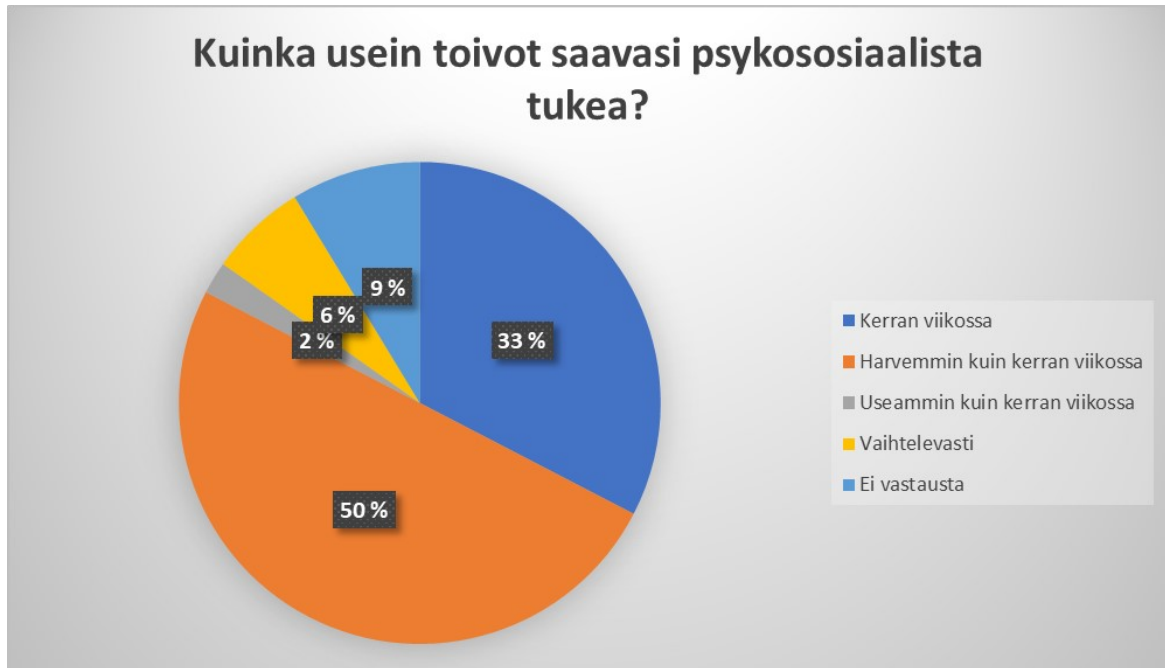


Kaikki kyselyyn valikoituneet psykososiaalisen tuen muodot tulivat valituiksi. Valinnat eri vaihtoehtojen kesken jakoutuivat melko tasaisesti. Vähiten merkityksellistä vastaajille tutkimuksen mukaan oli arkisten taitojen opettelu, joka oli valittuna vain kolmessa lomakkeessa. Seuraavaksi vähiten valintoja sai hengellisistä asioista keskusteleminen, jota piti tärkeänä seitsemän kyselyyn vastanneista.

Viikoittaista psykososiaalista tukea toivoi saavansa 15 vastaajaa ja 23 vastaajalle harvemmin kuin kerran viikossa tarjottava psykososiaalinen tuki oli riittävää. Yksi toivoi tukea useammin kuin kerran viikossa. Neljästä lomakkeesta puuttui vastaus tähän kysymykseen ja kolmessa

lomakkeessa tukea toivottiin vaihtelevasti, joko kerran viikossa tai harvemmin. Alla oleva kuva (Kuva 2) näyttää kuinka em. vastaajien määrät jakautuvat prosentuaalisesti.

Kuva 2. Toiveet psykososiaalisen tuen tiheydestä



Kyselylomakkeeseen oli mahdollista kirjoittaa myös omia ajatuksia ja terveisiä. Useassa vastauksessa aiheina olivat lääkärille pääsyn ja tukilääkityksen suhteen koetut haasteet. Eräessä vastauslomakkeessa pohdittiin sitä, että vaikka korvaushoito on hyvin toteutettu, niin kuntoutus on heikosti järjestetty. Vastaaja lisäsi vielä: ”Asiakkaan omasta aktiivisuudesta riippuu paljolti se, millaista tukea hän saa/ei saa. Opiattiriippuvainen tarvitsee mielekästä tekemistä ja vaihtoehdon huumepiireille, jotta toipuminen olisi mahdollista.”

Toiveita esitettiin myös ihmisten huomioimisesta yksilöinä. Yksi vastaajista toivoi, että myös haittoja vähentävässä hoidossa olisi mahdollisuus viikoittaisiin omahoitajakeskusteluihin. Yhdessä lomakkeessa ilmaistiin kiitollisuus korvaushoitoon pääsystä, jonka myötä elämä oli muuttunut parempaan suuntaan. Lisäksi lomakkeista löytyi seuraavanlaisia kommentteja:

”Tällaiset kyselyt ovat tarpeen!”

”Minun on vaikea puhua/pyytää keskustelua, siksi en osaa sanoa, tiedän että tarvitsen silti.”

”Olen vittuuntunut kun en saa apua eikä ymmärretä.”

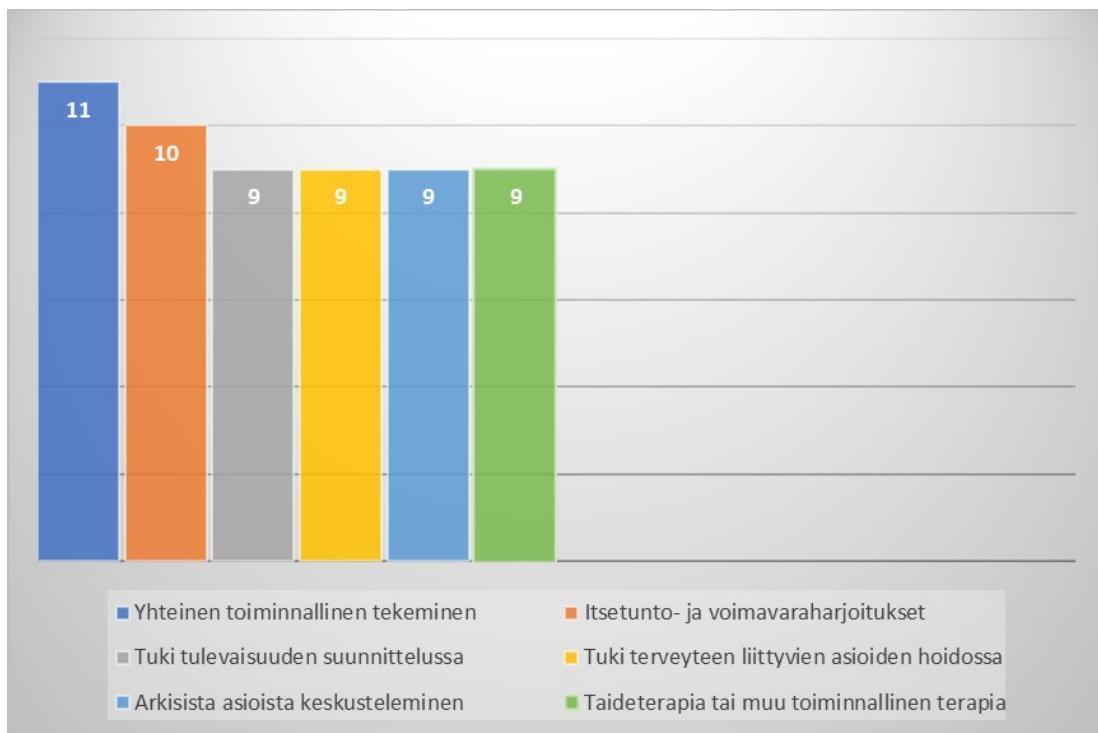
”Kaikki toiminta ja tekeminen ois hyvästä!”

