

Terhi Heinistö – Tia Vento

Kuntouttavan korvaushoitoyksikön arviointimenetelmien kartoitus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Toimintaterapeutti (AMK)

Toimintaterapian koulutusohjelma

Opinnäytetyö

3.11.2015

Tekijät Otsikko Sivumäärä Aika	Terhi Heinistö, Tia Vento Kuntouttavan korvaushoitoyksikön arviointimenetelmien kartoitus 67 sivua + 3 liitettä Syksy 2015
Tutkinto	Toimintaterapeutti (AMK)
Koulutusohjelma	Toimintaterapian koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Toimintaterapia
Ohjaajat	lehtori Tuula Uutela lehtori Anne Talvenheimo-Pesu
<p>Opinnäytetyön aiheena on asiakkaiden toimintakykyä mittaavien arviointimenetelmien kartoitus Helsingin Diakonissalaitoksen päihde- ja mielenterveystyön yksikön kuntouttavan korvaushoidon toimipisteessä. Pääpaino työssä on kartoittaa vastuuhoidajien käytössä olevia menetelmiä sekä toimintakyvyn osa-alueiden tarkemman arvioinnin tarvetta yksikössä. Lisäksi työssä etsitään uusia moniammatillisesti käytettäviä arviointimenetelmiä. Opinnäytetyön tuloksia voivat hyödyntää kuntouttavan korvaushoidon toimipisteen työntekijät. Opinnäytetyöstä hyötyvät myös aiheesta kiinnostuneet sosiaali- ja terveysalan työntekijät sekä päihdealaan liittyvää tietoutta tarvitsevat opiskelijat.</p> <p>Opinnäytetyön laadullista haastatteluaineistoa analysoitiin teorialähtöisesti kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallin (CMOP-E) pohjalta. Sen lisäksi opinnäytetyössä hyödynnetään tietoutta päihdeistä ja päihdekuntoutuksesta, pääpainona opioidit. Tutkimusaineisto kerättiin haastatteleamalla kuutta (6) Helsingin Diakonissalaitoksen kuntouttavan korvaushoidon yksikön työntekijää. Uusia arviointimenetelmiä etsittiin kirjoista sekä internet-lähteistä.</p> <p>Opinnäytetyön analyysin mukaan eniten toivottiin kognitiivisten osatekijöiden arviointimenetelmiä. Tuloksen mukaan vastuuhoidajien käytettävissä olevat strukturoidut menetelmät kohdistuvat pitkälti ihmisen fyysisen ja affektiivisen osatekijän arviointiin, kognitiivisuuden arvioinnin jäädessä vähemmälle. Opinnäytetyön tuloksena korostui tarve kognitiivisuutta mittaavalle strukturoidulle menetelmälle, joka ei perustuisi kokonaisuudessaan asiakkaan itsearviointiin. Yksikön käyttöön ehdotettiin Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ja Clock Drawing Test arviointimenetelmiä.</p> <p>Terapeutin työkentästä riippumatta päihdeongelmat koskettavat monia toimintaterapeuttien asiakkaita. Päihdeongelmiin tarvitaan myös erilaisia hoito- ja kuntoutuspalveluja. Lisää tutkimusta kuitenkin tarvitaan päihdealalla toteutetusta toimintaterapiasta. Kiinnostavia jatkotutkimusaiheita voisi syntyä esimerkiksi toimintaterapian arviointi- ja kuntoutuskäytänteiden eri mahdollisuuksista päihdehuollon avopalveluissa. Myös uusien moniammatillisesti käytettävien menetelmien kartoitus toisi arvokasta lisätietoa päihdekuntoutuksessa hyödynnettäväksi.</p>	
Avainsanat	toimintakyky, arviointimenetelmä, korvaushoito, CMOP-E, päihdeet, päihdekuntoutus, opioidit, toimintaterapia

Authors Title Number of Pages Date	Terhi Heinistö, Tia Vento Survey of Assessment Methods Used in Rehabilitative Opioid Substitution Treatment Unit 67 pages + 3 appendices Autumn 2015
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Occupational Therapy
Specialisation option	Occupational Therapy
Instructors	Tuula Uutela, Senior Lecturer Anne Talvenheimo-Pesu, Senior Lecturer
<p>This is a study of the methods used in assessing clients' ability to function in Rehabilitative Opioid Substitution Treatment Unit of Substance Abuse Service in Helsinki Deaconess Institute. The main purpose was to survey the existing assessment methods used by the unit's health care professionals, and to find out in which components of ability to function further evaluation is needed. Also multi-professionally usable assessment methods were considered. The results of this thesis can be utilized by the employees of the Rehabilitative Opioid Substitution Treatment Unit. The thesis can also benefit health care professionals who are interested in this topic and students in need for information about substance abuse services.</p> <p>The qualitative interview material was analyzed theoretically based on the Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). Furthermore, in this thesis the knowledge of intoxicants and substance rehabilitation is utilized, mainly focusing on opioids. We gathered the data for this study by interviewing six (6) health care professionals at the Rehabilitative Opioid Substitution Treatment Unit of Helsinki Deaconess Institute. The new assessment methods were searched from books and online sources.</p> <p>The results showed that the most requested outcome was a new method for assessing client's cognition. It was also discovered that currently the structured methods available for the unit's health care professionals were mainly focused on individual's physical and affective component and the cognitive component was assessed to a lesser extent. As a result we found that the unit needed a structured method that was not entirely self-evaluated by the client. The new assessment methods suggested for the use of the unit were the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) and the Clock Drawing Test.</p> <p>Regardless of the occupational therapist's work field substance abuse is often connected to their clients' life. Clients with substance abuse-related problems also need different kinds of health care and rehabilitation services. We emphasize that more research about occupational therapy within substance abuse services is needed. Interesting topics could be found in occupational therapy practices within outpatient care. Also a survey of new multi-professionally usable assessment methods would provide valuable information for substance abuse rehabilitation.</p>	
Keywords	ability to function, opioid substitution treatment, assessment method, CMOP-E, intoxicants, opioids, Occupational Therapy, substance abuse rehabilitation

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön lähtökohdat	4
2.1	Prosessin alkuvaiheet	4
2.2	Helsingin Diakonissalaitoksen kuntouttavan korvaushoidon yksikkö	5
2.3	Päihderiippuvuus ja toimintaterapia aikaisemman tutkimuksen valossa	7
2.3.1	Kansainvälinen tutkimus	7
2.3.2	Kotimaiset toimintaterapian opinnäytetyöt	8
3	Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (CMOP-E)	11
3.1	Ihminen, toiminta ja ympäristö	12
3.2	Toiminnallinen oikeudenmukaisuus CMOP-E:n mukaan	14
4	Päihteet ja päihdekuntoutus	17
4.1	Opioidit ja päihderiippuvuus	17
4.1.1	Päihderiippuvuuden selitysmalleja	18
4.1.2	Opioidien käytön historiaa	20
4.2	Päihdekuntoutus ja asiakkaiden toimintakyky	21
4.2.1	Psykososiaalinen hoito ja toimintaterapia päihdetyössä	22
4.2.2	Opioidivieroitus ja korvaushoito Suomessa	24
4.2.3	Asiakasryhmän toimintakyvyn erityispiirteitä	26
5	Haastattelut ja teorialähtöinen analyysi	32
5.1	Haastatteluprosessin kuvaus	32
5.2	Aineiston teorialähtöinen analyysi	35
6	Tulokset ja niiden tulkinta	40
6.1	Uuteen arviointimenetelmään kohdistuneet toiveet	40
6.2	Käytössä olevat arviointimenetelmät	43
7	Uuden menetelmän kartoitus	49
8	Pohdinta	54
8.1	Työn tavoitteet, prosessin vaiheet ja lopputulos	54
8.2	Valitut menetelmät ja luotettavuus	56
8.3	Aiheen merkitys, eettiset näkökulmat ja jatkokehitysideat	59
	Lähteet	62

Liitteet

Liite 1. Haastattelurunko

Liite 2. Tiedote

Liite 3. Suostumuslomake

1 Johdanto

Opinnäytetyön tavoitteena on Diakonissalaitoksen päihde- ja mielenterveystyön yksikön kuntouttavan korvaushoidon toimipisteessä tällä hetkellä käytettyjen, asiakkaiden toimintakykyyn liittyvien arviointimenetelmien kartoitus. Lisäksi työssä kartoitetaan yksikölle soveltuvaa arviointimenetelmää sille toimintakykyyn vaikuttavalle osa-alueelle, jota on tarpeen huomioida enemmän arviointia tehtäessä.

Opinnäytetyön yhteistyökumppanina on Helsingin Diakonissalaitoksen kuntouttavan korvaushoidon yksikkö, joka järjestää korvaushoitoa opioidiriippuvaisille. Helsingin Diakonissalaitoksen yhteyshenkilönä toimi kuntouttavan korvaushoitoyksikön osastonhoitaja. Yhteistyötä tehtiin muun muassa yhteisten tapaamisten sekä yksikön työntekijöiden haastatteluiden muodossa.

Päihdeongelmat vaikeuttavat usein ihmisten henkilökohtaista elämää, jonka lisäksi ne aiheuttavat haasteita ja kustannuksia yhteiskunnallisella tasolla. Lappalainen-Lehto, Romu ja Taskinen (2008) kertovat päihdeongelmien aiheuttavan huomattavia yhteiskunnallisia haittoja lastensuojelun lisääntyneiden kustannusten, lisääntyneiden lähisuhdeväkivallan ja avioerojen, nuorison huonovointisuuden ja syrjäytymisen, runsaiden terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon menojen, asumistaidottomuuden ja asunnottomuuden, rikollisuuden, katuväkivallan ja päihtyneenä ajamiseen, itsemurhien ja alkoholikuoleisuuden kautta. (Lappalainen-Lehto – Romu – Taskinen 2008: 59.) Näihin syihin perustuen voidaan todeta päihderiippuvaisten toimintakyvyn arvioinnin ja kuntoutuksen olevan tärkeää.

Toimintaterapeutit kohtaavat työssään päihdeiden ongelmakäyttöä kaikilla työkentillä lastensuojelusta vanhustyöhön. Toimintaterapeuttien koulutuksessa päihdetyöstä puhutaan vielä melko vähän, eikä kirjallista toimintaterapiaan liittyvää materiaalia aiheesta ole helppo löytää. Toimintaterapeuteilla on kuitenkin paljon ammatillista annettavaa päihdetyöhön, ja toimintaterapian teoriat sekä viitekehykset huomioivat ihmisen toimintakykyyn vaikuttavia osa-alueita kattavasti.

Yksi huumeriippuvaisuudesta toipumisen merkittävä tekijä ovat hoidon vaikutukset, johon liittyvät esimerkiksi päihdehoitopalvelujen järjestäminen ja siihen liittyvät interventiot

(Knuuti 2007: 181–182). Hoidon vaikuttavuus kiinnostaa myös päättäjiä ja palvelujen ostajia. Lisäksi sen näkyväksi tekeminen vaikuttaa henkilöstön työmotivaatioon. Sekä asiakkaat että palvelujen ostajat ja hoitohenkilökunta hyötyvät työn ja toimintatapojen arvioinnista, kehittämisestä sekä näkyväksi tekemisestä. Hoidon vaikuttavuuden tutkiminen edellyttää seuranta, jolloin on tiedettävä asiakkaan tilanne hoitoon saapuessa sekä hoidon tilanne jakson päättyessä. Tällöin voidaan arvioida tiettyjen hoitajaksojen vaikutuksia. (Pitkänen 2009: 173, 182–183.)

Arviointiin liittyvä opinnäytetyö auttaa selkeyttämään työyksikön näkemystä käytössä olevien arviointimenetelmien kattavuudesta yksilön toimintakyvyn arvioinnissa. Työntekijät saavat myös tietoa uudesta arviointimenetelmästä, mikä mahdollistaa laajemman arviointimenetelmien hyödyntämisen arviointi- ja kuntoutustyössä. Uuden arviointimenetelmän avulla henkilökunta saa tarkemman ja realistisemmän käsityksen asiakkaan todellisesta toimintakyvyn tasosta ja kuntoutumisesta. Tämä mahdollistaa asiakkaan saaman kuntoutuksen laadun ja tehokkuuden kehittämisen.

Kanasen (2014) mukaan tutkimusotteella tarkoitetaan opinnäytetyön tekemisessä käytettyjen tiedonkeruun, analysoinnin ja tulokinnan menetelmien kokonaisuutta. Sen valintaan vaikuttaa pääasiassa tutkimusongelman luonne. Tutkimusongelmaan etsitään ratkaisuja valittujen menetelmien ja erilaisten tietoaaineistojen avulla. (Kananen 2014: 20–21.) Tässä opinnäytetyössä käytetään siihen parhaiten soveltuvaa laadullista tutkimusotetta. Opinnäytetyössä on kuitenkin myös kehittämistyölle ominaisia piirteitä, sillä esimerkiksi tuloksen avulla on haluttu monipuolistaa kuntouttavan korvaushoitoyksikön arviointimenetelmien valikoimaa.

Opinnäytetyön haastattelujen analysoinnissa käytetään tutkimusotteeseen soveltuvaa teorialähtöistä analyysiä. Toimintaterapian teoreettisista malleista hyödynnetään kanadalaista toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallia (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement, CMOP-E). Tämä teoramalli valittiin opinnäytetyöhön, koska se kuvaa ihmisen, toiminnan ja ympäristön välistä suhdetta antaen monipuolisen ja asiakaskeksisen kuvan henkilön toimintakykyyn vaikuttavista tekijöistä. Teoramallin jaotteleminen hyödynnetään analyysistä esiin nousevien arviointimenetelmien luokittelussa sekä päihderiippuvaisen toimintakykyä pohdittaessa. CMOP-E-malli huomioitiin haastatteluprosessissa siten, että haastattelutilanteessa tarvittaessa informantille näytettiin haastattelurungon kysymysten tueksi CMOP-E-mallin kuvio, jonka avulla voitiin tarkemmin

käydä mallin osioita läpi. Pyrimme myös tekemään CMOP-E-mallia tutuksi työyksikössä jo ennen varsinaisia haastatteluja esittelemällä mallia työyhteisötapaamisessa.

Opinnäytetyön tutkimusaineistoa hankittiin haastattelemalla henkilökuntaa teemahaastattelumenetelmällä. Teemahaastattelut kattoivat monipuolisesti eri ammattialojen edustajia, jolloin eri alojen näkökulmat yksikön toiminnasta ja siellä käytetyistä arviointimenetelmistä tulivat kartoitetuksi mahdollisimman tarkasti. Haastattelurunko (liite 1) pohjautuu opinnäytetyötä ohjaaviin kysymyksiin. Analyysin tulosta havainnollistetaan lisäksi taulukoilla ja kaavioilla. Niiden tarkoitus on selkeyttää visuaalisesti tulosta ja uusien arviointimenetelmien valinnan perustelua. Analysoitava haastatteluaineisto rajautuu siten, että sen tuloksista saatava tieto hyödyttää ensisijaisesti yksikön vastuuhoidajia, joiden työskentelyä uusi arviointimenetelmä auttaisi tällä hetkellä eniten.

Opinnäytetyön luvussa 2 esitellään opinnäytetyön lähtökohdat, sekä yhteistyökumppani ja aikaisempia aiheeseen liittyviä tutkimuksia. Luvussa 3 kuvataan opinnäytetyössä hyödynnettyä toimintaterapian teoreettista mallia. Luvussa 4 avataan päihteisiin ja päihdekuntoutukseen liittyvää teoriaa. Haastatteluprosessin kuvaus ja aineiston teorialähtöinen analyysi esitellään luvussa 5. Analyysin tuloksia ja niiden tulkintoja pohditaan luvussa 6. Opinnäytetyön teksti mukailee työn prosessin kulkua, jonka vuoksi uudet yksikön käyttöön ehdotetut arviointimenetelmät esitellään tulkintojen jälkeen luvussa 7. Pohdinta on luvussa 8, jossa käsitellään muun muassa prosessissa tehtyjä valintoja, luotettavuutta sekä mahdollisia jatkokehitysideoita.

2 Opinnäytetyön lähtökohdat

2.1 Prosessin alkuvaiheet

Päihdekuntoutuksen valinta opinnäytetyön aihealueeksi lähti omasta kiinnostuneisuudestaamme kyseistä alaa kohtaan. Kun opinnäytetyön aihealueeksi oli valittu päihdekuntoutus, kartoitettiin mahdollisia yhteistyökumppaneita muun muassa internetistä, ja yhteistyöhalukkuutta tiedusteltiin puhelimitse sekä sähköpostitse. Syksyllä 2014 yhteistyökumppaniksi löytyi Helsingin Diakonissalaitoksen kuntouttavan korvaushoidon yksikkö.

Tämä opinnäytetyö on tutkimusotteeltaan laadullinen. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on kuvata ja tulkita ilmiötä, sekä ymmärtää sitä uudella syvällisellä tavalla. Tutkimuksessa käytetään sanoja ja lauseita numeroiden sijaan. Analyysivaihe on syklinen prosessi, jossa ei ole tiukkoja tulkintasääntöjä. Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään yksittäistapauksen tutkimiseen, eivätkä tutkimustulokset siten ole yleistettävissä, koska ne pätevät vain kuhunkin tutkimuskohteeseen. Laadullisen tutkimuksen kohteena ovat usein prosessit, merkitykset ja ilmiöt, joita tutkitaan niiden omassa kontekstissaan. Tällöin tutkija jalkautuu tutkimuskohteen pariin, ja tutkijan sekä tutkittavien välille muodostuu suora kontakti haastatteluiden ja havainnoinnin kautta. Tutkijalla on kuitenkin ulkopuolisen osallistujan rooli. (Kananen 2014: 18–19, 22.)

Tutkimusotteeltaan laadullisessa työssä voidaan huomioida ennen aineiston keräämistä tuleva suunnitteluvaihe. Sen tärkeimpinä tarkoituksina ovat fokusointi, tutkimusongelman määrittely, kirjallisuuskatsauksen tekeminen teoriaosuutta varten sekä tutkimuksen validiteettiin liittyvä pohdinta. (Kananen 2012: 92.)

Arviointimenetelmien valinta aiheeksi lähti ensisijaisesti työyhteisön tarpeesta. Alkuvaiheessa kuntouttavan korvaushoitoyksikön jo käytössä olevat arviointimenetelmät eivät kuitenkaan olleet tiedossamme. Tästä syystä opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset rakennettiin vastaamaan siihen, mitä toimintakyvyn osa-aluetta yksikön työntekijöiden mielestä pitäisi huomioida arvioinnissa enemmän, ja mitä menetelmiä heidän käytössään jo on. Työntekijöiden toiveet ja näkemykset tarvittavasta menetelmästä olivat tärkeitä, koska he työskentelevät asiakkaiden kanssa päivittäin nähden arviointimenetelmätarpeet käytännön tasolla. Tieto jo käytössä olevista arviointimenetelmistä mahdollisti yk-

sittäisten menetelmien tarkemman tarkastelun toimintakykyyn liittyvien osa-alueiden kattavuuden näkökulmasta. Huomioimalla sekä toiveet, että käytössä olevat menetelmät, saatiin laajempi näkemys yksikön tarpeista.

Koska yksikössä ei tällä hetkellä ole saatavilla toimintaterapeutin palveluja, uusien yksikön käyttöön suositeltavien arviointimenetelmien keskeisenä valintakriteerinä oli moniammatillinen käytettävyys, jolloin menetelmien käyttämiseen ei vaadita toimintaterapeutin koulutusta. Kohderyhmänä opinnäytetyössä ovat Diakonissalaitoksen kuntouttavan korvaushoidon työntekijät ja välillisenä kohderyhmänä toimipisteen palveluja käyttävät asiakkaat.

Opinnäytetyötä ohjaavia kysymyksiä olivat:

- Minkälaisia toimintakykyyn liittyviä arviointimenetelmiä kuntouttavan korvaushoidon yksikössä on tällä hetkellä käytössä?
- Mitä ihmisen toimintakyvyn osa-alueita tällä hetkellä käytössä olevat menetelmät kattavat?
- Jääkö jokin toimintakyvyn osa-alue huomioimatta?
- Millä menetelmällä liian vähän huomioitua toimintakyvyn osa-aluetta voitaisiin kattavammin arvioida?

Opinnäytetyön suunnitteluun sisältyvien vaiheiden, kuten aiheen rajauksen, opinnäytetyötä ohjaavien kysymysten suunnittelun sekä yleisen päihdetietouden keräämisen lisäksi opinnäytetyötä varten hankittiin tutkimuslupa Diakonissalaitokselta. Vasta tutkimusluvan myöntämisen jälkeen voitiin aloittaa varsinainen työskentelyvaihe haastatteluihin. Opinnäytetyöprosessiin sisältyy myös kirjallisen osuuden jälkeen toteutettava työn tulosten esittely työyhteisölle.

2.2 Helsingin Diakonissalaitoksen kuntouttavan korvaushoidon yksikkö

Helsingin Diakonissalaitoksen kuntouttavan korvaushoidon yksikkö tuottaa sosiaali- ja terveysministeriön ohjeiden mukaista korvaushoitoa helsinkiläisille, espoolaisille ja vantaalaisille opioidiriippuvaisille. Kuntouttavan korvaushoidon yksikössä tavoitteena on päihteiden käytön lopettaminen ja kuntoutuminen. (Korvaushoitoyksikkö n.d.)

Munkkisaaren toimipiste sijaitsee Etelä-Helsingissä. Espoolaisten asiakkaiden hoito siirtyi Espooseen keväällä 2015. Henkilöstöä Helsingin ja Espoon toimipisteissä on yhteensä 9 henkilöä. Yksikössä työskentelee osastonhoitaja, lääkäri ja 7 vastuuhoidajaa, joilla on soveltuva sosiaali- ja terveystieteiden pohjakoulutus, esimerkiksi sosionomi, lähihoitaja tai sairaanhoitaja. Opinnäytetyöprojektin alkaessa lähiesimiehellä oli lähihoitajan, toimintaterapeutin ja ylemmän ammattikorkeakoulun johtamisen sekä kehittämisen koulutus. Helsingin Diakonissalaitoksen YT-neuvotteluiden myötä lähiesimies siirtyi johtamaan perheen yhdistetyn hoidon, avokuntoutuksen sekä päihdeneuvontapalveluiden yksiköiden toimintaa. (Osastonhoitaja 2014; 2015.)

Yksikössä on asiakkaita hieman vajaa 90 henkilöä, joista viisi on naisia. He ovat melko omatoimisia ja keski-ikältään noin 30-vuotiaita. Korvaushoitopalvelun tilaa ja maksaa asiakkaan kotikunta, joka tässä toimipisteessä on Helsinki, Espoo tai Vantaa. (Osastonhoitaja 2014.)

Hoitomuotoina on lääkehoito ja psykososiaalinen kuntoutus, joka voi olla yksilö- tai yhteisömuotoista. Asiakkaille laaditaan henkilökohtaiset hoito- ja kuntoutussuunnitelmat, joiden perusteella hoito toteutetaan. Asiakkaat on jaettu tuen tarpeen mukaan hoidollisuusluokkiin, joissa luokassa 1 olevat tarvitsevat tiivistä psykososiaalista tukea ja luokissa 2 ja 3 olevat taas vastaavasti vähemmän. Asiakkaan hoidon tarve arvioidaan säännöllisesti, ja tarvittaessa asiakas siirretään hoidollisuusluokasta toiseen. Hoidon päättyessä asiakas ohjataan jatkohoitoon, esimerkiksi vertaistukiryhmään. (Korvaushoitoyksikkö n.d.)

Yhteisömuotoinen kuntoutus eli yhteisöhoito perustuu terapeutin johtamaan yhteisöön, johon kuuluu korkeintaan 50 kuntoutujaa. Yhteisölle on suunniteltu viikko-ohjelma, johon sisältyy yhteisökokous, toiminnallisia ryhmiä ja hoidollisia ryhmiä. Toimintoina yhteisössä on muun muassa yhteinen aamukahvi, lehtien lukua ja ruoanlaittoa. Yhteisölliset tapaamiset toimivat kuntoutujille vertaistukena, jossa kuntoutujat saavat toisiltaan tukea ja palautetta käytöksestään. Pidemmällä kuntoutumisessa olevat asiakkaat toimivat kokemusasiantuntijoina kuntoutuksen alussa oleville. Yhteisöhoitoon kuuluville asiakkaille järjestetään myös säännöllisiä vastuuhoidajatapaamisia. Yhteisö toimii 3–4 päivänä viikossa, 4–6 tuntia kerrallaan. Kuntoutujia kannustetaan liittymään myös yksikön ulkopuolisiin vertaistukiryhmiin, jotka toimivat myös jatkohoitona korvaushoidon päättyttyä. (Korvaushoitoyksikkö n.d.)

2.3 Päihderiippuvuus ja toimintaterapia aikaisemman tutkimuksen valossa

2.3.1 Kansainvälinen tutkimus

Toimintaterapiaan ja päihderiippuvuuteen liittyviä artikkeleita on haettu elo-syyskuussa 2015 tietokannoista Google Scholar, OTDBase, CINAHL, Ovid Medline ja PubMed. Hakuksena on käytetty seuraavia: Occupational Therapy, substance abuse, opioid abuse, addiction. Haussa huomioitiin vuoden 2000 jälkeen julkaistut artikkelit. Käytössä olivat artikkelit, jotka olivat vapaasti saatavilla tai saatavilla Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjastopalvelujen kautta. Päihderiippuvaisten toimintakyvyn arvioinnista on julkaistu hyvin vähän artikkeleita, joten olemme valinneet esiteltäväksi myös artikkeleita, jotka liittyvät päihderiippuvaisten toimintaterapiaan yleensä.

