

Haittojen vähentämisen strategia osaksi raittiusorientoitunutta huumehoitoa

Huumepäivystyspoliklinikan toiminnan kehittäminen

Terveyden edistämisen
koulutusohjelma,
Sairaanhoitaja YAMK
Opinnäytetyö
syksy 2008

Kimmo Hannus

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 HUUMEIDEN KÄYTTÄJIEN MUUTTUVA HOITAJÄRJESTELMÄ	2
3 MATALAN KYNNYKSEN PALVELUMALLI HUUMEIDEN KÄYTTÄJIEN HOITAJÄRJESTELMÄSSÄ	5
3.1 Matalakynnyksisyyden perusteet	5
3.2 Matalakynnyksisen toiminnan toteutuminen Huumepäivystyspoliklinikalla	8
4 HAITTOJEN VÄHENTÄMINEN	11
4.1 Käsitteen moniulotteisuus	11
4.2 Haittojen vähentäminen osana raittiusorientoitunutta hoitoa	14
5 HELSINGIN DIAKONISSALAITOKSEN HUUMEPÄIVYSTYSPOLIKLINIKKA	17
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE	18
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	18
7.1 Tutkimuksen eteneminen	18
7.2 Kehittämistyöryhmän muodostaminen	20
7.3 Tutkimuksen menetelmälliset ratkaisut ja aineiston kerääminen	21
7.4 Aineiston analysointi	25
8 TULOKSET	28
8.1 Haittojen vähentämisen ilmentyminen Hppkl:n nykytoiminnassa.	28
8.2 Haittojen vähentäminen raittiusorientaation rinnalla.	32
8.3 Keskeisimmät Hppkl:n matalakynnyksisen toiminnan kehittämiskohteet.	35
9 POHDINTA	39

LÄHTEET

LIITTEET	Tiedote tutkimukseen osallistuville Suostumus tutkimukseen osallistumisesta
----------	--

1 JOHDANTO

Päihdehuollon kehittämiseen on viimeisen vuosikymmenen aikana panostettu huomattavasti. Perinteisten raittiusorientoituneiden hoitopalveluiden rinnalle on luotu asiakaslähtöisiä palvelumalleja, joiden avulla on pyritty saamaan palvelun piiriin myös ne, jotka eivät pysty tai halua raitistua juuri sillä hetkellä. Vaikka päihdehoidon päätavoite olisikin raittiuteen tukeminen, voidaan päihdeongelmaisten ihmisten hoidolle asettaa muitakin arvokkaita tavoitteita kuten kärsimyksen lievittyminen, elämänlaadun parantuminen ja terveyden edistyminen.

Yhteiskunnat ovat alkaneet kiinnittää huomiota enenevässä määrin päihteiden käytöstä aiheutuvien haittojen hallitsemiseen. Niin kutsuttu haittojen vähentämisajattelu (harm reduction) on levinnyt maailmalla, ja Suomikin on linjannut haittojen vähentämisen kansalliseen päihdepolitiikkaansa (Huumausainestrategia 1997: 58–59). Suomen huumausainepolitiikka on edelleen vahvasti rajoittavaa, mutta sen rinnalla on ryhdytty käytännön syistä harjoittamaan myös haittojen vähentämistä.

Haittojen vähentämisen toimintatapoja kuvaa matalakynnyksisyys. Matalan kynnyksen palveluilla pyritään saamaan huumeiden käyttäjät palveluiden piiriin ja, asiakkaan sitä halutessa, hoitopolulle, joka ohjaa aina raittiuteen. Tämän hoitopolun tiedetään olevan vaikeakulkuinen. Niin moni siltä suistuu. Haittojen vähentämiseen tähtäävä toiminta ja raittiusorientoitunut hoito ovat ideologisesti etäällä toisistaan (McLellan 2003: 239–240). Helsingin Diakonissalaitoksen Huumepäivystyspoliklinikan (Hppkl) arviointitutkimuksessa kuvataan matalakynnyksisyyden toteutuvan hyvin Hppkl:lla, mutta hoidollisesti korkeiden tavoitteiden nähdään sulkevan osan hoidontarpeesta olevista asiakkaista hoidon ulkopuolelle. Toisin sanoen hoitopolulle on helppo päästä, mutta pian kynnykset kohoavat polulla liian korkeiksi. (Törmä – Huotari – Inkeroinen 2003: 86.)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kehittää Helsingin Diakonissalaitoksen Huumepäivystyspoliklinikan (Hppkl) matalakynnyksisyyttä integroimalla haittojen vähentämisen strategia raittiusorientoituneen hoitotoiminnan rinnalle. Hankkeen taustalla oli Hppkl:n arviointitutkimuksessa (Törmä ym. 2003: 126–127) tehdyt suositukset toiminnan kehittämiseksi haittojen vähentämisen suuntaan. Opinnäytetyön tavoite oli tuottaa tietoa Hppkl:n matalakynnyksisyyden kehittämisen perustaksi.

2 HUUMEIDEN KÄYTTÄJIEN MUUTTUVA HOITAJÄRJESTELMÄ

Erikoistuneesta, itsenäisestä huumehoitojärjestelmästä ei vielä 1990-luvun puolivälissä voitu Suomessa puhua, vaikka huumeiden käyttäjiä oli hoidettu ja kuntoutettu jo runsaan 30 vuoden ajan muutamissa päihdehuollon erityisyksiköissä. Vuosikymmenen loppua kohden tilanne muuttui. Raha-automaattiyhdistyksen tuen avulla perustettiin lukuisia huumeiden käyttäjien hoitoon erikoistuneita hoitoyksiköitä, joiden näkemykset hoidosta poikkesivat A-klinikka verkoston varaan rakennetusta sosiaaliterapeuttisesta perinteestä. Erityisyksiköiden lukumäärä moninkertaistui ja huumeiden käyttäjille tarkoitettut palvelut monipuolistuivat. (Kaukonen 2002: 155–156.)

Kuussaari (2006: 38) nimeää kuvatun huumehoidon laajenemisen vaiheen huumehoidon murroksen aikakaudeksi. Hänen mukaansa murroskausia on ollut ennenkin, Kuussaari viittaa 1960- ja 70-lukujen vaihteen huumeiden käyttäjien hoidon lähinnä sisällöllisiin muutoksiin. Tällöin hoidossa siirryttiin psykiatrisesta viitekehyksestä sosiaaliterapeuttiseen viitekehykseen. Kaukonen (2002: 160) kuvaa huumeiden käyttäjien hoidon murrosta 1960- ja 70-luvun vaihteessa osana laajempaa yhteiskunnallista kamppailua viranomaislähtöisen, pakkoihin perustuneiden hoitojen ja toisaalta humanimpien, vapaaehtoisuuteen perustuneiden avohoitojen välillä. Tuolloin huumeiden käyttö myös vertautui muiden päihteiden kokeiluun, ja ilmiö nähtiin enemmänkin vuorovaikutusongelmana kuin sairautena. Nuoret huumeiden käyttäjät haluttiin hoitaa pääosin avopalveluna nuorisotasemilla korostaen sitä, ettei hoidon tulisi tarpeettomasti leimata jo ennalta poikkeavaa huumeiden käyttöä. (Kaukonen 2002: 155.)

Tammi (2002: 252) näkee huumeekysymyksen yhteiskunnallisen sääntelyn siirtyneen terveydenhuollosta rikosoikeudellisen kontrollin piiriin vuonna 1972 voimaan astuneen huumausainelain myötä. Päävastuu 1960-luvun lopulla nopeasti lisääntyneen nuorten huumeiden käytön hallinnasta siirtyi lääkäreiltä poliisi- ja oikeusviranomaisille. Kehittyi repressiivinen kokonaiskieltopolitiikka, jonka keskeinen asema Suomen huumausainepolitiikassa on säilynyt nykypäivään asti. Huumeekysymyksen rikosoikeudellinen määrittely muuttui laadullisesti 1990-luvun alussa, kun ilmiön yhteyttä järjestäytyneeseen rikollisuuteen alettiin korostaa. Samalla oli nähtävissä ensimmäisiä merkkejä haittojen vähentämisen ajattelusta, sillä vähäpätöisten tapauksien syyttämättä jättäminen mahdol-

listui vuoden 1994 huumausaineita koskevassa lakiuudistuksessa. (Tammi 2002: 252–253.)

Viimeisintä huumehoidon murroskautta, 1990-luvun lopulla alkanutta huumehoidon ekspansiivista vaihetta profiloivat lisääntyneen hoitopalveluiden kysynnän ja tarjonnan lisäksi hoitojen lääketieteellistyminen, lääkkeellisten hoitojen lisääntyminen sekä huumeiden käyttäjien psykiatristen hoitojen lisääntyminen (Kuussaari 2006: 38, Kaukonen 2002: 156, Murto 2002 :177). Hoitopalvelujärjestelmän laajenemisen taustalla vaikuttivat paineet kehittää hoitopalveluita vastapainoksi huumeiden käyttäjiin kohdistuvalle repressiolle, varsinkin kun käytön rangaistavuudesta ei haluttu tinkiä. Lisäksi tarve uudenaikaisille palveluille oli selkeä sosiaali- ja terveydenhuollon resurssien ollessa riittämättömät huumehoitopalveluihin. Samanaikaisesti huumeiden käyttö lisääntyi selvästi ja markkinoille tuli uusia huumausaineita. Myös kansainvälisen kehityksen myötä kansalliselle huumeapolitiikalle vaadittiin inhimillisempiä vaihtoehtoja, joita alettiin etsiä hoitopalveluista. (Kaukonen, 2002: 155–156.)

Suomen nykyiset huumestrategiat ja toimenpidelinjaukset luotiin toisen huumeaallon harjalla, 1990-luvun lopussa. Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman toimikunnan esityksen pohjalta valtionneuvosto teki vuonna 1998 periaatepäätöksen Suomen huumausainepolitiikasta. Suomen huumausainepolitiikka oli pitkään perustunut rajoittavalle kokonaiskieltopolitiikalle ja yleiselle hyvinvointipolitiikalle. Yleisen hyvinvoinnin edistämisen, elinolosuhteiden parantamisen ja huumeiden käytön kokonaiskiellon oli parhaiten katsottu sääntelevän huumeiden käyttöä. Uudessakaan strategiassa ei katsottu tarpeelliseksi muuttaa peruslinjaa, mutta kahden jalan varassa levännyttä huumausainepolitiikkaa vahvistettiin kolmannella jalalla: huumehaittojen vähentämiseen tähtäävällä toiminnalla. (Tammi 2002: 256–257.)

Tarkasteltaessa sekä kontrolliviranomaisten että sosiaali- ja terveysviranomaisten hallinnonaloja voidaan todeta, että molemmat ovat järjestelmällisesti pyrkineet vahvistamaan asemaansa huumausainepolitiikan kentällä. Valvontaviranomaiset ovat tehostaneet huumeiden käytön valvontaa. Haittojen vähentämisen rantauduttua Suomeen vaikuttaakin rajoittava politiikka entisestään kiristyneen. Huumausainekontrollia on tehostettu muun muassa lisäämällä poliisin ja tullin voimavaroja. Samalla sosiaali- ja terveysviranomaiset ovat huumeongelmaisten hoitoa koskevissa strategioissaan siirtyneet asteittain kohti haittojen vähentämisuuntausta. (Tammi 2002:259–262.)

Suomalainen huumausainepolitiikka vaikuttaa siis kehittyvän samanaikaisesti eri suuntiin. Yhtäältä repressiivinen politiikka on vahvistunut, ja haittojen vähentämiseen tähtäävä politiikka on kehittynyt sen rinnalle. Lähestymistapojen näkökulmaerot liittyvät keskeisesti huumeiden käyttäjän asemaan. Määritelläänkö käyttäjä rikolliseksi, jota tulisi rangaista vai riskikäyttäjäksi, jota tulisi tukea eri tavoin. (Tammi 2002: 263.) Näkökulmaeroja esiintyy vahvasti myös hoidollisen kontekstin sisällä. Suomessa on käynnissä huumehoidon lääketieteellistyminen (Kuussaari 2006: 38, Kaukonen 2002: 156, Murto 2002: 177, Hakkarainen 2002: 115), mutta päihdehoitojärjestelmän ydin, erityispalvelut, ovat hallinnoltaan edelleen pääosin sosiaaliviranomaisten vastuulla (Murto 2002: 189). Hoitopalvelujen kontekstissa huumeiden käytön määrittelyä raamittaa yhtäältä näkökulma huumeiden käytöstä sairautena ja toisaalta moniongelmaisuuksien ja huono-osaisuuden määrittelemä huumeiden käyttö (Kuussaari 2006: 51).

Huumeiden käyttäjien hoidon laajassa määrittelyssä huumeiden käyttö nähdään erilaisien ongelmien vyyhtinä, jonka purkamiseen tarvitaan useiden eri alojen osaamista (Kuussaari 2006: 22). Huumeongelmaa ei siis hoidon laajassa määrittelyssä voida nähdä ensisijaisesti lääketieteellisenä ongelmana, kuten huumehoidon kuvan kaventumisesta ja lääketieteellistymiskehityksestä huolissaan olevat muistuttavat (Murto 2002: 172). Murto (2002: 176) peräänkuuluttaakin päihdeongelman monimuotoisuuden tunnustamista sekä yhtä monimuotoista ja laajaa hoitomenetelmäarsenaalia.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoidon kehittämistä pohtineen työryhmän mukaan huumeriippuvuuden hoitomuodot vaihtelevat käytetyn huumeen ja riippuvuuden vaikeusasteen mukaan. Hoitomuodot voidaan jakaa lääkkeettömiin eli psykososiaalisiin ja lääkkeellisiin hoitomuotoihin. Hoitomuotoja ovat toisaalta myös akuutit katkaisu- ja vieroitushoidot ja toisaalta pitkäaikainen psykososiaalinen kuntoutus. Työryhmän mukaan psykososiaalisista hoitomuodoista käyttökelpoisimmiksi ovat osoittautuneet kognitiivis-behavioraaliset terapiat, niin sanotut 12-kohdan ohjelmat sekä strukturoidut ryhmä- ja yhteisöhoito-ohjelmat. Lääkkeellinen hoito puolestaan pitää sisällään mm. lääkeaineiden avulla toteutettuja katkaisu- ja vieroitushoitoja, joiden tarkoituksena on huumausaineen käytön hetkellinen tai pitkäaikaisempi keskeyttäminen tai lopettaminen. (STM, 2001: 18–19.)

Kuussaari pohtii Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän (2001) pidättäytyneen hoidon suppeassa määrittelyssä. Käsitteellisellä tasolla varsinaisen hoidon piiristä on pois suljettu esimerkiksi huumeiden käyttäjän asumiseen, toimeentuloon ja työhön liittyvät elämän osa-alueet. Hän itse määrittelee huumeiden käyttäjien hoidon sosiaali- ja terveyspalveluissa toteutettavaksi asiakaskohtaiseksi työksi, jonka tavoitteena päihdehaittojen ehkäisy ja asiakkaiden toimintakyvyn turvaaminen, palauttaminen tai lisääminen. (Kuussaari 2006: 23–24) Näin laaja-alaisessa huumeiden käyttäjien hoidon määrittelyssä raja haittojen vähentämiseen jää epäselväksi.

3 MATALAN KYNNYKSEN PALVELUMALLI HUUMEIDEN KÄYTTÄJIEN HOITAJÄRJESTELMÄSSÄ

3.1 Matalakynnyksisyyden perusteet

Matalan kynnyksen palveluista puhuttaessa tarkoitetaan asiakaslähtöistä toimintaa, jossa on kyse palveluiden saavutettavuuden helpottamisesta asiakkaan näkökulmasta. Kynnyksen madaltaminen ja palvelun saatavuuden parantaminen on merkityksellistä sellaisissa palveluissa, joiden kohderyhmällä on heikot voimavarat tai motivaatio palvelun käyttöön. Kyseessä saattaa olla palveluita, joihin liittyy sisällöllisesti sellaista, minkä vuoksi palvelua tarvitsevat eivät sitä mielellään hae. Yleisimmin matalan kynnyksen palvelut liitetään vaikeasti tavoitettaviin kohderyhmiin kuten mielenterveys- ja huumeongelmaiset. (Kaakinen – Törmä – Huotari – Inkeroinen 2003: 59.)

Kaakinen ym. (2003: 59) ilmaisevat huolensa matalan kynnyksen määritteen käyttämisestä vähäisin perustein. Heidän mukaan matala kynnyks liitetään helposti palveluihin ilman, että kyseessä olisi todella matalan kynnyksen palvelu. Kaakinen ym. (2003: 59) linjaavat, että matalalla kynnyksellä ei tarkoiteta palvelujärjestelmän ominaisuutta tai mallia, joka on sovellettavissa suoraan mihin tahansa palveluun. Menestyksekkään matalan kynnyksen palvelun edellytys on hyvä kohderyhmän käyttäytymisen ja tarpeiden tuntemus.

Huumeiden käyttäjät hakeutuvat huonosti palveluiden piiriin monestakin syystä, ja myös palvelujärjestelmä torjuu heidät helposti. Palveluorganisaatioiden asettamat vaatimukset tuottavat suurelle osalle huumeiden ongelmakäyttäjistä hankaluuksia. Monet

tavanomaiset käytännöt, kuten ajanvaraukset ja lähetteet saattavat osoittautua esteiksi palveluiden saamiselle. Lisäksi palvelujärjestelmä joutuu antamaan huumeiden käyttäjille porttikieltoja ja muita sanktiota näiden kieltäytyessä toimimasta järjestelmän odottamalla tavalla. Tästä aiheutuu tarpeettomasti katkeavia asiakkuuksia ja palveluissa kiertämistä. Huumeiden käyttäjien impulsiivisuus ja edellä mainittu pitkäjänteisyyden puute osaltaan vielä hankaloittaa palvelujärjestelmissä asiointia. Silti kenties kaikkein lähtökohtaisimman kynnyksen palveluille asettaa huumeiden käytön kriminalisointi. Rikollinen huumeiden käyttö ja siihen liittyvä muu rikollisuus vähentää asiakkaiden halua leimaantua järjestelmässä huumeiden käyttäjiksi. Myös palvelujärjestelmissä vallitsevat pelot, ennakkoluulot, tuomitsevat asenteet, negatiiviset stereotypiat ja stigmat hankaloittavat huumeiden käyttäjien asiointia ja kiinnittymistä palveluihin (Gerace – Hughes – Spunt 1995: 286–294).

