

MARGINAALIN VANGIT?

Opioidiriippuvaisten korvaushoidossa olevien kokemuksia marginaalisuudesta

G. H. Meadin minäkäsityksen valossa

Tuuli Paukkunen

Pro gradu-tutkielma

Sosiaalityö

Yhteiskuntatieteiden

ja filosofian laitos

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2014

TIIVISTELMÄ

Marginaalin vangit?

Opioidiriippuvaisten korvaushoidossa olevien kokemuksia marginaalisuudesta G. H. Meadin minäkäsityksen valossa

Tuuli Paukkunen

Sosiaalityö

Pro gradu-tutkielma

Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

Jyväskylän yliopisto

Ohjaaja: Mikko Mäntysaari

Kevät 2014

Sivumäärä: 86 sivua + 2 liitettä

Tutkin pro gradu -tutkielmassani opioidiriippuvaisten korvaushoidossa olevien kokemuksia marginaalisuudesta. Korvaushoito on opioidiriippuvaisten kuntouttavaa, päihdeettömyyteen tähtäävää ja haittoja vähentävää hoitoa. Se on päihdehoidon muoto, joka yhdistää sekä lääkkeellisiä että psykososiaalisia menetelmiä.

Marginaaleja jäsenetään usein valtavirtaan luettujen hyväksytyjen arvojen, normien ja lakien noudattamisen kautta. Huumeidenkäyttäjät asettuvat marginaaliin paitsi normien rikkomisen perusteella, myös usein hyväksi katsottujen yhteisöjen ulkopuolisuuden perusteella. Myös korvaushoito itsessään on eräänlainen marginaali hoitomuotoon liittyvien kyseenalaistusten ja kiistanalaisuuden perusteella.

Käytin aineistona itse keräämääni teemahaastatteluaineistoa yhdeksältä opioidiriippuvaisten korvaushoitoon osallistuvalla henkilöltä. Tutkielmani on laadullinen ja aineiston analyysimenetelmänä käytin sisällön analyysia. Tulkitsin aineistoa käyttäen G. H. Meadin teoriaa minuuden rakentumisesta sosiaalisen vuorovaikutuksen kautta.

Tutkimuskysymykseni on: *Millaista on marginaalisuus opioidiriippuvaisten korvaushoidossa olevien kokemuksissa?*

Tutkielman perusteella korvaushoidossa olevat suuntautuvat kohti valtavirran elämäntapaa. Heidän haaveinaan ja tavoitteinaan ovat koulutus, työ, perhe, parisuhde ja sekä hoidon alasajo että riippuvuudesta irti pääsy. Huumeriippuvuudesta irti pääsy tarkoittaa kokonaisvaltaista minän muutosta, niin elämäntavan kuin arvojen ja asenteiden kohdalla.

Pelkkä korvaushoitoon sitoutuminen ei tarkoita marginaalisen aseman murtumista, koska marginaalinen status ei kulje käsi kädessä huumeriippuvuuden hallinnan kanssa. Marginaalista statusta todennetaan jatkuvasti sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, esimerkiksi korvaushoidossa olevien kokemien leimojen ja ennakkoluulojen kautta.

Marginaalista ulos pääsy edellyttää huumeettoman identiteetin vahvistumista. Muutoksen tukeminen edellyttää kokonaisvaltaista otetta myös päihdetyöltä. Korvaushoito voi lisätä

mahdollisuuksiaan asiakkaan tukemiseen psykososiaalisen yksilötyön vahvistamisen ja mielenterveystyön varmistamisen kautta.

Huumeriippuvuudesta irrottautuvan on usein vaikea löytää elämäänsä uudenlaista yhteisöllisyyttä, uusia sosiaalisia suhteita ja päihteettömiä ympäristöjä. Vertaistukitoiminta näyttäytyikin positiivisena voimavarana korvaushoidossa olevien elämässä.

Kokemus marginaalisuudesta on yksilöllinen. Tutkielman perusteella korvaushoidossa olevien elämään liittyy kuitenkin yhä marginaalista statusta ilmentäviä asioita niin korvaushoidon kuin huumeidenkäyttötaustan vuoksi. Tutkielman perusteella voi todeta, että opioidiriippuvaisten korvaushoidon asiakkaat liikkuvat kohti valtavirtaa, mutta vastavirtaan.

Asiasanat: Marginaalit, opioidiriippuvaisten korvaushoito, G. H. Mead

SISÄLLYS

1 Johdanto	3
2 Korvaushoito käytännössä ja tutkimuksessa	5
3 Marginaalit teoriassa ja tutkimuksessa.....	11
4 Minuuden rakentuminen G. H. Meadin teoriassa	17
5 Tutkielman toteutus.....	24
5.1 Aineisto	24
5.2 Menetelmällisiä valintoja	30
6 Marginaalisuus subjektin kokemuksena.....	37
6.1 Tapausesimerkki Milla - Ei marginaalissa	38
6.2 Tapausesimerkki Mika - Marginaalissa	40
7 Marginaalista vastavirtaan	42
7.1 Identiteetin muutostyö.....	42
7.2 Ennakkoluulojen keskellä	50
7.3 Korvaushoidossa koetut epäkohdat	61
7.4 Sosiaalisten suhteiden merkityksellisyys	70
8 Murtuuko marginaali korvaushoidossa?	77
Kirjallisuus	81
Liite 1: Haastattelupyyntö	
Liite 2: Haastattelurunko	

1 JOHDANTO

Kovien huumeiden käyttäjät asettuvat monella tapaa marginaaliin. Heidän osallisuutensa yhteiskuntaan on usein kyseenalaistettu, sillä he eivät noudata yhteisiä pelisääntöjä ja ovat usein monien instituutioiden (kuten koti, perhe, työ, koulutus) näkökulmasta ulkopuolisia. Toimiminen hyvinä pidettyjä arvoja ja normeja vastaan aiheuttaa heitä kohtaan torjuntaa ja halveksuntaa. Vaikka ihminen yrittäisi hoitaa huumeongelmaansa, ei silti ole itsestään selvää, että hänet hyväksytään yhteiskunnassa ja ihmisten silmissä.

Monet yrittävät päästä yli huumeriippuvuudesta ja osa siinä onnistuukin. ”Normaalin” elämän edellytykset eivät kuitenkaan ole kaikkien ulottuvilla ja niihin kiinni pääseminen on pitkä prosessi. Huumeriippuvuuden ei tarvitse leimata koko elämää. Voimmekin pohtia, millä tavalla ihmisen tulee toimia ja olla kiinni ”normaalissa” elämässä, jotta hän on ihmisten ja yhteiskunnan silmissä hyväksyty. Ovatko kerran leimatut ikuisesti marginaalin vankeja? Tätä voi hahmottaa tutkimalla marginaalissa elävien ihmisten kokemuksia.

Yksi tällainen mielenkiintoinen marginaali on opioidiriippuvaisten korvaushoito. Sillä nähdään olevan useita mahdollisuuksia koskien niin riippuvuuden hallintaa kuin huumeiden käyttöön kietoutuneisiin ongelmiin vastaamista. Korvaushoidon tavoitteena on opioidien käytön vähentäminen sekä rikollisuuden ja sosiaalisen syrjäytymisen pysäyttäminen. Hoidon kautta pyritään psykososiaalisten hoitojen mahdollistamiseen sekä kuntoutukseen, opiskeluun ja työllistymiseen suuntautumiseen ja niiden saavuttamiseen. Hoitomuodon ideaan sisältyy tavoite vähittäisestä opiaattikorvaushoidosta vieroittautumisesta. Korvaushoidolla pyritään myös HIV- ja C-hepatiittipotilaiden hoitoon ja ehkäisemään sairauksien leviämistä. Korvaushoidolla nähdään olevan mahdollisuuksia myös vankien rikoskierteen katkaisemisessa. (Opioidiriippuvaisten lääkehoitoja kehittäneen työryhmän muistio 2001.)

Korvaushoidolla pyritään siis parantamaan vakavasti opiaattiriippuvaisten ihmisten elämänlaatua, auttamaan heitä irti riippuvuudesta ja huumeiden käytön värittämästä elämismailmasta sekä tukemaan heitä yhteiskuntaan kiinnittymisessä. Korvaushoidon pitäisi olla tie ulos marginaalista. Tutkielmallani haluan selvittää miten tämä pyrkimys näyttäytyy korvaushoidon asiakkaiden kokemuksissa, heidän omasta tilanteestaan ja asemastaan käsin. Tutkielman aiheena ovat siis *opioidiriippuvaisten korvaushoidossa olevien kokemukset marginaalisuudesta*.

Marginaalin käsitettä on käytetty teoreettisella, abstraktilla tasolla paljon. Mutta mitä tarkoittaa marginaalisuus yksilön elämässä? Esimerkiksi Suvi Raitakari (2002, 45) on käsittänyt sosiaalityön asiakkaiden marginaalistatuksen yhteiskunnallisena asemana, joka viestii valinnanvapauden puutetta, rajattua toimintamahdollisuutta, ihmisarvon kyseenalaistumista, objektiasemaa ja/tai ei hyväksytyä elämäntapaa. Hän katsoo siihen liittyvän myös stigman, tabun ja toiseuden piirteitä. Tämän kaltaisista asioista kertovat myös tämän tutkielman tulokset.

Marginaalisuutta voidaan tarkastella yhteiskuntaan kiinnittymisen ja yhteiskunnallisiin uusintamisprosesseihin osallistumisen kautta. Tämä kuitenkin tarjoaisi suhteellisen kapean näkökulman subjektin kannalta. G. H. Meadin teoretisoinnit tarjoavat tutkielmaani näkökulman, jonka avulla marginaalisuutta voi tarkastella itsenä olemisen pohjalta, eikä pelkästään ulkoisiin yhteiskunnallisiin projekteihin osallistumisen kautta.

Meadin näkökulma tavoittaa omat lähtöoletukseni marginaalisuuden kokemuksen rakentumisesta. Lähestyin aihetta uskoen, että yksilön marginaalisuuden kokemuksen voi tavoittaa tarkastelemalla haastateltavien raportoimia tunteita itsestä, ympäristön palautteesta ja sosiaalista suhteista.

Tutkielma luo kuvan siitä, millaista marginaalisuus on niiden ihmisten kertomuksissa, joiden elämää varjostaa opiaattiriippuvuus ja kuntoutumisprosessia siivittää korvaushoidon asiakkuus. Kun marginaalisuus tulkitaan yksilön kokemuksena itsestä, muiden suhtautumistavoista ja yhteiskunnan odotuksista, koskettaa se laajasti koko yksilön identiteettiä ja toimintaa. Korvaushoidossa olevien marginaalista asemaa koskeviin piirteisiin liittyy asiakkuuden lisäksi olennaisesti tekijöitä elämäntavan ja arjen muutoksesta ennakkoluuloihin ja sosiaalisten suhteiden laatuun ja määrään.

Tutkimalla korvaushoidossa olevien kokemuksia, on mahdollista tuoda näkyväksi asemaan mahdollisesti liittyviä ristiriitaisuuksia. Marginaalisuuden käsite on moniulotteinen ja sen avulla voi tuoda esiin heidän asemassaan tapahtuneita muutoksia. Muutokset liittyvät yhteiskunnan peruspilareina pidettyihin asioihin; arvoihin ja ajattelumalleihin niin perheestä, työstä kuin muista ”normaalia” elämää jäsentävistä tekijöistä. Toisaalta marginaalisuuden kautta voidaan hahmottaa subjektiivisempia kokemuksia kohdatuista asenteista ja esteistä. Tutkielma tuo esiin tämänkaltaista asiakastietoa, joka voi auttaa ymmärtämään korvaushoidossa olevia paremmin.

2 KORVAUSHOITO KÄYTÄNNÖSSÄ JA TUTKIMUKSESSA

Korvaushoito on opiaattiriippuvaisille tarkoitettu hoitomuoto, joka yhdistää lääkkeellistä ja psykososiaalista kuntoutusta. Opiaattiriippuvaisella tarkoitetaan ICD-10 luokituksen mukaista opiaattiriippuvuutta (F11.2x). Lääkityksenä suomalaisessa korvaushoidossa käytetään metadonia ja buprenorfiinia sisältäviä lääkevalmisteita. (STM 33/2008). Lääkityksellä pidetään poissa vieroitusoireet, eikä sillä aiheuteta päihdyttävää vaikutusta. Tutkielmaan haastateltujen henkilöiden korvaushoitolääkkeenä oli metadoni.

Käytännössä lääke haetaan päivittäin ja otetaan valvotusti. Hoidossa myös sitoudutaan psykososiaaliseen kuntoutukseen, jota varten potilaalle laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma. Psykososiaalinen kuntoutus tarkoittaa tapaamisia omahoitajan ja lääkärin kanssa ja mahdollisuuksien mukaan osallistumista myös ryhmiin. Omahoitaja on sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilainen, joka vastaa pääosin psykososiaalisesta kuntoutuksesta. Psykososiaalisen kuntoutuksen sisällöstä ei ole tehty juurikaan tutkimuksia, mutta työntekijän toiminnassa se tarkoittaa yleensä omahoitajan käyttämiä terapeuttisia menetelmiä, keskusteluapua ja asiakkaan verkostopalavereihin osallistumista. (Harju-Koskelin 2007, 14-16).

Korvaushoidon alulle panoa Suomessa siivitti kroonistuneiden opiaattiriippuvaisten kasvanut määrä. Heroiinin ja muiden opiaattien suonensisäinen käyttö lisääntyi koko 90-luvun. Erityisesti pääkaupunki seudulla pantiin merkille lisääntynyt opiaattiriippuvaisten hoitoon hakeutuminen. Jo vuonna 1990 A-klinikkasäätiön lääketieteellisen kehittämisprojektin aikana havaittiin odottamattoman suuri joukko korvaushoitoa hakevia, kroonisesti riippuvaisia opiaattien käyttäjiä (Baas & Seppänen-Leiman 2002, 8). Päihdehuoltojärjestelmällä ei kuitenkaan ollut tuolloin mahdollisuutta vastata ongelmaan, sillä tarjolla ei ollut erityisesti opiaattiriippuvuuteen sopivia hoitovaihtoehtoja. Tämä lisäsi käyttäjien laitonta buprenorfiinin käyttöä. Temgesicin ja 90-luvun puolenvälin jälkeen erityisesti subutexin katukauppa ja niiden laitton hankkiminen yksityissektorilta lisääntyivät (Baas & Seppänen-Leiman 2002, 13). Temgesic ja subutex ovat kipulääkkeitä, joiden vaikuttava aine on buprenorfiini.

Vuodesta 1996 lääkehoito mahdollistui virallisesti Ranskassa ja vasta 1990-luvun ja 2000-luvun taitteessa pääosassa muita Euroopan maita (Baas & Seppänen-Leiman 2002, 8). Korvaushoidon aloittamisen Suomessa sinetöi viimeistään valtakunnallinen huumestrategia (Suomen huumestrategia 1997). Hoidon laajenemista kuvaa se, että buprenorfiinihoidon kokeilujen aikaan vuonna 2000, niitä oli käytössä ainakin kuudella A-klinikalla, kahdessa sairaalassa ja kahdessa terveyskeskuksessa (Baas & Seppänen-Leiman 2002, 16). Vuoteen 2006 mennessä pelkästään korvaus- ja ylläpitohoitojen määrän on arvioitu kattavan noin 80 hoitoyksikköä ja noin 800 asiakasta (Harju-Koskelin 2007, 10). Nykyään pelkästään Helsingissä korvaushoitoa saa noin 450 henkilöä (Opiattikorvaushoidossa yhä nuorempia..., 11/2011).

Vaikka korvaushoito on vakiinnuttanut paikkansa suomalaisessa päihdehuollon kentässä, se oli kiistelty aihe koko 90-luvun. Kyse oli osaltaan sosiaali- ja terveydenhuollon vastakkainasettelusta. Sosiaalitoimen alaisuuteen Suomessa perinteisesti kuuluneen päihdehuollon pelättiin medikalisoituvan (Harju-Koskelin 2007, 9). Kuitenkin esimerkiksi Selin (2011) toteaa väitöskirjassaan, että korvaushoito ei ole merkinnyt päihdehuollon medikalisaatiota.

Metadonikorvaushoidon Yhdysvaltojen pioneerin, lääkäri Vincent P. Dolen (1913-2006), mukaan yksin metadoni muuttaa vähän muuten kaoottista elämää. ”Kukaan ei ole luvannut, että metadoni tarjoaa koulutusta koulunsa kesken jättäneelle, arvokkuutta itsekunnioituksensa kadottaneelle tai sosiaalista verkostoa ihmiselle, joka on menettänyt kaiken. Tällaiset ongelmat on hoidettava muilla menetelmillä. Metadoni ei muuta ihmisen persoonallisuutta, mutta lisää fysiologisen perustan kuntoutukseen. Asianmukainen metadonihoito mahdollistaa henkilön toiminnan ns. normaalina ihmisenä.”

Lainsäädäntö

Korvaushoidot tuli virallisesti mahdolliseksi vuonna 1997 STM:n opioidiriippuvaisten lääkkeellisistä hoidoista antaman määräyksen myötä (STM 28/1997). Määräystä muutettiin seuraavana vuonna siten, että aiemmassa asetuksessa korkeintaan kolmen kuukauden mittaiseksi määrättyä hoitoaika pidennettiin vuoteen (STM 42/1998). Tämä oli tarpeen, sillä vuoden 1997 aikana aloitetuissa määräyksen mukaisissa hoitokokeiluissa oli kolme kuukautta todettu hoidon tavoitteiden toteutumisen kannalta riittämättömäksi (Harju-Koskelin 2008, 7-8).

Vuonna 2000 opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoidosta säädettiin asetuksella. Asetuksessa buprenorfiinihoidoille ei asetettu aikarajaa. Tämä johti korvaus- ja ylläpitohoidon yleistymiseen 2000-luvulla opiaattiriippuvaisten hoitomuotona. Asetusta on muutettu viimeksi vuonna 2008 (STM 33/2008) ja sitä ennen 2002 (STM 289/2002). Tällöin asetuksesta poistettiin termi ylläpitohoito ja alettiin puhua pelkästään opioidiriippuvaisten korvaushoidosta.

Muutokset ovat koskeneet myös hoidon järjestämistä ja toteuttamista, joka tämän hetkisen asetuksen mukaisesti tulee ”..toteuttaa sellaisessa terveyskeskuksessa, päihdehuollon yksikössä tai vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollon yksikössä, jossa on hoidon antamiseen perehtynyt hoidosta vastaava lääkäri ja toiminnan edellyttämä muu henkilökunta sekä muut edellytykset hoidon antamiseen.” (STM 33/2008 4§). Tällä ratkaisulla pyrittiin madaltamaan hoitokynnystä ja saamaan enemmän potilaita hoidon piiriin (Törmä 2009, 32). Asetuksen lisäksi korvaushoidossa sovelletaan useita lakeja, joista tärkeimmät ovat päihdehuoltolaki (41/1986) ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/2002).

Sijoittuminen päihdehuollon kenttään

Huumausaineriippuvuudesta voi irrottautua monin keinoin. Opiaattiriippuvaisia ajatellen hoitovaihtoehdot voidaan jaotella lääkkeellisyden perusteella neljään luokkaan, joita ovat

1. lääkkeettömät vaihtoehdot,
2. lääkkeelliset vaihtoehdot, jotka eivät sisällä opioideja,
3. lääkkeelliset vieroitushoitovaihtoehdot, jotka sisältävät opioideja, sekä
4. korvaus- ja ylläpitohoito (lääkkeellisiä ja sisältävät opioideja).

(Baas & Seppänen-Leiman 2000, 15).

Korvaushoidon rinnalla käytetään yhä usein termiä ylläpitohoito, vaikka termi onkin jo vanhentunut. Ylläpitohoito on toiminnaltaan samanlaista kuin korvaushoito, mutta on suunnattu niille, joiden irrottautuminen huumeista kokonaan on epätodennäköistä.

Käytännössä raja ylläpito- ja korvaushoidon välillä on häilyvä – asiakkaat voivat liikkua nimikkeen alta toiseen.

Korvaushoitoa tarjoavat yksiköt määrittävät itse järjestämänsä kuntoutuspolut. Esimerkiksi Jyväskylässä korvaushoidon järjestäminen jakaantuu kuntouttavaan korvaushoitoon, korvaushoitoon ja haittoja vähentävään hoitoon. Ensimmäisen päämääränä on hoidosta irrottautuminen. Toisessa vaihtoehdossa tavoitteena on elämän hallinta ja kuntouttavaan korvaushoitoon siirtyminen. Haittoja vähentävässä korvaushoidossa, eli entisessä ”ylläpito-hoidossa”, tähdätään kuntoutumisessa etenemiseen ja päihitteettömyyteen.

Korvaushoitoon ohjataan kuntien terveysasemien, päihdekliniikoiden tai päihdepäivystyksen kautta. Opioidiriippuvaisuus ja hoidon tarve arvioidaan huume-työryhmässä. Tämä arvion perusteella korvaushoito voidaan aloittaa joko avohoidossa tai huumevieroitusosastolla. Huume-kuntoutustyöryhmä toteuttaa korvaushoitoa avohoitona. Korvaushoito sisältää kuntoutussuunnitelman ja hoitosopimuksen mukaisen lääkityksen. Hoitoon sisältyy kokonaiskuntoutus ja menetelminä käytetään niin yksilökeskusteluja kuin ryhmähoitoja. Korvaushoitoon kuuluvia palveluja ja toimenpiteitä ovat toiminta- ja työkyvyn arviointi, palveluohjaus sekä huume-seulat ja muut laboratoriotutkimukset. Hoidon yksityiskohdat vaihtelevat paikkakunnittain ja hoitoa järjestävästä tahosta riippuen, mutta kaikkialla Suomessa toteutettavaa korvaushoitoa määrittää sosiaali- ja terveysministeriön asetus 33/2008.

Korvaushoidon päämääränä on potilaan aktiivinen kuntoutuminen niin, että hän – yleensä vuosien lääkehoidon jälkeen – kykenisi irrottautumaan lääkehoidosta (Baas & Seppänen-Leiman 2002, 17). Hoidossa tähdätään päihitteettömyyteen, mutta konseptin julkilausuttuna tavoitteena nähdään myös vain elämänlaadun parantaminen huumeiden käytöstä johtuvien haittojen vähenemisellä. Ns. ylläpito-hoidon tavoitteena korostuu juuri haittojen vähentäminen ja elämän laadun parantaminen – täysin päihitteetön elämä ei kaikkien kohdalla näytä mahdolliselta. Tällöin korostuu tavoite elämän inhimillistämisestä, mikä puolestaan saattaa mahdollistaa potilaan psykososiaalisen kuntoutumisen ylläpito-hoidon jatkuessa (Baas & Seppänen-Leiman 2002, 17).

Korvaushoidon on mahdollistanut Suomessa haittoja vähentävä huume-politiikka. Tammi (2007) on luonnehtinut suomalaista huume-politiikkaa kahden raiteen huume-politiikaksi. Perinteisen repressiivisen tai kieltopolitiikan rinnalle on siis hyväksytty haittojen vähentämisen aspekti.

Harm reduction -liike kehittyi 1980-luvun Euroopassa sekä kannanottona kieltopolitiikan epäkohdille että käytännöllisenä lähestymistapana huumeidenkäytöstä aiheutuvien haittojen vähentämiseen. Näitä haittoja ovat mm. huumekuolemat, tartuntataudit, syrjäytyminen, alakulttuurien voimistuminen ja rikollisuus (Törmä 2009, 23). Huumeiden käyttäjien ihmisoikeuksiin huomiota kiinnittävän liike ajaa strategioita, jotka mahdollistavat käyttäjien ihmisarvoisen elämän ja palvelujen saannin. Tähän liikkeen kannattajat eivät näe repressiivisen huume politiikan pystyvän. (Tammi & Hurme 2006, 113.) Suomalainen harm reduction -ajattelu kuitenkin nousee alun perin 1960 -70 luvun humanista ja rationaalista kriminaalipolitiikasta. Se näkee tehtävänänsä ensisijaisesti minimoida sosiaalisia haittoja ja suojella kontrollin kohteena olevia marginaaliryhmiä. (Tammi 2005, 388).

Huumeidenkäytön arvolutautuneesta luonteesta johtuen haittoja vähentävää lähestymistapaa ei Suomessa perustella huumeidenkäyttäjien ihmisoikeuksiin tai ihmisarvoiseen elämään viitaten. Turvallisempaa, neutraalimpaa ja yleisesti hyväksyttävämpää on perustella sitä kansanterveydellisillä syillä (Törmä 2009, 25, Hurme 2002, 297). Neutraalius on ollut edellytyksenä haittojen vähentämiseen tähtäävän politiikan hyväksymiseksi osaksi kansallista huume politiikkaa (Törmä 2009, 25). Valtavirran arvot sääntelet siis hyvin pitkälti huumeidenkäyttäjien saamaa hoitoa kussakin yhteiskunnassa lain ja politiikan keinoin.

Tutkimuksia korvaushoidosta

Korvaushoitoa ja opiaattiriippuvaisia on tutkittu paljon sekä Suomessa että ulkomailla. Aiheena ne vetoavat monien eri tieteenalojen intresseihin ja niitä voidaan tarkastella niin sosiologian, hoitotieteen, lääketieteen, psykologian kuin kriminologian perspektiivistä. Sosiaalityölle tärkeää tietoa saadaan siis paljon myös muiden tieteen alojen tutkimuksesta. Tutkimuksia on tehty esimerkiksi sosiaalisen kontekstin vaikutuksesta hoitoon osallistumiseen (esim. Lloyd, Ricketts, Strathdee ym. 2005, Corsi, Kwiatkowski & Booth 2007), opiaattiriippuvuuden yhteydestä muihin ongelmiin kuten rikollisuuteen (Firscher, Medved, Kirst ym. 2001) ja mielenterveysongelmiin (Verthein, Degkvizt, Haasen & Krausz 2005) sekä opiaattiriippuvaisten pääsystä terveydenhuoltoon (Chitwood, Comerford & McCoy 2002) ja heidän sosiodemografisesta asemastaan (Barray, Thirion,

Micallef ym. 2001). Nämä ovat perspektiivejä, jotka kertovat samalla myös tietoa korvaushoidossa olevien ja opiaattiriippuvaisten marginaalisesta asemasta.

Suomessa on tehty useita korvaushoitoa käsitteleviä väitöskirjoja. Selin (2010) on tutkinut korvaushoidon aiheuttamaa muutosta suomalaisessa huumeriippuvuuden hoidossa. Hän tarkastelee muutosta 1965-2005 kerättyjen asiantuntija-artikkeleiden pohjalta Michel Foucaultin hallinnan teorian näkökulmasta. Antti Weckrothin (2006) tarkastelun kohteena ovat valta ja merkityksen tuottaminen korvaushoidossa. Hän jäsentää etnografisen tutkimuksen kautta työntekijöiden ja asiakkaiden korvaushoidolle arkitoiminnassa antamia merkityksiä ja laitoksen sisäisiä valtasuhteita. Tuulikki Forssen (2005) taas on tehnyt lisensointityönsä huumeiden asiantuntijuuden rakentumisesta päiväkeskuksessa työyhteisön näkökulmasta. Lisäksi korvaushoidosta on hankittu tietoa useilla seuranta tutkimuksilla (esim. Baas & Seppänen-Leiman 2002, Harju-Koskelin 2007).

Tutkielmani teemaa lähellä ovat myös Elina Virokannaksen tuotokset, sillä hän tutkinut huumeidenkäyttäjien identiteettejä ja niiden muodostumista. Artikkeliväitöskirjassaan (2004) hän on tutkinut diskurssinanalyysin kautta alaikäisten huumeidenkäyttäjien haastatteluja ja analysoinut niissä näkyviä identiteettejä ja nuorten omalle päihteidenkäytölle antamia merkityksiä. Virokannas on tarkastellut nuorten huumeidenkäyttäjien (Virokannas 2004, Suoninen & Virokannas 2008) lisäksi myös päihteitä käyttävien äitien identiteettejä (Sinko & Virokannas 2009, Virokannas 2011).

Omaa tutkielmaani lähinnä on Ulla Knuutin (2007) väitöskirja huumeista irrottautuneiden elämäntavasta ja toipumisesta. Korvaushoitopotilaat ovat Knuutin tutkimuksessa osana aineistona. Hän käyttää marginaalisuuden käsitettä tutkimuksessaan kuvaamaan haastateltavien positiota huumeidenkäyttöaikana. Hänen tutkimuksessaan alakulttuurista siirrytään toipumiskulttuuriin. Omassa tutkielmassani näkökulma on erilainen. Aion tarkastella siirrytäänkö marginaalista tosiasiaa minnekään (ulos, toiseen marginaaliin tai vain kohti keskusta), ja sitä millaisia asioita tämä marginaalinen asema haastateltavien elämässä voi tarkoittaa.

3 MARGINAALIT TEORIASSA JA TUTKIMUKSESSA

Marginaalilla viitataan sananmukaisesti reunalla oloon. Se on tilallinen vertauskuva, jonka kautta hahmotetaan toiseuden tai poikkeavuuden suhdetta keskukseen. (Jokinen, Huttunen & Kulmala 2004, 12.) Puhe yhteiskunnallisista marginaaleista olettaa siis, että on olemassa jokin yhteiskunnallinen valtavirta, keskus, josta sivussa on mahdollista olla. Valtavirta hahmottuu usein keskeisten yhteiskunnallisten instituutioiden, hyväksytyjen arvojen ja ”normaalin” elämäntavan kautta. Eli kun puhumme marginaaleista, määritämme väistämättä samalla myös valtavirtaa (Helne 2002, 176-177).

Marginaalisuus jäsenyy materiaalisien, poliittisten ja kulttuuristen ulottuvuuksien kautta, jotka limittyvät ja kytkeytyvät toisiinsa. ”Meidän” ja ”muiden” välisiä eroja tuottavat esimerkiksi yhteiskunnallinen asema, etninen tausta, sukupuoli, sukupolvi, seksuaalinen suuntautuminen tai jonkin organisaation asiakkuus. (Jokinen, Huttunen & Kulmala 2004, 9-11).

Yhteiskuntatieteissä, erityisesti sosiologiassa, on aina oltu kiinnostuneita poikkeavuudesta. Poikkeavuuden tutkimisen voi katsoa juontuvan klassikoihin, kuten Talcott Parsonsiin (1902-1979) ja Michel Foucaultiin (1926-1984). Parsonsin mukaan yksilöt sisäistävät yhteiskunnan arvot sosialisointiprosessien kautta, joita yhteiskunnallisten instituutioiden tehtävä on välittää. Poikkeavuus on normin rikkomista ja samalla osoitus instituutioiden epäonnistumisesta ja yksilön suoriutumispaineista suhteessa yhteiskunnan arvoihin. Foucaultin poikkeavuudessa taas on kyse vaarallisesta yksilöstä, hänen tunnistamisestaan ja hallinnoimisestaan. (Kuure 1996, 14.)

Sosialisaatiota ja sosiaalista kontrollia on urauurtavasti käsitellyt Émile Durkheim (1858-1917). Klassinen sosialisaatioteoria lähtee Durkheimin olettamuksesta, että yhteiskunta on olemassa yksilöstä riippumatta ja sosiaalinen yhteisö muoaa yksilön osakseen. Ihminen saa identiteetin ja aseman yhteiskunnassa sosialisoinnin kautta. Sosialisointi on kulttuuriperinnön siirtämistä sukupolvelta toiselle. (Sipilä 1989, 140-141).

Bergerin ja Luckmannin (1981, 151) sosialisaatioteoria sisältää primaarin ja sekundaarin vaiheen. Ihminen omaksuu näiden kautta tietyn kulttuuriperinnön, identiteetin ja paikan yhteiskunnassa. Primaarissa vaiheessa identiteetti muokkautuu lähimpien sosiaalisten

suhteiden kautta. Sekundaarivaiheessa identiteettiin vaikuttavat erityisesti koulutus ja ammatti. Yksilö omaksuu ympäristön vaikutteista identiteettinsä ja roolit joissa hän toimii.

