

Anna-Leena Åman

”TÄMÄ ON MINULLE TUKIPAIKKA”

Asiakkaiden kokemuksia riippuvuuksien hoidosta Kainuun A-klinikalla

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Kevät 2011



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Åman Anna-Leena	
Työn nimi "TÄMÄ ON MINULLE TUKIPAIKKA" Asiakkaiden kokemuksia riippuvuuksien hoidosta Kainuun A-klinikalla	
Vaihtoehtoiset ammattipinnot Mielensterveystyö	Ohjaaja(t) Siivola Seija, Anttonen Kristiina/Niskanen Sirkka-Liisa Toimeksiantaja Kainuun maakunta -kuntayhtymä, Kainuun A-klinikka
Aika Kevät 2011	Sivumäärä ja liitteet 49+4
<p>Riippuvuus eli addiktio on pakonomainen tarve jostain, mikä tuottaa välitöntä tyydytystä, mutta josta loppujen lopuksi seuraa haittaa itselle ja läheisille. Ihminen voi tulla riippuvaiseksi mistä tahansa, aineesta, toiminnasta tai asiasta, jota kohtaan aluksi syntyy kiinnostus. Vaikka huumeiden käyttö on Suomessa lisääntynyt, alkoholi on edelleen ykköspäihde. Alkoholi on Suomessa yleisin työikäisten (15–64 -vuotiaiden) kuolinsyy. Kainuun A-klinikka tarjoaa riippuvuushoitopalveluita yli 18-vuotiaille kainuulaisille.</p> <p>Opinnäytetyöni tarkoituksena on kartoittaa asiakkaiden kokemuksia riippuvuushoidosta Kainuun A-klinikalla sekä selvittää mitkä Kainuun A-klinikan palvelut ovat auttaneet asiakkaita heidän ongelmissaan, mitä silloin tapahtui ja mitkä asiat siihen vaikuttivat? Opinnäytetyöni tavoitteena on saada uutta tietoa Kainuun maakunta -kuntayhtymän Kainuun A-klinikan asiakkaiden kokemuksista ja kehittämisideoita Kainuun A-klinikan palveluihin.</p> <p>Opinnäytetyö on luonteeltaan kvalitatiivinen eli laadullinen kyselytutkimus. Kyselylomakkeen taustatietokysymykset olivat monivalintakysymyksiä ja loput avoimia kysymyksiä. Tutkimuskohteena olivat Kainuun A-klinikan asiakkaat (n=34), vastausprosentti oli 56 %. Tutkimustehtävät olivat: 1. Mitkä Kainuun A-klinikan riippuvuushoitopalvelut ovat auttaneet asiakkaita? 2. Miten Kainuun A-klinikan riippuvuushoitopalvelut ovat auttaneet asiakkaita? 3. Mitä toiveita ja kehitettävää asiakkaiden mielestä on heidän hoidossaan?</p> <p>Tutkimustuloksista ilmeni, että kaikki riippuvuushoitopalvelut ovat käytössä ja auttaneet asiakkaita. Eniten käytössä on yksilökeskustelu ja vähiten keskustelu riippuvuusongelmasta kärsivän ystävänä/läheisenä -palvelu. Kainuun A-klinikan riippuvuushoitopalvelut ovat auttaneet asiakkaita tukemalla heitä henkisesti, fyysisesti ja sosiaalisesti. Kuitenkin resurssien puutteilla sekä työntekijöiden ja asiakkaan näkökulmien eroilla voi olla vaikutusta hoitoon. Kehittämistarpeina nähtiin ulkoinen tiedottaminen, yhteistyön ja palvelujen lisääminen.</p> <p>Jatkotutkimusaiheina ehdotan asiakkaiden kokemusten arvioimista haastatteleamalla parin vuoden päästä, koska olisi mielenkiintoista tietää millaisia tuloksia toisella menetelmällä saadaan, samalla selviäisi onko kehittämistarpeisiin vastattu. Henkilökunnan kokemuksia kehittämistarpeista olisi myös hyvä tutkia, koska silloin nähtäisiin eroavatko työntekijöiden kokemukset ja mielipiteet asiakkaiden kokemuksista. Myös läheisten kokemusten tutkiminen olisi mielenkiintoista ja sieltä voisi saada aivan uutta näkökulmaa palvelujen kehittämiseksi.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	Riippuvuus, päihdehoito, asiakas
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programme Nursing
Author(s) Åman Anna-Leena	
Title ”This Is a Place Where I Get Support” Clients’ experiences of addiction treatment at Kainuu A-Clinic	
Optional Professional Studies Mental Health Care	Instructor(s) Siivola Seija, Anttonen Kristiina/Niskanen Sirkka-Liisa
	Commissioned by The Joint Authority of Kainuu Region, Kainuu A-Clinic
Date Spring 2011	Total Number of Pages and Appendices 49+4
<p>Addiction is a compulsive need of something that gives you immediate pleasure but that in the end causes harm to you and those close to you. People can become dependent on anything, a substance, an activity or issue on which they first got interested in. Although drug abuse has increased in Finland, alcohol is still the number one substance of abuse. Alcohol is the most common cause of death among working-age people (15-64 years old) in Finland. Kainuu A-Clinic offers addiction treatment for over-18-year-old people in Kainuu.</p> <p>This thesis aimed to identify clients’ experiences of addiction treatment at Kainuu A-Clinic in Kainuu and to find out which A-Clinic services had helped clients in their problems, what happened then and what things influenced the treatment? The goal of this thesis was to provide new knowledge of clients’ experiences of the services of the Joint Authority of Kainuu Region and new ideas for development of Kainuu A-Clinic services.</p> <p>This thesis was a qualitative survey. In the background information questionnaire the questions were multiple choice questions, and the remaining questions were open. The target group were the clients of Kainuu A-Clinic (n=34), and the response percentage was 56 %. The research tasks were: 1. Which addiction treatment services of Kainuu A-Clinic had helped clients; 2. How the addiction treatment services of Kainuu A-Clinic had helped the clients; and 3. What the clients hoped from and how they would develop the treatments provided.</p> <p>The results showed that all addiction treatment services were in use and had helped the customers. The addiction treatment services of the A-Clinic in Kainuu had helped clients by supporting them emotionally, physically and socially. External communication, co-operation and enhancement of services were seen as targets for further development.</p> <p>As topics for further research I suggest the assessment of clients’ experiences through interviews, because it would be interesting to know what kind of results could be obtained using another method. The staff’s experiences of development needs should also be studied, because that would show, if their experiences and opinions differ from the customers experiences. Also studying the experiences of close ones would be interesting and could give a whole new perspective into developing the services.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Addiction, intoxicant treatment, client
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input checked="" type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 RIIPPUVUUS	3
2.1 Alkoholi	4
2.2 Huumausaine eli huume	7
2.3 Sekakäyttö	10
2.4 Peli-, seksi- ja läheisriippuvuus	11
3 PÄIHDEHOITO	13
3.1 ICD-10: Päihderiippuvuus	13
3.2 Hoitotyö A-klinikalla	14
3.3 Kainuun A-klinikan riippuvuuksienhoitopalvelut	15
3.4 Asiakas	19
4 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA OPINNÄYTETYÖNI AIHEESTA	21
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	22
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	23
6.1 Laadullinen tutkimus	24
6.2 Aineiston keruu	24
6.3 Aineiston analyysi	26
7 TULOKSET	29
7.1 Kohdejoukko	29
7.2 Kokemukset riippuvuuksienhoitopalveluista	32
7.2.1 Henkinen, fyysinen ja sosiaalinen tukeminen	34
7.2.2 Resurssien puute	37
7.2.3 Henkilökunnan ja asiakkaiden näkökulmien eroja	38
7.2.4 Kokemukset kehittämistarpeista	40
8 TULOSTEN YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	41
9 POHDINTA	43
9.1 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	43

9.2 Opinnäytetyön luotettavuus	44
9.3 Eettiset kysymykset	46
9.4 Ammatillinen kasvu	47

LÄHTEET	50
---------	----

LIIITTEET

1 JOHDANTO

Riippuvuusongelmat ovat arkipäivää kymmenille tuhansille suomalaisille. Ne tuottavat kärsimystä ja tuskaa vielä useammille. Vaikka huumeiden käyttö on Suomessa lisääntynyt, alkoholi on edelleen ykköspäihde. Alkoholin käyttö on osa suomalaista kulttuuria. Suomalaisten juominen on humalahakuista ja alkoholin sietokykyä ihannoiva. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 84–85.) Tilastot vuosilta 2003–2007 kertovat, että Suomessa alkoholin käytöstä johtuvia kuolemia on vuosittain noin 3 000 ja tapaturma- ja väkivaltakuolemia, joihin liittyy alkoholi noin 1 000. Alkoholi on Suomessa jo yleisin työikäisten (15–64 -vuotiaiden) kuolinsyy. (Päihdelinkki 2010.)

Opinnäytetyöni aihe on tärkeä ja ajankohtainen, koska alkoholismi on sairaus ja yksi merkittävimmistä kansantaudeistamme. Ongelma ei kosketa yksin alkoholisteja, vaan myös heidän perheitään ja muita läheisiä. Lisäksi se aiheuttaa paljon lisäkustannuksia sekä muita haittoja yhteiskunnallemme. (Ehkäisy ja hoito - Laadukkaan päihdetyön kokonaisuus 2007, 7.)

Tarpeellisen tästä tutkimuksesta tekee myös se, että Kainuun A-klinikalla ei ole aikaisemmin tutkittu asiakkaan kokemuksia riippuvuushoito- ja palveluista. Viimeisin opinnäytetyö Kainuun A-klinikalle on tehty vuonna 2002 ja sen aiheena oli asiakastyytyväisyys Kainuun A-klinikalla. Tuloksista käy ilmi muun muassa se, että asiakkaat pitävät saamia palveluja hyvänä, mutta toivoivat täsmällisempiä vastaanottoaikoja ja lääkäripalvelujen parempaa saatavuutta. (Myöhänen, Rimpiläinen & Saarinen 2002.)

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kartoittaa asiakkaiden kokemuksia riippuvuushoidosta Kainuun A-klinikalla sekä selvittää, mitkä Kainuun A-klinikan palvelut ovat auttaneet asiakkaita heidän ongelmissaan, mitä silloin tapahtui ja mitkä asiat siihen vaikuttivat? Tavoitteena on saada uutta tietoa Kainuun maakunta -kuntayhtymän Kainuun A-klinikan asiakkaiden kokemuksista ja kehittämisideoita Kainuun A-klinikan palveluihin. Opinnäytetyöni keskeiset käsitteet ovat riippuvuus, päihdehoito ja asiakas.

Tulevana mielenterveystyön sairaanhoitajana tietoni riippuvuuksista ja niiden hoidoista syvenee ja laajenee. Pystyäkseen hoitamaan ja auttamaan riippuvuusongelmista kärsiviä ihmisiä, on minun tunnettava mistä eri riippuvuudet johtuvat ja mitä ne pitävät sisällään. Tämän työn avulla opin myös tuntemaan Kainuun A-klinikan toimintaa, mikä hyödyttää minua tulevana

ammattilaisena. Hoitoalalla työskentelevien on tärkeää tietää ja tuntea eri hoitopolkuja, jotta voi auttaa, neuvoa ja ohjata ihmisiä oikealla tavalla ja oikeisiin paikkoihin.

Opinnäytetyön tausta-ajatteluni pohjaan Lauri Rauhalan (2005) holistiseen eli kokonaisvaltaiseen ihmiskäsitykseen. Ihmisen perusmuodot olemassaolosta ovat tajunnallisuus eli henkisyys, kehollisuus eli fyysisyys ja situationaalisuus eli sosiaalisuus. Tajunnallisuudessa ihminen kokee normaalitilanteessa esimerkiksi tunnetta, tietoa ja uskoa. Kehollisuus tarkoittaa ihmiskehon sisällä tapahtuvaa kemiallista, biologista ja anatomis-fysiologista prosessia. Situationaalisuus puolestaan tarkoittaa olemassa oloa suhteessa todellisuuteen ja tilanteeseen, mikä sisältää suhteen muihin ihmisiin, kulttuuriin ja maailmaan. Kaikki vaikuttaa kaikkeen ja tarkoituksena on löytää tasapaino näiden olemassa olevien perusmuotojen kesken.

2 RIIPPUVUUS

Riippuvuus on maailman yksilöiden ja lajien elinehto, sillä ilman riippuvuutta ei ole elämää. Riippuvuus siis mahdollistaa elämisen. Pieni lapsi on esimerkiksi riippuvainen sosiaalisesti vanhemmistaan tai hoitajistaan ja se on hänelle elinehto selviytymisen vuoksi. Liiallisena riippuvuus voi myös kääntyä negatiiviseksi. On arvioitu, että meistä kaikista ihmisistä kymmenen prosenttia on psyykkiseltä rakenteeltaan häiritsevän riippuvaivaisia jostakin. (Dahl & Hirschovits 2002, 263.)

Riippuvuus eli addiktio on pakonomainen tarve jostain, mikä tuottaa välitöntä tyydytystä, mutta josta loppujen lopuksi seuraa haittaa itselle ja läheisille. Arkikielellä ilmaistuna riippuvuudesta voidaan puhua myös sanoilla: olla koukussa. (Koski-Jännes 1998, 24.)

Ihminen voi tulla riippuvaiseksi mistä tahansa, aineesta, toiminnasta tai asiasta, jota kohtaan aluksi syntyy kiinnostus. Asialle annetaan yhä enemmän aikaa ja koska taipumus riippuvuuden kehittymiseen on ihmisen persoonassa, voi kiinnostuksen kohteesta pikkuhiljaa muodostua pakkomielle. (Taitto 1998, 11.) Päihderiippuvuus tarkoittaa elimistössä tapahtuvaa muutunutta fysiologista tai kemiallista reaktioita alkoholiin tai muihin päihteisiin, jolloin käyttö saa omaa tahtoaan voimakkaamman vietin (Söderling 1993, 180).

Koski-Jännes (1998) kertoo kirjassaan addiktiivisen käyttäytymisen olevan ylenmääräistä, toistuvaa ja sen tahdonalainen säätely on vaikeaa. Riippuvuusikäyttäytymiseen liittyy usein myös syyllisyyttä, mikä johtuu riippuvuuteen liittyvästä ristiriidasta: se tuottaa mielihyvää, mutta toisaalta siitä koituu myös haittaa. Tästä syystä sitä salataan, kielletään ja vähätellään. Ihminen antaa itselleen luvan jatkaa intohimoaan torjumalla ikävät asiat.

Elimistö mukautuu fyysisistä riippuvuutta aiheuttaviin aineisiin, jolloin olo tuntuu ”normaalilta” vain aineen vaikutuksen alaisena. Käytön lopettamisesta seuraa vieroitusoireita, joiden takia aineen käyttöä jatketaan, koska se helpottaa ainakin aluksi. Myöhempiä kielteisiä seurauksia ei sillä hetkellä ajatella. Oppimispsykologian mukaan ihmiset ja eläimet valitsevat mieluummin välittömän pienemmän palkinnon kuin luvassa olevan myöhemmän ja suuremman palkinnon. Jos tänään saa hyvän humalan, se on monille houkuttelevampaa kuin huomisen krapulaton aamu. (Koski-Jännes 1998, 31–33.)

Riippuvuuksia ja niiden seurauksia on monenlaisia ja eriasteisia. Addiktio voi tuhota ihmisen kokonaan ja saada aikaan tuhoa myös läheisissä ja ympäristössä. Pakonomaisen riippuvuuden vaikein aste voi olla fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti äärimmäisen tuskallinen, mikä vain lisää henkilön sairauksia, ihmissuhdevaikeuksia, huonommuuden tunnetta ja syyllisyyttä. Pakonomaisilla riippuvuuksilla on myös tapana uusiutua. Riskeinä voivat olla mielentilat ja halukokeilla, onnistuisiko hallinta tällä kerralla. Sen lisäksi, että näitä retkahduksia tapahtuu, riippuvuus saattaa korvautua toisella riippuvuudella. (Koski-Jännes 1998, 34–36.)

Riippuvuudet ovat monimuotoisia ongelmaryypäitä. Niistä toipuminen on täysin mahdollista ja se voi tapahtua monin eri tavoin. Riippuvuuksia vastaan taisteltaessa tärkeitä voimavaroja ovat läheisyys ja tukea antavat ihmissuhteet, työpaikka ja työn antamat voimavarat, vapaaajan toiminta ja muut selviytymiskeinot, kuten sosiaaliset taidot, käytännön taidot sekä stressinsietokyky ja tunne-elämän joustavuus. Monet riippuvuuksista kärsivät ihmiset hakevat ja saavat apua ongelmiinsa sosiaali- ja terveyspalveluista. (Stanton 2004, 124.)

2.1 Alkoholi

Alkoholi (etanoli, etyylialkoholi) on laillinen päihde ja sitä valmistetaan luonnontuotteista, kuten hedelmistä ja viljasta tislaamalla tai käyttämällä. Juomaa, joka sisältää enemmän kuin 2,8 tilavuusprosenttia etyylialkoholia kutsutaan alkoholijuomaksi. (Päihdetyön keskeiset käsitteet 2008.) Alkoholin tuonti, vienti, valmistus ja tukkumyynti on vapautettu monopolista. Väkevien juomien markkinointi ja mainonta ovat Suomessa kielletty sekä myynti- ja anniskelulikärajat ovat voimassa. (Päihdelinkki 2010.)

Alkoholin käyttö kulkee mukana suomalaisessa kulttuurissa. Vaikka huumeiden käyttö on Suomessa lisääntynyt, on alkoholin valta-asema ykkösenä. Suomalaisessa kulttuurissa alkoholin käyttö on hyväksytty rentoutumis- ja vapaa-ajanvietto muoto. Alkoholilla on meidän kulttuurissamme vahva sosiaalinen rooli. Toisin kuin eurooppalainen viinikulttuuri, suomalaisten juominen on humalahakuista ja alkoholin sietokykyä ihannoiva. Alkoholin hintapolitiikan muutoksia on perusteltu esimerkiksi sillä, että suomalaiset saataisiin juomaan miedompia juomia väkevien sijaan. Miedot juomat, kuten viinit ovat pikemminkin tulleet lisäksi humalajuomiseen, eivät korvaamaan väkevempiä alkoholijuomia. Juominen on arkipäiväistynyt ja käyttäjäryhmät ovat laajentuneet. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 84–85.)

Alkoholilla on suuri kansanterveydellinen merkitys. Tilastot vuosilta 2003–2007 kertovat, että Suomessa alkoholin käytöstä johtuvia kuolemia on vuosittain noin 3 000 ja tapaturma- ja väkivaltakuolemia joihin liittyy alkoholi noin 1 000. Alkoholi on Suomessa jo yleisin työikäisten (15–64 -vuotiaiden) kuolinsyy. Alkoholi aiheuttaa huomattavia onnettomuus-, väkivalta-, terveys- ja sosiaalikutannuksia sekä -haittoja. (Päihdelinkki 2010.) Alkoholi on esimerkiksi tärkein maksasairauksien syy Suomessa. Rasvamaksa, maksatulehdus (alkoholihepatiitti) ja maksakirroosi ovat alkoholin aiheuttamia maksavaurioita. Alkoholi aiheuttaa noin 60–80% maksakirrooseista. (Niemelä & Laine 2000, 9.)

Alkoholi on nopea imeytymään ruuansulatuskanavasta leviten kaikkiin kudoksiin sekä aivoihin. Jo pieninä annoksina sen vaikutus keskushermostoon on lamaava, josta seuraa toimintojen heikentynyt kontrolli. (Dahl & Hirschovits 2002, 130.) Alkoholilla ei ole aivoissa tiettyä sitoutumis- ja vaikutuskohtaa, toisin kuin monilla muilla päihteillä, vaan se vaikuttaa hermojärjestelmään monin tavoin. Alkoholin alhainen määrä kohottaa mielialaa, vilkastuttaa, virkistää ja vähentää estoja. Toisaalta se aiheuttaa myös pahoinvointia, puheen sammallusta, kömpelyyttä, valppauden ja reagointikyvyn laskua, onnettomuusalttiutta ja arvostelukyvyn alenemista seurauksineen. Alkoholin vieroitusoireet voivat olla voimakkaita ja jopa hengenvaarallisia. (Päihdelinkki 2010.)

Alkoholi vaikuttaa jakautuessaan vesiliukoisena aineena joka puolelle elimistöä lähes kaikkiin elimiin. Runsaan ja pitkäaikaisen käytön vaikutukset elimistöön ovat haitallisia. Vaikutuksia tulee muun muassa sydän- ja verisuoniin, aivoverenkiertoon ja veren koostumukseen, maksaan, haimaan ja ruuansulatuskanavaan. Syöpäriski kasvaa, infektiot ja ihovammat lisääntyvät, vitamiininpuutokset ovat yleisiä ja hormonitoiminta muuttuu. (Dahl & Hirschovits 2002, 133–136.)