Kaakinen ym. kritisoivat hoitojärjestelmien tavoittavan vain sopivimmat huumeiden käyttäjät, joiden kohdalla on odotettavissa tuloksia ja joilla on omaa motivaatiota. He kuvaavat järjestelmiä epädemokraattisiksi. Niissä pidetään organisaatiolähtöisesti kynnyksiä ylhäällä ja valikoidaan hoidettavat pitäen näin asiakasmäärät kurissa. Lisäksi hoitojärjestelmässä asetetaan helposti liian korkeita ja epärealistisia tavoitteita raitistumisesta ja kuntoutumisesta. Täten syrjäytyneimmillä ei käytännössä ole tasavertaisia mahdollisuuksia hoitoon. (Kaakinen ym. 2003: 85.)

On muistettava, että osa huumeiden käyttäjistä pystyy sitoutumaan korkeankin kynnyksen hoitojatkumoihin. Jos palveluiden saavutettavuuteen ei kiinnitetä erityistä huomiota, saattaa käydä niin, että eniten apua tarvitsevat jäävät palvelun ulkopuolelle. Matalan kynnyksen pyrkimys on siis tavoittaa laajalti kohderyhmä, kiinnittää heidät palveluihin ja saada mahdollisimman moni hoitoon.

Matalan kynnyksen palvelut huumeiden käyttäjien hoitojärjestelmässä ovatkin osoittautuneet yhdeksi keskeisimmäksi tekijäksi heidän saamisessaan palveluiden piiriin ja heidän kiinnittymisessään palveluiden käyttäjiksi (Kaakinen ym. 2003: 59–63). Erityisesti syrjäytyneimpien tavoittamisessa matala kynnyks on suorastaan perusedellytys. Asiakskuntaa ei siis valikoida tai pyritä muuttamaan kykeneväksi käyttämään yhteiskunnan normaalipalveluja, vaan palvelujärjestelmää muutetaan niin, että se voi palvella myös tätä kohderyhmää.

Matala kynnyks ei saa olla vain yksittäisten toimijoiden ominaisuus. Koko hoitojärjestelmän tulisi pystyä vastaamaan niiden asiakkaiden tarpeisiin, joita matalalla kynnyksellä toimivien palveluyksiköiden kautta ohjataan hoitojärjestelmään, muistuttaa Kaakinen ym. (2003: 77). Vaikka matalan kynnyksen ensisijainen tarkoitus on kiinnittää vaikeasti tavoitettava kohderyhmä palveluihin ja hoitoon, ei ole pidemmän päälle hyödyllistä, jos matalan kynnyksen ylityksen jälkeen jatkohoitovaihtoehdot ovat ainoastaan korkeakynnyksisiä. Hoitoketjun pitäisi kyetä tarjoamaan jatkohoitoa myös niille, jotka eivät kykene sitoutumaan raitistumistavoitteisiin.

Matalan kynnyksen palveluiden kannattavuutta ei ole kiistattomasti todistettu. Tieteellinen näyttö matalakynnyksisten hoitotulosten puolesta on toistaiseksi huteraa. Toisaalta parantunut palveluiden saatavuus ja toiminnan taloudellisuus ovat matalaa kynnystä puoltavia argumentteja. Ilman erikoistuneita ja tarkasti kohdennettuja toimia käyttäjät jäävät laajalti normaalien palvelujärjestelmien ulkopuolelle ja tarvitsevat ennen pitkää sairaalajaksoja infektioiden ja sairauksien takia. Erityisesti HIV:n ja hepatiitti C -infektion hoitaminen käy hyvin kalliiksi. Lisäksi huumeiden ongelmakäyttäjät käyvät kalliiksi yhteiskunnan muillekin sektoreille kuten vakuutusyhtiöille ja poliisiviranomaisille.

Matalan kynnyksen työskentely on ensisijaisesti asiakaslähtöistä. Esimerkkinä matalakynnyksisyydestä käytetään usein joukkoa periaatteita, joiden kautta palvelumalli määrittyy. Periaatteet ovat ideaaleja ja siksi niiden täydellinen noudattaminen, täydellinen kynnyksättömyys on mahdotonta. Jokaisella yksiköllä on omaa työtä ohjaavia rakenteellisia reunaehtoja, toiset noudattavat aukioloaikojansa ja toiset rajaavat asiakkaansa tiettyyn tarkennettuun kohderyhmään. Seuraavissa kappaleissa kuvatut matalan kynnyksen periaatteet kirjattiin Kluuvin palvelukeskuksen toimintaperiaatteiksi sitä perustettaessa. Ne on julkaistu palvelukeskuksen arviointitutkimuksessa (Törmä – Huotari – Kinnunen – Nieminen 2002: 28–29).

Palveluiden ei tulisi rakentua ajanvarausjärjestelmälle, päivystyksellisyys palvelee huumeiden käyttäjiä paremmin. Normaalien ajanvarausjärjestelmien ei ajatella toimivan huumeidenkäyttäjien kohdalla. Lisäksi matalan kynnyksen palvelun pitää olla lähetteetön, asiakkaan pitää voida tulla suoraan kadulta ilman muiden hoitoyksiköiden tai viranomaisten lähetteitä. Edelleen, matalan kynnyksen yksikön pitäisi ottaa kriisitilantees-

sa vastaan kaikki sinne hakeutuvat kotipaikasta riippumatta. Asiakkaan kotikunta ei saa estää palvelun saantia. (Törmä ym. 2002: 28–29.)

Koska huumeiden käyttö on laitonta ja yhteisön tuomitsemaa, pitäisi ainakin ensikontaktin olla mahdollinen ilman, että asiakkaan tarvitsee ilmoittaa henkilötietojansa. Tämä edellyttää palveluiden tarjoamista myös anonyymille asiakkaalle. Lisäksi huumeiden käytön kriminalisointi Suomessa aiheuttaa käyttäjissä viranomaisten sanktioiden pelon. On siis erityisen tärkeää, että palvelut ovat luottamuksellisia, muutoin huumeidenkäyttäjät saattavat jäädä pois palveluista. Keskeiseksi periaatteeksi nousee myös päihtymyksen salliminen. Päihdeongelmaisen asiakkaan pitää voida hakeutua palveluihin ja hoitoon myös päihtyneenä. Päihtymys ei saa olla peruste, jolla asiakas käännytetään pois. (Törmä ym. 2002: 28–29.)

Matalan kynnyksen hoitopaikasta ei pidä saada pitkää tai lopullista sanktiota, kuten porttikieltoa tms. Asiakkaalla pitää aina olla helpon paluun mahdollisuus. Oleellista on myös, että asiakkaiden palveluihin hakeutumisen motiiveja ei matalan kynnyksen periaatein laiteta paremmuusjärjestykseen, vaan apua annetaan silloin, kun asiakas sitä tarvitsee. Jo palveluyksikköön tulo pitää nähdä saavutuksena. Tämä pohjaa ajatukselle, että mikä tahansa ensikontakti voi luoda tietä myöhemmälle pyrkimykselle eroon huumeista. (Törmä ym. 2002: 28–29.)

3.2 Matalakynnyksisen toiminnan toteutuminen Huumepäivystyspoliklinikalla

Sosiaalikehitys Oy arvio Helsingin Diakonissalaitoksen (HDL) toimeksiannosta Huumepäivystyspoliklinikan toimintaa ja sen merkitystä huumehoidon kokonaisuudessa. Yksi arvioinnin keskeisistä kohteista oli matalan kynnyksen periaatteiden toteutuminen Hppkl:n toiminnassa. Arviointi ja siihen liittyvä tiedonkeruu tehtiin vuoden 2002 aikana ja tutkimus julkaistiin 2003.

Hppkl:n alkuperäisessä tavoitteenasettelussa toiminnan alkaessa vuonna 1997 toiminnan piti olla täysin kynnyksetöntä. Tarkoitus oli palvella kaikkia huumeiden käyttäjiä välttämättä nostavia työtapoja. Palvelumallin perustan yksi tärkeimmistä ilmenemismuodoista on ympärivuorokautinen päivystys, joka erottaa Hppkl:n kaikista virallisen palvelujärjestelmän huumehoitoyksiköistä. Arvioinnissaan Törmä ym. (2003: 120) to-

teavatkin matalan kynnyksen toteutuvan Hppkl:lla jokseenkin hyvin, varsinkin verrattuna mihin tahansa muuhun huumeiden käyttäjien palveluun. Hoitoon pääsyn todetaan olevan nopeaa verrattuna muiden sairauksien jonotusaikoihin, mutta ei täysin ongelmattonta. He jatkavatkin arvion matalan kynnyksen toteutumisesta riippuvan siitä, mitä vaatimuksia toiminnalle asetetaan.

Hppkl on muotoutunut osittain ajanvarauspoliklinikaksi. Kaikki päivystysasiakkaat otetaan vastaan, mutta monelle joudutaan varaamaan uusi aika perusteellisempaan haastatteluun. Osaltaan siksi, että päivittäisiä asiakasmääriä ja asiakkaiden hoitohakeutumisaikojen ei voida tarkoin ennustaa ja asiakashuippuihin varautuminen edellyttäisi jatkuvaa maksimiresursseilla toimimista. Antamalla asiakkaille ajanvarauksia saadaan asiakasvirta tasoittumaan ja henkilöstöresurssit tehokkaaseen käyttöön. Vastassa on siis resurssi- ja tehokkuuskysymys. On muistettava, että tällaisen organisatiolähtöisen muutoksen kanssa tulee olla hyvin tarkkana siinä, ettei huomaamatta nosteta kynnyksiä. Oletettaessa ajanvarausjärjestelmän palvelevan huonosti huumeiden käyttäjiä, on päivystysluontoisesta toiminnasta ajanvarauskäytäntöön siirtyminen sinällään jo kynnyksen nostamista. Tosin arvioinnin asiakashaastatteluissa ei tilannetta Hppkl:lla kovin huonona pidetty. (Törmä ym. 2003: 100–122.)

Toisen selityksen ajanvarausjärjestelmän kehittymiselle antavat kasvaneet asiakasmäärät ja ongelmat asiakkaiden hoitoonohjauksessa. Alkuperäisen toiminta-ajatuksen mukaan Hppkl ja sen yhteydessä toimiva Huumepäivystysosasto (Hpo) toimivat ensisijaisesti hoidontarvetta arvioivana yksikkönä, joka nopealla tempolla jakaa asiakkaat eri hoitoyksiköihin. Kun hoitojärjestelmässä ei ole tarpeeksi oikeanlaisia hoitopaikkoja, tai jatkohoitojen resurssit ovat riittämättömät, muodostuu Hppkl:lle ja Hpo:lle pullonkaula, joka hidastaa saumatonta asiakkaiden eteenpäin ohjausta. Tästä johtuen Hppkl on joutunut ottamaan yhä enemmän hoitovastuuta asiakkaista, joille ei löydy asianmukaista vastaanottajaa. Tällaisten Hppkl:lle kiinnittyvien asiakkaiden on luonnollista ja perusteltua asioida ajanvarauksilla tavatakseen omahoitajiaan suunnitellusti. Ajanvarausjärjestelmän kehittyminen päivystyksen rinnalle ei siis ole yksiselitteisesti kynnyksen nostamista, vaan myös palveluihin jo kiinnittyneiden asiakkaiden hoitosuunnitelmien mukaista toimintaa.

Kun jatkohoidot eivät ”vedä” ja Hpo:lla on rajalliset resurssit ottaa vastaan asiakkaita, joutuvat osastohoitoon hakeutuvat jonottamaan osastopaikkaansa. Tyypillisesti jonotus-

aika on muutamasta päivästä viikkoon. Jonottamiseen on luotu käytäntö, jossa osastopaikkaa odottavat joutuvat itse aktiivisesti olemaan yhteydessä Hppkl:aan. Tällaisen asiakasta vastuuttavan jonotuskäytännön ajatellaan motivoivan asiakasta hoitonsa suhteen. Osastolle jonottavien asiakkaiden aktiivisuus, raittiusorientaatio tai motivaatiotaso eivät kuitenkaan ole osastolle pääsyn kriteerejä. Hppkl:lla arvioidaan jokaisen osastolle hakeutuvan hoidon tarve ja kiireellisen hoidon tarpeessa olevat priorisoidaan jonossa. Arviointitutkimuksessa (Törmä ym. 2003: 122) kerätyssä asiakaspalautteessa osastojonokäytäntö sai jonkin verran kritiikkiä, vaikka enemmistö asiakkaista koki päässeensä Hpo:lle kohtuullisessa ajassa. On kuitenkin huomioitava, että palautteen antoivat hoitoon päässeet asiakkaat. Tutkimukseen eivät ole osallistuneet ne asiakkaat, joiden hoito keskeytyi osastojonoon.

Onkin syytä miettiä, aiheuttaako jonotuskäytäntö joidenkin asiakkaiden jonosta ja hoidosta pois putoamista. Erityisesti asiakkaat, joilla on hoidon tarve mutta heikko kyky huolehtia aktiivisesta jonottamisesta, ovat vaarassa jäädä palveluiden ulkopuolelle. Lisäksi tulisi olla tarkkana siitä, etteivät ajanvarauskäytännöt vie liikaa resursseja päivystystoiminnalta, jonka ajatellaan palvelevan paremmin voimavaroiltaan heikompia asiakkaita.

Matalan kynnyksen pohdinnassaan Törmä ym. (2003: 124) asettavat Hppkl:n toiminnalle perustavanlaatuisen kysymyksen. Onko toiminnan tavoitteena saada mahdollisimman moni apua tarvitseva hoidon/hoivan piiriin vai saada mahdollisimman moni huumeiden käyttäjä kiinnittymään hoitoon ja raitistumaan? Kirjoittajien mukaan jälkimmäisen vaihtoehdon toimintansa tavoitteekseen asettavat ovat jossain määrin ristiriidassa kynnysettömän sisääntulon ihanteen kanssa. Törmän ym. (2003: 126) vastaus Hppkl:n kehittämisspyrkimyksille olisikin kynnyksen entisestään madaltaminen ja ovien leventäminen myös niille huumeiden käyttäjille, joiden kohdalla ei ole odotettavissa hoitotuloksia. Suuntautumalla haittojen vähentämiseen (harm reduction) voitaisiin integroida inhimillisen kärsimyksen vähentäminen entistä selkeämmin katkaisu- ja kuntouttavan hoidon raitistumistavoitteen rinnalle.

Vastaavansuuntaista pohdintaa tuo esille Kekki (2004: 94) Tampereen Matalan arviointitutkimuksessaan. Matalan työryhmä koki ajoittain vaikeaksi yhdistää matalan kynnyksen mukainen vapaamuotoinen asiakkaiden kohtaaminen sekä sääntöjä ja sopimuksia sisältävä hoitoon ohjaaminen. Molemmat toiminnat tunnistettiin matalan kynnyksen

palveluiden ydintehtäviksi, sillä niissä molemmissa pyrittiin tavoittamaan mahdollisimman monia asiakkaita ja ohjaamaan heitä hoito- ja tukipalveluiden piiriin. (Kekki 2004: 94.)

4 HAITTOJEN VÄHENTÄMINEN

4.1 Käsitteen moniulotteisuus

Yleispätevää määritelmää haittojen vähentämiselle (harm reduction), on vaikea esittää. Käsitteen ”haittojen vähentäminen” merkitys vaihtelee käyttöyhteydestä riippuen, ja sillä voi olla moninaiset merkityssisällöt. Kyseessä on ongelmallinen käsite, jonka asianmukainen käyttäminen edellyttää perusteluita. Ensisijaisesti termillä tarkoitettiin toimintaa, jonka tarkoituksena oli vähentää päihteiden käytön aiheuttamia terveyshaittoja. Toisaalta haittojen minimoinnilla on joissakin yhteyksissä viitattu kaikkiin toimiin, jotka saattavat vähentää päihteiden aiheuttamia haittoja, mukaan lukien päihteiden kysyntää ja tarjontaa rajoittavat kontrollitoimenpiteet. Näin eri yhteyksissä käytettynä määrittyvät niin haitat kuin niiden vähentäminenkin eri tavoilla. Hurme (2002) kiinnittää huomiota käsitteen nimissä tehtäviin moninaisiin toimenpiteisiin. Hän jatkaa, että haittojen vähentäminen on enemmän joukko paikallisesti kehittyneitä tekniikoita kuin johdonmukainen lähestymistapa huumeongelmaan, huumepolitiikkaa jäsentävä termi tai eksakti huumeepoliittisen analyysin väline. (Hurme 2002: 415–420.)

Käsite otettiin käyttöön 1980-luvun alkupuolella, aikana jolloin maailmassa herättiin AIDS-epidemiaan. Tuolloin ymmärrettiin Hi-viruksen tarttuvan suojaamattomassa yhdynnässä sekä pistosvälineiden yhteiskäytössä. Seksuaalisen kanssakäymisen osalta oivallettiin, että on lähes mahdotonta saada ihmiset luopumaan seksistä, ja keskityttiin tartuntariskin minimointiin. Samanlaisesta ajatuskulusta kehittyivät neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmat, jotka ovat konkreettisia esimerkkejä haittojen vähentämisen käytännöistä. Kun pyrkimykset rajoittaa huumeidenkäyttöä ja -kysyntää osoittautuivat riittämättömiksi, oli tarpeen ryhtyä toimiin riskikäyttäytymisen hallitsemiseksi.