Universidad Rey Juan Carlos de Madrid:ssa toimintaterapian lehtorina toimiva Gloria Rojo-Mota (2013) on artikkelissaan *Terapia Ocupacional en Adicciones: revisión de bases de datos internacionales. Occupational Therapy for Addictions: review of international databases* pohtinut päihderiippuvaisten toimintaterapian tieteellistä perustaa, ja etsinyt hakukoneista tieteellisiä artikkeleita aiheesta. Gloria Rojo-Mota löysi 34 artikkelia, joista 21 on teoreettista ja 13 tutkimusartikkelia. Rojo-Mota pitää artikkelien ja tieteellisen näytön määrää vähäisenä. Rojo-Motan espanjankielisessä artikkelissa on englanninkielinen tiivistelmä. (Rojo-Mota 2013: 2.)

Gloria Rojo-Motan työryhmä (2014) on tutkinut myös päihdekuntoutujien motorisia ja prosessitaitoja arjen toiminnoissa. Artikkelissa *Assessment of motor and process skills in daily life activities of treated substance addicts* Rojo-Motan työryhmä arvioi 101 päihdekuntoutujan toimintakykyä Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) -arviointimenetelmän avulla. Arviointimenetelmän validiteetti ja reliabiliteetti on tieteellisesti vahvistettu, ja se on yleisesti käytössä asiakkaila, joiden toimintakykyyn vaikuttaa aivo-ohalvaus, cp-vamma, Alzheimerin tauti, MS-tauti tai Parkinsonin tauti. Arviointimenetelmää ei kuitenkaan ole aiemmin testattu päihderiippuvaisella väestöllä. (Rojo-Mota – Pedrero-Perez – Ruiz-Sanchez de Leon – Miangolarra 2014: 459.)

Gloria Rojo-Motan työryhmän (2014) hypoteesi oli, että päihderiippuvuuden vaikeusaste ja riippuvuusikäyttyymisen pitkä kesto olisivat kääntäen verrannollisia kuntoutujan suoriutumiseen motorisia ja prosessitaitoja mittaavassa arvioinnissa. Tutkimus osoitti hypoteesin oikeaksi: vaikeimmin ja pisimpään addiktiokäyttäytymistä toteuttaneet henkilöt

saivat arvioinnissa selvästi huonoimmat arviot. Arvioinnissa huonoimmin selviytyneillä kuntoutujilla oli erityisen merkittävät puutteet prosessitaidoissa. (Rojo-Mota ym. 2014: 461.)

Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) soveltuu hyvin päihdetaustaisen asiakkaan motoristen ja prosessitaitojen arviointiin (Rojo-Mota ym. 2014: 462). Menetelmä on kuitenkin tarkoitettu vain lisäkoulutuksen saaneille ja kalibrointimenettelyn hyväksytysti läpikäyneille toimintaterapeuteille, joten se ei sovellu asiakasorganisaatiomme käyttöön.

Niki Kiepekin ja Lilian Magalhaesin (2011) artikkelissa *Addictions and Impulse-Control Disorders as Occupation: A Selected Literature Review and Synthesis* pohditaan, voiko päihdeaddiktiota pitää toimintana. Toimintaterapiamalleissa korostetaan yleisesti toiminnan myönteisiä vaikutuksia henkilön hyvinvointiin. Voiko henkilön hyvinvoinnin ja terveyden kannalta haitallisia aktiviteettejä, kuten rahapelien tai internetin liikkakäyttöä, päihteiden käyttöä tai ruoan ahmimista pitää toimintana? (Kiepek – Magalhaes 2011: 254.)

Tutkijat vertasivat addiktiokäyttäytymistä koskevia artikkeleita (n=59) kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malliin liittyvään toiminnan määritelmään, ja totesivat, että monet erilaiset addiktiokäyttäytymisen muodot täyttivät toiminnan määritelmän. Tutkijat esittävät, että toiminnat eivät itsessään ole terveellisiä tai epäterveellisiä, mutta erilaisiin toimintoihin sitoutumisella voi olla yksilön elämään hyviä tai huonoja seurauksia. Esimerkiksi balettianssi on sosiaalisesti hyväksytty toiminta, joka yhdistetään hyvään fyysiseen kestävyYTEEN, arvostukseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen. Toisaalta balettianssiin liittyy monenlaisia loukkaantumisia johtuvia jalkavammoja, syömishäiriöitä, masennusta ja ahdistusta. Tältä pohjalta toimintoja ei tulisi luokitella yksiselitteisesti hyviin / huonoihin tai terveisiin / epäterveisiin. Tutkijat peräänkuuluttavat myös uudistuksia toimintaterapiamalleihin, joista useassa yksiselitteisesti todetaan toiminnan olevan terveyden lähde, huomioimatta sitä että kaikki toiminta ei ole ihmisen hyvinvoinnille hyväksi. (Kiepek – Magalhaes 2011: 266.)

2.3.2 Kotimaiset toimintaterapian opinnäytetyöt

Päihdetyöhön ja varsinkin huumausaineita käyttäviin asiakkaisiin liittyviä opinnäytetöitä on suomalaisen toimintaterapian alalta tehty verrattain vähän. Theseus-tietokannasta löytyy hakusanoilla "päihderiippuvuus ja toimintaterapia" 38 ammattikorkeakoulujen

opinnäytetyötä, mutta toisaalta hakusanoilla "opiaatit ja toimintaterapia" löytyy vain yhdeksän, joista kahdeksan käsittelee opioidien väärinkäyttöä ja yksi lääkinällistä käyttöä. Lisäksi hakuja on tehty hakusanoilla "toimintaterapia ja huumausaineet" ja "toimintaterapia ja huumeet". Päihderiippuvuutta käsitteleviä opinnäytetöitä ei ole kovin paljon, ja olemassa olevista valtaosa käsittelee alkoholiriippuvuutta. Seuraavat opinnäytetyöt käsittelevät päihderiippuvaisten toimintakyvyn arviointia.

Opinnäytetyössä *Selvemmin eteenpäin. Kokemuksia ja kehittämissuhteita toimintaterapeuttisesta itsearviointilomakkeesta päihdetaustaisten sairaalaosastolla* on tutkittu päivittäisten toimien ja päihteiden käytön SELVÄSTI ETEENPÄIN -itsearviointilomakkeen soveltuvuutta Suursuon sairaalan alle 65-vuotiaiden päihdetaustaisten jatkokuntoutusosaston potilaiden ja toimintaterapeuttien käyttöön. Työssä todettiin 15-sivuisen lomakkeen olevan osaston käyttöön liian raskas ja arvioinnin toteuttamisen liian aikaa vievä. Lisäksi lomake todettiin osaston toimintaympäristöön sopimattomaksi ja sen termit osittain vanhentuneiksi. Osaston käyttöön soveltuisi sellainen arviointimenetelmä, joka huomioisi potilaan fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn, ja lisäksi menetelmän tulisi olla tiivis ja keskittyä olennaiseen. Erityisen hyödylliseksi koettaisiin menetelmä, joka antaisi tietoa potilaan kyvyistä hoitaa asioinnit ja raha-asiat osastolta kotiin siirtymisen jälkeen. (Immonen – Kallio – Ojanen 2014.)

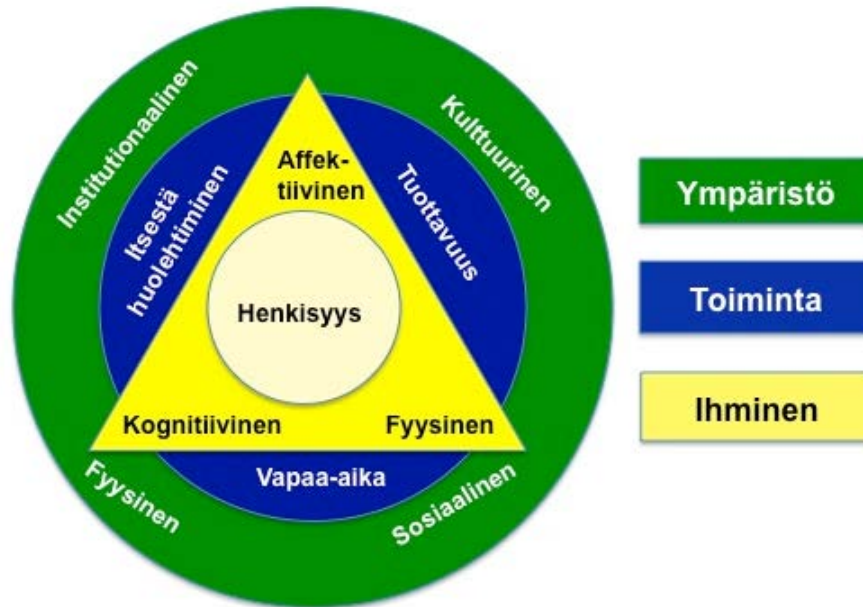
Jaana Tukevan opinnäytetyössä *Elämänhallintaa etsimässä. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaille suunnatun haastattelulomakkeen kehittäminen* on kehitetty mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden elämäntilannetta ja elämänhallintaa selvittävä kyselylomake. Tukeva käyttää työssään teoriapohjana inhimillisen toiminnan mallin ja toimintaterapianimikkeistön ohella ICF – Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälistä luokitusta, mikä on valintana vielä epätavallinen. ICF:n monialaisuuden vuoksi luokituksen käytön soisi yleistyvän. (Tukeva 2012.)

Ulla Hirvosen ja Mirja Rynäsén opinnäytetyö *Päihdeetönkin elämä voi olla ihan jees - Päihdekuntoutujien toiminnan haasteet ja tuen tarve kuntoutuksen jälkeen* yhdistää päihdekuntoutujille ja ohjaajille tehdyt COPM-haastattelut ja kohdennetun kirjallisuuskatsauksen. Opinnäytetyössä pohditaan päihdekuntoutujien toiminnan haasteita, kuntoutuksen tarvetta, kuntoutuksen vaikutuksia ja asiakkaiden toiveita kuntoutuksen suhteen. Päihdekuntoutujien toimintakyvyssä todettiin haastatteluiden perusteella olevan haasteita niin itsestä huolehtimisen, tuottavuuden kuin vapaa-ajanvieton osalta. Kuntoutujat

ja työntekijät olivat yhtä mieltä siitä, että tukea tarvitaan enemmän kuntoutuksen jälkeiselle ajalle. Erityisesti toiveissa olivat ryhmässä tapahtuvat vapaa-ajantoiminnat, sekä liikkumisen ja asioinnin harjoittelu ryhmässä. Tutkielmaan liittyvä kirjallisuuskatsaus oli suppea, ja liittyi COPM-haastattelun luotettavuuteen, käytettävyyteen ja asiakaslähtöisyyteen. (Hirvonen – Ryynänen 2011.)

3 Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (CMOP-E)

Tässä työssä hyödynnetään kanadalaista toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallia (CMOP-E). Mallissa tarkastellaan ihmisen, toiminnan ja ympäristön suhdetta toisiinsa (kuvio 1).



Kuvio 1. Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (mukaillen Law – Polatajko – Baptiste – Townsend 1997: 32).

Vaikka mallin nimi on kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli, mallikuviossa ei ole osaa nimeltä toiminnallisuus. Sen sijaan malli kuvaa eri tekijöiden vuorovaikutusta, josta toiminnallisuus muodostuu. CMOP-E:n malli koostuu kolmesta osa-alueesta, jotka ovat ihminen, toiminta ja ympäristö. Lisäksi osa-alueet jakautuvat osatekijöihin, jotka ovat ihmisen osa-alueella henkinen, affektiivinen, kognitiivinen ja fyysinen osatekijä. Toiminnan osatekijät ovat itsestä huolehtiminen, tuottavuus ja vapaa-aika. Ympäristö puolestaan on jaoteltu institutionaaliseen, kulttuuriseen, sosiaaliseen ja fyysiseen osatekijään. Mallin perusajatus on, että ihminen, toiminta ja ympäristö ovat kaikki yhteydessä toisiinsa siten, että muutos yhdessä tekijässä vaikuttaa väistämättä myös kaikkiin muihin osa-alueisiin. (Law – Polatajko – Baptiste – Townsend 1997: 32–33; Polatajko ym. 2007b: 23.)

Mielestämme kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli soveltuu hyvin päihderiippuvaisen henkilön tilanteen jäsentämiseen. CMOP-E-mallissa jäsennetään ihmisen toiminnallisuuden osatekijöitä, mutta malli on täysin neutraali sen suhteen, tarkastellaanko mallin mukaisesti henkilön vahvuuksia vai puutteita toimintakyvyssä. Näemme mallikuvion tavallaan neutraalina tilannekatsauksena asiakkaan sen hetkiseen elämään. Tämä ohjaa käsittelemään asiakkaan tilannetta tasapainoisesti sekä voimavarat että haasteet huomioiden.

3.1 Ihminen, toiminta ja ympäristö

Kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallin mukaan **ihminen** on jakamaton kokonaisuus, jossa yhdistyvät henkiset, sosiaaliset ja kulttuuriset kokemukset sekä toiminnalliset valmiudet (Law ym. 1997: 41; Hautala – Hämäläinen – Mäkelä – Rusi-Pyykönen 2011: 211). Toiminnalliset valmiudet jaotellaan affektiivisiin, kognitiivisiin ja fyysisiin - siis yksinkertaistetusti ajatteluun, tunteisiin ja tekemiseen. CMOP-E-mallissa ihmisen ajatellaan olevan dynaamisessa vuorovaikutuksessa toiminnan ja ympäristönsä kanssa. (Law ym. 1997: 42.) Ihmistä kuvaava kolmio on mallissa sulautettu taustalla olevaan ympäristöä kuvaavaan ympyrään merkiksi siitä, että ihmisen kaikki toiminta tapahtuu jonkun ympäristön kontekstissa (Polatajko ym. 2007b: 23).

Affektiiviset valmiudet koostuvat sosiaalisista ja tunne-elämän toiminnoista niin henkilön sisäisen maailman kuin ihmisten välisten suhteiden osalta. Kognitiivisilla valmiuksilla tarkoitetaan muun muassa ajatteluun, havainnointiin, keskittymiseen, muistiin, ymmärrykseen, arvostelukykyyneen ja päättelykykyyn liittyviä kognitiivisia ja älyllisiä toimintoja. Fyysiset valmiudet koostuvat sensorisista, motorisista ja sensomotorisista toiminnoista. (Law ym. 1997: 44.)

CMOP-E-mallin kuvion keskellä on henkisyys, jonka kirjoittajat määrittelevät ihmisen minuuden ytimeksi, ja hänen ainutkertaisuutensa lähteeksi. Henkisyys vaikuttaa siihen, minkälaisia uskomuksia, arvoja ja tavoitteita henkilöllä on. Henkisyys voi tarkoittaa hengellisyyttä, mutta se voi myös olla muunlaista merkityksellisyyden tunnetta. Henkisyydellä on suuri vaikutus siihen, mikä kyseistä ihmistä motivoi, joten toiminnan terapeutissa käytössä tulee ottaa huomioon myös henkisyyden aspektit. (Law ym. 1997: 42.)

Me määrittelemme toimintaa, ja toiminta määrittelee meitä. -Helene J. Polatajko

CMOP-E-mallissa **toiminta** on jaettu kolmeen osatekijään, jotka ovat itsestä huolehtiminen, tuottavuus ja vapaa-aika. Vapaa-aikaan lasketaan kuuluvaksi huvia ja nautintoa tuottavat toiminnat, kuten ystävien ja sukulaisten tapaaminen, luovat toiminnat, ulkoilu, pelaaminen ja urheilu. Tuottaviin toimintoihin kuuluvat sosiaalista tai ekonomista hyötyä tuottavat toiminnat ja toimeentulon turvaamiseksi tehdyt toiminnat. Esimerkkejä tuottavista toiminnoista ovat lasten leikki, koulunkäynti, työssäkäynti, kodinhoito, lastenkasvatus ja vapaaehtoistyö. Itsestä huolehtimisen toiminnot ovat esimerkiksi omasta kehosta ja henkilökohtaisista vastuualueista huolehtiminen, liikkuminen toimintaa tehdessä ja omasta asuinpaikasta ja ajankäytöstä huolehtiminen. (Law ym. 1997: 37.)

Ihmiset ovat luonnostaan toiminnallisia. Toiminnallisuus ei siis ala jonkin tietyn tapahtuman seurauksena tai kehity ihmisessä ajan mittaan, vaan se on ihmisessä sisäänrakennettuna alusta alkaen. Sen sijaan se vaihtelee, minkälaisiin toimintoihin ihminen tai ihmisryhmä sitoutuu. Ihmisen toiminta on hyvin yksilöllistä, ja se muuttuu ja kehittyy elämänsä myötä. (Polatajko ym. 2007a: 54.)

CMOP-E-mallin mukaan toiminta on ihmisen perustarve, jolla on monia positiivisia vaikutuksia ihmisen hyvinvoinnille. Toiminta on ihmisen terveyden ja hyvinvoinnin edellytys. Toiminnan merkitys kuntoutumiselle niin psyykkisistä kuin somaattisista sairauksista toivuttaessa on ollut tiedossa jo vuosisatojen ajan. (Law ym. 1997: 35.)

Toiminnan on havaittu edesauttavan muun muassa ajankäytön rytmittämistä, haluttujen tavoitteiden saavuttamista, itsensä kehittämistä, henkisyiden ilmaisua, muutoksen kanssa selviytymistä, uusien kykyjen kehittämistä, suorituksen paranemista, pätevyiden kehittämistä, ympäristön mukauttamista ja stressiin reagoimista. Päivittäinen toiminta on elämänlaadun, hyvinvoinnin, voimaantumisen ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden perusta. (Townsend – Brintnell 1997: 16.)

Ympäristöllä tarkoitetaan CMOP-E-mallissa niitä tekijöitä, jotka tapahtuvat yksilön ulkopuolella ja joihin yksilö reagoi. Kaikki toiminnallisuus tapahtuu ympäristön kontekstissa. Toisaalta ihmisyksilön tai -ryhmän toiminta muuttaa ympäristöä. CMOP-E-mallin ympäristökäsitys on laaja, ja se käsittää fyysisen ympäristön lisäksi myös sosiaalisen, kulttuurisen ja institutionaalisen ympäristön. (Law ym. 1997: 44–45.)

Kulttuurinen ympäristö käsittää tiettyjen ihmisryhmien arvojen ja odotusten mukaiset tavat arjen ja juhlan viettoon. Institutionaalinen ympäristö pitää sisällään yhteiskunnalliset instituutiot ja toimintatavat, kuten säännöt ja ohjeet sekä julkiseen valtaan ja päätöksentekoon liittyvät järjestelmät. Lisäksi siihen kuuluvat esimerkiksi julkiseen rahoitukseen ja lainsäädäntöön sekä työvoimapolitiikkaan liittyvät toimintatavat. Fyysinen ympäristö koostuu luonnollisesta ja rakennetusta ympäristöstä, kulkuneuvoista, teknologiasta, sääilmiöistä ja muusta materiaalista. Sosiaalinen ympäristö koostuu muun muassa kaikkien ympäristön elementtien sosiaalisesta merkityksestä, yhteiskunnassa elävien ihmisten ihmissuhteiden verkostosta, yhteisten mielenkiinnon kohteiden luomista sosiaalisista verkostoista, arvoista, asenteista ja uskomuksista. (Law ym. 1997: 46.)

CMOP-E-mallin peruskuvio toimii tilannekatsauksena asiakkaan elämään, mutta pelkkä tilannekatsaus ei riitä perustaksi toimintaterapiaprosessin aloittamiselle. Muutoksen tarve ja prosessin läpikäyminen huomioidaan malliin liittyvässä kanadalaisessa toimintaterapiaprosessin kehyksessä (The Canadian Practice Process Framework, CPPF) (Stanton – Thompson-Franson – Kramer 1997: 61). Lisäksi yhdessä CMOP-E:n kanssa on julkaistu kanadalainen malli toiminnan asiakaslähtöisestä mahdollistamisesta (The Canadian Model of Client-Centered Enablement, CMCE) (Townsend – Polatajko 2007: 109). Koska tässä työssä kartoitamme päihderiippuvaisen asiakkaan toimintakyvyn arviointimenetelmiä moniammatillista tiimiä varten, kanadalainen toimintaterapiaprosessin kehys ei kuulu työmme piiriin.

3.2 Toiminnallinen oikeudenmukaisuus CMOP-E:n mukaan

Kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa on tunnustettu sosiaalisia oikeuksia, joiden katsotaan koskevan kaikkia ihmisiä. Tällaisia oikeuksia ovat muun muassa oikeus valita asuinpaikkansa, oikeus vapauteen ja turvallisuuteen sekä oikeus oikeudenmukaiseen oikeudenkäyntiin (Euroopan ihmisoikeussopimus n.d.).

Elizabeth Townsend ja Ann A. Wilcock (2004) ovat määritelleet sosiaalisen oikeudenmukaisuuden periaatteita täydentämään myös toiminnallisuuden oikeudenmukaisuuden periaatteet. Toiminnallisen oikeudenmukaisuuden käsite on sittemmin sisällytetty myös CMOP-E-malliin. Keskeisimmät toiminnallisen oikeudenmukaisuuden periaatteet ovat seuraavat:

- Oikeus kokea toiminta merkityksellisenä ja rikastuttavana.
- Oikeus kehittyä ihmisenä osallistumalla terveyttä ja sosiaalisiin ryhmiin kuulumista edistävään toimintaan.
- Yksilön tai ihmisryhmän oikeus tehdä toiminnallisia valintoja.
- Oikeus osallistua erilaisiin merkityksellisiin ja rikastuttaviin toimintoihin.

(Townsend – Wilcock 2004: 80.)

Jos nämä oikeudet eivät toteudu ihmisen elämässä, seurauksena voi olla toiminnallinen epäoikeudenmukaisuus toiminnallisen vieraantumisen, toiminnallisen deprivaaation, toiminnallisen marginalisaation tai toiminnallisen epätasapainon muodossa (Townsend – Wilcock 2004: 80).

Toiminnallisella vieraantumisella tarkoitetaan oman elämän hallinnan ja merkityksellisuuden tunteen menetystä silloin, kun jonkin ulkoisen tekijän vuoksi yksilön toiminnalliset mahdollisuudet eivät vastaa henkilön omia mahdollisuuksia tai tavoitteita. Tästä seuraa tunne elämänhallinnan ja merkityksellisuuden puuttumisesta. Lisäksi omien odotusten vastaiseen toiminnalliseen rooliin joutuminen muuttaa ihmisen sosiaalisia suhteita perustavanlaatuisesti, mistä voi seurata toiminnallisen identiteetin hämärtymistä, ystävyyssuhteiden menetyksiä ja ryhmään kuulumisen tunteen menettämistä. Esimerkiksi korkeakoulutettu maahanmuuttaja, joka joutuu uudessa kotimaassaan tekemään suoritettavaa, monotonista työtä, saattaa kokea toiminnallista syrjäytymistä. (Polatajko ym. 2007c: 78–79.)

Jos merkityksellinen toiminta estyy vakavasti tai pitkäaikaisesti, ihminen voi kokea **toiminnallista deprivatiota**. Tässä tarkoitetaan merkityksellisen toiminnan estymistä silloin, kun se aiheutuu ympäristötekijöiden, kuten kulttuuristen, institutionaalisten, fyysisten, poliittisten tai sosiaalisten tekijöiden vuoksi. Esimerkiksi laitoksissa asuvat pitkäaikaissairaat joutuvat joskus kokemaan toiminnallista deprivatiota. Ilmiö on yleinen myös pakolaisleireillä ja vankiloissa. (Polatajko ym. 2007c: 79–80.)

Toiminnallinen marginalisaatio syntyy, kun käytännöt, fyysinen ympäristö tai ympäristön odotukset estävät henkilön tai ihmisryhmän mahdollisuuksia tehdä jokapäiväisiä toiminnallisia valintoja. Esimerkiksi pitkäaikaissairaahan työnteko mahdollistuu yhteiskunnassamme harvoin. (Townsend – Wilcock 2004: 81–82.)

Toiminnallinen epätasapaino syntyy, kun henkilön elämässä on liian vähän tai liian paljon toimintaa. Esimerkiksi työttömyys voi heikentää ihmisen hyvinvointia, koska työttömän elämässä henkisen, fyysisen ja sosiaalisen toiminnan määrä jää helposti riittämättömäksi ja siten merkityksellisyyden tunne on vaarassa. Toisaalta ylityöllistetyin henkilön hyvinvointi on myös vaarassa liiallisen stressin vuoksi. (Townsend – Wilcock 2004: 82–83.)

Townsendin ja Wilcockin (2004) mukaan toimintaterapia ammattina pohjautuu toiminnalliseen epäoikeudenmukaisuuteen puuttumiseen, koska toimintaterapeuttien kiinnostuksen kohteena ovat erityisesti vamman, sairauden tai ikääntymisen vuoksi toiminnalliselle epäoikeudenmukaisuudelle alttiina olevat henkilöt tai ihmisryhmät. Toimintaterapeuttien arvot ja käytännöt edellyttävät asiakaslähtöistä ja oikeudenmukaista työskentelyä siten, että asiakkaat ovat omassa elämässään ja terapiassaan aktiivisina toimijoina. (Townsend – Wilcock 2004: 83.)

Toimintaterapeuttiliiton ammattieettisissä ohjeissa todetaan seuraavaa:

Toimintaterapeutti työskentelee asiakastaan kunnioittaen ja vaitiolovelvollisuutta noudattaen. Asiakkaan etninen tausta, kansalaisuus, sukupuoli, sukupuolinen suuntautuneisuus tai sosiaalinen asema, uskonto, poliittinen mielipide tai muut vastaavat seikat eivät vaikuta siihen, miten toimintaterapeutti kohtelee asiakastaan. (...) Asiakastyössä toimintaterapeutti toimii sen hyväksi, että hänen asiakkaansa voivat käyttää tasavertaisesti yhteiskunnan palveluja ja osallistua mahdollisimman omatoimisesti oman elämänsä eri tilanteisiin. (Toimintaterapeuttiliitto 2011.)