Alkoholin ongelmakäytön riskirajalla tarkoitetaan sitä määrää, mikä todennäköisesti lisää merkittävästi terveyshaittoja. Ongelmakäyttöä on myös viikoittainen humalajuominen eli runsas kertajuominen. Humalajuominen voi aiheuttaa ongelmia, vaikka alkoholin kokonaiskulutus jäisikin riskirajan alapuolelle eli riskiraja ei ole turvaraja. Yksi alkoholiannos on pullo (33 cl) keskiolutta tai siideriä, lasi (12 cl) mietoa viiniä, pieni lasi (8 cl) väkevää viiniä tai ravintola-annos (4 cl) väkeviä. (Käypä hoito 2011.) Alkoholin ongelmakäytön riskirajat on esitelty seuraavalla sivulla taulukossa (Taulukko 1).

Taulukko 1. Alkoholin riskirajat keskikokoiselle terveelle aikuiselle.

ALKOHOLIN RISKIRAJAT		
	Miehet	Naiset
Annosta kerralla	7	5
Annosta säännöllisesti päivittäin	4	2
Annosta viikossa	24	16

Alkoholin käytöstä aiheutuvat riskit voidaan erotella riskitasojen mukaan. Riskitasot voidaan selvittää AUDIT -testin avulla. AUDIT on Maailman terveysjärjestö WHO:n kehittämä kysely liiallisen alkoholin käytön seulontaan viimeisen vuoden ajalta sekä pidempiaikaisesta käytöstä. Riskitason selvittämisestä on hyötyä, jotta riskikäyttäjät ja alkoholia haitallisesti käyttävät aikuiset saisivat tietoa alkoholin aiheuttamista riskeistä. (Alho & Ofverström-Anttila 2010, 5–8.) Riskitasot on esitelty seuraavassa taulukossa (Taulukko 2).

Taulukko 2. Aikuisen alkoholin käytön riskitasot.

ALKOHOLIN RISKITASOT	
Vähäriskinen	Alkoholin käyttö on kulutusta, jossa riski saada alkoholin käyttöön liittyviä terveyshaittoja on vähäinen.
Riskikäyttö	Alkoholin käyttö on kulutusta, jossa vaara saada alkoholin käytön aiheuttamia terveyshaittoja on kasvanut, vaikka merkittäviä haittoja tai varsinaista riippuvuutta ei ole vielä ilmaantunut.
Haitallinen käyttö	Alkoholin käyttö on kulutusta, jossa riskit ovat suuret. Käytön seurauksena on selvästi tunnistettavia ja määriteltävissä olevia alkoholin käytön aiheuttamia terveyshaittoja, mutta ei varsinaista riippuvuutta.
Alkoholiriippuvuus	Oireyhtymä, jonka tyypillisiä piirteitä ovat muun muassa alkoholin käytön pakonomaisuus ja hallinnan heikentyminen, vieroitusoireet, toleranssin kasvu ja juomisen jatkuminen haitoista huolimatta.

Ero alkoholin suurkulutuksen eli ongelmakäytön ja alkoholismien välillä on se, että alkoholismi on sairaus. Ihmistä, joka kärsii alkoholismista, kutsutaan alkoholistiksi. Alkoholistikilla on syvä riippuvuussuhde alkoholiin ja yleensä se vaikeuttaa alkoholistin perhe-elämää ja työsuhteita. Alkoholismi vaarantaa ihmisen terveyden niin henkisesti kuin fyysisesti, eikä tieto hengenvaarallisesta alkoholin kulutuksesta rajoita juomista. Alkoholismista kärsivä ihminen voi juoda alkoholia joka päivä. Osalla alkoholin käyttö voi olla myös kausiluontoista, jolloin välissä on raittiita kausia. Alkoholiongelma eroon pääseminen edellyttää yleensä ongelman tiedostamista ja ymmärtämistä omasta vastuusta sen hoidossa. (Darwin Media Oy 2008.)

Päihteiden vaikutus elimistössä muuttuu, kun ihminen vanhenee. Vanhuksen elimistöstä tulee herkempi alkoholin vaikutukselle. Sama määrä alkoholia painokiloa kohti aiheuttaa suu-

remman veren alkoholipitoisuuden ja syvemmän humalatilän kuin nuorelle ihmiselle. Toipuminen alkoholin vaikutuksesta on hitaampaa ja vieroitusoireita esiintyy herkemmin. Muutokset johtuvat muun muassa aivojen ja keskushermoston sietokyvyn heikkenemisestä. Iän myötä myös erilaisten lääkkeiden käyttö lisääntyy. Useat lääkkeet voimistavat alkoholin vaikutusta entisestään ja yhteiskäytöstä voi tulla haitallisia seurauksia. (Niemelä & Laine 2000, 33.)

Yleensä alkoholiongelmia esiintyy nuorilla vanhoja enemmän. Kuitenkin esimerkiksi Kainuun A-klinikalla yli 65-vuotiaiden asiakkaiden määrä on lisääntynyt (A. Jauhiainen, henkilökohtainen tiedonanto 4.2.2010). Vanhenemisen aikana tapahtuu monia elämän muutoksia ja silloin alkoholin käyttö voi lisääntyä ja muodostua ongelmaksi. Elämän tuomia muutoksia ihmisen ikääntyessä voivat olla eläkkeelle siirtyminen, puolison kuolema, yksinäisyys tai sairaudet. Yhtenä syynä päihdeongelmien tunnistamisessa vanhuksien kohdalla tekee vaikeaksi se, että vanhusten ei oleteta juovan. (Niemelä & Laine 2000, 33.)

2.2 Huumausaine eli huume

Käsitettä huume käytetään epämääräisesti tarkoittamaan muita päihteitä kuin tupakkaa ja alkoholia. Huumausaineiksi luokitellut aineet on luokiteltu huumausainelaisissa (2008/373). Niihin kuuluvat muun muassa kannabis, LSD, heroïini, amfetamiini ja kokaiini sekä jotkut lääkkeet, sienet ja kemiallisesti valmistetut design-huumeet. Huumausaineet voidaan jaotella niiden vaikutusten perusteella: keskushermostoa kiihottavat aineet, keskushermostoa lamaavat aineet, hallusinogeenit ja kannabis. Kannabiksen vaikutukset voivat olla jaottelusta huolimatta kaikkia edellä mainittuja. (Dahl & Hirschovits 2002, 5.)

Yleisimmät kannabistuotteet ovat hasis (hamppu, pilvi), marihuana (mari) ja kannabisöljy. Kannabistuotteita saadaan Cannabis sativa -nimisestä yksineuvoisesta ruohokasvista. Päihde-kannabista käytetään yleisimmin sätkissä polttamalla, vesi- tai tavallisessa piipussa, mutta sitä voi myös syödä tai juoda esimerkiksi kakuissa, teessä ja makeisissa. Polttamalla kannabiksen vaikutus kestää yleensä kahdesta neljään tuntiin. Suun kautta otettuna vaikutus alkaa noin tunnin päästä ja kestää yli kuusi tuntia, mutta sitä otetaankin suun kautta yleensä kolmin tai viisin -kertainen määrä. (Dahl & Hirschovits 2002, 7–8.)

Kannabis vaikuttaa rasvaliukoisena aivoihin, keuhkosoluihin, sukusoluihin ja rasvakudoksiin. Sen vaikutus elimistössä on pitkä. Kerta-annos poistuu elimistöstä viikkojen kuluessa, koska aineen puoliintumisaika on useita päiviä, yleensä noin kahdeksan vuorokautta. Pitkään kannabista käyttäneillä aine varastoituu elimistöön häiriten sitä vielä viikkoja viimeisen käyttökerran jälkeen. Varastoitunut aine voi aiheuttaa hitaasti elimistöstä poistuessaan uusiutuvia lieviä päihtymistiloja, vaikka ei olisikaan ottanut enää lisää ainetta. (Dahl & Hirschovits 2002, 8.)

Kannabiksen käytöstä aiheutuvat tunnetilat riippuvat muun muassa käyttäjän persoonallisuudesta ja käyttöhetken tunnetilasta. Vaikutuksia on monia, kuten hyvänolon- tai unenkaltaisen tunne, hilpeys, tokkuraisuus, itkuisuus, sekavuus, pelkotilat, paniikkikohtaus, paranoisuus, todellisuuden tajun hämärtyminen, ahdistuneisuus ja masennus. Aineen käytön jälkeen osalle tulee uuvuttava väsymys, velttous ja haluttomuus. (Dahl & Hirschovits 2002, 8–9.) Varsinkin nuoret ihmiset suhtautuvat kannabiksen käyttöön hyvin arkisesti. Kannabista käytetään usein alkoholin ohella juhlimiskäyttöön, mutta myös yksin käyttö kotona arki-iltojen rentoutumiseen on lisääntynyt. (Seppälä 2003, 31.)

LSD (matka, trippi, happo, naksu, lappu tms.) on tunnetuin voimakkaasti aistiharhoja aiheuttava aine. Amfetamiini (vauhti, piri, spiidi tms.) on valmistettu kemiallisesti ja se vaikuttaa keskushermostoon kiihdyttävästi. Näitä molempia aineita on joskus aikoinaan käytetty lääkinnällisesti. LSD:tä on käytetty alkoholismiin, neuroosien ja autismin hoitoon, amfetamiinia masennuksen ja väsymyksen hoitoon sekä laihdutuslääkkeenä. Lääkinnällinen hoito on lopetettu haittavaikutusten vuoksi. Kokaiini (koka, kokis, kokkeli, lumi jne.) on jo 500-luvulta lähtien ollut Etelä-Amerikan intiaanien kulttuurissa mukana. Kokapensaan lehtiä on pureskeltu väsymyksen poistajana ja osana erilaisia uskomuksia. Heroiini (polle, hepo, jarru jne.) on morfiinijohdos, jolla on 10 kertaa voimakkaampi vaikutus keskushermostoon kuin morfiinilla. Euroopan huumekuolemista heroiniyliannostuksia on 70–90 % (Dahl & Hirschovits 2002.)

Design-huumausaineista eli muuntohuumeista yhtenä esimerkkinä on MDPV (metyleenidioksi-pyrovaleroni) -nimellä tunnettu kemiallinen aine, joka luokiteltiin kiireellisesti kesällä 2010 huumausaineeksi. MDPV on päihde, joka on amfetamiinin kaltaista vaikutukseltaan ja ulkonäöltään. Päihteen käytössä yliannostuksen vaara on suuri ja siihen liittyy huomattavia riskejä. (Tuomi 2010.) Sen vaikutukset kiihdyttävät peruselintoimintoja, josta voi käyttäjälle aiheutua vaaratilanteita. MDPV aiheuttaa myös voimakkaita oireita, kuten rytmihäiriöitä, pa-

hoinvointia, unettomuutta ja ruokahalun vähentymistä sekä ahdistuneisuutta ja paniikkikohtauksia. (Lääkitysklinikka 2010.)

MDPV:n tultua markkinoille se oli luokiteltu luvattomaksi lääkeaineeksi, jolloin sen käyttö ja hallussapito eivät olleet rangaistavia ja sen valmistuksesta, tuonnista ja myynnistä saatavat rangaistukset olivat lieviä (Tuominen 2010). MDPV ei näy normaaleissa huumausainetesteissä, mistä voi koitua käyttäjälle hankaluuksia esimerkiksi sairaalaan joutuessa. Tämän takia potilaan terveydentilan kokonaisarviointi ja hoito voivat vaikeutuvat. (Lääkitysklinikka 2010.)

Buprenorfiini (Temgesic®, Subutex®) on lääke, jota alun perin on käytetty lääkityksenä voimakkaisiin kiputiloihin, mutta se on myös yleisimmin käytetty opiaatti suomalaisten huumeidenkäyttäjien parissa. Sen vaikutus on euforisoiva eli hyvän olon tunne. Buprenorfiini on päihdekäytössä erittäin ongelmallinen varsinkin suoneen pistettäessä, koska aineen sisältämät maissitärkkelys ja muut sidosaineet voivat aiheuttaa suoniin erilaisia vaurioita ja tulehduksia. Lisäksi buprenorfiini voi aiheuttaa väärinkäytettynä vakavia silmänpohjan muutoksia, joista voi seurata näkökyvyn heikkenemistä. Nenän kautta käytettynä se voi aiheuttaa nenän limakalvon vaurioita. (Hietalahti 2009.)

Huumeet voivat aiheuttaa erittäin voimakasta ja nopeastikin alkavaa riippuvuutta sekä vaikeita ja hengenvaarallisia tiloja ja vieroitusoireita. Vieroitusoireet voivat kestää jopa useita kuukausia. Vieroitusoireina voi olla pahan olon tunne, väsymys, unettomuus, ärtyneisyys, pelokkuus, vapina, hikoilu, tuskaisuus, ahdistuneisuus, aggressiivisuus, vainoharhat, kouristukset, ripuli ja ummetus. (Dahl & Hirschovits 2002.)

Huumeita on käytetty ympäri maailmaa koko meidän historiamme ajan. Suomessa huumeet ovat yleistyneet erityisesti 1990-luvun aikana. (Kaukonen & Hakkarainen 2002.) Kouluterveydstutkimuksen 2010 mukaan päihdeasenteet ovat muuttuneet myönteisemmiksi ja varsinkin kannabistuotteiden kokeilut ovat lisääntyneet (Puusniemi 2010, 13–14). Kuitenkin valtaosalla väestöstä on kielteinen asenne huumeita kohtaan ja ihmiset tukevat voimakkaasti rajoittavaa huume politiikkaa. (Kaukonen & Hakkarainen 2002.)

Yhä useampi nuori on kokeillut huumeita tai ainakin tietää jonkun, joka on kokeillut tai joka käyttää huumeita. Huumeiden kokeilu, tarjonta ja käyttö ovat lisääntyneet ja käytöstä johtuvat haitat ovat kasvaneet. Suonensisäinen huumeiden käyttö lisää muun muassa HIV- ja hepatiittitartunnan riskiä. Huumeiden käyttö on kallista ja näin ollen käyttöä rahoitetaan rikolli-

sella toiminnalla. (Jaakkola, Mustalampi, Peltonen, Soikkeli, Tammi, Turkama, Ulmanen & Vuorenpää 2001, 7.)

Tyypillistä huumeiden käyttökulttuurille on eri aineiden sekakäyttö ja se, että huumeiden käyttäjät ajautuvat käyttämään erilaisia korvikkeita silloin, kun varsinaisen aineen saanti on syystä tai toisesta estynyt. Huumeiden katukaupassa on yleistä, että niiden puhtaus vaihtelee ja niitä laimennetaan. Jos tiettyä huumetta myydäänkin toisena aineena, se saattaa joskus olla erittäin vaarallista terveydelle. (Jaakkola ym. 2001, 10.)

Suomalainen huumekuolema 2007 -tutkimuksen mukaan huumeista johtuvat kuolemat ovat vuosittain nousseet. Esimerkiksi vuonna 2003 oikeuskemiallisissa kuolinsyytutkimuksissa todettuja huumausainelöydöksiä oli 147, kun vuonna 2007 määrä oli 234. Huumeilla voi olla osuutta myös itsemurhissa, sairauskuolemista, väkivaltakuolemista ja onnettomuuksissa. Huumeet ovat voineet monissa tapauksissa vaikuttaa kuolinprosessiin, mutta useissa tapauksissa sitä ei voi varmuudella sanoa. (Salasuo, Vuori, Piispa & Hakkarainen 2009, 12–13.)

2.3 Sekakäyttö

Päihteiden käyttöä, jossa käytetään vuorotellen tai sekaisin eri päihteitä, voidaan kutsua sekakäytöksi. Yleisin sekakäytön muoto on lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäyttö, johon pahimmillaan voi kuolla. Alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutukset ovat aina ennalta arvaamattomia. Sekakäyttö voi lisätä aggressiivisuutta päihtyneenä ja aiheuttaa muistin ja kontrollin menettämistä. Sekakäytöllä käyttäjä pyrkii säätämään olotilaansa käyttämällä kiihdyttäviä ja lamaavia lääkkeitä vuorotellen tai saamaan pään sekaisin hinnalla millä hyvänsä. (Niemelä & Laine 2000, 147.)

Päihteitä käytetään sekaisin muun muassa ahdistuksiin, unihäiriöihin ja vieroitusoireiden hoitoon. Alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö voi muodostua helposti, kun alkoholin aiheuttamaa krapulaa aletaan lievittää alkoholilla ja tulehduskipuläkkeillä. Alkoholin aiheuttamia krapula- ja vieroitusoireita lievitetään myös bentsodiatsepiineilla, koska niillä on samankaltainen vaikutus kuin alkoholilla. Särky- ja yskänlääkkeiden väärinkäytön kokeilusta voi alkaa vakava opiaattiriippuvuus. Sekakäyttäjät ja erityisesti nuoret käyttäjät voivat käyttää lähes mitä tahansa saatavilla olevia aineita sekaisin: alkoholia, lääkkeitä, huumeita sekä impattavia aineita. (Niemelä & Laine 2000, 148.)

2.4 Peli-, seksi- ja läheisriippuvuus

Peliriippuvuus on toiminnallinen ongelma, jota on vaikea tunnistaa, koska pelaajat useimmiten pyrkivät salaamaan ongelmansa. Suomalaiset ovat melko kovia pelaamaan rahapelejä. On arvioitu, että Suomessa on 130 000 ihmistä, joilla on jonkinlainen rahapeliongelma. (Jaakkola 2009.) Suosituimpia pelejä ovat raha-automaattipelit, lotto ja erilaiset raaputusarvat. Viime vuosina internetin myötä ovat mahdollisuudet rahapelaamiseen lisääntyneet huomattavasti. (Ahonen & Halinen 2008, 13.)

Psykiatriassa peliriippuvuus tai pelihimo luokitellaan käyttäytymis- ja hillitsemishäiriöihin. Koukkuun jäädyään tekemiseen eli pelaamiseen ja sen aiheuttamiin tunteisiin. Peliriippuvuutta lievempänä tilana voidaan pitää ongelmapelaamista, millä tarkoitetaan liiallista rahapelien pelaamista, jolla on kielteinen vaikutus pelaajan muihin elämän alueisiin, kuten ihmissuhteisiin, työhön, kouluun ja omaan terveyteen. Pelaamisesta voi seurata psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia sekä taloudellisia ongelmia, jotka voivat olla erittäin vakavia. Peliriippuvuuteen voi liittyä myös muita ongelmia, kuten masennusta tai päihdeongelmia. (Jaakkola 2009.)

Miksi sitten pelaamme, vaikka seuraukset voivat olla erittäin vakavia? Osalle ihmisistä rahapelit ovat ajanvietettä ja viihdettä tai jopa harrastus. Pelaaminen voi olla jännittävää ja elämässä haetaan riskejä. Pelaamisen myötä voidaan etsiä seuraa. Haaveena voi olla rikastuminen ja monet pelaavatkin rahan vuoksi. Osa ihmisistä hallitsee tunteitaan pelaamisen kautta ja pelit voivatkin olla pakopaikka arjen huolista ja murheista tai ahdistuksesta. (Jaakkola 2009.)

Peliriippuvuuden, ongelmapelaamisen ja rahapelaamisen yhtenä varjopuolena ja haittana on niiden vaikutus läheisiin. Yksi peliongelmainen vaikuttaa arvioiden mukaan keskimäärin seitsemään muuhun ihmiseen, perheenjäseniin, sukulaisiin, ystäviin tai muuhun lähipiiriin. Yleisemmin läheiset tukevat hoito- ja tukipalveluissa pelaajaa, vaikka omankin tuen tarve on suuri. (Pajula 2007.)

Seksiriippuvuus eli seksiaddiktio on yksi toiminnallisten riippuvuuksien muoto. Se voi ilmetä monin eri tavoin. Osa ihmisistä etsii tuntikausia seksuaalisen kiihotuksen lähteitä internetin pornosivuilta. Toiset soittelevat seksipuhelimiin, ostavat seksipalveluja, videoita tai muuta eroottista materiaalia. Joillekin ihmisille voi tulla riippuvuus seksiin jatkuvalla seksipartnereiden etsimisellä ja vaihtamisella. Myös itsensä paljastelu, tirkistely, vaarallisen seksin

harrastaminen ja seksuaalisen väkivallan käyttö voi olla pakonomaista käyttäytymistä. Sairaaloisesta tai haitallisesta riippuvuudesta on kyse silloin, kun toiminta tai ajatukset ovat ihmisen elämää hallitsevaa, pakonomaista tai vahingoittavaa tai ihminen kärsii useasta toiminta- tai ajatuspakosta samanaikaisesti. (Kontula & Virtanen 2009.)

Jokaisella ihmisellä seksuaaliset halut ja mahdollisuudet niiden toteuttamiseen ovat yksilöllisiä ja vaihtelevat suuresti. Seksuaalisuuteen liittyvän nautinnon ja hellän fyysisen kosketuksen vuoksi kaikki ihmiset ovat siitä riippuvaisia positiivisessa mielessä, toiset enemmän ja toiset vähemmän. Ongelmalliseen aktiiviseen seksuaalisuuteen onkin vaikea tai jopa mahdotonta asettaa selkeitä rajoja juuri ihmisten yksilöllisten halujen ja tarpeiden vuoksi. (Kontula & Virtanen 2009.)