Haittojen vähentäminen saatetaan usein esittää yleisenä huumeainepoliittisena strategiana, jolloin se saa ideologisen sisällön ja vertautuu yleiseen rajoittavaan huumeepoliittikkaan (Hurme 2002: 415, Tammi 2002: 256). Näin kokonaisvaltaisella tasolla haitto-

jen vähentäminen ja rajoittava huume politiikka näyttäytyvät toisistaan, niin tavoitteellisesti kuin menetelmällisesti, hyvinkin ristiriitaisina. Perinteisillä kulutuksen rajoittamiseen tähtäävillä päihdepoliittisilla toimilla on ensisijaisesti pyritty vaikuttamaan huumeiden käytön vähentämiseen ja jopa lopettamiseen. Sen tavoitteena on huumeeton yhteiskunta. Rajoittavan politiikan uskotaan vaikuttavan huumeiden kysyntään valvonnalla ja tiukalla kontrollilla, esimerkkinä huumeaineiden käytöstä langetettavat tuomiot. Haittoja vähentävälle politiikalle vaatimus huumeettomuudesta on toissijainen. Huumeiden todetaan tulleen jäädäkseen ja uuteen tilanteeseen pyritään sopeutumaan käytännönläheisin keinoin edistämällä huumehaittojen ehkäisyä, korjaamista ja huumeongelmaisten hoitoa. Pyrkimään huume poliittisessa keskustelussa muihin kuin yksioikoisen kielteisiin kantoihin huumeiden käyttämisestä ja niiden käyttäjistä, näyttäytyy haittojen vähentäminen rajoittavan huume politiikan kritiikkinä. (Hurme 2002: 416.)

Kansanterveyden näkökulmasta haittojen vähentäminen on hyvin käytännönläheistä, huumeiden käytön aiheuttamiin yhteiskunnallisiin terveysriskeihin vaikuttamista. Huumeiden käytön aiheuttamat haitat kuten HIV-infektiot, hepatiitti C -infektiot ja yliannostuskuolemat uhkaavat kansanterveyttä, ja näin ollen haittoja vähentävät interventiot ovat perusteltuja. Periaatteellisella tasolla voidaan siis pitää kiinni rajoittavasta huumeaine politiikasta, mutta pakon edessä on toteutettava haittojen vähentämiseen tähtääviä toimenpiteitä (Hurme 2002: 417). Tällaisesta kansanterveysnäkökulmasta toteutetusta haittojen vähentämisestä hyvänä esimerkkinä toimivat puhtaiden neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmat.

Toinen näkökulma haittojen vähentämiseen on painottaa yksilön, tässä tapauksessa huumeiden käyttäjän, subjektiivisia oikeuksia. Periaatteellinen ihmisoikeusnäkökulma näkee yksilön ensisijaisesti vapaana oikeussubjektina, jonka tasa-arvoisuutta heikentää mm. huumeaineita kontrolloivat toimenpiteet. Rajoittavan huume politiikan ajatellaan näin aiheuttavan kohtuuttomia kärsimyksiä huumeiden käyttäjille, koska huumeiden täyskielto pitää hinnat korkealla ja painostaa käyttäjät omaisuusrikoksiin rahoittaakseen käyttönsä (Hurme 2002: 417). Ihmisoikeusnäkökulmasta haittojen vähentäminen rinnastaa käyttäjien oikeuksia heikentävät käytännöt haitoiksi kuten terveydellisetkin haitatkin. Täten huumeongelman kokonaisuksi, kansanterveyshaittojen lisäksi, tulisi laskea myös kontrollipolitiikasta aiheutuvat kustannukset.

Kansanterveyden nimissä tehtyä haittojen vähentämistä toteutetaan rinnakkain rajoittavan, poliisikontrolliin perustuvan, huume politiikan kanssa. Sen sijaan ihmisoikeusnäkökulma haittojen vähentämiseen asettuu rajoittavaa politiikkaa vastaan tarkastelemalla kontrollista aiheutuvia kustannuksia (Hurme 2002: 418). Yksi selitys tälle erolle löytyy erilaisista yksilön tulkinnan tavoista. Kansanterveysnäkökulma ymmärtää ihmisen väestön osana, biologis-sosiaalisen yhteisön yksikkönä, jonka elämäntapaan se pyrkii vaikuttamaan. Kun taas sekä ihmisoikeusnäkökulma että rajoittava huume politiikka näkevät yksilön oikeussubjektina, jonka olemassaoloa määrittävät lakiin perustuvat oikeudet ja vapaudet. Operoidessaan erilaisen yksilö määrittelyn kanssa, ei kansanterveysnäkökulma joudu ristiriitaiseen diskurssiin rajoittavan politiikan kanssa. Sen rooliksi jää vallitsevan politiikan tukeminen, käytännöllisenä ja korjaavana toimintana omalla rajatulla ongelma-alueellaan. (Hurme 2002: 418.)

Pragmaattisen sekä ristiriidattoman kannan haittojen vähentämiseen on ottanut myös lääkärisseura Duodecim, jonka konsensuslausuma (1999) ottaa hyvin käytännönläheisen linjan:

”Haittojen vähentämiseen tähtäävä toiminta pyrkii huumeongelmasta aiheutuvien kaikkinaisten haittojen ja kustannusten vähentämiseen eikä pelkästään huumeettomaan elämään. Näkökulma ei ole vastakkainen rajoittavalle huume politiikalle vaan käytännön tarpeiden sanelemaa kontaktin luomista ja huumeiden käyttöön liittyvien terveysriskien vähentämistä, joka tukee huumeiden käytön rajoittamistyötä.”

Lääkärisseura Duodecimin määritelmä antaa hyvän kuvan suomalaisesta haittojen vähentämisestä. Kaikessa pragmaattisuudessaan se määrittää haittojen vähentämisen käytännön toimiksi ilman erityistä ideologista sisältöä. Tämä näyttäytyy myös yhteiskunnallisessa keskustelussa, missä haittojen vähentäminen ei näyttäydy rajoittavalle politiikalle vaihtoehtoisena strategiana. Hurmeen (2002: 416) mukaan korostunut käytännöllisyys suomalaisessa diskurssissa on mahdollistanut ristiriitaisten käytäntöjen yhteiselon. Kun keskustelua ei ole käyty ideologisella tasolla, ristiriita rajoittavan politiikan kanssa ei ole kärjistynyt.

Näkökulmaltaan Duodecimin määritelmä edustaa hyvin suomalaista tapaa käsitellä haittojen vähentämistä ja istuu siten vallitsevaan todellisuuteen. Huomionarvoisia Duodecimin määritelmässä ovat muutamit kohdat, kuten maininta kaikkinaisten kustannusten ja haittojen vähentämisestä. Täten voitaisiin olettaa määrittelyn todellakin tarkoittavan

kaikkia kustannuksia ja haittoja, mutta näkökulman istuttaminen rajoittavan politiikan rinnalle kertoo toista. Haitat siis ymmärrettäneen puhtaasti kansanterveydellisinä riskeinä ja kustannusten vähentäminen lienee viittaus matalakynnyksiseen toimintamalliin, jolla uskotaan saavutettavan säästöjä. Matalaan kynnykseen ja käytännön toimintatapoihin viittanee myös kontaktien luominen, jonka kohteena oletettavasti on huumeiden käyttäjä. Näin irrottaudutaan yksioikoisen kielteisestä kannasta suhteessa huumeiden käyttäjiin tehden varovaista pesäeroa kontrollipolitiikkaan. Mielenkiintoista on myös se, ettei lääkäriliitto konsensuslausumassaan nosta päihdehoitoa erityisesti esille. Toisaalta viittausten huumeettomaan elämään ja kaikkinaisten haittojen vähentämiseen voidaan tulkita pitävän perinteinen raittiusorientoitunut päihdehoito sisällään.

4.2 Haittojen vähentäminen osana raittiusorientoitunutta hoitoa

Kuten edellä on kuvattu, Törmä ym. (2003: 126) peräänkuuluttivat Hppkl:n arviointitutkimuksessaan haittojen vähentämisen integroimista vahvemmin perinteiseen raittius-tavoitteelliseen hoitoon. Hyväksymällä hoidollisesti vaatimattomammat tavoitteet kuten inhimillisen kärsimyksen lievittämisen katkaisuhoidojen raitistumistavoitteen rinnalle, mahdollistettaisiin yhä useamman pääsy hoidon piiriin. Törmä ym. (2003: 126) viittaavat ensisijaisesti pitkälle syrjäytyneisiin huumeiden käyttäjiin, joiden kohdalla ei uskota hoidon tuloksellisuuteen ja joiden tarpeet liittyvät enemmän peruspalveluihin ja hoi-vaan. Hoito ymmärretään siten arvokkaana, tavoitellaan sillä täysraittiutta tai hetkellistä elämänlaadun kohentamista. On selvää, että yksi ja sama hoitomalli ei sovi jokaiselle asiakkaalle ja että hoidon tulee olla yksilöllistä ja asiakkaan tarpeen mukaista. Mutta onko haittojen vähentämisen liittämässä osaksi raittiusorientoitunutta hoitoa yksinker-taisesti kyse palveluvalikon laajentamisesta erilaisen asiakaskunnan tarpeiden tyydyttä-miseksi? Voidaanko mainittu integraatio ymmärtää puhtaasti käytännön toimena, jolla saadaan kynnystä madallettua ja yhä useampi palvelujen piiriin. Ja entä onko se ylipää-tänsä sovitettavissa jo olemassa olevaan palvelumalliin ja millä keinon?

Omassa haittojen vähentämisen ja perinteisen päihdehoidon integrointipohdinnassaan, Marlatt, Blume ja Parks (2001: 13) kuuluttavat epätoivoisesti uusien lähestymistapojen perään. Heidän mukaansa perinteisillä huumeongelmaisten hoidon palvelumalleilla voi-daan auttaa hyvin vähän, jos olleenkaan, niitä jotka eivät huoli täysraittiutta tavoitteek-seen. Haittojen vähentämisajattelussa Marlatt ym. (2001: 13) näkevät mahdollisuuden

laajentaa tarjolla olevia palveluita ja lisätä niiden saatavuutta. Ensisijaisesti siksi, että haittojen vähentämiseen tähtäävä hoito sietää muutkin tavoitteet kuin raittiuden. Lisäksi he uskovat haittojen vähentämisajattelun hyödyttävän perinteisiä hoitokäytäntöjä tuomalla sinne tieteelliseen ajatteluun perustuvaa ja läheisesti yksilön sekä yhteisön terveyteen vaikuttavaa pragmatismia. Tällä kirjoittajat viittanevat mm. terveysneuvontatyössä saavutettuun vaikuttavuuteen juuri näiden raitistumistavoitteeseen sitoutumattomien asiakkaiden kohdalla.

Holistisesti asiakkaiden tarpeisiin vastaaminen on haittoja vähentävää päihdehoitoa, kirjoittavat Majoor ym. (2003: 257–262). Kun päihitteettömyys on saavuttamattomissa, jää silti monia hyviä tavoitteita saavutettaviksi. Heidän haittojen vähentämisen ja raittiustavoitteen integroineen hoitomallinsa kivijalka onkin asiakkaan moninaisten tarpeiden kunnioittaminen. Majoor ym. (2003: 257–262) lainaavat Maslovin tarvehierarkiaajattelua hoitomallissansa. He jakavat haittojen vähentämisen viiteen tavoitteeltaan eritasoiseen osaan, jotka rakentuvat toistensa varaan. Tämän lisäksi kirjoittajat alleviivaavat näkökulmansa perustuvan asiakasta vahvistavalle hoitosuhteelle sekä asiakkaan kyvylle kehittyä oman elämänsä ohjaajaksi. Ensimmäisessä tarvehierarkian vaiheessa asiakkaan perustarpeista huolehditaan: ruoka, vaatetus, peseytyminen, makuusija ja myös puhtaat pistosvälineet. Toinen taso keskittyy asiakkaan stressitason laskemiseen ja sitä kautta paranemisprosessin aloittamiseen tarjoamalla mm. tilan rauhoittumista varten sekä erilaisia hoitomenetelmiä kuten akupunktio. Kolmannella tasolla pyritään terveysneuvonnan keinoin opastamaan ja kouluttamaan asiakkaita tekemään tietoisempia valintoja kohtaamisissaan tilanteissa. Neljäs taso on varsinaista parantumista ja voimaantumista (empowerment) monialaisen hoidollisen tuen avulla. Sitten viidennellä tasolla pyritään integroitumaan takaisin yhteiskuntaan myös vahvasti tuettuna monin eri keinoin.

Denning (2001) korostaa asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista haittojen vähentämisen yhteensovittamisessa hoitoympäristöön. Strategioissaan hän on samoilla linjoilla Majoor ym. kanssa painottaessaan yhteistyöhön perustuvan asiakassuhteen merkitystä. Denning kuvaa myös tarpeet hierarkkiseksi järjestelmäksi, joka hyväksytään asiakaslähtöisesti, asiakkaan itsensä määrittämässä järjestyksessä. Lisänä aiempaan kuvaukseen Denning tuo esille yhden haittojen vähentämisen ja hoito-orientaation yhteensovittamisen kannalta keskeisen asian. Hän puolustaa hoidoissa sääntörikkomuksiin sortuvien rangaistuskäytännöistä luopumista. Hoitojen keskeyttäminen tai muu sankti-

ointi pääsääntöisesti vain lisää huumeiden käyttöä ja niistä aiheutuvia haittoja. (Denning 2001: 23–26.)

Kellogg pohtii haittojen vähentämisen ja raittiustavoitteen suhdetta perusteellisemmin. Hänen ajatuksenaan on yhdistää haittojen vähentäminen ja tavoitteellinen päihdehoito yhdeksi, terapeutiseksi jatkumoksi, jota hän luonnehtii ”raittius lopulta” -ajatteluksi. Vaikka Kellogg mallissaan keskittyy ensisijaisesti hoito-orientaation viemiseen haittojen vähentämisen kentälle, ovat hänen ajatuksensa mielenkiintoisia. Hän tutkailee haittojen vähentämistä kolmesta näkökulmasta. Ensiksi hän jakaa erilaiset haittojen vähentämisinterventiot niiden kohteiden, asiakkaiden riippuvuusasteiden mukaan. Pitkän päihdehistorian omaaville, kroonisesti riippuvaisille suunnataan eri interventiota kuin satunnaisemmin huumeita käyttäville. Toinen näkökulma haittojen vähentämiseen suunnattujen interventioiden ryhmittämiseksi on jakaa ne niillä saavutettavien vaikutusten mukaan. Toiminnan tarkoituksena voi olla hengissä säilymisen turvaaminen, terveydentilan ylläpitäminen tai päihderiippuvuuden hoitaminen. Mainituista toiminnan eriashteisista tavoitteista Kellogg jatkaa huomiolla, että perustarpeita tyydyttävät palvelut ovat suhteellisen välittömät ja hoidollisemmat palvelut taas aikajänteeltään pidempikestoisia. Kolmannen näkökulman haittojen vähentämiseen antaa asiakkaiden motivaatiotason tarkastelu. Raittiuserioitunut hoito palvelee niitä, jotka haluavat raitistua ja haittojen vähentämistoimet niitä, jotka haluavat edelleen jatkaa käyttöä tai eivät kykene vielä lopettamaan. (Kellogg 2003: 241–247.)

Haittojen vähentämisen ja raittiuserioituneen hoidon integrointistrategiat luovat pohjaa sille kehitystyölle, johon Törmä ym. (2003: 126–127) arviointitutkimuksessaan Hpkl:a kannustivat. Toisten kokemuksista saatavissa oleva tieto palvelee kehitystyössä mutta vain suunta-antavasti. Uuteen ympäristöön strategioita sovellettaessa tulee huomioida toimintaympäristön rajoitteet ja tunnettava perinpohjaisesti toiminnan sisältö. Majoorin ym. (2003: 257–262) kuvaama pitkäkestoinen asiakassuhde läpi kuntoutusprosessin edellyttää käytännössä päihdepalveluiden tavarataloa, jossa työntekijöillä on vapaa liikkuvuus asiakkaiden rinnalla, tasolta toiselle. Vallitseva pirstaleinen palvelujärjestelmä ei mahdollista kuvattua hoidon jatkuvuutta. Denningin (2001) perään kuuluttama sanktiosta luopuminen soveltuu ja onkin osin käytössä korvaus- ja ylläpitohoitojen kentällä. Toisaalta olisi vaikea olla uloskirjoittamatta asiakasta, joka esimerkiksi salakuljettaisi huumeita katkaisuhuolto-osastolle vaarantaen muiden hoidossa olevien raittiuden. Tämän ongelma lienee keskeisimpiä haittojen vähentämisajattelun istuttamisessa

raittiusorientoituneeseen hoitoon. Ei niinkään se, että asiakkaita rangaistaisiin vaan se, että hoitoyhteisön etu turvataan yksittäisen asiakkaan edun kustannuksella.

Kyseinen integraatio vaikuttaisi olevan huomattavasti laajempi kokonaisuus kuin käytäntöjen uudelleen järjestäminen. Haittojen vähentämisestä on tullut kiihkeän, tunnelatautuneen ja jopa poliittisesti räjähdysherkän kiistelyn symboli, kirjoittaa McLellan (2003: 239–240). Vaikka suomalaisessa päihdepolitiikassa vallitsee hiljainen konsensus, ovat ”moralistit” äänekkäinä vastustamassa haittojen vähentämideologian leviämistä. Myös päihdepalveluiden kenttä on jakautunut niin, että puoliskot suostuvat yhteistyöhön lähinnä vain omiensa kanssa, jatkaa McLellan (2003). Polarisoituneella kentällä toimivia Denning (2001: 26) kehottaakin kunnioittamaan asiakkaiden diversiteetin ohella toistensa ideoita ja näkemyksiä uusien työmallien kehittymiseksi.

5 HELSINGIN DIAKONISSALAITOKSEN HUUMEPÄIVYSTYSPOLIKLINIKKA

Helsingin Diakonissalaitos on 140 -vuotias sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuottava yleishyödyllinen säätiö. Sen diakoniatoimen erityisosaamista ovat muun muassa huumehoitopalvelut, jotka profiloituvat erikoistuneiden huumehoitojen tarjoamiseen ja tekevät eron yleisestä päihdehuollosta. Taustalla vaikuttaa ajatus haittojen ehkäisyn hyväksymisestä osaksi professionaalista huumehoitoa. Hoitopalveluiden painotus on kynnysketoilla, ensivaiheen hoitopalveluilla, jotka käyttävät monipuolisia ja tarvelähtöisiä hoitolinjoja. Palveluissa on asetettu etusijalle kaikkein syrjäytyneimmät ja hoitojärjestelmien ulkopuolelle jäävät. (Voutilainen: 2005.)

