



”Elämässä ei ole ketään kenelle soittaa, joka ei käyttäisi”

Tampereen alueen korvaushoidon asiakkaiden oman vertaistukiryhmän tarve

Tiia Front

Marjo Talvensaari

OPINNÄYTETYÖ
Marraskuu 2020

Sosionomin tutkinto-ohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosionomin tutkinto-ohjelma

FRONT, TIIA & TALVENSAARI, MARJO:

”Elämässä ei ole ketään kenelle soittaa, joka ei käyttäisi”

Tampereen alueen korvaushoidon asiakkaiden oman vertaistukiryhmän tarve

Opinnäytetyö 47 sivua, joista liitteitä 1 sivu
Marraskuu 2020

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa, onko Tampereen alueen korvaushoidon asiakkailta tarve omalle vertaistukiryhmälle. Opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä tietoa siitä, millaisia vertaistukiryhmän toteutusta koskevia toiveita Tampereen alueen korvaushoidon asiakkailta on.

Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla yksilöhaastatteluilta. Kohderyhmänä oli Tampereen alueen korvaushoidon asiakkaat. Haastatteluihin osallistui yhteensä kuusi korvaushoidon asiakasta. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tutkimustulosten perusteella Tampereen alueen korvaushoidon asiakkaat kokivat oman vertaistukiryhmän tarpeelliseksi. Korvaushoidon asiakkaat kaipasivat ryhmää, jossa he tulisivat nähdyksi ja kuulluksi sekä hyväksytyksi ja arvostetuksi. Tutkimustuloksista ilmeni, että korvaushoidon asiakkaat toivoivat vertaistuelta erityisesti mahdollisuutta kuulla muiden korvaushoitolaisten onnistumistarinoita. Onnistumistarinat herättäisivät toivoa ja lisääisivät motivaatiota omaan toipumiseen.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että Tampereen alueen korvaushoidon asiakkailta on merkittävä tarve omalle vertaistukiryhmälle. Opinnäytetyön tulosten pohjalta nousi esiin selkeä tarve lähteä selvittämään korvaushoidon asiakkaiden vertaistukiryhmien perustamista käytännössä.

Asiasanat: korvaushoito, vertaistuki, vertaistukiryhmä

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Social Services

FRONT, TIIA & TALVENSAARI, MARJO:
"There Is No One in My Life I Could Call, Who Does Not Use Drugs"
The Need for a Dedicated Peer-Support Group for Tampere Area Substitution
Therapy Customers

Bachelor's thesis 47 pages, appendices 1 page
November 2020

The purpose was to discover if there is a need for a peer support groups for the substitution therapy customers in Tampere Area. Target of the thesis is also the aim was to gather information on what kind of expectations substitution therapy customers had for these support groups and how they could be implemented.

The study was qualitative in nature. The data were collected using semi-structured interviews of six substitution therapy customers. The data were analyzed by content analysis.

The substitution therapy customers felt there is a strong need for own peer support group. They were hoping to have the opportunity to hear the success stories of other substitution therapy customers to get inspiration and motivation to their own recovery.

As a conclusion from the study results it can noted that there is a significant need for own peer support group for the substitution therapy customers in Tampere area. The results indicate a clear need to investigate further the possibility to establish a peer support group for substitution therapy customers in practice.

Key words: substitution therapy, peer support, peer support group

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	KORVAUSHOITO	7
	2.1. Opioidiriippuvuus.....	7
	2.2. Korvaushoidon tarkoitus.....	8
	2.3. Korvaushoidon asiakas ja huono-osaisuus	11
	2.4. Psykososiaalinen tuki korvaushoidossa	12
	2.5. Korvaushoito Tampereella	15
3	VERTAISTUKI	17
	3.1. Vertaisuus, vertaistuki ja vertaistoiminta	17
	3.2. Vertaistukiryhmä päihderiippuvaisen toipumisen tukena.....	20
	3.3. Tampereella toimivia vertaistukiryhmiä päihderiippuvaisille	21
	3.4. Vertaistuen haasteet korvaushoidossa	23
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	26
	4.1. Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	26
	4.2. Tutkimusmenetelmä ja aineiston hankinta	26
	4.3. Aineiston analyysi	28
	4.4. Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	29
5	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	31
	5.1. Vertaistukiryhmän tarve	31
	5.2. Toiveet vertaistukiryhmän suhteen.....	32
	5.3. Vertaistukiryhmän tavoite	34
	5.4. Tulosten yhteenveto.....	36
6	POHDINTA	37
	LÄHTEET	42
	LIITTEET	47
	Liite 1. Haastattelun runko	47

1 JOHDANTO

Viime vuosina Tampereella on käyty laajaa keskustelua huumeista, huumeiden käyttämisestä ja huumehoidoista. Tilastojen ja jätevesitutkimusten perusteella huumeiden käyttö on Tampereella lisääntynyt merkittävästi. Vuoden 2017 alusta Tampereen huumehoito uudistui ja käyttöön otettiin Kukaan ei putoa-malli. Mallin mukaisesti Tampere on pyrkinyt tarjoamaan intensiivistä avohoitoa ja korvaushoitoa laitospäästämisen sijasta. Mediassa on esitetty valtavasti kritiikkiä, koska laitoshoidon korvannut avohoito ei toimi riittävän hyvin. (Huumeongelman tilannekuva ja haittojen ennaltaehkäisy-työryhmän loppuraportti 2018, 1.)

Riippuvuusasiantuntija Juha Lanzin (2019) mukaan Tampereen huumehoitoudistuksen myötä opioidiriippuvaisten korvaushoitoon pääsyn kynnyksen madaltui ja korvaushoito parani, jopa liikaa. Vieroitus ja kuntoutus, jotka tähtäävät toipumiseen, jäivät korvaushoidon jalkoihin, koska korvaushoitoa tarjotaan niin laveasti. (Lanz 2019.) Kritiikki on kohdistunut usein siihen, ettei korvaushoidon asiakkaille tarjota riittävästi muuta hoitoa tai tukea korvaushoidon rinnalle. Vuonna 2020 Tampereen kaupunginhallitus linjasi, että suunnanmuutos huumehoitoon on välttämätön – toiveena on nopeampi ja helpompi pääsy laitoshoitoon sekä lääkkeettömän hoito (Palomaa 2020). Korvaushoitoa koskevissa keskusteluissa puhe on usein kohdistunut liian vähäiseen psykososiaaliseen tukeen, mutta vertaistuen hyödyntämisestä ei juurikaan ole ollut puhetta. Huumehoidon lisäksi päihderiippuvaisia olisi hyvä kannustaa hyödyntämään vertaistukea toipumisessa (Partanen & Vormaa 2018, 99).

Tampereen kaupungin psykososiaalisen tuen palvelujohtaja Maritta Närhen mukaan psykososiaalinen tuki sisältyy palvelun tuottajien ja Tampereen kaupungin välillä solmittuihin hankesopimuksiin. Korvaushoito ei kuitenkaan toteudu sillä tavoin, kuin alun perin oli suunniteltu, koska korvaushoidon suurien asiakasmäärien vuoksi hoitoyksiköissä lääkkeiden jakamiseen kuluu eniten aikaa. (Ihalainen 2020.)

Tampereen korvaushoidon asiakkaiden mukaan yksi hoidon suurimmista ongelmista on psykososiaalisen tuen puute. Aamulehteen haastateltujen korvaushoidon asiakkaiden mukaan tukea toipumiseen tai lääkkeen vähentämiseen ei hoitopaikoista saa ja yleinen asenne tuntuu olevan se, että korvaushoitoa jatketaan loppuelämän. Osalle korvaushoidon asiakkaista psykososiaalista tukea ei ole edes tarjottu. Aamulehti on haastatellut myös entistä ja nykyistä palveluntuottajan työntekijää, jotka vahvistivat korvaushoidossa olevan asiakkaiden kuvaamia ongelmia. (Ihalainen 2020.)

Opinnäytetyö sai alkunsa sosionomin (AMK) toisen vuoden opintoihin kuuluvan tutkimuksellisen seminaarityömmä haastatteluista, joissa haastattelimme päihderiippuvaisia ihmisiä raitistumiseen liittyvistä peloista. Seminaarityön haastatteluista nousi esiin, ettei korvaushoidon asiakkailla ole Tampereella omaa vertaistukiryhmää eivätkä he pääsääntöisesti voi osallistua AA- tai NA-ryhmiin, koska he eivät ole lääkärin määräämän lääkannostuksen vuoksi ole päihdeettömiä. Tutkimuksellisen seminaarityön pohjalta perustettiin sosionomin (AMK) opintojen kolmannen vuoden projektioinnissa toteutettava vertaistukiryhmä korvaushoidon asiakkaille. Opinnäytetyö jatkoi jo perustetun vertaistukiryhmän järjestämistä ajalla 02.12.2019 - 28.03.2020.

Opinnäytetyön alkuperäisenä tarkoituksena oli selvittää ryhmän kävijöitä haastatteleamalla, millainen tarve Tampereen alueen korvaushoidon asiakkailla on omalle vertaistukiryhmälle ja millaisen ryhmän toivottiin olevan. Emme kuitenkaan saaneet ryhmästä riittävän kattavaa aineistoa. Tästä johtuen muutimme tutkimussuunnitelmaamme ja päädyimme siihen, että jalkaudumme Tampereen kauduille haastattelemaan korvaushoidon asiakkaita.

Opinnäytetyössämme tutkimme Tampereen alueen korvaushoidon asiakkaiden oman vertaistukiryhmän tarvetta. Opinnäytetyömmä tavoitteena on kerätä tietoa, millaisia vertaistukiryhmän toteutusta koskevia toiveita Tampereen alueen korvaushoidon asiakkailla on. Tuloksia voidaan hyödyntää päihdetyössä, toipumiseen tähtäävässä palveluohjauksessa, palvelujen suunnittelussa sekä uuden vertaistukiryhmän perustamisessa.

2 KORVAUSHOITO

2.1. Opioidiriippuvuus

Opioidiriippuvuus on biopsykososiaalinen häiriö, jota biolääketieteellisesti pidetään aivojen sairautena (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas, Kanerva & Koski-Jännes 2005, 5; Mikkonen 2018, 104). Opioidit ovat synteettisesti tai puolisynteettisesti valmistettuja kipulääkkeitä (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 80). Opioidien toistuva ja pitkäaikainen käyttö muovaa hermosoluyhteyksiä ja aiheuttaa neurokemiallisia muutoksia aivojen ja elimistön tottuessa opioidien jatkuvaan käyttöön. (Fabritius ym. 2005, 5; Mikkonen 2018, 104.)

Voimakkaiden opioidikipulääkkeiden yleistynyt käyttö on johtanut kipulääkeriippuvuusongelmien lisääntymiseen. Kroonisten kiputilojen hoitoon määrätään aiempaa enemmän opioideja, ja leikkauksista kotiudutaan aiempaa nopeammin opioidireseptin kanssa. Opioidikipulääkeriippuvuus ei ole sama asia, kuin päihdekäyttöriippuvuus. Kipulääkkeet on alun perin hankittu reseptillä eikä niillä ole tavoiteltu päihtymystilaa. Esimerkiksi leikkauksen jälkeisen kivun jo parannuttua, asiakas ei pysty lopettamaan kipulääkkeiden käyttöä. Kipulääkeriippuvuus saattaa muuttua päihdekäyttöriippuvuudeksi. (Mikkonen 2018, 104.) Anonyymi opioidiriippuvainen (2020) kuvaa haastattelussa oman riippuvuutensa kehittyneen kipulääkeriippuvuudesta päihdekäyttöriippuvuuteen. Leikkauksen jälkeen määrätty opioidikipulääkkeet eivät toleranssin kasvaessa enää riittäneet eivätkä lääkärit kirjoittaneen enempää kipulääkeresepitejä, joten asiakas päätyi ostamaan katukaupasta lisää lääkkeitä. Näin kipulääkeriippuvaisesta tulee huumeriippuvainen. Haastateltavan mukaan katukaupassa lääkerepertuaari kasvaa ja ihminen päätyy ostamaan entuudestaan tuntemattomia lääkkeitä, joita lääkäri ei määräisi. (Anonyymi opioidiriippuvainen 2020.)