Läheisriippuvuus termillä on alun perin tarkoitettu käytösmallia, joka ilmenee kemiallisesti riippuvien ihmisten omaisissa. Suomalaisille läheisriippuvuus on sanana tullut tutuksi joskus 1990-luvulla. Käsite on nykypäivänä huomattavasti laajentunut. On huomattu, että on myös muita kuin alkoholistien puolisoita ja lapsia, jotka antavat muiden ihmisten ja ulkopuolisten asioiden määrätä omia tunteitaan, omat tunteet ovat siis riippuvaisia toisten tunteista. Taustalla on jatkuva tarve tulla hyväksytyksi. Läheisriippuvaiset toimivat juuri näin, ja se on äärimmäisen ahdistavaa. (Huusko 2006, 7–15.)

Tommy Hellstenin mukaan:

”Läheisriippuvuus on sairaus tai sairauden kaltainen tila, joka syntyy kun ihminen elää jonkin hyvin voimakkaan ilmiön läheisyydessä eikä kykene käsittelemään tätä ilmiötä persoonallisuudessaan vaan sopeutuu sen olemassaoloon”.

Läheisriippuvuus ei tunne ikä- eikä sukupuolirajoja. Läheisriippuvuuteen liittyy huono itsetunto, jatkuva itsekontrolli ja monet muut piirteet. Vaikutus riippuvuudella on laaja, se hankaloittaa pari- ja perhesuhteiden lisäksi työtä, vapaa-aikaa, opintoja ja kaikkea muuta, missä ollaan tekemisissä toisten ihmisten kanssa. Yleisesti ajatellen voidaan todeta, että ihminen joka kokee itsensä läheisriippuvaiseksi, on läheisriippuvainen. (Huusko 2006, 25–27.)

3 PÄIHDEHOITO

Kaikkia kemiallisia aineita, jotka elimistöön joutuessaan aiheuttaa päihtymyksen tunteen ja/tai humalatilaa nimitetään yleisesti päihteeksi (Dahl & Hirschovits 2002, 5). Päihdehuoltolain (1984/41) mukaan päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihdeiden ongelmakäyttöä ja siihen liittyviä terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja sekä edistää päihdeiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta.

Päihdehoito koostuu erilaisista auttamismenetelmistä, hoitojärjestelmistä ja monipuolisesta palveluverkostosta, joilla autetaan ja tuetaan päihdeongelmaista (alkoholi, huumausaineet, lääkkeet) asiakasta ja hänen läheisiään (Taitto 1998, 15). Tässä työssä tarkoitan päihdehoidolla kaikkia niitä hoitoja ja palveluja, joita Kainuun A-klinikalla käytetään päihderiippuvuuksien hoitona.

Tärkeitä arvoja, jotka ohjaavat hoitotyötä, ovat elämä ja sen kunnioittaminen, terveys ja sen ylläpitäminen ja edistäminen sekä kaikkein tärkeimpänä ihmisarvo. Hoitotyön periaatteita ovat yksilöllisyys, terveys- ja voimavarakeskeisyys, omatoimisuus, jatkuvuus, turvallisuus sekä perhe- ja verkostokeskeisyys. Nämä asiat ovat kaikille hoitotyötä tekeville tuttuja, mutta kuitenkin niiden soveltaminen päihdeongelmaisen ihmisen hoitamiseen ei ole ainakaan käytännössä helppoa. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000.)

3.1 ICD-10: Päihderiippuvuus

Lyhenne ICD tulee sanoista International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. ICD-10:n eli kansainvälisen tautiluokitusjärjestelmän on kehittänyt maailman terveysjärjestö WHO eli World Health Organization. Luokittelusta on menossa kymmenes versio. Ensimmäisen version julkaisi sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes vuonna 1995. Suomessa ICD-10 -tautiluokitus on ollut virallisessa käytössä vuoden 1996 alusta. (ICD 2010.)

ICD-10 tautiluokituksen mukaan kolmen tai useamman seuraavista päihderiippuvuuden kriteereistä on esiinnyttävä yhtäaikaaisesti kuukauden ajan viimeisempien 12 kuukauden aikana tai toistuvasti, mikäli jaksot ovat kuukautta lyhyempiä.

1. Esiintyy voimakas himo tai pakonomainen halu ottaa päihdettä.
2. Kyky hallita päihteen käytön aloittamista, määrää tai lopettamista on heikentynyt.
3. Esiintyy vieroitusoireita päihteen käytön päättyessä tai vähentyessä. Ne voivat ilmetä
 - a) käytetylle päihteelle tyypillisenä vieroitusoireyhtymänä
 - b) alkuperäisen tai muun samankaltaisesti vaikuttavan päihteen käyttönä vieroitusoireiden lievittämiseksi.
4. Sietokyky kasvaa. Tämä voi ilmetä
 - a) käytettyä annosta suurennetaan päihtymyksen tai entisen vaikutuksen saavuttamiseksi
 - b) entinen annos tuottaa selvästi heikomman vaikutuksen käytön jatkuessa.
5. Käyttö muodostuu elämän keskeiseksi asiaksi. Tämä voi ilmetä
 - a) muista merkittävistä kiinnostuksen kohteista tai tyydytyksen lähteistä luopumisena joko osittain tai kokonaan tai
 - b) tuntuva osa ajasta kuluu päihteen hankkimiseen, käyttöön ja sen vaikutuksista toipumiseen.
6. Käyttö jatkuu huolimatta sen aiheuttamista kiistattomista haitoista, joista käyttäjä on tietoinen tai joista hänen voidaan olettaa olevan tietoinen. (ICD 2010.)

3.2 Hoitotyö A-klinikalla

A-klinikka tarjoaa avohoitoa päihdeongelmiin ja muihin riippuvuuksiin sekä niihin liittyviin somaattisiin, sosiaalisiin ja mielenterveydellisiin vaikeuksiin. Työ koostuu pääasiassa yksilö-, perhe- ja ryhmäterapeuttisista keskusteluista ja lääkinnällisestä hoidosta. A-klinikat kuuluvat päihdehuollon erityispalveluihin ja ovat usein sosiaalitoimen yksiköitä. (Päihdepalvelujen laatusuosituksen 2002.)

Useimmat A-klinikat toimivat A-klinikkasäätiön alaisuudessa. Hoitomuodot ovat avo- ja laitoshoido sekä asumispalvelut. A-klinikkasäätiö on perustettu vuonna 1955 ja se on Suomen suurin päihdealan organisaatio. Sen toiminta tähtää päihde- ja riippuvuusongelmaisten sekä heidän läheistensä aseman parantamiseen vaikuttamalla yhteiskuntapolitiikkaan ja tarjoamalla päihde- ja muista riippuvuusongelmista kärsiville luottamuksellisia ja monipuolisia hoitopalveluita. Säätiö rahoittaa valtakunnallisen toimintansa pääasiassa raha-automaattiyhdistyksen avustuksilla. (A-klinikkasäätiö 2010.)

A-klinikalla hoidon tarve arvioidaan asiakkaiden tarpeista lähtien huomioiden heidän läheisiään. Päihteisiin ja muihin riippuvuuksiin liittyviä psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia ongelmia käsitellään hoidossa sekä tarvittaessa järjestetään jatkohoitoa ja tukitoimia. A-klinikoilla annetaan avokatkaisuhoitoa, jolloin asiakas viettää illat ja yöt kotonaan. Krapula- ja vieroitusoireiden hoito kuuluu myös A-klinikan palveluihin. Lääkehoidon tarpeen arviointi tapahtuu tapauskohtaisesti. A-klinikalla käynnit ovat asiakkaalle maksuttomia. (A-klinikkasäätiö 2010.)

Yhtenä tehtävänä A-klinikoiden henkilökunnalla on arvioida ja kehittää palveluitaan niin, että ne vastaavat kunnan päihdehoidon tarpeeseen. A-klinikoiden henkilökunnalla on runsaasti ammattitaitoa ja tietoa kohdata vaikeissa tilanteissa olevia asiakkaita ja tehdä moniammatillista yhteistyötä muiden sidosryhmien kanssa. Työ on kiireistä ja raskastakin, koska asiakkaiden ongelmat ovat monisyisiä ja pitkäjänteisyyttä tarvitaan. (Penttinen 2006.) A-klinikkatyön arvot ovat vapaaehtoisuus ja asiakkaan itsemääräämisoikeus, luottamuksellisuus, asiakaslähtöisyys, voimavarakeskeisyys ja moniammatillisuus. (A-klinikkasäätiö 2010.)

3.3 Kainuun A-klinikan riippuvuushoitopalvelut

Kainuun A-klinikka on perustettu vuonna 1974 ja se on alusta alkaen ollut kunnan omaa toimintaa. Nykyisellään se on Kainuun maakunta -kuntayhtymän terveyspalvelujen avohoitoyksikkö, jossa tarjotaan riippuvuushoitopalveluja yli 18-vuotiaille kainuulaisille. A-klinikalle voi ottaa yhteyttä, kun oma tai läheisen päihteidenkäyttö huolestuttaa, päihteistä on aiheutunut vaikeuksia itselle, läheiselle tai työtoverille tai on huolestunut muusta riippuvuudesta, kuten esimerkiksi peli- ja läheisriippuvuudesta. Kainuun A-klinikalla työskentelee sosiaalityöntekijöitä, sairaanhoitajia, ohjaaja ja kanslisti. (Kainuun A-klinikan esite.)

Kainuun A-klinikalla on vuosittain yli 500 asiakasta. Suurimmalla osalla asiakkaista on ongelmana alkoholi, sitten huumeet ja sekakäyttö, joka on kasvamaan päin. Myös peli-, seksi- ja läheisriippuvaisia on hoidossa jonkin verran. Asiakasryhmä koostuu pääasiassa 30–50 vuotiaista miehistä, paitsi huumeiden kohdalla ikäjakauma on tyypillisesti 18–25 -vuotiaat. Naisten osuus asiakkaista on yksi kolmas osa ja yli 65-vuotiaiden määrä on lisääntynyt. (A. Jauhainen, henkilökohtainen tiedonanto 4.2.2010.)

Asiakkailla on usein riippuvuusongelman lisäksi taustalla erilaisia traumoja sekä mielenterveyshäiriöitä, jolloin yhteistyö Kainuun A-klinikan ja psykiatrian poliklinikan kanssa on tärkeässä osassa asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa. Tärkeää on myös se, että päihdeterapiassa työntekijä on asiantuntija päihdeongelmissa, jotta asiakas saa ammattitaitoista hoitoa. (A. Jauhainen, sähköinen tiedonanto 8.3.2011.) Tästä eteenpäin on esitelty Kainuun A-klinikan riippuvuuksienhoitopalvelut.

Juomakierteen (alkoholi) katkaisuhoido avohoidossa. Katkaisuhoidon tarpeen arviointi tapahtuu sairaanhoitajan vastaanotolla, missä tehdään perusteellinen kartoitus tarkalla haastattelulla muun muassa vieroitusoireista, juomisen kestosta, lääkityksestä ja perussairauksista. Hoidossa huomioidaan niin somaattinen kuin psyykinenkin puoli. Asiakkaat ottavat yleensä itse yhteyttä Kainuun A-klinikalle katkaistaakseen juomakierteensä. Vieroitusoireita hoidetaan lääkkeillä. Hoito kestää noin kolmesta viiteen päivää ja asiakas puhallutetaan joka kerta hoitoon tullessaan. Asiakas hakee lääkkeensä päivittäin Kainuun A-klinikalta, paitsi viikonlopuksi asiakas voi saada lääkkeensä mukaan. Katkaisuhoidoon kuuluu lääkehoidon lisäksi keskustelua ja jatkohoidon suunnittelu. Tyypillisin ikäjakauma Kainuun A-klinikalla juomakierteen katkaisuhoidossa kävijöistä on 30–50 -vuotiaat. (K. Ylä-Outinen, henkilökohtainen tiedonanto 27.5. 2010.)

Opioidikorvaushoido avohoidossa. Opioidiriippuvuus on päihderiippuvuussairaus. Se kehittyy pitkäaikaisen opioidien käytön (huumeiden käyttö, lääkkeiden väärinkäyttö) seurauksena. Suomalaisilla 15–55 -vuotiailla opioidiriippuvuuden esiintyvyys on 0,5–0,7 %. Korvaushoidossa käytetään apuna buprenorfinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita. Korvaushoidon tavoitteena on joko kuntoutuminen ja päihitteettömyys, tai haittojen vähentäminen ja asiakkaan elämänlaadun parantaminen. Korvaushoido voidaan aloittaa sellaisella opioidiriippuvaiselle asiakkaalle, joka ei ole vieroittunut opioideista. (Schering-Plough 2010.)

Suomessa buprenorfinia (Subutex) on käytetty opioidikorvaushoitolääkkeenä vuodesta 1997 alkaen. Suboxone tuli käyttöön vuonna 2003 erityisluvallisena yhdistelmävalmisteena, jossa on buprenorfiinin lisäksi naloksonia. Naloksonin tarkoitus on vähentää buprenorfiinin väärinkäyttöpotentiaalia. (Schering-Plough 2010.)

Kainuun A-klinikalla on tällä hetkellä opioidikorvaushoidossa kuusi asiakasta. Opioidikorvaushoito on niin sanotusti ”viimeinen keino”, kun mitkään muut hoidot eivät ole auttaneet. Asiakkailta on takanaan vuosia kestänyt opioidien käyttö. Kainuun A-klinikalla on käytössään Suboxone niminen lääke opioidiriippuvuuden hoitoon muun sosiaalisen ja psykologisen hoidon lisäksi. Hoito tapahtuu opioidiriippuvuuden hoitoon perehtyneen lääkärin valvonnassa. Asiakkaat tulevat arkisin joka päivä ottamaan lääkkeensä Kainuun A-klinikalle. Viikonloppuisin lääke on saatavilla Kainuun keskussairaalan osasto 12:sta. Lääke laitetaan kielen alle, josta se liukenee yleensä alle kymmenessä minuutissa. Asiakkaat eivät päihdy korvaushoitona annettavasta lääkkeestä. Korvaushoito on pitkäaikainen, vuosien mittainen, joskus jopa elinikäinen hoitomuoto, jossa on tarkka seuranta ja arviointi. (K. Ylä-Outinen, henkilökohtainen tiedonanto 27.5. 2010.)

Lääkäripalvelut. Lääkäri on paikan päällä joka toinen viikko yhden päivän ajan. Ajanvaraus toteutuu A-klinikan työntekijän kautta. (A. Jauhiainen, henkilökohtainen tiedonanto 4.2.2010.)

Päihderiippuvuuden arviointi ja ajokelpoisuuden seuranta. Suomessa 1.7.1996 on tullut voimaan EU:n ajokorttidirektiivi, joka edellyttää, ettei ajokorttia saa antaa eikä uudistaa hakijoille tai kuljettajille, joilla on riippuvuusongelmia alkoholin, huumeiden tai lääkkeiden kanssa tai jotka ajavat näiden aineiden vaikutuksen alaisina. Vasta, kun henkilö on osoittanut pystyvänsä olemaan raittiina tietyn määräajan, voidaan hänelle palauttaa ajokortti. Päihderiippuvuuteen vaikuttavia seikkoja, joista voi joutua päihderiippuvuuden arviointiin ja ajokelpoisuuden seurantaan ovat muun muassa rattijuopumukset ja huumaantuneena ajaminen, useat säilöönottamiset päihtyneenä, huumausainerikolliset sekä sairaudet, joiden voidaan olettaa johtuvan päihteiden käytöstä. Päihderiippuvuuden arviointiin ja ajokelpoisuuden seurantaan joutumisesta on tehty menettelytapaohjeet lääkäreille ja poliiseille. (Kansanterveys-lehti 1/1999.)

Korva-akupunktioryhmä. Ryhmä kokoontuu kaksi kertaa viikossa maanantai- ja torstaiamuisin klo 10. Ryhmähoito on hyvä toteuttaa aamuisin, koska näin asiakkaat

hyötyvät hoidon myönteisistä vaikutuksista koko päivän. Ryhmässä toteutettuna korva-akupunktio tarkoituksena on rentouttaa, kuunnella itseään ja saada hyvä kokemus toisten läsnäollessa itsestä. (K. Ravelin & K. Manninen, henkilökohtainen tiedonanto 27.5.2010.)

Korva-akupunktio kuuluu kiinalaiseen lääketieteeseen, mikä on noin 3500 vuotta vanha. Se on maailman vanhinta kulttuuriperinnettä. Kokonaisvaltaisuus on yksi kiinalaisen lääketieteen perusajatuksista. Esimerkiksi korva heijastaa koko ihmistä ja korvalehden kautta voidaan hoitaa ihmisen sisäelimiä, tunteita ja mieltä. (Alakahri 2010.)

Korva-akupunktio tarkoittaa tasapainottamista elimistöä päihteiden käytön aiheuttamasta epätasapainosta. Säännöllinen viiden pisteen korva-akupunktio vaikuttaa suotuisasti unettomuuteen, levottomuuteen ja päihdemielitekoihin. Se poistaa akuutteja vieroitusoireita. Viiden pisteen korva-akupunktiossa molempiin korviin pistetään viisi neulaa. Pistet ovat nimeltään: Shenmen eli sielun portti, sympaticus, munuainen, maksa ja keuhko. Vasempaan korvaan pistetään neula yläkeuhkopisteeseen ja oikeaan korvaan alakeuhkopisteeseen. Säännöllinen korva-akupunktio parantaa muun muassa keskittymiskykyä, jolloin asiakas hyötyy enemmän esimerkiksi terapeutoista ja keskusteluista. (Alakahri 2010.)

Erilaiset ryhmät. Ryhmien tarkoituksena on vertaistuen saaminen toisilta ihmisiltä. Ryhmässä olijoilla on vaikutusta ja mahdollisuuksia peilata omia kokemuksiaan muiden kanssa sekä pyrkiä antamaan tilaa ja mahdollisuuksia jollekin uudelle. Kainuun A-klinikalla on järjestetty ryhmähoitoja 2000 -luvulta lähtien. Ryhmät muodostuvat tarpeen ja kysynnän kautta. Ryhmistä asiakkaat hakevat tukea itselleen ja omaan jaksamiseen. Ryhmä päättää yleensä itse tavoitteensa. Kainuun A-klinikalla on avoimia ja kiinteitä ryhmiä. Kiinteisiin ryhmiin valitaan osallistujat haastattelemalla. Ryhmähoito kestää kerrallaan noin yhden tunnin. (K. Ravelin & K. Manninen, henkilökohtainen tiedonanto 27.5.2010.)

Tällä hetkellä Kainuun A-klinikalla toimii avoin aamuryhmä kerran viikossa maanantaisin. Osallistujia aamuryhmässä on kerrallaan viidestä seitsämään henkilöä, jotka ovat enimmäkseen keski-ikäisiä miehiä. Aihe on joka kerralla vapaa. Ryhmiä on erikseen myös miehille ja naisille, joihin aiheet tulevat aina tarpeen mukaan. Esimerkkejä aiheista ovat naiseus ja depressiokoulu. Miesten ja naisten ryhmiä on järjestetty joka toinen viikko. Huumeiden käyttäjien läheisille on tarjolla avoin ryhmä. Ryhmän toiminta alkoi keväällä 2010. (K. Ravelin & K. Manninen, henkilökohtainen tiedonanto 27.5.2010.)

Yksilöllisesti sovittavat hoidot. Näitä hoitoja ovat esimerkiksi yksilö-, pari- ja perhekeskustelut, keskustelut läheisten kanssa, verkostotyö ja laitoshoidon tarpeen arvioiminen (Kainuun A-klinikan esite). Yksilölliset hoidot sovitaan tarpeen ja tilanteen mukaan. Yksilöterapiassa voidaan esimerkiksi harjoitella alkoholiongelmasta kärsivän asiakkaan kanssa riskitilanteissa toimimista, alkoholista kieltäytymistä ja ennakoida mahdollisia retkahduksia. Yksilöterapiassa huomioidaan myös läheiset ja pidetään esillä perheen tilannetta, jotta asiakas oppii oivaltamaan riippuvuusongelman vaikutukset perheenjäseniin. (A. Jauhiainen, sähköinen tiedonanto 8.3.2011.)

Asiantuntijapalvelut sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille. Näitä palveluja ovat esimerkiksi konsultaatio, koulutus ja työnohjaus. (Kainuun A-klinikan esite.)

3.4 Asiakas

Asiakkaalla tarkoitetaan perusmerkityksessään tuotteen vastaanottajaa tai palvelun kohteena olevaa henkilöä, joka hyötyy saamastaan palvelusta tai käyttämästään tuotteesta ja myös maksaa siitä. Sosiaali- ja terveysalalla asiakkuus on monimuotoisempi. Palvelujen käyttäjää on kutsuttu perinteisesti potilaaksi, varsinkin terveydenhuollossa. Asennemuutoksen myötä on tapahtunut muutosta: palvelujen käyttäjä, asiakas, on päätöksiä ja valintoja tekevä, itsenäisesti ajatteleva ihminen. (Outinen ym. 1994, 19–20.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785/2§) tarkoittaa potilaalla terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812/3§) tarkoittaa asiakkaalla sosiaalihuoltoa hakevaa tai käyttävää henkilöä. Opinnäytetyössäni asiakkaalla tarkoitan henkilöä, joka käyttää Kainuun maakunta -kuntayhtymän Kainuun A-klinikan riippuvuushoitopalveluja.