Zygmund Bauman (1997, 25-26) taas kuvaa maailmaa, jossa minuuden ja identiteetin pysyvyys ovat jatkuvassa epävarmuuden tilassa. Keskus ei ole itsestäänselvyys vaan jatkuvassa muutoksen tilassa. Keskus ja periferia sekoittuvat keskenään ja niiden väliset erot häviävät taivaan tuuliin. Toisaalta käsitykset marginaalin tekijöistä siis muuttuvat, toisaalta marginaalin ”tekijät”, sinne asettuvat ihmiset, muuttuvat. Yhteiskunnan muuttuessa vieraasta tulee tuttu. Ihmisen muuttuessa hänestä tulee tuttu.

Sosiaalisiaatio ja sosiaalinen kontrolli eivät kuitenkaan voi saavuttaa täydellisiä tuloksia. Itse asiassa poikkeavuus on välttämättömyys kontrollin ja sosialisiaation olemassa ololle. (Durkheim 1982, 83-91). Jotta voi olla normaaliutta, on oltava myös poikkeavuutta.

Sosiaalisiaatio, institutionaalistuminen ja sosiaalinen kontrolli vaikuttavat ihmisen ajatteluun ja toimintaan. Tämä tarkoittaa Bergerin mukaan sitä, että ihmiset haluavat juuri sitä, mitä yhteiskunta heiltä odottaa. (1984, 103 Sipilän 1989, 144 mukaan).

Marginaaliryhmien elämäntapaa käsittelevinä klassikkoteoksina pidetään muun muassa Nels Andersonin kuvausta 20-luvun Amerikassa eläneistä kulkureista (1923) ja Howard S. Beckerin tutkimusta marihuanan polttajista (Becker 1963). Suomessa marginaaliryhmiä ja marginaalisuutta koskeva tutkimus yleistyi 1990-luvulla. Marginaalinen asema yhdistyi tuolloin esimerkiksi asunnottomuuteen (Granfelt 1998), toimeentulo-ongelmiin (Pohjola 1994), rikollisuuteen (Kuure 1996) ja sairauteen (Huotari 1994).

Mitä ryhmiä marginaaleissa on ja mitä niihin asetetaan heijastaa muun muassa ajallista ja kulttuurista kontekstia jossa elämme. 2000-luvulla suomalaisessa tutkimuksessa on kiinnitetty huomiota esimerkiksi maahanmuuttajiin ja etnisiin vähemmistöihin (esim. Rastas 2004, Huttunen 2004), mikä kertoo tapahtuneista väestöllisistä ja poliittisista muutoksista. Toisaalta joku on varmasti valmis kyseenalaistamaan esimerkiksi naiseuden marginaalina ja toiseutena suomalaisessa nyky-yhteiskunnassa. Vaikka naiseus itsessään ei tasa-arvoiseksi miellettyssä yhteiskunnassa näyttäisi eroja muodostavalta tekijältä, naiseus voi kuitenkin määrittää tai vahvistaa asemaa marginaalissa. Naiseus tuottaa kaksinkertaisia marginaaleja; esimerkiksi asunnottomuus ja päihdeongelmat saattavat näyttäytyä vielä tuomittavampina naisilla kuin miehillä. Tällaista tilannetta kuvaa Riitta Granfelt (1998) tutkimuksessaan asunnottomista naisista.

Ihmisiä voidaan siis asettaa marginaaliin usein perustein. Nämä perusteet voivat olla ominaisuuksia kuten rotu, sukupuoli tai seksuaalinen suuntautuminen. Määrittäjänä voi olla myös ihmisen elämäntilanne, elämäntapa tai olosuhde kuten työttömyys tai asunnottomuus. Marginaalin käsite on siis mitä suurimmassa määrin tapa jäsentää yhteiskunnallisia ilmiöitä. Marginaalien tutkiminen tarkastelee keskusta ja periferiaa, normaalia ja epänormaalia, tuttua ja vierasta. Samalla se usein tuo esiin myös sen mikä yhteiskunnassa on toivottua ja epätoivottua, hyväksyttyä ja torjuttua, puhuttua ja vaiettua..

Marginaalin elämäntavan tulkintaan liittyy ajatustottumus, jossa marginaali nähdään vaikeutena ja lohduttomuutena ja tavallisuus normaliteettina, johon kaikille tulisi taata pääsy (Hyväri 2001, 79). Yhteiskuntatieteellinen marginaalien tutkimus usein vahvistaakin tätä ajatuskulkua, sillä usein sen lähtöpyrkimyksenä on tuoda esiin esteitä marginaaliryhmien elämässä.

Marginaalin käsite on läheistä sukua syrjäytymisen käsitteelle. Marginaalin käsite tulikin osin paikkaamaan syrjäytymisen saamaa käsitteekritiikkiä 1990-luvulla. Helne (1994, 38) selittää muutosta siirtymisellä modernista ajasta postmoderniin, jota marginaalisuus ja toiseus kuvaavat paremmin kuin syrjäytyminen. Sekä syrjäytymisen että marginaalin käsitteiden avulla kuvataan yksilön ja yhteiskunnan suhdetta sekä yksilön asemaa yhteiskunnassa. Usein niiden avulla hahmotetaan jonkin ryhmän irrallisuutta ja ulkopuolisuutta. Syrjäytymisen tutkimus liittyy perinteisesti teemoihin kuten köyhyys, huono-osaisuus ja moniongelmaisuus. Kasaantunutta huono-osaisuutta usein tarkoittavana se automaattisesti määrittelee kohteensa negatiivisesti ja on luonteeltaan leimaava.

Marginaalisuus on käsitteenä syrjäytymistä moniulotteisempi. Kuuren mukaan marginaalissa olemiseen liittyy usein kyky nähdä jotain enemmän tai erilailla. Marginaalisuus nähdään tällöin avantgardistisena tilana ja syrjässä olo innovatiivisena. Toisaalta marginaalissa olo voidaan nähdä pelkkänä syrjäytymisenä sen negatiivisimmassa merkityksessä. Ensimmäisen tulkinnan vaarana on marginaalin romantisointi, jälkimmäisen tulkinnan vaarana taas on kurjuuden patologisointi. (Kuure 1996, 12.) Granfelt (1998, 102) on kuvannut marginaalissa oloa parveke -metaforan kautta. Yksilö on tavallaan ulkona, ulkopuolella jostakin, mutta millainen näköala sieltä voikaan olla! Marginaalisuus pitää sisällään myös idean monisuuntaisesta liikkeestä, joka voi kuljettaa pois päin normaalista, mutta myös kohti keskusta. Marginaalisuuden käsitteen alle asettuvat

kysymykset toiseudesta, sivullisuudesta ja erilaisuudesta. Marginaalisuuden käsitteellisiä vahvuuksia syrjäytymiseen verrattuna on, että sen avulla voidaan jäsentää subjektiivisia kokemuksia, sen kadottamatta sosiaalis-taloudellista tai huono-osaisuuden perspektiiviä. (Knuuti 2007, 17.) Esimerkiksi Hyvärin (2001, 79) mukaan se, että ihmiset toivovat parempaa elämää ja elinoloja, ei aina merkitse, että he haluaisivat samaistua johonkin epämääräiseen ja merkityksiltään tyhjään normaliteettiin.

Marginalisaation ja syrjäytymisen tutkimusperinteessä on olennaista tavoittaa niitä ”maan hiljaisia” joilla ei ole äänivaltaa ja jotka ovat vaiennettuja. On katsottu tärkeäksi auttaa näitä ääniä kuuluville. Usein nämä marginaalin identiteetit kuitenkin ilmenevät yhteiskunnallisessa keskustelussa asiakkuutena ja diagnostiikan läpikäymänä poikkeavuuden määrittelyinä. Sosiaalipoliittisella tutkimuksella on tunnistettu ja tehty näitä marginaaleja näkyviksi. (Hänninen & Karjalainen 1994, 5.)

Marginaalin paikantuminen tutkielmassa

Marginaalin käsite on tapa kuvata huumeiden käyttäjiä yhtenä ryhmänä. Toisaalta sen avulla on myös kuvattu, jollain tietyllä jaottelulla, jotkin tietyt kriteerit täyttäviä huumeidenkäyttäjiä (esim. Lindberg 1998, 253). Korvaushoitoon pääsyn kriteerit edellyttävät vakavaa huumeriippuvuutta, joten käyttöaikojen marginaalista asemaa on kai turha kyseenalaistaa. Korvaushoidossa olevien voi siis katsoa olevan lähtökohtaisesti marginaalissa.

Tarkastelen tutkielmassani opioidiriippuvaisten korvaushoidossa olevien henkilöiden marginaalisuuden kokemuksia. Tutkielmassa on kyse yksilötason kokemukseen pureutumisesta. Miten ja millä perusteella siis sijoitan tämän ”ryhmän” marginaalisuuden tutkimukseen? Perusteluja voin esittää esimerkiksi käsitteen teoreettisten jäsenysten ja sosiaalityön kohdejoukkona olemisen kautta.

Marginaalit ovat tapa kuvata yhteiskunnan koostumusta, järjestymistä. Se rakentuu usein teoreettisten kuvausten varaan keskus-periferia analyyseista. Tätä on kuvannut esimerkiksi Tuula Helne kattavasti väitöskirjassaan Syrjäytymisen yhteiskunta. (2002). Marginaalin rajat ovat liikkuvia eikä se ole staattinen, pysyvä tila. Helneen mukaan paikantaminen voi olla niin sosiaalista, spatiaalista ja kuin symbolista.

Oma tutkielmani siis paikantuu marginaalin ja valtaviiran rajalle. Esimerkkinä suuremmin marginaaleihin kohdistuvasta tutkimuksesta voi pitää esimerkiksi Sinikka Törmän (2009) artikkeliväitöskirjaa matalan kynnyksen käsitteestä. Matalan kynnyksen on havainnollinen pohdittaessa huumeidenkäyttäjien marginaalisuuden käsitteen kautta. Matalan kynnyksen pyrkiessä tavoittamaan huono-osaisimpia ja syrjäytyneimpiä huumeiden käyttäjiä se kohdistuu epäilemättä marginaaliin.

Ironista kyllä, marginaalien tarkastelu empiirisesti ei koskaan voi tavoittaa kunnolla kohdejoukkoaan. Äärimmäiselle marginaalisuudelle on ominaista täydellinen ulkopuolisuus. Nämä katveeseen jäävät edustavat marginaalin ulommaista laitaa, joka jää sekä käytännön sosiaalityön että marginaalien tutkimuksen ulkopuolelle.

Huumeidenkäyttäjät ja huumeriippuvuudesta kuntoutuvat kuuluvat sosiaalityön toiminta-areenalle. Ne yksilöt ja ryhmät, joiden kanssa sosiaalityö toimii, ovatkin usein yhteiskunnassa marginaalissa. He ovat syrjäytyneitä tai syrjäytettyjä tai muutoin ulkona ”valtaviirasta”. Sosiaalityön perinteisessä ammatillisessa missiossa korostuu juuri yhteiskunnan erilaisissa marginaaleissa elävien puolelle asettuminen ja heidän asemansa parantamiseen pyrkivää työtä (Juhila 2002, 11). Työskennellessään sosiaalityöntekijät paikantavat marginaaleja ja toimivat paikatakseen marginaalien puutteita ”sosiaalisessa” ja hyvinvoinnissa. Erilaisten yhteiskunnan marginaaliryhmien kanssa työskentelyn voi katsoa olevan sosiaalityön ydintehtävä.

Sosiaalityö sekä työskentelee marginaalien kanssa että sosiaalityön itsessään voidaan katsoa olevan marginaalista toimintaa. Myös tämän asetelman kautta tutkielman kohdejoukko asettuu marginaaliin. Juhila on jäsentänyt sosiaalityön suhdetta marginaaleihin kolmella tapaa (2002, 13-18). Sosiaalityö on marginaaleja integroiva, marginaalien toiseutta tuottava ja toisaalta myös marginaaleja osallistava. Ensinnäkin sosiaalityön voi nähdä integroivan ihmisiä marginaaleista hyvinvointivaltioon.

Sosiaalityöntekijät ovat siis integroinnin ammattilaisia. Raja hyvinvointivaltion ja marginaalin välissä nähdään olevan läpäisevä ja siirtymisen keskukseen sekä mahdollista että toivottavaa. Tässä mallissa sosiaalityö on itse osa keskusta. Toiseutta tuottavassa mallissa taas sosiaalityö nähdään keskuksesta katsottuna marginaaliseksi, tehottomaksi ja hyvinvointivaltiolle jopa haitalliseksi toiminnaksi. Sosiaalityö luo ja pitää yllä marginaaleja, sillä se nimeää niitä, toimii marginaaliin kuuluvien ihmisten kanssa ja heidän

hyväksi aiheuttaen riippuvuutta hyvinvointivaltiosta. Osallistavassa tai osallistuvassa mallissa sosiaalityö taas asettuu itse marginaaliin niissä elävien ihmisten kumppaniksi ja tasavertaisen dialogin käyjiksi. Asettumalla marginaaliin yritetään häivyttää tai jopa kieltää rajojen olemassa olo.

Juhilan esityksessä on kyse näkökulmista ja tavoista katsoa sosiaalityön suhdetta marginaaleihin. Malleista ei löydy yhtä ainutta oikeaa, ja kaikki ovat yhtä tosia. Vaikka mainittuja malleja on paikannettu modernille (integroiva malli) tai myöhäismodernille (toiseutta tuottava malli) ajalle tyypillisiksi, ovat kaikki kuitenkin samaan aikaan ja kaikkina aikoina esiintyviä.

Oma tutkielmani koskee palveluun jo kiinnittyneitä, huumausaine-ehtoisesta elämäntavasta ulos pyrkiviä henkilöitä. Heidän voi katsoa siis sijoittuvan keskustan ja periferian rajoille, keskustaan suuntautuvalla reunalla. Tutkielma pyrkii havainnollistamaan opioidiriippuvaisten korvaushoidossa olevien henkilöiden kokemuksia tästä rajankäynnistä. Millaisia vaikeuksia tai esteitä nämä henkilöt tuntevat ja kohtaavat, johtuen asemastaan entisenä huumeidenkäyttäjänä ja tietyn hoitomuodon, opiaattiriippuvaisten korvaushoidon, asiakkuudesta. Marginaalisuuden kokemisen ja sen luonteen tavoittamiseen tarvitsen G.H. Meadin teoriaa minän rakentumisesta sosiaalisessa vuorovaikutuksessa.

3 MINUUDEN RAKENTUMINEN G.H. MEADIN TEORIASSA

Näen huumemaailmasta irrottautumisen yksilön siirtymisenä marginaalia edustavasta elämäntavasta kohti valtavirran elämäntapaa. Samalla marginaalisuus ei kuitenkaan mielestäni ole vain itse toimintatavassa, huumeiden käytössä, vaan se on jotakin koko yksilöä laajemmin koskettavaa. Marginaalisuuden kokemus ei ole riippuvainen vain itsestä, vaan syntyy yhteiskunnan määrittelyjen alaisena ja kokemuksista muiden ihmisten kanssa tapahtuvasta vuorovaikutuksesta.

Kokemus marginaalisuudesta on mielestäni jäljitettävissä ja havainnollistettavissa haastattelujen kautta raportoiduista tunteista, käyttäytymisestä ja suhtautumistavoista. Aineistoni henkilöt ovat elämän muutoksen keskellä, matkalla kohti päihteettömyyttä ehkäpä myös irti marginaalista. Tämän muutoksen teoreettiseen jäsentämiseen valitsin kantavaksi teoreetikoksi G.H. Meadin.

Syksyllä 2012, aineiston keruun jälkeen, tutustuin G. H. Meadin teoriaan minän rakentumisesta sosiaalisen vuorovaikutuksen kautta. George Herbert Mead (1863-1931) oli yhdysvaltalainen sosiaalipsykologi ja filosofi. Hänen teoriansa edustavat pragmatistista filosofiaa ja sosiaalista interaktionismia.

Ilmari Rostilan mukaan Meadin tulkinnassa on ”kysymys teoreettisesti perustellusta tavasta nähdä yksilön ulkopuolisten suhteiden suhde minään sosiaalisen itsen välityksellä ja viimekädessä yhteiskunnallisen kokonaisuuden suhde minään. Sama voidaan ilmaista sanomalla, että tarkoituksena on perustella, miksi minän muutos ei ole mahdollista ilman yksilön sosiaalisten suhteiden muutosta ja miten yksilön sosiaalisten suhteiden muutos edellyttää välttämättä hänen minänsä muutosta. Viime kädessä osoitetaan yhteys minän muutoksen ja yksilön yhteiskunta suhteen välillä” (Rostila 1988, 21). Käytän Meadin teorian avaamiseen tässä luvussa Rostilan Mead tulkintaa. Hän on käyttänyt tutkimuksessaan itse saksankielistä Mead käännöstä, jota en saatavuuden ja puutteellisen kielitaidon takia itse saattanut käyttää. Pidän Rostilan käyttämistä lähteenä kuitenkin pätevänä, sillä hänen Mead tulkintansa on suomalaisen sosiaalityön klassikkoja.

Symbolinen interaktionismi

Meadin teoria symbolisesta interaktionismista perustuu eleisiin, symboleihin ja merkityksellisiin merkkeihin, jotka ohjaavat inhimillistä toimintaa. Meadin mukaan sosiaalinen toiminta on eräänlainen sopeutumisprosessi. Yksinkertaisimmillaan toiminnassa on kyse siitä, että motivaation ja tarpeiden ajama yksilö toteuttaa reaktion, jonka toinen osapuoli kokee ärsykkeenä. Tämä ärsyke taas aikaan saa toisen osapuolen reaktion. Inhimillisen ja älykkään toiminnasta tekee se, että ihminen voi reagoida ärsykkeisiin viiveellä. Hän voi valikoida ärsykeitä ja reaktioita sekä käyttää menneisyyden kokemuksia hyväkseen reagoidessaan ärsykeasetelmiin. (Mead 1962, xx, xxi) (Mead 1968, 295 Rostilan 1988, 23 mukaan).

Kun molemmat osapuolet ovat motivoituneita ja toiminnan tulos on toivottu, se aikaansaa vakiintuneita käyttäytymistäipumuksia. Ongelmatilanne syntyy, kun ensimmäisen osapuolen aikaansaama ärsyke ei tuota toivotunlaista tai muuten hänen kannaltaan positiivista toimintaa. Toisen osapuolen vastareaktio viekin ensimmäistä osapuolta kauemmas hänen tavoittelemistaan asioista. Jos ristiriidat toimintojen sarjassa jatkuvat, organismit ottavat toisiaan yhä vähemmän huomioon. Tällöin ei Meadin mukaan synny ”yhteiskunnallistumista”. ”Yhteiskunnallistuminen” syntyy, jos osapuolet löytävät tavan sopeutua toisiinsa. (Mead 1968, 293 Rostilan 1988, 22-23 mukaan).

Meadin termi *ele* (*gesture*) tarkoittaa sitä osaa sosiaalisesti toimivan yksilön toiminnasta, joka saa toisen yksilön vastaamaan toimintaan. Symboli taas on sellainen *ele*, joka muodostaa lähtökohdan reaktiolle, jonka tuottaa lopullisen toiminnan. Merkki taas on kiinne kohta toiminnassa, jolloin osapuolilla on mahdollista valikoida toimintansa toisin ja näin katkaista tietty ärsyke-reaktio yhteys. Merkki mahdollistaa myös sen että vuorovaikutus jaksoja ei tarvitse aina läpikäydä uudelleen alusta asti. (Mead 1962, xx, xxi) (Mead 1968, 297 Rostilan 1988, 23-25 mukaan). Meadin ”lopullinen toiminta” tai ”Yhteiskunnallinen” on siis tekemisen, toiminnan, tulos eikä ennalta määrätty (Rostila 1988, 25).

Meadin symbolien voima on niiden pätevydessä eli toimivuudessa. Symbolit muodostavat kiinne kohtia tulevaisuutta koskevia odotuksia kohtaan. Tähän ajatukseen tiivistyvät inhimillisen toiminnan motivaatiota edistävät jaksot. Näin symbolijärjestelmiin liittyy tietynlaista pakottavuutta. Merkit lupaavat edullista tulosta. Tällöin niistä poikkeaminen

laukaisisi uudenlaisen, monimutkaisen ja riskialttiin sopeutumisprosessin. (Rostila 1988, 25).

Meadin teoretisointi muodostaa siis tietynlaisen järjestelmän yksilön toiminnan suuntautumiselle. Yksilöllä on sen perusteella valmius vastata toisten odotuksiin. Yksilö voi itse kontrolloida osallistumistaan vuorovaikutusprosessiin. Hän voi siis toimia odotusten mukaan tai ei. Meadin ”sosiaalinen minä” muodostuu sopeutumisprosessista ja odotusten järjestelmästä, joka ilmenee yksilön ja merkityksellisten henkilöiden (”significant other”) suhteessa. Toimittaessa odotuksia vastaavalla tavalla ”sosiaalinen minä” merkitsee siis kykyä suuntautua symboleihin ja ilmaista se käytännössä niin, että oman toiminnan kontrolloinnilla suhteessa toisen osapuolen reaktioihin syntyy ”lopullinen”, molempien tarpeita, motiiveja ja toimintaodotuksia vastaava tulos. (Mead 1968, 235, 300 Rostilan 1988, 26 mukaan).

Minän rakentuminen meadilaisittain

”Me olemme mikä olemme niiden suhteiden kautta, joita meillä on toisiin”. Meadin mukaan minuus rakentuu minästä (self) ja sosiaalisesta itsestä (me). Minä on toimijan reaktio muiden suhtautumistapoihin. Sosiaalinen itse taas on muiden suhtautumistapojen omaksuttu kokonaisuus. Toisten suhtautumistavat muodostavat organisoidun sosiaalisen itsen ja siihen reagoidaan minänä. Sosiaalinen minä on toimintaa koskevien odotusten järjestelmä, joka ilmenee henkilön käyttäytymisvalmiuksissa ja suhtautumistavoissa (Mead 1968, 218, 300, Rostilan 1988, 28 mukaan). Minuus siis rakentuu erottamattomasti niiden todellisten toimintayhteyksien kautta joita meillä on toisiin ihmisiin.

Henkilön sosiaalisten suhteiden muutokset välittyvät siis häneen itseensä. Muutos tilanteessa tai toisten toiminnassa merkitsee kriisiä vuorovaikutuksessa. Se heijastuu niin sosiaalisten suhteiden kuin toiminnan kontekstiin ja siten myös odotuksiin.

Vuorovaikutuskriisissä henkilön täytyy tarkastella odotuksiaan uudelleen. Tiettyjä suhtautumistapoja täytyy vahvistaa, toisista luopua ja toisinaan omaksua täysin uusia tapoja. (Mead 1968, 207, 303, 217 Rostilan 1988, 27-28 mukaan).

Henkilön yrittäessä muuttaa itseään hän joutuu muokkaamaan suhteita toisiin ihmisiin käytännössä. Muutokset odotusten järjestelmässä merkitsevät myös pyrkimystä luoda toisiin ihmisiin uudenlaisia suhteita. (Ritsert 1980, 304. Rostilan 1988, 28 mukaan). Kun

yksilö pyrkii muuttamaan sosiaalisia suhteitaan tai on pakotettu siihen, hänen on myös puolustettava uusia suhtautumistapojaan ja ylläpidettävä niitä jokapäiväisessä todellisessa toiminnassa. (Mead 1968, 241. Rostilan 1988, 29 mukaan).

Meadin ”yleistetty toinen”

Minuus ei rakennu vain suorassa vuorovaikutuksessa merkityksellisten henkilöiden kanssa. Minuuteen vaikuttaa myös ”yleistetty toinen”. Tällä Mead tarkoittaa yhteiskunnallisia suhtautumistapoja, jotka ovat ominaisia kokonaisille yhteiskunnallisille ryhmille. Ne ovat yhteiskunnallisen tai ryhmäkäyttäytymisen yleisiä, systemaattisia malleja. (Mead 1968, 305, Rostilan 1988, 29 mukaan.)

Nämä yhteiskunnalliset suhtautumistavat ilmenevät merkityksellisten toisten mahdollisina toimintatapoina. Merkit paljastavat ryhmälle tyypillisen käyttäytymisen. Kun yksilö suuntautunut yleistetyn toisen odotusten mukaisesti, hän omaksuu ja sisäistää yleistetyn toisen odotukset. Yleistetty toinen siis asettaa tietynlaisen sopeutumisen vaatimuksen. (Mead 1968, 305, Rostilan 1988, 29 mukaan.)

Voidaan siis katsoa, että yleistetyissä odotuksissa ilmenevät yhteiskunnallisen elämän yleiset järjestysperiaatteet. Niiden kautta sosiaalisen itse ja yhteiskunnallisen kokonaisuuden välille muodostuu väistämätön yhteys. (Mead 1968, 305, Rostilan 1988, 29-30 mukaan).

Minän ja yleistetyn toisen suhde on myös tavallaan vastavuoroinen. Todelliset yhteiskunnalliset suhteet muuttuvat kriisien ja konfliktien vaikutuksesta. Tämä kohdistaa muutospaineita sosiaaliseen itseän. Tällöin vaaditaan minän panosta sosiaalisen itsen uudelleen järjestämisessä. Toisaalta henkilön identiteetti ja persoonallisuus syntyvät hänen yhteiskunnallisten suhteidensa kautta. Näin ollen hän ei voi järjestää uudelleen tätä identiteettiä muuttamatta samalla määrättyssä laajuudessa sitä yhteiskunnallista järjestystä jonka hänen yhteiskunnalliset suhteensa luovat. (Mead 1968, 357, Rostilan 1988, 30 mukaan).

Yhteiskunnallinen muutos ei automaattisesti aiheuta yksilön muuttumista. Yksilön täytyy ottaa omakseen se yhteiskunnallinen projekti, jonka pyrkii muuttamaan yhteiskunnallisia järjestys periaatteita. Hänen tulee ilmentää uutta näkökulmaansa sosiaalisessa

kokonaisuudessa. Tämä tarkoittaa mahdollisia uusia toimintaperiaatteita todellisissa vuorovaikutustilanteissa toisten kanssa. (Mead 1968, 306, Rostilan 1988, 31 mukaan).

Itsen muuttuminen riippuu muiden mahdollisuuksista vaikuttaa itsemääräämisen laajentamiseen. Itsemääräämisen kasvu ratkeaa sen perusteella, missä määrin yhteiskunnallisia suhteita voidaan muuttaa suotuisaksi jokaisen yksittäisen persoonan kehitykselle. Tämä edellyttää, ettei ”yleistetty toinen” kiellä ihmisen persoonaa eikä pyritä yliotteeseen suhteessa häneen. (Mead 1968, 239 Rostilan 1988, 31 mukaan).

Korvaushoito Meadin teorian valossa

G. H. Meadin teoria tarjoaa näkemyksen, jonka avulla opioidiriippuvaisten korvaushoidossa olevien kokemuksia voidaan tarkastella yksilön prosessina, josta irrottamattomina toimivat niin yksilön ulkopuoliset suhteet kuin viime kädessä koko yhteiskunnallinen kokonaisuus.

Päihdekuntoutuksen avaintekijänä pidetään yksilön muutosmotivaation syntyä. Muutosmotivaatio tarkoittaa Meadin valossa sitä, että toimintamallien muutos ei ole mahdollinen ilman yksilön sosiaalisten suhteiden muutosta, joka välttämättä edellyttää yksilön minän muutosta. Päihdeongelmasta kuntoutuminen voidaan nähdä siirtymänä kohti yhteiskunnallisesti hyväksytyä ja toivottua elämäntapaa. Meadin mukaan minän muutos tapahtuu myös yksilön yhteiskuntasuhteessa.

Huumeidenkäyttäjän vakiintuneet käyttäytymismallit ja elämän kiinnostuskohdat muuttuvat täysin huumemaailmasta irrottautuessa. Vaikka fyysisen riippuvuuden saisi hallintaan korvaushoidossa, muutoksen täytyy todentua konkreettisesti jokapäiväisessä toiminnassa. Meadia mukaillen huumeriippuvainen on sisäistänyt tietyt toimintamallit, joita ohjaavat motivoivat symbolijärjestelmät liittyen huumeiden käyttöön ja sen mahdollistamiseen.

Yksilöllä on mahdollisuus muutokseen. Kuntoutumisessa yksilö poikkeaa vanhoista järjestelmistään, joka asettaa hänet keskelle uudenlaista, monimutkaista ja riskialtista sopeutumisprosessia. Entiseen toimintatapaan liittyvien symbolijärjestelmien jättäminen taakse edellyttää muutosta, jonka toisistaan irrottamattomina osina toimivat yksilön minä, sosiaaliset suhteet ja yhteiskunnallinen toimintaympäristö.

Yksilön toiminnan täytyy siis suuntautua päihdeettömyyteen, jotta kuntoutuminen onnistuu. Huumeet kuitenkin motivoivat riippuvaisen henkilön toimintaa eri tavoin kuin päihdeetön

elämä. Suuri kysymys onkin kuinka yksilön motivaation saisi pitkäjänteisesti suuntautumaan päihteettömyyteen. Kuinka yksilön kuntoutumisprosessia voi tukea?

Korvaushoitoon sitoutuminen ilmentää muutosta yksilön tilanteessa ja toiminnassa. Muutos vaikuttaa niin yksilön odotuksiin, suhteisiin kuin hänen toimintansa kontekstiin. Pyrkimys muutokseen aiheuttaa vuorovaikutuskriisin, jolloin yksilön täytyy tarkastella näitä tekijöitä uudelleen. Yksilön täytyy vahvistaa, karsia tai luoda kokonaan uudenlaisia suhtautumistapoja ja toimintamalleja. Tämän kaltaisessa tienristeyksessä henkilö on kun hän yrittää irrottautua päihderiippuvuudesta.

Vaikka yksilö voi kontrolloida toimintaansa, on yksilön sosiaalinen minä olennainen tässä toiminnan suuntautumisessa. Meadin ”merkityksellinen toinen” on se henkilö, jolla on mahdollisuus vaikuttaa yksilön sopeutumisprosesseihin ja toimintaan, siis sosiaaliseen minään. Mitä enemmän yksilöä voidaan ulkopuolelta, hänen merkityksellisten suhteidensa kautta, motivoida ja tukea päihteettömyyteen, sitä parempi. Tämä edellyttää usein käytännössä ihmishuhdeverkoston muutosta kuntoutumisprosessin kuluessa. Yksilö tarvitsee päihteettömyyttä tukevia suhteita ja ympäristöjä. Tällöin yksilöllä on mahdollisuus suuntautua muutosta tukeviin symboleihin. Tietysti oman toiminnan kontrollilla suhteessa toisten reaktioihin syntyy lopullinen toiminta. Sen voi olettaa kuitenkin helpommaksi, kun päihteettömyyttä tukeva toiminta on molempien osapuolten tarpeita, motiiveja ja toimintaodotuksia vastaavaa.

Meadin yleistetty toinen edustaa korvaushoidon kontekstissa sitä yhteiskunnan suhtautumistapaa, joka odottaa jäsentensä olevan terveitä ja toimintakykyisiä. Kansalaisten halutaan toimivan yhteisten pelisääntöjen ja mielellään myös yleisten elämäntapojen mukaisesti. Yleistetty toinen tuomitsee huumeidenkäytön, joka uhkaa sen periaatteiden mukaisia toimintamalleja, odotuksia ja tarpeita. Päihdepalvelut, tässä tapauksessa korvaushoito, asettuvat yhteiskunnan ja yksilön väliin yrittäen auttaa yksilön muutosprosessia riippuvuudesta irrottautumisessa.

Päihdepalvelut pyrkivät tukemaan yksilöä, mutta samalla ne pyrkivät toteuttamaan yhteiskunnan yleisiä järjestysperiaatteita. Korvaushoito on siis yksi yksilön väylä ottaa omakseen toivottu yhteiskunnallinen projekti. Korvaushoito pyrkii tarjoamaan yhteiskunnallisesti hyväksytyt puitteet yksilön muutosprosessille, kohti elämää ilman huumeriippuvuutta.

Tällä tavoin korvaushoidossa tapahtuva muutosprosessia voidaan tulkita Meadin teorian valossa. Meadin teoria ja korvaushoidon todellisuus muodostavat tutkielmani kontekstin. Sen puitteissa esitän kuvan opioidiriippuvaisten korvaushoidossa olevien marginaalisuuden kokemuksista.

