

”KOKEMUKSESTA KEHITTÄJÄKSI”
ASIAKASKOKEMUSTEN KÄYTTÖ PÄIHDEPALVELUJEN
KEHITTÄMISESSÄ

Arja-Leena Laakso

Tiina Parviainen

”KOKEMUKSESTA KEHITTÄJÄKSI”

Asiakaskokemusten käyttö päihdepalvelujen
kehittämisessä

Arja-Leena Laakso

Tiina Parviainen

Opinnäytetyö, syksy 2013

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaalialan koulutusohjelma

Päihteet ja syrjäytyminen

Sosionomi YAMK

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ	4
ABSTRACT	5
1 JOHDANTO	6
2 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	8
3 ASIAKKUUS PÄIHDEPALVELUISSA	9
3.1 Palvelujen kehittyminen ja päihdeasiakkuus	9
3.2 Päihderiippuvuus	13
3.3 Päihdepalvelujen järjestäminen	15
3.4 Päihdepalveluiden nykytilanne	17
3.5 Itä-Suomen A-klinikka	20
4 ASIAKKAAN OSALLISUUS	22
4.1 Osallisuuden näkökulmia	22
4.2 Asiakaspalautteesta osallisuuteen?	26
5 TUTKIMUKSEN KULKU, LUOTETTAVUS JA EETTISYYS	29
5.1 Tutkimusmenetelmä	29
5.2 Tiedonkeruun menetelmät	30
5.3 Opinnäyteyön toteutus	32
5.4 Aineiston analyysi	37
5.5 Luotettavuus ja eettisyys	39
6 KOKEMUKSIA PÄIHDEPALVELUISTA JA RAITISTUMISESTA	42
6.1 Hoidon aloittamisen ongelmat	43
6.2 Päihdeasiakkaan kohtelu	44
6.3 Yksilöllisen hoidon tarve	48
6.4 Motivaatio raitistumisessa	50
6.5 Sosiaaliset suhteet ja selviytymiskeinot	55

7 OSALLISUUDEN KOKEMUS PÄIHDEPALVELUISSA	61
7.1. Valinnan vapaus hoidon aloittamisessa	61
7.2 Tiedon saaminen palveluprosessista	63
7.3 Mielipiteen ilmaiseminen	64
7.4 Toimintaan ja päätöksen tekoon osallistuminen	67
7.5 Osallisuus ja päätöksenteko kehittämistyössä	70
8. KEHITTÄMISTOIVEET	71
8.1 Kokemus kehittämisen lähtökohtana	71
8.2 Asiakkaan rooli kehittäjänä	74
8.3 Päihdepalveluiden kehittämistarpeet	75
9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	78
LÄHTEET	86
LIITE 1	96
LIITE 2	97
LIITE 3	98
LIITE 4	99
LIITE 5	100
LIITE 6	101
LIITE 7	103

TIIVISTELMÄ

Laakso Arja-Leena ja Parviainen, Tiina. "KOKEMUKSESTA KEHITTÄJÄKSI" Asiakaskokemusten käyttö päihdepalvelujen kehittämisessä. Helsinki, syksy 2013, 103 s., 7 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Sosiaalialan koulutusohjelma, Pääteet ja syrjäytyminen suuntautumisvaihtoehto, sosionomi (YAMK).

Opinnäytetyömme tavoitteena oli saada tuoda esille Itä-suomen A-klinikan asiakkaiden kokemuksia päihdepalveluista ja osallisuudesta palveluprosessissa sekä toiveita päihdepalvelujen kehittämiseksi heidän tarpeitaan vastaaviksi. Ajatuksena oli kehittää toimintatapa, jolla asiakkaiden asiantuntijuus saataisiin osaksi palveluiden kehittämistoimintaa.

Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus. Aineisto kerättiin yksilö- ja ryhmähaastatteluin: seitsemän yksilö- ja yksi viiden henkilön ryhmähaastattelu syksyn 2012 aikana. Haastattelumenetelmänä oli teemahaastattelu. Yksilöhaastatteluisissa käytimme haastattelurunkoa ja ryhmähaastattelussa yksilöhaastatteluista esille nousseita teemoja. Aineiston analysoimme aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä paitsi osallisuuden kokemukset, jossa käytimme teorialähtöistä sisällönanalyysiä.

Tulosten mukaan suurimmat ongelmakohdat päihdepalveluissa asiakkaan näkökulmasta olivat hoidon aloitus ja palvelusta toiseen siirtyminen. Toiveina olivat mm. yksilöllisempi hoito ja matalankynnyksen palvelut. Esille nousivat palvelujärjestelmän pirstaleisuus ja koettu eriarvoinen kohtelu. Haastateltujen osallisuuden kokemukset liittyivät omaan päätöksen tekoon, mielipiteen ilmaisuun sekä toimintaan osallistumiseen. Palvelujen kehittämisessä asiakkaat eivät kokeneet olevansa osallisina, mutta kehittäjän rooli nähtiin mahdollisena.

Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että Itä-Suomen A-klinikan asiakkaat kokivat hyvin samankaltaisia puutteita ja ongelmia päihdepalveluissa kuin aikaisemmissä tutkimuksissa on yleisesti todettu. Sinällään tämä tutkimus ei siis tuonut mitään uutta merkittävää tietoa palveluiden epäkohdista, mutta toisaalta vahvisti niiden olevan osittain samoja kuin aikaisemmin on yleisesti tuotu esille. Tämä työ kuitenkin tukee käsitystä, että kokemustiedon hyödyntäminen palveluiden kehittämisessä vaatii vielä paneutumista ja yhä uusien toimintatapojen kehittämistä. Tällainen toimintatapa voisi olla säännöllisesti toteutettava asiakkaiden ryhmähaastattelu kehittämistyön tukena. Tarvitaan kuitenkin paljon työtä, jotta palvelunkäyttäjät saataisiin aidosti osallisina mukaan kehittämistyöhön ja jopa päätöksentekoon.

Asiasanat: kokemustieto, asiakkuus, päihdeongelmat, päihdehuolto, osallisuus, kvalitatiivinen tutkimus

ABSTRACT

Laakso, Arja-Leena and Parviainen Tiina. "Developing with experience" Applying clients' experiences in service development. 113 p., 7 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2013. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Social Services, Intoxicants and Social Exclusion. Degree: Master of Social Services.

The purpose of this study was to find out how the clients of Eastern Finland A Clinic experience drug rehabilitation services and participation in service process.

This study is a qualitative study. The material was collected by interviewing. During the autumn 2012 seven individual interviews were conducted and one group interview including five clients. The interviewing method was theme interview and within individual situations frame interview was used. From the individual interviews the most important themes in individual interviews were used as discussion topics in the group situation. Analysis of the material was carried out mainly by data-driven content analysis. Theory driven or theory-guided content analysis was used with the theme of social participation.

The results of this study were that the choice of starting and shifting from one service to another were main problems. Individual treatment and low threshold services were requested. Fragmentation of the service system was brought into question several times as well as the unequal treatment of clients. Experiences of inclusion of the interviewees were related to decision making and expressing opinions and participating in the activities. There were no experiences of inclusion in services developing. On the contrary, the customers could see themselves as developers.

The study revealed that the clients of the A-clinic of eastern Finland experienced the very same problems and deficiencies in substance abuse services that were given in previous studies. Although, this study supports the understanding that developing the services with clients' experience still needs more entering into developing and new attitudes.

Keywords: experience of knowledge, client, problems with intoxicant, welfare for drug abusers, participation, qualitative study

1 JOHDANTO

Asiakkaiden mukaan ottaminen palveluiden kehittämiseen näyttää olevan tämän päivän muoti-ilmiö sosiaali- ja terveydenhuollossa (Toikko 2011,111). Asiakkaiden osallistumis- ja osallisuuspuhetta tuotetaan niin arkipäivän kuin kehittämissuunnitelmienkin tasolla. Kyseessä ei silti ole aivan uusi ajatus, sillä asiakkaiden mukaan ottaminen palveluiden suunnitteluun on ollut mukana jo 1990-luvun alkupuolelta hallituksen ohjelmissa. Viime vuosina asiaan on kiinnitetty enemmän huomioita, kun julkisen sektorin ei enää katsota selviävän yksin palveluiden tuottamisesta, vaan tarvitsee palveluiden kehittämiseen uudenlaisia ja monipuolisempia malleja. Asiaa voidaan tietysti katsoa siltäkin kannalta, ettei ole enää varaa kalliisiin ulkopuolisiin konsultteihin ja kehittämisessä on käännetty asiakkaiden asiantuntemuksen ja kokemuksen puoleen.

Opinnäytetyöhömmme liittyy valtakunnalliseen SOHVI-hankkeeseen, joka käynnistyi 1.3.2012. Hankkeen lähtökohtana on palveluiden kehittäminen keräämällä sosiaalialan asiakkaiden kokemustietoa hyvinvoinnista. Varsinkin kunnat ovat esittäneet tarvitsevansa tällaista tietoa, jotta palveluiden kehittämiseen saataisiin innovatiivisia ratkaisuja. Kuntapäätäjät ovat viestittäneet, että todellista tietoa ihmisten kokemasta hyvinvoinnista on vaikea saada. Hankkeen yhtenä tarkoituksena onkin palveluista kerätyn kokemustiedon liittäminen kuntien hyvinvointikertomuksiin. Myös uuden sosiaalihuoltolakiesityksen määrittelemän veloitteen vuoksi kokemustiedon kerääminen on perusteltua. Jatkossa kuntien on seurattava muun muassa asukkaiden sosiaalista hyvinvointia ja siihen vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin ja alueittain. (SOHVI-hanke 2012–2014; Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti 2012.)

Lähdimme mukaan SOHVI-hankkeeseen, koska meitä kiinnosti asiakkaiden näkökulman mukaan ottaminen palveluiden kehittämisessä ja erityisesti se voitaisiinko palveluiden käyttäjä nähdä myös palveluiden kehittäjän roolissa. Opinnäytetyömme lähtökohtana ja toimintaympäristönä on Sohvi-hankkeeseen osallistuvan Itä-Suomen A-klinikka säätiön tarve lähteä selvittämään asiakkaidensa kokemuksia ja näkemyksiä palveluista sekä niiden kehittämistarpeista. Keräämällämme tiedolla pyrimme hyödyttämään sekä A-klinikkasäätiön Itä-suomen

kokemuksia ja näkemyksiä palveluista sekä niiden kehittämistarpeista. Keräämällämme tiedolla pyrimme hyödyttämään sekä A-klinikkasäätiön Itä-suomen toimipistettä, että lisäämään päihdepalvelujen kokemustietokantaa SOHVI-hankkeessa.

Tässä opinnäytetyössä olemme haastatelleet seitsemää Itä-Suomen A-klinikan asiakasta heidän kokemuksistaan päihdepalveluista, raittiutta ylläpitävistä tekijöistä, päihdepalveluiden kehittämistarpeista sekä asiakkaiden osallisuuden kokemuksista niiden kehittämisessä. Yleisesti päihdehuollon epäkohtina pidetään nykyään resurssipulaa, järjestelmän pirstaleisuutta, palvelujen satavuutta ja hitautta sekä vastuutahojen epäselvyyttä ja yhteistyön ongelmia (Hakkarainen ym. 2012;108, 114–115). Päihdehuollon palvelujen kysynnän vuoksi erityisesti avopalveluissa asiakkaat joutuvat tänä päivänä jonottamaan ja Helsingin Sanomien haastattelussa tammikuussa 2013 päihdehuollon ammattilainen sanoo ”jonojen tulleen jäädäkseen” (Jäppinen 2013).

2. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tavoitteena on ensisijaisesti kuvata ja tuoda esille Itä-Suomen A-klinikan palveluja käyttäneiden asiakkaiden kokemuksia päihdepalveluista ja niistä tekijöistä jotka palveluprosessin aikana tukevat raittiutta. Meitä kiinnosti myös asiakkaiden kokemus osallistumisestaan omaan hoitoprosessin suunnitteluun ja toteutukseen sekä heidän ajatuksistaan päihdepalvelujen kehittämiseksi. Tarkoituksena on haastattelujen avulla nostaa palvelujen käyttäjien kokemustieto ja asiantuntijuus esille ja mahdollisesti osaksi jatkuvaa palveluiden kehittämistoimintaa.

Tutkimuskysymyksemme ovat

1. Millaisia kokemuksia asiakkaalla on päihdepalveluista sekä päihteettömyyden tuesta?
2. Millaisena asiakkaiden osallisuus palvelukokemuksissa näyttäytyy?
3. Millaisia toiveita asiakkaat esittävät päihdepalveluiden kehittämiseksi?

Tutkimuskysymyksillä pyrimme tavoittamaan päihdepalvelujen käyttäjien subjektiivisia kokemuksia sekä kokemusten kautta tullutta asiantuntijuutta. Tarkoituksena on, että opinnäytetyömme toimintaympäristönä toimivan A-klinikkasäätiön toimipiste pystyisi hyödyntämään tuloksia toimipisteen palveluiden kehittämistyössä sekä miettimään uudenlaista työtapaa asiakkaiden kokemusperäisen tiedon johdonmukaiseen ja jatkuvaan tuottamiseen. Opinnäytetyön avulla tavoitteenamme on lisäksi syventää omaa tietämystämme ja ammatillista osaamistamme nykyisestä päihteiden käytön tilanteesta ja siitä vastaavatko tämän päivän päihdepalvelut asiakkaiden tarpeita, näkemyksiä ja toiveita.

3 ASIAKKUUS PÄIHDEPALVELUISSA

Tässä luvussa käsittelemme lyhyesti päihdeasiakkuutta ja päihdepalveluiden kehittymistä yleisellä tasolla ja päihderiippuvuutta ilmiönä. Hieman tarkemmin käsittelemme A-klinikkasäätiön kehittymistä, koska opinnäytetyömme tutkimusympäristönä toimivat A-klinikka säätiön palvelut. Lopuksi luomme katsauksen päihdepalvelujärjestelmään ja sen nykytilaan. Mielestämme päihdeasiakkuuden ja päihdepalvelujärjestelmän historiaa on tarpeellista käydä läpi jonkin verran, koska ilman taustatietoa ei voida ymmärtää nykyisyyttä eikä tulevaisuuden haasteita. Sama koskee päihderiippuvuutta, sillä ilman siihen liittyviä pääajatuksia on hankala ymmärtää mitä päihdepalvelujärjestelmältä vaaditaan. Päihderiippuvuus taas päihdepalvelujärjestelmän ohella määrittää osaltaan päihdeasiakkuuden käsitettä.

3.1 Palvelujen kehittyminen ja päihdeasiakkuus

Päihdepalveluiden voidaan katsoa alkaneen jo vuonna 1888, jolloin Suomeen perustettiin ensimmäinen yksityinen alkoholistiparantola. Sen toiminta oli kuitenkin kannattamatonta ja vuonna 1914 alkoholistiparantola siirtyi raittiusjärjestön omistukseen. Päihdeongelmien lisääntyttyä voimakkaasti yhteiskunta pyrki lakkauttamaan alkoholin käytön säätämällä kieltolain, joka oli voimassa vuosina 1919–34. Pian lain säätämisen jälkeen huomattiin, ettei alkoholin lailla kieltämisellä näyttänyt olevan toivottua vaikutusta. Tästä syystä hallitus asetti komitean suunnittelemaan alkoholistihuollon järjestämistä. (Kaukonen 2000, 72; Vuorinen 2012, 119.)

Vuonna 1936 säädetyin alkoholistolain myötä alkoholismi määriteltiin lähinnä sosiaalisesti haitaksi. Lakia sovellettiin juoppoon henkilöön, joka oli ”vaarallinen itselleen tai muille, häiriköi ympäristöä sekä laiminlöi omansa tai läheistensä elatuksen, oli köyhäinhoidon tarpeessa tai tuli pidätetyksi päihtymyksensä vuoksi kolmasti vuoden kuluessa”. Juopottelusta kiinni jääneille seurasi huolto- toimenpiteinä muun muassa raittiusvalvontaa ja hoitoa valtion, kunnan tai yksi-

tyisten ylläpitämissä alkoholihuoltoloissa ja työlaitoksissa. Huoltotoimia toteutettiin usein tahdonvastaisin toimenpitein. (Kaukonen 2000, 72–73.)

Päihdepalvelut olivat 1930–1950 luvuilla pääosin valtion määrittelemää päihdepalvelupolitiikkaa. Tuolloin valtio järjesti ja kustansi laitoshoidon päihdeongelmallisille. Alkoholistolain myötä alkoholistien huolto siirtyi osaksi kunnallista huoltotoimintaa, jonka laituskustannuksista valtio vielä maksoi valtaosan. Pitkään päihdeongelmaisten hoito perustui työlaitospohjalta toimiviin laitoksiin, joissa hoitomuotoina olivat pääasiassa ruumiilliset työt. Laitokset olivat suurehkoja maatiloja, joissa oli muun muassa puusepän verstaita, pajoja, kutomoita ja karjanhoitoa. Vuoden 1961 laki päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huollosta säilytti edellisen lain perusteet pääosin ennallaan. Laissa korostettiin edelleen sosiaalihuollon vastuuta päihdehaittojen korjaamisessa ja laissa puhuttiin alkoholistien sijasta päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjistä. (Kaukonen 2000, 73; Vuorinen 2012, 122.)

Vähitellen kuntien ohella vapaaehtoiset organisaatiot alkoivat osallistua hoidon ja huollon toteuttamiseen. Ensimmäinen Anonyymien alkoholistien ryhmä perustettiin v. 1948, minkä jälkeen alkoi myös A-klinikkatoiminnan muotoutuminen. A-klinikkatoiminta kehitettiin Suomessa vastapainoksi valtion harjoittamalle holhous- ja kontrollikeskeiselle ja lakisääteiselle alkoholihuollolle. Entisten tahdonvastaisten toimenpiteiden vastapainoksi A-klinikalla hoitoon hakeutumisessa nimenomaan painotettiin vapaaehtoisuutta. Vapaaehtoisuus merkitsi jo tuolloin hoitoon tulijan valintaa ja vastuuta. Klinikatoiminnan periaatteena oli myös, että alkoholiongelmista kärsiviä tuli arvostaa ja kohdella ihmisinä. Tästä alkoi päihdehoidossa suuntaus, jossa asiakkaiden omaa näkemystä tilanteesta tulisi kuunnella ja kunnioittaa. (Ahonen 2005, 48–61; A-klinikkasäätiö 2009.)

A-klinikan toiminta laajeni nopeasti. Vuonna 1957 avattiin A-klinikat Lahteen, Tampereelle ja Turkuun. A-klinikkatoiminnalla voidaan katsoa olevan merkittävä vaikutus päihdeasiakkaiden avohoidon kehittymiseen. 1960-luvulle tultaessa yhteiskunnallinen keskustelu alkoi käyttää A-klinikoiden toimintaperiaatteista omaksuttuja vapaaehtoisuuden ja asiakaslähtöisyyden käsitteitä ja samalla päihdehoito monipuolistui. Toiminnan kehittymisen myötä vuonna 1969 perustettiin A-klinikoiden ensimmäiset katkaisuhuitoasemat, jotka saivat myös kan-

sainvälistä huomiota krapulanhoitokokeilujen vuoksi. (Ahonen 2005; 83, 159–166, 172–194; A-klinikkasäätiö 2009.)

A-klinikkasäätiön toiminta-ajatuksena oli 1970-luvun lopulla tuottaa yhteiskunnassamme täydentäviä päihdehuollon kehittämisen vaatimia kokeilu-, koulutus-, julkaisu- tiedotus- ja asiakasaloitteisuuteen perustuvia päihdehuollollisia palveluja julkisen tuen turvin sekä yhdessä valtion ja kuntien kanssa. Tänä päivänä A-klinikkasäätiön tehtävänä on säätiön valtuuskunnassa 23.11.2010 hyväksytyjen sääntöjen mukaan: ”... ehkäistä ja vähentää päihdeongelmia ja muita psykososiaalisia ongelmia tuottamalla päihdehuollon ja muita sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijapalveluja valtakunnallisesti, alueellisesti ja paikallisesti.” Lisäksi samaisessa valtuuskunnassa on tarkoituksen toteuttamisesta sovittu seuraavaa: ”Tarkoituksensa toteuttamiseksi säätiö muussa kuin liiketaloudellisessa tarkoituksessa perustaa ja ylläpitää toimintayksiköitä sekä harjoittaa hoito- ja kuntoutustoimintaa, ehkäisevää työtä sekä säätiön tarkoitusta palvelevaa tutkimus-, kehittämis-, koulutus-, viestintä-, julkaisu- ja muuta toimintaa. Tänä päivänä Suomessa on yli 70 A-klinikkaa tai vastaavaa yksikköä, joista 15 on A-klinikkasäätiön ylläpitämiä. (Ahonen 2005, 218–219; A-klinikkasäätiö 2009.)

Suomeen saapui 1960-luvun lopulla ensimmäinen huumeaalto. Tämä toi mukanaan asiakkaiden uudenlaiset tarpeet, joihin ei oltu osattu varautua. Huhtikuussa 1968 valtioneuvosto asetti huumausainekomitean selvittämään huumeidenkäytön laajuutta, esiintymismuotoja, haittavaikutuksia ja ehkäisymahdollisuuksia sekä mahdollisuuksia hoidon järjestämiseksi. A-klinikat vastasivat huumeongelmaan perustamalla nuorisoasemia. (Ahonen 2005; 83, 159–166, 172–194; A-klinikkasäätiö 2009.)

Kaukonen (2002,156) näkee huumehoidon kehittyneen neljässä eri vaiheessa. 1960-luvulla huumeapotilaat hoidettiin pääosin psykiatrisella osastolla. 1970-luvulla päihdehuollon sosiaaliterapeuttisessa vaiheessa nuoria huumeidenkäyttäjiä hoidettiin nuorisoasemilla ja pääosin avopalveluissa. 1980-luvun alkupuolella huumehoitopalveluja vähennettiin. Tuolloin huumeiden kokeileminen ja käyttö väheni, samoin palvelujen kysyntä ja osa palveluista lakkautettiin. Vuosikymmenen lopulla alkoi ideologisen vapautuksen aika. Silloin perustettiin budjettivaroja ja raha-automaattiyhdistyksen tuella uusia, pelkästään huumeiden käyttäji-

en hoitoon keskittyviä hoitoyksikköjä. Näkemykset hoidosta eriytyivät päihdehuollon erityispalveluista omaksutuista avohoitoon perustuvista sosiaaliterapian perinteistä.

Kuitenkin vielä 1990-luvun puolivälissä eriytyneet huumehoitopalvelut olivat edelleen suhteellisen harvinaisia. Vuoden 1990-luvun loppuvuosi ja 2000-luvun alkua voidaan pitää erikoistuneen huumehoidon laajentumisen aikana. Eri-tyisyksiköiden lukumäärä kymmenkertaistui, samoin laitospaikkojen lukumäärä ja palvelut monipuolistuivat. Opiaatteja käyttävien lääkehoitoa laajennettiin, terveysneuvontapisteitä ja muita matalan kynnyksen hoitomahdollisuuksia lisättiin. Huumehoitoihin erikoistuneet osastot yleistyvät muun päihdehuollon erityis-palvelujärjestelmän sisällä ja polikliinisia sekä laitospuotoisia erikoisyksiköitä pe-rustettiin. (Hakkarainen 2000, 17; Kaukonen 2002,156.)

Sosiaalihuollossa asiakkaan käsite on vakiintunut suomessa vasta 1970 – luvul-la. Aikaisemmin sosiaalihuollon historiassa on puhuttu mm. vaivaisista, köyhis-tä ja huollettavista. Kieltolain aikana vuosina 1919–32 juopuneita henkilöitä kut-suttiin jopa rikollisiksi. (Juhila 2006,19). Päihdeasiakkuus määrittyy paitsi asiak-kaan tarpeen kautta, myös päihdepalvelujärjestelmän kautta. Hietalan (2013, 18) mukaan asiakkuus käsitteenä on usein jollakin tavalla sidoksissa palvelujär-jestelmään tai ainakin asiakkaan ominaisuuksia tai asiakaskriteereitä tutkitaan suhteessa palvelujärjestelmään. Omassa arkitodellisuudessaan päihteitä käyt-tävä henkilö ei varmastikaan koe olevansa asiakas vaan määrittyy siksi vasta, kun hakeutuu palvelujen piiriin.

Järjestelmän kannalta päihdehuollon asiakkuus viestittää muulle järjestelmälle, että kyseinen henkilö soveltuu päihdepalveluun ja on oikeutettu saamaan palve-lua. Järjestelmä tulkitsee asiakkaan tilanteen päihteiden haitallisen käytön kri-teerein ja palvelujärjestelmän tarjolla olevien hoito- ja kuntoutuspalvelujen poh-jalta. Palveluprosessissa asiakas nähdään usein työskentelyn kohteena. Kun asiakas on kohde, häntä ei voida nähdä subjektina. Tämä asetelma viestittää, että asiakkaan asemaa ei välttämättä tarvitse tutkia ja kehittää. Käytännössä tässä tilanteessa työntekijä voi puhua asiakkaan puolesta, mutta samalla sivuut-taen hänet. Palvelut voivat olla sekä tukea ja helpotusta antavia, mutta toisaal-ta myös siihen voi sisältyä selviytymistä heikentäviä elementtejä. Asiakasta voi-

daan samanaikaisesti kunnioittaa ja samalla epäillä, häneen luotetaan ja hänelle osoitetaan epäluottamusta, hänen arvoaan korostetaan tai kohdellaan välinpitämättömästi. (Hietala 2013, 19.)

Myös Payne (1997, 19) käsittää asiakkuuden käsitteen määrittävän yksilön ominaisuuksien, esimerkiksi ongelmatilanteen kautta. Ongelma edellyttää hänen mukaansa toimenpiteitä sen poistamiseksi ja nämä yhdessä muodostavat asiakkuuskäsitteen. Tutkittuamme kirjallisuutta emme löytäneet käyttökelpoisempaa ja kuvaavampaa ilmaisua kohderyhmällemme kuin päihdeasiakkuus. Siksi päädyimme käyttämään opinnäytetyössä haastateltavista käsitettä päihdeasiakas, vaikka tässä asiakkuudessa erityisesti toteutuu se, että asiakas on ongelmankantaja. Tällöin hän myös yksilönä määrittyy kielteisestä näkökulmasta ja asiakas luokitellaan tiettyyn ongelmaisten ryhmään. Vaarana on se, että yksilöllisyys häviää, mikä osaltaan asettaa haasteen yksilöllisen päihdetyön tekemiselle. (Pohjola 1993, 63.)

3.2 Päihderiippuvuus

Päihdeasiakkaaksi käsitetään siis henkilö, joka käyttää väärin päihdyttäviä aineita. Näitä aineita ovat lailliset tupakka ja alkoholi sekä laittomat, huumausainelaisissa määritellyt huumeet: opioidit, kannabinoidit, rauhoittavat ja unilääkkeet sekä muut psyykkisiin toimintoihin vaikuttavat lääkeaineet, kokaiini ja muut piristeet sekä hallusinogeenit. Nykyisin huumausaineiksi luokitellaan myös niin kutsut muuntohuumeet, joita tulee luokituksen piiriin jatkuvasti uusia. Myös liuotinaineita käytetään päihtymystarkoituksessa. (Huumausainelaki 2008.)

Päihteistä tupakka ja alkoholi ovat laillisia päihteitä. Alkoholin käyttö voi olla myös haitatonta eli kohtuukäyttö, mutta sen ongelmakäytön eri muotoja ovat alkoholin riskikäyttö, alkoholin haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus. Alkoholin haitallisessa käytössä henkilö on jo saanut alkoholin aiheuttamia fyysisiä tai psyykkisiä haittoja, mutta ei vielä riippuvuutta. Alkoholiriippuvuus on oireyhtymä, jonka tyypillisiä piirteitä ovat muun muassa juomisen pakonomaisuus, vieroitusoireet, toleranssin kasvu ja juomisen jatkuminen haitoista huolimatta. Päihdeiden, kuten huumeiden väärinkäytön ei aina katsota olevan ongelmakäyttöä.

Huumeiden kohdalla puhutaan kokeilu- tai viihdekäytöstä eikä tämä aina johda aineiden haitalliseen käyttöön tai riippuvuuteen. (Aalto 2010,9–10; Seppä 2012, 8.)

Päihteiden ongelma- tai väärinkäyttäjistä puhutaan yleisesti päihdeongelmaisina eikä päihteiden haitallista käyttöä välttämättä nähdä sairautena, vaan itse aiheutettuna tilana. Yhä enemmän kuitenkin puhutaan päihderiippuvuuksista tai addiktioista. Päihderiippuvuuden ICD-10 tautiluokituksen mukaiset kriteerit määriteltiin vuonna 1995. Siinä päihderiippuvuus luokitellaan kuuluvaksi erilaisten päihteinä käytettyjen aineiden ja lääkkeiden aiheuttamaksi elimelliseksi aivooireyhtymäksi ja käyttäytymisen häiriöksi. ICD-luokituksessa määritellään alkoholiriippuvuuden kriteerit ja huume- ja lääkeriippuvuuden kriteerit erikseen. (Ruisniemi 1997, 8-9.)

Päihde- tai huumeriippuvuudelle on ominaista, että se voi olla fyysistä, mutta myös samaan aikaan psyykkistä. Kun riippuvuudesta puhutaan sairautena, se on pitkään jatkunut tila ja tyypillistä sille on päihteen toleranssin eli sietokyvyn kasvu ja pakottava tarve päihteen käyttöön. Lisäksi käyttäjä ei pysty olemaan ilman päihdettä. Teesson, Hall, Proudfoot ja Degenhardt (2012) määrittää päihteiden käytön olevan riippuvuutta silloin, kun kolme tai useampi seuraavaksi esitetystä tekijöistä esiintyy milloin tahansa saman 12 kuukauden periodin aikana.

1. Päihteiden käytön tarve lisääntyy tai käytetyn päihteen määrä kasvaa halutun vaikutuksen aikaansaamiseksi tai sen vaikutus pienenee merkittävästi samansuuruisen päihteenkäytön yhteydessä.
2. Kullekin päihteelle ominaiset vieroitusoireet tulevat esiin tai päihteen käyttö lisääntyy vieroitusoireiden helpottamiseksi.
3. Päihteen suurempien annosten käyttäminen tai päihteen käytön jatkaminen pidempään kuin oli tarkoitus.
4. Voimakas tai pakonomainen halu käyttää päihdettä tai epäonnistuneet päihteen käytön lopettamisyritykset.
5. Ajankäytöstä suuri osa kohdistuu päihteen käyttämiseen, päihteiden hankkimiseen tai päihteen käytön vaikutuksista toipumiseen.

