



Annora Ikonen ja Lotta Karvanen

Korvaushoidon kulisseissa:

Työntekijöiden kokemuksia moniammatillisesta työskentelystä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sosionomi (AMK)

Sosiaalialan tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

20.1.2026

Tiivistelmä

Tekijät:	Annora Ikonen, Lotta Karvanen
Otsikko:	Korvaushoidon kulisseyssä: työntekijöiden kokemuksia moniammatillisesta työskentelystä
Sivumäärä:	54 sivua + 3 liitettä
Aika:	20.1.2026
Tutkinto:	Sosionomi (AMK)
Tutkinto-ohjelma:	Sosiaalialan tutkinto-ohjelma
Ohjaajat:	Lehtori ja tutkintovastaava Taina Valkeapää Lehtori Milla Karvonen

Tämä opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jonka tarkoituksena oli kuvata moniammatillista työskentelyä korvaushoidossa tänä päivänä. Työelämäkumppanina toimi Helsingin kaupunki ja tutkimus toteutettiin kaupungin omilla päihdepoliikklinikoilla, joissa korvaushoitoa tarjotaan. Tavoitteena oli antaa ääni korvaushoidon käytännön työtä tekeville ammattilaisille tutkimalla heidän kokemuksiaan moniammatillisuudesta, toipumisorientaatiosta sekä ammattiettiikasta ja luoda samalla ajantasaista tutkimustietoa suomalaisesta korvaushoidosta palveluiden kehittämiseksi.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa olemme käsitelleet opioideja, niihin kohdistuvan riippuvuuden erityispiirteitä, suomalaista korvaushoidon historiaa sekä keskeisiksi käsitteiksi muodostuneita moniammatillista työskentelyä, toipumisorientaatiota sekä ammattiettiikkaa. Tutkimuksen aineisto kerättiin teemahaastatteluilla. Teemat olivat haastateltavan taustat, kokemus työstä ja kohdatut ilmiöt, moniammatillisuus, toipumisorientaatio ja ammattiettiikka. Seitsemän haastattelua toteutettiin yksilöhaastatteluina päihdepoliikklinikoilla syksyllä 2025. Tutkimuksen aineisto analysoitiin käyttämällä sisällön analyysia.

Tuloksista ilmeni positiivinen kuva korvaushoidon toteuttamisesta, mutta kehityskohtetakin löytyi. Ammattilaiset olivat pitkälti tyytyväisiä moniammatilliseen tiimityöhön ja kokivat työnsä mielekkäänä. Kuitenkin jatkuva asiakasmäärän kasvu, resurssipula ja päihdemaailman muuttuvat ilmiöt vaikuttivat työn kuormittavuuteen ja henkilöstön vaihtuvuuteen, jolloin rajalliset vaikutusmahdollisuudet loivat ammattilaisille riittämättömyyden tunnetta ja synnyttivät eettistä pohdintaa korvaushoitotyöhön liittyen.

Tutkimus loi realistisen kuvan nykyajan korvaushoitotyöstä ja siitä, että moniammatillinen työskentely on merkittävässä roolissa palvelua toteutettaessa. Jatkotutkimuksena voisi olla toimipisteiden eroavaisuuksien vaikutus kokemukseen työstä. Ylipäätään uudistuvan palvelujärjestelmän jatkuva tutkiminen niin työntekijöiden kuin asiakkaiden näkökulmasta on oleellista tulevaisuuden palvelujen kehittämiseksi.

Avainsanat: opioidikorvaushoito, moniammatillinen työskentely, toipumisorientaatio, ammattiettiikka

Tämän opinnäytetyön alkuperä on tarkastettu Turnitin Originality Check -ohjelmalla.

Abstract

Authors: Annora Ikonen, Lotta Karvanen
Title: Behind the scenes of substitution treatment: Employees' experiences of multi-professional working
Number of Pages: 54 pages + 3 appendices
Date: 20 January 2026

Degree: Bachelor of Social Services
Degree Programme: Social Services
Instructors: Taina Valkeapää, Senior Lecturer and Head of the Degree Programme
Milla Karvonen, Senior Lecturer

The purpose of this qualitative thesis was to examine multi-professional work in substitution treatment within the City of Helsinki's substance abuse outpatient clinics. The aim was to explore professionals' experiences of multi-professional collaboration, recovery-oriented practices and professional ethics in order to support the development of substitution treatment services in Finland.

This study was conducted in Helsinki City substance abuse outpatient clinics. The data were collected through seven themed individual interviews carried out in autumn 2025. The study covered professionals working in substitution treatment and the participant group consisted of seven multi-professional staff members. The data were analysed using qualitative content analysis. The theoretical basis of the study was formed by opioid addiction, the history of substitution treatment in Finland, and the core concepts of multi-professional work, recovery orientation and professional ethics.

The results demonstrate that substitution treatment is generally well implemented and that professionals highly value their multi-professional teamwork. However, increasing client numbers, limited resources and changing substance use trends contributed to work-related strain, staff turnover and ethical challenges. In addition, restricted opportunities to influence clients' situations led to feelings of inadequacy among professionals.

These results indicate that while multi-professional collaboration is a key strength of substitution treatment, structural challenges place significant strain on professionals. Continuous evaluation of services from both professionals' and clients' perspectives, as well as comparative studies between clinic locations, are essential for the future development of substitution treatment services.

Keywords: opioid substitution treatment, multi-professional working, recovery-oriented practices, professional ethics

The originality of this thesis has been checked using Turnitin Originality Check service.

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Helsingin kaupunki palvelutuottajana	2
3	Opioidit, opioidiriippuvuus ja korvaushoito Suomessa	6
3.1	”Fyysisen kivun ja emotionaalisen kärsimykset poistajat”	6
3.2	Suomen yleisin huumehoitoon tai -kuntoutukseen ajava riippuvuus	7
3.3	Muut terveydelliset ja sosiaaliset ongelmat	9
3.4	Suomalaisen opioidikorvaushoidon historiaa	10
3.5	Korvaushoito nykypäivänä	13
4	Moniammatillisuus, ammattietiikka ja toipumisorientaatio	14
4.1	Moniammatillisen työskentelyn määritelmä	14
4.2	Ammattietiikka sosiaali- ja terveysalalla	18
4.3	Toipumisorientaatio Helsingin Kaupungin viitekehyksenä	20
4.3.1	Toipumisorientoitunut palvelujärjestelmä	20
4.3.2	Toipumisorientaation periaatteet	22
5	Tutkimustavoite ja kysymykset	23
6	Opinnäytetyön toteutus	24
6.1	Laadullinen tutkimus	24
6.2	Haastattelut	26
6.3	Kohderyhmä	29
6.4	Aineiston analyysimenetelmät	29
6.5	Tutkimusetiikka	33
7	Tulokset	36
7.1	Haastateltavien kokemus työstään ja korvaushoidossa kohdatut ilmiöt	36
7.2	Moniammatillinen osaaminen työn arjessa	37
7.3	Toipumisorientaation viitekehys korvaushoidon työskentelyssä	39
7.4	Ammattietiikka osana moniammatillista työskentelyä	41
8	Johtopäätökset	43
9	Pohdinta	46
9.1	Tutkimuksen jatkumahdollisuudet	46
9.2	Reflektointi	47

Liitteet

Liite 1. Tiedote tutkimuksesta

Liite 2. Tutkittavan suostumuslomake

Liite 3. Teemahaastattelurunko

1 Johdanto

Helsingin katukuvassa kasvanut päihteidenkäyttö, lisääntyneet päihdeongelmaiset nuoret ja aikuiset sekä huonovointisuus lisäävät turvattomuuden tunnetta kaupunkilaisille. Helsingin kaupunki uutisoi 26.9.2025 tekevänsä useita konkreettisia toimia parantaakseen alueella ilmenevää tilannetta. Päihdehuoltoon ja sen ennalta ehkäiseviin toimiin on lisätty resursseja vastaamaan huolestuttavaan tilanteeseen. Lisäksi esimerkiksi syksystä 2025 alkaen vieroitushoitoon on Helsingin kaupungin asukkaiden mahdollista päästä vuorokauden sisällä. Samanaikaisesti on läsnä huoli siitä, että hyvinvointialueiden tulisi kattaa alijäämät vuoteen 2026 mennessä, mikä indikoi tiukkaa talouskuria ja haastaa kehitystoimia hyvinvointialueilla (THL 7/2025: 26). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportin mukaan 34 prosentilla tiedonkeruun asiakkaista ensisijainen ongelmapäihde olivat opioidit ja kaiken kaikkiaan jopa 80 prosentilla huumehoidon asiakkaista ilmeni opioidien päihdekäyttöä tai opioidiriippuvuus (THL 43/2024: 4–5). Riippuvuus on pakonomaista, jatkuvaa käyttöä, tiedostaen sen sosiaaliset ja terveydelliset haittavaikutukset (Häkkinen 2023). Korvaushoidossa olevista asiakkaista 29 prosentilla opioidit olivat ensisijainen ongelmapäihde. Selvästi eniten päihteenä käytetty yksittäinen opioidi on buprenorfiini. (THL 43/2024: 4–5.) Vaikka etenkin Helsingissä yleistynyt ja mediassa riepoteltu Alfa-PVP:n käyttö on yleistynyt katukuvassa, voidaan opioidien päihdekäytön ja opioidiriippuvuuden todeta edelleen olevan yleisimpiä huumehoitoon tai -kuntoutukseen ajavia tekijöitä Suomessa – vuoden 2023 *Päihdetilastollisessa vuosikirjassa* näkyy yleistynyt opioidien käyttö sekä yleisesti huumeita pistämällä käyttämisen lisääntyminen (THL 2023a: 64–67).

Vuonna 2023 Suomessa toteutettiin sosiaali- ja terveystalouden rakennemuutos (ns. sote-uudistus), jossa palveluiden tuottamisen vastuu siirtyi kunnilta hyvinvointialueille. Sote-uudistuksen tavoitteena on muun muassa turvata yhdenmukaiset ja laadukkaat palvelut, parantaa palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta, kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti. (THL 3/2025.) Päihdehuolto- ja mielenterveyslaki uudistettiin samassa yhteydessä osaksi sosiaali- ja terveydenhuoltolakia. Päihdehuoltolain sääntelyyn jäi vain tahdosta riippumattoman hoito. (THL 7/2025: 1.) THL:n raportissa *Päihde- ja riippuvuuspalvelut muutoksessa – tuloksia hyvinvointialueilta 2024*, esitetään, että valtakunnallista tietoa päihde- ja riippuvuuspalveluista on vielä vähän, mutta kuitenkin on tiedossa, että päihdetyön asiakasmäärät ovat kasvaneet. Opioidien ongelmakäyttö on lisääntynyt viimeisten vuosikym-

menten aikana; vuonna 2005 arvion mukaan ongelmakäyttäjää oli 3 700–4 900 ja vuoden 2012 arvion mukaan 13 000–15 000 (Aalto ym. 2018: 104). Viranomaisrekisteritietoihin pohjautuvan tiedon mukaan vuonna 2017 opioidien ongelmakäyttäjien määräksi arvioitiin jo 23 500–29 500 henkilöä (Rönkä ym. 2020: 5).

Tämä opinnäytetyö alkoi ongelmasta, jossa tiukka talouskuri ja kasvava opioidikäyttäjien määrä haastaa korvaushoidon palvelua Helsingissä. Tarkoituksena on raottaa verhoa korvaushoidossa työskentelevien kokemuksiin ja auttaa luomaan kuvaa todellisuudesta, jossa asiakasmäärien valtavalla kasvulla on vaikutusta korvaushoidon vaikuttavuuteen. Terveystieteiden rekisterien mukaan vuonna 2021 pitkäaikaisessa lääkkeellisessä opioidikorvaushoidossa oli 56 % enemmän potilaita kuin vuonna 2019. Tämä viittaa korvaushoidon tarpeen kasvun jatkuvuuteen, minkä vuoksi korvaushoittoon pääsemisen ja laadukkaan hoidon toteutumisen seuranta on äärimmäisen tärkeää, jotta hoidon järjestämisestä vastuussa olevat hyvinvointialueet sekä hoidon toteuttavat tahot voivat taata asianmukaiset resurssit. (THL 2023b.) Vuonna 2021 huumeisiin kuolleiden lukumäärä oli Helsingissä suurin 15-vuotisen mittaushistorian aikana – joka viides maassamme huumeisiin kuolleista oli helsinkiläinen. Huumeidenkäyttö ja siihen liittyvät kuolemantapaukset ovat lisääntyneet etenkin nuorilla. Tutkimuksen nuorimmassa ikäryhmässä 15–24-vuotiailla huumausainekuolleisuus on suurentunut vuodesta 2014 lähtien ja vuoden 2017 jälkeen ikäryhmän kuolleisuus on kasvanut peräti 31 % vuosittain. Opioideihin kuolleista merkittävä osa oli korvaushoidon ulkopuolella ja hoidon ulkopuolella kuolee etenkin alle 25-vuotiaita. Yksi tärkeimmistä huumeekuolemien vähentämisen keinoista on korvaushoidon pääsyn nopeuttaminen ja hoidon laadun sekä jatkuvuuden varmistaminen. (Helsingin kaupunki 2023b.) Siksi korvaushoidon tutkiminen on tärkeää useista erilaisista näkökulmista, jotta hoidon laadusta saadaan mahdollisimman laaja kokonaiskuva ja kattavat tietopohjat palveluiden kehittämiseksi. Lähestyessämme Helsingin kaupunkia yhteistyön tiimoilta ja ilmoittaessamme kiinnostuksemme korvaushoidon tutkimiseen, saimme yhteyshenkilöltämme ja hänen kollegaltaan toiveen perehtyä moniammatillisen tiimin yhteistyöhön kaupungin korvaushoitoa toteuttavissa yksiköissä. Tulimme pian yhteisymmärrykseen siitä, että näiden ammattilaisten on tärkeää saada äänensä kuuluviin palvelujen toteutusta tarkasteltaessa.

2 Helsingin kaupunki palvelutuottajana

Työelämäkumppanimme toimii Suomen suurin kuntatoimija Helsingin kaupunki. Yhteistyö toteutuu sosiaali-, terveys- ja pelastustoimialan palveluissa. SOTEPE-toimiala

vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetussa laissa (612/2021), sosiaalihuoltolaissa (1301/2014), terveydenhuoltolaissa (1326/2010), pelastustoimen järjestämisestä annetussa laissa (613/2021) ja muussa lainsäädännössä hyvinvointialueille määrättyistä tehtävistä (611/2021) ja pelastuslaissa (379/2011) säädetyistä pelastuslaitoksen tehtävistä. Toimiala luo edellytykset terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi, ehkäisee ja vähentää sosiaalisia ongelmia ja niiden haittavaikutuksia sekä edistää omatoimisuutta ja yhteisvastuullisuutta. (Helsingin kaupunki 2025c: 14.)

Toimialan palvelukokonaisuuteen kuuluu asumis-, kriisi ja päihdepalvelut, joiden tehtävänä on järjestää helsinkiläisten nuorten ja aikuisten tarvitsemat päihdetyön palvelut, asunnottomien palvelut sekä vastata omalta osaltaan sosiaalihuoltolain (1301/2014), lastensuojelulain (417/2007), toimeentulotukilain (1412/1997) ja terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaisista lakisääteisistä tehtävistä. Päihdepalvelut osana organisaatiota vastaavat polikliinisesta päihdehuollosta, opioidikorvaushoidosta, päihdeavo-, laitos- ja jälkikuntoutuksesta sekä vieroitushoidosta ja päihdeidenkäyttäjille tarkoitetusta päivätoiminnasta. Lisäksi palvelukokonaisuuteen kuuluvat päihdehuollon palvelutarpeen ja hoidon tarpeen arviointi, ohjaus ja neuvonta, terveydenhuollon avopäihdetyö, suonensisäisesti huumeita käyttävien terveys- ja sosiaalneuvonta ja HIV-positiivisten palvelukeskustoiminta sekä selviämishoito ja Pasilan poliisiaseman terveydenhuollon järjestäminen. Palvelut ovat lakisääteisiä ja ne voidaan toteuttaa joko kaupungin omana toimintana tai ostopalveluina. (Helsingin kaupunki 2025b: 31–32.) Käytännöntasolla yhteistyömme tapahtuu kaupungin omilla alueellisilla päihdepoliklinikoilla sekä muilla kaupungin korvaushoitoa toteuttavilla ja arvioivilla yksiköillä. Päihdepoliklinikoiden työ määrittyy kaupungin arvojen mukaisesti asiakkaiden palvelemiseksi, jolla tarjotaan apua ja tukea kaikkein haavoittuvimmassa asemassa oleville ihmisille. Toiminnan on tarkoitus poistaa päihderiippuvuuteen liittyvää stigmaa, parantaa palvelun vaikuttavuutta ja laatua sekä painottaa oikeudenmukaisuutta, rehellisyyttä ja yhdenvertaista kohtelua. (Helsingin kaupunki 2025a: 4.)

Lainsäädännöllisesti hyvinvointialueita sekä niihin rinnastettavaa Helsingin kaupunkia, velvoittaa laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021), jonka mukaan hyvinvointialueiden on suunniteltava ja toteutettava sosiaali- ja terveyshuolto sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaisena kuin asiakkaiden tarve edellyttää. Asiakkaan yksilöllisestä palvelutarpeen ja hoidon tarpeen arvioinnista säädetään erikseen. Palveluiden järjestämistä ja viranomaisia kuitenkin ohjaa tarveperiaate, joka määrää sekä palvelutarjonnan laajuutta mitoitettaessa rakenteellisella tasolla että yksilöllistä tarveharkintaa tehtäessä yksilötasolla (Vanjusov & Kekoni & Meriluoto 2021: 200). Tar-

veperiaate ohjaa hyvinvointialueita budjetoinnissa ja palvelusuunnittelussa, jotta palveluja olisi riittävästi, ne olisivat esteettömiä sekä saavutettavia ja ne vastaisivat alueen väestön todellisia tarpeita. Päihdepalveluissa tämä tarkoittaa sitä, että palveluiden myöntämisestä päättämisen täytyy aina perustua tapauskohtaiseen tarvearviointiin, vasta valmisteluvaiheen jälkeen viranomaisen voi ratkaista tarkoituksenmukaisen tavan päihdepalvelujen järjestämisestä asiakkaan tarpeet huomioiden (Vanjusov & Kekoni & Meriluoto 2021: 200).

Helsingin päihdepoliiklinikoiden tehtävänä on vastata polikliinisesta päihdehoidosta ja -palvelusta sekä opioidiriippuvaisten korvaushoidosta (Helsingin kaupunki 2025a: 4). Täysi-ikäisiä asiakkaita palvelevia päihdepoliiklikoita Helsingin kaupungilla on neljä alueellista, joiden lisäksi HIV-positiivisten asiakkaiden korvaushoidosta sekä muista sosiaali- ja terveystalvueluista vastaa Auroran päiväkeskus. Alla olevassa taulukossa 1. on kuvattu yksiköiden henkilöstömitoitukset siten, että ensimmäinen numero viittaa korvaushoittoon, toinen korvaushoidon arviointitiimiin ja kolmas päihdepoliiklikkaan. Korvaushoidon arviointitiimi on sijoitettu Laaksoon, minkä vuoksi se on ainoa yksikkö, jossa numeroita on kolme. Auroran päiväkeskuksessa tiimejä ei ole erikseen eritelty. Osa työntekijöistä, kuten toimintaterapeutit työskentelevät sekä päihdepoliiklikan että korvaushoidon puolella, minkä lisäksi työntekijät voivat tarjota palveluita yli yksikkörajojen.

Taulukko 1. Henkilöstömitoitukset korvaushoidossa vuonna 2025

Nimike	Kalasa- tama	Laakso	Malmi	Vuosaari	Aurora pk
Lähihoitaja/ohjaaja	2+0	2+0	0+1	1+0	4
Sairaanhoidaja	10+3	3+4+3	5+2	4+2	4
Toimintaterapeutti	0+1	0+1	0+1		
Perheterapeutti	0+1	0+1	0+1	0+1	
Sosiaaliohjaaja	0+2	0+2	0+2	0+2	2
Sosiaalityöntekijä	1+2	1+1	1+2	0+5	
Sosiaaliterapeutti	0+3	0+3	0+2	0+4	
Psykologi	0+1	0+1	0+1	0+1	
Lääkäri	1+1		1+1		
Erikoislääkäri	0+1	1+1+1			
Osastonhoitaja	1	1+0	1+0	0+1	1
Johtava sosiaalityöntekijä	1	0+1	0+1	0+1	1
Yhteensä	31	26	22	22	12

Taulukossa 1. kuvatut henkilöstömitoitukset ovat yksiköiden vuoden 2025 omavalvontasuunnitelmissa ilmoitetut. Näiden henkilöstöresurssien tulisi riittää tuottamaan laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua korvaushoitoa samanaikaisesti, kun kasvavat asiakasmäärät ja yhteiskunnalliset haasteet lisäävät jatkuvasti henkilöstön painetta suoriutua työstään. On toki huomioitavaa, että asiakkaiden elämänkulun tukemiseen osallistuu iso osa muitakin ammattilaisia – yhteydessä ollaan esimerkiksi aikuissosiaalityön, työllisyyspalveluiden, vankiloiden, rikosseuraamusviraston, vuodeosaston, neuvolan, lastensuojelun, muiden terveyden- ja sairaanhoidon yksiköiden kanssa sekä yksityisen ja kolmannen sektorin palveluihin (Tomperi 2014: 459).

Korvaushoitoa tarjoavilla yksiköillä tulee olla riittävästi osaamista hoidon toteuttamiseksi onnistuneesti. Ennen hoidon aloittamista edeltää arviointijakso, jolloin arvioidaan tarvetta hoidolle sekä selvitetään huume- ja lääkeriippuvuuksien laajuuden rinnalla psykososiaalisen tuen tarve. Psykososiaalinen kuntoutus, taloudellisten asioiden hoitaminen, asunnon etsiminen, koulutus ja työ kuntouttavine muotoineen sekä elämänhallinta arkirutiineineen ovat tärkeä osa opioidikorvaushoitoa. Sen vuoksi hoito toteutetaan moniammatillisesti ja usein hoitoon osallistuu eri tahoja. (Tomperi 2014: 463–463, 465.) Psykososiaalisessa palvelujärjestelmässä verkostotyö tarkoittaakin asiantuntijuuden ylittämistä vertikaalisesti (Arnkil & Seikkula & Eriksson 2001: 99). Suomessa sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia veloitetaan yhteistyöhön useilla laeilla ja säädöksillä. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvuuden vieroitus- ja korvaushoidosta opioidilääkkeillä (642/2023) määrää hoitosuunnitelman tehtäväksi yhteistyössä sosiaalihuollon kanssa, terveydenhuoltolaki velvoittaa terveydenhuollon toimijoita yhteistyöhön ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetussa laissa 10 §:ssä säädetään hyvinvointialueen vastuusta sovittaa asiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ehjiksi kokonaisuuksiksi (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 8-8a). Myös sosiaalihuoltolaki velvoittaa yhteistyöhön asiakkaan elämäntilanteen edellyttämässä laajuudessa asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaistensa ja läheistensä sekä muiden toimijoiden kanssa (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 § 36). Laki määrää tekemään yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi hyvinvointialueella hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä tekevien muiden julkisten toimijoiden, yksityisten yritysten ja yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021 § 7). Asiakastietojen kirjaamisesta monialaisessa yhteistyössä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisissä palveluissa säädetään asiakastietolain 7 luvussa (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 § 41). Vaikka kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöhön ohjaavat lait eivät suoraan viittaa korvaushoitoon, voidaan niistä nähdä vahvana yhteistyön tarve ja merkityksellisyys palveluiden kannalta.

Yksiköiden ja ammattikuntien välinen yhteistyö olisi mielekästä ja onnistunutta, tulee ymmärtää eri toimijoiden toisistaan poikkeavat olosuhteet ja toimintaperiaatteet. Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä arki on usein yhteisesti jaettua ja koettua, mutta eri yksiköiden välillä arki saattaa olla erilaista ja ammattilaisten kokemus samasta arjesta voi olla täysin erilainen (Kangasniemi 2021: 9). Joissain yksiköissä toiminta on suunnitelmallista toimintojen toteutusta, kun toisissa arki voi näyttäytyä jatkuvina ennakoimattomina muutoksia. Lisäksi yksittäisen työntekijän kokemus voi olla muista poikkeava. Se minkä yksi ammattilainen kokee hienona oppimiskokemuksena, voi toiselle olla työläs tai jopa traumatisoiva tapahtuma ja sen, minkä eräs kokee miellyttävänä avoimuutena ja suorapuheisuutena, voi toinen kokea pahimmillaan epäkohteliaana tai loukkaavana. Hyvä työarki rakentuukin yhteistyössä työntekijöiden kesken perustuen ammatilliseen vastuuseen. Jokainen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen on ammattietikassaan sitoutunut tavoittelemaan hyvän ja turvallisen hoidon sekä palvelun toteuttamista, mikä kokonaiskuvassa lähtee työpaikalla oikein toimimisesta. Ammatillisella vuorovaikutuksella voidaan edistää hyvää työarkea. Työntekijän hyvää työarkea voidaan tukea myös sopivilla ja tarkoituksenmukaisilla työvälineillä sekä resursseilla. Käytettävissä olevien resurssien pitäisi olla tasapainossa suhteessa siihen, mitä työntekijöiltä odotetaan. (Kangasniemi 2021: 9–10.)