”Voisi olla jotain toimintaa, vapaaehtoista, esim. jokin harraste?”

### 6.1 Tulokset kuntouttavan ja haittoja vähentävän korvaushoidon välillä

Vastaajista 18 (39 %) kertoi olevansa kuntouttavassa ja 28 (61 %) haittoja vähentävässä korvaushoidossa. Kuntouttavassa korvaushoidossa olevien merkityksellisimmiksi psykososiaalisen tuen muodoiksi nousivat yhteinen toiminnallinen tekeminen sekä itsetunto- ja voimavaraharjoitukset (Kuva 3). Tuki tulevaisuuteen liittyvien tavoitteiden luomisessa, tuki terveyteen liittyvien asioiden hoidossa, toiminnallinen terapia sekä arkisista asioista keskusteleminen jakoivat seuraavan sijan kuntouttavassa hoidossa olevien vastauksissa. Sen sijaan arkisten perustaitojen opettelua psykososiaalisen tuen tarpeena ei valinnut kukaan kyselyyn vastanneista.

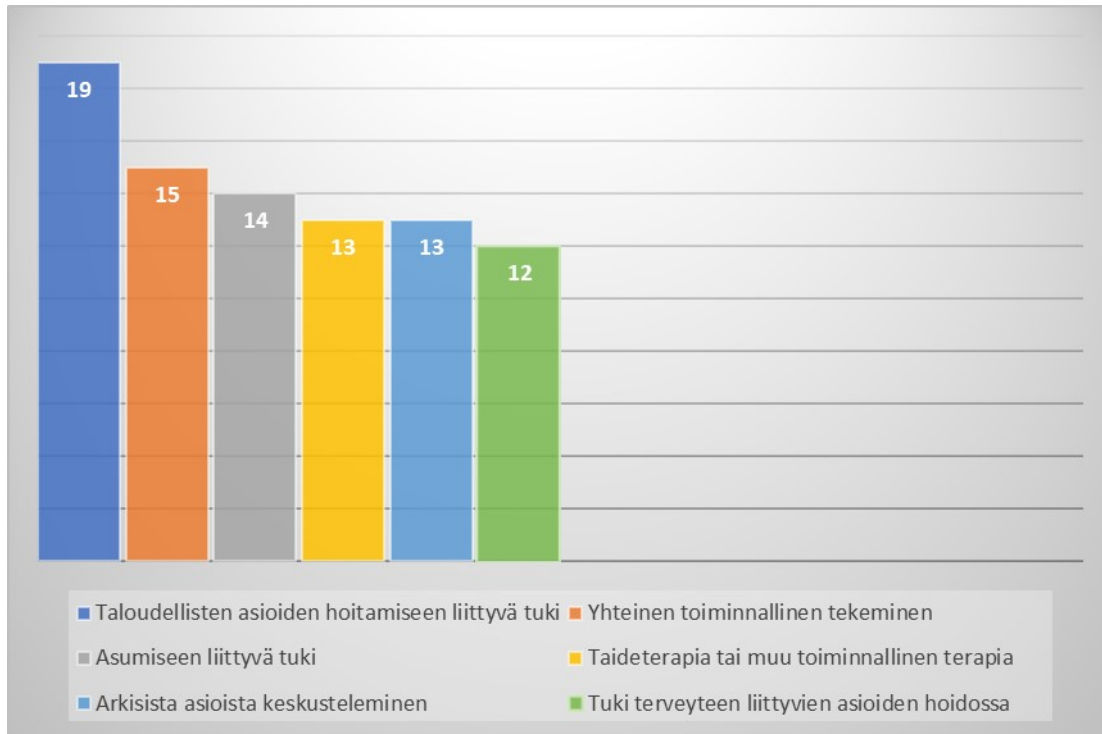
Kuva 3. Merkityksellisimmät psykososiaalisen tuen muodot kuntouttavassa hoidossa



Haittoja vähentävässä hoidossa olevat toivoivat tukea erityisesti taloudellisten asioiden hoitamisessa (Kuva 4). Seuraavaksi eniten toivottiin yhteistä toiminnallista tekemistä ja asumiseen liittyvää tukea, mutta myös toiminnallista terapiaa, arkisista asioista keskustelemista ja tukea terveyteen liittyvissä asioissa pidettiin tärkeinä psykososiaalisen

tuen muotoina. Haittoja vähentävässä hoidossa olevien ihmisten vastauksissa vähiten valintoja tehtiin niin ikään arkisten perustaitojen opetteluun.