Tourusen ja Pitkäsen (2010) mukaan opioideja käytetään huumeikäytössä, koska ne lisäävät mielihyvää ja vahvistavat mielihyvän vaikutusta. Opioidiriippuvuuden kehittyessä mielihyvän tavoittelu muuttuu vieroitusoireiden ehkäisemiseksi ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi. (Tourunen & Pitkänen 2010, 150.) Myös Mikkonen (2018, 105) kuvaa riippuvuudelle tyypillistä opioidien käyttöä ilman päihtymys- tai

euforiatiloja - käytön tarkoitus on pitää vierotusoireet poissa ja ylläpitää alentunutta toimintakykyä.

Opioidien sietokyky kasvaa nopeasti, jolloin saman vaikutuksen saamiseksi tarvitaan yhä suurempia lääkeannoksia. Fyysinen ja psyykinen opioidiriippuvuus kehittyy pitkäaikaisella ja säännöllisellä opioidien käytöllä. Psyykinen riippuvuus aiheuttaa aineen pakonomaisen käytön, joka johtaa fyysiseen riippuvuuteen. Fyysisen riippuvuus ilmenee vieroitusoireina käytön päättyessä ja aineen vaikutuksen loppuessa. Akuutti vieroitusoireyhtymä, jonka oireita ovat mm. kipua, pahoinvointia, hikoilua ja vapina, voi puhjeta jo muutamassa tunnissa viimeisestä annoksesta. (Fabritius ym. 2005, 5; Mikkonen 2018, 105; Tourunen & Pitkänen. 2010, 150.)

Tyypillisesti opioidiriippuvuus kroonistuu (Mikkonen 2018, 105). Kroonistuessaan riippuvuus usein vaarantaa vakavasti käyttäjän fyysistä ja psyykkistä terveyttä, mutta haitoista huolimatta aineen käyttöä jatketaan. Ajautuminen rikollisten elämäntapojen piiriin tai sosiaalinen syrjäytyminen voivat olla seuraus kroonisesta riippuvuudesta ja aineiden käyttötavasta. (Fabritius ym. 2005, 5.)

Opioidiriippuvuus saattaa uusiutua pitkienkin päihteettömien jaksojen jälkeen. Tämä on tyypillistä pitkäkestoisille ja eteneville sairauksille. Pitkäaikaiset somaattiset sairaudet ovat luonteeltaan verrannollisia opioidiriippuvuuteen. Näiden hoitomuodot ovat tyypillisesti elinikäisiä ja hoitotasapainon tulee olla mahdollisimman hyvä, jotta saavutetaan oireettomuus ja selvitään sairauden ajoittaisten pahenemisvaiheiden yli. (Mikkonen 2018, 104–105.)

2.2. Korvaushoidon tarkoitus

Lääketieteellisesti korvaushoidon periaate on yksinkertainen. Asiakkaan vierotusoireet ja opioidihimo pysyvät poissa, kun lääkärin määräämä lääkeannos vastaa asiakkaan sietokykyä. Asiakas ei saa mielihyvää muiden opioidien käyttämisestä, koska korvaushoitolääke valtaa aivojen opioidireseptorit. (Mikkonen 2018, 105.) Päihtymystilaa korvaushoitolääke ei aiheuta (Tourunen & Pitkänen 2010, 153).

Yhdysvalloissa 1960-luvulla kehitettyä korvaushoitoa käytetään nykyään lähes joka puolella maailmaa. Suomessa korvaushoitoa ryhdyttiin toteuttamaan ensin pienimuotoisesti 1970-luvulla. Korvaushoito yleistyi Suomessa 1990-luvun loppupuolella. (Mikkonen 2018, 105.) Ensimmäinen määräys opioidiriippuvaisten arvioimisesta ja hoidon järjestämisestä (28/1997) annettiin vuonna 1997, jonka johdosta korvaushoito virallistui silloiseen muotoonsa (Tourunen & Pitkänen 2010, 150). Tällöin enintään vuoden kestävät opioidikorvaushoidot olivat mahdollisia. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut viimeisimmän määräyksen helmikuussa 2008. (Mikkonen 2018, 105.) Asetusta sovelletaan ”buprenorfiinia tai metadonia sisältävien lääkevalmisteiden käyttämiseen opioidiriippuvaisten vieroituksessa ja korvaushoidossa” (STM 33/2008). 2000-luvun ajan korvaushoitoa saavien asiakkaiden määrä on tasaisesti kasvanut (Mikkonen 2018, 105). Marraskuussa 2015 noin 3300 asiakasta oli opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä vieroitus- tai korvaushoidossa ja heistä valtaosa oli korvaushoidossa (Partanen ym. 2017).

Korvaushoitoasetus (STM 33/2008) rajaa korvaushoidon reunaehdot antamalla kunnille ja hoitoyksiköille yleiset ohjeet ja suositukset hoidon toteuttamiselle. Yksityiskohtaisia ohjeita hoidon lääketieteellisistä tai hoidollisista kysymyksistä asetusta ei sisällä, joten paikkakunnasta ja hoitopaikasta riippuen korvaushoidon periaatteet ja käytännöt vaihtelevat, ja esimerkiksi hoitoon pääsyn nopeudessa ja hoidossa käytettävässä korvaushoitolääkkeessä esiintyy alueellisia eroja. (Mikkonen 2018, 106; Tourunen & Pitkänen 2010, 153–154.) Korvaushoitoasetuksella (33/2008) normalisoitiin korvaushoito osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja, tavoiteltiin hoitoon pääsyn helpottamista ja nopeuttamista sekä sisällytettiin haittojen vähentämisen tavoite selkeämmin osaksi korvaushoitoa. Edellä mainituilla keinoilla tavoiteltiin myös opioidiriippuvaisiin kohdistuvien ennakkoluulojen ja syrjinnän poistamista. Lisäksi asetusta korostaa, että korvaushoito, jota toteutetaan lääkärin ohjeiden mukaisesti, on opioidiriippuvuuden välttämätöntä lääkehoitoa eikä sitä katsoa huumeidenkäytöksi. (Tourunen & Pitkänen 2010, 152.)

Korvaushoitoasetuksen (STM 33/2008) mukaan hoito perustuu hoitosuunnitelmaan. Lääkehoidon lisäksi hoitosuunnitelmassa määritellään hoidon tavoite, asiakkaan muu lääketieteellinen ja psykososiaalinen hoito, kuntoutus ja seuranta.

(Mikkonen 2018, 105.) Korvaushoidon asiakas tekee kirjallisen hoitosopimuksen, jolla asiakas sitoutuu noudattamaan hoidon tavoitteita sekä hoitopaikan sääntöjä ja toimintaperiaatteita (Tourunen & Pitkänen 2010, 153–154).

Lääkeannoksen antaminen asiakkaalle tehdään valvotusti. Hoitosuunnitelman mukaisesti sujunut hoito mahdollistaa lääkeannoksen antamisen myös kotiin. Korvaushoito pitää sisällään lääkehoidon lisäksi myös muuta hoitoa ja kuntoutusta, jotka suunnitellaan asiakkaalle yksilöllisesti. Buprenorfiinia tai metadonia sisältävät opioidilliset hoidot jaetaan vieroitushoitoon ja korvaushoitoon. (Mikkonen 2018, 105–106.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä mukaan vieroitushoito on “opiodiriippuvaisen päihteettömyyteen tähtäävää hoitoa, jossa käytetään apuna buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita” (STM 33/2008). Vieroitushoidon tarkoituksena on asteittain lopettaa käytettävän opioidin annostelu ja sen tavoite on lääkkeettömyys. Realistinen vieroittumisaika on vaihtelevasti 3–12 kuukautta, mutta hoidon kestolle ei asetuksessa ole määritetty takarajaa. Lyhyt, alle kaksi vuotta kestänyt opioidien käyttöhistoria, alhainen toleranssi ja suonensisäisen käytön puuttuminen voidaan katsoa olevan kannustavia tekijöitä vieroittautumisyrityksessä. Lisäksi muiden päihteiden vähäinen käyttö, vasta aikuisiällä puhjennut riippuvuus, vähäinen syrjäytyneisyys ja tukea antava sosiaalinen verkosto ennustavat hyvää lopputulosta. (Mikkonen 2018, 106.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä määrittää korvaushoidon opioidiriippuvaisten hoidoksi, “jossa käytetään apuna buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita ja jossa tavoitteena on joko kuntouttaminen ja päihteettömyys tai haittojen vähentäminen ja potilaan elämän laadun parantaminen” (STM 33/2008). Mikkosen (2018) mukaan ei ole etukäteen määritelty, kuinka kauan korvaushoito kestää. Korvaushoito jaetaan yksilöllisen arvion perusteella kuntouttavaan tai haittoja vähentävään korvaushoitoon. Kuntouttava korvaushoito useimmiten käsittää moniammatillista ja intensiivistä kuntoutusta ja se tähtää päihteettömyyteen. Intensiivinen kuntoutusvaihe kestää tilanteen mukaan 6–36 kuukautta. Haittoja vähentävällä korvaushoidolla tavoitellaan päihteiden käytön aiheuttamien haittojen

vähentämistä ja asiakkaan elämänlaadun parantamista niillä asiakkailla, jotka eivät todennäköisesti pysty kokonaan lopettamaan päihteiden käyttöä. Haittoja vähennetään ehkäisemällä tartuntatautien leviämistä ja muita terveyshaittoja. Haittoja vähentävän korvaushoidon asiakkaita voidaan myös valmentaa kohti vaativampaa kuntouttavaa korvaushoitoa. (Mikkonen 2018, 106.)

Hoidon ja kuntoutuksen keinoin korvaushoidolla tavoitellaan ensisijaisesti toimintakyvyn, sairaudet, voimavarat ja omat tavoitteet huomioon ottaen mahdollisimman laadukasta elämää. Korvaushoito on hyvä työkalu pitkäjänteiseen hoitoon, koska sillä ei ole kestollisesti määrättyä maksimiaikaa eikä vieroitusveloitusta. Osa asiakkaista ottaa omatoimisesti esille korvaushoidosta vieroittautumisen. Näillä asiakkailla ei välttämättä ole ulkoisia pakotteita vieroittumiselle, mutta elämäntilanne saattaa olla jo tyydyttävä, vakiintunut ja oheiskäyttö on jäänyt pois. Arvion mukaan vuosittain noin 10 % korvaushoidon asiakkaista yrittää vieroittautua korvaushoidosta ja heistä noin puolet onnistuu. (Mikkonen 2018, 107.)

Riittävät resurssit ja ammattitaidon omaavat terveydenhuollon yksiköt voivat toteuttaa opioidikorvaushoitoa. Lisäksi yksikön toiminnasta tulee olla tehtynä ilmoitus aluehallintovirastoon. Asiakkaan kokonaistilanne ja asuinpaikkakunnan hoidon porrastus määrittää asiakkaan arviointi- ja hoitoyksikön. Hoidon porrastus tarkoittaa sitä, miten työnjako eri toimintayksiköiden välillä on alueellisesti sovittu. (Mikkonen 2018, 106.)

2.3. Korvaushoidon asiakas ja huono-osaisuus

Ryhmänä korvaushoidon asiakkaita voidaan pitää monin tavoin syrjäytyneenä tai syrjäytymisvaarassa olevana. Syrjäytyminen näkyy sosiaalisena, terveydellisenä ja taloudellisena huono-osaisuutena. (Tourunen & Pitkänen 2010, 156–157.) Korvaushoidon kuntoutusta ja tavoitteita on tutkittu pääkaupunkiseudulla Ohjat-projektissa ja korvaushoidon asiakkaiden tausta- ja elämäntilannetietoja on kuvattu Kotkassa ja Tampereella (Tourunen, Pitkänen, Harju-Koskelin, Häkkinen & Holopainen 2009, 421). Huono-osaisuutta mitattiin Ohjat-projektin (2007) seurantalutkimuksessa viiden mittarin avulla, joita olivat työttömyys, puutteellinen asuminen, krooninen somaattinen sairaus ja viimeisen kuukauden aikana lähi-

suhteisiin liittynyt ongelma tai psyykkiseen terveyteen vaikuttanut häiriö. Seurantatutkimuksen mukaan kaikilla tutkimukseen osallistuneilla korvaushoidon asiakkailla oli jollakin arvioitavasta elämänalueesta jokin merkittävä ongelma. Lähes joka kymmenellä ongelmia oli jokaisella viidellä elämänalueella. Tämän lisäksi pitkäaikaisesta köyhyydestä kärsi 90 % asiakkaista. (Tourunen & Pitkänen 2010, 156–157.)