5 TUTKIELMAN TOTEUTUS

Tutkimusaihe ja tutkimusasetelman muotoilu kehkeytyivät syksyn 2011 ja kevään 2012 aikana. Idea lähti opioidiriippuvaisten korvaushoidon ottamisesta tutkimuskohteeksi ja ajatus jalostui kiinnostuksestani yhteiskunnan marginaaleissa elävien ryhmien asemaa kohtaan. Päädyin ottamaan tutkimuskohteeksi marginaalisuuden kokemisen tässä spesifissä tutkimuskontekstissa eli opioidiriippuvaisten korvaushoidossa olevien henkilöiden kohdalla. Tutkimuskysymykseksi muotoutui:

Millaista on marginaalisuus opioidiriippuvaisten korvaushoidossa olevien kokemuksissa?

Tutkielmassa päätin käyttää itse keräämääni haastatteluaineistoa. Toukokuussa 2012 otin yhteyttä korvaushoitoa toteuttavaan yksikköön siinä tarkoituksessa, että he voisivat auttaa minua haastateltavien rekrytoinnissa. Haastattelut eivät kuitenkaan toteutuneet hoitoyksikön kautta vaan saman organisaation järjestämän opioidiriippuvaisten korvaushoidossa oleville tarkoitetun vertaistoiminnan kautta. Tutkimusluvan sain kesäkuussa 2012. Kesäkuussa laadin haastattelupyynnön (Liite 1) ja haastattelurungon (Liite 2). Heinäkuussa toteutin haastattelut. Litteroin haastattelut syksyllä 2012. Teoriaan, tutkimukseen ja kontekstiin kirjallisuuden kautta perehtymistä on tapahtunut koko tutkielman teon ajan. Tutkielma valmistui kevät lukukaudeksi 2014.

5.1 Aineisto

Aineisto koostuu yhdeksän opioidiriippuvaisten korvaushoidossa olevan henkilön haastatteluista. Haastattelut olivat yksilöhaastatteluja ja haastattelumenetelmänä käytin teemahaastattelua. Haastattelun antoi kuusi miestä ja kolme naista. Haastateltavien ikä vaihteli 26:n ja 50:n välillä. Kolme haastateltavista oli alle kolmekymmentävuotiaita. Neljä haastateltavista oli 30-40 -vuotiaita. 40-50 -vuotiaita haastateltavia oli kaksi. Litteroitua haastattelumateriaalia kertyi noin 90 sivua (fontilla 11 ja rivivälillä 1). Litteroin haastattelut sanatarkasti.

Ennen aineiston keruuta kävin vertaistukitoiminnan tiloissa kertomassa potentiaalisille haastateltaville tutkielmastani. Kerroin tutkimusaiheestani, haastatteluista sekä niiden käsittelystä. Paikalla oli tällöin yhdeksän henkilöä, joista kahdeksan ilmoittautui heti

haastateltaviksi. Näistä haastatteluista toteutui kuusi. Kaksi haastateltavaa ei tullut paikalle sovittuna haastatteluajankohtana. Tämän lisäksi minulle ilmoitautui vertaistukitoiminnan kautta vielä kaksi haastateltavaa.

Päivisin auki olevassa keskuksessa kävijöillä ei yleensä sen hetkessä elämässään ole meneillään opiskelua, työtoimintaa tai vastaavaa. Vertaistukitoimintaan osallistuvat henkilöt eivät siis yleensä sillä hetkellä ole ns. kuntouttavan korvaushoidon piirissä. Rekrytoimalla haastateltavia tätä kautta, aineistoon valikoitui siis työn ja opiskelun ulkopuolella olevia henkilöitä. Ottaakseni tämän huomioon, toimitin kuntouttavaa korvaushoitoa toteuttavaan yksikköön ilmoitustaululle laitettavan haastattelupyynnön. Tätä kautta minulle ilmoitautui kuitenkin vain yksi haastateltava. Aineistossa painottuu siis kuntouttavan korvaushoidon ulkopuolella olevien näkökulma.

Haastattelut toteutin vertaistukitoiminnan tiloissa. Tämä oli hyvä asia muun muassa siksi, että haastateltavien ei tarvinnut erikseen tulla haastatteluun, vaan he olisivat yleensä muutenkin olleet paikalla. Paikka oli myös (yhtä haastateltavaa lukuun ottamatta) kaikille tuttu. Haastatteluja ei siis tarvinnut toteuttaa vieraassa paikassa, joka olisi saattanut vaikuttaa siihen millaisiksi haastattelut ja niiden tunnelma olisivat muodostuneet. Haastattelut pystyin siis toteuttamaan haastateltavien ”omalla maaperällä”, joka varmasti säästi haastateltavia vaivalta ja jännitykseltä sekä helpotti minua saamaan haastateltavia. Haastattelujen tekeminen keskuksella teki haastattelujen keräämisen joustavammaksi. Jos haastateltava ei tullut paikalle, pystyi joku toinen paikalla oleva tulemaan tilalle. Haastatteluvuoroja pystyi siis tarvittaessa vaihtamaan keskenään.

Haastattelut toteutuivat keskuksen aukioloaikoina. Tämä tarkoitti sitä, että keskuksessa oli paikalla sekä muita kävijöitä että keskuksen työntekijöitä. Haastatteluja varten käytössäni oli niukasti kalustettu luokahuone, jossa haastattelut pystyi toteuttamaan rauhassa eikä ulkopuolelta kantautunut häly mielestäni häirinnyt haastatteluja. Sain haastattelujen järjestämisessä paljon apua, tukea ja neuvoja työntekijöiltä.

Tein yleensä kaksi haastattelua päivässä ja jokaista haastattelua varten olin varannut aikaa 1,5 tuntia. Haastattelujen kesto vaihteli. Lyhin haastattelu kesti hieman yli puoli tuntia ja pisin miltei kaksi tuntia. Käytin haastattelujen tallentamiseen nauhuria

Yhteinen nimittäjä aineiston haastateltaville oli korvaushoito. Muuten he poikkesivat toisistaan taustatekijöiden suhteen paljon. Haastateltavat olivat eri-ikäisiä ja haastattelin niin miehiä kuin naisia. Suurin osa haastateltavista asui yksin, ei ollut perustanut perhettä eikä ollut parisuhteessa. Kahdella haastateltavista oli lapsia, mutta he eivät asuneet lapsen tai tämän toisen vanhemman kanssa yhdessä. Kolme haastateltavaa, jotka olivat parisuhteessa, myös asuivat kumppaninsa kanssa. Perheeseen haastateltavat katsoivat yleensä kuuluvan mahdollisen kumppanin lisäksi omat vanhemmat ja sisarukset. En kerännyt systemaattisia taustatietoja haastateltavien työ- tai koulutushistoriasta, mutta aineistosta kertyneen tiedon perusteella voi sanoa, että haastateltavilla oli takanaan useita erilaisia työ- ja opiskelupaikkoja. Vain parilla kuitenkin oli valmis tutkinto.

Kriteeri, jolla valitsin haastateltavia oli korvaushoidon asiakkuus. Lähtökohtani oli aluksi myös, että haastateltavien hoito olisi kestänyt vuoden tai kauemmin. Näin ajattelin tekeväni siksi, että haastateltavalla olisi tällöin jo kertynyt kokemuksia korvaushoidossa olosta ja että heidän tilanteensa olisi vakiintuneempi kuin aivan hoidon alussa. Haastattelin kuitenkin myös yhden henkilön, jonka hoito oli kestänyt noin puoli vuotta. Mielestäni halu osallistua haastatteluun oli merkityksellisempää kuin aluksi määrittelemäni hoitoajan kesto. Olisi ollut periaatteellisessa mielessä kamalaa sulkea joku ulos marginaalisuuden kokemuksia koskevasta tutkielmasta!

Tutkielman etiikkaa

Lähdettäessä tutkimaan sensitiivisiä aiheita on tutkijan tarkasteltava toimintansa eettisiä ulottuvuuksia. On pohdittava vakavasti voiko esimerkiksi haastattelusta olla siihen osallistuvalla haittaa. Voiko haastattelu nostattaa esiin haastateltavalle asioita, joita hänellä ei ole valmiuksia käsitellä. Miten haastateltava voi haastattelun jälkeen työstää sen mahdollisesti herättämiä tunteita, muistoja ja kokemuksia. Tätä eettistä lähtökohtaa ei voi olla korostamatta liikaa. Haastattelut herättivät minussa paljon ajatuksia liittyen haastattelijan etiikkaan, vastuuseen ja rooliin.

Haastattelijan rooli eroaa keskeisesti sosiaalityöntekijän roolista. Kun asiakasta tapaa työntekijän asemassa, on kyseessä usein pidempi suhde. Tällöin löytyy tilaa ja aikaa sekä kuuntelulle että vuorovaikutukselle. Kun on opetellut ajattelemaan kuin sosiaalityöntekijä,

haastattelijan roolin omaksuminen ei ole itsestään selvää. Sosiaalityöntekijänä ajattelumalli on usein muutos- ratkaisu- ja voimavarakeskeistä. Tällöin se muodostaa lähtökohtaisesti hyvin erilaisen kohtaamistilanteen. Vuorovaikutus on tällöin dialogisempaa ja keskustelevampaa verrattuna haastattelutilanteeseen. Sosiaalityöntekijän ote on asiakasta motivoiva. Samankaltaisia ristiriitoja sosiaalityöntekijän ja tutkijan roolien välillä koki myös Sanna Väyrynen (2007, 64-65) haastatellessaan nuoria naisia heidän elämästään huume kuvioissa.

Kun tutkimuksella pyritään tuottamaan tietoa jonkin asiakasryhmän asemasta, kuten oman tutkielmani kohdalla, pyritään myös siihen, että tutkielmasta olisi hyötyä tälle kohderyhmälle. Usein halutaan tuoda tietyn kohderyhmän ”oma ääni” kuuluviin. Mahdollinen hyöty ei kuitenkaan tule vielä haastattelujen tekemisen vaiheessa. Kun haastattelijalla on lähinnä kiinnostunut omasta tutkimusasetelmastaan nousevista kysymyksistä, ei haastattelun tarkoituksena ole vaikuttaa kyseisen haastateltavana olevan yksilön elämään. Tämä taas on sosiaalityöntekijän asiakastapaamisen funktio.

Haastattelijan roolin etuna on se, että hän on ulkopuolinen, eikä rooliin liity samanlaista valta-asemaa ja vaikutusmahdollisuuksia kuin sosiaalityöntekijällä. Näin ollen haastateltavan puhe voi olla hyvin erilaista kuin asiakkaan puhe. Se voi tuoda näkyviin erilaisia asioita, kun kyse ei ole kenenkään konkreettisista eduista ja asemasta. Sosiaalityöntekijä edustaa sekä tukea että kontrollia. Haastattelijan roolissa eettinen huoleni keskittyi tähän haastateltavan tukemiseen. Samalla kuitenkin pääsin toimimaan vapaana sosiaalityöntekijän asemaan liittyvistä valvonnan ja kontrollin ominaisuuksista.

Kun haastattelija tapaa vain kerran ja haastatteluun liittyy anonymiteetti, voi tämäkin vahvistaa haastateltavan avautumista. Haastattelujen kertaluontoisuus kuitenkin myös rajoittaa haastattelijan toimintaa. Kun työntekijän kanssa muodostuu asiakassuhde, tulee ympäristöstä turvallinen käsitellä vaikeita asioita. Työntekijä on pysyvämminkin asiakkaan elämässä mukana ja saatavilla. Haastattelijalla taas joutuu jatkuvasti haastattelun aikana pohtimaan kuinka pitkälle haastateltavaa voi viedä vaikeiden asioiden käsittelyssä, jotta siitä ei aiheudu haastateltavalle haittaa. Sosiaalityöntekijällä on vastaavassa tilanteessa enemmän pelivaraa, sillä kohtaamisen intressi on kunkin asiakkaan auttamisessa. Työntekijällä on tähän auttamiseen käytössään sekä keinoja, mahdollisuuksia että aikaa.

Reflektoin haastatteluissa paljon itseäni siten, että vertasin haastattelutilannetta asiakastilanteeseen. Pohdin kuinka asiakastilanteessa olisin suunnannut huomioni ja kommunikoinut erilailla. Haastattelija vaikenee ja kuuntelee. Vaikka haastateltavan puhetta suuntaa ja ohjaa minua kiinnostaviin teemoihin, ei ote ole silti keskusteleva. Kyse on haastateltavan omasta tarinasta. Mitä vapaampaa haastateltavan puhe oli, sitä enemmän haastattelu tuotti tutkielman kannalta oleellista tietoa. Haastateltavat tuntuivat puhuvan avoimesti ja vapautuneesti. Monet kuitenkin kertoivat, että haastattelutilanne jännitti heitä kovasti ja että heidän oli vaikea puhua minulle. Tästä huolimatta haastateltavien vapaa ja pitkä monologi saattoi kuitenkin tuoda esiin rankkoja ja arkoja kokemuksia. Näitä asioita kohdattaessa yritin olla erityisen varovainen.

Kun tapaa ihmisen yhden ja ainoan kerran ei voi tietää kuinka hän käsittelee ajatuksiaan ja tunteitaan, ja kuinka valmis hän on puhumaan vaikeista asioista. Yritin antaa tilaa ja mahdollisuuden puhua, mutta en kysellyt sen enempää, koska en halunnut painostaa haastateltavaa tai aiheuttaa hänelle ahdistusta. Rajan vetäminen siihen mitä ja kuinka paljon jostakin asiasta voi kysyä oli kuitenkin välillä vaikeaa, joten olin mieluummin liian varovainen kuin liian utelias. Haastattelija ei ole robotti, jonka tarkoitus on saada mahdollisimman hyvä aineisto. Aineistoa kun ei missään tapauksessa tule kerätä haastateltavan kustannuksella.

Huumeidenkäyttäjät ovat usein asioineet erilaisissa palveluissa ja näin tottuneet kertomaan elämän tarinaansa ammattilaisille (Väyrynen 2007, 60). Haastattelut sujuivat helposti ehkä juuri siksi, että he kertoivat minulle tällaista valmista tarinaa. Haastattelut aiheuttivat monenlaisia tunteita haastateltavilla, he saattoivat haastattelujen aikana liikuttua tai tulla selvästi surullisiksi tai alakuloisiksi. Minusta tuntui pahalta ”aiheuttaa” tällaisia reaktioita. Kuitenkin se paha-olo, joka haastateltavien tarinoista ajoittain välittyi, kertoi minulle, että olen tutkielmassani oikeilla jäljillä. Kun huomasin haastattelutilanteen lähenevän loppua, yritin kääntää aina aiheet positiivisempiin asioihin, useimmiten tulevaisuuteen. Aina haastattelun loppumista ei kuitenkaan voinut ennakoida, mutta pyrin siihen, että haastateltava ei lähtisi haastattelusta poissa tolaltaan.

En voinut olla miettimättä nousevatko arat aiheet esiin asiakastapaamisissa. Onko sosiaalityöntekijällä ylipäättään tarpeeksi aikaa kuunnella asiakasta. Huomiota suunnataan paljon voimavaroihin, tulevaisuuteen ja muutokseen. Onko asiakkaalla tällöin tarpeeksi

tilaa ja mahdollisuuksia käsitellä myös menneisyyden haamuja. Sosiaalityöntekijän tulee käyttää käytössään olevaa asiantuntemusta yksilön tilanteen parantamiseen. Kyseen ollessa esimerkiksi huumeongelmasta irrottautumisesta, elämän muutos on kokonaisvaltainen. Eikö myös hoidon ja tuen tulisi olla kokonaisvaltaista? Kun tiedossa on, että huumeriippuvaisilla ihmisillä usein on taustallaan esimerkiksi rankkoja kokemuksia lapsuudesta tai väkivaltaisia kokemuksia huumemaailmassa eläessä, käytetäänkö näitä tietoja yksilötyössä. Tuleeko tuen tarvetta esiin, kun kartoitetaan asiakkaan historiaa ja kokemuksia asioista, joita hänen mahdollisesti olisi hyvä käsitellä.

Haastattelija on kuitenkin vain ohikulkumatkalla haastateltavan elämässä, joten hänelle ehkä juuri siksi kerrotaan asioita, joita omalle työntekijälle ei haluaisi välttämättä jakaa. Haastattelijan velvollisuus on huolehtia, että haastateltava tietää miten haastattelun mahdollisesti herättämiä tunteita voi käsitellä. Haastatteluissa tullessa esille arkoja aiheita pyrin varmistamaan, että haastateltava tietää kenen puoleen voi kääntyä jos haluaa näistä asioista keskustella. Asia huoletti minua paljon, koska monilla haastateltavilla nousi esiin kokemus, että he eivät saa tarpeeksi psykososiaalista tukea korvaushoidon puitteissa eikä heillä ole mahdollisuutta juurikaan puhua hoitoon liittymättömistä asioista. Tunsin painavaa huolta erityisesti niistä henkilöistä, joilla ei ollut elämässään läheisiä ihmissuhteita, kuten perhe- tai parisuhdetta, jossa he voisivat jakaa asioitaan. Huoltani kuitenkin helpottaa se, että kaikilla haastateltavilla oli meneillään jatkuva hoitosuhde ja luotan heidän elämässään olevien työntekijöiden ammattitaitoon.

Samalla tavalla kuin minä haastattelijana olen vain ohikulkumatkalla haastateltavien elämässä, ovat he ohikulkumatkalla minun elämässäni. En voinut olla miettimättä miten toimisin haastateltavien kanssa, jos he olisivat minun asiakkaitani. Vaikka tiedonintressini tutkielman teossa on emansipatorinen, en tutkielman teolla voi juurikaan vaikuttaa yksittäisten haastateltavien elämään. Toivon kuitenkin, että haastattelukokemus olisi ollut enemmän positiivinen kuin negatiivinen kokemus haastateltaville. Haastattelun lopuksi kaikki toivoivat, että heidän haastattelustaan olisi hyötyä minulle, niin kuin tietysti onkin. Monet myös totesivat haastattelun aikana tai sen lopuksi, että oli oikeastaan mukava jutella kanssani. Yksi haastateltava kutsui haastattelutilannetta jopa terapeutiksi. Haastattelulla voi siis olla myönteistä vaikutusta haastateltaville, kun he sen kautta pääsevät osallistumaan johonkin hyödylliseen ja auttamaan jotakuta. Myös haastattelu itsessään voi olla hyvä kokemus, kun joku kuuntelee ja on kiinnostunut haastateltavan asioista.

Mahdollisuus puhua ulkopuoliselle, jolla ei ole valtaa tai vaikutusta haastateltavan elämään, voi myös tehdä kokemuksesta hyvän.

Haastattelulla voi siis olla sekä positiivisia että negatiivisia vaikutuksia haastateltavaa ajatellen. Tällaisille eettisille seikoille on kuitenkin luonteenomaista, että ne eivät kumoa toisiaan. Täysin eettistä tutkimusta on siis mahdotonta tehdä. Kun päätös tutkimuksesta on eettisen pohdinnan jälkeen kuitenkin tehty, asiat ovat tiedostettuja. Tärkeää on tuntea eettinen vastuunsa ja reflektoida omaa toimintaansa kriittisesti ja rehellisesti. Tämä on yhteistä niin sosiaalityöntekijän kuin haastattelijan roolille.

5.2 Menetelmällisiä valintoja

Tutkielmani kohdeilmiöni on marginaalisuus. Tutkin sen ilmenemistä ja siihen liittyviä kokemuksia tietyn kohderyhmän, korvaushoidossa olevien, keskuudessa. Valittu tutkimusasetelma edellyttää laadullista tutkimusotetta. Pyrin tämän moniulotteisen, abstraktin ilmiön syvempään ymmärtämiseen todellisten ihmisten elämän kontekstissa. Tutkielman kohteena olevaa ilmiötä, marginaalisuutta, tutkin siis valitulta kohderyhmältä kerätyn haastatteluaineiston avulla. Perehdyn marginaalisuuteen heidän aineistossa esille tuomien tapahtumien, ajatusten ja tunteiden kautta.

Tutkielmalla taustalla vaikuttava tieteenfilosofinen suuntaus on lähinnä sekoitus fenomenologiaa ja hermeneutiikkaa. Fenomenologia on tieteen filosofinen suuntaus, jossa yksilöiden käsitysten ja kokemusten kautta pyritään pääsemään käsiksi ilmiöihin itseensä. Fenomenologiassa painotetaan kokemuksellisuutta, kontekstuaalisuutta ja laadullisuutta.

Laadullinen tutkimus ei välttämättä edellytä etukäteen määriteltyä hypoteesia. Tutkimuksen tekijällä väistämättä tällaisia ennakko-oletuksia kuitenkin on. Voin todeta, että tuskin olisin lähtenyt tutkimaan korvaushoidossa olevien marginaalisuuden kokemuksia, jos en olisi heillä olettanut niitä olevan.

Tutkielmani voi katsoa olevan lähinnä teoriaohjaavaa tutkimusta. Analyysi ei siis perustu suoraan teoriaan, mutta kytkennät siihen ovat havaittavissa. Tällöin aineistosta tehdyille löydöksille etsitään tulkintojen tueksi teoriasta selityksiä tai vahvistusta.

Tällaista lähestymistapaa aineistoon voidaan kutsua myös abduktiiviseksi päättelyksi (Tuomi & Sarajarvi 2002, 99).

Grönforsin mielestä teoriasidonnaisen tutkimuksen teon perusajatuksena on, että uudet tieteelliset löydöt ovat mahdollisia vain, kun havaintojen teko perustuu johonkin johtoajatukseseen. Aineiston tarkasteluahan ohjaavat usein tutkijan omat ennakkokäsitykset tai perehtyneisyys tutkimusaiheeseen liittyvään kirjallisuuteen. Uusi teoria ei synny siis pelkkien havaintojen pohjalta, kuten induktiivisessa päättelyssä. Johtoajatus voi olla epämääräinen intuitiivinen käsitys tai pitkälle muotoiltu hypoteesi, jonka avulla havainnot voidaan kohdistaa tiettyihin tärkeiksi oletettuihin seikkoihin. (Grönfors 1982, 33-37.)

Nojaan tutkielmassani Meadin teoriaan minuuden rakentumisesta sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Peilaan aineistosta muodostamiani teemoja Meadin teoretisointiin etsien yhteyttä välittömän sosiaalisen ympäristön ja yhteiskunnan vaikutuksesta yksilöiden marginaalisuuden kokemuksiin. Meadin teoria on luonteva valinta sosiaalityön tutkimukselle. Sen kautta voin tuoda esiin yhtäältä yksilöiden välisen, toisaalta yksilöiden ja yhteiskunnan välisen vuorovaikutussuhteen olennaisuuden. Se on osuva teoria marginaalisuuden kuvaamiseen, sillä kyse ei ole vain yksilön kokemuksesta sinänsä. Marginaalisuuden kokeminen on riippuvainen sekä yhteiskunnan yleisistä toimintamalleista, suorasta palautteesta ja toiminnasta muiden ihmisten kanssa ja näiden vaikutuksesta yksilön persoonaan, toimintaan ja kokemukseen. Meadin teorian kautta minuuden rakentumisesta voidaan siis hyvin tavoittaa marginaalisuuden luonne ilmiönä.

Valitsemani analyysimenetelmä on sisällön analyysi. Siinä aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja tiivistäen. Sisällönanalyysi tekstianalyysia, jossa tarkastellaan valmiiksi tekstimuotoista tai sellaiseksi muutettuja aineistoja. Tutkielmani tapauksessa se tarkoittaa litteroitua haastatteluaineistoa.

Olen kerännyt haastatteluaineiston itse, joten täytyy huomauttaa, että aineisto on tavallaan minulle laajempi kuin siitä litteroitu teksti. Merkitykselliseksi muodostuneet tulokset ovat muodostuneet litteroidun tekstin pohjalta, mutta paljon kaiken sanotun merkityksestä välittyi myös itse vuorovaikutustilanteessa ja myös sanattoman viestinnän kautta. Esimerkiksi haastateltavan äänenpainot, tunnereaktiot ja toisaalta se mistä haluaa

kertoa ja mistä ei, eli se missä kulkivat haastattelun sisältöjen rajat, antoivat myös informaatiota siitä, mikä kokonaisuudessa on merkityksellistä. Itse haastattelut ovat siis varmasti, osin tiedostamattomastikin, vaikuttaneet aineiston käsittelyyn, koska käytössäni olivat litterointien lisäksi sekä nauhoitukset että muistot haastattelutilanteista. Tämä seikka on kuitenkin tutkimuksien teossa tiedostettua tutkijan vaikutusta. Toinen tekijä olisi tulkinnut aineistoa eri tavalla, joten laadullinen tutkimus ei koskaan ole täysin toistettavissa. Tämä on laadullisen tutkimuksen realiteetteja, joten sen tärkeämpää on, että tutkimuksen tekijä sitoutuu tutkimusprosessissaan tieteellisten sääntöjen ja periaatteiden noudattamiseen.

Sisällönanalyysin avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105.) Yksinkertaistetusti sanottuna sisällönanalyysillä tarkoitetaan sanallista tekstin sisällön kuvailua. Toteutan tutkimusaineiston laadullista sisällönanalyysia, jolloin aineisto ensin pirstotaan pieniin osiin, käsitteellistetään ja lopuksi järjestetään uudelleen uudenlaiseksi kokonaisuudeksi. Sisällönanalyysi voidaan tehdä aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti, erona on analyysin ja luokittelun perustuminen, joko aineistoon tai valmiiseen teoreettiseen viitekehykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 109-116.). Näistä kolmesta tutkielmani edustaa teoriaohjaavaa, toisin sanoen teoriasidonnaista, tutkimusta, koska tulkitsen aineistoa Meadin teoretisointeja käyttäen.

Tutkielman kautta voin tuoda esiin palasen sitä maailmaa, joka yhteiskunnassa jää valtavirran näkymättömiin. Tutkielma on yritys tuoda korvaushoidossa olevien omaa ääntä kuuluviin heidän monimutkaisesta toimijuudestaan yhteiskunnassa, kun he elävät erilaisten asiakkuuksien ja roolien ristiriitaisuuksissa ja usein niiden asettamilla ehdoilla. Tutkielmasta voi olla hyötyä kaikille niille, jotka työskentelevät päihteenkäyttäjien ja erityisesti korvaushoidossa olevien parissa. Toisaalta tutkielman teon perimmäisiä motivaatioita on myös halu kyseenalaistaa ihmisten arkipäivän kontekstissa toiminnallaan, sanoillaan ja teoillaan muodostamia raja-aitoja. Niillä voi olla välittömät vaikutukset sosiaalisessa vuorovaikutuksessa oleviin kanssaihmissiimme. Niinpä tutkielma voi olla hyvää luettavaa kaikille, jotka haluavat tiedostaa ihmiselämän usein näkymättömiä, mutta yksilön tunnetasolla hyvinkin vahvoja, raja-aitoja.

Se kuinka päädyin tällaiseen tutkimusasetelmaan, oli pitkä ja monin tavoin sattumanvarainenkin prosessi. Käsittelin kandidaatin tutkielmassani syrjäytymistä, jolloin tutustuin myös marginaalisuuden käsitteeseen. Huomasin kokevani sen syrjäytymistä mielekkäämmäksi tavaksi kuvata erilaisia yhteiskunnallisia ja sosiaalisia ongelmia sekä monia sosiaalityön kentällä asioivia ihmisryhmiä. Tällöin heräsi idea käyttää käsitettä joskus myöhempien opintojen parissa. Olen myös kiinnostunut hyvinvointiyhteiskunnan marginaalialueilla tarjottavista palveluista ja siellä tehtävästä sosiaalityöstä, esimerkiksi ruokapankkitoiminnasta ja matalan kynnyksen päihdepalveluista. Tulevaisuudessa haluaisin työskennellä päihdesosiaalityöntekijänä, joten halusin valita tutkittavan kohderyhmän päihdetyön piiristä. Olin tutustunut korvaushoittoon ensimmäisen kerran muutama vuosi sitten sosiaalityön opintoihin liittyvässä harjoittelussa. Hoitomuoto herätti minussa kiinnostusta ja paljon kysymyksiä. Tämän vuoksi päätin muodostaa tutkimusasetelmani tässä hoitomuodossa olevien ihmisten ympärille. Korvaushoidossa olevien ottaminen tutkimusryhmäksi ei kuitenkaan ollut itsestään selvää. Ryhmä olisi aivan hyvin voinut olla moni muukin päihdetyön alueelta (tai marginaalisuuden ollessa kyseessä: sen ulkopuolelle jäävistä). Huomasin pian valitsemani tutkimusasetelman toimivaksi ja hedelmälliseksi. Työn edetessä ja varsinkin aineistoa kerätessä vahvistui kokemukseni aiheen tärkeydestä. Huomasin aiheen merkitykselliseksi niiden ihmisten kautta, joita tutkielman tekeminen on koskettanut.

Tutkimuksellisia sitoumuksia

Ankkuroin tutkimuskohteena olevan marginaalisuuden Meadin teoretisointeihin sosiaalisesta toiminnasta. Näin ollen tutkielman taustalla vaikuttava ihmiskäsitys on sosiaalipsykologinen. Tämän käsityksen mukaan ihminen nähdään toimivana subjektina. Yksilö on sidoksissa esimerkiksi kieleen, kulttuuriin, toimeentuloon ja yhteiskunnallisiin suhteisiin. Toisaalta ihminen on niistä riippuvainen, mutta toisaalta myös tuottaa niitä itse. (Sipilä 1989, 156).

Sosiaalipsykologinen ihmiskäsitys sanoutuu irti klassisille sosialisatioteorioille tyypillisestä ympäristödeterminismistä. Vaikka ihminen voi ”valita itsensä” toisenlaisena, ei ”minä” ole kaikista sidonnaisuuksista vapaa. Ihminen ei voi jättää taakseen esimerkiksi kulttuuriaan. Ihmisen identiteetti on siis vahvasti toisten luoma. Ihmisen toiminnan

ymmärtämiseksi ihmistä on tarkasteltava subjektiivisena toimijana yhteiskunnan rakenteiden ja kulttuurin muodostamassa kontekstissa. (Sipilä 1989, 158, 168).

Tiedonintressini tutkielmaan on emansipatorinen. Jürgen Habermasin emansipatorisen tiedonintressin mukaan tiedon tuottamisella pyritään vapauttamaan erilaisista rakenteellisista kahleista tai sosiaalisen ympäristön muodostamista pakotteista. En nojaudu tutkielmassani Habermasin teoretisointeihin. Tämä kuvaus emansipatorisesta tiedonintressistä tuntuu kuitenkin vastaavan hyvin sellaisen sosiaalityön tutkimuksen tarkoitusperiä, jonka pyrkimyksenä on kiinnittää huomiota tietyn ryhmän marginaaliseen asemaan yhteiskunnassa.

Jukka Törrönen (2005) on pohtinut marginaaleihin ja toiseuteen liittyvien tutkimusten metodologisia kysymyksiä. Kun tutkimuksen pyrkimys on huono-osaiseksi tai marginaaliseksi määritellyn ryhmän aseman parantaminen, kuvaa Törrönen tähän kaksi erilaista tiedon tuottamisen lähestymistapaa. Analyysi voidaan rakentaa sen perusteella miten virallinen tieto säätelee ja käsittelee ryhmää ja kuinka ryhmän oma ääni kanavoituu viralliseen tietoon. Tällöin tutkimuksen kautta voidaan tunnistaa ryhmää alistavia ja leimaavia säätelyrakenteita. Tällainen tutkimus voi edistää dialogisempien ja tasa-arvoisempien käytäntöjen muodostumista. Toinen Törrösen kuvaama lähestymistapa on pyrkimys tutkimusasetelmaan, joka kyseenalaistaa tutkittavaa ryhmää hallitsevia tieto- ja uskomusjärjestelmiä. Tutkimusprosessilla, niin tiedon keräämisellä, analyysillä ja kuin tutkimuksen kirjoittamisella, pyritään siihen että marginaalissa olevien näkemykset ja kokemukset, ”tutkittavien ääni”, pääsevät mahdollisimman täysipainoisesti esiin. Näin marginaaliryhmän oma ääni pyritään liittämään osaksi tutkimustietoa. (Törrönen, 2005, 15-16). Oma tutkielmani pyrkii tähän Törrösen kuvaamaan jälkimmäiseen lähestymistapaan.