Päihdepalvelujen laatusuosituksissa (2002) todetaan, että päihdepalvelujen toteuttaminen on asiakaslähtöistä, asiakkaan omia ja hänen läheistensä voimavaroja tukevaa ja vahvistavaa. Palvelujen laadun keskeinen arvioija on aina asiakas. Tuottaako palvelu asiakkaalle sitä, mitä hän tuntee tarvitsevansa? Siitä kertoo asiakkaan kokema laatu. Laatua arvioitaessa painottuvat muun muassa palvelujen saatavuus, sujuvuus ja asiakkaan saama kohtelu.

Asiakaslähtöisyys perustuu asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutukseen. Vuorovaikutusta rakennetaan yhdessä. Molemmat osapuolet ovat erilaisia ja jokainen asiakas on erilainen. Asiakas ei ole vain alkoholisti tai narkomaani, vaan hän on kokonaisuus, jolla on myös vahvuuksia, taitoa ja tietoa sekä mielipiteitä. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2002, 30–32.)

Vuorovaikutuksen syntymiseen vaikuttavat molempien osapuolten maailmankatsomukset ja molempien näkemykset asiakkaan tilanteesta. Työntekijän ammatillisuus ohjaa vuorovaikutusta ja sen kulkua. Ammatillainen tietää, mitkä asiat vievät vuorovaikutustilannetta eteenpäin ja kasvattavat sitä haluttuun suuntaan. Vuorovaikutus perustuu luottamukseen. Luottamusta kasvattaa esimerkiksi työntekijän kyky ottaa vastaan asiakkaan tunteenpurkauksia. (Vilén ym. 2002, 30–32.)

4 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA OPINNÄYTETYÖNI AIHEESTA

Riippuvuuksia, varsinkin päihderiippuvuuksia ja eri päihteitä yleisesti on tutkittu paljon. Kehityksen myötä niitä tullaan tulevaisuudessa tutkimaan koko ajan lisää. Aikaisempia tutkimuksia juuri asiakkaiden kokemuksista A-klinikan hoidoista on yleisesti tutkittu jonkin verran eri näkökulmista. Vuonna 2009 valmistuneessa opinnäytetyössä aiheena oli psykososiaalisen hoidon käyttö päihdetyössä -Kokkolan A-klinikan asiakkaiden näkökulma. Tutkimustulosten mukaan A-klinikalta saatu apu vastaa asiakkaiden tarvetta sosiaalisten ongelmien, arkielämässä selviytymisen ja psyykkisten ongelmien osalta. Tulosten mukaan A-klinikkakäynnit vaikuttavat lähes pelkästään positiivisesti elämään. Tutkimuksen mukaan useimpien asiakkaiden päihteidenkäyttö vähenee ja osalla jopa loppuu kokonaan A-klinikkakäyntien myötä. (Torppa & Tauriainen 2009.)

Vuonna 2006 on valmistunut Kuopion yliopistosta Pro gradu -tutkielma aiheesta: A-klinikan toiminnan kehittäminen ja BIKVA -arviointi. Lyhenne BIKVA suomennetaan: asiakkaiden osallisuus laadunvarmistajana. Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää A-klinikan palvelua arvioinnin avulla ja tutkimuksen tuloksena todettiin, että BIKVA -arvioinnin avulla löydettiin kehittämisen kohteita ja tätä arviointitietoa voitiin käyttää toiminnan kehittämisessä. (Penttinen 2006.)

Kainuun A-klinikalla ei ole aikaisemmin tutkittu asiakkaan kokemuksia riippuvuuksienhoitopalveluista. Viimeisin opinnäytetyö Kainuun A-klinikalle on tehty vuonna 2002 ja sen aiheena oli asiakastyytyväisyys Kainuun A-klinikalla. Tuloksista käy ilmi muun muassa se, että asiakkaat pitävät saamiaan palveluja hyvänä, mutta toivoivat täsmällisempiä vastaanottoaikoja ja lääkäripalvelujen parempaa saatavuutta. (Myöhänen, Rimpiläinen & Saarinen 2002.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksella on aina jokin tehtävä tai tarkoitus. Sen avulla tehdään valintoja tutkimuksen strategiasta eli millä keinoin päästään haluttuun lopputulokseen. Tutkimuksen tarkoitusta luonnehditaan yleensä kuvailevana, selittävänä, kartoittavana tai ennustavana. (Hirsjärvi ym. 2008, 133.) Opinnäytetyöni **tarkoituksena** on kartoittaa asiakkaiden kokemuksia riippuvuuksien hoidosta Kainuun A-klinikalla sekä selvittää, mitkä Kainuun A-klinikan palvelut ovat auttaneet asiakkaita heidän ongelmissaan, mitä silloin tapahtui ja mitkä asiat siihen vaikuttivat?

Tutkimuksen tavoite on tiedon lisäämisen, vahvistamisen ja ymmärtämisen kautta pyrkiä saavuttamaan käytännön hyötyä (Metsämuuronen 2006, 16–18). Opinnäytetyöni **tavoitteena** on saada uutta tietoa Kainuun maakunta -kuntayhtymän Kainuun A-klinikan asiakkaiden kokemuksista ja kehittämisideoita Kainuun A-klinikan palveluihin.

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa tutkimusongelmasta puhutaan tutkimustehtävänä. Tutkimustehtäviä voi olla yksi tai useampia ja ne ovat kysymysmuodossa. Niiden avulla pyritään pääsemään tutkimuksen tavoitteeseen. Tutkittava kysymys voi ratkaista ongelman, lisätä teoretietoa, tuottaa uutta tutkimusta tai sen avulla on mahdollista parantaa tai tehostaa toimintaa. (Metsämuuronen 2006, 21–23.) Opinnäytetyöni **tutkimustehtävinä** on selvittää:

1. Mitkä Kainuun A-klinikan riippuvuuksienhoitopalvelut ovat auttaneet asiakkaita?
2. Miten Kainuun A-klinikan riippuvuuksienhoitopalvelut ovat auttaneet asiakkaita?
3. Mitä toiveita ja kehitettävää asiakkaiden mielestä on heidän hoidossaan?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö on luonteeltaan kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jonka avulla selvitän asiakkaiden kokemuksia riippuvuuksien hoidosta Kainuun A-klinikalla. Kerään aineiston kyselylomakkeiden avulla, joita Kainuun A-klinikan työntekijät jakavat asiakkaille kahden viikon ajan asiakaskäyntien yhteydessä syyskuussa 2010. Kyselylomakkeen taustatiedot ovat monivalintakysymyksiä ja muut avoimia kysymyksiä. Analysoin aineiston avoimet kysymykset kvalitatiivisesti induktiivisella sisällönanalyysillä. Taustatiedot käsittelen tutkimiehen kirjanpidolla.

Ajatus opinnäytetyöni aiheesta lähti yhteistyössä opettajani kanssa. Kerroin hänelle, että minua kiinnostaa tulevaisuudessa auttaa ihmisiä kenellä on esimerkiksi alkoholiongelmia. Alkoholiongelma ja muut riippuvuusongelmat aiheuttavat paljon haittaa ja kärsimystä monille ihmisille. Ongelmat eivät kosketa vain sitä kenellä ongelma on, vaan sillä on paljon laajemmat vaikutukset. Opettajani yhteydenotto Kainuun A-klinikkaan toi minulle mahdollisuuden tutkia A-klinikan asiakkaiden kokemuksia riippuvuuksienhoitopalveluista, joita siellä ei ole aikaisemmin tutkittu. Kainuun A-klinikan henkilökunta ja työntekijät voivat hyödyntää opinnäytetyön tuloksia omassa työssään.

Tavattuani Kainuun A-klinikan työntekijän aloin tehdä aiheanalyysia. Aiheanalyysivaiheeseen kuului aiheen kuvailu ja aiheen valinnan perustelut, työntilaajan esittely ja perustelut miksi aihe on heille tärkeä, tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävien miettiminen sekä teoriataustan eli viitekehyksen hahmottaminen. Aiheanalyysivaiheessa tein myös tiedonhaku-tehtävän, jossa piti perehtyä aikaisempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen muun muassa keskeisten asiasanojen kautta. Esitin aiheanalyysin opiskelijaryhmälle helmikuussa 2010.

Aiheanalyysin jälkeen tein opinnäytetyön suunnitelman. Suunnitelmavaiheessa minulle tarkentuivat työn tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät sekä asiasanat. Tässä vaiheessa kirjoitin myös teoriataustan melkein valmiiksi. Suunnitelmassa esittelin aineiston keruumenetelmän, aineiston käsittelytavan sekä pohdin opinnäytetyön luotettavuutta, eettisyyttä ja ammatillista kasvua. Suunnitelmassa oli liitteinä tutkimuslupa-anomus (LIITE 1), toimeksiantosopimus (LIITE 2) ja alustava kyselylomake. Esitin opinnäytetyön suunnitelman opiskelijaryhmälle toukokuussa 2010. Tutkimusluvan ja toimeksiantosopimuksen allekirjoitti vastaava ylilääkäri Juha Luukinen syyskuussa 2010.

6.1 Laadullinen tutkimus

Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta. Tarkoituksena ei ole etsiä tilastollisia säännönmukaisuuksia tai keskimääräisiä yhteyksiä, joten aineistona voi olla vain yksi ihminen tai joukko ihmisiä. Laadullisen tutkimuksen ajatuksena on ihan alun perin ollut, että yksityisessä toistuu yleinen, vaikka aineistosta ei tehdä päätelmiä yleistettävyyttä ajatellen. Merkittävyys ilmiössä ja se mikä toistuu usein tarkasteltaessa ilmiötä yleisemmällä tasolla, saadaan tutkimalla yksityistä tapausta kyllin tarkasti. (Hirsjärvi ym. 2008, 176–177.)

Laadullinen tutkimus on monitieteistä ja se voi koostua erilaisia tutkimusperinteitä yhdistelemällä. Vaikka tutkimusperinteet voivat hyvinkin erota toisistaan, ollaan kaikissa perinteissä samaa mieltä siitä, että tutkimuksen luotettavuus on sen raportoinnin kannalta keskeinen asia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 15.) Tuomi & Sarajärvi 2009 ovat lainanneet Pertti Töttöä (2000), jonka mukaan kaikkea, mikä jää jäljelle, kun numeroaineistot ja tilastolliset menetelmät jätetään pois, voidaan nimittää laadulliseksi tutkimukseksi. Laadullisen tutkimuksen tärkeitä ominaisuuksia ovat johdonmukaisuus, kieli ja käytetty termistö, raportoinnin tyyli, perustelut sekä lähdeviitteiden käyttö. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 11.)

Laadullisessa tutkimuksessa kuvataan todellista elämää ja koska todellisuus on moninainen, pyritään kohdetta tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tavoitteena on tosiasioiden löytäminen ja paljastaminen. (Hirsjärvi ym. 2008, 157.) Halusin saada sanallista, ihmisen omin sanoin kirjoittamaa tietoa kokemuksistaan strukturoitujen kysymysten sijaan, joten laadullinen tutkimusmenetelmä oli näin ollen perusteltua käyttää opinnäytetyössäni. Vaikka kyselylomakkeen alussa olevat kysymykset antavatkin numero- ja tilastotietoja, ne ovat vain taustietoja varten.

6.2 Aineiston keruu

Laadullisen tutkimuksen aineistoa kerätään yleisimmin haastattelemalla, kyselyillä, havainnoimalla ja erilaisiin dokumentteihin perustuvilla tiedoilla (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71). Kyselylomake sopii käytettäväksi laadullisessa tutkimuksessa muun muassa silloin, kun halutaan saada selville, mitä ihmiset ajattelevat, tuntevat, uskovat tai kokevat (Hirsjärvi ym. 2008, 180).

Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla. Mietin yhtenä vaihtoehtona myös haastattelua, koska silloin olisin voinut tarkentaa jotain kysymyksiä, jos niitä ei ymmärretä tai tarvittaessa olisin voinut kysyä tarkentavia kysymyksiä. Opinnäytetyön tilaajalta tuli kuitenkin toivomus, että aineisto kerättäisiin kyselylomakkeen muodossa, koska he halusivat tietoa useammalta asiakkaalta ja haastattelulla aineisto olisi voinut jäädä liian suppeaksi. Kyselytutkimusten etuna yleensä on se, että niiden avulla on mahdollista kerätä laaja tutkimusaineisto (Hirsjärvi ym. 2008, 190).

Kyselylomakkeella pystytään tutkimaan erilaisia ilmiöitä ja hakemaan vastauksia erilaisiin ongelmiin. Sellaista ei kannata kysyä, mitä olisi mukava tietää, vaan kysymysten tulisi olla tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun kannalta merkityksellisiä kysymyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74–75.) Kysymysten avulla voidaan kerätä tietoja tosiasioista, käyttäytymisestä, toiminnasta, tiedoista, arvoista ja asenteista sekä uskomuksista, käsityksistä ja mielipiteistä. Kyselylomakkeen laadinnassa selvyys on tärkeintä. Kysymysmuodoissa kannattaa välttää epämääräisyyttä, kuten sanoja ”usein”, ”tavallisesti” ja ”yleensä”, koska ne ovat monimerkityksisiä. Lyhyet kysymykset ovat parempia kuin pitkät ja yhdessä kysymyksessä kannattaa kysyä vain yhtä asiaa kerrallaan. Kyselylomakkeessa kysymysten määrällä ja järjestyksellä on merkitystä. Perusohjeena on, että yleisimmät ja helpoimmin vastattavat kysymykset kysytään alussa. Vastaajien pitäisi pystyä täyttämään kyselylomake noin 15 minuutissa. (Hirsjärvi ym. 2008, 192–198.)

Tein kyselylomakkeen (LIITE 3), jossa oli taustiedon kartoitusta monivalintakysymyksillä ja kokemusten selvittämistä avoimilla kysymyksillä. Taustatieto kysymysten tarkoituksena oli saada käsitystä Kainuun A-klinikan asiakaskunnasta. Monivalintakysymysten avulla asiakkaan oli helppo valita oikea vaihtoehto ja taustatietojen analysointi sujui sukkelammin valmiiden vaihtoehtojen vuoksi. Jälkeenpäin ajateltuna taustatiedoiksi katsomani kysymykset, jotka olivat avoimessa muodossa eli ”kuinka kauan olet ollut A-klinikan asiakas” ja ”kuinka usein asioit A-klinikalla”, eivät välttämättä antaneet luotettavaa vastausta asiakkaiden todellisesta ajasta, minkä he ovat olleet A-klinikan asiakkaina, koska kysymyksissä on paljon tulkinnan varaa. Joillakin asiakkailla on saattanut olla vuosien katkos A-klinikka käynneissä, mutta ovat silti laskeneet asiakkuutensa alkaneeksi ensimmäisestä käynnistä. Edellä mainitut kysymykset olisi pitänyt olla monivalintakysymyksiä selkeällä otsikolla.

Käytin paljon aikaa kyselylomakkeen tekoon. Lähdin miettimään avoimia kysymyksiä opinnäytetyöni tarkoituksen ja tutkimustehtävieni pohjalta. Kysymyksiä laatiessani mietin itseäni

A-klinikan asiakkaana eli mitä kaikkea riippuvuuteeni sekä hoitooni liittyisi ja mitkä asiat niihin vaikuttaisivat. Tein ihan alustavan kyselylomakkeen itse, jonka annoin arvioitavaksi Kainuun A-klinikan henkilökunnalle muokkausta varten. Ohjaajani ja A-klinikan henkilökunta arvioivat kyselylomaketta useaan otteeseen ja mietimme yhdessä heidän kanssaan kysymysten muotoa ja määrää. Kysymyksiä jäi alkuperäisestä versiosta pois niiden samankaltaisuuden vuoksi. Työelämänohjaajani kanssa kävimme kysymyksiä läpi vielä niin, että vastasimme niihin ääneen itse. Tarkoituksena oli testata millaisia vastauksia kysymysten asettelulla olisi mahdollista saada ja näin kysymykset tarkentuivat entisestään. Tämän jälkeen kysymykset saivat lopullisen muotonsa. Esitetasin valmiin kyselylomakkeen kahdella tuttavallani ja luetutin sitä läheisilläni. Heiltä saamani palautteen perusteella muokkasin lähinnä kyselylomakkeen yleisilmettä sekä ensimmäistä sivua, joka oli saatekirje. Kysymysten muoto oli esitestajien mielestä selkeä ja ymmärrettävä. Hirsjärvi (2008, 193) joukkoineen toteaa, että tärkein vastaamiseen vaikuttava asia on tutkimuksen aihe, kuitenkin lomakkeen laadinnalla ja kysymysten tarkalla suunnittelulla voidaan tehostaa tutkimuksen onnistumista.

Kainuun A-klinikan työntekijät jakoivat asiakaskäyntien yhteydessä yhteensä 61 kyselylomaketta, joista 34 palautui vastauslaatikkoon ($n=34$). Vastausprosentti oli näin ollen 56 %. Melkein kaikkiin taustatietokysymyksiin oli vastattu. Avoimiin kysymyksiin oli vastattu melko lyhyesti ja osaan niistä ei ollut vastattu ollenkaan. En kuitenkaan hylännyt ainuttakaan kyselylomaketta, koska taustatiedoista selvisi paljon asioita tutkimustehtäviini liittyen.

6.3 Aineiston analyysi

Perusanalyysimenetelmää eli sisällönanalyysia voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Aineistosta merkitään ne asiat, joista tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita. Merkityt asiat kerätään yhteen luokittelua, teemoittelua tai tyypittelyä varten. Toisin sanoen laadullinen aineisto lajitellaan ja ryhmitellään erilaisten aiheiden mukaan. Laadullisen aineiston analyysissa olennaista on hakea samanlaisuutta tai erilaisuutta. Näin voidaan tarkastella tapahtumien ja asioiden merkityksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–93.)

Aineistolähtöisessä laadullisessa eli induktiivisessa sisällönanalyysissa aineiston alkuperäisilmaukset pelkistetään eli redusoidaan, jonka jälkeen aineisto ryhmitellään eli klusteroidaan, jossa pelkistetystä ilmauksesta muodostuu alaluokka, sen jälkeen tapahtuu abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen, jossa alaluokasta muodostuu yläluokka ja yläluokasta pää-

luokka. Lopuksi näistä luokista muodostuu yhdistävä luokka. Yhdistämällä käsitteitä saadaan tulkinnan ja päättelyn avulla vastauksia tutkimustehtäviin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–112.)

Aloitin sisällönanalyysin tekemisen lukemalla kyselylomakkeet huolellisesti läpi useita kertoja. Samalla numeroin ne satunnaisessa järjestyksessä helpottaakseni analyysin tekoa. Näin tiettyyn kyselylomakkeeseen oli helppo palata ja se selkiytti muutenkin aineiston käsittelyä. Analyysiyksiköksi määritin lauseen, koska asiakkaat olivat vastanneet korkeintaan parin kolmen lauseen verran aina yhteen kysymykseen.

Tämän jälkeen litteroin kaikki vastaukset Word tekstinkäsittelyohjelmalla juuri niin kuin ne oli vastauksiin kirjoitettu. Litteroitua tekstiä tuli kaiken kaikkiaan rivivälillä yksi kirjoitettuna vähän yli kuusi sivua, joista taustatietoja oli yksi sivu. Taustatiedot käsitteelin tukkimiehen kirjanpidolla ja olen esitellyt ne kohdassa kohdejoukko. Avointen kysymysten sisällönanalyysia jatkoin merkitsemällä samaa tarkoittavat ilmaukset eri värein ja ryhmittelin ne allekkain samaan kategoriaan. Sen jälkeen tein taulukot, johon siirsin saman kategorian alkuperäisilmaukset. Alkuperäisilmaukset pelkistin niin, ettei asiasisältö muutu tässä vaiheessa. Seuraavassa taulukossa (Taulukko 3) on esimerkki, miten muutin alkuperäisilmauksen pelkistetyksi ilmaukseksi. Alkuperäisilmauksen lopussa suluisissa oleva numero on vastaajan tunnistus.

Taulukko 3. Esimerkki aineiston redusoinnista eli pelkistämisestä.

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus
”Usean vuoden päihdeettömyys takana, olen saanut apua, jopa raha-asioiden käsittelyyn” (1)	Usean vuoden päihdeettömyys ja avun saanti raha-asioiden käsittelyyn
”Raittius >~2v” (2) ”Raitisjaksoja tullut lisää pitkiäkin” (19)	Kaksi vuotta raitista elämää ja raitisjaksot lisääntyneet
”Juoma kierteet on saatu katkaistua joko avo- tai laitoskatkaisuihin kiitettävästi.” (3) ”Asiakas saatu hoitopaikkaan 3x. (14) ”Selviytyminen annoksia lääkkeitä” (15) ”Hoitopaikan saaminen” (16) ”Omin voimin katkasu ei onnistu” (22)	Katkaisuhoito joko avo- tai laitoshoidossa
”Ovat antaneet tukea” (23) ”Terapiaa”(5) ”Henkinen tuki” (11) ”terapiaa, keskustelua” (14)	Keskustelut antaneet tukea ja terapiaa

Samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaukset yhdistin alaluokiksi, alaluokat edelleen ylä- ja pääluokiksi ja näin pääluokista muodostui yhdistävä luokka eli asiakkaan kokemuksia riippu-

vuuksien hoidosta Kainuun A-klinikalla. Opinnäytetyön lopussa on liitteenä (LIITE 4) yhteinen esimerkki luokkien syntymisestä kokonaisuudessaan. Aineistoa kertyi taulukoihin yhteensä 15 sivua rivivälillä yksi kirjoitettuna. Ryhmittelyn ja yhdistelyn tuloksena syntyi 57 alaluokkaa, 13 yläluokkaa, neljä pääluokkaa sekä yksi yhdistävä luokka.