Näkemyksemme mukaan Toimintaterapeuttiliitto korostaa Townsendin ja Wilcockin ajatusta toiminnallisen oikeudenmukaisuuden perustavanlaatuisesta merkityksestä toimintaterapeutin ammatille.

4 Päihteet ja päihdekuntoutus

Nimitystä päihteet käytetään sekä alkoholista että huumeista (Seppä – Aalto – Alho – Kiiänmaa 2012b: 8). Huumeet määritellään aineiksi, jotka vaikuttavat keskushermostoon saaden aikaan korjaantuvia käyttäytymisoireita tai psykologisia muutoksia, ja niiden nauttimisen tarkoituksena on saavuttaa nautinto tai huumaus ilman hoidollista tarkoitusta. Huumeiksi katsotaan kuuluvan nikotiini, opioidit, hallusinogeenit, kannabistuotteet, eräät stimulantit (kuten kofeiini, kokaiini ja amfetamiini), muuntohuumeet ja huumeina käytetyt lääkkeet - kuten bentsodiatsepiinit ja barbituraatit, sekä eräät tekniset liuottimet ja joitakin muita edellä mainitun kaltaisia aineita. (Seppä – Aalto – Alho – Kiiänmaa 2012a: 23.) Näistä lain hyväksymiä huumeita ovat nikotiini ja kofeiini. Huumeiden väärinkäyttöön ja riippuvuuteen liittyen yleinen mielipide on, ettei kohtuukäyttöä ole, ja kaikki päihdehakuinen huumeidenkäyttö luetaan väärinkäytöksi. Väärinkäyttö puolestaan jaetaan huumekekeiluihin tai niin sanottuun viihdekäyttöön, sekä ongelmakäyttöön, eli haitalliseen käyttöön ja riippuvuuteen. (Seppä ym. 2012b: 8.)

Huumeiden vaikutukset keskushermostoon ovat ainekohtaisia, toiset päihteet stimuloivat ja toiset rauhoittavat tai lamauttavat hermostoa. Ensisijaisesti vaikutuksen voimakkuuteen vaikuttaa käytetyn päihteen määrä, mutta myös hermoston eri toiminnot eroavat herkkydessään huumeisiin. (Kiiänmaa 2012: 25.)

4.1 Opioidit ja päihderiippuvuus

Duodecimin Terveyskirjaston määritelmän mukaan **opiaatilla** tarkoitetaan oopiumialkaloideja tai lääkettä, joka sisältää oopiumialkaloideja tai niiden johdoksia (Opiaatti n.d.). **Opioideilla** Terveyskirjaston mukaan tarkoitetaan: 1) luonnon opioideja kuten morfiinia sekä sitä muistuttavia luonnon aineita, varsinkin oopiumin aineosia, 2) puolisynteettisiä opioideja, 3) synteettisiä opioideja, 4) opioidipeptidejä, eli keskushermoston opioidireseptoreihin vaikuttavia elimistössä esiintyviä peptidejä kuten endorfiineja (Opioidi n.d.). Endorfiinien, eli elimistön omien morfiinin tapaan vaikuttavien yhdisteiden löydyttyä 1970-luvun puolivälin jälkeen alettiin kaikkia morfiinin tapaan vaikuttavia yhdisteitä (oopiumista saatavat, synteettiset ja endogeeniset) kutsua opioideiksi (Ahtee 2003: 151). Tämän lisäksi erilaisten tietolähteiden perusteella vaikuttaisi, että termejä opiaatti ja opioidi käytetään jossain määrin synonyymeinä toisilleen. Tekstin selkeyden ja yhdenmukaisuuden vuoksi tässä opinnäytetyössä käytetään termiä opioidi.

Keskeisimpiä oopiumunikosta saatavia alkaloideja ovat oopiumi, morfiini sekä kodeiini. Kemiallisesti prosessoituna morfiinista valmistetaan heroïinia. Synteettisesti valmistettuihin opioideihin lukeutuvat esimerkiksi buprenorfiini, metadoni, petidiini sekä dekstropropoksifeeni. (Lappalainen-Lehto ym. 2008: 80.)

Opioidit vaikuttavat poistaen kipua ja tuottaen mielihyvää. Vaikutus tapahtuu opioidireseptorien kautta. (Kiiänmaa 2012: 25.) Opioidit vaikuttavat aivoihin lamaavasti. Tätä ominaisuutta hyödynnetään pieninä annoksina useissa lääkkeissä, joissa sillä estetään muun muassa yskänrefleksin, kipujärjestelmän ja suolistohermojen toimintaa. Katukauppaan päätyneitä opioideja sisältäviä lääkkeitä kuten metadonia, buprenorfiinia ja kodeiinia käytetään usein yksinomaan huumeina. (Soinila 2009: 377–378.)

Opioideja käytetään suonensisäisesti, polttamalla ja suun kautta nautittuna. Niihin syntyy erittäin voimakas psyykinen ja fyysinen riippuvuus. Opioideihin liittyy myös sietokyvyn ja annoskoon nopea kasvu. Käytön välittömiä vaikutuksia ovat voimakas hyvän olon tunne, ahdistuksen ja jännityksen laukeaminen, kivun ja seksuaalisuuden tunteen katoaminen, sammaltava puhe, refleksien ja liikkeiden hidastuminen, sydämen lyöntitiheyden ja verenpaineen lasku, pahoinvointi sekä pupillien pienentyminen. Opioidiriippuvaiselle opioidien pitoisuuden lasku veressä aiheuttaa voimakkaita vieroitusoireita, kuten kipua, pahoinvointia, vapinaa, kuumetta, kouristuksia, vilunväristyksiä ja hikoilua. (Irti huumeista ry n.d.)

4.1.1 Päihderiippuvuuden selitysmalleja

Päihderiippuvuuden selitysmalleja on useita, ja niihin vaikuttavat muun muassa määrittelijän oma ihmiskäsitys ja maailmankuva. Usein nämä mallit jaotellaan 1) sosiaalisiin, 2) fysiologisiin ja biologisiin, 3) psykologisiin ja psykiatrisiin, sekä 4) hengellisiin, henkisiin ja sielullisiin selitysmalleihin. Eri tieteenalojen tutkijoiden ja alan ammattilaisten tulokset ohjaavat palvelujen toteutumista sekä toteutusta päihdehoidoissa. (Lappalainen-Lehto ym. 2008: 18–19.)

ICD-10-tautiluokituksen mukaan huume- ja lääkeriippuvuuden kriteereistä kolmen tai useamman täytyy esiintyä yhtäaikaaisesti vähintään kuukauden ajan viimeisten 12 kuukauden aikana tai toistuvasti jos jaksot ovat lyhyempiä. Näitä kriteerejä ovat: voimakas himo tai pakonomainen halu käyttöön, heikentynyt kyky hallita käyttöä, vieroitusoireet

käytön vähentyessä tai loppuessa, sietokyvyn (eli toleranssin) kasvu, käytön muuttuminen elämän keskeiseksi asiaksi, ja käytön jatkuminen haitoista huolimatta. (Seppä ym. 2012b: 9.)

Kiianmaan (2012) mukaan huumeriippuvuus on sekä psyykkistä että fyysistä. Psykkinen riippuvuus tai addiktio tarkoittaa huumeriippuvuuden kriteerejä vastaavaa tilaa, kun taas fyysisellä riippuvuudella tarkoitetaan vieroitusoireita huumeidenkäytön loputtua. Hänen mukaansa huumeriippuvuudessa keskeisenä tekijänä pidetään huumeiden vahvistavia, usein mielihyvää tuottavia ja tunnetiloja muokkaavia hermokemiallisia vaikutuksia. Ne voivat olla tiedostettuja tai tiedostamattomia, ja voimistavat suuntautumista huumeidenkäyttöön. Riippuvuuden katsotaan kehittyvän hermojärjestelmän vahvistus- eli mielihyvämekanismien neurobiologisten sopeutumistapahtumien, kuten herkistymisen myötä. Näitä vahvistusmekanismeja pidetään keskeisinä käyttäytymistä muovavina elementteinä, jotka liittyvät kaikkiin elämän ylläpitämisen kannalta tärkeisiin toimintoihin, kuten syömiseen ja juomiseen. Tällöin käyttäytymistä ohjaavat mielihyvää tuottavat toiminnot, jotka aktivoivat niin sanotun hermoston mielihyväradan, eli mesolimbisen dopamiiniradan. (Kiianmaa 2012: 29–30.)

Toleranssilla tarkoitetaan yksilön kestokyvyn kasvamista huumeeseen, ja huumeen vaikutusten vähenemiseen toistuvassa käytössä. Tällöin saavuttaakseen myöhemmillä käyttökertoilla tietynasteisen vaikutuksen, täytyy huumeen nauttimismäärää lisätä. Herkistymisellä puolestaan tarkoitetaan toleranssille vastakkaista ja pitkäkestoisempaa reaktiota, jossa toistuvat käyttökerrat voimistavat erityisesti esimerkiksi opioidien stimulanttisia vaikutuksia, mikä lisää halukkuutta käyttää huumeita. (Kiianmaa 2012: 27, 29.)

Mikkosen (2012) mukaan opioidiriippuvuus voidaan nähdä monimuotoisena biopsykososiaalisena häiriönä, jonka kehittymiseen altistavat sekä perintö- että ympäristötekijät. Se on pitkäkestoinen ja etenevä sairaus, joka usein uusiutuu pitkienkin päihteettömien jaksojen jälkeen. (Mikkonen 2012: 86.)

Altistavia tekijöitä huumeiden käytölle ja riippuvuudelle ei vielä tarkalleen tiedetä, mutta varhain aloitettujen kokeilujen on todettu lisäävän riskiä riippuvuuteen. Sen lisäksi lapsuuden turvattomuus, huonot sosiaaliset olot, varhain aloitettu muiden päihteiden käyttö sekä jotkin persoonallisuuspiirteet saattavat liittyä huumeiden käytön aloittamiseen. (Seppä ym. 2012b: 9.) Ympäristötekijöiden, kuten sosiaalisen ympäristön, katsotaan liit-

tyvän juuri huumeiden käytön aloittamiseen. Perintötekijät, jotka ohjaavat käyttäjän neurobiologisia ominaisuuksia, ovat keskeisiä huumeiden käytön jatkumisessa huumekehoilujen jälkeen, jolloin keskushermostoon on jo jäänyt muistijälkiä. Kaksostutkimusten mukaan etenkin kokaiini- ja opioidiriippuvuudessa perintötekijöillä on suuri merkitys riippuvuuden kehittymiseen. (Kiianmaa 2012: 32–33.)

4.1.2 Opioidien käytön historiaa

Historiallisesti ensimmäinen tunnettu huume on oopium, joka on unikkokasvin siemenkodasta saatavaa nestettä. Sairauksien ja vaivojen hoidossa sitä on käytetty jo neoliittiseltä ajalta lähtien, ja sen käyttö on aikojen saatossa siirtynyt kulttuurista toiseen. Oopium rantautui Suomeen mahdollisesti viikinkiaikaan ja oli suomalaisten ensimmäinen kasvijalosteinen huumaava lääkeaine. Se oli tavanomainen lääke erilaisiin vaivoihin 1800-luvulla, jolloin sen päihdekäyttö Euroopassa lisääntyi. 1800-luvun alussa oopiusta onnistuttiin erottamaan sitä voimakkaampi morhium-alkaloidi. Morfiinin suosio kasvoi 1850-luvun lopulla, jolloin sitä alettiin käyttää tehokkaana kipulääkkeenä ja huumeena. Morfiini oli myös halpaa johtuen teollisesta tuotantotavasta. Morfiiniin pohjautuen kehitettiin tehokkaampi mutta vähemmän addiktoiva lääkeaine diasetyylimorfiini, josta kehitettiin Heroin-niminen särky- ja yskänlääke 1800-luvun lopulla. Tuolloin heroiniä pidettiin tehokkaana ja harmittomana lääkkeenä, jonka ei uskottu aiheuttavan riippuvuutta, ja sitä hyödynnettiin muun muassa vieroitushoidossa. (Ylikangas 2012: 16–18.)

Heroiniä käytettiin 1920-luvulta lähtien paljon yskänlääkkeissä. Sitä suosittiin, koska se oli hyvä ja halpa lääke, jota ei väärinkäytetty. 1930-luvun lopulla Suomi olikin maailman kärkimaa laillisen lääketieteellisen heroinin käytössä. Sota-aikana heroiniä hyödynnettiin rintamalla lääkkeenä, ja sen merkittävää väärinkäyttöä ilmeni vasta sodan päätyttyä. Myös heroinin laillinen käyttö oli huipussaan sotien jälkeen, jolloin muun muassa YK kehotti Suomea vähentämään tai lopettamaan sen käytön. 1950-luvun alussa heroinin lääketieteellinen käyttö lopetettiin, ja tuolloin myös heroinin ja morfiinin väärinkäyttöä saatiin vähennettyä. Tämän jälkeen lääkkeenäkin käytetty synteettinen opioidi, metadoni, valtasi huumemarkkinat. Huumeenkulttuuri alkoi kuitenkin muuttua tuoden päihdekuvioihin mukaan amfetamiinin, barbituraatit sekä ”barbien” sekakäytön muiden huumeiden kanssa. Varsinkin unilääkkeiden väärinkäyttö lisääntyi nuorison parissa. (Ylikangas 2012: 18, 21.)

Suomessa ensimmäinen huumeaalto alkoi 1960-luvulla, jolloin huumeiden käyttö lisääntyi 1970-luvun alkuun asti merkittävästi, ja tasaantui 1990-luvulle saakka. Tuolloin alkoi niin sanottu toinen huumeaalto, jolloin huumeiden käyttö taas lisääntyi, heroiini ja kokaani palasivat katukauppaan, kannabiksen käyttö tuplaantui ja korvaushoitokäytössä oleva buprenorfiini sekä designhuumeet (eli muuntohuumeet, joita ei poikkeavan rakenteensa vuoksi voida luokitella juridisesti huumeiksi) ilmaantuivat markkinoille. (Ylikangas 2012: 21–22.) Uusimpien tutkimustietojen mukaan huumeekokeilut ovat Suomessa jälleen lisääntyneet erityisesti 25–34 -vuotiaiden keskuudessa. Lähes puolet huumeiden ongelmakäyttäjistä on 25–34-vuotiaita, ja naisia ongelmakäyttäjistä on noin kolmasosa. (Varjonen 2015: 5, 29.)

Vuonna 2012 tehdyn tutkimuksen mukaan opioidien ongelmakäyttäjiä oli Suomessa 13 000–15 000, ja opioidien ongelmakäyttöä esiintyy koko Suomessa. Opioidien käytön lisääntymisestä ei ole täyttä varmuutta, sillä vuonna 2012 tehdyn tutkimuksen poiminnat ja tilastolliset menetelmät eroavat vanhemmista tutkimuksista merkittävästi. Opioidien käyttäjät näkyvät myös aiempaa paremmin rekistereissä opioidikorvaushoidon yleistytyä. Muihin tietolähteisiin perustuen voidaan kuitenkin pitää mahdollisena, että ongelmakäyttäjien määrä on todella kasvanut. (Ollgren ym. 2014: 503–504.)

4.2 Päihdekuntoutus ja asiakkaiden toimintakyky

Suomen huumausainepolitiikka perustuu kansalliseen lainsäädäntöön, yhteiskuntapolitiisiin toimiin sekä kansainvälisiin sopimuksiin, joilla pyritään ehkäisemään huumausainneiden käyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja, mahdollistamaan varhainen hoitoon pääsy ja valvomaan rikosoikeudellisia toimenpiteitä. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa huumausainepolitiikan koordinaatiosta. (Varjonen 2015: 18.) Päihdehuoltolakiin perustuen palveluja on annettava asiakkaan avun, tuen ja hoidon tarpeen mukaan sekä päihteiden ongelmakäyttäjälle, että hänen perheelleen ja muille läheisilleen (Päihdehuoltolaki 41/1986 § 7). Huumeongelmien esiintuomista saatetaan kuitenkin palvelujärjestelmässä pelätä huumeiden käytön rangaistavuuden vuoksi. Päihdeongelmasta toipuminen on pitkäkestoinen prosessi, ja sen aikana voidaan tarvita erilaisia hoito- ja tukimuotoja. Nykyisin on jo saatavissa luotettava näyttöä huumeongelman hoidon taloudellisesta kannattavuudesta yhteiskunnalle. (Varjonen 2015: 22.)

Päihdehuoltolaki määrää kunnan järjestämään päihdehuollon vastaamaan laajuudeltaan ja sisällöltään kunnassa esiintyviä tarpeita (Päihdehuoltolaki 41/1986 § 3). Päihdehuollon erityispalvelujärjestelmän muodostavat avohoito (nuorisoasemat ja A-klinikat), lyhytaikainen laitoshoido (katkaisuhoidoasemat), pidempiaikainen laitostuntoutus sekä tukipalvelut (asumispalvelut, tukiasunnot ja päiväkeskukset) sekä vertaistukitoiminta. Tämän lisäksi päihdeongelmaisia hoidetaan enenevässä määrin sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa kuten sosiaali- ja mielenterveystoimistoissa, lastensuojeluyksiköissä, terveyskeskuksissa sekä sairaaloissa. (Varjonen 2015: 63.) Päivystyshoitoon kuuluvat päihdepotilaat, joilla on esimerkiksi yliannostuksia, tapaturmia, psykooseja, myrkytyksiä, huumeiden aiheuttamia infektioita tai vieroitustiloja, jotka edellyttävät kiiirellistä hoitoa (Partanen – Holopainen 2012: 79).

Niin sanotut matalan kynnyksen palvelut ovat osoittautuneet tehokkaiksi keinoiksi luoda kontakti huumeidenkäyttäjien. Esimerkiksi terveysneuvontapisteissä asiakkaiden neuvonta ja ohjaus lähtevät asiakkaiden tarpeista, ja tavoitteet perustuvat asiakkaiden toiveisiin ja kykyihin. Palvelujärjestelmän haasteena on päihdeongelmien liittyminen laajoihin ongelmakokonaisuuksiin, kuten mielenterveysongelmiin, uudenlaisiin hoidontarpeisiin ja syrjäytymiseen. Huumeiden käyttäjien lääkkeellisten hoitomuotojen on sanottu aiheuttaneen aiemmin sosiaalisiksi ongelmiksi miellettyjen päihdeongelmien medikalisoitumista ja painottumista terveydenhuoltoon. Osittain johtuen kuntien säästösyistä opioidikorvaushoitoa siirretään entistä enemmän terveyskeskusten ja apteekkien hoidettavaksi. Hoitoon pääsyä vaikeuttavat palveluiden pitkät jonot, sekä peruspalvelujen kohdalla tiedon ja taitojen puute sekä kielteiset asenteet. Erityispalveluiden haasteena ovat paikkojen fyysiset etäisyydet. Yhtenä ratkaisukeinona tähän ongelmaan on käytetty huumeidenkäyttäjille suunnattua palveluohjausta. (Varjonen 2015: 63–64, 95.)

Suomalaisessa järjestelmässä korostetaan hoitotoimien lisäksi päihdeongelmaisten toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyvien ongelmien ratkaisemista. Kuitenkin erityisesti huono-osaisimmat päihdeasiakkaat saattavat pudota palvelujärjestelmän ulottumattomiin. Huumeongelmaisten hoitoon on myös annettu Käypä hoito -suositus. (Varjonen 2015: 63.)

4.2.1 Psykososiaalinen hoito ja toimintaterapia päihdetyössä

Päihdeongelman hoitoprosessi alkaa usein vieroitushoidolla. Vieroitushoitotapa vaihtelee lääkkeettömistä avohoidollisista vieroituksista laitoksissa tapahtuviin lääkkeellisiin

vieroituksiin. Hoitopaikan valintaan vaikuttavat kuntoutujakohtainen hoidon tarve, tarjolla olevat hoitomuodot ja niiden ideologiat. Vieroitusvaiheessa hoidetaan akuutit ongelmat kuten akuutit somaattiset sairaudet sekä psykoosi- ja vieroitusoireet. (Lappalainen-Lehto ym. 2008: 166–167.)

Päihdekuntoutus on luonteeltaan sosiaalista avo- tai laitospäihdekuntoutusta, joka järjestetään vieroituksen jälkeen. Kuntoutuksen tavoitteena on selvittää kuntoutujan sosiaalinen elämäntilanne ja arvioida riskitekijöitä sekä muutosta tukevia tai ongelmaa ylläpitäviä tekijöitä. Kuntoutus kohdennetaan ympäristötekijöiden lisäksi yksilökohtaisesti toimintakyvyn ulkoisiin ja sisäisiin sekä psykososiaalisiin tekijöihin. Sosiaalisessa kuntoutuksessa keskeistä on kuntoutujan sosiaalinen toimintakyky sisältäen arkielämisen taidot ja yhteiskunnan jäsenenä toimimisen. (Lappalainen-Lehto ym. 2008: 171.)

Huume- ja alkoholiongelmaisten hoidossa käytetään samoja psykososiaalisia hoitomuotoja, joiden keskeisinä elementteinä ovat psykoterapeuttinen keskustelu tai asioiden tekeminen yhdessä. Yksilöterapiassa lisäksi huumehoitoa voidaan antaa verkostoterapiana ottaen mukaan myös asiakkaan läheiset. Hoidossa voidaan hyödyntää vertaisryhmiä, taide- tai musiikkiterapioita sekä NA-vertaistukiryhmiä (nimettömät narkomaanit). Hoidossa yhdistellään usein eri teoriasuuntausten menetelmiä ja työskentelytapoja. Erilaisia psykososiaalisia hoitomuotoja ovat muun muassa: kahdentoista askeleen hoito, kognitiivinen käyttäytymisterapia, motivoiva potilaskeskeinen haastattelu, palkkiohoito, palveluohjaus, ratkaisukeskeinen terapia, retkahdusten ehkäisy, systeemiteoreettinen malli, yhteisöhoito, yhteisövahvistusohjelma, sekä yleinen tukeminen. (Huumeongelmaisen hoito 2012a.)

Vain harvoin hoitomuodon voi valita itse. Valintamahdollisuuksia rajoittavat niiden saatavuus sekä asiakkaan vaihtuvat elämäntilanteet, jotka voivat vaatia muutoksia hoitomuodossa. Kaikkiin hoitomuotoihin sisältyy yhteistyö sosiaalitoimen kanssa asumisen, työn ja vapaa-ajan tukemiseksi. Keskeisiä tekijöitä kaikissa hoitomuodoissa ovat hoidon jatkuvuus, potilaan motivointi ja hoitoon sitouttaminen, sekä terapeutin ammattitaito. (Huumeongelmaisen hoito 2012a.)

Vuonna 2009 tehdyn Toimiva päihdekuntoutus -kyselyn mukaan päihdetyössä toimivat toimintaterapeutit olivat usein ainoita ammattinsa edustajia yksikössään tai organisaatiossaan. Yleensä toimintaterapiaan tultiin lääkärin, KELA:n tai terveyskeskuksen lähetteellä, tai osastonhoitajan ohjaamana. Yleensä terapiassa arvioitiin toimintakykyä, kuten

kognitiivisia ja arkipäivän taitoja. Lisäksi tyypillisiä toimintaterapiapalveluja olivat työkyvyn arvioinnit, kotikäynnit sekä ryhmä- ja yksilöterapia. (Julkunen – Nyberg-Hakala 2010: 53–54.)

Toimintaterapian viitekehysistä yleisimmin käytössä olivat inhimillisen toiminnan malli, kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli sekä psykososiaalinen viitekehys. Työssä hyödynnettiin myös asiakaslähtöisyyttä ja kognitiivis-behavioraalisia lähestymistapoja. Työmenetelmiä olivat esimerkiksi yleinen asiakkaan tukeminen, verkostotyö, yhteisöhoito, ratkaisukeskeisyys, motivoiva haastattelu, retkahdusten ehkäisy ja mini-interventiot. (Julkunen – Nyberg-Hakala 2010: 54.)

Toimintakykyä terapeutit arvioivat haastattelemalla, toimintaa havainnoimalla, itsearviointilomakkeilla sekä standardoiduilla ja strukturoiduilla testeillä. Yksilö- ja ryhmäterapiassa eniten käytettyjä menetelmiä olivat vahvuus- ja voimavarakortit, luovat toiminnat, liikunta ja rentoutuminen, pelit, kartoittavat tehtävät, keittiötoiminnat, retket, asiointi- ja kotikäynnit sekä vuorovaikutustaitojen harjoittelu. Usein yksikön yhteiset tehtävät, kuten omahoitajana toimiminen, verkostopalaverit ja tiimit, hoitokokoukset ja luennot, päivystystyö, sekä yksikön arkirutiinien ja muiden kuin toimintaterapiaryhmien ohjaaminen, sisältyivät toimintaterapeutin työnkuvaan. (Julkunen – Nyberg-Hakala 2010: 54.)

4.2.2 Opioidivieroitus ja korvaushoito Suomessa

Opioidikorvaushoito on nykyisin käytössä lähes maailmanlaajuisesti. Se kehitettiin Yhdysvalloissa 1960-luvulla. Korvaushoito alkoi yleistyä Suomessa vasta 1990-luvun lopulla, vaikka sitä on Suomessa annettu pienimuotoisesti jo 1970-luvulta lähtien. (Mikkonen 2012: 86.)