Yksi suuri kysymys on myös se, pitääkö tällainen tutkimusasetelma yllä marginaalisuutta. Nimeämällä jonkin ryhmän, vaikka vain mahdolliseksi marginaaliksi, kiinnitämme heihin itse marginaalisen identiteetin. Toisaalta tuomalla esiin marginaaleja on mahdollista kyseenalaistaa niitä tuottavia käytäntöjä ja identiteettejä. (Jokinen, Huttunen & Kulmala 2004, 15.) Tutkimalla marginaalista identiteettiä haluan tehdä hyvää enkä aiheuttaa haittaa, niin korvaushoidossa oleville kuin sen kontekstissa työskenteleville. En ole tekemässä manuaalia korvaushoidon työntekijöille siitä, miten heidän työtään tulisi toteuttaa.

Koen, että pyrkimys kääntää asianosaisten näkökulma tutkielman kautta akateemiselle kielelle on arvokas päämäärä. Sitä kautta voidaan saavuttaa ihmisten äänelle uusia toiminta-areenoita. Ritsertin (1977) mukaan subjektin mahdollisuuksia ei voida koskaan löytää sen ulkopuolelta vaan ne voivat avautua vasta subjektin näkökulman tieteellisen erittelyn kautta. Siten jonkin ihmisryhmän toiminnan mahdollisuudet ja ehdot – viime kädessä vaikkapa yhteiskuntasuhteiden muuttamisessa - voidaan saada tietää vain asettumalla asianomaisen ryhmän kannalle, menemällä sen asemaan siinä yhteiskunnallisessa yhteydessä jossa tämä ryhmä tai yksilö toimii. (Rostila 1988, 34).

Aineiston käsittelystä

Törrönen (2005, 25-26) varoittaa, että tutkimukseen jonka lähtökohtana on marginaalissa elävien ihmisten omat näkökulmat, liittyy monia tulkinnallisia uria, joihin tutkija helposti ajautuu. Ensinnäkin vaarana on, että tutkimukseen osallistuvien ihmisten elämää normalisoidaan sen liian nopealla ja mutkattomalla tulkinnalla. Toiseksi tutkija voi omaksua turistin roolin suhteessa aineistoonsa ja kohdistaa huomionsa ainoastaan omasta elämäntyylistään eroavaan ja näin ollen ”eksoottiseen” materiaaliin. Kolmas vaara tutkijalle on yliromantisointi. Tällöin tutkittavia tulkitaan mustavalkoisesti ja dramatisoiden. Tällöin heidän elämänsä nähdään tarinana, kärsimysnäytelmänä, jossa yhteiskunta näyttäytyy kaiken pahan alkuna.

Näiden sudenkuoppien välttämiseksi yritin tunnustaa ja tunnistaa näkökulmien moninaisuuden. Yritin tutustua tutkimusasetelmani eri palasiin mahdollisimman monipuolisesti. Yritin käsitellä aineistoani ja työstää analyysiäni perusteellisesti ja useasti, jotta en tyytyisi helppoihin ratkaisuihin tai yksinkertaistuksiin, siis menisi siitä missä aita on matalin. Pyrin harjoittamaan jatkuvaa itsereflektiota työskennellessäni tutkielman parissa. Itsekritiikki on luultavasti tutkimuksen tekijän paras ystävä, mutta myös paras vihollinen. Välillä tutkielman teosta ei ollut tulla mitään, koska kyseenalaistin enemmän kuin tuotin.

Koodasin aineiston lukuisilla eri tavoilla. Päälinjat joiden perusteella muodostin koodeja, olivat Mead, marginaalisuus ja sosiaaliset suhteet. Meadiä käsittelevässä koodiryhmässä etsin Meadin teorian tärkeimpiä käsitteitä kuvaavia asioita aineistosta. Marginaalisuuden etsimisessä aineistossa käytin hyväkseni Suvi Raitakarin (2002, 45) muodostamaa käsitystä

marginaaliseen asemaan liittyvistä piirteistä. Sosiaalisten suhteiden kartoittaminen muodostui kolmesta koodiryhmästä: perhesuhteet, verkostot ja toiminta.

Koodien annin perusteella muodostin neljä korvaushoidossa olevien kokemuksiin perustuvaa teemaa, jotka kuvaavat heidän marginaalista asemaansa. Yhdistelemällä näitä eri koodaustapoja muodostin seuraavat teemat: identiteetin muutostyö, ennakkoluulot, korvaushoidon epäkohdat ja sosiaaliset suhteet. En käyttänyt aineiston käsittelyyn valmiita tietokoneavusteisia ohjelmia, vaan tein sen manuaalisesti; koodasin tulosteita värikynällä ja järjestelin aineistoa leikkaa-liimaa menetelmällä erilaisiin tiedostoihin.

Seuraavassa luvussa käsittelen subjektin marginaalisuuden kokemusta ja siihen aineistossa liittyneitä kysymyksiä. Havainnollistan eriävät kannat yksilön käsityksestä marginaalisuuteen esittämällä aineiston pohjalta luodut tapausesimerkit. Pääasiallinen tulosluku, ”marginaalista vastavirtaan”, on sisällön analyysin tulos korvaushoidossa olevien marginaalisuudesta. Sen kautta muodostuu tutkielmani vastaus siihen, millaista marginaalisuus on korvaushoidon asiakkaiden kokemuksissa.

Tulosluvun ensimmäisessä teemassa, identiteetin muutostyö, kuvaan haastateltavien elämäntavan ja minuuden muutoksia hoidon ja entisen elämän välillä. Teema heijastaa sitä, sijoittuvatko he näiden seikkojen perusteella marginaaliin vai vastavirtaan. Toinen teema, ennakkoluulojen keskellä, käsittelee haastateltavien kokemuksia heihin ja korvaushoittoon kohdistuvista ennakkoluuloista ja leimoista. Niiden kautta voidaan hahmottaa yksilön kokemusta siitä suhteessa, jossa muut ihmiset asettavat heidät toiminnallaan marginaaliin. Toisaalta teema sisältää myös haastateltavien omia ennakkoluuloja erilaisista ryhmistä ja toimijoista. Kolmas teema, korvaushoidossa koetut epäkohdat, keskittyy korvaushoittoon spesifinä kontekstina. Siinä käsitellään aineistossa havaittavia epäkohtia ja haastateltavien kokemia vaikeuksia korvaushoidon suhteen. Kun korvaushoito nähdään tienä ulos marginaalista, on hoitomuodossa koettuihin ongelmallisuuksiin syytä kiinnittää huomiota. Viimeinen teema, sosiaalisten suhteiden merkityksellisyys, käsittelee haastateltavien sosiaalisia suhteita, niin niiden laatua kuin mahdollisuuksia. Näiden neljän teeman kautta rakentuu kuva korvaushoidossa olevien marginaalisuuden kokemuksista.

6 MARGINAALISUUS SUBJEKTIN KOKEMUKSENA

Marginaalisuus osoittautui haastatteluissa vaikeasti lähestyttäväksi käsitteeksi. Haastateltaville, joille käsite ei ollut merkitykseltään tuttu, sen käyttäminen ei itsessään antanut haastattelulle sisältöä. Käytin marginaalisuuden käsitettä lähinnä niiden haastateltavien kanssa, jotka tuottivat sitä puheessaan itse. Muiden kanssa marginaalisuuden ilmentymisestä puhuttiin esimerkiksi sanoilla *ulkopuolisuus*, *eriarvoisuus*, *asema*, *asenne*, *epäoikeudenmukaisuus*, *torjunta*, *leima*, *ennakkoluulo ja syrjintä ja välttely*. Nämä sanat on poimittu aineistosta haastateltavan itsensä tuottamina, mutta samoja ja samantyyppisiä sanoja käytin myös itse kysymyksenasetteluissa. Mikäli haastateltava kysyi mitä itse tarkoitan marginaalisuudella, muotoilin asian jotakuinkin seuraavasti:

Ihmisellä on elämässään jokin asia, esimerkiksi päihdeongelma, joka erottaa hänet valtaväestöstä. Tämä asia voi vaikuttaa ihmisen elämään konkreettisesti, sekä siihen miten muut hänet häneen suhtautuvat ja siihen miten hän näkee itsensä.

Tutkielman teemat muodostuvat aineistosta tekemäni sisällön analyysin pohjalta. Tutkimusaiheena marginaalisuuden kokeminen on kuitenkin monimutkaisempi kuin pelkän sisällön analyysin kautta tavoitettu kuva. Valitsemalla tietyn analyysimenetelmän, sulkee se pois osan aineiston tuottamasta informaatiota. Sisällönanalyysi esimerkiksi sulkee pois osan diskursiivisesta ja vuorovaikutuksellisesta informaatiosta. Sisällön analyysissa aineisto pirstotaan ensin osiin ja kootaan sitten uudelleen muotoon jolla tutkimuskysymykseen pyritään vastaamaan. Muodostettujen teemojen kautta luon yleiskuvan haastateltavien aseman marginaalisista piirteistä. Sisällön analyysi hävittää aina aineiston rikkautta. Pidin sitä kuitenkin parhaana analyysin välineenä vastaamaan muodostamaani tutkimuskysymykseen.

En erotellut aineistoa analysoidessa marginaalissa olevia ja ei-marginaalissa olevia erillisiksi ryhmiksi tai karsinut aineistoa tällä perusteella. Tämä johtuu yksinkertaisesti siitä, että suurin osa haastateltavista ei ilmaissut suoraa kantaansa asiaan. Lisäksi haastateltavan kannan omaan marginaalisuuteensa ollessa kielteinen, löytyi haastattelusta silti aina jotain ainesta teemoihin. Aineiston tulkitsijana tuon näin esiin korvaushoidossa olevien asemaan liittyviä marginaalisia piirteitä. Täytyy siis kuitenkin muistaa, että yksittäisten haastattelujen muodostama aineistomassa peittää alleen myös eriäviä

subjektiivisiä näkemyksiä. Tämän seikan huomioimiseksi pidän tärkeänä esittää esimerkkitapaukset aineistosta. Tuon näkyviin vastakkaiset näkökulmat korvaushoidossa olevien omasta positiosta käsin. Näin tuodaan esiin sekä käsitteen moniulotteisuus että kunnioitetaan näkökulmaeroja, jotka muuten jäisivät pelkistysten alle piiloon.

Kaikki teemat eivät siis välttämättä kosketa kaikkia haastateltavia, eikä tutkielma automaattisesti kuvaa kaikkia korvaushoidossa olevia, täällä eikä muualla. Aineiston informaatio on kuitenkin todellista ja näin myös kuva mahdollisesta maailmasta. Laadullisen tutkimuksen mukaisesti se ei ole yleistettävissä kuten määrällinen tutkimus pyrkii olemaan.

En käytä esimerkkitapauksissa suoraan aineistoni haastateltavia. Aineiston ollessa pieni, on kiinnitettävä huomiota tunnistettavuuden kysymyksiin. Loin tätä tarkoitusta varten kuvitteelliset tapausesimerkit. Vaikka käyttäisin todellisia haastateltavia esimerkkeinä, he eivät olisi ulkopuolisten tunnistettavissa. Kuitenkin pienen aineiston vuoksi hoitoyksikköön kuuluvat, sekä asiakkaat että työntekijät, saattaisivat tunnistaa heidät näiden kuvausten perusteella. Vaikka tapausesimerkit ovatkin kuvitteellisia, ne on luotu ilmentämään todellisuutta ja pohjana on käytetty haastattelumateriaalin elämäntarinoita. En katso tällaista menettelytapaa ongelmalliseksi. Kuvitteellinen, mutta mahdollinen, henkilö palvelee tätä tehtävää aivan yhtä hyvin kuin todellinen. Tätä kautta voin suojella haastattelut antaneiden henkilöiden anonymiteettiä.

6.1 Tapausesimerkki Milla: Ei-marginaalissa

”Pitää vielä korostaa.. mä en koe olevani mitenkään marginaalissa.”

Milla aloitti päihteiden käytön yläkouluikäisenä. Hänen ystäväpiirinsä vakiintui nopeasti alkoholia käyttävien, häntä vanhempien, nuorten ympärille. Pian kuvioihin tuli mukaan kannabis. Amfetamiinin käyttö alkoi 18-vuotiaana. Rinnalle tulivat myös ekstaasi ja opiaatit; heroini ja subutex. Seuraavan kolmen vuoden aikana viihdekäyttönä alkanut kovien huumeidenkäyttö muodostui riippuvuudeksi. Ammatilliset opinnot jäivät kesken. Seuraavat vuodet olivat sekavaa huumeidenkäytön ympärillä pyörivää arkea. Apua Milla ei tuohon aikaan edes yrittänyt hakea. Vanhemmat tiesivät käyttöongelmasta, mutta eivät osanneet puuttua siihen. He olivat tyttärensä elämässä läsnä sekä auttoivat häntä taloudellisesti.

Rankimpaan ajanjaksoon liittyy huumeidenkäyttöä, väkivaltaa ja varkauksia. Huumeiden myymisestä ja välittämisestä Milla pysyi erossa ja säästy rikostuomioilta. Elämää hän rahoitti sosiaaliturvaetuuksilla, vanhempien avustuksella ja varastamalla. 23-vuotiaana Millan pääpaihde oli vaihtunut amfetamiineista subutexiin. Tätä jatkui pari vuotta, jonka aikana Milla halusi jatkuvasti vieroittautua opiaateista. Korvaushoidon aloittamista edelsi kaksi katkennutta vieroitusjaksoa päihdekllinikalla. 25-vuotiaana Milla pääsi korvaushoidon piiriin kolmen kuukauden jonotuksen jälkeen.

Nyt Milla on ollut korvaushoidossa kolme vuotta. Milla oli kuullut korvaushoidosta muilta käyttäjiltä ja saanut siitä negatiivisen kuvan. Niinpä hän ei pitänyt sitä vaihtoehtona aiempina vuosina. Myöhemmin hän oli kuitenkin tutustunut korvaushoidossa oleviin ihmisiin ja muuttanut sitä kautta käsityksiään. Korvaushoitopaikka järjestyi hänen mielestään helposti.

Ohikäytöstä Milla pääsi hoidon aloittamisen jälkeen nopeasti eroon. (Ohikäytöllä, tai oheiskäytöllä, tarkoitetaan hoidon aikana tapahtuvaa päihteiden tai lääkkeiden väärinkäyttöä.) Korvaushoidon aloitettuaan Milla suoritti kesken jääneet opintonsa loppuun. Koulun ja korvaushoidon yhteensovittaminen oli sujunut ongelmitta. Opettajat tiesivät hänen tilanteestaan ja suhtautuivat siihen asiallisesti. Muille opiskelijoille hän ei kertonut asiasta. Jos joku tiesi asiasta, sitä ei kukaan ainakaan ilmaissut. Koulussa Millan ei siis kokenut syrjintää henkilökunnan tai opiskelijoiden taholta. Nyt hänellä on ammattitutkinto.

Opintojen loppumisen jälkeen hän alkoi käyttää uudelleen kannabista. Muuta ohikäyttöä ei ole ollut. Nyt hän on ollut jo kuukausia ilman kannabista. Kun seula on puhdas, hän voi ja aikoo hakeutua työkokeiluun.

Milla ei näe korvaushoidossa olemisen aiheuttaneen hänelle ongelmia ja hoito toimii hänen mielestään pääpiirteittäin hyvin. Suhtautuminen viranomais- ja hoitoverkostoissa on ollut asiallista. Myöskään muualta hän ei ole kohdannut ennakkoluuloja tai torjuntaa. Hän kyllä myöntää, ettei asiasta kannata liiemmin puhua, sillä pelko ihmisten suhtautumisesta on kuitenkin olemassa.

Apua ja tukea Milla on korvaushoidon puitteissa saanut mielestään tarpeeksi. Ongelmalliseksi hän näkee mielenterveyspalvelujen puutteen. Vaikka itse katsoo voivansa

hyvin, hänen mielestään moni voisi niistä hyötyä. Hänellä on itsellään rankkoja kokemuksia käyttöajoilta, mutta ei usko haluavansa käsitellä niitä ammattilaisten kanssa. Apua ja tukea hänen mielestään saa tarpeeksi jos sitä haluaa ja osaa ottaa vastaan.

Millan sosiaaliset verkostot ovat karsiutuneet käyttöajoilta. Vanhemmat ovat pysyneet tukipilarina läpi elämän ja välit ovat parantuneet korvaushoidon myötä. Muu lähipiiri muodostuu lähinnä muista korvaushoidon asiakkaista. Milla katsoo hyötynensä vertaistukitoiminnasta. Päiväkeskustoiminta auttaa häntä pysymään erossa ohikäytöstä kun elämässä on säännöllisyyttä ja tekemistä. Hänelle on tärkeää, että on paikka jossa viihtyy ja voi nähdä ihmisiä, koska ilman keskusta se olisi hankalaa. Tulevaisuudessa Milla haluaisi lopettaa korvaushoidon ja päästä töihin. Myöhemmin hän haluaisi lapsen, sitten kun on päässyt eroon myös korvaushoidosta.

6.2 Tapausesimerkki Mika: Marginaalissa

”Kyllä niitä leimoja tulee ihan joka puolelta. On tää sellanen marginaali että.”

Mika aloitti päihteiden käytön ala-asteikäisenä, 11-vuotiaana. Ylä-asteella alkoholin rinnalla hän alkoi käyttää rauhoittavia lääkkeitä ja kannabista. Hän alkoi välittää kannabista ystäväpiirissään. Yläasteen päätyttyä Mika kävi kymppiluokan ja siirtyi sen jälkeen ammattikouluun. Elämää olivat kuitenkin hallinneet jo vuosia päihteet ja elämäntapa pyöri niiden ympärillä. Ammattikouluikäisenä Mika rahoitti elämäänsä huumeiden myynnillä ja rikoksilla. Opiaattien, pääasiassa subutexin, käyttö oli tässä vaiheessa ongelmallista. 18-vuotiaana Mika tiesi olevansa vakavasti opiaattiriippuvainen. Apua hän haki vasta vuosia myöhemmin. Tällöin taustalla oli jo yli kymmenen vuoden päihdehistoria, kahdet keskeytyneet ammattiopinnot ja muutama lyhyt vankilatuomio.

Korvaushoittoon Mika hakeutui ja pääsi 26-vuotiaana. Hoito ei kuitenkaan käynnistynyt hyvin ja hoitosuhde katkesi ohikäytön vuoksi. Tätä seurasi paluu huumemaailmaan. Vuotta myöhemmin Mika kuitenkin hakeutui uudestaan hoitoon ja pääsi. Hän koki korvaushoidon ainoaksi vaihtoehdoksi sille, että huumeet veisivät häneltä kaiken ja lopulta hengen.

Hoidon etenemisessä on ollut useita takapakkeja. Kannabiksen käyttö on Mikalla jatkuvaa, ja repsahduksia koviin aineisiin on ollut useasti. Mikan kuntoutuminen on polkenut pitkään paikallaan, sillä hoitoprosessi ei ole edennyt kannabiksen ohikäytön vuoksi. Tämä ahdistaa Mikaa ja hän kuvaa elämää sisällöttömäksi ja merkityksettömäksi. Hän haluaisi lopettaa kannabiksen käytön, jotta hänellä olisi hoidon puitteissa mahdollisuus työhön tai kouluun

menemiseen. Se edellyttäisi puhdasta huumeselua. Kannabiksen käytön lopettamisen hän kuitenkin kokee vaikeaksi, jopa mahdottomaksi. Korvaushoidolta hän kaipaisi lisää yksilötyötä, kuten enemmän omahoitajan tapaamisia tai muunlaista keskusteluapua. Hän on kokenut hyötyvänsä omahoitajakeskusteluista, mutta näkee niitä olevan liian vähän.

Mikalla on lukuisia kokemuksia syrjinnästä ja ennakkoluuloista korvaushoidon ja narkomaanitaustan takia. Hänellä on negatiivisia kokemuksia viranomaistahoilta, poliisilta ja terveydenhuollosta. Toisaalta hän myös antaa arvoa näille tahoille silloin kun ne toimivat asiallisesti. Vaihteleva hoidon eteneminen on aiheuttanut kitkaa Mikan ja joidenkin hoitoyksikön työntekijöiden välille. Hän kokee luottamuspulaa hoitoyksikköä kohtaan. Vaikka Mika pitää korvaushoitoa hyvänä ja tarpeellisena menetelmänä opiaattiriippuvaisille, hänen mielestään se sisältää liikaa itsemääräämisoikeuden rajoittamista, eikä asiakasta hänen mielestään aina kuunnella tarpeeksi hoidon toteutuksessa. Hän näkee vertaistukitoiminnan hyväksi ja helpottavan monien, myös itsensä, pysymistä erossa huumeista.

Elämässä on nyt tärkeintä saada pidettyä hyvät välit perheeseen ja lopettaa kannabiksen käyttö. Hän haaveilee töihin pääsystä ja kumppanin löytämisestä elämään. Joskus tulevaisuudessa hän haluaisi eron korvaushoidosta, mutta ei osaa sanoa milloin täysi raitistuminen olisi mahdollista.

7 MARGINAALISTA VASTAVIRTAAN

7.1 Identiteetin muutostyö

Korvaushoitoon sitoutumisen myötä laittoman huumeidenkäytön tulisi loppua ja irtautumisen huumemaailmasta olla mahdollista. Hoidon myötä lisääntyvät mahdollisuudet ”normaaliin” elämään. Niin asuminen, perhe ja parisuhde kuin työ ja koulutus jäsentyvät monen kohdalla uudelleen ja kiinnittyminen yleisesti hyväksytyllä tavalla yhteiskuntaan voi tulla uudella tavalla mahdolliseksi. Toisaalta pelkästään huumeidenkäytön lopettaminen ja rikollisen elämäntavan jättämisen tulisi periaatteessa riittää marginaalin murtumiseen.

Meadin (1983, 158) mukaan minuus syntyy ihmisten välisten suhteiden kautta kun yksilö kohtaa toisten ihmisten asenteet ja järjestelee sekä yleistää omat asenteensa tässä suhteessa. Kun ihmiset keskinäisen vuorovaikutuksen kautta organisoivat omat sosiaaliset koettelemuksensa ja pyrkimyksensä, muodostuu erilaisia yhteisöjä ja niihin systemaattisia käyttäytymismalleja.

Huumeongelmaan liittyy muitakin torjuntaa herättäviä ulottuvuuksia, eikä ongelma rajoitu vain riippuvuuteen laittomaan aineeseen. Riippuvuus muodostaa usein huono-osaisuuden kehän, jossa huumeiden käyttö on yksi ongelma muiden joukossa. Esimerkiksi rikollisuus ja väkivalta kytkeytyvät usein tiiviisti huumeiden käyttöön. Väkivalta ja sen uhka ovat huumemaailman tapoja turvata oma reviiri ja säilyttää kasvonsa alakulttuurissa, jossa poliisi tai oikeuslaitos ei anna suojaa. (Partanen 2002, 29-30). Rajaa alakulttuurin ja valtaväestön välillä lisäävät näkökulmien erot. Ulkopuoliselle käyttäjän elämä näyttää täysin negatiiviselta, mutta käyttäjälle elämäntapa saattaa olla ajoittain tai tiettyyn pisteeseen asti koettuna oikea ja hyvä tapa elää (Knuuti 2007, 74).

Aineiston haastateltavat olivat olleet vakavasti huumeriippuvaisia. Kaikki haastattelut sisälsivät kuvauksia ajanjaksoista jolloin toimintaa ohjasi hallitsevasti riippuvuus. Riippuvuuden kehittyessä toiminta keskittyi enenevässä määrin huumeiden käyttämiseen ja hankintaan. Myös sosiaalinen vuorovaikutus tiivistyi näiden ympärille, kun elämän piirit muodostuivat lähinnä muista huumeiden käyttäjistä. Toiminnan keskittyessä tiukemmin riippuvuuden ympärille, niin motivaatio kuin pyrkimykset liittyvät huumeiden käyttöön ja

sen mahdollistamiseen. Tämän kaltaisesta tilanteesta irrottautuminen edellyttää minän uudelleen järjestäytymistä ja totutuista käyttäytymismalleista irrottautumista.

Arkipäivän elämässä pätevät erilaiset pelisäännöt kuin huumemaailmassa. Sekä nykyhetki että tulevaisuuden suunnitteleminen järjestäytyvät haastateltavilla eritavoin hoitoon sitoutumisen myötä. Arki kuten ajankäyttö, taloudenhoito ja päivärytmi muuttuvat. Elämä täytyy täyttää uudennlaisilla asioilla ja toimintamalleilla. Myöskään menneisyyttä ei voi jättää taakseen, sillä huumeet jättävät jälkensä. Moni joutuu ottamaan vastuuta käyttöaikoina tehdyistä asioista, istumaan tuomioita, maksamaan sakkoja ja velkoja. Raittiina täytyy myös käsitellä huumeiden käytön aikaisia tekoja ja muistoja, jotka saattoivat olla hyvinkin kipeitä. Asioita täytyy myös opetella kohtaamaan ja käsittelemään raittiina. Päihteidenkäytöllä ei enää voi lääkitä itseään tai paeta asioita. Kaikki tämä uudennlaisen alun mukanaan tuoma vaikuttaa ihmisen minään ja persoonaan. Teemalla identiteetin muutostyö, jäsenän haastateltavien tässä suhteessa kuvailemia asioita.

A: ..Yks iso asia ois, jos pystys, ettei joku ulkopuolinen asia järkyttäs sitä omaa sisästä mielenrauhaa. Se on monesti syynä jos jotaki tapahtuu niin sen takia siinä sitte, käyttää jotaki. Sattuu niin kovasti että äkkiä saatava päähän jotaki ettei tarvi käyä läpi sitä. .. sinne se jää sitte hautumaan.

H: Että vois ite käsitellä niitä asioita. Ei tarvis aineilla sitte.

A: Se varmaan sitä pakenemista on sitten että.. ..ei kestä niitä tunteita. Kuitenkin ne on postitiivisia jossain mielessä ne kaikki tunteet. Kaikesta ainakin saa positiivisen, pystyy hyödyntään.

Muutosmotivaatio

Huumeidenkäytöstä luopuminen sekä edellyttää että tuottaa muutosta. Vaikka apua olisi tarjottu tai jopa haettu aiemmin, ensimmäinen askel kuntoutumiseen on oman muutosmotivaation toteaminen. Korvaushoidon asiakkailla huume-elämä on jatkunut vuosia ja valitettavasti muutosmotivaatio syntyi usein vasta todellisten pohjakosketusten kautta.

Yleisin syy hakeutua korvaushoitoon oli yksinkertaisesti väsyminen huumeriippuvaisen elämään. Riippuvuus oli kasvanut niin suureksi, että aineiden ja niihin tarvittavan rahoituksen hankkiminen oli monilla elämän ainoa sisältö. Ilman apua he eivät myöskään uskoneet selviänsä ulos riippuvuudesta.

I: Mä en jaksanu enää sitä juoksemista tuolla kadulla ja hakemista ja supparin ettimistä, rahojen välistä vetämistä sun muuta kaikkee mitä se sisältääkään se

säätäminen. Siihen kyllästyy yksinkertaisesti vaan, halusin hoitoon sitte. .. Se oli vaan, tuntu että helpottuu se, että siinä ei tarvii mitään muuta ku aamulla käydä hakemassa lääke, ja tota, sitte sä oot kunnossa, terve. Ja sitte tota jos sä et ois hoidossa sä joutusit kokopäivän juoksemaan tuolla kaupungilla ja ettimään sitä ja ehkä tulisit terveeks, et välttämättä. Niin sillo se, se tuntu hemmetin hyvältä vaihtoehdolta lähtee sinne hoitoon.

--

O: Kyllä mä olen mieluummin korvaushoidossa kuin ilman, se on niin kauheeta säätää kun ei uskalla mennä nukkumaan jos ei oo aamuks lääkitystä tiedossa, tuntuu et se, se vie kyl elämästä kaiken. Se menee siihen kaman ettimiseen kaikki aika. Tai rahan ettimiseen, sen jälkeen tulee vasta kama kun on se raha. Pitää tehdä rikoksia kokoajan.

Korvaushoidon aloittamisella haettiin helpotusta kestävämmäksi käyneeseen elämäntilanteeseen. Tavoitteet eivät tässä vaiheessa yleensä olleet vielä korkealla, korvaushoito nähtiin vain tienä ulos huumeen hankkimisen määrittämästä elämästä.

K: Mut ei se kyllä loppunu se säätäminen siihe, että ei siitä niiku, se oli se hoitoon lähteminen edelleen vaan se että mä saan sen kaman, päivittäisen kaman ja ei tarvii hakea sitä enää niinku mistään luukuista tai kadulta ja edelleen amfetamiinia jatkoin kuitenkin käyttään sillo ku lähin hoitoon, eli se ei kovin hyvin lähteny se hoito..

Korvaushoitoon hakeutumista edeltää useimmiten väsyminen huumausaine-ehtoiseen elämään, mutta myös totaalinen loppuun palaminen. Äärimmäisissä tilanteissa haastateltava näki sen ainoana vaihtoehtona sille, että huumeet veisivät hautaan. He uskoivat sen olevan todella viimeinen vaihtoehto ja että ilman sitä olisivat luultavasti kuolleet, jos olisivat jääneet huumemaailmaan.

D: Ku aattelee et niin paljon ihmisiä.. jotka niiku.. ei tiiä onko missä, muuttanu minne. Moni on varmaan kuollu. .. Varmaan iteki ois. Varmasti ois. Jos ois jääny niihi kuvioihi yhtään pitemmäks.

Muutosmotivaation ylläpitäminen on jatkuva prosessi. Huumeista irtautumiseen kuuluvat hoidon takapakit ja repsahdukset. Monilla ilmeni ohikäyttöä, joka viivyyttää kuntouttavaan korvaushoitoon etenemistä. Nykyhetken ohikäytöstä huolimatta tulevaisuutta suunniteltiin huumeettomana, työn ja opiskelun parissa. Nykytilanne oli monelle kuitenkin turhauttava.

N: Ei sitä koe itteensä kovin tarpeelliseksi, ja kun ei ole sitä tarpeellisuuden tunnetta että omalla elämällä ois muutakin merkitystä kun ne läheiset, että elää pelkästään sen takia mutta ei koe omaa oloonsa mielekkääks niin kyllähän se saattaa tommonen niin kyllähän se sattaa se korvaushoidossaolevan statuskin tuoda jonkulaisten tarkotuksen elämään, että ”mä nyt ainakin yritän elää niinku pitäs”. Mulle se ei sitä enää tuo, että pitäs hakea jotain uutta, ja se ois uutta se elämä täysin ilman kannabista, vois hävittää ne kaikki vehkeensä ja sanoo että mä enää ikinä käytä, mut se on vähä ku tupakkalakko kanssa. Vaikeeta.

Elämäntavan muutos

Konkreettinen muutos elämässä oli hoidon myötä muuttunut arki. Huumeiden käyttöön liittyvän toiminnan loputtua päivärytmi muodostuu hoidossa olevalle ensin lääkkeen jaon ympärille. Hoidon myötä tarjoutuu mahdollisuuksia hakeutua kursseille ja koulutukseen. Eteneminen näiden suhteen on kuitenkin yksilöllistä. Muutamit haastateltavat olivat olleet korvaushoidon aikana koulussa ja töissä. Toisten hoito ei ollut vielä edennyt näin pitkälle. Usean haastateltavan kohdalla hoidon eteneminen oli jäissä ohikäytön vuoksi, joten koulutukseen tai töihin hakeutuminen ei ollut sillä hetkellä ajankohtaista. Huomattavaa aineistossa kuitenkin on, että koulu ja työ olivat kaikkien haastateltavien haaveena ja tavoitteena. Tältä osin he liikkuvat kohti yleisesti hyväksytyjä arvoja.

Muutama halusi myös hyödyntää omaa elämän kokemustaan joko työn tai harrastusten kautta. Tämä ilmeni halulla kouluttautua päihdetyöhön, jakamalla tietoa opiskelijoille ja päihteidenkäyttäjiä kohtaaville työntekijöille tai kirjoittamalla kokemuksistaan netissä. He näkivät hyvänä, jos joku voisi hyötyä heidän kokemuksistaan ja jos he voisivat auttaa ja vaikuttaa jonkun toisen tekemiin valintoihin.

D: Erityisesti jos niinku nuorille pääsis kertomaan et millasta tää on. Et jos vaan pystys jollekin nuorelle joskus, vaikuttaa niinku et ei lähtis tälle tielle mille ite. Se ois hieno juttu.