Huumepäivystysklinikka käsittää kolme erillistä yksikköä: Se koostuu huumeapäivystyspoliklinikasta (Hppkl), 10-paikkaisesta huumeapäivystysosastosta (Hpo) sekä päiväkeskuksesta nimeltään Stoori. Huumeapäivystyspoliklinikka ja huumeapäivystysosasto, jotka aiemmin tunnettiin nimellä Kurvin huumeoliklinikka, sijaitsevat Helsingin Munkkisaaressa. Päiväkeskus Stoori on Itäkeskuksessa, Puotinharjun ostoskeskuksessa. (Huumeapäivystysklinikkan toimintasuunnitelma 2006)

Huumeapäivystyspoliklinikka on Helsingin diakonissalaitoksen vuonna 1997 perustama erikoistuneita päivystyshoitopalveluita tuottava päihdehuollon neuvontapalvelu-, hoidon tarpeen arviointi- ja kriisihoitoyksikkö. Poliklinikka palvelee kaikkia ikäryhmiä matalan

kynnyksen periaatteen mukaisesti ympäri vuorokauden. Palvelut on tarkoitettu valtakunnallisesti huumeiden käyttäjille, heidän läheisilleen sekä viranomaisille. (Huumepäivystysklinikan toimintasuunnitelma 2006.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Helsingin Diakonissalaitoksen Huume-
päivystyspoliklinikan matalakynnyksistä toimintaa. Tähän pyrittiin integroimalla haitto-
jen vähentämisen strategia osaksi raittiusorientoitunutta hoitotoimintaa.

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa Huume-
päivystyspoliklinikan haittojen vähentämisen ja raittiusorientoituneen hoidon integraatiokehityksen tueksi.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten haittojen vähentäminen ilmeni Hppkl:n nykytoiminnassa?
2. Millaisina haittojen vähentämisen strategian ja raittiusorientoituneen hoitotoiminnan yhdistämisyrittämykset ilmenivät Hppkl:n toiminnassa?
3. Mitkä olivat Hppkl:n työryhmän mukaan keskeisimmät kehittämiskohdet Hppkl:n matalakynnyksisessä toiminnassa?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimuksen eteneminen

Opinnäytetyönä toteutetun tutkimushankkeen käynnistyessä Hppkl:lla vallitsi haasteellisen kaksijakoinen työnkehitysilmapiiri. Säännöllinen ryhmätönohjaus sekä tiiviit henkilökunnan suunnittelu- ja kehityspäivät mahdollistivat työryhmän omien kehitystarpeiden julki tulemisen. Toisaalta taloudellisten reunaehtojen työn tuottavuudelle asettamat haasteet ilmenivät henkilöstön passiivisuutena kehittämislle.

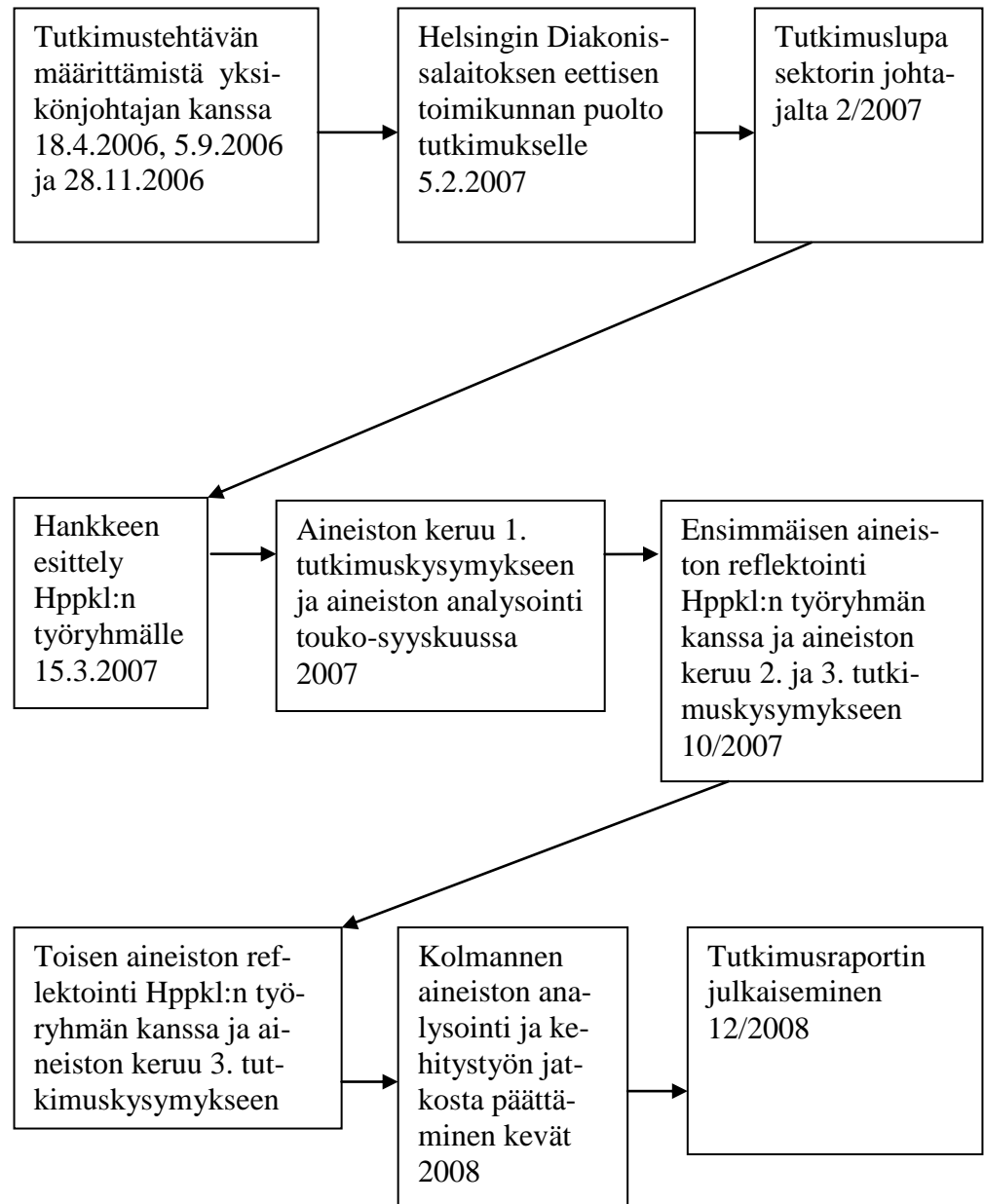
Jo ennen tutkimushankkeen alkamista, kevään 2006 aikana oli Hppkl:n kuukausittaisissa ryhmätönohjauksissa käyty useaan otteeseen avointa keskustelua kehitysnäkymistä

ja Hppkl:n kehitystarpeista. Keskustelu oli ollut tapaamisissa vilkasta mutta staattista. Dynaamiseen, prosessinomaiseen kehityskulkuun ei oltu työryhmässä edetty. Esteenä prosessin etenemiselle pidettiin useita eri syitä. Ensinnäkään työnohjauksen ei olisi pitänyt olla ensisijainen foorumi työn kehittämiseksi, vaikka sen merkitys keskustelun ylläpitäjänä Hppkl:lla olikin korostunut. Ryhmätyönohjauksissa työyhteisöllä oli usein muita huomiota vaativia tarpeita kuten yhteisöstä nousevat akuutit asiat, jotka vaativat selvittämistä ja häiritsivät työkehityskeskustelun jatkuvuutta. Säännölliset Hppkl:n suunnittelu- ja kehittämispäivät tarjosivat paremman välineen työkehittämiseksi, mutta niistäkin puuttui suunnitelmallinen, jatkuvalla arvioinnilla ja kehittämiseksi perustuva rakenne. Toiseksi haasteeksi oli muodostunut pientä työryhmää koetellut suhteellisen runsas työntekijöiden vaihtuvuus. Erityisesti yksikön lähiesimiehen vaihtuminen useampaan otteeseen viime vuosien aikana hankaloitti kehitysprosessin käynnistymistä.

Vaikka työkehittäminen huumeapäivystyspoliklinikalla oli tutkimushankkeen käynnistyessä tunnustelevaa ja ohjaamatonta, oli sillä kuitenkin oma tasonsa ja suuntansa. Olihan Hppkl kehittänyt aktiivisesti toimintaansa vastaamaan asiakkaittensa tarpeita kymmenvuotisen olemassaolonsa ajan, ja edellinen projektina toteutettu työkehittämishanke oli päätynyt syksyllä 2005. Vaikka tutkimushankkeen käynnistyessä ei Hppkl:lla tehty raportoitua ja arvioitua kehitystyötä, voitiin arjessa ajatella olevan vallalla työtä kehittävä pohjavire. Muutokseen tähtäävän toiminnan arvo jäi tosin helposti perustelematta jos siihen ei liittynyt tutkimusta.

Tutkimuksen etenemiseen vaikuttivat myös osaltaan muut hankkeet, jotka olivat yksikön ulkopuolelta ohjattuja. Samanaikaisesti Hppkl osallistui lääkehoitotutkimukseen sekä koko säätiötä koskettavaan laatuhankeeseen. Myös tutkimushankkeen viimeisen vuoden aikana laadittiin säätiötasolla uusi strategia, jonka jalkautumista yksiköihin odotettiin pysähtyneeksi ja johdottomaksi luonnehditussa tilassa.

Tutkimushankkeen aktiivinen vaihe kesti noin kaksi vuotta. Ennen hankkeen varsinaista käynnistymistä tutkija kävi keskustelua hankkeen tehtävästä Hppkl:n yksikön johtajan kanssa muutamalla eri tapaamisella vuoden 2006 aikana. Helsingin Diakonissalaitoksen eettisen toimikunnan puolto ja tutkimuslupa Huume- ja mielenterveystyön sektorin johtajalta saatiin helmikuussa 2007. Hanke päättyi tutkimusraportin julkaisuun joulukuussa 2008. Kuviossa 1 esitetään tutkimushankkeen keskeisimmät vaiheet.



Kuvio 1. Tutkimuksen eteneminen

7.2 Kehittämistyöryhmän muodostaminen

Opinnäytetyön toteutumisyhteytenä toiminut Huumeapäivystyspoliklinikan henkilökunta koostui tutkimushankkeen käynnistymishetkellä yksikönjohtajasta, osastonhoitajasta, sairaanhoitajista (3), sosionomeista (3), lähihoitajista (2), toimintaterapeutista ja osastonsihteeristä. Opinnäytetyön tekijän jäädessä laskun ulkopuolelle henkilökunnan kokonaismäärä oli 11 työntekijää. Yhteistoiminnallisesti toteutettuun hankkeeseen osallistui

ensisijaisesti Hppkl:n hoitohenkilökunta, mutta myös Hppkl:n yksikönjohtaja sekä osastonhoitaja. Osastonsihtööri ei osallistunut hankkeeseen. Tutkimushankkeen aikana tapahtui Hppkl:n henkilökunnassa muutoksia irtisanoutumisien sekä erilaisten toimivapaiden ja sijaisuuksien muodossa. Tutkimushankkeen käynnistymishetkellä mukana olleesta henkilökunnasta ainoastaan kaksi hoitotyöntekijää oli mukana hankkeen päättyessä.

7.3 Tutkimuksen menetelmälliset ratkaisut ja aineiston kerääminen

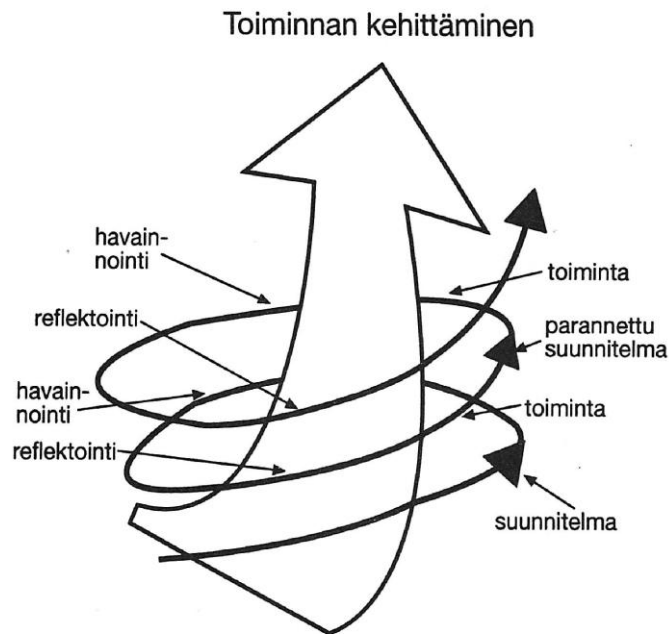
Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin Hppkl:n hoitohenkilökunnalta vuoden aikana, keväältä 2007 keväälle 2008. Aineisto ensimmäiseen tutkimuskysymykseen kerättiin yksilöhaastatteluun ja toiseen sekä kolmanteen tutkimuskysymykseen aineistoa kerättiin myös ryhmätyöskentelyssä. Ryhmätyötilanteet järjestettiin Hppkl:n kehityspäivien yhteydessä, loka- ja joulukuussa 2007. Ryhmätyöskentelyihin osallistui tutkijan lisäksi koko 9 hengen hoitohenkilökunta, osastonhoitaja ja yksikön johtaja. Haastatteluaineiston ja ryhmätyömateriaalin lisäksi tutkija piti päiväkirjaa, jota käytettiin myös opinnäytteen aineistona.

Yksilöhaastatteluihin osallistui viisi työntekijää. Haastattelut järjestettiin yksilöllisesti haastateltavien aikataulujen mukaisesti kevään ja kesän 2007 aikana. Yksilöhaastattelut olivat kestoltaan n. 45 minuuttia / haastateltava. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 19 liuskaa. Haastatelluilta kysyttiin opinnäytteen kolme tutkimuskysymystä, joita täydennettiin tarkentavilla lisäkysymyksillä. Esimerkkejä näistä on esitetty kuviossa 1.

Tutkimus toteutettiin toimintatutkimuksen logiikkaa noudattaen. Tutkimusmenetelmän valinta, tutkimusaineiston kerääminen, aineiston analysointi sekä tutkimustulosten esittäminen pohjasivat tälle tietoteoreettiselle perustalle.

Toimintatutkimus ymmärretään väljänä tutkimusstrategiana, jossa ei ole erotettavissa mitään tunnuksenomaista tekniikkaa tai filosofiaa (Heikkinen – Jyrkämä 1999: 35). Se on tapaustutkimuksen kaltainen käsite, joka mahdollistaa tulkitsijalleen vapauden määrittellä se oman lähestymistapansa mukaan. Toimintatutkimuksen erityispiirre on asioiden tarkastelu prosessina, jossa muutokseen tähtäävä toiminta on keskeisessä asemassa.

Tämä prosessi tyypillisesti hahmotetaan kehänä, johon liittyy suunnittelu, toiminta, havainnointi, reflektointi ja uudelleen suunnittelu sykleinä. Kiviniemi (1999: 67–68) esittää toimintatutkimukseen liittyvän käsityksen toiminnan vähitellen ja usean vaiheen kautta tapahtuvasta kehityksestä. Hän korostaa jatkuvuuden olevan ominaista toimintatutkimukselle ja kuvaa toimintatutkimuksen vaiheita itsereflektiivisenä spiraalina (kuvio 2), jossa ensimmäisen toteutusvaiheen tulisi olla alkua jatkuvalle työkäytäntöjen kehittämistyölle.



Kuvio 2. Toimintatutkimuksen spiraalimalli (Kiviniemi 1999)

Tässä opinnäytetyössä reflektiivinen sykli toteutui kerätyn aineiston palautuessa työryhmälle sisällön analyysin jälkeen jatkotyöstettäväksi ryhmätöissä. Näin reflektion kautta aineisto jäsenyi edelleen. Ryhmätyötilanteisiin käytettiin 2 tuntia / kerta. Ryhmätyöskentelyjen keskustelut tallennettiin nauhurille. Nauhoitteet tutkija purki harkinnanvaraisesti, litteroiden ainoastaan aiheen kannalta merkitykselliset kommentit. Tätä materiaalia kertyi yhteensä kuusi liuskaa. Ryhmätöissä fläppitaululle tuotetut kirjalliset materiaalit tutkija säilytti materiaalina analyysia varten.

Kiviniemi (1999: 67) toteaa toimintatutkimuksen eri osa-alueiden limittyvän ja menevän toistensa kanssa päällekkäin. Hän lainaa muun muassa Grönforsia (1982) kuvaamalla toimintatutkimuksen johtoajatusten muuntuvan vähitellen käsitteellisesti ja teo-

reettisesti selkeämpään ja täsmällisempään muotoon. Näin Kiviniemen (1999: 69) mukaan ongelma ja sen ratkaisu saavat lopullisen muotonsa yhtäaikaisesti.

Tässäkin tutkimuksessa haastatteluaineisto jäsentyy täsmällisemmäksi vaiheittain, reflektion ja uudelleen analysoinnin kautta. Tämän opinnäytetyön osalta on kuitenkin huomattava, että valittu tutkimusmenetelmä ei ole puhtaasti toimintatutkimusta. Opinnäytetyö on tavoitteiltaan rajattu Hppkl:n toiminnan kehittämistä tukevan tiedon tuottamiseen eikä näin ollen etene varsinaisesti toiminnalliseen vaiheeseen asti. Silti opinnäytetyössä edetään toimintatutkimukselle tyypillisesti syklein tähdäten toiminnan muutokseen. Myös yhteistoiminnallisen tutkimusotteen soveltaminen opinnäytteeseen sitoo työtä toimintatutkimukselliseen perinteeseen.

Toimintatutkimuksen on kuvattu olevan luonteeltaan vahvasti yhteisöllistä. Lähtökohtana on, että tutkimukseen osallistuvat ovat aktiivisia ja hankkeen täysivaltaisia jäseniä. Kiviniemi (1999: 65) esittää Kemmisin ja Wilkinsonin (1998) perustelun työnkehittämisen sosiaalisuudesta: Koska toimintakäytännöt muotoutuvat ihmisten välisessä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, katsotaan myös käytäntöjen muuttamisen olevan luonteeltaan sosiaalinen prosessi. Kiviniemen (1999: 70) mukaan tutkijan tehtävä onkin auttaa osallisia kuvailemaan ja selkeyttämään työkäytäntöihin liittyviä ongelmia sekä kartoittaa valitsevia olosuhteita ja lähtökohtia, joita yhteisöllä on kehittämishankkeessaan.