Korvaushoidon asiakkaista suurin osa on yksinäisyyttä kokevia alle 30-vuotiaita työttömiä miehiä, joilla on suoritettuna korkeintaan peruskoulu. Heistä suurimmalla osalla on ongelmia fyysisessä tai psyykkisessä terveydessä ja valtaosalla on todettu C-hepatiitti. Lisäksi enemmistöllä on jonkin mielenterveysongelma, kuten masennus tai persoonallisuushäiriö sekä diagnosoitu lääkeaineriippuvuus. Useimpia koskettaa läheisten päihdeongelmat ja lähisuhteiden muut ongelmat. Suurinta osaa rasittavat huume- ja muut velat, ja he elävät toimeentulotuen, työttömyyskorvauksen tai muun sosiaalietuuden varassa. Vähemmistö korvaushoidon asiakkaista elää ulkoisesti ”normaalia” elämää ja käyvät säännöllisesti töissä tai opiskelevat päätoimisesti. (Tourunen & Pitkänen 2010, 157–158; Tourunen ym. 2009, 427.)

Ennen korvaushoidon aloittamista asiakkaiden elämä ja suurin osa ajasta on yleensä keskittynyt päihteiden hankkimiseen ja käyttämiseen, jolloin muut elämän osa-alueet ovat jääneet taka-alalle tai sulkeutuneet kokonaan pois. Päihteiden käyttö on voinut olla ainoa selviytymiskeino elämän haasteisiin ja ongelmiin. Jos päihteiden käyttö on alkanut nuorena, ihminen ei ole välttämättä oppinut muita keinoja haasteiden ja ongelmien käsittelyyn. Myös mahdolliset aiemmin opitut selviytymistaidot ovat saattaneet heikentyä, kun ihminen on jatkuvasti haastavissa tilanteissa turvautunut päihteisiin. Uuden, päihteettömän elämäntavan omaksuminen vaatii usein pitkäjänteistä päihteisiin liittyvän elämäntavan tarkastelua, jotta ihminen voi omatoimisesta muuttaa omia toimintatapojaan ja oppia uusia selviytymiskeinoja. (Fabritius ym. 2005, 17–18.)

2.4. Psykososiaalinen tuki korvaushoidossa

Korvaushoidon hoitosuunnitelmaan kirjataan lääkehoidon lisäksi hoidon tavoite, asiakkaan muu lääketieteellinen ja psykososiaalinen hoito, kuntoutus ja seuranta.

(STM 33/2008). Käypä hoito-suositusten mukaan yksilöllisesti suunniteltu psykososiaalinen hoito tulee liittää korvaushoitoon. Korvaushoitoon yhdistetty psykososiaalinen hoito lisää raittiutta ja vähentää oheiskäyttöä. (Huumeongelmaisen hoito: Käypä hoito-suositus 2018.) Helsingin yliopiston päihdelääketieteen professori Hannu Alhon mukaan Käypä hoito-suosituksien lisäksi korvaushoidon sisällöstä ei ole olemassa muita valtakunnallisia ohjeistuksia ja kunnat voivat päättää, sisältääkö korvaushoitoon lääkkeen lisäksi muuta hoitoa (Saukkonen 2010).

Fabritius ym. (2005) esittävät Opiiaattiriippuvuuden korvaushoidon käsikirjassa psykososiaalisen kuntoutuksen mallin. Psykososiaalisen kuntoutuksen tavoitteena on mallin mukaan tarjota kokonaisvaltaiseen psykososiaaliseen kuntoutukseen pyrkivää hoitoa. Lääkkeellisen hoidon lisäksi asiakkaan psyykinen, fyysinen, sosiaalinen, ammatillinen ja yhteiskunnallinen kuntoutumistarve tulee korostaa ja huomioida asiakkaan hoitosuunnitelmassa. Tavoitteena on asiakkaan elämänlaadun parantaminen tukemalla arkipäivän toiminnoista selviytymistä. Psykososiaalisen kuntoutuksen mallissa asiakasta tuetaan irrottautumaan elämäntavoista, jotka vahingoittavat asiakasta itseään tai asiakkaan ympäristöä. Keskeistä on päihteettömyyttä tukevan arvomaailman ja minäkuvan kehittäminen ja muutosta tukevien samaistumiskohteiden löytäminen. Toiminnallisten valmiuksien voidaan löytää esimerkiksi työkykyä arvioimalla ja työharjoittelun, opiskelun tai työelämään valmentavien kurssien avulla. Malli pohjautuu kognitiivis-behavioristiseen hoitofilosofiaan. (Fabritius ym. 2005, 14–15.)

”Kukaan ei putoa” -malli on Tampereella käytössä oleva korvaushoidon palvelumalli. Mallia kuvataan asiakaslähtöiseksi ja sen suunnittelussa on ollut mukana muun muassa entisiä ja nykyisiä korvaushoidon asiakkaita ja heidän omaisiaan. Palvelumalli pyrkii vastaamaan joustavasti asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin sekä muuttuviin tilanteisiin, ja palvelun avulla asiakkaat voivat turvallisesti kuntoutua ja edetä päihteetöntä elämää kohti. Korvaushoidon palveluun kuuluu kuusi vaihetta, joita ovat aloitusjakso, intensiivisen hoidon jakso, kevennetyn hoidon jakso, tuettu perushoito, tuettu apteekkijakelu ja seuranta. Palvelun vaiheiden sisältö vaihtelee asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden mukaan. (”Kukaan ei putoa” -konsepti – Tamperealaisen korvaushoidon palvelumallin kuvaus.) ”Kukaan ei putoa”-mallin jokaisessa kuudessa vaiheessa on nähtävissä psykososiaalisen tuen elementtejä.

Aloituskaksossa lääkehoidon käynnistämisen lisäksi tulisi ryhtyä ratkomaan kuntoutusta estäviä asioita, joita kartoitetaan yhteistyössä korvaushoidon palveluntarjoajan ja kaupungin sosiaalityön kanssa. Näitä asioita ovat esimerkiksi toimeentulon, asumisen ja terveyden ongelmat. Asiakas ryhtyy rakentamaan omahoitajan kanssa luottamuksellista hoitosuhdetta. Aloitusjakson aikana asiakas saa uusia sosiaalisia kontakteja elämäänsä, koska hänet otetaan osaksi uutta yhteisöä. Intensiivisen hoidon jaksolla ne korvaushoidon asiakkaat, joilla on kuntoutumismotivaatiota, saavat korvaushoidon tukemiseksi yhteisöllisen tuen sekä tarvitsemansa psykososiaalisen tuen. Lisäksi on mahdollista saada esimerkiksi tehostetusti palveluita kotiin tai tuetun asumisen palveluita itsenäisen elämän tueksi. Yhteisöllinen toiminta jatkuu motivaatiota ylläpitäen ja kuntoutumista tukien. Ne korvaushoidon asiakkaat, jotka eivät tavoittele korvaushoitolääkkeestä eroon pääsyä tai aktiivista kuntoutumista saavaa kevennyttä hoitoa. Kevennetyn hoidon tavoitteena on asiakkaan elämänlaadun kohentaminen, huumeiden käytöstä aiheutuvien haittojen vähentäminen ja motivaation rakentaminen yhteisötoiminnan ja omahoitajatyöskentelyn avulla. Kun korvaushoitoa aletaan toteuttaa asiakkaan omalla terveysasemalla, kyse on tuetusta perushoidosta. Tuetussa perushoidossa korvaushoidon asiakkaalla on mahdollisuus jatkaa edellisen palveluntuottajan tutun omahoitajapalvelun käyttöä. Tuettu apteekkijakelu on vaihe tarkoittaa vaihetta, kun korvaushoitolääkkeen jakelu siirtyy apteekkijakeluun terveysasemalta tai palveluntuottajan tiloista. Myös tuetussa apteekkijakelussa edellisen paikan tutun omahoitajapalvelun käyttöä on mahdollista jatkaa. Kun korvaushoitolääkitys on ajettu alas ja hoito on suunnitellusti lopetettu, siirrytään seurantavaiheeseen. Seurantavaiheen tavoitteena on luoda asiakkaalle tunne turvaverkosta. Asiakkaalla on joku paikka tai henkilö, josta saa tarvittaessa nopeasti apua ja jossa asiakkaan voinnista ollaan kiinnostuneita. ("Kukaan ei putoa" -konsepti – Tamperelaisen korvaushoidon palvelumallin kuvaus.)

Tampereen korvaushoidon palveluntuottajien mukaan päihderiippuvuudesta toipumisessa avaintekijä on psykososiaalinen kuntoutus, jonka toimivuus pohjautuu kuntoutujan ja työntekijän väliseen luottamukselliseen ja vuorovaikutukselliseen hoitosuhteeseen. Kuntoutuksen tarkoituksena on elämänhallinnan ja erilaisten selviytymistaitojen opettelu omassa elinympäristössä. Retkahtaminen kuuluu olennaisesta avohoitoprosessiin, mutta epäonnistumiseen on varaa hyvässä hoi-

toyhteisössä. Hoitosuhteen aikana turvallinen retkahtaminen mahdollistaa oppimisen ja omien tavoitteiden testaamisen sekä parhaimmillaan lisää kuntoutumisprosessiin sitoutumista. (Huumeongelman tilannekuva ja haittojen ennaltaehkäisy-työryhmän loppuraportti 2018, 6.)

2.5. Korvaushoito Tampereella

Tampereen kaupungin Päihdekeskus vastaa keskitetysti tamperelaisten opioidiriippuvaisten hoidon tarpeen arvioinnista. Päihdekeskuksen vastuulla on pääasiassa yli 18-vuotiaiden työikäisten alkoholi-, kannabis-, lääke- ja toiminnallisten riippuvuuksien hoidon tarpeen arviointi. Arviointia varten tarvitaan lähete, jonka saa lääkäriltä tai Ensiohjaus Ension arvioinnin perusteella. Tampereella korvaushoito pääsääntöisesti aloitetaan avohoidossa huumeongelmaisten hoitoon erikoistuneessa yksikössä ja korvaushoidon vakiintuessa hoito siirretään terveysasemalle. (Tampereen kaupunki 2020a; Tampereen kaupunki 2020b).

A-klinikka tai Breikki vastaavat opioidiriippuvaisten hoidon alkuarvioinnista. Lääkehoito ja psykososiaalinen kuntoutus sisältyvät korvaushoitoon. (Tampereen kaupunki 2020a.)

A-klinikka tarjoaa maksuttomia, matalan kynnyksen periaatteella toimivia palveluita tamperelaisille ja oriveteläisille. Palveluita ovat hoidon tarpeen arviointi, terveysneuvonta, lääkäripalvelut ja tukikeskustelut sekä ohjaus etuuksien hakemisessa ja tuki virastoasioinnissa. Henkilö, joka on saanut päätökset korvaushoidosta, saa A-klinikan palveluista korvaushoitolääkkeen ja psykososiaalisen hoidon. A-klinikka tarjoaa korvaushoidon asiakkailleen apua, kun asiakas on kiinnostunut vertaistoiminnasta. Vertaistukikoulutusta on tarjolla kaikille vertaistyöstä kiinnostuneille. Lisäksi A-klinikalla on yhteisöllistä toimintaa Kumppanuustalo Arttelissa, esimerkiksi ryhmiä. (A-klinikka n.d.)

Breikki Tampere tarjoaa hoidontarpeen arviointia, opioidikorvaushoitoa ja palveluohjausta. Palvelut ovat maksuttomia. Hoito on yksilöllistä ja siinä hyödynnetään esimerkiksi yhteisö- ja ryhmätoimintaa. Opioidikorvaushoito Breikin mukaan so-

veltuu tilanteisiin, joissa asiakas tarvitsee ammatillista tukea ja ohjausta arjen asioissa, riippuvuusoireiden tunnistamisessa ja toipumisessa. (Diakonissalaitoksen Hoiva n.d.)

3 VERTAISTUKI

3.1. Vertaisuus, vertaistuki ja vertaistoiminta

Jantunen (2010) jakaa ihmisen sosiaalisen tuen lähteet kolmeen ryhmään. Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat perhe ja ystävät. Toiseen ryhmään luetaan sellaiset tukiverkon jäsenet, joiden kanssa ei olla yhtä paljon tekemisessä kuin perheen ja ystävien. Kolmas ryhmä on vertaiset ja vertaistukiryhmien jäsenet. Vertaiset eivät kuulu luonnostaan ihmisen sosiaalisen tuen verkostoon, vaan ihminen itse valitsee heidät osaksi sosiaalisen tuen verkostoaan. (Jantunen 2010, 87.)