6. Sosiaalinen elämä, koulu, työ tai muut arkielämän normaalit kuvot jäävät vähemmälle tai niistä luovutaan päihteiden käytön vuoksi.
7. Päihteiden käyttö jatkuu huolimatta sen aiheuttamista fyysisistä, terveydellisistä, sosiaalisista tai psyykkisistä haitoista.

(Teesson ym. 2012, 9-10; Kiianmaa 2012, 29–30.)

Teoksessa Addictions riippuvuuden syntymisen mekanismia kerrotaan tutkitun monen eri tieteenalan näkökulmasta. Pääajatuksena teoksessa kuitenkin nähdään, että päihteet vaikuttavat aivotoimintaan ja ne muuttavat välittäjäaineiden toimintamekanismeja jatkuvan päihteiden käytön seurauksena. Päihteiden käyttö vaikuttaa esimerkiksi aivojen mielihyväjärjestelmään, ne tuottavat ja vahvistavat mielihyvän kokemusta. Muita selittäviä tekijöitä ovat tutkimusten mukaan muun muassa geneettiset tekijät, ympäristötekijät ja psykologiset, psykososiaaliset ja neurologiset tekijät. Kullakin päihdeellä on sille ominaiset vaikutusmekanisminsa ja näin käyttäjät ja heidän ongelmansa eroavat toisistaan. (Teesson ym. 2012, 35–48.) Tätä taustaa vasten näkemyksemme on, että eri päihteitä käyttävien hoito- ja kuntoutus tulisi räätälöidä kunkin yksilön tilanteen mukaisesti. Riippuvuus on monitahoinen sairaus ja sen hoitaminen nykyisessä palvelujärjestelmässä on haasteellista. Siksi päihteitä käyttäneiden kokemusta ja ääntä tulisi kuunnella kehitettäessä tulevaisuuden päihdepalvelujärjestelmää.

3.3 Päihdepalvelujen järjestäminen

Päihdepalvelujen päätarkoituksena on päihteiden ongelmakäytöstä johtuvien haittojen ehkäiseminen ja vähentäminen sekä päihdeongelmista kärsivien ihmisten terveyden ja toimintakyvyn edistäminen. Nykyään palvelut ovat avohoitopainotteisia ja pyrkimyksenä on järjestää palvelut matalankynnyksen periaatteella. Lähtökohtana hoitoon hakeutumisessa on yleensä omaehtoisuus. Avohoidon palvelut ovat yleensä maksuttomia tai niistä peritään asiakasmaksu. Pitkäaikaisiin hoitoihin, kuten laitoshoidoihin saatetaan tarvita maksusitoumus sosiaalitoimesta. (Holmberg 2010,24.)

Päihteiden käytön ehkäisemiseen ja niiden käyttöön sekä käytön mukanaan tuomiin haittoihin, niin yksilö- kuin yhteiskuntatasolla, pyritään vaikuttamaan Suomessa lainsäädännön avulla. Lakien lisäksi päihdepalvelujen järjestämistä koskevat useat asetukset ja suositukset, jotka antavat päihdehuollolle tavoitteita ja suuntaa kehittämistyölle. Esimerkiksi päihdepalvelujen järjestämistä määrittelee päihdepalvelulaki, joka määrittää päihdepalvelujen järjestämisen kuntien vastuulle. Kuntien tehtävänä on varmistaa, että tarjolla on riittävästi ja tarvetta vastaava määrä lakisääteisiä palveluja. (Laitila 2010, 35). Lakien avulla kansalaisia pyritään ohjaamaan terveellisiin elämäntapoihin, turvaamaan lapsen turvallinen kasvu ja kehitys, jos vanhemmat käyttävät haitallisesti päihteitä. Laeissa säädetään myös huumausainetestien käyttämisestä ja hoitoon ohjauksesta työelämässä. Tällaisia päihdepalveluita ja päihteitä koskevia lakeja ovat muun muassa:

- Sosiaalihuoltolaki (1982/710)
- Raittiustyölaki (1982/828)
- Päihdehuoltolaki (1986/41)
- Mielenterveyslaki (1990/1116)
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785)
- Perusopetuslaki (1998/628)
- Suomen perustuslaki (1999/731)
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812)
- Työterveyshuoltolaki (2001/1383)
- Lastensuojelulaki (2007/417)
- Huumausainelaki (2008/373)
- Terveystieteidenhuoltolaki (2010/1326)

Vaikka lait, asetukset ja suositukset määrittävät palvelujen järjestämistä, tarjottujen päihdepalvelujen määrään vaikuttavat myös kulloinkin vallitsevat taloudelliset suhdanteet. Esimerkiksi 1990-luvun laman seurauksena palvelutarjontaa supistettiin. Varsinaiset leikkaukset toteutettiin kuitenkin vasta noususuhdanteen oloissa, kun sekä valtio että kunnat vähensivät sitoutumistaan palvelujen ylläpitoon. Kunnat purkivat kolmanneksen omasta päihdehuollon erityispalvelu-

kapasiteetistaan 1990-luvun jälkipuoliskolla ja palveluja järjestettiin uudestaan ja kunnat ostivat yhä enemmän palveluita yksityisiltä. (Kaukonen 2002, 154.)

Nykyinen päihdepalvelujärjestelmämme koostuu yleisistä sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluista sekä päihdehuollon erityispalveluista ja tarvittaessa erikoissairaanhoidon palveluista. Yleisillä peruspalveluilla tarkoitetaan paikkoja, joissa päihdeongelmia hoidetaan kaikenlaisten muiden terveydellisten ja sosiaalisten ongelmien rinnalla. Tällaisia palveluja ovat esimerkiksi terveyskeskukset, työterveyshuolto, neuvolat, opiskelijaterveydenhuolto ja laitospalveluina yleisiä palveluja ovat terveydenhuollon vuodeosastot ja asumispalvelut. (Partanen & Holopainen 2012, 77–79.)

Päihdehuollon erityispalveluja tarjoavat esimerkiksi A-klinikat ja nuorisoasemat, terveysneuvontapisteet, päiväkeskukset ja päihdepsykiatriset yksiköt. Palveluina järjestetään avohoitoa, katkaisu- ja vieroitushoitoa laitoksessa, kuntouttavaa laitoshoidoa, kuntouttavia asumispalveluja, matalan kynnyksen palveluita kuten ruiskujen ja neulojen vaihtopisteitä, erikoissairaanhoidoa huumeasiakkaille, opi-aattiriippuvaisten korvaushoitoa ja hoitoa muille huumeiden käyttäjille. (Varjonen, Tanhua, Forsell & Perälä 2012, 68–71; Mäkelä & Aalto 2010, 46,48)

Nykyisellään päihdekuntoutusjärjestelmän katsotaan rakentuvan akuuteista hoitotoimista kuten avo- ja laitospalveluista ja vieroituksesta, päihdepsykoosivaiheen psykiatrisesta hoidosta ja päihdepsykiatrisesta sairaalahoidosta. Aktiivisia kuntoutusohjelmia ovat muun muassa myllyhoito, kognitiiviset yhteisöhoitolliset laitoshjelmat ja laitospalveluohjelmat, A-klinikkahoito, laitosintervallijaksot. Avokuntoutuksessa päihdekuntoutusmuotoja ovat A-klinikkaterapia, vertaistukea edustavat anonyymit alkoholistit ja anonyymit narkomaanit sekä A-kilta ja vielä kuntouttavat päiväkeskusohjelmat. (Aalto-Mattila 2009, 30.)

3.4 Päihdepalveluiden nykytilanne

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportin mukaan päihdehoidossa on tällä hetkellä nähtävissä rakenteellisen muutoksen prosessi. Päihdepalvelujen avohoitoa ja katkaisuhoidoa on saatavilla, mutta kuntouttavan laitospalveluhoitoon osuus on vähentynyt ja korvautunut osin asumispalveluilla ja osin avohoito-

na toteutettavina ryhmämuotoisina kuntoutuskursseina. Päihdetapauslaskennan mukaan perusterveydenhuollon avopalveluissa asioidaan entistä enemmän. Perusterveydenhuolto kantaa siis suuremman vastuun päihdeongelmaisten hoidosta. Toisaalta tämä voi tarkoittaa myös sitä, että päihdehuollon palveluja on riittämättömästi tarjolla. Kaikkein huonokuntoisimmat ja laitoshoidon tarvitsevat henkilöt jäävät usein tarvitsemansa hoidon ulkopuolelle. He eivät aina saa riittävästi tukea avohoidosta, mutta toisaalta myöskään tarvittavaa laitoshoidon ei ole tarjolla. (Karlsson, Kotovirta, Tigerstedt & Warpenius 2013, 45)

Holopaisen (2012) näkemyksen mukaan juuri kehittynyt avohoito on vaikuttanut aikaisemmin vahvasti laitospainotteisen hoito- ja kuntoutusmallin supistumiseen. Päihdehuollon laitospaikkoja on lakkautettu runsaasti ja niiden lakkauttaminen jatkuu edelleen. Laitoskuntoutus nähdään kalliina vaihtoehtona, mistä syystä päihdeongelmaisten laitoshoidon pääsyn kynnyksiä on kunnissa nostettu tiukentuneella asiakasvalikoinnilla. Tästä ei välttämättä kerry säästöjä, sillä kustannukset ovat siirtyneet kasvaviksi menoiksi akuuttisairaanhoidon sekä se näkyy kasvaneena päihde- ja huumerikollisuutena. Viime kädessä kustannuksia aiheuttaa valtiolle päihdehäiriöistä vangeista, jotka kuormittavat vankiloita. Lisäksi päihdeongelmaiset aiheuttavat turvattomuutta läheisilleen, jonka vaikutukset siirtyvät sukupolvesta toiseen. (Holopainen, 2012 193–194.)

Murto (2002, 171–172) näkee nykyisessä päihdepalvelujärjestelmässä ongelmana yleisten sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä erityispalvelujen välisen työnjaon. Hänen mielestään tällainen työnjako on aiheuttanut sen, että asiakkaat ovat siirtyneet enemmän yleisten palvelujen vastuulle. Tästä syystä pääsy erityispalveluihin on vaikeutunut ja siksi huono-osaisimmille on jouduttu perustamaan matalankynnyksen paikkoja. Asiakkaiden määrän lisääntyminen peruspalveluissa on aiheuttanut yhä enemmän asiakkaiden valikoitumista ja asettamista tärkeysjärjestykseen. Myös Holopainen (2012, 193) esittää päihdeongelmaisen leimautuvan helposti palvelujärjestelmän sisällä, mikä vaikeuttaa erityisesti oikeanlaisen avun piiriin pääsyä, sekä ongelmien tunnistamista ja nopeaa puuttumista niihin.

Viime vuoden sosiaalibarometrissä (2012) tuodaan esille päihdeongelmaisten hoitoon ja kuntoutukseen pääsyn vaikeus. Raportissa todetaan päihdeongelmis-

ta kärsivien olevan kärkipäässä niistä ryhmistä, joiden kohdalla sosiaalinen kuntoutus toteutuu huonosti. Yleisesti kuntoutus- ja hoitojärjestelmän epäkohtina pidetään resurssipulaa, järjestelmän pirstaleisuutta, palvelujen satavuutta ja hitautta sekä vastuutahojen epäselvyyttä ja yhteistyön ongelmia. (Hakkarainen ym. 2012; 108, 114–115.) Päihdehoidon yleisimpänä käytännön ongelmana on todettu, että hoitoon hakeutujan tarpeet ja palvelujärjestelmän tarjonta eivät aina vastaa toisiaan. Pahimpina kynnyksinä hoitoon hakeutumisessa ovat olleet pitkät jonot ja peruspalvelujärjestelmän tiedolliset ja taidolliset puutteet sekä siellä ilmenneet kielteiset asenteet päihdeongelmaisia kohtaan. Erityispalveluissa ongelmana nähdään hoitopaikkojen pitkät etäisyydet ajatellen hoidon tarvitsijaa sekä erityispalveluiden yhä vähenevä määrä. (Varjonen ym. 2012, 68.)

Myös Kotovirta ja Tammi (2012, 161) toteavat varsinkin huumeiden käyttäjien kohdalla, että he saattavat jäädä perinteisen päihdehuollon ulkopuolelle tai eivät saa tarpeensa mukaista hoitoa ja kuntoutusta. Tästä syystä huumeiden käyttäjille tarvitaan matalankynnyksen periaatteella toimivia palveluja, jotta mahdollisimman moni käyttäjä saataisiin palveluiden piiriin. Matalalla kynnyksellä yleisesti tarkoitetaan helposti saatavilla olevia palveluja, jotka ovat maksuttomia, tuomitsemattomia, luottamuksellisia ja nimettömiä.

Päihdepalvelut ovat tällä hetkellä kehittämishaasteiden edessä, mihin viitattiin vuoden 2012 sosiaalibarometrissäkin. Holopainen (2012,189) esittää päihteiden ongelmakäyttäjien hoitojärjestelmän hakevan juuri nyt uutta muotoaan Suomessa. Toukokuun alusta 2011 voimaan astunut terveydenhuoltolaki (2010) pyrkii purkamaan mielenterveys- ja päihdealan 150-vuotista erillishoitojärjestelmän historiaa. Palveluiden kehittämistarpeisiin on vaikuttanut myös Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) vuonna 2009 julkaisema mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, jossa on linjattu mielenterveys- ja päihdetyön yhteistä kehittämistä vuoteen 2015 mennessä. Suunnitelmassa painotetaan asiakkaan aseman vahvistamista, ehkäisevän työn tehostamista, perustason matalakynnyksen palveluiden kehittämistä ja palveluiden koordinoitua asiakkaan näkökulmasta toimivaksi kokonaisuudeksi. (Hakkarainen ym. 2012, 114–115; Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 14–17.)

STM:n suunnitelmassa nostetaan esiin avo- ja peruspalvelujen asemaa mielen-terveys- ja päihdepalvelujärjestelmän kehittämisessä ja palvelujen ohjauskeinojen vahvistamisessa. Erityisesti palvelujen kehittämistyössä korostetaan asiakkaiden hoitoon tulon vaihetta. Nykyisen pirstaloituneen palvelujärjestelmän tilalle pyritään saamaan aikaan matalan kynnyksen palveluita, jotka toimisivat yhden oven periaatteella. Tarkoituksena on saada aikaan mielen-terveys- ja päihdehoidon avoyksiköitä. Näiden suunnitelmien toimeenpano edellyttää resurssien osoittamista mielen-terveys- ja päihdetyöhön entistä enemmän ja samalla tämän alueen osaamisen kehittämistä koulutuksen avulla. Suunnitelman toteuttaminen edellyttää myös aluetta koskevan lainsäädännön muuttamista. (Mielen-terveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 17–33.)

Tulevaisuuden visiona näyttäisi siis kansallisen mielen-terveys- ja päihdesuunnitelman mukaan vahvasti olevan suuntaus yhden oven periaatteen malliin. Suunnitelman mukaan terveyskeskuksessa tai yhdistetyssä sosiaali- ja terveyskeskuksessa toimii matalan kynnyksen periaatteella yksikkö, minne voi hakeutua helposti ilman lähetteitä ja missä arvioidaan sekä mielen-terveys- että päihdehoidon tarve. Suunnitelman tavoitteena on yhdistää mielen-terveystyön ja päihdehoidon avopalveluja. Nykyisellään psykiatrian poliklinikoilla asioi paljon ihmisiä, joilla on sekä mielen-terveys- että päihdeongelmia. (Mäkelä & Aalto 2010, 46.)

3.5 Itä-Suomen A-klinikka

Opinnäytetyömme kohteeksi valittu Itä-Suomen A-klinikkasäätiön palvelualue tarjoaa asiakkailleen päihdehoidon avohoitoa, terveysneuvontaa, laitoshoidoa ja asumispalveluita. Lisäksi alueella toimii kaksi lastensuojelun erityisyksikköä ja hyvinvointi- ja koulutustoimintapaikka. Alueella siis tuotetaan väestön tarpeita vastaavia palveluita ja tehdään paljon yhteistyötä eri verkostoissa sekä toimitaan aktiivisesti seudullisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmän kehittämisessä koulutusten, konsultaatioiden ja yhteisten tapaamisten avulla. Ostopalvelusopimuskuntien lisäksi palveluja, esimerkiksi asumis- ja lastensuojelupalveluja, tuotetaan myös muille kuin oman palvelualueen kunnille. Uudistettu palvelualue aloitti toimintansa syyskuussa 2011 ja A-klinikkasäätiön organisaatiouudis-

tus lisäsi yhteistyötä hoitopalvelujen kehittämisessä suomen muiden A-klinikkasäätiön palvelualueiden ja Järvenpään sosiaalisairaalan kanssa. Palvelualueen haasteena on ollut ja on edelleen jatkohoidon järjestyminen päihteistä kuntoutuville asiakkaille. (A-klinikkasäätiö Vuosikertomus 2011, 29–30.)

Palvelutuotannossa huomattiin, että vuonna 2011 työmalli verkostoitui yhä enemmän. A-klinikan asiakkaat alkavat olla yhä moniongelmaisempia ja heidän asioidensa hoito vaatii monen organisaation ja ammattilaisen osaamista. Tämä näkyy myös siinä, että laitosten keskinäistä yhteistyötä ja vuorovaikutusta on lisätty pyrkien näin lisäämään työryhmätukea pienistäkin työryhmistä koostuviin yksiköihin. (A-klinikkasäätiö Vuosikertomus 2011, 29–30.)

A-klinikalla panostettiin omahoitajatoimintaan. Hoitopolku- ja ketjuajattelua pyritään kehittämään edelleen, jolloin oikeat asiakkaat olisivat oikeassa yksikössä ja saisivat oikeata palvelua. Haasteeksi muodostuivat myös asiakasjonot, joiden purkamiseksi tulevaisuudessa on tarkoitus kehittää hoitomalleja ja lisätä eri yksiköiden välistä työnjakoa. Palveluketjuja pyritään vahvistamaan ja kehittämään olemalla aktiivisesti yhteydessä yhteistyökumppaneihin ja ottamalla kokemusasiantuntijoita mukaan toiminnan kehittämiseen. Viime mainittu tarkoittaa päihdepalveluita käyttäneiden asiakkaiden palvelukokemusten hyödyntämistä palvelujen kehittämistyössä ja tässä kohden opinnäytetyömme on tarkoitus olla hyödyksi toimintaympäristömme A-klinikkasäätiön palvelualueen kehittämistarpeiden kartoittamisessa ja kehittämistoiminnassa. (A-klinikkasäätiö Vuosikertomus 2011, 29–30.)

4 ASIAKKAAN OSALLISUUS

Asiakkaan osallisuudesta ja sen määrittelystä on olemassa kirjallisuudessa useita näkökantoja. Monissa malleissa osallisuus on kuvattu hierarkkisena tai lineaarisena jatkumona, jossa osallisuuden nähdään vaihtelevan osattomuudesta tai näennäisestä osallisuudesta palvelujen käyttäjien kontrollointiin. On huomioitava kuitenkin, että osallisuuden taso ja tapa voi vaihdella eri tilanteissa, saman tilanteen sisällä ja eri asiakkaiden kohdalla. Seuraavassa avaamme vielä joitakin osallisuuden tarkastelukulmia, joissa osallisuutta hahmotetaan asteikollisesti.

Tässä luvussa lähestymme osallisuutta lopuksi asiakaspalautteen kautta, sillä asiakkaiden näkökulman ja mielipiteiden huomioiminen luo perustaa ja antaa mahdollisuuksia osallisuuden syntyiselle. Osallisuuden käsite on monimuotoinen ja – tasoinen ja siihen liittyy olennaisesti myös osallistumisen käsite. Osallistumista ja osallisuutta määrittävät osaltaan myös valtaistaminen ja syrjäytyminen, jonka voidaan sanoa olevan osallisuuden akselin negatiivisessa päässä. Saadaksemme kuvaa osallisuuden moninaisuudesta tarkastelemme myös sille läheisiä käsitteitä kuten osallistumista, valtaistumista ja valtaa, osallisuutta ja syrjäytymistä.

4.1 Osallisuuden näkökulmia

Osallisuuden käsitteen määrittelemiseksi tulee tutkia myös osallisuuden vastakohtana pidettyä syrjäytymisen käsitettä. Syrjäytymiselle läheisiä käsitteitä taas ovat köyhyys, taloudellinen huono-osaisuus ja toimeentulo-ongelmat. Köyhyyteen ja syrjäytymiseen liitetään usein myös yksilön kokemat henkiset vaikeudet, stressi ja päihteiden käyttö. Köyhyys käsitteenä ei ole yksitasoinen, vaikka tutkimuksissa yleensä jaottelu tehdään absoluuttisen ja suhteellisen köyhyyden välille. Absoluuttisella köyhyydellä tarkoitetaan tilannetta, jossa ihmisen fyysistä olemassaoloa köyhyys uhkaa. Esimerkiksi kehitysmaissa on tällainen ruuan, juoman ja suojan puutteen vuoksi. Suhteellinen köyhyys määritetään resurssien puutteeksi. Tällöin muuta väestöä köyhemmät ovat köyhiä ja resurssien puute

estää heitä elämästä yhteiskunnan valtaväestön tavoin. Lisäksi puhutaan subjektiivisesta köyhyydestä, joka on yksilön oma kokemus köyhyydestään. (Roi-vainen, Heinonen & Ylinen 2011; 9,17,49.) Huono-osaisuuden on todettu käsitteenä pitävän sisällään taloudellisen puutteen ohella myös sosiaalista elämänhallinnallista ja kulttuurista epävarmuutta (Pohjola 1994, 192).

Syrjäytymiskäsite on sinällään hankala, koska se on usein ulkoapäin tuotettu käsite. Ihminen ei aina pidä itseään syrjäytyneenä, vaikka hänet niin leimattaisiin. Sanana ”syrjäytyminen” on sävyltään negatiivinen ja se tuottaa toivottomuutta. Siksi syrjäytymiskäsitteen rinnalla käytetään lähes samantyyppisiä sanoja, kuten vähä- tai huono-osaiset, vaikeuksiin joutuneet tai heikommin toimeentulevat. Syrjäytymisen toivottomuuden näkökulmaan on luotu vastakäsitteenä osallisuus ja siihen läheisesti liittyvä voimaantumisen käsite. (Laine, Hyväri & Vuokila-Okkonen 2010, 12.)

Osallistuminen ja osallisuus ovat myös lähellä empowerment käsitettä. Kivipelto ja Kotiranta (2011, 123) esittävät empowermentin suomalaisia käännöksiä olevan muun muassa valtaistuminen, valtaistaminen ja valtuuttaminen. He esittävät valtaistumisen olevan alkujaan sosiaalityön käsitteitä. Yksi tämän käsitteen merkityksistä voidaan sanoa olevan esimerkiksi palvelun käyttäjien osallistumisen ja vaikuttamismahdollisuuksien, itsehallinnan (self-efficacy) tai motivaation lisääntymistä. Tässä merkityksessä valtaistuminen lähenee osallisuuden ja osallistamisen käsitettä ja valtaistumisen vaikuttavuutta on arvioitu asiakkaan, palvelun käyttäjän kokemusten kautta. Opinnäytetyössämme tarkastelemme palvelun käyttäjien osallisuutta palveluprosessissa heidän kertomiensa kokemusten kautta.

Palvelun käyttäjät ovat tarpeidensa ja kokemustensa perusteella parhaita asiantuntijoita tarjottavien palvelujen kehittämistyössä, mihin heidän tulisikin osallistua. Osallistuminen ja osallisuus ovat siis läheisiä käsitteitä toisilleen, mutta Kilpeläinen ja Salo-Laaka (2012, 303–305) näkevät niillä olevan selkeän sisällöllisen eron. Osallisuuden lähtökohtana katsotaan olevan yhteisen tiedon jakaminen. Osallisuus nähdään osallistumista vaativampana, koska se vaatii yksilön omakohtaista sitoutumista ja vastuun ottamista päätöksistä ja niiden seura-

muksista. Kun on kysymys päätösten tekemisestä, liittyy siihen aina myös valta ja vastuu, joiden kautta osallisuutta voidaan siten myös hahmottaa.

Osallistumista ja osallisuutta voidaan tarkastella kansalaisten, siis palvelun käyttäjien osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksina, joita on pyritty turvaamaan lainsäädännön avulla. Esimerkiksi Kuntalaissa (1995) kunnallisia palveluja käyttävien asiakkaiden vaikuttamisen mahdollisuuksia pidetään tärkeänä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista puolestaan (1992) määrittää terveydenhuollon toimintaa asiakaslähtöisempään suuntaan, esimerkiksi potilasta on hoidettava ”yhteisymmärryksessä hänen kanssaan” (§ 6). Voimassaoleva laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000) esittää lain tarkoituksen olevan edistää asiakassuhteen luottamuksellisuutta, asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa. Asiakkaan osallistumismahdollisuuksia palvelujensa suunnittelijana ja toteuttajana korostetaan tässä laissa. Sosiaalihuoltoa edellytetään toteutettavan siten, että asiakkaan mielipiteet, toivomukset, etu, yksilölliset tarpeet sekä hänen kulttuuritautansa ja äidinkielensä huomioidaan. (Eloranta 2006, 1.)

Sisäasiainministeriön valtakunnallinen osallisuushanke (1997–2002) esitti osallisuuden neliportaisena jatkumona. Hankeen tavoitteena oli kansalaisten osallistumismahdollisuuksien parantaminen. Tässä osallistumisen nähtiin pitävän sisällään ajatuksen palvelun käyttäjän eli kansalaisen roolista aktiivisena osallistujana omalle elämälleen tärkeissä asioissa. Osallisuus puolestaan yhdistettiin kehittämistyöhön. Osallisuuden roolit nähtiin kunnan asukkaan, osallisen kansalaisen roolina tai palvelun käyttäjän eli asiakkaan roolina. Osallisuushankkeessa kansalaisen suoran osallisuuden muodot määriteltiin tieto-osallisuudeksi, joka käsittää esimerkiksi kansalaisten tiedottamisen, kuulemisen, kyselyihin vastaamisen. Muina osallisuuden muotoina olivat suunnitteluosallisuus, päätösosallisuus ja toimintaosallisuus. (Kohonen & Tiala 2002, 5-6.) Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma vuosina 2000–2003 (1999, 20–21) puolestaan asetti jälleen yhdeksi tavoitteekseen palvelujen käyttäjien osallisuuden lisäämisen. Kansalaisten erilaisiin tarpeisiin vastaaminen ja heidän hyvinvointinsa on siis ollut ja on edelleen päämääränä ja tavoitteena erilaisissa toimintaohjelmissa.

Heikkilän ja Julkusen osallisuuden käsitteen määrittely neliportaisena asteikkona myötäilee, väljästi ottaen edellä esitettyä osallisuushankkeen neli-portaista osallisuuden muotojen jaottelua. He jakavat osallisuuden käsitteen neljään eri vaiheeseen, joissa kussakin osallisuus asteittain lisääntyy tasolta toiselle kuljettaessa. Ensimmäisessä vaiheessa palvelun käyttäjät nähdään palautteen antajan roolissa osallistujina ja toisessa vaiheessa he ovat osallisia enemmän kuin palautteen antajia. Kolmannessa vaiheessa palvelun käyttäjän rooli on vaikuttajan, laadun kehittäjän rooli. Neljännessä vaiheessa palvelun käyttäjät nähdään palvelun puitteiden määrittäjinä, johtavassa asemassa olevina asiantuntijoina. (Heikkilä & Julkunen 2003, 5.)

Myös Laitilan (2010, 15) mukaan asiakkaan osallisuus voidaan nähdä toteutettavaksi neljällä eri tasolla. Ensimmäinen taso on palvelun käyttäjien keskinäinen vuorovaikutus, esimerkiksi vertaistuen muodossa ja toisena tasona vuorovaikutus palveluiden käyttäjien ja ammattilaisten välillä. Kolmantena tasona nähdään vuorovaikutus palvelujen paikallisten tuottajien ja johdon kanssa. Neljäs ja laajin taso on osallistumista yleisemmin palveluiden suunnittelutyöhön.

Osallisuuden jaottelu näyttäytyy edellä esitetyissä näkökulmissa melko suoraviivaisena, osallisuutta joko on, ei ole tai sitä on vähän tai paljon. Opinnäytetyömme osallisuuden käsittelemisen pohjaksi sopii haastattelujen analysoinnin valossa osallisuuden ulottuvuuksista lastensuojeluasiakkaita ajatellen muokattu versio. Siinä osallisuutta analysoidaan kuuden mahdollisuusulottuvuuden avulla. Ensimmäisenä ulottuvuutena on valinnanmahdollisuus eli osallistuuko tai hakeutuuko asiakas palvelujen piiriin vai ei ja samalla tässä toteutuu kieltäytyminen yhtenä osallisuuden muotona. Tiedon saaminen itseä koskevasta prosessista on toinen, ja mahdollisuus vaikuttaa päätöksentekoon kolmas ulottuvuus. Omien mielipiteiden esiin tuominen, itsensä ilmaiseminen on neljäs ulottuvuus. Viidennessä osallisuuden ulottuvuudessa apua ja tukea itsensä ilmaisemiseen pitäisi saada siten, että ymmärretyksi tuleminen mahdollistuisi. Kuudes ulottuvuus tässä luokittelussa on itsenäisten päätösten tekeminen. (Kilpeläinen & Salo-Laaka 2012, 306.)