Työryhmän kanssa suunnittelupäivällä tehty ryhmätyöskentely edustaa opinnäytteen yhteisöllistä ja yhteistoiminnallista otetta. Ryhmätyöskentelyssä työryhmä ja tutkija ovat molemmat aktiivisia, yhdessä toimivia subjekteja. Näin sosiaalisessa tilassa ja toiminnassa tapahtuvaa muutosta tutkittaessa käsitys ympäröivästä todellisuudesta rakentuu mukana olevien yksilöiden subjektiivisten käsitysten mukaan.

Tutkijan ja sosiaalisen todellisuuden edustajien näkökulmien yhdistyessä saavutetaan synteesi, jota Lepola (1997: 19) kutsuu yhteistoiminnalliseksi tutkimusparadigmaksi. Yhteistoiminnallisen tutkimusparadigman eduksi sosiaalisen tilan ja toiminnan tutkimisessa nousee läheinen ja monipuolinen kosketus käytäntöön ja todellisuuteen. Käytännön tieto ja sosiaalinen toiminta saadaan integroitua osaksi tutkimusprosessia, mikä on erityisen tärkeää toiminnan ja käytännön kehittämiseen kannalta. (Lepola 1997: 19.)

Taulukossa 1 on kuvattu tutkimusprosessin eteneminen. Tutkimuskysymysten rinnalla on esitetty aineiston keruuta ohjanneita ja täsmentäneitä lisäkysymyksiä.

aika- taulu	tutkimuskysymys	aineistonkeruu- menetelmä	analyysi- menetelmä	reflektio ja johtopäätökset
vaihe 1. Kevät 2007	Miten haittojen vähentäminen ilmenee Hppkl:n nykytoiminnassa? - Mitkä ovat haittojen vähentämisen interventiota Hppkl:lla? - Millainen toiminta ei edusta haittojen vähentämistä Hppkl:lla?	-yksilöhaastattelut	-sisällön analyysi	Tutkimuskysymys 1:n tuloksien pohdinta työryhmässä
vaihe 2. Syksy 2007	Millaisina haittojen vähentämisen strategian ja raittiusorientoituneen hoitotoiminnan yhdistämisyrittämykset ilmenevät Hppkl:n toiminnassa? - Miten matalan kynnyksen pyrkimykset eroavat Hppkl:n hoidollisuudesta? - Millaisina asiakkaan ja organisaation tarpeet ilmenevät? - Millaisia ovat tyypillisimmät ongelmatilanteet?	-yksilöhaastattelut -ryhmäkesustelun dokumentointi	-analyysi toimintajärjestelmämallin avulla	Tutkimuskysymys 2:n tuloksien pohdinta työryhmässä
vaihe 3. Kevät 2008	Mitkä ovat Hppkl:n työryhmän mukaan keskeisimmät kehittämiskohteet Hppkl:n matalakynnyksisessä toiminnassa? - Miten konkreettista kehitystyötä olisi hyvä lähteä toteuttamaan?	-yksilöhaastattelut -ryhmäkesustelun dokumentointi	-analyysi toimintajärjestelmämallin avulla	Tutkimuskysymys 3:n tuloksien pohdinta työryhmässä

Taulukko 1. Tutkimusprosessin eteneminen vaiheittain.

7.4 Aineiston analysointi

Haastatteluaineiston tulkitsemiseen valittiin menetelmäksi sisällön analyysi. Se ymmärretään yksittäisenä metodina, jossa aineistoa tiivistetään niin, että tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvailla sekä yleistävästi että lyhyesti

(Janhonen – Nikkonen 2001:23). Sen avulla tutkittavasta ilmiöstä saadaan tiivistetty ja selkeä kuvaus kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Metodina sisällön analyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään empiirisestä aineistosta systemaattisen prosessin avulla kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. Kolmivaiheisena kuvattu prosessi koostuu aineiston pelkistämisestä, ryhmittelystä ja abstrahoinnista. Menettelyn tarkoitus on saada aineistolähtöinen informaatio pilkottua käsitteellisiksi osiksi, jotka sitten kootaan teoreettisiksi johtopäätöksiksi. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 93–116.)

Litteroitujen haastatteluiden analysointi oli tekstianalyysiä, jonka pienin analyysiyksikkö oli ajatuksellinen kokonaisuus (virke tai lause). Haastateltujen ilmeitä tai esimerkiksi taukoja puheessa ei ollut tarkoituksenmukaista analysoida.

Haastatteluaineiston analyysi tehtiin induktiivisesti. Aineiston luokittelu tapahtui aineiston ohjaamana, eikä aikaisemman teorian tai luokittelurungon varassa. Analyysin olisi voinut tehdä myös deduktiivisesti. Aineistossa esiintyi samoja käsitteitä kuin opinnäytteen teoreettisessa viitekehityksessä, joten olisi ollut perusteltavissa lähestyä aineistoa teoriaohjaavastikin. Induktiiviseen luokitteluun päädyttiin sillä perusteella, että sen ajateltiin tuottavan syvemmän näkemyksen aineistoon ja kunnioittavan aineiston ainutkertaisuutta paremmin.

Usean lukukerran ja aineistoon perusteellisen perehtymisen jälkeen aineistosta riisuttiin ylimääräinen ja opinnäytteen tutkimuskysymysten kannalta epäolennainen osuus pois. Tämä tapahtui opinnäytetyön tutkimuskysymysten ohjaamana, tekstiä toistuvasti lukien ja olennaisia merkityksiä alleviivaten. Näin työstämällä litteroituja haastatteluja jäi jäljelle ilmiön ymmärtämisen kannalta merkityksellinen ja tiivis aineisto käsiteltäväksi.

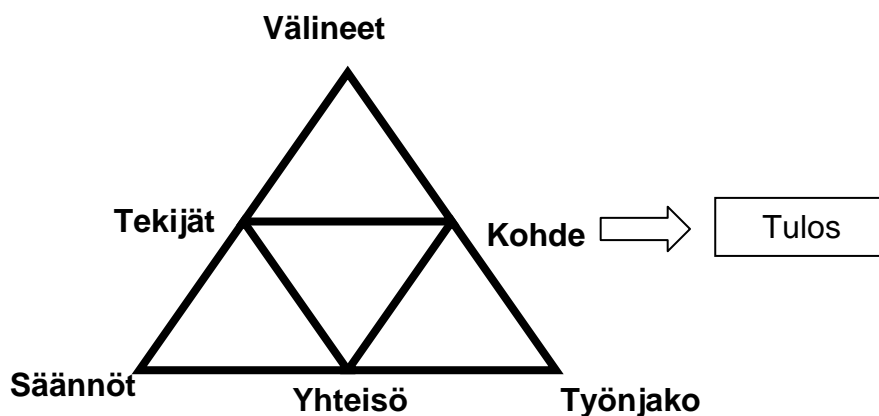
Seuraavaksi aineistosta ryhmiteltiin toistuvat aiheet. Samaa tarkoittavat ajatusmallit yhdistettiin omiksi luokikseen. Ryhmittelyä jatkettiin yhdistelemällä samansisältöisiä

luokkia ensin yläluokiksi ja siitä vielä pääluokiksi. Näin opinnäytteen kannalta merkityksellisistä aiheista muodostettiin teoreettinen käsitteistö abstrahoimalla.

Sisällön analyysiä käytettiin perusteellisemmin tämän opinnäytteen ensimmäisen tutkimusvaiheen analyysimenetelmänä. Induktiivisen prosessin avulla haettiin jäsenettyä kuvausta Hppkl:n haittojen vähentämisestä, ja vastattiin näin ensimmäiseen tutkimuskysymykseen. Opinnäytetyön tutkimusvaiheet on esitetty taulukossa 1.

Haastatelluilta oli kysytty heidän näkemystään jo opinnäytteen toisen ja kolmanteenkin tutkimuskysymyksen, mutta kahden jälkimmäisen tutkimuskysymyksen kohdalla induktiivisessa prosessissa tyydyttiin pelkistettyjen aiheiden ryhmittelyyn. Analyysiä jatkettiin soveltamalla kehittävän työntutkimuksen (Engeströmin 1998: 47) toimintajärjestelmämallia (kuvio 3). Pelkistetyt aiheet sijoitettiin malliin haittojen vähentämisen strategian raittius orientaation rinnalla ilmentymisen tarkastelemiseksi.

Toimintajärjestelmämalli tarjoaa käsitteellisen työvälineen työorganisaation toiminnan eri osa-alueiden ja niiden välisten suhteiden tarkasteluun. Toimintajärjestelmämalli kuvaa työtä kehittyvänä kokonaisuutena, jolla on oma tekijänsä, kohteensa, välineensä, sääntönsä, työnjakonsa ja yhteisönsä. Malli on suhteellisen itsenäinen kokonaisuus, jota analysoimalla työssä tapahtuvat häiriöt, innovaatiot ja muutokset voidaan ymmärtää järjestelmän sisäisten jännitteiden ja vuorovaikutusten tuloksina. (Engeström 1998, 51–52.)



Kuvio 3. Toimintajärjestelmämalli (Engeström 1998, 47)

Toimintajärjestelmänalyysin tarkoitus ei ollut toimintajärjestelmän perusteellinen mallintaminen vaan sen osien välisten ristiriitojen tunnistaminen. Ensimmäisellä ryhmätyökerralla lokakuussa 2007 työstettiin opinnäytteen toista vaihetta ja haettiin vastauksia toiseen tutkimuskysymykseen (taulukko 1). Haastatteluaineistosta valikoidut, induktiivisella logiikalla pelkistetyt aiheet oli sijoitettu toimintajärjestelmämalliin. Tätä ennalta tutkijan toimesta valmistamaa esitystä työryhmä käsitteli. Tehtävän lähtökohtana oli kohteen ja tuloksen muutos toimintajärjestelmässä; raittiusorientaatiosta haittojen vähentämiseen. Toiminnan kohteen ja tavoitellun tuloksen muuttuessa kaikki toimintajärjestelmän osatekijät eivät enää sovi yhteen ja toimintajärjestelmään kehittyä sisäisiä ristiriitoja.

Toisella ryhmätyökerralla joulukuussa 2007 keskityttiin opinnäytetyön kolmanteen vaiheeseen (taulukko 1) ja tehtiin kaksi erillistä harjoitusta. Ensimmäisessä harjoituksessa refleктоitiin keskustellen tutkijan muodostamaa nelikenttää (kuvio 5), joka oli jäsenytynyt yhteenvedonomaiseksi esitykseksi tutkittavana olleesta ilmiöstä induktiivisen sisällön analyysin johtopäätöksenä.

Jälkimmäisessä harjoituksessa työryhmän jäsenet keskittyivät yhteen toimintajärjestelmämallin osioon, välineisiin. Työryhmän tehtävänä oli ensin sijoittaa Hpk1:lla käytettyjä työnteon välineitä kahdelle akselille: ”haittojen vähentäminen – raittiusorientaatio” – vaaka-akselilla ja ”säännöllisesti toteutuvat työvälineet – harvemmin toteutuvat työvälineet” – pystyakselilla. Harjoituksessa työryhmän jäsenet kirjoittivat pareina tarralapuille kolme vapaasti valikoimaansa Hppkl:n toiminnan välinettä ja sijoittivat laput fläppitaululle. Näin muodostui esitys Hppkl:n haittojen vähentämisen ja raittiusorientoituneiden välineiden suhteesta, jota työryhmä seuraavaksi kommentoi. Keskustellen nimettiin välineitä, joihin haluttiin vaikuttaa Hppkl:n matalakynnyksisen toiminnan kehittämiseksi, ja suunta johon ko. välinettä haluttiin esityksessä siirtää.

8 TULOKSET

8.1 Haittojen vähentämisen ilmentyminen Hppkl:n nykytoiminnassa.

Aineistosta välittynyt kuva haittojen vähentämisen ilmentymisestä Hppkl:lla esitetään seuraavassa kolmeen pääluokkaan jaettuna: Asiakasprofiilit, asiakastarvelähtöisyys ja työote.

Asiakasprofiili

Haastatteluaineistosta hahmottuu kuva haittojen vähentämisen asiakkuuksista. Tämä asiakasprofiili mielletään syrjäytyneemmiksi ja moniongelmaisemmaksi kuin keskivertoasiakkaat. Aineistossa kuvataan mm. asunnottomuutta, pitkää päihdehistoriaa ja psyyken problematiikkaa. Joukko mielletään kuitenkin varsin heterogeeniseksi. Asiakasprofiilia kuvatessaan haastateltavat huomauttavat joukossa olevan niin palveluiden suurkulttaria kuin täysin niiden ulkopuolisiakin. Kyseessä tuntuisi olevan hyvinkin erityyppiset joukot. Toiset osaavat käyttää tarjolla olevia palveluita ja toiset eivät yritäkään. Yhteisenä nimittäjänä näillä ryhmillä on se, etteivät kummatkaan hyödy palvelusta. Seuraavissa kommentteissa, jotka ovat otteita haastatteluaineistosta, haastateltavat kuvaavat käsityksiään Hppkl:n haittoja vähentävien palveluiden asiakkaista.

”Näitten syrjäytyneiden kohdalla se hoito on erilaista, se on haittojen vähentämistä.”

”Nämä ihmiset joilla puhutaan haittojen vähentämisestä, aika syrjäytyneitä, monesti asunnottomia...”

”...hoidot keskeytyy jo heti alkuunsa.”

”lisäksi psyykeen problematiikka eikä säännöllisiä lääkityksiä, vaikka selkeästi olisi tarve ja sitoutumattomuus mihinkään.”

Asiakastarvelähtöisyys

Toinen haastatteluaineistosta selvästi haittojen vähentämistä ilmentävä viesti on asiakkaiden erilaiset tarpeet. Haittojen vähentämisen ajatukseen Hppkl:lla yhdistetään päi-

vystyksellisyys, akuuttivaiheen hoito ja erilaiset hoidon tavoitteet. Päivystyspalveluita tarjoamalla tavoitetaan joukko asiakkaita, jotka jäisivät muutoin palvelutta.

”...vaikeuksia noudattaa aikatauluja ja tulla varatuille ajoilla.”

”Jos päivystyksellisyyttä olisi enemmän, niin silloin ehkä nämä syrjäytyneet pystyisivät saamaan sitä heille tarkoitettua palvelua...”

”Päivystys palvelee kaikkein eniten niitä jotka ei mahdu siihen ajanvaraukseen, ei pysty pitämään kiinni siitä syystä tai toisesta.”

Asiakkaan akuuttiin tarpeeseen vastaaminen mielletään Hppkl:lla lähemmäksi haittojen vähentämistä kuin raittiusorientoitunutta huumehoitoa. Akuutissa hädässä hoitoon hakeutuvien asiakkaiden tarve nähdään ensiavunomaisena. Hoidon ensisijaiset tavoitteet nousevat tilanteiden akuuteista luonteista, eikä mahdollisista pidemmän aikavälin muutospyrkimyksistä (vrt. raittiusorientaatio).

”Ajanvarauksella tulevilla ihmisillä ei aina ole välttämättä akuutti hätä ja hämminki, kun taas ne jotka tulevat päivystyksenä hakevat hoitoa siihen hetkeen.”

”Haittojen vähentämisasiakas hakee apua ihan tähän hetkeen.”

”Päivystysasiakkaat hakee kohdennetummin pelkkää sitä katkoa siihen olemiseen, eikä vielä siinä vaiheessa ajattele mitään suurempaa muutosta välttämättä.”

Asiakkaiden tarpeisiin vastaavan, haittoja vähentävän hoidon tavoitteet näyttävät haastatteluaineistossa usein muina kuin raittiuspyrkimyksinä. Tavoitteet mielletään realistisemmiksi, saavutettavammiksi ja siten asiakaslähtöisemmiksi. Hoidontarpeen arviointia tehdessä työskentelytapaa kevennetään ja työskentelyn painopiste siirtyy arvioinnista asiakkaan ilmaisemiin tarpeisiin.

”Jollekin se viisi päivää osastolla saattaa olla se millä pää pysyy kasassa. Tällöin hoito on jo suunnitellusti haittoja vähentävää.”

”Ei välttämättä parantuminen, jonkun helpotuksen se saa siitä.”

”Meille voi tulla yleensäkin asiakkaaksi ilman sen isompia vaateita sen enempää meiltä kuin itseltäänkään muuttumisesta.”

”Voi vain tulla, ei tarvi heti suunnitella hienoa hoitoa ja tulla osastoon.”

”Meidän pitää olla siellä myös niitä varten jotka ei halua tai ei kykene sillä erää...”

”Hoito on tavoitteellista mutta eritavalla, ei tavoitteellista raitistumis- mielessä vaan tavoitteena on se että ihminen säilyy hengissä ja kärsii vähemmän.”

”Painopistettä siinä ihmisen hoidon tavoitteiden asettelussa muutetaan.”

”Ei siinä vaihees ole mitään järkeä lähteä kysymään mitään hirveen syväluotaavia kysymyksiä.”

Työote

Asiakkaan tilanteeseen reagoiva työote on kolmas haittojen vähentämisen ilmentymä Hppkl:lla. Aineistossa kuvataan työotteen muuttuvan hoidettaessa asiakasta haittojen vähentämistavoitteella. Työotteessa korostuu pienin askelin eteneminen ja asiakassuhteen rakentaminen. Mielenkiintoista onkin haittojen vähentämisen ilmentyminen niin ensiavunomaisena akuuttivasteena kuin myös pitkällä tähtäimellä toteutettavana, prosessinomaisena päihdetyönä. Haittojen vähentämistä ja raittiusorientoitunutta hoitoa ei nähdä toisiaan poissulkevin vaan samanaikaisesti toteutettavissa olevina vaihtoehtoina.

”Ei ne ehkä jaksa, että mennään lapsuuteen ja arkoihin asioihin. Ehkä se hoito erilaista, ei haluta semmosta pahaa oloa. Voimavaroja ja jakamista, kehutaan siis että hyvä kun tuli tänne.”