Vertaisuus, vertaistuki ja vertaistoiminta ovat monesti samassa tarkoituksessa käytettyjä termejä. Vertaisuus kuvaa ihmisten välistä suhdetta. Vertaisuus muodostuu ihmisiä yhdistävien asioiden ja elämäntilanteiden perusteella eikä se edellytä ongelmaa, kriisiä tai sairautta. (Jantunen 2010, 86–87; Mikkonen & Saarinen 2018, 26.) Vertaistuki on sosiaalisen tuen alakäsite. Elämän kriisit tai muut haasteelliset tekijät antavat ihmisille mahdollisuuden toimia vastaavan kokeneelle vertaistukena. (Jantunen 2010, 86–87.) Vertaistoiminta pitää sisällään kaiken vertaistukeen sisältyvän toiminnan (Mikkonen & Saarinen 2018, 26).

Vertaisuuden tunne syntyy samankaltaisista kokemuksista ja elämäntilanteista. Yhdistävänä tekijänä voi olla esimerkiksi päihderiippuvuus tai vammautuminen. Yhdistävän tekijän ei tarvitse olla elämän kriisitilanne tai tavanomaisesta elämäntilasta poikkeava ilmiö, vaan vertaisuutta syntyy myös esimerkiksi opiskelussa. Vertaisuus on keskinäistä asiantuntijuutta, voimavaraa, tasa-arvoa ja yhdenvertaisuutta. (Mikkonen & Saarinen 2018, 27; Jantunen 2010, 86.)

Mikkonen ja Saarinen (2018) kuvaavat vertaisuutta kolmen tason kautta, jotka ovat eksistentiaalinen, episteeminen ja juridiseettinen. Eksistentiaalinen taso merkitsee vertaisten samanarvoisuutta. Episteemisellä vertaisuudella tarkoitetaan sitä, että joku vertainen omaa enemmän kokemusta tai tietoa, jolloin vertaiset ovat jossain määrin eriarvoisia. Episteeminen vertaisuus kuitenkin mahdol-

listaa sen, että vertaiset voivat oppia toistensa kokemuksista. Juridiseettinen vertaisuus kuvaa vertaistukiryhmän jäsenten velvollisuuksia ja vastuita, joita ryhmänvetäjillä on monesti muita enemmän. (Mikkonen & Saarinen 2018, 73.)

Vertaistuki ei ole vapaaehtoistoimintaa, vaan vertaisten omaehtoista, keskinäistä toimintaa. Vertaiset ovat keskenään saman arvoisia, heitä yhdistää sama kokemus ja heistä jokainen on sekä tuettava että tukija. Vertaiset toimivat niin omaksi kuin toistensa hyväksi. Vertaistuki pohjautuu ihmisten tasavertaiseen kohtaamiseen, vastuunottoon, keskinäiseen tukeen sekä kokemukseen siitä, ettei ole yksin. Kuka tahansa oman kokemuksen omaava voi kertoa kokemuksestaan sen, minkä kokee tarpeelliseksi. Kuulija ottaa kertomuksesta vastaan ne asiat, jotka juuri häntä koskettavat tai sen, minkä pystyy siinä tilanteessa käsittelemään. (Mikkonen & Saarinen 2018; Kotovirta 2018, 170.)

Vertaistuki toteutuu yksilöllisesti tai yhteisössä. Yksilöllinen vertaistuki on kahden ihmisen toisilleen antamaa keskinäistä tukea. Yhteisöllinen vertaistuki tapahtuu vertaistukiryhmässä. (Jantunen 2010, 87.) Vertaistukiryhmät antavat ihmisille mahdollisuuden puhua kokemuksistaan, vaihtaa tietoa ja antaa tukea nimettömästi. Vertaistuki ryhmämuotoisena pohjautuu omien kokemusten jakamiseen ja aktiiviseen kuunteluun. (Kotovirta 2018, 170.) Vertaistukiryhmiä muodostuu tarpeen mukaan. Ongelmien noustessa esiin niistä aletaan keskustella julkisesti, jolloin saman kokemuksen kokeneet huomaavat, etteivät ole ongelman kanssa yksin. On yleistä, että nämä ihmiset perustavat vertaistukiryhmän, jotta voivat käsitellä ongelmaa tai samankaltaista kokemusta yhdessä. (Mikkonen & Saarinen 2018, 96.) Vertaistukiryhmissä jaetaan kokemuksia ja tunteita. Vertaisilta saatu tuki auttaa arjessa selviytymisessä. Ihminen saattaa olla ammattiavun piirissä, mutta vertaisryhmässä saatu apu on sellaista, jota ammattilainen, jolla omaa kokemusta ei ole, ei pysty antamaan. (Kotovirta 2018, 170.)

Vertaistukiryhmässä ihminen on sekä avun saaja, että avun antaja. Jantusen (2010) mukaan vertaistukiryhmässä oleva auttava ja apua saava ihminen kokee voivansa paremmin kuin sellainen, joka on pelkästään avun saaja. Toisten ihmisten auttaminen hyödyttää siis auttajaa itseään. Oma omanarvontunto vahvistuu ja ihminen kokee itsensä tarpeelliseksi. Toisen vastaavassa elämäntilanteessa olevan ihmisen auttaminen myös syventää ihmisen omaa ymmärrystä omasta

tilanteesta. Tasapainossa ollessaan vuorovaikutuksessa tapahtuva antaminen ja vastaanottaminen synnyttävät mielihyvän tunteen. (Juntunen 2010, 87–88.) Omasta kokemuksesta on helpompaa kertoa vertaiselle, jolla on oma kokemus asiasta. Lisäksi vertaistukiryhmässä kuulee oman kaltaisia kokemuksia, joka mahdollistaa mallioppimisen. (Kotovirta 2018, 170.) Kokemusten jakamisen vastavuoroisuus tekee arkaluontoisista ja henkilökohtaisista asioista puhumisen helpommaksi. Arempi vertainen rohkaistuu kertomaan omasta kokemuksestaan, kun on ensin kuunnellut muiden jakavan omiaan. Pelkkä kuuntelukin saattaa auttaa. (Laatikainen 2010, 18.)

Vertaistuen onnistuminen pohjaa toivon heräämiseen, tiedon saamiseen ja ilmiöiden universaaliuteen, eli siihen, ettei kukaan ole yksin ongelmiansa kanssa. Toivo omasta selviytymisestä herää, kun huomaa samassa tilanteessa olevien selviytyneen. Vertaistukiryhmät tarjoavat ihmisille enemmän tai erilaista tukea, kuin mitä palvelujärjestelmät voivat tarjota. (Mikkonen & Saarinen 2018, 33, 82–83) Vertaistukiryhmät tukevat ammattilaisten tekemää työtä, mutta eivät korvaa sitä. (Kotovirta 2018, 170.)

Vertaistukiryhmät koostuvat pelkästään vertaisista. Toimintaa voi kuitenkin organisoida ulkopuolinen ryhmän- tai toiminnan ohjaaja, jolla omaa kokemusta ei ole. Kunnat, järjestöt ja seurakunnat ovat alkaneet tarjota koulutettujen vapaaehtoisten tai ammattilaisten ohjaamia vertaistukiryhmiä, joiden toiminnan tavoite vaihtelee elämänhallinnan saavuttamisesta huumeiden käytön lopettamiseen. (Kotovirta 2018, 170.)

Vertaistoiminta pitää sisällään mittavan skaalan erilaista toimintaa, jossa osallistujien samankaltaiset elämäkokemukset yhdistävät heitä. Vertaistoiminta voi olla vertaistukiryhmien lisäksi mitä tahansa toimintaa, esimerkiksi vapaa-ajan viettoa tai urheilua vertaisten kesken. (Kotovirta 2018, 170.) Vertaistoiminta auttaa ihmistä ottamaan elämästään vastuun, ohjaamaan elämänsä suuntaa sekä löytämään voimavaroja. Vertaistoiminnan avulla avun saajasta tulee aktiivinen toimija. (Laatikainen 2010, 13.) Kotovirran (2018) mukaan vertaistoiminta voi olla myös vertaisvalituksella tehtävää haittojen vähentämistä ja kohderyhmän näkö-

kulman tuomista julkiseen keskusteluun. Monen, esimerkiksi huumeiden käyttäjille tarkoitetun matalan kynnyksen kohtaamispaikan toiminta on tärkeä osa vertaistoimintaa. (Kotovirta 2018, 170.)

3.2. Vertaistukiryhmä päihderiippuvaisen toipumisen tukena

Vertaistukiryhmät antavat päihderiippuvaisille tukea ja tuovat sisältöä arkeen. Ammatillisen hoidon ja kuntoutuksen lisäksi päihderiippuvaista on hyvä kannustaa hyödyntämään vertaistukea toipumisessa. Toipuva päihderiippuvainen tarvitsee vahvaa sosiaalista tukea, koska on pitkä prosessi toipua vakavasta päihdeongelmasta. Hoitoyksikkö voi tutustuttaa asiakkaita vertaistukiryhmiin esimerkiksi päihdekuntoutuksen aikana. Lisäksi vertaistukitoimintaa voi hyödyntää tarjoamalla mahdollisuuden järjestää sitä hoitoyksikön tiloissa. (Partanen & Vormaa 2018, 99.) Kotovirran (2018, 170) mukaan päihteiden käyttäjät antavat toisilleen tukea ja apua monella eri tavalla virallisten hoitojärjestelmien ja ammatitavun rinnalla.

Säännölliset vertaistukiryhmät, kuten Nimettömien Narkomaanien ryhmät ovat päihderiippuvaisten vertaistoimintaa. Vertaistukiryhmissä käymisellä voidaan tavoitella esimerkiksi elämänlaadun- ja hallinnan parantamista, huumeiden käytön aiheuttavien haittojen vähentämistä tai päihderiippuvuudesta toipumista. Vertaistukiryhmien toiminta auttaa herättämään muutosmotivaatiota, hallitsemaan ongelmia ja vakiinnuttamaan muutosta. (Kotovirta 2018, 170.)

Vertaistukiryhmät lisäävät päihderiippuvaisten yhteisöllisyyttä ja vastavuoroisuutta. Ryhmät saattavat myös vahvistaa päihderiippuvaisen uskoa omiin kykyihinsä. Vertaistukiryhmät osallistavat ja aktivoivat päihteiden käyttäjiä. Omalla esimerkillään voi saada alulle muutoksia myös toisten päihderiippuvaisten käyttäytymiseen. Lisäksi kiinnostus itsestä huolehtimiseen lisääntyy muita auttaessa. (Kotovirta 2018, 170.) Laatikaisen (2010) mukaan syitä päihderiippuvaisen vertaistukiryhmään osallistumiselle on tarve tulla kuulluksi ja ymmärretyksi sekä hyväksytyksi omana itsenään. Vertaistukiryhmä saattaa olla ainut paikka, jossa päihderiippuvainen voi tuoda rehellisesti esiin omia ajatuksiaan ja tunteitaan. (Laatikainen 2010, 18.)

Ensimmäisiksi varsinaisiksi vertaistukiryhmiksi mainitaan usein AA-kerhot, eli Anonyymien Alkoholistien ryhmät, jotka saivat alkunsa alkoholiongelmiansa helpotusta hakevien Bill Wilsonin ja Bob Smithin toimesta vuonna 1935. He keräsivät ympärilleen muita ihmisiä, jakoivat heille tarinansa ja lopulta perustivat oman yhteisön, joka nimettiin vuonna 1939 julkaistun Alcoholics Anonymous-kirjan mukaan. (Laatikainen 2010, 11). Huumeiden käyttäjien vastaava vertaistukiryhmä on Nimettömät Narkomaanit (Narcotics Anonymous, NA). (Kotovirta 2018, 170).

3.3. Tampereella toimivia vertaistukiryhmiä päihderiippuvaisille

Tampereella on tarjolla päihdeongelmallisille erilaisia vertaistukiryhmiä ja järjestöjä. Päihdeongelmaan liittyviä tuen tarjoajia on muun muassa Tampereen A-kilta ry, KRIS-Tampere ry sekä OG-ryhmä ja Nimettömät Narkomaanit. (Tampereen kaupunki 2020c.)