3 Opioidit, opioidiriippuvuus ja korvaushoito Suomessa

3.1 ”Fyysisen kivun ja emotionaalisen kärsimykset poistajat”

Opioidit ovat yleisimmin kivunlievitykseen käytettyjä yhdisteitä, jotka vaikuttavat pääasiassa keskushermostossa sekä ruoansulatuskanavassa sijaitsevien opioidireseptorien kautta. Opioidit sekä opioidipohjaiset lääkkeet ovat kuitenkin hyvin yleisesti väärinkäytetty huumausaine ja lääkeyhdisteryhmä. Tehokkaan kivunlievityksen lisäksi riippuvuusriskiä lisää käyttäjän kokema euforinen hyvän olon tunne sekä toisaalta apatia. Fyysisen kivun lisäksi opioidien voidaankin nähdä ”lievittävän emotionaalista kärsimystä,” esimerkiksi tilapäisellä ahdistumisen lievittymisellä. (Savolainen, Kivimäki & Vikman 2023: 197–198.) Keskushermostoa lamaannuttavan ja euforisoivan vaikutuksen lisäksi opioidien muita välittömiä vaikutuksia ovat muun muassa nälän sekä seksuaalisen halun tunteiden katoaminen, sekavuus, pulssin hidastuminen ja verenpaineen lasku sekä heikentynyt reagointi ärsykkeisiin (Havio, Inkinen & Partanen 2014: 89). Haittavaikutuksiin puolestaan kuuluu ummetus, oksentelu ja pahoinvointi, lihasnykäykset, virtsaretentio, hiikoilu ja suun kuivuminen, kutina ja tulehdukset sekä ahdistus, mahdolliset hallusinaatiot ja mielialan muutokset. Annoskoon mukaan voi esiintyä myös vuoroittaista virkeyttä tai

uneliaisuutta ja nuokkumista sekä pupillien pistemäisiksi muuttumista. (Partanen, Holmberg, Inkinen, Kurki & Salo-Chydenius 2015: 76.) Jatkuvan käytön vaikutuksia riippuvuuden lisäksi ovat sydän- ja verenkiertoelimistön, hermoston sekä maksan pysyvät tai korjautuvat vauriot, ylähengitystietulehdukset ja tarttuvat taudit, impotenssi, kuukautis- ja hedelmällisyshäiriöt sekä sosiaaliset vaikutukset kuten passivoituminen, eristäytyminen ja useimmiten oheisrikollisuus (Havio ym. 2014: 89). Käyttäjät ovat maininneet myös buprenorfiinia pistettäessä kokeneensa tyypillisiä tabletin sidosaineiden aiheuttamia muutoksia silmänpohjassa, joiden seurauksena voi olla näkökyvyn heikentyminen (Mallin, Holopainen & Tourunen 2006: 300).

Opioidit voidaan jakaa kahteen ryhmään: luonnosta saatuihin ja synteettisiin opioideihin. Vielä tarkemmin jako voidaan tehdä neljään ryhmään: 1. *elimistön tuottamat endogeeniset välittäjäaineet* kuten endorfiini ja dynorfiini, 2. oopiumunikon kuivatusta maitiaisnestestä saadut *opioidialkaloidit* kuten morfiini ja kodeiini, 3. opioidialkaloideista valmistetut *puolisynteettiset opioidit* kuten heroini ja 4. *synteettiset opioidit* kuten buprenorfiini ja metadoni, jotka on valmistettu lääkeaineiksi. (Partanen ym. 2015: 76.)

Opioidien yliannostuksen tunnusmerkkejä ovat hengitystiheyden väheneminen ja spontaanin hengityksen loppuminen, tajunnan tason aleneminen, sydämen rytmihäiriöt, hiki-nen ja kalpea iho sekä voimakkaasti supistuneet pupillit. Yliannostuksen aiheuttama kuolema johtuu varsinaisesti hengityksen lamaantumisesta. Isoja riskitekijöitä ovat voimakas toleranssin kehittyminen sekä käyttöannoksien pitoisuuksien tai suuruuksien vaihtelu, esimerkiksi vieroituksen jälkeen käytetty suuri annos. Sekakäyttö, etenkin alkoholin tai bentsodiatsepiinien kanssa on hengenvaarallista, myös niin sanotun kattovaikutuksen omaavien opioidien, kuten buprenorfiinin kanssa. (Partanen ym. 2015: 76–77.) Opioidien vaikutukset voidaan kumota opioidireseptorien salpaajilla, kuten naloksonilla, naltreksonilla tai nalsulfeenilla (Aalto, Alho, & Niemelä 2018: 31).

3.2 Suomen yleisin huumehoitoon tai -kuntoutukseen ajava riippuvuus

Tutkimukset, kirjallisuus tai kokemukset eivät tarjoa yhtä yleistettävää tekijää tai selitysmallia päihderiippuvuuksiin tai niiden syntyyn, vaan asiaa on pyritty selittämään eri tieteenaloilla eri näkökulmista ja erilaisilla teorioilla. Esimerkiksi genetiikan, neurobiologian, psykologian, sosiologian ja lääketieteen tutkimukset ja selitykset ovat usein keskittyneet toisistaan eroaviin tekijöihin, yhteisten ja yleisten lisäksi. (Partanen ym. 2015: 118.) Tässä opinnäytetyössä emme kuitenkaan nähneet oleelliseksi kuvata riippuvuu-

den syntyä tai kaikkia siihen liittyvä tekijöitä lapsuudesta ja nuoruudesta asti, vaan keskitymme käsittelemään nimenomaan opioidiriippuvuutta ja siihen liittyviä ominaispiirteitä.

Opioidiriippuvuus on vaikea ja merkittävästi hyvinvointia heikentävä sairaus, johon liittyy hoitamattomana rikollisuutta, vakavia liitännäissairauksia sekä korkea kuolleisuus (Nuotio, Simojoki & Yli-Hemminki 2023: 256). Se on luonteeltaan verrattavissa muihin somaattisiin pitkäaikaissairauksiin, joita yhdistää usein elinikäinen hoito sekä ajoittaiset pahemmat jaksot, vaikkakin tavoitteena on hoitotasapainon ja oireettomuuden saavuttaminen. Opioidiriippuvuus on monimuotoinen biopsykososiaalinen häiriö, jonka syntyyn vaikuttavat sekä perinnöllinen alttius että ympäristötekijät. (Aalto ym. 2018: 104–105.) Päihderiippuvuuden suhteen perintötekijöiden selitysosuuden on arvioitu olevan jopa 50–70 %. Päihteiden vaikutuksen kokeminen joko miellyttävä tai puolestaan epämiellyttävänä voi olla perimän säätelemää, minkä lisäksi huumeilla on erilaisia riippuvuuksia aiheuttavia vaikutuksia. (Aalto ym. 2018: 11.) Opioidiriippuvuus tunnetaan hermostollisilta mekanismeiltaan suhteellisen hyvin ja kyseisessä riippuvuusoireyhtymässä on todettu poikkeuksellisen voimakas biologinen painotus (Levola, Pitkänen, Tourunen, Holmberg & Holopainen 2013: 342). Toistuva ja etenkin jatkuva opioidien käyttö johtaa hermosoluyhteyksien uudelleen muovautumiseen ja aivojen sekä elimistön jatkuvaan opioidivaikutukseen tottumiseen, jonka seurauksena tarvitaan yhä suurempia annoksia opioideja aikaansaamaan toivottu vaste (Aalto ym. 2018: 104–105). Lääketieteessä päihderiippuvuus yleisesti on määritelty krooniseksi ja relapsoivaksi (Partanen ym. 2015: 118). Opioidiriippuvuus on useimmiten pitkäkestoinen ja etenevä sairaus, jossa esiintyy uusiutumista pitkienkin päihteettömien jaksojen jälkeen (Aalto ym. 2018: 104).

Varsinaiset opioidiriippuvuuden diagnoosikriteerit perustuvat ICD-tautiluokitukseen. Se vaatii *vähintään kolmen seuraavista todetuksi yhtäaikaisesti vähintään kuukauden ajan tai mikäli jaksot ovat lyhyempiä, toistuvasti viimeksi kuluneen vuoden aikana*; 1. voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää ainetta, 2. kyky kontrolloida aloittamista ja lopettamista tai käytettävän aineen määrää on heikentynyt, 3. fysiologisen vieroitusoireiston kolmestatoista oireesta esiintyy vähintään kolmea, 4. osoitus toleranssin kasvusta, 5. laaja keskittyminen aineen käyttöön, jolloin muu elämänsisältö kapenee merkittävästi tai jää kokonaan pois sekä 6. aineen jatkuva käyttö selvästi haitallisista seurauksista huolimatta. (Duodecim 2024.)

3.3 Muut terveydelliset ja sosiaaliset ongelmat

Itse riippuvuusoireyhtymän oireiden lisäksi opioidiriippuvaisilla sekä opioidien väärinkäyttäjillä on todettu olevan laajalti muita terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia. Heillä ilmenee tyypillisesti myös muita samanaikaisia huume- ja lääkeriippuvuuksia sekä alkoholiriippuvuutta. Huono-osaisten helsinkiläisten päihde-, käyttö- ja hankintatottumuksia käsittelevässä tutkimuksessa tulokset osoittivat, että opioidiriippuvaisista huomattava osa on koukussa myös bentsodiatsepiineihin. Kyseinen tutkimus ei ollut ensimmäinen vastaavaa tietoa ilmentänyt, vaan tulokset nimenomaan vahvistivat aiemmista huume-kuolematutkimuksista herännyttä huolta opioidien, bentsodiatsepiinien tai alkoholin yhteiskäyttöilmioistä. Sekakäyttö on keskeinen osa marginaalissa elävien päihteidenkäyttäjien käyttökulttuuria. Opioidien, bentsodiatsepiinien ja/tai alkoholin yhteiskäyttö on merkittävän osan Suomen huume-kuolemien taustalla. (Tammi, Pitkänen & Perälä 2011: 52–53.) Huumeidenkäyttö, josta aiheutuu vakavia sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja, on lisääntynyt 2010-luvulla. Vuodesta 2006 vuoteen 2021 huume-kuolleisuus kasvoi koko maassa neljällä prosentilla vuosittain. 2021 huumeisiin kuoli koko maassa 287 henkilöä, väestömäärään suhteutettuna se tarkoittaa 5,2 henkilöä keskiväkiluvun sataatuhatta kohti. (Helsingin kaupunki 2023.) Muut mielenterveysongelmat kulkevat usein käsi kädessä päihde- ja riippuvuussairauksien kanssa. Esimerkiksi masennus sekä erilaiset ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisiä päihteiden väärinkäyttäjillä. Erityisesti persoonallisuushäiriöt ovat vahvasti edustettuna opioidiriippuvaisilla, keillä nämä ovat yleisväestöä yleisempiä. 2000-luvulla on tutkittu persoonallisuushäiriöiden esiintyvyyttä suomalaisilla korvaushoitopotilailla; pääkaupunkiseudulla esiintyvyyden todettiin olevan 51–86 % ja varsinaissuomalaisten korvaushoitopotilaiden persoonallisuushäiriöiden esiintyvyydeksi noin 66 %. Esiintyvyyksien vaihtelua on selitetty muun muassa avohoidon alidiagnostiikalla. (Levola ym. 2013: 342–344.)

Valitettavasti terveydellinen ja sosiaalinen kokonaistilanne psyykkisesti oireilevilla korvaushoitopotilailla on ollut lähtökohtaisesti huonompi, kuin heillä joilla oireilua ei ole esiintynyt. Psykkisten sairauksien tunnistaminen on oleellista hoitopaikan valinnassa, sillä ne vaikuttavat asiakkaan tuen tarpeen määrään. Käytössä olevien resurssien oikeanmukainen suuntaaminen on yksi korvaushoitojärjestelmän tehtävistä; tunnistaa itsenäisen, hoitoa vaativan psykiatrisen häiriön omaavat korvaushoitoasiakkaat. Tällöin yksilön oikeus parhaaseen mahdolliseen hoitoon toteutuu todennäköisimmin. (Levola ym. 2013: 342–344.) Päihteiden väärinkäyttäjät ovat terveydellisten tekijöiden lisäksi monessa mielessä huono-osaisia ja marginaalissa eläviä. Huono-osaisuudella tarkoitetaan hyvinvoinnin puutteita, kuten työttömyyttä, köyhyyttä, asumiseen ja sosiaalisiin

suhteisiin liittyvä ongelmaa, koulutuksellista huono-osaisuutta sekä syrjäytymistä vallankäytöstä ja osallistumista. Ihmisen olosuhteiden rinnalla huono-osaisuudella voidaan viitata tämän subjektiiviseen kokemukseen heikoista mahdollisuuksista ja elämän näköalattomuudesta. (Tammi ym. 2011: 46–47.) Esimerkiksi päihdehuollon huumeasiakkaista kerätyssä tilastossa 9 % oli säännöllisesti tai satunnaisesti töissä, 6 % jonkin tuetun työtoiminnan piirissä, 6 % opiskeli, 15 % oli eläkkeellä ja muuten työvoiman ulkopuolella oli 10 %. Työttömiä työnhakijoita oli 47 %. Korkeintaan peruskoulun suorittaneita oli 58 % ja keskiasteen koulutuksen oli suorittanut 34 %. Tilastossa huomioitavaa on, ettei se saavuta läheskään kaikkia päihteiden väärinkäyttäjää, sillä tiedonkeruuseen osallistuminen on päihdehoitoyksiköille vapaaehtoista. (THL 33/2022.)

Huono-osaisuus päihteiden väärinkäyttäjillä, etenkin puhuttaessa laittomien huumeiden käyttäjistä, ilmenee myös tietynlaisena ”oheis-” tai ”taparikollisuutena.” Termin taparikollinen ei ole tässä asiayhteydessä tarkoitus halventaa päihteiden väärinkäyttäjää vaan kuvata päihdemaailmassa osana olemisen todellisuutta – huumeiden käyttö, osto, hallussapito ja myynti ovat kaikki rikollista toimintaa, jolloin ihminen syyllistyy lain rikkomiseen säännöllisesti. Useimmat päihteiden väärinkäyttäjät syyllistyvät huumeusaineriikosten lisäksi oheisrikollisuuteen, jonka tarkoituksena on rahoittaa omaa päihteiden käyttöä tai muita menoja sekä kuluja. Tyypillisiä oheisrikollisuuden nimikkeitä ovat esimerkiksi varkaus ja ryöstö, varastetun tavaran kätkeminen sekä erinäiset petokset. Päihteiden väärinkäyttö ja eläminen rikollisessa päihdemaailmassa johtaa usein käyttäjän valtaosan ajasta kulumisen päihteiden hankkimiseen, minkä seurauksena sosiaaliset suhteet supistuvat pelkästään muihin käyttäjiin ja päihteiden myyjiin. Tällöin voidaan puhua sosiaalisen riippuvuuden muodostumisesta. (Malin ym. 2006: 300–301.)

3.4 Suomalaisen opioidikorvaushoidon historiaa

1990-luvulle asti Suomen huume politiikan tavoitteena oli huumeiden käytön ehkäisy ja saatavuuden minimointi, kontrolli oli keskiössä. Pikkuhiljaa alettiin tunnistaa huumeiden ongelmakäyttäjien erityistarpeita. Tervalammen kuntoutuslinikalla toteutettiin hiljaisuudessa metadoni- ja buprenorfiinihoitoa vuosina 1992–1995 kahdellekymmenelle potilaalle. Kuitenkin vuonna 1996 Suomessa oli virallisesti vain viisi henkilöä, jotka olivat saaneet pitkäaikaista metadonihoitoa. (Hakkarainen & Tigerstedt 2005: 143.) 1990-luvun loppupuolella politiikan suunta muuttui, kun vuonna 1997 Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö antoi ensimmäisen normistonsa korvaushoidosta ja toisen vuonna 1998 (Karvonen 2000: 450). Sittemmin opioidiriippuvaisille tarkoitettua korvaushoidon määräämistä on muutettu neljästi ministeriön vuosina 2000, 2002, 2008 ja 2023 määräämillä asetuksilla. Kaikki asetukset ovat tukeneet palveluiden laajentamista. Nykyinen voimassa

oleva asetus on Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvuuden vieroitus- ja korvaushoidosta opioidilääkkeillä (642/2023.) Vuoden 1997 Huumausainestrategiassa esitettiin uusi näkökulma huumausainepolitiikan tavoitteisiin ja keinoihin. Kyse ei ollut enää vain rikollisuuskysymyksestä vaan merkittävästä sosiaalisesta ja kansanterveydellisestä ongelmasta. Kriminaalipolitiikan rinnalle nousivat terveystieteelliset keinot ja ennaltaehkäisy sekä sosiaalinen tuki, joilla tähdättiin huumeiden käytön haittojen vähentämiseen. (Hakkarainen & Tigerstedt 2005: 145.)

Korvaushoidon asema suomalaisessa palvelujärjestelmässä ei kuitenkaan ole ollut mikään itsestäänselvyys. Hakkarainen ja Tigerstedt (2005) ovat nostaneet esiin viisi seikkaa, jotka aikanaan johtivat huumeepolitiikan nopeahkon käänteen tapahtumiseen korvaushoidon hyväksi. Ensimmäisenä syynä he näkevät huumeongelmien merkittävän lisääntymisen, minkä takia viranomaiset ja poliitikot joutuivat uudelleenarvioimaan kansallista huumestrategiaa ja -politiikkaa. Ratkaisevaa oli korvaushoidon potentiaalisen asiakaskunnan laajeneminen heroiniin käytön yleistyttyä uusiin mittasuhteisiin. Vuoden 1999 rekisteritietojen perusteella Suomessa arvioitiin olevan reilut 11 000–14 000 amfetamiinin ja heroiniin ongelmakäyttäjää, joista noin 20 % olivat heroinisteja. Samanaikaisesti huumeiden käytöstä johtuvat yhteiskunnalliset haitat, esimerkiksi oheisrikollisuus, sairaudet kuten hiv-epidemian puhkeaminen huumeiden käyttäjien keskuudessa vuonna 1998 sekä yliannostuksista johtuvien huumekuolemien yleistyminen huomattavasti. (Hakkarainen & Tigerstedt 2005: 144–145.)

Toiseksi syyksi Hakkarainen ja Tigerstedt (2005) näkevät lääkkeellisen huumehoidon nousun julkiseen ja poliittiseen valokeilaan muutaman vakavan kiistan kautta, joissa yksityiset lääkärit määräsivät heroinisteille buprenorfiinia ennen korvaushoidon määrittelyä hyväksytyksi hoitomuodoksi. Tapauksista aiempi yksityislääkärin huumeiden väärinkäyttäjille järjestämä lääkehoito näyttäytyi vakavana uhkana Suomen hoitopolitiikkaa hallinneelle lääkkeettömälle hoidolle tuodessaan tietoisuuteen uuden, Temgesic- ja sittemmin Subutex-kauppanimellä tunnetun lääkevalmisteen. (Hakkarainen & Tigerstedt 2005: 144–146.) Toinen, jopa tunnetumpi tapaus tuli julkisuuteen keväällä 1997. Tapaus oli perusteiltaan varsin samanlainen aiempaan nähden, mutta asian tullessa julki, kritisoi kyseinen yksityislääkäri Pentti Karvonen rajusti terveysturvaviranomaisia, poliisia sekä kollegoitaan heidän buprenorfiinihoidon väärinymmärryksestään. Karvonen perusteli buprenorfiinin käyttöä tunnistetun metadonin sijasta useilla eri argumenteilla, etenkin asiakaslähtöisyyden ja heidän oikeuksiensa puolesta – oman toimintansa hän näki lääkärin eettisten ohjeiden mukaisena: asiakkaiden hyvinvointi kävi yli viranomaismääräysten. Molemmilla kiistaa aiheuttaneilla tapauksilla oli merkittävä vaikutus suomalaisen hoitopolitiikan muutokseen. (Hakkarainen & Tigerstedt 2005: 147.)

Kolmantena tekijänä korvaushoidon aseman edistämässä voidaan nähdä olevan joukko vaikutusvaltaisia henkilöitä: hallinnon, ammattikuntien, julkisen sanan ja kansalaisten sekä järjestöjen edustajia, jotka ryhtyivät ajamaan korvaushoitoa. Esimerkiksi Suomen Lääkärilehti julkaisi vuosina 1997–2000 toistakymmentä artikkelia ja puheen- vuoroa, joissa korvaushoitoon suhtauduttiin myönteisesti tai erittäin myönteisesti. Samaan aikaan Päihdelääkärien yhdistys pyrki edistämään opioidiriippuvaisten huumeidenkäyttäjien lääkkeellistä korvaus- ja ylläpitohoitoa. Kaiken kaikkiaan ammattilaisilla alkoi olla laajasti aktiivinen ja vaativa sävy kirjoituksissaan. Kuitenkin suomalaiset lääkärit ja lääkintäviranomaiset ovat toimineet pitkälti kansainvälisen biolääketieteellisen tutkimuksen mukaisesti, jonka tutkimusperinteessä huumausaineriippuvuus määritellään aivosairaudeksi ja avainasemassa on lääkehoito. Korvaushoidon nopean laatuista leviämistä ovat siis siivittäneet kansainväliset trendit ja neljänneksi perusteeksi korvaushoidon yleistymiselle Suomessa voidaankin nähdä kansainväliset vaikutteet. EMCDDA:n (Euroopan huumeseurantakeskus) tietojen mukaan vuosien 1993 ja 1997 välillä korvaushoidossa olevien potilaiden määrä Euroopan Unionin alueella kolminkertaistui. (Hakkarainen & Tigerstedt 2005: 144, 149.)

Viimeisenä ratkaisevana tekijänä Hakkarainen ja Tigerstedt (2005) esittävät korvaushoidon hyväksymisen osana huumausaineongelmien medikaalista ja sosiaalista uudelleenkehystämistä. Kuten aiemmin mainitsimme, 1990-luvulle asti Suomessa kriminaalipoliittinen näkökulma hallitsi yhteiskunnallista huumeekysymystä. Tällöin huumeriippuvaiset nähtiin rikollisina ja huumeet yhteiskunnasta pois kitkettävänä ongelmana, jolloin hoitojärjestelmän kehittymiselle ei ollut tilaa. A- ja B-hepatiittiepidemioiden yhteydessä vuosina 1994–1996 alettiin enemmän kantaa huolta huumeiden vaikutuksista muutekin kuin rikollisuuden näkökulmasta. Kansanterveydellinen ja potilasnäkökulma alkoivat nostaa päätään: huumeiden käyttäjiin alettiin suhtautua enemmän täysivaltaisina kansalaisina, jolloin ihmisoikeusnäkökulma tuli osaksi korvaushoitokysymyksessä. Uudessa kehityksessä korostetaan asiakkaan roolia huumausainepolitiikassa ja politiikan jakautumista kriminaalipolitiikan lisäksi sosiaali- ja terveystaliteikaksi. (Hakkarainen & Tigerstedt 2005: 144, 150.)

Tämän huumeitaliteikan uudelleen muotoutumisen selkeimpänä lopputuotoksena voidaan pitää haittojen vähentämisen (*harm reduction*) yleistymistä Suomessa. Tunnetuimpia käytännön menetelmiä ovat neulojen ja ruiskujen vaihtopisteet sekä lääkkeellinen korvaushoito opioidiriippuvaisille. Tämä on edesauttanut erikoistuneiden, lääketieteeseen pohjautuvien palveluiden lisääntymistä sekä huumeriippuvuuden hoitamiseen

panostamista. Huumeiden käytön rikosoikeudellinen kontrolli on tehostunut yhtäaikaista, joten haittojen vähentäminen ei ole heikentänyt tai poissulkenut perinteistä huumeiden totaalikieltoon perustuvaa politiikkaa. (Tammi 2007: 7.)

3.5 Korvaushoito nykypäivänä

Korvaushoito on lääkkeellistä ja psykososiaalista hoitoa yksilölle, joka ei ole vieroittunut tai jolla ei katsota olevan mahdollista, riippuvuuden keston ja kokonaistilanne huomioon, vieroittautua opioideista. Korvaushoidon tavoitteena on kuntoutumisen edellytysten parantaminen ja kuntoutuminen. Hoitoa toteutetaan Suomessa kahdella alatavoitteella, joko päihteettömyyteen tähtääminen tai haittojen vähentäminen ja yksilön elämänlaadun paraneminen. (STM 642/2023.) Jokaiselle korvaushoidon aloittavalle laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma tavoitteineen yhteistyössä asiakkaan kanssa. Hoitosuunnitelmaa seurataan ja päivitetään säännöllisesti. Yksilöllisten tavoitteiden laatiminen varmistaa sopivan hoidon yksilölle. Hoidon ja tavoitteiden kesto ei määritellä etukäteen. On tärkeämpää seurata asiakkaan tavoitteiden toteutumista ja miettiä, mitä tämä asiakas tästä hoidosta hyötyy ja toteuttaa hoito sen pohjalta. (Päihdelääketieteen yhdistys ry. 2023: 25–26) Korvaushoitoa toteutetaan Suomessa terveyskeskuksissa, päihdehuollon erityispalveluissa, erikoissairaanhoidossa sekä vankiterveydenhuollon yksiköissä (THL 34/2022).