Vaikka asenteita on laajassa mittakaavassa vaikea muuttaa, on sosiaalisen vuorovaikutuksen kautta mahdollista vaikuttaa toisen ihmisen ja ryhmän asenteisiin (Mead 1983, 180). Ihmiset ilmaisevat jatkuvasti asenteitaan jakamalla omaa tietoaan ja mielipiteitään sekä erilaisin vuorovaikutustavoin kritisoimalla, hyväksymällä ja tuomitsemalla. Tämän kaltaiselle huumeidenkäyttäjien tai käyttöön liittyvälle asenteenmuutostyölle ei ole kuitenkaan aina helppoa löytää väyliä.

Talouden hallintaan haastateltavat suhtautuivat kaksijakoisesti. Osa totesi, että rahat riittävät nykyään hyvin, mikä oli heille uutta. Aiemmin kaikki raha oli mennyt huumeisiin. Toisilla rahapula oli tuttua sekä huumeidenkäyttö ajoilta että nykyisessä elämäntilanteessa. Nyt rahat kuitenkin kuluivat elämiseen eivätkä huumeisiin. Osa niistä, jotka kokivat rahatilanteensa nyt huonoksi, vertasi sitä entiseen elämäntapaan. Käyttöaikoina huumeisiin liittyvä oheistoiminta, pimeät työt ja muu rikollisuus olivat tuottaneet heidän tulonsa. Verrattuna sosiaalietuuksien varassa elämiseen entinen elämäntapa oli ollut taloudellisesti tuottavampaa. Konkreettinen toiminnan muutos haastateltaville olikin juuri rikollisen

toiminnan loppuminen. Tämä oli monelle yksi selkeimmistä muutoksista elämäntavassa. Haastateltavien ei tarvinnut tehdä enää rikoksia huumeiden takia. Moni kertoi lopettaneensa varastelun.

V: Ei oo ollu nyt korvaushoidossa ollessa mitään huumeisiin liittyvää (rikollisuutta). Et se sieltä käyttöajoilta ainoo.. jääny vähän niinku sellanen näpistely päälle tuolla kaupoissa, vieläki saattaa ihan epähuomiossa tunkee taskuunsa jotain, sitten tajuu että eihän mun tarvii, mä voin maksaa tän. Sillon ei tosiaan voinu, meni kaikki rahat, omat ja vanhempien ja naapureitten.. ja varastetut rahat.. meni huumeisiin.

--

H: No miten sun elämä on muuttunu nyt kun sä oot korvaushoidossa?

K: No sakkoja ei tuu enää mistään, ei oo enää mitään rikollista toimintaa, se on ehkä suurin plussa että maksoin tässä just viimesen sakon. Ei oo enää tulossa muita. Kun varastin aina kaikki, nyt on kyllä paljon kalliimpaakin eläminen, ei oo enää ikinä mihinkään varaa kun ei varasta. Se nyt tulee ekana mieleen. On elämänlaatu muutenkin parantunu ja muistaakin jopa asioita mitä tapahtuu! Piriaika vähän hämärän peitossa että tuntuu että yhteensä muistaa varmaan vuoden niistä tapahtumista kun kuitenkin tuli vedettyä melkeen kymmenen vuotta..

Työmarkkinoiden ulkopuolella oleminen liittyy myös vahvasti huumausaineriippuvuuteen. Esimerkiksi Knuutin tutkimuksessa (2007, 66-67) riippuvaisilta ei käyttöaikoina juurikaan löytynyt työntekoon vaadittavaa työkykyä, aikaa tai motivaatiota. Pimeät työt, huumekauppa, varkaudet, työttömyyskorvaukset, sosiaalietuudet, lainat ja luotot olivat keinoja rahoittaa eläminen ja huumeidenkäyttö. Samantapaisia tapoja rahoittaa käyttöaikojen elämä ilmeni myös aineiston haastateltavien historiassa. Nyt korvaushoidossa moni halusi jättää rikokset taakse. Pääasiassa haastateltavat elivät sosiaaliturvan varassa, mutta näkivät sen väliaikaisena. Kaikki haastateltavat halusivat päästä elämässä eteenpäin, työhön tai koulutukseen. Sen kautta haluttiin sekä tulla toimeen että saada omaan elämään mielekkyyttä.

Toistuva ilmaus huumeidenkäyttöajoista puhuttaessa oli, että haastateltavat eivät juuri muista niistä ajoista mitään. Tämän ilmaistiin johtuvan lähinnä elämän sekavuudesta sen keskittyessä ainoastaan päihtyneenä olemiseen ja päihteen hankkimiseen. Usean vuoden ajanjaksoista sanottiin olevan vain murto-osa muistissa. Tämänkaltaisessa keskustelutilanteessa jotkut ilmaisivat myös muunlaisia syitä muistamattomuuteen. Huumeiden käyttöajoista sanottiin löytyvän asioita, joita he eivät yksinkertaisesti halua muistaa tai muistella. Nämä muistot liittyivät omaan rappiotilan toteamiseen tai siihen kuinka he olivat kohdelleet läheisiään ja muita kanssaihmissiä.

D: Paljon on sellasta mitä ei muista ku ollu niin sekasi.. Ja on sit se että mä en.. Ei halua muistaa. Ees uskoa jotain mitä on tehny.. Jos joku sanoo et mitä on tehny.. tai jolleki.. Nii mä suutunki siitä nii paljon koska ei halua aatella mitää siitä.

Meadin (1983, 143-144) mukaan ihmisellä on useita minuuksia, jotka yhdessä muodostavat minän kokonaisuuden. Ihminen voi tunnistaa itsessään näitä erilaisia puolia. Usein ihminen myös haluaisi unohtaa ja päästä eroon joistakin puolista, jotka menneisyyden kautta kuuluvat meihin. Tilanteessa, jossa ihmisten toimintaa voivat sanella useat muodot omasta minuudesta, riippuu nykyisestä toiminnasta, todennetuista sosiaalisista reaktioista, keitä hänestä tulee. Menneisyys on erottamaton osa meitä, mutta sen ei tarvitse sanella keitä meistä tulee. Ihminen vaikuttaa joka hetki toiminnassaan siihen, kuka hän on.

Huumeidenkäyttö oli muuttanut sekä haastateltavien fyysistä että henkistä vointia. Osa oli saanut suonensisäisiä huumeita käyttävillä yleisen tartuntataudin, c-hepatiitin. Huumeidenkäyttöaikoina monen fyysisen kunto oli päässyt rapistumaan. Lisäksi monella oli muita huumeisiin liittymättömiä sairauksia ja särkyjä. Usea haastateltava kertoi myös hänellä olevan jokin mielenterveysongelma tai epäilevän itsellään sellaisen olevan.

Monet sanoivatkin arvostavansa terveyttä nykyään aivan erilalla kun ennen ja suuntaavansa siihen nykytilanteessaan enemmän huomiota. He pyrkivät parantamaan kuntoaan ja hoitamaan sairauksiaan ja vaivojaan. He alkoivat huolehtia kunnostaan ja voinnistaan eri tavoin. Tässä suhteessa osa moitti korvaushoitolääkkeenä olevaa metadonia. Sen sanottiin passivoivan ja vaikuttavan painon nousuun. Liikuntaharrastuksen nähtiin tukevan omaa kuntoutumisprosessia. Se nähtiin positiivisena riippuvuutena, jolla oli vaikutusta sekä fyysiseen että psyykkiseen kuntoon. Liikunnan jopa sanottiin muodostuvan joillekin uudeksi huumeeksi vanhan tilalle. Sen nähtiin tuottavan samankaltaista adrenaliinia ja mielihyvän kokemusta kuin ennen haettiin päihteiden kautta.

D: Sen oon huomannu että ne ketkä on lopettanu hoidot ja on alkanu välittömästi urheileen hirveesti, ne on pysyny kuivilla. Mut ne ketkä on lopettanu eikä oo alkanu urheileen ne on retkahtanu uudestaan ja ne on siinä pisteessä että tarviis taas hoitoa.

Arvojen muutos

Kysyin haastateltavilta, ovatko he mielestään muuttuneet ihmisinä ja ovatko heidän arvonsa muuttuneet huume-elämästä irtautumisen myötä. Osa sanoi, että ei ole muuttunut ihmisenä. Osaksi sen tähden huume-elämä oli muuttunut monelle liian kuluttavaksi, kun he

halusivat pysyä uskollisena itselleen ja omille arvoilleen. He eivät halunneet mukautua huumemaailman käyttäytymismalleihin, joita he kritisoivat jatkuvan epäluulon ilmapiiristä ja oman hyödyn tavoittelusta.

I: Mä olin varmaan rehellisimpiä nistejä mitä on olemassakaan ku mä inhoon valehtelua. Musta oli ihan hirveetä olla siellä narkkareitten maailmassa kun kaikki kusetti ihan menen tullen ja palatessa ja tuntu välillä että mä oon ainut joka puhuu totta ja sitte mua ei uskottu ikinä kun kaikki varauksella totta kai ottaa kaiken kun kukaan ei puhu totta. Se oli tosi ärsyttävää kyllä. Enkä mä onneks oo tehny mitään sellasta vanhemmilleni, ryöstäny mitään, mä en oo onneks kellekään tehny mitään sellasta. Enkä mä varmaan olis pystyny tekemäänkään.

Osa taas koki muuttuneensa hyvin paljon. ”Kasvaneen ihmisenä” tai ”aikuistuneensa”. He olivat oppineet kantamaan huolta itsestään ja olemaan vastuullisempia. Kaikki muutos ei kuitenkaan ollut parempaan suuntaan. Osa sanoi olevansa nykyään esimerkiksi laiskempia, tuntevansa olonsa masentuneeksi tai kestävänsä yksinoloa huonosti. Huumeidenkäyttö oli lyönyt monen itsetunnon alas. He sanoivat olevan sulkeutuneempia ja varovaisempia kuin ennen.

N: Kun semmonen tunne on tullu että parempi ihminen oisin kuolleena. Tuntuu vähän niinku ois yhteiskunnassa rasitteena. Täällä (vertaistoimintakeskuksessa) sitä ei nyt tunnu, kun tässä on kaikki ympärillä olevat töissä tai muita korvaushoitopotilaita.

--

K: Ei se (elämä) oo kyllä oikeen muuttunu siitä. On tullu paljon laiskempi ja lihavempi ja vaikka mitä, koti on tosi pommin jäljiltä, semmonen laiskuus tulee tosta aineesta (korvaushoitolääke metadonista), ei jaksa tehdä mitään, eikä kiinnosta oikeestaan. Tai sitte, niin, en mä tiedä johtuuko se metadonista, vai onko jotenki masentunu vai muuten, mitenkä, mä luulen ainaki että se johtuu metadonista. Kaikki tommonen, ei tuu laitettua päiväröökä välttämättä enää niinku on kuitenkin tullu laitettua aikasemmin. Että huonompaan suuntaan tässä on mun mielestä menty.

--

H: Tuntuuks susta että sä arvostat nyt erilaisia asioita kun silloin käyttöaikoina?

I: Aika vähän joo. Aikalailla samat arvot on säilyny. Vaikka mä narkkasin niin samat arvot oli aina silloinki, vaikka ne vähän jemmassa olikin. Mut en mä enää sama ihminen ole kun ennen narkkausta. Olin ihan yltiösosiaalinen silloin. Nykyään mä oon paljon syrjäänvetäytyvämpi.

Ne joilla perhettä ja ystäviä oli, sanoivat arvostavan niitä elämässä eniten. Niiden katsottiin olevan arvoina pysyviä ja ensisijaisessa asemassa elämässä. Näin oli vaikka parisuhde ja ystäväpiiri olisivatkin vaihtuneet elämän kuluessa. Niiden katsottiin olevan itselleen tärkeimpiä sekä aiemmin että nyt. Uudenlaisen arvostusta olivat omassa elämässä saaneet niin pienet kuin isotkin asiat. Yleisin tällainen asia oli terveys. Sen lisäksi huumeettomaan

elämään liittyi paljon pieniä asioita, joita ennen ei osannut arvostaa tai edes huomata. Tällaisia olivat esimerkiksi oma rauha ja luonto. Niinkin pienestä seikasta kuin linnunlaulusta saattoi huomata elämän olevan erilaista kuin ennen. Näin kertoo esimerkiksi Kata.

H: No tota tuntuuks susta että sä oisit muuttunu ihmisenä sillei tänä aikana?

K: Oon mä kasvanu. Aikuistunu hirveesti siitä mitä on ollu enemmi. Ja jotenki, mä oon nyt vasta ensimmäisessä pitemmässä parisuhteessa. Ja jotenki siinäki, siinäki mä oon kasvanu, senkin takia. Mutta myös sen takia ku on rauhottunu ja pysyy suurin piirtein sillei jalat maassa, että ei oo kokoajan ihan sekasin. Sen kautta on kasvanu.

H: Tuntuuks susta että sä arvostat erilaisia asioita nytte ku silloin käyttöaikoina?

K: Kyllä ihan kaikkee. Ihan välillä auringonpaistettaki tulee välillä arvostettua, se on hieno juttu, ihan sellasia pikkusia juttuja, en osaa luetella mutta niitä huomaa välillä ku kävelee, luonnosta tulee aika paljon, mä tykkään paljon luonnosta muuteki varmaan sen takia. Siellä huomaa kyl sellasia juttuja että aattelee että enpä oo huomannu ikinä. Semmosia. Tai keväisin kun tulee hiirenkorvat kun tulee puihin niin se on ihan huippu juttu. Niitäkään ei oo ennen huomannu. Tai ehkä on huomannu mutta ei oo välittäny. Ei oo kiinnostanu.

Kaikkien haastateltavien haaveet ja tulevaisuuden tavoitteet olivat samankaltaisia. He halusivat tulevaisuudelta aivan tavallisista asioista. He puhuivat työstä, koulutuksesta, perheestä ja/tai parisuhteesta. Nämä ovat hyviä ja tavallisia asioita. Ne ovat mahdollisia, mutta osalle vaikeita ja matkan päässä. Jotkut sanoivat täysraittiuden tuntuvan käytännössä mahdottomalta. Silti kaikki haaveilivat hoidon alasajosta ja päihteettömyydestä.

H: Miten sä haluisit et asiat ois kolmen vuoden päästä?

V: No toivosin et oisin päässy tost hoidosta kuiville. Ja toivon että ei ois enää niiku mitään piikittelyjä ei mitään että ne ois taakse jäänyttä. Lähinnä siitä haaveilen että löytäs tarpeeks jämäptin emännän ja joka kuiteki sallis sen että mä en oo täydellinen ja mä saatan retkahtaa ja muuten mutta joka jaksas kuiteki uskoo siihe että parempaan päin ollaan menossa. Et se on semmonen mitä niinku toivoo, ja niiku vanhemmatkin toivoo että pääsis tosta hoidostaki eroon että pystys elään niinku täyspainosta elämää niinku muuten että en tiedä miten se ratkee ja millon se ratkee asia että.. semmosta.

--

H: Jos mä kysyn vielä yhen kysymyksen. Miten sä haluisit et asiat ois kolmen vuoden päästä?

A: Haluaisin että mulla ois työpaikka. .. sitten että ois jossain paremmassa paikassa asumassa, asunnossa ei oo mitään vikaa mutta et ois semmonen päihteetön ympäristö.. ja kolmen vuoden päästä, ehkä sillo jo ois päässy siihe että ois täysin raitis. En mää montaa vuotta aio kyl missää nimessä. Mä alun perin aattelin että mä oon vuoden, vuoden oon tossa hoidossa mutta enhän mä oo tässä saanu oikeen mitään aikaan vielä. Pitää jatkaa tota. Se antaa mahollisuuden miettiä vähän rauhassa tota tulevaisuutta. .. Välillä tuntuu sillei tota niin että ei pääse eteenpäin mutta muistaa sitte että se muutos,

se voi olla niin hidasta, ei sitä ite helposti huomaa. Joku sivullinen jota näkee harvemmin niin se saattaa helpommin huomata sen.. Kunhan vaan ei luovuta. Eikä lähe takasin päin. Takapakkia tulee. Onhan noita suvantovaiheita että tilanne pysyy samana. Ei kannata hosua sitte.

Nykyhetkenä he kamppailivat huumeettomuuden, hoitoon sitoutumisen ja arjen hallinnan kanssa. Suurin osa vielä hakee valtavirran elämäntapaa. Korvaushoidossa olevien marginaalista murtautuminen on kuitenkin käynnissä. Sen lähtökohtana voi katsoa olevan hoidon piirissä olemisen. Kun elämässä toteutuvat hoidon piirissä olemisen, hoitoon sitoutuminen, huumeeton ja lainkuuliainen elämäntapa, on marginaalista korvaushoidon kontekstissa teoriassa murtauduttu. Tämä prosessi oli kuitenkin monen kohdalla vielä kesken. Suunta oli kuitenkin oikea. Tulevaisuuden tavoitteisiin sisältyviltä arvoiltaan he suuntautuivat jo kohti valtavirtaa. Perhe, työ, parisuhde, koulutus, hoidosta irrottautuminen ja raittius olivat kaikkien haluna ja tavoitteena.

D: Vielä en uskalla lopettamista ajatella, hoidon lopettamista. Se on kuitenkin liian rankkaa se elämä kuiteki, käyttävän narkomaanin elämä, mieluummin olen toipuva sellainen.

Vaikka liike marginaalista onkin kohti valtavirtaa, liittyy siihen tämän oman, sisäisen, kamppailun lisäksi olennaisesti myös sosiaalisen ympäristön vaikutus. Kanssaihmisten ja hoitokontekstin vaikutuksesta syntyy yksilölle kokemuksia, jotka pitävät yllä marginaalisuutta. Näitä kysymyksiä käsittelem seuraavissa teemoissa ennakkoluuloista, hoitokontekstissa koetuissa epäkohdissa ja sosiaalisten suhteiden vaikutuksesta.

7.2 Ennakkoluulojen keskellä

Korvaushoidossa oleva on altistettuna erilaisten ryhmien tahoilta tuleville määrittelyille. Niin entisillä käyttäjäystävillä, läheisillä, uusilla tuttavuuksilla, ammattilaisilla kuin ihmisillä yleensä on mielipide huumeriippuvaisista, joskus myös korvaushoidosta. Knuutin (2007, 87-88) mukaan korvaushoidon kritiikki lisää ulkopuolisuuden tunnetta, sillä korvaushoidossa oleva ei kuulu minnekään; ei yhä käyttäviin eikä käytön lopettaneisiin.

Joku voi ajatella, että yksilö luo itse marginaalisen asemansa. Tässä tapauksessa huumeidenkäytöllä ja rikollisuudella ihminen erottaisi itse itsensä yhteiskunnan arvoista ja normeista. Marginaali ei kuitenkaan ole vain tila, jonka ihminen saa aikaan omilla ominaisuuksillaan tai toiminnallaan. Se on myös paikka, johon ihminen asetetaan muiden toimesta. Muut ihmiset luovat marginaalia yhtäläillä kuin yksilö itse. Pelot, mielikuvat, ennakkoluulot ja -asenteet ovat keinoja joilla luodaan raja-aitoja ja välimatkoja ”meidän”

ja ”muiden” välille. Ne pohjautuvat usein tunneperusteisesti arvoihin ja normeihin, mutta myös tutkitusta, tieteellisestä tiedosta huumeidenkäyttäjien moniongelmaisuudesta ja huono-osaisuudesta löydetään perusteita torjunnalle.

A: Toivos että asiat menis eteenpäin joskus. .. sille tasolle että pidettäis ihan niinku potentiaalisina työntekijöinä tai koulussa kävijöinä. Koska mulla ei ainakaan oo mitään niin paljon ylimäärästä kun aikaa. .. Ihan ku ei pystys tekeen mitään normaalia jos on korvaushoidossa ja sehän menee ihan päinvastoin. Mä en oo elämässäni tehny niin paljon normaaleja asioita elämässäni ku tän korvaushoidon aikana.

Marginaalisuus ei käsitteellisessä mielessä leimaa koko ihmistä. Yksilö voi olla yhdellä toiminta-areenalla marginaalissa, mutta kiinnittynyt keskukseen muilla areenoilla. Käytännössä asia voi kuitenkin olla erilalla, sillä esimerkiksi huumeidenkäyttäjät ovat usein monella tavalla marginaalissa valtaväestöön nähden. Toisaalta huumeita käyttävä ihminen voidaan leimata täysin kelvottomaksi ihmiseksi tähän yhteen marginaaliin kuulumiseen perusteella.

Aineistosta ilmeni, että korvaushoidossa oleva on alttiina tällaisille ennakkoluuloille niin korvaushoidon kuin huumauseriippuvuuden vuoksi. Myös monella heillä itsellään oli ollut ennakkoluuloja korvaushoitoa kohtaan. Hoidossa ollessaan ja siihen sitoutuessaan lähipiirin, niin perheen kuin ystävien, mielipiteillä korvaushoidosta oli merkitystä. Ennakkoluuloihin liittyi erontekoja erilaisten ryhmien kesken ja niiden sisällä. Siihen liittyi yleistyksiä tiettyyn ryhmään kuulumisen perusteella ja kokemuksia negatiivisista leimoista. Nämä seikat vaikuttavat yksilön minuuteen ja sen ilmaisemiseen konkreettisesti toiminnassa, esimerkiksi salailun kautta. Ennakkoluulojen kautta pidetään yllä entisen käyttäjän asemaa marginaalissa riippumatta siitä, kuinka pitkällä irrottautumisprosessi huume-elämästä on.

Salaisuus

”Huumeet ilmentävät valtaväestölle kulttuurisesti määriteltyä pahuutta. Siten huumeiden käyttäviin ja niitä joskus käyttäneisiin liitetään negatiivisia tunteita ja torjuntaa.” (Knuuti 2007, 12.) Lähes kaikki haastateltavat olivat kohdanneet ennakkoluuloja sekä huumeidenkäyttäjää että korvaushoitoa kohtaan. Ne jotka eivät olleet kohdanneet ennakkoluuloja, pitivät oman hoitosuhteensa ja taustansa mahdollisimman hyvin salassa. Hekin olettivat, että nämä asiat voivat vaikuttaa muiden ihmisten suhtautumistapoihin ja siksi pitivät asian mahdollisimman hyvin omana tietonaan.

Ennakkoluulot ja leimat ovat vaikuttavia ja voimallisia. Eivät vain silloin kun ne todentuvat toisen ihmisen käytöksessä. Ne elävät tallentuneena yksilön kokemuksissa ja vaikuttavat konkreettisesti hänen toimintaansa, esimerkiksi salailuna ja välttelyä. Aineistossa tästä kerrottiin niin konkreettisina kokemuksina ennakkoluuloista ja toisaalta omina tunteina ja käsityksinä siitä, kuinka muut suhtautuvat itseen ja käyttäjiin. Tämä kuvastaa Meadin sosiaalista minää: Muiden suhtautumistavat organisoitiin kokonaisuudeksi omassa tietoisuudessa. Se mitä muiden koettiin ajattelevan, määrittä omaa toimintaa ja ilmaisua.

H: No mites muuten, ootko kohdannu ennakkoluuloja nyt ku oot korvaushoidossa nii.. miten ihmiset on suhtautunu siihe?

A: Mä en hirveesti huutele kyllä, sitä että mä oon hoidossa. Mä itse asiassa vähän häpeen sitä että oon hoidossa, en tiä miks, no siinä jos mä kerron että mä oon korvaushoidossa niin siinä vaiheessa paljastuu että mä oon narkkari eli sen takia mä vähän häpeen sitä, enkä sen takia huutele siitä. Eli ei oo tullu.

H: Onks vähä sellanen salaisuus.

A: No vähän se on sellanen että mä piän suuni kiinni, kyllä mä tossaki aina (päiväkeskuksen) ovella kattelen vähän että näkeekö kukaan että mä tuun tänne sisälle, no ei nyt ihan niin paha kuitenkaan, kuiteki, se on sellanen aika isoki häpeä. En mä sitä ihan heti mee kellekään kertomaan, tai sitte jos tuolta joskus saa lomalääkkeet mukaansa niin kyllä mä sen hyvin visusti piän taskussa että mä en niinku halua että sitä kukaan näkee että mä kuljen sen metadonin kanssa pitkin kaupunkia.

Meadin mukaan organisoitua yhteisöä tai sosiaalista ryhmää, jonka vaikutuspiirissä yksilö on, voidaan kutsua yleistetyksi toiseksi. Sen asenne kuvaa yhteisön asennetta. Se vaikuttaa osaltaan yksilön minuuden kokonaisuuteen. Minuus laajimmillaan vaatii yleistetyn toisen sisäistämistä. Yleistetyn toisen (toisin sanottuna sosiaalisen ryhmän) asenteet heijastuvat yksilön välittömään kokemusmaailmaan ja minuus rakentuu osaltaan näiden asenteiden kohtaamisesta, aivan kuten se rakentuu toisten ihmisten asenteiden kohtaamisesta. (Mead 1983, 154-158).

Aineistossa ilmeni yleistetyn toisen tiedostamista. Toisinaan se oli yhteiskunnan, tai ”ihmisten yleensä” asenne huumeidenkäyttäjiä kohtaan, joskus taas sosiaalisen ryhmän kuten muiden huumeidenkäyttäjien asenne korvaushoitoa kohtaan. Tyypillisiä haastatteluissa esiintyviä ”yleistä ilmapiiriä” korvaushoitoa kohtaan voi kuvata seuraavilla haastattelukatkelmilla:

V: Sen oon kuitenkin huomannu että asenteet on meitä korvaushoidossa olevia kohtaan niin, ihmisillä ei oo tietoo, ne luulee et me haetaan ilmane huume ja me ollaan sekasi mutta hyvi harva on sekasi kellä on annos tosiaan katottu että se on kohallaan niin.

--

O: Voi aatella niinku, yleensähan korvaushoidossa olevia meitä pidetään ihan reppanoina että me sen takia ollaan hakeuduttu hoitoon että ei osata enää tehdä rahaa vaan tarpeeks millä narkattas mut kun ei se asia mee niin, et sitä vaan väsy siihen touhuun ja siitä tulee jonkunlainen vastuu siitä että tietää että vanhemmat kärsii, puoliso kärsii, lapset kärsii ihan kaikki lähellä olevat kärsii, niin niin sen takia mä ainakin, ja ite kärsin, silloin käyttöaikoina kun se elämä oli sitä napin perässä juoksemista, viimest vuodet oli sitä subutexin perässä juoksemista.. ..en viiti ees ajatellakaan semmosta et vaikka en täyttä ihmisarvoa saakaan niin kyllä enemmän olen hoidossa. Ja pysyn siinä.

Entinen huumeidenkäyttäjä tiedostaa yleisen, tuomitsevan asenteen huumeita ja niiden käyttäjiä kohtaan. Hänellä voi olla kokemuksia ja muistoja taustansa negatiivisista vaikutuksista. Tämän vuoksi entinen käyttäjä pitää varmempana salata taustansa ja välttää tuomasta sitä ilmi. Tämä tarkoitti aineistossa usein myös korvaushoidossa olon salaamista.

Meadin mukaan ihmisellä on usea ”minä”, jota hän voi vaihtaa toimiessaan eri ihmisten kanssa (Mead 1983, 144). Entisen narkomaanin on helpompaa salata taustansa, jotta hänen itsemääräämisensä ei rajoittuisi sen vuoksi, että hänet nähdään ensisijaisesti huumeidenkäyttäjänä. Hän haluaa itse päättää ja muodostaa sen hetkiselällä toiminnallaan sen kuka hän muiden silmissä on.

M: Huomannu sen että kannattaa enemmän olla hiljaa tosta hoidostaan ku puhua siitä kellekään kun yleensä siitä jotain ikävää seuraa, että ei niin hyviä entisiäkään ystäviä oo kelle oisin viittiny puhua koko asiasta. Sellaset ihmiset ketkä siitä hoidosta on lentäny ulos ne sanoo sitä saattohoidoks, siitä saa kuulla vittuilua sitte. Ja ..semmonenhan on yleinen käsitys niinku tuolla että korvaushoidossa olevat niin ne lihoo semmoksiks 150 kiloseks ja tissuttaa keskisolutta kaiket päivät ja mulla ei oo semmosta vaihetta kyllä tullu.

On ymmärrettävää, että korvaushoidossa olevat pyrkivät salaamaan huumausainehistoriansa sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa. Tausta voi edustaa alhaista sosiaalista statusta, joka ilmi tullessaan voi vaikuttaa negatiivisesti vuorovaikutukseen ja näin satuttaa yksilön minuutta. Salailun kautta he haluavat toimia ilman huumeidenkäyttäjän minää, koska sillä on potentiaalia erottaa itsensä muista negatiivisessa mielessä.

Erottautuminen

Meadin (1983, 315-316) mukaan yhteisöjen muodostuminen tapahtuu sosiaalisen vuorovaikutuksen kautta kahdella tapaa. Ensimmäinen on erottautuminen muista. Hän käyttää esimerkkinä työtä. Työssäkäyvät erottautuvat työttömistä, kun työn teko ilmentää erilaista toimintatapaa, arvoja ja normeja kuin työn ulkopuolella olevien katsotaan edustavan. Toinen tapa yhteisön muodostumiseen tapahtuu kun yksilö on motivoitunut itse toimintaan. Ihminen tekee työtä koska pitää siitä ja haluaa tehdä sitä. Hänellä voi olla erilaisia tunteita vastakkaisille ryhmille, mutta hänen toimintansa ei perustu heistä erottautumiseen. Jälkimmäisessä tapauksessa yhteisöt ovat vahvempia ja toimivat paremmin kuin ensimmäisellä tavalla. Näin on siksi, että yhteisön toiminta ei ole riippuvainen sosiaalisesta vuorovaikutuksen kitkoista ryhmien välillä. Ihminen kokee itsensä vahvemmaksi, kun hän kuuluu yhteisöön itsensä toteuttamisen vuoksi eikä tämä toiminta ole suoraan sidoksissa muiden mielipiteisiin ja asenteisiin häntä kohtaan.

Aineiston korvaushoidossa olijat toimivat yhä lähinnä narkomaanistatuksen alla yhteiskunnassa. Heidän osallistumisensa yhteiskuntaan tapahtui lähinnä korvaushoiton sitoutumisen kautta ja siihen liittyvissä palveluissa toimimisen kautta. He eivät useimmiten osallistuneet työ- tai koulutustoimenpiteisiin sen hetkisessä tilanteessaan. He olivat usein sosiaalisten harrastusten ja muunlaisten ryhmätoimintojen ulkopuolella, ja heidän lähipiirinsä oli suppea ja muodostui perheen lisäksi usein toisista toipujista tai käyttäjistä.

He siis toimivat tavallaan vieläkin ”narkomaaniminänsä” kautta. Mitä enemmän he voivat osallistua ja toimia ilman narkomaanin minää, vahvistuu heidän identiteettinsä ilman huumeita. Koska työn, koulun ja harrastusten ulkopuolella olevalla ei ole käytössään perinteisimpiä keinoja todentaa itseään osana yhteisöä, heille tuntuu jäävän vain Meadin erontekoon perustuva yhteisöllisyys. Tällöin he kuitenkin ovat juuri sillä huonommalla puolella yhteisöön nähden.

Kun omaa minää ei voi vahvistaa yhteisöön samaistumisen keinoin, jää minuus sosiaalisen vuorovaikutuksen armoille ihmisten välisessä kanssakäymisessä. Huumeriippuvuudesta toipuvien voi siis katsoa tämänkaltaisessa tilanteessa olevan alttiimpia ympäristön palautteella, kuten ennakkoluuloille ja leimoille. Tämän kautta voidaan myös avata Granfeltin (2003, 66) toteamusta siitä, että marginaaliryhmiin kuuluvat ihmiset herkistyvät kokemaan itsensä negatiivisesti erilaisiksi ja tuntemaan, että heidän elämässään on jokin

hävettävä salaisuus, joka ilmi tullessaan johtaisi syrjintään, halveksuntaan tai epäluuloon. Tämän asetelman vuoksi on tärkeää kuinka ihminen suhtautuu kohdatessaan marginaalijatusta kantavan ihmisen. Omalla toiminnallaan voi vahvistaa ihmistä, joka kantaa mukanaan narkomaanin minää mielessään. Tätä toista voi vahvistaa positiivisessa mielessä, hänen minäänsä ilman huumeita, tai negatiivisesti, vahvistaen ”narkomaaniminän” pysyvyyttä leimojen ja ennakkoluulojen kautta.