Tampereen A-kilta ry on vuonna 1968 perustettu yleishyödyllinen yhdistys. Sen toiminta perustuu päihdetoipuvien keskinäiselle vertaistuelle. A-kiltatoiminnassa on kyse yhdessä tekemisestä me-meille-periaatteella. A-kiltaan ovat tervetulleita ne, jotka haluavat saada ohjausta ja vertaistukea tai toimia ja harrastaa päihteettömässä porukassa. Tampereen A-kilta järjestää erilaisia vertaistukiryhmiä. Esimerkiksi Mahdollisuus muutokseen vertaistukiryhmä eli MM-ryhmä on avoin kaikille riippuvuudesta eroon pyrkiville. Ryhmät ovat kaikille avoimia, mutta edellytyksenä on, että paikalle tullaan selvin päin. (Tampereen A-kilta N.d.)

KRIS on vankilasta vapautuville apua ja tukea tarjoava eri puolille maailmaa levinnyt järjestö, jonka toiminta perustuu neljään periaatteeseen, joita ovat päihdeettömyys, rehellisyys, toveruus ja yhteisvastuullisuus. (KRIS 2020a.) KRIS-Tampere ry on kesällä 2004 toimintansa aloittanut KRIS Keskusliitto ry:n jäsenyhdistys. KRIS Tampere-ry:n toimintakeskus sijaitsee Hatanpäällä, ja se on avoinna arkisin kymmenestä neljään. Toimintakeskuksella järjestetään aamuisin aamukokous, tiistaisin keskusteluryhmä ja keskiviikkoisin KRIS BASIC-keskusteluryhmä. Toiminnan tehtävänä on edistää päihdeettömyyttä ja rikoksettomuutta. Toimintaan osallistuminen edellyttää päihdeettömyyttä. (KRIS 2020b.)

Original Group eli OG-ryhmä on kristilliseltä pohjalta toimiva tuki- ja toipumisryhmä päihderiippuvuudesta kärsineille ja kärsiville (Original Group N.d.a). Ryhmä tarjoaa mahdollisuuden hoitaa itseään kristillisessä, Raamatun sanaan perustuvassa vertaistukiryhmässä (Original Group N.d.b). Tampereella OG-ryhmä kokoontuu kerran viikossa Tampereen keskustan alueella. Ryhmässä on mahdollisuus jakaa kokemuksia toipumisesta tai elämästä tai pelkästään kuunnella ja samaistua vertaisiin. Kaikki kävijät ovat entisiä päihteidenkäyttäjiä ja toiminta on anonyymiä. Kävijän ei tarvitse olla uskovainen osallistuakseen ryhmiin. Ryhmän toiveena on, ettei kävijät ole käyttäneet päihteitä viimeisen 24 tunnin aikana. (Original Group N.d.c.)

Nimettömät Narkomaanit eli NA on syntynyt Kaliforniassa 1950-luvun alkupuolella. NA on "voittoa tavoittelematon toveriseura niille, joille huumeista on muodostunut ensisijainen ongelma" (Nimettömät Narkomaanit 2020). NA käsittää päihderiippuvuuden addiktiosairautena ja sen jäsenet kutsuvat itseään toipuviksi addikteiksi. Jäsenet ovat entisiä huumeiden käyttäjiä, jotka haluavat pysyä erossa päihteistä. Halu lopettaa huumeiden käyttö on NA:n jäsenyyden ainoa edellytys. NA:ssa ei käytetä termiä raittius, vaan puhutaan puhtaana elämisestä päivä kerrallaan. NA-ohjelmassa pyritään pidättäytymään kaikista aineista, jotka vaikuttavat tajuntaan tai mielialaan. NA:n toiminta rahoitetaan jäsenten vapaaehtoisilla avustuksilla eikä se ota vastaan ulkopuolisia lahjoituksia. (Nimettömät Narkomaanit 2020; Taijatuuli 2018, 172.)

NA-toiminnalla on yksi tavoite – saattaa sanomaa vielä kärsiville addikteilta. Sanoman mukaan kuka tahansa addikti pystyy löytämään uuden tavan elää ja lopettamaan päihteiden käyttämisen. Jäsenet kertovat toveriseuran toiminnasta myös ammattilaisille ja muille addikteilta esimerkiksi vankiloissa ja hoitolaitoksissa. NA:n tarjoamaa tukea ei voi saada muilta sosiaalisilta verkostoilta, koska ryhmissä kuulee käytännön kokemuksia miten erilaisista elämäntilanteista voi selvitä ilman huumeita. Tukea saa vuorokauden ympäri ja se on ilmaista. NA:n suuren jäsenmäärän joukosta jokaisella jäsenellä on mahdollisuus löytää ihmisiä, joilta löytyy aikaa ja jonka kanssa jakaa muitakin yhdistäviä kokemuksia kuin huumeaddiktio. Kuten muissakin vertaistukiryhmissä, vertaistuki NA:ssa perustuu ihmisen kokemukseen siitä, ettei ole yksin ongelman

kanssa. Lisäksi NA:ssa painotetaan, että ongelman myöntäminen on osa ratkaisua. (Taijatuuli 2018, 172–174.)

Huumeiden käytön lopettaminen ja käyttökulttuurista luopuminen synnyttävät ihmisen elämässä tyhjiön, jota NA täyttää. NA järjestää erilaisia toipumishenkisiä tapahtumia, kuten vappu- ja uudenvuodenjuhlia sekä muita tapahtumia. Jäsenet ovat tervetulleita osallistumaan tapahtumiin ja auttamaan niiden järjestelyissä. Tapahtumia järjestetään eri puolilla maailmaa. Kokouksiin ja tapahtumiin osallistuminen auttaa ihmisiä kehittämään sosiaalisia taitojaan ja saamaan sosiaalista pääomaa. (Taijatuuli 2018, 173–174.)

Eri taustoista tulevien, hyvin erilaisten huumeriippuvaisten on tutkimusten mukaan todettu saaneen NA:sta apua. Silti ammattilaisilla saattaa olla NA:han liittyviä ennakkoluuloja, väärinkäsityksiä ja epäilyä. Moni ammattilainen uskoo, ettei NA ole kaikille huumeiden käyttäjille soveltuva ohjelma. Väärinymmärrykset ovat kuitenkin aiempaa harvempia ja yhä useampi ammattilainen tuntee NA:n jäseniä ja sen toimintaa. Tämä käy ilmi ammattilaisille suunnatun tiedottamisen perusteella tulleista kokemuksista. (Taijatuuli 2018, 172–173.)

On yleinen, mutta vanhentunut väärinkäsitys, ettei NA:n jäseneksi voisi liittyä opioidikorvaushoidon asiakas. Moni korvaushoidon asiakas on kertonut saaneensa NA:sta syyn ja avun korvaushoidon lopettamiselle. (Taijatuuli 2018, 173.)

3.4. Vertaistuen haasteet korvaushoidossa

NA:n maailmanpalvelun luotettujen jäsenten lautakunta on vuonna 1996 tehnyt kannanoton korvaushoidon asiakkaisiin suhtautumisesta. NA:lla ei ole mielipidettä mistään huumeriippuvuuden hoitomuodosta, ei myöskään korvaushoidosta. Kannanotto toimii edelleen ohjenuorana siihen, miten korvaushoidossa oleviin tulisi NA:ssa suhtautua. Kannanotossa muistutetaan, että NA:n jäsenyydelle ainoa vaatimus on halu lopettaa huumeiden käyttö, joten jos korvaushoidossa oleva haluaa lopettaa huumeiden käyttämisen, hän voi liittyä NA:n jäseneksi. Kannanotossa kuitenkin suositellaan, ettei toipumisilmapiirin vaarantamiseksi ryhmässä käytetä puheenvuoroja, jos jäsen on korvaushoitolääkkeen tai

minkä tahansa muun huumeen vaikutuksen alaisena. Puheenvuoroja voi pitää jäsen, joka on ollut ilman tajuntaan vaikuttavia aineita vähintään 24 tuntia. Ryhmiin voi kuitenkin osallistua kuuntelemalla. (Narcotics Anonymous 1996; Kotovirta 2009, 71.)

Taijatuulen (2018, 173) mukaan korvaushoidon asiakkaat voivat liittyä NA:n jäseniksi ja osallistua vertaistukiryhmän kokouksiin. Tämä opinnäytetyö on saanut alkunsa korvaushoidon asiakkaiden haastatteluista, joiden mukaan Tampereella korvaushoidon asiakkaat eivät pääsääntöisesti voi osallistua NA:n kokouksiin. Joihinkin kokouksiin osallistuminen on haastateltavien mukaan mahdollista, mutta puheenvuoroa ei voi pitää lääkärin määräämän päihdyttävän lääkkeen vuoksi.

Tiedustelimme asiaa Suomen NA:lta sähköpostilla. Kysyimme Suomen NA:n kantaa korvaushoidon asiakkaiden liittymisestä toveriseuran jäseneksi ja kokouksiin. Suomen NA:lta saamamme sähköpostivastauksen mukaan NA:lla ei ole virallista kantaa korvaushoidon asiakkaisiin. NA:n ainoa pääsyvaatimus on halu lopettaa huumeiden käyttäminen. Vastauksessa kerrottiin, että ainakin suuri osa pääkaupunkiseudun ryhmistä suhtautuu korvaushoidon asiakkaisiin myönteisesti, mutta NA-ryhmät ovat itsenäisiä ja tekevät päätöksiä asian suhteen ryhmäomatunnon mukaisesti. (NA:n internet-toimikunnan jäsen 2020.) Ryhmäomatunnolla tarkoitetaan NA:n tapaa ratkaista mielipide-eroja ja ongelmia. Kun ryhmä keskustelee omista tarpeistaan, ryhmän tarpeistaan ja koko NA:n tarpeista, ryhmän ryhmäomatunto muotoutuu ja paljastuu. Osana ryhmäomaatuntoa kotiryhmä äänestää oman kotiryhmän hyvinvointia koskevissa asioissa. (Narcotics Anonymous 2009, 146; Narcotic Anonymous 2016, 3.)

Jokaisella ryhmällä on siis omat säännöt. Joissakin tapauksissa ryhmät ovat tehneet päätöksen, että korvaushoidon asiakkaiden pääsyä ryhmiin on rajoitettu. Kyseessä on voinut olla jonkinasteinen häiriökäyttäytyminen tai päihtymystila, joka on häirinnyt kokouksen toipumisilmapiiriä. Ei ole yksiselitteistä vastausta siihen, kuuluuko korvaushoitolääkitys kategoriaan huume vai lääke. Asian ratkaisee lopulta ihmisen oma tahto raitistua – haluaako ihminen tulla puhtaaksi eli onko hän toipumismyönteinen. (NA:n internet-toimikunnan jäsen 2020). Jokaisella ryh-

mällä on mahdollisuus päättää, onko korvaushoidon asiakkaalla puheoikeutta kokouksessa, koska NA:n ryhmät ovat omassa toiminnassaan autonomisia. (Narcotics Anonymous 1996; Kotovirta 2009, 71–72.)

Tampereella toimiva Völjy on huumeiden käyttäjille suunnattu päivätoimintakeskus. Völjy tarjoaa apua, tekemistä ja tukea itsenäiseen asumiseen huumeita käyttäville ihmisille. Völjyssä on ohjattuja ryhmiä ja retkiä ja siellä voi tehdä esimerkiksi erilaisia käsitöitä tai maalata tauluja. (A-klinikkasäätiö 2020.) Völjyn taustalla on ymmärrys siitä, että aktiivisesti huumeita pistävien ihmisten ei ole mahdollista juurikaan osallistua päihderiippuvaisten päivätoimintakeskusten tarjoamiin palveluihin tai vertaistukiryhmiin (Völjy kehittämishanke 2014–2017, 7–10). Korvaushoidon asiakkaat voivat osallistua Völjyn toimintaan ja ryhmiin, mutta vertaisuus ei välttämättä toteudu toivotulla tavalla aktiivisesti huumeita pistävien ihmisten ja korvaushoidon asiakkaiden kesken, varsinkaan, jos vertaistuen toivotaan tähtävän toipumiseen.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1. Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa, onko Tampereen alueen korvaushoidon asiakkailta tarve omalle vertaistukiryhmälle. Tarkoituksena oli myös jatkaa projektiopinnoissa perustettua korvaushoidon asiakkaiden vertaistukiryhmää ajalla 03.12.2019 - 28.03.2020.

Tutkimuksen tavoitteena oli kerätä tietoa, millaisia toiveita korvaushoidon asiakkailta on vertaistukiryhmän toteutukselle.