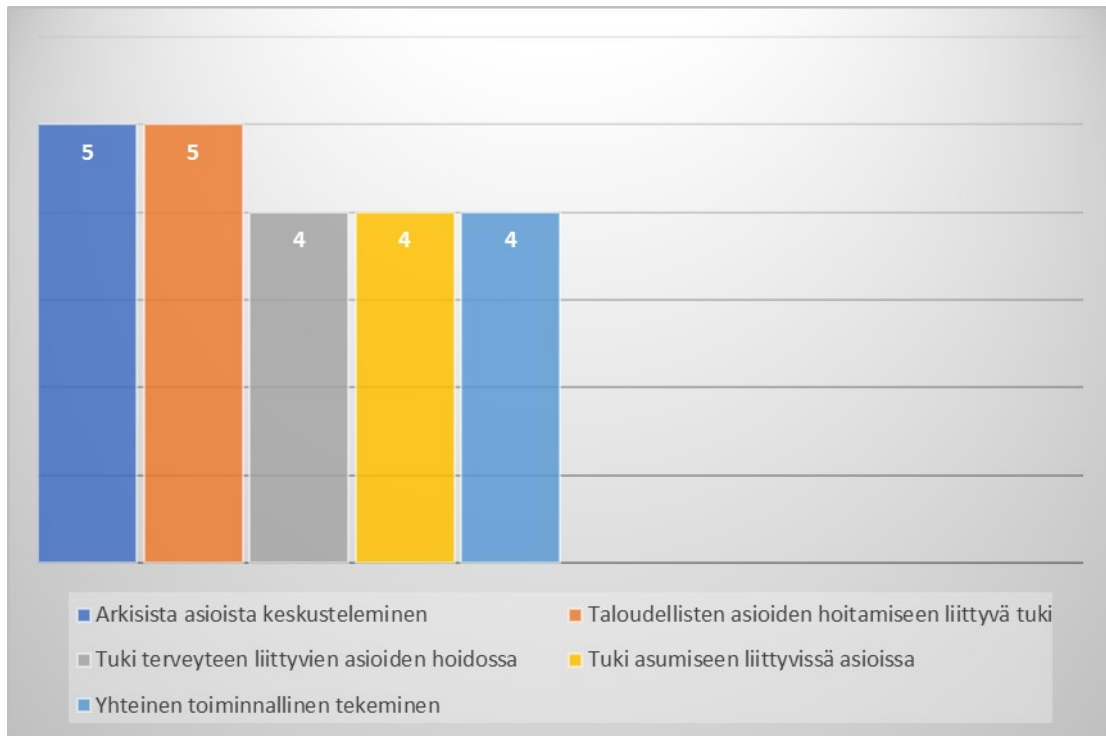
Kuva 4. Merkityksellisimmät psykososiaalisen tuen muodot haittoja vähentävässä hoidossa



## 6.2 Tulokset ikäryhmittäin

Alle 30-vuotiaita vastaajia oli 7 (15 %) ja 30-vuotiaita tai vanhempia 39 (85 %). Alle 30-vuotiaat vastaajat valitsivat merkityksellisimmiksi tuen muodoiksi taloudellisten asioiden hoitamiseen liittyvän tuen sekä arkisista asioista keskustelemisen (Kuva 5). Tämän jälkeen yhtä paljon valintoja tehtiin asumiseen liittyvän tuen, terveyteen liittyvien asioiden hoitamiseen liittyvän tuen sekä yhteisen toiminnallisen tekemisen välillä. Vähiten valintoja tehtiin kohtiin ”avointa keskustelua vertaistukiryhmässä” sekä ”tukea tulevaisuuteen liittyvien tavoitteiden luomisessa”.

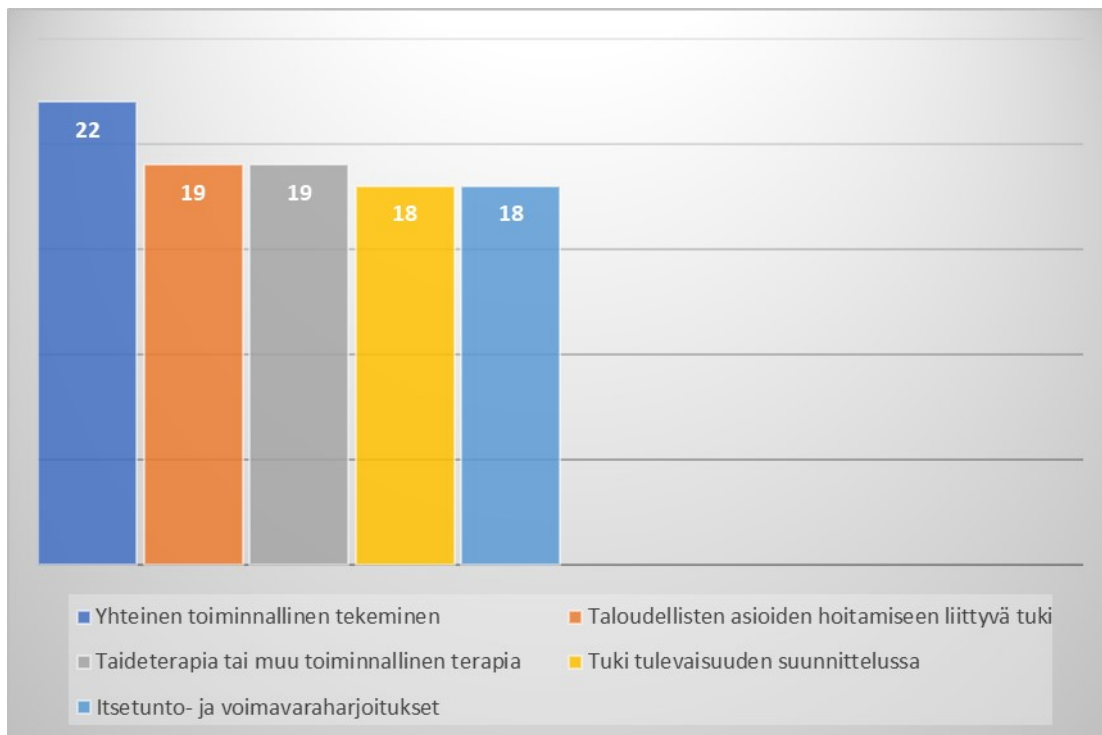
Kuva 5. Merkityksellisimmät psykososiaalisen tuen muodot alle 30-vuotiailla



Valtaosa vastaajista oli ylittänyt 30 vuoden iän. Heidän vastauksissaan esiin nousi etenkin yhteinen toiminnallinen tekeminen, tuki taloudellisten asioiden hoitamisessa sekä taideterapia tai muu toiminnallinen terapian muoto (Kuva 6). Seuraavaksi eniten toivottiin tukea tulevaisuuteen liittyvien tavoitteiden luomisessa sekä itsetunto- ja voimavaraharjoituksia. Tuen arkisten perusasioiden hoitamisessa oli valinnut vain yksi yli 29-vuotiaista vastaajista.