7 TULOKSET

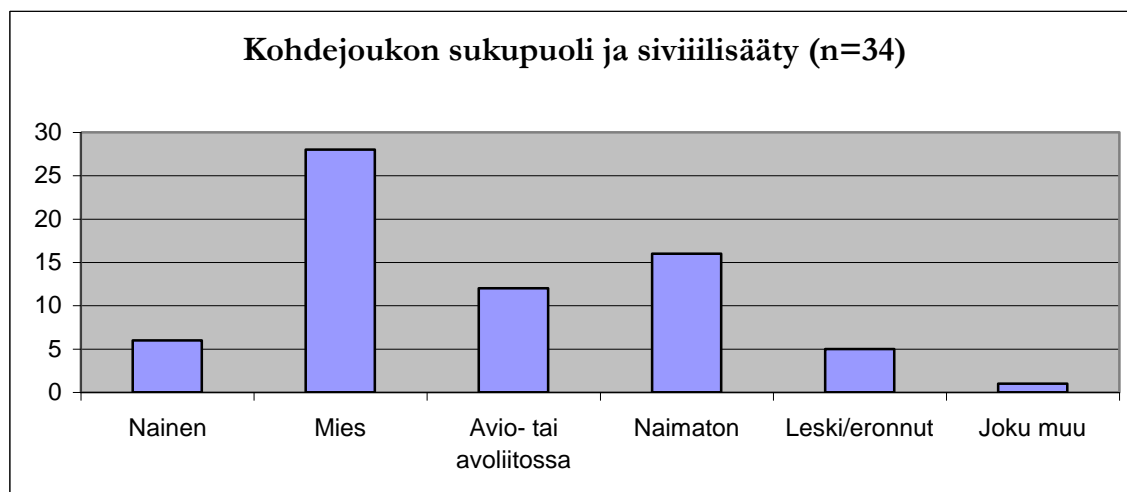
Tässä kappaleessa esitän tutkimukseni tulokset. Opinnäytetyössäni on kolme tutkimustehtävää, joihin etsin vastauksia kyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeen kysymykset 1–10 koskivat taustatietoja ja 11–21 olivat avoimia kysymyksiä, jotka koskivat muun muassa palvelujen saatavuutta, sujuvuutta ja kohtelua.

Taustatieto- ja avoimien kysymysten vastausten yhdistelyn avulla etsin vastausta ensimmäiseen tutkimustehtävään, mitkä Kainuun A-klinikan riippuvuussienhoitopalvelut ovat auttaneet asiakkaita. Avointen kysymysten sisällönanalyysin avulla etsin vastausta myös siihen, että miten ne ovat auttaneet asiakkaita. Lisäksi halusin selvittää, mitä toiveita ja kehitettävää asiakkaiden mielestä on heidän hoidossaan. Tähän etsin vastausta samalla tavalla avoimista kysymyksistä sisällönanalyysin avulla.

7.1 Kohdejoukko

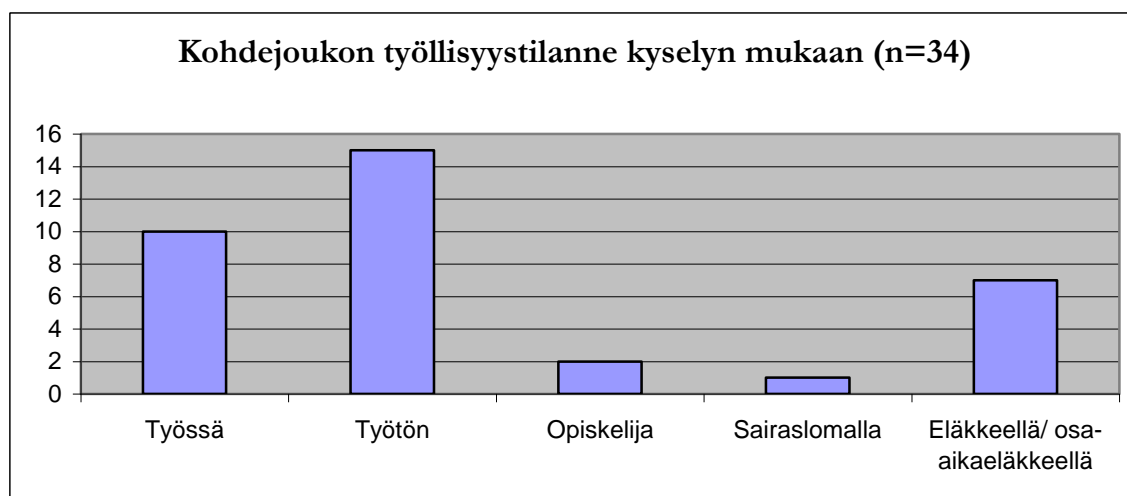
Opinnäytetyössä aineistojen koolla ei ole niin suurta merkitystä kuin tieteellisesti merkittävimmillä tutkimuksilla, kuten väitöskirjoilla. Sen sijaan merkitystä on enemmän aineiston tulkintojen syvyydellä ja kestävyydellä. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tiettyä toimintaa ja antamaan teoreettinen tulkinta jollekin ilmiölle. On tärkeää, että henkilöt joilta tieto kerätään, tietävät tutkittavasta asiasta paljon ja heillä on siitä omakohtaista kokemusta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86.)

Esittelen tästä eteenpäin opinnäytetyöni kohdejoukon, jonka tiedot sain kyselylomakkeen taustatiedoista tukkimiehen kirjanpitoa hyväksikäyttäen. Olen tehnyt joistakin taustatiedoista kuviot asian yhteyteen havainnollistamaan kohdejoukkoa paremmin. Kyselylomakkeen taustatiedot olivat monivalintakysymyksiä. Kysymysten 1–5 taustatietojen perusteella selvisivät seuraavat tiedot: kohdejoukko muodostui 34 asiakkaasta, joista kuusi oli naisia ja 28 miehiä. Ikäjakauma oli 33 ihmisen mukaan 18–67 vuotta. Naisten ikäjakauma oli 26–56 vuotta ja miesten 18–67 vuotta. Ikien keskiarvo oli 45 vuotta. Siviilisääty kohdasta selvisi, että avio- tai avoliitossa ilmoitti olevansa 12 asiakasta, naimattomia 16, leski/eronnut viisi asiakasta ja yksi vastasi seurustelevansa.



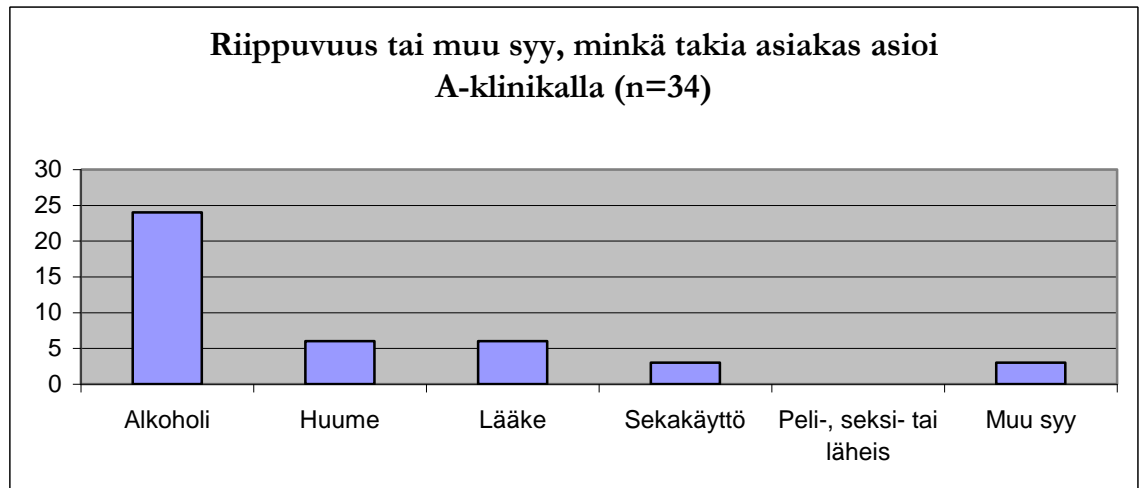
Kuvio 1. Kohdejoukon sukupuoli ja siviilisäätö.

Kohdejoukosta 20 asiakasta asuu yksin, kahdeksan puolison kanssa, kaksi vanhemman tai vanhempien luona ja neljä oman perheen kanssa, johon kuuluu lapsia. Asiakkaista 10 ilmoitti olevansa työssä, 15 työttömänä, kaksi opiskelevansa, yksi sairauslomalla, seitsemän eläkkeellä/osa-aikaeläkkeellä ja kotiäiti/-isä ei asiakkaista ilmoittanut olevansa yksikään.



Kuvio 2. Kohdejoukon työllisyystilanne kyselyn mukaan.

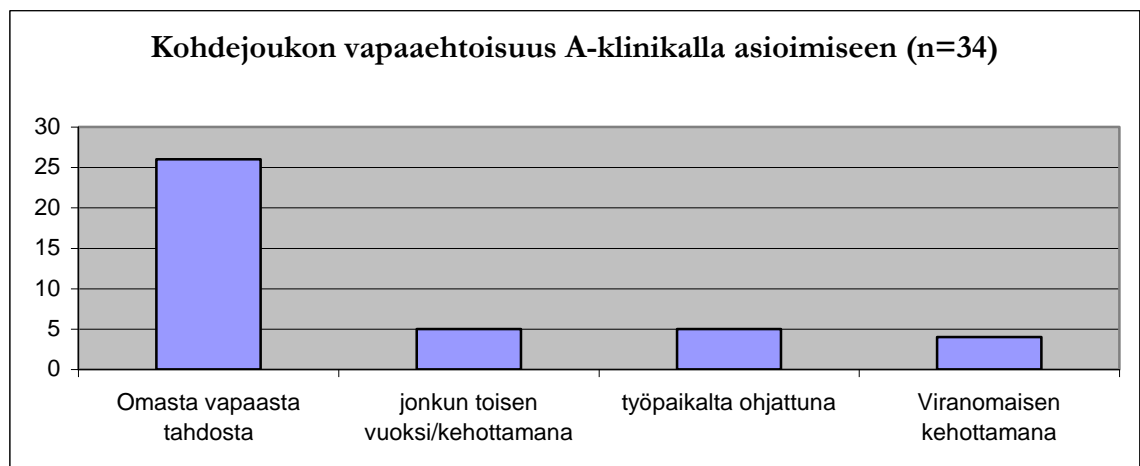
Kysymyksessä kuusi selvitin syytä, minkä vuoksi asiakas on A-klinikan asiakas. Kysymys oli monivalintakysymys ja tarvittaessa pystyi valitsemaan useamman vaihtoehdon. Kysymyksestä selvisi, että 24:llä asiakkaista on alkoholiriippuvuus, kuudella huumeriippuvuus, kuudella lääkeriippuvuus, kolme ovat sekakäyttäjää ja peli-, seksi- ja läheisriippuvaisia ei ilmoittanut olevansa yksikään. Muu riippuvuus tai syy, minkä takia asiakkaat asioivat A-klinikalla olivat esimerkiksi tukihenkilönä oleminen, syrjäytyneisyys ja makean himo.



Kuvio 3. Riippuvuus tai muu syy, minkä takia asiakas asioi A-klinikalla.

Kysymyksessä seitsemän oli lueteltu Kainuun A-klinikan palveluita, joita asiakas käytti tai oli käyttänyt. Tarvittaessa pystyi valitsemaan useamman vaihtoehdon. Asiakkaista 16 rastitti juomakierteen katkaisuhuotoa avohoidossa, viisi asiakasta rastitti opioidikorvaushoito avohoidossa, 16 rastitti lääkäripalvelut, viisi rastitti päihderiippuvuuden arviointi ja ajokelpoisuuden seuranta, 23 rastitti yksilökeskustelu, kolme rastitti pari- ja perhekeskustelu, kaksi rastitti keskustelu riippuvuusongelmasta kärsivän ystävänä/läheisenä -palvelun, kahdeksan rastitti korva-akupunktioyryhmä ja kuusi rastitti aamuryhmä.

Kysymyksessä kahdeksan selvitin miten asiakas on päätenyt A-klinikan asiakkaaksi. Tarvittaessa pystyi valitsemaan useamman vaihtoehdon. Vastauksista selvisi, että asiakkaista 26 oli hoidossa omasta vapaasta tahdosta, viisi lasten/puolison/läheisten vuoksi/kehottamana, viisi työpaikalta ohjattuna ja neljä viranomaisen (kaksi poliisin, kaksi lääkärin) kehottamana.



Kuvio 4. Kohdejoukon vapaaehtoisuus A-klinikalla asioimiseen.

Kysymys yhdeksän oli, että kuinka kauan olet ollut A-klinikan asiakas? (esim. montako viikkoa/kuukautta/vuotta). Kysymykseen vastasi 29 asiakasta. Vaihteluväli oli yhdestä viikosta 20 vuoteen. Vastanneista 24 oli ollut A-klinikan asiakkaana kauemmin kuin vuoden, keskiarvo oli 6,4 vuotta.

Kysymyksellä kymmenen selvitin kuinka usein asiakas asioi A-klinikalla? (esim. kerran viikossa, kaksi kertaa kuukaudessa jne.) Asiakkaista 29 asioi yhdestä viiteen kertaan viikossa ja kolme asioi kahdesta viiteen kertaan vuodessa. Yksi vastaajista vastasi ”harvoin” ja yksi ei vastannut mitään.

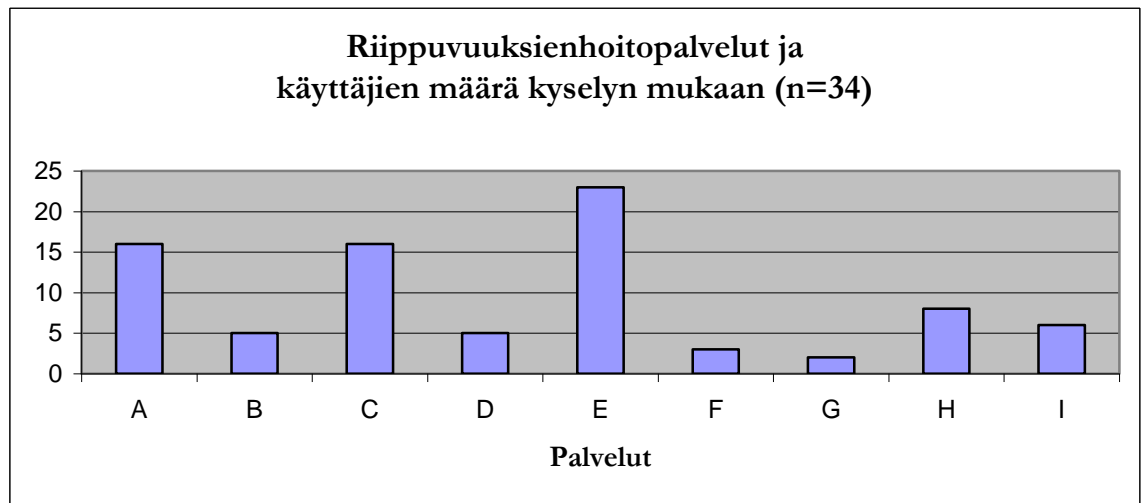
7.2 Kokemukset riippuvuuksienhoitopalveluista

Ensimmäisen tutkimustehtävän, mitkä Kainuun A-klinikan riippuvuuksienhoitopalvelut ovat auttaneet asiakkaita, selvitin seuraavalla tavalla. Taustatietokysymyksissä oli kysymys, jossa oli lueteltu Kainuun A-klinikan riippuvuuksienhoitopalvelut. Palveluita oli lueteltu yhteensä yhdeksän ja yhteen kohtaan pystyi kirjoittamaan omin sanoin, jos käyttämää palvelua ei luetelluista löytynyt. Kukaan ei vastannut viimeksi mainittuun kohtaan. Taustatiedoista selvisi myös syy, minkä takia asiakas asioi A-klinikalla. Avoimissa kysymyksissä oli taas kysymyksiä, joista selvisi mitä mieltä asiakkaat ovat A-klinikan palveluista ja miten ne ovat asiakasta auttaneet.

Tutkimiehen kirjanpitoa hyväksikäyttäen ja avoimia kysymyksiä tulkitsemalla selvisi, että kyselyn mukaan kaikki luetellut palvelut olivat käytössä ja ne ovat auttaneet suurinta osaa asiakkaista. Ainoastaan kaksi asiakasta ei vielä osannut kertoa kokemuksiaan lyhyen asiakassuhteen vuoksi ja yksi ilmoitti, ettei ole auttanut mitenkään.

Riippuvuuksienhoitopalveluista yksilökeskustelun oli valinnut enemmistö eli 23 asiakasta 34:stä. Toiseksi eniten käytössä ovat juomakierteen katkaisuhuolto avohoidossa ja lääkäripalvelut, joita molempia ilmoitti käyttävänsä 16 asiakasta kaikista vastanneista. Vähiten käytössä on keskustelu riippuvuusongelmasta kärsivän ystävän/läheisenä -palvelu, vain kaksi asiakasta 34:stä ilmoitti käyttävänsä sitä. 11 asiakasta ilmoitti käyttävänsä vain yhtä palvelua ja loput eli 23 ilmoitti käyttävänsä kahdesta viiteen palvelua. Seuraavan sivun kuviosta näkyy kuinka

moni asiakas käyttää mitäkin palvelua. Kuvion alapuolella on selitteet aakkosilla (A–I) ilmais-
tuna riippuvuushoito- ja palveluista.



Kuvio 5. Riippuvuushoito- ja palvelut ja käyttäjien määrä kyselyn mukaan.

- | | |
|---|---|
| A | Juomakierteen katkaisuhuolto avohoidossa |
| B | Opioidikorvaushoito avohoidossa |
| C | Lääkäripalvelut |
| D | Päihderiippuvuuden arviointi ja ajokelpoisuuden seuranta |
| E | Yksilökeskustelu |
| F | Pari- ja perhekeskustelu |
| G | Keskustelu riippuvuusongelmasta kärsivän ystävänä/läheisenä |
| H | Korva-akupunktio |
| I | Aamuryhmä |

Induktiivisella sisällönanalyysillä syntyi neljä pääluokkaa, joista selviää tutkimustehtävien 2. ja 3. tulokset eli miten Kainuun A-klinikan riippuvuushoito- ja palvelut ovat auttaneet asiakkaita ja mitä toiveita ja kehitettävää asiakkaiden mielestä on heidän hoidossaan. Pääluokat ovat:

- Henkinen, fyysinen ja sosiaalinen tukeminen
- Resurssien puute
- Henkilökunnan ja asiakkaiden näkökulmien eroja
- Kokemuksia kehittämistarpeista

7.2.1 Henkinen, fyysinen ja sosiaalinen tukeminen

Mainitsin opinnäytetyöni alussa, että työn tausta-ajatteluni pohjaa Lauri Rauhalan (2005) hollistiseen eli kokonaisvaltaiseen ihmiskäsitykseen. Rauhala käyttää ihmiskäsityksessä käsitteitä tajunnallisuus, kehollisuus ja situationaalisuus. Itse käytän samaa tarkoittaen käsitteitä henkisyys, fyysisuus ja sosiaalisuus, koska asiakkaat käyttivät vastauksissaan esimerkiksi paljon sanaa henkinen. Kokonaisvaltaisuuteen kuuluu henkinen, fyysinen ja sosiaalinen olemassaolon muoto. Henkisyys on tajunnallisuutta eli tietoa, tunteita ja uskoa. Fyysisuus on kehollisuutta eli sitä mitä ihmiskehossa tapahtuu ja sosiaalisuus on suhdetta muihin ihmisiin, ympäristöön, tilanteisiin ja koko maailmaan.

Kyselylomakkeista nousi selkeästi esiin, että Kainuun A-klinikan riippuvuuksienhoitopalvelut ovat auttaneet asiakkaita tukemalla heitä henkisesti, fyysisesti ja sosiaalisesti. Tämän pääluokan muodostuminen näkyy seuraavassa taulukossa (Taulukko 4). Myös Torpan & Tauriaisen (2009) mukaan A-klinikalta saatu apu vastaa asiakkaiden tarvetta psyykkisten- ja sosiaalisten ongelmien sekä arkielämässä selviytymisen osalta heidän tutkiessaan Kokkolan A-klinikan asiakkaiden näkökulmaa. Torpan & Tauriaisen tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia oman tutkimukseni tulosten kanssa, koska heidänkin mukaan A-klinikkakäynnit vaikuttavat lähes pelkästään positiivisesti asiakkaiden elämään ja päihteiden käyttö vähenee ja osalla jopa loppuu kokonaan A-klinikkakäyntien myötä.