Vieroitushoito ja korvaushoito ovat opioidillisia hoitoja, joissa käytetään buprenorfiinia tai metadonia. **Vieroitushoidolla** tavoitellaan päihteettömyyttä laskemalla hoidossa käytettävää opioidimäärää. Takarajaa vieroituksen pituudelle ei ole määritetty. Realistinen vieroittautumisaika on kuitenkin noin 3–12 kuukautta. Myöskään **korvaushoidon** mahdollista kestoa ei ole rajattu. Korvaushoito jaetaan kuntouttavaan ja haittoja vähentävään hoitoon. Kuntouttavassa korvaushoidossa tavoitellaan päihteettömyyttä intensiivisen ja moniammatillisen kuntoutuksen tuella. Intensiivinen kuntoutusvaihe voi kestää puolesta vuodesta kolmeen vuoteen. Haittoja vähentävä korvaushoito on kohdennettu asiakkaille, jotka eivät todennäköisesti pysty täysin lopettamaan huumeiden käyttöä. Tällöin hoidon

tavoite on parantaa asiakkaiden elämänlaatua ja vähentää haittoja ehkäisemällä tartuntatautien leviämistä ja valmentamalla asiakkaita siirtymään kuntouttavan korvaushoidon palveluihin. (Mikkonen 2012: 87.) Korvaushoidon aloittamisen edellytyksinä ovat asiakkaan diagnosoitu opioidiriippuvuus, sekä aiemman vieroitushoidon epäonnistuminen (Huumeongelman hoito 2012b).

Opioidillisista hoitomuodoista poiketen **oireenmukainen opioidiriippuvuuden vieroitushoito** on yleensä laitososuhteissa toteutettu noin 2–6 viikkoa kestävä hoitajakso, jossa vieroitustilan oireita lievitetään opioidittomilla lääkkeillä. Vieroituksen jälkeen asiakkaan on mahdollista siirtyä laitostai yhteisömuotoiseen kuntoutukseen, jotka yleensä kestävät muutamista kuukausista vuoteen. (Mikkonen 2012: 94.)

Lääkehoito mahdollistaa psykososiaalisen kuntoutuksen ja rikoksista irtautumisen. Korvaavien opioidilääkkeiden tarkoituksena on kiinnittää asiakas hoitoon, vähentää aineen himoa ja poistaa vieroitusoireet ilman päihtymisvaikutusta. Vain hoitoa aloittavat tai jatkohoitoyksiköissä toimivat lääkärit saavat määrätä näitä lääkkeitä. Kontrollitoimenpiteet, kuten huumeeseulat ja pistospaikkojen tarkistukset, kuuluvat myös hoitoon. Lisäksi veren buprenorfiini- ja metadoniarvoja voidaan mitata tarvittaessa. Yleensä laaditaan hoitosopimus, jossa kerrotaan tarkasti hoidon sisältö, hoitoyksikön säännöt sekä asiakkaan oikeudet ja velvollisuudet. (Lappalainen-Lehto ym. 2008: 179–180.)

Ruususen ja Toivasen (2006) mukaan opioidivieroituksessa käytetään myös vaihtoehtoisia hoitomuotoja tukemassa lääkkeellistä opioidivieroitusta. Käytössä olevia vaihtoehtoisia hoitomuotoja ovat esimerkiksi korva-akupunktio ja akupainanta, hieronta ja lymfahieronta, vyöhyke- ja aromaterapia sekä fysioakustinen tuoli. (Ruusunen – Toivanen 2006: 42.)

Ennen opioidikorvaushoidon aloittamista asiakkaalle tehdään avo- tai laitoshoidossa hoidon tarpeen arviointi. Hoidon tarpeen arvio tai hoidon aloitus tehdään usein siihen erikoistuneissa yksiköissä, kuten sairaalan päihdepsykiatrisessa yksikössä. Varsinainen hoito tapahtuu terveyskeskuksissa tai päihdehuollon avopalveluissa. (Varjonen 2015: 67.)

Vuonna 2011 lääkkeellisessä opioidivieroitus- tai korvaushoidossa oli 2 439 asiakasta, joista suurin osa oli kuntouttavassa korvaushoidossa. Asiakkaista 67 % hoidettiin päih-

dehuollon erityispalveluyksiköissä, 21 % terveyskeskuksissa, 11 % erikoissairaanhoidossa, sekä 2 % vankilan terveydenhuollossa. Lääkkeellistä opioidiriippuvuuden hoitoa annettiin kaikissa sairaanhoitopiireissä, ja suurin osa hoidettiin Etelä- tai Länsi-Suomen alueella. (Partanen – Vorma – Alho – Leppo 2014: 481–483.)

Suomalaisten seurantatutkimusten mukaan yhden vuoden jälkeen asiakkaiden pysyvyys korvaushoidossa oli hyvällä tasolla. Hoidon keskeytymisen syynä oli yleensä väkivaltaisuus tai sillä uhkailu, sekä hoitoon sopeutumattomuus. Korvaushoidosta vieroittautuminen, eli lääkityksen harkittu ja sovittu lopettaminen, oli melko harvinaista, mikä kertoo hoidon pitkäkestoisuudesta. Hoidon positiivinen vaikutus oli opioidien ja muiden päihteiden oheiskäytön selvä väheneminen. Positiivisia muutoksia oli havaittu myös asiakkaiden työllistymis-, kouluttautumisen- ja asumistilanteessa sekä ihmissuhteissa. Suomalaisen tutkimuksen mukaan korvaushoito vähentää erittäin merkittävästi myös korvaushoitoasiakkaiden huume- ja omaisuusrikoksia. (Selin 2013: 23, 25.)

4.2.3 Asiakasryhmän toimintakyvyn erityispiirteitä

THL:n vuonna 2013 keräämän tiedon mukaan 59 %:lla huumehoitoon, eli päihdehuollon erityispalveluihin tai huumeiden käyttäjien hoitamiseen erikoistuneihin terveydenhuollon yksiköihin, hakeutuvista ensisijaisena ongelmapäihteenä olivat opioidit. Niiden käyttöä esiintyi 75 %:lla huumehoidon asiakkaista. Eniten väärinkäytetty opioidi oli buprenorfiini. Päihteiden sekakäytön havaittiin olevan yleistä, ja 62 %:lla huumehoidon asiakkaista oli vähintään kolme ongelmapäihdettä. (Forsell – Nurmi 2014: 1, 15.) Huumekuolemien määrä vaikuttaisi Suomessa kasvaneen. Suomalaisten huumeiden käytön erityispiirteitä on buprenorfiinin pistoskäytön yleisyys sekä ongelmakäyttäjien nuori ikä ja verrattain lyhyt käyttöhistoria. (Varjonen 2015: 5, 48.)

Vuonna 2013 päihdehuollon huumeasiakkaista 68 % oli miehiä. Työssäkäynti ja opiskelu olivat asiakkaiden keskuudessa harvinaisia ja heidän koulutustasonsa oli matala. Suomen kansalaisia asiakkaista oli 99 %. Yhdeksän prosenttia asiakkaista oli asunnottomia. Miehistä 21 % ja naisista 36 % oli avo- tai avioliitossa, ja 58 %:lla avo- tai avioliiton asuinkumppani oli päihdeongelmainen. 39 %:lla asiakkaista oli alle 18-vuotiaita lapsia, joista 24 % oli sijoitettu lastensuojelun toimesta. 58 % alle 20-vuotiaista asiakkaista asui vanhempiensa kanssa. Hoitoon hakeuduttiin yleisimmin oma-aloitteisesti, tosin nuorimmat asiakkaat ohjautuivat hoitoon perheen, ystävien tai lastensuojelun lähettäminä. (Forsell – Nurmi 2014: 1, 3–4, 13.)

Jos päihderiippuvaisen henkilön toimintakykyä tarkastellaan teoreettisesti CMOP-E-malliin perustuen, ensimmäiseksi tarkastelun kohteeksi nousee mallin keskeltä **henkisyys**. Henkisyyden osatekijään sisältyy myös eettisyys. Päihderiippuvaisen henkilön eettisiä taitoja on hyvä tarkastella kuntoutuksen suunnittelun näkökulmasta. Julkusen ja Nyberg-Hakalan (2010) mukaan puutteet eettisissä taidoissa saattavat tulla ilmi esimerkiksi virheellisinä käsityksinä omien vastuiden ja velvollisuuksien suhteen tai vaikeutena arvioida omien tekojen seurauksia. Rattijuopumusten, väkivaltaisuuden tai muiden rikosten käsittelyssä voi olla vaikeutta. Päihderiippuvainen henkilö saattaa turtua esimerkiksi väkivallan käyttöön tai sen uhrina olemiseen. Joskus ilmenee välinpitämättömyyttä yhteiskunnan sääntöjen noudattamisen suhteen, mikä saattaa jatkua vielä päihteiden käytön lopettamisen jälkeenkin. (Julkunen – Nyberg-Hakala 2010: 32.)

Päihteiden ongelmakäyttäjillä ilmenee runsaasti vaikeuksia tekijöissä, jotka CMOP-E-mallissa sijoittuvat **affektiivisuuden** osatekijään. Julkusen ja Nyberg-Hakalan (2010) mukaan monien vastoinkäymisten seurauksena päihderiippuvaisten itsetunto on usein heikko. Päihderiippuvaisen henkilön on usein vaikea tunnistaa erilaisia tunteita ja sitä, mistä ne ovat seurausta. Myös tunteiden ilmaisu ja hallinta saattavat olla puutteellista, ja impulssikontrolli saattaa vaihdella päihteiden vaikutusten mukaisesti. Negatiiviset tunteet, joita ei saada kohdattua tai käsiteltyä, ovat usein retkahduksen taustalla. (Julkunen – Nyberg-Hakala 2010: 29–30.) Ongelmakäyttäjät lievittävät päihteillä usein sietämättömältä tuntuvia oireita ja tunnetiloja kuten ärtyneisyyttä, ahdistuneisuutta, häpeää, ulkopuolisuuden tunnetta ja unettomuutta (Tuomola 2012: 46).

Mielenterveys ja huumeiden käyttö liittyvät toisiinsa kolmella eri tavalla. Huumeiden päihdytymys- tai vieroitusvaihe saattavat aiheuttaa muutamien päihteettömien viikkojen kuluttua häviäviä psykiatrisia oireita tai häiriöitä. Huumeongelmallisella voi myös olla itsenäinen mielenterveyden häiriö, joka ei häviä päihteiden käytön loputtua. Kolmanneksi mielenterveyden häiriöitä saatetaan hoitaa itselääkinnällä, mikä usein kytkeytyy riippuvuus-käyttäytymiseen. (Seppä ym. 2012a: 163.)

Kaksoisdiagnoosiasiakkaalla on päihdeongelman lisäksi vähintään yksi itsenäinen mielenterveyden häiriö, kuten mieliala- tai persoonallisuushäiriö, ahdistuneisuushäiriö tai psykoottinen häiriö. Kansainvälisten arvioiden mukaan mielenterveyspalvelujen asiakkaista 40–60 %:lla ja päihdehuollon asiakkaista 50–70 %:lla on kaksoisdiagnoosi. (Aalto

2012: 165.) Nuorilla tyypillisimpiä psyykkisiä oheissairauksia ovat käytös- ja uhmakkuushäiriöt sekä masentuneisuus- ja ylivilkkaushäiriöt. Päihdeongelman lisäksi tärkeää on myös tunnistaa ja hoitaa psykiatriset häiriöt, sekä arvioida psyykkistä vointia ja itsetuhoisuutta. (Tuomola 2012: 47.)

Affektiivisuuden osatekijään kuuluvat myös sosiaaliset taidot. Julkusen ja Nyberg-Hakalan (2010) mukaan päihteiden ongelmakäyttö vaikuttaa ihmisen sosiaalisiin taitoihin, erityisesti jos päihteiden käyttö on aloitettu hyvin nuorella iällä. Heikko itsetunto saa henkilön uskomaan, että hänen ei kuulu liikkua muissa kuin päihdepiireissä, ja toisten ihmisten negatiiviset reaktiot vahvistavat tätä käsitystä. Näkemys muista ihmisistä saattaa muuttua negatiiviseksi ja kiistelynhalu aiheuttaa ihmissuhteiden kariutumisen. (Julkunen – Nyberg-Hakala 2010: 31.) Päihteidenkäyttäjien lähiverkostoa on hyvä kartoittaa ja tukea niitä päihdemaailman ulkopuolisia ihmissuhteita, mitä henkilöllä on vielä olemassa.

Kuntoutumisvaiheessa moni päihderiippuvainen kieltäytyy osallistumasta sosiaalisiin tilaisuuksiin, joissa on tarjolla esimerkiksi alkoholia. Tämä saattaa suojella kuntoutujaa retkahdukselta, mutta aiheuttaa sosiaalista eristäytymistä pidemmän päälle. Sosiaalisia tilanteita onkin hyvä harjoitella päihdekuntoutuksessa. (Julkunen – Nyberg-Hakala 2010: 32.)

Päihteiden ongelmakäyttö heikentää ihmisen **fyysistä toimintakykyä** ja motorisia taitoja. Kuntoutumisen alussa asiakkaan fyysistä terveydentilaa heikentävät vieroitusoireet, sairaudet, aliravitsemus, unihäiriöt, itsestä huolehtimisen laiminlyönti ja epäterveelliset elämäntavat. Motorisia taitoja voidaan arvioida vasta vieroitusvaiheen jälkeen. (Julkunen – Nyberg-Hakala 2010: 27–28.)

Opioidien käytön vaarallisin haitta on akuutti myrkytystila, joka vaarantaa käyttäjän hengitystoiminnan. Heroiinin käyttöön liittyy erilaisia aivo- ja hermostokomplikaatioita, kuten epileptiset tajunnanhäiriökohtaukset, aivoinfarkti, akuutti delirium, toksinen Parkinsonin tauti, ääreishermostovauriot ja hermoston infektiot. Osa aivokomplikaatioista johtuu aineen sisältämistä lisäaineista ja epäpuhtauksista. Heroiinihöyryn hengittämisen on todettu aiheuttavan toksista leukoencefalopatiaa, mikä näkyy valkoisen aivoaineen vauriona. Sen oireita ovat muun muassa ataksia, kävelyvaikeudet, dysartria ja puhumattomuus. (Hillbom 2003: 520–521.)

Päihteiden suonensisäinen käyttö altistaa sekä bakteeri- että virusinfektioille. Veriteitse bakteerit voivat aiheuttaa verenmyrkytyksen. Verenkierron kautta bakteerit voivat myös levitä esimerkiksi sydänläppiin kehittäen endokardiitin eli sydänläppien tulehduksen. Virusteitse leviävistä infektioista tyypillisiä ovat maksatulehduksia aiheuttavat B- ja C-hepatiitit sekä HIV-tartunta. (Ristola 2003: 514–518.) Opioidien pitkäaikaiskäyttö saattaa aiheuttaa myös verisuonten tukkeutumista ja vaurioitumista, ihon- ja pehmytkudosten tulehduksia ja paiseita, maksa- ja munuaisvaurioita, keuhkosairauksia sekä reumaa ja niveltulehduksia (Heroiini ja opiaatit 2015).

Heroiinin katukäyttäjillä on lisääntynyt riski muun muassa erilaisiin raskausongelmiin. Raskaudenaikainen opioidien käyttö saattaa myös vaikuttaa vastasyntyneeseen lapseen ja epäedullinen kasvuympäristö voi olla haitaksi lapsen kehitykselle. Pistämällä huumeita käyttävien äitien lapsilla on riski saada HIV- tai hepatiitti B- tai C-tartunta. (Kahila 2012: 226, 228–229.) Opioidien käytön on todettu aiheuttavan lapsettomuutta, sekä vaikuttavan myös merkittävästi miehen ja naisen hedelmällisyyteen (Halmesmäki 2003: 528).

Kognitiivisten ja prosessitaitojen muutokset eivät tule helposti esille päihderiippuvaisen arjessa niin kauan, kun elämä pysyy melko muuttumattomana. Päihteiden ongelmakäytön pidempiaikaiset vaikutukset ilmenevät tarkkaavaisuuden ja toiminnanohjauksen ongelmina, esimerkiksi aloittekyvyttömyytenä ja toiminnan loppuunsaattamisen ongelmina. Etenkin uusissa tilanteissa toimiessa voi ilmetä yksinkertaistuneita ongelmanratkaisun keinoja, ja mukautuminen ja joustavuus voivat olla heikentyneitä. Tämän takia päihdekuntoutujan voi olla vaikea toimia tarkoituksenmukaisesti uusissa tilanteissa, ja kuntoutujan työkyky voi olla heikentynyt. (Julkunen – Nyberg-Hakala 2010: 28.)

CMOP-E-mallissa **tuottavuuden** osatekijään kuuluvat toiminnot jäävät usein päihdekuntoutujilla uupumaan. Julkunen ja Nyberg-Hakala (2010) kertovat, että nuorella iällä muodostunut päihdeongelma on usein kytköksissä huonoihin kokemuksiin koulukäynnistä, ja peruskoulu tai sen jälkeiset opinnot ovat usein jääneet näissä tapauksissa kesken. Aikuisiällä kehittyneet päihdeongelmat vaikuttavat monin tavoin työ- ja opiskelukykyyn. Päihteidenkäyttäjä saattaa pärjätä vanhassa työpaikassaan, mutta krapula ja lisääntyvät poissaolot heikentävät työtehoa mikä saattaa lopulta johtaa työpaikan menetykseen. Uuden työpaikan saaminen päihdeongelmaisena on hankalaa, ja työttömyyden takia lisääntynyt vapaa-aika saattaa lisätä päihteiden käyttöä entisestään. (Julkunen – Nyberg-Hakala 2010: 26.)

Toiminnot, jotka CMOP-E-mallissa ovat **vapaa-ajan** aluetta, kuuluvat päihdekuntoutujien keskeisiin haasteisiin. Julkusen ja Nyberg-Hakalan (2010) mukaan päihderiippuvaisten on aluksi hankalaa löytää keinoja rentoutumiseen, hauskanpitoon ja arkisesta elämästä nauttimiseen ilman päihteiden käyttöä. Työn, opiskelun tai muun vastaavan tuottavan toiminnan puuttuminen vaikeuttaa päivän rytmittämistä tuottavuuden ja vapaa-ajan välillä, mikä vain lisää tilanteen ongelmallisuutta. Päihdekuntoutujalla saattaa olla runsaasti vapaa-aikaa, mutta se ei välttämättä tunnu mielekkäältä tai merkitykselliseltä. Päivät saattavat täytyä television tai elokuvien katselusta tai internetin käyttämisestä. Liiallinen lepäily ja toimettomuus saattavat heikentää vuorokausirytmien ja päivärytmien ylläpitämistä. (Julkunen – Nyberg-Hakala 2010: 26.)

Vapaa-ajantoimintojen arviointi ja mielekkäiden vapaa-ajantoimintojen etsiminen yhdessä asiakkaan kanssa voi edistää asiakkaan kuntoutumista. Julkusen ja Nyberg-Hakalan (2010) mukaan vapaa-ajanvieron ongelmiin voi olla syynä sosiaalisten suhteiden puuttuminen, mikä hankaloittaa harrastusten aloittamista. Toisaalta päihdekuntoutujalla ei välttämättä ole koskaan ollut harrastuksia, joten niiden merkityksen löytyminen ja niihin motivoituminen voi olla hankalaa. (Julkunen – Nyberg-Hakala 2010: 26.)

CMOP-E-mallin mukaan **itsestä huolehtimisen** toimintoihin kuuluvat muun muassa omasta kehosta huolehtiminen, liikkuminen toimintaa tehdessä ja asuinpaikasta huolehtiminen (Law ym. 1997: 37). Päihteiden ongelmakäyttäjä ei päihteiden käyttöjakson aikana useinkaan kiinnitä huomiota ulkoiseen olemukseensa eikä itsestä huolehtiminen kiinnostu häntä. Päihderiippuvaiset kokevat usein, että päihteiden vaikutuksen alaisena heidän toimintakykynsä on normaali, kun taas vieroitusoireet heikentävät heidän toimintakykyään. Tämän vuoksi he saattavat pitää päihteiden käyttöä itsestä huolehtimisena ja toimintakykyään ylläpitävänä asiana. Tosiasiassa päihteiden käytön aiheuttamien suurien terveysriskien lisäksi epäterveelliset elämäntavat ja itsestä huolehtimisen puute lisäävät päihteidenkäyttäjien riskiä erilaisiin terveysongelmiin. Itsestä huolehtimisen laiminlyönnin taustalla on useita tekijöitä, joita ovat esimerkiksi välinpitämättömyys, passiivisuus, ajan- ja rahankäytön suuntautuminen pääasiassa päihteiden käyttöön ja asunnottomuus. Päihteidenkäyttäjän kiinnostus terveyden ja ulkonäön hoitamiseen herää usein jo vieroitusvaiheessa. (Julkunen – Nyberg-Hakala 2010: 24.)

Asioimisen ja kotielämän harjoittelu kuuluu keskeisesti päihdekuntoutukseen. Virastoissa asioiminen koetaan usein hankalaksi sosiaalisten tilanteiden pelon, pitkäjänteisyyden puutteen tai ahdistuneisuuden vuoksi. Lomakkeiden täyttämistä pidetään monesti

hankalana. Kuntoutuja saattaa kokea, ettei kuulu ihmisten pariin, ja pelätä virkailijoiden tai muiden ihmisten suhtautumista. Arkiaskareiden hoitamista päihteidenkäyttäjät eivät aina koe palkitsevana. Motivaatiota heikentää vielä rutiinittomuus ja aloittamisen vaikeus. Toisaalta kuntoutumisen jälkeen moni entinen päihderiippuvainen pitää kodin siisteystestä erittäin tarkkaa huolta. Asunnottomuus on usein kuntoutumisen este, joten asunnotilanne tulee selvittää sosiaalitoimen kanssa jo kuntoutuksen alkuvaiheessa. (Julkinen – Nyberg-Hakala 2010: 25.)

Huumeiden ongelmakäyttäjillä voi olla myös **institutionaaliseen, kulttuuriseen, sosiaaliseen ja fyysiseen ympäristöön** luokiteltavia haasteita. Varjosen (2015) mukaan huumeiden ongelmakäyttäjillä on muuhun väestöön verrattuna keskimääräistä enemmän sosiaalisia ongelmia. Päihteiden ongelmakäyttäjille tyypillistä on sosiaalinen syrjäytyminen, huono-osaisuus ja huume-kulttuurin leimaama sosiaalinen tukiverkosto. (Varjonen 2015: 100). Monien päihteidenkäyttäjien elämä on ollut rankkaa ja sitä on leimannut väkivalta. Lisäksi monilla ongelmakäyttäjillä on laitostausta. Huumeiden hankkiminen on usein myös edellyttänyt kontakteja rikolliseen alamaailmaan. (Tuomola 2012: 46.)

Huumausaineiden vastainen asenneilmasto on Suomessa varsin jyrkkä, mikä on vaikuttanut myös ihmisten suhtautumiseen huumausaineiden käyttäjiin yksilöinä. Ilmapiiiri on usein saanut tuomitsevia ja moralisoivia piirteitä, mikä on syventänyt huumeiden käyttäjien sosiaalista syrjäytymistä ja eristänyt heidät entistä syvemmmälle päihdemaailmaan. (Saarto 2003: 70.) Toisaalta päihteiden ongelmakäytön käsitteleminen riippuvuussairautena, ei moraalisenä ongelmana, edesauttaa päihteiden ongelmakäyttäjän ammatillista kohtaamista (Tuomola 2012: 48). Mielestämme CMOP-E-mallin neutraalius auttaa tällaisen lähestymistavan saavuttamisessa.

5 Haastattelut ja teorialähtöinen analyysi

Tavallisesti laadullisen tutkimuksen alussa tutkija kerää tutkimukseen liittyvää aineistoa esimerkiksi haastattelemalla tai havainnoimalla. Aineistoa kerätään tutkimusongelmaa silmällä pitäen ja tutkimuskysymykset mielessä pitäen. Tämän jälkeen aineisto litteroidaan, mikä yleisimmin tarkoittaa aineiston saattamista tekstimuotoon. Seuraavaksi aineisto koodataan ja koodatut kohdat luokitellaan ryhmiä, joille annetaan nimi. Tätä vaihetta kutsutaan luokitteluvaiheeksi. Aineistosta nousee usein esille kysymyksiä tai lisätiedon tarpeita, joiden perusteella lähdetään järjestämään uutta tiedonkeruuvaihetta. Tämä voi tarkoittaa uutta haastateltavaa tai uutta aineistoa, tai samojen haastateltavien uusia haastatteluja tietolähteen syventämiseksi. (Kananen 2014: 99–100.) Oma opinnäytetyömme eteni muilta osin esitellyn prosessin mukaisesti, mutta uuteen tiedonkeruuvaiheeseen ei opinnäytetyöprosessin puitteissa ollut aikaa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kuntouttavan korvaushoitoyksikön vastuuhoidajien käytössä olevat toimintakyvyn arviointiin liittyvät menetelmät, sekä selvittää minkälaisesta uudesta menetelmästä toimintakyvyn liittyvässä arviointityössä olisi eniten hyötyä. Lisäksi etsittiin uusia arviointimenetelmiä yksikön käyttöön. Näihin tavoitteisiin pyrittiin löytämään ratkaisu opinnäytetyön alkuvaiheessa muodostettujen opinnäytetyötä ohjaavien kysymysten avulla: *Minkälaisia toimintakyvyn liittyviä arviointimenetelmiä kuntouttavan korvaushoidon yksikössä on tällä hetkellä käytössä? Mitä ihmisen toimintakyvyn osa-alueita tällä hetkellä käytössä olevat menetelmät kattavat? Jääkö jokin toimintakyvyn osa-alue huomioimatta? Millä menetelmällä liian vähän huomioitua toimintakyvyn osa-alueita voitaisiin kattavammin arvioida?*

5.1 Haastatteluprosessin kuvaus

Arviointimenetelmien kartoittamisessa käytettiin tiedonkeruumenetelmänä teemahaastattelua. Teemahaastattelu mahdollisti tarvittavien tietojen keräämisen luotettavasti, sillä jo haastattelun aikana pystyttiin tarkentamaan epäselviä kohtia tai keskustelemaan uusista esiin nousseista asioista.