Kuva 6. Merkityksellisimmät psykososiaalisen tuen muodot yli 29-vuotiailla



## 7 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksen perusteella psykososiaalisen tuen eri muodot ovat asiakkaille merkityksellinen osa lääkkeellistä korvaushoitoa. Vastausten mukaan tärkeimmiksi tuen muodoiksi nousivat yksilöllinen tuki, erityisesti talouteen liittyvissä asioissa, arkisista asioista keskusteleminen sekä toiminnallinen tekeminen. Toiminnallisuuden merkitys ilmeni sekä yhteisen tekemisen että toiminnallisen terapian kautta. Myös itsetunto- ja voimavaraharjoitukset sekä tuki terveyteen liittyvien asioiden hoitamisessa koettiin merkityksellisiksi tuen muodoiksi. Vastausten hajonta ja se, että kaikkia vastausvaihtoehtoja valittiin, kertoo kuitenkin mielestäni siitä, ettei hoidon muotoja voi yleistää kaikille sopiviksi. Aivan kuten vapaassa palautteessa toivottiin, hoitomuotojen tulisi perustua yksilölliseen tarpeeseen.

Varsin merkittäviä eroja eri hoitomuodossa olevien välillä ei tutkimuksen mukaan ollut. Yhteinen tekeminen, toiminnallinen terapia, arkisista asioista keskusteleminen ja tuki terveyteen liittyvien asioiden hoidossa olivat kuuden tärkeimmäksi valitun vaihtoehdon joukossa molemmilla ryhmillä, hieman eri järjestyksessä. Oleellisen ero tuli näkyviin yksilöllisen tuen osalta. Kuntouttavassa hoidossa olevat kaipasivat itsetunto- ja

voimavaraharjoituksia sekä tukea tulevaisuuden suunnitteluun, kun taas haittoja vähentävässä hoidossa olevien tarpeet liittyivät taloudellisten asioiden hoitamiseen ja asumiseen liittyvään tukeen.

Alle 30-vuotiaiden ja yli 29-vuotiaiden vastaajien välillä erot tuen tarpeissa näyttäytyivät selkeämmin. Tuloksia tulkittaessa on kuitenkin otettava huomioon, että alle 30-vuotiaiden osalta hajonta vastauksissa oli vähäisen vastaajamäärän vuoksi todella pientä. Vastausten perusteella yhteinen toiminnallinen tekeminen ja tuki taloudellisten asioiden hoitamisessa oli tärkeää molemmille ikäryhmille. Eroavaisuudet tuen tarpeissa tulivat esiin siinä, että yli 29-vuotiaat pitivät edellä mainittujen lisäksi toiminnallista terapiaa, tukea tulevaisuuden suunnittelemisessa sekä itsetunto- ja voimavaraharjoituksia itselleen merkityksellisimpinä psykososiaalisen tuen muotoina. Sen sijaan alle 30-vuotiaiden vastaajien tuloksissa nousivat esiin tuki terveyteen ja asumiseen liittyvien asioiden hoitamisessa sekä arkisista asioista keskusteleminen.

Tutkimuksessa esiin tulleet oleelliset psykososiaalisen tuen tarpeet voidaan jaotella viiteen kategoriaan:

1. yhteinen toiminnallinen tekeminen
2. yksilöllinen tuki liittyen ihmisten perustarpeisiin (toimeentulo, terveys, asuminen)
3. mahdollisuus keskustella arkisista asioista
4. pidempi toiminnallinen terapia, esim. taideterapia
5. itsetunnon ja voimavarojen vahvistamiseen sekä tulevaisuuden suunnitteluun liittyvä tuki.

Merkityksellisimmiksi valittuja psykososiaalisen tuen muotoja voidaan tarkastella päihdekuntoutukseen liittyvän teorian pohjalta. Aiemmin mainitussa Mäkelän ym. (2019) tutkimuksessa tuli esiin, että korvaushoitopotilaiden elämäntilanne on ainakin jossain määrin muita opioidien käyttäjiä vakiintuneempaa. Tämä saattaisi selittää osaltaan sitä, ettei arkisten perustaitojen harjoittelulle nähdä suurta tarvetta. Sen sijaan arkisista perusasioista keskustelemisen tarpeellisuutta tukee mm. THL:n (2016) määritelmä tavallisesta ja tukevasta hoitosuhteesta psykososiaalisen tuen yleisimmän käytettynä muotona. Asumiseen ja taloudellisten asioiden selvittämiseen liittyvä tuki voidaan yhdistää vahvasti sosiaalityön

osaamisalueisiin. Tämä taas tukee mm. Hangasjärven (2020) tutkimustuloksia sosiaalityöntekijöiden merkittävästä roolista asiakkaiden psykososiaalisten tarpeiden käsittelijänä.

Mielenkiintoista oli huomata, että vastaajat kaipasivat keskusteluapua, mutta se halutaan kyselyn tulosten perusteella tehdä yksilöllisesti. Yhteisöllisyyden näkökulmaa vastausvaihtoehdoissa edusti yhteinen toiminnallinen tekeminen, joka nousi tutkimuksen perusteella kaikkein tärkeimmäksi psykososiaalisen tuen muodoksi. Yhteiseen tekemiseen olin laittanut esimerkeiksi retket ja taideprojektit. Hyväriä ja Nylundia (2010, s. 33) lainaten yhteisöllisten työmenetelmien ydintä ovat osallisuus, vaikuttaminen sekä valtautuminen yhteisössä ja yhteisön kautta. Yhteisöllisen toiminnallisen tekemisen lisäksi toiminnallisuus näyttäytyi tutkimukseni mukaan myös terapiassa. Noin puolet vastaajista oli valinnut taide- tai muun vastaavan toiminnallisen terapian itselleen merkitykselliseksi psykososiaalisen tuen muodoksi.

Vertaistukiryhmiä vastaajat eivät kokeneet tämän kyselyn perusteella niin tärkeäksi osaksi hoitoa kuin Kotovirran (2009) ja Frontin & Talvisaaren (2020) tutkimusten pohjalta oletin. Avoimen keskustelun vertaistukiryhmässä valitsi merkitykselliseksi tuen muodoksi 11 vastaajaa, joten tutkimukseni ei kumoa vertaistukiryhmien hyötyä, mutta pitää monia muita psykososiaalisen tuen muotoja vertaistukiryhmiä merkityksellisempinä.

Tarve hengellisistä asioista keskustelemiselle, verraten esimerkiksi Kurosen (2014) pro gradu -tutkielmaan, näyttäytyi omassa tutkimuksessani melko pienenä. Merkitykselliseksi tuen muodoksi sen valitsi seitsemän vastaajaa. Mielenkiintoiseksi asian tarkastelemisen tekee se, että Ylen (2021) mukaan kirkosta on viime vuosina eronnut noin 50 000 ihmistä vuodessa. Tämän myötä aloin pohtia yhteiskunnallisten muutosten vaikutusta hengellisen tuen rooliin päihdehoidossa. Voisiko sillä olla jotain yhteyttä? Tämä saattaisi toimia syvällisemmän jatkotutkimuksen kohteena.