Meadin mukaan ryhmät siis rakentuvat ja muodostuvat erontekojen kautta (Mead 1983, 315-316). Ihminen vertailee luonnostaan itseään toisiin muodostaessaan minäkuvaansa. Ylemmyyden tunne yksi olennainen tapa rakentaa minuuttaan. Tämä ei kuitenkaan tarkoita egoismia tai ole luontaisesti pahantahtoista. (Mead 1983, 205-207). Eronteko voi kuitenkin ilmetä negatiivisena kokemuksena vastakkaisessa ryhmässä. Erontekoa ei tehdä vain marginaalin ja valtavirran välillä, vaan eron tekoa ilmenee myös marginaalien kesken.

Verrattuna alkoholiin, jonka käyttö on laillista, yleistä ja hyväksyttyä, huumeiden käyttö on yhteiskunnassa täysin erilaisessa asemassa. Alkoholisteihin kohdistuva paheksunta on usein pientä verrattuna siihen mitä narkomaanit saavat kokea. Huumausaineiden käytön kriminalisointi ja käyttöön usein yhdistyvä muu rikollisuus muodostavat huumeongelmaisten alakulttuurista täysin erilaisen verrattuna alkoholisteihin. (Knuuti 2007, 12, 22-23). Marginaalit eivät tosiaan ole homogeenisiä. Myös marginaalissa elävien keskuudessa löytyy aina jokin ryhmä jota voi katsoa alaspäin (Pohjola 1994, 167-172). Näin voi olla esimerkiksi erilaisten päihderiippuvuuksista kärsivien kesken. Aineistossa ilmeni ennakkoluuloja korvaushoidossa olevia kohtaan toisten riippuvuuksista kärsivien taholta.

N: Esimerkiks semmonen vastakkainasettelu on aina ku alkoholipotilaat ja sitten korvaushoidossa olevat potilaat, me ollaan niinku alkoholistien silmissä sitä pahinta pohjasakkaa mitä voi olla, että onneks me ei sentään olla tommosia, sitten oon huomannu että monet huumepuolella hoidossa olevat on sitte että onneks en oo sentään tollanen ku toi. Vaikka taudin nimi on melkeen sama, riippuvuus jostain, niin koetaan että nää on huonompia vielä.

Vaikka korvaushoidon asiakkaita ei voi pitää itsestään selvänä ”ryhmänä”, asiakkuus muodostaa yhdistävän kiinnkohdan hoitomuodon piirissä oleville. Jotkut haastateltavat myös puhuivat korvaushoidossa olevista sanalla ”me”. Haastateltavilla oli kuitenkin tähän ryhmään kuuluvana mielipiteitä siitä, kenelle hoitomuoto tulisi kohdentaa. Hoitomuodon sisälläkin siis muodostettiin erottelua niihin kenelle hoito

sopii ja kenelle ei. Tämä ilmeni aineiston haastateltavilla toistuvana kritiikkinä korvaushoidon pääsykriteerejä kohtaan. He olivat huomanneet korvaushoitoon tulevan yhä nuorempia asiakkaita ja kyseenalaistivat heidän motiivinsa ja todellisen hoidon tarpeensa. Heidän mielestään korvaushoitoon hakeuduttiin ja päästiin nykyään liian helposti.

S: ..Se on, ku tällaset lapset, on ihan väärä käsityskin siitä että metadoni on joku onnellisuuden takaaja mitä se ei todellakaan ole. Et sais ne niinku ymmärtämään sen vakavuuden minkä asian kanssa leikitään kuitenkin, et siinä helposti heilahtaa niin et siinä meneeki helposti loppu ikä. Et se pitäis mun mielestä kaikille tehdä se kuntoutussuunnitelma, heti alkuun, ennen ku alotetaan koko hoito, niin miettiä sitä, tietysti siinä pitää olla muutama vuosi, pari vuotta semmosta aikaa, et normalisoituu yleensä kaikki toiminnot ja muuten, mut sitten ku rupee menemään ihan oookoo, että omassa tahissa tiputtelis sitten lääkitystä. Jos mäkin oon pystyny sitä puolella tiputtamaan niin mä luulen että monella muullaki ois siihen mahdollisuus.

--

V: ..Mä ite neljä vuotta väänsin kättä siitä että mä sain apua itelleni, mulla oli mielenterveysongelmia niin mä en saanu päihdeongelmaan sen takia apua ja mielenterveysongelmiin mä en saanu apua taas sen takia ku mulla oli päihdeongelma. Et se oli semmonen, niiku tuntuu että nykyään tuo korvaushoito tuputetaan kaikille ihmisille niiku vaikka niillä ei ois minkäänlaista opiaattitaustaa mutta jotaki huumeita ovat käyttäneet niin tervetuloa korvaushoitoon että eivät tiiä mihi ittensä koukuttavat.. Tuo metadoni on niin älytön myrkky että siitä ei kovin helpolla sitä pysty lopettaa että tulee tosi paha olo vierotusvaiheessa että..

Ennakkoluulot

Korvaushoitoon hoitomuotona liittyy paljon sellaista, joka saattaa ylläpitää hoidossa olevien marginaalista asemaa. Vaikka hoitomuoto on jo vakiintunut Suomessa, liittyy siihen aineiston perusteella ristiriitaisia mielipiteitä, niin asiantuntijoiden kuin maallikkojen taholta. Ennakkoluulot veronmaksajien kustantamasta huumeiden käytöstä ja käyttäjien kroonistamisesta elävät tutkielman perusteella vieläkin.

Myös eri hoitomuodoissa olevien välillä vallitsee mielipide-eroja. Esimerkiksi NA:n ja korvaushoidon ideologisista ristiriidoista on havaittu nousevan jännitteitä asiakkaiden välillä (esim. Holmberg 2002, 68, Knuuti 2007, 129). Tämänkaltaisia kokemuksia löytyi myös tutkielmani aineistosta.

Korvaushoidon ongelmana on myös korvaushoitolääkkeiden leviäminen katukauppaan. Hoitoa väärinkäyttävät saattavat leimata kaikkia hoidossa olevia, vaikka korvaushoidon tehokkuuden on todettu mukailevan päihdehoidossa yleistä kolmanneksen sääntöä.

Kolmanneksella hoito toimii, kolmanneksen tilanne paranee ja kolmanneksen tilanteessa ei tapahdu paranemista (Hendriks 1999, 13-23).

Aineiston haastateltavilla monen päätökseen lähtee korvaushoittoon olivat vaikuttaneet jonkun läheisen kokemukset asiakkuudesta. Tutustuminen jo korvaushoidossa olevaan henkilöön, vaikutti omiin ennakoasenteisiin positiivisesti. Suurella osalla haastateltavista oli ollut negatiivinen ennakkokäsitys korvaushoidosta. Asenne oli yleensä omaksuttu käyttäjäpiireistä. Muutamat lykkäsivät korvaushoidon aloittamista omien ennakkoluulojensa takia. Myös kumppanin tai vanhempien epäluulo hoitomuotoa kohtaan oli osaltaan vaikuttanut joidenkin päätöksiin lykätä hoitoa.

Korvaushoittoon hakeutuminen ei siis ollut itsestään selvää. Monilla oli vahvoja ennakkokäsityksiä ja ennakkoluuloja hoitomuotoa kohtaan. Ne tulivat käyttäjäpiireistä, läheisiltä ja myös ihmisiltä, jotka itse olivat korvaushoidossa. Ennen nykyisen hoitajakson aloittamista joillekin oli tarjoutunut mahdollisuus aloittaa korvaushoidossa, mutta muutokseen ei oltu tuolloin vielä valmiita. Osansa tähän oli kuitenkin ollut myös ennakkoluuloilla. Valmiutta hoitoon ja epäluuloja sitä kohtaan kuvaa hyvin katkelma Iidan haastattelusta:

H: Mitä silloin kun sulle tarjotti eka kerran mahdollisuutta lähtee niin..?

I: Se oli vähän semmonen tilanne, mä kyllä kävin ne kaikki haastattelut läpi siinä mitä oli ja siinä ois pitäny olla niitä katkenneita hoitajaksoja. Sitte kävin siinä viimesessä haastattelussa ja jostain syystä mulle tuli semmonen olo että mä en lähe mihinkään saattohoitoon, mä oon loppuelämäni siinä hoidossa sitte ja sillei. Sitte kun en ollu opiaatteihin ikinä koskenu nii mun mielestä se ei ollu hyvä ratkasu. Se oli periaatteessa mun, että mitä mä hain silloin siltä hoidolta nii oli se että mä oisin saanu sen päivän kamani sit siinä ilmatteeks ja laillisesti. Elikkä ei siinä ois ollu sitten mitään järkeä siinä hommassa.

H: Joo. Sä aattelit silloin että se on saattohoitoa.

I: Joo.

H: Mistä se tuli?

I: En tiä yhtään mistä se on tullu mieleen. Oisko se ollu että kun on kuullu vaan. Silloin ei ollu niin paljon ihmisiä metadonihoidossa ja jos ne oli hoidossa niin ne oli tosiaan semmosia että ne on jo kymmeniä vuosia.. Sitte, ketä tunsin, niin ne oli sillei että älä ikinä lähe sinne hoitoon että se on yhtä helvettiä suoraan sanottuna.

H: Mites sitte nyt ku lähit hoitoon.. oliko niitä ennakkoluuloja vielä..?

I: Ei, ei ollu enää siinä vaiheessa mä olin niin paljon nähny ja kuullu näistä korvaushoitolaisista ja kaikista ja kun mä muutin tänne näin niin täällä oli niin paljon enemmän korvaushoitoporukkaa kun siellä missä ennen asuin. Niin mä kerkesin nähdä

ja tutustua muutamaan ihmiseen ketkä on hoidossa ja ne niinku kerto siitä hoidosta minkälaista se on ja se kuulosti silloin ihan oookoolta.

Ennakkoluuloja siis muodostui, mutta myös korjaantui sosiaalisen vuorovaikutuksen kautta. Iidan kohdalla tutustuminen korvaushoidossa oleviin oli murtanut hänen aiempia ennakkoluulojaan korvaushoitoa kohtaan ja osaltaan vaikuttanut päätökseen lähteä korvaushoitoon. Aiempia ennakkoluuloja hän ei osannut erityisesti kohdentaa tiettyyn lähteeseen. Ennakkoluulot muodostuivat näin ”yleisemmän asenteen” pohjalta, jonka konkreettisella kanssakäymisellä korvaushoidossa olevien kanssa pystyi korjaamaan. Samaan tapaan joidenkin haastateltavien läheisillä oli aluksi negatiivinen asenne korvaushoitoon. Hoitoon lähtö kuitenkin muutti nopeasti asennetta. Hoidon näkeminen yksilön, tuntemansa ihmisen kautta, muutti yleistä asennetta. Nämä esimerkit kuvaavat sosiaalisen vuorovaikutuksen voimaa asenteiden muutoksessa. Meadin mukaan yksilöt vaikuttavat aina osaltaan yhteisöönsä, näin yksilölläkin on vaikutusvaltansa yleisen asenteen muutoksessa sosiaalisen vuorovaikutuksen kautta (Mead, 1983, 180).

Usein läheisten ennakkoluulot korjautuivat hoidon myötä ja ratkaisu nähtiin hyvänä. Läheisten antamalla palautteella koettiin olevan suuri merkitys. Ylipäätään suurin osa haastateltavista ilmaisi että ei välitä muiden mielipiteistä. Tällä tarkoitettiin ”ihmisten asenteita yleensä” ja muita käyttäjiä. Kuitenkin ennakkoluulojen sanottiin tuntuvan pahalta ja moni sanoi pyrkivänsä keskustelutilanteissa korjaamaan vääriä käsityksiä ja omalta kohdaltaan puhumaan hoidon puolesta. Yleiseen, julkiseen keskusteluun ei suurin osa välittänyt ottaa kantaa.

Vaikka moni ilmaisi, että ei välitä siitä mitä muut ihmiset heistä ajattelevat, tällä ei aineiston perusteella kuitenkaan tarkoitettu aivan kaikkia. Vanhempien ja kumppanin mielipiteellä oli konkreettista merkitystä tästä huolimatta. Heitä ei pidetty siis ”muina”. Tätä kuvaa hyvin Meadin käsite merkityksellisistä toisista. Puolison kielteinen tai myönteinen suhtautuminen vaikutti korvaushoidon aloittamiseen. Moni lykkäsi tai vastaavasti aloitti hoidon kumppanin mielipiteen vaikutuksesta. Moni haastateltava kertoi vanhempiansa suhtautuneen aluksi negatiivisesti korvaushoitoon. Yksi jopa aloitti hoidon salaa vanhemmiltaan. Vanhempien ja perheen mielipiteitä hoidosta pidettiin tärkeinä niin hyvässä kuin pahassa. Lähimmät sosiaaliset suhteet vaikuttivat yksilön toimintaan, vaikka he haastattelussa ilmaisisivat että eivät ”muiden mielipiteistä ei välittäisikään”. Näillä suhteilla eli merkityksellisillä toisilla oli yhteys yksilön todelliseen toimintaan. Toisinaan

korvaushoito ei kuitenkaan parantanut tulehtuneita ihmissuhteita, vaan sitä käytettiin myös lyömäaseena perhe-asioissa.

D: Jopa mun exä joka on käynyt tuolla korvaushoitoklinikalla, niin ei ne saanu ees sen päätä käännettyä ne hoitajat että se on mulle hyväks, että senkin pitää nytte, sen pitää sivistää poikaa joka on alaikäinen että isi käy joka aamu hakemassa huumeannoksensa että, pitää sitä, että mä niiku narkkaan valtion rahoilla että ainut edistys mun elämässä ois se etten mä piikitä enää.. Ja sen takia en saa, mähän kerroin aluks, että en saa tavata lasta ku ihan sillon tällön..

Korvaushoidon yleistyminen ja juurtuminen päihdehuoltokenttään näytti osaltaan vähentäneen negatiivisia asenteita. Pitkän hoito- ja/tai käyttöhistorian omaavat osasivat kertoa että tietoisuus hoitomuodosta oli ainakin yleisen terveydenhuollonpiirissä lisääntynyt. Ongelmalliseksi kuitenkin nähtiin terveydenhuollon, sosiaaliviranomaisten ja poliisin suhtautuminen korvaushoitoon. Nämä instanssit käyttävät valtaa suhteissa yksilöihin, jolloin on luonnollista, että niiden taholta koettuihin asenteisiin kiinnitetään huomiota.

Moni koki saaneensa huonoa kohtelua tai tulleet syrjityksi terveydenhuollossa. Tämän katsottiin johtuvan narkomaanitaustasta ja toisinaan myös korvaushoidossa olevan statuksesta. Yleisen terveydenhuollon piiristä koettiin vaikeaksi saada apua. Viranomaisten kohdalla ennakkoluulot toimivat myös toisinpäin. Huono kokemus poliisista, samaistui tämän koko instanssin toimintaan. Työtehtävissä olleita ei nähty toimivina yksilöinä vaan edustamansa ryhmän kautta. Tämän vuoksi on tärkeää kuinka viranomaisen työssään kohtaa marginaalistasusta kantavan ihmisen, sillä tällä on vaikutusta koko viranomaisen edustaman ryhmän kanssa toimimiseen.

Kokemus ennakkoluuloista voi vaikuttaa yksilön ajatuksiin koko instanssista ja näin seuraaviin vuorovaikutustilanteisiin. Omassa hoito-organisaatiossa, jossa asiointi erilaisten työntekijöiden kanssa oli tiiviimpää, osattiin negatiiviset asenteet yhdistää tiettyihin työntekijöihin, ei koko organisaatioon. Sosiaalinen vuorovaikutus puolin ja toisin siis auttaa näkemään ihmisen oman yksilöllisen minuutensa kautta, ei osana ryhmää ja siihen mahdollisesti kohdistuvia ennakoasenteita.

M: Poliisi on kans semmonen instanssi et se olettaa, kuitenkin vaikka mä oon ollu tossa korvaushoidossa, että mä kuitenkin teen jotain opiaatteihin liittyvää rikollista toimintaa jatkuvasti.

Täytyy kuitenkin muistuttaa että haastateltavilla oli hyviä kokemuksia työ- ja koulumaailmasta ja viranomaiskohtaamisista. Korvaushoidon kuitenkin nähtiin rajoittavan omia toimintamahdollisuuksia.

N: Kyllä ne siellä entisessä työpaikassani sano et hyvä työntekijä oot, sama oli siellä toisessa.. että se pomo oikeesti tykkäs siitä miten mä toimin. Mutta se onki sitte hankalampaa että mistä löytyy semmosia työnantajia, ketkä ois niin laaja-alaisia, niiku ajatuksiltaan, että osais, näkis niiku voimavarana sen että käy korvaushoidossa eikä vaan semmosena negatiivisenä..

Narkomaanin leima

Leima kuvastaa marginaalisen identiteetin pysyvyyttä. Vaikka huumeriippuvuuden saisi hallintaan ja se olisi tie ulos marginaalista, huumeita käyttävän positioista, marginaalinen identiteetti säilyy. Se säilyy, koska se todentuu yhä yksilön sosiaalisessa vuorovaikutuksessa.

H: Tuntuuks susta että siitä jää joku leima, että on ollu käyttäjä?

A: mm. kyllä siitä jonkun verran jää. .. ja se on iänikuinen. Alkoholien perään menevät niin ne yleensä ne pitää itteään parempina sitte ku noita muitten aineitten käyttäjiä. Ei oo aa-kerhoon asiaa kun ne ei oikeen kato siellä hyvällä. jopa niissä porukoissa tavallaan oma porukka, niissäkin katotaan sillai.. leiman jättämä.

Reflektio siitä, miltä itse näyttää muiden silmissä ja muiden todentuneet reaktiot, asenteet ja ennakkoluulot, pitävät yllä kokemusta omasta marginaalisuudesta. Se on yksi osa omaa minuutta, jonka taakse jättäminen ei kulje aivan käsi kädessä huume-elämän taakse jättämisen kanssa. Tämä tekee marginaalisuudesta moniulotteisen ilmiön. Sitä ei voi tavoittaa ja määritellä vain elämän ulkoisilla ehdoilla, vaan se on osaksi subjektiivista, osa ihmisen minuutta. Marginaalista murtautuminen ei näin ollen ole vain huume-ehdoista elämästä irrottautumista ja elämäntavan uudistumista. Se on myös minän uudelleen järjestymistä.

H: Tuntuuks että siitä on jääny.. joku leima siitä käyttämisestä?

I: Joo. Vähän niinku. Kun ihmisillä on niin yleinen käsitys narkkareista että ne on hulluja ja tulee tyyliin silmille jos ei saa kamaa tai. Niin ei mielellään halua sellasta leimaa. Mut se on varmaa jääny jo. Sekasin on tullu tehtyä niin ihme juttuja että kyllä varmasti on jääny.

Myös Iida arveli että huumeidenkäytöstä on jäänyt leima. Hän kuitenkin näkee, että ennakkoluuloilla on pohjansa. Se perustuu omaan käyttäytymiseen käyttöaikoina. Vaikka toimintapa huumeiden suhteen muuttuisi, yksilö kantaa menneisyyden

kokemuksia minuudessaan ja on osaltaan vaikuttanut myös muiden kokemuksiin. Leiman jättäminen taakse ei siis ole aivan yksinkertaista.

Koska minä on Meadin mukaan sidoksissa sosiaaliseen vuorovaikutukseen, on sen kautta tulkittuna muilla väistämätön vaikutus marginaalisen aseman ylläpitämisessä ja vastaavasti sen purkamisessa ja rakentamisessa. Korvaushoidossa olevien kohtaamat ennakkoluulot ja pelko ennakkoluuloista vaikuttavat minuuteen pitämällä yllä kokemusta ulkopuolisuudesta ja huumeidenkäyttäjän leimasta.

7.3 Korvaushoidossa koetut epäkohdat

”Korvaushoidon onnistumisesta vastaa korvaushoitoasiakas itse!” Näin lukee korvaushoidon aloittaville jaettavan korvaushoitoinfolehtisen kannessa, kiroilevan siilin kuvan yläpuolella. Tutkielman tekijänä minun on huomautettava, että tätä teemaa kohtaan itselläni oli eniten ennako-oletuksia. Haastattelurunkoni sisälsi kysymyksen korvaushoidon epäkohdista. Kysyin haastateltavilta siis suoraan, millaisia epäkohtia he näkevät korvaushoidossa olevan. Tähän ei moni osannut yllätykseksi vastata. Luulin, että haastateltavat esittäisivät enemmän suoraa kritiikkiä ympäristöllisistä seikoista. Kuitenkin se asenne, joka haastatteluista lähinnä välittyi, heidän pohtiessaan omaa asemaansa ja hoitoympäristön kontekstia, oli täysin erilainen. Sitä voisi parhaiten yrittää tavoittaa sanalla alistuva.

Teeman anti on muodostunut sisällönanalyysin tuloksena. Odotin että haastattelumateriaalista olisi löytynyt asenteellisempaa suhtautumista hoidon ongelmia tai hoitavia tahoja kohtaan. Olin väärässä. Kaikki haasteltavani suhtautuivat omaan kuntoutumiseensa ja ympäristön ehtoihin asiallisesti ja vakavasti. Omaa toimijuutta ja vastuuta omasta hoidosta myös korostettiin. Oma tilanne, toimijuus ja ympäristön ehdot olivat sisäistetty ja hyväksytyt.

Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että hoito toteutuminen olisi ongelmatonta, parasta mahdollista tai vailla epäkohtia. Niitä kuului hoitoon liittyviin sääntöihin, valvontaan, rajoituksiin ja saatavaan hoitoon ja lääkitykseen. Toisaalta epäkohtia liittyi korvaushoidossa olevan statuksen alla toimimiseen ja sen asettamiin ympäristön reaktioihin. Näihin liittyi eriarvoistavia ja epäoikeudenmukaisiksi koettuja piirteitä, jopa epätasa-arvoa.

Räikein korvaushoidossa olevien asemaan liittyvä epäkohta tuntui olevan mielenterveystyön, terapian ja psykososiaalisen tuen riittämättömyys, jopa puute. Eriarvoisessa asemassa korvaushoidossa olevat tunsivat olevansa myös terveydenhuollossa ylipäätään. Korvaushoito määrittä missä terveydenhoitoa ylipäätään voi saada, mutta myös siellä saatua kohtelua.

Korvaushoito ei etene ongelmitta kaikilla. Sääntörikkomukset vaikuttivat siihen, minkälaisiin palveluihin he hoidon puitteissa olivat oikeutettuja. Korvaushoidon säännöt, siihen liittyvä valvonta ja kontrolli hyväksyttiin hoitoon kuuluvana, mutta niihin liittyi myös negatiivisia tunteita itsemääräämisoikeuden rajoittumisesta.

Hoitoon sitoutuminen

Jotkut haastateltavat toivoivat, että heillä olisi mahdollisuus saada korvaushoitolääkkeenä metadonin sijaan toista Suomessa käytössä olevaa korvaavaa lääkeainetta, suboxonea. Tämä ei kuitenkaan kotipaikkakunnalla ollut mahdollista. Moni haastateltava kritisoi metadonia. Sen esimerkiksi kuvattiin olevan ”myrkkyä”, passivoivan ihmisen tai pilaavan hampaat. Metadoniin liittyy käyttäjien keskuudessa paljon myyttejä, joita ei kuitenkaan ole tieteellisessä tutkimuksessa vahvistettu. Kyse on kuitenkin haastateltavien kokemuksesta, eikä siitä ovatko he oikeassa vai väärässä. Moni näki suboxonen paremmaksi vaihtoehdoksi tai muuten toi esiin metadonin käytöstä kokemiaan ongelmia.

Haastateltavien kohdalla saatava lääkeaine ei kuitenkaan ollut muodostunut kynnyskysymykseksi hoitoon lähtemiselle, mutta he kertoivat sen joillekin tuttavillean sellainen olevan. He esittivät kritiikkiä siitä, että käytetty lääkeaine vaihtelee paikkakunnittain, sillä tällä nähtiin olevan vaikutusta käyttäjien hoitoon hakeutumiseen. Korvaushoidon kohderyhmä on tämän seikan perusteella erilaisessa asemassa paikkakunnasta riippuen.

Kaikilla ei ollut hoitoon sitoutumisessa ongelmia. Säännöt hyväksyttiin sääntöinä, joihin on vain mukauduttava. Hoitoon sitoutumisen velvoittavuus, tiukka kontrolli ja valvonta muodostavat kuitenkin suuren kontrastin verrattuna sekä huumeiden käyttöaikaiseen elämään että hoidottomaan elämään.

Osalla hoitoon sitoutumisessa vaivasi eniten juuri sen punainen lanka, päivittäisen lääkeannoksen hakeminen. Sen koettiin rajoittavan omaa liikkumisvapautta sitoen elämän liian tiukasti tietyn ajan ja paikan ympärille.

I: Hoitoon sitoutuminen on just se mikä tässä kaikkein eniten ärsyttää, että joutuu joka aamu tuolla olla hakemassa sen lääkkeen. Se on varmaan se suurin juttu mikä tässä on, mikä mättää, mun mielestä. Vaikka ei toi iso juttu oo hakea joka aamu toi lääke tuolta, mutta jostain syystä se ottaa päähän ihan tajuttoman paljon. .. Rajottaa se kuiteki sen verran että en voi lähteä lomamatkalle tosta noin vaan tai ees toiseen kaupunkiin yheks yöks. Tosta noin vaan ei voi lähteä. Ei se oikeestaan muuten. .. Se on vaan se kakskyt neljä tuntia kun on oltava taas takasi samassa paikassa.

H: Rajoittaaks tää korvaushoito sun elämää?

K: Rajottaa aivan vitusti. Ei pääse mihinkään, kun joutuu käymään tuolla joka päivä, ei voi mennä mihinkään anomatta ensin kaks viikkoo aikasemmin *lomapulloja* joita ei välttämättä ees saa. Sitten jos saa, niin pääsee lähtemään, niin kauaks aikaa ku, ne antaa yleensä 1-3 lomapulloa enintään. .. Pitää aina hakee erikseen. Se on tosi ärsyttävää kun ei pääse ikinä lähtemään minnekään, ei voi ikinä jäähä extempore mihinkään yöks, on aina suunniteltava menonsa, enkä mä oo koskaan ollu semmonen ihminen joka suunnittelis mitään etukäteen.

H: Rajoittaako muute. Pystyyko elämään ihan tavallista elämää?

K: Pystyy varmaanki joo. Ei se mun mielestä muuten rajota.

”Lomapulloilla” haastateltava viittaa korvaushoidon asiakkaan mahdollisuuteen saada kotianoksia korvaushoitolääkettä lääkkeen hoitoyksiköstä hakemisen sijasta. Tämä edellyttää hoitosopimuksen noudattamista ja yksilölliseen hoitosuunnitelmaan sitoutumista. Jos potilas sitoutuu hoitoon hyvin, hänelle voidaan luovuttaa toimintayksiköstä enintään kahdeksaa vuorokausiannosta vastaava määrä lääkettä. Erityisestä syystä tällaiselle potilaalle voidaan poikkeuksellisesti luovuttaa lääkettä toiminta yksiköstä 15 vuorokausiannosta vastaava määrä. (STM 33/2008.)

Sääntöjen ja hoitosopimuksen hyväksyminen ei tarkoittanut sitä, että ne eivät voisi tuntua yksilön kokemuksissa pahoilta ja rajoittavilta. Säännöt ja toimintatavat saatettiin kokea ongelmallisina, vaikka niiden tarkoitus toisaalta ymmärrettiin. Eräs haastateltava pohtii hoitosopimuksessa kokemiaan epäkohtia:

O: Ku meen jonnekin apteekkiin niin ne saattaa soittaa vaikka, meiltä on vaadittu allekirjotus, jos sä et siihe kirjota nimees, niin sit, sit sä et saa hoitookaan, se on niinku niin että apteekin henkilökunnalla on oikeus tarkkailla mun ulkoista olemustani mikäli ne havaitsee että oon päihtynyt, tai muuta, lääkettä hakiessa niin ne saa soittaa hoitoyksikölle. .. Mun mielestä on outoo et mä valtuutan apteekkarin valvomaan mun vointia. Mut sitä jos ei tee niin ei saa hoitoyksiköltä mitään palveluja.

H: Onks sitä perusteltu sulle miten, jotenki?

E: Ei sitä oo kellekään perusteltu. Onhan siinä se että se samalla toimii *apteekkisopimuksena*, että mä en käy monessa apteekissa, ja sillä ehkästään niinku sitä ohikäyttöä, että ei hae unilääkkeitä tai mitään muutakaan lääkkeitä niinku monesta paikkaa. Et mä ymmärrän et jos tekis jonku virheen tossa hoidossa niin sitten tehtäs tämmösiä sopimuksia. Se kuuluu ihan siihe et ennen ku hoito ees alotetaan niin se pitää se apteekkisopimus tehdä. Ja se lukee ympäri Suomee kaikissa apteekeissa koneella et kyseessä on opioidiriippuvainen..

Apteekkisopimuksella tarkoitetaan sopimusta, jolla potilas sitoutuu noutamaan sopimuksen mukaiset lääkkeet vain yhdestä apteekista ja sitoutuu siihen, että apteekki voi välittää hoitoa koskevaa tietoa häntä hoitavalle lääkärille ja tiedon apteekkisopimuksesta muille apteekeille. (STM 33/2008.)

Apteekki edustaa tässä haastateltavalle ulkopuolisen tahon valvontaa ja kontrollia, jota hän piti epäoikeutettuna. Haastateltava ymmärsi käytännön kuuluvan ohikäytön ehkäisemiseen. Ongelmallisuus syntyy kuitenkin tässä tapauksessa siitä, että sopimuksen rikkominen, ohikäyttö, muodostuu lähtöoletukseksi korvaushoitopotilasta kohtaan. Ihmisen joutuminen valvonnan ja kontrollin alaiseksi silloin kun se ei ole seurausta hänen omasta toiminnastaan oli haastateltavan mielestä kummallista.

Edellinen katkelma sisältää kaksi muutakin negatiivista kokemusta, jotka haastateltavien kertomassa tulivat ajoittain esiin: Päätöksiä ja toimintatapoja ei hoitoyksikön taholta perustella riittävästi tai ollenkaan, vaikka niitä yritettäisiin kysyä. Toinen seikka liittyi hoitosopimukseen ja sen toteuttamiseen. Asiakas sitoutuu korvaushoitoon niin hyvässä kuin pahassa. Koska palvelut ovat sidottuja hoitoorganisaation kanssa tehtyyn kirjalliseen sopimukseen, on asiakkaan toimittava sen ehdoilla. Tällöin on sitouduttava myös niihin toimintatapoihin ja sääntöihin, joita yksilö pitäisikin epäreiluina. Tämä aiheutti joillekin haastateltaville kokemuksia siitä, että heidän toimintamahdollisuuksia rajoitetaan tarpeettomasti tai heidät on pakotettu toimimaan pelisäännöillä joissa heillä ei ole todellista toimintavaihtoehtoa, jos haluaa hoidossa pysyä.

Itsemääräämistä tuntui rajoittavan myös lääkitys ja diagnoosit. Muutamalla oli tehty diagnooseja, jotka heidän mielestään eivät voineet olla päteviä tai olivat jopa perättömiä yleistyksiä. Lääkärin auktoriteetti päättää mitä hoitoa ja lääkkeitä ihminen

tarvitsee koettiin ongelmallisena. Esimerkiksi eräs haastateltava kritisoi sitä, että hän ei saa itse päättää onko mielialalääkitys sivuoireiden arvoista.

M: ...Ja mielialalääke on ollu aina. Kun mä en koe saavani siitä mitään hyötyä, kun se vaan niinku kuolettaa tunteita, on vähän niinku liianki semmonen tasanen olo. Mutta jos mä en sitä syö niin mä en saa sitten mitäkään palveluita. Mutta oletetaan että olen sen tarpeessa vaikka mä sanosin että mä en halua. Että sitä sitten velvotetaan syömään semmosia lääkkeitäki mistä ei ole mitään hyötyä, niin se tuo vaan noita, sivuvaikutuksia, esimerkiks, tän ikänen ihminen pitäis kuitenkin olla seksuaalisesti hyvin aktiivinen, mut ne nää mielialalääkkeet ne tappaa kaikki sellaset halut.