Yksityiskohtaisesti laadittujen kysymysten sijaan teemahaastattelussa edetään keskeisten teemojen kautta. Teemahaastattelua pidetään puolistrukturoituna haastatteluna, koska sen tema-alueet ovat kaikille haastatelluille samat. Muista puolistrukturoiduista

haastattelumenetelmistä poiketen teemahaastattelussa kysymykset, kysymysjärjestys tai kysymysmuodot voivat vaihdella haastateltavien välillä. Teemahaastattelussa ei myöskään määritellä haastattelukertojen määrää tai kuinka syvällisesti aihetta käsitellään. Se ei kuitenkaan ole yhtä vapaamuotoinen kuin syvähaastattelu. Teemahaastattelussa keskeistä on vuorovaikutus, ja sen kautta ihmisten asioille antamat merkitykset ja tulkinnat. (Hirsjärvi – Hurme 2010: 48.)

Teemahaastattelua varten laaditaan teemahaastattelurunko, jonka avulla haastattelutilanteessa käydään läpi tutkittavaa ilmiötä koskevat teemat eli keskustelun aiheet. Haastattelussa edetään teemoittain yleisemmältä tasolta informanttien, eli haastateltujen henkilöiden, vastausten herättämiin uusiin yksityiskohtaisempiin kysymyksiin. (Kananen 2014: 77.) Kysymyksien täytyy olla muodoltaan avoimia ja ne voidaan sisältönsä perusteella ryhmitellä esimerkiksi tosiasia- ja mielipidekysymyksiin (Hirsjärvi – Hurme 2010: 106).

Haastattelurunko (liite 1) muodostettiin opinnäytetyötä ohjaavien kysymysten ympärille, käyttämällä muodoltaan avoimia tosiasia- ja mielipidekysymyksiä. Haastattelemalla haluttiin saada tietoa tämänhetkisestä asiakkaiden toimintakyvyn arvioinnista ja siihen liittyvästä tiedonkeruusta kuntouttavassa korvaushoitoyksikössä. Informaatiota kerättiin myös siitä, minkälaista toimintakyvyn arviointitietoa tai menetelmiä yksikön työntekijät kokevat tarvitsevansa lisää. Taustatietoina kysyttiin haastateltavien koulutustaustaa, kauanko he olivat työskennelleet kyseisessä yksikössä tai muussa päihdekuntoutuksessa sekä minkälaista arviointitietoa heillä on saatavilla asiakkaiden tullessa kuntouttavaan korvaushoitoon.

Informantteja oli alussa yhteensä seitsemän kappaletta. Informanteiksi kutsuttiin eri ammattiryhmien edustajia mahdollisimman monipuolisesti, jotta eri näkökulmat saataisiin mahdollisimman tarkasti kartoitettua. Haastattelut suoritettiin yksilöhaastatteluina, koska jokaisen informantin mielipiteet haluttiin kerätä mahdollisimman aitoina. Yksilöhaastattelu mahdollisti myös haastattelun tallennustavan ja vahvasti informanttien tietosuojaa. Haastattelut toteutettiin Diakonissalaitoksen kuntouttavan korvaushoidon toimipisteen tiloissa kevään ja alkukesän 2015 aikana. Jokaiselle haastattelulle varattiin tunti aikaa. Haastattelukutsut lähetettiin informanteille sähköpostitse. Haastatteluajankohdat sovittiin haastateltavien kanssa yksikössä vieraillessa tai sähköpostitse. Haastattelun alussa informantit saivat luettavakseen tutkimukseen osallistuville laaditun tiedotteen (liite 2) ja

allekirjoitettavakseen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta (liite 3), jotka heille oli lähetetty myös haastattelukutsun yhteydessä.

Usein kvalitatiivista aineistoa analysoidaan samanaikaisesti sen keruun, tulkinnan ja narratiivisen raportoinnin aikana. Aineistoa voidaan analysoida esimerkiksi tiivistäen ja tulkiten haastateltavan kertomaa jo haastattelun aikana. Tällöin haastattelijat kertovat tulkinnoistaan tai tiivistyksestään haastateltavalle, jolla on mahdollisuus hylätä tai hyväksyä ne. Dialogia jatketaan oikeaan tulkintaan asti. Aineiston litteroinnin tarkkuus riippuu tutkimustehtävästä ja tutkimusotteesta. (Hirsjärvi – Hurme 2010: 136–137, 139.)

Haastattelutilanteessa toisen opiskelijan haastatellessa toinen opiskelija tallensi haastattelun kirjoittamalla vastaukset suoraan tietokoneelle, eikä haastatteluja nauhoitettu. Tällä menetelmällä saatiin tarvittava tieto tehokkaasti ja tarvittavalla tarkkuudella, sillä haastattelukysymyksiin etsityt vastaukset olivat sisällöltään faktoomaisia ja selkeitä, eikä niinkään merkityksiltään tulkinnanvaraisia ja sanatarkkaa litterointia vaativia. Käytetty menetelmä mahdollisti myös seitsemän henkilön haastattelemisen ja haastatteluiden analysoinnin opinnäytetyölle varatuissa resursseissa, sillä haastattelut tiivistettiin jo haastattelutilanteissa.

Aineiston purkaminen aloitettiin kirjoittamalla haastatteluvastaukset oikeakielisemmiksi. Tämän jälkeen jokaiselle haastateltavalle lähetettiin heidän oma tiivistetty ja puhtaaksi kirjoitettu vastausmateriaali luettavaksi ja kommentoitavaksi, jotta voitiin korjata mahdolliset väärinkäsitykset. Tämä vahvisti kerätyn tiedon oikein ymmärtämisen luotettavuutta. Haastatelluista yksi henkilö kommentoi omaa materiaaliaan, ja muutokset huomioitiin aineistoa analysoidessa.

Haastattelujen jälkeen totesimme yksikön lääkärin toimenkuvan eroavan vastuuhoidajien toimenkuvista huomattavasti, minkä vuoksi lääkärin haastattelun sisällyttäminen aineistoomme olisi vääristänyt työmme tuloksia. Tavoitteenamme oli löytää arviointimenetelmiä nimenomaan vastuuhoidajatyöhön, joten oli tärkeää, ettei aineistomme fokus pääsyt siirtymään pois vastuuhoidajien näkemyksistä ja tarpeista. Jouduimme siksi sulkemaan lääkärin haastattelun pois aineistosta, mutta haastattelu toimi kuitenkin meille arvokkaana taustatietona yksikön asiakkaisiin ja yksikön henkilöstön toimenkuviiin liittyvissä asioissa. Aineistoomme jäi kuuden vastuuhoidajana toimivan työntekijän haastattelut.

5.2 Aineiston teorialähtöinen analyysi

Analyysillä tarkoitetaan aineiston erittelyä ja luokittelua (Hirsjärvi – Hurme 2010: 143). Aineiston **koodauksella** tarkoitetaan tutkimusongelmaan ja tutkimuskysymyksiin liittyvien tekstikokonaisuuksien etsintää aineistosta, jotka tiivistetään siten, että sille annetaan sisältöä kuvaava ilmaisu eli koodi (Kananen 2014: 100). Merkitysten **luokittelu** on haastattelujen merkitysten koodaamista tiettyjen luokkien mukaisesti. Luokittelun avulla aineistoa voidaan tulkita, yksinkertaistaa ja tiivistää. Se mahdollistaa aineiston eri osien ja ilmiöiden vertailun sekä tapausten tyypittelyn. (Hirsjärvi – Hurme 2010: 137–147.)

Opinnäytetyön aineiston analysointimenetelmäksi soveltui parhaiten teorialähtöinen analyysi. Kananen (2010) mukaan teorialähtöisessä analyysissä asiasegmentit koodataan teoriaan perustuvilla käsitteillä. Aineistosta voidaan myös etsiä teoriaa tukevia käsitteitä. (Kananen 2010: 62.)

Tutkimusprosessissa aineiston segmentoinnilla tarkoitetaan tekstin jaottelua asiakokonaisuuksien mukaisesti kappaleisiin (Kananen 2012: 110). Tässä opinnäytetyössä segmentointi tehtiin osittain jo haastattelun aikana haastateltavan vastauksia muistiin kirjoitettaessa, osittain oikeakielisemmäksi muuttamisen aikana.

Segmentoinnin jälkeen jokainen haastattelu tulostettiin ja käytiin läpi segmentti kerrallaan. Raakatekstistä etsittiin mainintoja käytössä olevista arviointimenetelmistä sekä siitä, mitä toimintakyvyn osatekijää tai osa-aluetta haastateltava kokisi hyödylliseksi arvioida enemmän. Löydetyt maininnat alleviivattiin tekstistä eri väreillä. Lauseet, joissa ei ollut mainintaa arviointimenetelmästä tai toimintakyvyn liittyvistä tekijöistä, jätettiin huomiotta. Aineisto luettiin läpi useaan kertaan, minkä jälkeen vertailimme löytämiämme asiasisältöjä.

Havainnointi ja haastattelut otettiin huomioon vain yhden kerran, vaikka informantin haastattelussa ne olisi mainittu useaan kertaan, sillä tarkoituksena oli koota yhteen yksikössä vastuuhoidtajien käytössä olevien menetelmien valikoima. Lisäksi eri arviointimenetelmiä käytettiin asiakkaan tarpeesta riippuen joko kokonaan, osittain, tai ei lainkaan, jolloin aineiston pohjalta ei ollut mahdollista, eikä tarkoituksenmukaista kerätä määrällistä tietoa siitä, kuinka usein yksittäisiä menetelmiä kukin työssään käytti. Menetelmien käyttöiheyden ja käytettyjen osioiden määrän analysointi vaatisi laajempaa määrällisin menetelmin toteutettua tutkimusta, eikä se siten ole ollut tämän opinnäytetyön tarkoitus.

Seuraavaksi raakatekstistä koodattiin maininnat huomioitavista toimintakyvyn osa-alueista yhteen Excel -taulukkoon (taulukko 1) ja maininnat vastuuhoidajien käytössä olevista arviointimenetelmistä toiseen Excel -taulukkoon (taulukko 2).

Taulukko 1. Esimerkki tekstiosioista osatekijöihin ja osa-alueisiin luokiteltuna.

Tekstiosio	Osatekijä	Osa-alue
Kognitiivisiin taitoihin kaipa- sin arviointimenetelmää.	Kognitiivinen	Ihminen
Haastateltava kaipaa lisätie- toja asiakkaan arjen selviyty- misestä.	Itsestä huolehtiminen	Toiminta
Haastateltava kokee, että psykososiaalisen tuen tar- peelle olisi hyvä olla mittari.	Affektiivinen	Ihminen
Haastateltava kokee, että psykososiaalisen tuen tar- peelle olisi hyvä olla mittari.	Sosiaalinen	Ympäristö

Taulukkoon 1 koottiin haastatteluissa esiin nousseita toiveita paremmin huomioitavista toimintakykyyn vaikuttavista tekijöistä. Raakatekstistä poimitut **tekstiosiot** koodattiin ensimmäisiin sarakkeisiin. Sen jälkeen tekstiosiot luokiteltiin CMOP-E-mallin mukaiseen teoriaan pohjautuen **osatekijöihin** ja **osa-alueisiin**. Molemmat taulukoitiin omiin sarakkeisiinsa. Osatekijöiden ja osa-alueiden koodit tulevat suoraan CMOP-E-mallista.

Osatekijät muodostavat alaluokan, joka antaa yksityiskohtaisemmin jaotellun ja tarkemman kuvan asiasisällöstä. Esimerkiksi jos kognitiivisiin taitoihin kaivataan arviointimenetelmää, muodostuu osatekijän koodiksi kognitiivinen (taulukko 1). Osa-alueet muodostavat yläluokan, jossa koodit rakentuvat sen mukaan, mihin osa-alueeseen kukin osatekijä kuuluu. Esimerkiksi kognitiiviseksi koodattu tekstiosio luokitellaan ihmisen osa-alueeseen kuuluvaksi. Osatekijät antavat siten tekstiosioiden sisällöstä laajemman kuvan isompina asiakokonaisuuksina.

Haastatteluaineistoon pohjautuen, taulukkoon 2 koodattiin ensimmäisen sarakkeen tekstiosioon yksikön vastuuhoidajien käytössä olevat **arviointimenetelmät** (taulukko 2). Tekstiosioiden jälkeiseen sarakkeeseen koodattiin tieto siitä, onko menetelmä **strukturoitu**, **puolistrukturoitu** vai **strukturoimaton**. Seuraavaan sarakkeeseen koodattiin eri

menetelmät **arviointitapojen** mukaan työntekijän arvioimiksi mittareiksi, itsearviointeiksi, haastatteluiksi ja havainnointeiksi. Tämän jälkeen arviointimenetelmät luokiteltiin sisältönsä mukaan CMOP-E-malliin pohjautuen **osatekijöihin** ja **osa-alueisiin** kuten taulukossa 1.

Taulukko 2. Esimerkki yksikön vastuuhoidtajien käytössä olevien arviointimenetelmien luokittelusta.

Tekstiosio	Strukturoinnin taso	Arviointitapa	Osatekijä	Osa-alue
Voidaan tehdä muistitutkimus, joka on MMSE.	Strukturoitu	Työntekijän arvioima mittari	Kognitiivinen	Ihminen
Käytössä on joskus AUDIT.	Strukturoitu	Itsearviointi	Useita	Kaikki
Seulavastaukset huomioidaan myös tilannetta arvioidessa.	Strukturoitu	Työntekijän arvioima mittari	Fyysinen	Ihminen
Käytössä on Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS).	Strukturoitu	Työntekijän arvioima mittari	Fyysinen	Ihminen
Käytössä on Subjective Opiate Withdrawal Scale (SOWS).	Strukturoitu	Itsearviointi	Fyysinen	Ihminen
Viikottaisissa tapaamisissa keskustellaan asiakkaiden kanssa.	Strukturoimaton	Haastattelu	Ei tietoa	Ei tietoa
Haastateltava arvioi asiakkaan tilannetta vapaan havainnoinnin avulla.	Strukturoimaton	Havainnointi	Ei tietoa	Ei tietoa

Haastatteluaineiston mukaan vastuuhoidtajien käytössä olevia arviointimenetelmiä olivat: huumeuseulat, laboratorioarvot (esimerkiksi maksa-arvot ja testosteroni), Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS), Subjective Opiate Withdrawal Scale (SOWS), Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), bentsodiatsepiinien vieroitusoireiden arviointias- teikko (CIWA-B), Beck Depression Inventory (BDI), Mini-Mental State Examination (MMSE), kipumittari, itsearviointeja (ei tarkemmin määriteltyjä), yksikön oma lomake, strukturoitu haastattelu, strukturoimaton haastattelu ja strukturoimaton havainnointi.

Strukturoidut menetelmät ovat usein standardoituja, ja niiden tuloksia verrataan tieteellisellä tutkimuksella saatuihin viitearvoihin (Hautala ym. 2011: 126). Strukturoiduilla arviointimenetelmillä tarkoitetaan yleisesti sellaisia menetelmiä, joissa arviointia tekevä henkilö seuraa tiettyä protokollaa, joka on tutkimuksellisesti kehitetty ja testattu. Strukturoimattomassa arvioinnissa arviointia tekevä henkilö hyödyntää luonnollisia tilanteita mahdollisuuksina tehdä havaintoja. (Kielhofner – Forsyth 2008: 147.)

Tässä työssä luokiteltiin strukturoituihin arviointeihin ne menetelmät, jotka seuraavat etukäteen yleisesti määriteltyä etenemistapaa, riippumatta siitä onko menetelmä standardoitu. Strukturoidun menetelmän tulee olla käytössä muissakin työyksiköissä tai maissa, ja sen tulee olla toistettavissa käyttäjästä riippumatta. Puolistrukturoiduksi menetelmiksi luokiteltiin ne, joiden tekijää ei tunneta, joita ei ole tieteellisesti tutkittu tai testattu, ja joissa ei ole pisteytystä tai muuta laajasti luotettavaksi testattua arviointiasteikkoa. Tällaisia menetelmiä ovat esimerkiksi työyksikön itse omiin tarpeisiinsa luomat lomakkeet. Strukturoimattomiksi menetelmiksi kutsumme tässä työssä menetelmiä, jotka etenevät luonnollisessa järjestyksessä, esimerkiksi vapaa havainnointi ja vapaa haastattelu. Nämä menetelmät eivät esimerkiksi sisällä etukäteen laadittua suunnitelmaa arvioinnin sisällöstä tai sen suorittamistavoista.

Arvioinnissa tarvitaan toisiaan täydentäviä menetelmiä, jotka voidaan jakaa mittaamiseen, haastatteluun ja havainnointiin. Haastattelemalla saadaan selville asiakkaan subjektiivisia näkemyksiä asioista. Tekemistä havainnoimalla arvioidaan asiakkaan toiminnallisuutta. Mittaaminen on ominaisuuden mittaamista siihen tarkoitetulla menetelmällä. Lisäksi sillä voidaan tarkoittaa testaamista. Testi voi sisältää useita mittareita. (Karhula ym. 2014: 14.)

Käytössä olevat arviointimenetelmät luokiteltiin toteutustapansa mukaan arviointitavoiksi. Tässä luokittelussa huomioitiin esimerkiksi se, onko kerätty tieto asiakkailta saatua subjektiivista informaatiota. **Työntekijän arvioimiksi mittareiksi** koodattiin esimerkiksi objektiivisia tuloksia antavat laboratorioarvot sekä työntekijän ammatilliseen näkemykseen perustuvat strukturoidut menetelmät, kuten työntekijän pisteyttämät havainnointiarvioinnit. **Itsearviointineiksi** koodattiin ne strukturoidut ja puolistrukturoidut menetelmät, jotka perustuivat asiakkaan mielipiteeseen. Mikäli arviointimenetelmä sisälsi merkittävästi sekä työntekijän, että asiakkaan antamaa tietoa, koodattiin menetelmä molempiin kategorioihin. Tämän lisäksi menetelmät koodattiin **haastatteluiksi** ja **havainnointineiksi**.

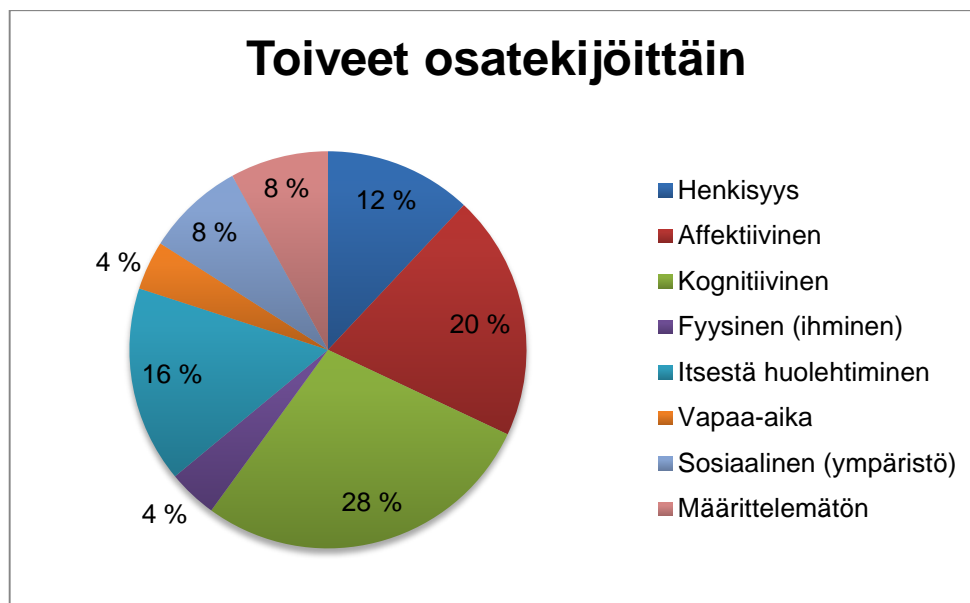
Käytössä olevia menetelmiä luokiteltiin myös sen mukaan, miten sisältö jakautui eri CMOP-E-mallin osatekijöiden ja osa-alueiden kesken. Mikäli menetelmä oli mielestämme luokiteltavissa muutamiiin eri osatekijöihin, koodattiin molemmat osatekijät ja niiden osa-alueet. Jos osatekijöitä oli paljon ja ne sijoittuivat useisiin CMOP-E-mallin osatekijöihin ja kaikkiin osa-alueisiin, annettiin menetelmän osatekijälle useita-koodi. Tällöin sen osa-alue koodattiin kaikki-termillä. Vastuuhoitajien käytössä olevien menetelmien osatekijöiden jakaumaa kuvaavassa kaaviossa useita-koodilla olevat menetelmät sisältyvät määrittelemättömiin, sillä niiden antama tieto olisi kasvattanut jokaisen osa-alueen tulosta samassa suhteessa, eikä sillä siten olisi ollut merkitystä lopputuloksen kannalta (kuvio 5). Määrittelemättömiksi kuvioissa luokiteltiin myös ne menetelmät, joiden sisällön osatekijöistä ja osa-alueista ei ollut tietoa. Näihin menetelmiin lukeutuivat muun muassa haastattelut, havainnoinnit sekä itsearviointit, joiden sisällöstä ei ollut tarkempaa tietoa.

6 Tulokset ja niiden tulkinta

6.1 Uuteen arviointimenetelmään kohdistuneet toiveet

Laadullisen aineiston käsittelyssä analyysin lisäksi keskeistä on synteesi, jossa aineiston erittelyn ja luokittelun lisäksi pyritään syvällisesti ja teoreettisesti ymmärtämään, sekä luomaan kuvaa tutkittavasta aiheesta uudessa perspektiivissä (Hirsjärvi – Hurme 2010: 143–144).

Haastatteluanalyysien perusteella yksikön vastuuhoitajat toivoivat eniten (28 %) kognitiivista osatekijää huomioivaa arviointimenetelmää (kuvio 2). Toiseksi eniten kaivattiin menetelmää affektiivisen osatekijän (20 %) arviointiin, ja kolmanneksi eniten itsestä huolehtimisen (16 %) arviointiin. 12 % toiveista kohdistui henkisyyden osatekijän arviointimenetelmiin. Määrittelemättömiksi luokiteltuihin osatekijöihin kohdistui 8 % toiveista, ja saman verran toivottiin myös ympäristön sosiaaliseen osatekijään (8 %) liittyvää menetelmää. Toiveiden kohdalla määrittelemättömien luokkaan lukeutuivat tarkemmin kuvailematta jääneet menetelmät tai osatekijät, joihin arvioinnin toivottiin kohdistuvan. Tällöin osatekijöitä ei voitu tietää tai luokitella tarkemmin. Mikäli toive olisi mahdollisesti voinut kohdistua erittäin moneen, tai jopa kaikkiin osatekijöihin, ei erikseen koodaamista katsottu tarkoituksenmukaiseksi, sillä se ei olisi merkittävästi korostanut osatekijöitä toisiinsa nähden. Lisäksi kaikkien mahdollisten osatekijöiden koodaaminen vain varmuuden vuoksi ilman selkeää näkemystä siitä mihin toive kohdistui, olisi vaikuttanut tuloksen luotettavuuteen. Aineiston mukaan vähiten toivottiin ihmisen fyysisen osatekijän (4 %) tai toimintaan kuuluvan vapaa-ajan osatekijän (4 %) arviointiin käytettäviä menetelmiä.



Kuvio 2. Yksikön vastuuhoitajien toiveet uudesta arviointimenetelmästä osatekijöittäin.

Opioidiriippuvuuden haittavaikutusten vuoksi toiveiden painottuminen kognitiivisen osatekijän arviointiin oli ennakoitavissa. Myös yksilön affektiiviset valmiudet ja taidot liittyvät monen päihdeasiakkaan diagnoosiin ja oirekuvaan, joten affektiivisuudenkin arviointi tällä asiakasryhmällä on luonnollisesti keskeisellä sijalla. Affektiiviseen osatekijään luettiin teorian mukaan kuuluvaksi asiakkaiden tunne-elämään liittyvät seikat, sekä yksilön sosiaaliset valmiudet ja taidot.

Haastattelujen ja yleisen keskustelun, sekä päihteisiin liittyvän muun opinnäytetyötä varten kerätyn aineiston perusteella ennakoitiin myös itsestä huolehtimisen nousevan vahvasti esiin. Näkemyksemme mukaan henkisyuden osatekijään sisältyy paljon yksilön motivaatioon liittyviä tekijöitä, jotka saattavat vaikuttaa merkittävästi korvaushoidon onnistumiseen. Täten oli luonnollista, että myös henkisyys nousi vastauksista esiin.

Ihmisen osa-alueeseen kuuluvia fyysisten osatekijöiden arviointimenetelmiä ei juurikaan toivottu lisää. Tämä voi johtua siitä, että yksilön fyysisiä osatekijöitä huomioidaan jo arvioinnissa, tai kenties siitä, että fyysisiä muutoksia toimintakyvyssä voidaan arvioida strukturoimattomienkin havainnointien avulla. Lisäksi yksikön asiakkaiden fyysinen terveydentila on melko kattavasti yksikön lääkärin seurannassa.

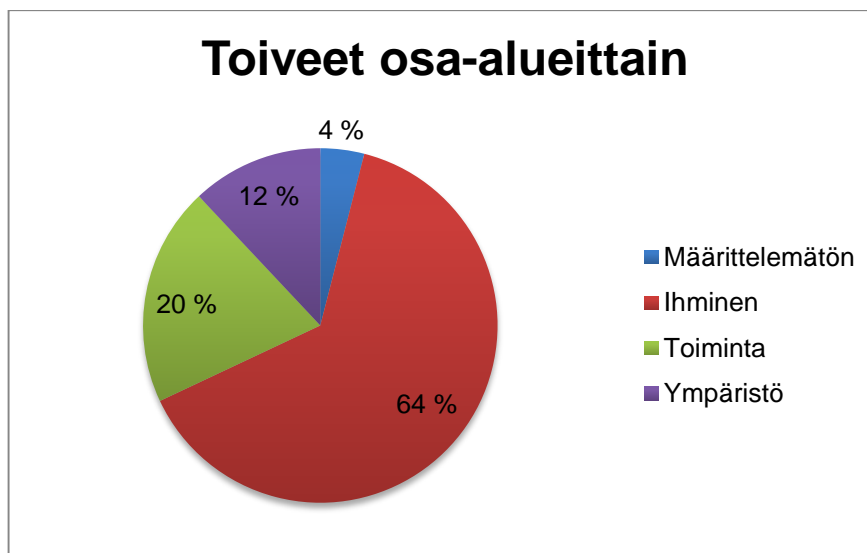
Sosiaalinen osatekijä oli ainoa ympäristön osatekijä, joka nousi toiveissa selkeästi esiin. Kuitenkin osa ympäristön osatekijöistä sisältyy myös määrittelemättömien luokkaan, vaikkei niitä tulkinnallisten vaikeuksien vuoksi voitu tarkemmin koodata. Esimerkiksi yhtä

toivottua menetelmää ei ole pystytty osatekijän tarkkuudella luokittelemaan, mutta se on osa-alueittain pystytty luokittelemaan ympäristöön kuuluvaksi.