Tutkimuskysymykset:

1. Onko Tampereen alueen korvaushoidon asiakkailta tarve omalle vertaistukiryhmälle?
2. Millaisia toiveita Tampereen alueen korvaushoidon asiakkailta on vertaistukiryhmän suhteen?

4.2. Tutkimusmenetelmä ja aineiston hankinta

Opinnäytetyömme oli laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on kuvata todellista elämää, tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti sekä ymmärtää tutkimuskohdetta. Tutkimuksen aineistosta ei tehdä yleistettäviä päätelmiä, vaan yksittäistapauksia tutkimalla saadaan näkyviin, mikä ilmiössä on merkittävää. Kvalitatiivinen tutkimus oli tähän opinnäytetyöhön sopiva tutkimusmenetelmä koska halusimme nähdä haastateltavat tutkimuksessa aktiivisena osapuolena sekä antaa ihmiselle mahdollisuuden tuoda esille itseään koskevia asioita mahdollisimman vapaasti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161, 181, 205.)

Laadullisessa tutkimuksessa on merkittävää, että tiedonantajien valinta on tehty harkiten ja tarkoituksenmukaisesti. Henkilöiltä, joilta tietoa kerätään, tulee löytyä mahdollisimman paljon tietoa ja kokemusta tutkittavasta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86.) Koska tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa Tampereen

korvaushoidon asiakkaiden vertaistukitarvetta, opinnäytetyön aineisto on kerätty haastattelemalla Tampereen alueen korvaushoidon asiakkaita. Kuuden henkilön haastattelut eivät kartoita koko Tampereen tilannetta.

Aineisto kerättiin puolistrukturoituina yksilöhaastatteluina. Haastatteluun sisältyi kahdeksan kysymystä, joista kaksi oli suljettua kysymystä ja kuusi avointa kysymystä (Liite 1. Haastattelun runko). Haastattelun kysymykset olivat kaikille haastateltaville samat. Haastateltavat saivat puolistrukturoidulle haastattelulle ominaisesti vastata kysymyksiin omiin sanoin, koska valmiita vastausvaihtoehtoja ei ole, pois lukien kaksi kyllä/ei-kysymystä. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47.) Puolistrukturoitu haastattelu valikoitui aineistonkeruumenetelmäksi koska emme halunneet ohjata haastatteluja valmiilla vastausvaihtoehdoilla. Halusimme säilyttää haastateltavien vapauden kertoa omin sanoin ajatuksensa ja mielipiteensä.

Haastatteluista kaksi tehtiin alkuvuodesta 2020 opinnäytetyön jatkaman korvaushoidon asiakkaiden vertaistukiryhmän kävijöille. Haastattelutilanteessa oli paikalla yksi haastattelija ja haastattelut olivat kestoltaan noin 15 minuuttia. Koska aineisto ei ollut riittävä, jalkauduimme Tampereen kaduille haastattelemaan korvaushoidon asiakkaita. Tampereella on yleisesti tiedossa, että päihteiden käyttäjiä ja korvaushoidon asiakkaita viettää aikaa korvaushoitoa antavan yksikön lähellä ”Itkumuurilla”, eli Tampereen Pakkahuoneenaukion kiviportailla (Ala-Heikkilä 2020). Haastattelutilanteissa oli paikalla yksi haastattelija, joka meni Itkumuurille ja kysyi alueella aikaa viettäviltä ihmisiltä, ovatko he korvaushoidon asiakkaita ja saako heitä haastatella ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä varten. Haastattelutilanteita Itkumuurilla oli kaksi, joissa molemmissa tehtiin kaksi haastattelua. Yksi haastattelu kesti noin 15 minuuttia. Kaikkien kuuden haastattelun ajallinen kesto oli noin puolitoista tuntia. Haastatteluista tehtiin kenttämuistiinpanot käsin kirjoittamalla. Tällä tavoin haastattelija oli tilanteessa paremmin läsnä ja pystyi kuuntelemaan tarkemmin, kuin esimerkiksi tietokoneen takaa. Kenttämuistiinpanoja kertyi jokaisesta haastattelusta yksi sivu, jolloin yhteensä kenttämuistiinpanoja oli kuusi sivua.

Päädyimme tietoisesti siihen, ettemme tee haastatteluja yhteistyössä jonkun korvaushoitoa järjestävän tahon kanssa tai jonkun tietyn korvaushoidon palveluntarjoajan asiakaskunnalle. Haastattelutilanteissa emme kysyneet, minkä korvaushoidon palveluntarjoajan asiakkaana haastateltavat ovat. Halusimme tarjota haastateltaville mahdollisuuden kertoa heidän toiveistaan ja tarpeistaan ilman sidosta palveluntarjoajiin. Tällöin haastateltaville ei tullut ulkopuolelta painetta antaa sellaisia vastauksia, joita he ehkä arvelisivat palveluntarjoajien haluavan kuulla. Koska myöskään meillä ei ollut sidosta palveluntarjoajiin, pystyimme olemaan haastateltavien kanssa samalla tasolla, emmekä tehneet haastatteluja ylhäältä alaspäin palveluntarjoajien lähtökohdista. Tästä syystä menimme suoraan sinne, missä tiesimme korvaushoidon asiakkaiden viettävän aikaa.

Opinnäytetyöprosessi alkoi loppuvuodesta 2019. Kaksi haastatteluista tehtiin alkuvuonna 2020 opinnäytetyön jatkamassa korvaushoidon asiakkaiden vertaistukiryhmässä. Lopullisen tutkimussuunnitelman palautimme maaliskuussa 2020, jolloin COVID-19 koronaviruspandemia alkoi. Koronaviruspandemia pitkitti opinnäytetyöprosessia, koska kirjastot sulkeutuivat juuri, kun teoriaosuutta oli tarkoitus alkaa työstää. Kevään ja kesän 2020 aikana ei yleisen tilanteen vuoksi voinut tehdä haastatteluja. Loput neljä haastattelua tehtiin lopulta syksyllä 2020. Opinnäytetyöprosessi oli keskeytyneenä melkein puoli vuotta.

4.3. Aineiston analyysi

Grönfors (1985) esittää kenttämuistiinpanojen analysoimiselle neljä erilaista tapaa, jotka ovat sisällönanalyysi, henkilösuhteiden analyysi, analyysi sosiaalisten tyyppien mukaan ja sosiaalisen rakenteen kuvausten muodostaminen (Metsämurtonen 2006,122). Käytimme aineiston analyysissä sisällönanalyysiä.

Haastattelut analysoimme aineistolähtöisesti, joka on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi sopi tutkimukseemme, koska tarkoituksena oli tuottaa tietoa ilmiön eli korvaushoidon asiakkaiden vertaistukitarpeen olemuksesta. Aineiston analysointi pyrittiin tekemään hypoteesittomasti, eli ilman etukäteen tehtyjä ennako-oletuksia. (Eskoja ja Suoranta 1998, 19–20). Aineistolähtöinen sisällönanalyysiä kuvataan karkeasti kolmivaiheiseksi

prosessiksi, jonka vaiheet ovat redusointi, klusterointi ja abstrahointi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108; Miles & Huberman).

Aloitimme aineiston analyysin redusoidulla eli pelkistämällä analysoitavat kenttämuistiinpanot (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109). Kävimme läpi kuusi sivua kenttämuistiinpanoja ja etsimme kenttämuistiinpanoista tutkimuskysymyksiin liittyvät vastaukset. Erotimme tutkimuskysymyksiin liittyvät vastaukset yliviivaamalla ne sinisellä yliviivaustussilla. Suurin osa vastauksista oli jo lähtökohtaisesti lyhytsanaisia. Redusoidun aineiston siirsimme digitaaliseen muotoon Word-tiedostoksi. Aineistosta löytyi lisäksi useita kiinnostavia asioita, jotka rajasimme tutkimuksen ulkopuolelle, koska ne eivät vastanneet tämän tutkimuksen tutkimuskysymyksiin. (Eskola & Suoranta 1996; Eskola 2001; Tuomi & Sarajärvi 2009, 92.)

Tutkimuskysymyksiin liittyvän aineiston klusteroimme eli ryhmittelimme aluksi tutkimuskysymyksiin mukaan oman vertaistukiryhmän tarpeeseen ja vertaistukiryhmää koskeviin toiveisiin. Tämän jälkeen aloimme järjestää aineistoa käyttäen haastattelun runkoa (Liite 1 Haastattelun runko) jäsenyyksinä, eli pilkoimme ja ryhmittelimme aineiston haastattelun rungon mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.)

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin kolmas vaihe on abstrahointi eli käsitteellistäminen. Tässä vaiheessa värikoodasimme aineiston, eli merkitsimme eri värisillä korostusväreillä aineistossa esiintyvät samankaltaiset ja toistuvat vastaukset. Omalla värillä korostimme myös ne vastaukset, jotka esiintyivät aineistossa vain kerran. Yhdistäviä luokkia muodostui kolme – vertaistukiryhmän tarve, toiveet vertaistukiryhmän suhteen ja vertaistukiryhmän tavoite.

4.4. Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössä olemme noudattaneet tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. Näitä ovat yleinen huolellisuus, rehellisyys ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimuksen ja sen tulosten arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta n.d.)

Opinnäytetyössä olemme noudattaneet tutkimuseettisen neuvottelukunnan ihmistieteisiin luettavien tutkimusalojen eettisiä periaatteita. Yleisiin eettisiin periaatteisiin luetaan muun muassa tutkittavien henkilöiden ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä tutkimuksen toteuttaminen tutkittavia henkilöitä millään tavalla vahingoittamatta tai aiheuttamatta heille riskejä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019.) Haastattelujen yhteydessä emme ole keränneet henkilötietoja. Haastateltavien yksityisyyttä olemme suojelleet tekemällä haastattelut anonymisti. Ennen haastattelua olemme kertoneet haastateltaville opinnäytetyön tarkoituksesta. Haastattelut perustuivat vapaaehtoisuuteen. Haastattelut teimme haastateltavien ihmisarvoa kunnioittaen, eli kohtasimme heidät haastattelutilanteissa kunnioittavasti ja arvostavasti ja toimme esiin, että haluamme kuulla mitä juuri heillä on sanottavaa. Muistiinpanot olemme hävittäneet asianmukaisesti heti, kun niille ei ole enää ollut tarvetta.

Emme ole ainoastaan pyrkineet välttämään opinnäytetyön kohderyhmän eli korvaushoidon asiakkaiden vahingoittamista, vaan saamaan kohderyhmää koskevaa hyödyllistä tietoa, jonka pohjalta opinnäytetyön tutkimukseen osallistuneille ihmisille voisi rakentaa jotain, tässä tapauksessa oman vertaistukiryhmän (Virokangas 2010, 7). Halusimme saada opinnäytetyöllämme korvaushoidon asiakkaiden ääneen kuuluviin ja tehdä näkyväksi millaisia haasteita kohderyhmällä on vertaistuen suhteen.

Opinnäytetyössä olemme käyttäneet monipuolisesti luotettavia ja ajankohtaisia lähteitä. Lähteet olemme merkinneet asianmukaisesti aiempien tutkijoiden ja kirjoittajien työtä kunnioittaen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta n.d).

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

5.1. Vertaistukiryhmän tarve

Korvaushoidon asiakkaiden oman vertaistukiryhmän tarvetta kysyttiin suljetulla kysymyksellä. Haastateltavista kaikki olivat sitä mieltä, että korvaushoidon asiakkaille tarvitaan oma vertaistukiryhmä. Päihderiippuvaisten vertaistuellalla on valtava merkitys erityisesti vaikean päihderiippuvuuden hoitamisessa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015). Kaikista haastatteluista kävi selkeästi ilmi, että haastateltavat identifioivat itsensä korvaushoitolaisiksi.

Korvaushoidon asiakkaiden toipumiseen tähtäävän vertaistukiryhmän tarvetta kysyttiin suljetulla kysymyksellä. Toipumisella tarkoitamme täyttä raittiutta, eli elämää ilman mitään päihdyttäviä aineita, myös korvaushoitolääkettä. Vastausta oli mahdollisuus perustella. Toipumiseen tähtäävän vertaistukiryhmän tarve oli merkittävä. Elina Kotovirta (2009) on tutkinut huumeriippuvuudesta toipumista Nimettömien Narkomaanien toveriseurassa. Tutkimuksen mukaan hyödyt, joita vertaistuesta saa, ovat kiistattomat. Puhuminen, kuunteleminen ja yhdessä tekeminen tukee vertaisten raittiutta ja pystyvyyden tunne lisääntyy toisiin vertaisiin samaisumalla. (Kotovirta 2009, 170.)