--

N: Et silloin ku hoito alko annettiin käsittää että voi päästä sellaselle intervallijaksolle, jos tuntuu et omat voimat on loppumassa, että repsahtaa, mut ikinä en oo vielä päässy et se pitää niinku repsahtaa, vaikka viinaan ja sitä kitata jonkin aikaa ennenku pääsee niinku osastojaksolle, missä on kyl helppo kieltäytyä kaikesta kun ei siellä mitään oo, muuta ku normi lääkitys.

Osalla oli kokemusta siitä, että he eivät saa omaa ääntää kuuluviin asioidessaan työntekijöiden kanssa. Tämä aiheutti ajatuksen siitä, että heidän näkökulmaansa ei kysytä, koska sillä ei oleteta olevan väliä. Oli myös päätöksiä ja toimenpiteitä, joita heille ei perusteltu. Aineistossa esiintyi myös kokemuksia, joissa työntekijät toimivat haastateltavan mielestä heidän selän takanaan tai että heille oli annettu katteettomia lupauksia. Oli myös kokemusta siitä, että reagoinnit sääntörikkomuksiin olivat olleet epäoikeudenmukaisia tai kohtuuttomia. Tämänkaltaisia yksittäisiä esimerkkejä löytyi aineistosta. Yhdessä ne havainnollistavat luottamuspulaa hoitoyksikköä kohtaan, jolla varmasti on vaikutusta hoitoon sitoutumisen kysymyksiin.

Hoidon eteneminen

Suurin osa haastateltavista kertoi ohikäytöstään, lähinnä kannabiksen käytöstä. Toisilla oli ongelmia alkoholin kanssa, muutama kertoi amfetamiinin ohikäytöstä. Huumausaineiden näkyminen seulassa estää hoidossa etenemisen, joten useimpien tilanne oli haastattelujen teon aikana jäissä. Siirtymistä kuntouttavaan korvaushoitoon, joka sisältäisi työkokeiluja, koulutusta, kursseja ym. ei lähdetä aloittamaan niin pitkään kun seulloissa on todisteita ohikäytöstä.

Mediaan mukailleen yksilön täytyy osoittaa minänsä muutos todellisissa toimintayhteyksissään. Tämä edellyttää ryhmän sääntöihin mukautumista, joka osoitetaan sosiaalisessa toiminnassa. Ryhmän odotusten tulee täytyä, jotta yksilön muutos on

todellinen. Pelkkä minän muutos ei riitä, vaan vasta sosiaalinen minä todentaa muutosprosessin.

Meadin teoretisoinnin voi siirtää korvaushoidon kontekstiin hyvinkin konkreettisesti. Korvaushoidossa se tarkoittaa hoitoon sitoutumista. Ihmisen muutos narkomaanista toipuvaksi narkomaaniksi toteutuu sitoutumalla hoitoon, sen sääntöihin ja etenemällä sen puitteissa. Muutosmotivaatio todistetaan yksilön toiminnan kautta. Kaikki haastateltavat ilmaisivat puheensa kautta tavoittelevansa työtä, hoidon etenemistä ja metadoniannostuksen laskemista. He haaveilivat hoidon loppumisesta ja tietenkin täydellisestä raittiudesta. ”Minä” ei ollut enää narkomaanin minä, vaan toipujan minä. Positiivinen huumeseuula on kuitenkin ympäristölle todiste siitä, ettei toipuja minä vielä ole todellinen muille, vaikka se itselle olisikin.

Hoidon etenemättömyys kuntouttavaan korvaushoitoon hyväksyttiin. He ymmärsivät ohikäyttönsä omana haasteenaan, joka on työllistymistoimenpiteiden tiellä. Todellisena ongelmana tässä tilanteessa korostui kuitenkin myös muiden palveluiden epäminen ohikäytön seurauksena, esimerkiksi omahoitajakeskusteluiden.

E: Töihin ois kova hinku mut mulla estää se kannabis ton työllistymisen. Yritän kaikkeni että se, saisin sen lopetettua. Että oon saanu sen lopetettua aikasemminki mutta niin kauan ku ei tunne itteään mihinkään tarpeelliseksi niin se on tosi vaikeeta. Koska sillä sä saat kuiteki, saan itteni rauhottumaan ja mä en silloin mieti kokoajan niitä elämän kurjia asioita sitte. En halua sitä mitenkään puolustella, se on tavallaan ihan yhtä vaarallinen huume ku amfetamiinit ja muutki että kyllä siitäki kipeeks tulee ku aikansa käyttää.

--

I: Ei niitä aikoja (omahoitajalle) oikeen ees oo. Kun mä käytän kannabista melkeen päivittäin niin mulla näkyy se seulassa kokoajan. Niin silloin niitä hoitokeskusteluja ei oikeen järjestetä niin, niitä saattaa olla ehkä kerran kuukaudessa. Että periaatteessa niihin ihmisiin kellä näkyy jotain seulassa, niin ei niihin panosteta sitte ollenkaan ja totta kai ne yrittää välillä että lopettasit sen pilven polttamisen mutta ei se nyt lopu tolle vaan kun siitä sanotaan että lopeta.

Kun hoitokeskusteluihin ei ole mahdollisuutta, ovat korvaushoidossa olevat hyvin yksin ongelmiensa kanssa. Hoidon toteutuksessa ammattilaisten panosta aliarvioidaan mielestäni tässä asiassa huomattavasti. Omahoitajakeskusteluja vähennettiin korvaushoidossa olevilta sääntörikkomusten myötä. Näin ne nähdään etuutena, joka pitää ensin toiminnan kautta saavuttaa. Tällöin niiltä kuitenkin samalla kielletään olevan yksilöä auttava ja eteenpäin

vievä funktio. Hoitokeskusteluilla ei siis tämän perusteella nähdä itsessään mahdollisuutta tukea yksilön muutospotentiaalia.

M: Mulla on ollut omahoitajan kanssa keskustelu, olikohan se tossa huhtikuussa, nyt on seuraava aika elokuussa sitten.. Mutta siihen olisi mahdollisuus, niinku useampiinkin tapaamisiin, mut se vaatis sitä että mä saisin sen kannabiksen lopetettua, sit mä saattasin päästä kerran kuussa puhumaan omahoitajani kanssa neljäskytäviideksi minuutiksi, että se siinä on unohettu kokonaan oikeestaan. Mä en voi olla varma, mä en tiedä onko mun hoito koskaan ollut niin hyvässä mallissa että mä voisin näitä kaikkia etuuksia saanu, elikkä just tätä kuntouttavaa puolta siinä.

Esimerkiksi kannabis oli monelle suurin hoidon etenemisen este. Kannabiksen käytön lopettaminen koettiin hyvin vaikeaksi. Miedostakin huumeesta irrottautumiseen ammattilaisesta voisi olla apua. Puhumattakaan ammattilaisen panostuksesta siihen psykologiseen puoleen, jonka hoidon paikallaan junaaminen tai takapakit yksilölle aiheuttavat. Näillä henkilöillä olisi ehkä jopa enemmän tarve apuun ja tukeen ammattilaisen taholta kuin niillä joiden hoito etenee.

Suomalaisessa huumehoidossa ei ole erikseen osoitettuja palveluja kannabista käyttäville. Näin ollen myös sen käyttöön liittyvät ongelmat tulisi hoitaa muiden päihdepalvelujen yhteydessä. Moni aineiston haastateltava ilmaisi haluavansa lopettaa kannabiksen käytön, mutta koki sen hyvin vaikeana. Kannabiksen käytön lopettamiseen ei näyttänyt aineiston perusteella saatavan apua tai tukea korvaushoidon piiristä.

Korvaushoidossa olevien elämässä korostui se, että heillä ei ole elämässään liikaa ihmissuhteita ja positiivisia ihmiskontakteja. Ammattilaiset eivät tietenkään vastaa muiden läheisten sosiaalisten kontaktien asemaa. Korvaushoidossa olevat tarvitsevat mielestäni kuitenkin ympärilleen kaikki ne mahdolliset kontaktit, joilla on realistinen kuva huumeidenkäytöstä mutta myös usko hoitoon, yksilön toimijuuteen ja muutoksen mahdollisuuteen. Myös ammattilainen voi olla ”merkityksellinen toinen”.

Korvaushoito pyrkii mahdollistamaan yksilön minän muutoksen. Sen perusidea on juuri siinä, että irrottautuminen huumeaineista ja toimintakyvyn palautuminen ei aina voi toteutua ilman pitkäkestoista ja suunnitelmallista lääkkeellistä ja psykososiaalisen tukea. Hoitosuhde voidaan nähdä Meadin kautta yhteiskunnallisena suhteena, jossa organisaatio tarjoaa tarttumapinnan ja kontekstin yksilön muutostyölle. Aineiston perusteella voidaan kuitenkin kysyä, voisiko toimintamallia tehdä vielä tälle muutostyölle suotuisammaksi.

Meadin mukaan itsen muuttuminen riippuu olennaisesti muiden mahdollisuuksista yksilön itsemääräämisen laajentamiseen. Itsemääräämisen kasvu ratkeaa sen perusteella, missä määrin yhteiskunnallisia suhteita voidaan muuttaa suotuisaksi jokaisen yksittäisen persoonan kehitykselle. Tämä edellyttää, ettei ”yleistetty toinen” kiellä ihmisen persoonaa eikä pyritä yliotteeseen suhteessa häneen. (Mead 1968, 239 Rostilan 1988, 31 mukaan). Korvaushoito tarjoaa yhteiskuntaa edustavan muutosväylän, jonka pyrkimyksenä on kasvattaa yksilön toimijuutta ja itsemääräämistä. Siinä kuitenkin tasapainotellaan hyvin konkreettisesti tuen ja kontrollin kysymysten äärellä. Tämä näyttäytyy esimerkiksi aineistossa esiintyvällä tarpeella tuelle.

Tuen tarve

Kaksi asiaa korostui haastattelumateriaalissa. Korvaushoidon suurimmat epäkohdat olivat riittämätön psykososiaalinen tuki ja mielenterveystyön puute. Sosiaalisten ongelmien lisäksi huumeidenkäyttäjillä on todettu olevan muuta väestöä enemmän mielenterveyden häiriöitä (Kessler ym. 1996, 17-31). Tästä huolimatta päihdeongelmaisten asema mielenterveyspalveluissa on usein hatara. Näin oli myös aineistoni henkilöiden kohdalla. Kokemuksensa mukaan heillä ei ollut asiaa mielenterveyspalveluihin eikä sen kaltaista apua ollut saatavissa korvaushoidon puitteissa. Psykososiaalinen tuki muodostui omahoitajakeskusteluista, jotka moni koki riittämättömäksi. Vertaistukitoiminta oli tervetullut ja selvästi tarpeeseen tuleva lisä psykososiaalisen tuen kenttään. Osa ilmaisi kaipaavansa asiantuntevaa mielenterveystyötä tai terapiaa, osa keskusteluapua tai sen kaltaista yksilötyötä. Korvaushoidossa olevat voisivatkin hyötyä psykologin ja/tai sosiaalityöntekijän palveluista.

H: Saaks sun mielestä tässä korvaushoidon puitteissa tarpeeks tukea?

I: Ei. Ei todellakaan. Esimerkiks nää kaikki mielenterveyspuolen asiat, mitkä niinku mulla ainakin on tosi, mä oon saanu amfetamiinilla pääni jotenki että.. siis oon narkannu pääni paskaks että mielenterveys ongelmia on tosi paljon. .. Tota sitte mielenterveyspuolelle ei pääse hoitoon ollenkaan jos on päihdeongelmainen. Elikkä ne ei ota sinne, mä en pääse puhumaan näistä asioista mihinkään, sitten jos mä puhun niistä asioista täällä säätiöllä, niin ne ei oo tarpeeks tota niin erikoistuneita siihen mielenterveyspuoleen ne ihmiset. Ei ne osaa auttaa mua siinä, muutaku määrätä lääkkeitä. Eli en kyllä tunne saavani tarpeeks apua.

--

H: Saaks sun mielestä tässä korvaushoidon puitteissa tarpeeks niinku.. sellasta henkistä tukea?

O: Ei, se on niinku ihan mitätöntä että, mulla on ollu omahoitajan kanssa keskustelu, olikohan se tossa huhtikuussa, nyt on seuraava aika elokuussa sitten.. .. Liian usein ne sairaanhoitajan kanssa keskustelut on sitä missä sä oot epäonnistunu, et ikinä ei käsitellä näitä asioita mitkä on menny hyvin. Jos on vaik pystyny oleen koulussa säännöllisesti niinku muutkin oppilaat tai sitten työelämässä, niin ei niistä asioista tosiaan keskustella, mä en tiedä onks se niinku vähän hoitajakohtaista, mä luulen et siinä on sitäkin, toiset sitten saa käyä vaikka kerran viikkoon juttelemassa. Mun pitäis päästä niinku tossa korvaushoidossa eteenpäin että saaha se kannabis pois, mutta kun hoitoyksiköstä kun ei saa tämmösiä keskustelupalveluja mitkä on, tai oon kokenu että monesti auttaa kun puhuu noista asioistaan ja tunteistaan, voi jopa ennaltaehkästä jotakin. Mielenterveyspuolelle meillä ei ole mitään menemistä. Koska me ollaan, luetaan et meillä päihdeongelma on niiku päällä kun on korvaushoidossa.

--

H: miten sust sitte tuntuu ihan tossa korvaushoidon puitteissa et saaks siinä tarpeeks tukea?

V: Ei. Et se on, meiän pitäis saaha psykoterapiaa ynnä muita mutta mulla on vaihtunu työntekijä ainaki kymmenen kertaa mun hoidossa olo aikana. Ja sitten mä en saa aina suutani auki, sitte mä saatan miettiä kuukauden että oonko mä masentunu vai en että ku tekee mieli vaan nukkua, mutta sitte ei saa suutaan auki.. -- sitä mieltä mä oon tosi vahvasti että sitä henkilökohtasta niinku kuntouttamista niinku terapian avulla niin se ois tosi tervetullua asia muttaku meitä on nykyään jo yli viiskymmentä niin se varmaan aika hankala toteuttaa ja silloin kun mä alotin hoidon meitä oli kymmeniä vähemmän ja sitä pidettiin jo silloin ehottomana maksimina ku ne ajatteli että ei missään nimessä voi olla enempä porukkaa hoidossa jos meinataan saada tuloksia.

Tuen tarvetta ilmeni myös epäsuorasti. Koska haastatteluissa käsiteltiin, ei vain korvaushoitoa vaan, myös käyttöaikoja, perhesuhteita ja elämäntapaa ylipäättäen, esille tuli paljon vaikeita kokemuksia. Haastattelut sivusivat arkoja ja rankkoja aiheita kuten väkivallan kokemuksia, väkivallantekoa, seksuaalista hyväksikäyttöä, raiskauksia, katkenneita ihmissuhteita, läheisten kuolemia, traumaattisia lapsuuden kokemuksia ja ongelmallisia perhesuhteita. Nämä ovat asioita, joilla on suuri vaikutus ihmisen psyykkiseen eheyteen ja toimintakykyyn. Vaikka moni sanoi, että heillä ei ole valmiutta tai halua käsitellä näitä asioita kenenkään kanssa, ei korvaushoidon puitteissa tuntunut olevan juuri mahdollisuksiakaan raskaiden elämäntapahtumien käsittelyyn. Tätä mahdollisuutta ei tuntunut olevan edes toipumiseen liittyvän psykososiaalisen prosessin tukemiseen.

H: Miten ku sulla oli aika rankkoja kokemuksia siellä taustalla niin pystyksää niistä puhuun jonku kaa?

K: En mä oikeen pysty niistä puhuun kenenkään kanssa. Oon mä niistä puolison kaa puhunu, mutta en muitten kaa. .. Mä vois in puhu ihon jonku ammattiauttajan kanssa jossain vaiheessa, kun mä oon valmis. Jos mä oon koskaan valmis.

Huumeidenkäytöstä luopumisen prosessi sisältää paljon vastoinkäymisiä ja epäonnistumisia. Toisaalta se on myös pienin askelin etenevä, onnistumisten ja mahdollisuuksien tie. Tähän prosessiin liittyy yksilön kokemus, jossa vaihtelevat ääripäät osattomuuden ja merkityksettömyyden tunteista tulevaisuuteen suuntautumiseen ja tasapainon etsintään. Aineiston perusteella korvaushoidosta tuntui monen kohdalla uupuvan psykososiaalisesti painottuva, menetelmällinen ja pitkäjänteinen asiakastyö. Metadoni auttaa vieroitusoireisiin ja palauttaa toimintakyvyn. Yksilö tulisi kuitenkin huomioida kokonaisuutena, ei keskittyä vain huumeongelmaan. Tämä edellyttää kokonaisvaltaista otetta auttamistyöltä, jossa suuntaudutaan tulevaisuuteen mutta eletään nykyhetkeä, kuitenkin unohtamatta menneiden kokemusten vaikutuksia ja merkityksiä.

7.4 Sosiaalisten suhteiden merkityksellisyys

Korvaushoito oli muuttanut haastateltavien ihmissuhdeverkostoa poikkeuksetta. Tämä tarkoitti käytännössä ihmissuhdeverkoston karsiutumista. Lähimmät sosiaaliset kontaktit muodostuivat suurella osalla haastateltavista toisista korvaushoidon asiakkaista.

Vanhemmat olivat monella olleet tärkeimpänä tukena läpi elämän, mutta aineistossa oli myös niitä henkilöitä, joiden elämässä perhe ei ollut mukana ollenkaan.

Vertaistukitoiminta tarjosi siihen osallistuville kaivattua sosiaalista kanssakäymistä ja ystävyysuhteita.

Perhe- ja ystävyysuhteet

Haastateltavien tärkeimmiksi ihmissuhteiksi nousivat perheenjäsenet, millä tarkoitettiin yleensä vanhempia, sisaruksia ja/tai kumppania. Monissa haastatteluissa korostui kiitollisuus ja arvostus siitä, että nämä henkilöt olivat tukeneet tai ainakin pysyneet elämässä vaikeimpina aikoina. Oli kuitenkin myös niitä haastateltavia, joilla perhettä ei ollut tai se ei ollut lainkaan elämässä mukana.

Suhteet perheeseen olivat myös vaihtelevia. Vaikka vanhemmat olisivatkin elämässä mukana, välit heihin olivat ainakin ajoittain tulehtuneita monen haastateltavan kohdalla. Niillä jotka olivat parisuhteessa, kumppania pidettiin elämän tärkeimpänä ihmisenä. Kumppani oli myös elämän tukipilari, jonka kanssa voi jakaa kaikki asiat.

H: Onks sulla muuttunu ihmissuhteet tän korvaushoidon myötä?

N: On ja paljonki on. Niitä on menny pois hirveesti, katkenneita ihmissuhteita löytyy kyllä niin paljon että ei mahu yhen käden sormiin kyllä. Ja mitä omiin vanhempiin esimerkiksi, niin tällä hetkellä meidän äiti on sellanen että se pitää yhteyttä sillon kun menee hyvin, mutta jos se yhtään huomaa että mä oon sekasi tai jotenki poissa oleva niin välittömästi se katkasee välit.

--

H: Tota kelle sä sit pystyt puhumaan sun asioista?

I: puolisollessi. me jaetaan ihan kaikki keskenämme. Siitä on paljon enemmän apua kun niistä säätiöllä puhumisista.

Kaikki eivät kuitenkaan ole niin onnekkaita, että heillä olisi elämässään kestäviä, läheisiä ihmissuhteita. Ammattilaiskontaktit ovat osa korvaushoidossa olevan vuorovaikutusverkostoa. Toisille ne ovat tärkeämpiä kuin toisille. Olennaista on kuitenkin nähdä ne mahdollisuutena kunkin yksilön tilanteessa.

Aktiivisina käyttöaikoina huumeriippuvaisen sosiaaliset suhteet tiivistyivät usein toisten käyttäjien ympärille. Huumeidenkäyttäjien alakulttuuri näyttäytyy muille ympäristönä, jonne ulkopuolisille ole pääsyä. Huumekulttuuriin liittyy symboliikkaa ja systemaattisia käyttäytymismalleja, jotka vahvistavat sitä vierailta suljettuna yhteisönä. Aineiston haastateltavien suhde toisiin käyttäjiin, niin ystäviin kuin tuttaviiin, oli vaihteleva. Jotkut pitivät kiinni käyttöaikojen ystävyysuhteista, toisilla ne olivat jääneet kokonaan taakse.

Tutkimukset ovat antaneet tietoa siitä, että huumeiden käyttäjien yhteisöissä koetaan myös positiivista sosiaalista pääomaa kuten solidaarisuutta, tukea ja huolenpitoa (esim. Lalander 2001, 42. Nylund 2004, 189). Toiset tutkimukset taas kertovat siitä, että tiiviistä yhteisöllisyydestä huolimatta todellisia ystäviä ei huumemaailmasta löydy tai ihmisten perimmäisiä motiiveja on vaikea tunnistaa (Skärnes 2002, Knuuti 2007, 64).

Samankaltaisia ristiriitaisia tunteita aiempiin sosiaalisiin suhteisiin löytyi myös tämän tutkielman aineistosta.

Ystäväpiiri oli muuttunut lähes jokaisella haastateltavalla. Huumeidenkäyttöajat olivat vaikuttaneet sosiaaliseen verkostoon siten, että käytännössä kaikki tuttavat olivat päihteen ongelmakäyttäjiä. Harvalla oli jäljellä esimerkiksi ystävyysuhteita, jotka olisivat kestäneet lapsuusiästä asti. Toisin sanoen harvalla oli ystäviä huume-elämän ulkopuolelta. Toisaalta korvaushoitoon kiinnittyminen antoi uuden mahdollisuuden elvyttää vanhoja, jo olemassa olevia suhteita, niin perhe- kuin ystävyysuhteita.

Sosiaaliset suhteet muuttuvat korvaushoidossa. Yleisempää oli, että haastateltavat pyrkivät uudenlaisessa elämäntilanteessa enemmän ylläpitämään vanhoja kuin luomaan uusia ihmissuhteita. Tämä saattaa kertoa siitä, kuinka vaikeaa uusien suhteiden luominen on.

Aktiivisesti huumeita käyttäviin ystäviin pyrittiin pitämään etäisyyttä. Toisaalta monen kohdalla aktiivisesti käyttävät ystävät kaikkosivat automaattisesti kun oma käyttäminen loppui. Moni kyseenalaistikin nyt käyttäjien keskenään muodostamat ystävyysuhteet. Tämä perustui sekä huumeidenkäyttäjien toimintamalleihin yleensä että kokemuksiin siitä miltä suhde nyt, toipujan silmin, näyttää. Moni koki, että käytön loputtua itsestä ei ole enää huume kuvioissa oleville hyötyä kun huumeita ei käytä, osta, myy, hanki tai välitä, ja suhteet loppuivat siihen. Monella oli myös kokemus siitä, että käyttäjät haluavat pitää toiset kiinni huumeriippuvuudessa. Tämänkin uskottiin johtuvan siitä, että suhteet nähtiin huumemaailmassa ensisijaisesti hyötyyn perustuvina. Kuntoutumisyritykset saattoivat herättää katkeruutta muissa käyttäjissä, minkä ei katsottu kuuluvaan oikeaan ystävyysuhteeseen. Joillain oli kuitenkin yhä aktiivisesti käyttäviä ystäviä. Näistä suhteista haluttiin pitää kiinni, vaikka ne koettiin kuluttaviksi.

H: Onks sulla sitte muute muuttunu ihmissuhteet korvaushoidon myötä?

V: On ne että silloin ku mä alotin korvaushoidon niin multa katkes lähes kaikki ystävyysuhteet. Ku mulle ei saanu enää myytyä mitään enkä mä suostunu myymään mitään niin se on tehny, senki takia tää (päiväkeskus) on ollu hyvä paikka että tutustuu vähä paremmin niiku vertaisiinsa ku kyl monia ihmisiä näkee sillo ku käy lääkkeellä mut siinä ei tuu sitte sen enempää mut täällä on ollu niin mukavaa että ku ihmiset on selvin päin niin ihan erilaisia niinku mitä muistaa millaisia ne on sillo ku on ollu, käyttäny niin..

--

H: Se lähti se itsetunto sitten siitä että retkahti?

A: Joo. Sen kun tajuaa seuraavana päivänä että mitä on tapahtunu, ku niin pitkään oli ollu.. raittiina niin se iski oikeen päin naamaa se totuus. Mä luulin että mä oon jo niin vahva että tota niin mä uskallan käyä vanhan tutun luona moikkaamassa sitä. Mutta en ollu niin vahva, aika iso arviointi virhe tuli. Ei me sitten kovin hyviä ystäviä oltu kuitenkaan.. Ei ne ainakaan yrittäny toppuutella yhtään, että älä pilaa tollasta pitkää raitista kautta ja ne halus varmaan jonkun, jonkun porukkaan lisää sihe. .. Miten sitä voi niin tyhmä olla, kerropas. .. Kuitenkin, ei nyt kannata märehtiä sitä. miettiä että miten sitä eteenpäin.

H: Mut eiks nyt mee jo paremmin.

A: Menee paljon paremmin. Tää autto paljo ku tää keskus tuli tähä.

Vanhoista käyttäytymismalleista irrottautuminen ja sosiaalisten verkostojen muutos ei kuitenkaan automaattisesti tarkoita sitä, että huumeita ei liikkuisi nykyisessä verkostossa. Usein riippuvuudesta toipumisessa korostetaan, että kuntoutujan tulisi sanoutua irti huumeita käyttävistä piireistä. Tämä ei kuitenkaan haastateltavilla toteutunut, sillä ohikäyttöä nähtiin ”ylläpito” muotoisessa korvaushoidossa olevien keskuudessa esiintyvän paljon.

H: Pidätkö sä yhteyttä vielä sinne vanhoihi porukoihi, käyttäjäporukoihin.

I: No joihinki ja sitte nyt kun tuli tämä (keskus) näin, niin täällähän näitä näkee sitte. Ei näistäkään kyllä suurin osa täysin kuivilla oo ketä tässä pyörii. Ei varmaan ykskään että olis ihan täysin kuivilla. Niin täällähän niitä näkee.

Korvaushoidon sisällä kaikkien suuntautuminen päiheteettömyyteen ei ollut yhtä vahvaa. Täysin päiheteetöntä ympäristöä ei aineiston perusteella korvaushoidon puitteissa siis pystytä tarjoamaan. Oma elämä ja ympäristö sen hetkisessä tilanteessa sisälsivät monelle päiheteettömyyttä häiritseviä tekijöitä, niin tiloja kuin henkilöitä. Täydellinen irrottautuminen tästä omasta ympäristöstä nähtiin liian vaikeana. Minän muuttuminen oli vaikeinta niiden silmissä, joille huumeidenkäyttäjä minä oli se totuttu ja todellinen. Siksi uusi ympäristö koettiin ajatuksissa helpoimpana tienä jättää vanha minä taakse, mutta käytännössä se nähtiin kuitenkin liian työläänä.

N: Siihen liittyy niin paljon, kun mulla ei oo yhtään sellasta tuttua kenen kanssa mä oisin tekemisissä säännöllisesti kuka ois raitis. Kaikilla on se kannabiksen käyttö. Sitä myöten on tullu oma tämä, mikskä sitä sanotaan, oma tämä persoona, siihen ku liittyy niin vahvasti se että kaikki tuttavat.. -- ja jos mä kävelen keskustan läpi, vaikka en ois kävelly viiteen vuoteen siitä niin monta kertaa tullaan kysymään että oisko mulla mitään jeesiä. Se leima pysyy niin vahvana kun sen on kerran saanu. Että pitäis muuttaa ihan kaupunkia, puhelinnumerot vaihtaa ja blaa blaa blaa, kaikennäköstä tehä, ja sen jälkeen on kova yksinäisyys tiedossa.

Itsen muuttuminen vanhassa ympäristössä saattaa kuitenkin olla onnistuessaan kestävämpää, koska muutoksen osoitettuaan uusi minä tulee todelliseksi aiemman minän tunteneille. Sosiaalinen vuorovaikutus on ainoa tapa osoittaa minän muuttuminen, eikä sitä voi tehdä muiden silmissä ilman sitä.

Vertaistukitoiminta

Sosiaalisen puute on auttamistyön ydinongelma. Sosiaalinen ulottuvuus on huumeiden käyttäjän toipumisprosessissa kiistatta merkityksellinen. Samalla se on auttamistahoille

tavallaan haastavinta, sillä yhteisöllisyyttä ja sosiaalista pääomaa on ammatillisin keinoin hankalaa luoda. Ammatilliset kontaktit eivät voi korvata yksilön sosiaalisia kontakteja, mutta ammatillisin keinoin voidaan luoda sosiaalisille kontakteille puitteita ja mahdollisuuksia. Tällainen esimerkki aineistossa oli päiväkeskusmuotoinen vertaistukitoiminta.

Parhaimmassa tapauksessa vertaistukitoiminta on lääke yhteisöllisyyden puutteeseen, jota moni haastateltava koki. Kun ammattilaiset luovat puitteet yhteisön synnylle, toiminta joko ottaa tulta alleen tai ei. Aineiston perusteella kokeilu oli siinä mielessä onnistunut, että vertaistoiminnan ympärille on selvästi kehittynyt yhteisöllisyyttä ja sosiaalista pääomaa. Se on korvaushoidon sisälle kaivattu ja tarpeellinen psykososiaalisen tukitoiminnan muoto. Yhtä lukuun ottamatta kaikki aineiston haastateltavat ottivat osaa vertaistukitoimintaan. Nämä haastateltavat kokivat sen poikkeukseksi tarpeelliseksi ja tärkeäksi. Tietysti on loogista, että vapaaehtoiseen toimintaan osallistuvat ovat juuri niitä, jotka kokevat siitä jotakin irti saavansa. Aineistossa myös painottui tämä kokemus, koska haastateltavat löytyivät pääasiassa vertaistoiminnan kautta. Siksi kokemuksia vertaistoiminnasta täytyy muistaa katsoa siinä valossa, mitä se siihen osallistuville onnistuessaan tarjoaa.

Kuntouttavan korvaushoidon ulkopuolella olevilla haastateltavilla on paljon aikaa, kun päiväruutiini rakentuu lähinnä lääkkeen jaon ympärille. Päiväkeskustoiminta oli tervetullut lisä heidän arkeensa ja oli usein vaihtoehto sille, että haastateltava olisi istunut yksin kotona. Haastateltavien mukaan keskus sekä tuo elämään päivärytmiä että ”pitää poissa pahoilta teiltä”. Ensinnäkin tärkeää tuntui olevan, että heillä ylipäätään on tekemistä ja paikka, jossa olla ja jossa he viihtyvät. Konkreettisia päiväkeskuksen hyötyjä olivat ihmisten tapaaminen, hyvät tilat ja ruuanlaittomahdollisuudet.

H: Noo mitä mieltä sä oot tästä keskuksesta?

I: Tää on ihan loistava juttu. Ihan loistava koska just ne aamupäivät kun hakee sen lääkkeen niin tähän on tarvinnu jotain tekemistä, ja kun ei just sen pilvenpolton takia pääse tällä hetkellä mihinkään työelämään, kurssille tai mihinkään, et se pitäis eka lopettaa se polttaminen. Niin tää on ihan älyttömän hyvä juttu että tällanen tuli koska nyt on tekemistä, ei tarvii vaan suoraan mennä kotiin ja istua sitten se koko päivä kotona tekemättä yhtään mitään, niin tässä on, tää virkistää kyllä, mä oon ollu sen jälkeen paljon paremmalla tuulella kun tää on avattu. Kun on vähän enemmän tekemistä, jotakin edes. Ja täällä saa kuitenkin laiteltua ruokaa ja mitä ovat luvanneet että pyykinpesua ja mitä tulee niin sehän on iha älyttömän hyvä.

--

S: ..Yleensä on tavote että saatas tehtyä tästä semmonen paikka että jos ahistaa jossaki olla tai tulee mieleen että lähempäs vetämään huumeita, niin tulis ennemmin tänne sitten. Kyllä mä uskon että saatas tää semmoseks paikaks vielä. On se nyt omaa raittiutta ainaki lisänny. Nää päivät millon tää on auki niin mulla ei oo illallakaan mitään paineita mihinkään kannabiksen käyttöön, mut sitten ku on kolme, esimerkiksi nyt oli perjantai lauantai sunnuntai, niin sitten repsahdin, omat seinät on vähän liian tutut. Eihän sekään oikeuta mua mihinkään käyttöön mutta kun se vaan tuo sen rentoutuneen olon ja mä en vielä muuta konstia osaa.