Lisäksi ympäristön vähäistä osuutta toiveissa voi selittää se, että ympäristön osatekijöiden kartoittamista saatetaan pitää niin automaattisena osana perustyötä, ettei sitä haastatteluissa huomattu erikseen toivoa. Toisaalta ympäristön osatekijät (kuten instituutionaalinen tai kulttuurinen osatekijä) voivat myös sisältyä strukturoimattomiin arviointimenetelmiin, jolloin niistä kerätään jo tietoa vapaamuotoisemmilla menetelmillä, kuten haastatteluilla. On myös mahdollista, että ympäristöön liittyviä arviointimenetelmiä ei yksinkertaisesti tarvita enempää, tai ettei niitä vain muistettu haastatteluissa tuoda ilmi. Yksiköstä ei myöskään tehdä kotikäyntejä, joten ehkä ympäristön arviointimenetelmät eivät sen vuoksi nousseet aineistosta esiin.

Toiminnan osa-alueeseen kuuluvaan vapaa-ajan arviointiin liittyvät menetelmät eivät korostuneet voimakkaasti toiveissa. Tätä voivat selittää samat asiat kuin ympäristön arvioinnissa, sillä vapaa-aikakin tapahtuu kuntoutusyksikön ulkopuolisessa maailmassa. Toisaalta, jos vapaa-aika rajataan toimintoihin, voivat ne sisältyä esimerkiksi itsestä huolehtimisen arviointiin, kuten ruoanlaittotojien tasoon. Toimintoihin liittyvistä osatekijöistä tuotteliaisuus ei noussut haastatteluaineistosta selkeästi esiin. Voi olla, että tuotteliaisuuteen liittyvät seikat tulevat yksikön arvioinnissa esiin ihmisen osatekijöiden arvioinnissa, kuten kognitiivisten valmiuksien arvioinnissa opiskelu- tai työskentelymahdollisuuksia pohdittaessa. Tuotteliaisuuteen voidaan kuitenkin lukea varsinkin kuntoutumisen alkuvaiheessa jo se, että asiakas tulee säännöllisesti sovittuina aikoina paikalle, ja kantaa vastuuta kuntoutumisensa edistymisestä. Esimerkiksi tällaista tuotteliaisuutta seurataan yksikössä luultavasti jo muilla tavoin, eikä niiden kohdalla ehkä siten ole tarpeellista kartoittaa uutta arviointimenetelmää.

Osa-alueittain tarkasteltuna yksikön vastuuhoidtajien toivomista arviointimenetelmistä suurin osa (64 %) kohdistui CMOP-E-mallin mukaisesti ihmisen arviointiin (kuvio 3). Toiseksi eniten (20 %) toivottiin toimintaan kohdistuvaa arviointimenetelmää. Ympäristön arviointi oli kolmannella sijalla (12 %). Arviointimenetelmätoiveita, joita ei voitu kohdistaa yksittäisille osa-alueille, oli 4 %.



Kuvio 3. Yksikön vastuuhoidtajien toiveet uudesta arviointimenetelmästä osa-alueittain.

Osa-alueittainen analyysi tuo selkeästi esiin sen, että arviointimenetelmän toivottaisiin kohdistuvat ihmisen osa-alueen arviointiin. Tällä tasolla tarkasteltuna ainoastaan yhtä toivetta ei pystytty luokittelemaan, jolloin määrittelemättömien osuus toiveista on pienentynyt.

6.2 Käytössä olevat arviointimenetelmät

Kuviossa 4 näkyy haastatteluaineistoon perustuen yksikön vastuuhoidtajien käytössä olevien menetelmien arviointitapojen valikoima (kuvio 4). Analyysi kuvaa yksittäisten menetelmien arviointitapojen osuutta eri menetelmien valikoimasta, eli esimerkiksi sitä, monenko menetelmän arviointitapa oli luokiteltavissa itsearviointiksi. Tulosta ei tule tulkita niin, että se kuvaisi eri arviointitapojen määrällistä osuutta yksittäisen asiakkaan kuntoutuksessa tai työntekijän työssä. Jakauma ei siten kerro siitä, millä tavoin (esimerkiksi osittain vai kokonaan) ja kuinka usein mitäänkin menetelmää ja arviointitapaa todellisudessa asiakasta arvioidessa käytetään.

Analyysin mukaan **käytössä olevien menetelmien arviointitavoista** seitsemän (47 %) oli luokiteltavissa itsearvioinneiksi, ja viisi (33 %) työntekijän arvioimiksi mittareiksi. Arviointitavoista yksi (7 %) luokiteltiin havainnoinniksi (strukturoimaton havainnointi), ja kaksi (13 %) olivat haastatteluja (strukturoimaton ja strukturoitu haastattelu).



Kuvio 4. Kuntouttavan korvaushoitoyksikön vastuuhoidtajien käytössä olevien arviointitapojen valikoiman jakauma.

Havainnointien ja haastattelujen osuus saattaa näyttää kuviossa vähäiseltä siksi, että käytettävissä olevien menetelmien arviointitavoista vain kolme oli luokiteltavissa haastatteluksi ja havainnoinneiksi. Haastatteluaineiston perusteella vapaa havainnointi ja vapaa haastattelu olivat kuitenkin yksikössä paljon käytettyjä menetelmiä, joten niiden määrällinen osuus päivittäisessä asiakastyössä käytetyistä menetelmistä on luultavasti suuri. Tällöin asiakkaiden arvioinnissa korostuvat menetelmät, joista saatava tieto perustuu pitkälti arvioijan näkemykseen ja ammattitaitoon. Mielestämme luotettavan ja objektiivisen informaation saaminen strukturoimattomilla menetelmillä vaatii muun muassa taitoa asiakkaan oikein kohtaamiseen, tietoa asiakkaan sairaudesta ja sen oireista, sekä ammatillista kokemusta arvioinnista, jotta tarvittavat asiat saa kerätyksi tehokkaasti.

Näkemyksemme mukaan vapaamuotoinen haastattelu ja havainnointi ovat kuitenkin tärkeä osa arviointi- ja kuntoutusprosesseja, eikä niiden antamaa informaatiota siten tule väheksyä. Ne eivät ole vain arviointitapoja, vaan myös kuntoutuksessa päivittäin käytettäviä työmenetelmiä. Niillä voidaan luoda pohjaa luottamuksellisen asiakassuhteen syntymiselle, ja vaikuttaa siten esimerkiksi kuntoutukseen sitoutumiseen ja motivoitumiseen, jotka ovat keskeisiä asioita päihdeasiakkaiden kuntoutuksessa. Se, että strukturoimatonta haastattelua ja -havainnointia käytetään työssä paljon, tarkoittaa myös sitä, että haastattelu- ja havainnointitaitoja harjoitellaan usein. Tämä puolestaan vaikuttaa positiivisesti menetelmien vaatimien arviointitaitojen kehitykseen ja arvioinnista saadun tiedon luotettavuuteen.

Työntekijän ammatilliseen ja objektiiviseen näkemykseen perustuvat strukturoidut ja mitattavissa olevat arviointitavat sisältyvät työntekijän arvioimiin mittareihin. Vaikka työntekijän arvioimat mittarit ovat strukturoituja menetelmiä, ei niiden käyttäminen arviointiprosessin ainoina menetelminä kuitenkaan antaisi tarpeeksi syvällistä tietoa asiakkaasta. Analyysin mukaan neljä viidestä työntekijän arvioimista mittareista keskittyy arvioimaan asiakkaan fyysistä tilannetta, ja yksi viidestä kohdistuu asiakkaan kognitiiviseen osatekijään. Tällöin työntekijän arvioimilla mittareilla katettaisiin pääosin vain nämä kaksi osatekijää.

Suuri osa käytössä olevista arviointitavoista olivat asiakkaan subjektiiviseen näkemykseen perustuvia itsearviointeja. Itsearviointien positiivinen puoli on se, että ne olivat analyysin mukaan pääsääntöisesti strukturoituja tai puolistrukturoituja menetelmiä, mikä lisää niistä saatavan tiedon luotettavuutta. Luotettavuutta voi kuitenkin horjuttaa se, että ihmisen subjektiivinen näkemys itsestään ei aina vastaa todellisuutta, ja oman kuntoutumisen edistymisen sekä eri mahdollisuuksien näkeminen voi olla rajoittunutta.

Itsearvioinneilla on kuitenkin mielestämme paikkansa arviointimenetelmien joukossa, sillä vaikka itsearviointien antama tulos eroaisikin työntekijän arvioinnista, voidaan tulosta kuitenkin hyödyntää kuntoutusprosessissa, esimerkiksi pohtimalla asiakkaan kanssa syitä eroavaisuuksille. Suuret näkemuserot työntekijän ja asiakkaan kohdalla voivat myös antaa viitteitä siitä, miten luotettavina itsearviointien tuloksia voidaan pitää. Osa itsearvioinneilla kerätystä tiedosta saattaa myös olla muilla keinoin vaikeaa tai mahdollonta saada esiin. On myös tärkeää, että asiakkaan oma näkemys ja mielipide tulee kuulluksi ja tallennetuksi. Asiakkaan oman mielipiteen esiintuomiseen on kokemusmme mukaan muutoinkin yleisesti alettu kiinnittää huomiota eri työyhteisöissä, esimerkiksi asiakkaiden hoitoon liittyvissä kirjaamiskäytännöissä. Lisäksi itsearviointia tehdessään asiakas joutuu itse pohtimaan ja prosessoimaan tilannettaan. Tähän tarkoitukseen itsearvioinnit ovat oivallisia menetelmiä.

Asiakkaan arvioinnissa on hyvä käyttää eri menetelmiä, jotka täydentävät toisiaan (Karhula ym. 2014: 14). Yksikön vastuuhoitajien käytössä olevista arviointimenetelmistä voidaan sanoa, että kaikilla menetelmillä on oma tärkeä osansa arviointi- ja kuntoutusprosesseissa. Ne täydentävät toisiaan antaen erilaisia mahdollisuuksia ja näkökulmia kuntoutuksen aikana. Keskeistä onkin se, mistä menetelmästä on milloinkin eniten hyötyä, ja millä keinoin saadaan parhaiten kerätyksi se tieto, mitä yksittäisen asiakkaan kohdalla tarvitaan.

Kuviossa 5 näkyvät vastuuhoitajien **käytössä olevat arviointimenetelmät osatekijöittäin** (kuvio 5). Se esittelee yksittäisten arviointimenetelmien sisältöjen jakaumaa CMOP-E-malliin pohjautuen, eli esimerkiksi sitä, kuinka moni menetelmä kohdistuu ihmisen fyysisen osatekijän arviointiin. Myöskään tämän kuvion avulla ei ole tarkoitus kertoa menetelmien käytön määrästä, eikä sen avulla voida tulkita osatekijöiden määrällistä osuutta asiakkaan kuntoutusprosessissa tai työntekijän työtavoissa.

Analyysin perusteella näistä menetelmistä 40 % kohdistui asiakkaiden fyysisen tilan arviointiin. Fyysisten osatekijöiden arviointimenetelmiksi luokiteltiin asiakkaan fyysistä tilaa arvioivat menetelmät, kuten vieroitusoiremittarit tai laboratoriotulokset. Yhtä paljon kuin yksilön fyysisiä osatekijöitä (40 %) oli myös niin sanottuja määrittelemättömiä osatekijöitä. Niihin lukeutuivat menetelmät, joiden sisältöä ei tiedetty (kuten haastattelut ja havainnoinnit) tai menetelmät, jotka arvioivat useita eri osatekijöitä ja kaikkia osa-alueita (ihminen, toiminta, ympäristö). Tällöin yksittäiset osatekijät eivät merkittävästi korostuneet ja siten vaikuttaneet lopputulokseen. Affektiivisuuden osatekijään kohdistui 13 % käytetyistä menetelmistä. 7 % vastuuhoitajien käytössä olevista menetelmistä kohdistui strukturoidusti kognitiivisuuden arviointiin.



Kuvio 5. Kuntouttavan korvaushoitoyksikön vastuuhoitajien käytössä olevat arviointimenetelmät osatekijöittäin.

Analyysin mukaan nykyisin käytössä olevilla menetelmillä eniten strukturoitua arviointitietoa saadaan ihmisen osa-alueesta (60 %). Kognitiivisen osatekijän osuus on kuitenkin

melko vähäinen, ainoastaan henkisyiden osatekijä jää sitä pienemmäksi sisältyen korkeintaan määrittelemättömien luokkaan.

Tulosten mukaan menetelmien sisältämistä osatekijöistä määrittelemättömien osuus vaikuttaa melko suurelta. Määrittelemättömiin lukeutuivat muun muassa kaikki toiminnan ja ympäristön osa-alueisiin kuuluvat osatekijät. Analyysin mukaan on pääteltävissä, että ihmisen henkisydestä, toiminnasta ja ympäristöstä saatua tietoa kerätään pitkälti vapaamuotoisemmilla menetelmillä ja itsearvioinneilla. Tätä saattaa selittää esimerkiksi se, että toimintaa voi yksikössä tällä hetkellä olla luontevampaa arvioida strukturoimattomilla menetelmillä. Kuten analysoitujen toiveiden kohdalla todettiin, yksikön toimenkuvaan liittyen on myös mahdollista, että ympäristön osatekijöiden arviointiin riittävät vapaamuotoiset menetelmät ja itsearviointit. Ihmisen henkisyttä voi taas olla vaikeaa arvioida muilla menetelmillä kuin itsearvioinneilla. Kuitenkin myös näiden osa-alueiden osatekijöistä saattaisi olla hyödyllistä kerätä työntekijän arviointiin perustuvaa tietoa strukturoiduin menetelmin.

Opioidiriippuvaisten oirekuvaan liittyen, on luonnollista, että fyysinen ja affektiivinen osatekijä korostuvat käytettävissä olevien menetelmien sisällöissä. Näistä osatekijöistä saatua tietoa kerätään strukturoiduilla menetelmillä, joilla voidaan mahdollisimman luotettavasti arvioida asiakkaan tilaa ja esimerkiksi oireita retkahduksista, mitkä usein näkyvät fyysisinä tai affektiivisina oireina. Tämä on asiakkaiden tilanteen seuraamisen ja turvallisesti toteutettavan lääkehoidon ja kuntoutuksen kannalta keskeistä.

Haastatteluista kerätyn aineiston perusteella **yhteenvetona voidaan todeta**, että kuntouttavan korvaushoidon yksikössä oli selkeästi eniten tarvetta kognitiivisuutta arvioivalle mittarille. Yksikön henkilökunnan arviointimenetelmään kohdistuvia toiveita kartoitettaessa tarve kognitiivisen osatekijän arviointiin oli selkeästi suurin (ks. kuvio 2). Toiseksi eniten kaivattiin menetelmää affektiivisuuden arviointiin ja kolmanneksi eniten itsestä huolehtimisen arviointiin. Kognitiivisen osatekijän valintaa vahvisti se, että kognitiiviset valmiudet vaikuttavat mielestämme merkittävästi sekä itsestä huolehtimiseen, että affektiivisuuteen. Lisäksi valintaa puolsi se, että osa-alueittain selkeästi eniten toivottiin ihmiseen liittyvää arviointimenetelmää (ks. kuvio 3). Asiakkaiden kognitiivisten valmiuksien arviointi jää tällä hetkellä myös paljolti strukturoimattoman haastattelun, strukturoimattoman havainnoinnin ja itsearvioinneilla asiakkailta saadun subjektiivisen tiedon varaan (ks. kuvio 4). Tästäkin syystä olisi tarpeellista löytää muiden arviointimenetelmien tueksi strukturoitu menetelmä, joka ei koostuisi kokonaisuudessaan itsearvioinnista.

Korvaushoidossa olevien asiakkaiden kognitiivisuudesta on myös saatavilla viimeaikaista suomalaista tutkimustietoa. Rapeli (2014) tutki väitöskirjassaan korvaushoitopotilaiden kognitiivista muistia hoidon eri vaiheissa. Tutkimuksen mukaan 10 % vireystilan vaihtelusta selittyy lääkemuuuttujilla. Useissa tarkkaavuutta arvioivissa reaktiotehtävissä metadonihoidossa olevat selviytyivät sekä buprenorfiinihoidossa olevia, että verrokkiryhmää heikommin. Useissa työmuistitehtävissä sekä metadoni- että buprenorfiinihoidossa olevat selviytyivät verrokkiryhmää heikommin. Tosin buprenorfiinihoidossa olevilla työmuistitulokset paranivat tilastollisesti merkittävästi toisen tehtävän aikana. Bentsodiatsepiinilääkityksen havaittiin heikentävän työmuistitehtävistä suoriutumista. Muistitehtävistä molemmat asiakasryhmät suoriutuivat verrokkeja heikommin, tosin erot eivät aina olleet tilastollisesti merkittäviä. Kielellisen muistin kohdalla muu runsas psyykelääkitys sekä edellisen kuukauden aikana tapahtunut päihteiden käyttö vähintään kolmena päivänä viikossa selitti noin 20 % vaihtelusta. Asiakasryhmien subjektiivinen kokemus muististaan oli verrokkiryhmää heikompi. (Rapeli 2014: 8–9.)

Rapelin (2014) tutkimustuloksen perusteella asiakasryhmien suoriutumisen taso oli kuitenkin lähellä normaalia. Hänen mukaansa tämä tukee käsitystä keskushermoston tiedonkäsittelytoimintojen korjautumiskyvystä opioidien väärinkäytön jälkeen, mikäli asiakkaalla ei ole viimeaikaista päihteiden käyttöä tai muuta runsasta keskushermostoon vaikuttavaa lääkitystä. (Rapeli 2014: 8–9.) Kognitiivisen tason kohentumista ja muutoksia olisikin perusteltua arvioida usean kerran kuntouttavan korvaushoidon aikana. Tieto kuntoutuksen vaikutuksesta asiakkaan kognitioon saattaisi muun muassa tuoda uusia näkökulmia sekä asiakkaiden lyhyemmän aikavälin tavoitteisiin, että tulevaisuuteen kohdistuviin pitkän aikavälin tavoitteisiin.

7 Uuden menetelmän kartoitus

Kognitiivisuutta arvioivaa menetelmää kartoitettiin opinnäytetyön aineiston analysointiin, päihdekuntoutukseen liittyvään informaatioon sekä käytännön seikkoihin pohjautuvien kriteerien avulla (taulukko 3).

Taulukko 3. Uuden arviointimenetelmän kartoittamisen kriteerit.

Valintakriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> • mittaa kognitiivista suoriutumista • moniammatillisesti käytettävissä • standardoitu • soveltuu päihdetyöhön tai aikuispsykiatriaan • soveltuu yksikön käyttöön (esimerkiksi resurssit, analyysistä saadut tulokset, menetelmien tehtävät, toteutukseen kuluva aika) 	<ul style="list-style-type: none"> • sisältää pelkän itsearviointiosuuden • käyttöönotto edellyttää hintavaa koulutusta tai hintavia materiaaleja • ei sovellu nykyaikaan • ei ole suomen- tai englanninkielinen

Kognitiivisen suoriutumisen mitattavuuden lisäksi kriteereissä tärkeää oli menetelmän moniammatillinen käytettävyys, sillä kuntouttavan korvaushoidon yksikössä ei tällä hetkellä ole toimintaterapeuttia. Tästä syystä menetelmä ei voinut olla pelkästään toimintaterapeuteille tarkoitettu. Asiakasryhmälle tyypillisten diagnoosien ja oireiden vuoksi menetelmän täytyi soveltua päihdetyöhön tai aikuispsykiatriaan.

Menetelmän tuli myös soveltua kyseisen kuntouttavan yksikön käyttöön. Sen tuli vastata opinnäytetyön analyysistä saatuihin tuloksiin, kohdistuakseen yksikön tämän hetkiseen tarpeeseen. Menetelmässä käytettyjen tehtävien tuli soveltua aikuisille suomalaisessa kulttuurissa eläville päihdekuntoutujille. Esimerkiksi toiminnalliset arviointimenetelmät, joissa suoritettavat tehtävät eivät olleet tyypillisiä suomalaisessa arjessa, olivat liian vanhanaikaisia, tai muutoin eivät soveltuneet kyseisen asiakaskunnan käyttöön esimerkiksi ikäjakauman tai sairaudenkuvan vuoksi, jäivät valitsematta.

Myös arvioinnin toteutuksen vaatima aika kuului kriteereihin. Vähän toteutusaikaa vaativat menetelmät soveltuisivat mielestämme yksikön käyttöön, koska niiden avulla voidaan tarkkailla asiakkaiden tilannetta viemättä liikaa ajallisia resursseja. Ne soveltuvat myös tilanteisiin, joissa epäillään muutoksia asiakkaan kognitiivisessa suoriutumisessa. Perusteellisemmat diagnostiset tutkimukset kuuluvat muutoinkin erikoissairaanhoidon yksiköiden toimenkuvaan.

Lisäksi menetelmän tuli olla kohtuuhintainen, jotta hinta ei olisi kynnyskysymys menetelmän hankkimiselle ja käyttämiselle. Esimerkiksi menetelmät, jotka vaativat kalliin koulutuksen tai hintavien lomakkeiden ja muiden materiaalien hankkimisen, jäivät valinnan ulkopuolelle. Jotta menetelmää käytettäisiin standardien mukaisesti ja mahdollisimman validisti, sen tuli olla saatavilla suomeksi tai englanniksi. Tällöin yksikön työaikaa ei menisi liikaa omien suomennosten laatimiseen. Epävirallisten käännösten käyttäminen heikentää myös arviointimenetelmän luotettavuutta.

Uusia arviointimenetelmiä etsittiin kolmesta kirjasta sekä internet-lähteistä. Menetelmien kartoitukseen käytettyjä teoksia olivat Mary Law'n, Carolyn Baumin ja Winnie Dunnin (2005) toimittama kirja *Measuring Occupational Performance: Supporting Best Practice in Occupational Therapy*. Toisena kirjana hyödynnettiin Ina Elfant Asher:n (2007) toimittamaa teosta *Occupational Therapy Assessment Tools: An Annotated Index*. Kolmas arviointimenetelmien kartoitukseen käytetty kirja oli Barbara J. Hemphill-Pearsonin (1999) toimittama *Assessments in Occupational Therapy Mental Health: An Integrative Approach*.

Internetistä arviointimenetelmiä kartoitettiin Toimia-tietokannasta sekä osoitteista päihdelinkki.fi ja terveystiet.fi. Tarkempaa tietoa lähteistä löytyneistä arviointivälineistä etsittiin arviointivälineiden julkaisijoiden sivuilta, sekä tieteellisistä artikkeleista Cinahl ja Google Scholar -tietokantojen kautta.

Uutta menetelmää kartoittaessa huomattiin, että tarkemmin rajatut valinta- ja poissulkukriteerit olisivat helpottaneet uusien menetelmien valintaa. Tässä opinnäytetyössä käytetään itse määrittelemiämme kriteereitä. Tarkempien kriteerien määrittely koskien esimerkiksi kielivalintaa, menetelmän maksimihintaa tai menetelmän käyttämiseen kuluvaan aikaan, olisi kuitenkin vaatinut uutta haastattelukierrosta. Siihen ei tämän opinnäytetyön puitteissa ollut resursseja, sillä työn pääpaino oli yksikössä tällä hetkellä käytettyjen ja sinne tarvittavien arviointimenetelmien kartoituksessa. Tästä syystä uusi haastattelukierros rajattiin opinnäytetyön ulkopuolelle.

Seuraavat arviointimenetelmät täyttivät kriteerit:

- Montreal Cognitive Assessment (MoCA)
- Clock Drawing Test

1) Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

MoCA eli Montreal Cognitive Assessment on kanadalaisen neurologi, tohtori Ziad Nasreddinen kehittämä lieviä kognitiivisia häiriöitä seulova arviointimenetelmä. Sen kehitys on aloitettu 1990-luvun alkupuolella, ja ensimmäinen validoitu versio julkaistiin vuonna 2000. Testi on kehitetty erilaisiin sairauksiin liittyvien lievien kognitiivisten häiriöiden havaitsemiseen. MoCA:sta on tutkimustuloksia yli kahdenkymmenen eri sairauden osalta Alzheimerin taudista häämyrkytykseen. MoCA on tällä hetkellä saatavilla 46 kielellä, myös suomeksi. Testilomake sekä ohjeet ovat ladattavissa maksutta internetistä. (Mocatest n.d.)

Testiä voivat käyttää työssään kaikki menetelmään tutustuneet terveydenhuollon ammattihenkilöt. Testin tekeminen kestää noin 10 minuuttia. Tulosten tulkitseminen tulee jättää neurologiaan perehtyneen ammattilaisen huoleksi, mutta vähintään 26 pisteen saavuttaminen 30 pisteen maksimipistemäärästä katsotaan normaaliksi tulokseksi. Koulutuksen tuomaa etua testissä korjataan antamalla yksi lisäpiste niille testattaville, jotka ovat opiskelleet 12 vuotta tai vähemmän. (Esitys- ja pisteytysohjeet n.d.)