Lääkehoitona käytetään pääosin buprenorfiinin ja metadonia sisältäviä valmisteita. Yleisin käytetty lääke on buprenorfiinin ja naloksonin yhdistelmävalmiste. Lääkevalmisteen valinnan tekee aina korvaushoitoa tuottavan toimintayksikön vastaava lääkäri tai hänen tähän tehtävään osoittama lääkäri. (STM 642/2023.) Lääkevalintaan vaikuttaa asiakkaan yksilölliset tekijät. Sosiaali- ja terveysministeriön säädöksen mukaan korvaushoitoyksiköillä tulee olla valmius toteuttaa lääkehoitoa sekä buprenorfiini- että metadonivalmisteilla. Lääkevalmisteet voidaan jakaa joko nopeasti kielen alle liukenevilla resoribleteillä tai injektiohoitona (Päihdelääketieteen yhdistys ry 2023: 27–29). Vuonna 2022 Sosiaalilääketieteen aikakauslehdessä julkaistussa tutkimuksessa esitellään lääkevalintaan vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksesta nousee esiin seuraavat tekijät, jotka puoltavat buprenorfiini-naloksoni yhdistelmä valmisteen valintaa lääkehoitoon: potilaalla on lyhyt huumeidenkäyttö historia, potilaalla ei ole buprenorfiinin pistoskäyttöä, potilas ei ole aiemmin ollut korvaushoidossa, potilaalla on päihteettömyystavoite, potilas on kuntouttavassa korvaushoidossa ja lääke mahdollistaa apteekkijakelun. Metadonivalmiste valittiin pääosin asiakkaille, joiden tavoitteena on vähentää huumeiden käytön haittoja, heillä oli pitkä huumeidenkäyttöhistoria ja aiempaa korvaushoitohistoriaa sekä buprenorfiinin pistoskäyttöä.

Korvaushoitolääkkeen jakelu tapahtuu aina valvotusti toimintayksikössä. On kuitenkin mahdollista, mikäli asiakas on kiinnittynyt hoitoon hyvin, luovuttaa toimintayksiköstä korvaushoitolääkkeet asiakkaalle enintään kahdeksaksi vuorokaudeksi. Erikoisluvalla lääkettä voidaan luovuttaa viidentoista vuorokauden annos. Buprenorfiinia ja naloksonia sisältämä yhdistelmävalmiste voidaan antaa asiakkaalle myös apteekkijakeluna. (STM 642/2023.) Apteekkijakeluna toteutetun korvaushoidon tavoitteena on poistaa päihdehoidosta aiheutuvaa stigmaa korjaamalla ajatustapaa korvaushoidosta päihdehoitona, tavalliseksi sairauden hoidoksi. Lisäksi apteekkijakelu lisää yksilön vastuun ottoa omasta elämästä ja mahdollistaa opiskelun sekä työssä käymisen helpommin. (Tourunen & Vahter 2019.)

Psykososiaalisella hoidolla on tutkitusti positiivinen vaikutus riippuvuushoidossa. Yhdessä lääkehoidon kanssa, asiakkaan päihteiden käyttö vähenee ja päihteettömyys lisääntyy. Hoitomuotoina Suomessa on käytössä muun muassa motivoiva haastattelu, motivaatiota vahvistava hoitomalli, kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat, psykoedukaatio sekä arkielämän ja sosiaalisten taitojen harjoittelu. Tavoitteena psykososiaalisessa hoidossa on saada riippuvuushäiriö parempaan hallintaa sekä elämän laadun parantaminen kokonaisvaltaisesti. Hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa voidaan asiakkaan tahdon mukaisesti käyttää tukena myös vertais- tai kokemusasiantuntijaa. (Päihdelääketieteen yhdistys ry 2023: 51.)

4 Moniammatillisuus, ammattietiikka ja toipumisorientaatio

4.1 Moniammatillisen työskentelyn määritelmä

Moniammatillisuutta voidaan kuvata eräänlaisena kattokäsitteenä, jonka alle sijoittuu erilaisia muotoja ja merkityksiä. Moniammatillisessa työskentelyssä on mukana asiantuntijoita eri ammattikunnista tai organisaatioista, sillä usein asiakkaiden haasteiden tunnistaminen ja ratkaiseminen vaatii useiden eri alojen asiantuntemusta. Tällöin yhden ammattikunnan tietotaito ja osaaminen eivät riitä asiakkaan auttamiseksi, vaan ongelmien ja riskien ennakoiminen vaatii ammattilaisten tiivistä yhteistyötä. Yhteistyö on äärimmäisen merkittävässä roolissa myös palveluita uudistettaessa – työelämän rakennemuutokset edellyttävät sekä työtapojen uudistamista ja asiantuntijuuden jakamista, että työidentiteettien rakentamista uudelleen. Moniammatillisen yhteistyön tulokset ovat riippuvaisia siitä, miten ammattilaiset sitoutuvat yhteistyöhön. (Mönkkönen & Kekoni & Pehkonen 2019: 7, 9.)

Moniammatilliselle yhteistyölle ei ole suomen kielessä yhtä oikeaa määritelmää, jonka vuoksi se merkitsee asiayhteyden mukaan hyvinkin eri asioita. Tämän takia on hyvä yleisellä tasolla sopia ja selventää, mitä käsitteellä oikeastaan tarkoitetaan. Englannin kielessä termiä kuvataan näkökulmasta riippuen muun muassa sanoilla *multiprofessional*, *multidisciplinary*, *interprofessional*, *interdisciplinary*. (Isoherranen 2002: 146.) Tiimityön luonnetta määriteltäessä käsitteellä *multidisciplinary* viitataan monitieteiseen, käsitteellä *interdisciplinary* tieteidenväliseen ja käsitteellä *transdisciplinary* poikkitieteiseen (Isoherranen 2012: 23). Näillä kaikilla käsitteillä on omat ominaispiirteensä, minkä tähden suomenkielisen termin moniammatillinen tiimi tai moniammatillinen yhteistyö määrittelemisen yksinkertaisesti on hankalaa. Erityisesti sekaannusta termeissä syntyy, kun puhutaan moniammatillisesta tiimistä, mutta työskentely on todellisuudessa vanhanaikaista ammattilaisten rinnakkain työskentelyä (Isoherranen 2012: 32). Sosiaali- ja terveysalalla moniammatilliseksi yhteistyöksi kutsutaan tiimipohjaista, yhteisöllistä ja asiakaslähtöistä asiantuntijatyötä (Isoherranen 2012: 5). Isoherranen esittelee väitöskirjassaan D'Amourin, Ferrada-Videlan, Rodriguesin ja Beaulieun vuonna 2005 tekemää analyysia liittyen terveysalan yhteistyötä käsitteleviin artikkeleihin, jonka mukaan yhteistyön keskeisimpiä käsitteitä olivat kumppanuus, valta, keskinäinen riippuvuus ja jakaminen. Käsitteistä nousee monia yhteistyölle merkillisiä piirteitä; jakamiseen kuuluu muun muassa jaettu vastuu, tieto sekä arvot, keskinäinen riippuvuus on tietoisuutta ja ymmärrystä yhteistyön merkityksestä. Valta puolestaan jakaantuu tiimissä ja perustuu enemmän ammattilaisten tietoon sekä osaamiseen kuin nimikkeisiin ja kumppanuuteen sisältyy avoin ja rehellinen kommunikaatio, luottamus, yhteiset tavoitteet sekä toisten osaaminen kunnioittaminen. Yhteistyötä kuvataan siis kehittyvänä vuorovaikutusprosessina, joka alkaa neuvotteluista ja kompromisseista, mutta etenee päätöksenteossa yhteiseen suunnitteluun ja toteutukseen. (Isoherranen 2012: 23.)

Samantyyppinen jäsentely on myös Mönkkösen ym. (2019) esittelemässä Laura Bronsteinin tutkimuksesta syntyneessä teoriassa. Bronstein (2003) esittelee viisi moniammatilliseen työskentelyn osa-aluetta sekä neljä moniammatilliseen työskentelyyn vaikuttavaa tekijää. Moniammatillisen työskentelyn ensimmäinen osa-alue on keskinäinen riippuvuus, joka tarkoittaa ammattilaisten kykyä ymmärtää omat roolinsa moniammatillisessa ryhmässä sekä ammattilaisiin kohdistuvaa vaatimusta luottaa muihin ryhmän jäseniin ja heidän asiantuntemukseensa osana ryhmää. Keskinäisen riippuvuuden toteutuksessa mahdollistuu toinen osa-alue, uudelleen rakentuvat ammatilliset toimintatavat, joilla viitataan laajempiin ohjeistuksiin, toimintakäytäntöihin tai palveluihin. Niitä uudistamalla asiakas saa paremman hyödyn toteutetusta palvelusta kuin aiemmillä menetelmillä toteutettuna. (Mönkkönen ym. 2019: 19–20.) Moniammatillisen työskentelyn kolmas osa-alue on joustavuus, joka tarkoittaa ammattilaisten mahdollisuutta omaksua

uudenlaisia rooleja yhteistyössä. Neljännessä osa-alueessa, tavoitteiden yhteisessä omistajuudessa, on ammattilaisten ja asiakkaan jaettu vastuu koko prosessista tavoitteiden asettamisesta niiden saavuttamiseen saakka. Prosessin reflektointi, viimeinen moniammatillisen työskentelyn osa-alue, on itsearvioinnin työkalu, jota moniammatillisen tiimin tulisi hyödyntää reflektoidessaan päätökseen saatuja asiakasprosesseja ja niiden tuloksia. Niistä opitaan tulevaisuutta varten. (Mönkkönen ym. 2019: 20.) Ensimmäisenä moniammatilliseen työskentelyyn vaikuttavana tekijänä Bronstein on nostanut esille selkeän ja myönteisen ammatillisen roolin – vain vahvan ammatillisen identiteetin omaava henkilö kykenee asettumaan yhteistyöhön muiden ammattihenkilöiden kanssa tuntematta epävarmuutta omasta asiantuntijuudestaan. Moniammatillisen työskentelyn toteutumiseen merkittävä vaikutus on myös toisella vaikuttavalla tekijällä, rakenteellisilla tekijöillä, kuten organisaatiokulttuurilla, työskentelyn ajallisilla ja paikallisilla rajoitteilla sekä johdon suhtautumisella moniammatilliseen työskentelyyn. (Mönkkönen ym. 2019: 20.) Moniammatillisen tiimin työskentelyä arvioitaessa ei pidä sivuuttaa myöskään kolmatta vaikuttavaa tekijää, yhteistyöhön osallistuvien ammattilaisten persoonallisia tekijöitä, kuten asenteita sekä tapaa olla vuorovaikutuksessa. Myös viimeisellä vaikuttavalla tekijällä, ryhmän yhteisellä historialla, on tärkeä rooli yhteistyön onnistumisessa: jos yhteistyö on aikaisemmin sujunut hyvin, vaikuttaa se myönteisesti työskentelyyn myös tulevaisuudessa. (Mönkkönen ym. 2019: 20.)

Isoherranen esittelee väitöskirjassaan myös toisen analyysin, joka tukee D'Amourin ym. tekemää yhteistyön määrittelyä. Laura Petri tutki moniammatillisuuteen liittyviä tutkimusartikkeleita todettuaan, että moniammatillisen yhteistyön ollessa oleellinen osa terveysalan kehittämistä, on käsitteen operationalisointi hyvin haastavaa. Yksinkertaisesti Petrin vuoden 2010 analyysin mukaan moniammatillisen yhteistyön voidaan nähdä olevan vuorovaikutusprosessi, jossa eri ammattikuntien moninaiset suhteet kehittyvät ja muuttuvat ajan kuluessa. Prosessi on hänen mukaansa potilaslähtöinen, ongelmakeskeinen sekä tieteenalojen välinen ja siinä esiintyy jakamista, erityisesti tavoitteissa, vastuussa ja vallassa sekä päätöksenteossa. Prosessi rakentuu eri muodoissa tapahtuvasta yhdessä työskentelystä, jossa jokaisen ammattilaisen ainutlaatuinen panos prosessiin on tärkeä. Edellytyksiä moniammatillisen yhteistyön prosessille ovat roolitietoisuus, vuorovaikutustaidot, ammattienvälinen koulutus, valmiudet tiimin ja ihmissuhteiden rakentamiseen sekä yksilöiden, organisaation ja hallinnon tuki. (Isoherranen 2012: 24–25.) Kuten edellä käsitellyistä teorioista voi huomata, moniammatillinen työskentely on paljon muutakin kuin ammattilaisten tiimissä rinnakkain työskentelyä ilman tiedon integrointia. Tämän vuoksi moniammatillinen yhteistyö ei onnistu vain hallinnollisella määräyksellä tai ammattilaisten tuomisella yhteen. Aito ja toimiva moniam-

matillinen yhteistyö perustuu dialogisuuteen, jolloin ammattilaiset tuottavat tasavertaisessa dialogissa uutta yhteistä tietoa, osallistaen yhteistyössä asiakkaan itsenäisenä toimijana ja tuoden tämän kokemusasiantuntijuuden mukaan yhteiseen keskusteluun (Lyhty & Nietola 2015: 142–143). Dialoginen moniammatillisuus edellyttää paitsi ammattilaisten omien substanssien hallitsemista ja tämän osaamisen tunnistamista, myös vuorovaikutustaitoja ja sitoutumista yhteiseen työskentelyyn. Pelkästään työntekijöiden dialogiset taidot eivät kuitenkaan riitä, vaan onnistunut yhteistyö vaatii työyhteisön tuen sekä työnantajalta hyvää johtajuutta ja resurssien sekä vastuun jakamista. (Lyhty & Nietola 2015: 145.)

Miksi moniammatillinen työskentely ja sen kehittäminen sitten on niin tärkeää? Erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa moniammatillisella yhteistyöllä on merkittävä rooli asiakasturvallisuuden edistämisessä, minkä lisäksi eri ammattilaisten jakama yhteinen työ on parhaimmillaan usein tavoiteltua, taloudellisesti järkevää, ennalta ehkäisevää työtä (Mönkkönen & Niiranen 2021: 51). Yhteiskunnassa syntyy jatkuvasti kansalaisille uusia elämäntilanteista, politiikan tai talouden muutoksista johtuvia palvelutarpeita. Tällöin moniammatillisuus voi luoda ammattialat ylittävää, uudenlaista osaamista ja synnyttää uudenlaisia, toimivampia toimintatapoja. Asiakasturvallisuus sisältää sekä toimintana että käsitteenä useita sellaisia toimintaprosesseja ja sisältöjä, joissa olennaista on yhdistää eri asiantuntijoiden tietoa ja taitoa asiakkaiden tarpeita palvelevaksi kokonaisuudeksi. (Mönkkönen & Niiranen 2021: 54.) Asiakasturvallisuuden lisäksi asiakkaiden ja potilaiden ongelmat ovat ajansaatossa monimutkaistuneet niin, että ammattilaiset ovat entistä riippuvaisempia toisistaan (Isoherranen 2012: 30). Ammattilaisten osaamiseen kohdistuu aivan uudenlaisia odotuksia – tietomäärä sekä osaamisen ja tiedon vaatimukset ovat lisääntyneet useilla aloilla niin merkittävästi, ettei minkään alan asiantuntijuus voi yksin hallita kokonaisuutta. Lisäksi ammattialojen keskeisten tietojen ja taitojen substanssiosaamisen rinnalla korostuvat metataidot sekä muutosta tukeva yleinen osaaminen. (Isoherranen 2012: 10, Mönkkönen ym. 2019: 34.) Palveluihin tulevien asiakkaiden ongelmien problematiikkaa tavallaan mahdollistaa se, että Pohjoismaissa asiakkaille pitkälti maksuttomat tai edulliset julkiset palvelut ovat tarkoitettu kaikkia palveleviksi. Periaatteessa asiakkaiden radikaali valikointi ei siis ole mahdollista, joten vastaan on otettava vaikeimmatkin tapaukset. Tämän vuoksi moniammatillisesta työskentelystä ovat erityisen kiinnostuneita palvelujärjestelmän viimesijaisissa yksiköissä (esim. päihde- tai asunnottomuuspalvelut) toimivat ammattilaiset, jotka eivät voi lähettää asiakkaitaan eteenpäin palveluketjussa. Näissä palveluissa työskentelevät kokevat usein yhteistyön välttämättömäksi ja ovat valmiita panostamaan siihen. (Arnkil & Seikkula & Eriksson 2001: 98, Mönkkönen ym. 2019: 9.)

4.2 Ammattietiikka sosiaali- ja terveysalalla

Jokaisella suomalaisella on perustuslakiin perustuva oikeus sosiaali- ja terveyspalveluihin, minkä lisäksi 19 §:ssä säädetään jokaisen yksilön oikeudesta välttämättömään huolenpitoon (Perustuslaki 731/1999). Terveystieteiden palveluita säätelee terveydenhuoltolaki (1326/2010), terveydenhuollon palveluita käyttävien asemaa turvaa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä lisäksi asiakkaiden ja potilaiden asemaa ja laadukasta palvelunsaantia turvaavat laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015) ja laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelyä koskevaan lainsäädäntöön on erityisesti EU:n yleisen tietosuojasetuksen ja teknologisen kehityksen vuoksi tehty kiihtyvällä tahdilla tarkennuksia sekä muutoksia vuosien varrella (Lindström & Murto & Uuskallio 2025: 5). Tarve sosiaali- ja terveyspalvelujen tiedonhallinnan uudistukselle oli tunnustettu jo pitkään, mutta laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä, niin kutsuttu uusi asiakastietolaki (703/2023) astui voimaan 1.1.2024, tarkoituksenaan yhdenmukaistaa asiakastietojen käsittelyä niin julkisen kuin yksityisenkin sektorin välillä, sekä sosiaali- että terveydenhuollossa (Lindström & Murto & Uuskallio 2025: 5). Korvaushoito on osa terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja sitä toteutetaan osittain myös vankien hoidossa, jota säätelee laki vankiterveydenhuollon yksiköistä (1635/2015). Lisäksi mielenterveyslaissa (1116/1990), jossa säädetään enää tahdosta riippumattomasta hoidossa, säädetään opioidiriippuvuuden korvaushoidosta Valtion mielisairaloissa. Näiden korvaushoitoa ohjaavien lakien lisäksi Suomi on ratifoinut YK:n ihmisoikeusjulistuksen, joka ohjaa ammattilaisten työtä tavoitellen jokaisen ihmisen arvoa, vapautta ja tasa-arvoista kohtelua. Ammattilaisten työskentelyä ohjaa myös lakeja täydentävät omien ammattiliittojen sekä Helsingin Kaupungin eettiset periaatteet.

Etiikka perustuu hyvän ja pahan sekä oikean ja väärän periaatteisiin, arvoihin ja ihanteisiin. Se kuvaa hyviä ja oikeita tapoja elää. Etiikka ei anna suoria ratkaisuja vaan työvälineitä pohdinnalle ja ajattelulle. Sen avulla ihminen kykenee arvioimaan ja tekemään valintoja, ohjaamaan omaa ja toisen toimintaa sekä tutkimaan oman toiminnan perusteita. (ETENE 2001: 4, Talentia 2022: 7.) Korvaushoidossa työskentelee sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon ammattilaisia, joiden kummankin ammattikunnan eettinen tukipilari on tukea ja kunnioittaa ihmisarvoja ja -oikeuksia. Työskentely haavoittuvassa asemassa olevien asiakkaiden kanssa vaatii jokaiselta ammattilaiselta hyvää ja luotettavaa työtettä. Terveystieteiden ammattilaisten päätehtävä on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimyksen lievittäminen (ETENE 2001: 4). Sosiaalihuollon ammattilaisten työ on enemmän ihmissuhdetyötä, jonka pyrkimyksenä

on auttaa ihmistä ja vähentää puutteita sekä kärsimystä (Talentia 2022: 7). Sosiaalialan palvelujen ja työn tavoite on osallisuuden lisääminen, ongelmien ennaltaehkäisy, arviointi ja ratkaisuvaihtoehtojen etsiminen, heikommassa asemassa olevien asioiden ajaminen sekä päätöksenteko ja seuranta. Työssä asioita tarkastellaan sosiaalisesta viitekehystä sekä ammattieettisestä arvopohjasta. Ammattieettisenä veloitteena sosiaalialalla on asiakkaan osallisuuden, yhdenvertaisuuden ja sosiaalisen toimintakyvyn edistäminen ja syrjäytymisen ehkäisy. (Manssila ym. 2018: 1–2.) Molemmat, sekä terveyden- että sosiaalihuolto, työskentelevät samoista lähtökohdista – parantaa yksilön hyvinvointia, mutta tulokulma eroaa hieman työnluonteen vuoksi. Ammatin arvojen keskiössä onkin kyse itse ammatista ja sen pohjimmaisesta tehtävästä eli tavoitteista, ammatilliset arvot sisäistetään osana ammatillista kasvua – substanssiosaamiseen kuuluu ammattialan arvojen tuntemus ja toteuttaminen (Mäkinen & Raatikainen & Rahikka & Saarnio 2009: 180).

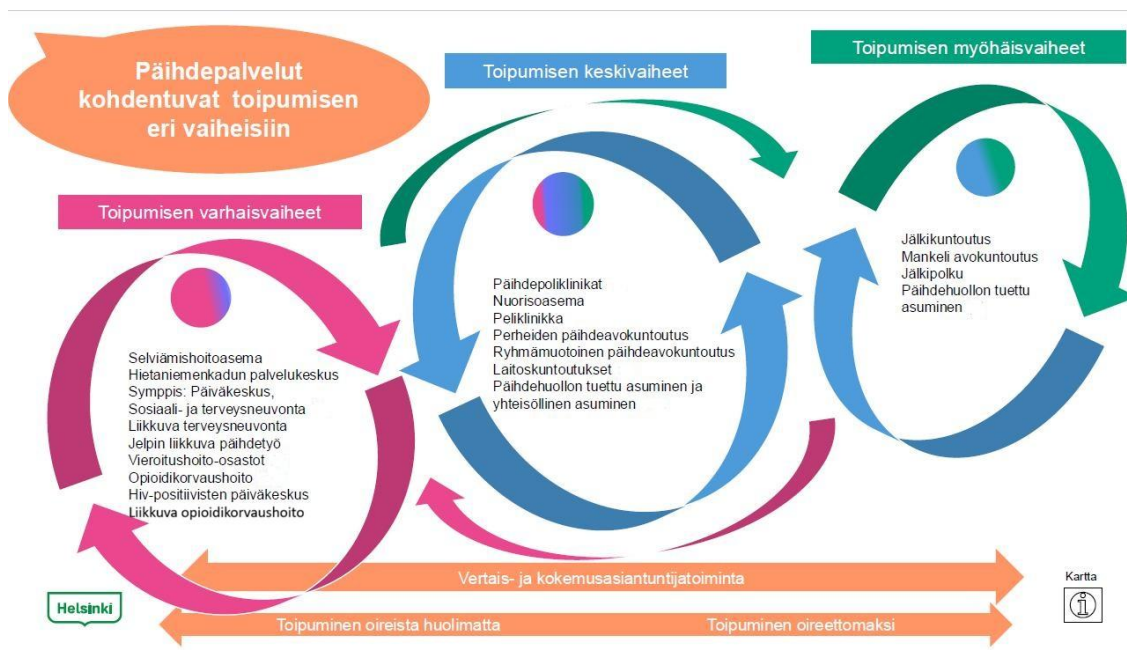
Ammattietiikan ja ammatin arvojen merkityksellisyyttä on perusteltu ammatissa toimimisen kannalta ammatin yhteiskunnallisella tehtävällä eli legitimitetillä. Yksilön toimiessa tiettyssä virassa tai ammatissa, saa hän usein yhteiskunnalta luvan toimia jollakin tavalla, joka ei olisi hyväksyttävää ilman kyseistä asemaa. Näin ammatilliset arvot ja etiikka toimivat tavallaan ammatin edellyttämän tehtävän laillistajana. Kun ammattilainen toteuttaa ammatin yleisesti- ja julkisesti hyväksytyjä arvoja, antavat ne hänelle tilaa tehdä työtään autonomisesti ja harkintansa mukaisesti, tukien ammattikunnan tehtävää sekä suojaten sen jäsenten toimenpiteitä ja niiden seurauksia ulkopuolisilta. Tämän vuoksi ammattilaisten ei tule pyrkiä toteuttamaan omia henkilökohtaisia päämääriään tai asenteitaan, vaan ne ovat toissijaisia ammatillisissa tilanteissa. (Mäkinen ym. 2009: 179.) Ammattietiikka on taitoa kyseenalaistaa itsestään selviltä tuntuvia asioita ja moniarvoisessa yhteiskunnassa toimimisen kykyä. Ammattieettinen pohdinta on arvoristiriitojen välistä tasapainoilua ja sitä tulisi toteuttaa nopeasti vaihtuvissa arjen tilanteissa, joten siinä tarvitaan käsitystä eettisistä teorioista ja ammattieettisistä ohjeistuksista sekä lainsäädännön tuntemusta, mutta myös ammattilaisen sisimmästä kumpuaavaa ymmärrystä oikeasta ja väärästä sekä rohkeutta toimia arvojensa ja ajattelunsa vaatimalla tavalla. (Mäkinen ym. 2009: 183–184.) Tavoitteet asiakkaan tai potilaan hyvästä arjesta kytkeytyvät sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ammattietiikkaan. Niiden mukaan ammattilaiset pyrkivät edistämään terveyttä, hyvinvointia ja elämänlaatua ylipäätään. Kuitenkin jokaisella asiakkaalla ja potilaalla on itsemääräämisoikeuden tuoma oikeus oman näköiseensä arkeen ja omaan elämäänsä vaikuttamiseen, niin hyvässä kuin pahassa. (Kangasniemi 2021: 7.) Tämä on sellainen teema, jonka kanssa monet korvaushoidossa tai päihdehuollossa muuten työskentelevät ammattilaiset kipuilevat usein työssään. Hyvän hoidon tai palvelun lisäksi asiakkaiden ja potilaiden hyvän

arjen tekijöitä ovat odotusten ja tarpeiden huomioiminen yksilöllisesti sekä tasa-arvoisesti (Kangasniemi 2021: 8). Henkilöstöressurssien ja osaamisen riittävyden haasteet, vastata jatkuvasti enemmän yksilöllistyviin tarpeisiin, aiheuttaa osakseen työntekijöille eettistä dilemmaa ja kuormitusta.