Osallisuuden käsite opinnäytetyössämme tarkoittaa asiakkaan kokemusta osallisuudestaan omassa kuntoutumisen prosessissaan päihdepalveluissa sekä

sitä, miten he voivat tai toivoisivat voivansa vaikuttaa palvelujen kehittämisessä. Seuraavassa osallisuuden eri määritelmiä ja ulottuvuuksia on muokattu soveltaen niitä kohderyhmäämme päihdepalvelujen käyttäjiin. Olemme jakaneet osallisuuden mahdollisuudet kuuteen eri ulottuvuuteen kuten edellä. Näin pyrimme hahmottamaan ja erittelemään päihdeasiakkaan osallisuutta kussakin asiakasprosessin vaiheessa:

1. Valinta, palveluun hakeutuminen - kieltäytyminen
2. Tiedon saaminen palvelusta ja itseä koskevasta palveluprosessista
3. Oman mielipiteen ilmaiseminen
4. Mahdollisuus osallistua toimintaan ja päätöksentekoon itseä koskevassa prosessissa
5. Osallisuus palvelujen kehittämistyössä
6. Osallisuus palvelujen kehittämistä koskevassa päätöksenteossa

Ulottuvuuksien 3-5 kohdalla nousee esiin henkilökunnan tuen merkitys palvelun käyttäjän osallistumisen tukemisessa ja mahdollistamisessa: palvelun käyttäjän tulisi saada apua ja tukea siten, että osallistuminen omaa prosessia koskevaan päätöksentekoon toteutuisi. Tätä kautta palvelun käyttäjän olisi mahdollista vähitellen olla myös osallisena palvelujen kehittämisessä ja tuoda tähän prosessiin oma ääni ja näkökulma.

4.2 Asiakaspalautteesta osallisuuteen?

Perinteisesti Suomessa on kerätty asiakaspalautteita kirjallisesti, lomakemuodossa. Tästä saatava tieto on kuitenkin osoittautunut melko pintapuoliseksi eikä kyselylomakkeilla saatava tieto ei välttämättä tuo asiakkaan ääntä kuuluviin. Ongelmana on ollut myös se, ettei kyselylomaketietoa ole riittävästi hyödynnetty käytännössä palvelujen kehittämistyön lähteenä. Nykyisessä päihde- ja mielen-terveyspalvelujen muutosprosessissa tulisi asiakkaiden tarpeet, toiveet ja kokemukset huomioida entistä paremmin. Siksi myös asiakaspalautteen keräämisen järjestelmiä ja hyödyntämistä olisi kehitettävä.

Hokkasen (2012) tutkimus käsittelee sosiaalityön asiakkaille tehtyjen asiakastyytyväisyyskyselyjen tulosten tulkintaa. Hän pitää tärkeänä asiakkaan osallisuutta oman tilanteensa määrittelijänä, tavoitteiden asettajana ja toimintasuunnitelman tekijänä suhteessa palveluihin. Hokkanen asettaa kriittisen tarkastelun kohteeksi perinteiset asiakastyytyväisyyskyselyt ja niiden tulosten tulkinnan, jonka taipumuksena on saada tulokset eli asiakastyytyväisyys näyttämään positiivisemmalta kuin se todellisuudessa on. Tarkoituksenmukaisen ja hyödyllisten asiakaspalautteiden kerääminen ja vastausten tulkinta vaatii tutkijan näkemyksen mukaan uudenlaista paneutumista ja kehittämistyötä parempien kyselyprosessien ja tulkintamallien luomiseksi. (Hokkanen 2012, 119–135.)

Sosiaalipalveluissa on pyritty luomaan uudenlaista kulttuuri- ja toimintatapaa, jossa asiakas voi osallistua palveluiden suunnitteluun, toteutukseen ja kehittämiseen. Tällöin häntä ei voida enää kutsua vain asiakkaaksi vaan pikemminkin kokemusasiantuntijaksi. Kokemusasiantuntijat tuottavat tietoa ja osallistuvat palveluiden suunnitteluun, toteutukseen ja kehittämiseen. Tämä tarkoittaa koko toimintakulttuurin muutosta. Kokemusasiantuntijana asiakas ei edusta vain omaa henkilökohtaista asiaansa, vaan kollektiivista asiakaskuntaa. (Toikko 2011, 103.)

Asiakkaan kokemusperäistä tietoa ei kuitenkaan välttämättä ole osattu arvostaa, koska sitä ei ole voitu todentaa perinteisesti arvostetuin tiedoin tai tiedonhankintamenetelmin (Beresford & Salo 2008, 30). Asiakkaan osallisuus voidaan hyväksyä asiakkaiden asiantuntemuksen hyväksymisenä, huomioimisena ja hyödyntämisenä. Myös Laitila kyseenalaistaa asiakkaan mielipiteen näkyvyyttä käytännössä eli kuinka asiakkaat käytännön todellisuudessa saavat mahdollisuuden osallistua käyttämiensä palveluiden suunnitteluun, toteutukseen, arviointiin ja kehittämiseen. (Laitila 2010, 9-10,15.)

Suomessa kokemustutkimus, kokemusarviointi on otettu vahvasti mukaan vuonna 2009 sosiaali- ja terveysministeriön kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman kolmannessa ehdotuksessa. Kokemusasiantuntijat ja vertais-toimijat tulee sen mukaan ottaa mukaan mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. (Salo & Hyväri 2011, 169–170.)

Osallisuuden näkökulmasta palveluiden käyttäjät voidaan nähdä asiakkaina, kuluttajina ja toimijoina, joiden näkökulmat tulee ottaa huomioon. Palveluiden käyttäjien äänen kuulemista, kansalaisoikeuksia ja tasavertaisia mahdollisuuksia korostetaan. Osallisuus pitää sisällään oletuksen siitä, että asiakkaalla ja hänen toiminnallaan on jonkinlainen vaikutus palveluprosesseihin. Asiakkaan osallisuus voidaan hyväksyä asiakkaiden asiantuntemuksen hyväksymisenä, huomioimisena ja hyödyntämisenä. Palveluiden käyttäjien osallisuus merkitsee asiantuntijavallasta luopumista ja asiakkaiden asiantuntemuksen hyväksymistä ja käyttöön ottoa. (Laitila 2011, 9–10.) Opinnäytetyömme tavoite on edellä mainitun suuntainen, haluamme tuoda esille asiakaskokemusten käytön palvelujen kehittämisprosesseissa.

5 TUTKIMUKSEN KULKU, LUOTETTAVUS JA EETTISYYS

Tässä luvussa esittelemme aluksi opinnäytetyön toteutuksen vaiheita. Seuraavaksi kuvaamme käyttämäämme tutkimusmenetelmää ja aineiston hankintatapoja sekä aineiston käsittelyssä käyttämiämme analyysimenetelmiä ja analyysin kulkua. Lopuksi tarkastelemme opinnäytetyötämme luotettavuuden ja eettisyyden näkökulmista.

5.1 Tutkimusmenetelmä

Olemme valinneet opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimustavan, koska haluamme ymmärtää päihdepalveluiden kehittämisen tarpeita asiakkaan näkökulmasta käsin, emmekä pyri kehittämistyössämme tilastollisiin yleistyksiin. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään muun muassa kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa sekä antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85). Laadullisessa tutkimuksessa useiden tahojen ja moniäänisyyden huomioiminen on keskeistä, sillä ihmistutkimuksessa ei ole mahdollista tiedon lisääntymisestä huolimatta saavuttaa lopullisia totuuksia, ilmiöistä paljastuu alati uusia puolia ja erilaisia tulkintoja. Tieto on näkökulmaista ja tulkinnallista. (Puusa & Juuti 2011, 31.)

Laadullinen lähestymistapa korostaa todellisuuden ja siitä saatavan tiedon subjektiivista luonnetta. Keskeistä laadullisessa tutkimuksessa ovat tutkittavien kokemukset ja tutkimuksen tehtävänä on antaa tutkittavasta ilmiöstä mielekäs tulkinta. (Puusa & Juuti 2011, 48.) Lähtökohtanamme on, että asiakkaiden esittämät kokemukset sinänsä ovat tosia, koska ne ovat asiakkaiden kokemuksia heidän todellisuudestaan. Tätä todellisuutta emme tutkimuksen näkökulmasta kyseenalaista. Alasuutari (2007, 90–91, 114) kutsuu tätä näytenäkökulmaksi, mikä ilmaisu sopii myös tähän työhön.

Kvalitatiivisilla menetelmillä pyritään nostamaan esiin ilmiöiden prosessinomaisista luonnetta ja samalla sosiaalisen todellisuuden ilmiöt ovat sidoksissa kul-

loiseenkin aikaan, paikkaan ja tilanteeseen (Eskola & Suoranta 1996, 9-11). Laadullisessa tutkimuksessa suositaan sellaisten metodien käyttöä, joissa tutkittavien näkökulmat ja ääni pääsevät esille. Tällaisia metodeja ovat esimerkiksi teemahaastattelu ja ryhmähaastattelut, jotka ovat opinnäytetyömme aineiston keruumenetelmiä. Kohdejoukko valitaan silloin tarkoituksenmukaisesti. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 155.) Laadullisessa tutkimuksessa on periaatteessa tärkeää, että henkilöt joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mieluusti mahdollisimman paljon tai heillä on omakohtaista kokemusta asiasta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85).

Opinnäytetyöprosessimme ei ole kulkenut aivan suoraviivaisesti eteenpäin. Olemme usein joutuneet palaamaan alkuun ja pohtimaan tutkimuskysymyksiä, ennako-oletuksiamme ja tutkimuksen tarkoitusta. Niiniluodon mukaan (Puusa & Juuti 2011, 43) laadullisessa tutkimusprosessissa tutkija joutuu usein tarkastelemaan tutkimusprosessin edistyessä omia ennakkokäsityksiään ja palaa taaksepäin korjaamaan ajallisesti aikaisemmissa vaiheissa tehtyjä oletuksia ja ratkaisuja. Laadullinen tutkimusprosessi etenee hermeneuttisesti, mikä tarkoittaa, että tutkimusprosessin aikana käydään dialogia tutkimuskohteesta saata-vissa olevan aineiston kanssa. Tutkimusprosessin vaiheet ovat monilta osin päällekkäisiä ja tutkija joutuu liikkumaan edestakaisin eri vaiheiden välillä ennen lopullista raportin kirjoittamista.

5.2 Tiedonkeruun menetelmät

Haastattelu sinänsä sopii opinnäytetyömme tiedonkeruun menetelmäksi, koska haluamme tutkia ihmisiä ja haastattelu on esimerkiksi lomakekyselyyn verrattuna joustavampi menetelmä. Haastattelutilanteen suora kielellinen vuorovaikutus haastateltavan kanssa luo mahdollisuuden tiedonhankinnan suuntaamiseksi itse tilanteessa. Haastatteluteemojen järjestystä voidaan säädellä tilanteen mukaisesti ja samalla on mahdollista saada selville vastausten taustalla olevia motiiveja. Informanttien motivointi ja täsmennysten tekeminen haastattelun aikana on luontevaa. Tämä tiedonhankkimistapa sopii tutkimusasetelmaamme hyvin, koska se jo sinällään käsittää haastateltavan subjektina ja merkityksiä luovana aktiivisena osapuolena. Hän voi tuoda esille itseään koskevia asioita mahdoli-

simman vapaasti. Lisäksi ei-kielellisten vihjeiden havainnoinnin avulla voidaan saada syvempi ymmärrys vastausten merkityksistä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 34–35; Salmela 1997, 101).

Erilaisista haastattelumenetelmistä valitsimme opinnäytetyömme aineiston hankinnan tavaksi teemahaastattelun, joka on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä. Menetelmä pohjautuu Mertonin, Fisksen ja Kendallin vuonna 1956 esittämään ”The Focused Interview” menetelmään, joka on suomennettu kohdenneuksi haastatteluksi. Tätä tiedonkeruun tapaa suositetaan käytettäväksi, kun haastateltavilla on kokemus tietyistä asiasta ja haastattelu kohdennetaan subjektiivisiin kokemuksiin tietyistä tilanteesta tai aihepiiristä. Tämä toteutuu valitsemamme kohderyhmän osalta, koska päihdeasiakkaat ovat omien asioidensa asiantuntijoita. Tutkimuskysymystemme asetelma vastaa edellä mainittua määrittelyä ja tarkoituksemme on nimenomaisesti kerätä haastateltavien kokemustietoa. Oleellisinta tässä menetelmässä on, että yksityiskohtaisten kysymysten sijaan se etenee ennalta määriteltujen teemojen varassa. Kysymykset ovat kaikille samat, mutta vastauksia ei ole kytketty valmiisiin vaihtoehtoihin eikä kysymyksiä tai teemoja tarvitse käydä haastatteluissa läpi tietyssä järjestyksessä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48; Hirsjärvi & Hurme 1995, 35–36.) Tämä antoi mielestämme tarvittavan jouston ja vapauden elää tilannetta kunkin haastateltavan ehdoilla ja tilanteen vaatimalla tavalla.

Toteutimme teemahaastattelut yksilöhaastatteluina, mutta käytimme näiden ohella toisena tiedon hankkimistapana ryhmähaastattelua. Tällöin voidaan haastatella vastaajat ensin yksin ja sen jälkeen ryhmänä. Näin voidaan antaa palautetta yksilöhaastatteluista ja katsoa mitä uutta vastaajat kykenevät antamaan tutkittavasta asiasta käyttämällä apunaan sekä annettua palautetta että ryhmäläisiä. (Eskola & Suoranta 2008, 95.) Yksilöhaastattelujen perusteella nostimme ryhmätapaamisiin esille päihdepalveluiden ongelmakohtia ja pyrimme saamaan tietoa asiakkaiden kokemista ongelmista päihdepalveluiden asiakaspoluissa.

Ryhmähaastattelujen etuina voidaan pitää nopeasti saatavaa tietoa samanaikaisesti usealta vastaajalta. Lisäksi ryhmähaastattelussa voidaan saada enemmän tietoa, kun osallistujat voivat yhdessä muistella, herättää mielikuvia ja roh-

kaista toisiaan. Haastattelijan tulee kuitenkin huolehtia siitä, että keskustelu pysyy valituissa teemoissa ja että kaikilla osanottajilla on mahdollisuus osallistua keskusteluun. Ryhmähaastattelulla on erityinen merkitys silloin, kun halutaan selvittää, miten henkilöt muodostavat yhteisen kannan johonkin ajankohtaiseen kysymykseen. Opinnäytetyössämme pyrimme saamaan

haastateltavien yhteisen näkemyksen päihdepalvelujen kehittämistarpeesta. Ryhmähaastattelun riskitekijöinä voidaan pitää sitä, etteivät kaikki kutsutut tule paikalle. Erityinen ongelma ryhmähaastattelussa saattaa syntyä silloin, kun yksi tai kaksi henkilöä dominoi ryhmässä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 61–63.) Nämä riskitekijät tulisi ottaa huomioon ja sovimmekin ennen ryhmähaastattelua, että toinen meistä ottaa tehtäväkseen huolehtia teemoissa pysymisen ja toinen huolehtii, että kaikki ryhmässä saavat äänensä kuuluville.

5.3 Opinnäytetyön toteutus

Tutkimuksen ideointi alkoi keväällä 2012, jolloin kuulimme ensimmäisen kerran SOHVI-hankkeesta. Käsityksemme tuolloin oli, että hanke määrittelee tiukasti ehdot siihen, minkälaista tietoa lähtisimme keräämään. Alkuvaiheessa SOHVI-hankkeesta oli saatavissa tietoa niukasti ja hanke vaikutti etenevän hitaasti, mikä johti myös opinnäytetyömme käynnistysvaiheen kulkuun hidastavasti.

Huhtikuussa 2012 tapasimme Itä-suomen A-klinikkasäätiön kehitysjohtajan kanssa. Tapaamisessa kävi ilmi, että Itä-Suomen A-klinikalla tarvittaisiin päihdepalvelujen käyttäjien kokemustietoa muun muassa hoitopolkujen sujuvuuden kehittämiseksi. Neuvottelimme opinnäytetyön tekemisestä ja aikatauluista kesäkuussa 2012 Itä-Suomen A-klinikalla. Sovimme silloin, että keräämme aineiston haastatteleamalla ensin henkilöt yksilöllisesti ja tämän jälkeen tapaisimme haastatellut kaksi kertaa ryhmänä. Tutkimusluvan A-klinikkasäätiöltä saimme 20.8.2012. (Liite 1) Tutkimusluvan lisäksi jouduimme kumpainenkin allekirjoittamaan A-klinikkasäätiölle vaitiolositoumuksen koskien salassa pidettävien asiakirjojen sisältöä ja muita opinnäytetyön tekemisen aikana A-klinikkasäätiössä tietoon tulleita asioita. (Liite 2 ja 3)

Haastateltavien asiakkaiden valinta tapahtui A-klinikkasäätiön toimipisteen henkilökunnan avulla. Lähetimme heille haastatteluista kertovan info-kirjeen (Liite 4), jota henkilökunta jakoi sovitusti sekä avohuollon että laituskuntoutuksen asiakkaille. Samalla tiedusteltiin asiakkaiden halukkuutta osallistua opinnäytetyöomme yksilöhaastatteluihin ja ryhmätapaamiseen. Olimme etukäteen sopineet, että haastatteluun valittaisiin 6-8 päihdepalveluiden asiakasta. Kriteerinä valinnalle oli, että haastateltavilla tulisi olla pitkä kokemus päihteiden käytöstä ja myös palvelujen käytöstä. Asiakkaita informoitiin opinnäytetyöhön osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Haastateltaviksi lupautuneilta otettiin jokaiselta kirjallinen suostumus osallistumisesta opinnäytetyöhömmme (Liite 5). Asiakkaiden allekirjoittamat suostumukset ovat arkistoitu A-klinikan toimesta. Haastatteluihin lupautui seitsemän henkilöä. Palautteena henkilökunnalta tässä vaiheessa saimme, että tieto ryhmätilaisuuteen osallistumisesta karsi halukkaita pois ja haastateltavia oli tämän vuoksi vaikea saada. Henkilökunnan mukaan haastateltavat arastelivat ryhmähaastattelutilannetta.

Yksilöhaastattelut toteutuivat kahtena peräkkäisenä päivänä, 4. ja 5.10.2012. Kaikki haastatteluun lupautuneet saapuivat paikalle ja kumpanakin päivänä toteutui kolme haastattelua. Yhdessä haastattelussa oli läsnä kaksi haastateltavaa, mutta se oli luonteva tilanne, koska he asuivat yhdessä ja heidän taustatilanteensa oli samankaltainen. Haastatteluihin olimme varanneet kuhunkin aikaa noin 1,5 tuntia ja toteutuneet haastattelut kestivät 1-1,5 tuntia. Haastattelut teimme A-klinikan tarjoamissa tiloissa. Haastatteluympäristö oli haastateltaville tuttu. Ilmapiiri tilanteissa oli yleisesti ottaen rauhallinen. Kahdessa yksilöhaastattelussa oli häiriötekijöitä. Toisessa haastateltavan oma puhelimen soi ja toisessa sen työhuoneen, jossa olimme, puhelin soi.

Haastattelijan rooliin asettuminen oli meille aluksi haastavaa. Ilman tietoista tarkkailua oman roolin säilyttämisestä olisivat ensimmäiset haastattelutilanteet helposti luisuneet kohdallamme ”työn tekemiseksi”. Pitkä työhistoriamme sosiiaalialalla ja kokemattomuus tutkimushaastattelijan positiosta johti liiankin turhaan innokkuuteen keskusteluun osallistumisessa. Innokkuutemme johtui kokemuksen puutteesta ja jännittämisestä. Havaitimme pian ettei kokemustietoa voi kuuntelematta kerätä ja annoimme haastateltaville tilaa kertoa rauhassa kokemuksistaan. Myös haastateltavat kertoivat aluksi jännittävänsä, mutta tilanne

vapautui ja muodostui luottamukselliseksi kerrottuamme itsestämme opiskelijoina ja sosiaali-alan ammattilaisina.

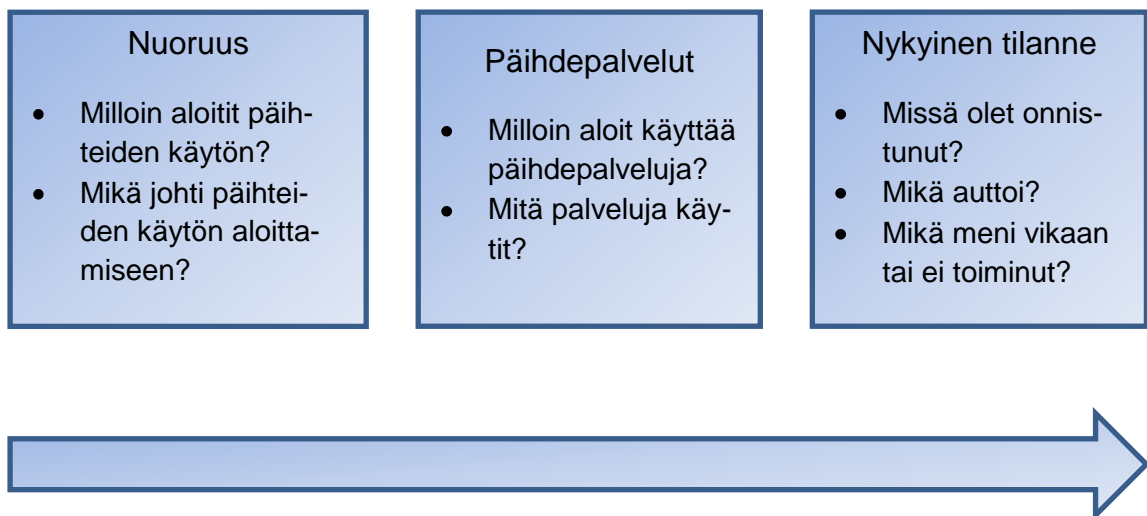
Keskustelun aluksi pyysimme haasteltavia kertomaan itsestään taustatietojaan. Sen jälkeen etenimme sovittujen teemojen mukaisesti, liitteenä haastattelurunko (Liite 6). Haastattelujen teemat olivat kaikille samat, mutta ne käytiin haastateltavien kanssa eri järjestyksessä läpi, riippuen siitä, kuinka paljon haastateltava tuotti itse tutkimuksen teeman aiheita ja puhetta. Yksilöhaastattelut muodostuivat kaikki keskustelunomaisiksi tilanteiksi ja haastateltavat tuottivat tietoa melko vaivattomasti. Vain kahta haastateltavaa oli selkeästi tarvetta motivoida ja tukea puheen tuottamisessa. Tämä saattoi osaltaan johtua henkilöiden persoonasta ja tilanteesta: kumpikin oli luonteeltaan hiljaisen oloinen ja toinen oli kuntoutuksensa jatkosuunnittelun suhteen taitekohdassa. Yksi haastateltavista puolestaan tuotti miltei katkeamattomasti puhetta, joka poukkoili aiheesta toiseen. Aika-ajoin jouduimme palauttamaan häntä aiheena olevien teemojen pariin.

Haastateltavamme asettuivat iältään 25–55 –ikävuoden välille. Yksilöhaastattelussa tuli esille, että kohderyhmäemästämme suurin osa oli huumeiden käyttäjiä. Vain yksi osallistuneista käytti alkoholia, muut voitiin laskea sekakäyttäjiksi. He olivat käyttäneet päihdehistoriansa aikana useampaa päihdettä, kuten kannabista, amfetamiinia, lääkkeitä, pubrenorfiinia ja alkoholia yhtäaikaaisesti tai siirtyen päihdestä toiseen. Päihdeiden käytön haastateltavista viisi oli aloittanut 12–15 vuoden iässä ja kaksi 18–19 vuoden iässä. Haastatteluhetkellä kaksi asiakasta oli korvaushoidossa, kolme laituskuntoutusjaksolla ja kahden laituskuntoutusjakso oli juuri päättynyt.

Ryhmätapaaminen toteutui 9.10.2012. Siihen osallistui viisi henkilöä, jotka olivat aiemmin osallistuneet yksilöhaastatteluihin. Ryhmätapaaminen järjestettiin kokeiluna sellaisesta tavasta, jossa kokemusasiantuntijat keräytyvät yhteen suunnittelemaan palveluiden kehittämistarpeita. Tapaaminen oli vapaamuotoinen tilaisuus ja tarjolla oli kahvia, teetä ja pientä purtavaa. Keskustelun herättelemiseksi olimme nostaneet esiin yksilöhaastattelujen perusteella useimpien haastateltavien esiintuomia teemoja. Näitä teemoja olimme purkaneet tekstimuotoon yksittäisiksi sanoiksi yhdelle A-nelosen arkille, jotka olivat ryhmään osallistujien

vapaassa käytössä takahuonetilan istuinryhmän pöydällä. Kyseiset teemat liittyivät päihteisiin, niiden käyttöön ja käyttäjän mainitsemaan elämänhistoriaansa liittyviin elementteihin kuten esimerkiksi perhe, koulu, kaverit ja myös päihdehoitopalveluihin. Näitä viriketeemoja ryhmään osallistuneet katsoivat kukin pikaisesti läpi ja totesivat niiden olevan olennaisia asioita päihteiden käytön historiassaan kommentoimatta niitä kuitenkaan tarkemmin.

Lisäksi käytimme keskustelun käynnistämiseksi laatimaamme ”Oma polkuni” paperia (kuvio 1), johon jokainen osallistuja voisi halutessaan merkitä päihteiden käytön historiansa kannalta oleellisia asioita. Tämän oli osaltaan tarkoitus johdattaa osallistujia miettimään oman päihdehistoriansa ja kokemustensa kautta päihdepalvelujen kehittämisen tarpeita.

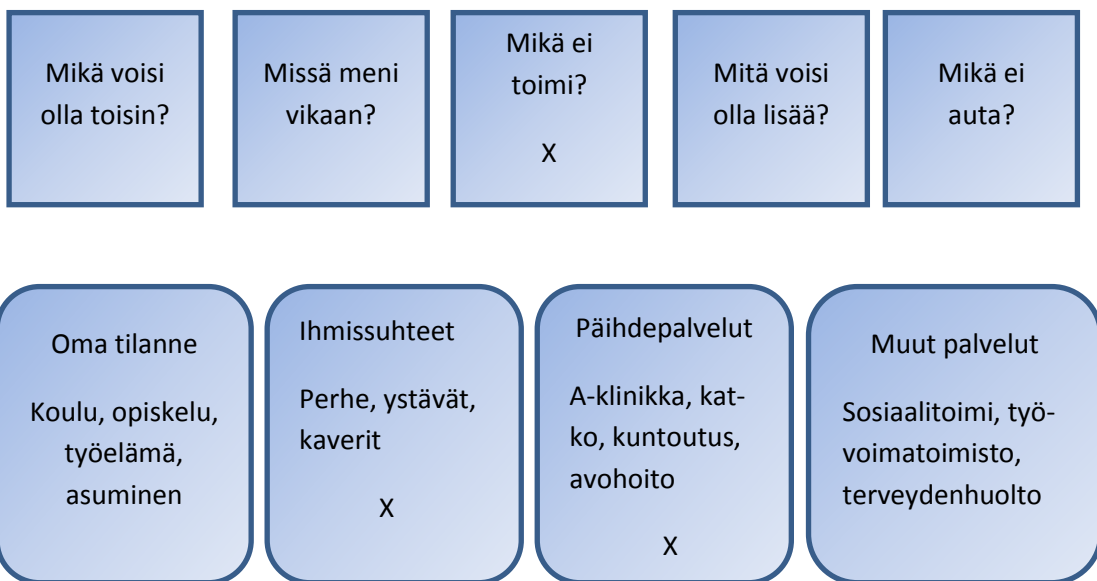


KUVIO 1: Oma polkuni

Kuten koko ryhmätapaamiseen osallistuminen, oli oheisen kuvion käyttäminen ja tekstittäminen vapaaehtoista eikä täytettyyn paperiin edellytetty henkilötietojen kirjaamista. Kuvioon kirjattuja asioita ei käyty ryhmätapaamisessa läpi, sillä ryhmässä tarkoitus ei ollut syventyä kunkin osallistujan yksittäiseen päihteiden käytön historiaan, vaan palvelukokemuksiin ja niiden perusteella tehtyihin pa-

rannusehdotuksiin. Kerroimme kuitenkin ryhmäläisille, että puramme nämä tehdyt päihdetarinat jälkikäteen ja tulemme käyttämään niitä opinnäytetyössämme.

Tämän vaiheen jälkeen pyysimme ryhmäläisiä miettimään takkahuoneen seinälle kiinnittämiämme kysymyksiä ja asiakokonaisuuksia. Annoimme vapaaseen käyttöön tarralappuja ja kyniä pyytäen osallistujia kirjaamaan ideansa tarralappuille ja kiinnittämään ne sopivaksi katsomaansa kohtaan seinälle. Olemme merkinneet seuraavaan seinätaulun (kuvio 2) kuvaukseen X – merkillä ne osiot, joihin ryhmäläiset kiinnittivät muistilapun.



KUVIO 2: Seinätaulu

Keskustelu ryhmään osallistujien kesken oli tässä vaiheessa käynnistynyt melko vilkkaana eivätkä osallistujat tulkintamme mukaan pitäneet kirjallisten tuotosten tekemistä enää relevanttina. Kerroimme osallistujille, että keskustelun lomassa olisi myös mahdollista liikkua ja käydä viemässä omia huomioitaan seinälle. Lisää tarralappuja ei seinälle kuitenkaan viety ja johtopäätöksemme oli, että ryhmäläisille oli helpointa tuottaa omia mielipiteitään ja huomioitaan puhumalla. Tähän osaltaan vaikutti se, että ryhmäläiset olivat jo entuudestaan toisilleen

tuttuja ja fokusoitu keskusteluteema, päihdepalvelut ja niiden kehittäminen, oli kaikille yhteinen.

5.4 Aineiston analyysi

Analysoimme tutkimusaineiston käyttäen sisällönanalyysia, joka soveltuu laadullisen tutkimuksen analysointiin. Analyysimallilla pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja selkeässä muodossa kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa tutkittavasta kohteesta. Sisällönanalyysissä aineiston laadullinen käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto aluksi hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. Analyysitavoiksi voidaan erottaa aineistolähtöinen, teorialähtöinen ja teoriaohjaava analyysi. Aineiston analyysissä käytimme sekä aineistolähtöistä että teorialähtöistä sisällönanalyysia. Aineistolähtöisen eli induktiivisen sisällön analyysin vaiheet kulkevat pelkistämisen, luokittelun ja käsitteellistämisen kautta tuloksiin. Teorialähtöisessä eli deduktiivisessä sisällön analyysissä voidaan käyttää myös valmista viitekehystä, jonka avulla aineistoa analysoidaan. (Eskola & Suoranta 2001,137; Kyngäs & Vanhanen 1999, 3–4,7,10; Tuomi & Sarajärvi 2009, 103–108.)