“Kyllä, sellaisen missä ei puhuta korvaushoidon lääkkeen ottamisesta.”

“Kohderyhmälle spesifisti niille, jotka eniten tarvitsevat eli ne, jotka haluavat päästä kokonaan eroon tai vähentää.”

Haastattelujen perusteella tarvetta koettiin myös sellaiselle vertaistukiryhmälle, joka ei tähtää toipumiseen. Toipumiseen ja täyteen raittiuteen tähtääminen nähtiin liian vaativana tavoitteena. Sopivampi tavoite vertaistukiryhmälle olisi oheiskäytön lopettaminen. Oheiskäyttö tarkoittaa opioidikorvaushoidon aikana tapahtuvaa muiden huumeiden käyttöä (Mikkonen 2018, 111).

“En sellaista mikä tähtää täyteen raittiuteen vaan sellaista mikä tähtää oheiskäytön lopettamiseen.”

5.2. Toiveet vertaistukiryhmän suhteen

Kysyimme haastateltavilta toiveita korvaushoidon asiakkaiden oman vertaistukiryhmän suhteen – millainen se olisi, kuinka usein ryhmän olisi hyvä olla, milloin ryhmän olisi hyvä olla, kuinka usein ryhmän olisi hyvä kokoontua ja kenen vetämä ryhmän tulisi olla. Haastatteluissa korostui toive ryhmästä, jossa olisi arvostava ilmapiiri. Vertaistukiryhmän toivottiin olevan itsehoitoryhmä, jonka edellytyksenä on kunnioitus toisia kohtaan, salassapitovelvollisuus, turvallisuus ja luottamus. Lisäksi toivottiin mahdollisuutta puheenvuoron pitämiseen. Osa haastateltavista oli joskus käynyt NA-ryhmissä, mutta eivät korvaushoitolääkkeen vuoksi saaneet pitää puheenvuoroa. NA-ryhmillä on mahdollisuus ryhmäomatunnon mukaisesti päättää, onko korvaushoidon asiakkaalla puheoikeutta kokouksissa (Narcotics Anonymous 1996; Kotovirta 2009, 71–72).

“Hyväksyvä”

“Stigmavapaa”

“Jokainen olisi tasa-arvoinen”

Haastateltavien mukaan vertaistukiryhmässä voisi ottaa mallia AA- ja NA-ryhmistä. Haastatteluista nousi esiin toive vertaistukiryhmästä, jossa olisi säännöt, kiertävä puheenvuoro ja vetäjä, joka huolehtisi siitä, ettei kaikki puhuisi päällekkäin. AA- ja NA-ryhmien toimintatavat nähtiin hyvänä, ja niistä toivottiin otettavaksi mallia omaan vertaistukiryhmään. NA-ryhmässä ryhmän vetäjä jakaa puheenvuorot, joko viittausjärjestyksessä tai kiertävänä. Kiertävä puheenvuoro tarkoittaa sitä, että jokainen saa vuorollaan puhua. Aikarajasta riippuen, vetäjä joutuu rajaamaan puheenvuorojen kestoja, jotta kaikki halukkaat saavat puheenvuoron. Ryhmä alkaa tekstin lukemisella. Teksti voi olla esimerkiksi katkelma perustekstistä tai kysymyksiä askeltyöskentelyoppaasta. Muiden puheenvuorojen päälle ei puhuta, eikä muiden puheenvuoroja kommentoida.

Vertaistukiryhmän toivottiin kokoontuvan vähintään kerrasta kolmeen kertaan viikossa. Haastateltavat kuvailivat elämäntilannettaan sellaiseksi, että tukea tarvitsisi useamman kerran viikossa, mutta edes yksi säännöllinen vertaistukiryhmä viikossa auttaisi. Ryhmän ajankohtana arkipäivinä iltapäivä tai alkuiltapäivä nähtiin parhaana. Ryhmä voisi kokoontua myös viikonloppuisin.

“Kerta viikossa ei riitä kuitenkaan.”

“Iltapäivisin, koska useat käy kuntouttavassa työtoiminnassa tai töissä.”

Vertaistukiryhmän sijainnilla ei ollut haastateltavalle juurikaan merkitystä, kunhan ryhmä sijaitsisi keskustan alueella tai hyvien bussiyhteyksien varrella. Projektiryhmän ja opinnäytetyön järjestämään vertaistukiryhmään osallistuneet haastateltavat kokivat Kumppanuustalo Arttelin tilan olleen hyvä. Vaikka paikalla ei nähty isompaa merkitystä, toivottiin ettei ryhmä kokoontuisi korvaushoitoa järjestävien tahojen läheisyydessä. Jos vertaistukiryhmä kokoontuisi lähellä korvaushoitoa järjestäviä tahoja, haastateltavat kokivat vaaraksi sen, että ryhmään tulisi paikalle sellaisia korvaushoidon asiakkaita, joilla toipumistahtoa ei ole, ja se vaarantaisi muiden toipumisen. Vaarana haastateltavat näkivät myös sen, että tällaiset henkilöt saattaisivat esimerkiksi kaupitella laittomia huumeita vertaistukiryhmän aikana.

“Ei ainakaan breikin tai jeesin lähellä, koska ne keitä oikeasti kiinnostaa, kävelee sen kilometrin jonnekin.”

NA-ryhmiä järjestetään tällä hetkellä 29 kokousta viikossa eri puolella Tamperetta. Ryhmiä on esimerkiksi keskustan alueella, Pispalassa ja Hervannassa. Ryhmiä on eri kellonaikoina aamusta iltaan, jotta jokaiselle löytyy elämäntilanteeseen sopiva ryhmä. (Nimettömät Narkomaanit 2020.)

Haastateltavien mukaan ammattilaisten ei toivottu toimivan ryhmän vetäjänä. Kotovirta (2018, 170) on todennut, ettei ammattilainen vailla omaa kokemusta pysty antamaan samanlaista tukea kuin vertainen. Haastatteluissa korostui niin vertaisuuden eksistentiaalinen kuin episteeminen taso, sillä ryhmän vetäjän toivottiin olevan pitkään korvaushoidossa ollut tai entinen korvaushoitolainen. Pitkään korvaushoidossa ollut tai entinen korvaushoitolainen on vertainen, mutta heillä on enemmän kokemusta ja tietoa.

“Korvaushoitolaisen, joka on ollut pitkään oheiskäyttämättä tai entisen korvaushoitolaisen.”

“Korvaushoitolaisten, joilla on motivaatio vähentää.”

“Ei ammattilaisia, vain vertaisia”.

Haastateltavien mukaan omasta kokemuksesta olisi vaikea puhua, jos paikalla olisi esimerkiksi ammattilainen. Myös Kotovirran (2018, 170) mukaan omasta kokemuksesta on helpompaa kertoa sellaiselle, jolla on oma kokemus asiasta. Vastavuoroisuus kokemusten jakamisessa tekee arkaluontoisista ja henkilökohtaisista asioista puhumisen helpommaksi. Pelkkä kuuntelukin saattaa auttaa, ja kun on ensin kuunnellut muiden jakavan kokemuksiaan, arempikin vertainen saattaa rohkaistua kertomaan omasta kokemuksestaan. (Laatikainen 2010, 18.)

5.3. Vertaistukiryhmän tavoite

Haastatteluissa korostui haastateltavien toive tulla nähdyksi ja kuulluksi ja halu tulla hyväksytyksi. Tarve tulla kuulluksi, nähdyksi, kohdatuksi ja noteeratuksi on yksi ihmisen psykologisista perustarpeista (Junttila n.d). Haastateltavien mielipiteet tukevat Laatikaisen (2010, 18) näkemystä siitä, että tarve tulla kuulluksi ja ymmärretyksi sekä hyväksytyksi omana itsenään ovat merkittävimpiä syitä päihderiippuvaisen vertaistukiryhmään osallistumiselle.

“Kokoava, ei ihmisiä eristävä.”

Haastateltavat kuvailivat vertaistukiryhmän tavoitteiksi motivaation saamisen ja ylläpitämisen sekä tuen ja avun saamisen vertaisilta oheiskäytön lopettamiseen ja retkahduksien ehkäisemiseksi. Vertaistuen onnistuminen pohjaa toivon heräämiseen, tiedon saamiseen ja siihen, ettei kukaan ole ongelmiansa kanssa yksin (Mikkonen & Saarinen 2018, 33). Vertaistukiryhmien toiminta auttaa herättämään muutosmotivaatiota, hallitsemaan ongelmia ja vakiinnuttamaan muutosta. Vertaistukiryhmissä käymisellä tavoitellaan muun muassa elämänlaadun parantamista, huumeiden käytön aiheuttavien haittojen vähentämistä ja päihderiippuvuudesta toipumista. (Kotovirta 2018, 170.)

“Saada kanssaihmisiltä apua, tukea ja voimaa, ettei retkahda.”

“Elämässä ei oo ketään kenelle soittaa, joka ei käytäisi.”

Laatikaisen (2010, 18) mukaan vertaistukiryhmä saattaa olla ainut paikka, jossa päihderiippuvainen voi tuoda rehellisesti esiin omia ajatuksiaan. Haastateltavat

kaipasivat paikkaa, jossa voisi puhua arkisista asioista ja peloista, koska elämässä ei välttämättä ole ketään, jonka kanssa voisi puhua ja joka ymmärtäisi. Myös Kotovirta (2018, 170) tuo esiin sitä, että vertaistukiryhmät antavat ihmisille mahdollisuuden puhua sekä jakaa kokemuksia ja tunteita nimettömästi.

Merkittävänä asiana nähtiin muihin korvaushoitolaisiin tutustuminen ja se, että näkisi korvaushoitolaisten kesken onnistumistarinoita. Se, että näkisi tai kuulisi jonkun onnistuneen lopettamaan oheiskäytön tai raitistuneen korvaushoidon avulla, antaisi toivoa. Myös Mikkosen ja Saarisen (2018, 33) mukaan toivo omasta selviytymisestä herää, kun huomaa jonkun samassa tilanteessa olevien selviytyneen.

“Nähdä onnistumisia sekä tutustua ihmisiin, joiden elämä ei enää pyöri päihteiden käytön ympärillä.”

Haastattelujen perusteella vertaistukiryhmän tavoitteena nähtiin myös se, että olisi joku paikka, minne mennä. Enemmistöllä haastateltavista ei ollut esimerkiksi työpaikkaa. Aikaa vietettiin yksin kotona tai Tampereen alueella Itkumuurilla, eli Tullintorin rappusilla, jonne korvaushoidon asiakkaita päivisin kokoontuu.

“Jos oot vaan yksin kotona niin onhan se helvetin vaikeeta.”

“Ettei vaan olla täällä portailia.”

Kotovirran (2019, 169) ja Taijatuulen (2018, 173) mukaan huumeiden käytön lopettaminen ja käyttökulttuurista luopuminen synnyttävät ihmisen elämään tyhjiön, jota muun muassa NA-ryhmät täyttävät. Haastateltavien mukaan myös korvaushoidon asiakkaille syntyy tyhjiö, jota oman vertaistukiryhmän toivottiin paikkaavan. Päihderiippuvaisilla ei välttämättä ole Itkumuurin lisäksi mitään muuta paikkaa, missä viettää aikaa (Ala-Heikkilä 2020).

5.4. Tulosten yhteenveto

Haastateltavat kokivat tarvetta korvaushoidon asiakkaiden omalle vertaistukiryhmälle. Haastateltavat kokivat tarvitsevansa toipumiseen tähtäävää vertaistukiryhmää. Lisäksi haastatteluista nousi esiin, että toipumiseen tähtäävä vertaistukiryhmä voi olla liian suuri tavoite, joten toivottiin myös sellaista vertaistukiryhmää, joka tähtäisi oheiskäytön lopettamiseen.

Vertaistukiryhmän toivottiin kokoontuvan 1–3 kertaa viikossa iltapäivisin keskustan läheisyydessä tai hyvien bussiyhteyksien varrella. Ryhmän vetäjän toivottiin olevan pitkään korvaushoidossa ollut korvaushoidon asiakas tai entinen korvaushoitolainen. AA- ja NA-ryhmissä nähtiin paljon hyvää ja niistä toivottiin otettavan mallia omaan ryhmään, koska vertaistukiryhmällä toivottiin olevan säännöt. Lisäksi ryhmässä toivottiin olevan arvostava ilmapiiri, kunnioitus toisia kohtaan sekä salassapitovelvollisuus.