4.3 Toipumisorientaatio Helsingin Kaupungin viitekehyksenä

4.3.1 Toipumisorientoitunut palvelujärjestelmä

Helsingin Kaupungin päihdepalveluiden järjestämisen perustana on toipumisorientaatio. Päätös muuttaa päihdepalveluiden perusta toipumisorientoituneeksi tehtiin vuonna 2017. Sen taustana on tavoite kohdentaa palvelut oikea-aikaisesti huomioiden palvelunkäyttäjän tarpeet, tavoitteet ja motivaation. (Martin ym. 2021: 28–29.) Erityisesti tulee kiinnittää huomiota siihen, että päihteiden väärinkäytöstä kärsivä asiakas saa vapaasti määritellä hoitonsa tavoitteet eikä niitä aseteta arvojärjestykseen, tarkoittaen, että myös muita tavoitteita kuin raittiutta tuetaan ja arvostetaan (Santala 2022: 115). Edellytyksenä tarkoituksenmukaiselle ja oikea-aikaiselle kohdentamiselle on yksilöllinen ja kokonaisvaltainen arviointi. Se tapahtuu yhdessä asiakkaan kanssa keskustellen ja arvioiden hänen riippuvuutensa vaikeusastetta, toipumispääomaa ja toipumisprosessin vaihetta. Palvelujärjestelmän muuttaminen toipumisorientoituneeseen suuntaan on vaatinut systemaattista ammattihenkilöstön koulutusta sekä huomion kiinnittämistä osallisuuden edistämiseen, osallisuutta edistävään hallintomalliin ja osallisuustyön johtamiseen. (Martin ym. 2021: 28–29.) Juha Santala (2022) puheenvuorossaan *Toipumisorientaatio päihdetyössä* kritisoi yleisesti kuinka uusliberalistinen tapa järjestää hyvinvointipalveluita, ja sen pirstova vaikutus palvelujärjestelmään, haastaa sosiaalisen mielenterveys- ja päihdetyön kokonaisvaltaista toimintatapaa. Tilaaja-tuottaja-malli ja jatkuvat kilpailutukset johtavat palveluiden ja päätöksenteon hajautumiseen, vastuiden epäselvyyteen sekä lisääntyneeseen ja monimutkistuvaan byrokratiaan. Tämän seurauksena asiakkaiden mahdollisuus saada tarvitsemaansa tukea heikentyy ja avun saaminen viivästyy. (Santala 2022: 110–111.)



Kuva 1. Helsingin kaupungin päihdepalvelut (Helsingin kaupunki 2026.)

Palveluiden järjestäminen ja implementointi toipumisorientoituneesti vaatii palveluiden suunnittelussa ja tuottamisessa laaja-alaista asiakas-, läheis- ja työntekijäosallisuutta. Vasta osallisuuden toteutuessa on mahdollista havaita haasteet palveluiden tuottamisessa ja siten yhdessä löytää haasteisiin ratkaisuja erilaisin vaihtoehdoin. Helsingin kaupunki on kehittänyt osana osallisuustyötä mallin, jonka keskiössä on asiakas palvelutarpeineen. Mallin tavoitteena on integroida asiakkaan tarvitsemat palvelut yhtenäiseksi kokonaisuudeksi huomioiden hänen elämänpiirinsä ja lähiverkostot. Asiakkaalle on nimetty vastuutyöntekijä, joka koordinoi asiakkaan tarvitsemia palveluita, joita ammatilliset asiantuntijat tuottavat asiakkaan palvelusuunnitelman mukaisesti. (Martin ym. 2021: 31–32.)

Toipumisorientoituneen palvelujärjestelmän tavoite on tarjota joustavat ja verkostomaiset palvelut asiakkaiden omassa elinympäristössä (Martin ym. 2021: 31). Palveluissa korostuvat asiakaslähtöisyys ja asiakkaan tarpeiden kohtaaminen. Tällä viitekehyksellä toimivien palveluiden tärkein voimavara on yksilön kokemus. Palveluiden tarve nousee yksilön omista tarpeista ei ulkopuolisesta, ammattilaisen määritelmästä. Tässä asetelmassa yksilön ja ammattilaisen suhde on tasa-arvoinen, ei asiantuntija-potilaslähtöinen. Se ei kuitenkaan merkitse sitä, etteikö ammattilaisten mielipiteillä ole merkitystä vaan lähtökohtana on asiakkaan tavoitteet ja hänen toimijuutensa tukeminen. Keskeistä on auttaa asiakasta löytämään tapoja, joilla kasvattaa valtaa oman elämänsä suhteen. Ammattilainen tukee tätä löytämällä asiakkaan tarpeita vastaavia palveluita ja

verkostoja, jakamalla tietoa ja taitoa sekä järjestämällä asiakkaalle tarpeellisia resursseja, jotta elämän hallinta voi kokonaisuudessaan parantua. (Kankaanpää & Kurki 2013: 10.)

4.3.2 Toipumisorientaation periaatteet

Toipumisorientaation yksiselitteisen määritelmän esittäminen on vaikeaa. Toipumisorientaatio lähti hoitojen ja kuntoutusten rakenteisiin ja sisältöön kohdistuneesta kriittistä – ne vaikeuttivat usein toipumisprosessin etenemistä, sillä byrokraattiset rajat ja ohjeet, vääränlaiset käytännöt, palveluiden laatu ja niihin pääsy olivat usein esteinä. (Nordling, Järvinen & Lähteenmäki 2015: 133.) Toipumisorientaatiota kuvataan yleisesti henkilökohtaisena matkana, joka painottaa yksilön elämän tarkoituksellisuutta ja terapeuttista optimismia (esim. Nordling ym. 2015: 133; Ristolainen 2021: 5, 10–11). Terapeuttinen optimismi edellyttää paternalistisesta lääketieteellisestä otteesta siirtymistä aitoon kumppanuuteen, jossa merkittävä osuus on sosiaalisilla tekijöillä. Toipumisorientaation toteutuminen edellyttää muutosta rakenteissa, asenteissa ja käytännöissä. Ammattihenkilöiden toiminta on toipumisorientaation mukaista silloin, kun se edistää ja tukee kuntoutujan toiveikkuutta, elämän mielekkyyttä ja elämän tarkoituksellisuuden kokemusta. Orientaatiossa integroituvat monet teoriat ja yksilön toiminnan tarvelähtöisyys korostuu sekä elämyksellisellä että palvelusisältöjen tarjoamien mahdollisuuksien realisoitumisen tasolla. (Nordling ym. 2015: 134–135.)

Toipumisen käsitteistä toipumisorientaatio edustaa henkilökohtaisen toipumisen näkökulmaa. Se on syvä ja uniikki prosessi, jossa yksilön asenteet, arvot, tunteet, tavoitteet, taidot ja roolit muuttuvat. Näkökulman mukaan ihmisen on mahdollista elää tyydyttävää, toiveikasta ja osallistavaa elämää sairauden tai diagnoosin tuomista rajoitteista huolimatta. Toipumisorientaation periaatteisiin kuuluu muun muassa ihmisen näkeminen aktiivisena toimijana ja vastuunottajana, tasavertainen kumppanuus työntekijän ja asiakkaan välisessä suhteessa, ihmisen näkeminen kokonaisuutena ja yksilönä sekä sen hyväksyminen, että toipuminen ei etene lineaarisesti ilman takapakkeja. (Ristolainen 2021: 5.) Henkilökohtaisen toipumiseen on määritelty viisi prosessia: yhteys, toivo, elämäntarkoitus, identiteetti sekä voimaantuminen. Yhteyteen lukeutuu ammattilaisen ja asiakkaan tasavertaisen suhteen lisäksi vertaistuki, lähisuhteet ja muiden antama tuki sekä yhteisöön kuuluminen, sillä yhteyksien luominen on välttämätöntä ihmisen toipumisen kannalta. Toivo ja optimismi pitävät sisällään uskon toipumiseen, motivaation muutokseen, toivoa herättävät suhteet, myönteisen ajattelun ja onnistumisen halun sekä unelmat ja toiveet. Toivon edistäminen ja ylläpitäminen vaikuttavat suoraan myös

elämäntarkoitukseen, johon kuuluu psyykkiseen sairauteen liittyvät merkitykset, hengellisyys, elämänlaatu ja mielekkyys, sosiaaliset roolit ja päämäärät sekä elämänkulun uudelleen määrittely. On tärkeää huomioida asiakkaan omat arvot häntä tukevien tahojen lisäksi, sillä ne ovat osa identiteettiä. Identiteetin prosessiin kuuluu positiivinen näkemys itsestä sekä sairauden stigman voittaminen, joka mahdollistuu esimerkiksi asiakkaan omien vahvuuksien ja voimavarojen löytämisellä. Vahvuuksiin keskittyminen, henkilökohtainen vastuunotto ja elämänhallinta ovatkin voimaantumisen prosessin avaintekijöitä. (Ristolainen 2021: 6–17.)

Toipumispääomalla kuvataan yksilön resursseja, jonka avulla muutosprosessi voidaan käynnistää ja ylläpitää. Sen on merkittävä tekijä yksilön toipumisprosessissa. Toipumispääoma voidaan erilaisiin osa-alueisiin, joista toisen keskiössä ovat henkilökohtaiset ja toisessa yhteisölliset ulottuvuudet. Yhteisölliseen toipumispääomaan kuuluvat arvot ja asenteet sekä hoitoon ja kuntoutumiseen tarjotut palvelut ja tilat. Henkilökohtaista toipumispääomaa ovat esimerkiksi omaisuus, varallisuus ja koulutus, somaattinen ja psyykkinen terveys, toimintakyky sekä sosiaaliset verkostot ja läheiset. Toipumispääomaa voidaan mitata itsearviointilla, joka on yleinen käytäntö päihdetyössä. Mittaristo koostuu kymmenestä osa-alueesta, joihin sisältyy neljästä kuuteen väittämää. Osa-alueet ovat: 1) päihteiden käyttö ja raittius, 2) yleinen terveys (psykologinen), 3) yleinen terveys (fyysinen), 4) kansalaisuus/yhteisöllisyys, 5) sosiaalinen tuki, 6) mielekäs toiminta, 7) asuminen ja turvallisuus, 8) riskinotto, 9) jaksaminen ja toimintakyky sekä 10) toipumiskokemus. Asiakkaan hoitosuunnitelma rakennetaan toipumispääoman määrän mukaisesti. (Martin & Nordling & Soronen 2021: 30–31.) Toipumisen etenemisen merkki näkyy konkreettisena, kun asiakkaan toiminta on muutakin kuin hoidon passiivista vastaanottamista. Aktiivinen toiminta voi esimerkiksi näyttäytyä muiden ihmisten tukemisena, oman tarinan jakamisena tai muilla tavoin yhteiskuntaan kiinnittymisenä. (Kankaanpää & Kurki 2013: 11.)

5 Tutkimustavoite ja kysymykset

Tieteellinen tutkimus alkaa ongelman määrittelystä tai sen etsimisestä. Tutkimusongelman toimii koko tutkimusprosessin ajan punaisena lankana ohjaten sen kulkua. Siitä johdetaan tutkimuskysymykset. Tutkimusongelma ratkeaa, kun tutkimuskysymyksiin löydetään vastaus. Virheellinen tai vajavainen tutkimusongelman määritelmä peilautuu läpi koko tutkimusprosessin ja sen työn vaiheet. (Kananen 2019: 21–23.)

Tämän tutkimuksen pääongelma on kriisiytyneet päihdepalvelut – *miten korvaushoidon palvelu pystyy vastaamaan kasvavaan opiaattikäyttäjien määrään ja muuttuviin ilmiöihin päihdekentällä?* Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa ajantasaista tietoa korvaushoidosta, jota hyödyntämällä korvaushoidon palvelua ja siinä työskentelyä voidaan tulevaisuudessa kehittää vastaamaan kasvavaan tarpeeseen. Tutkimus kohdistuu korvaushoitotyöntekijöiden kokemuksiin moniammatillisesta työskentelystä toipumisorientaation viitekehyksellä sekä korvaushoitoon liittyvistä eettisistä kysymyksistä, joiden parissa ammatillaiset työskentelevät päivittäin.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. *Miten moniammatillinen osaaminen näkyy korvaushoitotyön arjessa?*
2. *Miten toipumisorientaation periaatteet toteutuvat moniammatillisessa työskentelyssä?*
3. *Millainen yhteys moniammatillisuudella on ammattietiikkaan?*

6 Opinnäytetyön toteutus

Tiede on uuden tiedon hankintaa ja tuottamista järjestelmällisesti ja järkipäisesti. Toiminnan ja tuotoksen tulee olla uutta ja tavoiteltua, jotta sitä voidaan kutsua tieteeksi. Vaatimus on suuri eikä se välttämättä aina toteudu. Opinnäytetyö yleisesti kumuloit tietoa. Eli tutkija lisää tietoa teoreettiseen viitekehykseen oman empiirisen tiedon avulla. (Kananen 2014: 59.) Tiede on myös osa kulttuuria. Siihen kohdistuu nykypäivänä suuria odotuksia, sillä sen luonne on muuttunut valmiiden ja pysyvien totuuksien systemistämistä, uutta tietoa hankkivaan prosessiin. Tiede ja kulttuuri synnyttää jatkuvasti uusia kysymyksiä ja ongelmia, joihin kaivataan vastauksia. (Valli 2018: 15) Vastatakseen näihin kysymyksiin tieteellisesti ja luotettavan tiedon avulla tarvitaan tutkimusmenetelmiä. Ne ohjaavat tutkimusta eteenpäin. Oikealla, perustellulla menetelmävalinnalla tuotetaan luotettava tutkimus. (Kananen 2019: 27.)

6.1 Laadullinen tutkimus

Tutkimusongelman ratkaisemiseksi on oleellista valita menetelmä, jolla ongelmaa lähestytään. Valikoitunut menetelmä on itsessään vain väline, ei tavoite, ongelman ratkaisemiseksi. (Juuti & Puusa 2020: luku 4.) Lähestyminen voi tapahtua kvantitatiivisesti

eli määrällisesti tai kvalitatiivisesti eli laadullisesti. Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on käsittää tutkittavien näkökulmat ja kokemukset tutkittavasta ilmiöstä tai tutkia ihmisiä tietynlaisessa ympäristössä (Valli 2018: 73). Näkökulman valitseminen, laadullisen ja määrällisen väliltä, auttaa tutkijaa keskittymään tutkimusongelman kannalta relevantteihin seikkoihin. Valintaan vaikuttaa siis se mihin muotoon tutkimuksen aineisto on tarkoitus saattaa. Mikäli aineistosta kirjataan jatkojalostukseen numeerisia arvoja, on kyseessä määrällinen tutkimus. Luonnollisen kielen avulla kirjattu aineisto on laadullista tutkimusta. (Juuti & Puusa 2020: luku 4.)

Kaikelle tutkimiselle on ominaista, että se pyrkii sovittumaan vallitsevaan, olemassa olevaan tutkittuun tietoon. Laadullisessa tutkimuksessa on ominaista kokonaisvaltaisen ymmärryksen tuottaminen tutkittavasta ilmiöstä. Holistinen ymmärrys esittää tulinnan, jonka seurauksena kohteena olevaa ilmiötä uudelleen tarkastellaan ja siitä seuraa syventynyt ymmärrys, joka johtaa uusiin tulintoihin. (Juuti & Puusa 2020: luku 4.)

Yksi keskeinen piirre laadullisessa lähestymistavassa on todellisuuden ja siitä saatavan tiedon välinen subjektinen luonne. Lähestymistavalle on ominaista kohdata tutkittavat luonnollisissa olosuhteissa. Laadullisen tutkimuksen fokus on yksittäisissä tapauksissa ja olennaista on osallistujien näkökulmat ja tutkijan vuorovaikutus yksittäisen havainnon kanssa. Silloin tutkijan, hänen tuottaman aineiston ja tutkittavan välinen etäisyys on pieni. Keskiössä on tutkittavien kokemukset, ja sen merkitys jäsentäjänä teoreettiselle tarkastelulle. (Juuti & Puusa 2020: luku 4, Valli 2018: 77.) Tähän tutkimukseen on valittu laadullinen menetelmä, jolloin sen avaaminen on perusteltua.

Laadullista tutkimusta luonnehtii sen prosessimaisuus. Alussa tutkimusongelma ei ole välttämättä vielä jäsentynyt vaan se kehkeytyy prosessin edetessä. Toisin sanoen laadullista tutkimusta voidaan kuvata jatkuvaksi päätöksentekotilanteeksi tai ongelmanratkaisusarjaksi. (Valli 2018: 74.) Tutkimusprosessi kulkee siis hermeneuttisesti. Tutkija käy dialogia aineiston kanssa ja vähitellen lähestyy perusteltua tulkintaa. Hermeneuttisen kehän ydinajatus on, että yksittäisten osien ja kokonaisuuden välinen suhde on keskeinen: kumpikaan ei ole ymmärrettävissä erillään toisesta. (Juuti & Puusa 2020: luku 3.) Tämän lisäksi on merkityksellistä ymmärtää, että laadullinen tutkimusasetelma on joustava eikä tarkoituksena ole testata jo olemassa olevaa hypoteesia. (Juuti & Puusa 2020: luku 4.) Valli (2018) kuvaa tutkijaa salapoliisina, jonka johtolankoja ratkovassa työskentelyssä arvoitus, tässä kontekstissa tutkimus, kirkastuu ja selkeytyy vähitellen. On siis perusteltua, että aineistolöytöjen pohjalta tutkija voi palata tarkentamaan tutkimuskysymystään. (Juuti & Puusa 2020: luku 4.) Tutkimusprosessin edetessä on tärkeintä löytää ne johtavat ideat, joiden perusteella tehdään tutkimuksellisia ratkaisuja.

(Valli 2018: 76.) Luotettavuuden ja läpinäkyvyyden varmistamiseksi ja sen arvioimiseksi on tutkimusraportissa tärkeä tuoda esille tutkimusprosessin eteneminen, ilmiöstä lisääntyneen ymmärryksen prosessit sekä perustella esitettävät tulokset. (Juuti & Puusa 2020: luku 4.)

6.2 Haastattelut

Empiirisen tutkimuksen metodit ovat keskeinen asia tutkijalle. Tutkijan tulee pohtia soveltuva metodi tutkimusongelman ratkaisemiseksi. Perusteena yleisesti käytetään *tehokkuutta, taloudellisuutta, tarkkuutta ja luotettavuutta*. (Hirsjärvi & Hurme 2022: luku 3.) Laadullisessa tutkimuksessa on käytössä lukuisia erilaisia metodeja kuten haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisista dokumenteista koottu tieto. Aineiston keruu menetelmä voi olla yksi ja monen tavan kombinaatio riippuen tutkimusongelmasta ja tutkimusresursseista. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 83.) Haastattelu on yleisin käytetty aineistonkeruumenetelmä. (Hirsjärvi & Hurme 2022: luku 3.) Metodien valinta perustuu tutkimusasetelman muotoon; onko kyseessä vapaampi vai formaalimpi ja strukturoidumpi. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 83.) Tähän tutkimukseen on valittu haastattelut aineiston keruu menetelmäksi.

Haastattelu on joustava tapa kerätä aineistoja. Joustavuuden lisäksi se on tarkoituksenmukaista, sillä haastateltaviksi voidaan valita henkilöitä, joiden etukäteen tiedetään omaavan tietoa ja/tai kokemusta tutkittavasta aiheesta tai ilmiöstä. (Juuti & Puusa 2020: luku 3.6.) Haastattelussa ollaan kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa, ja se antaa mahdollisuuden joustavasti mukauttaa ja ohjata tiedonkeruuta tutkimustilanteen edetessä. (Hirsjärvi & Hurme 2022: luku 3.1.) Tämän lisäksi haastattelu on yksinkertainen tapa selvittää *mitä ihminen ajattelee tai miksi hän toimii niin kuin toimii*. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 84.) Haastattelun etuja ovat muun muassa ihmisen näkeminen tutkimuksessa merkityksiä luovana aktiivisena osapuolena, tutkimuskysymyksissä on vähän kartoitettu, tuntematon alue sekä halu syventää saatavaa informaatiota. Lisäksi tutkittaessa arkoja ja vaikeita aiheita haastattelu on edukkaampi valinta. (Hirsjärvi & Hurme 2022: luku 3.1.) Hirsjärvi ja Hurme (2022) esittävät myös, että osa tutkijoista on eri mieltä viimeisestä väitteestä. Erimielisyyttä arkojen ja vaikeiden asioiden tutkimisessa voi perustella myös sillä, että tutkimus toteutettaisiin anonyymillä kyselyllä, jolloin tutkimus jää etäämmälle, ja se voi olla tutkittavalle helpompi tapa kertoa vaikeista ja sensitiivisistä asioista. (Hirsjärvi & Hurme 2022: luku 3.1.) Haastattelun heikkouksia ovat yleisesti aika ja raha. Haastattelujen sopimiseen kuluu aikaa ja usein ku-

luja kuten matka- ja materiaalikustannukset. Haastattelut saattavat sisältää myös virhelähteitä, joita ei voida välttää. Esimerkiksi haastateltava saattaa vastata sosiaalisesti suotuisasti. (Hirsjärvi & Hurme 2022: luku 3.1.)

Haastattelussa tutkija ja tutkittava ovat vuorovaikutuksessa, jolloin haastattelutilanteesta syntyy aina sosiaalinen tilanne. Vuorovaikutus ja sosiaalisen tilan hallinta vaatii taitoa ja kokemusta haastattelijalta. Lisäksi haastattelijan tulee ennakkoon pohtia miten hän voi itse vaikuttaa sosiaalisen tilanteen onnistumiseen. Esimerkiksi miten puhua haastateltavalle, millaista kieltä tulee käyttää, miten edetä asiassa ja niin edelleen. Aloittelevalle haastattelijalle tilanne saattaa olla erityisen jännittävä, sillä ympäristö on vieras, tilanne on uusi sekä haastateltava on usein tuntematon. (Valli 2015: luku 1.)

Tutkijan tehtävänä on kuvata haastateltavan ajatuksia, käsityksiä, kokemuksia ja tunteita. Tehtävän lähestymistavan määrää tutkijan käsitys todellisuuden luonnosta. (Hirsjärvi & Hurme 2022: luku 4.) Tutkimushaastattelut eroavat toisistaan haastattelumuodon; yksilö- tai ryhmähaastattelu sekä haastattelun strukturoinnin perusteella. Yksilöhaastattelu on yleisin menetelmä ja aloittelevalle tutkijalle helpommin lähestyttävä tapa. (Hirsjärvi & Hurme 2022: luku 4.2 & luku 5.) Strukturoinnilla tarkoitetaan haastattelun suunnittelun muotoa. Esimerkiksi lomakehaastattelu on strukturoitu menetelmä ja sen vastakohta on strukturoimaton haastattelu. (Hirsjärvi & Hurme 2022: luku 4.2.) Strukturoidussa eli lomakehaastattelussa on ennalta määritelty kysymys-patteristo, joka esitetään tutkittaville samassa muodossa ja järjestyksessä. Strukturoimattomassa haastattelussa käytetään avoimia kysymyksiä ja tutkijan tehtävänä on syventää saamiaan vastauksia. (Hirsjärvi & Hurme 2022: luku 4.2.1–4.2.2.) Puolistrukturoitu menetelmä tarkoittaa, että ennalta on määritelty jotain, mutta ei kaikkea haastattelun suhteen. Teemahaastattelu on esimerkiksi puolistrukturoitu menetelmä. (Hirsjärvi & Hurme 2022: luku 4.2.3.)