Aineiston analysointi alkoi litteroimalla haastattelut sanasta sanaan kirjalliseen muotoon tietokoneelle. Jaoimme litterointityön kahtia ja päätimme litteroida aineiston haastateltavien käyttämällä puhekielellä, jotta puheen moni-ilmeisyys ja ilmaisujen antamat viitteet puheen sisällöstä säilyisivät. Litterointi tehtiin mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen, jolloin tilanne ja sen tunnelmat olivat vielä haastattelijan muistissa. Näin pyrimme saamaan mahdollisimman tarkan kuvauksen haastateltavien puheesta. Yksilöhaastatteluista litteroitua tekstiä kertyi yhteensä 156 sivua rivivälillä 1,5. Myös ryhmäkeskustelu litteroitiin sanasta sanaan lukuun ottamatta kolmea ajallisesti lyhyttä hetkeä, joissa päällekkäispuhumisen vuoksi ei asiasta saanut varmuudella tarkkaa selvyyttä. Ryhmäkeskustelusta litteroitua tekstiä kertyi 27 sivua käyttäen riviväliä 1,5.

Litteroidun aineiston luimme kokonaisuutena kumpikin aluksi useampaan kertaan. Seuraavaksi päätimme lähteä analysoimaan aineistosta kumpikin erik-

seen. Valitsimme analyysiyksiköiksi lauseita tai merkityskokonaisuuksia, jotka kokosimme erillisiksi tiedostoiksi tutkimuskysymyksen mukaisesti. Sisällönanalyysillä lähdimme etsimään vastauksia kahteen tutkimuskysymykseen: 1. Millaisia kokemuksia asiakkaalla on päihdepalveluista sekä päihdeettömyyden tuesta? ja 2. Millaisia toiveita asiakkaat esittävät päihdepalveluiden kehittämiseksi? Analysointi tapahtui litteroitua aineistoa pelkistämällä, ryhmittelemällä ja abstrahoimalla (Kyngäs & Vanhanen 1995, 5.) Kolmanteen tutkimuskysymykseen Millaisena asiakkaiden osallisuus palvelukokemuksissa näyttäytyy? vastaavaa aineistoa päätimme analysoida teorialähtöisesti ja käyttää viitekehyksenä aikaisemmin teoriaosuudessa muodostamaamme osallisuuden mahdollisuuksien kuusiportaista luokittelua, josta esimerkki liitteissä (liite 7). Näin pyrimme hahmottamaan ja erittelemään päihdeasiakkaan osallisuutta kussakin asiakasprosessin vaiheessa.

Pelkistetyt ilmaukset siirsimme uudelle A-neloselle ja jaottelimme ne aiheittain eri otsikoiden, alaluokkien alle, jonka jälkeen ryhmitelimme aineiston etsien siitä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistimme samaan alaluokkaan. Jatkoimme analyysia yhdistämällä saman sisältöiset alaluokat yläluokiksi. Aineistolähtöisessä analyysissä yläluokkien nimeämisessä käytetään usein deduktiivista päättelyä eli kategorialle annetaan nimi, joka on jo olemassa oleva käsite tai sanapari. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6-7.)

Seuraavassa vaiheessa tutkimme toistemme tekemät analyysit ja tarkistimme sisällönanalyysia, minkä jälkeen sovimme yhteiset pääluokat. Pääluokiksi muodostuivat hoitoon pääsyn ongelmat, yksilöllisen hoidon tarve, päihdeasiakkaan kohtelu, motivaatio, sosiaaliset suhteet ja selviytymiskeinot. Analyysivaiheessa päätimme käsitellä ensimmäisen tutkimuskysymyksen kahdessa osassa eli päihdepalvelukokemukset ja päihdeettömyyden tuki, koska aineisto tuotti selvästi materiaalia näihin kokonaisuuksiin. Tarkistimme vielä kertaalleen tämän jälkeen aineiston analysointia tehden sen taulukkomuotoon. Opinnäytteen lopussa on esimerkkinä osa analyysiprosessista pelkistytettynä kuvauksena graafisesti esitettynä (liite 7).

5.5 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta olemme pyrkineet parantamaan tutkimusprosessin mahdollisimman tarkalla kuvauksella tässä opinnäytetyön raportissa. Laadullista tutkimusta on arvosteltu juuri luotettavuuskriteerin epämääräisyydestä. Laadullisissa menetelmissä kysymys onkin siitä, että tutkija itse on tutkimuksessaan keskeisessä asemassa. Hänen tulee olla koko prosessin ajan mahdollisimman avoin tekemilleen tulkinnoille ja ratkaisuille, jotka ovat aina yksilön tekemiä subjektiivisia päätelmiä tietyssä tilanteessa. (Eskola & Suoranta 1996, 164–165.) Tutkimustulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat, vaikka tutkimuksen teossa pyritään välttämään virheiden tekemistä. Tämän vuoksi tutkimuksessa pyritään aina arvioimaan luotettavuutta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden parantamiseksi on tutkijan kerrottava tarkasti ja totuudenmukaisesti tutkimuksen toteuttamisesta ja sen eri vaiheista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2000, 214.)

Jo alussa totesimme tutkimustehtävän ja kohderyhmän vaativan huolellista paneutumista tutkimusmenetelmien ja tapojen valintaan, koska tulisimme käsittelemään salassapitovelvoitteen alaista, yksityistä ja yksilökohtaista tietoa. Raunion (1999, 296–297) mukaan laadullinen tutkimus tuottaa luotettavampaa tietoa arkaluonteisista ja intiimeistä kysymyksistä kuin muut tutkimusmenetelmät. Luotettavan tiedon saaminen riippuu kuitenkin tutkijan ja tutkittavan välille muodostuvasta luottamuksellisesta tunteesta. Laadullisen tutkimuksen vahvuutena pidetään sitä, että sillä tuotetaan mahdollisimman autenttisia kuvauksia tutkimukseen osallistuvien sosiaalisesta todellisuudesta, mikä oli opinnäytetyössämme tavoitteena.

Tavallisia ihmisiä, palveluiden käyttäjiä tutkittaessa on ihmisen yksityisyys tavalla tai toisella tutkimuksen kohteena. Vaikka tutkitaan palvelujärjestelmää, ovat asiakkaiden kokemukset kuitenkin itse tutkimuksen kohteena. Tästä syystä tutkijan on hyvä hallita tieteelliset käytännöt ja yksityisyyden suojan perusasiat. Opinnäytetyössämme olemme pyrkineet välttämään luottamusongelmaa sillä, että informoimme haastattelun tarkoituksesta vielä haastattelun alussa ja pyysimme haastatteluun suostuneita myös allekirjoittamaan suostumuslomakkeet. Tämän tutkimuksen aineistoa ei ole tarkoitus säilyttää jatkotutkimuksia varten, vaan se hävitetään asianmukaisesti. Tutkimuksen avulla saatua tietoa ei Kuulan

(2006) mukaan saa käyttää mihinkään muuhun tarkoitukseen eikä myöskään saa olla vaikutusta tutkittavaa koskevaan päätöksentekoon. (Kuula 2006; 75, 127–128.)

Olemme tutkimusprosessin aikana noudattaneet salassapitovelvoitetta, josta esimerkiksi: Asiakkaan yksityisyyttä ja vakaumusta on kunnioitettava, eikä hänen ihmisarvoaan tule loukata. Sosiaalihoitoa toteutetaan siten, että huomioidaan asiakkaan mielipiteet, toivomukset, etu, yksilölliset tarpeet sekä hänen kulttuuritaustansa ja äidinkielenensä. (Laki sosiaalihoitoon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000, 2 luku, 4§.) Lisäksi raporttia kirjoittaessamme olemme pyrkineet häivyttämään yksilöiden tunnistettavuustiedot mahdollisimman hyvin. Haastateltavien nimet on raporttiin muutettu ja puheesta on häivytetty mahdollisimman hyvin sellaiset, esimerkiksi yksilöidyt paikkakuntatiedot, jotka voisivat johtaa haastateltavan tunnistamiseen.

Hirsjärven & Hurmeen (1988, 128) mukaan tulosten ja todellisuuden vastaavuus tulisi olla tavoitteena jokaisessa tutkimuksessa. Valitsemalla tiedon keruun menetelmäksi teemahaastattelu pyritään tekemään oikeutta todellisuuden moni-ilmeisyydelle. Tutkittavien ilmiöiden vivahteita pyritään tavoittamaan ja tiivistämään ne siten, että ne välittäisivät haastateltavien todellisia ajatuksia ja kokemuksia.

Haastattelutilanne on ainutkertainen, eikä sitä voida mitata käyttämällä jotain toista haastattelijaa tai myös saman henkilön haastattelemisen toistamiseen tuntuisi keinotekoiselta. Ruusuvuoren ja Tiittulan (2005, 41–44) mukaan luottamuksellisen suhteen syntyminen on tärkeä edellytys informaation saannille. Tätä mahdollista luottamusongelmaa hälventää se, että haastateltaville kerronnan totuudenmukaisesti haastattelun tarkoituksesta ja siitä, että saadut tiedot ovat luottamuksellisia eikä haastateltavien anonymiteetti ole vaarassa.

Haastattelu menetelmänä sisältää ongelmia ja yksi niistä on, että haastattelun katsotaan sisältävän virhelähteitä. Esimerkiksi haastattelun luotettavuutta saattaa vähentää haastateltavan tarve antaa sosiaalisesti ja haastattelijaa miellyttäviä vastauksia. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 35). Tätä puolta olemme pyrkineet minimoimaan sillä, että haastateltavat on valittu muusta kuin omasta asiakaskunnastamme. Tausta-ajatuksenamme on, että haastateltavan on helpompi kertoa

palvelukokemuksistaan vieraalle haastattelijalle enemmän kuin omalle työntekijälleen. Tällöin myös haastateltaviemme palveluntarjoaja hyöttyisi valitsemastamme asetelmasta.

Pyrimme parantamaan opinnäytetyön luotettavuutta analyysivaiheessa siten, että analysoimme aluksi aineistoa kumpikin erikseen. Analyysivaiheessa luotettavuutta parantaa, kun aineistoa käsittelee ja luokittelee kaksi tai useampikin henkilö. Sisällönanalyysillä pyrimme tavoittamaan tutkittavasta kohteesta sen olennaiset piirteet, josta Salmela (1997) toteaa, että ellei olennaisuutta tavoiteta, sanotaan tutkimuksen käsitevaliditeetin olevan huono. Suunniteltaessa tutkimusta olisikin hyvä paneutua tutkittavaan aihepiiriin ja sen käsitteistöön ja mahdollisuuksien mukaan myös haastateltaviin etukäteen. Menetelmän validiteettia voidaan parantaa myös siten, että kultakin teema-alueelta varaudutaan riittävän moneen kysymykseen ja lisäkysymyksiin. (Salmela 1997, 105.) Tutkittavaan aihepiiriin pyrimme tutustumaan ennen haastattelua mahdollisimman hyvin. Haastateltaviin emme pitkän välimatkan ja tiukan aikataulun vuoksi pystyneet tutustumaan etukäteen. Tätä puutetta kuitenkin lievensi se, että tapasimme suurimman osan haastateltavista toiseen kertaan ryhmätilanteessa.

6 KOKEMUKSIA PÄIHDEPALVELUISTA JA RAITISTUMISESTA

Tässä ensimmäisessä tulososiossa pyrimme vastamaan ensimmäiseen tutkimuskysymykseen: Millaisia kokemuksia asiakkailla on päihdepalveluista sekä päihhteettömyyttä tukevista tekijöistä? Tarkastelemme kolmessa ensimmäisessä alaluvussa haastateltavien kokemuksia päihdepalveluista asiakkaiden kertomusten perusteella, jossa pääluokiksi muodostuivat hoidon aloittamiseen liittyvät seikat, päihdeasiakkaiden kohtelu sekä yksilöllisen hoidon tarve. Seuraavissa kolmessa alaluvussa kuvaamme asiakkaan kokemuksia enemmän yksilön näkökulmasta ja pääluokiksi muodostuivat motivaatio raitistumisessa, sosiaaliset suhteet ja selviytymiskeinot.

Tutkimuskysymys oli laaja ja antoi haastateltaville mahdollisuuden ilmaista vapaasti kokemuksiaan. Osa haastateltavista tuotti puhetta runsaasti, kun taas joidenkin haastateltavien kohdalla jouduimme ohjailemaan haastattelua tarkentavilla kysymyksillä, jotka pohjautuivat haastattelurunkoon. Tällöin pyysimme haastateltavaa esimerkiksi arviomaan kriittisesti palvelutarjontaa, kuvailemaan minkälaista apua haastateltava oli saanut ja oliko asiakas käyttänyt muita sosiaalipalveluja.

Tutkimuskysymyksen laajuuden vuoksi saimme osittain myös sellaisia vastauksia, jotka sopisivat kahteen seuraavaan tutkimuskysymykseemme. Huomasimme ettei kaikkia kokemuksia voitu suoraan luokitella tiettyyn osa-alueeseen kuuluvaksi, vaan eri tekijät kietoutuvat tiiviisti toisiinsa. Jouduimme tästä syystä tekemään rajauksia. Siirsimme aluksi asiakkaiden palvelukokemuksiin luokitellut pääluokat, tiedonkulun ongelmat ja työntekijän merkitys, käsiteltäväksi osallisuuden tulososioon, johon ne liittyivät olennaisesti siihen.

Lisäksi päihdepalvelukokemusten osiossa olemme käsitelleet paikoitellen myös kehittämistoiveita, koska näiden kahden asian erottaminen oli välillä ongelmallista. Usein haastateltavat käsittelivät samaa asiaa kahdesta eri näkökulmasta. Kokemus jostain ongelmasta tuotti silloin samalla näkemyksen siitä, kuinka asioiden tulisi olla. Kehittämistoiveet on esitetty kootusti luvussa kahdeksan.

6.1 Hoidon aloittamisen ongelmat

Päihdehoidon aloittamiseen tuntui liittyvän monenlaisia ongelmia. Kukaan haastateltavista ei kertonut hakeutuneensa itse suoraan A-klinikan palveluihin. Oma-aloitteinen päihdehoitoon hakeutuminen tarkoitti haastateltavien mielestä samalla myös päihdeongelman tunnustamista, mikä koettiin vaikeaksi. Tietoisiksi asiakkaat tulivat päihdehoidon tarpeesta vasta asioidessaan jollain muulla hoito- tai palvelutaholla. Ohjautuminen päihdepalveluihin tapahtui haastateltavien kohdalla heidän asioidessaan mielenterveystoimistossa, lastensuojelussa tai työpaikan ohjaamana. Kaksi haastateltavista oli ohjattu päihdepalveluihin terveyskeskuksen kautta, kun siellä oli huomattu asiakkaan lääkeriippuvuus.

Hoidon aloittamisvaiheessa koettiin palvelujärjestelmässä olevan monenlaisia esteitä ja kynnyksiä. Lähetejärjestelmän ja hoitopaikkojen vähäisyyden koettiin erityisesti vaikeuttavan hoidon aloittamista. Haastateltavat kertoivat kokemuksista, jossa ajan saaminen hoitajalta saattoi kestää useamman kuukauden.

No sanotaan, et menet sinne niin sanotaan et puolen vuoden jono, et oota puol vuotta ja sit silleen ja sanotaan et sie oot niin hyvännäköses kunnos et sie et tarvii mitään. No mie tuun sit kolmen kuukauden päästä uudestaan, niin katotaan sit mis kunnos mie sit oon. ... Niinku aika korkee kynnyks sinne on mennä ja sit ku ei sinne pääsekkää ilman lähetettä... lähetettä. (Kimmo)

Yleisesti haastateltavat olivat sitä mieltä, että huumeiden käyttäjille hoidon aloittaminen tulisi olla helpompaa. Lisäksi esille tuotiin, että uudeksi asiakkaaksi pääseminen tuntui erityisen vaikealta.

Niiku mie sanoin viimeks, et täält ... (paikkakunta) puuttuu sellanen matalankynnyksen niiku huumeitten. Onhan täs alkoholistien katko, mut eihän tääl oo missään semmosta et vois mennä pimputtamaan ovikelloo et mie haluaisin tulla huilaamaan, niinku huumeidenkäyttäjille. (Kimmo)

Tarve esitettiin sellaisesta matalan kynnyksen paikasta, jonne voisi mennä ilman yhteydenottoja, lähetteitä ja ajanvarauksia. Selkeästi haastateltavat toivoi-

vat pääsevänsä hoitoon silloin, kun siihen on itsellä halu ja motivaatio. Näkemystenä oli, että hoito pitäisi päästä aloittamaan vaikka puhelinsoitolla silloinkin, kun ei itse jaksaisi tai kykenisi kotoa lähtemään hoitoon. Hoidon pääsyn vaikeus johti osalla huumeiden käytön jatkamiseen.

Se on kuitenkin iso kynnyks lähtee pyytää sitä apuu ja sit ku menin pyytää sielt apuu ja sit en sitä omast mielest saanu, niin en mie sit niinku, vaan hukku sinne huumemaailmaan ja...Mulla meni 17 vuotta siinä pirimaailmassa se oli oikeesti aika pitkä projekti niinku tähän hetkeen. (Juha)

Haastateltavat toivat esille, etteivät oma hoitomotivaatio ja palveluiden järjestelmän rakenne aina kohtaa. Haastateltavat pohtivat, että huumeiden käyttäjällä ei ole pitkäjänteisyyttä suunnitella tulevaisuutta ja odottaa hoitoon pääsyä pitkiä aikoja. Pitkä odottaminen aiheutti turhautumista ja mieli hoidon aloittamisesta saattoi muuttua. Huumemaailmassa eläminen kuvattiin rankaksi, eikä käyttäjällä ollut usein voimia vaatia palveluja. Päätöstä hoitoon hakeutumisesta ei kuvattu helpoksi ja silloin kun päätöksen on tehnyt, pitäisi erään haasteltavan mielestä päästä hoitoon heti kahdeksi viikoksi. Nyt haastateltavat kertoivat, että halutessaan hoitoon A-klinikalle, pitää mennä lähetettä pyytämään ja siinä kuluu muutama kuukausi. Tällä välin huumeiden käyttäjän mieliala ehtii vaihtua moneen kertaan ja seuraavana aamuna hän voi olla jo ihan eri mieltä.

6.2 Päihdeasiakkaan kohtelu

Lähes kaikki haastateltavista olivat kokeneet kohtaamisen ongelmia palveluiden piirissä. Tällaista huonoa kohtelua ei koettu niinkään A-klinikan palveluiden piirissä kuin muiden palveluiden yhteydessä kuten esimerkiksi asioidessa terveyskeskuksessa, paikallisen työvoiman palvelukeskuksessa ja sosiaalitoimissa. Useampi haastateltavista vahvisti kokemuksen, jonka mukaan päihteiden käyttäjä leimattiin hyvin pian narkomaaniksi ja siitä seurasi huonoa kohtelua. Seuraavissa esimerkissä kerrotaan asioinnista terveyskeskuksessa, kelassa ja sosiaalitoimistossa.

*Joskus niin sulle sanotaan et sulla ei oo mitään asiaa tänne mee sinne klinikalle tai jos on vähän kipee nii palvelukin on sen mukais-
ta, nistillä nistin kohtelu. (Kimmo)*

No se (leima) tarkoittaa että sen jälkeen, palvelu on yleensäkin hankalampaa. et sitä ei tuu sellast ystävällist palvelua välttämät et sit on tälläst koko ajan sukset ristic tai jotain. (Katja)

Ja sit toi juokseminen. ihan turhaa juoksutusta tavallaan. jotain yhen lapun viemist kopioo sen takii, että se ei voi oottaa. (Katja)

Kukaan ei sano mitään ja pompotellaan paikast toiseen...Joo juokse nyt kolmes eri paikas turhaa. Hyvä ettei siit mee hermot ettet sen takii lähde vetää kamaa. (Risto)

Useimmat haastateltavat arvelivat huonon kohtelun johtuvan juuri siitä, että heidän tiedettiin olevan päihteiden käyttäjiä. Lisäksi heillä oli ymmärtämisen vaikeuksia virastossa käytettävästä kielestä ja he tunsivat työntekijöiden olevan erityisen joustamattomia hoitaessaan heidän asioitaan. Ainoastaan yksi haastateltavista kertoi saaneensa hyvää palvelua asioidessaan sosiaalitoimiston, kelan, päihdepalvelujen ja työvoiman palvelukeskuksen työntekijöiden luona. Tähän hän arveli syynä olevan sen, että hän käyttäytyi hyvin ja esitti asiansa asiallisemmin kuin ennen.

Haastateltavista yli puolet ilmaisi, että asioiden hoitamisessa muissa virastoissa auttoi merkittävästi, jos oma päihdetyöntekijä oli mukana.

No kyl mie täs lähiaikoina kävin nois virastois pyörimässä onneks työntekijän kaa muuten ne ois jääny hoitamatta. (Risto)

Oliks se työntekijä täältä A-klinikalta? (haastattelija 2)

Joo. Ei ne ois minuu palvelu millään tavalla ja mie oisin joutunu bussin kaa kulkee ympäri (Kaupunkia)... Jos sie oot narkomaani, niin se on leima, ku oot narkkari, juokse kolmes eri paikas turhaa. (Risto)

Oma päihdehoitaja koettiin tarvittaessa tärkeäksi puolestapuhujaksi. Hoitajan kanssa asioiden hoito sujui paremmin ja haastateltavat kokivat saavansa pa-

rempaa palvelua. Eräs haastateltavista jopa kertoi, että työntekijän mukanaolosta oli merkittävää hyötyä eli asiakas saattoi saada normaalia parempaa palvelua.

Ei Täytyy sanoo et mulle ne makso sellasii laskui, jotka ei ees kuulu niille. Mie olin tuon avopuolen työntekijän kanssa käymäs siel siit oli aika paljon apua. (Risto)

Moni haastateltavista mietti, että palveluiden hajautuminen useammalle eri taholle aiheutti epätietoisuutta eri virastojen työntekijöissä, mikä tuntui asiakkaan näkökulmasta huonona kohteluna. Haastatteluissa nostettiin monta kertaa esille nämä asiointit eri palveluiden piireissä. Tällä hetkellä suomalainen sosiaalijärjestelmä on rakennettu niin, että tuloton tai pienituloisen joutuu asioimaan monessa eri toimipisteessä. Haastateltavistamme kuusi oli sellaisessa elämäntilanteessa, että joutui hakemaan erilaisia tukia ja palveluja eri toimipisteistä. Ainoastaan yhdellä haastateltavista oli vakituinen työpaikka. Forsell & Nurmen (2012, 3) laatiman tilaston mukaan huumeidenkäyttäjistä suurin osa on tulottomia tai pienituloisia. Heidän koulutustasonsa on usein matala ja työttömyys on yleistä (59 %), lisäksi joka kymmenes on asunnoton (9 %). Haastattelujen perusteella laadimme seuraavan kuvion (kuvio 3), jossa näkyy päihdeasiakkaan tilanne palveluverkostossa. Asiakas joutuu melko yleisesti asioimaan ainakin kaikissa kuviossa esitetyissä palveluissa oman kuntoutuspalvelunsa lisäksi.



KUVIO 3:Päihdeasiakkaan palveluverkosto

Haastateltavien huonoon kohteluun vaikutti myös viranomaisten välinen heikko tiedonkulku. Haastateltavat kokivat turhauttavana selittää asioita uudestaan eri työntekijöille. Tässä suhteessa asiointia *yhdellä luukulla* pidettiin hyvänä vaihtoehtona ja toivottiin ainakin työvoimatoimiston, sosiaalitoimen ja Kelan palvelujen olevan saman katon alla. Viranomaisyhteistyötä ja viranomaisia, työntekijöitä kohtaan esitettiin vahvasti toive, että heidän tulisi uskoa asiakkaitaan ja näiden kertomaa. Osaltaan tämän ”uskonpuutteen” todettiin liittyvän aiemmin mainittuun yhteistyön ja tiedonkulun kankeuteen. Sekä yksilö- että ryhmähaastattelussa tuli useampaan kertaan ilmi, että haastateltavat tunsivat itsensä päihdeiden käyttäjinä leimautuneiksi, syrjäytyneiksi ja olevansa yhteiskunnan ulkopuolella. Haastateltavat olivat hyvin tietoisia siitä, että päihdeidenkäyttäjät / päihdekuntoutujat tulevat yhteiskunnalle kalliiksi ja tuntevat siitä osittain tietynlaista häpeää. Osa kertoi tavoitteenaan olevan päästä päihdekuntoutuksen kautta takaisin ”normaaliksi” yhteiskunnan jäseneksi.

6.3 Yksilöllisen hoidon tarve

Tässä luvussa käsittelemme haastateltavien esittämää kritiikkiä koskien päihdehoitojen käytäntöjä. Esille nostettiin katkaisuhoidon ja korvaushoitoon liittyviä käytäntöjä, jotka eivät tukeneet raitistumista. Päihdepalveluihin toivottiin enemmän eriyttämistä ja yksilöllisyyttä. Perinteinen alkoholiperustainen päihdehoito nähtiin huumeiden käyttäjien kannalta huonona ratkaisuna. Huumeiden käyttäjille toivottiin omaa osastoa ja hoitomenetelmiä sekä ainakin yhtä omaa työntekijää, joka olisi erikoistunut huume kuntoutukseen.

Useampi haastateltavista kritisoi A-klinikan huume katkaisuhoidon järjestämistä alkoholistien kanssa samalla osastolla. Haastateltavien mielestä erilaisten päihdeaineiden käyttö aiheuttaa erilaisia vieroitusoireita. Alkoholisteilla koettiin olevan erilainen päihteiden käytön kulttuuri ja tapa vieroittautua päihteistä. Huumeista vieroittautuvat kokivat, että tällä hetkellä katkaisuhoidon palvelut olivat kohdennettu enemmän alkoholin katkaisuhoidon tuleville.

Katkon puoli on täysin väärä paikka sellaselle ihmiselle, kuka käyttää muutaki ku viinaa. Ei sit kuivajuomist jaksa. Mie oon sit tänä vuonna kuunnellu kolme kertaa melkei kaks viikkoo. Ei sit jaksa kuunnella, ku on muutenkii lasku päällä. Se on niinku et tälläsille minunlaisille potilaille pitäs olla oma paikka. Et ne on juoppoi tai alkoholistei tai mitä ne on ja me ollaan sit jotain muuta. (Risto)

Huume kuntoutuja toivoi katkaisuhoidossa olevan nykyistä enemmän strukturoitua päiväohjelmaa, fyysistä tekemistä, toimintaa ja liikuntaa, joka helpottaisi olemista. Eräs haastateltavista kuvaa että ”ei tarttis vaan ootella” milloin pääsee jatkokuntoutukseen. Odottelemisen kerrottiin heikentävän kuntoutumisen motivaatiota. Television katsominen ja toisten tarinoiden kuunteleminen koettiin rasakaksi. Lisäksi kaksi haastateltavista koki katkolla olevat korvaushoitolaiset raskaviksi, koska heidän puheistaan kuului etteivät he olleet täysin selvin päin. Korvaushoito yleensä jakoi voimakkaasti mielipiteitä haastateltavien kesken. Eräs haastateltavista kritisoi korvaushoidon aloittamiseen liittyviä kriteereitä.

Mikä on sitte pitää. Ihan saatanan tyhmää se, että jos halua korvaushoitoon, niin pitää pitää päiväkirjaa. Ja sit siel pitää näkyä, pitää

näky subutexii koko ajan. Elikkä sit hommaa, hommailla koko ajan....että pääsee hoitoon.... eihän oo mitään järkee ajaa ihmiset sillee, ketkä halua hoitoon, niin viel ajaa sinne syvemmälle. (Timo)

Timon mielestä korvaushoidon pääsyn tiukat kriteerit ohjaavat vain hankkimaan lisää laittomia aineita siinä vaiheessa, kun asiakas on tehnyt jo päätöksen hoidon aloittamisesta. Toisaalta osa haastateltavista oli sitä mieltä, että korvaushoitoon pääsi liian helposti. Neljä haastateltavista oli jyrkästi kokonaan korvaushoitoa vastaan ja he kokivat sen olevan vain laillista päihteidenkäytön jatkamista. Toisaalta taas kaksi korvaushoidossa olevaa kertoi sen mahdollistavan heille normaalin ja selvän elämän.

Päihdepalvelut koettiin olevan myös päihteidenkäyttäjien kohtaamispaikkoja, jossa lääkkeitä myytiin ja välitettiin. Koettiin, että hoitoon liittyvien lääkkeiden jakaminen päivystysajoilla oli päihdehoidon käytäntöihin liittyvä epäkohta. Haastateltavat kokivat huonona asiana, että palvelu järjestetään samaan aikaan kaikille.

Mut siel on päivystysajat aamul kaks tuntii ja iltapäiväl kaks tuntii. Siel on kaikki. Sie et voi olla näkemättä jotain kel on jotain. SE on joka kerta, ku mie mee hakee lääkkeit, nii se on peli selvä, Sit lähettii johnku mukaan. (Risto)

Muiden päihteidenkäyttäjien kohtaaminen A-klinikan päivystyksessä ei Riston kohdalla tukenut päihteistä irrottautumista. Päinvastoin väärinkäyttäjiä tavattiin ja nämä ei-toivotut kohtaamiset johtivat usein päihteiden käytön uudelleen aloittamiseen. Eräs haastateltavista piti parempana paikallisen K-klinikan tapaa, jossa korvaushoidon ”liotukset”, korvaushoitolääkkeen ottaminen, tehtiin varulla ajalla oman hoitajan luona. Samalla päihdeasiakkaalla oli mahdollisuus keskustella oman hoitajan kanssa, eikä hänen tarvinnut välttämättä kohdata muita päihdeongelmaisista tai keskustella heidän kanssaan.

6.4 Motivaatio raitistumisessa

Haastateltavien kokemuksissa raittiutta tukevista tekijöistä keskityimme niihin, jotka ovat saaneet heidät miettimään päihteiden käytön lopettamista, hakeutumaan hoitoon ja pyrkimään eroon päihteistä. Avun ei välttämättä tarvitse olla ammatillista apua muun muassa Kuusiston (2010, 280–282) tutkimuksen mukaan raitistumista voi tapahtua myös spontaanisti tai vertaistuen avulla. Aineistomme koostuu kuitenkin sellaisista henkilöistä, jotka ovat jossain määrin kytköksissä virallisten hoitotahojen kanssa ja ovat lähteneet hakemaan apua muutokseen ammatillisten päihdepalvelujen kautta.