Taulukko 4. Henkinen, fyysinen ja sosiaalinen tukeminen.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Raitis elämä ja sen hallinta Motivaatio ja asenne Elämänlaadun paraneminen	Elämän hallinta	Henkinen, fyysinen ja sosiaalinen tukeminen
Terapeuttinen keskusteleminen Lääkäripalvelujen saaminen Tiedon antaminen Terveiden ja elämänlaadun vahvistaminen	Työntekijöiden ammattitaitoinen tuki	
Tilanteeseen puuttuminen Tarpeenmukainen tukeminen	Tarpeenmukainen hoito	
Luottamuksellisuus Vuorovaikutus Aito välittäminen	Empatia	
Katkaisuhoito tukena Lääkehoito	Lääkehoito tukena	
Läheisten tukeminen Mielipiteen huomioiminen	Läheisten tukeminen	

Henkisen tuen saaminen näkyi asiakkaan kokemuksista muun muassa elämän hallintana, työntekijöiden ammattitaitoisien ja tarpeenmukaisen tuen saamisena sekä empatiana. Käsite elämänhallinta muodostui kysymyksien, miten riippuvuuksien hoitopalvelut ovat auttaneet sinua, mikä tavoite asiakkailla oli hoitonsa suhteen sekä minkälaisena he näkivät elämänsä viiden vuoden kuluttua riippuvuuden suhteen vastauksia analysoimalla.

Asiakkaiden tavoitteina oli muun muassa raitis tai raittiimpi elämä, kohtuukäyttö, normaalin elämän takaisin saaminen, korvaushoitoon pääsy, mielialan ja mielenterveyden kohottaminen. Asiakkaat näkivät elämänsä viiden vuoden kuluttua pääasiassa valoisana ja toivo paremmasta elämästä kävi ilmi monista vastauksista.

”Usean vuoden päibteettömyys takana, olen saanut apua, jopa raha-asioiden käsittelyyn” (1)

”Henkinen tuki” (11)

”Todella hyvin. Olen retkabdellut ja minulle on tehty pahaa, mutta silti klinikan väki on kannustanut minua jatkamaan!!! Muuten olisin varmaan jo lähtenyt ”narkkaamaan”!!!” (33)

Riippuvuuksienhoitopalvelut olivat auttaneet asiakkaita jo niin, että he kokivat elämänsä raittiimpina sekä saavansa henkistä tukea terapioiden ja keskusteluiden avulla. Asiakkaat kokivat oman motivaation ja asenteen muun tuen lisäksi tärkeänä.

Työntekijöiden ammattitaitoinen tuki muodostui siitä kun, asiakkaat kuvailivat työntekijöitä ammattitaitoisiksi, asiansa osaaviksi ja ihmisläheisiksi.

”Ammattitaitoinen subtautuminen, ei tuomitseva vaan kannustava” (12)

”terapiaa ja keskustelua” (14)

”Olen saanut tietoa riskeistä” (25)

He kokivat työntekijöiden tukevan ja vahvistavan heidän terveyttä ja elämänlaatua esimerkiksi keskustelun ja tiedon antamisen kautta.

Tarpeenmukainen hoito muodostui retkahduksia koskevien kysymysten avulla. Tilanteeseen puuttuminen ja tukeminen retkahduksen yhteydessä ovat tarpeenmukaista hoitoa. Asiakkaiden mukaan retkahduksiin oli suhtauduttu ymmärtäväisesti ja hoitoja oli tiukennettu lisäämällä esimerkiksi keskusteluja.

”Se ärsyttää, ja tekee mieli luovuttaa mut en oo yhdestikään luovuttanu” (33)

”Aloitetaan alusta ja jatketaan siitä mihin on päästy” (22)

”Subtautuminen yhtä auttava” (10)

Asiakkaat kokivat retkahduksien yhteydessä ”morkkista” eli huonoa omaa tuntoa ja luovuttamisen tunnetta. Retkahduksen tapahtuessa toiset olivat tarvinneet avo- tai laitoskatkaisuhoidoa selviytyäkseen juomisen tai päihteiden käytön lopettamisessa. Työntekijöiltä saatu tuki ja toivon vahvistaminen olivat tärkeitä asioita hoidon jatkamisen suhteen.

Empatia eli myötäeläminen muodostui luottamuksellisuudesta, vuorovaikutuksesta, aidosta välittämisestä ja raittiuden vahvistamisesta. Nämä käsitteet muodostuivat, mitä mieltä asiakas on A-klinikan hoidoista ja miten hoidot ovat heitä auttaneet kysymysten avulla. Luottamuksellisuus tuli esiin siinä, että asiakkaat uskaltavat näyttää tunteensa työntekijöille. Vuorovaikutus on pääasiassa asiakkaiden mielestä suoraa ja selkeää sekä keskustelut työntekijöiden kanssa hyviä.

”Henkilkohtainen subtautuminen ymmärtävää ja ammattitaitoista” (3)

”Asikas otetaan huomioon, kuunnellan mielipiteet” (22)

”Saa purkaa paineita...” (33)

Työntekijöiden aito välittäminen asiakkaista muodostui asiakkaiden mielipiteistä työntekijöitä kohtaan. Asiakkaat kokivat työntekijöiden suhtautuvan asiakkaisiin ja heidän ongelmiinsa asiallisesti ja ymmärtäväisesti.

Fyysisen tuen saaminen näkyi asiakkaiden kokemusten mukaan lääkehoidossa. Käsite lääkehoito tukena muodostui, miten Kainuun A-klinikan riippuvuushoidon palvelut ovat auttaneet asiakkaita kysymyksen avulla. Avo- ja laitoskatkaisu- sekä opioidikorvaushoidon yhtenä osana on lääkehoito, mikä auttaa vieroitusoireisiin, niin fyysisiin kuin henkisiin.

”Juoma kierteet on saatu katkaistua joko avo- tai laitoskatkaisuisissa kiitettävästi” (3)

”Selviytymis annoksia lääkkeitä” (15)

”Omin voimin katkasu ei onnistu” (22)

Fyysiset vieroitusoireet voivat olla todella kovat ja asiakas tarvitsee lääkehoitoa niistä selviytyäkseen. Lääkehoito on yksi osa kokonaisvaltaista hoitoa. Asiakkaat kokivat lääkehoidon olevan tukena katkaisu- ja opioidikorvaushoidossa.

Sosiaalisen tuen saaminen näkyi asiakkaiden kokemuksista läheisten tukemisena. Läheisten tukeminen käsite muodostui kysymyksen millä tavalla läheisesi on otettu huomioon hoidossasi avulla. Läheiset oli huomioitu hoidossa keskustelemalla ja selvittämällä läheisten halua tai tarvetta osallistua hoitoon, sekä hoitamalla ja antamalla tukea myös läheisille.

”On varattu heille terapia-aikoja ja kerran kuukaudessa on verkostopalaveri ja kotikäyntejä on järjestetty” (1)

”Heistä on puhuttu ja pyritty tukemaan heitä myös. Tärkeintä että minä ja läheiseni pysymme välissä, eikä tarvii riidellä...” (33)

Asiakkaiden kokemuksista ilmeni myös, että läheisten huomioimisessa olisi parannettavaa, koska kaikkien kohdalla läheisiä ei ollut huomioitu mitenkään tai heidät oli huomioitu asiakkaan omasta toimesta.

”Tässä olisi paljon parantamisen varaa” (23)

”Ei mitenkään” (12)

”Omalla toiminnallani” (15)

Läheisten huomioiminen hoidossa on tärkeää, koska ihmisten teot ja käyttäytyminen vaikuttaa toisiin ihmisiin. Läheisiä tukemalla tuetaan myös asiakasta ja toisinpäin. Läheiset huomioiva hoito on kokonaisvaltaisempaa ja vaikutukseltaan laajempaa, kuin vain asiakkaan hoito.

7.2.2 Resurssien puute

Kyselylomakkeista kävi selkeästi ilmi, että resurssien puute vaikuttaa riippuvuuksienhoitopalveluihin niin, että hoidon ja tuen tarve on suurempi kuin niiden saatavuus. Tämän pääluokan muodostuminen näkyy seuraavalla sivulla taulukossa (Taulukko 5).

Taulukko 5. Resurssien puute.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Katkaisuhoito riittämätön Ryhmähoitojen vähäisyys	Katkaisu- ja ryhmähoitojen riittämättömyys resurssien vuoksi	Resurssien puute
Resurssien vähäisyys Palvelujen saanti ei vastaa tarvetta	Hoidon tarpeeseen ei pystytty vastaamaan resurssien vähäisyyden vuoksi	

Myöhänen, Rimpiläinen & Saarinen (2002) ovat tutkineet Kainuun A-klinikan asiakastyytyväisyyttä, jonka tuloksista selvisi, että asiakkaat pitivät saamiaan palveluja hyvinä, mutta toivoivat täsmällisempiä vastaanottoaikoja ja lääkäripalvelujen parempaa saatavuutta. Tulokset ovat samansuuntaiset oman tutkimukseni tulosten kanssa, koska asiakkaat ovat mielestäni tyytyväisiä palveluihin, mutta resurssien puute kävi selvästi ilmi.

Resurssien puute selvisi kysymysten mitä mieltä olet A-klinikan hoidoista ja mitä toiveita tai ehdotuksia sinulla on A-klinikan palvelujen parantamiseksi avulla. Resurssien puute käsite muodostui katkaisu- ja ryhmähoitojen riittämättömyys resurssien vuoksi ja hoidon tarpeeseen ei pystytty vastaamaan resurssien vähäisyyden vuoksi luokkien perusteella.

”Lisää resursseja: Päättäjien ymmärrettävä, että ongelmien ehkäisy tulee halvemmaksi, ku niiden jälkikäteinen hoito” (18)

”Lääkäri saisi olla useimmin paikalla” (13)

”Laitoskatkaisu paikka voisi toimia rauhallisemmassa ympäristössä” (3)

Resurssien puute on asiakkaiden kokemusten mukaan yksimielisesti sitä, että aikaa ja työntekijöitä on liian vähän. Lääkäripalvelujen saatavuus on huono ja oma laitосkatkaisuhoidopaikka puuttuu Kajaanista kokonaan.

7.2.3 Henkilökunnan ja asiakkaiden näkökulmien eroja

Kyselylomakkeista nousi esille henkilökunnan ja asiakkaiden näkökulmien eroja, joilla voi olla vaikutusta asiakkaan hoidon onnistumiseen ja toteutumiseen. Tämän pääluokan muodostuminen näkyy seuraavalla sivulla taulukossa (Taulukko 6).

Taulukko 6. Henkilökunnan ja asiakkaiden näkökulmien eroja.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Täysraittiuden olettaminen Oman mielipiteen painottaminen	Työntekijöiden näkökulma eri	Henkilökunnan ja asiakkaiden näkökulmien eroja
Oman kokemuksen puuttuminen Huumeista irrottautuminen	Työntekijän oman kokemuksen puuttuminen	
Välinpitämätön Moittiminen Läheisiä ei ole huomioitu	Negatiivinen kokemus henkilökunnasta	

Penttinen (2006) tutkiessaan A-klinikan toiminnan kehittämistä BIKVA -arvioinnin avulla on saanut samansuuntaisia tuloksia, missä henkilökunnan ja työntekijän näkemykset eroavat. Penttisenkin mukaan esimerkiksi asiakkaan ja työntekijän hoidon tavoitteet erosivat toisistaan asiakkaan kokemuksen mukaan.

Henkilökunnan ja asiakkaiden näkökulmien eroja selvisi, millä tavalla läheisesi on otettu huomioon hoidossasi, tavoite kysymysten ja retkahduksia käsittävien kysymysten avulla. Pääluokan käsite muodostui työntekijöiden näkökulma eri, työntekijöiden oman kokemuksen puuttuminen ja negatiivinen kokemus henkilökunnasta käsitteiden perusteella. Yläluokan käsitteet muodostuivat asiakkaiden kokemuksista niin, että henkilökunta ei voi täysin ymmärtää heitä, koska työntekijöiltä puuttuu oma kokemus ongelmallisesta riippuvuudesta.

”...oma juonti kokemus puuttuu” (28)

”Pitäs kuulemma opiaateista irrottautua” (15)

”...terapeutti ei ole tuominnut, mutta moittinut” (12)

”Ei mitenkään” (12)

Joidenkin asiakkaiden mielestä henkilökunnalla oli myös eri tavoite hoidon suhteen kuin asiakkaalla itsellään. Jotkut asiakkaat mainitsivat henkilökunnan välinpitämättömyyden ja moittimisen retkahduksien yhteydessä, vaikka suurin osa vastanneista olikin sitä mieltä, että retkahduksiin on suhtauduttu ymmärtäväisesti ja kannustaen eteenpäin.

7.2.4 Kokemukset kehittämistarpeista

Tuloksien mukaan asiakkaat kokevat kehittämistarpeiksi ulkoisen tiedottamisen ja yhteistyön sekä palveluiden lisäämisen. Tämän pääluokan muodostuminen näkyy seuraavassa taulukossa (Taulukko 7).

Taulukko 7. Kokemukset kehittämistarpeista.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Ulkoisen tiedottaminen Yhteistyö eri tahojen kanssa	Ulkoista tiedottamista ja yhteistyötä	Kokemukset kehittämistarpeista
Hoitopaikkojen lisääminen Ryhmäkeskustelujen lisääminen	Palveluiden lisääminen	

Kokemuksia kehittämistarpeista selvisi samojen kysymysten perusteella kuin käsite resurssien puute. Kokemukset kehittämistarpeista käsite muodostui ulkoista tiedottamista ja yhteistyö sekä palveluiden lisääminen yläluokkien perusteella. Asiakkaiden kokemusten mukaan ulkoista tiedottamista pitäisi lisätä ja yhteistyötä tulisi tehdä enemmän esimerkiksi AA:n eli nimettömät alkoholistit -ryhmän kanssa. Palveluiden lisäämisen kohdalla esiin nousi tarve saada Kajaaniin oma erillinen laitoskatkaisuhoidopaikka ja ryhmäkeskusteluja toivottiin lisää. Myös omaa viikonloppupäivystystä toivottiin, koska asiakkaiden kokemusten mukaan Kainuun keskussairaalan päivystys ei sovi tähän tarkoitukseen.

”Lisää tiedotusta ulospäin ja ehdottomasti lisää yhteistyötä AA:n kanssa” (23)

”Oma katkaisuhoidopaikka” (1)

”Ryhmäkeskusteluja voisi lisätä ja ne voisi jakaa ikäluokittain” (12)

”Viikonloppu päivystys (vaikka pubelin), TK tai kaks:si ei käy” (22)

”enemmän määrärahoja, rahaa katkaisu ja laitoshoidoja varten!!!” (1)

Penttisen (2006) tutkimuksessa oli myös mietitty miten saadaan uusia asiakkaita palvelujen piiriin. Ulkoinen tiedottaminen palveluista ja A-klinikan toiminnasta voisi tuoda palveluja paremmin ihmisten tietoisuuteen. Näin ihmiset jotka tarvitsevat apua, mutta eivät tiedä mistä sitä hakea, voisivat tulla A-klinikan asiakkaiksi.

8 TULOSTEN YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tuloksista selvisi, että kaikki yhdeksän kyselylomakkeessa luetelluista riippuvuuksienhoitopalveluista ovat auttaneet asiakkaita tukemalla heitä henkisesti, fyysisesti ja sosiaalisesti. Eniten käytössä on yksilökeskustelu, jota ilmoitti käyttävänsä 23 asiakasta 34:stä. Toiseksi eniten käytössä ovat juomakierteen katkaisuhuolto avohoidossa ja lääkäripalvelut, joita molempia ilmoitti käyttävänsä 16 asiakasta kaikista vastanneista. Vähiten käytössä on keskustelu riippuvuusongelmasta kärsivän ystävänä/läheisenä -palvelu, vain kaksi asiakasta 34:stä ilmoitti käyttävänsä sitä. Kaikista vastanneista 11 ilmoitti käyttävänsä vain yhtä palvelua ja loput 23 asiakasta käyttää kahdesta viiteen palvelua.

Tuloksista selvisi myös, että resurssien puute vaikuttaa riippuvuuksienhoitopalveluihin niin, että hoidon ja tuen tarve on suurempi kuin niiden saatavuus. Kyselylomakkeista kävi selkeästi ja yksimielisesti ilmi, että asiakkaiden mielestä työntekijöitä ja aikaa on liian vähän. Lääkäripalvelujen saatavuus on huono ja oma laitostarkkaisuhoitopaikka puuttuu Kajaanista kokonaan. Nykyinen alkoholin laitostarkkaisuhoito toimii Kajaanin pääterveyskeskuksen vuodeosastolla ja siellä on samaan aikaan myös muita potilaita.

Tulokseksi tuli myös henkilökunnan ja asiakkaiden näkökulmien eroja, joilla voi olla vaikutusta asiakkaan hoidon onnistumiseen ja toteutumiseen. Asiakkaat kokivat, että henkilökunta ei voi täysin ymmärtää heitä, koska työntekijöiltä puuttuu oma kokemus ongelmallisesta riippuvuudesta. Joidenkin asiakkaiden mielestä henkilökunnalla oli myös eri tavoite hoidon suhteen kuin asiakkaalla itsellään. Asiakkaan tavoite oli esimerkiksi kohtuukäyttö ja asiakkaan mielestä henkilökunnan tavoite oli täysraittius.

Tuloksista selvisi, että kehittämistarpeita on ulkoisessa tiedottamisessa ja yhteistyössä AA:n eli nimettömät alkoholistit -ryhmän kanssa. Lisäksi asiakkaat toivoivat lisää ryhmäkeskustelua, omaa laitostarkkaisuhoitopaikkaa ja omaa viikonloppupäivystystä. Toivomuksissa oli myös lisää työntekijöitä ja aikaa.

Johtopäätöksenä näistä tuloksista voidaan sanoa, että Kainuun A-klinikan palvelut ovat tarpeellisia ja hyödyllisiä ihmisten elämänlaadun, elämän hallinnan, mielen tasapainon ja terveyden kannalta. Ongelmat eivät kosketa yksin ongelmasta kärsivää ihmistä, vaan sillä on paljon laajemmat vaikutukset. Siitä kärsivät läheiset, ympäristö ja koko tämä meidän yhteiskunta, joten tarpeenmukainen hoito ja hoidon kokonaisvaltaisuus ovat erittäin tärkeitä asioita riip-

puvuuksien hoidossa. Kokonaisvaltaisuus tulee esille holistisessa ihmiskäsityksessä, mikä tulee mielestäni esille tämän tutkimuksen tuloksissa.

Vaikka asiakkaat kokevat saavansa henkistä, fyysistä ja sosiaalista tukea riippuvuushoito- palveluista, he tarvitsevat sitä enemmän. Lääkehoidon tarve muun hoidon rinnalla riippuvuushoito- palveluissa tuli selkeästi esiin ja siihen tarvitaan lääkäreitä. Nykyinen lääkäripalvelu ei selvästikään ole riittävä. Oman laitostarkkaisuhoitopaikan saaminen olisi tärkeää, koska silloin hoidot keskittyisivät pelkästään päihdeongelmiin. Asiakkaatkin saisivat rauhassa keskittyä toipumiseen ja paranemiseen ilman sellaisten potilaiden läsnäoloa, joilla ei ole sama sairaus tai ongelma.

Asiakkaat ovat erittäin tyytyväisiä työntekijöiden ammattitaitoon, silti he kokevat puutteena sen, että työntekijöillä ei ole henkilökohtaista kokemusta esimerkiksi alkoholismista tai huumeriippuvuudesta. Riippuvuusongelmasta kärsiville ihmisille vertaistuki on tärkeä asia ja sitä voisi hyödyntää enemmän yhteistyöllä. Hoidon tavoitteita koskevissa kysymyksissä kokemuksista ilmeni asiakkaan ja työntekijän eri tavoite hoidon suhteen. Työntekijällä on tietoa ja taitoa auttaa riippuvuusongelmista kärsiviä ihmisiä, joten aina ei voi olla samaa mieltä asioista. Tämä ei suinkaan välttämättä tarkoita sitä, ettei tavoite olisi sama. Tämä asettaa työntekijän ja asiakkaan väliselle vuorovaikutukselle haasteita.

Kainuun A-klinikan palveluja olisi tärkeää mainostaa ja tuoda enemmän esille, ihmisten näkyville ja kuuluville. Yhteistyötä esimerkiksi AA:n kanssa voisi parantaa, koska vertaistuki on tärkeää asiakkaiden hoidossa. Kainuun A-klinikka on auki arkisin ja asiakkaat tarvitsevat hoitoa myös viikonloppuisin. Viikonloput voivat monesti olla pahempia aikoja kuin arkipäivät esimerkiksi päihderiippuvaiselle sen takia, koska ihmisillä voi olla käsitys, että ”arkena tehdään töitä ja viikonloppuna vaihdetaan vapaalle”. Tällöin he voivat tarvita juuri A-klinikan tukea esimerkiksi lauantaina.