Teemahaastattelu on sopiva useiden eri ilmiöiden tutkimiseen. Oletuksena teemahaastattelussa on, että haastateltavat ovat itse käyneet läpi tutkittavat asian tai prosessin. Tutkijan tehtävänä on itse tutustua ja syventää omaa tietämystä tutkittavasta aiheesta tai ilmiöstä ja siitä aiemmin tutkitusta tiedosta. (Juuti & Puusa 2020: luku 3.6.) Teemahaastattelun luonne on lähempänä strukturoimatonta haastattelua kuin strukturoitua. Strukturoitu eli ennalta määritelty asetelma liittyy ennakkoon valittuihin teemoihin ja niiden apukysymyksiin. Teemat ovat kaikille haastateltaville samat kuitenkin antaen vapautta tutkittavalle vapauden tuoda ilmi omat näkemykset ja itselle merkitykselliset asiat liittyen tutkittavaan ilmiöön. (Hirsjärvi & Hurme 2022: luku 4.2.2.) Harvoin teema-

haastatteluissa saadaan syventynyt ymmärrys vain yhdellä haastattelukierroksella. Aineiston keruun jälkeen analyysi tulisi toteuttaa nopeasti, sillä analyysissä saattaa nousta esiin uusia oivalluksia, jotka olisi hyvä syventää seuraavalla haastattelukierroksella. (Kananen 2014: 76.)

Tämä opinnäytetyö tutkii korvaushoidossa työskentelevien kokemuksia moniammatillisuudesta, toipumisorientaation toteutumisesta ja ammattieettisyydestä. Aineiston keruu menetelmäksi on valittu teemahaastattelut, jotka toteutetaan yksilöhaastatteluina. Teemahaastattelut ovat sopiva menetelmävalinta, sillä tavoitteena on saada tietoa työntekijöiden kokemuksista ja näkemyksistä. Mikäli menetelmänä olisi strukturoitu lomakehaastattelu on mahdollista, että aineisto ei lähtökohtaisesti ennakoasettelun vuoksi antaisi parasta mahdollista kuvaa tutkittavien kokemusmaailmasta. Haastatteluprosessi eteni niin, että halukkaaksi ilmoittautuneiden kanssa sovimme haastatteluajan sähköpostitse. Haastattelut toteutettiin kasvokkain ammattilaisten omissa työskentelypisteissä ja niiden kesto vaihteli 38 ja 48 minuutin välillä. Teemahaastattelut toteutettiin vain kerran ajanhallinnallisista syistä.

Teemahaastattelurunko on oleellista suunnitella niin, että tutkimuksen kannalta keskeiset aiheet tulevat käsiteltyä. Suunniteltu runko etenee yleisestä tasosta yksityisempään tasoon. Keskustelun edetessä haastateltavan ehdoilla, yleisestä yksityisempään, luottamussuhde tutkijan ja tutkittavan välillä vahvistuu. Hyvässä teemahaastattelussa esitetään avoimia, hypoteettisia ja jatkokysymyksiä. Avoimet kysymykset pystyvät tuottamaan enemmän ja laajempaa tietoa verrattuna dikotomisiin eli suljettuihin kysymyksiin. Suljetut kysymykset ovat laadittu niin, että vastaajan on tarkoitus vastata kyllä tai ei. Jatkokysymykset ovat tarkentavia kysymyksiä, jotka haastattelija esittää haastattelussa esiin nouseville uusille asioille, jotta haastateltavan vastauksesta pystyy saamaan vielä syvemmän näkemyksen. Lisäksi jatkokysymykset osoittavat kiinnostusta haastateltavaa kohtaan luoden luottamuksellista ja vuorovaikutteista tilannetta. Hypoteettisten kysymysten avulla pystytään valottamaan tutkittavan suhtautumista asioihin, joita tutkittava ei ole kokenut. Vastaukset ovat yleistyksiä ja oletuksia ja on tärkeää, että tutkija itse huomaa miten on asetellut kysymyksen. (Kananen 2014: 77–80.)

Tähän tutkimukseen laaditun teemahaastattelujen teemat ovat johdettu tutkimuskysymyksistä sekä aiemmin tutkitusta teoriasta. Helsingissä korvaushoitoa toteutetaan moniammatillisesti sekä toipumisorientaation viitekehyksellä. Ammattieettisyys valikoitu yhdeksi teemaksi, sillä korvaushoitoon liittyy useita eettisiä kysymyksiä. Kokonaisuudessaan teemat ovat yhteen kietoutunut kokonaisuus, jossa moniammatillisuudella kuvataan työn menetelmiä ja rakenteita, toipumisorientaatio on työn arvopohja ja tavoite

sekä ammattieettisyys kuvaa periaatteita, jonka pohjalta sote-palveluissa ammattilaiset työskentelevät. Haastattelujen teemat ovat: taustat, kokemukset ja kohdatut ilmiöt, moniammatillisuus, toipumisorientaatio ja ammattietiikka. Haastattelurunko (Liite 3) on rakennettu niin, että alkuun käydään keskustelua yleisellä tasolla ja tutustutaan haastateltavaan ja korvaushoidon työhön, jotta yhteys tutkijan ja tutkittavan välille on mahdollista syntyä. Haastattelulle ei ole selkeää etenemiskaavaa, tärkeintä on käydä kaikki teemat läpi haastattelulle luontaisella tavalla. Lopuksi on varattu aikaa käsitellä aiheita tai asioita, joita haastateltava itse toivoo.

6.3 Kohderyhmä

Kuten aiemmin todettu; kohderyhmää valittaessa on oleellista valita tutkittaviksi eli informanteiksi henkilöitä, jotka tietävät tutkittavasta ilmiöstä tai ovat itse käyneet läpi prosessin. (Juuti & Puusa 2020: luku 3.6, Kananen 2014: 97–98.) Tämän tutkimuksen kannalta on siis oleellista valita informanteiksi henkilöitä, jotka työskentelevät korvaushoidon palvelussa. Aiheena moniammatillisuus ei rajaa ammattikuntien edustajia vaan pikemminkin kutsuu jokaisen sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen tutkimuksen piiriin.

Yleensä laadullisissa tutkimuksissa on määritelty informanttien määräksi viisitoista. Tämän määrän on todettu edustavan otosta, joka ei enää muuta tulosta eli aineisto alkaa toistamaan itseään. Vähempi määräkin riittää, kun havaintojen lisäys ei tuota muutosta tulokseen. Aineiston kylläntymisen vahvistamiseksi on tärkeä synkronoida tiedonkeruu ja analyysi, jotta tutkija tietää mitä hän etsii aineistosta ja millaista aineisto hänellä on. (Kananen 2014: 98.) Tutkimuksen informantit on haettu yhteyshenkilön avulla kaikilta Helsingin Kaupungin alueilta (Pohjoinen, Etelä, Itä ja Länsi). Yhteyshenkilö on välittänyt Helsingin Kaupungin päihdepalveluiden Teams-verkostoon haastattelukutsun (Liite 1). Kutsu välitettiin kaksi kertaa, sillä ensimmäisellä kerralla yhteydenottoja ei tullut. Toisella kerralla saimme yhteensä kahdeksan yhteydenottoa, joista seitsemän eteni haastatteluihin. Seitsemän haastattelua on riittävä määrä tässä tutkimuksessa. Informantit ovat neljästä eri ammattikunnasta: sosiaalityöntekijä, sosiaaliohjaaja, sairaanhoitaja ja toimintaterapeutti, kaikilta Helsingin alueilta: Pohjoinen, Etelä, Itä ja Länsi.

6.4 Aineiston analyysimenetelmät

Teemahaastattelut on syytä nauhoittaa tai tallentaa, jotta haastattelija ei riko haastattelutilanteessa vuorovaikutusta. Haastattelijan on tärkeä keskittyä haastateltavaan ja hänen tuottamaansa sisältöön, jotta aito vuorovaikutus säilyy sekä haastattelijan on mahdollista esittää jatkokysymyksiä ja samalla syventää saatavaa tietoa. Ilman nauhoitusta

haastattelun fokus siirtyy väistämättä tutkijan kirjoittamiseen ja samalla rikkoo tilanteen luonnollisuutta. (Kananen 2014: 84.) Tässä tutkimuksessa teemahaastattelut nauhoitettiin ja päähaastattelija keskittyi vain vuorovaikutustilanteeseen. Toinen haastattelijoista toimi enemmän tarkkailijana kirjatun ylös muistiinpanoihin havaintoja haastattelusta. Tämä tapa varmistaa, että luonnollinen ja aito vuorovaikutus säilyy sekä aineiston analyysi on mahdollisimman laadukas.

Ehtona tieteellisesti kestävien johtopäätöksien luomiselle laadullisesta aineistosta on huolellisesti pohdittu tutkimusasetelma, tarkoituksenmukainen aineiston keruu sekä kyky käsitellä kerättyä aineistoa, joka usein on runsas ja värikäs. Aineiston keruu ja analyysi kulkevat rinnakkain, joka poikkeaa yleisestä tutkimusprosessista. Näitä syklejä on useita laadullisessa tutkimuksessa ja voi olla haastavaa määritellä kuinka paljon ja mitä tietoa tarvitaan. (Juuti & Puusa 2020: luku 9, Kananen 2014: 99.) Valinta aineiston analyysimenetelmäksi tulee tehdä tarkoituksenmukaisesti sekä ymmärtää sen riippuvuus niin tutkimuksen tavoitteista, että hyödynnettävän sisällön lopullisesta kokonaisuudesta. Mikään analyysimenetelmä ei ole toista parempi, jokainen menetelmä tuottaa erilaisen sisällön. (Juuti & Puusa 2020: luku 9.) Kaikista laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmistä voisi käyttää yleistermiä sisällönanalyysi. Sitä voidaan kuvata niin yksittäisenä metodina kuin laveana viitekehyksenä erilaisille analyysikokonaisuuksille. Sisällönanalyysillä viitataan tässä yhteydessä kirjoitettujen, kuultujen tai nähtyjen sisältöjen analyysiin eli tavalla tai toisella kaikki laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat sisällönanalyysiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 103.)

Aineiston analyysin tavoite on riippumatta menetelmävalinnasta tarkoitus tuottaa perusteltu kokonaisuus, josta tutkija kykenee esittämään luotettavia tuloksia tutkittavasta ilmiöstä. Analyysin tekeminen sisältää analysoinnin osia sekä synteessin laatimista. (Juuti & Puusa 2020: luku 9.) Aineiston analyysiosio pitää sisällään aineiston yhteismitallistamisen eli litteroinnin, tiivistämisen eli koodaamisen ja kategorisoinnin eli luokittelun, teemoittelun tai tyypittelyn. (Kananen 2014: 101, Tuomi & Sarajärvi 2018: 104.) Aineiston analyysin tulee jatkua analysointi vaiheesta synteessin eli laajan kokonaiskuvan luomiseen. (Juuti & Puusa 2020: luku 9.) Ulla-Maija Salo artikkelissaan *Simsalabim, sisällönanalyysi ja koodaamisen haasteet* esittääkin kritiikkiä nykypäivän kandidaattitutkielmien sisällönanalyysin toteutuksiin. Tutkielmissa sisällönanalyysi on valittu helpoksi tekniseksi toteutus tavaksi, jossa kategorisointi korvaa teoreettiset kehitelmät ja tutkijan omat oivallukset. Kaikissa tapauksissa oivallusten ja teoreettisten kehitelmien uupumisella ei ole ollut arviointiin negatiivista vaikutusta. (Aaltonen & Högbäck 2015: 166–190.) Oivallusten ja teorioiden kehittäminen eli synteessin luominen on merkityksellistä

tutkimuksen onnistumisen kannalta. Ilman sitä tutkija on vaarassa käsitellä kaikkia yksityiskohtia yhtä merkityksellisenä. (Juuti & Puusa 2020: luku 9.)

Aineiston käsittely alkaa tallenteen muuttamisesta tekstimuotoon. Tekstimuotoon saattaminen tulee tehdä mahdollisimman sanatarkasti. Usein aineistoa on niin runsaasti, että jo tässä vaiheessa tutkija joutuu tekemään valintoja sisällön suhteen – mitä on merkityksellistä litteroida. Toisaalta tallenteet ovat tallessa, joten tutkijalla on aina mahdollisuus palata myöhemmässä vaiheessa takaisin, mikäli tulee ilmi, että valinnat olisivat osuneet väärään. Todellisuudessa vasta tutkimusprosessin lopussa voidaan todeta, mitkä osuudet etenevät analyysi ja raportointi vaiheeseen. Litterointia voi tehdä eri tarkkuudella. Sanatarkassa muodossa litteroidaan myös eleet, äänenpainot ja puheen tauot. Tämä on työlästä ja vaatii haastattelijalta pitkälle vietyä ammattitaitoa. Tarkinta tasoa tarvitaan harvoin, vain silloin kun tavoitteena on selvittää haastateltavan vastusten totuusaste. Yleiskielellinen litterointi muokkaa tekstimuodon kirjakielelle poistaen sieltä murre- ja puhekielen ilmaisut. Propositiotasolla kirjataan tekstimuodosta vain ydinsisältö toisin sanoen pelkistäminen. (Kananen 2014: 101–102, Juuti & Puusa 2020: luku 9.) Tutkimustehtävä ohjaa pelkistämistä, ja se auttaa rajaamaan käsiteltävää aineistoa. Tässä tutkimuksessa käytetään sanatarkkaa sekä pelkistettyä litterointia. Pelkistetyn litteroinnin käyttö on perusteltua, sillä tutkimukseen on laadittu tutkimustehtävä, joka ohjaa litterointia. Sanatarkan litteroinnin tarkoitus on vahvistaa tutkimustuloksien esitystä sitaattien avulla, sillä tässä tutkimuksessa ei ole tarkoitus tutkia haastateltavien eleiden ja äänenpainojen merkitystä.

Vaikka litterointi tehdään propositiotasolla, saatava aineisto tulee olemaan laaja ja sen käsittelyyn tarvitaan työkaluja. Työkaluna käytetään koodaamista, joka on yksinkertainen tapa järjestää saatua sisältöä. Koodaaminen on tekninen taito, jonka avulla tutkija pyrkii löytämään aineistosta ulottuvuutta ja käsitteitä. Koodauksessa aineistosta saatava tieto yhdistetään yhteneväisten elementtien kanssa. Oleellista on, että tutkittava tieto ei katoa koodauksen yhteydessä yleisluontaisilla ilmauksilla, vaikka uudelleen järjestelyä tapahtuu. Koodaamisen jälkeen alkaa itse analyysin tekeminen. Koodausta voisi siis kutsua analyysin kehikoksi, jonka sisällä tutkija kykenee näkemään sisällönanalyysin. (Kananen 2014: 103–104.)

Kehikon rakennettua tutkija aloittaa itse analyysin tekemisen. Laadulliset analyysimenetelmät voidaan jakaa kolmeen kategoriaan: aineistolähtöinen, teoriaohjaava tai teorialähtöinen analyysi. Teoriaohjaavassa analyysiä ohjaa ennakkoon tutkittu tieto ja teoria, mutta analyysi ei pohjautu siihen. Käytännössä teoriaohjaavassa analyysissä on

tunnistettavissa aiemmin tutkittu tieto tai teoria, mutta kyseessä ei ole teorian testaaminen uudessa ympäristössä vaan uusien ajatusten löytäminen. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 108–110.)

Teoriaohjaavaa analyysiä pystyy toteuttamaan usealla eri tavalla. Tässä opinnäytetyössä se toteutetaan niin, että pelkistetyt ilmaisut jaotellaan ennakkoon määriteltyihin kategorioihin tai teemoihin. Ennakkoon määritellyt teemat johdetaan aiemmin tutkitun tiedon perusteella ja aineistosta etsitään sisältöjä kuvaamaan sitä. Aineistoa siis ohjaa valmis analyysirunko/käsitejärjestelmä. Tätä lähestymistapaa voi kuvata myös deduktiviseksi, jossa on tarkoitus viedä sisältö yleiseltä tasolta yksityiseen tasoon. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 131.) Jaottelulle eli teemoittelulle tulee varata tutkimuksessa riittävästi aikaa. Tutkijan täytyy käydä teemat riittävän useasti läpi, jotta pystyy saamaan vahvistuksen teeman merkityksellisyydestä. Toisaalta aineistosta voi löytää myös täysin uusia teemoja, jotka ovat mielenkiintoisia ja tärkeitä tutkimuksen näkökulmasta. Vaikka ennakkoon on asetettu tiettyjä teemaluokkia pohjautuen aiemmin tutkittuun tietoon, sisälönanalyysissä on tilaa myös nostaa aineistoista uusia teemoja analyysiin. Teemoittelun haasteena on, että aineistosta saattaa rakentua sisältöä, joka tulkinnallisesti voi kuulua usean eri teeman alaiseksi. Teemoittelun jälkeen tutkija tarkastelee rakentamiin kokonaisuuksia suhteessa jokaiseen yksittäiseen tapaukseen. (Juuti & Puusa 2020: luku 9.)

Taulukko 2. Aineiston analyysin mallitaulukko

Pääluokka	Alaluokka	Alaluokan alaluokka	Pelkistys	Lainaus
Moniammatillisuus	Asiantuntijuus	Roolitus	Työroolien epäselkeys	"ei ihmiset aina tiedä mitä toiset tekee"
Toipumisorientaatio	Yksilöllinen toipumisprosessi	Toivo	Hyvinvointi ja elämän tasapainoisuus vähentää päihteiden käyttöä	"kyllä oon myös huomannut sen että kun jolla ihmisellä on vaikka saanut tavallaan elämässä muita asioita kuntoon niin sitten se käyttökkin vähenee tai tulee vähän niinku jotain kontrollia siihen"
Ammattietiikka	Ammattieettisyyden merkitys ja henkilökohtainen tulkinta	Hyvinvoinnin edistäminen	Työn keskiössä tulisi olla asiakkaan prosessi ei ammattilaisen työviikko	"että sotepalveluissa pitäisi keskittyä paljon enemmän siihen että mitä asiakkaan prosessissa tapahtuu mun työviikon aikana, eikä että mitä mun työviikossa tapahtuu mun työviikon aikana"

Kuten aiemmin on kuvattu, kokonaisuus ei ole luotettava tai valmis tutkimusaineiston analyysin valmistuttua. Koodaamisen ja teemoittelun tuloksista on laadittava synteesejä, joista voidaan tehdä johtopäätöksiä ja esittää tuloksia. Synteesien tarkoitus on koota yhteen pääasiat, joiden avulla voidaan vastata tutkimuskysymyksiin.

6.5 Tutkimusetiikka

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) sekä muun yhteiskunnan käsitys riskeistä ja tarpeesta hallita niitä on laajentunut 2000-luvun kuluessa. Kun 2010-luvun taitteessa oltiin perustamassa tutkimuksen ennakoarviointia ihmistieteisiin, katsoi TENK arvioinnin piiriin kuuluvat tutkimukset, joissa on ”riski aiheuttaa tutkittaville normaalin arkielämän ylittävää pitkäaikaista henkistä haittaa.” Tänä päivänä ennakoarviointi nähdään tarpeellisenä, mikäli tutkimuksessa on ”riski aiheuttaa tutkittaville tai heidän läheisilleen normaalin arkielämän rajat ylittävää henkistä haittaa.” Kymmenessä vuodessa rajavedot olivat laajentuneet koskemaan tutkittavien lisäksi heidän läheisiään ja pitkäaikaisen haitan, kuten trauma tai masennus, sijasta yleisesti henkistä haittaa. (Korhonen & Mäkinen 2024: 8.) Nykyisten käytäntöjen mukaan tutkija kantaa yksittäisenä toimijana korostettua vastuuta oikein toimimisen sekä hallinnon ja byrokratian suuntaan, että tutkimuksen itsensä suuntaan. Tutkimusetiikan byrokratian hallitsemisesta onkin muotoutunut ammattitaitoa, jota odotetaan tutkijoilta ja joka tulee osaksi hyvää tutkijuutta. (Korhonen & Mäkinen 2024: 9.) Tutkimusetiikan voidaan nähdä olevan tieteellisen osaamisen alue, johon liittyy periaatteita, sääntöjä, arvoja ja hyveitä sekä normeja, joita tutkijoiden tulee noudattaa ammatinharjoittamisessaan alasta riippumatta (Fingerroos &

Kokko 2022: 64). Tieteellisen tutkimuksen vapaus kuuluu sananvapauden ja avoimuuden kanssa länsimaisten yhteiskuntien perusarvoihin ja -oikeuksiin. Perustuslaissa turvattu tieteen vapaus antaa suomalaisille tutkijoille, opiskelijoille ja opettajille mahdollisuuden tutkimusaineiston ja datan keräämiseen tutkittavilta esimerkiksi haastattelemalla, kyselylomakkeilla tai kirjoituspyyntöinä ja videoina. Heitä kaikkia kuitenkin sitoo mahdollisuuksien lisäksi eettinen ja lainsäädännöllinen vastuu toimistaan. (Fingerroos & Kokko 2022: 67.) Niinpä myös korkeakouluopinnoissa ja niihin liittyvissä perustutkin- tojen ja lisensiaatintukintojen opinnäytteissä täytyy noudattaa Hyvän tieteellisen käytännön ohjeistuksia ja menettelytapoja. Hyvän tieteellisen käytännön perusperiaatteita ovat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto. Hyvät tieteelliset menettelyta- vat voidaan liittää kahdeksaan tieteellisen toiminnan alueeseen, jotka ovat: 1. toimintaympäristö, 2. koulutus, ohjaus ja mentorointi, 3. tieteellisen työn tekeminen, 4. eetti- syys ja ennakointi, 5. tutkimusaineistojen käsittely ja hallinta, 6. yhteistyö, 7. tekijyys, julkaiseminen ja viestintä sekä 8. asiantuntija- ja viestintätehtävät. (TENK 2023: 9, 11.) TENK:n 2019 asettama ohjeistus ihmistieteistä kiinnittää huomiota lisäksi muun mu- assa tutkittavien kohteluun ja oikeuksiin sekä henkilötietojen käsittelyyn tutkimuksessa (Kinni & Puurunen 2021: 313).

Suomen kansallisten ohjeistusten ja säädösten lisäksi tutkimuksen eettisiä ratkaisuja ja arviointia ohjaa EU-tason ohjeistuksen ja säädökset. Yksi merkittävimmistä on EU:n yleinen tietosuoja-asetus GDPR (2016/679), joka säätelee henkilötietojen käsittelystä niin yrityksissä, julkisella sektorilla kuin tutkimuksissakin. Tietosuoja-asetuksen mukaan tutkimus on henkilötietojen käsittelyn erityistilanne, joka vaatii tutkijoiden huomiota en- tistä enemmän. Tutkimukselta edellytetään mahdollisen eettisen ennakoarvioinnin ja tutkimusluvan lisäksi selontekoja henkilötietojen käsittelystä. Tällaisia ovat esimerkiksi tietosuojaselosteet, tiedotteet, suostumukset, vaikutusten arvioinnit ja aineistonhallinta- suunnitelmat. Huomioitavaa on henkilötietojen käsitteen laajuus – henkilötietoja ovat nimen ja henkilötunnuksen lisäksi kaikki sellaiset tekijät, joiden voidaan nähdä mahdol- listavan tutkittavan henkilöllisyyden paljastuminen, kuten IP-osoite tai tutkittavan ääni nauhoitteella. (Kinni & Puurunen 2021: 313.)

Haimme Helsingin Kaupungilta tutkimuslupaa 28.8.2025 kun olimme yhteyshenkilön kanssa saaneet sovittua tutkimuksen aiheen ja tutkimussuunnitelma oli valmis. Haku- prosessissa täytimme Helsingin Kaupungin tutkimuslupahakemuksen, jonka liitteeksi lähetimme tutkimussuunnitelman, tutkimustiedotteen, suostumuslomakkeen, teema- haastattelurungon, henkilötietosuojaselosteen sekä salassapitolomakkeen. Tutkimus ei tarvinnut eettistä ennakoarviointia, sillä tutkimuksen kohderyhmänä on korvaushoidon työntekijät eivät asiakkaat. Itse hakeminen asetti haasteita, sillä Helsingin Kaupungin

sähköinen hakulomake ei toiminut. Päädyimme lähettämään hakulomakkeen sekä liitteet salaisella sähköpostilla. Tutkimuslupa myönnettiin 4.9.2025.