Heikkilän (2014) mukaan kvantitatiivisen tutkimuksen avulla kartoitetaan yleensä olemassa olevaa tilannetta lukumäärien avulla, mutta syvällisempään ymmärrykseen ja toiminnan kehittämiseen tähdätään kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimuksella. Oma tutkimukseni haki vastauksia siihen, mitkä psykososiaalisen tuen muodot ovat korvaushoidon asiakkaille

kaikkein tarpeellisimpia valittujen vastausvaihtoehtojen lukumääriin perustuen. Vaikka tutkimukseni otanta oli määrällisesti melko pieni eikä tuloksia voi yleistää koskemaan kaikkia opioidiriippuvaisten korvaushoidossa käyvien ihmisten tarvetta, näen, että se antaa suuntaviivoja aiheen syvällisemmälle tutkimiselle. Tutkimustuloksista voidaan esimerkiksi päätellä, että korvaushoidossa käyvät ihmiset pitävät toiminnallisuutta tärkeässä roolissa omassa kuntoutusprosessissaan. Voisiko yhteisöllisen kuntoutuksen erilaisten toiminnallisten mahdollisuuksien kartoittamisesta olla tämän tutkimustuloksen valossa hyötyä? Kvalitatiivisen tutkimuksen avulla voitaisiin määritellä ja kehittää erilaisten tuen muotojen sisältöä asiakkaan arjen kontekstista käsin.

Teoriaperustaan ja tutkimuksessa todettuun psykososiaalisen tuen tarpeellisuuteen peilaten näen psykososiaalisen tuen kehittämisen vaativan myös moniammatillisen yhteistyön kehittämistä. Miten yhteistyötä voitaisiin kehittää niin, että korvaushoidosta saadaan kokonaisuus, jossa asiakkaat kokevat saavansa tarvitsemansa tuen? Onko terveydenhuollon ja sosiaalityön työnkuvia osana opioidiriippuvaisten korvaushoitoa vielä tarkoituksenmukaista selkeyttää? Kuinka hyvin verkostomaista osaamisen jakamista, sekä oman ammattiryhmän sisällä että moniammatillisesti, hyödynnetään arjessa oppimisen ohella? Ainakin nämä kysymykset nousivat esiin jatkotutkimusaiheita pohtiessani.

## 8 Pohdintaa

Päätyessäni opinnäytetyöni aiheeseen työskentelin vielä A-klinikkasäätiön Katuklinikka-hankkeessa. Minulla oli asiakkaiden ja median kautta luoma kuva siitä, mitä korvaushoitoprosessi pitää sisällään, mutta sen suuremmin en tähän hoitomuotoon ollut perehtynyt. Opinnäytetyöprosessini on siis toiminut oppimiskokemuksena itselleni vieraaseen ja sitä myötä hieman haastavaankin aiheeseen.

Alun perin suunnittelin tekeväni kvalitatiivisen tutkimuksen haastattelemalla pientä määrää kadulla kohdattavista korvaushoidon asiakkaista heidän psykososiaalisen tuen tarpeestaan. Siirtyessäni toisen työnantajan palvelukseen ja COVID-19-pandemian koettellessa arkeamme päädyin kuitenkin toteuttamaan tutkimukseni kvantitatiivisena tutkimuksena kyselylomaketta hyödyntäen. Hyödynsin myös mahdollisuudet yhteistyöhön Katuklinikka-hankkeen kanssa ja koin tämän onnistuneeksi metodiksi aineistokeruun osalta

Tietoperustaan tutustumisen kautta koin monia oppimisen oivalluksia. Pohdin alkuun esimerkiksi paljon sitä, painottuvatko tutkimukseni lähtökohdat sosiaalityön näkökulmasta liikaa terveydenhuollon palveluiden tarkasteluun. Tutkimukseni edetessä ymmärsin kuitenkin moniammatillisen yhteistyön merkityksellisyyden ja sosiaalityön vahvan roolin psykososiaalisen hoidon toteuttamisessa.

Lisäarvoa omalle työlleni koen saaneeni palveluiden käyttäjien osallistamisesta tutkimukseeni. Tätä lähestymistapaa voidaan tarkastella myös sosiaalipedagogisesti. Sosiaalipedagogiikalla tarkoitetaan ihmisten keskinäisen vuorovaikutuksen, yhteiselämän ja yhteisöllisyyden tarkastelua ja tukemista, ihmisen ja yhteiskunnan suhteen ymmärtämistä ja vahvistamista sekä yhteiskunnallisen huono-osaisuuden pedagogista kohtaamista, ehkäisemistä ja lievittämistä (Nivala & Rynänen, 2019, s. 16).

Työelämän kautta tullut kokemukseni on osoittanut huumeriippuvaisten ihmisten kohtaavan valtavaa eriarvoisuutta ja saavan osakseen hyvinkin epäoikeudenmukaista kohtelua yhteiskuntamme erilaisissa palvelujärjestelmissä. Pyrkimyksessäni saada heidän äänensä kuuluviin näen pienen palasen ”freireläisyyttä”. Paolo Freire (1921–1997) tunnetaan maailmakuuluna sosiaalipedagogisena ajattelijana, joka on todennut, että ”maailma ja ihmiset eivät ole olemassa toisistaan erillään vaan jatkuvassa vuorovaikutuksessa” (Freire, 2005, s. 52). Hänen eetoksenaan oli kasvatuksellinen kamppailu eriarvoisuutta, epäoikeudenmukaisuutta, hyväksikäyttöä ja sortoa vastaan. Freiren vapautuksen pedagogiikkana tunnetun menetelmänsä kulmakivi on maailmasta oppiminen erityisesti niiden kanssa, joiden ääni on tavalla tai toisella hiljennetty. (Nivala & Rynänen, 2019, s.79)

Sen lisäksi, että tutkimukseni on opettanut minulle paljon ja kehittänyt tutkivaa työtettäni, toivon, että se synnyttää mielenkiintoa aiheen jatkotutkimuksille ja kehittämistyölle. Se, ettei yksikään tutkimukseen osallistuneista palauttanut kyselylomaketta rasti ainoastaan kohdassa ”vain lääke riittää”, vastaa jo sinällään hyvin koruttomasti opinnäytetyöni otsikkoon. Ei, lääke ei korvaa psykososiaalista hoitoa.