Oma motivaatio koettiin jokaisen haastateltavan kohdalla tärkeäksi tekijäksi hoitoon hakeuduttaessa. Millerin (2008, 17–31) mukaan muutokseen vaikuttava sisäinen motivaation on moniulotteinen, dynaaminen ja vaihteleva ilmiö, johon voidaan vaikuttaa. Yksi haastateltavamme kuvaa erästä hetkeä elämässään, jolloin ensimmäisen kerran päihteettömyys tuli hänen ajatuksiinsa.

2007 vuonna mulle ensimmäisen kerran tuli, mie olin tossa K...:n putkalla ja vankilaan menos suihkust tulin ja kattelin itteeni peilist ku kuivailen siinä rupesin heräilee siinä, et tässäkö sitä oikeesti on et 17 vuotta ja mulla ei oo mitään ja taas ollaan vankilaan menossa. Mie oli kyllä selvin päin sillon, niin siit se lähti se prosessi liikkeelle. (Juha)

Muutoksenhalu tapahtuu usein prosessinomaisesti. Prosessin alkuvaiheessa on tiedostamaton esiharkintavaihe, jonka jälkeen yksilö siirtyy harkintavaiheeseen. Tällöin yksilö alkaa tiedostaa ongelman olemassa olon ja alkaa huomata aiheita huoleen ja muutokseen. (Miller 2008, 17–31). Juhan kohdalla päihteiden käytön negatiiviset kokemukset ja seuraukset todellistuivat yhteen hetkeen ja pysäyttävät. Blomqvistin (2004, 152–152) mukaan motivaatio muutokseen voi olla juuri omaan elämäntilanteeseen kyllästyminen. Päihteidenkäyttäjä havahtuu omaan tilanteeseen ja siihen, että päihteiden käytön myönteisten kokemusten rinnalle on tullut yhä enemmän negatiivisia kokemuksia.

Sehän oli pelkkää niinku silleen, että heitetään vaikka tuohon pöydälle vaik 100 ja sitte otetaan ja sit yhtäkkii kun sulle on tarjottu vähän

ollaa pietty hauskaa niin sitte hei me ollaan velkaa yli tuhansia euroja. Ai mie velkaa vai? Joo, okei. ja miekii sit olin ja se meni sit siihen ja sillen ja siitä alamäki vähän lähti. (Katja)

Tulee siitä (hyvä olo), mut sit ku on viikko takan ja syämättä ja nukkumatta ja istutaan porukas, joka ei paljo enää tajuu... ei se oo enää kivaa. On se kyl kivaa, ku joku tulee ja tarjoo. Mut sit sen jälkeen ku on menny kymmpitonni rahaa sen tarjouksen jälkeen. Huomaa, et sie ootkii ihan toises tilantees: sie ostat ja tarjoot. Sit ei oo enää kivaa. (Risto)

Osalle hoitoon hakeutuminen voi alkaa juuri realiteettien tajuamisesta. Huomataan, että elämä huumeiden käyttäjänä on raskasta. Katja, Risto ja Juha huomasivat, että elämä huumemaailma on ristiriitainen. Toisaalta aineiden käyttö porukassa toi hyviä kokemuksia, mutta seuraukset tuntuivat raskailta. Hyviä kokemuksia alkoi olla entistä vähemmän ja negatiiviset kokemukset alkoivat viedä voiton. Blomqvist (2004,166) toteaa, että usein ajatukset päihteiden käytön lopettamisesta alkoivat käyttäjän punnitessa päihteiden käytön etuja ja haittoja. Jos huumeiden käyttämiseen liittyi suuria vaikeuksia, saattoi tämä johtaa ajatukseen raitistumisesta. Myös Kuusiston tutkimuksen mukaan raskas elämäntilanne saattoi antaa sysäyksen päihteiden käytön lopettamiselle (Kuusisto 2010, 194).

Yksi realiteetti ja huolen aihe oli oman terveyden rapistuminen päihteiden käytön seurauksena. Alkoholin ongelmakäytön seurauksena Seppo kokee yleisen hyvinvointinsa heikkenevän. Pitkään alkoholia käytettäessä esimerkiksi ruokailu unohtuu ja tällöin ihmisen fyysiset voimavarat heikkenevät. Hän näkee päihteiden väärinkäytöllä olevan vaikutuksia terveydentilaansa, vaikka puheessa käsittelee aihetta vähätellen.

No se voi olla että, ei se ihmissuhteisiin oo vaikuttanu millään tavalla, mutta se sanotaanko se syöminen saattaa tuppaa unohtumaan... ainut mitä on nytte ni on pikkusen toi verensokeri oli pikkusen ei missään hälyttävässä määrin, mutta pikkusen korkeella, mut muuten arvot ovat kuulemma ku nuorella miehellä. Et ei oo mitään ongelmia. (Seppo)

Timo puolestaan kertoo päihteiden vaikutuksesta psyykkiseen olotilaansa.

Noin se menee. Se on, on yheksäkymmentyheksän prosenttii ihmisist, ketkä polttaa pilvee saa niit paniikkihäiriöit. Ja ne on niin pahoja. Meit oli porukka, kuus äijää ja yhes vaihees me ei kerrottu toisillemme, että kaikki tuns sen silleen, et on hirveen, ihan jäykkänä paniikista. Niin, kaikki luuli.... me luultiin, että pelkästään itellään on se vaan. (Timo)

Vaikka päihderiippuvainen tiedostaa muutoksen tarpeen, tarvitaan muutokseen vahva sisäinen oma halu. Tätä ajatusta voidaan pitää päihdekuntoutuksen peruslähtökohtana. Miller (2008,17) vahvistaa tämän käsityksen, ettei ammattihenkilöstö juurikaan pysty auttamaan kuntoutujaa, jos hänellä itsellään ei ole muutosmotivaatiota. Myös Puhakka (2000,156) on sitä mieltä, että ihmisen oma motivaatio tai halu muutokseen on välttämätöntä muutoksen saavuttamiselle.

No ei siin oikeestaan muuta jos ei sitä omaa halua oo, niin kukaan ei pysty tai omaa halua ei oo niin kukaan ei pysty tekee asialle sillon yhtään mitään.mmm.. näin se vaan menee. (Juha)

... että henkilökunta tekee kyllä kaikkensa, mut se onkii se avun vastaanottopuoli onko se ihan valmis vastaanottamaan sitä kaikkea, mitä ne tarjoaaki, nii varmast se vika on siel vastaanottaval puolella ei henkilökunnan puolella. (Seppo)

Kaikkien haastateltavien kohdalla tuli esille oman halun tärkeys muutosprosessissa sekä vastuun ottaminen omasta päihdekäyttäytymisestä. Haastateltavien kertomuksissa kukaan ei siirtänyt syytä tai vastuuta omasta päihteiden käytöstä läheisille, vanhemmille tai viranomaisille. Kaikki painottivat omaa vastuutaan päihteidenkäytön aloittamisessa ja käytön jatkamisessa. Kaikki osaltaan vahvistivat käsityksen, ettei kukaan ulkopuolinen pysty silloin auttamaan, kun itsellä on vielä vahva himo päihteeseen ja itse sitä haluaa vielä käyttää. Esimerkiksi Katja kertoi omalla kohdallaan, että mitä enemmän hänen vanhempansa yrittivät rajoittaa nuorena huumeiden käyttöä, sitä enemmän hän niitä käytti. Kuusiston (2010) mukaan raitistuminen on hyvin sisäsyntyinen tapahtuma, jossa erilaiset elämäntilanteet ratkaisevat, mutta suurin muutos näyttää tapahtuvan vähittäise-

nä sisäisenä kypsymisenä kohti raittiutta. Sanonta, ettei ketään toista voi raitistaa näyttää myös Kuusiston tutkimuksen mukaan sisältävän tiettyä todellisuus-pohjaa. (Kuusisto 2010,175.)

Päihteidenkäyttäjä saattaa havahtua omaan elämäntilanteeseensa, kun elämässä tapahtuu jotain merkityksellistä itselle tai tuttaville. Toipumiskokemuksissa on usein kuvattu käännekohtia, käyttäjän yksittäisiä kokemuksia, jotka ovat vaikuttaneet päätökseen hoitoon hakeutumisesta tai joiden avulla toipuminen on alkanut (Kotovirta 2009, 89). Muiden psyykkisten tekijöiden ohella haastateltavat kuvasivat elämän rajallisuuden kokemusta ja kuoleman pelkoa:

Semmost et mie oon heränny vaan kerran ja joku musta vaa oli ja sit ko mie yritin vaa sanoo et mie en saa happee, mut mie en pysty puhuu, mie en pysty liikkuu. mä niinku muistan että silmät muljahti ja sit mie aattelin et nyt mie kuolen et kai ne minut herättää niinku jollai vehkeel. No seuraavaks mie havahduin joltai teholla ei ollu enää hengityskonetta. Joo, Silloin tajus miten nopeest se elämänlanka katkee. ei mul sen jälkeen, et sithän se loppu ku seinään.
(Katja)

Myös omien kavereiden kuoleminen ympäriltä pysäytti ja toi esille kuoleman pelon, jonka seurauksena myös omaa tilannetta alettiin miettiä entistä enemmän ja motivaatio raitistumiseen heräsi. Risto toi esiin päihteiden käytön vaikutusta terveyteen äärimmäisten kokemusten kautta.

Alko näyttää siltä, kun kaverit kuoli ympärilt ja itte on tääl viäl. (Risto)

Tässä kavereiden kuoleminen herätti huolen omasta hyvinvoinnista, elämän jatkumisesta ja johti päätökseen päihdehoitoon hakeutumisesta ja motivoi päih-teettömyyteen.

Joskus sisäinen motivaatio voi lähteä alkuun jostain ulkopuolisesta toimenpiteestä ja pakosta. Tämä näkyy varsinkin päihteitä käyttävien vanhempien kohdalla, kun lastensuojelun viranomaiset puuttuvat vanhempien päihteidenkäyttöön. Tällöin motivaatio raitistumiseen voi tulla viranomaisen kontrollin ja val-

vonnan kautta. Kahden haastateltavan kohdalla lapsi oli otettu huostaan päih-teidenkäytön seurausten vuoksi.

No tota, ku mä sain tytön 2008 nii silloin raskausaikana sosiaalitoi-misto vaati, et me käyään siellä klinikalla ja siit lähtien mä sain sielt semmosen omahoitajan, mikä on sit ollu silleen niinku aina ku mä oon ollu siviilis, niin oon mä aina yrittäny käyä. (Milla)

No, nyt on tavoitteet tietysti päästä normaalielämään kiinni ja saaha lapsi takasii ja Se lapsi nyt lähti siit, ku mie lähin tuoho lait-os-kuntoutukseen, niin meni kolme, neljä päivää... niin lähti lapsi siin sitte. (Kimmo)

Lapsen huostaanottoa kuvattiin rankaksi kokemukseksi vanhemmille. Knuutin (2007,184) tutkimus vahvistaa, että juuri vanhemmuus on raittiutta ylläpitävä tekijä. Vanhemmat kuvasivat huostaanoton kipua ja syvää kaipausta lapseen. Ne haastateltavat, joilla lapsi oli huostaan otettuna, ilmaisivat halunsa lähtökoh-taisesti tehdä kaikkensa saadakseen lapsensa takaisin.

...mutta kai se nytten ku se tyttö lähti (huostaanotto)nii sen jälkeen se on jotenki ollu semmonen enemmän pakottava tarve tai niinku on semmonen tarve että pakko niinku tehdä jotain vaikkei ihan tiää mitä, mutta jotain on pakko tehdä että sais sen tytön takas, ku se ei nyt tunne mua enää ollenkaan. (Milla)

No, kyl se varmaa tietyst se lapsi.. on aika iso motivaatio.... Että kyllähän se tuol oleminen..., että ku se on vapaaehtost.. Kyllähä se aluks vähä tiukka oli ja nyttenki teki mieli vetää lenkkarit jalkaa ja lähtee... Mut sain piettyy itteni täälä. Kylhän tuol oleminen niinku... ajan kanssa. (Kimmo)

Vanhempien puheista sai käsityksen, että haluttiin toimia lastensuojelun aset-tamien ehtojen ja toiveiden mukaisesti. Pelkona oli, että ristiriidat lastensuoje-lun viranomaisten kanssa johtaisivat siihen, ettei lasten huostaanottoa purettai-si. Kaiken keskiössä tuntui olevan oma lapsi ja vahva tunneside lapseen, joka motivoi raitistumiseen.

6.5 Sosiaaliset suhteet ja selviytymiskeinot

Sosiaalisilla suhteilla on olennainen merkitys ihmisten hyvinvointiin ja niillä on suuri merkitys päihdeongelmasta toipumisessa. Sosiaaliset suhteet voivat tukea päihteiden käytön lopettamisesta tai sen jatkumisesta riippuen siitä, minkä luonteisia suhteet ovat. (Weckroth 2006,142). Haastateltavista yli puolet totesi rakkauden ja parisuhteen olevan merkittävä raitistumiseen motivoiva tekijä. Kimmon kohdalla uusi rakkaus motivoi miettimään omaa elämää ja tulevaisuutta, mikä johti päätöksen tulla hoitoon ja raitistua. Juhan kohdalla suhde toisen toipujan kanssa koettiin raittiutta ylläpitävänä ja tukea antavana voimana.

No sanotaan, et ensirakkaus, mikä auttaa tuol ...lahdel (paikkakunta). Se motivoi aika paljo. Se oottaa siel, et mie saan tän elämän ens järjestykseen. (Kimmo)

Moni on ollu sitä mieltä, ettei kaks vanhaa narkkaria sovi yhteen, mut siin se saattaa kuitenkin olla toisel ku on heikkoo toinen pystyy vähän jeesaa ja tukee silloin. (Juha)

Parisuhteen lisäksi haastatteluissa nousi voimakkaasti esille myös kaveripiirin merkitys sekä hyvässä että pahassa. Kaveripiiri nostettiin yhdeksi yleisemmäksi syyksi päihdekokeilujen aloittamisessa ja päihteidenkäytön jatkamisessa. Juuri käytön aloittamisvaiheessa päihteiden käyttö kuului olennaisena osana hauskanpitoon kavereiden kanssa. Millan kohdalla alaikäisenä asunnottomaksi joutuminen johti huumeiden käyttöön. Kuuluminen päihdeporukkaan toi hänelle voimakasta yhteenkuuluvaisuuden ja turvallisuuden tunnetta. Myös Timo kuvaa omalla kohdallaan kaveripiirin voimakasta merkitystä päihteiden käytössä.

Kun mä asuin niinki tuol kavereitten luona. Et tota voihan sekin tietysti vähän vaikuttaa. Sillon niinku huomaa sen, sitte et huumeil sai kaikkee. (Milla)

Kun kaikki menee kavereitten mukaan, kaikki menee kavereitten mukaan. Se on jokaisel. Missä porukas sie pyörit, niin siin porukan mukaan se menee. Silleen se menee. (Timo)

Juuri kaveriporukan voimakas yhteenkuuluvaisen tunne herättää toipujassa vieläkin ristiriitaisia tunteita. Toisaalta koettiin, että huumeporukassa oli niitäkin ihmisiä tai hetkiä, jolloin joku välitti ja antoi lohtua. Toisaalta taas muistettiin ne ihmiset, jotka käyttivät kylmäverisesti hyväksi.

(huumeporukassa), et jos nähään et jollain menee ihan liian kovaa... Siin mieles välitetää ihan samal taval ku normaalielämässä-kii, vaik siihe liittyy, siäl on tiättyi henkilöit, jotka on hväkskäyttäjii rahallisesti ja häviää tavarat ja... Mut sit siel on ihan oikeit ihmisiikii. Jos näät ite jonku mielestäs tosi huonos jamas ja sit sellane tulee sanoo sulle, et nyt sulla ei mee ihan hyvin... Niin, kyllä sit siin sit rupee vähä ajattelee, et mis mennää. (Risto)

Narkomaaneilla on hyvin kehittynyt ja laaja verkosto mutta se koostuu kuitenkin päihteiden käyttäjistä ja sieltä löytyy vain harvoja sellaisia henkilöitä, jotka tukisivat heidän toipumistaan.

Onhan se oikeesti iso muutos se, että pitää kaikki kaverit vaihtaa ja mistä saa uusii mitkä tukee sitä normaalielämää. nii onhan se oikeesti iso askel. Et on täs matkan varrel tullu monta kertaa mietittyä, että selviiskö helpommalla ku pistäs samaan tyyliin ku ennen vanhaan. (Juha)

Toipumisen kannalta olisi kuitenkin erittäin tärkeää, että päihteiden käyttäjillä olisi ystäviä ja tuttavvia, jotka eivät osallistu päihteiden käyttöön. (Lahti & Pienimäki 2011, 144.) Juhan mielestä ainut vaihtoehto toipumisen kannalta oli jättää vanha kaveripiiri kokonaan pois.

Ensimmäisen (laitoshoidossa) yheksän kuukauden aikaa pistettiin niinku kaikki kaverisuhteet poikki, et ei muihin... tai ei sellasiin ihmisiin, ketkä ovat päihdemaailmas tai rikollismaailmas niin niihin ei saanu olla missään yhteydessäKu pääsin ekakertaa lomille sielt niin 230 puhelinnumeroo poistin puhelimesta. (Juha)

Saarnion tekemässä tutkimuksessa (Lahti & Pienimäki 2011, 145) todetaan avohoidon olevan erityisen tärkeää laitoshoidon jälkeisten ensimmäisten kuukausien aikana. Tärkeää oli myös se kuinka paljon henkilö oli tai ei ollut kontak-

tissa päihteidenkäyttäjien kanssa. Tutkimuksen mukaan raitistumista tapahtui enemmän niiden henkilöiden kohdalla, jotka olivat päässeet eroon päihteitä käyttävistä kavereista. Monille ongelmana näytti olevan se, että päihteitä käyttävien ystävien tilalle ei tullut uusia korvaavia ihmissuhteita. Tämän on todettu lisäävän retkahdusriskiä.

No en mie tiä oikeestaan, mistä näit selväpäisii kavereita, mulla ei oikeesti tässä ...(paikkakunta) oo montaa ihmistä kenen kaa viittii olla tekemisis... (Juha)

Miekii oon asunu melkei koko ikäni täällä (paikkakunta). Meet minne vaan ni sie tapaavat väkisinkii sellasii henkilöit, jotka tulee kysyy jotai tai tarjoo jotai. Pitäs olla neljä seinä sisällä, mut sekää ei auta, ku ne tulee ove taa. Niin, et mikä tukee tai mikä haittaa? No, Nää kaikki. Eri kaveriporukka pitäs olla, vai se on niin vaikeeta... (Risto)

Haastateltavat tuntuivat tiedostavan kuinka tärkeää raitistumisen kannalta on irtautua vanhasta kaveriporukasta ja kuinka vaikeaa on löytää uusia raittiita kavereita rinnalle. Tilannetta tuntui vaikeuttavan myös asuinpaikkakunnan koko, jossa suurin osa asukkaista tuntee toisensa. Elämäntavan muutos ei poista arkipäivän ongelmia ja tunne-elämän vaikeuksia, vaan elämän kriisitilanteissa tulee oppia käyttämään muita selviytymiskeinoja päihteiden käytön sijaan. Lisäksi tulee olla riittävän vahva, että kykenee vastustamaan muiden taholta tulevia houkutusia. (Knuuti 2007, 183.) Haastateltavat olivat selvästi miettineet eri selviytymisvaihtoehtoja, jos tapaavat vanhoja kavereita huumepeireistä.

No, kyllä mie oon nyt aika paljo päässy.. tai niinku jättäytynyt siint kaveripiirist ja ... On tiettyi kaveriet mihi pitää yhteyttä ja näkee ja on jo nyt siin vaihees, et ku näkee jonku... olkoot se sitte sekasi tai mitä niin kyl mie pystyn juttelee hetken ja sit sanoo vaan, et jatkot... ja lähtee menee niinku. (Kimmo)

... en mie jaksa niit juttui kuunnella (Huume kavereiden). Oon mä niitä kuunnellu 22 vuotta. nii no kyl mä nyt juttelen, et en nenä pystys mee ohi ja muutaman sanan vaihan ja sit ku se alkaa menee

taas siihen vanhan jankkaamiseen, sit mulle tulee kiire. aina joku tekoselitys pitää keksiä. (Juha)

Vanhoista kavereista ei välttämättä ollut pelkästään negatiivisia kokemuksia, vaan he voivat olla myös tukena, esikuvana sekä motivaationa raitistumiselle. Juha kuvailee muutosprosessin alkua seuraavassa.

Se varmaan lähti aika pitkält täst tost frendistäkin mikä on ollu , ku mie näin sen tos teboililla se oli kaks ja puol vuotta ollu selvin päin. Se ei kyl käyny mitään hoitoo, se vain teki näin (napsauttaa sormia) se oli ihme kaveri siin mieles. nii mie pitkän aikaa katte- lin... satuin mennä sen kanssa juttelee ja satuin olee silloin selvin päin ite ja pari tuntii juteltiin siinä, mua vähän hävetti se, että mie viel jatkan ojan pohjal rämpimistä ja sit ku tos nähny miten sil on kuitenkin et se on saanu asiansa kuntoon ja käy töissä. (Juha)

Haastateltavat pitivät tärkeänä, että olisi riittävästi tekemistä päihteiden käytön jättämän tyhjiön tilalle. Monesti he joutuivat opettelemaan näitä arkielämän taitoja uudelleen ja alusta. Blomqvistin (2004) mukaan ratkaisevaa on, että kuntoutuja löytää toimivia strategioita päihteidenkäytön lopettamisen seurauksena syntyvistä rasituksista. Nämä rasitukset eivät ole pelkästään fyysisen vieroituksen aiheuttamista vaivoja, vaan myös vaikeutta löytää mielekästä tekemistä ja käsitellä omia tunteita. (Blomqvist Jan 2004,170.) Elämän kriisitilanteissa tulee oppia käyttämään muita selviytymisvaihtoehtoja päihteiden käytön sijaan.

Joo jos mulla täs luppoaikaa on niin sit voi lähtee, että ei tässä vielä kovin paksuil jäillä mennä kuitenkaan et pitää aika tarkkaan miettiä menemisiet ja tekmisiet. Ja kaiken maailman urheiluu täs, me ollaan kovasti käyty kävelemässä ja yritetty sitä hyvää olo saada jostain muust akin kuin päihteiden tuomana.... tylsää tää vähän välillä on. (Juha)

Pitää vissiin jonkunlainen (harrastus), mie oon vähän harkinnu jos mie rupeisin monen vuoden jälkeen pelaamaan shakkia uuvestaan, että se. (Seppo)

Erilaiset harrastukset nousivat merkittävästi esille selviytymiskeinoina. Niillä yritettiin tuoda sisältöä elämään ja korvata päihteidenkäyttöä. Miehillä tuntui urheiluharrastus olevan merkittävä elämän sisältö kun taas naisille yhtenä sosiaalisen tuen muotona olivat kontaktit elämiin. Naisten puheessa nousee esiin Laadun (2012, 258–260) määrittelyn mukaisesti lemmikin yleistä hyvinvointia tuova vaikutus osallisuuden ja rakastamisen merkityksessä sekä mielekkään tekemisen tasolla. Kaksi haastatelluista toi selkeästi esille eläinten läsnäolon vaikutuksen omassa päihdekuntoutusprosessissaan, josta seuraava esimerkki.

No mä kaipaisin eläimii ympärille. Ne on kuitenkin selvin päin, ne ei sillei... (Milla)

Vertaisryhmistä saatava tuki on yksi sosiaalisen tuen muoto ja tapa toipua päihderiippuvuudesta. Vertaisryhmissä korostuu vapaaehtoistoiminnan ja vastavassa tilanteessa olevien kohtaamisen tuomat edut. Omakohtaisen kokemusten kuunteleminen mahdollistaa mallioppimisen. Toisaalta omasta tilanteesta kertominen henkilölle, joka ymmärtää päihteidenkäytön luonnetta ja monimutkaisuutta, koetaan helpommaksi. (Lahti & Pienimäki 2011, 146.)

Ryhmähoito ja vertaistuki tuntuivat olevan haastateltaville vieraampi osa-alue ja siitä saatiin niukanlaisesti tietoa. Osa haastateltavista kävi huumeriippuvaisille tarkoitetuissa oma-apu NA-ryhmissä, kun taas osa haastateltavista ei halunnut osallistua lainkaan ryhmätoimintaan.

Mut en mie erikseen muita ryhmii ko sit siin on taas se et ku siellä on niit naamojakii kenen kanssa ei välttämättä haluu istuu samas paikas et tota tai puhuu omist asioist, niin sen takii mie oon kattonu helpommaks puhua kahestaan työntekijän kaa. (Katja)

Na-ryhmä ois tietysti ihan hyvä, mikä pyörii nykyään täällä (paikkakunta), mut seki on vähän ristiriitainen juttu, et Helsingishän ne ei hyväksy korvaushoitopotilaita ollenkaan niihin ryhmiin, niin tääl ne hyväksytään ja siel on välil aika hurjaskii kunnossa porukkaa ja ne luulee että ne on oikeesti selvin päin vaikka ne on kaikkee muuta... en mie viitti mennä sinne ku ei siel oikeesti oo jengi ellanen. (Juha)

Osa olisi halunnut ryhmätoiminnan olevan toiminnallisempaa, josta seuraavat esimerkit.

Niin ku kaikki on Helsingis. Siellä on oikeesti paljon mahdollisuuksii ja siel on na-ryhmällä jääkiekkjoukkueet ja jalkapallojoukkueet. (Juha)

No en mä nyt välttämättä tykkäis sitä ruuanlaittoa. Mä tykkäisin sel-lasest fyysisest tekemisest et siitä tulis hiki ja sithän siinä samalla tuntis tehneensä jotain ja sitte ku se näkyis se käden jälki heti ja to-ta sithän siit tulis sitä onnistumisen iloa. (Milla)

Paikkakunnan suuruuden koettiin vaikuttavan palvelujen tarjontaan. Päihdepal-velut eivät välttämättä ole pienemmillä paikkakunnilla samalla tavoin saatavilla tai yhtä monipuolisia kuin suuremmissa kaupungeissa.

7 OSALLISUUDEN KOKEMUS PÄIHDEPALVELUISSA

Palvelun käyttäjien osallisuuden kokemuksia tarkastellaan seuraavassa päihdepalvelujen käyttämisen yhteydessä. Tarkastelussa käytämme apuna aiemmin esittämäämme osallisuuden mahdollisuuksien kuutta eri ulottuvuutta ja vastaamme näin toiseen tutkimuskysymykseen: Millaisena asiakkaiden osallisuus palvelukokemuksissa näyttäytyy?

7.1 Valinnan vapaus hoidon aloittamisessa

Valinnan vapaus, osallisuuden ensimmäinen ulottuvuus ja sen merkitys päihteiden käytöstä kuntoutumiselle näyttäytyy kaikkien haastateltujen kertomuksissa kokemuksesta palveluun hakeutumisessa. He kertoivat oman kielteisen tai myönteisen päätöksen teon hoitoon hakeutumisen suhteen olevan tärkein ratkaisu hoidon aloittamisessa. Kaikki haastateltavat mielsivät oman valinnan vapauden käytön ja oman osallisuuden merkityksen siinä, että valitseeko hoitoon hakeutumisen vaihtoehdon vai ei.

No ei. Kyl se on niin paljo itestää kiinni se, et ite ne päätökset kaikki on tehny, et ei niit kukaa muu voi ... Se, et jos ite ois tehny toisin, niin sit... (Kimmo)

Päihdepalveluun hakeutumisen valintaa vaikeutti yksilön kokema häpeän tunne. Häpeän tunteet voivat kohdistua ihmisen ulkopuolista maailmaa, ihmissuhteita kohtaan, mutta vaikeimpana haastatellut kokivat avun tarpeen myöntämisen itselleen.

No, tota että... Hirvee kynnys mennä ja sit tunnustaa muille, että on ongelmii. (Kimmo)

M: Miettikää nyt, Ajatelkaa nytte, kuinka vaikee on normaalin viinii hörppivän porvaritädin mennä katkolle? Sama juttu se on. Mut se iän myötä helpottaa se, kun tajuu sen jutun... Niin sit on helpompilla. (Timo)

Tälle päihdepalveluun ohjaamiselle ei annettu pelkästään negatiivisia merkityksiä, vaan se koettiin omaa päätöstä tukevana. Milla kerto käyttäneensä päihteitä 12-vuotiaasta asti ja hänen kertomuksessaan tulee esille toive siitä, että viranomaiset olisivat puuttuneet tilanteeseen jo aiemmin.

No mun mielest sosiaalitoimiston ois pitäny jo silloin ku mä olin alakäinen puuttuu, et sit sinänsä jos ajattelee mun äiti ku vietiin mielisairaalaan, niin mä olin vielä yläasteella 9. luokalla. Jos se niinku vietiin lepositeissä niin sairaalaan ja mä olin niinku kirjoilla sen luona. enhän mä siis käytännössä paljoo ollu kotona..niin se oli vähän ihme ettei kukaan moneen vuoteen ollu kiinnostunu yhtään. (Milla)

Jokaisella haastatellulla oli ollut useampia yrityksiä aloittaa päihdehoito. Päihdehoitoon hakeutumisen jälkeen palveluprosessin aikana valinnan vapaudella on edelleen merkitystä päihdehoidon jatkamisena tai sen keskeyttämisenä, jolloin toteutuu osallisuuden mahdollisuuden ensimmäisestä ulottuvuudesta kieltäytyminen. Tässä kohdin haastatellut kuvaavat usein myös palvelun laadun tai rakenteen vaikutusta hoidon jatkumisen kannalta eli palvelun käyttäjän oma valinta ei aina ole ainoa tekijä hoidon jatkumisen kannalta. Risto on 33-vuotias ja on käyttänyt päihteitä 12-vuotiaasta asti. Hän kuvaa haastattelun aikana useaan kertaan ensimmäistä hoitoon hakeutumistaan, joka jäi yhteen käyntiin klinikalla.