Tutkijalla on velvollisuus näyttää toteen, että tutkimuksen johtopäätökset ovat oikeita ja luotettavia. Tieteelliselle tutkimukselle asetetut luotettavuusmittarit ovat kehitetty kvantitatiivisiin eli määrällisiin tutkimuksiin, joiden ominaispiirteet ovat sisäistetty luonnontieteistä kuten kemiasta ja fysiikasta. Luonnontieteissä tutkitut ilmiöt pystytään viemään rajattuihin olosuhteisiin ja täten kokeet sekä mittaukset ovat uusittavissa. Yhteiskuntailmiöitä tutkittaessa tutkimustilanteiden uusiminen tai vakioiminen on poikkeuksetta haastavaa, sillä tutkittavat ilmiöt liittyvät ihmisten toimintaan. Ihmisen toiminta sekä ympäristö muuttuu ja kehittyy, luonnontieteiden kaltainen kaavamaisuus ei ole siis olemassa. (Kananen 2014: 145.) Kvalitatiiviseen eli laadulliseen tutkimukseen on kohdistunut vuosikymmenten ajan luotettavuuspohdintoja. Sille ei ole yksiselitteistä arviointikriteeristöä kuten määrällisessä tutkimuksessa. Luotettavuutta tulee tarkastella tutkimuksen asettamassa kehyksessä sekä sen tutkimusmenetelmien kautta. Olennaista on, että lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä, pystyy asettamaan, halutessaan, tutkimukselle kritiikkiä sekä vakuuttuu tutkijan tiedonhankinnan ja tulkintojen oikeellisuudesta. (Juuti & Puusa 2020: luku 11.)

Tieteellisissä tutkimuksissa luotettavuusarvioinnissa käytetään yleisesti käsitteitä reliabiliteetti ja valideetti. Kuten edellä on mainittu, nämä mittarit ovat luotu määrälliseen tutkimukseen, ja niitä ei samalla tavoin voida käyttää laadullisessa tutkimuksessa. Käsitteitä voidaan soveltaa, mikäli tutkija on ymmärtää laadullisen tutkimuksen luonteen ja käsitteiden merkityseron. Validius tässä kontekstissa tarkoittaa tutkittavan ilmiön eheyttä ja sen puhuttelevuutta niin tiedeyhteisölle kuin arkitodellisuudelle. Tutkimuksen päättelyketjun läpinäkyvä esittäminen voi verraten määrälliseen tutkimukseen, olla helpompaa, sillä ilmiön monimuotoisuuden ja sen merkitysketjujen esiintuominen on helpommin ymmärrettävissä. Reliabiliteetti yleisesti kuvaa tutkimuksen toistettavuutta. Eli sitä, että tutkimus voidaan toistaa samoin tai eri menetelmin ja saman tuloksen saamiseksi. Laadullisessa tutkimuksessa kohteena on ihminen, jonka käyttäytyminen on kontekstisidonnaista. Täysin yhteneväisen tuloksen saaminen kahdella eri tutkijalla ja eri menetelmällä on mahdottomuus. Sen sijaan tutkimuksen luotettavuus rakentuu tutkimusprosessin, analyysin ja perusteluiden kautta. Validiuden ja reliabiliteetin lisäksi laadullisen tutkimuksen luotettavuus arvioinnissa on syytä pohtia tutkimuksen siirrettävyyttä – voiko tutkimustulokset toteuttaa eri tutkimusympäristössä. Selkeät, yksityiskohdalliset havainnot ja perustelut raportoinnissa vahvistaa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. (Juuti & Puusa 2020: luku 11.)

7 Tulokset

Tässä kappaleessa esitetään tutkimuksen tulokset. Tuloksien esittely on jaoteltu tutkimushaastatteluissa käytettyjen teemojen mukaisesti; taustat, kokemukset ja ilmiöt, moniammatillisuus, toipumisorientaatio sekä ammattieettisyys. Haastatteluja toteutui yhteensä seitsemän. Haastateltavat ovat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia, jotka työskentelevät korvaushoidossa viidessä eri toimintayksikössä. Anonymiteetin suojaksi tuloksissa ei eritellä mistä toimintayksiköstä tai minkä ammattikunnan edustajan lainauksesta on kyse, vaan heistä käytetään tunnisteita H1-H7.

7.1 Haastateltavien kokemus työstään ja korvaushoidossa kohdatut ilmiöt

Jokainen haastattelu aloitettiin kysymällä, kuinka kauan on työskennellyt korvaushoidossa ja miten itse kokee oman työnsä. Kokemusvuosia korvaushoidossa oli vaihtelevasti muutamasta kuukaudesta yli kymmeneen vuoteen. Jokainen haastateltava kertoi, että lähtökohtaisesti pitää työtä mielekkäänä ja mielenkiintoisena. Tätä vahvistaa työn itsenäisyys, moniammatillisuus, asiakastyö ja asiakkaiden rinnalla kulkeminen sekä asiakkaiden aitous. Lisäksi mielekkyyttä vahvistaa työyhteisön tasa-arvoisuus. Kuitenkin haastatteluissa tuli esiin myös, että auttamismahdollisuuksien ja resurssien riittämättömyys sekä työryhmän huono keskinäinen kommunikointi haastavat ammattilaisten omaa työskentelyä.

”Koen sen myös raskaaksi semmoisen tietyn riittämättömyyden takia, että että on raskasta katsella, kun resurssit eivät riitä siihen. Että, itse asiakastyö on tosi mielekästä, mutta sitten on raskasta nähdä se, että meidän taas niinku resurssit ei vaan riitä.” H2

Lisäksi kysyimme kaikilta, millaisia ilmiöitä ammattilaiset ovat kohdanneet korvaushoidossa työskentelynsä aikana. Tarkoituksena oli saada lisää ymmärrystä, millaista korvaushoidossa on työskennellä nykypäivänä alati muuttuvan päihdekentän parissa.

Haastatteluissa nousi toistuvasti esiin, että asiakasmäärät ovat kasvaneet vuosien saatossa. Korvaushoito aloitetaan usein matalammalla kynnyksellä ja hoitoon pääsy on nykyisin helpompaa. Asiakasmäärän kasvulla on ollut myös vaikutusta asiakassuhteisiin. Aiemmin maltillinen asiakasmäärä on mahdollistanut yksilöllisempää työskentelyä ja asiakassuhteiden rakentumista tuttavallisemmiksi, mutta runsas asiakasvirta rajaa ammattilaisten mahdollisuuksia tarjota aikaansa yhtä runsaasti kuin ennen.

”No siis asiakasmäärähän on kasvanut ja kasvaa edelleen koko ajan (...) niin asiakasmäärä oli aika maltillinen, hoitajilla oli paljon enemmän sitä aikaa siihen kohtaamiseen ja semmoista ehkä yksilöllisempää.” H5

Lisäksi korvaushoidossa työskentelyä ohjaa nykyisin tehokkuusajattelu. Henkilöstöresurssit ja työmäärä eivät ole kasvaneet samassa suhteessa, vaan tarkoituksena on hoitaa suurempaa volyymia. Moniammatillisuus on lisääntynyt tehokkuusajattelun myötä.

Näiden lisäksi huonovointisuus on lisääntynyt niin asiakkaisissa kuin työntekijöissä. Asiakkaiden palvelutarpeet ovat laajoja, tilanteet komplisoituneita ja ajoittain hyvinkin kaotettavia. Elämän hektisyys, ammattilaisten vaihtuvuus ja työtilojen toimimattomuus on lisännyt työntekijöissä kuormittuneisuutta ja vähentänyt työssä jaksamista.

”Niin mä oon nähnyt sen, että sekä asiakkaiden niin kun tilanteet on mennyt huonompaan tai vaikeammaksi, että sitten työntekijöiden jaksaminen on heikentynyt mun mielestä ja vaihtuvuus on tosi iso se, se on niinku kiihtynyt siis työntekijöiden vaihtuvuus niinku viime vuosina.” H2

Haastateltavat toivat esiin myös, että itse korvaushoito on myös muuttanut muotoaan vuosien saatossa. Lääkevalikoima on laajentunut ja sittemmin kaventunut, kotiannokset ovat yleistyneet ja injektiomuotoiseen hoitoon siirtyminen on kiihtynyt.

”Niin nyt on alkanut sitten yleistymään tota injektio, joten tosi monia niinku potilaista pyritään siirtämään injektioille.” H6

Lisäksi kaksi haastateltavaa toi esiin Alfa-PVP:n lisääntyneen käytön katukuvassa ja asiakaskunnalla, millä on ollut vaikutusta rahoituksen lisäämiseen vieroitushoitoon, työmäärän kasvuun sekä kaupunkilaisten lisääntyneeseen turvattomuuden tunteeseen.

7.2 Moniammatillinen osaaminen työn arjessa

Haastattelujen perusteella moniammatillinen työskentely on ajoittain toimivaa korvaushoidossa. Moniammatillisiin tiimeihin kuuluu sairaanhoitajia, lääkäri, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti, sosiaaliohjaaja, lähihoitaja ja muita ammattilaisia riippuen asiakkaan omasta palvelutarpeesta. Moniammatillisen työskentelyn tarvetta ja ammattilaisten työpanosta tulisi pohtia haastateltavien mukaan enemmän asiakkaan prosessin näkökulmasta toisin kuin käyttää kaikkia ammattilaisia asiakkaiden tarpeiden läpikäynnissä.

”Ehkä järkevämpää on miettiä niinku asiakkaan kohdalla sitä, että ketkä tähän nyt kuuluisi moniammatillisesti kuin se että me istutaan yhteen ja

katsotaan, että täällä on 130 korvaushoidonasiakasta, käydäänpä tämä läpi.” H5

Moniammatillisen työskentelyn vahvuuksia haastattelujen perusteella on erityisesti asiakaslähtöisyys, asiakkaan kokonaisvaltainen ja oikea-aikainen hoitaminen sekä jaettu vastuu asiakkaan toipumisprosessista muiden ammattilaisten kanssa.

”Jos miettii työntekijän kannalta siinä on työssä jaksamisen vahvuus, että sä et kannattele yksin ketään, sä et ole yksin vastuussa kenenkään prosessista. Siinä on asiakkaan kannalta se, että saa monta näkökulmaa ja harvoin niinku ei ole sellaista sotealan koulutusta, pohjakoulutusta, joka antaisi niinku valmiudet auttaa asiakasta jokaisessa sen haasteessa.” H2

Lisäksi haastatteluissa nousi esiin kuinka moniammatillinen työskentely vahvistaa yksittäisen työntekijän oman asiantuntijuuden kehittymistä. Moniammatillisuus lisää heille itselleen tietotaitoa esimerkiksi psykoedukaation kautta, antaa erilaisia näkökulmia asiakkaan tilanteeseen, lisää kokonaisvaltaista ymmärrystä palveluista, lisää ammattilaisten välistä vuorovaikutusta sekä vahvistaa yhteisöllisyyttä. Monet kokivat oppivansa kollegoiltaan asioita, joita he eivät olisi oppineet tai ajatelleet ilman muista ammattikuntien koostuvia työryhmiä. Moniammatillisuuden toimivuuden tekijänä haastatteluista nousi esiin myös tiimin tunteminen. Moniammatillisen työskentelyn toimivuutta edesauttaa tieto siitä, mitä eri ammattikuntien työroolien tehtäviin kuuluu.

Moniammatillisuuden käytännöt sisältävät myös haasteita ja kehityskohteita haastattelujen mukaan. Kasvavat asiakasmäärät ja pienenevät resurssit haastavat moniammatillista työskentelyä. Lisäksi palvelujärjestelmän pirstaleisuus ja monimutkaisuus, viestintä ja johtaminen nousivat haastatteluissa esiin haasteina ja kehityskohteina. Haastatteluissa nostettiin esiin myös ajoittaisesta tahtotilan uupumisesta työskennellä moniammatillisesti. Lisäksi työroolien epäselkeydellä ja puutteellisella perehdytyksellä on heikentävä vaikutus moniammatilliseen työskentelyyn ja työn kuormittavuuteen.

”Että niitä ei ehkä niin kun perehdytyksessä tarpeeksi avata, että mitä on tarkalleen tässä työssä kenenkin rooli (..) siinä voi olla niinku puutteita, mikä sitten haastaa sitä työtä, että sitten voi tulla semmoista niinku väärin ohjaamista mikä sitten kuormittaa sitä työn tekemistä, kun sitten pitää miettiä, että kenelle niinku (..) riippumatta niin kun minkä ammatin edustaja on niin voi kuormittaa, kun ei tiedä kenelle tämä asia kuuluu ja siihen menee työaikaa, että selvittää niitä asioita.” H1

Helsingin kaupunki käyttää omissa palveluissaan kirjausjärjestelmänä Apottia. Kaikissa muissa yhteistyöpalveluissa tai -organisaatioissa ei välttämättä ole sama kirjausjärjestelmä, joka asettaa välillä haasteita työskentelylle. Lisäksi haastatteluissa tuodaan

esille Apotin taipumattomuus ja hankalakäyttöisyys. Osa haastateltavista ajattelee hankalakäyttöisyyden liittyvän enemmän käyttäjään kuin järjestelmään, jolloin asenteella nähdään olevan vaikuttava merkitys järjestelmän käytön oppimiseen. Toiveena nousi esiin Apotin mittariston hyödyntäminen työn vaikuttavuuden tutkimisessa. Tällä hetkellä kaikilla ammattilaisilla ei ole osaamista hyödyntää Apottia vaikuttavuuden tutkimiseen.

Asiakkaiden monimutkaisen päihderiippuvuuden hoito tarvitsee monen eri ammattikunnan osaamista sekä erilaisia näkökulmia. Haastatteluissa ilmeni, että työntekijät, jotka työskentelevät viimesijaisissa palveluissa näkevät moniammatillisen työskentelyn toimivuuden erityisen tärkeänä, sillä he eivät voi ohjata asiakkaita enää eteenpäin toisiin palveluihin. Moniammatillisen työskentelyn erilaiset näkökulmat auttavat korvaushoidon ammattilaisia saamaan asiakkaasta kokonaisvaltaisemman kuvan, jolloin riippuvuushoito on vaikuttavampaa. Esimerkiksi eri ammattikuntien edustajien yhteiset kotikäynnit voivat avata asiakkaan persoonaa ja elämäntilannetta aivan eri tavalla, jolloin asiakassuhde syventyy.

7.3 Toipumisorientaation viitekehys korvaushoidon työskentelyssä

Helsingin Kaupungin päihdepalvelut toimivat toipumisorientaation viitekehyksessä. Toipumisorientaatio on haastateltavien mukaan jäsentänyt palvelujärjestelmää sekä palveluvalikkoa. Palveluita on runsaasti asiakkaille tarjolla ja ne ovat kehittyneet ajan saatossa. Alkuvaiheen palvelut ovat enemmän kiinnipitäviä, luottamuksen rakentamiseen keskittyviä ja loppuvaiheen palvelut keskittyvät enemmän identiteetti-työskentelyyn toipuessa muuttuvan omakuvan takia. Ammattilaisten palveluohjauksen avulla asiakkailla on mahdollisuus löytää itselleen sopivia palveluita oikea-aikaisesti. Palveluohjauksessa tulee huomioida asiakkaan sekä toipumispääoma ja toimintakyky että tämän oma kiinnostus palvelun vastaanottamiselle.

Toipumisorientaatio on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille yhteinen työväline ja käsitteellistäjä, jonka avulla moniammatillisesti toimivalla työryhmällä on yhteinen kieli. Yhtenäinen viitekehys auttaa eri alan ammattilaisia jakamaan vastuuta asiakkaan toipumisprosessissa. Haastatteluissa tulee myös ilmi, että henkilöstölle tulisi olla nykyistä enemmän perehdytystä ja koulutuksia toipumisorientaatiosta. Pohjakoulutuksella ja perehdyttämällä on vaikutus työskentelyyn ja ajoittain se on koettu riittämättömäksi.

”(..) jos ajattelisi että olisi ihan kaikista suppeimman tai päihdetyön näkökulmasta suppeimman mahdollisen lähihoitajan koulutuksen käynyt niin siinä ei varmaan ihan kauheasti tule sitä toipumisorientaatiota niin en

tiedä onko sellaiselle ihmiselle se, että työuran alussa käy jonkun pari päivää tuolla kouluttautumassa niin en tiedä onko se riittävä (..)” H4

Riittämättömät resurssit ja asiakkaan vaihteleva motivaatio haastavat ammattilaisten työskentelyä. Asiakasmäärien kasvu on vaikuttanut aikataulupaineena ja tällä hetkellä korvaushoidon ensisijainen tehtävä on turvata asiakkaiden lääkehoito. Yksilölliselle työskentelylle ei ole samoissa määrin aikaa kuin ennen, työntekijöiden vaihtuvuus ja jaetut henkilöstöresurssit poliklinikoilla heikentävät yksilöllistä työskentelyä ja luottamuksellisten asiakassuhteiden rakentumista.

Asiakkaiden hoitotavoitteet ovat erilaisia vaihdellen haittoja vähentävistä tavoitteista kuntoutumisen tavoitteisiin. Haastatteluissa tuodaan esille, että tavoitteiden tulee olla konkreettisia ja realistisia, jotta toipumispääoman kertyminen ja toipuminen yleisesti näyttäytyy selkeästi asiakkaalle. Ammatillaisen tulee auttaa asiakasta ymmärtämään oman päihdesairauden näyttäytymistä ja toipumismatkan kulkua. Haastatteluissa ilmenee myös, ettei asiakkaille useinkaan kerrota erikseen, että työskentely tapahtuu toipumisorientoituneesti.

”Mä en usko, että ne edes tietää sitä. Ei sitä varmaan tule ehkä viljeltyä sitä sanaa tai kerrottua että minkä takia jotain tehdään.” H3

Valtaosa korvaushoidon asiakkaista ovat ympäröivän yhteiskunnan mittareilla huono-osaisia ja kuuluvat marginaaliryhmiin. Asiakaskunnassa ilmenee työttömyyttä, asunnottomuutta, kaksois- tai kolmoisdiagnooseja ja monipäihdeongelmaa. Lisäksi korvaushoidon asiakkaat ovat iältään nuorempia kuin ennen, ja monilla on taustalla lastensuojelukokemuksia tai jälkihuollon asiakkuus. Asiakkaiden toipuminen päihderiippuvuudesta ei ole suoraviivaista vaan enemmän kehän kiertämistä; motivaatio on keskeinen tekijä. Päihderiippuvuus haastaa asiakkaan motivaatiota toipumispääoman kerryttämiseksi. Toisaalta elämän pienillä onnistumisilla, kuten uuden harrastuksen löytämisellä tai työtoiminnan aloittamisella voi olla valtavan positiivinen vaikutus asiakkaan toipumiseen. Silloin kun asiakkaiden elämän keskiössä on muuta kuin päihteet, he voivat kokonaisvaltaisesti paremmin.

” (..) et nää on kannatteleva voima niinku semmoiset pienet onnistumiset mistä sit revitään paljon irti tyylii, mutta tota kyllä se siis niin kun mun mielestä näkyy sitten taas semmoisena tasaisuutena ihmisen voimissa sellaisena, että niinku ei ole mitään varsinaisia välttämättömiä kuin ihmeperannutuksia (..)” H6

Usein muut ihmiset ajattelevat, että jokainen korvaushoidon asiakas on huono-osainen tai syrjäytynyt. Näin ei kuitenkaan ole vaan korvaushoidon asiakaskuntaan mahtuu

myös hyvinvoivia ja toimintakykyisiä asiakkaita, jotka käyvät esimerkiksi normaalisti töissä tai opiskelevat ja heidän saamansa hoito on hyvässä tasapainossa. Ei olekaan olemassa yhtä ainoaa stereotyyppistä korvaushoidon potilastyyppeä, minkä vuoksi korvaushoitoa itseään ei tulisi pitää mittarina ihmisen toipumiselle tai toimintakyvylle. Korvaushoidosta irrottautuminen on mahdollista ja sitä on alettu nyt aiempaa enemmän tuomaan myös asiakkaille esiin vaihtoehtoisena mahdollisuutena poissulkematta jatkuvan hoidon mahdollisuutta. Muissa maakunnissa korvaushoidon lopettaminen on jo keskimäärin yleisempää kuin Helsingissä.

7.4 Ammattietiikka osana moniammatillista työskentelyä

Korvaushoidon sisältyvät tehtävät eivät aina ole helppoja tai yksinkertaisia, minkä lisäksi ammattieettisyys joutuu ajoittain koetukselle. Hyvinvoinnin edistäminen, kärsimyksen poistaminen, syrjäytymisen vähentäminen, osallisuuden, terveyden ja yhdenvertaisuuden lisääminen esiintyvät merkittävänä osana korvaushoidon ammattilaisten työskentelyä. Ammattieettisyys on ammattilaisille luottamuksellisuutta, toisen kunnioittamista, hyvää ja laadukasta palvelun antoa sekä vastuun ottamista omasta työstään ja jaksamisestaan. Lisäksi ammattilaiset tekevät jatkuvasti töitä asiakaskuntaa ja päihdesairautta kohtaan kohdistuvan stigman vähentämiseksi. Ammattieettiset kysymykset nousivat esiin erityisesti vallan, vastuun ja asiakkaan autonomian teemoissa. Haastatteluissa ilmeni ristiriidan kokemuksia hyväksyä resurssien riittämättömyys ja olla hyväksymättä sitä, etteivät ammattilaisille annetut työvälineet riitä tarjoamaan kaikille asiakkaille tasaisesti tarpeeksi laadukasta sekä yksilöllistä korvaushoitoa halutulla tavalla. Ristiriitaa aiheuttaa myös kokemukset siitä, kuinka pyrkii auttamaan asiakasta parhaalla mahdollisella tavalla ja samaan aikaan tulee rajata omaa työtään niin, että ei lupaa asiakkaalle asioita, joita ei voi toteuttaa sekä huolehtia omasta työssäjaksamisesta.

Ammattilaisilla on vastuu ajaa asiakkaan oikeuksia kaikissa, mutta erityisesti korvaushoidon palveluissa. Jokaisella asiakkaalla on oikeus palveluihin sekä oikeus tulla kohdatuksi. Asiakkaat ovat heikossa asemassa ja palvelujärjestelmän armoilla, jolloin on ammattilaisten vastuulla raportoida kestävämmistä käytänteistä sekä riittämättömistä resursseista. Ammattilaisilla on myös paljon valtaa asiakkaaseen nähden. Päihderiippuvaiset asiakkaat ovat ajoittain leimattu epäluotettavaksi ja heidän äänensä saattaa hukkuu osittain myös omien asiattomien palautteiden sekaan. Ammattilaisten tehtävänä on olla asiakkaiden ääni ja oikeuksien puolustaja.

”Mun mielestä se on niinku hurjaa ja kauheata, että ihminen kuka käyttää päihkeitä luokitellaan joka paikassa sellaiseksi epäluotettavaksi, että se hän tai niinku jotenkin silleen, että he on kyllä hirmu heikossa asemassa koska he on niinku aivan täysin työntekijän armoilla.” H4

”(..) niin kuunteleeko häntä joku jos hän tuo ilmi vaikka ammattilaisten niin kuin huonon kohtelun. Ja sitten toisaalta mä näen todella paljon sitä, että meidän ammattikunta tai meidän ammattilaiset saa tosi paljon semmoista palautetta mikä meneekin ihan täysin ohi, mut varmasti on, mä uskon siihen, että on myös paljon semmoisia tilanteita, että jopa päihdepalveluiden sisällä niin kun semmoiset asenteet näkyy siinä työssä.” H2

Ammattilaisten ei tule kuitenkaan hyväksyä asiakkaiden huonoa käytöstä. Ammattilaiset pystyvät mallintamaan, ohjaamaan sekä tukemaan asiakkaita ja se vaatii rehellisiä, välillä vaikeitakin keskusteluja asiakkaiden kanssa.

Työyhteisöissä käydään vaihtelevasti ammattieettistä pohdintaa, toisissa päivittäin ja toisissa kuukausittain tai harvemmin. Työn kiireydellä on myös vaikutusta eettisenpohdinnan toteutumiselle. Eettistä pohdintaa käydään niin työryhmän kanssa kuin työohjauksessa. Ammattikuntien välisiä eettisiä ristiriitoja ei esiinny haastateltavien mukaan. Ristiriidan kokemukset liittyvät yksilöihin ja heidän kokemuksiinsa eivät ammattirooleihin. Ristiriitoja kohdatessa työryhmät käyvät keskustelua, jonka lopputuloksena löydetään yhteinen linja ja tapa tuoda asia esille asiakkaalle. Haastatteluissa nousee esiin myös se, että asiakkaan kanssa käytävissä keskusteluissa voidaan neutraalisti tuoda esiin myös työryhmän eriävät mielipiteet, joka mallintaa asiakkaalle yhteiskunnan normien mukaista vuorovaikutusta ja neuvottelutilanteita.

”(..) mut kyllä meidän täytyy myöskin tiiminä pystyä sopimaan, että miten me tää asia niinku tuodaan asiakkaalle ja sen takia mun mielestä semmoinen läpinäkyvyys on äärettömän tärkeätä, että asiakas itsekkin huomaa, että hei tässä voi olla vähän erilaisia mielipiteitä, mutta että siinäkin me voidaan keskustella. Sehän on mallintaa heille (..)” H5

Haastatteluissa tuodaan myös esille joidenkin yksiköiden tilojen toimimattomuus sekä epäeettisyys. Osissa tiloista ei ole esimerkiksi riittävää äänenvaimennusta, jolloin oven takana käytävässä istuva tai odottava asiakas kuulee toisen asiakkaan henkilötietoja ja yksityisasioiden. Lisäksi ammattilaiset saattavat yleisissä tiloissa keskustella asiakkaista nimillä, mikä ei ole GDPR-säädöksen mukaista toimintaa. Ajoittain työyhteisössä puututaan tähän ja tilanne paranee hetkellisesti. Usein uudet työntekijät tai työharjoittelijat reagoivat väärin toimimiseen herkemmin, mutta usein rohkeus tuoda epäkohtia esiin työryhmälle puuttuu, sillä sen pelätään vaikuttavan omaan asemaan työryhmässä.