Kainuun A-klinikan työntekijät ovat ammattitaitoisia ja tekevät parhaansa asiakkaidensa eteen, mutta kuten jo tuloksissa kävi selvästi ilmi, niin resursseja on liian vähän. Resurssien puute näkyy joka asiassa. Lisäämällä resursseja ja kehittämällä palveluja asiakkaiden toiveiden mukaisesti voidaan heitä auttaa paremmin. Mielenterveys- ja päihdeongelmien on ennustettu tulevaisuudessa lisääntyvän entisestään, joten hoidoille ja palveluille on ilmiselvää tarve. Riippuvuushoito- palvelut ovat tärkeä ja arvokas tuki ihmisille.

9 POHDINTA

Tässä kappaleessa pohdin tulosten hyödynnettävyyttä ja jatkotutkimusaiheita. Lisäksi pohdin opinnäytetyöni luotettavuutta, eettisiä kysymyksiä ja ammatillista kasvua.

9.1 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyöni aihe on ajankohtainen ja tärkeä, koska riippuvuusongelmat aiheuttavat mielenlinterveysongelmia ja päinvastoin. Mielenlinterveys- ja päihdeongelmat ovat kasvussa. Samalla kuitenkin resursseja vähennetään ja palveluja ajetaan alas. Esimerkiksi alkoholihaittojen hoitoa ja ennaltaehkäisyn resursseja supistetaan, vaikka tilastojen mukaan yhä useampi suomalainen juo itsensä hengiltä. Päihdetyötä tekevät järjestöt ovat huolissaan taloudellisen tuen heikkenemisestä, koska järjestöjen toimintaa rahoittavat Raha-automaattiyhdistyksen tuet ovat supistumassa pelituottojen odotetun laskun vuoksi. Mikäli valtiovalta, kunnat ja kolmannen sektorin rahoittajat vähentävät entisestään alkoholihaittojen hoitoon ja ehkäisyyn tarkoitettua tukea, seuraa siitä alkoholinkäyttöön liittyvien välittömien ja välillisten ongelmien lisääntyminen. (Sulander 2009.)

Avohoitoja suositaan laitoshoidon sijaan ja siksi olisikin tärkeää kehittää avohoitoja. Kainuun A-klinikka tarjoaa riippuvuushoitoa avohoidossa. A-klinikalla ei ole aikaisemmin tutkittu asiakkaan kokemuksia riippuvuushoitoa avohoidossa, joten he voivat tämän työn tulosten avulla kehittää palvelujaan. Kainuun A-klinikka saa tämän työn tuloksissa tietoa asiakkaiden kokemuksista palveluistaan sekä hoitojen hyvistä ja huonoista puolista. Tämä työ tuo esille hoidon tarpeen ja resurssien puutteen, mistä voisivat hyötyä uusia toimintamalleja päättämässä olevat ihmiset, koska tieto tulee riippuvuuspalveluita käyttäviltä asiantuntijoilta eli asiakkailta itseltään.

Asiakkaat saivat tämän työn kautta äänensä kuuluville, mielipiteensä esille ja mahdollisuuden vaikuttaa asioihin. Toivon, että työntekijät saavat tunnustusta ammattitaidolleen ja uskoa jatkaa vaativaa, mutta arvokasta työtä.

Tällä työllä selvitettiin, mitkä Kainuun A-klinikan riippuvuushoitoa avohoidossa ovat auttaneet asiakkaita ja miten, sekä kehittämisideoita palvelujen parantamiseksi. Jatkotutkimusaiheina

voisi olla asiakkaiden kokemusten arvioiminen haastattelemalla vaikka parin vuoden päästä, koska olisi mielenkiintoista tietää millaisia tuloksia toisella menetelmällä saadaan. Samalla selviäisi onko kehittämistarpeisiin vastattu. Henkilökunnan kokemuksia kehittämistarpeista olisi myös hyvä tutkia, koska silloin nähtäisiin eroaako työntekijöiden kokemukset ja mielipiteet asiakkaiden kokemuksista. Näin ollen selviäisivät ovatko ajatukset samansuuntaisia onnistuneen hoidon ja palvelujen suhteen. Myös läheisten kokemusten tutkiminen olisi mielenkiintoista ja sieltä voisi saada aivan uutta näkökulmaa palvelujen kehittämiseksi.

9.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Luotettavuus ja sen arviointi ovat tärkeitä asioita onnistuneen tutkimuksen kannalta. Tuloksista on pyrkimyksenä saada mahdollisimman luotettavia ja päteviä, virheitä välttäen. Luotettavuuden arviointiin on monia erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. (Hirsjärvi ym. 2008, 226–227; Metsämuuronen 2006, 56–58; Tuomi & Sarajärvi 2009, 134–137.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen liittyvistä kysymyksistä löytyy erilaisia käsityksiä ja eri asioita painottavia luotettavuustarkasteluja. Luotettavuuden arviointiin ei laadullisessa tutkimuksessa ole olemassa minkäänlaisia yksiselitteisiä ohjeita. Luotettavuuteen vaikuttavia asioita ovat tutkimuksen kohde ja tarkoitus eli mitä tutkitaan ja miksi. Tutkijan oma sitoutuminen tutkimuksen tekoon, kohdejoukko, aineiston keruu, analyysimenetelmä, tutkimuksen kesto, eettisyys ja raportointi ovat asioita, joita muun muassa arvioidaan laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden osalta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134–142.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkija selostaa tarkasti tutkimuksen toteutumisen kaikkia vaiheita. Olipa arviointimenetelmä tai mittari mikä tahansa, niin tärkeintä on kuitenkin se, että kaikkia tutkimuksia arvioidaan jollakin tavoin luotettavuuden osalta. (Hirsjärvi ym. 2008, 226–227.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereinä pidetään uskottavuutta (kohdejoukon tarkka kuvaus ja arvio totuudenmukaisuudesta), vahvistettavuutta (raportoinnin selkeys), merkityksellisyyttä (aiheen tarkoitus ja hyöty), toistuvuutta (samansuuntaiset vastaukset) sekä siirrettävyyttä (tulosten soveltaminen toisissa olosuhteissa). Luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138–139.)

Olen pyrkinyt saamaan selkeän kokonaisuuden opinnäytetyöraportistani tarkkaan kuvaamalla tutkimukseni etenemisen, tulosten syntyminen sekä perustelemaan valintani ja näkemykseni. Teoriaosuudesta olen myös pyrkinyt saamaan selkeän kokonaiskuvan riippuvuuksista ja niiden hoidoista. Käytetyt lähteet ovat pääsääntöisesti alle 10 vuotta vanhoja. Kohdejoukko on luotettavuuden kannalta keskeinen asia. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa asiakkaiden kokemuksia riippuvuuksien hoidoista, joten Kainuun A-klinikan asiakkaat kohdejoukko oli juuri oikea kertomaan kokemuksistaan.

Vaikka kyselylomakkeiden vastaukset olivat aika niukkoja, niissä oli silti itse asia ymmärrettävästi ilmaistu ja kysymykset oli mielestäni ymmärretty oikein. Kohdejoukon huomioon ottaen tiedonantajien niukat vastaukset voivat mielestäni johtua esimerkiksi siitä, että he eivät osaa tai jaksa ilmaista itseään kirjallisesti. Haastattelun avulla olisin voinut saada vastauksista enemmän irti täydentävillä ja lisäkysymyksillä, mutta A-klinikan henkilökunta toivoi aineistonkeruun tapahtuvan kyselylomakkeilla sen takia, koska kyselylomakkeilla vastauksia saatiin suurempi määrä.

Teoriaosuudesta löytyy tietoa peli-, seksi- ja läheisriippuvuuksista, mutta yksikään asiakkaista ei ilmoittanut olevansa riippuvainen mistään edellä mainituista. Kuitenkin Kainuun A-klinikalla hoidetaan kaikkia riippuvuuksia, mutta suurin osa asiakkaista A-klinikan omien tilastojen ja tämän tutkimuksen kohdejoukon mukaan ovat päihderiippuvaisia. A-klinikka monesti ehkä tunnetaankin enemmän päihderiippuvuuksien hoitopaikkana, vaikka sieltä saa apua moniin eri riippuvuuksiin. Mielestäni luotettavuutta lisää se, että olen ottanut huomioon teoriaosuudessa riippuvuuksienhoitopalvelut kokonaisuutena, enkä jättänyt sieltä pois asioita, mitä tuloksissa ei tällä kertaa tullut esille.

Sisällönanalyysi on yleinen analyysitapa laadullisessa tutkimuksessa analysoida aineistoa. Tutkimuksessani aineiston analyysin tekeminen oli sen puolesta melko vaivatonta, että vastaukset olivat täyttä asiaa ilmaistuna lyhyesti ja ytimekkäästä Näin ollen aineistosta oli helppoa poimia analyysiyksikön eli lauseen perusteella alkuperäisilmaukset. Haasteita toi kuitenkin yksisanaiset, ympäripyöreät vastaukset tai vastaukset joiden sisältöä jouduin pohtimaan ja tulkitsemaan, että miten se liittyy kysymykseen. Yksisanaiset vastaukset myös harmittivat, koska mielestäni kysymysmuodon vuoksi olisi voinut vastata laajemmin. Sisällönanalyysi sujui mielestäni hyvin vastauksien samansuuntaisuuden vuoksi. Vastausten samansuuntaisuuden vuoksi koin myös vastaajien määrän (56 %) riittävän suureksi, mikä lisää luotettavuutta.

Pohtiessani opinnäytetyöni tulosten siirrettävyyttä eli sovellettavuutta vastaavaan ilmiöön toisissa olosuhteissa, päädyin siihen, että koska tulokset ovat ainakin samassa linjassa aikaisempien mainitsemiä tutkimusten kanssa, siirrettävyys voisi olla mahdollista samankaltaisissa olosuhteissa. Kyselylomakkeeseen vastanneista 77 % oli hoidossa omasta vapaasta tahdosta. Mielestäni jo sekin kertoo tulosten luotettavuudesta, koska eihän ihminen vapaasta tahdosta tee sellaista mistä ei ole jotain hyötyä.

Opinnäytetyöni luotettavuutta lisää myös aiheen tärkeys ja se, ettei tällaista tutkimusta ole aikaisemmin Kainuun A-klinikalla tehty. Vaikka tietoa jo olisikin tämän tutkimuksen tuloksista, niin työn avulla tieto voidaan nostaa esille ja näkyväksi eli tehdä jo tunnettu tiedetyksi. Mielestäni tutkimuksen tulokset vastaavat hyvin tutkittavien kokemuksia, koska vastaajilla oli keskiarvon mukaan yli kuuden vuoden kokemus Kainuun A-klinikan riippuvuuksienhoitopalveluista ja he saivat itse päättää kyselyyn vastaamisesta. Olen pyrkinyt rehellisesti raportoimaan kaikki tärkeät tulokset, enkä ole rajoittanut aineistoa vain toimeksiantajan kannalta edullisiin tuloksiin.

9.3 Eettiset kysymykset

Luotettavuuden lisäksi tutkimuksessa on otettava huomioon monia eettisiä kysymyksiä tutkimuksen tekoon liittyen. Etiikan peruskysymykset syntyvät hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä. Tutkimuksen teossa on jokaisen syytä noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi ym. 2008, 23.) Tutkijan eettiset ratkaisut vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen ja uskottavuuteen. Uskottavuus perustuu siihen, että tutkija noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127–133.)

Jo ennen kuin aloin tehdä opinnäytetyötäni kunnolla, luin ja tutustuin hyvän tieteellisen käytännön kriteereihin ja olen noudattanut niitä koko tämän prosessin ajan. Mielestäni jo aiheen valinta on eettinen ratkaisu, koska riippuvuuksista kärsiviä ihmisiä voidaan todella auttaa ja saada näin aikaiseksi hyvää heidän ja heidän läheistensä elämään.

Ihmisarvon kunnioittaminen on lähtökohtana tutkimuksessa. Ihmisille annetaan mahdollisuus itse päättää osallistumisestaan tutkimuksen tekoon, tällä pyritään kunnioittamaan ihmisten itsemääräämisoikeutta. (Hirsjärvi ym. 2008, 25.) Eettisyyttä on ottaa huomioon, ettei tut-

kimus vahingoita vastaajia. Tärkeää on suojata vastaajan henkilöllisyys ja kertoa vastaamisen vapaaehtoisuudesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125–132.)

Tuloksissa olen käyttänyt suoria lainauksia ja otteita analyysistä lisäämään tutkimuksen luotettavuutta aineistosta, kuitenkin huomioiden asiakkaiden tunnistamattomuuden. Kyselylomakkeiden vastaajat antoivat suostumuksensa vastaamalla vapaaehtoisesti kyselyyn. Suostumuksen antamisesta oli tieto kyselylomakkeen ensimmäisellä sivulla saatekirjeessä, josta kävi ilmi myös työn tarkoitus, tavoite, vastaaminen nimettömänä, luottamuksellinen käsittely ja aineiston hävittäminen. Opinnäytetyötäni varten tarvitsin tutkimusluvan ja toimeksiantosopimuksen, jotka allekirjoitti Kainuun A-klinikan esimies.

Eettisyys on mukana kaikissa asioissa, valinnoissa, ratkaisuisa ja päätöksissä. Minulla on korkea moraalinen ja mietin aina asioiden vaikutusta ihmisiin. Olen pitänyt kiinni sovituista asioista ja tehnyt työni aikataulun mukaisesti. Olen toiminut rehellisesti, luotettavasti ja tarkasti koko opinnäytetyöprosessin ajan.

9.4 Ammatillinen kasvu

Ammatillinen kasvu on jatkuva oppimisprosessi. Yksilö hankkii sen kautta elämänsä aikana niitä tietoja, taitoja ja kykyjä, joita hyödyntämällä hän voi vastata muuttuviin ammattitaitovaatimuksiin. Asiantuntijuus ei ole saavutettava ominaisuus tai olotila vaan jatkuvaa kehittymistä ja kasvua vaativa piirre. Se lisääntyy kokemusten, jatkuvan tiedonhankinnan ja oppimisen pohjalta. (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005, 17; Ruohotie 2000, 3.)

Asiantuntijaksi kehittyminen on tietoista toimintaa. Oppiminen vaatii omien näkemysten ja toiminnan ymmärtämistä. Se on mahdollista, kun oppimistavoitteita tarkastellaan ja määritellään uudelleen tietyin väliajoin. Oppimisesta täytyy ottaa vastuu ja tunnistaa tekijöitä, jotka edistävät tai estävät oppimista. Asioiden reflektointi, analysoiminen ja kokeileminen auttavat ymmärtämään, minkälaisia tietoja ja taitoja käytännön työssä tarvitaan sekä asettamaan realistisia kehittymistavoitteita. (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005, 26–27.)

Sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, jonka tehtävä yhteiskunnassa on potilaiden hoitaminen ja hoitotyön kehittäminen. Hoitotyö on terveyttä edistävää ja ylläpitävää, sairauksia ehkäisevää ja parantavaa sekä kuntouttavaa. Sairaanhoitaja tukee työssään yksilöitä, perheitä

ja yhteisöjä määrittämään, saavuttamaan ja ylläpitämään terveyttä muuttuvissa olosuhteissa ja eri toimintaympäristöissä, kuten perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, sosiaali- huollossa sekä yksityisen ja kolmannen sektorin alueilla. Sairaanhoitajan ammatillisiin osaamisvaatimuksiin kuuluvat eettinen toiminta, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksente- ko, ohjaus ja opetus, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen osaaminen, kliininen hoitotyö ja lääkehoito. (Terveysalan ammat- tikorkeakoulutus 2005 -työryhmä 2006, 63–69.)

Opiskelujen alussa meille sanottiin, että kasvaminen asiantuntijuuteen vaatii aikaa. Olen huomannut sen aivan opiskeluni loppumetreillä, kehitystä on tapahtunut paljon muun muas- sa tavassa ajatella asioita kokonaisvaltaisemmin. Nyt voin luottavaisin mielin sanoa, että opinnäytetyöhön huipentuu ammatillinen kasvuni kohti hoitotyön asiantuntijuutta. Tämän työn aikana olen oppinut ongelmanratkaisukykyä, päätöksen tekoa, tiedon hankintaa, tutki- muksellista ajattelutapaa, tarkkuutta ja huolellisuutta vaativaa kirjallista raportointia. Lisäksi olen pohtinut paljon hoitotyön asiakkuusosaamista, mikä on vahvistanut eettisiä arvojeni, ihmiskäsitystäni ja vuorovaikutuksen merkitystä hoitotyössä. Olen oppinut, että kuuntelemi- sen taito ja asiakkaan tai potilaan elämäntilanteen kokonaisvaltainen ymmärtäminen ovat hoi- totyön peruspilareita. Niiden taitojen pohjalta on hyvä lähteä toteuttamaan yksilöllistä ja tar- peen mukaista hoitotyötä.

Tulevana mielenterveystyön sairaanhoitajana tietoni riippuvuuksista ja niiden hoidoista on syventynyt ja laajentunut. Tiedän mistä eri riippuvuudet johtuvat ja mitä ne pitävät sisällään, se tieto auttaa minua tukemaan ja hoitamaan riippuvuusongelmista kärsiviä ihmisiä sekä hei- dän läheisiään. Riippuvuuksien hoitotyö on pitkäjänteistä ja arvokasta työtä. Tällä hetkellä taitaa olla niin, että työ on enemmän korjaavaa työtä eli hoidetaan jo ilmenneitä haittoja ja ongelmia, vaikka ehkäisevä työ tulisi niin yksilölle kuin yhteiskunnalle paljon edullisemmaksi monessa suhteessa pitkällä tähtäimellä katsottuna.

Opinnäytetyön aikana olen oppinut ymmärtämään paremmin yhteistyön ja verkostoitumisen merkityksen sosiaali- ja terveysalalla. Toimintamallit ovat ajan kuluessa kehittyneet sekä muo- toutuneet paljon ja ne uudistuvat koko ajan. Niiden tunteminen ja toiminnan arvioiminen on syventänyt ymmärrystäni ja tukenut kehitystäni kohti tulevaa ammattiani. Tämän työn avulla olen myös oppinut tuntemaan Kainuun A-klinikan toimintaa. Siitä on hyötyä, koska on tär- keä tietää ja tuntea eri hoitopolkuja. Moniammatillinen tiimityö ja hoitopolkujen tunteminen edesauttaa hoitamaan ja ohjaamaan ihmisiä oikealla tavalla oikeisiin paikkoihin.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut antoisa kokemus sen mielenkiintoisen ja tärkeän aiheen vuoksi. Työ on lisännyt itseluottamustani sekä vahvistanut ja laajentanut hoitotyön näkökulmaa kohti mielenterveystyötä. Opinnäytetyöprosessin aikana olen oppinut myös toisten opinnäytetöiden kuuntelemisesta paljon ja saanut uutta tietoa asioista. Tästä on hyvä lähteä jatkamaan asiantuntijuuden kehittämistä edelleen työelämän pariin, koska elämä on ikuista oppimista.

LÄHTEET

- Ahonen, J. & Halinen, I. 2008. Yhteisöllinen avohoito rahapeliongelmaisten tukena. Helsinki: Valopaino Oy.
- Dahl, P. & Hirschovits, T. 2002. Tästä on kyse – Tietoa päihteistä. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Hellsten, T. 2001. Virtahepo olohuoneessa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Huusko, M. 2006. Hallintaa vai huolenpitoa? Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. 2000. Päihdehoitotyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Jaakkola, T., Mustalampi, S., Peltonen, H., Soikkeli, M., Tammi, T., Turkama, A., Ulmanen, K. & Vuorenpää, J. 2001. Suomi ja huumeet. Tietopaketti huumeista, 3. uudistettu painos. Rauma: Kirjapaino West Point Oy.
- Janhonen, S. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2005. Kohti asiantuntijuutta. Helsinki: Werner Söderström Oy.
- Kansanterveys-lehti 1/1999. Päihderiippuvuus ja ajo-oikeus. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kaukonen, O. & Hakkarainen, P. 2002. Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Yliopistopaino.
- Koski-Jännes, A. 1998. Miten riippuvuus voitetaan. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Kotovirta, E. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Huumeriippuvuudesta toipuminen Nimettömien Narkomaanien toveriseurassa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Myöhänen, S., Rimpiläinen R.-L. & Saarinen, M. 2002. Asiakastyytyväisyys Kainuun A-klinikalla. Opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Niemelä, O. & Laine, P. 2000. Päihdeongelmainen potilas - Päihteiden aiheuttamat terveyshaitat, tunnistus ja hoito. Oulu: Yliopistopaino.
- Outinen, M., Holma, T. & Lempinen, K. 1994. Laatu ja asiakas. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.
- Pajula, M. 2007. Ongelmapelaajan läheinen: sairas vai selviytyjä. Helsinki: Valopaino Oy.