## Lähteet

- Ahokas, T. & Haste, K. (2019). *Psykososiaalisen hoidon toteutuminen haittoja vähentävässä korvaushoidossa* [Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö, Hämeen ammattikorkeakoulu]. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2019061116472>
- A-klinikkasäätiö. (2020). *Katuklinikka*. <https://a-klinikkasaatio.fi/loyda-apua/katuklinikka>
- A-klinikkasäätiö. (n.d.-a). *Korvaushoito*. Verkko-Vinkki-hanke. Haettu 21.4.2021 osoitteesta <https://www.vinkki.info/terveyden-edistaminen/korvaushoito>
- A-klinikkasäätiö. (n.d.-b). *Opioidit*. Päihdelinkki. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/opioidit>
- Eräsaari, L. (2016). Yhteisösuhteille perustuva sosiaalityö. Teoksessa M. Törrönen, K. Hänninen, P. Jouttimäki, T. Lehto-Lundén, P. Salovaara & M. Veistilä (toim.), *Vastavuoroinen sosiaalityö* (ss. 109—126). Gaudeamus.
- Freire, P. (2005). *Sorrettujen pedagogiikka* (J. Kuortti, käänt.). Vastapaino. (Alkuperäinen teos julkaistu 1968).
- Front, T. & Talvensaari M. (2020). *”Elämässä ei ole ketään kenelle soittaa, joka ei käyttäisi” : Tampereen alueen korvaushoidon asiakkaiden oman vertaistukiryhmän tarve*. [Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö, Tampereen ammattikorkeakoulu]. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2020112924972>
- HAMK. (2020). HAMKin opinnäytetyön ohjeet. <https://www.hamk.fi/opiskelijan-ohjeet/opinnaytetyo/>
- Hangasjärvi, J. (2020). *Sosiaalityö terveydenhuollossa. Sosiaalityöntekijän rooli asiakkaan psykososiaalisten tarpeiden tunnistajana ja käsittelijänä*. [Kandidaatin tutkielma, Tampereen yliopisto]. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-202004284066>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (1997). *Tutki ja kirjoita*. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hyväri, S. & Nylund, M. (2010). Yhteisöllisiä työmenetelmiä syrjäytymisen voittamisessa. Teoksessa T. Laine, S. Hyväri & P. Vuokila-Oikkonen (toim.), *Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla* (ss. 29—48). Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Häkkinen, M., Putkonen, H., Kuikanmäki, O., Kurkela, S., Kuurne, K. & Riihimäki, K. (2018). *Opioidikorvaushoidon käytännön opas* (S. Halme, toim.). Mielenterveystalo. (Päivitetty 3/2020). <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/korvaushoito/Pages/default.aspx>
- Ihalainen, S. (21.7.2020). Nyt puhuvat Tampereen korvaushoidon kokeneet: ”Annettiin lääkkeitä naamaan ja sanottiin näkemiin” – Näin palveluntuottajat kommentoivat

- rajuja väitteitä. Päivitetty 28.7.2020. *Aamulehti*.  
<https://www.aamulehti.fi/tampere/art-2000007423148.html>
- Inkinen, M., Holmberg, J., Partanen, A., Kylmänen, P. & Saarinen, T. (2015). Päihdehoitotyö toimintana. Teoksessa A. Partanen, J. Holmberg, M. Inkinen, M. Kurki & S. Salo-Chydenius (toim.), *Päihdehoitotyö* (ss. 217—356). Sanoma Pro.
- Jokinen, A. (2016). Asiakkaan ja sosiaalityöntekijän suhde. Teoksessa M. Törrönen, K. Hänninen, P. Jouttimäki, T. Lehto-Lunden, P. Salovaara & M. Veistilä (toim.), *Vastavuoroinen sosiaalityö* (ss. 138—147). Gaudeamus.
- Jämsen, E. (6.3.2020). Opioidiongelma räjähtänyt käsiin: kovien huumeiden ongelmakäyttäjiä Suomessa enemmän kuin koskaan aiemmin. *Yle uutiset*. <https://yle.fi/uutiset/3-11244072>
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A., Ihalainen, J. (2009). *Kuntoutumisen mahdollisuudet*. WSOYpro.
- Komu, I., Latvanen, T., Salo-Chydenius, S. & Partanen, A. (2015). Päihdehoitotyön syventävää osaamista. Teoksessa A. Partanen, J. Holmberg, M. Inkinen, M. Kurki & S. Salo-Chydenius (toim.), *Päihdehoitotyö* (ss. 417—450). Sanoma Pro.
- Kopakkala, A. (2005). *Porukka, jengi, tiimi : ryhmädynamiikka ja siihen vaikuttaminen*. Edita publishing.
- Kotovirta, E. (2009). *Huumeriippuvuudesta toipuminen Nimettömien Narkomaanien toveriseurassa*. Tutkimus 10/2009. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos.  
<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085072>
- Kuronen, R. (2014) *Hengellisyyden merkitys päihdeongelmasta toipumiselle* [Pro gradu - tutkielma, Jyväskylän yliopisto]. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:juu-201510203423>
- Käypä hoito -suositus. (2018). *Huumeongelmaisten hoito*. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 19.5.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50041>
- Laitila-Ukkola, M. (2005). *Päihdehuollon näköinen sosiaalityö? Suomalaisen päihdehuollon sosiaalityötarinoita* [Lisensiaatin tutkimus, Lapin yliopisto].  
<https://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=ba9af765-fe4e-49ab-80a7-b1d8e866a502>
- Lantz, J. (2019). Huumeriippuvaisten hoidossa lääkkeet vievät ojasta allikkoon – miksi addiktin kykyä muutokseen ei tueta eikä raitistumiseen uskota? Mielipidekirjoitus. *Aamulehti*. <https://www.aamulehti.fi/lukijalta/art-2000007501061.html>
- Mäenpää, S. & Karttunen, N. (2017). *Opioidit*. A-klinikkasäätiö, Päihdelinkki.  
<https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/laakkeet/opioidit>