Ammattieettisyyden valvominen ja vaalinta tapahtuu itsenäisesti työyhteisössä haastattelvien kertoman mukaan. Ammattieettisyyttä ohjaavat lait, säädökset ja erilaiset eettiset ohjeet. Jokaisen vastuulla on itse perehtyä ja vaalia hyvää sekä eettisesti kestävää toimintaa. Työnantajan puolesta tehdään omavalvontaa ja puututaan toistuvasti nouseviin palautteisiin tai muihin epäkohtiin. Toisaalta haastatteluissa tuodaan myös esiin, että aiheelliset, huonoon kohteluun liittyvät palautteet saattavat toisinaan hukkuu asiakkaiden asiattomien palautteiden sekaan. Mikäli ammattilainen itse näkee huonoa kohtelua tai käytöstä kollegaltaan, tulisi se tuoda esiin työyhteisössä asian käsittelemiseksi.

Ammattilaiset kohtaavat työssään paljon traumaa. Traumojen kuuleminen ja asiakkaiden kanssa käsittely saattavat johtaa ammattilaisen kynnistymiseen tai pahimmillaan sijaistraumatisoitumiseen. Lisäksi etenkin jatkuvalla työuupumisella on merkittävä vaikutus työssä jaksamiseen ja motivaatioon panostaa työhön jatkuvalla syötöllä. Itsensä tunteminen, omasta hyvinvoinnista huolehtiminen sekä työn rajaaminen ovat vastuun kantamista omasta jaksamisesta työssä sekä asiakkaiden hyvinvoinnista.

8 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia korvaushoidon ammattilaisten kokemuksia moniammatillisesta työskentelystä toipumisorientaation viitekehyksellä sekä korvaushoitoon liittyviä ammattieettisiä kysymyksiä. Tässä luvussa esitämme keskeiset johtopäätökset, vastaamme tutkimusongelmaan tutkimuskysymyksien avulla ja pohdimme niiden merkitystä korvaushoidossa työskentelemiselle. Tutkimuksen pääongelma oli:

- *Miten korvaushoidon palvelu pystyy vastaamaan kasvavaan opiaattikäyttäjien määrään ja muuttuviin ilmiöihin päihdekentällä?*

Pääongelmaan vastaamista varten laadimme kolme tutkimuskysymystä:

1. *Miten moniammatillinen osaaminen näkyy korvaushoitotyön arjessa?*
2. *Miten toipumisorientaation periaatteet toteutuvat moniammatillisessa työskentelyssä?*
3. *Millainen yhteys moniammatillisuudella on ammattietiikkaan?*

Tutkimuksen perusteella moniammatillinen työskentely on osittain toimivaa ja työntekijät näkevät sen tarpeelliseksi korvaushoidon toteuttamiseksi. Moniammatillisen työskentelyn onnistumisesta ollaankin usein erityisen kiinnostuneita palvelujärjestelmän viimesijaisissa palveluissa, kuten monissa päihdepalveluissa. Ammatillaiset, jotka työskentelevät näissä palveluissa kokevat moniammatillisuuden toimivuuden välttämättömäksi ja ovat valmiita panostamaan siihen. (Arnkil & Seikkula & Eriksson 2001: 98, Mönkkönen ym. 2019: 9.) Haastatteluiden perusteella näkemys moniammatillisen työskentelyn toimivuudesta oli yksilöllistä ja osittain sidoksissa toimipisteeseen liittyviin tekijöihin. Mitä suurempi asiakasvirta toimipisteessä ja paineen määrä asiakastyössä oli, sitä haastavampaa oli toteuttaa moniammatillista työskentelyä parhaalla mahdollisella tavalla. Suurissa toimipisteissä moniammatillinen työskentely ja selkeä kuva muiden ammattilaisten rooleista hukkuivat osittain kiireeseen ja resurssipulaan. Puolestaan toimipisteissä, joissa asiakasmäärät olivat maltillisempia ja henkilöstömitoitus riitti vastaamaan palvelutarpeeseen oli työntekijöiden kokemus työstä, työssä jaksamisesta sekä asiakkaiden palveluiden riittävydestä huomattavasti positiivisempi. Asiakkaiden osallisuus ja palveluihin kiinnittyminen oli parempaa, mikä johtaa palveluiden parempaan vaikuttavuuteen yksilöllisesti. Toimipisteisiin liittyvien tekijöiden lisäksi tutkimuksessa on nähtävissä eroavaisuuksia ammattikuntien käsityksissä moniammatillisen työskentelyn toimivuudesta. Sosiaalihuollon ammattilaiset näkivät enemmän kehityskohteita moniammatillisessa työskentelyssä verrattuna terveydenhuollon ammattilaisiin. Puutteellista nähtiin erityisesti olevan organisaation sisäinen viestintä, perehdytyksen laajuus ja laatu sekä johtaminen. Osa haastateltavista kokivat ongelmalliseksi ammattiroolien ja työnjaon epäselvyyden. Toimivan moniammatillisen työskentelyn edellytyksenä on, että jokainen moniammatillisen tiimin jäsen ymmärtää oman roolinsa ja luottaa muihin ryhmän jäseniin sekä heidän asiantuntemukseensa (Mönkkönen ym. 2019: 19–20).

Toipumisorientaatioon perustuva palvelujärjestelmä luo yhteiset raamit korvaushoidossa työskenteleville sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Toipumisorientoituneen palvelujärjestelmän tavoitteena on tarjota joustavat ja verkostomaiset palvelut asiakkaalle hänen omassa elinpiirissään. (Martin ym. 2021: 31). Tuloksien mukaan toipumisorientaation periaatteet ovat aatteellisesti mukana työskentelyssä, mutta tämänhetkiset resurssit eivät riitä tarjoamaan toipumisorientaation mukaista yksilöllistä työskentelyä tasapuolisesti kaikille asiakkaille. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että monien asiakkaiden kohdalla työskentely keskittyy pitkälti vain lääkkeenjakoan esimerkiksi omahoitajatapaamisten jäädessä vähäisiksi. Toipumisorientoituneen työskentelyn toteutuminen edellyttää muutosta asenteissa ja rakenteissa sekä käytännöissä. Ammattihenkilöiden työskentely on toipumisorientoitunutta, kun se tukee asiakkaan toiveik-

kuutta ja elämän mielekkyyttä. (Nordling ym. 2015: 134–135.) Asiakkailla on oikeus valita oma korvaushoitoyksikkönsä, mikä aiheuttaa toimipisteissä epätasaisen asiakasmäärän. Tämä johtaa osakseen siihen, että yksilöllisen työskentelyn tarjoaminen ei ole mahdollista kaikissa yksiköissä tasapuolisesti. Helsingin kaupunki edellyttää jokaiselta korvaushoidossa työskentelevältä vähintään yhtä kahden päivän koulutusta toipumisorientaatiosta. Koulutus ei haastateltavien mukaan ole automaattisesti riittävä tarjoamaan osaamista toimia toipumisorientaation periaatteiden mukaisesti. Tähän vaikuttaa muun muassa ammattilaisen pohjakoulutus sekä aiempi työkokemus mielenterveys- ja päihdetyöstä.

Tutkimus osoittaa, että moniammatillisuudella ei ole suoranaista yhteyttä ammattietiikkaan. Tulosten mukaan ammattieettiset ristiriidat liittyvät muihin tekijöihin kuten resursseihin. Ammattieettistä tasapainottelua tapahtuu muun muassa oikean ja väärän, resurssipulan hyväksymisen ja vastustamisen sekä asiakkaan kohtaamisen ja rajaamisen välillä. Ammattieettisyyteen kuuluu taito kyseenalaistaa itsestään selviä asioita ja tasapainoilua arvoriititojen välillä. Tätä tulisi toteuttaa nopeasti muuttuvissa arjen tilanteissa, minkä vuoksi käsitykset eettisistä teorioista ja lainsäädännön tuntemus ovat avainasemassa ammattilaisen eettisessä työskentelyssä. (Mäkinen ym. 2009: 183–184.) Johtopäätöksenä voidaan myös todeta, että ammattilaisilla on paljon valtaa suhteessa asiakkaisiin. Valtaosa korvaushoidon asiakkaista ovat palvelujärjestelmän armoilla ja saattavat herkästi leimautua epäluotettaviksi viranomaisten silmissä. Lain mukaan ammattilaisilla on vastuu valvoa sekä ajaa asiakkaan etua ja oikeuksia. Puolestaan asiakkailla on oikeus tulla kohdatuksi kaikissa palveluissa heidän ihmisarvoaan kunnioittaen. Jokaisella asiakkaalla on itsemääräämisoikeuden turvin oikeus omantunnon elämään ja oman arkeensa vaikuttamiseen. Ammattilaisen tehtävä on tukea tätä, vaikka siitä syntyisi ammattieettisesti arvoriititaa. (Kangasniemi 2021: 7–8.)

Tämä tutkimus osoittaa, että moniammatillinen työskentely on merkittävässä roolissa korvaushoidon palvelussa. Moniammatillisella yhteistyöllä mahdollistetaan korvaushoitiasiakkaiden kokonaisvaltaisempi tukeminen ja tuotetaan parempia edellytyksiä toipumisorientaation mukaiselle työskentelylle kiireestä riippumatta. Tämän toteutuminen kuitenkin edellyttää, että työryhmässä on selkeä ammatillinen roolitus ja ryhmän välinen kommunikointi on toimivaa. Tutkimuksen perusteella toipumisorientaatio näyttää ennen kaikkea palveluvalikon rakenteessa. Toipumisorientaation mukaisessa yksilöllisessä työskentelyssä on vielä kehitettävää, sillä tällä hetkellä työskentely on pääosin lääkkeenjako. Ammattietiikka nousee keskeisenä tekijänä ammattialaisten arjen tasapainottelussa; tasapainoilu tilojen ja resurssien riittävyyden kanssa sekä asiakkaan autonomian ja ammatillisen vastuun välillä. Kokonaisuutena korvaushoidossa työskentely

on eettisesti vaativaa ja vaatii jatkuvaa ammatillista reflektointia, jossa toipumisorientaation mukainen työskentely edellyttää riittäviä resursseja sekä selkeää ja tarkoituksenmukaista johtamista.

9 Pohdinta

Pohdinta on jaettu kahteen eri osioon. Ensimmäinen osio käsittelee tutkimuksen jatkok tutkimusmahdollisuuksia sekä tuloksien hyödyntämistä muussa sosionomin työssä. Toinen osio keskittyy opinnäytetyön prosessin arviointiin sekä tekijöiden ammatillisuuden kehittymiseen opinnäytetyöprosessin aikana.

9.1 Tutkimuksen jatkumahdollisuudet

Tutkimus osoittaa, että korvaushoidon moniammatillinen työskentely toipumisorientaation viitekehyksellä ja ammattietiikka ovat moniulotteinen ja osin jännitteinen kokonaisuus. Vaikka tutkimus tuo esiin työskentelyn toimivuutta ja ammatillisia vahvuuksia, nousee esiin kysymyksiä ja kehittämistarpeita, jotka vaativat lisätarkastelua. Havaintojen pohjalta on perusteltua pohtia, millaisia jatkotutkimusmahdollisuuksia sekä kehittämistarpeita tämän päivän korvaushoidon palvelussa työskentelyssä on.

Yksi jatkotutkimusmahdollisuus on syventyä tutkimaan ilmenneitä alueellisia eroja. Helsingin kaupungilla korvaushoitoa tarjotaan useiden muiden palveluiden tapaan neljällä eri alueellisella toimipisteellä: Pohjoinen, Etelä, Itä ja Länsi. Päihdepoliklinikan tai korvaushoidon asiakkuus ei määräydy kotiosoitteen perusteella vaan asiakkailla on vapaus valita oma hoitoaan tarjoava toimipiste. Tässä tutkimuksessa alueelliset erot tulivat ilmi vain pintaraapaisuina ja viittasivat pitkälti haasteisiin työtiloissa ja asiakasmäärissä. Uskottavasti olisi kannattavaa perehtyä asiaan tarkemmin – miten esimerkiksi avokonttorit vaikuttavat työssä jaksamiseen tai asiakkaan asioiden käsittelemiseen tietoturvallisesti. Avokonttorit eivät kosketa ainoastaan korvaushoidossa työskentelyä vaan vaikuttavat muihinkin toimipisteissä tarjottaviin palveluihin. Lisäksi tuloksissa ilmenneitä ammattilaisten näkemyksiä ja kokemuksia moniammatillisen työskentelyn merkityksestä sekä eettistä pohdintaa esimerkiksi viranomaisten vallasta suhteessa asiakkaisiin voidaan soveltaa muuallakin sosiaalialan kentällä. Vaikka päihdepalveluiden asiakkaat tulee muidenkin sosiaali- ja terveystalveluiden asiakkaiden tavoin kohdata yksilöllisesti ja kunnioittaen, ovat he palvelujärjestelmässä monella tapaa erityislaatuisessa asemassa. Tämän vuoksi heidän kanssaan työskentelevien ammattilaisten

kokemuksista on usein opittavissa paljon esimerkiksi ammattieettisistä tai asiakkaan osallisuuden teemoista.

Tutkimus lisää ymmärrystä moniammatillisesta työskentelystä, jota voidaan peilata myös muihin sosionomin työtehtäviin. Moniammatillinen työskentely rakentuu eri ammattikunnista ja näkökulmista. Tästä tutkimuksesta esiin nousseet mahdollisuudet, vahvuudet ja haasteet ovat hyödynnettävissä esimerkiksi lastensuojelussa, mielenterveyspalveluissa ja kuntouttavassa sosiaalityössä. Tutkimus auttaa tunnistamaan sosionomin roolia osana moniammatillista tiimiä. Toipumisorientaation periaatteet ovat sovellettavissa myös muissa kuin päihdetyön tehtävissä. Esimerkiksi asiakkaan osallisuus, voimavara- ja lähtöisyys ja yksilöllisten tavoitteiden huomioiminen ovat keskeinen osa sosiaalipedagogista työtettä, jolla sosionomin usein työskentelevät. Lisäksi tämän tutkimuksen avulla sosionomit pystyvät reflektoimaan omaa ammattietiikkaa erityisesti tilanteissa, jossa ammattilaisella on valtavasti valtaa suhteessa asiakkaaseen esimerkiksi lastensuojelussa tai muissa erityisen tuen tarpeen asiakkaiden kanssa tehtävissä työtehtävissä. Tämä auttaa myös soveltamaan ammattietiikka työympäristöissä, jossa tehdään vaikeita päätöksiä asiakkaan edun, turvallisuuden ja oikeudenmukaisuuden näkökulmasta. Vaikka tämä tutkimus kohdistui korvaushoidon kontekstiin, sen tuottama tieto moniammatillisesta työskentelystä, toipumisorientaatiosta ja ammattietikasta, voidaan sitä soveltaa laajasti myös muissa sosionomin tehtävissä.

9.2 Reflektointi

Valitsimme tehdä opinnäytetyön päihdepalveluista. Valintaa ohjasi molempia vahva tahto ymmärtää palveluita ja niiden toimivuutta paremmin sekä verkostojen luominen päihdepalveluihin. Haaveenamme on työllistyä päihdepalveluihin, joka toimii opinnäytetyön tekemisen motivaattorina. Lisäksi edellisissä työharjoitteluissamme korvaushoidon palveluna herätti useita kysymyksiä, joihin tämä opinnäytetyö on pystynyt hyvin vastaamaan.

Tutkimusprosessi asetti ajoittain haasteita. Uusina tutkijoina jouduimme pysähtymään useaan otteeseen pohtimaan mitä tässä tutkimuksessa on loppujen lopuksi tarkoitus tehdä. Prosessin selkeämpi jaksotus olisi ollut ajanhallinnallisesti parempi sekä oppimisen kannalta tarkoituksenmukaisempi. Prosessin jaksottamisella viitataan selkeisiin määräaikoihin, jotka tulisi olla tehtynä ennen eteenpäin etenemistä. Esimerkiksi kaikkien teoriaosuuksien olisi tärkeä olla valmiina ennen kuin tutkija etenee aineiston ke-

ruuseen ja analysointiin. Kun tulevaisuudessa teemme tutkimuksia, pystymme oppimaan tästä tutkimuksen parempaa jaksottamista ja ajanhallintaa. Kokonaisuudessaan tämä opinnäytetyön prosessi opetti meille, miten suunnitella ja toteuttaa tutkimus.

Tutkimusta tehdessä oli olennaista jättää taka-alalle omat ennakoajatukset korvaushoidon palvelusta. Ajoittain oli haastavaa pysyä tutkijan asemassa neutraalina erityisesti aineiston analysointivaiheessa. Osa aineistosta oli hyvin voimakkaasti tunnelatautunutta, mikä vaikutti omiin tunteisiin ja lisäsi tahtoa tulkita koko aineistoa yhtä voimakkaasti. Neutraalina pysymiseen auttoi analysoinnin monivaiheisuus; äänen litteroinnista teemoitteluun. Pelkistykset helpottivat etäännyttämistä aineistosta ja säilyttämään neutraalin otteen. Lisäksi olennaista, tutkimusta toteuttaessa, oli tiedostaa jatkuvasti, että vaikka tarkoituksenamme olikin tuoda korvaushoidon ammattilaisten ääni kuuluviin, on keräämämme ja analysoimamme aineisto puhtaasti heidän subjektiivisia kokemuksiaan. Siten kerätyn aineiston koostuessa kokemuspohjaisesta tiedosta, emme voi olla täysin varmoja haastatteluissa annettujen tietojen todenmukaisuudesta. Mikään kuulemamme ei herättänyt syytä epäillä tai kyseenalaistaa haastattelemiämme ammattilaisia eikä kokemuksista kiinnostuneessa tutkimuksessa ehkä voikaan olla virheellisiä vastauksia. On kuitenkin tärkeää huomioida se tosi asia, että haastatteleme ammattilaiset edustavat vain tiettyä osaa kaikista Helsingin kaupungin korvaushoitoyksiköiden työntekijöistä. Heidän kertomansa ei siten voida yleistää koskevan kaikkia ammattilaisia tai kertovan ainoaa totuutta vaan pikemminkin olevan niiden ammattilaisten mielihäily, jotka halusivat hyödyntää opinnäytetyömme tuomaa mahdollisuutta sanoittaa kokemustaan korvaushoidossa työskentelystä tänä päivänä.

Tutkimusprosessi antoi mahdollisuuden syventää ymmärrystä korvaushoidon moniammatillisesta työskentelystä, toimimista toipumisorientaation viitekehyksellä sekä ammattieteen merkityksestä sosiaalialalla. Laadullinen tutkimusote mahdollisti ilmiön monipuolisen tarkastelun, mutta edellytti jatkuvaa reflektointia niin tutkimusprosessista kuin tutkijana olemisesta. Prosessin aikana ammatillinen ajattelumme kehittyi erityisesti moniammatillisesta työskentelystä sekä ammattieteen sosiaalialalla, mikä tukee valmiuksiamme toimia sosionomina erilaisissa työtehtävissä. Näemmekin opinnäytetyön toteutuksen tukeneen ammatillista kasvuamme kohti haluamaamme pätevyyttä.

Lähteet

Aalto, Mauri & Alho, Hannu & Niemelä, Solja (toim.) 2018. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Duodecim: Helsinki

Aaltonen, Sanna & Högbacka, Riitta 2015. Umpikujasta oivallukseen. Refleksiivisyys empiirisessä tutkimuksessa. Tampereen yliopistopaino Oy: Tampere

Arnkil, Tom Erik & Seikkula, Jaakko & Eriksson, Esa 2001. Avoimet dialogit ja ennakkodialogit: sosiaaliset verkostot psykososiaalisessa työssä. Yhteiskuntapolitiikka 66 (2). 97–110 <<https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209116697>>. Viitattu 31.10.2025

Hakkarainen, Pekka & Tigerstedt, Christopher 2005. Korvaushoidon läpimurto Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka 70(2). 143–154. <<https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117101>>. Viitattu 7.5.2025

Havio, Marjaliisa & Inkinen, Maria & Partanen, Airi (toim.) 2014. Päihdehoitotyö. Sanoma Pro Oy: Helsinki

Heikkilä, Tarja 2014. Tilastollinen tutkimus. Edita Publishing Oy: Helsinki. Luettu

Helsingin kaupunki 2023. Kuolleisuus huumausaineisiin kasvanut Helsingissä. Helsingin kaupungin verkkosivut. Päivitetty 5.6.2025. <<https://www.hel.fi/fi/uutiset/kuolleisuus-huumausaineisiin-kasvanut-helsingissa>>. Viitattu 9.12.2025

Helsingin kaupunki 2025. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystalouden omavalvontasuunnitelma: HIV-positiivisten palvelukeskus. <<https://www.hel.fi/static/sotepe/palveluiden-laadunvalvonta/omavalvontasuunnitelmat/paihdepalvelut/HIV-positiivisten-palvelukeskus-ovs.pdf>>. Viitattu 30.10.2025

Helsingin kaupunki 2025. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystalouden omavalvontasuunnitelma: Vuosaaren päihdepoliklinikka ja korvaushoito. <<https://www.hel.fi/static/sotepe/palveluiden-laadunvalvonta/omavalvontasuunnitelmat/paihdepalvelut/vuosaaren-paihdepoli-ja-korvaushoito-ovs.pdf>>.

Helsingin kaupunki 2025. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystalouden omavalvontasuunnitelma: Laakson päihdepoliklinikka, opioidikorvaushoidon arviointi ja korvaushoito. <<https://www.hel.fi/static/sotepe/palveluiden-laadunvalvonta/omavalvontasuunnitelmat/paihdepalvelut/laakson-paihdepoliklinikka-ja-korvaushoito-ovs.pdf>>. Viitattu 30.10.2025

Helsingin kaupunki 2025. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystalouden omavalvontasuunnitelma: Malmin päihdepoliklinikka ja korvaushoito. <<https://www.hel.fi/static/sotepe/palveluiden-laadunvalvonta/omavalvontasuunnitelmat/paihdepalvelut/malmin-paihdepoliklinikka-ovs.pdf>>. Viitattu 30.10.2025

Helsingin kaupunki 2025a. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystalouden omavalvontasuunnitelma: Kalasataman päihdepoliklinikka ja korvaushoito. <<https://www.hel.fi/static/sotepe/palveluiden-laadunvalvonta/omavalvontasuunnitelmat/paihdepalvelut/kalasataman-paihdepoliklinikka-ja-korvaushoito-ovs.pdf>>. Viitattu 30.10.2025

Helsingin kaupunki 2025b. Sosiaali-, terveys ja pelastustoimialan toimintasääntö. <<https://www.hel.fi/static/sotepe/toimintasaanto/sosiaali-terveys-ja-pelastustoimialan-toimintasaanto.pdf>>. Viitattu 29.9.2025

Helsingin kaupunki 2025c. Helsingin kaupungin hallintosääntö. <<https://www.hel.fi/static/liitteet/kanslia/saannot/kaupungin-hallintosaanto.pdf>>. Viitattu 29.9.2025

Helsingin Kaupunki, Kaupunginkanslia 2019. Helsingin Kaupungin eettiset periaatteet. Helsinki

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2022. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus Oy: E-kirja.

Häkkinen, Margareeta 2023. Huumeiden aiheuttama päihtymys, käytön ongelmat ja huumeriippuvuus. Lääkärikirja Duodecim. <<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00414>>. viitattu 3.4.2025

Isoherranen, Kaarina 2002. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveysalalla – tutkimustuloksia ja pohdintaa. Sosiaalipedagogiikka, 3 (2). 145–150. <<https://doi.org/10.30675/sa.116251>>. Viitattu 21.10.2025

Isoherranen, Kaarina 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akateeminen väitöskirja, Helsingin yliopisto, Sosiaalitieteiden laitos. Helsinki: Unigrafia. <<http://hdl.handle.net/10138/37493>>. Viitattu 21.10.2025

Juuti, Pauli & Puusa, Anu 2020. Laadullisen tutkimuksen menetelmät. Gaudeamus Oy: E-kirja.

Kananen, Jorma 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkea koulu: Jyväskylä.

Kananen, Jorma 2019. Opinnäytetyön ja pro gradun pikaopas. Avain opinnäytetyön ja pro gradun kirjoittamiseen. Jyväskylän ammattikorkeakoulu: Jyväskylä.

Kangasniemi, Mari (toim.) & Tehyn eettinen toimikunta 2021. Etiikkaa arjessa. Pohdintoja sosiaali- ja terveydenhuollon etiikasta.