- Penttinen, A. 2006. A-klinikan toiminnan kehittäminen ja BIKVA -arviointi. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Rauhala, L. 2005. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Yliopistopaino.
- Ruohotie, P. 2000. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. Helsinki: Werner Söderström Oy.
- Salasuo, M., Vuori, E., Piispa, M. & Hakkarainen, P. 2009. Suomalainen huumekuolema 2007. Helsinki: Yliopistopaino.
- Seppälä, P. 2003. Havaintoja huumeista. Tutkimus uusien huumeilmiöiden varhaisena tunnistajana. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen oppaita 2002:3. Päihdepalvelujen laatusuositukset. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Torppa, J. & Tauriainen, K. 2009. Psykososiaalisen hoidon käyttö päihdetyössä: Kokkolan A-klinikan asiakkaiden näkökulma Opinnäytetyö. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma.
- Stanton, P. 2004. Miten voitat riippuvuudet. Pieksämäki: RT-Print Oy.
- Söderling, L. 1995. Alkoholismien aakkoset. Raahen Kirjasto.
- Taitto, A. 1998. Kuka minä sitten olen? : Riippuvuus ja siitä toipuminen. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Juva: WS Bookwell Oy.

SÄHKÖISET LÄHTEET

- Alho, L. & Ofverström-Anttila, H. (toim.) 2010. Alkoholien käytön riskien arviointi, neuvonta ja hoitoonohjaus. Viitattu 20.3.2011.
http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/1ac292004a176a6f931efb3d8d1d4668/Tyovalineena_AUDIT.pdf?MOD=AJPERES
- A-klinikkasäätiö - Suomen suurin päihdealan organisaatio. 2009. Viitattu 13.4.2010.
<http://www.a-klinikka.fi/a-klinikkasaaatio>
- Darwin Media Oy. 2008. Alkoholismi. Poliklinikka. Viitattu 24.4.2010.
<http://www.poliklinikka.fi/?page=6620670&id=0579894#>
- Ehkäisy ja hoito - Laadukkaan päihdetyön kokonaisuus. 2007. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Stakes. Viitattu 11.4.2010 <http://neuvoa->

antavat.stakes.fi/NR/rdonlyres/A23A9F80-CF02-431B-BF71-D344695E5198/0/Kunta310807.pdf

Hietalahti, A. 2009. Buprenorfiini päihdekäytössä. Päihdelinkki. Viitattu 21.11.2010
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/323-buprenorfiini-paihde kaytossa>

ICD 2010. Wikipedia. Viitattu 22.6.2010. <http://fi.wikipedia.org/wiki/ICD>

Jaakkola, T. 2009. Peliriippuvuus. Päihdelinkki. Viitattu 21.4.2010.
<http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/412-peliriippuvuus>

Kontula, O. & Virtanen, J. 2009. Seksiriippuvuus. Päihdelinkki. Viitattu 21.4.2010.
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/416-seksiriippuvuus>

Käypä hoito 2011. Alkoholiongelman hoito. Viitattu 20.3.2011.
http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028#s6_1

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. 2 § Määritelmät. Viitattu 24.4.2010.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812. 3 § Määritelmät. Viitattu 24.4.2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Lääkitysklinikka 2010. MDPV - ”seksihuumeen” käyttö tuo mukanaan vaaroja. Viitattu 21.11.2010. <http://www.tohtori.fi/?page=5817524&id=9889006#>

Puusniemi, R. 2010. Koulutuspäivät 2010. THL. Viitattu 20.3.2011.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/5ac348a4-4ba9-4a55-93a0-1452cbe317d5>

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. 1 § Tavoitteet. Viitattu 24.4.2010.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

Päihdelinkki, A-klinikkasäätiö. 2010. Alkoholi. Viitattu 11.4.2010
<http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/?c=Alkoholi>

Päihdetyön keskeiset käsitteet. 2008. Neuvoa-antavat, Stakes. Viitattu 11.4.2010.
<http://neuvoa-antavat.stakes.fi/FI/kehittaminen/kasitteet/index.htm>

Sulander, T. 2009. Alkoholihaittojen hoitoa ja ennaltaehkäisyä. Viitattu 20.3.2011.
http://www.ikainst.fi/sivu.php?artikkeli_id=553

Terveysalan ammattikorkeakoulutus 2005 -työryhmä. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Opetusministeriö. Viitattu 3.3.2011.
<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

Tuominen, I. 2010. Tiedote 209/2010 MDPV kiireellisesti huumausaineeksi. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 21.11.2010. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1516556>

MUUT LÄHTEET

A. Jauhiainen, henkilökohtainen tiedontanto 4.2.2010.

A. Jauhiainen, sähköinen tiedonanto 8.3.2011.

Alakahri, E. 2010. Korva-akupunktion käyttö päihdetyössä -koulutus. Monistenippu.

Kainuun A-klinikan esite.

K. Ravelin & K. Manninen, henkilökohtainen tiedonanto 27.5.2010.

K. Ylä-Outinen, henkilökohtainen tiedonanto 27.5. 2010

Schering-Plough 2010. Kainuun A-klinikan hoitokansio opioidiriippuvuudesta.

LIITTEIDEN LUETTELO

LIITE 1. Opinnäytetyön lupa-anomus

LIITE 2. Toimeksiantosopimus

LIITE 3. Kyselylomake

LIITE 4. Esimerkki analyysin etenemisestä

Kainuun maakunta -kuntayhtymä
 Sosiaali- ja terveystoimi

HAKEMUS / LUPA

 Ylihoitajan myöntämä lupa opinnäytetyölle/
 hoitotieteelliselle tutkimukselle

00.00.0000

Opiskelijan/opiskelijoiden nimet	Osoite	Puhelin
Anna-Leena Åman	Marjatanpolku 39, 87250 Kajaani	050 357 6122
Oppilaitos	Koulutusohjelma /suuntautumisvaihtoehto	
Kajaanin ammattikorkeakoulu	Hoitotyön koulutusohjelma, mielensterveystyö	
Opinnäytetyön / tutkimuksen nimi		
Asiakkaiden kokemuksia riippuvuussien hoidosta Kainuun A-klinikalla		
Mihin tulosalueen/ vastualueen/ yksikön kehittämishankkeeseen opinnäytetyö / tutkimus liittyy		
Kainuun maakunta -kuntayhtymä/Kainuun A-klinikka		
Opinnäytetyön / tutkimuksen tavoitteet ja lyhyt kuvaus toteutuksesta		
Tavoitteena on saada tietoa asiakkaiden kokemuksista Kainuun A-klinikan palveluiden parantamiseksi ja kehittämiseksi. Aineisto kerätään kyselylomakkeilla. Kyselyyn vastaaminen tapahtuu nimettömästi eikä asiakkaiden henkilöllisyys tule siis esille missään vaiheessa työtä.		
Opinnäytetyön / tutkimuksen aikataulu		
Opinnäytetyö on valmis keväällä 2011. Kysely toteutetaan Kainuun A-klinikalla viikolla 37 ja tarvittaessa jatketaan viikolle 38.		
Kustannuksista vastaa _____ (pvm ja nimi)		
<input type="checkbox"/> Opiskelija / tutkija <input checked="" type="checkbox"/> Tulosalue /vastuualue/ tulosityksikkö, josta sovittu kanssa Kainuun maakunta -kuntayhtymä/Kainuun A-klinikka		
Opinnäytetyön / tutkimuksen raportointi		Raportoinnin ajankohta
<input type="checkbox"/> Opinnäytetyö toimitetaan ylihoitajalle <input type="checkbox"/> Opinnäytetyöstä pidetään osastokokous <input checked="" type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä _____		
Opinnäytetyö esitetään Kajaanin ammattikorkeakoulussa joulukuussa 2010, johon on toimeksiantajan ohjaajan mahdollisuus osallistua. Valmis opinnäytetyö jää Kainuun A-klinikan henkilökunnan luettavaksi/käyttöön.		Kevät 2011
Työryhmä		
Oppilaitos	Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys	Puhelin
Kajaanin ammattikorkeakoulu	<i>Sija Siivola SEIJÄ SIIVOLA</i>	044-7101274
Yksikkö / terveysasema Kainuun A-klinikka	Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys	Puhelin
	<i>Anneli Sauhinainen ANNELI SAUHINAINEN</i>	08-61567470
	Osastonhoitajan allekirjoitus ja nimenselvennys	Puhelin
Pvm ja allekirjoitus (hakija / hakijat)		
31.8.2010 <i>Anna-Leena Åman</i>		

Päätös

<input checked="" type="checkbox"/> Lupa opinnäytetyöhön / tutkimukseen myönnetään hakemuksen mukaisesti
<input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan täydennettäväksi seuraavin muutoksin (lisätilaa kääntöpuolella)
<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi _____
<input checked="" type="checkbox"/> Ei Johtoryhmäkäsittelyä <input type="checkbox"/> Anomus hyväksytty johtoryhmässä <input type="checkbox"/> Anomus hylätty johtoryhmässä
Pvm ja allekirjoitus
<i>Kajaani 1.9.2010</i> <i>Juha Luukinen</i>

Kopia myönnetystä luvasta liitteineen lähetetään tulosityksikön osastonhoitajalle ja hallintoylihoitaja Helena Heikkiselle (Sotkamontie 13 Rivitalo B 6, 87140 Kajaani)

Opiskelija / tutkija täyttää ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta

7.3.2005



**TOIMEKSIANTOSOPIMUS
OPINNÄYTETYÖT
MUUT OPPIMISPROJEKTIT**

Päiväys
31.8.2010

**TOIMEKSIANTOSOPIMUS OPISKELIJATYÖNÄ TEHTÄVISTÄ OPINNÄYTETÖISTÄ JA
MUISTA OPPIMISPROJEKTEISTA**

TOIMEKSIANTAJAN TIEDOT

Toimeksiantaja	<u>Kainuun maakunta -kuntayhtymä/Kainuun A-klinikka</u>
Osoite ja puhelinnumero	<u>Satamakatu 2 B, 87100 Kajaani</u>
Työn ohjaaja toimeksiantajan puolelta	<u>Anneli Jauhiainen</u>

TOIMEKSIANNON KUVAUS

Toimeksiannon kuvaus (mahdollinen liite, projek- tikuvaus yms)	<u>Opinnäytetyö</u>
Aikataulu	<u>Valmis keväällä 2011</u>
Kustannusarvio ja kustan- nusvastuu	<u>Kustannuksista vastaa Kainuun maakunta -kuntayhtymä. Tarkemmat tiedot kustannuksista on lueteltu seuraavalla sivulla.</u>
Lopputuotoksen muoto	<u>Opinnäytetyö</u>

TOIMEKSIANNON TEKIJÄT KAJAANIN AMMATTIKORKEAKOULUSSA

Toimeksiannon tekijät ja yhteystiedot (opiskelijat)	<u>Anna-Leena Åman Marjatanpolku 39 87250 Kajaani</u>
Toimeksiannon ohjaaja Kajaanin amk:ssa	<u>Ohjaava opettaja Seija Siivola Koordinoiva opettaja Kristiina Anttonen</u>
Työstä tehdään	<input checked="" type="checkbox"/> opinnäytetyö <input type="checkbox"/> muu, mikä

Anna-Leena Åman
Tekijöiden allekirjoitukset

[Signature]
Toimeksiantajan allekirjoitus
JUM LUKKINEN
VA KLINIKKA

HYVINVOINTI
Sairaanhoitajakoulutus
Terveydenhoitajakoulutus
PL 52, (Keturpolku 4)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9612
Faksi (08) 6189 9620

PALVELUT
Restonomikoulutus
PL 52, (Keturpolku 3)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9610
Faksi (08) 6189 9620

PALVELUT
Tradenomikoulutus
PL 52, (Kuntokatu 5)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9454
Faksi (08) 6189 9424

TEKNOLOGIA
Insinöörikkoulutus
PL 52, (Kuntokatu 5)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9611
Faksi (08) 6189 9620

TOIMEKSIANNON KUVAUS

Tavoitteet Toimeksiantajan kannalta	Tavoitteena on saada tietoa asiakkaiden kokemuksista Kainuun A-klinikan palveluiden parantamiseksi ja kehittämiseksi.	
Opiskelijoiden oppimisen kannalta	Tulevana mielenterveystyön sairaanhoitajana saan työn avulla paljon tietoa ja opin uutta päihdehoitotyöstä, riippuvuuksista ja niiden hoidoista. Opin myös tuntemaan A-klinikan asiakkaan hoitopolkua.	
Keskeiset tuotokset (raportit, suunnitelmat, tuotteet, esitteet, tietokoneohjelmat, tilaisuudet yms.)	Opinnäytetyö ja posterit. Posterit on A3:n kokoinen ”juliste”, jonka avulla opinnäytetyö esitetään koululla. Siinä on lyhyesti kuvattu muun muassa työn tarkoitus, tavoite ja johtopäätökset. Kainuun A-klinikka voi halutessaan hyödyntää posteria ja laittaa sen esille tiloihinsa, josta myös asiakkaat näkevät sen.	
Sovitut kokoukset ja raportoinnit		
Projektin resurssit 1. Toimeksiantaja	Toimeksiantajan ohjaaja sitoutuu olemaan mukana koko opinnäytetyöprosessin alusta loppuun aina tarvittaessa, sekä antamaan kirjallisen loppupalautteen.	
2. Opiskelijat	Sitoutuu tekemään laajuudeltaan 15 opintopisteen (10 viikkoa) opinnäytetyön.	
3. Ammattikorkeakoulun ohjausresurssit	Ohjaavan opettajan ohjaustunteja käytettävissä yhteensä 20 tuntia.	
Kustannusarvio ja kustannusvastuu Materiaalit Laitekustannukset Opiskelijoiden palkkiot Ohjaavan opettajan palkkiot Matkakustannukset Muut	- Kyselylomakkeiden kopiot - Vastauslaatikko (A-klinikan oma) - 2 kpl valmiita opinnäytetöitä (n. 30 €) (1 opiskelijalle, 1 Kainuun A-klinikalle) - 1 kpl posterit (n.10-15 €) Arvio kustannuksista yht. n. 50 - 60€	Vastuu Kainuun maakunta -kuntayhtymä.
Muuta Luottamuksellisuus Tekijänoikeudet Laskutus	Kyselyyn vastaaminen tapahtuu anonymisti eli asiakkaiden henkilöllisyys ei tule esille missään vaiheessa työtä.	

Sopimuksessa noudatetaan Kajaanin ammattikorkeakoulun vakioehtoja opiskelijatyönä tehtävistä toimeksiannoista.

HYVINVOINTI
Sairaanhoitajakoulutus
Terveystieteiden koulutus
PL 52, (Ketunpolku 4)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9612
Faksi (08) 6189 9620

PALVELUT
Restonomikoulutus
PL 52, (Ketunpolku 3)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9610
Faksi (08) 6189 9620

PALVELUT
Tradenomikoulutus
PL 52, (Kuntokatu 5)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9454
Faksi (08) 6189 9424

TEKNOLOGIA
Insinöörikoulutus
PL 52, (Kuntokatu 5)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9611
Faksi (08) 6189 9620

HYVÄ A-KLINIKAN ASIAKAS, täyttämällä oheisen lomakkeen autat meitä parantamaan Kainuun A-klinikan palveluita. Lomakkeen täyttäminen vie vain muutaman minuutin ja sen voi tehdä täysin nimettömästi.

Opiskelen Kajaanin ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa mielenterveystyön sairaanhoitajaksi. Keväällä 2011 valmistuvan opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää, miten ja mitkä riippuvuuksien hoitopalvelut ovat auttaneet Kainuun A-klinikan asiakkaita. Tavoitteena on saada tietoa asiakkaiden kokemuksista Kainuun A-klinikan palveluiden parantamiseksi ja kehittämiseksi. Valmis opinnäytetyö on luettavissa Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjastossa.

Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja sen voi tehdä anonymisti, henkilöllisyytesi ei siis tule esille missään vaiheessa työtä. Minua sitoo vaitiolovelvollisuus, joten käsittelen vastauksesi luottamuksellisesti. Osallistumalla tähän kyselyyn annat suostumuksesi vastauksien hyödyntämiseen opinnäytetyössäni. Vastuslomakkeet tuhoetaan niiden käsittelyn jälkeen.

Mikäli Sinulle tulee kysyttävää lomakkeesta tai siihen vastaamisesta, voit pyytää apua A-klinikan henkilökunnalta. Voit palauttaa kyselylomakkeen A-klinikan aulassa sijaitsevaan palautelaatikkoon.

Kiittäen

Anna-Leena Åman
sairaanhoitajaopiskelija



Kyselylomake

**ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA RIIPPUVUUKSIEN HOIDOSTA
KAINUUN A-KLINIKALLA**

Rastita ruutu, joka vastaa mielipidettäsi parhaiten tai kirjoita vastaus sille varattuun tilaan.

1. Sukupuolesi

nainen

mies

2. Ikäsi

_____ vuotta

3. Siviilisäätysi

avio-/avoliitossa

naimaton

leski/eronnut

muu, mikä? _____

4. Asutko

yksin

puolison kanssa

vanhemman tai vanhempien luona

oman perheen kanssa, johon kuuluu lapsia. Kuinka monta lasta ja lasten iät?

 muu, mikä? _____

5. Oletko

työssä

työtön

opiskelija

sairauslomalla

eläkkeellä/osa-aikaeläkkeellä

kotiäiti/-isä

6. Minkä vuoksi olet A-klinikan asiakas? (tarvittaessa voit valita useamman vaihtoehdon)

- alkoholiriippuvuus
- huumeriippuvuus
- lääkeriippuvuus
- sekakäyttö (eri päihteiden yhteiskäyttö)
- peliriippuvuus
- seksiriippuvuus
- läheisriippuvuus
- muu riippuvuus, mikä? _____
- muu syy, jonka takia asioit A-klinikalla? _____

7. Alla on lueteltu Kainuun A-klinikan palveluita. Mitä niistä käytät tai olet käyttänyt? (tarvittaessa voit valita useamman vaihtoehdon)

- juomakierteen katkaisuhuolto avohoidossa
- opioidikorvaushoito avohoidossa
- lääkäripalvelut
- päihderiippuvuuden arviointi ja ajokelpoisuuden seuranta
- yksilökeskustelu
- pari- ja perhekeskustelu
- keskustelu riippuvuusongelmasta kärsivän ystävänä/läheisenä
- korva-akupunktiryhmä
- aamuryhmä
- muu, mikä? _____

8. Miten päädyit A-klinikan asiakkaaksi? (tarvittaessa voit valita useamman vaihtoehdon)

- omasta vapaasta tahdosta
- lasteni/puolisoni/läheisteneni vuoksi/kehottamana
- työpaikalta ohjattuna
- viranomaisen kehottamana, kenen? _____
- muu syy, mikä? _____

9. **Kuinka kauan olet ollut A-klinikan asiakas?** (esim. montako viikkoa/kuukautta/vuotta)

10. **Kuinka usein asioit A-klinikalla?** (esim. kerran viikossa, kaksi kertaa kuukaudessa jne.)

11. **Millä tavalla läheisesi on otettu huomioon hoidossasi?**

12. **Millainen tavoite Sinulla on hoitosi suhteen?**

raitistuminen/päihtettömyys

kohtuukäyttö/riippuvuuden väheneminen

muu, mikä? _____

13. **Onko henkilökunnalla mielestäsi sama tavoite kuin Sinulla?**

kyllä

ei; miten se eroaa omastasi? _____

14. **Miten A-klinikan riippuvuuksienhoitopalvelut ovat auttaneet Sinua?**

15. **Mitä mieltä olet A-klinikan hoidoista?** (hyvät ja huonot puolet)

16. **Mainitse kolme tärkeintä asiaa hoitosi onnistumisen kannalta?**

LIITE 4. Esimerkki analyysin etenemisestä. Resurssien puute.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
"Laitoskatkaisu paikka voisi toimia rauhallisemmassa ympäristössä" (3)	Laitoskatkaisupaikka rauhaton	Katkaisuhoito riittämätön	Katkaisu- ja ryhmähoitojen riittämättömyys resurssien vuoksi	Resurssien puute
"Viimeisin avokatkaisulääkehoito tuntui riittämättömältä" (3)	Avokatkaisulääkehoito tuntui riittämättömältä			
"Keskusteluryhmiä (ns. aamuryhmä) voisi olla tiheämmin, samoin korvaakupunktiota, 2 krt viikossa ei oikein riitä meikäläiselle" (9)	Keskustelu-, aamu- ja korvaakupunktioryhmiä useammin kuin 2 kertaa viikossa	Ryhmähoitojen vähäisyys		
"Liian vähän henkilökuntaa, lääkäri puuttuu" (1) "Lääkäri vain joka toinen viikko..."(15) "Lääkäri saisi olla useimmin paikalla" (13) "Henkilökuntaa saisi olla enemmän"(18) "Liian vähän aikaa/työntekijöitä" (24) "Lääkäri palveluja pitäisi lisätä" (29) "Muuten ok, mutta liian pitkät jonot hoitoihin, lääkäriin jne." (14) "Lisää resursseja: Päättäjien ymmärrettävä, että ongelmien ehkäisy tulee halvemmaksi, ku niiden jälkikäteen hoito" (18)	Henkilökuntaa, aikaa ja lääkäripalveluja liian vähän	Resurssien vähäisyys	Hoidon tarpeeseen ei pystytä vastaamaan resurssien vähäisyyden vuoksi	
"Ei ole auki viikonloppuisin" (22)	Viikonloppuisin kiinni	Palvelujen saanti ei vastaa tarvetta		
"Turhia peruutuksia" (27)	Turhat peruutukset			