”Mitä enemmän aletaan puhua siitä asiakkaasta itsestään ja hänen selviämistään ja ongelmistaan eri osa-alueilla, sitä enemmän siinä tarvitaan sitä luottamusta, mikä joidenkin asiakkaiden kohdalla muodostuu nopeammin ja joidenkin kanssa se ei muodostu ikinä.”

”Se pitkässä juoksussa saattaa lisätä motivaatiota tehdä elämälleen jotain, vaikka ihan pieniä muutoksia.”

”Tietenkään se ei ole poissulkevaa etteikö haittojen vähentäminen ja päihdeettömyyteen tavoitteleva (hoito) olisi vain jompikumpi. Kyllä niitä molempia voi toteuttaa yhtä aikaa toki.”

”On monta tasoa millä voidaan niin kuin yhtä aikaa liikkua.”

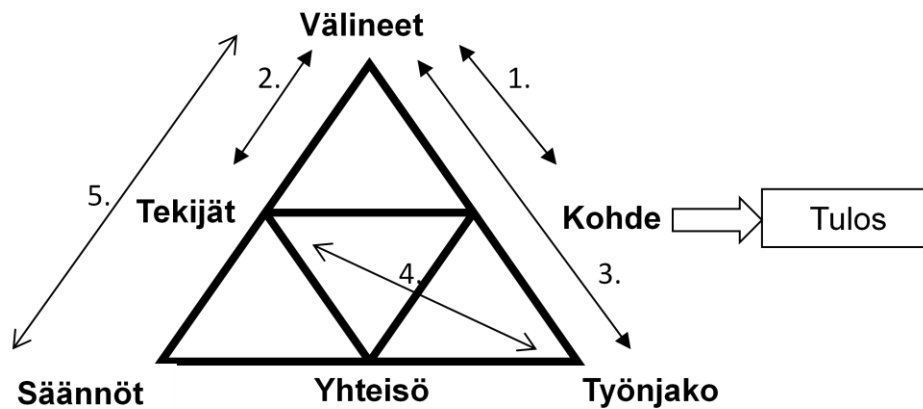
Seuraavassa taulukossa on esitetty haastatteluaineistosta induktiivisella menettelyllä tiivistetty kuvaus. Taulukosta on luettavissa haittojen vähentämisen ilmentyminen Hppkl:n nykytoiminnassa.

Pääloukat	Yläluokat	Alaluokat
Asiakasprofiili	<p>Moniongelmaisuus</p> <p>Ei hyödy palveluista</p>	<p>Pitkä päihdehistoria</p> <p>Sosiaalinen syrjäytyminen</p> <p>Psykiatrisen ongelmat</p> <p>Palveluiden ulkopuoliset</p> <p>Hoidoissa epäonnistuvat</p>
Asiakastarvelähtöisyys	<p>Matalakynnyksinen palvelu</p> <p>Laaja-alaisesti mietityt tavoitteet</p>	<p>Akuutti hoito</p> <p>Päivystyksellisyys</p> <p>Ei muutosvaatimusta</p> <p>Realistista</p> <p>Yhdessä tehden</p> <p>Fokusta vaihtaan</p>
Työote	<p>Positiivisen kautta</p> <p>Raittiutta kohden</p>	<p>Kevennetysti</p> <p>Ei analysoiden</p> <p>Kannustaen ja kehuen</p> <p>Voimavaralähtöisesti</p> <p>Kiinnittäen</p> <p>Suhdetta luoden</p> <p>Pysäyttäen</p> <p>Pienin askelin</p> <p>Yhtäaikaisesti ”HV & RO”</p> <p>Useilla tasoilla liikkuen</p>

Taulukko 2. Haittojen vähentämisen ilmentyminen Hppkl:lla.

8.2 Haittojen vähentäminen raittiusorientaation rinnalla.

Toimintajärjestelmäanalyysillä tunnistettiin toimintajärjestelmän osien välisiä ristiriitoja. Analyysin lähtökohtana oli toiminnan kohteen ja tuloksen muutos toimintajärjestelmässä; raittiuteen tähtäävästä toiminnasta haittoja vähentävään. Toiminnan kohteen ja tavoitellun tuloksen muututtua syntyy toimintajärjestelmän muiden osioiden välille ristiriitoja. Kuviossa 4 on esitetty analyysissä tunnistetut järjestelmän sisäiset ristiriidat.



Kuvio 4. Toimintajärjestelmän osien väliset ristiriidat.

Ristiriita 1

Raittiusorientoituneelle huumehoidolle ensisijaisen tavoiteltavaa on päihteiden käytön väheneminen tai loppuminen. Toiminnan kohteena analyysissä puolestaan on Hppkl:n asiakkaan päihteiden käytöstä aiheutuvat haitat ja tuloksena inhimillisen kärsimyksen lieventyminen. Tästä näkökulmasta tarkasteltuna haastatteluaineistossa jotkin Hppkl:n välineet näyttäytyivät ristiriitaisina suhteessa toiminnan kohteeseen. Hoidontarpeen arviointiin tarkoitettu lomake koettiin liian raskaaksi työvälineeksi. Ajanvarauskäytäntöä ja osastojonosysteemiä pidettiin motivaation tarkkailun välineenä, mikä ei edusta haittojen vähentämistä Hppkl:lla.

Ristiriita 2

Haittoja vähentävän strategian ilmeneminen Hppkl:n toiminnassa on henkilöriippuvais- ta. Haastateltujen mukaan työntekijöiden (tekijät) välillä oli eroja. Toisen työntekijän saatettiin ajatella olevan hyvinkin raittiusorientoituneita ja toisen herkemmin soveltavan haittojen vähentämisen toimintatapoja (välineet) työssään. Ihmisten ajateltiin tulkitse- van asiakkaita eri tavoin ja siten päätyvän erilaisiin arvioihin ja toimintasuunnitelmiin.

Seuraava lainaus on tutkijan päiväkirjasta. Siitä käy ilmi haittojen vähentämisen strate- gian mukaisen työskentelyn työntekijälle asettamat moraaliset haasteet, ja siten se hel- pottaa ymmärtämään Hppkl:n haittoja vähentävän toiminnan henkilöriippuvaisuuden.

”Eräällä työntekijällä on ollut vaikeuksia työskennellä haittojen vähen- tämisen menetelmin ja se hakeutui keskusteluun kokemuksensa joh- dosta. Se koki, että haittojen vähentämistä tavoitteleva toiminta on paapomista ja sillä mahdollistetaan ongelmien pahentuminen. Sen ote on paljon hoidollisempi. Tästä vielä toisen yksikön esimiehen kanssa jutellessani kuulin vastaavista kokemuksista toisissa yksiköissä. Se sa- noi, että tämä työ on näkemyksestä ja asenteesta kiinni ja moni on käy- nyt yrittämässä, mutta ei ole onnistunut. Siinä työntekijä, jolla sitä ei ole voi toki opetella mutta se herkästi turhautuu ja vaihtaa maisemaa ennen kuin työ alkaa sujua.”

Kun asiakas huomioidaan toimintajärjestelmässä aktiivisena toimijana, tunnistetaan vielä yksi ristiriita tekijän ja välineiden välillä. Monen asiakkaan ajateltiin kertovan työntekijälle sen minkä luulee työntekijän haluavan kuulla. Asiakkaiden ajateltiin siis uskovan, että hoitoon hakeutuessaan heidän tulisi vakuuttaa työntekijät hoidollisista motiiveistaan ja päihdeettömyyspyrkimyksistään. Tässä asetelmassa toiminnan välineet määrittyvät raittiusorientaation kautta eivätkä siten palvele toiminnan kohdetta tarkoi- tuksenmukaisesti.

Ristiriita 3

Hppkl:n suunnittelupäivällä ryhmätyöskentelyssä asiayhteyteen nostettiin vielä tilan- nesidonnaiset tekijät, kuten kiire, jotka voivat vaikuttaa työntekijän valintoihin. Kii-

reessä työntekijä herkemmin valitsee ”liukuhihnaratkaisun”, vaikka asiakkaan tarpeet olisivat toiset. Ajan puute ymmärretään näin työnjaon ja välineiden ristiriitana. Samojen osatekijöiden välillä hiertää päivystyksen ja ajanvaraukseen suhde. Päivystysasiakkaat yhdistettiin herkemmin haittojen vähentämiseen ja ajanvarauksille kykenevät asiakkaat raittiusorientaatioon. Työnjaosta puolestaan Hppkl:lla on sovittu, että ajanvaraukset hoidetaan ajallaan ja että päivystykset odottavat vuoroaan. Näin ollen haittojen vähentämisen välineet saattavat jäädä valitsematta päivystyksille tyypillisen kiireellisyyden vuoksi, ja päädytään herkästi jälleen ”liukuhihnaratkaisuun”. Kun muistamme haittojen vähentämisen ilmentyneen Hppkl:lla sekä ensiavunomaisena että pidempänä hoitoprosessina, huomaamme välineiden ja työnjaon välisen ristiriidan hankaloittavan jälkimmäistä.

Ristiriita 4

Hppkl:n haittoja vähentävälle toiminnalle toivottiin selkeämpää mallia (työnjako), joka ohjaisi työntekijöitä (tekijät) toimimaan yhtenäisen käytännön mukaisesti. Haastatellut kokivat, että nykyinen toimintamalli mahdollisti työntekijöiden erilaiset toimintatavat ja aiheutti siten osaltaan Hppkl:n haittojen vähentämisen henkilösidonaisuuden.

Ristiriita 5

Haastatteluaineistossa nousi esille haittoja vähentävän työskentelyn varovainen asiakasta raittiutta kohti ohjaava työote. Työskentelyssä nähtiin tavoiteltavana asiakkaan hoitoon kiinnittäminen ”kevyempien” tavoitteiden saavuttamisen kautta. Asiakkaiden onnistuessa näiden haittojen vähentämisen ”välitavoitteiden” kanssa uskottiin asiakkaan motivaation ja valmiuden onnistua ”korkeammilla” raittiusorientoituneilla tavoitteilla kasvavan. Työote rakentui asiakkaan kiinnittämiseen Hppkl:lle avohoidollisin keinoin.

Ristiriita näyttäytyy pitkäjänteisen työskentelyn ja Hppkl:n toimintaa ohjaavien sääntöjen välillä. Hppkl:n perustehtävän ollessa hoidontarpeen arvioinnin ei kuntien kanssa solmittujen ostopalvelusopimuksien puitteissa ole mahdollista kiinnittää asiakkaita pidempiin hoitosuhteisiin Hppkl:lle.

8.3 Keskeisimmät Hppkl:n matalakynnyksisen toiminnan kehittämiskohteet.

Hppkl:n toiminnan kehittämiskohteita nimettiin niin yksilohaastatteluissa kuin ryhmätöissäkin. Myös toimintajärjestelmässä ristiriitaisina näyttäytyneet osiot viestivät kehittämistarpeista. Kaikkia nimettyjä kehittämistarpeita ei tässä opinnäytteessä ole tarkoituksenmukaista raportoida, vain analyysin ja itsereflektion avulla tunnistetut keskeisimmät kehittämiskohteet raportoidaan. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että vain raportoidut kohteet olisivat kehittämisen arvoisia.

Hppkl:n matalakynnyksisen toiminnan kehittämisen kannalta tärkeimmäksi toimintajärjestelmän osaksi nousivat välineet. Ne olivat osallisina useimmissa järjestelmän sisäisistä ristiriidoista (n=4, 80 %). Välineet-osion katsottiin olevan keskeisessä asemassa Hppkl:n toiminnan kehittämisessä ja näytti siltä, että välineiden kehittäminen olisi ensisijaista. Muiden alueiden kehittyminen vaatisi sitä myös välineiltä.

Vaikka kiire (työnjako) saataisiinkin hallintaan, ei se poistaisi sitä tosiasiaa, ettei haittojen vähentäminen olisi edelleen henkilöitynyttä ja henkilösidonnaista. Vaikka ristiriitailanne helpottuisi kiireen osalta työnjakoa kehittämällä, se ei kuitenkaan kokonaisuudessa ratkeaisi. Ristiriita tilanne akselilla työnjako – tekijä säilyisi. Toinen työnjaollinen ja analyysissa matalakynnyksisen toiminnan kehittämisen kannalta merkittävämmäksi tulkittu kehityshaaste ilmeni päivystyksen ja ajanvarauksen suhteessa. Päivystyksellisyiden ylläpitäminen ja kehittäminen on ollut kestoteema Hppkl:lla, mutta tämän toimintajärjestelmäanalyysin valossa sekään ei ole tärkein.

Haastatteluaineistossa päivystyksellisyys näyttäytyi matalakynnyksisen toiminnan kivi-jalkana, mutta sen toimimattomuus ei enää toimintajärjestelmäanalyysissä olekaan ensisijaisesti työnjaon ongelma, kuten Hppkl:lla on totuttu ajattelemaan. Ongelman ydin löytyy välineistä, joista lisää myöhemmin. Haastatteluaineistossa toivottiin ohjaavampaa työnjaon mallintamista ratkaisemaan ongelmat, mutta tehokaskin raamitus jäisi väliaikaiseksi jos työvälineet eivät palvelisi toiminnan kohdetta.

” Kaikkea ei voi niin täydellisesti ohjeistaa, että kun nämä ennusmerkit täyttyvät niin sitten sinun pitää osata antaa jotain haittoja minivoivaa palvelua. ”

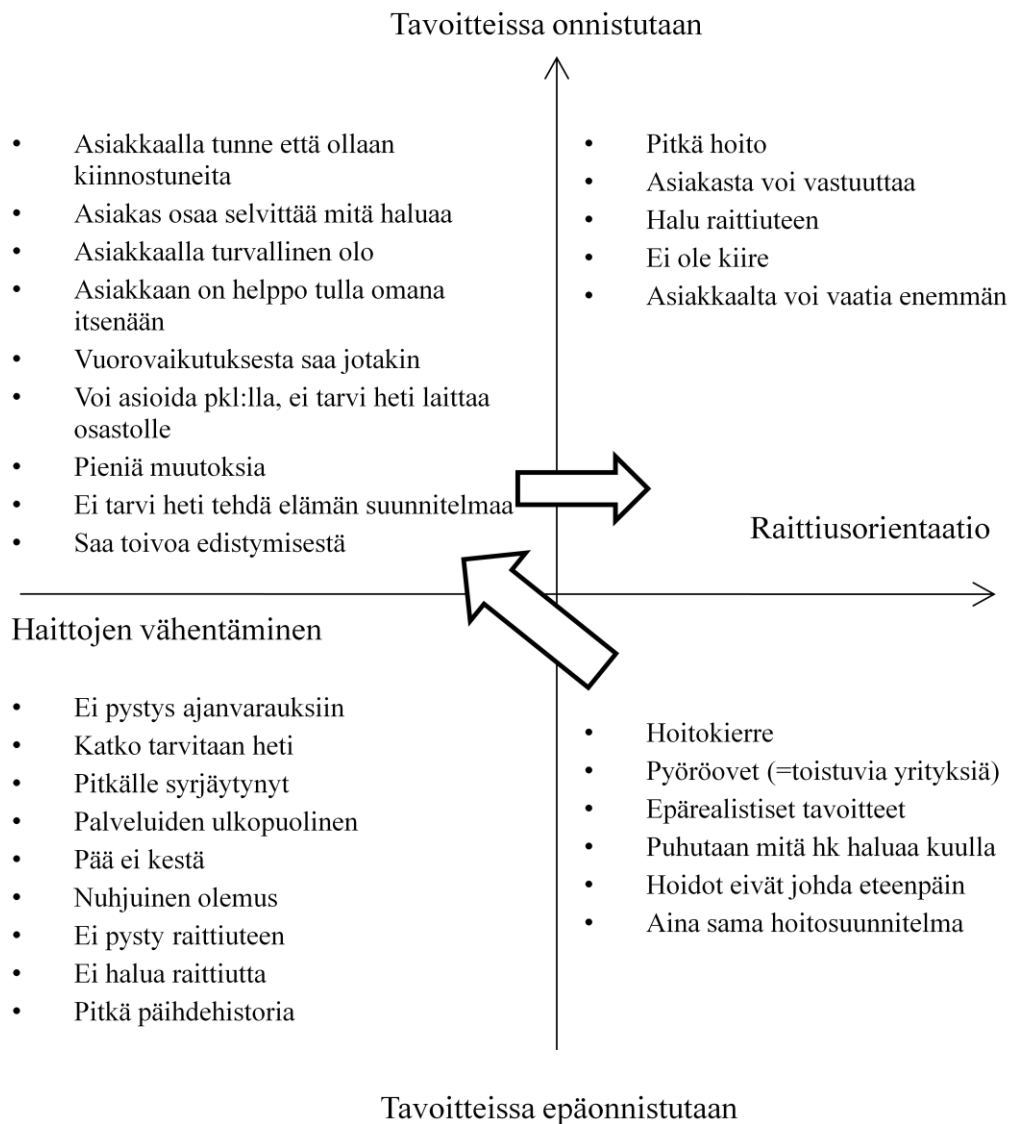
Ohjeistamisessa tulee raja vastaan, sillä hoitotyössä pitää jäädä tilaa vuorovaikutukselle. Vielä lisähaasteena haittoja vähentävän työn tehokkaammalle ohjeistamiselle näyttäytyy lainaus tutkijan päiväkirjasta s.33, jossa todettiin ihmisten tekevän työtänsä oman moraalisen ohjesäännösten mukaisesti.

Ristiriitaisena näyttäytynyt toimintajärjestelmän säännöt – osiokin voidaan ottaa haltuun ristiriitaparin toisen osapuolen – välineiden kautta. Hppkl:n kunta-asiakkaan kanssa käytävät neuvottelut eivät ole työryhmän kehitystyön ulottuvilla, ja siksi tämänkin ristiriitaparin kohdalla katseet suunnataan välineisiin. Tämä ei tarkoita sitä, ettei säännöt – osio tarvitsisi kehittämistä, mutta sitä työtä ei tehdä yhteistoiminnallisena työnkehittämisenä Hppkl:lla.