MoCA:ssa on 13 osatehtävää, joissa arvioidaan monipuolisesti tiedonkäsittelyn eri osalualueita: tarkkaavuutta ja keskittymistä, toiminnanohjausta, muistia, kielellisiä taitoja, visuospatiaalisia taitoja, käsitteellistä ajattelua, laskemista ja orientaatiota. Lyhytkestoisesta muistin testistä opetellaan viiden sanan lista kaksi kertaa, ja palautetaan ne noin viiden minuutin jälkeen. Tästä tehtävästä saa korkeintaan viisi pistettä. Visuospatiaalisia kykyjä arvioidaan kellotaulun piirtämistehtävällä (3 pistettä) ja kolmiulotteisen kuution kopiaimistehtävällä (1 piste). Toiminnanohjauksen eri alueita arvioidaan vuorottelevalla piirtämistehtävällä (1 piste), sanasujuustehtävällä (1 piste) ja käsitteenmuodostustehtävällä. Tarkkaavuutta, keskittymistä ja työmuistia arvioidaan keskittymisen ylläpitotehtävällä (1 piste), päässä laskutehtävällä (3 pistettä) sekä numeroiden toistamisessa etu- ja takaperin (1 piste kummastakin suunnasta). Kielellisiä kykyjä arvioidaan eläinten nimeämistehtävällä (leijona, kameli, sarvikuono; 1 piste), kahden lauseen toistoilla (2 pistettä) ja jo mainitulla sanasujuustehtävällä. Lopuksi arvioidaan vielä orientoituminen aikaan ja paikkaan (6 pistettä). (Nasreddine ym. 2005: 697.)

Suomessa käytetään yleisesti kognitiivisten puutosten seulontaan Mini Mental State Examination -asteikkoa (MMSE). MMSE kehitettiin vuonna 1975 valitsemalla osatehtä-

viä eri neuropsykologisista testeistä, ja siinä on viisi osiota: orientaatio (10 pistettä), muistiin painaminen (3 pistettä), tarkkaavuus ja laskeminen (5 pistettä), muistiin palauttaminen (3 pistettä) ja kielellinen tehtävä (9 pistettä), yhteensä 30 pistettä. On kuitenkin todettu, että korkea älykkyys ja koulutustaso antavat testissä korkeita pisteitä, mikä johtaa vääriin negatiivisiin tuloksiin. Korkea ikä, matala koulutustaso, kulttuuriset seikat ja aistivammat taas saattavat aiheuttaa vääriä positiivisia tuloksia. (Ismail – Rajji – Shulman 2010: 113.)

MoCA:n on todettu olevan MMSE:tä tarkempi lievien kognitiivisten häiriöiden seulonnassa. MoCA:n herkkyys lievän kognitiivisen häiriön tunnistamisessa on 90 %, kun MMSE tunnistaa 18 % lievästä kognitiivisista häiriöistä. Toisaalta MoCA tunnisti oikein 87 % normaaleista kontrollihenkilöistä, kun taas MMSE erotti terveet koehenkilöt 100 % varmuudella. (Ismail 2010: 117.)

MoCA:n muistitesteissä käytetään useampia sanoja, ja testissä on pidempi viive ennen sanan muistiin palautusta. Toiminnanohjaus, korkeammat kielelliset kyvyt ja monimutkaiset visuospatiaaliset toiminnot saattavat myös olla heikentyneet lievässä kognitiivisissa häiriöissä, ja niitä arvioidaan MoCA:ssa useammilla ja vaativammilla testeillä kuin MMSE:ssä. (Nasreddine ym. 2005: 698.)

Koska kuntouttavan korvaushoidon yksikön asiakkailta ikänsä ja taustansa perusteella ei niinkään epäillä dementiaa kuin lieviä kognitiivisia häiriöitä, MoCA on mielestämme yksikön käyttöön MMSE:tä sopivampi kognitiivisia toimintoja mittaava testi.

2) Clock Drawing Test

Clock Drawing Test (CDT) on moniulotteinen kognitiivinen arviointimenetelmä, jota käytetään niin tutkimuksissa kuin kliinisessä työssäkin. Sitä on käytetty seulomaan useisiin eri sairauksiin, kuten dementiaan, aivoverenkiertohäiriöihin, skitsofreniaan ja mielialahäiriöihin liittyvää kognitiivisten kykyjen heikentymistä. CDT perustuu kellon eri osien - kellotaulun, numeroiden ja viisareiden piirtämiseen. Piirretyn kellon tulee näyttää tiettyä aikaa. Testistä on useita versioita, jotka eroavat toisistaan pääasiassa pisteytyksen mukaan ja siinä, annetaanko kellotaulua kuvaava ympyrä testattavalle henkilölle valmiina vai tuleeko henkilön piirtää se itse. Testissä pärjäävät yleensä parhaiten aikuiset ja kou-

lutetut henkilöt, kun taas lapset ja iäkkäät sekä vähiten koulutetut saavat testissä huonompia pistemääriä. (Jardim de Paula – Marques de Miranda – Nunes de Moraes – Malloy-Diniz 2013: 763.)

Kellon, numeroiden ja oikeaan aikaan asetettujen viisareiden piirtäminen vaatii asiakkaalta muun muassa käsityskykyä, suunnittelukykyä, visuaalista muistia, visuospatiaalisia kykyjä, motorisia taitoja, käsitteellistämistä, keskittymiskykyä ja väärin vasteiden esittämistä (Ismail ym. 2010: 114).

Ismail ym. (2010) mukaan CDT:lle on kehitetty lukuisia pisteytysjärjestelmiä, mutta testin paras anti saattaa silti olla yksinkertainen normaali - epänormaali -luokittelu, sekä visuaalinen kuvio myöhempää vertailua varten. CDT tarjoaa helposti lähestyttävän visuaalisen mallin kognitiivisesta toiminnasta. Testin tekemiseen menee minuutti aikaa, eivätkä asiakkaat tavallisesti vastusta testiä. (Ismail ym. 2010: 114–115.)

8 Pohdinta

8.1 Työn tavoitteet, prosessin vaiheet ja lopputulos

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on ollut kartoittaa Helsingin Diakonissalaitoksen päihde- ja mielenterveystyön yksikön kuntouttavan korvaushoidon toimipisteessä tällä hetkellä käytettyjä asiakkaiden toimintakykyä mittaavia arviointimenetelmiä sekä yksikön henkilökunnan toiveita uudesta arviointimenetelmästä. Lisäksi etsimme kirjallisuudesta ja internet-lähteistä yksikön käytettäväksi uusia arviointimenetelmiä, joita löytyi kaksi kappaletta.

Opinnäytetyöhön soveltui parhaiten laadullinen tutkimusote muun muassa siksi, että työ kohdistui yhden kuntoutusyksikön toimintaan, joten esimerkiksi informanttien määrä oli niin pieni, ettei työn tuloksia voida validisti yleistää. Lisäksi laadullisen opinnäytetyön menetelmillä, kuten haastattelemalla, oli luontevaa etsiä ratkaisuja opinnäytetyön tutkimusongelmaan.

Kehittämistyölle tyypilliset piirteet näkyvät opinnäytetyön tutkimuksen tarkoituksessa. Kehittämistutkimuksen tarkoituksena on muutos, ja siinä esitetään myös parantamishetki ongelmaan (Kananen 2014: 22; Kananen 2012: 53). Opinnäytetyöprosessissa tarkoituksena oli laadullisen tutkimusotteen mukaisesti ymmärtää päihdehoitoon ja -kuntoutukseen liittyviä käytänteitä sekä asiakaskuntaa, ja perehtyä yksikön arviointiprosessissa käytettyihin menetelmiin. Kuitenkin tavoitteena oli myös kehittää kuntouttavan korvaushoitoyksikön arviointimenetelmien käyttöä muun muassa esittelemällä uusia arviointimenetelmiä yhteen asiakkaiden toimintakykyyn vaikuttavaan osa-alueeseen.

Laadullinen haastatteluaineisto on kerätty opinnäytetyöhön soveltuvalla teemahaastattelumenetelmällä. Haastattelurungon laatimisessa hyödynnettiin opinnäytetyötä ohjavia kysymyksiä. Haastatteluaineistot on analysoitu teorialähtöisesti hyödyntäen kanadalaisista toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallia (CMOP-E), joka kuvaa ihmisen, toiminnan ja ympäristön välistä suhdetta monipuolisesti ja asiakaskeskeisesti. Haastatteluaineisto on luokiteltu osa-alueittain (ihminen, toiminta, ympäristö) sekä osa-alueisiin sisältyvien osatekijöiden mukaan. Vastuuhoitajien käytössä olevien arviointimenetelmien osalta aineistoa on luokiteltu lisäksi arviointitapojen (itsearviointi, työntekijän arvioima mittari, haastattelu ja havainnointi) mukaan. Kaikki menetelmät luokiteltiin myös strukturoiduksi,

puolistrukturoiduksi tai strukturoimattomiksi. Analysoitava haastatteluaineisto on kohdistettu auttamaan ensisijaisesti yksikön vastuuhoidajia, jotka mielestämme tällä hetkellä eniten hyötyisivät uusista arviointimenetelmistä.

Tämän opinnäytetyön analyysi kuvaa haastatteluaineistoista esiin nousseita vastuuhoidajien käytössä olevia menetelmiä ja niiden sisällön jaottelua, esimerkiksi arviointitavan tai CMOP-E-mallin osatekijöiden mukaan. Analyysin tarkoituksena ei siis ole kuvata määrällisesti sitä, kuinka paljon mitään menetelmää kukin työntekijä käyttää todellisudessa työssään. Analyysin tulos ei myöskään kerro siitä, käytetäänkö menetelmiä standardien mukaan kokonaan, vai osittain. Näiden seikkojen analysointiin tarvittaisiin laajempaa kvantitatiivista tutkimusta.

Haastatteluaineiston analyysin perusteella uuden arviointimenetelmän toivottiin kohdistuvan ihmisen osa-alueeseen. Tarkemmin osatekijöittäin tarkasteltuna eniten kaivattiin menetelmää kognitiivisen osatekijän arviointiin. Toiseksi eniten toivottiin ihmisen affektiiivista osatekijää arvioivaa, ja kolmanneksi eniten toiminnan osa-alueeseen sisältyvää itsestä huolehtimista arvioivaa menetelmää. Henkilökunnan toiveiden analysoinnin perusteella vastuuhoidajat vaikuttivat hyötyvän eniten kognitiivisen osatekijän arviointimenetelmästä. Tätä vahvisti myös näkemyksemme kognitiivisten valmiuksien ja taitojen merkityksellisyydestä itsestä huolehtimisen onnistumiseen sekä affektiiivisen osatekijän, eli yksilön tunne-elämän ja sosiaalisten taitojen hallintaan.

Haastatteluista nousi esiin 14 erilaista vastuuhoidajien käytössä olevaa arviointimenetelmää. Vaikka käytettävissä olevien menetelmien sisältö painottui analyysissä CMOP-E-mallin mukaan ihmisen osa-alueen arviointiin, suoranaisesti kognitiivisen osatekijän huomioiminen jäi menetelmissä vähäiseksi. Esimerkiksi strukturoidusta työntekijän arvioimista mittareista neljä viidestä kohdistui yksilön fyysiseen osatekijään, ja vain yksi kohdistui kognitiivisuuteen.

Tutkimuksen mukaan korvaushoitoa saavien asiakkaiden kognitiivisuuteen voi vaikuttaa esimerkiksi runsas keskushermostoon vaikuttava lääkitys tai viimeaikainen päihteiden käyttö. Toisaalta asiakkaiden kognitiivisuuden taso voi olla myös lähellä normaalia. (Rapel 2014: 9.) Tästäkin syystä asiakkaalle parhaiten soveltuvien hoitomenetelmien valintaa ja tulevaisuuden tavoitteiden asettamista helpottaisi kognitiivisuutta strukturoidusti arvioivien menetelmien käyttö.

Strukturoimattoman haastattelun ja strukturoimattoman havainnoinnin lisäksi vastuuhoitajien käytettävissä olevat menetelmät olivat arviointitavaltaan usein itsearviointeja, joihin luokiteltiin kaikki asiakkaan subjektiiviseen näkemykseen omasta tilastaan perustuvat menetelmät. Opinnäytetyössä katsottiin siten tarpeelliseksi etsiä uusia menetelmiä, jotka eivät pohjaudu kokonaisuudessaan asiakkaan itsearviointiin.

Positiivista oli se, että yksikön käytössä oli arviointitavoiltaan erilaisia menetelmiä, jolloin menetelmät täydentävät toisiaan ja niitä voidaan valita asiakkaiden tarpeen mukaan. Tällöin voidaan välttää liiallista testaamista ilman perusteltua syytä, mikä saattaa olla työntekijän ja asiakkaan resurssien tuhlausta. Kaikilla arviointitavoilla on omat vahvuutensa. Toisilla tuodaan esiin asiakkaan omaa näkemystä, ja esimerkiksi vapaamuotoisilla haastatteluilla voidaan saada työntekijän arvioimaa mittaria laajempaa tietoa asiakkaan tilanteesta ja luoda samalla luottamuksellista asiakassuhdetta. Menetelmien käytön valinnoissa tuleekin käyttää ammatillista harkintaa, jotta ne olisivat asiakkaiden tarpeen mukaisia.

Analyysin perusteella todettiin, että yksikön käyttöön etsittävien uusien menetelmien tulisi mitata asiakkaan kognitiivista suoriutumista. Edellä mainittujen kriteerien lisäksi niiden piti myös olla moniammatillisesti käytettäviä ja strukturoituja, soveltua kuntouttavan korvaushoitoyksikön käyttöön ja päihdetyöhön tai aikuispsykiatriaan. Menetelmien tuli olla saatavilla suomeksi tai englanniksi. Niiden toteuttamiseen ei saanut mennä liikaa aikaa, eivätkä ne myöskään saaneet olla liian hintavia. Kuntouttavalle korvaushoitoyksikölle ehdotettuja uusia arviointimenetelmiä olivat Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ja Clock Drawing Test.

Opinnäyttyöprosessin viimeisenä vaiheena työn tulokset sekä ehdotukset uusista arviointimenetelmistä esitellään kuntouttavan korvaushoidon työyhteisölle. Viimeinen tapaaminen työyhteisön kanssa ajoittuu kuitenkin opinnäytetyön kirjallisen osuuden palauttamisen jälkeen, joten se ei sisälly varsinaiseen tekstiosuuteen.

8.2 Valitut menetelmät ja luotettavuus

Laadullisen opinnäytetyön luotettavuutta voidaan tarkastella vahvistettavuuden, arvioitavuuden (riittävän dokumentaation), tulkinnan ristiriidattomuuden (sisäisen validiteetin) sekä saturaation (kylläntymisen) näkökulmista (Kananen 2014: 151).

Vahvistettavuuden näkökulmasta yksikertaisin tapa varmistaa haastatteluaineiston tulkinnan oikeellisuutta, on luetuttaa aineisto ja sen tulkinta informanteilla (Kananen 2014: 151). Tässä opinnäytetyössä haastatteluaineisto kerättiin teemahaastattelumenetelmällä, koska sen katsottiin soveltuvan parhaiten tämän laadullisen opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmäksi. Menetelmän avulla saatiin kerättyä tarvittavat tiedot, jonka lisäksi informanttien vastauksia oli mahdollista tarkentaa jo haastattelutilanteessa. Lisäkysymysten avulla pystyttiin varmentamaan kerätyn informaation molemminpuoleista oikein ymmärtämistä, mikä lisäsi aineiston luotettavuutta. Lisäksi haastatteluaineiston tulkinnan oikeellisuutta ja sisällön luotettavuutta on varmistettu palauttamalla haastattelujen raakatekstit ennen niiden analysointia informanttien luettavaksi ja kommentoitavaksi.

Tuloksen vahvistettavuutta voidaan myös parantaa monilähteisyyden avulla. Tällöin tarkoituksena on kerätä tietoa eri tietolähteistä esimerkiksi teemahaastattelujen, muiden tietolähteiden ja kirjallisten dokumenttien avulla. Eri lähteistä kerätyn tiedon avulla voidaan vahvistaa esitettyjä väitteitä ja tulkintoja. (Kananen 2014: 152.)

Opinnäytetyön luotettavuutta on pyritty lisäämään käyttämällä mahdollisimman luotettavia, monipuolisia ja ajan tasalla olevia teorialähteitä. Oman ammattitaidon kehittymisen kannalta keskeistä oli päihdekuntoutukseen ja -riippuvuuteen, erityisesti opioideihin, painottuvaan teoriaan perehtyminen. Tähän teorialatettiin perehdyttiin lähes alkeista, ja sen kirjallinen osuus muodostui myös melko laajaksi. Laajasti eri lähteistä kerätty informaatio vahvisti kuitenkin esimerkiksi asiakasryhmän sairaudenkuvaan ja työyhteisön toimintatapoihin liittyviä tulkintoja, sekä uusien arviointimenetelmien kriteerien valintoja. Laaja tiedonkeruu mahdollisti myös asiakasryhmän oirekuvan ja kuntoutusprosessien yhdistämisen valitsemamme toimintaterapian teorian näkemykseen ihmisen toimintakykyyn liittyvistä tekijöistä. Toisaalta päihteisiin liittyvä teoriaosuus palvelee myös hyvänä tietopakettina muille aiheesta kiinnostuneille.

Arvioitavuus, eli riittävä dokumentaatio, mahdollistaa aineiston aitouden ja tutkijan tekemien valintojen tarkastamisen. Kaikki prosessin aikana tehdyt valinnat tulee perustella. Arvioitavuuteen liittyy myös ilmiön tarkasteluun soveltuvien tutkimusmenetelmien valinta. (Kananen 2014: 153.)

Opinnäytetyön kirjallisessa osuudessa olemme pyrkineet tuomaan selkeästi esiin valitsemamme menetelmät sekä sen, miten olemme päätyneet tiettyihin tuloksiin ja tulkintoihin aineistosta. Analysoitavan aineiston keräämiseen valitsimme menetelmäksi haastattelun, koska se oli lomakekyselyä parempi keino päästä tutustumaan työyhteisöön. Se mahdollisti myös sellaisen taustatiedon keräämisen, joka ei suoranaisesti liittynyt haastattelurunkoon, mutta antoi syvällisempää näkemystä yksikön tekemästä päihdetyöstä. Lisäksi haastattelussa kysymyksiä pystyttiin muokkaamaan tilanteen vaatimalla tavalla.

Opinnäytetyön aineisto kertoo siitä, mitä menetelmiä vastuuhoitajien käytettävissä on tällä hetkellä. Lomakekyselyn avulla olisi ehkä ollut mahdollista saada ainakin arvio siitä, kuinka usein yksittäinen työntekijä mitäkin menetelmää työssään käyttää (esimerkiksi MMSE per viikko). Tällöin kuitenkin opinnäytetyön näkökulma olisi hieman toinen. Lisäksi tarkan, esimerkiksi käyttötapoihin liittyvän, informaation kerääminen vaatisi laajempaa kvantitatiivista tutkimusta.

Haastatteluprosessissa huomattiin haastattelujen taidokkaan toteutuksen vaativan paljon harjoitusta. Esimerkiksi haastattelutilanteissa paremmin tarkennetuilla kysymyksillä olisi saattanut saada vielä yksityiskohtaisempaa tietoa. Aineistoa kerättiin kuitenkin useilla haastatteluilla, mikä kehitti haastatteluiden toteuttamiseen tarvittavia taitoja, ja lisäsi siten myös kerätyn informaation luotettavuutta.

Uutta menetelmää kartoittaessa ilmeni, että tarkemmin rajatut valinta- ja poissulkukriteerit olisivat helpottaneet uusien menetelmien valintaa, mikä olisi kuitenkin vaatinut uutta haastattelukierrosta. Siihen tämän opinnäytetyön puitteissa ei ollut resursseja, koska työn pääpaino oli nykyisten menetelmien, sekä henkilökunnan arviointimenetelmiin kohdistuvien toiveiden ja tarpeiden kartoituksessa. Uusi haastattelukierros rajattiin siten tämän työn ulkopuolelle.

Laadullinen tutkimusote voi **tulkinnan ristiriidattomuuden** näkökulmasta olla haasteellista. Laadullisessa tutkimuksessa ei ole tarkkoja tulkintasääntöjä, minkä lisäksi aineistoa voidaan tulkita monilähteisenä synteeseinä. Samaa aineistoa voidaan myös tulkita eri tavoin vaihtamalla tutkimusongelmaa tai tarkastelukulmaa. Tulkinnan oikeellisuutta ja työn luotettavuutta vahvistaa kahden tutkijan päätyminen samaan lopputulokseen. (Kananen 2014: 153.)

Haastatteluaineiston luokittelussa ajoittain haasteeksi osoittautui CMOP-E-mallin dynaamisuus. Opinnäytetyön aineiston analyysissä ja luokittelussa pyrittiin tarkastelemaan aineistoa mahdollisimman objektiivisesti ja oikein ymmärrettynä. Haastatteluaineiston luokittelu perustuu kuitenkin omaan ammatilliseen näkemykseemme ja tulkintoihimme teoriasta, sekä asiakasryhmän hoitoon liittyvistä haasteista ja mahdollisuuksista. Toiset analyysin tekijät olisivat saattaneet tarkastella aineistoa eri näkökulmasta. Luotettavuutta vahvistaa kuitenkin se, että analyysiä ja tulkintoja on tehnyt kaksi henkilöä, jolloin on ollut mahdollista keskustella vaihtoehtoisista näkemyksistä.

Saturaatiolla, eli kylläntymisellä, tarkoitetaan eri lähteistä saatujen tuloksien toistumista. Tällöin työhön lisätään uusia havaintoyksiköitä siihen asti kunnes samat vastaukset alkavat toistua. (Kananen 2014: 154.) Laadulliselle opinnäytetyölle tyypillisellä tavalla tämänkään opinnäytetyön tulokset eivät ole suoraan yleistettävissä esimerkiksi muihin hoitoyksiköihin, sillä aineisto on koottu yhdestä toimipisteestä. Yleistettävyyttä voi heikentää myös informanttien määrä (6). Tosin informanttien määrä oli melko suuri koko yksikön henkilökunnan määrään suhteutettuna. Luotettavuutta on myös pyritty vahvistamaan haastatteleamalla eri ammattiryhmiin kuuluvia henkilökunnan jäseniä, jotta eri näkemykset saataisiin koottua mahdollisimman monipuolisesti. Vaikka kaikki ammattiryhmät eivät osallistuneet haastatteluihin, informantteja oli kuitenkin yli puolet yksikön hoitohenkilökunnasta.

8.3 Aiheen merkitys, eettiset näkökulmat ja jatkokehitysideat

Opinnäytetyöprosessin luottamuksellisuutta turvattiin säilyttämällä tutkimusaineistoa tietoturvallisesti. Tutkimusaineisto tuhotaan opinnäytetyön valmistuttua. Prosessin aikana huolehdimme, ettei tunnistettavia tietoja yksikön henkilöstöstä tai asiakkaista päädy ulkopuolisille tahoille. Esimerkiksi informanttien identiteetin salassapitoa turvattiin keräämällä aineisto nimettömänä ja yhdistämällä haastatteluaineistot siten, ettei niissä mainita työntekijöiden ammattinimikkeitä. Henkilökunnan ja asiakkaiden yksityisyyden suojaamiseksi valitsimme haastatteluaineistojen kuvaamisessa melko tiukan linjan. Tästä syystä opinnäytetyön tekstin joukossa ei esimerkiksi esitellä pitkiä suoria lainauksia aineistosta.

Tämän opinnäytetyön eettisiin näkökulmiin sisältyy myös ajatus kuntoutuksen mahdollistamisesta päihderiippuvuuksista kärsiville asiakkaille tänä päivänä ja tulevaisuudessa.

Helsingin Diakonissalaitos on perustettu tukemaan yhteiskunnan kaikkein heikompia, mitä työtä se jatkaa tänäkin päivänä. Toimintaterapiassa on yleisesti hyväksyttyinä toiminnallisen oikeudenmukaisuuden periaate, jonka mukaan jokaisella yksilöllä on oikeus merkitykselliseen toimintaan. Tältä pohjalta on tärkeää tunnustaa myös Helsingin Diakonissalaitoksen kaltaisten toimijoiden arvo sekä päihdekuntoutuksen merkitys yksilön ja yhteiskunnan tasolla.

Päihdekuntoutuksen tarkasteleminen toimintaterapian opinnäytetyön aiheena on tarpeellista myös siksi, että toimintaterapeutin työkentästä riippumatta päihteiden ongelmakäyttö saattaa rajoittaa tavalla tai toisella toimintaterapia-asiakkaiden toimintakykyä. Päihdeongelmien syyt ovat usein moninaiset, ja päihderiippuvuudet vaikuttavat myös väärinkäyttäjän lähipiiriin. Terapeutin on siten hyödyllistä olla tietoinen päihderiippuvuudesta, päihteiden aiheuttamista oireista ja toimintakyvyn rajoitteista. Toimintaterapian avulla voidaan tarkastella asiakkaan tilannetta kokonaisvaltaisesti, huomioiden asiakkaan vahvuuksien ja rajoitteiden lisäksi myös ympäristön osatekijät. Kun tähän yhdistetään toiminnan luomat terapeuttiset mahdollisuudet, sekä toimintaterapeuttien käytettävissä olevat arviointimenetelmät, voidaan todeta, että toimintaterapialla on paljon annettavaa myös päihdekuntoutuksen saralla.

Opinnäytetyön tekeminen on kasvattanut ammatillista osaamistamme monin eri tavoin. Ymmärrämme laajemmin päihdeongelmien aiheuttamien haasteiden vaikutukset toimintakykyyn sekä yksilön, hänen lähipiirinsä että yhteiskunnan näkökulmasta. Osaamme myös tarkastella arviointimenetelmien soveltuvuutta eri tilanteisiin. Opinnäytetyö on herättänyt meitä myös pohtimaan toimintaterapian mahdollisuuksista sellaisilla päihdehoidon työkentillä, missä ei vielä ole toimintaterapeutin palveluja saatavilla.