Vertaistuki toiminnasta on hyötyä koko yksilön muutosprosessia ajatellen.

Vertaistukitoiminnassa olevat opettelevat samalla yhteiselämän ja arjenhallinnan taitoja.

Monelta pitkään työ- ja kouluelämän ulkopuolella olleella, huume kuvioissa eläneeltä näitä taitoja uupuu. Vertaistukikeskus tarjoaa tilan sosiaaliselle vuorovaikutukselle.

Vertaistoiminnan kautta kävijät saavat mahdollisuuksia oppia toisten huomioon ottamista, säännöistä kiinnipitämistä, suunnitelmien tekemistä ja noudattamista, yhteistoimintaa ja yhteisten tilojen kunnioittamista ja niistä huolehtimista. Nämä pienet ja arkiseltakin kuulostavat asiat ovat olennaisia yksilön elämänhallinnan kannalta.

D: Se oli tavallaan kun niinku sellasta hoidon jatketta tarvittas, eli ei se tarkota hoitoo vaan niinku sellasta sosiaalista kuntoutumista ja mun mielestä sitä tällasessa paikassa oppii, et ollaan melkeen opittu jo pitämään kokoustakin niin ettei huueta yhteen ääneen ja sit tuo yhdessä tekeminen, ruuan tekeminen ja muu, että tässä oli, joku vuos pari sitten niinku, ei ois voinu kuvitellakaan että tietyt ihmiset olis samassa paikassa samaan aikaan, että niin pahoissa riidoissa, mutta täällä pystyy olemaan kuitenkin neki ihmiset samaan aikaan, mulla ei ollu semmosia riitoja. Mä tiiän et monilla naisilla on usein semmosia, mut tuolla nytteki kolme tyttöä yhtä aikaa keittiössä mitkä oli jokin aika sitten niinku että ei voinu kuvitellakaan että ees samalle tontille tulisivat. Mun mielestä se on hienoo. Osottaa niinku sitä että tämmönen paikka on tarpeellinen, on ehkä jotenki kasvanu siinä, henkisesti niinku, kun tuo keiton tekeminen tuolla onnistuu niin ettei kuulu mitään perkeleitä. Sitten oon huomannu että ihmiset on hyväksyny sen tosiasian että kun täällä ollaan niin ollaan sitten kiltisti eikä kiusata ketään, eihän sitä pitäs enää tän ikästen ihmisten hommiin kuulua mutta kyllä sitä saa niin pienellä toisen ihmisen masentuneeks että ”en tuu enää tänne näin”. Ja nyttenhän tää on vielä ihan alkutekijöissä että on paljon sellasta että mitä voi kehittää, vaikka elokuvan tekoa, siis ihan kaikkee mikään ei oo niiku mahotonta.

Toiminnan onnistumisesta kertoo se, että tilasta ja toiminnasta oli aineiston perusteella muodostunut haastateltavien ”omaa”. He saavat itse suunnitella ja toteuttaa toimintaansa ja kertoivat tällaisista asioista haastatteluissa paljon. Vertaistoiminta oli ”läsnä” haastatteluissa. Vertaistukitoiminnan voi katsoa olevan voimaannuttavaa, sillä sen kautta tarjoutuu positiivisia kokemuksia ja vaikutusmahdollisuuksia. Erityisesti niillä haastateltavilla, joiden elämässä ei ollut perhettä tai parisuhdetta, vertaistukitoiminnan merkitys korostui. Se kompensoi muiden sosiaalisten suhteiden puutetta ja loi ja vahvisti

niitä vertaistoiminnan sisällä. Täällä haastateltavat voivat myös olla oma itsensä, heidän ei tarvitse salailia taustojaan tai pelätä ihmisten suhtautumista.

Meadin mukaan yksilön minuus laajimmillaan koostuu sekä toisten ihmisten että yleistetyn toisen asenteiden sisäistämisestä. Ne molemmat vaikuttavat yksilön sosiaaliseen toimintaan. Toimiessaan yksilö siis ottaa huomioon sekä toisen ihmisen että yleistetyn toisen asenteet. (Mead 1983, 154). Kun yhteiskunta nähdään yleistettynä toisena, huumeidenkäyttö määrittyy tuomittavana, niin moraalisesti kuin lain puitteissa. Tämä asenne kohtaa yksilön tietoisuuden omasta itsestään ja heijastuu hänen toimintaansa. Yleistetyn toisen tuomitsevuuden tiedostaessaan, huumausaineriippuvainen henkilö ei halua testata jokaisen yksilön asennetta tähän varomattomasti. Tämän vuoksi vertaistuki muodostaa toimintatilaa, jossa on mahdollisuus jakaa asioitaan ja elämäänsä koskevia asioita vapaammin. Tilanne on erilainen kuin ryhmissä, joissa huumeidenkäyttöön ja sen elämismaailmaan liittyvä tieto ja siihen viittaava ilmaisu, herättäisi oletettavasti negatiivisen vastareaktion ja vaikuttaisi näin käytävään sosiaaliseen vuorovaikutukseen.

Vertaisryhmässä toimiessaan yksilön ei tarvitse jatkuvasti salata yhtä osaa minuudestaan. Puhuessaan itsestään, tilanteestaan, elämästään ja kokemuksistaan, yksilö tietää sen herättävän samanlaisia reaktioita muissa kuin hänessä itsessään, koska muut ovat käyneet läpi samanlaisia asioita. Kun ryhmällä on taustallaan kokemuksia huumeidenkäytöstä, he käsitteellistävät sitä samalla tavoin, tämä antaa minuuden ilmaisulle vapaamman tilan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa kyseisen ryhmän kesken. Vertaistukitoiminnan kautta tarjoutuu mahdollisuus sosiaalisen vuorovaikutukseen, joka vahvistaa yksilön huumeetonta identiteettiä, tiedostaen kuitenkin tämän taustan olemassa olon. Vastaavasti yksilölle avautuu harvinainen sosiaalinen tila, jossa toimia huumeetonta identiteettiä vahvistaen, menneisyyttään ja tilannettaan salaamatta ja peittelemättä.

8 MURTUUKO MARGINAALI KORVAUSHOIDOSSA?

Tutkielma koski korvaushoidossa olevien marginaalisuuden kokemuksia. Tulokset muodostuivat teemahaastatteluaineiston analyysistä ja tulkinnasta G. H. Meadin teorialla minuuden rakentumisesta sosiaalisen vuorovaikutuksen kautta.

Tutkielman alussa totesin, että yksilöä ei tarvitse enää sijoittaa yhteiskunnan marginaaliin, kun huumausaine-ehtoinen elämäntapa on jäänyt taakse ja kiinnittyminen hyväksytyyn, lailliseen hoitokäytäntöön tapahtunut. Tämä on teoreettinen yksinkertaistus. Käytännössä huumeista irtautuminen on pitkä prosessi takapakkeineen. Monelle se sisältää jatkuvaa tasapainoilua huume-elämän, hoidossa pysymisen ja normaalin arjen trapetsilla.

Ne ehdot, joilla määritämme normaalia suhteessa huumeidenkäyttäjiin rakentuvat asioista kuten raittius, työ, perhe ja lain puitteissa toimiminen. Nämä olivat asioita joihin tutkielmaani osallistuvat pyrkivät elleivät niitä olleet vielä saavuttaneet. Tutkielmani perusteella korvaushoidossa olevilla oli halu suunnata kohti tällä tavoin määriteltyä valtavirtaa. Riippuu katsojasta ja kokijasta ovatko he osa keskusta vai marginaalia.

Vaikka yksilö ei asettaisi itseään osaksi marginaalia, liittyy korvaushoidossa olevan, toipuvan narkomaanin, tilanteeseen monia esteitä ja rajoja. Marginaalin luonteeseen kuuluukin, että se ei ole riippuvainen vain yksilön omasta toiminnasta ja ominaisuuksista, vaan muodostuu yhtäläillä kanssaihminen suhtautumistapojen ja yhteiskunnan vallitsevien arvojen ja käyttäytymismallien kautta. Tämä mahdollistaa aineiston tarkastelemisen valitusta näkökulmasta niissäkin tapauksissa kun haastateltavat eivät osanneet ilmaista kantaansa omaan marginaalisuuteensa tai eivät olisi nähneet itseään tässä asemassa.

Marginaalinen asema kattaa päällekkäisiä rooleja toipujina. He toimivat sekä entisen huumeidenkäyttäjän että korvaushoidossa olevan statuksen alla. Yhtäältä tutkielma tuotti tietoa marginaalisuuden piirteistä, jotka yleensä liittyvät huumeista irrottautumiseen. Toisaalta se tuo esille tietoa spesifiin kontekstiin, korvaushoidossa olevan asemaan, liittyen.

Marginaalista murtautuminen vaatii kokonaisvaltaista elämänmuutosta. Tämä tarkoittaa niin käytännön asioita, arvoja kuin asennetta. Narkomaanin leiman koettiin pysyvän vahvana. Huumeidenkäyttöästä lyö yksilön itsetunnon alas.

Korvaushoidossa oleviin kohdistuu ennakkoluuloja useilta eri tahoilta. Aineiston summaten niitä tulee joka puolelta. Niin kanssaihmiset kuin viranomaistahot voivat toimia ennakkoluulojen ohjaamina. Tämä aiheutti toisille häpeän tunnetta ja lähes kaikille oman tilanteen ja näin myös oman taustan salassa pitämistä mahdollisimman tiukasti. Tämä johtui kokemuksista siitä, että ihmisten asenne muuttuu asioiden tullessa julki.

Korvaushoidonhoidon rooli yksilön muutostyön tukemisessa voisi olla suurempi. Yksilöä tulisi huomioida kokonaisvaltaisemmin. Psykososiaalisen tuen puute oli aineiston perusteella suuri. Myös tukea muun kuin opiaattiriippuvuuden huomioimiseen tarvittaisiin, esimerkiksi tarve apuun kannabiksen käytön lopettamisessa näyttäytyi vahvana aineistossa. Korvaushoidossa olevilla esiintyi kokemuksia itsemääräämisoikeuden rajoittumisesta ja osattomuudesta asiakkaan omia asioita koskevissa päätöksissä.

Sosiaalisilla suhteilla on vaikutusta sekä korvaushoidonhoidon aloittamiseen että siinä pysymiseen. Perhe ja ystävät ovat merkityksellisin asia elämässä. Kuitenkaan kaikilla näitä ihmisiä ei ollut läsnä ja sosiaalisia suhteita ylipäättään oli vähän. Huumeiden käytöstä luopuminen karsii ihmisen sosiaalisia verkostoja ja uusia suhteiden muodostaminen on vaikeaa.

Vertaistukitoiminta koettiin poikkeukseksi hyväksi ja mielekkääksi. Se paikkaa sosiaalisten suhteiden puutetta korvaushoidossa olevien elämässä. Sen koettiin tukevan kuivilla pysymistä ja tarjoavan mielekäästä tekemistä elämään.

Tärkeimmäksi motivaatioksi tutkielman tekemiselle muodostuivat tapaamani ihmiset, haastateltavat. Vaikka heitä kuvataan tutkielmassa korvaushoidon asiakkaiden ja huumeriippuvaisten statusten kautta, en tavannut narkomaaneja ja korvaushoidossa olevia. Tapasin omanlaisiaan yksilöitä ja persoonia, joilla oli annettavaa tutkielman aiheeseen. Jokainen haastattelu antoi yksilöllisen näkemyksen ja tarinan ihmisen elämästä ja asemasta.

Marginaalisuus on usein juuri sitä, että käsitystä ja kohtelua suhteessa toiseen ihmiseen määrittelee yksi hallitseva elementti, kuten huumeriippuvuus. Tämä marginaaliin ajautunut identiteetti kulkee ihmisen mukana pitkään, vielä huume-elämän jäätyä taakse.

Marginaalisuus on tutkielman valossa koko yksilöä koskettavaa ja eikä automaattisesti kulje käsi kädessä itse huumeista toipumisprosessin kanssa. Näin on, koska marginaalisuus

ei todennu vain riippuvuudessa, vaan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Marginaali ei ole ikuinen vankila, mutta sen kahleet ovat vahvat.

Marginaalista identiteettiä voidaan pitää yllä jatkuvasti yksilön toiminnassa, toisten toiminnassa, kokemuksissa toisten toiminnasta.. Näin ollen huumeidenkäytön aiheuttama marginaalisuuden kokemus yksilölle jatkuu pidempään kuin huumeidenkäyttö. Siksi Huumeidenkäyttäjien auttamistyön tulisi keskittyä, ei vain fysiologiseen riippuvuuteen ja konkreettiseen käyttöön, vaan myös huumeettoman identiteetin vahvistamiseen. Näin autetaan ihmistä ulos marginaalista, ei vain ulos huumeriippuvuudesta.

Huumeriippuvuuden taltuttaminen vaatii yksilön elämältä kokonaisvaltaista muutosta. Samoin se vaatii kokonaisvaltaista, ei vain itse riippuvuuteen keskittyvää, otetta myös päihdepalveluilta.

Fysiologisen riippuvuuden ja asiakuuden lisäksi ihminen kantaa mukanaan koko elämänsä tarinaa, johon liittyy paljon ulkopuolisuutta ja negatiivisia kokemuksia. Ihminen ei riisu niitä hoidossa vaan kantaa koko minäänsä ja persoonaansa jatkuvasti mukanaan, ei pelkästään huumeriippuvuutta. Vaikka monet kokemukset olisivatkin ”tyypillisiä” huume-elämää eläneelle, yksilölliseen kokemusten työstämiseen tulisi saada apua ja tukea hoidon puitteissa.

Korvaushoidossa oleva tarvitsee kaikki mahdollisuudet vahvistamaan huumeetonta identiteettiä ja itsetuntoa. Tällaista voisi korvaushoidossa toteuttaa vahvistamalla asiakkaan kanssa tehtävää kokonaisvaltaista yksilötyötä keskusteluavun ja terapian keinoin tai muin pitkäjänteisin ammatillisin menetelmin, sekä vahvistamalla asiakkaan saattavilla olevaa mielenterveystyötä. Nämä eivät ole vain keinoja vaikuttaa yksilön minän muutostyöhön ja näin elämään, vaan myös itsessään tärkeitä vuorovaikutustilanteita. Ryhmät ja vertaistoiminta tukevat myös ihmisen toimintakykyä ja suuntautumista kohti huumeetonta identiteettiä tarjoamalla näitä vahvistavia sosiaalisia vuorovaikutustilanteita ja ympäristöjä. Nämä ovat aineistosta nousseet oleelliset tarpeet marginaalista murtautumiseen, joita korvaushoito palveluna voisi tavoitella auttamistyössään.

Kuvaamani marginaalisuus määrittyi ihmisen itsensä, toisaalta ihmissuhteiden ja hoitokontekstin kautta. Kartoitin korvaushoidossa olevien marginaalisuutta näiden suhteiden kautta. Tutkielman perusteella voin todeta, että korvaushoidon asiakkaat liikkuvat siis kohti valtavirtaa, mutta vastavirtaan.

Jatkotutkimusta kaivattaisiin korvaushoidon toimintakäytännöistä, erityisesti psykososiaalisesta tuesta yksilötyössä. Olisi tärkeää selvittää millaisin menetelmin yksilön huumeista irrottautumisprosessia voitaisiin ammattilaisvoimin tukea kokonaisvaltaisemmin, huomioiden yksilön psyykkiset ja sosiaaliset prosessit. Myös korvaushoidossa olevien asema mielenterveyspalveluissa kaipaisi tarkastelua. Koska vertaistukitoiminta näyttäytyi tutkielmassa positiivisena voimavara, sen mahdollisuuksia opioidiriippuvaisten korvaushoidon työmuotona voitaisiin tutkimuksen kautta vahvistaa ja käytäntöä levittää.

Edelliset ovat tutkielmani pohjalta tehtyjä ehdotuksia jatkotutkimukselle, jonka kautta korvaushoidossa olevien marginaalista asemaa voitaisiin ammattilaiskäytännöissä lieventää. Tämä tutkielma tuotti myös viestin, joka koskee yleisemmin niin ammattilaisroolissa kuin yksityishenkilönä toimimista. Sillä mitä teet tai sanot, kohdatessasi sinulle marginaalia edustavan ihmisen, on väliä. Voit olla ylläpitämässä marginaalia – tai purkamassa sitä.

KIRJALLISUUS

- Anderson, N. (1988): *Kulkumiehet: hobojen elämää 20-luvun Amerikassa*. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Baas, A. & Seppänen-Leiman, T. (2002). *Kadulta Korvaushoitoon: buprenorfiinihoidon kehittämisprojektin (1.1.1998-30.6.2000) loppuraportti*. Helsinki: A-klinikka säätiön raporttisarja nro 38.
- Barrau, K. & Thirion, X. & Micallef, J. & Chuniaud-Louche, C. & Bellemin, B. & San Marco, J-L. (2001): *Comparison of methadone and high dosage buprenorphine users in French care centres*. *Addiction*, 96 (10) 1433-1441.
- Bauman, Z. (1997). *Postmodernity and its discontents*. Cambridge: Polity Press.
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. New York: Free Press of Glencoe.
- Berger, P. & Luckman T. (1981/1966). *The Social Construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Norwich: Penguing Books.
- Chitwood, D. D. & Comerford, M. & McCoy, V. (2002). *Satisfaction with Access to Health Care among Injection Drug Users, Other Drug Users, and Nonusers*. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 29 (2) 189-198.
- Corsi, K. F. & Kwiatkowski, C. F. & Booth, R. E. (2007). *Treatment Entry and Predictors Among Opiate-Using Injection Drug Users*. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 33 (1) 121-127.
- Durkheim, E. (1982/1895). *Sosiologian metodisäännöt*. Helsinki: Tammi.
- Fischer, B. & Medved, W. & Kirst, M. & Rehm, J. & Gliksman L. (2001). *Illicit opiates and crime: Results of an untreated user cohort study in Toronto*. *Canadian Journal of Criminology*, 43 (2) 197-217.
- Forssen, T. (2005). *Huumehoidon asiantuntijuuden rakentuminen päiväkeskuksessa*. Helsinki: Stakes. Raportteja 1/2005.

- Granfelt, R. (1998). *Kertomuksia naisten kodittomuudesta*. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.
- Granfelt, R. (2003). *Päihdeettömien päivien talo. Tutkimus kivitaskuyhteisöstä asiakkaiden tulkitsemana*. Espoo: Espoon diakoniasäätiö.
- Grönfors, M. (1982) *Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät*. Porvoo: WSOY.
- Harju-Koskelin, O. (2007). *Kuntoutuuko korvaushoidossa? OHJAT-projektin seuranta tutkimus*. Järvenpää: Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisu nro 37.
- Helne T. (2002). *Syrjäytymisen yhteiskunta*. Helsinki: Stakes. Tutkimuksia 123.
- Hendriks, V. (1999). *Evaluating drug-abuse treatment: current and future perspectives*. Teoksessa Evaluating the treatment of drug abuse in European union. EMCDDA Monographic series 3. Luxemburg: Office for official publication of the European communities. 13-23.
- Holmberg, N. (2002). *Huumausaineongelman korvaushoito potilaan kognitiivinen perheterapia*. Helsinki: A-Klinikkasäätiö.
- Huotari, K. (1994). *Positiivista elämää. Hiv-tartunnan saaneiden selviytyminen arjessa*. Sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia. Helsinki: Helsingin yliopisto. Sosiaalipolitiikanlaitoksen tutkimuksia 2 /1999.
- Hurme, T. (2002). *Harmin paikka? Haittojen vähentämisen käsitteellinen ongelmallisuus huume-politiikassa*. Yhteiskuntapolitiikka 67 (4) 296-308.
- Huttunen, L. (2004). *Kasvoton ulkomaalainen ja kokonainen ihminen: marginalisoiva kategorisointi ja maahanmuuttajien vastastrategiat*. Teoksessa Jokinen A., Huttunen, L. & Kulmala A. (toim.). Puhua vastaan ja vaieta. Neuvottelu kulttuurisista marginaaleista. Helsinki: Gaudeamus. 134-154.
- Hänninen, S. & Karjalainen, J. (1994). *Kirjeitä nälästä*. Helsinki: Stakes.
- Hänninen S. & Karjalainen J. & Lahti, T. (toim.) (2005). *Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta*. Helsinki: Stakes.

- Jokinen, A. & Huttunen, L. & Kulmala A. toim. (2004). *Puhua vastaan ja vaieta. Neuvottelu kulttuurisista marginaaleista*. Helsinki: Gaudeamus.
- Juhila, K. (2002). *Sosiaalityö marginaalissa*. Teoksessa Juhila, K., Forsberg, H. & Roivainen I. (toim.). *Marginaalit ja sosiaalityö*. 11-20. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Juhila, K. & Forsberg, H. & Roivainen I. (toim.) (2002). *Marginaalit ja sosiaalityö*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Kessler R. & Nelson C. & McGonagle, K. & Edlund M. & Frank, R. & Leaf, P. (1996). *The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization*. American Journal of Orthopsychiatry, 66 (1) 17-31.
- Knuuti, U. (2007). *Matkalla marginaalista valtavirtaan? Huumeiden käytön lopettaneiden elämäntapa ja toipuminen*. Helsinki: Helsingin yliopisto. Yhteiskuntapolitiikan laitoksen tutkimuksia 1/2007. Väitöskirja.
- Koivisto, M. (2007). *Mihin opiaattiriippuvaisten korvaushoidoilla pyritään?: opiaattiriippuvaisten korvaushoidon tarkastelua suomalaisen huumeepolitiikan, käytännön työntekijöiden ja potilaiden näkökulmista*. Järvenpää: Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja nro 38.
- Kuure, T. (1996). *Marginaalin politiikkaa. Marginaalista murtautumisen vaihtoehtoiset strategiat*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Kääriäinen, J. (1994). *Seikkailijasta pummiksi. Tutkimus rikosurasta ja sosiaalisesta kontrollista*. Helsinki: Painatuskeskus. Vankeinhoidon koulutuskeskuksen julkaisuja 1/1994.
- Lalander, P. (2001). *Hela världen är din. En bok om unga heroinister*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindeberg, O. (1998). *Emotioner, sociala band och ritualer. En kvalitativ analys av narkotikakarriärer*. Göteborg: Göteborg universitet. Institutionen för socialt arbete. Skriftserien 2.
- Lloyd, J. & Ricketts, E. & Strathdee, S. & Cornelius, L. & Bishai, D. & Huettner, S. & Havens, J. & Latkin, C. (2005). *Social Contextual Factors Associated with Entry into*

Opiate Agonist Treatment Among Injection Drug Users. American Journal of Drug & Alcohol Abuse, 31 (4) 555-570.

Mead, G. H. (1983) *Mind, Self and Society from the Standpoint of a Social Behaviorist*. Works of George Herbert Mead volume 1. Edited and with Introduction by Charles W. Morris. Chicago and London: The University of Chicago Press.

Nylund, M. (2004). *Sosiaalisten verkostojen tutkimus ja sosiaalityön käytännöt*. Janus, 12 (2) 189-199.

Opiattiiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja kehittäneen työryhmän muistio (2001). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:28.

Pohjola, A. (1994). *Elämän valttikortit? Nuorten aikuisten elämänselämänsä toimeentulotukea vaativien tilanteiden varjossa*. Acta Universitatis Lapponensis 5. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Puuronen, A. (toim.) (2006). *Terveystaju. Nuoret, politiikka ja käytäntö*. Helsinki: Nuorisotutkimusseuran julkaisuja 63.

Raitakari, S. (2002). *Sosiaalityön marginaalistasuus – asiakkuus ja asiantuntijuus modernin ja postmodernin tulkintakehyksessä*. Teoksessa Juhila, K., Forsberg, H. & Roivainen I. (toim.). Marginaalit ja sosiaalityö. 44-62. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Rastas, A. (2004). *Miksi rasismista on niin vaikea puhua?* Teoksessa Jokinen A., Huttunen, L. & Kulmala A. toim. Puhua vastaan ja vaieta. Neuvottelu kulttuurisista marginaaleista. 33-55. Helsinki: Gaudeamus.

Rostila, I. (1989). *Subjektina sosiaalitoimistossa? Asiakassuhteen analysointia toimeentulotuki- PAV- ja lastensuojeluasiakkaiden kokemusten avulla*. Sosiaalihuollon julkaisuja 7/1988. Helsinki: Sosiaalihuolto.

Sinko P. & Virokannas E. (2009). *Rajallisia äitiysidentiteettejä – Huumeita käyttäneiden naisten kertomuksia lastensa huostaanotoista*. Janus, 17 (2) 140–120.

Sipilä, J. (1989). *Sosiaalityön jäljillä*. Helsinki: Tammi.

Skårners, A. (2002). *Skilda världar? En studie av narkotikmisbrukarens sociala relationer och sociala nätverk*. Göteborg universitet: Institutionen för socialt arbete.

- Selin, J. (2011). *Hallinnan näkökulmia huumeriippuvuuden hoitoon Suomessa vuonna 1965-2005*. Jyväskylä: Jyväskylä studies in education, psychology and research nro 421. Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, sosiologia. Väitöskirja.
- Suoninen, E. & Virokannas, E. (2008): *Juvenile and drugs. Fascination of contesting identities*. Nordic Journal of Youth Research, 1 (16) 47-65.
- Tammi, T. (2005). *Dicipline or contain? Struggle over the concept of harm reduction in the 1997 Drug Policy Committee in Finland*. International Journal of Drug Policy, 16 (6) 384-392.
- Tammi, T. (2007). *Medicalising Prohibition, Harm Reduction in Finnish and International Drug Policy*. Research Report 161. Helsinki: Stakes.
- Tammi, T. & Hurme, T. (2006). *Huumeidenkäyttäjän asema ja huume politiikan terveystaju*. Teoksessa Puuronen, A. (toim.) Terveystaju. Nuoret, politiikka ja käytäntö. 113-122. Helsinki: Nuorisotutkimusseuran julkaisuja 63.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2002). *Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi*. Helsinki: Tammi.
- Törmä, S. (2009). *Kynnyskysymyksiä. Huono-osaisimmat huumeidenkäyttäjät ja matala kynnys*. Hämeenlinna: Sosiaalikehitys Oy:n julkaisuja 1/2009. Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta, yhteiskuntapolitiikka. Väitöskirja.
- Törrönen, J. (2005). *Toisen ääni, näkökulma ja kohteena oleminen*. Teoksessa Hänninen, S. & Karjalainen, J. & Lahti, T. (toim.). Toinen tieto. Kirjoituksia Huono-osaisuuden tunnistamisesta. 15-37 Helsinki: Stakes.
- Verthein, U. & Degkwitz, P. & Haasen, C. & Krausz, M. (2005): *Significance of Comorbidity for the Long-Term Course of Opiate Dependence*. European Addiction Research, 11 (1) 15-21.
- Virokannas, E. (2004). *Normaalin rajan molemmilla puolilla. Tutkimus huumehoitoyksikön nuorten identiteettien rakentumisesta*. Stakes, tutkimuksia 144. Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Virokannas, E. (2011). *Identity Categorization of Motherhood in the Context of Drug Abuse and Child Welfare Services*. *Qualitative Social Work*, 10, 329-345.

Väyrynen, S. (2007). *Usvametsän neidot. Tutkimus nuorten naisten elämästä huume kuvioissa*. Acta Universitatis Lapponensis 118. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino. Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteidenlaitos. Väitöskirja.

Weckroth, A. (2006). *Valta ja merkitysten tuottaminen korvaushoidossa: etnografinen tutkimus huumehoitolaitoksesta*. Helsinki: Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja nro 47. Kuopion yliopisto. Väitöskirja.

Lait, asetukset ja määräykset:

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/2002.

Sosiaali- ja terveysministeriön määräykset opioidiriippuvaisten hoidosta eräillä lääkkeillä. Määräykset 1997:28.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus-, korvaus- ja ylläpito hoidosta eräillä lääkkeillä. 607/2000.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus-, korvaus- ja ylläpito hoidosta eräillä lääkkeillä. 33/2008.

Päihdehuoltolaki 41/1986.

Internet lähteet:

”Opiiaattikorvaushoidossa yhä nuorempia Helsingissä”, 1.10.2011. Viitattu 21.11.2011
http://yle.fi/alueet/helsinki/2011/10/opiaattikorvaushoidossa_yha_nuorempia_helsingissa_2911079.html

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Suomen huume strategia 1997. Viitattu 21.11.11.
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/huumeestr/sisally1.htm>

Liite 1

HAASTATTELUPYYNTÖ

Oletko opioidiriippuvaisten korvaushoidossa?

Olen sosiaalityön pääaineopiskelija Jyväskylän yliopistossa ja teen pro gradu –tutkielmaani opioidiriippuvaisten korvaushoidossa olevien marginaalisuuden kokemuksista.

Etsin haastateltaviksi opioidiriippuvaisten korvaushoidossa olevia henkilöitä, joiden hoito on kestänyt mielellään noin vuoden tai kauemmin. Haastattelut koskevat mm. kohdattuja asenteita korvaushoitoa ja entisiä huumeidenkäyttäjiä kohtaan sekä korvaushoidon tuomia muutoksia elämään, asemaan ja sosiaalisiin suhteisiin.

Haastattelut ovat yksilöhaastatteluja ja haastatteluja käytetään ainoastaan kyseiseen tutkielmaan. Haastateltavien anonymiteetti suojataan tutkielmassa. Haastattelu kestää noin tunnin.

Mikäli Sinua kiinnostaa tulla haastateltavaksi, voit ottaa yhteyttä minuun sähköpostitse. Voit myös kysyä minulta lisää tutkielmasta tai haastattelusta. Haastatteluajan voit sopia kanssani tai ottamalla yhteyttä _____ vertaistoimintakeskuksen työntekijöihin. Ajatuksesi ja kokemuksesi aiheesta ovat tärkeitä!

Tuuli Paukkunen

Sosiaalityön pääaineopiskelija, Jyväskylän yliopisto

tuuli.k.paukkunen@student.jyu.fi

Liite 2

TEEMAHAASTATTELURUNKO

1. PERUSTIEDOT: ikä, asumistilanne, perhetilanne

2. KÄYTTÖHISTORIA:

Miten päädyit käyttämään huumeita?

Mitä elämässäsi tapahtui tuolloin?

Miten käyttö vaikeutti elämääsi?

Millaisia ihmissuhteita sinulla oli silloin?

Miten käyttöösi suhtauduttiin?

3. HOITOHISTORIA:

Miten päädyit hakemaan apua?

Millaista apua olet saanut?

Missä hoidoissa olet ollut?

Miten päädyit korvaushoittoon?

4. KORVAUSHOITO:

Miten elämäsi on muuttunut konkreettisesti k-hoidon aikana?

Miltä hoitoon sitoutuminen on tuntunut?

Saatko mielestäsi tarpeeksi tukea tällä hetkellä?

Ovatko ihmissuhteesi muuttuneet korvaushoidon myötä?

5. MARGINAALISUUS:

Ovatko huumeidenkäyttäjät mielestäsi marginaaliryhmä?

Entä nyt, oletko itse mielestäsi marginaalissa?

Kohdellaanko huumeidenkäyttäjiä/puhutaanko huumeidenkäytöstä mielestäsi asiallisesti?

Millaista on mielestäsi normaali elämä?

Rajoittaako taustasi elämääsi?

6. ASENTEET KORVAUSHOITOA KOHTAAN:

Miten entisiin huumeidenkäyttäjiin mielestäsi suhtaudutaan?

Miten k-hoitoon kokemuksesi perusteella suhtaudutaan?

Oletko kohdannut ennakkoluuloja k-hoitoa kohtaan?

Seuraatko k-hoitoa koskevaa keskustelua mediassa?

7. ARVOT JA ELÄMÄ:

Kun ajattelet itseäsi nyt ja kolme vuotta sitten, oletko muuttunut ihmisenä?

Arvostatko nyt erilaisia asioita tai jotain mitä et ennen?

Millaisia haaveita, tai tavoitteita, sinulla on?

Miten haluaisit asioiden olevan kolmen vuoden päästä?