No, siinä juteltiin paikan päällä. Sit annettii risolidit ja tenoxit ja terve menoo. (Risto)

Tääl on niin paljo päihdengelmaisii, et todennäkösesti en antanu itseäni ilmi tarpeeksi selväst, et mie tarvii jatkoapuu. (Risto)

Toisella kerralla Risto päätti ottaa tarjotun avun vastaan ja kuvaa syitä tähän seuraavasti:

Se oli niinku... En mie tiedä olinks mie motivoitu enemmän vai mikä siin oli .. En mie tiä minkä takii mie sit päätin käyä, kai ihan mie oman henkeni takia. (Risto)

Valintatilanteessa osallisuuden valintaan ja osallisuuden kokemukseen vaikuttavat myös ulkoiset tekijät eivätkä vain ihmisen oma sisäinen tahto ja päätös. Osallisuuden kokemusta ei siis voi täysin irrottaa omakseen, vaan siihen kietoutuvat ihmisen psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset sekä ympäristötekijät.

7.2 Tiedon saaminen palveluprosessista

Palveluista ja omasta palveluprosessista tiedon saaminen on edellytys oman mielipiteen ilmaisemiselle ja samalla mahdollistaa itseä koskevaan päätöksentekoon osallistumisen. Useimmat haastateltavamme kertoivat saaneensa tiedon tarjolla olevista palveluista kavereilta. Tietoa saatiin jonkin verran myös joltakin muulta taholta, kuten terveydenhuollosta tai sosiaalitoimesta.

No, kyllä täl alueella joo. Siis joo. Kyllähän tuol A-klinikalla asiakkaita riittää (naurahtaa) ja riittää.. ja varmaan tota kaveripiiris tiato kulkee aina, et ... (Kimmo)

...Tai sille esiin nyt oikeest kävi, et kun menin noit terveyseskusseen hakemaan noit rauhottavii, niin sielt niinku tavallaa ohjattii. (Kimmo)

Palvelupisteen henkilöstöä kohtaan nousi toiveita liittyen tiedottamiseen ja tukemiseen omien asioiden hoitamisessa. Tietämättömyys omista oikeuksista ja mahdollisuuksista aiheuttaa helposti tyytymättömyyden ja epäoikeudenmukaisen kohtelun kokemuksia eikä osallisena olemisen kokemusta pysty syntymään.

Niin siel pitäis olla semmosii työntekijöitä et hoitaja auttaa sinuu... ja tukee sen verran, että niitä asioita lähetään oikeest ajamaan eteenpäi. Vaan niiku nyttenkii tätä miun harrasterahaa mie jouvuin yksin hakemaan, vaan et ja että ne auttais niin pitkälle, et ku enhän mie näitä termei...et tarviis sen kunnan tuen siellä. (Katja)

Lähes kaikki haastateltavista kokivat, etteivät heidän hoitoaan koskevat tiedot olleet ajantasaisia tai heille tiedotettavissa asioissa oli puutteita. Puutteita tiedonkulussa esiintyi sekä palveluyksikön sisällä että siirryttäessä palveluyksikös-

tä toiseen. Päihdeasiakkaat kokivat turhauttavana esimerkiksi sen, kun tieto ei kulkenut hoitajalta toiselle

Se tieto vois kulkea vähän paremmin, niin et jos sie jouut toiselle hoitajalle ja sie et pääse omalle hoitajalle ja sie jouut puhumaan tavallaan ihan alust tietyist asioist tai sitte rupee puhuu jostain jutuist niin se on ihan H-moilasena. (Katja)

tai avohoidon ja laitoshoidon välillä.

Niin näie väline tiedonkulku näie kaikkie. Koska on tossa on yks ovi välis katkon ja nepparin välil, niin siin ei kule tieto. Tai sitte katkol, ku muutettii lääkityksii, nii vuarojen välil ei kule tieto. Jokaisel ovat omat tiedot ja omat luulot. Jos niil ois yks mappi, mistä kaikki lukee ne tiedot. Luulis et kaikel on sama tietojärjestelmä. (Risto)

Haastateltavat eivät niinkään tuntuneet olevan huolissaan henkilökohtaisten ja välillä arkaluontoistenkin tietojen siirtymisestä palvelupisteistä toiseen kuin siitä ettei tieto kulkenut lainkaan. He kokivat turhautumista joutuessaan selittelemään asioita uudelleen. Samojen asioiden uudelleen kertominen tuntui raskealta. Jotkut kokivat, ettei heidän selityksiään useinkaan ensiksi uskottu ja heitä pidettiin epäluotettavina.

7.3 Mielen ilmaiseminen

Palautteen antamisen mahdollisuus ja oman mielipiteen ilmaiseminen toteutuivat haastateltujen mielestä melko hyvin. Oman mielipiteen ja toiveiden kertominen henkilökunnalle tuli esiin kaikissa haasteluissa, samoin luottamus henkilökuntaa kohtaan. Luottamuksen syntyminen puolestaan vaatii hyvää tiedonkulkua ja vuorovaikutustaitoja. Osallisuuden edistämiseksi olennaisia elementtejä ovat käsillä olevan tilanteen ja olosuhteiden hahmottaminen, henkilökohtaisuus, aito kohtaaminen sekä uskallus ja luovuus. (Kokkonen, Närhi & Matthies 2013, 44–45.) Joissakin haastatteluissa kuvatuissa tilanteissa vuorovaikutus tosin tuntui olevan melkoisen hukassa, kuten seuraavassa esimerkissä. Tällaisessa ti-

lanteessa tuskin kenenkään on helppo ilmaista itseään tai mielipiteitään rakentavasti.

No kun juttelet, niin toinen vaan tuijottaa ja sit vihkoon tai jotain kirjoitetaan et oot sie ottanut. NO olen: Heippa! (Katja)

Sellanen mikä ei kuuntele, eikä sit oikeesti sille ei voi puhua ja jos puhuukin sit sielt tuleekin vaan jotain. Tai semmonen joka pälättää paljon ja on oikein menevä, koko ajan menee ja silt unohtu jotakin ja se menee ja hakee ja sit ku sie alat juttelemaan asiaa niin se kuuntelee mut se ah mitäs sie sanoitkaan hän halua tän kirjaa ylös ja sit se kirjoittaa jotain, puhuu itte sun päälle ja keskeyttää jollain tarkotat sie tätä ja sit silleen vähän tarkemmin keskittyä esimerkiksi kuuntelemiseen, eikä vaa aatella ku puolet kuulee niin tarkoittkii tätä et veikkaile ja just toinen ääripää on sellainen et josta näkee ettei tää vittuukaa kiinnosta. (Katja)

Työntekijän vallan käyttö ja asiakkaan kokema eriarvoinen kohtelu saattaa pahimmillaan johtaa jopa hoidon keskeyttämiseen kuten Katja seuraavassa kertoo.

Ja niinku se sai tehdä tavallaan ihan mitä vaan et ei siin, et meil tuli ihan tappelu sen hoitajan kaa. Niin mie päätin, että en mie rupee ole täällä talos, et muut joutuu sen takii et nukkuu pommiin viis minuuttii aamuryhmästä joutuu ole liikkumatta yks tai kaks päivää talost ja sit toinen niinku tuo huumeit taloon ja saa tehdä kauppaa ja saa tehdä mitä haluaa. (Katja)

Parhaimpina työntekijän ominaisuutena arvostettiin kuuntelutaitoa. Hyväksi työntekijäksi miellettiin sellainen joka keskittyy ja kuuntelee. Varsinkin hoitosuhteen aloittamisessa kuuntelemisen tärkeyttä painotettiin. Sellaisten työntekijöiden katsottiin olevan parempia kuuntelijoita, jotka olivat itse entisiä päihteidenkäyttäjiä.

Tiedän aika montakii ihmist täältäkii, ketkä on ollu just entisii päihteidenkäyttäjii ja on tääl töissä. Ne on niinku parhait kuuntelee ja sanoo omii mielipiteit, koska ne o kokenu tän kans. Tai suunnil-

leen, mut ne pystyy sanoo jotai. Tietenkii sellane työntekijä, joka ei oo käyttäny tai kokenukkaa mitää, nii sil ei sit omakohtast tietoo. Kyllähä se kuuntelee ja sanoo tiätyst oma mielipiteensä, mut sehä nyt on...jos ei oo sit kokemust, niin se mielipidehä on selvä jokasella mitä se on. Ei pitäis käyttää. Monet kuvittelee et se käy noin vaan. Kyl sellane, joka on käyttäny päihkeitä, on parempi tapa tehdä tät tyätä. (Risto)

Se, miten annettua palautetta hyödynnettäisiin itseä koskevassa palveluprosessissa, koettiin toisaalta hyväksi ja toisaalta oli epävarmuutta siitä, mitä palautteen antamisesta seuraisi. Sitä vastoin järjestelmällisen asiakaspalautteen keräämisen käytännön olemassaolo ei haastateltujen puheessa tullut esiin.

Oo... on mun toiveit kuultu. On kuultu. (Kimmo)Luotan.

Niille voi puhuu ja sanoo. Toivon mukaan ei mee hirveesti eteenpäin... (Risto)

Voi. Voooi. Kyl tuola visii on jotkuu palautelaatikot... (Kimmo)

Oheisista haastatteluesimerkeistä käy ilmi, että palvelun käyttäjiä ja heidän ajatuksiaan kuunnellaan, mutta osallisuus oman palveluprosessin suunnittelussa näyttäisi vaativan kuuntelemisen lisäksi kannustamista kohti suunnitelmien tekemistä. Haastattelujen valossa tämä osallisuuden kolmas ulottuvuus jää melko ohueksi. Palvelussa oleva päihdekuntoutuja tarvitsee henkilökunnan tukea, jotta osallisuus oman prosessin kulussa lisääntyisi ja näiden kokemusten myötä myös osallisuus palvelujen kehittämiseen paremmin mahdollistuisi. Palvelun käyttäjän toimintakyvyn ja kehittämisosaamisen tukemisessa henkilökunnalla on avainasema.

...että henkilökunta tekee kyllä kaikkensa, mut se onkii se avun vastaanottopuoli onko se ihan valmis vastaanottamaan sitä kaikkea, mitä ne tarjoaakin , nii varmast se vika on siel vastaanottaval puolella ei henkilökunnan puolella. (Seppo)

...mut se on täs laitospuolella ettei ole koko ajan kyttäämässä, et mitä tekee. (Risto)

Työntekijän ja asiakkaan välinen luottamussuhde ja rehellinen vuorovaikutus ilmaistiin tärkeiksi tekijöiksi asiakassuhteessa. Osa haastateltavista koki etteivät työntekijät aluksi luota heihin vaan esimerkiksi epäilevät heidän pyytävän lisää lääkkeitä. Yksi avohoidon puolen asiakas kertoi kokemansa mukaan ristiriitaisista tunteista rehellisyyden suhteen.

Se on yleises tiios, et tääl on pakko valehella. Et jos ei valehtele, jos puhuu totta, niin saa sanktioita. ... otetaan lääkkeit pois tai vähennetään lääkkeit. Jos kertoo omat käyttämiset, nii siitä rangaistaan. (Timo)

Jos puhuu raaan totuuden, niin siit rangaistaan enneminkin kuin että otettais sellana hyvänä, et puhuu totta. (Timo)

Hoitajalle ei kaikissa tilanteissa voi olla rehellinen, jos haluaa säästyä rangaistukselta. Haasteltava koki tämän epäoikeudenmukaisena, koska hänen käsityksensä mukaan hoitajien tulisi arvostaa enemmän totuuden puhumista kuin sanktioiden määräämistä.

Luottamuksen syntyminen on kuitenkin vaikeaa tilanteessa, jossa asiakas kokee taistelevansa oikeuksistaan ja saa eri viranomaistahoilta erilaista informaatiota. Haastateltavat kertoivat kokemuksistaan, miten palvelujen pirstaloituneisuus vaikeuttaa asiakkaan kuntoutumisen prosessin johdon – ja tarkoituksenmukaista etenemistä. Byrokratia ja palvelujen hajanaisuus tuntui olevan yksi este päihdeasiakkaan osallisuuden toteutumiseksi palveluprosessissa.

7.4 Toimintaan ja päätöksen tekoon osallistuminen

Toimintaan osallistuminen, siinä mukana oleminen on osallisuutta. Osallisuus toiminnassa koetaan tärkeäksi, kun siihen sitoudutaan. Osallisuus ei voi olla pakollista, koska siihen liittyy aina vapaus valita. (Luhtasela 2009, 6.) Toiminnassa tai asioiden hoidossa mukanaoloa toivat esille kaikki haastatellut ja he pitivät sitä myös tärkeänä osana toipumistaan.

Erilaiseen toimintaan osallistuminen lisäsi selkeästi osallisuuden ja tätä kautta myös hyvinvoinnin tunnetta. Toiminnaksi tässä kohden voidaan käsittää toimi-

minen oman arkielämän sujumisen parantamiseksi, ”asioiden hoidoksi” sekä ajanviete- tai harrastustoiminnaksi. Kumpikin toimintamuoto vaati ainakin asiakaspolun alkuvaiheessa henkilökunnan vahvaa läsnäoloa ja konkreettista tukea käytännössä.

Se on tehnyt mun kaa anoi Kelan jutut, kun en mä niitä oo tehny. Se on niinku auttanu mua niissä, ku mul on vähä toi keskittymisongelma (naurahtaa). (tauko) Niin sitte täällä ollaan sitte..... oltu ja käyty kaikki.....ulosottomiehet ja syyttäjät ja kaikki läpi työntekjän kaa. Ja sitte ollaan harrastettu jotain.(Risto)

Niin. Niin kun aamul ku sie heräät, jos sie heräät... Niin se on kävely seinästä toiseen ja sit sie lähet ettii niitä... Joka päivä kuitekiin mieltii niitä, että mistä ja mistä sais. Ei se lopu, jos ei oo mitää.(Risto)

Itseä koskevaan päätöksentekoon osallistumista on osallistuminen oman hoito- tai palvelusuunnitelman tekemiseen. Tämä osallistuminen taas puolestaan lisää osallisuuden tunnetta oman elämänsä asioissa. Kaikille haastatelluille esitettiin kysymys kuntoutus- tai palvelusuunnitelman olemassaolosta ja sen laatimisessa mukana olemisesta. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000) velvoittaa esimerkiksi palvelu-, hoito- kuntoutus- tai vastaavan suunnitelman laatimiseen yhdessä ja yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Oman palvelu- tai kuntoutussuunnitelman laatimisessa osallisena olemisesta ei kaikilla haastatelluilla kuitenkaan ollut kovin selkeää käsitystä.

Eh..eei... En tiä. Mul jäi tota tossa klinikal pari viimestä käyntii käymättä.. Ne ois siellä varmaa selittäneet... Mulla oli vähä muuta tekemistä... (Risto)

No ainoastaan sillon, ku olin raskaana ja sillo, ku se tyttö synty, ko mitä sillon sosiaalitoimistosta tehtiin. (Milla)

Vain yksi vastaaja kertoi selkeästi omasta palvelusuunnitelmastaan, joka oli tehty vankeinhoitolaitoksen päihdeettömällä osastolla. Osalla vastaajista oli kokemus, että he ovat olleet mukana suunnitelman teossa ja kertoivat tosiasiaa lastensuojelun suunnitelman tai aktivointisuunnitelman teosta.

Joo, kyl mie siis oon ihan hyvin peril kaikist asioist.... ja ollu mukan nois lastensuojelupalaveris... On miul oma terapeutti tuolt klinikalt kuka on, niin on ollu mukan nois jokaises nois... lastensuojelupalaveris.... Mitä niitä nyt on ollu täs, varmaan kymmenkunta... täs...täs...ööö.... parin vuaden aikan... (Kimmo)

Siis ollaan nyt päihdepalvelun työntekijän kaa viimeks ku käytiin työvoiman palvelukeskuksessa, niin siinä oli tavallaan se joku hoitosuunnitelma. (Katja)

Katja kertoo kuitenkin myös kokemuksesta, jossa hänen mielipiteensä ja tahtonsa on joidenkin prosessissa osallisena olleiden työntekijöiden taholta sivuutettu. Hän ei ole tullut yrityksistään huolimatta kuulluksi eikä hänellä näin ole ollut mahdollisuutta kokea olevansa täysivaltaisena osallisena itseään koskevien suunnitelmien tai päätösten tekemisessä. Samalla hän kertoo myös eri palvelutahojen työntekijöiden välisistä mielipide-eroista ja ristiriidoista koskien oman tulevaisuutensa suunnittelua. Hän kokee jääneensä vaille apua, jota olisi kaivannut.

Nii sit mie menin sinne taas ja sanoin anteeks mul ois työpaikka tuonne... Sit jäätiin taas suut ammolleen ja et ei ne oo ikinä, niinku mie olen nää koulut kaikki hoitanut itte. Oppisopimusjututkin mie jouvuin kysyä saanko lainata puhelinta, kun ne ei muka tienneet yhtään missä on oppisopimustoimisto. Ja minne soitetaan ja miten tehään niin mie jouvuin itte tekemään nää kaikki. Ei sielt oo tullu missään vaiheessa. (Katja)

Vastakohtana edelliselle voisi olla tilanne, jossa päihdekuntoutuja ja ammattiauttaja olisivat kuntoutumisen prosessin aikana vuorovaikutteisessa kumppanuussuhteessa. Kumppanuus merkitsee tässä eri osapuolien tasavertaista yhteistyötä toivottujen tulosten ja päämäärien saavuttamiseksi. Tällainen toiminta edellyttää osapuolten välistä luottamusta, jonka avulla aloitteiden tekeminen ja kehittämistoiminnassa osallisena oleminen paremmin mahdollistuu. (Salmikangas 2000, 15–16.)

7.5 Osallisuus ja päätöksenteko kehittämistyössä

Haastateltavat eivät tuoneet esille kokemuksia osallistumisestaan palvelujen kehittämistyöhön tai päätöksentekoon. Siten aineistoa kahdesta viimeisestä osallisuuden ulottuvuudesta kertyi vähän ja päätimme käsitellä nämä tulokset samassa luvussa.

Haastateltaville esitettiin kysymys halukkuudesta kehittää palveluja oman kokemuksensa pohjalta. Seitsemästä haastatellusta viisi ilmoitti halukkuutensa kehittämistyötä kohtaan ja arvioi itsellään olevan hyödyllistä tietoa ja kokemusta palveluiden suunnittelua ajatellen.

Joo. Kuhan sais ensin tämän oman elämän raiteilleen, niin mielellää olisin. Mut ei nytte, vaikka en enää oo siis pahimmas vaihees enää, mut ei tää maailma helpookaa oo. Oisin varmast hyvä apu jollekin, ku on 21 vuotta touhunnu. (Risto)

Niin.... kyllähän nyt tietysti... niin mitä vaan... Et pystyis auttamaan sellasii, ketkä ei oo vielä ajautuneet ihan samaan tilanteeseen.. et pystyis jollaintaval auttamaan tai keksimään jonku tavan, mikä vois niinku... et asiat menis toisin. (Kimmo)

Pitäs kuunnella... Mutku, nii.... En tiä paljo tyä saatte sellasii kello ois ideoita, mutta pitäishän niit kuunnella. Tietenkiin pitää kunnella sellasii kell on kokemusta. Eihän se.... järkikin sen sanoo... (Timo)

Osallistumisen ja osallisuuden kokemukset kehittämistyöhön osallisuuden alueella rajoittuivat käytännön tasolle, esimerkiksi päivittäisten tai viikoittaisten toimintojen suunnitteluun osastolla. Viidennen ja kuudennen tason osallisuuden ulottuvuus ei opinnäyteyöympäristössä toteudu. Näiden osallisuuden ulottuvuuksien saavuttamiseksi tulisi kehittää selkeitä, palvelun käyttäjää ja henkilökuntaa tukevia rakenteita.

8. KEHITTÄMISTOIVEET

Tässä luvussa käsittelemme asiakkuutta kehittämisen näkökulmassa sekä vastaamme lopuksi kolmanteen tutkimuskysymykseen: Millaisia toiveita asiakkaat esittävät päihdepalveluiden kehittämiseksi? Ryhmätapaamisen alun tarkoituksena oli keskustelun virittämisen ohella kääntää katseet omaan päihdehistoriaan miettien samalla hoitokokemusten ongelmapaikkoja. Tarkoituksenamme oli myös tuoda esille tapa, jolla asiakas voi lisätä omaa osallisuutta palveluiden kehittämisessä. Koska ryhmätapaamisessa haastateltavat toistivat yksilöhaastattelussa tuottamiaan kuvauksia, esitämme tässä luvussa aineisto-otteita vain siltä osin kuin ne poikkesivat olennaisesti yksilötilanteista.

8.1 Kokemus kehittämisen lähtökohtana

Ryhmätapaamisen aluksi johdatimme osallistujia miettimään oman päihdehistoriansa ja kokemuksiaan päihdepalveluista. Ryhmään osallistuneista neljä henkilöä käytti ”Oma polkuni” paperia (Kuvio 2, luku 5.3) päihdepolkunsa määrittämiseksi. Tässä luvussa puramme vastanneiden kirjaukset sinällään, koska ne taustoittavat varsinaisen ryhmäkeskustelun aiheita ja teemoja sekä huomioituja epäkohtia päihdehoitoprosessissa.

Kolme henkilöä oli aloittanut päihteiden käytön noin 12-vuotiaana ja yksi oli kirjannut varsinaisen päihteiden käyttönsä alkaneen 15-vuotiaana. Päihteiden käytön aloittamisen syinä mainittiin kokeilunhalu, kaveripiirin mukana meno ja se, että ”se oli jollakin tavalla hienoo”. Jokainen vastanneista oli käyttänyt päihdepalveluja ennen nykyistä päihdehoitoa viimeistään noin 5-8 vuoden kuluttua päihteiden käytön aloittamisesta. Kaikki vastanneet olivat käyttäneet A-klinikan palveluja. Ensimmäisellä kerralla päihdehoito ei kuitenkaan johtanut raittiuteen, vaan kolme vastanneista ei ollut kokenut saaneensa apua. Yksi vastaaja tiivisti kokemuksensa: ”kokeilin, ei apua” ja yksi vastaaja oli ollut muutaman viikon päihteittä hoidon jälkeen. Näissä vastauksissa nousi myös useammassa yksilöhaastattelussa esiin tullut epäkohta palvelujen suhteen: ”Tiedonkulku päihde- ja muiden terveystalvelujen välillä ei toimi.” Päihteistä eroon pääsemisen auttava-

na tekijänä mainittiin huoli omasta terveydestä ja elämästä, oma tahto ja halu päihdeettömyyteen, pakolliset seulat ja tuettu oleminen päihdehoidossa.

”Seinätaululle” (Kuvio 3, luku 5.3) puolestaan tuotiin yhteensä neljä muistilappua, joissa nostettiin esiin palvelujärjestelmän toimivuuden puutteita. ”Mikä ei auta?” – osion kohdalle kiinnitetyn muistilapun teksti kiinnittää huomion palvelun toimivuuteen tai sen toimimattomuuteen asiakkaiden leimautumisen näkökulmasta. Se toi esille henkilökunnan asennetta päihdekuntoutujaa kohtaan ja sai aikaan lyhyehkön keskustelun päihdeasiakkaaksi, narkomaaniksi leimautumisesta. Leimautumisen vaikutukset olivat keskustelijoiden mielestä negatiivisia, päihteistä kuntoutumista estävää: *”Väylä ei auta! Siellä pidetään vain ja aina narkomaanina.”*

Kohtaan ”Ihmissuhteet” – osion kohdalla tuotiin esille vain yksi sana: *”Kaveripii-ri”*. Päihdepalvelut – osio puolestaan sai kaksi tarralappua, joissa otettiin esille useimmissa yksilöhaastatteluissa esille tullut ilmiö, että ensimmäisellä kerralla hakiessaan apua päihdeongelmaansa asiakkaat eivät kokeneet saaneensa tarvitsemaansa apua: *”Eka kertana ei saanut apua.”* Toinen kommentti kosketti myös aineistossa voimakkaasti esille nousutta epäkohtaa, jonka mukaan päihdehoitojonot ovat liian pitkät. Tämä puolestaan ryhmän keskustelun mukaan heikentää asiakkaan motivaatiota hoitoon hakeutumisessa ja myös siihen kiinnittymisessä: *”Pitkät jonot klinikalle ei auta ketään.”*

Seuraavaksi pyysimme ryhmäläisiä miettimään tilannetta, jolloin heistä useimmat alkoivat käyttää päihteitä. Miten esimerkiksi viranomaiset tai omat vanhemmat puuttuivat tuolloin päihteiden käyttöön?

En mie tiää, kerran terveydenhoitaja otti miut puhutteluun ja kysyi miks sie oot ihan Zombi.. mut ei sit muuta. (Kimmo)

Ryhmäläisten yleinen mielipide tuntui olevan, ettei kouluikäisenä koulun henkilökunta tai muut viranomaiset paljonkaan välittäneet tai puuttuneet heidän päihteidenkäyttöön. Tosin esille tuli myös, että nuorena päihteidenkäyttöä pyrittiin kovasti salailemaan aikuisilta. Vaikka päihteiden käyttöön joku olisi puuttunutkin, ei mikään olisi auttanut, kun itsellä oli niin kova halu käyttää päihteitä. Osa ryhmäläisistä kertoi vanhempien yrittäneen puuttua asiaan. Tämä ei kuitenkaan

auttanut, vaan mitä enemmän päihteidenkäyttöön puututtiin, sitä enemmän niitä tunnuttiin käyttävän. Lisäksi käytiin keskustelua kaveripiirin merkityksestä päihteiden käytön aloittamisessa. Kaveripiirin merkitys koettiin suurena. Päihteiden käyttö aloitettiin kokeilemalla porukalla ja aluksi päihteiden käyttö oli juuri kavereiden kanssa tapahtuvaa hauskanpitoa ja viihdekäyttöä.

Ryhmäkeskustelussa nousi esille oman motivaation ja kaveripiirin merkitys päihteiden käytölle, mitkä tulivat vahvasti esille jo yksilöhaastatteluissa. Ryhmäläiset olivat harvinaisen yksimielisiä oman tahdon osuudesta päihteiden käytössä aloittamiseen nuorena, eikä vastuuta omasta päihteidenkäytöstä siirretty esimerkiksi aikuisille missään vaiheessa. Tältä osin ryhmän mielipide vahvisti yksilöhaastatteluissa esille tulleita ajatuksia. Kysyttäessä ryhmäläisiltä ratkaisuvaihtoehtoja nuorten päihteidenkäytön vähentämiseen tuotiin voimakkaasti esille kokemusasiantuntijoiden käyttäminen esimerkiksi kouluissa. Entisten päihteidenkäyttäjien tulisi enemmän käydä puhumassa nuorille päihteidenkäytöstä heidän omalla kielellään ja heidän arkipäivän ympäristössään.

Kysyimme myös ryhmäläisten näkemyksiä ja kokemuksia palveluista. Aikaisemmassa osiossa ”kokemuksia päihdepalveluista ja ”osallisuuden kokemukset palveluissa” olemme jo tuoneet esille näitä palvelukokemuksia. Ryhmätilanteessa ei varsinaisesti noussut mitään uutta tai erilaista kuin yksilöhaastatteluissa, joten tässä kohdassa vain mainitsemme ryhmän esille nostamia kokemuksia, joita olivat ongelmat tiedonkulussa ja hoidon aloittamisessa, matalan kynnyksen paikkojen puuttuminen sekä ryhmäläisten saama huono kohtelu työvoiman palvelukeskuksessa, kelassa ja sosiaalitoimessa.

Kaiken kaikkiaan ryhmäläisten keskustelu oli pääosin päihdepalveluja kritisovaa, mihin antamamme virikemateriaali osaltaan johdatti. Toisaalta Pietilän (2010, 218) mukaan ryhmässä on helpompi esittää kriittisiä näkemyksiä. Tässä kohtaa voidaankin miettiä, ovatko palvelukokemukset oikeasti niin huonoja vai ruokkiiko yhden ryhmäläisen huono kokemus tuomaan esille myös muiden huonoja kokemuksia palveluista. Tosin vastakkaisiakin, positiivisia mielipiteitä palveluista ryhmässä esitettiin ja eräs ryhmäläinen koki saaneensa hyvää palvelua kaikissa toimipisteissä. Tämä taas herätti osaltaan toisia ryhmäläisiä pohtimaan niitä hyviä kokemuksia, mitä palveluista on saanut. Tässä näkyi ryhmäläisten

keskinäinen vuorovaikutus ja se, miten tilanne johti pohtimaan esille nousseita asioita myös omasta näkökulmasta. Ryhmäkeskustelu voi siis parhaimmillaan toimia oivalluksia tuottavana toimintana.

8.2 Asiakkaan rooli kehittäjänä

Ryhmätapaamisen puolen välin jälkeen suuntasimme katseen tähän hetkeen ja tulevaisuuteen ja lähdimme miettimään mitä toiveita haastateltavilla olisi päihdepalvelujen kehittämiseksi. Usein kokemusasiantuntijoiden tuottaman tiedon katsotaan olevan hatariin todisteisiin perustuvaa, toisarvoista ja niitä katsotaan vain heidän tarinoikseen. Ryhmähaastattelumme lähtökohtana oli lähteä miettimään palvelujen kehittämistä kyseenalaistamatta haastateltavien kokemuksia ja näkemyksiä paremmista palveluista.

Ryhmähaastattelussa tuli esille, että halu osallistua kehittämistoimintaan riippuu osittain siitä missä vaiheessa päihdekuntoutus on. Laitoskuntoutuksen äskettäin aloittaneet eivät vielä haastattelutilanteessa nähneet itseään palveluiden kehittäjän roolissa. Ajatusten suuntaaminen tulevaisuuteen tuntui tässä vaiheessa olevan vielä vaikeaa. Pitempään korvaushoidossa ollut ja omasta mielestään hyvän tasapainoisen elämän saavuttanut, taas ilmoitti olevansa kiinnostunut osallisuudesta kehittämistoimintaan. Myös päihdekuntoutuksen juuri aloittaneidenkin kohdalla tuli esille ajatuksia, että jos raitistuminen onnistuu, niin silloin he voisivat olla apuna myös muille päihdekuntoutujille. Pohdimme yhdessä myös sitä, mistä syystä joku tekee ilmaiseksi vapaaehtoistyötä. Tähän ryhmäläiset vastasivat: *”halu auttaa, koska on käynyt samat kokemukset läpi ja ymmärtää toisen tuskan”*.