Kankaanpää, Sini & Kurki, Marjo 2013. Toipuminen kokemuksena. Teoksessa Falk, Hanna & Kurki, Marjo & Rissanen, Päivi & Kankaanpää, Sini & Sinkkonen, Niina. Kuntoutujasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 39/2013.

Kuvaja, Emma & Kuussaari, Kristiina & Heiskanen, Maria & Airaksinen, Tanja & Kesänen, Minna & Virolainen, Elina & Väkeväinen, Eveliina 2025. Päihde- ja riippuvuuspalvelut muutoksessa - tuloksia hyvinvointialuekyselystä 2024. Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos THL 7/2025.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021. Annettu Helsingissä 29.06.2021. <<https://www.finlex.fi/eli?uri=http://data.finlex.fi/eli/sd/2021/612/ajantasa/2025-06-27/fin>>. Viitattu 30.10.2025

- Levola, Jonna & Pitkänen, Tuuli & Tourunen, Jouni & Holmberg, Nils & Holopainen, Antti 2012. Opioidiriippuvaisen persoonallisuushäiriö – katsaus diagnostiikan ja hoidon haasteisiin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49(4). 342–349. <<https://journal.fi/sla/article/view/9351>>. Viitattu 3.4.2025
- Lindström, Amanda & Murto, Liisa & Uuskallio, Assi 2025. Asiakastietojen käsittely sosiaali- ja terveydenhuollossa. Edilex Lakitieto Oy: Helsinki
- Lyhty, Tuomo & Nietola, Vuokko 2015. Dialoginen moniammatillisuus asiakastyössä. Teoksessa Näkki, Pirjo & Sayed, Terttu (toim.) *Asiakastyön menetelmiä sosiaalialalla*. Otavan Kirjapaino Oy: Helsinki. 1. painos
- Malin, Katja & Holopainen, Antti & Tourunen, Jouni 2006. ”Mä käytän subua, että mä pysyn terveenä ja pystyn toimimaan.” Käyttäjän kokemuksia ja näkemyksiä buprenorfiinin käytöstä. *Yhteiskuntapolitiikka* 71(3). 297–306. <<https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117241>>. Viitattu 3.4.2025
- Manssila, Jaana & Talentia & Rahikka, Anne & Minna Sillanpään Säätiö & Sjöblom, Stina & Helsingin yliopisto 2018. Suositus toimintakykymittareiden yhdenmukaiseen ja eettiseen käyttöön sosiaalialan asiakastyössä. TOIMIA-suositus <<https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018070427037>>. Viitattu 11.11.2025
- Martin, Marjatta & Nordling, Esa & Soronen, Kari & Savelius-Koski, Eija (toim.) 2021. Yhdessä toipumisen tukena mielenterveystyössä. Toipumisorientaation toimintamallit ja niiden implementaatio. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). Työpaperi 21/2021
- Mäkinen, Päivi & Raatikainen, Eija & Rahikka, Anne & Saarnio, Tuula 2009. *Ammattina sosionomi*. WSOY pro Oy: Helsinki. 1. painos
- Mönkkönen, Kaarina & Kekoni, Taru & Pehkonen, Aini 2019. Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus Oy: Helsinki.
- Mönkkönen, Kaarina & Niiranen, Vuokko 2021. Moniammatillinen yhteistyö asiakasturvallisuuden lähtökohtana. Teoksessa Kurki, Taina & Jylhä, Virpi & Kekoni, Taru. *Asiakasturvallisuus sosiaali- ja terveysalalla*. Gaudeamus Oy: Helsinki. 51–62
- Nordling Esa & Järvinen, Matti & Lähteenmäki, Yrjö 2015. Toipumisorientaatio hoidon ja kuntoutuksen viitekehyksenä. Teoksessa Partanen, Airi & Moring, Juha & Bergman, Vi-veca & Karjalainen, Jouko & Kesänen, Minna & Markkula, Jaana & Marttunen, Mauri & Mustalampi, Sini & Nordling, Esa & Partonen, Timo & Santalahti, Päivi & Solin, Pia & Tuulos, Tytti & Wuorio, Sanna (toim.). *Mielenterveys ja -päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 20/2015*. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy: Tampere.
- Nordling, Esa & Rissanen, Päivi 2020. Mielenterveystyö uudistuu. Toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 40/2020. Puna-Musta Oy: Helsinki.
- Nuotio, Kimmo & Simojoki, Kaarlo & Yli-Hemminki, Esko 2023. Parempaa päihdepolitiikkaa. Rangaistuksista hoidon poluille. Gaudeamus: Helsinki

Organisaatio. Kaupungin organisaatio. Helsingin kaupunki. <<https://www.hel.fi/fi/paatoksenteko-ja-hallinto/kaupungin-organisaatio/toimialat/sosiaali-terveys-ja-pelastustoimiala/organisaatio>>. Viitattu 26.9.2025

Partanen, Airi & Alho, Hannu & Forsell, Martta & Kotovirta, Elina & Kuussaari, Kristiina & Mäkelä, Niklas & Rönkä, Sanna & Selin, Jani & Vorma, Helena 2017. Opioidikorvaushoito on laajentunut ja monimuotoistunut. Lääkärilehti 50–52/2017. <<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperäistutkimukset/opioidikorvaushoito-on-laajentunut-ja-monimuo>>. viitattu 15.6.2025

Partanen, Airi & Alho, Hannu & Kuussaari, Kristiina & Niemelä, Solja & Partanen, Markus & Rönkä, Sanna & Sundqvist, Lotta & Vorma, Helena 2022. Opioidikorvaushoidossa olleiden potilaiden hoitoon pääsy ja hoidon päättymisen vuonna 2019. Tutkimuksesta tiiviisti 34/2022. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL), Helsinki

Partanen, Airi & Holmberg, Jan & Inkinen, Maria & Kurki, Marjo & Salo-Chydenius, Sisko 2015. Päihdehoitotyö. Sanoma Pro Oy: Helsinki

Pentti, Karvonen 2000. Ministeriön asetus ja opioidiriippuvaisten korvaushoito. Yhteiskuntapolitiikka 65(5). 450–456. <<https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209116638>>. Viitattu 7.5.2025

Perustuslaki 731/1999. Annettu Helsingissä 11.06.1999. <<https://www.finlex.fi/eli?uri=http://data.finlex.fi/eli/sd/1999/731/ajantasa/2018-10-05/fin>>. Viitattu 30.10.2025

Päihdelääketieteen yhdistys ry 2023. Opioidikorvaushoidon hoitosuositus. Hansaprint oy: Turenki.

Ristolainen, Paula 2021. Toipumisorientoitunut työote asiakastyössä. Vantaan kaupunki ja Laurea Ammattikorkeakoulu.

Rönkä, Sanna & Ollgren, Jukka & Alho, Hannu & Brummer-Korvenkontio, Henriikki & Gunnar, Teemu & Karjalainen, Karoliina & Partanen, Airi & Väre, Tiina 2020. Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa vuonna 2017. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 136(8.) <<https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202103298719>>. Viitattu 31.3.2025

Santala, Juha 2022. Toipumisorientaatio päihdetyössä. Sosiaalipedagoginen aikakauskirja 23(1), 109–120. <<https://doi.org/10.30675/sa.109047>>. Viitattu 21.11.2025

Savolainen, Jussi & Kivimäki, Anne & Vikman, Mari 2023. Mielenterveys ja päihdehoitotyö. Sanoma Pro Oy: Helsinki

Sosiaali- ja terveysministeriö 2023. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 642/2023: opioidiriippuvuuden vieroitus- ja korvaushoidosta opioidilääkkeillä.

Sosiaali-, terveys- ja pelastustoimialan esittely. Kaupungin organisaatio. Helsingin kaupunki. <<https://www.hel.fi/fi/paatoksenteko-ja-hallinto/kaupungin-organisaatio/toimialat/sosiaali-terveys-ja-pelastustoimiala/esittely>>. Viitattu 26.9.2025

Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattiliitto Talentia ry 2022. Arki arvot ja etiikka. Sosiaalialan ammattihenkilön eettiset ohjeet. PunaMusta oy.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2024. Käypä hoito. Opioidiriippuvuuden diagnosikriteerit (ICD-10). Viitattu 1.4.2025

Tammi, Tuukka & Pitkänen, Tuuli & Perälä, Jussi 2011. Stadin nistit – huono-osaisten helsinkiläisten huumeidenkäyttäjien päihdeet sekä niiden käyttötavat ja hankinta. Yhteiskuntapolitiikka 76(1). 45-54. <<https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117807>>. Viitattu 3.4.2025

Tammi, Tuukka 2007. Medicalising prohibition: Harm reduction in Finnish and international drug policy. Gummerus: Helsinki.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Huumehoidon ja -kuntoutuksen asiakkaat 2023. Tilastoraportti 43/2024

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2021. Tilastoraportti 33/2022

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023a. Päihdetilastollinen vuosikirja 2023. Huumeet ja alkoholi. Punamusta Oy: Vantaa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023b. Opioidikorvaushoidossa olevien määrä on kasvanut – hoitoon pääsyä tulisi edelleen helpottaa. <<https://thl.fi/-/opioidikorvaushoidossa-olevien-maara-on-kasvanut-hoitoon-paasya-tulisi-edelleen-helpottaa>>. Viitattu 9.12.2025

Tomperi, Pirjo 2014. Päihdehuollon ja virkavallan välinen yhteistyö opioidikorvaushoidossa. Teoksessa Orjasniemi, Tarja (toim.) Moniammatillisen päihdetyön käytäntöjä kehittämässä – kohdeilmiöitä, menetelmiä, strategioita ja rajapintoja. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja 57. 459–475

Torunen, Jouni & Vahter, Tanja & Jokalainen, Suvi & Pitkänen 2022. Työntekijöiden näkemyksiä opioidiriippuvuuden korvaushoitolääkkeen valintaan ja apteekkijakeluun siirtymiseen vaikuttavista tekijöistä. Sosiaalilääketieteellinen aikauslehti 2022: 59.

Tourunen, Jouni & Vahter, Tanja 2019. Korvaushoidon siirtyminen apteekkijakeluun vähäistä. A-klinikkasäätiö: Tiimi 4/2019. <https://tiedostot.a-klinikkasaatio.fi/tutkitua/Tiimi_419.pdf>. viitattu 18.7.2025

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

Tynkkynen & al, Tilannekuvia hyvinvointialueilta – muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina. THL raportti 3/2025

Valli, Raine 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Näkökulmia aloittelevalle Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. PS-kustannus: Jyväskylä. E-kirja

Valli, Raine 2018. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-kustannus: Jyväskylä.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Sosiaali- ja terveysministeriö: ETENE julkaisu 1.

Vanjusov, Heidi & Kekoni, Taru & Meriluoto, Laura 2021. Asiakasturvallisuus päihdepalveluissa. Teoksessa Kurki, Taina & Jylhä, Virpi & Kekoni, Taru. Asiakasturvallisuus sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus Oy: Helsinki

Liite 1. Tiedote tutkimuksesta

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Korvaushoidon kulisseissa: Työntekijöiden kokemuksia moniammatillisesta työstä

Pyyntö osallistua tutkimukseen

Teitä pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa tutkitaan korvaushoidossa työskentelevien kokemuksia moniammatillisesta työskentelystä, toipumisorientaatiosta ja ammattieettisistä teemoista. Olemme arvioineet, että sovellutte tutkimukseen, koska työskentelette korvaushoidossa ja olette osa sen moniammatillista tiimiä. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja teidän osuuttanne siinä. Pehdyttyänne tähän tiedotteeseen teille järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta, jonka jälkeen teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Kieltäytyminen ei vaikuta kohteluunne työyhteisön jäsenenä.

Voitte myös keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta. Mikäli keskeytätte tutkimuksen, teistä keskeyttämiseen mennessä kerättyjä tietoja ja näytteitä voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa. Mikäli peruutatte suostumuksen, teistä jo kerättyjä henkilötietoja, näytteitä ja muita tietoja ei voida käsitellä enää osana tutkimusta, vaan ne hävitetään, mikäli niiden poistaminen aineistosta on edelleen mahdollista.

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa ajantasaista tietoa korvaushoidosta, jota voidaan käyttää tulevaisuudessa palvelun kehittämiseen.

Tutkimuksen toteuttajat

Tutkimus on osa tutkijoiden Lotta Karvasen ja Annora Ikosen opinnäytetyötä. Se toteutetaan yhteistyössä Helsingin kaupungin päihdepalveluiden kanssa, jossa yhteyshenkilönä toimii Irina Kaarnakari. Opinnäytetyötä ohjaa Metropolian Ammattikorkeakoulun lehtori Taina Valkeapää.

Tutkimusmenetelmät ja toimenpiteet

Opinnäytetyö on laadullinen. Aineistokeruumenetelmänä on puolistrukturoitu yksilöhaastattelu, ja aineisto analysoidaan teemoittelemalla. Tutkittavalta pyydetään osallistumista yksilöhaastatteluun, jonka kesto on maksimissaan 45 minuuttia. Haastattelut tullaan sopimaan tutkittavien kanssa niin, että haastattelu ei aiheuta ylimääräistä kuormaa työarkeen ja toteutetaan työajan puitteissa.

Tutkimus toteutetaan siten, että yksilöhaastattelut tehdään tutkittavan työtoimipisteessä suojatussa tilassa. Haastattelut äänitetään nauhurilla, josta äänite tallennetaan salattuun ulkoiseen kovalevyyn. Haastattelun aikana tehdään yleisiä muistiinpanoja haastattelun teemoista, joissa ei ole haastateltavien tunnistetietoja. Äänitteet litteroidaan ilman tunnistetietoja.

Kustannukset ja niiden korvaaminen

Tutkimukseen osallistuminen ei maksa teille mitään. Osallistumisesta ei myöskään makseta erillistä korvausta.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Kyseessä on opinnäytetyö, joka julkaistaan avoimesti Theseus-tietokannassa.

Tutkimuksen aineistojen hävittäminen

Tutkimuksessa kerätty aineisto tuhotaan tutkijoiden toimesta, kun opinnäytetyö julkaistaan Theseus – tietokantaan, viimeistään 31.5.2026.

Lisätiedot

Pyydämme teitä tarvittaessa esittämään tutkimukseen liittyviä kysymyksiä tutkijalle/tutkimuksesta vastaavalle henkilölle.

Tutkijoiden yhteystiedot

Tutkija

Nimi: Lotta Karvanen

Puh.

Sähköposti: lotta.karvanen@metropolia.fi

Tutkija

Nimi: Annora Ikonen

Puh.

Sähköposti: annora.ikonen@metropolia.fi

Tutkimuksesta vastaa

Titteli: Lehtori

Nimi: Taina Valkeapää

Metropolia Ammattikorkeakoulu / Myllypuron campus / hyvinvointitiimi 1

Puh. +358 50 567 6819

Sähköposti: taina.valkeapaa@metropolia.fi

Tutkimuksen tietosuojaseloste: Henkilötietojen käsittely tutkimuksessa

Tässä tutkimuksessa käsitellään teitä koskevia henkilötietoja voimassa olevan tietosuojalainsäädännön (EU:n yleinen tietosuoja-astus, 679/2016, ja voimassa oleva kansallinen lainsäädäntö) mukaisesti. Seuraavassa kuvataan henkilötietojen käsittelyyn liittyvät asiat.

Tutkimuksen rekisterinpitäjä

Rekisterinpitäjällä tarkoitetaan tahoja, joka yksin tai yhdessä toisten kanssa määrittelee henkilötietojen käsittelyn tarkoitukset ja keinot. Rekisterinpitäjä voi olla korkeakoulu, toimeksiantaja, muu yhteistyötaho, opinnäytetyöntekijä tai jotkut edellä mainituista yhdessä (esim. korkeakoulu ja opinnäytetyöntekijä yhdessä).

Tässä tutkimuksessa henkilötietojen rekisterinpitäjä on

Korkeakoulu

Toimeksiantaja Toimeksiantajan nimi:

Muu yhteistyötaho Yhteistyötahon nimi:

Opinnäytetyöntekijä

Tutkimuksessa teistä kerätään seuraavia henkilötietoja

Henkilötietojen käsittely on oikeutettua ainoastaan silloin, kun se on tutkimukselle välttämätöntä. Kerättävät henkilötiedot on minimoitava, niitä ei saa kerätä tarpeettomasti tai varmuuden vuoksi.

Tässä tutkimuksessa kerättäviä henkilötietoja ovat nimi, ääni ja työnimike.

Teillä ei ole sopimukseen tai lakisääteiseen tehtävään perustuvaa velvollisuutta toimittaa henkilötietojanne vaan osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

Tutkimuksessa ei kerätä henkilötietojanne muista lähteistä.

Henkilötietojenne suojausperiaatteet

Henkilötietoja kerätään haastatteluista ulkoisella sanelunauhurilla, josta äänite tallennetaan ulkoisille kovalevyille. Ulkoisia kovalevyjä on kaksi, jotka molemmat ovat suojattu omalla salasanalla. Kovalevyt säilytetään lukitussa lokerossa, johon vain tutkijoilla on pääsy.

Henkilötietojenne käsittelyn tarkoitus

Henkilötietojenne käsittelyn tarkoitus on olla osa tutkimuksen aineistoa. Tutkimuksen tavoite on tutkia korvaushoitoa, ja sitä voidaan käyttää apuna tulevaisuudessa palvelun kehittämisessä.

Henkilötietojenne käsittelyperuste

Suostumus

Tutkimuksen kesto (henkilötietojenne käsittelyaika)

Tutkimuksen kesto 1.10.2025-31.5.2026

Mitä henkilötiedoillenne tapahtuu tutkimuksen päätyttyä?

Tutkimuksen päätyttyä kerätyt henkilötiedot tuhotaan.

Tietojen luovuttaminen tutkimusrekisteristä

Henkilötietoja ei luovuteta ulkopuolisille.

Henkilötietojenne mahdollinen siirto EU:n tai ETA-alueen ulkopuolelle

Tietojanne ei siirretä EU:n tai ETA-alueen ulkopuolelle.

Rekisteröitynä teillä on oikeus

Koska henkilötietojanne käsitellään tässä tutkimuksessa, niin olette rekisteröity tutkimuksen aikana muodostuvassa henkilörekisterissä. Rekisteröitynä teillä on oikeus:

- saada informaatiota henkilötietojen käsittelystä
- tarkastaa itseänne koskevat tiedot
- oikaista tietojanne
- poistaa tietonne (esim. jos peruutatte antamanne suostumuksen)
- peruuttaa antamanne henkilötietojen käsittelyä koskeva suostumus
- rajoittaa tietojenne käsittelyä
- rekisterinpitäjän ilmoitusvelvollisuus henkilötietojen oikaisusta, poistosta tai käsittelyn rajoittamisesta
- siirtää tietonne järjestelmästä toiseen
- sallia automaattinen päätöksenteko nimenomaisella suostumuksellanne
- tehdä valitus tietosuojavaltuutetun toimistoon, jos katsotte, että henkilö-tietojanne on käsitelty tietosuojalainsäädännön vastaisesti

Jos henkilötietojen käsittely tutkimuksessa ei edellytä rekisteröidyn tunnistamista ilman lisätietoja eikä rekisterinpitäjä pysty tunnistamaan rekisteröityä, niin oikeutta tietojen tarkastamiseen, oikaisuun, poistoon, käsittelyn rajoittamiseen, ilmoitusvelvollisuuteen ja siirtämiseen ei sovelleta.

Voitte käyttää oikeuksianne ottamalla yhteyttä rekisterinpitäjään.

Tutkimuksessa kerättyjä henkilötietoja ei käytetä profilointiin tai automaattiseen päätöksentekoon

Henkilötietojen käsittely aineistoa analysoitaessa ja tutkimuksen tuloksia raportoitaessa

Teistä kerättyä tietoa ja tutkimusaineistoa käsitellään luottamuksellisesti lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Yksittäisille tutkittavalle annetaan tunnuskoodi ja häntä koskevat tiedot säilytetään koodattuina tutkimusaineistossa. Aineisto analysoidaan koodattuna ja tulokset raportoidaan ryhmätasolla, jolloin yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa ilman koodiavainta. Koodiavainta, jonka avulla yksittäisen tutkittavan tiedot ja tulokset voidaan tunnistaa, säilyttävät tutkijat Karva-

nen ja Ikonen 31.5.2026 asti eikä tietoja anneta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla eikä yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista.

Tutkimusaineistoa ja tutkimuksen yhteydessä kerättyjä näytteitä säilytetään salatuilla kovalevyillä, lukitussa lokerossa ja 9 kuukautta, jonka jälkeen ne hävitetään tuhoamalla kovalevyjen sisältö.

Liite 2. Tutkittavan suostumuslomake

Tutkittavan suostumuslomake

Tutkimuksen nimi: Korvaushoidon kullisseissa: Työntekijöiden kokemuksia moniammatillisesta työstä

Tutkimuksen toteuttaja: Metropolia Ammattikorkeakoulu;

Lotta Karvanen; lotta.karvanen@metropolia.fi ja Annora Ikonen; annora.ikonen@metropolia.fi

Opinnäytetyön ohjaaja Taina Valkeapää +358505676819; taina.valkeapaa@metropolia.fi

Minua on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tutkimukseen, jossa tutkitaan korvaushoidossa työskentelevien kokemuksia moniammatillisesta työskentelestä, toipumisorientaatiosta ja ammattieettisistä teemoista. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa ajantasaista tietoa korvaushoidosta, jota voidaan käyttää tulevaisuudessa palvelun kehittämiseen.

Olen saanut tiedotteen tutkimuksesta ja ymmärtänyt sen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja toteutuksesta, oikeuksistani sekä tutkimuksen mahdollisesti liittyvistä hyödyistä ja riskeistä. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Olen saanut tiedot tutkimukseen mahdollisesti liittyvästä henkilötietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta ja minun on ollut mahdollista tutustua tutkimuksen tietosuojaselosteeseen.

Osallistun tutkimukseen vapaaehtoisesti. Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista. Voin keskeyttää tutkimukseen osallistumisen tai peruuttaa suostumukseni koska tahansa syytä ilmoittamatta.

Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän (voin jatkaa sitä myöhemmin) tutkimuksen, keskeyttämiseen asti kerättyjä tietoja voidaan käyttää tutkimuksessa. Jos peruutan suostumukseni, minusta jo kerättyjä henkilötietoja, näytteitä ja muita tietoja ei voida käsitellä enää osana tutkimusta, vaan ne hävitetään, mikäli niiden poistaminen aineistosta on edelleen mahdollista.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen.

Jos tutkimusaineistoa jatkokäytetään tai avataan, annan allekirjoituksellani suostumukseni myös tähän.

Jos tutkimukseen liittyvien henkilötietojen käsittelyperusteena on suostumus, vahvistan allekirjoituksellani suostumukseni myös henkilötietojeni käsittelyyn. Minulla on oikeus peruuttaa suostumukseni tietosuojaselosteessa kuvatulla tavalla.

Allekirjoitus:

Nimenselvennys:

Alkuperäinen allekirjoitettu tutkittavan suostumus sekä kopio tutkimustiedotteesta liitteineen jäävät tutkijan arkistoon. Tutkimustiedote liitteineen ja kopio allekirjoitetusta suostumuksesta annetaan tutkittavalle.

Liite 3. Teemahaastattelurunko

Teemahaastattelurunko

Taustat, kokemukset ja ilmiöt

- Miten ja milloin olet päätenyt töihin korvaushoitoon
- Miten koet oman työsi
- Millaista on työskennellä korvaushoidossa tänä päivänä
- Millaisia ilmiöitä kohtaat työssäsi, onko ne muuttuneet aiemmasta
- Miten näet asiakkaiden toipumisprosessin ja sinun roolisi sen tukemisessa

Moniammatillisuus

- Miten moniammatillinen tiimi näyttäytyy työssä ja arjessa
- Millaisia vahvuuksia moniammatillisessa tiimissä on
- Mitä kehityskohteita tai haasteita näet moniammatillisissa tiimeissä, miten voisi kehittää
- Millaista tukea saat moniammatillisesta tiimistä omaan työhön ja asiantuntijuu-
tesi kehittämiseksi
- Millä tavoin työn vaikuttavuutta voisi mielestäsi kehittää

Toipumisorientaation periaatteet

- Miten toipumisorientaatio näyttäytyy työssäsi
- Miten sinä tai työyhteisö suhtaudutte toipumisorientaatioon ja sen periaatteisiin
- Millainen kuva sinulle on kehittynyt toipumisorientaation näyttäytymisestä asiak-
kaille
- Syntykö toipumisorientaation periaatteista joitain ristiriitoja tai haasteita
- Miten ja millaisia muutoksia huomaat asiakkaissa ja heidän elämänlaadussansa

Ammattieettisyys

- Mitä ammattieettisyyden mielestäsi sisältyy
- Oletko kokenut ammattieettisiä ristiriitoja työssäsi, millaisia?
- Ilmeneekö moniammatillisessa tiimissä ammattieettisiä eroavaisuuksia ammatti-
kunnan mukaan, millaisia?
- Miten ammattieettisyyttä valvotaan työssäsi/koetko saavasi riittävästi perehdy-
tystä

Lopuksi vapaa sana

- Onko jotain, jota haluaisit lisätä