- Mäkelä, N., Partanen, A., Alho, H. & Kuussaari, K. (2019). *Miten opioidikorvaushoidossa olevat eroavat muista päihdeasiakkaista?* Tutkimus.  
<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/miten-opioidikorvaushoidossa-olevat-eroavat-muista-paihdeasiakkaista/#reference-15>
- Mäkelä, R. (2005/2020). *Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito*. (Päivittänyt K.Simojoki, 2010 & M. Partanen, 2020). A-klinikkasäätiö, Päihdelinkki.  
<https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeongelmien-hoito/opioidiriippuvuuden-laakkeellinen-vieroitus-ja>
- Mönkkönen, K. (2018). *Vuorovaikutus asiakastyössä*. Gaudeamus.
- Niemelä, P. (2016). Hyvinvoinnin edistäminen sosiaalityön eetosena. Teoksessa M. Törrönen, K. Hänninen, P. Jouttimäki, T. Lehto-Lundén, P. Salovaara & M. Veistilä (toim.), *Vastavuoroinen sosiaalityö* (ss. 97—108). Gaudeamus.
- Nivala, E. & Ryyänen, S. (2019). *Sosiaalipedagogiikka*. Gaudeamus.
- Partanen, A., Alho, H., Forsell, M., Kotovirta, E., Kuussaari, K., Mäkelä, N., Rönkä, S., Selin, J. & Vormaa, H. (2017). Opioidikorvaushoito on laajentunut ja monimuotoistunut. *Lääkärilehti* 72(50—52).  
<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/opioidikorvaushoito-on-laajentunut-ja-monimuotoistunut/>
- Pohjola, A. (2016). Sosiaalityön vastuu heikompaan asemaan joutuneista. Teoksessa M. Törrönen, K. Hänninen, P. Jouttimäki, T. Lehto-Lundén, P. Salovaara & M. Veistilä (toim.), *Vastavuoroinen sosiaalityö* (ss. 87—96). Gaudeamus.
- Rovaniemen kaupunki. (2014). *Opioidikorvaushoidon ohjeita*. Mielenterveys- ja päihdepalvelut/A-klinikka. [http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/hyvinvointihakusessa/pilotit-1/rovaniemi/liite\\_61\\_opioidikorvaushoidon\\_ohjeita](http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/hyvinvointihakusessa/pilotit-1/rovaniemi/liite_61_opioidikorvaushoidon_ohjeita)
- Rönkä, S., Ollgren, J., Alho, H., Brummer-Korvenkontio, H., Gunnar, T., Karjalainen, K., Partanen, A. ja Väre, T. (2020). *Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa vuonna 2017*. Tutkimus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim.  
<https://www.duodecimlehti.fi/duo15450>
- Salo-Chydenius, S. & Kurki, M. (2015). Asiakaslähtöinen kohtaaminen ja auttamismenetelmät. Teoksessa A.Partanen, J.Holmberg, M.Inkinen, M.Kurki & S.Salo-Chydenius (toim.), *Päihdehoitotyö* (ss. 163—188). Sanoma Pro.
- Saukkonen, A. (2010). *Lääke yksin ei riitä korvaushoidossa*. A-klinikkasäätiö, Tiimi-lehti 5/2010. <https://a-klinikkasaatio.fi/tiimi/1138/laake-yksin-ei-riita-korvaushoidossa>



- Simojoki, K., Pentikäinen, H., Fabritius, C. & Vuori, E. (2012). *Hukkaammeko korvaushoidon mahdollisuudet?* Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim.  
<https://www.duodecimlehti.fi/duo10483>
- STM 33/2008. *Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä.* <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2008/20080033>
- Särkelä, A. (2001). *Välittäminen ammattina.* Vastapaino.
- Särkelä-Kukko, M. (2009/2020). *Päihteidenkäyttö ja yhteiskunnallisen osallisuuden ongelmat.* A-klinikka-säätiö, Päihdelinkki. (Alkuperäinen julkaisu 2009).  
<https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihteet-ja-yhteiskunta/paihteidenkaytto-ja-yhteiskunnallisen-osallisuuden>
- THL. (2016). *Päihdehoidossa käytettäviä psykososiaalisia menetelmiä.* Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihdeongelmaisten-palvelut/paihdehoidossa-kaytettavia-psykososiaalisia-menetelmia>
- THL. (2018). *Terveyspalvelut.* Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos.  
<https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/palvelujarjestelma/terveyspalvelut>
- THL. (2021). *Päihdehuollon huumeasiakkaat 2019.* Tilastoraportti 4/2021. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202103096935>
- Tietosuojavaltuutetun toimisto. (n.d.). *Aineiston hävittäminen, anonymisointi tai arkistointi tutkimuksen päättyessä.* <https://tietosuoja.fi/aineiston-havittaminen-anonymisointi-tai-arkistointi-tutkimuksen-paattyessa>
- Tourunen, J. & Pitkänen, T. (2010). Opioidiriippuvaisten korvaushoito ja syrjäytymisen ehkäisy. Teoksessa T. Laine, S. Hyväri & P. Vuokila-Oikkonen (toim.), *Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla* (ss. 147–168) . Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Törrönen, M. (2016). Johdatus vastavuoroiseen sosiaalityöhön. Teoksessa M. Törrönen, K. Hänninen, P. Jouttimäki, T. Lehto-Lundén, P. Salovaara & M. Veistilä (toim.), *Vastavuoroinen sosiaalityö* (ss. 11–21). Gaudeamus.
- Vaattovaara, O. & Vartiainen, E. (2019). *Tampereen huumehoidon kynnykset ja oikeudenmukaiset laitostuntoutukseen pääsyn kriteerit* [Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö, Tampereen ammattikorkeakoulu]. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2019060515081>

Vilka, H. (2007). *Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet*. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Yle. (2021). *Kirkosta erottiin koronavuonna normaalia vähemmän – jäsenmäärä laski silti*.

<https://yle.fi/uutiset/3-11765871>

**Liite 1: Kyselylomake**

Tampere 05.04.2021

Hei!

Opiskelen Hämeen ammattikorkeakoulussa sosionomiksi. Teen opinnäytetyönäni tutkimuksen asiakkaiden tarpeesta psykososiaaliselle tuelle opioidiriippuvaisten korvaushoidon yhteydessä. Tutkimus antaa hoitoyksiköille viitteitä siihen, vastaavatko psykososiaalisen tuen muodot asiakkaiden tarpeita vai onko niissä kehittämisen tarvetta.

Toteutan opinnäytetyöni kyselytutkimuksena yhteistyössä A-klinikkasäätiön Katuklinikka-hankkeen kanssa Oulussa, Helsingissä ja Tampereella. Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Oheisen kyselylomakkeen täyttäminen ja palauttaminen Katuklinikan työntekijälle merkitsee kyselyyn osallistumiseen suostumista. Katuklinikan työntekijöiltä saa myös tarvittaessa apua kyselylomakkeen täyttämiseen. Heillä on vaitiolovelvollisuus antamistanne vastauksista.

Tutkimuksen tekemiseen on saatu asianmukainen lupa. Henkilötietoja en kerää, joten antamanne vastaukset käsitellään nimettöminä ja ehdottaman luottamuksellisesti. Kyselyyn vastaamiseen on aikaa huhtikuun 2021 loppuun asti. Opinnäytetyöni tullaan julkaisemaan Internetissä osoitteessa [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi).