Oishan se hienoo olla kehittämässä, ku tavallaan ei sitä ennen tänne tuloo (haastattelu) ees ollu ajatellu, ku oma työntekijä tän lapul kutsui. Et kyl mie lähen, mut tota, tota siis sillei, ettei ennen oo ees tullu ajatelleeks, mutta oishan se ihan ku aattelee. Kauan on itte olu niinku... (Katja)

Mielenterveyden keskusliiton ”Yhteinen ymmärrys ja avunanto mielenterveys-työssä” -hankkeessa (Salo & Hyväri 2011,) on käytetty palveluiden kehittämi-

seen kokemustutkijoita, jotka ovat olleet mukana tutkimustoiminnassa. Hankkeessa kokemusasiantuntijat osallistuivat tutkimuksen tekoon haastattelemalla, litteroimalla sekä analysoimalla peilaten otteita omiin kokemuksiin. Kysyimme vielä haastateltavilta mielipidettä tällaisesta tutkijan roolista sekä siitä pitäisikö palveluiden käyttäjien ottaa enemmän vastuuta palveluiden kehittämisestä. Jostain syystä emme saaneet tähän kysymykseen kunnan vastausta. Ryhmäläiset kertoivat vierastavansa ajatusta tutkijana toimimisesta ja siirsivät keskustelun pikku hiljaa takaisin omiin hoitokokemuksiinsa.

8.3 Päihdepalveluiden kehittämistarpeet

Palveluiden kehittämistarpeissa ryhmäläisistä osa tiedosti voimakkaasti ihmisen oman tahdon merkityksen raitistumisessa. Hoitopaikan toivottiin olevan jossain syrjäisessä paikassa, esimerkiksi 20 kilometriä keskusta-alueelta.

No mie ottasin Pekka Niskan nosturin ja nostaisin tän paskan 20 kilometriä tonne mettään... (Juha)

Tähän toiveeseen liitettiin se näkemys, että kuntoutujan tulisi katkaista suhteensa päihdekavereihin heti hoidon alussa ja konkreettinen välimatka päihteiden käytön ympäristöön auttaisi tässä. Hoitopaikan tulisi sallia yhteydet ainoastaan lähiomaisiin ja sellaisiin ihmisiin, jotka eivät tue huumeiden käyttöä ja rikollista elämäntapaa.

Yleisesti hoitopaikoissa toivottiin elämän olevan mahdollisimman arkista ja normaalia esimerkiksi ruoanlaittoineen, pyykinpesuineen ja muine askareineen. Ryhmäläiset totesivat, että tällä hetkellä hoitoon sisältyykin jo paljon arkista toimintaa, mikä koetaan siis hyvänä. Laitoshoidon puolella ryhmäläiset arvostivat sitä, että on oma huone ja oma rauha jokaiselle, kun sitä tarvitsee. Päihdepalvelusta toiseen siirtyminen oli keskustelijoiden mukaan yksi palveluprosessin suurimmista epäkohdista. Toiveena oli, että tehtäisiin suunnitelmia kuntoutuksen jatkopolusta.

Laitoshoidon jälkeen toivottiin normaalia arkielämää, jossa olisi töitä ja harrastuksia. Tukena voisi olla oma hoitaja, jolle voisi soittaa. Toivottiin, että ”ois joku

sellanen henkilö, joka vetäis mukaan, jos ei itse jaksaa. Se voisi mieluummin olla joku kaveri kuin ammattihenkilö". Keskustelussa pohdittiin, että toiminta voisi olla AA-toiminnan kaltaista kummi- tai tukihenkilötoimintaa. Perusajatuksena oli, että olisi olemassa joku selvä ja asiaa ymmärtävä ihminen, jolle voisi soittaa heikon hetken koittaessa. Tässä yhteydessä keskustelua käytiin myös paikallisesta NA-ryhmästä, jolle toivottiin rahoitusta harrastus- ja virkistystarkoituksiin. Yhtenä ideana esitettiin myös mallia, jossa hoitopaikkaan voisi olla puhelinyhteydessä ja joku työntekijä tulisi vaikka kotoa hakemaan hoitoon, jos ei itse jaksaisi hoitoon lähteä.

Ryhmätapaamisen loppuun pyysimme haastateltavia käyttämään mielikuvitusta sekä kokemukseen perustuvaa asiantuntijuutta ja miettimään minkälaisia voisivat olla hyvät "viiden tähden päihdepalvelut". Tässä vaiheessa emme lähteneet miettimään yhteiskunnan näkökulmasta aiheutuvia rajoittavia tekijöitä kuten resurssipula tai taloudelliset tekijät. Ajatuksenamme oli, että jokaisen kokijan subjektiivinen kokemus, tässä tapauksessa palvelukokemus, on sinänsä totta eikä sitä tarvitse todistaa oikeaksi. Seuraavassa esittelemme asiakkaiden keskustelussa esille tulleita toiveita pelkistetysti. Tällä pyrimme tuomaan asiakkaan ääntä esille oman asiansa asiantuntijana otsikolla "Viiden tähden palvelut".

"Viiden tähden päihdepalvelut"

- **Matalakynnys:** Matalankynnyksen palvelu on asiakkaiden mukaan sellainen hoitopaikka, jonne voi mennä helposti ilman lähetteitä tarpeen vaatiessa. Palvelulta toivottiin myös ympärivuorokautista aukioloaikaa ja tarvittaessa mahdollisuutta saada soittamalla apua, esimerkiksi kotoa noudettaisiin katkaisuhoidon.
- **Katkeamaton hoitoketju:** Asiakkaat toivoivat voivansa yhdessä työntekijän kanssa suunnitella etukäteen jatkohoitoa. Jatkohoidon tulisi toteutua sujuvasti eikä siten, että paikasta toiseen siirryttäessä joudutaan odottamaan joskus pitkiäkin aikoja.
- **Yksilöllinen hoito:** Huumeiden käyttäjät haluaisivat eriytettyä hoitoa, katkohoidot tulisi järjestää erikseen huumeidenkäyttäjille ja alkoholisteille. Katkaisuhoidossa toivottiin järjestettävän enemmän strukturoitua ohjel-

maa ja enemmän fyysistä tekemistä. Yksilöllisyydellä hoitoprosessissa tarkoitettiin käytetyn päihteen mukaista hoitoa ja muiden yksilöllisten tarpeiden huomioimista arjen käytännöissä. Yhteiset päivystysajat ja lääkkeenjakoajat haluttiin lopettaa, ettei tarvitsisi kohdat muita päihneiden käyttäjiä.

- **Yksi luukku:** Asiakkaiden toive oli, että asiointi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa voisi tapahtua yhdessä palvelupisteessä siten, että asiapapereita ei tarvitsisi toimittaa moneen eri paikkaan. Samalla tiedonkulku helpottuisi ja ainakin yksi työntekijä ottaisi kokonaisvastuun asiakkaan tilanteesta. Asioinnin yhdessä toimipisteessä uskottiin johtavan parempaan asiakkaan kohteluun.
- **Jälkituki:** Päihdekuntoutuksen jälkeen raittiina pysymisen tueksi toivottiin tukea raittiilta ja asiaa ymmärtävältä henkilöltä, joka voisi olla omahoitaja tai kaveri. Toiminta voisi olla AA-toiminnan kaltaista kummi- tai tukihenkilötoimintaa ja parempana pidettiin vaihtoehtoa, että tukihenkilö olisi mieluummin joku kaveri kuin ammattihenkilö.

Lopuksi esitetyt toiveet koottiin yhteen listaan ja tarkennettiin vielä kunkin otsikon alle kuuluvaa sisältöä. Ryhmään osallistuneet hyväksyivät edellä esitetyn yhteisen tuotoksensa ”Viiden tähden päihdepalvelujen” kehittämisen ohjenuoraksi. He totesivat, että juuri näissä kohdin päihdepalvelussa esiintyy suurimpia puutteita ja epäkohtia ajatellen asiakkaiden tarpeita.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuunnella päihteitä käyttäneiden kokemusasiantuntijoiden kokemuksia päihdepalveluista, osallisuudesta palveluprosessissa sekä toiveita päihdepalvelujen kehittämiseksi asiakkaiden tarpeita vastaavaksi. Beresfordin ja Salon (2008, 50–53) mukaan käyttäjälähtöisten palveluiden kehittämisessä tarvitaan tietoa sellaisilta henkilöiltä, joilla on välitön kokemus palveluista. Keräämällä yhteen useita yksilöllisiä tulkintoja voidaan ne siirtää yleisesti kollektiiviseen tietoon.

Aluksi kysyimme haastateltavien kokemuksia päihdepalveluista. Tulososiossa tarkastelimme palvelukokemuksia yleisesti päihdejärjestelmään liittyvänä sekä yksilön näkökulmasta katsottuna, jolloin haastateltavien näkemykset olivat enemmän raittiutta tukevilla tekijöissä. Selkeimmin päihdepalvelujärjestelmän ongelmakohtiksi esitettiin päihdehoidon aloittamiseen liittyvät vaikeudet ja matalankynnyksen paikkojen puuttuminen. Tulos on samankaltainen kuin Törmän (2009,135) tutkimuksessa, jossa matalankynnyksen hoitojärjestelmien todetaan edelleen kangertelevan. Tällöin voidaan puhua heikoimmassa asemassa olevien kohdalla jopa päihdepalveluiden kynnyksen nousemisesta.

Tutkimuksemme mukaan yksilön näkökulmasta tarkasteltuna hoidon aloittamisessa on tärkeää oman motivaation herääminen. Hoitoon hakeutumisen motivoivina tekijöinä esitettiin havahtuminen päihdemaailmassa elämisen rankkuuteen ja elämässä tapahtuneisiin käännekohtiin, elämän rajallisuuteen ja kuoleman pelkoon. Päätös hoitoon hakeutumisesta tapahtuu usein vähitellen. Ristiriitatilanne syntyy, kun motivaation ajoitus ja tarjotut palvelut eivät kohtaa. Siinänsä tämä tulos ei ollut yllättävä, sillä nämä samat puutteet on huomattu myös aikaisemmissa tutkimuksissa kuten aiemmin mainitussa Huumetilanne Suomessa 2012 – raportissa todetaan (Varjonen ym. 2012, 68). Aineistomme mukaan hoitomotivaation ja palvelutarjonnan kohtaamattomuus johti joidenkin kohdalla huumeiden käytön jatkamiseen, sillä se nähtiin helpompana vaihtoehtona kuin hoitopaikan löytyminen tai sinne jonottaminen.

Suomalaisen perusturvan tukijärjestelmässä asiakkaan on apua saadakseen tiedettävä oikeutensa ja osattava hakea eri tukimuotoja eri paikoista. Määttä (2012) toteaa tutkimuksessaan viranomaisten olevan harvoin tekemisissä keskenään, jolloin asiakkaan tulisi jaksaa sekä osata toimittaa tuen kannalta vaadittuja asiakirjoja moniin paikkoihin. Tutkimuksen mukaan asiakkaat kokivat tämän luokuttamisena. (Määttä 2012, 108.) Päihdepalvelujen pirstaleisuus tuli esille myös meidän tutkimuksessamme. Päihdeasiakkaat joutuivat asioimaan monen eri viranomaisen luona. Pahimpana ongelmana nähtiin tiedonkulun puute eri viranomaisten välillä, mistä syystä asiakkaat kokivat saavansa epäasiallista kohtelua eri palvelutahojen työntekijöiden luona asioidessaan. He kokivat, että heitä juoksutettiin, ”*pompoteltiin*” paikasta toiseen.

Mielenkiintoisena havaintona tutkimuksessamme nousi esille oman päihdeklinikan työntekijän mukaan ottaminen asioitaessa eri palvelujen piirissä. Tällöin asiakkaat kertoivat saavansa selvästi parempaa palvelua. Tämä herättää kysymyksen eri instanssien työntekijöiden välisistä suhteista. Eettisyyden ja tasa-vertaisuuden näkökulmasta ajateltuna asiakkaan kohtelu pitäisi olla samanlaista asioiko asiakas yksin vai työntekijän kanssa. Näyttää kuitenkin siltä, että työntekijät katsovat asiakkaan tilannetta kukin oman organisaationsa, omien työtehtäviensä ja sitä koskevan lainsäädännön puitteissa, eikä kenellekään tunnu muodostuvan kokonaiskuvaa asiakkaan tilanteesta. Tästä näkökulmasta katsottuna asiakkaiden ehdottama yhden oven periaate näyttäisi olevan hyvä vaihtoehto, mikä on myös kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman tavoitteissa mainittu asiakkaan aseman vahvistamisen edellytyksenä (Partanen, Moring, Nordling & Bergman 2010, 15).

Merkittäväksi päihteidenkäyttöön liittyväksi tekijäksi mainittiin kaveripiiri. Kaverit houkuttelivat päihteiden käytön aloittamiseen. Myös päihteistä irtautuminen koettiin vaikeana, koska kaveripiiri herätti toipujassa ristiriitaisia tunteita. Kaikki haastateltavat ilmaisivat selkeästi, että toipumisen kannalta on erittäin tärkeä, ettei enää ole kanssakäymisissä päihteitä käyttävien ihmisten kanssa. Päihdepalveluissa tulisikin jatkossa miettiä millä tavalla päihteistä irtautunut tutustuisi päihteettömiin kavereihin. Tämän hetkiset palvelut eivät välttämättä tue edellä mainittua näkökulmaa. Haastateltavat toivat monesti esille, että päihdepalveluiden yhteydessä tavataan koko ajan muita päihteidenkäyttäjiä muun muassa

korvaushoidon päivystysajoilla. Usein näiden kohtaamisien yhteydessä myydään lääkkeitä tai muita aineita. Mielestämme tähän epäkohtaan kannattaisi puuttua muuttamalla päihdepalveluita yksilöllisemmiksi ja esimerkiksi hajauttaa korvaushoitolääkkeiden jakamista eri aikoihin ja eri toimipisteisiin.

Yhtenä opinnäytetyömme tavoitteena oli kuvata päihdepalveluasiakkaiden kokemuksia osallisuudesta palveluprosessissa ja palveluiden kehittämisessä. Aineistomme perusteella voidaan todeta, että asiakkaan osallisuuden tunteita palveluprosessissa lisäsivät asiakkaan kuulluksi tuleminen, kunnioittava ja arvostava sekä keskusteleva suhtautuminen asiakkaaseen, molemminpuolinen luottamus ja yksilöllisiin tarpeisiin vastaava palvelu. Samankaltaisia johtopäätöksiä tekevät Närhi, Kokkonen ja Matthies (2013, 113–145.) tutkimuksessaan. Heidän mukaansa työntekijöiden ja asiakkaiden tasavertaiset, luottamukselliset kohtaamiset tukevat asiakkaan tuntemusta kuulua johonkin ja kokemusta tulla hyväksytyksi yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä.

Tutkimuksemme mukaan haastateltujen osallisuuden kokemukset liittyivät lähinnä omien päätöksien tekemiseen, mielipiteen ilmaisuun ja osallistumisena konkreettiseen toimintaan. Käyttämämme osallisuuden jaottelumallin ylemmillä tasoilla osallisuus ei toteutunut, sillä palvelujen kehittämisessä ja päätöksenteossa asiakkaat eivät kokeneet olevansa osallisina. Myös Era ja Koskimies (2013; 62-67,78-79) ovat tutkineet asiakkaiden kokemuksia osallisuudesta palveluprosessissa ja palveluiden kehittämisessä. Tulosten mukaan osallisuuden kokemuksena oli kokemus osallistumisesta, mutta varsinaista osallisuutta ei koettu, mikä tukee oman tutkimuksemme tulosta.

Palvelujen kehittämisenäkökulma kiinnosti haastateltuja, vaikka heidän oli vaikea nähdä itseään tutkijan tehtävissä. Aineistomme mukaan näyttää siltä, että kokemusasiiantuntijuus ja kehittämistyöhön osallistuminen ovat vielä suhteellisen tuntemattomia alueita asiakkaiden keskuudessa. Johtopäätöksenämme on, että Suomessa tarvitaan vielä paljon tiedon levittämistä ja työtä palvelunkäyttäjien mukaan saamiseksi tutkimus- ja kehittämistoimintaan. Päihdepalveluasiakkaiden kohdalla kehittämistoiminnan erityishaasteena on päihderiippuvuuden luonne, mistä syystä asiakas on välillä paremmassa kunnossa ja välillä retkahtaa. Usein samat ihmiset saattavat tulla monta kertaa uudelleen päihdepalvelu-

jen asiakkaaksi. Lisäksi laituskuntoutukset eivät ole pitkäaikaisia. Näistä syistä asiakkaiden sitoutuminen palveluiden kehittämiseen ja tutkimustyöhön voi olla heikompi. Mielestämme tarvitaan uudenlaista ajattelua ja yhteistyötä mm. vapaaehtoistyöjärjestöjen kanssa, jotta saataisiin jo pidempään raittiina olleet henkilöt mukaan palvelujen kehittämiseen ja tutkimiseen.

Yhteenvedona päihdepalveluiden osalta voidaan sanoa, että haastateltavien mielestä päihdepalvelut eivät kaikilta osin vastaa asiakkaiden tarpeita. Haastateltavien mielipiteet päihdepalvelujärjestelmän ongelmakohdista olivat hyvin samansuuntaisia kuin esimerkiksi Sosiaalibarometreissä vuosilta 2012 ja 2013 todetaan. Asiakkaat vahvistivat kuntoutus- ja hoitojärjestelmien yleisiksi epäkohdiksi muun muassa resurssipulan, järjestelmän pirstaleisuuden, palvelujen saatavuuden ja hitauden sekä vastuutahojen epäselvyyden ja yhteistyön ongelmallisuuden. (Hakkarainen ym. 2012; 108, 114–115; Eronen ym. 2013, 47.) Täältä osin tämä tutkimus ei tuonut uutta yllättävää tietoa eikä se pysty antamaan tyhjentävää kuvaa millaiseksi päihdepalvelujärjestelmä yleisesti tulisi rakentaa. Asiakkaiden kokemukset kuitenkin vahvistavat palvelujärjestelmän epäkohtien olemassaolon ja tarpeen niiden korjaamiselle.

Tutkimuksemme tuotti mielestämme merkityksellistä tietoa päihdeasiakkaiden päivittäiseen elämään liittyvistä tekijöistä kuten sosiaalisista suhteista, harrastuksista, terveyteen ja asumiseen liittyvistä tekijöistä. Haastateltavat kuvasivat raitistumisen jälkeisen arkielämän vaativan ponnistelua ja ilmaisivat tarvitsevänsä siihen enemmän tukea. Raitistuminen muuttaa samalla myös henkilön sosiaalista identiteettiä ja uusien raittiiden ystävien saaminen on vaikeaa ilman sosiaalisen verkoston tukea (Knuuti 2007,125). Tutkimuksessamme korostui haastateltavien tarve löytää omaan arkeensa uusia raittiita ystäviä sekä sellaista tekemistä, joka toisi merkitystä elämään päihteidenkäytön sijasta. Haastateltavien tuottama tieto omasta arjestaan antoi kokonaisvaltaisemman kuvan päihdeiden käyttäjien elämästä, mikä mielestämme olisi tärkeää ottaa huomioon palveluita suunniteltaessa.

Edellisen perusteella ehdotamme ensimmäiseksi jatkotutkimusaiheeksi päihdehoidon jälkihoidon mahdollisuuksien tutkimista ja kehittämistä jatkossa. Mielenkiintoisena kehittämismahdollisuutena olisi esimerkiksi päihdehoidon jälkeisen

kaveritoiminnan kehittäminen. Haastateltujen esittämien toiveiden perusteella voisi lähteä kehittämään ryhmätoiminnan muotoa, jossa kuntoutujat pystyisivät tukemaan toisiaan ja puhumisen sijaan ryhmässä olisi jotain toiminnallisempaa aktiviteettia. Myös ammatillinen tukihenkilötoiminta voisi olla yksi kehittämisen kohde. Tämä tutkimus herätti kysymyksen asiakkaan kotiin ja arkielämään vievästä tuen tarpeesta.

Toisena jatkokehittämisen kohteena voisi olla ammattilaisten eli päihdekuntoutuksen työntekijöiden näkökulman avaamista. Tässä opinnäytetyössä keskityimme tarkoituksella ainoastaan asiakkaiden kokemustiedon keräämiseen ja heidän näkökantojensa esiin tuomiseen. Jatkokehittämisen kannalta olisi mielenkiintoista kerätä tietoa myös työntekijöiden näkemyksistä palveluiden ongelmakohdista ja siitä miten he lähtisivät kehittämään asiakkaiden mukaan ottamista palveluiden kehittämistyöhön.

Palveluiden kehittäminen yhdessä asiakkaiden kanssa tuo mukanaan omat haasteensa työntekijälle. Yhteistyö ja avoin kommunikaatio asiakkaiden kanssa vaativat työntekijää jättämään oman ammatillisuutensa mukavuusalueen. Kuitenkin onnistuessaan asiakkaiden osallisuus johtaa parhaimmillaan asiakkaan ja työntekijän jaettuun toimijuuteen, jossa kokemustieto yhdistyy ammatilliseen osaamiseen. Palvelun käyttäjien osallistumisessa, osallisuudessa on mietittävä, millaiset osallistumisen muodot kulloisessakin kontekstissa ovat sopivia ja erityisesti miten osallistumisen tuloksia hyödynnetään ja nivelletään osaksi jatkuvaa toiminnan kehittämistä. (Laitinen & Niskala 2013, 11–12.)

Näkemyksemme mukaan tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää työelämässä Itä-Suomen A-klinikkasäätiön palveluiden kehittämisessä. Opinnäytetyö osoitti sen, että asiakkaat kannattaa ottaa mukaan kehittämään palveluja. Ryhmätapaamisessa asiakkaat tuottivat viiden kohdan ehdotuksen päihdepalveluiden kehittämistarpeista, jonka olemme esittäneet edellisessä luvun lopussa. Käyttämämme ryhmätapaaminen voisi olla yksi vaihtoehto, jonka avulla yhteistyössä asiakkaiden kanssa pystyttäisiin yhdessä miettimään kehittämissideoita palveluiden parantamiseksi. Kolmantena jatkokehittämisen teemana voisi olla sellaisten arjen työtapojen ja käytäntöjen rakentaminen, joiden avulla asiakkaat otettaisiin mukaan kehittäjiksi. Yhtenä mahdollisuutena voisi olla säännöllisin

välein toistuvat teemoitetut ryhmäkeskustelut, joissa olisi mukana sekä työntekijöitä että asiakkaita.

Ryhmähaastattelu tai -keskustelu voidaan nähdä yhtenä yhteisöllisenä työmenetelmänä, koska sen tavoitteena on kokemusasiantuntijuuden käyttöönotto. Nykyisen suuntauksen mukaisesti esimerkiksi Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden viraston tavoitteena on ottaa käyttöön vuorovaikutteisia palaute- ja osallistumismenetelmiä asiakaspalautteen saamiseksi ja asiakasosallisuuden lisäämiseksi. Tällaisia menetelmiä ovat esimerkiksi asiakasraadit ja – neuvostot, yhteistutkiminen sekä kokemusasiantuntijoiden ja vertaisryhmien käyttö ja Bikva-ryhmähaastattelu. (Raivio & Karjalainen 2013, 26–28; Excell, Juntila, Ranta & Tyyskä 2013, 1-9.)

Asiakkaan yhteiskunnallista osaamista voidaan lisätä huolehtimalla yksilön työ- ja toimintakyvystä. Tämän tavoitteen ratkaisuehdotuksina ovat esimerkiksi vastuutyöntekijä, omahoitaja – mallin edelleen kehittäminen, palveluohjauksen tehostaminen ja sellaisten matalankynnyksen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen, joihin on helppo hakeutua. Työskentelytapojen muuttaminen vaatii asenteen muutosta yhteiskunnallisella ja ammatillisella tasolla siten, että asiakkaiden osallisuuden kokemusten toteutumista tuetaan toimenpitein yhteiskunnan, kunnan, palvelujärjestelmän ja organisaation tasoilla. (Raivio & Karjalainen 2013, 26–28; Excell ym. 2013, 1-9.)

Opinnäytetyömme prosessi on kaiken kaikkiaan ollut mielenkiintoinen ja samalla myös haastava. Meidän omat ammatilliset tavoitteet päihdetyön ammatillisen tiedon syventämisessä toteutuivat hyvin. Haastattelujen tekeminen oli innostavaa ja antoi meille mielenkiintoisen mahdollisuuden tutustua päihdeidenkäyttäjien arkitodellisuuteen. Saimme paljon tietoa päihdeiden käyttöön ja palvelujärjestelmään liittyvistä kokemuksista, joiden avulla olemme pystyneet syventämään ammatillista tietämystämme tältä alueelta. Asiakkaan kokemusmaailmaan perehtyminen antoi uusia näkökulmia ja eväitä omaan työhömmehän arjessa, mikä täyttää tältä osin opinnäytetyölle asettamamme tavoitteet.

Toinen oma ammatillinen tavoitteemme oli kerätä kokemusta hanke-työskentelystä. Työmme lähtökohdaksi ollut SOHVI -hanke ja sen tavoitteena ollut hyvinvointitiedon kerääminen jäi meille lopulta kuitenkin etäiseksi. Tämä

johtui pääosin hankkeen ja opinnäytetyön aikataulutuksen eriaikaisuudesta. Epäselvä roolimme hankkeessa aiheutti vaikeuksia työn rajaamisessa. Lopulta päädyimme ratkaisuun, jossa rajasimme hankkeen hyvinvointitiedon keräämisen ja samalla hyvinvoinnin käsitteen pois työmme teoreettisesta viitekehyksestä. Olemme opinnäytetyössämme pitäytyneet asiakkaiden kokemustiedon keräämisessä, joten siltä osin katsomme työmme sopivan hankkeessa asetettuihin raameihin. Tutkimustulosten analysoinnin ja tämän raportin kirjoittamisvaiheessa totesimme myös sen, että aineistomme osaltaan tuotti myös hyvinvointitietoa. Tämä ilmeni haastateltujen kertomuksissa päihteettömyyden tuen elementeissä, osallisuuden kokemuksissa ja tavoitteissa saavuttaa normaali jäsenyys yhteiskunnassa. Lisätietoa SOHVI -hankkeesta ja sen tuloksista löytyy lähdeluettelossa olevan linkin kautta.

Hyvinvoinnin kokemus liittyy kiinteästi osallisuuden käsitteeseen. Osallisuuden kokemuksesta osa on hyvinvoinnin kokemusta, koska esimerkiksi sosiaalisen osallisuuden käsitetään yleisesti lisäävän yksilön hyvinvointia. (Hyväri 2012.) Opinnäytetyömme haastateltavien puheessa on nähtävissä tämä hyvinvoinnin ja osallisuuden käsitteen vuoropuhelu ja limittäisyys. Ilman kokemusta tietyn tasoisesta hyvinvoinnista, ”itsenäisestä pärjäämisestä” ei osallisuuden kokemus täysivaltaisena yhteisön tai yhteiskunnan jäsenenä näissä puheissa mahdollistunut. Raivio ja Karjalainen (2013) näkevätkin osallisuuden kokemuksen perusedellytyksinä taloudellisen osallisuuden, toiminnallisen osallisuuden ja yhteisöllisen osallisuuden, jotka voidaan määrittää hyvinvoinnin elementeiksi: riittävä toimeentulo, yhteisöön kiinnittyminen ja aktiivinen toiminta. Osallisuus nähdään keskeisenä osana yksilön hyvinvointia, vaikkei hyvinvoinnin ja osallisuuden välinen yhteys olekaan kovin helposti määriteltävissä. (Raivio & Karjalainen 2013, 16, 19.)

Tämän opinnäytetyön tekemisen aikana havaitsimme, että päihteidenkäyttäjiä kohtaan esiintyy vielä paljon asenteellisuutta niin yhteiskunnassa kuin palvelujärjestelmässä. Knuutin (2007, 188) tutkimuksessa haastateltavat kokivat yhteiskunnan asenteellisuuden vaikeuttavan asiakkaan huumeikierteestä irrottautumista. Samalla he korostivat, että ”tämä kaikki täytyy jaksaa kantaa, sillä hyvin paljon on myös kiinni itsestä”. Aivan kaikkea ei kuitenkaan voida asiakkaan vastuulle laittaa, sillä vallitsevan yhteiskunnan rakenteet ja sen tilanne vaikutta-

vat yksilön elinoloihin ja esimerkiksi tarjolla olevien palvelujen saatavuuteen ja laatuun. Myös olemassa olevaan sosioekonomiseen asemaan liittyvät arvot, perinteet ja sosiaaliset verkostot muokkaavat yksilön valintoja ja elintapoja. Siksi yhteiskunnallisia toimenpiteitä tarvitaan estämään leimaavan toiminnan syntymistä ja syrjäytymistä sekä edistämään yhteiskuntaan integroitumista luomalla vetovoimaisia ja realistisia vaihtoehtoja rakentaa muutoksen jälkeistä elämäntapaa. (Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. i.a.; Knuuti 2007, 188.)

Päihteidenkäyttäjistä on vaikea ennustaa kuka raitistuu ja kuka ei. Jokaisella on oma kokemuksensa ja tarinansa kerrottavanaan sekä omat keinonsa selviytyä. Olemme tässä opinnäytetyössämme tuoneet esille katkelmia seitsemän päihdekuntoutujan elämäntarinasta. Toivomme, että näitä palveluiden käyttäjien tarinoita kuullaan jatkossakin ja tätä arvokasta kokemustietoa tullaan hyödyntämään myös päihdepalvelujen kehittämistyössä. Toikko (2011,113) toteaa, että usein asiakkaat osallistuvat ja tuottavat tietoa, mutta sitä ei varsinaisesti hyödynnetä palveluiden kehittämistoiminnassa. Asiakkaiden kokemuksia kyllä kuunnellaan kiinnostuneina, mutta sitten ammattilaiset tulkitsevat ja muokkaavat tietoa omiin tarpeisiinsa sopiviksi. Toiveemme on, etteivät nämä asiakkaiden tarinat jää pelkäksi kuulemiseksi, vaan jatkossa asiakkaat otettaisiin todella mukaan suunnittelemaan, toteuttamaan ja kehittämään palveluja tasavertaisina toimijoina.