Hppkl:n työvälineet koettiin paikoin raskaiksi ja niiden nähtiin palvelevan ajoin muita kuin asiakaslähtöisiä tarkoituksia. Tällaisia olivat mm. hoidontarpeen arviointiin tarkoitettu lomake ja Hppkl:n ylläpitämät osastojonokäytännöt. Yhtäläillä kehitystarpeen tuottavat nekin välineet, joita ei ole tai ei osata tarkasti kuvata. Jälkimmäisestä toimii esimerkkinä aineistossa usein toistunut asiakkaan ”pysäyttäminen”. Tämä Hppkl:n haittojen vähentämiseksi ominainen asiakasprosessi on hahmoteltu nelikentässä (kuviokuva 5).

Nelikentän vasemman yläkulman, haittojen vähentämisen ja hoidollisissa tavoitteissa onnistumisen kentän kautta näyttäytyy se, mitä asiakkaan pysäyttämällä tavoiteltiin. Pysäyttämällä asiakkaat pyrittiin kuljettamaan epäonnistuneiden laitostarkoituksien- ja vieroitushoitosten kiertäessä onnistumisen tielle soveltaen haittojen vähentämisen strategiaa.

Se mitä asiakkaan pysäyttämiseksi konkreettisesti tapahtui, ei ollut enää selvää. Haittoja vähentävä työote kuvattiin sallivaksi ja kannustavaksi, mutta varsinaisia työkaluja ei juuri tunnistettu. Näyttääkin siltä, että Hppkl:n haittojen vähentämisen välineistö jäsenyy raittiusorientaation kautta. Akuuteissa tilanteissa, nopeana ja kevennettynä hoitoon ohjauksena Hppkl:n haittojen vähentäminen toteutuu hyvin raittiusorientoituneen toiminnan välinein. Lyhyiden laitoshoidotusjaksojen ajatellaan palvelevat asiakkaan perustarpeita ja muita kuin raitistumistavoitteita tehokkaasti.



Kuvio 5. Asiakkaan nelikenttä Hppkl:n arjessa

Vaikka osastomuotoiset hoidot on tietoisesti jätetty opinnäytteen analyysien ulkopuolelle, niillä on vahva yhteys Hppkl:n toimintaan. On nimittäin tyypillistä, että hoitopalveluiden suurkuluttajat hakeutuvat Hppkl:lle suurin tavoittein ja keskeyttävät hoidon osastolla lyhyen ajan sisällä. Tälle ryhmälle on osastolla tarjottu niin sanottuja intervallihoidoja, joiden tavoitteet ovat suunnitellusti haittoja vähentäviä. Siirretään asiakasta nelikentässä oikealta alhaalta vasemmalle ylös (kuvio 5).

Myös asiakkaan pysäyttäminen ja kiinnittäminen Hppkl:lle haittojen vähentämistavoitteilla on jäsennettävissä raittiusorientaation kautta. Ensisijaisesti niillä kevennetään ta-

voitetasoa, mutta tarkastelemalla asiaa pitemmällä aikavälillä ne näyttävät aikalisinä tai varasuunnitelmina, joilla mahdollistetaan raittiustavoitteellinen toiminta.

Matalakynnyksisyyttä palvelevien välineiden kehittämiseksi ei Hppkl:n rakenteissa ole va raittiusorientaatio este. Se että palveluiden saavutettavuutta ja käytettävyyttä kehitetään, ei ole riippuvaista siitä, onko palvelu itsessään haittojen vähentämiseen vai raittiuteen orientoitunutta. Tarve matalakynnyksisten ja haittoja vähentävien palveluiden kehittämiseksi osaksi huumehoitoa nähdään Hppkl:lla suurena, koska koetaan, ettei niitä ole tarpeeksi saatavilla tai niihin pääsy on syrjäytyneemmille liian vaikeaa.

”Tiettyt asiakkaat, jotka on selkeästi meidän palvelun suurkuluttajia, eivät sitä niin hirveästi hyödy mutta jotain tarvitsevat. Tässä yhteiskunnassa ei ole jotain sellaista olemassa.”

On kuitenkin huomioitava, että haittoja vähentäviä palvelumalleja on laajalti jo olemassa. Korvaushoidot ovat yleistyneet runsaasti vuosien saatossa, samoin kuin terveysneuvontatyö. Ero Hppkl:n haittoja vähentävään toimintaan on kuitenkin ilmeinen. Korvaushoidot ovat Suomessa ns. korkean kynnyksen hoitoja. Niihin päästäkseen on asiakkaan suoriuduttava perusteellisesta arviointiprosessista ja kokeiltava ensin perinteistä raittiusorientoitunutta hoitomuotoa. Terveysneuvontapalvelut ovat puolestaan erittäin matalakynnyksisiä, mutta niiden ensisijainen fokus on kansanterveydessä eikä niinkään yksilössä (Hurme 2002: 417). Tällaista ”hoidollisen haittojen vähentämisen” tyhjiötä Hppkl:lla yritetään paikata.

Matalakynnyksistä toimintaa ja tässä yhteydessä työn välineitä kehitettäessä täytyy huolehtia siitä, että ne palvelisivat toiminnan kohdetta ja tavoitetta käytössä olevien resursien puitteissa. Kehittäminen kun ei ole perusteltua pelkästään kehittämisen vuoksi ja siksi toiminnan reunaehdot tulee huomioida. Hppkl:n yhteydessä tämä tarkoittaa sitä, että tunnustetaan taloudellisten reunaehtoien ja kunnallisen ohjauksen lisäksi aineistosta välittyvä Hppkl:n rakenteellinen raittiusorientaatio matalakynnyksisen kehitystyön pohjaksi, ainakin toistaiseksi. Mallinnetaan haittoja vähentävää työtä ja kirjoitetaan auki se mitä konkreettisesti tarkoitetaan asiakkaan ”kiinnittämällä ja pysäyttämällä”. Kyseiset työskentelymenetelmät on kuvattava tavalla, joka mahdollistaa niiden arvioinnin ja edelleen kehittämisen.

9 POHDINTA

Tulosten pohdinta

Kappaleessa ”Haittojen vähentäminen osana raittiusorientoitunutta hoitoa” kysyttiin, onko haittojen vähentäminen integroitavissa olemassa oleviin palveluihin yksinkertaisesti palveluvalikkoa laajentamalla (s.14). Tämän opinnäytetyön aineiston perusteella vaikuttaa siltä, että Hppkl:lla on pitkälti tehty ne ”yksinkertaiset” toimet, jotka ovat olleet tehtävissä. Palveluihin on huolittu asiakkaaksi myös hoidollisesti ”vaatimattomammilla” tavoitteilla, eikä hoitoa ole arvotettu sen tavoitteiden kautta. Inhimillisen kärsimyksen lieventymisen ja hetkellisen elämän laadun kohentamisen tavoitteet näyttäisivät olevan osa Hppkl:n hoidon arkea. Tässä valossa haittojen vähentyminen kukoistaa Hppkl:lla.

Tällainen Törmän ym.(2003: 126) esittämä, yksinkertaisuudessaan sangen pragmaattinen lähestymistapa haittojen vähentämisen integroimiselle raittiusorientoituneen hoitoon, kevyemmät hoidon tavoitteet sallimalla, näyttäisikin olevan Hppkl:lla vallitseva asetelma. Tämä positio on linjassa Hurmeen (2002: 416) kuvaaman kansallisen ristiriidattomuuden kanssa, jossa pidättäydytään keskustelemasta ideologisella tasolla. Mielenkiintoista kyllä, kirjallisuudessa raportoidaan kovin tulehtuneesta ilmapiiristä haittojen vähentäjien ja raittiusorientoituneiden välillä (McLellan 2003: 239–240), mikä puolestaan latasi ennakko-odotuksia tutkijalle jonkinasteisen polarisaation esiintymiselle aineistossa. Tässä kohtaa on toki tunnistettava erot suomalaisen ja kansainvälisen päihdepoliittisen keskustelun kentillä.

Viitteitä tunnelatautuneesta kahtiajakautumisesta ei aineistossa esiintynyt. Pahimmillaankin hiljaisen konsensuksen rivejä koeteltiin, kun haastatellut peilasivat näkemyksiään haittojen vähentämisestä suhteessa toisiin työntekijöihin. Saatettiin ajatella, että joku toinen on enemmän raittiusorientoitunut kuin toinen.

Hppkl:n haittoja vähentävän toiminnan kehittyminen raittiusorientoituneen hoidon rakenteissa vaikuttaa luonnolliselta prosessilta. Uusi ideologia integroituu hiljalleen vanhaan. Jälkikäteen ajateltuna olisikin ollut outoa, jos Hppkl:n haittojen vähentäminen olisi osoittautunut raittiusorientaation vastavoimaksi. On loogista, että huumehoidon

yksikössä toiminta on vahvasti hoidollista ja että huumehoidon kentällä tarjotaan huumehoitoa, eikä esimerkiksi majoituspalveluita.

Toimintajärjestelmäanalyysissä esitettiin joidenkin asiakkaiden taipumus kertoa työntekijöille sen minkä luulevat työntekijöiden haluttavan kuulla. Vastavuoroisesti voidaan myös ajatella työntekijän pitävän sitä palkitsevampana, kun asiakas ilmaisee korkeita hoidollisia tavoitteita.

Analyysien myötä jäsentynyttä Hppkl:n haittojen vähentämisen ilmentymää raittiusorientoituneen toiminnan rinnalla voidaan nyt verrata aikaisemmin julkaistuihin ja opinnäytteen teoreettisessa viitekehyksessä esiteltyihin integraatiokuvauksiin (s. 14–17). On kuitenkin muistettava, että esitys haittojen vähentymisen ilmentymisestä Hppkl:lla on paikallinen, yhden toimintayksikön näköinen. Sitä ei ole tarkoitettu yleistettäväksi teoriaksi. Malleja vertailtaessa on kuitenkin tunnistettavissa yhtäläisyyksiä.

Hppkl:n haittoja vähentävä työote pitää sisällään Kelloggin (2003: 241–247) kuvaaman ”raittius lopulta” – ajattelun ja Majoorin ym. (2003: 257–262) ajatuksen asiakasta vahvistavasta hoitosuhteesta. Haastatteluaineistosta välittyi asiakasta raittiutta kohti ohjaava ote, samoin kuin toimintajärjestelmäanalyysin kautta tuli esille haittoja vähentävien välineiden raittiuslatautuneet odotukset. Asiakasta vahvistava hoitosuhde näkyi tavoitteessa tuottaa asiakkaalle onnistumisen kokemuksia asiakkaan muutospyrkimyksiensä tueksi.

Haittojen vähentämisen asiakastarvelähtöisyys, kuten sitä tässä opinnäytteessä nimitetään, koostuu osin samoista ilmiöistä kuin Majoorin ym. (2003: 257–262) näkemys asiakkaan tarpeiden kunnioittamisesta ja Denningin (2001: 23–26) painotus yhteistyön merkityksestä. Hppkl:lla asiakkaiden tarpeet näyttäytyivät joko aikaan tai muutokseen sidottuina. Kiireelliset tapaukset miellettiin haittojen vähentämiseksi, samoin kuin ne asiakkaat, jotka eivät kyenneet tai halunneet muuttaa päihteiden käyttöönsä. Kelloggin (2003: 241–247) linjaus perustarpeiden tyydyttämisen välittömyydestä viestii samaa kuin akuutin hoidon ymmärrys haittoja vähentäväksi Hppkl:lla. Akuuttien laitoshoidon jaksojen nähtiin palvelevan ensisijaisesti muita kuin raitistumistavoitteita.

Hppkl:n haittojen vähentämisessä ilmennyttä asiakkaiden profiloitumista ei vertailukohteissa tule esille. Sen voisi ajatella olevan hyvinkin tietoisesti jätetty haittojen vähentämisen ja raittiusorientoituneen hoidon integroituteorioiden ulkopuolelle. Teoreetikot

ovat varmaankin pyrkinet luomaan yleisemmin sovellettavaa teoriaa, eikä jollekin tiettylle joukolle rajattua mallia. Vaikka opinnäytteen aineistossa tuli esille asiakasjoukon heterogeenisuus, on asiakkaiden profiloituminen poikkeuksellista aikaisempaan näyttöön verrattuna. Tosin Kellogg (2003: 241–247) jakaa haittoja vähentävät interventiot mm. asiakkaan riippuvuusasteen ja motivaatiotason mukaan.

Kehittämisen prosessin pohdinta

Tässä kehittämisen prosessin pohdinnassa keskeisenä aineistona näyttäytyy tutkijan päiväkirja. Siitä lainatut otteet auttavat hahmottamaan hankkeen ylä- ja alamäkiä. Oteissa korostuvat vastoinkäymiset, mutta se ei tarkoita että hanke olisi epäonnistunut. Vastoinkäymisten rooli pohdinnassa on korostaa hankkeesta ammennettavaa oppia; mitä kannattaisi tehdä toisin onnistuneen kehittämisen prosessin saavuttamiseksi.

Kehittämishankkeen lähtökohta tiedettiin haasteelliseksi jo prosessiin lähdettäessä. Työn kehittäminen oli Hppkl:lla ollut pääsääntöisesti ohjaamatonta eikä siihen liittynyt säännöllistä arviointia ja raportointia. Hppkl:lla oli totuttu hiomaan käytäntöjä, muuttamaan niitä joustavasti tilanteen mukaan. Työn kehittämistä olisi voinut kuvata suhteellisen pinnalliseksi.

”Nytkin viimeisellä kerralla sanottiin että ei sitten mitään korkealentoista, että juteltas vaan. Tuntuu oudolta, että se mitä itse ajattelee työn kehittämistä onkin toiselle justinsa päinvastoin. Kun ite ajattelee että kaiken pitäisi olla seurattua ja arviotua ja dokumentoitua niin toinen meinaa että parasta tulee jos vaan jutellaan. Se toimii jonkin aikaa mutta on hyvin työntekijä sidottua. Kun työntekijä lähtee niin lähtee kanssa se kokemus ja tieto siitä mitä on tehty.”

Toinen puoli Hppkl:n toiminnan kehittämistä oli ylhäältä johdetut hankkeet, jotka puolestaan olivat hyvinkin seurattuja, mutta näyttäytyivät henkilöstölle korkealentoisina. Tällaisia hallintovetoisia hankkeita toteutettiin kolmea yhtä aikaa opinnäytteen kanssa.

”Sitä jää miettimään että onko tämä prokkis sitten kuitenkin vain minun hanke. Kokeeko muut sen saneltuna ja ulkoa ohjattuna, työnä joka ei kosketa arkea ja on siten turhaa?”

Yhteistoiminnallisen hankkeen läpiviemiselle olisi mahdollisesti ollut edullisempaa tuottaa tutkija työyhteisön ulkopuolelta. Ulkopuolinen tutkija olisi ehkä osannut pa-

remmin jättäytyä kehittämisen kannalta epäolennaisen ulkopuolelle, mitä toiminnassa sisällä oleva ei välttämättä osaa. Yhteisön ja substanssin tuntemuksesta ei varmastikaan ollut haittaa, mutta yhteisössä jatkuvasti tapahtuneet muutokset ja henkilöstövaihdokset tekivät tutkijan roolista haastavamman. Opinnäytteen tekijän toimenkuva, tutkijan roolin ohella, muuttui hankkeen aikana Hppkl:n muutoksissa sairaanhoitajan, apulaisosastonhoitajan, vankilatyöntekijän ja osastonhoitajan välillä. Työroolin lisäksi tekijä oli osallisena mm. Hppkl:n edustajana toimialatasoisessa laatuhankeessa. Tämän yhteyden kautta tuntui, että moni asia, jota opinnäytteen tekijä puuhasi, miellettiin laatu-asiaksi ja siten etäiseksi.

”Kimmon laukaus!”

Työryhmältä tuli myös positiivisävytteisiä kommentteja. Käytäväkeskusteluissa oltiin toistuvasti kiinnostuneita opinnäytetyön edistymisestä. Ryhmätyötilanteissa asia koettiin yhteiseksi ja oltiin innostuneita tekemisestä.

”Musta tuntuu ihmeelliseltä et tää on kaikki saatu niistä meidän haastatteluista”

Yksi avoimeksi jäävä kysymys on organisaatiokulttuurin vaikutus opinnäytetyön etenemiseen. Yhteistoiminnallisuus vaatii työryhmältä erilaista osallistumista ja vastuullisuutta tekemiseltä kuin mihin on totuttu. On hyvin todennäköistä, että yhden hankkeen avulla ei vallitsevaa kulttuuria muuteta.

Menetelmällisten ratkaisujen pohdinta

Yhteistoiminnallisista suunnitelmistaan huolimatta hanka jäi turhan tutkijavetoiseksi. Kaksi ryhmätyökertaa palveli hanketta enemmän tehtyjen analyysien esittelynä työryhmälle ja uuden aineiston keruutilanteina. Itsereflektion osuus ryhmätöissä jäi vähemmälle kuin opinnäytetyön tekijä toivoi. Esimerkiksi toimintajärjestelmämalli tuntui jäävän työryhmälle etäiseksi. Aikaa teorioiden ja mallien perusteellisemmalle esittelylle olisi pitänyt varata enemmän. Vain ottamalla työryhmä mukaan tasavertaiseen tekemiseen, olisi itsereflektiolta saanut enemmän.

”Haastatteluja tehdessä tuli välillä tunne että kaikki eivät olleet samalla kartalla. Ihmiset vastasivat kysymyksiin eri näkökulmasta kuin minä olin ajatellut asian nähtävän, mikä vain vahvistaa ymmärrystä siitä että

haittojen vähentäminen ymmärretään niin monin tavoin. Tuli tunne että olisin halunnut johdatella vastaajaa pidemmälle saadakseen vastauksen siihen kysymykseen mihin sitä haki. Haastattelijan huonoutta ja valmistautumattomuutta?”

Kiviniemen (1999: 67 – 69) mukaan toimintatutkimuksessa ongelma ja sen ratkaisu saavat lopullisen muotonsa yhtäaikaaisesti toimintatutkimuksen eri osa-alueiden limittyessä toistensa kanssa päällekkäin. Tätä opinnäyteraporttia kirjoittaessa Kiviniemen ajatus konkretisoitui. Se mitä hankkeen alussa ajatteli etsivänsä katosi, sen sijaan uusia, relevantimpia kysymyksiä tuli tilalle. Ratkaisusta ei vielä ole näyttöä, mutta ongelmat ovat hahmottuneet. Hanketta onkin siksi mielekästä jatkaa.

Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset näkökulmat

Perinteisesti kuva totuuden ihanteesta on ymmärretty objektiiviseksi, jolloin se säilyy samana riippumatta siitä, kuka sitä katsoo. Heikkisen ja Jyrkämän (1999: 46) mukaan toimintatutkimus haastaakin positivistisen tieteen paradigman käsityksen objektiivisuuden ihanteesta, mutta he muistuttavat, että toimintatutkimusta ei saa hahmottaa positivismiin taisteluparina. Pitäähän toimintatutkimuksenkin pätevyyttä arvioida sen tuottaman tiedon todenmukaisuuden perusteella (Heikkinen ym. 1999: 48–49).

Tämän opinnäytteen luotettavuuden osoittamisessa tulee huomioida tutkimuksen ominaispiirteet sen kuvatessa ainutkertaista sosiaalista todellisuutta. Opinnäytteen analyysimenetelmät olivat laadullisia vaikka toimintatutkimuksellista prosessia noudatettiin. Reliabiliteetin ja validiteetin käsitteet eivät sovellu hyvin laadulliseen tutkimukseen (Heikkinen – Syrjälä 2006: 148, Vilka 2005: 133). Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan siis laadullisen tutkimuksen validointiperiaatteiden mukaisesti, osoittamalla aineiston, analyysin, tulosten esittämisen ja tutkijan oman toiminnan laatu (Janhonen – Nikkonen 2001: 36).

Tässä opinnäytetyössä on pyritty selvittämään mahdollisimman läpinäkyvästi tutkimuksen lähtökohta, metodologiset valinnat, aineiston keruu ja analysointi. Tutkija on tavoitellut kaikessa raportoinnissa totuuden mukaista ja riittävän yksityiskohtaista kuvaamista. Päätelyn logiikka on pyritty tehostamaan kuvioin, taulukoin ja suoraan lainauksin aineistoista. Tulosten validiutta vahvistaa analyysien esittäminen työryhmälle reflektoi-

tavaksi. Tällä ”osallistujatarkistus” – menettelyllä osoitetaan vastaavuus tutkijan ja tutkittavien tulkintojen välillä (Hirsjärvi – Hurme 2000:189).

Aineiston luotettavuutta arvioitaessa on merkityksellistä, että se on tutkimuksen kannalta relevanttia. Aineistoa kerätessä harvalta joukolta (n=11) ei voida ajatellakaan saavutettavan tiedon yleistettävyyttä vaan pitää keskittyä aineiston laadulliseen sisältöön. Pitäisi pystyä saamaan aineistosta mahdollisimman syvällisiä merkityksiä esille. Osallitaan tästä syystä kerättiin useita eri aineistoja: haastattelut, nauhoitetut itsereflektiot, kirjalliset ryhmätyöt ja tutkijan päiväkirjamerkinnot. Rungas aineisto puolestaan asettaa vaatimuksen analysoitavien kohteiden rajaamiselle. Aineiston luotettavuuteen vaikuttaa siis tutkijan oman parhaan ymmärryksen mukaan suorittama aineiston rajaaminen. Haastatteluaineiston osalta mitään ei rajattu pois.

Aineiston analysointiin ei voi olla vaikuttamatta opinnäytteen tekijän kaksoisrooli työyhteisössä. Monivuotisen yksikön työntekijän ja tutkijan rooli asettaa oman huomioon otettavan haasteensa tutkimuksen luotettavuudelle. Tässä asetelmassa tutkijan subjektiivisuus korostuu ja tutkijan omat kokemukset työstä yksikössä saavat äänen tutkimuksessa. Tutkijan kykyä tarkastella ja ymmärtää omaa suhdettansa tutkimuskohteeseensa osana sosiaalista todellisuutta voidaan kutsua subjektiiviseksi adekvaattisuudeksi (Heikkinen – Syrjälä 2006: 153). Opinnäytteen tekijä pyrki tietoisesti sulkemaan omat käsityksensä työnkehittämisen tarpeesta analyysien ulkopuolelle, mutta tiedostamattoman vaikutusta on vaikea arvioida.

Opinnäytetyöprosessiin liittyy myös yksi luotettavuustekijä. Tutkijan esitellessä toimintajärjestelmäanalyysinsä tuotosta työryhmälle ensimmäistä kertaa, ei tutkija itsekään vielä ymmärtänyt analyysinsä merkityksiä. Vasta myöhemmin, opinnäytepäätöstä kirjoittaessa toimintajärjestelmämalli tuntui avautuvan opinnäytteen tekijälle itselleen. Voidaan olettaa, että työryhmän itsereflektiot olisivat tuottaneet erilaista, syvällisempää aineistoa, mikäli opinnäyteprosessi olisi aikataulullisesti mahdollistanut useamman tapaamisen työryhmän kanssa.

Tutkimukseen osallistuneiden etua ja hyvinvointia pidettiin tutkimuksenteon etujen edellä. Jokaiselta pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta ennen tutkimuksen alkamista ja jokaista informoitiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä siitä, että tutkimukseen osallistuvilla ei aiheudu minkäänlaisia kustannuk-

sia. Opinnäytetyön tekemistä varten haettiin puoltava lausunto Helsingin Diakonissalaitoksen eettiseltä toimikunnalta. Haastattelut, ryhmätyöskentely ja itsereflektio tehtiin tutkimukseen osallistuneiden osalta työajalla.

Tutkimusaineisto käsiteltiin luottamuksellisesti. Aineistoa ei missään tutkimuksen vaiheessa luovutettu kolmannen osapuolen haltuun ja tutkimusaineistot hävitettiin tutkimuksen valmistuttua. Menettelyllä suojattiin tutkimukseen osallistuneita ja taattiin aineiston aitous ja rehellisyys.

Toimintatutkimukselle tyypillistä sykliä mukaillessa ja työryhmän yhteisöllisesti työstämässä tutkimuksessa henkilöstö on tunnistettavissa. Tästä syystä osallistujien kanssa keskusteltiin tutkimuksesta ja sen raportoinnista jo ennen aineiston keruun alkamista. Työryhmän yhdessä työstämä materiaali on siis luonteeltaan julkista, mutta työntekijöiden yksilöhaastattelut ja itsereflektiomateriaalit pidettiin anonyymeinä, jotta yksittäisten työntekijöiden henkilöllisyys ei olisi tunnistettavissa.

Yhteisöllisesti toteutetussa tutkimushankkeessa oli ongelmallisen anonyymiteetin lisäksi toinenkin eettisesti askarruttanut kysymys. Oliko työntekijän osallistuminen tutkimukseen vapaaehtoista vai liittyikö siihen manipulaatiota? Saattoiko työntekijä itse valita osallistumisestaan tutkimukseen?

Työnantaja edellytti työntekijöidensä osallistuvan yhteisille kehittämispäiville osana jokaisen toimenkuvaa. Näin ollen työnkehittämiseksi järjestettyyn ryhmätyöskentelyyn osallistuminen ei ollut vapaaehtoista, mikä puolestaan tarkoitti sitä, ettei tutkimukseen osallistumiseen ollut ehdottoman vapaaehtoista. Toisaalta voidaan olettaa työryhmän jäsenien halunneen olla mukana vaikuttamassa työnsä kehittämiseen. Tässä opinnäytetyössä osallistumisen vapaaehtoisuudesta huolehdittiin mahdollistamalla yksilöhaastatteluista kieltäytyminen. Osallistujille kerrottiin heidän mahdollisuudestaan keskeyttää osallistumisensa yksilöhaastatteluihin milloin tahansa ja syytä ilmoittamatta. Osallistujille kerrottiin myös, että tutkimuksen yksilöhaastatteluista kieltäytyminen tai niiden keskeyttäminen ei vaikuta heidän työsuhteeseensa.

Jatkokysymykset ja kehittämistarpeet

Hppkl:n haittojen vähentäminen näyttäytyy ensihoidollisena vaiheena raittiusorientoituneella hoitopolulla. Kirjavilla motiiveilla ollaan tervetulleita hoidon piiriin, mutta riittävien välineiden puutteessa päädytään ohjaamaan ihmiset hoitojatkumoon, jossa hoidon korkeampi tavoitteellisuus muodostuu edellytykseksi. Ei ole tarjota laajaa palveluvalikkoa, josta asiakkailla olisi aito mahdollisuus valita palvelut tarpeittensa mukaisessa järjestyksessä, Denningin (2001: 23–26) esityksen mukaisesti.

Kehittämistarve niin Hppkl:lla kuin laajemminkin suomalaisessa huumeiden käyttäjien palveluverkostossa on hyvin tämän opinnäytteen lähtötilanteen kaltainen. Huumehoitoa ja haittojen vähentämistä tulee lähentää keskenään. Hppkl:n osalta tiedämme nyt, mihin tarttua seuraavaksi. Jatkuva, prosessimainen kehityssykli on pyörähtänyt käyntiin, sen ei saa antaa pysähtyä.

LÄHTEET

Denning, Patt 2001: Strategies for implementation of harm reduction in treatment settings. *Journal of psychoactive drugs*. 33:1, 23–26.

Engeström, Yrjö 1998: Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Hallinnon kehittämiskeskus. Helsinki: Edita

Gerace, L. M. – Hughes, T. L. – Spunt, J. 1995: Improving nurses' responses toward substance-misusing patients: a clinical evaluation project. *Archives of Psychiatric Nursing*. 9(5): 286–294.

Hakkarainen, Pekka 2002: Huume kulttuurin muutos ja huume kuolemat. Teoksessa Kaukonen, Olavi – Hakkarainen, Pekka (toim.): Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus.

Heikkinen, Hannu – Jyrkämä, Jyrki 1999: Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa Heikkinen, Hannu – Huttunen, Rauno – Moilanen, Pentti (toim.): Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: PS-kustannus. 25–56.

Heikkinen, Hannu – Syrjälä, Leena 2006: Tutkimuksen arviointi. Teoksessa Heikkinen, Hannu – Rovio, Esa – Syrjälä, Leena (toim.): Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura. 141–162.

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2000: Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hurme, Toivo 2002: Harmin paikka? Haittojen vähentämisen käsitteellinen ongelmallisuus huume politiikassa. *Yhteiskuntapolitiikka*. 67:5, 415–422

Huume aineiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehittäneen työryhmän muistio. 2001: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Työryhmämuistiota 8.

Huumausainestrategia 1997. 1997: Huumausainepoliittisen toimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1997:10. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.

Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja 2001: Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.

Kaakinen, Juha – Törmä, Sinikka – Huotari, Kari – Inkeroinen, Tiia 2003: RAY rahoittaman huumeiden vastaisen työn sekä matalan kynnyksen palveluiden merkitys. Sosiaalikehitys Oy.

Kaukonen, Olavi 2002: Päihdepalvelupolitiikka ja hyvinvointivaltion muutos. Teoksessa Kaukonen, Olavi – Hakkarainen, Pekka (toim.): Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus. 137–166.

Kellogg, Scott 2003: On "Gradualism" and the building of the harm reduction-abstinence continuum. Journal of substance abuse treatment. 25:4, 241–247.

Kekki, Tuula 2004: Ei kauhealla väännöllä, vaan kipinän saaneena. Matalan kynnyksen kehittämishanke vaihtoehtoisen tuen ja huume kuntoutuksen tarjoajana. Tampereen huume pilotin 2. raportti 2004. Tampereen kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi.

Kiviniemi, Kari 1999: Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina.

Teoksessa Heikkinen, Hannu – Huttunen, Rauno – Moilanen, Pentti (toim.): Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: PS-kustannus.

Konsensuslausuma 3.11.1999. Konsensuskokous: huumeriippuvuuden hoito Suomessa. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. <http://www.duodecim.fi/> luettu 19.10.2006

Kuussaari, Kristiina. 2006: Näkemysten kirjo, sirpaloitunut tieto. Terveystieteiden, sosiaalitoimen ja nuorisotoimen työntekijöiden käsityksiä huumeiden käyttäjien hoitopalvelujärjestelmästä. Stakes. Vaajakoski: Gummerrus.

Lausunnon hakeminen eettiseltä toimikunnalta. Helsingin Diakonissalaitoksen Eettisen toimikunnan tiedote. Luettu 18.12.2006.

<http://www.hdl.fi/cgi-bin/linnea.pl?document=00010665>

Lepola, Irja. 1997: Kolme vuotta mukana: Toimintatutkimus psykiatrisessa vastaanottoyksikössä. Oulu University Press.

Marlatt, G. Alan – Blume, Arthur – Parks, George 2001: Integrating harm reduction therapy and traditional substance abuse treatment. *Journal of psychoactive drugs*. 33:1, 13–21.

Majoor, Bart – Rivera, Joyce 2003: SACHR: An example of an integrated, harm reduction drug treatment program. *Journal of substance abuse treatment*. 25:4, 257-262.

McLellan, Thomas. 2003: What's the harm in discussing harm reduction: An introduction to a three-paper series. *Journal of substance abuse treatment*. 25:4, 239-240.

Murto, Lasse. 2002:. Päihdehuollon suomalainen malli kansainvälistyvässä ympäristössä. Teoksessa Kaukonen, Olavi – Hakkarainen, Pekka (toim.): Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus, Helsinki.

Tammi, Tuukka. 2002: Onko Suomen huume politiikka muuttunut? Teoksessa Kaukonen, Olavi – Hakkarainen, Pekka (toim.): Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus, Helsinki.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2002: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Törmä, Sinikka – Huotari, Kari – Kinnunen, Riitta– Nieminen, Jarmo 2002: Mäkin oon ihminen. Erityis palvelut hiv-positiivisille huumeiden käyttäjille. Kluuvin palvelukeskuksen toiminnan arviointi. Sosiaalikehitys Oy.

Törmä, Sinikka, – Huotari, Kari – Inkeroinen Tiia 2003: Helsingin Diakonissalaitoksen Kurvin huume poliklinikan ulkoinen arviointi. Sosiaalikehitys Oy.

Törmä, Sinikka –Huotari, Kari 2005: Sateisten teiden kulkijoita. Huono-osaisimmat ja moniongelmaisimmat päihteiden käyttäjät avun tarvitsijoina ja asiakkaina. Sosiaalikehitys Oy.

Vilkka, Hanna 2005: Tutki ja kehitä. Keuruu: Otava

JULKAISEMATTOMAT LÄHTEET:

Huumepäivystysklinikan toimintasuunnitelma 2006: Helsingin Diakonissalaitos.

Voutilainen Paavo. 2005. Esitelmä: Avaus, tavoitteet ja Helsingin Diakonissalaitoksen huumehoitopalveluiden kuvaus. Alaikäisten huumehoidon kehittäminen, teemakokous 28.4.2005.

Tiedote tutkimukseen osallistuville

Tutkimuksen nimi:

HAITTOJEN VÄHENTÄMISEN STRATEGIA OSAKSI RAITTIUSORIENTOITUNUTTA HUUMEHOITOA

Huumepäivystyspoliklinikan (Hppkl) toiminnan kehittäminen

TUTKIJA: KIMMO HANNUS

Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää Helsingin Diakonissalaitoksen Huumepäivystyspoliklinikan matalakynnyksistä toimintaa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa Huumepäivystyspoliklinikan haittojen vähentämisen ja raittiusorientoituneen hoidon integraatiokehityksen tueksi. Kyseessä oleva tutkimus on samalla Kimmo Hannuksen ylempään ammattikorkeakoulututkintoon sisältyvä opinnäytetyö Helsingin Ammattikorkeakoulussa. Työn ohjaajina ovat yliopettaja, FT Elisa Mäkinen ja yliopettaja, KL Salla Sipari Helsingin Ammattikorkeakoulusta.

Tutkimusaineisto kerätään Hppkl:n hoitohenkilökunnalta kevään 2007 aikana yksilöhaastatteluina sekä ryhmäkeskusteluina. Ryhmäkeskustelut järjestetään Hppkl:n kehityspäivillä ja yksilöhaastattelut henkilökohtaisesti sopien haastateltavien työajalla, heidän aikataulujen mukaisesti. Ryhmäkeskustelutilanteisiin varataan aikaa kaksi tuntia kevään 2007 kolmelta Hppkl:n kehityspäivältä ja yksilöhaastatteluihin 30 minuuttia / haastateltava. Aineiston analysoinnin edetessä tutkija varaa mahdollisuuden toiseen haastattelukierrokseen.

Yksilöhaastattelut kirjataan tekstitiedostoiksi, missä yhteydessä haastateltavien nimet hävitetään. Haastattelun äänitallenne hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Haastattelussa esille tulleet asiat raportoidaan tutkimusjulkaisuissa tavalla, jossa tutkittavia tai muita haastattelussa mainittuja yksittäisiä henkilöitä ei voi välittömästi tunnistaa. Yksilöhaastatteluiden aineisto analysoidaan sisällönanalyysimenetelmää käyttäen.

Ryhmäkeskusteluista laaditut muistiot ja muut ryhmätilanteissa tuotetut kirjalliset tuotokset ovat myös tutkimuksen aineistoa. Ryhmäkeskusteluissa kerätyn aineiston analysoinnissa hyödynnetään kehittävän työntutkimuksen (Engeström 1998) toimintajärjestelmämallia.

Tutkimukseen osallistumien on vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistuminen ei aiheuta osallistuvalla ylimääräisiä kustannuksia, osallistuvan henkilöllisyys jää vain tutkijan tietoon ja aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Lisätietoja tutkimuksesta antaa tutkimuksen tekijä

Kimmo Hannus

SUOSTUMUS

Tutkimuksen nimi: Haittojen vähentämisen strategia osaksi raittiusorientoitunutta huumehoitoa. Huumepäivystyspoliklinikan (Hppkl) toiminnan kehittäminen.

Tutkija: Kimmo Hannus

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

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 ja minua koskeva aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

- Rastittamalla alla olevan ruudun, vahvistan suostumukseni yksilöhaastatteluun.
- Jos jätän ruudun rastittamatta, tutkija ei ota minuun yhteyttä sopiakseen yksilöhaastattelua.

Annan suostumukseni yksilöhaastatteluun.

Päiväys

Tutkimukseen osallistuvan allekirjoitus ja nimenselvennys

Lisätietoja tutkimuksesta:

Kimmo Hannus