Ystävällisin terveisin,

Katri Passila  
katri.passila@student.hamk.fi

## Psykososiaalinen tuki opioidikorvaushoidossa

### TAUSTATIEDOT

#### Ikä

- 18–29 vuotta
- 30 vuotta tai enemmän

#### Sukupuoli

- Mies
- Nainen
- Muu

#### Olen

- Kuntouttavassa korvaushoidossa
- Haittoja vähentävässä korvaushoidossa

# 1. Minkälaista tukea kaipaat lääkehoidon rinnalle? Rastita kolme sinulle merkityksellisintä tuen muotoa.

## Tukea:

- taloudellisten asioiden hoitamisessa (toimeentulotuki, eläke, työttömyysasiat, laskujen maksu)
- asumiseen liittyvissä asioissa
- mielekkään tekemisen löytämisessä
- arkisten perustaitojen opettelussa
- tunteiden käsittelyssä
- tulevaisuuteen liittyvien tavoitteiden luomisessa
- terveyteen (esim. C-hepatiitti, HIV) liittyvien asioiden hoidossa

## Muuta:

- arkisista asioista keskustelemista
- hengellisistä asioista keskustelemista
- ihmissuhteiden käsittelyä
- motivaatioharjoituksia
- itsetunto- ja voimavaraharjoituksia
- mahdollisuus oman tukiverkoston mukaan ottamiseen hoidossa/kuntoutuksessa
- mahdollisuus puhelintukeen -ja neuvontaan

## Yhteisöllinen tuki:

- avointa keskustelua vertaistukiryhmässä
- hoidollinen keskusteluryhmä
- sosiaalisten taitojen harjoittelua yhteisössä
- yhteistä toiminnallista tekemistä, esim. retket tai taideprojektit

## Terapian eri muodot:

- Pitkä psykoterapia
- Taideterapia tai muu vastaava toiminnallinen terapia

**Joku muu, mikä?**

---

**Ei mikään näistä, minulle riittää lääke**

## 2. Kuinka usein toivot saavasi psykososiaalista tukea korvaushoidossa?

- Kerran viikossa
- Useammin kuin kerran viikossa
- Harvemmin kuin kerran viikossa

**Sana on vapaa:**

---

---

---

---

---

---

---

Iso kiitos yhteistyöstä!

## Liite 2: Vastausten jakautuminen

<b>KAIKKI VASTAAJAT (46)</b>	
<b>Tukea:</b>	
taloudellisten asioiden hoitamisessa	<b>24</b>
asumiseen liittyvissä asioissa	19
mielekkään tekemisen löytämisessä	15
arkisten perustaitojen opettelussa	3
tunteiden käsittelyssä	13
tulevaisuuteen liittyvien tavoitteiden luomisessa	19
terveyteen (esim. C-hepatiitti, HIV) liittyvien asioiden hoidossa	<b>21</b>
<b>Muuta:</b>	
arkisista asioista keskustelemista	<b>22</b>
hengellisistä asioista keskustelemista	7
ihmissuhteiden käsittelyä	14
motivaatioharjoituksia	10
itsetunto- ja voimavaraharjoituksia	<b>21</b>
mahdollisuus oman tukiverkoston mukaan ottamiseen hoidossa/kuntoutuksessa	14
mahdollisuus puhelintukeen ja neuvontaan	15
<b>Yhteisöllinen tuki:</b>	
avointa keskustelua vertaistukiryhmässä	11
hoidollinen keskusteluryhmä	10
sosiaalisten taitojen harjoittelua yhteisössä	11
yhteistä toiminnallista tekemistä, esim. retket ja taideprojektit	<b>26</b>
<b>Terapian eri muodot:</b>	
Pitkä psykoterapia	13
Taideterapia tai muu vastaava toiminnallinen terapia	<b>22</b>

<b>H=Haittoja vähentävä korvaushoito, K=Kuntouttava korvaushoito (*Vastaajien määrä)</b>	<b>H (*28)</b>	<b>K (*18)</b>
taloudellisten asioiden hoitamisessa	<b>19</b>	5
asumiseen liittyvissä asioissa	<b>14</b>	5
mielekkään tekemisen löytämisessä	9	6
arkisten perustaitojen opettelussa	3	
tunteiden käsittelyssä	6	7
tulevaisuuteen liittyvien tavoitteiden luomisessa	10	<b>9</b>
terveyteen (esim. C-hepatiitti, HIV) liittyvien asioiden hoidossa	12	<b>9</b>
<b>Muuta:</b>		
arkisista asioista keskustelemista	13	<b>9</b>
hengellisistä asioista keskustelemista	4	3
ihmisuhteiden käsittelyä	8	6
motivaatioharjoituksia	7	3
itsetunto- ja voimavaraharjoituksia	11	<b>10</b>
mahdollisuus oman tukiverkoston mukaan ottamiseen hoidossa/kuntoutuksessa	7	7
mahdollisuus puhelintukeen ja neuvontaan	10	5
<b>Yhteisöllinen tuki:</b>		
avointa keskustelua vertaistukiryhmässä	5	6
hoidollinen keskusteluryhmä	4	6
sosiaalisten taitojen harjoittelua yhteisössä	7	4
yhteistä toiminnallista tekemistä, esim. retket ja taideprojektit	<b>15</b>	<b>11</b>
<b>Terapian eri muodot:</b>		
Pitkä psykoterapia	7	6
Taideterapia tai muu vastaava toiminnallinen terapia	<b>13</b>	<b>9</b>

<b>IKÄRYHMITÄIN</b> <b>(*Vastaaajien määrä)</b>	<b>Alle 30v.</b> <b>(*7)</b>	<b>30v. tai yli</b> <b>(*39)</b>
taloudellisten asioiden hoitamisessa	5	19
asumiseen liittyvissä asioissa	4	15
mielekkään tekemisen löytämisessä	2	13
arkisten perustaitojen opettelussa	2	1
tunteiden käsittelyssä	2	11
tulevaisuuteen liittyvien tavoitteiden luomisessa	1	18
terveyteen (esim. C-hepatiitti, HIV) liittyvien asioiden hoidossa	4	17
<b>Muuta:</b>		
arkisista asioista keskustelemista	5	17
hengellisistä asioista keskustelemista	3	4
ihmissuhteiden käsittelyä	3	11
motivaatioharjoituksia	3	7
itsetunto- ja voimavaraharjoituksia	3	18
mahdollisuus oman tukiverkoston mukaan ottamiseen hoidossa/kuntoutuksessa	3	11
mahdollisuus puhelintukeen ja neuvontaan	3	13
<b>Yhteisöllinen tuki:</b>		
avointa keskustelua vertaistukiryhmässä	1	10
hoidollinen keskusteluryhmä	2	8
sosiaalisten taitojen harjoittelua yhteisössä	3	8
yhteistä toiminnallista tekemistä, esim. retket ja taideprojektit	4	22
<b>Terapian eri muodot:</b>		
Pitkä psykoterapia	3	10
Taideterapia tai muu vastaava toiminnallinen terapia	3	19