LÄHTEET

- Aalto, Mauri 2010. Alkoholien ongelmakäyttö. Teoksessa Kaija Seppä, Hannu Alho, Kalervo Kiianmaa (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim, 7-15.
- Aalto-Mattila, Minna 2009. Kuntoutusosallisuuden diagnoosi. Tutkimus entisten rappiokäyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Ahonen, Jukka 2005. Päihdehuoltoa rakentamassa. A-klinikkasäätiö 1955–2005. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 51. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Alasuutari, Pertti 2007. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.
- A-klinikkasäätiö 23.2.2009. Viitattu 5.5.2012. <http://www.a-klinikka.fi/a-klinikkasaatio/organisaatio/a-klinikkasaation-saanno> t
- A-klinikkasäätiö 2011. Vuosikertomus 2011. Itä-Suomen palvelualue. Helsinki: A-klinikkasäätiö. Viitattu 10.3.2013. <http://www.a-klinikka.fi/sites/default/files/quickuploads/file/vuosikert11.pdf>
- Beresford, Peter & Salo Markku 2008. Kokemuksen muodonmuutos. Helsinki: mielenterveyden keskusliitto.
- Blomqvist, Jan 2004. Pohdintoja riippuvuuden spontaaniparantumisesta. Teoksessa Wilma Hänninen, Oili-Helena Ylijoki (toim.) Muuttuuko ihminen? Tampere University Press. Tampere , 155-158.
- Eloranta, Hanna 2006. Asiakkuuden ja osallisuuden rakentuminen palveluohjauksessa. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos.
- Era, Taina & Koskimies, Helena 2013. Mikä auttaa? Keski-suomalaisien asiakkaiden arviointeja ammatillisesta kuntoutuksesta ja aktivoinnista. Teoksessa Taina Era (toim.) Osallisuus – oikeuta vai pakkoa? Jyväskylä-

län ammattikorkeakoulun julkaisuja 156. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, 52–87.

Eronen, Anne; Hakkarainen, Tyyne; Londèn, Pia; Nykyri, Päivi; Peltosalmi, Juha & Särkelä, Riitta 2013. Sosiaalibarometri 2013. Helsinki: SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1996. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Lapin yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja C 13. Rovaniemi: Lapin yliopisto, Kasvatustieteiden teidekunta.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha 2001. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Excell, Pirkko; Junttila, Antti; Ranta, Jouko & Tyyskä, Ulla 2013. Osallisuuden vahvistaminen sosiaali- ja terveysviraston palveluissa. Sosiaali- ja terveysviraston johtoryhmän päätös 13.6.2013.

http://helmi/Sote/oikopolut/PublishingImages/Sote_osallisuus-%20ja%20palautejärjestelmä_johtoryhmä_130613_.docx

Forsell Martta & Nurmi Tuula 2012, tilastoraportti päihdehuollon huumeasiakkaat 2012. Saatavilla

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110381/Tr21_13.pdf?sequence=4 Viitattu 12.10.2013.

Hakkarainen, Pekka; Kekki, Tuula; Mustalampi, Saini; Muuri, Anu; Nuorvala, Yrjö; Partanen, Airi; Virtanen, Ari & Virtanen, Päivi 2000. Huumehoidon nykyiset tarpeet ja edellytykset. Helsinki: Stakes.

Hakkarainen, Tyyne; Londèn, Pia; Luhtanen, Marjukka; Peltosalmi, Juha; Silta-niemi, Aki ja Särkelä, Riitta 2012. Sosiaalibarometri 2012. Ajankoh-tainen arvio palveluista, palvelujärjestelmän muutoksesta ja kansa-laisten hyvinvoinnista. Helsinki: SOSTE Suomen sosiaali- ja terveys ry.

- Heikkilä, Matti & Julkunen, Ilse 2003. Obstacles to an increased user involvement in social services. Council of Europe Group of Specialists in Social Services (CS-US). A commissioned background document. STAKES. Finland.
- Hietala, Outi 2013. A-klinikan asiakaskahvilassa: etnografinen tutkimus asiakkaiden juomiselle ja ammattiavulle antamista merkityksistä. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 1988. Teemahaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 1995. Teemahaastattelu. 7. painos. Helsinki: Yliopistopaino
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2008. Tutkimushaastattelu, Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Holmberg, Jan 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita.
- Holopainen, Antti 2012. Hoitojärjestelmistä. Teoksessa Jarmo Heinonen (toim.)
Kuin kala verkossa, ihminen ja alkoholi. Tallinna: Prometheus, 189-194.
- Hokkanen, Liisa 2012: Interpreting a client satisfaction survey on shared agency in plan-based practice at the welfare office, Nordic Social Work Research, 2:2, 119-135.
- Hyväri Susanna 2012. Blogikirjoitus- osallisuus – Mitä se on? Viitattu 11.10.2013. <http://www.diaktutkii.fi/blogi.asp?id=103> Tuloste tekijän hallussa.
- Juhila, Kirsi 2006. Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Tampere: Vastapaino
- Jäppinen, Irma 2013. A-klinikalle pitää jonottaa. Helsingin Sanomat. 9.1.2013, A8.

- Karlsson, Thomas; Kotovirata, Elina; Tigerstedt, Christoffer & Warpenius, Kata-riina (toim.) 2013. Alkoholi Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikka-toimet. Raportti 13/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kaukonen, Olavi 2000. Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Stakes.
- Kaukonen, Olavi 2002. Päihdepalvelupolitiikka ja hyvinvointivaltion muutos. Teoksessa Olavi Kaukonen, Pekka Hakkarainen (toim.) Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 137–166.
- Kiianmaa, Kalervo 2012. Huumeiden vaikutusmekanismit, riippuvuuden kehittyminen ja periytyvyys. Teoksessa Kaija Seppä, Mauri Aalto, Hannu Alho & Kalervo Kiianmaa (toim.) Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Duodecim, 24–33.
- Kilpeläinen, Arja & Salo-Laaka, Marja: Asiakasosallisuus teknologisoituvassa palvelujärjestelmässä. Teoksessa Pohjola, Anneli; Kempainen, Tarja & Väyrynen Sanna (toim) 2012. Sosiaalityön vaikuttavuus. Tampere: Juvenes Print.
- Kivipelto, Minna & Kotiranta, Tuija 2011. Valtaistumisen vaikuttavuuden arviointi. Miten voisimme edistää sitä sosiaalityössä? Janus vol. 19 (2) 2011, 122–142.
- Knuuti, Ulla 2007. Matkalla marginaalista valtavirtaan? Helsinki: Yliopistopaino Kustannus.
- Kohonen, Kirsi & Tiala, Toni (toim.) 2002. Kuntalaiset ja hyvä osallisuus. Lupaavia käytäntöjä kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien edistämiseksi. Osallisuushanke. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 13–22.
- Kokkonen, Tuomo; Närhi, Kati & Matthies, Aila-Leena 2013. Osallisuuden reunaehdot palvelujärjestelmässä. Teoksessa Taina Era (toim.) Osallisuus – oikeutta vai pakkoa? Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu- ja 156. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, 33–50.

- Kotovirta Elina 2009, Huumeriippuvuudesta toipuminen nimettömien narkomaanien toveriseutassa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksia. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.
- Kotovirta, Elina & Tammi, Tuukka 2012. Huumeiden käytön aiheuttaminen haittojen vähentäminen ja ehkäisy. Teoksessa Kaija Seppä, Mauri Aalto, Hannu Alho & Kalervo Kiiänmaa (toim.) Huume- ja lääkeriippuvuudet. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Duodecim, 153–162.
- Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kuusisto, Katja 2010, Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen. Tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa. Acta Universitatis Tamperensis 1492. Tampere: University press.
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol.11, nro 1/99, 3-12.
- Laatu, Markku 2012. Lemmikkieläimet hyvinvoinnin ja sosiaalisen turvan tuottajina. Teoksessa Helne, Tuula ja Silvasti, Tiina (toim.) Yhteyksien kirja. Etappeja ekososiaalisen hyvinvoinnin polulla. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 255–270.
- Lahti, Jari & Pienimäki Anneli 2011. Päihdekuntoutus rakentuu sosiaaliselle perustalle. Teoksessa Vappu Karjalainen ja Ilpo Vilkkumaa (toim.) Kuntoutus kanssamme, Ihmisen toimijuuden tukeminen. Stakes. Jyväskylä: Bookwell Oy.
- Laine, Terhi; Hyväri, Susanna; Vuokila-Oikkonen, Päivi 2010. Mitä on syrjäytymisen vastainen työ? Teoksessa Terhi Laine, Susanna Hyväri, Päivi Vuokila-Oikkonen (toim.) Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveystalalla. Tammi 2010, 9-25.
- Laitila, Minna 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

- Laitila, Minna 2011. Asiakkaan osallisuus mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa. Suuntaaja 1/2011, 8-12.
- Laitinen, Merja & Niskala, Asta 2013. Teoksessa Merja Laitinen ja Asta Niskala (toim.) Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Tampere: Vastapaino, 9-16.
- Luhtasela, Leena 2009. Osallisuuden rakentuminen kuntouttavassa työtoiminnassa. Lisensiaattityö. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Viitattu 2.3.2013.
<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>
- Miller William 2008, Motivaation ja muutoksen käsitteellistäminen. Teoksessa Anja Koski-Jännes, Liisa Riittinen, Pekka Saarnio (toim.) Kohti muutosta, motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: Tammi, 16–37.
- Murto, Lasse 2002. Päihdehuollon suomalainen malli kansainvälistyvässä ympäristössä. Teoksessa Olavi Kaukonen, Pekka Hakkarainen (toim.) Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 167–192.
- Mäkelä, Rauno & Aalto, Mauri 2010. Alkoholiongelmien Hoito ja kuntoutuspalvelut. Teoksessa Kaija Seppä, Hannu Alho, Kalervo Kiiänmaa (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim, 43–54.
- Määttä, Anne 2012. Perusturva ja poiskäännyttäminen. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. A, Tutkimuksia. Helsingin yliopisto. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Närhi, Kati; Kokkonen, Tuomo & Matthies, Aila-Leena 2013. Teoksessa Merja Laitinen ja Asta Niskala (toim.) Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Tampere: Vastapaino, 113–145.

- Partanen, Airi & Holopainen, Antti 2012. Hoitoon hakeutuminen ja hoitopolut. Teoksessa Seppä, Kaija; Aalto, Mauri; Alho, Hannu ja Kiianmaa, Kallervo (toim.) Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Duodecim, 77–84.
- Partanen, Airi; Moring, Juha; Nordling, Esa & Bergman, Viveca (toim.). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Avauksia 16/2010. 91 sivua. Helsinki: Yliopistopaino.
- Payne, Malcom 1997. Modern social work theory. Painos: 2nd ed. Basingstoke: MacMillan.
- Pietilä, Ilkka 2010. Ryhmä- ja yksilöhaastattelun diskursiivinen analyysi. Kaksi aineistoa erilaisina vuorovaikutuksen kenttinä. Teoksessa Johanna Ruusuvuori & Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 212–241.
- Pohjola Anneli 1993. Asiakas sosiaalityön määrittäjänä. Teoksessa Riitta Granfelt, Harri Jokiranta, Synnove Karvinen, Aila-Leena Matthies & Anneli Pohjola (toim.) Monisärmäinen sosiaalityö. Sosiaaliturvan Keskusliitto. Helsinki, 53–95.
- Pohjola, Anneli 1994. Pitkä varjo – Huono-osaisuus historiallisena jatkuvuutena. Teoksessa Matti Heikkilä & Kari Vähätalo (toim.) Huono-osaisuus ja hyvinvointivaltion muutos. Tampere: Tammer-Paino, 191–211.
- Puhakka, Antero 2000. Hoitoonohjaus hoitoon ohjatun silmin-subjektiivinen totuus ja sen tulkinta. Joensuu: Joensuun yliopisto.
- Puusa, Anu & Juuti, Pauli 2011. Laadullisen lähestymistavan yleistymisen kulttuurinäkökulman myötä. Teoksessa Anu Puusa & Pauli Juuti (toim.) Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Helsinki: JTO, 31–44.

- Puusa, Anu & Juuti, Pauli 2011. Mitä laadullinen tutkimus on? Teoksessa Anu Puusa & Pauli Juuti (toim.). Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Helsinki: JTO, 47–57.
- Raivio, Helena & Karjalainen, Jarno 2013. Osallisuus ei ole keino tai väline, palvelut ovat! Teoksessa Taina Era (toim.) Osallisuus – oikeutta vai pakkoa? Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 156. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, 12–34.
- Raunio. Kyösti 1999. Positivismi ja ihmistiede: sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt. Helsinki: Gaudeamus.
- Roivainen, Irene; Heinonen, Jyri & Ylinen, Satu 2011. Köyhä byrokratian rat-
taissa. Kunnallissalan kehittämissäitiö. Viitattu 20.4.2012.
http://www.kaks.fi/sites/default/files/TutkJulk_64_net_0.pdf
- Ruisniemi, Arja 1997. Asiakkaana päihdekuntoutuksessa. Asiakkaiden koke-
muksia laitostuntoutuksesta Kankaanpään A-kodissa. A-
klinikkasäätiön raporttisarja nro 23. Helsinki: A-klinikkasäätiö.
- Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa 2005. Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja
vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.
- Salmela, Tuula 1997. Asiakaspalautteen haaste. Menetelmiä ja esimerkkejä.
Stakes, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 1997.
Jyväskylä : Gummerus Kirjapaino Oy.
- Salmikangas, Anna-Katariina 2000. Osallisuus suomalaisessa yhteiskunnassa :
kokemuksia osallisuushankkeista. Helsinki: sisäasiainministeriö.
- Salo, Markku & Hyväri, Susanna (toim.) 2011. Kokemalla kohdattu, tutkimalla
tutkittu. Mielenterveyden keskusliitto. Pori: Kehitys Oy.
- Seppä, Kaija 2012. Huumeiden ja lääkkeiden käyttö sosiaalisena ja kansanter-
veydellisenä ongelmana. Teoksessa Kaija Seppä, Mauri Aalto, Han-
nu Alho & Kalervo Kiianmaa (toim.) Huume- ja lääkeriippuvuudet.
Helsinki: Duodecim, 7-13.

- SOHVI-hanke 2012-14, saatavilla internetistä: <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/sosiaalialanamkverkosto/SOHVI/> Viitattu 5.5.2013. Lisätietoa hankkeesta saa Sosiaaliportin www-sivuilta: www.sosiaaliportti.fi (Hankkeet > Sosiaalialan ammattikorkeakouluverkosto > hankkeet ja projektit > SOHVI)
- Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti 2012. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 4.3.2013.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-22206.pdf
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003. 1999. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 1999:16. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Teesson, Maree; Hall, Wayne; Proudfoot, Heather & Degenhardt, Louisa 2012. Addictions. New York: Psychology Press.
- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos i.a. Kaventaja verkkopalvelu. Viitattu 7.3.2013
<http://www.thl.fi/fi-FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/hyvinvointi/osallisuus> Tuloste tekijän halussa.
- Toikko, Timo 2011. Kokemusasiantuntija palveluiden kehittäjänä. Teoksessa Petri T. Ruuskanen, Katri savolainen & Mari Suonio (toim.) Toivo sosiaalisessa: toivoa luova toimintakulttuuri sosiaalityössä. Kuopio: UNipress, 103–113.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi
- Törmä, Sinikka 2009. Kynnyskysymyksiä: huono-osaisimmat huumeiden käyttäjät ja matala kynnys. Hämeenlinna: Sosiaalikehitys Oy.
- Varjonen, Vili; Tanhua, Hannele; Forsell, Martta ja Perälä, Riikka 2012. Huume-tilanne Suomessa 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 75/2012. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy.

Vuorinen, Ahti 2012. Päihdeongelmien hoidosta halki vuosikymmenien. Teok-
sessa Jarmo Heinonen (toim.) Kuin kala verkossa, ihminen ja alkoholi.
Tallinna: Prometheus, 119–132

Weckroth Antti 2006, Valta ja merkitysten tuottaminen korvaushoidossa: etno-
grafinen tutkimus huumehoitolaitoksesta. Helsinki: Alkoholitutkimus-
säätiö.

Lait:

Huumausainelaki (2008/373) 30.5.2008

Kuntalaki (1995/365) 17.3.1995

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) 17.8.1992

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812) 22.9.2000

Lastensuojelulaki (2007/417) 13.4.2007

Mielenterveyslaki (1990/1116) 14.12.1990

Perusopetuslaki (1998/628) 21.8.1998

Päihdehuoltolaki (1986/41) 17.1.1986

Raittiustyölaki (1982/828) 19.11.1982

Sosiaalihuoltolaki (1982/710) 17.9.1982

Suomen perustuslaki (1999/731) 11.6.1999

Terveystuottolaki (2010/1326) 30.12.2010

Työterveyshuoltolaki (2001/1383) 21.12.2001

Viitattu 4.4.2013. <http://www.finlex.fi/fi/>

LIITE 1

TUTKIMUSLUPA

<https://keskuststo.a-klinikka.fi/tietopuu/print/1820>

A-KLINIKKASÄÄTIÖ ■ A-KLINIKSTIFTELSEN ■ A-CLINIC FOUNDATION

Laakso Arja-Leena
Parviainen Tiina

TUTKIMUSLUPA

Ammattikorkeakoulun (YAMK) opinnäytetyön *Päihdeasiakkaiden osallisuus palvelujen kehittämisessä*, jonka lupa-anomus ja tutkimussuunnitelma on toimitettu A-klinikkasäätiöön 11.07.2012, toteuttamiselle Kymen A-klinikkatoimessa myönnetään tutkimuslupa. Tutkimusta on puoltanut kehitysjohtaja Jari Peltola.

Hankkeen toteuttamisessa tulee noudattaa A-klinikkasäätiön hoito- ja tutkimuseettisen toimikunnan sekä kehittämissyksikön yleisiä tutkimuseettisiä ohjeita ja hyviä tutkimuskäytäntöjä.

Vastaavan tutkijan tulee huolehtia siitä, että kaikilla tutkimuksen toteuttamiseen osallistuvilla henkilöillä on riittävä vaitiolositoumus. A-klinikkasäätiön vaitiolositoumuksia saa keskustuimistosta.

Lupa myönnetään ja kohdennetaan viitaten esitettyyn hankesuunnitelmaan. Suunnitelman muuttuessa sisällöllisesti tai toteutustavaltaan tutkijan tulee hankkia uusi lupa.

Luvan myöntäjällä on oikeus tarvittaessa tarkistaa myöntämäänsä lupaa tai keskeyttää hanke, jos se ei vastaa sitä mihin lupa on myönnetty.

A-klinikkasäätiön kehittämissyksikkö on valmis antamaan ohjausta ja neuvontaa hankkeen toteuttamiseksi.

Hankkeen päättyttyä tutkijan tulee toimittaa A-klinikkasäätiön keskustuimistoon tutkimusraportti sekä päivittää tutkimuksen tulokset tutkimustietokantaan.

Helsingissä 20.08.2012

Olavi Kaukonen
VTT, dos., toimitusjohtaja

Ari Saarto
kehittämissjohtaja
hoito- ja tutkimuseettisen toimikunnan sihteeri

LIITTEET Vaitiolositoumuksia 4 kpl

TIEDOKSI A-klinikkasäätiön tutkimustietokanta

Itä-Suomen palvelualue

LIITE 2



VAITIOLOSITOUMUS

Sitoudun olemaan vaiti salassa pidettävien asiakirjojen sisällöstä (laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812 14§, laki potilaan asemasta ja oikeuksista 2000/653 13§) sekä muistakin tehtävissäni A-klinikkasäätiössä tietooni saamista seikoista, joista on lailla säädetty vaitiolovelvollisuus (laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812 15§, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559 17§).

Tämä sitoumus on tehty kahtena kappaleena, joista toinen jää sitoumuksen antajalle ja toinen A-klinikkasäätiön kehittämissyksikön hankerekisteriin.

Timo Pa
Sitoumuksen antajan allekirjoitus

Tanja Kauppinen
Sitoumuksen vastaanottajan (A-klinikkasäätiö) allekirjoitus

Tiina Parviainen
Nimenselvennys

TANJA KAUPPINEN
Nimenselvennys

HKI 3.9.2012
Päiväys

10.9.2012
Päiväys

Käännä

LIITE 3



A-KLINIKKASÄÄTIÖ ■ A-KLINIKSTIFTELSEN ■ A-CLINIC FOUNDATION

VAITIOLOSITOUMUS

Sitoudun olemaan vaiti salassa pidettävien asiakirjojen sisällöstä (laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812 14§, laki potilaan asemasta ja oikeuksista 2000/653 13§) sekä muistakin tehtävissäni A-klinikkasäätiössä tietooni saamista seikoista, joista on lailla säädetty vaitiolovelvollisuus (laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812 15§, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559 17§).

Tämä sitoumus on tehty kahtena kappaleena, joista toinen jää sitoumuksen antajalle ja toinen A-klinikkasäätiön kehittämissyksikön hankerekisteriin.


Sitoumuksen antajan allekirjoitus


Sitoumuksen vastaanottajan (A-klinikkasäätiö) allekirjoitus

ARIA-LEENA LAAKSO
Nimenselvennys

TANJA KAUPPINEN
Nimenselvennys

HEI 30.8.2012
Päiväys

10.9.2012
Päiväys

Käännä

LIITE 4

KUTSU

Kutsumme sinut kertomaan meille päihdekuntoutuksen kokemuksistasi ja ideoimaan miten päihdekuntoutusta voitaisiin parhaiten kehittää vastaamaan tarpeitasi.

Opiskelemme ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Diakonia-ammattikorkeakoulussa Helsingissä ja teemme opinnäytetyötä päihdepalvelujen kehittämistarpeista. Opinnäytetyömme on osa valtakunnallista SOHVI-hanketta. Hankkeen tavoitteena on mm. kokemustiedon keruu eri kansalais- ja asiakasryhmiltä sekä palvelujen kehittäminen tämän tiedon pohjalta asiakkaiden tarpeita vastaaviksi. Oman opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa malli, jonka avulla asiakkaiden palautetta saamistaan palveluista voitaisiin paremmin kerätä ja hyödyntää käytännön työssä.

Opinnäytetyömme käytännön toteutus, johon toivomme sinun osallistuvan:

Teemme Kymen A-klinikkatoimessa 6-8 asiakashaastattelua yksilöhaastatteluna. Yksilöhaastatteluiden jälkeen haastatellut henkilöt tapaavat ryhmänä 1-2 kertaa ja ryhmätapaamisen tarkoituksena on tuottaa yhdessä uusia ideoita päihdepalveluiden kehittämiseksi. Aikataulullisesti haastattelu- ja ryhmätapaamiset ajoittuvat syyskuun loppu- ja lokakuun alkupuolelle vuonna 2012. A-klinikkatoimen henkilökunta sopii kanssasi henkilökohtaisen ajan haastattelua varten. Haastattelut tapahtuvat Kymen A-klinikkatoimen tiloissa.

Haastattelun aikana kerättyjä tietoja säilytetään luottamuksellisesti. Haastattelumateriaali käsitellään niin, ettei se joudu ulkopuolisen tietoon. Raportointi tehdään niin, ettei yksittäinen haastateltava ole tunnistettavissa. Analysointivaiheessa aineisto koodataan ja henkilötiedot poistetaan.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista eikä siitä kieltäytymisestä ole seurauksia. Haastattelun voi keskeyttää tai suostumuksen perua, jos haastateltava niin haluaa.



Tavataan kahvikupposen ääressä!

Ystävällisin terveisin

Tiina Parviainen, sosiaaliohjaaja
p. xx

Arja-Leena Laakso, sosiaaliohjaaja
p. xx

LIITE 5

SUOSTUMUS HAASTATELTAVAKSI

Opiskelemme ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Diakonia-ammattikorkeakoulussa Helsingissä ja teemme opinnäytetyötä päihdepalvelujen kehittämistarpeista. Opinnäytetyömme on osa valtakunnallista SOHVI-hanketta. Hankkeen tavoitteena on mm. kokemustiedon keruu eri kansalais- ja asiakasryhmiltä sekä palvelujen kehittäminen tämän tiedon pohjalta asiakkaiden tarpeita vastaaviksi. Oman opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa malli, jonka avulla asiakkaiden palautetta saamistaan palveluista voitaisiin paremmin kerätä ja hyödyntää käytännön työssä.

Haastattelun aikana kerättyjä tietoja säilytetään luottamuksellisesti. Haastattelumateriaali käsitellään niin, ettei se joudu ulkopuolisen tietoon. Raportointi tehdään niin, ettei yksittäinen haastateltava ole tunnistettavissa. Analysointivaiheessa aineisto koodataan ja henkilötiedot poistetaan.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista eikä siitä kieltäytymisestä ole seurauksia. Haastattelun voi keskeyttää tai suostumuksen perua, josa haastateltava niin haluaa.

Minulle on kerrottu edellä olevat asiat ja suostun niiden perusteella osallistumaan haastatteluun ja 1-2 ryhmätapaamiseen, joissa yhdessä pyritään kehittämään päihdepalveluita oman kokemustietomme pohjalta.

Aika ja paikka Allekirjoitus ja nimen selvennys

LIITE 6

HAASTATTELURUNKO

Taustatiedot (elämäntilanne)

- ikä, ammatti, koulutus
- asumismuoto
- perhesuhteet, muut sosiaaliset suhteet
- työssä, työttömänä, jossain toiminnassa

A-klinikan asiakkuus ja päihdepalvelut

- Miten asiakkuus alkoi?
- Millaisia päihdepalveluja olet käyttänyt?
- Arvioi kriittisesti palvelutarjontaa, mikä palveluissa ei toimi?
- Kerro oletko saanut apua ja tukea ja mikä on auttanut?
- Oletko käyttänyt muita sosiaalipalveluja?
- Millainen on mielestäsi hyvä/huono työntekijä?

Raittiutta edistävät / haittaavat tekijät

- Mikä mielestäsi tukee raitistumista?
- Mikä ei tue raittiutta?
- Miten päihteidenkäyttö näkyi / näkyy elämässäsi ja mihin se vaikutti / vaikuttaa (talous, terveys, ihmissuhteet)?
- Millaista on elämäsi, kun asiat ovat hyvin (riittävän hyvin) ja voit hyvin?

Osallisuus palveluiden kehittämisessä

- minkälaisia tavoitteita asiakkaalla oli asiakkuuden alussa, oliko tavoitteista yhteinen käsitys työntekijän kanssa?
- muuttuivatko tavoitteet asiakkuuden/palvelun aikana?
- Onko sinulle tehty palvelusuunnitelma asiakkuutesi aikana ja kuvaa miten olet osallistunut sen tekoon?

- Onko mielipiteitäsi, toiveitasi kuultu riittävästi työskentelyn aikana?

Toiveet ja odotukset

- Millaisia odotuksia ja toiveita sinulla oli / on A-klinikan palveluihin nähden?
- Arvioi mitä muuttaisit tai haluaisit tehtävän toisin A-klinikan asiakastyössä (uusia toimintatapoja)
- Ovatko palvelut riittävän monipuolisia?
- Miten ja missä tulisi työskennellä?
- Millaista tukea toivot päihteiden käytön hallintasi tueksi?

Muuta

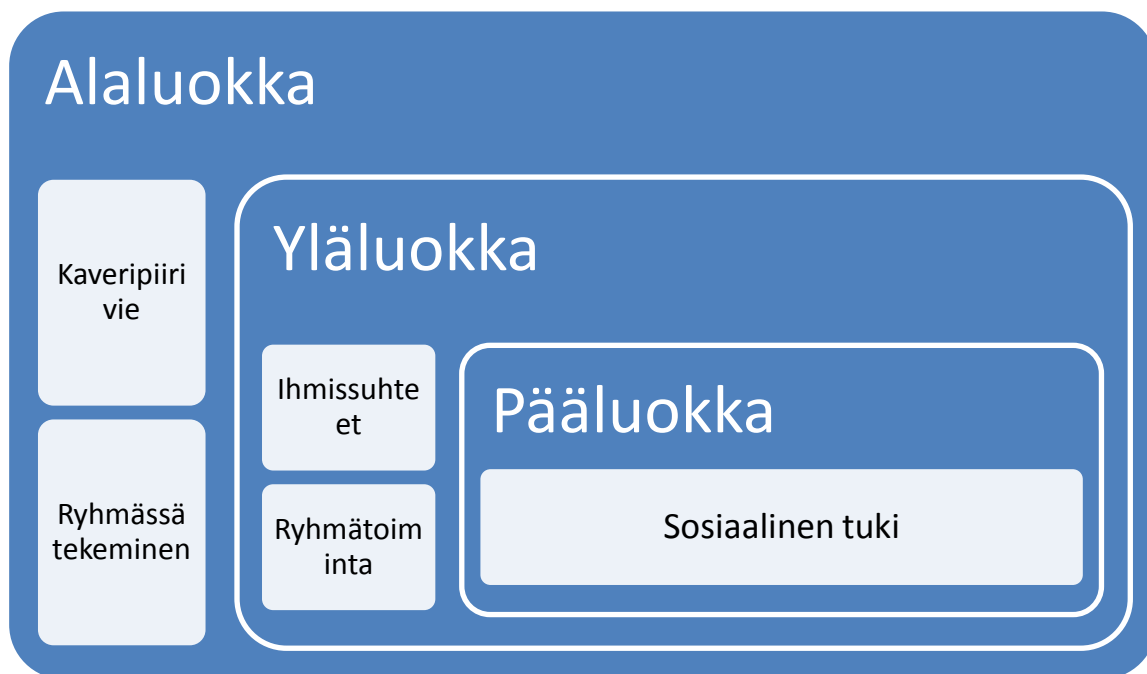
- Mitä muuta haluaisit tuoda esille?
- Millaisena koit mukanaolon opinnäytetyössämme?

Ryhmätapaaminen

Haluaisitko vielä osallistua ryhmätilanteeseen, jossa tarkoituksena on yhdessä pohtia ja kuvata millainen olisi ”toimiva asiakkuus” A-klinikalla ja mitä palveluja siihen kuuluisi?

LIITE 7

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi



Teorialähtöinen sisällönanalyysi