Tämän opinnäytetyön arviointimenetelmiä koskeva aihe on kiinnostava, koska arviointimenetelmien hyödyntäminen korvaushoitoyksikön kuntoutustyössä mahdollistaa asiakaskohtaisen hoidon lähtökohtien ja vaikutusten arvioinnin, sekä niiden näkyväksi tekemisen niin asiakkaalle kuin hoitohenkilökunnalle. Kuntoutumisen edistymisen näkyväksi tekeminen saattaa myös auttaa asiakkaiden hoitoon motivoinnissa. Toimintakyvyn arviointi on keskeisellä sijalla asiakkaiden tulevaisuuden eri mahdollisuuksien, kuten työllistymisen, suunnittelussa.

Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää Diakonissalaitoksen kuntouttavan korvaushoidon toimipisteessä. Tulokset voivat myös inspiroida päihdetyössä tai esimerkiksi

vankiloissa työskenteleviä toimintaterapeutteja, sekä muita sosiaali- ja terveydenhoitoalan työntekijöitä arviointi- ja kuntoutusprosessien kehittämisessä. Lisäksi tästä opinnäytetyöstä hyötyvät toimintaterapeuttiopiskelijat, sekä moniammatillisesti myös muut sosiaali- ja hoitoalan opiskelijat, jotka tarvitsevat päihdealaan liittyvää tietoutta opinnoissaan.

Tarkempien kriteerien määrittely yhdessä työyhteisön kanssa voisi olla hyödyllinen jatkotutkimusaihe esimerkiksi seuraaville opinnäytetyön tekijöille tai työharjoittelussa oleville opiskelijoille. Lisäksi yhdistämällä uudet kriteerit tämän opinnäytetyön analyysin antamaan tietoon, voisi etsiä lisää arviointimenetelmiä muillekin toimintakykyyn vaikuttaville osatekijöille. Hyödyllistä ja mielenkiintoista olisi myös kerätä kokemuksia tässä opinnäytetyössä työyksikön käyttöön ehdotettujen arviointimenetelmien käytettävyydestä. Määrällisestä opinnäytetyöstä kiinnostuneille esimerkiksi arviointimenetelmien asiakaskohtaisen käyttöiheyden, ja menetelmän toteutustavan sekä arvioitujen osioiden tarkasteleminen, saattaisi avata uusia näkökulmia korvaushoitoasiakkaiden arviointiin.

Päihdehoidossa toteutetusta toimintaterapiasta tarvitaan vielä lisää tutkimusta. Toivomme, että tämä opinnäytetyö herättää pohtimaan toimintaterapia-alan mahdollisuuksia erilaisissa päihdehuollon avopalvelun yksiköissä, joissa ei välttämättä vielä ole saatavilla toimintaterapeutin palveluja. Kiinnostavia jatkotutkimusaiheita voisi syntyä esimerkiksi erilaisiin ryhmätoimintoihin liittyen. Myös toimintaterapeuttien omien arviointimenetelmien ja -käytäntöjen tarkastelu erilaisissa huumeriippuvaisten avohoitopalveluja tarjoavissa yksiköissä antaisi uutta hyödyllistä tietoa Suomessa toteutettavasta toimintaterapiasta.

Lähteet

Aalto, Mauri 2012. Kaksoisdiagnoosi. Teoksessa Seppä, Kaija – Aalto, Mauri – Alho, Hannu – Kiiänmaa, Kalervo (toim.): Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 165–166.

Ahtee, Liisa 2003. Opioidit ja kannabinoideit. Teoksessa Salaspuro, Mikko – Kiiänmaa, Kalervo – Seppä, Kaija (toim.): Päihdelääketiede. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 151–160.

Asher, Ina Elfant (toim.) 2007. Occupational Therapy Assessment Tools: An Annotated Index. 3. painos. Bethesda, MD: AOTA Press.

Esitys- ja pisteytysohjeet n.d. Montreal Cognitive Assessment (MoCA) suomenkieliset ohjeet. Verkkodokumentti. <http://www.mocatest.org/wp-content/uploads/2015/tests-instructions/MoCA_Instructions-Finnish_2009.pdf> Luettu 14.10.2015.

Euroopan ihmisoikeussopimus n.d. Euroopan ihmisoikeustuomioistuin. Euroopan neuvosto. Verkkodokumentti. <http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_FIN.pdf> Luettu 2.10.2015.

Forsell, Martta – Nurmi, Tuula 2014. Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013. Tilastoraportti 21/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Verkkodokumentti. <<http://julkari.fi/handle/10024/116674>>. Luettu 3.9.2015. ISSN 1798-0887.

Halmesmäki, Erja 2003. Huumeet, lisääntyminen ja raskaus. Teoksessa Salaspuro, Mikko – Kiiänmaa, Kalervo – Seppä, Kaija (toim.): Päihdelääketiede. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 525–531.

Hautala, Tiina – Hämäläinen, Tuula – Mäkelä, Leila – Rusi-Pyykönen, Mari 2011. Toiminnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä. Helsinki: Edita.

Hemphill-Pearson, Barbara J. (toim.) 1999. Assessments in Occupational Therapy Mental Health: An Integrative Approach. New Jersey: SLACK Incorporated.

Heroiini ja opiaatit 2015. Tietoa eri huumeista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjajien-materiaalipaketti/paihteet-ja-peliriippuvuus/huumeet/tietoa-eri-huumeista#hepo>>. Luettu 10.9.2015.

Hillbom, Matti 2003. Huumeet ja aivokomplikaatiot. Teoksessa Salaspuro, Mikko – Kiiänmaa, Kalervo – Seppä, Kaija (toim.): Päihdelääketiede. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 520–524.

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirvonen, Ulla – Ryyänen, Mirja 2011. ”Päihteetönkin elämä voi olla ihan jees”: Päihdekuntoutujien toiminnan haasteet ja tuen tarve kuntoutuksen jälkeen. Opinnäytetyö. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Toimintaterapian koulutusohjelma. Verkkodokumentti. <<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201202242481>>. Luettu 8.9.2015.

Huumeongelman hoito 2012a. Psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmuodot. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Käypä hoito suositus. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50041#NaN>>. Luettu 7.9.2015.

Huumeongelman hoito 2012b. Opioidikorvaushoito. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Käypä hoito suositus. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50041#NaN>>. Luettu 7.9.2015.

Immonen, Jaakko – Kallio, Greta – Ojanen, Johanna 2014. Selvemmin eteenpäin. Kokemuksia ja kehittämissuhteita toimintaterapeuttisesta itsearviointilomakkeesta päihdetaustaisten sairaalaosastolla. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Toimintaterapian koulutusohjelma. Verkkodokumentti. <<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201405066070>>. Luettu 4.9.2015.

Irti huumeista ry n.d. Opiaatit: heroiini, morfiini ja synteettiset lääkevalmisteet (metadoni, buprenorfiini, kodeiini ja dekstropropoksifeeni). Verkkodokumentti. <http://www.irtihuumeista.fi/tietoa_ja_tukea/huumausaineet/opiaatit>. Luettu 10.9.2015.

Ismail, Zahinoor – Rajji, Tarek K. – Shulman, Kenneth I. 2010. Brief cognitive screening instruments: an update. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 25 (2). 111–120.

Jardim de Paula, Jonas – Marques de Miranda, Débora – Nunes de Moraes, Edgar – Malloy-Diniz, Leandro Fernandes 2013. Mapping the clockworks: what does the Clock Drawing Test assess in normal and pathological aging? *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 71 (10). 763–768.

Julkunen, Jenny – Nyberg-Hakala 2010. Toimiva päihdekuntoutus. Toimintaterapeutin opas. Espoo: Painotalo Casper Oy. ISBN 978-952-92-7812-1.

Kahila, Hanna 2012. Huumeiden vaikutuksesta raskauteen ja vastasyntyneeseen. Teoksessa Seppä, Kaija – Aalto, Mauri – Alho, Hannu – Kiiänmaa, Kalervo (toim.): *Huume- ja lääkeriippuvuudet*. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 226–229.

Kananen, Jorma 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 111. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. ISBN 978-951-830-180-9.

Kananen, Jorma 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 134. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. ISBN 978-951-830-225-7.

Kananen, Jorma 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 176. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. ISBN 978-951-830-328-5. Saatavilla myös sähköisesti ISBN 978-951-830-329-2 (PDF).

Karhula, Maarit – Heiskanen, Tuija – Juntunen, Kristiina – Kanelisto, Katja – Kantanen, Mari – Kanto-Ronkanen, Anne – Lautamo, Tiina – Häggblom-Kronlöf, Greta 2014. Hyvät arviointikäytännöt suomalaisessa toimintaterapiassa. Arvioinnin lähtökohdat ja suositukset. 2. painos. Suomen Toimintaterapeuttiliiton julkaisu.

Kielhofner, Gary – Forsyth, Kirsty 2008. Therapeutic Reasoning: Planning, Implementing, and Evaluating the Outcomes of Therapy. Teoksessa Kielhofner, Gary: *Model Of*

Human Occupation. Theory and Application. 4. painos. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 143–154.

Kiepek, Niki – Magalhaes, Lilian 2011. Addictions and Impulse-Control Disorders as Occupation: A Selected Literature Review and Synthesis. *Journal of Occupational Science* 18 (3). 254–276.

Kiianmaa, Kalervo 2012. Huumeiden vaikutustapa; Toleranssi, elimistön mukautuminen huumeisiin; Huumeen vaikutuksille herkistyminen; Huumeriippuvuuden kehittyminen; Perintötekijöiden vaikutus huumeriippuvuuden kehittymiseen. Teoksessa Seppä, Kaija – Aalto, Mauri – Alho, Hannu – Kiianmaa, Kalervo (toim.): Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 25–30, 32–33.

Knuuti, Ulla 2007. Matkalla marginaalista valtavirtaan? Huumeiden käytön lopettaneiden elämäntapa ja toipuminen. Yhteiskuntapolitiikan laitoksen tutkimuksia 1/2007. Helsinki: Yliopistopaino Kustannus. ISBN 978-952-10-3685-9.

Korvaushoitoyksikkö n.d. Palvelukuvaus. Helsinki: Helsingin Diakonissalaitos.

Lappalainen-Lehto, Riitta – Romu, Maija-Liisa – Taskinen, Mailis (toim.) 2008. Haasteena päihtet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Law, Mary – Baum, Carolyn – Dunn, Winnie (toim.) 2005. *Measuring Occupational Performance: Supporting Best Practice in Occupational Therapy*. 2. painos. USA, Thorofare, New Jersey: SLACK Incorporated.

Law, Mary – Polatajko, Helen, Baptiste, Susan – Townsend, Elizabeth 1997. *Core Concepts of Occupational Therapy*. Teoksessa Townsend, Elizabeth (toim.): *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists. 29–56.

Mikkonen, Antti 2012. Opioidiriippuvuus sairautena; Suomalainen opioidikorvaushoitajärjestelmä; Oireenmukainen opioidiriippuvuuden vieroitushoito. Teoksessa Seppä, Kaija – Aalto, Mauri – Alho, Hannu – Kiianmaa, Kalervo (toim.): Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 86–87, 94–95.

Mocatest n.d. Arviointimenetelmän kuvaus. Verkkodokumentti. <<http://www.mocatest.org/about/>>. Luettu 13.10.2015.

Nasreddine, Ziad S. – Phillips, Natalie A. – Bédirian, Valérie – Charbonneau, Simon – Whitehead, Victor – Collin, Isabelle – Cummings, Jeffrey L. – Chertkow, Howard 2005. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *The Journal of the American Geriatrics Society* 53 (4). 695–699.

Ollgren, Jukka – Forsell, Martta – Varjonen, Vili – Alho, Hannu – Brummer-Korvenkontio, Henriikki – Kainulainen, Heini – Karjalainen, Karoliina – Kotovirta, Elina – Partanen, Airi – Rönkä, Sanna – Seppälä, Timo – Virtanen, Ari 2014. Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2012. *Yhteiskuntapolitiikka* 79 (5). 498–508. Verkkodokumentti. <<http://julkari.fi/handle/10024/116870>>. Luettu 3.9.2015. Saatavilla myös painettuna.

Osastonhoitaja 2014. Osastonhoitaja/yksikön lähiesimies. Helsingin Diakonissalaitos. Helsinki. Haastattelu 13.11.

Osastonhoitaja 2015. Osastonhoitaja. Helsingin Diakonissalaitos. Helsinki. Sähköposti-keskustelu 13.10.

Opiaatti n.d. Terveyskirjasto. Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=opiaatti&p_artikkeli=Iltt02418>. Luettu 10.9.2015.

Opioidi n.d. Terveyskirjasto. Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Iltt02419&p_haku=opioidi>. Luettu 10.9.2015.

Partanen, Airi – Holopainen, Antti 2012. Päihdehuollon hoitopolut. Teoksessa Seppä, Kaija – Aalto, Mauri – Alho, Hannu – Kiiänmaa, Kalervo (toim.): Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 79–80.

Partanen, Airi – Vormaa, Helena – Alho, Hannu – Leppo, Anna 2014. Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito Suomessa. Suomen lääkärilehti 69 (7). 481–486. Terveystieteiden tutkimus. Verkkodokumentti. <<http://www.laakarilehti.fi/pdf/SLL72014-481.pdf>>. Luettu 3.9.2015. Saatavilla myös painettuna.

Pitkänen, Tuuli 2009. Hoito- ja rekisteritietojen käyttö päihdetutkimuksessa. Teoksessa Tammi, Tuukka – Aalto, Mauri – Koski-Jännes, Anja (toim.): Irti päihdeongelmista. 1. painos. Helsinki: Edita. ISBN 978-951-37-5533-1. 173, 182–183.

Polatajko, Helene J. – Backman, Catherine – Baptiste, Sue – Davis, Jane – Eftekhar, Parvin – Harvey, Andrew – Jarman, Jennifer – Krupa, Terry – Lin, Nancy – Pentland, Wendy – Laliberte Rudman, Debbie – Shaw, Lynn – Amoroso, Bice – Connor-Schisler, Anne 2007a. Human Occupation in Context. Teoksessa Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, & Justice Through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE. 37–61.

Polatajko, Helene J. – Davis, Jane – Stewart, Deb – Cantin, Noémi – Amoroso, Bice – Purdie, Lisa – Zimmerman, Daniel 2007b. Specifying the domain of concern: Occupation as core. Teoksessa Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, & Justice Through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE. 13–36.

Polatajko, Helene J. – Molke, Daniel – Baptiste, Sue – Doble, Susan – Caron Santha, Josiane – Kirsh, Bonnie – Beagan, Brenda – Kumas-Tan, Zofia – Iwama, Michael – Laliberte Rudman, Debbie – Thibeault, Rachel – Stadnyk, Robin 2007c. Occupational Science: Imperatives for occupational therapy. Teoksessa Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, & Justice Through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE. 63–82.

Päihdehuoltolaki 41/1986. Annettu 17.1.1986.

Rapeli, Pekka 2014. Cognitive function in opioid substitution treated patients. Associations with drug treatment variables. Väitöskirja. Research 130. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuslaitos (THL). Verkkodokumentti. <http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/116171/URN_ISBN_978-952-302-224-9.pdf?sequence=1>. ISBN 978-952-302-224-9. Luettu 18.9.2015. Saatavilla myös painettuna ISBN 978-952-302-223-2.

Ristola, Matti 2003. Huumeet ja infektiokomplikaatiot. Teoksessa Salaspuro, Mikko – Kiiänmaa, Kalervo – Seppä, Kaija (toim.): Päihdelääketiede. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 513–519.

Rojo-Mota, Gloria 2013. Terapia Ocupacional en Adicciones: revisión de bases de datos internacionales. Occupational Therapy for Addictions: review of international databases. Revista Terapia Ocupacional Galicia (TOG). 10 (18). 1–15. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<http://www.revistatog.com/anteriores.htm>>. Luettu 4.9.2015.

Rojo-Mota, Gloria – Pedrero-Perez, Eduardo J. – Ruiz-Sanchez de Leon, Jose Maria – Miangolarra, Juan Carlos 2014. Assessment of motor and process skills in daily life activities of treated substance addicts. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 21 (6). 458–464.

Ruusunen, Anna – Toivanen, Sari 2006. Vaihtoehtoiset hoitomuodot opioidivieroituksessa. Hoitohenkilökunnan näkemyksiä. Opinnäytetyö. Helsingin Ammattikorkeakoulu Stadia. Hoitotyön koulutusohjelma. Sairaanhoidaja (AMK).

Saarto, Ari 2003. Huumeet suomalaisessa yhteiskunnassa. Teoksessa Salaspuro, Mikko – Kiiänmaa, Kalervo – Seppä, Kaija (toim.): Päihdelääketiede. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 69–75.

Selin, Jani 2013. Mikä vaikutus? Korvaushoidon seuranta tutkimukset kertovat. Tiimi. Päihdetyön erikoislehti 49 (2). 22–25. A-klinikkasäätiö. Verkkodokumentti. <<http://www.a-klinikka.fi/sites/default/files/tiimi213.pdf>>. Luettu 7.9.2015. Saatavilla myös painettuna ISSN 0358-6936.

Seppä, Kaija – Aalto, Mauri – Alho, Hannu – Kiiänmaa, Kalervo (toim.) 2012a: Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 23–24, 163.

Seppä, Kaija – Aalto, Mauri – Alho, Hannu – Kiiänmaa, Kalervo 2012b. Huumeiden ja lääkkeiden ongelmakäyttö; Huume- ja lääkeriippuvuuden syntyminen. Teoksessa Seppä, Kaija – Aalto, Mauri – Alho, Hannu – Kiiänmaa, Kalervo (toim.): Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 8–9.

Soinila, Seppo 2009. Aivot. Pidä huolta pääomastasi. 1.painos. Helsinki: Duodecim.

Stanton, Sue – Thompson-Franson, Tracey – Kramer, Christine 1997. Linking Concepts to a Process for Working With Clients. Teoksessa Townsend, Elizabeth (toim.): Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists. 57–94.

Toimintaterapeuttiliitto 2011. Toimintaterapeuttien ammattieettiset ohjeet. Toimintaterapeuttiliiton julkaisu.

Townsend, Elizabeth – Brintnell, Sharon 1997. Context of Occupational Therapy. Teoksessa Townsend, Elizabeth (toim.): Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists. 9–28.

Townsend, Elizabeth A. – Polatajko, Helene J. 2007. Enabling: Occupational Therapy's Core Competency. Teoksessa Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, & Justice Through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE. 87–134.

Townsend, Elizabeth – Wilcock, Ann A. 2004. Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 71 (2). 75–87.

Tukeva, Jaana 2012. Elämänhallintaa etsimässä. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaille suunnatun haastattelulomakkeen kehittäminen. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Toimintaterapian koulutusohjelma. Verkkodokumentti. <<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201203133357>>. Luettu 4.9.2015.

Tuomola, Pekka 2012. Huumeiden ja lääkkeiden ongelmakäytön taustat; Ongelmakäyttäjän kohtaamisen vaikeus; Auttajan ja ongelmakäyttäjän kohtaaminen. Teoksessa Seppä, Kaija – Aalto, Mauri – Alho, Hannu – Kiiänmaa, Kalervo (toim.): Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 46–49.

Varjonen, Vili 2015. Huumetilanne Suomessa 2014. Raportti 1/2015. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinnin laitos (THL). Verkkodokumentti. <<http://www.julkari.fi/handle/10024/125568>>. Luettu 6.5.2015. Saatavilla myös painettuna ISBN 978-952-302-413-7.

Ylikangas, Mikko 2012. Oopiumin käytön historia; Morfiini käytön historia; Heroiinin käytön historia; Huumeet sodanjälkeisessä Suomessa. Teoksessa Seppä, Kaija – Aalto, Mauri – Alho, Hannu – Kiiänmaa, Kalervo (toim.): Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 16–18, 21–22.

Haastattelurunko

KUNTOUTTAVAN KORVAUSHOITOYKSIKÖN ARVIOINTIMENETELMIEN KARTOITUS TEEMAHAASTATTELU

Terhi Heinistö
Tia Vento

1. Mikä olet koulutukseltasi?
2. Kauanko olet työskennellyt yksikössä tai päihdekuntoutuksessa?

3. Minkälaista tietoa (esim. arviointeja) asiakkaista on jo heidän tullessaan?

4. Kertoisitko tarkemmin asiakkaiden toimintakyvyn arvioinnista ja tiedonkeruusta tässä toimipaikassa oman ammattisi näkökulmasta:
 - Minkälaisia asiakkaiden toimintakyvyn arviointimenetelmiä hyödynnät työssäsi tällä hetkellä? Esittelisitkö menetelmiä hieman?

 - Onko jotain toimintakyvyn arviointimenetelmiä joita voisit hyödyntää, mutta et juuri tällä hetkellä käytä työssäsi? Miksi et ole pystynyt hyödyntämään niitä työssäsi?

5. Minkälaista toimintakyvyn arviointitietoa tarvitsisit tai mistä hyötyisit työssäsi?
(Tässä voi apuna näyttää CMOP-E -kuviota)

6. Mitä muuta haluaisit vielä kertoa tai kysyä?

Tiedote

Tiedote tutkimukseen osallistuville

Hyvä kuntouttavan korvaushoidon yksikön työntekijä,

Teemme Helsingin Diakonissalaitoksen Kuntouttavan korvaushoidon yksikölle tutkimusta toimintakyvyn arviointimenetelmistä. Tutkimus on Metropolia Ammattikorkeakoulussa tehtävä toimintaterapian opinnäytetyö. Tutkimuksen alustava nimi on "Kuntouttavan korvaushoitoyksikön arviointimenetelmien kartoitus".

Opinnäytetyön tavoitteena on Diakonissalaitoksen päihde- ja mielenterveystyön yksikön kuntouttavan korvaushoidon toimipisteessä tällä hetkellä käytettyjen asiakkaiden toimintakykyä mittaavien arviointimenetelmien kartoitus. Lisäksi opinnäytetyössä kartoitetaan yksikölle soveltuvaa arviointimenetelmää sille toimintakyvyn osa-alueelle, jota on tarpeen huomioida enemmän toimintakykyä arvioitaessa.

Opinnäytetyöprosessin lopputulos esitellään kuntouttavan korvaushoidon hoitotiimille. Opinnäytetyö esitellään opinnäytetyöseminaarissa Metropolia Ammattikorkeakoulun tiloissa ja siitä kirjoitetaan kirjallinen raportti, joka julkaistaan Theseus.fi-palvelussa. Linkki raporttiin tulee Diakonissalaitoksen Internet-sivuille, päihdetyöhön liittyvien tutkimusten listaan.

Tutkimusmenetelminä käytetään Diakonissalaitoksen kuntouttavan korvaushoitoyksikön työntekijöiden haastatteluja, jonka lisäksi aineistoa ja tietoa hankitaan aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta, artikkeleista, opinnäytetöistä sekä internet –materiaaleista. Tutustumme myös Helsingin Diakonissalaitoksen kuntouttavan korvaushoitopisteen toimintaan.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja siihen osallistumisen voi keskeyttää milloin tahansa. Tutkimukseen osallistuminen ei aiheuta siihen osallistuville minkäänlaisia kustannuksia. Tutkittavien henkilöllisyys jää vain tutkijoiden tietoon. Tutkimukseen osallistuvia koskevaa aineistoa käytetään vain kyseiseen tutkimukseen ja aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Terhi Heinistö
Toimintaterapeuttipiskelija
terhi.heinisto@metropolia.fi

Tia Vento
Toimintaterapeuttipiskelija
tia.vento@metropolia.fi

Suostumuslomake

Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Tutkimuksen **alustava nimi**:

Kuntouttavan korvaushoitoyksikön arviointimenetelmien kartoitus

Tutkimus on Metropolia Ammattikorkeakoulussa tehtävä toimintaterapian opinnäytetyö. Opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa, minkälaisia menetelmiä Diakonissalaitoksen päihde- ja mielenterveyspalvelujen kuntouttavan korvaushoidon toimipisteessä tällä hetkellä käytetään asiakkaiden toimintakyvyn arvioimiseen. Lisäksi opinnäytetyössä kartoitetaan yksikölle soveltuvaa arviointimenetelmää sille toimintakyvyn osa-alueelle, jota on tarpeen huomioida enemmän toimintakykyä arvioitaessa.

Opinnäytetyöprosessin lopputulos esitellään kuntouttavan korvaushoidon hoitotiimille. Opinnäytetyö esitellään opinnäytetyöseminaarissa Metropolia Ammattikorkeakoulun tiloissa ja siitä kirjoitetaan kirjallinen raportti, joka julkaistaan Theseus.fi-palvelussa. Linkki raporttiin tulee Diakonissalaitoksen Internet-sivuille, päihdetyöhön liittyvien tutkimusten listaan.

Minulle on selvitetty yllä mainitun tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuksessa käytettävät tutkimusmenetelmät. Olen tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Olen myös tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen ei aiheuta minulle minkäänlaisia kustannuksia, henkilöllisyyteni jää vain tutkijan tietoon, minua koskevaa aineistoa käytetään vain kyseiseen tutkimukseen ja aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Tutkimuksessa voidaan mainita ammattinimikkeeni, ellei sen poisjättämisestä ole tehty erillistä kirjallista sopimusta tutkijan kanssa.

Suostun siihen, että minua haastatellaan ja/tai havainnoidaan ja haastattelussa antamani tietoja käytetään kyseisen tutkimuksen tarpeisiin. Voin halutessani keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin tahansa ilman, että minun täytyy perustella keskeyttämistäni tai että se vaikuttaa työsuhteeseeni.

Päiväys

Tutkittavan allekirjoitus ja nimenselvennys