Merkittävin vertaistukiryhmän tavoite oli saada toivoa omaan toipumiseen näkemällä muiden korvaushoitolaisten kesken onnistumistarinoita. Vertaistukiryhmän tavoitteita oli myös toive tulla nähdyksi, kuulluksi ja hyväksytyksi sekä motivaation saaminen toipumiseen. Lisäksi vertaistukiryhmän tavoitteena nähtiin se, että olisi joku paikka, minne mennä ja missä kuulla ja jakaa kokemuksia vertaisten kesken.

6 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa, onko Tampereen alueen korvaushoidon asiakkailta tarve omalle vertaistukiryhmälle. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että haastattelemiemme korvaushoidon asiakkaiden mukaan Tampereen alueen korvaushoidon asiakkaiden omalle vertaistukiryhmälle on merkittävä tarve. Kaikki haastateltavaa kaipasivat vertaistukiryhmää, joka olisi pelkästään korvaushoitolaisten. Tampereella löytyy päihderiippuvaisille useita vertaistukiryhmiä ja vertaistoimintaa tarjoavia ryhmiä ja järjestöjä, mutta monet niistä edellyttävät toimintaa osallistuvilta päihdeettömyyttä eivätkä korvaushoidon asiakkaat voi niihin osallistua lääkärin määräämän lääkemannostuksen takia. Päihdeitä aktiivisesti käyttäville ihmisille on Tampereella Völjy, jonka toimintaan korvaushoidon asiakkaat voivat osallistua. Onko kuitenkin niin, ettei Völjyn toiminta vastaa korvaushoidon asiakkaiden tarpeisiin, ainakaan niiden kohdalla, jotka pyrkivät raitistumaan ja rakentamaan elämään sellaisia sosiaalisia suhteita, joihin päihdeiden käyttö ei kuulu?

Tutkimuksen tavoitteena oli kerätä tietoa, millaisia toiveita korvaushoidon asiakkailta on vertaistukiryhmän toteutukselle. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että korvaushoidon asiakkaiden toiveiden mukainen vertaistukiryhmä kokoontuisi keskustassa tai hyvien bussiyhteyksien varrella iltapäivisin 1–3 kertaa viikossa. Ryhmän vetäjänä toimisi pitkään korvaushoidossa ollut tai entinen korvaushoitolaisten. Ryhmässä olisi säännöt, arvostava ilmapiiri ja salassapitovelvollisuus. Vertaistukiryhmän tavoite on nähdä ja kuulla korvaushoitolaisten onnistumistarinoita, joka antaisi toivoa ja motivaatiota omaan toipumiseen. Muita toiveita on nähdyksi, kuulluksi ja hyväksytyksi tuleminen sekä se, että olisi joku paikka, minne voi mennä.

Tutkimuksesta nousi merkittävästi esiin se, että korvaushoidon asiakkaat identifioivat itsensä selkeästi omaksi, korvaushoitolaisten joukoksi, jotka ovat ikään kuin irrallaan muista päihderiippuvaisista ja päihderiippuvaisille suunnatuista palveluista ja vertaistukiryhmistä. Ero korvaushoitolaisten ja muiden päihdeiden käyttäjien välillä kävi ilmi myös Itkumuurilla tehtyjen haastattelujen aikana. Kun tiedustelimme Itkumuurilla aikaa viettäviltä ihmisiltä, oletteko korvaushoidossa, ihmiset olivat selkeästi jakautuneet niihin, jotka ovat ja niihin jotka eivät ole. Eräs

joukkio ilmoitti heti, että me emme ole, mutta tuo porukka tuolla käy korvaushoidossa. Jantusen (2010, 86–87) mukaan vertaisuus muodostuu ihmisiä yhdistävien asioiden ja elämäntilanteiden perusteella. Onko korvaushoito niin poikkeuksellinen huumeriippuvuuden hoitomuoto, että vertaisuus elämäntilanteen perusteella toteutuu ainoastaan korvaushoitolaisten kesken? Esimerkiksi NA:sta on tutkimuksen mukaan todettu hyötynneen hyvin erilaisista taustoista tulevien huumeriippuvaisten, eikä NA:lla ole mielipidettä mistään huumeriippuvuuden hoitomuodosta, ei myöskään korvaushoidosta (Taijatuuli 2018, 172–173; Narcotics Anonymous 1996; Kotovirta 2009, 71).

Vaikka tämän tutkimuksen perusteella korvaushoidon asiakkaat identifioivat itsensä korvaushoitolaisiksi, tutkimuksesta nousi esiin myös korvaushoitolaisten jakautuminen oman joukkonsa sisällä niihin, jotka haluavat oikeasti toipua ja niihin, jotka eivät halua. Buprenorfiinia tai metadonia sisältävät opioidilliset hoidot jaetaan vieroitushoitoon ja korvaushoitoon, ja korvaushoito jaetaan kuntouttavaan ja haittoja vähentävään korvaushoitoon. (Mikkonen 2018, 105–106.) Tutkimuksessa emme ole kysyneet, minkälaisessa korvaushoidossa haastateltavat ovat. Voidaan pohtia, onko vieroitushoitoon, kuntouttavaan ja haittoja vähentävään korvaushoitoon osallistuvilla erilaisia tarpeita vertaistuelle. Onko mahdollista, että korvaushoidon asiakkaiden vertaistukiryhmässä ihmisiä jouduttaisiin toipumisilmapiiriin vuoksi jaottelemaan esimerkiksi sen mukaan, voiko oheiskäytävä korvaushoitolaisten pitää puheenvuoroja? Myös NA-ryhmät voivat äänestää ryhmäomatunnon mukaisesti siitä, onko korvaushoidon asiakkailla mahdollisuus puheenvuoroon. Riittääkö korvaushoitolaisille yksi vertaistukiryhmä, vai pitäisikö ryhmiä perustaa useita eri tarpeisiin?

Tämä opinnäytetyö sai alkunsa tutkimuksellisen seminaarityön haastatteluista, joiden perusteella korvaushoidon asiakkaat eivät voi osallistua NA-ryhmiin. Myös opinnäytetyön haastatteluista nousi esiin korvaushoidon asiakkailla oleva yleinen käsitys, että heillä ei ole mahdollisuutta osallistua NA-ryhmiin. Opinnäytetyötä tehdessä kävi kuitenkin ilmi, että tieto on virheellinen. Taijatuulen (2018, 173) mukaan korvaushoidon asiakkaat voivat liittyä NA:n jäseniksi ja osallistua vertaistukiryhmän kokouksiin. Ryhmät voivat kuitenkin rajoittaa korvaushoidon asiakkaiden puheoikeutta kokouksessa ryhmäomatunnon mukaisesti. (Narcotics Ano-

nymous 1996; Kotovirta 2009, 71–72.) Huumeriippuvuudesta toipumista Nimetömien Narkomaanien toveriseurassa tutkinut Elina Kotovirta (2009) on todennut, että vertaistuesta saadut hyödyt ovat kiistattomat. Kuuntelemalla, puhumalla ja yhdessä tekemällä vertaiset tukevat toistensa raittiutta. Kahdentoista askeleen ohjelma ei kuitenkaan palvele samalla tavalla kaikkien toipuvien tarpeita, vaikka se voikin sopia kaikille päihderiippuvaisille. Korvaushoidossa olevat on nostettu esiin ryhmänä, jolle kahdentoista askeleen toveriseuroista hyötymistä on erityisesti epäilty. (Kotovirta 2009, 170.) Opinnäytetyön tutkimuksen perusteella haastateltavien toiveena on nähdä ja kuulla korvaushoidon asiakkaiden kesken onnistumistarinoita ja saada toivoa siitä, että korvaushoidon avulla on mahdollista raitistua ja korvaushoito on mahdollista joskus lopettaa. NA-ryhmät ja kahdentoista askeleen ohjelma ei siis välttämättä ole vielä ajankohtaista niille korvaushoidon asiakkaille, joilla korvaushoito on vasta alussa tai joilla on vielä oheiskäyttöä korvaushoitolääkkeen ohella. Kun korvaushoitolääkitys on saatu tasattua tai raittius on saavutettu, NA-ryhmistä olisi apua toipumisen tueksi.

NA-ryhmät ovat tunnetuimpia päihderiippuvaisten vertaistukiryhmiä. Tutkimuksemme mukaan myös korvaushoidon asiakkaat tietävät NA-ryhmistä, mutta yleinen käsitys oli, etteivät he ole ryhmiin tervetulleita. Jos tämän yleisen käsityksen saisi jollain keinolla muutettua, ne korvaushoidon asiakkaat, jotka kokisivat NA:n heille sopivaksi, voisivat osallistua ryhmiin ja saada sieltä apua toipumiseen. Tässä opinnäytetyössä on mainittu myös muita vertaistukea tarjoavia tahoja. Haastattelujen yhteydessä ei noussut esiin, että haastateltavilla olisi NA:n lisäksi tiedossa muita vertaistukiryhmiä tai vertaistoimintaa järjestäviä tahoja. Kukaan haastateltavista ei myöskään nostanut esiin sitä, että omassa korvaushoitoa tarjoavassa yksikössä olisi tarjolla vertaistukea tai vertaistoimintaa. Vaikka esimerkiksi Breikki Tampere järjestää internetsivujensa perusteella yhteisö- ja ryhmätoimintaa, ei haastatteluun osallistuneilla korvaushoidon asiakkaille ollut tietoa tällaisesta toiminnasta. Internetistä ei löydy selkeää tietoa siitä, millaisia ryhmiä korvaushoidon asiakkaille on tarjolla ja missä ja koska niitä järjestetään.

Tampereen ”Kukaan ei putoa”-mallin mukaan korvaushoidon aloitusjakson aikana asiakas otetaan osaksi uutta yhteisöä, jonka avulla hän saa uusia sosiaalisia kontakteja ja yhteisöllinen toiminta jatkuu myös intensiivisen hoidon (”Kukaan

ei putoa” -konsepti – Tamperelaisen korvaushoidon palvelumallin kuvaus). Missään vaiheessa opinnäytetyön aikana tai opinnäytetyön haastatteluissa ei tullut esiin, mikä on ”Kukaan ei putoa”-mallissa esitetty yhteisö tai mitä on malliin kuuluva yhteisöllinen toiminta. Onko niin, ettei korvaushoidon asiakkaille ole olemassa niitä palveluja, joita ”Kukaan ei putoa”-mallissa esitetään, vai voiko olla, ettei tieto palveluista tavoita kaikkia korvaushoidon asiakkaita?

Tutkimustulokset antoivat vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Tutkimustulokset vastasivat aiempia päihderiippuvaisten vertaistukiryhmistä tehtyjen tutkimusten tuloksia sekä tässä opinnäytetyössä käytettyä teoria. Käsitys vertaistukiryhmien välttämättömyydestä vahvistui. Opinnäytetyö lisäsi käsitystä siitä, että vertaisuus toteutuu samankaltaisissa elämäntilanteissa, ja tästä johtuen korvaushoidon asiakkaat tarvitsevat oman vertaistukiryhmän.

Sillä, ettei opinnäytetyön jatkamassa vertaistukiryhmässä ollut juurikaan kävijöitä, oli vaikutusta myös haastattelun kysymyksiin. Jos ryhmässä olisi käynyt useita ihmisiä useita kertoja, olisi ollut mahdollista tutkia esimerkiksi vertaistukiryhmän merkitystä tai millaista hyötyä ryhmästä on ollut. Lopulta tavoitteena oli saada konkreettisia vastauksia siihen, millaiseen ryhmään korvaushoidon asiakkaat haluaisivat tulla. Kysymyksen asettelut kuitenkin aiheuttivat sen, että vastaukset jäivät hieman suppeiksi eikä niihin jäänyt paljoa tulkinnan varaa. Tutkimustuloksena saatiin konkreettinen kuvaus siitä, millainen olisi korvaushoidon asiakkaiden toivoryhmä.

Suurin osa haastatteluista tehtiin korvaushoidon asiakkaille, jotka löytyivät Itku-muurilta. Kohderyhmä valikoitui sillä perusteella, että saadaan tietoa niiltä ihmisiltä, jotka eivät välttämättä ole korvaushoidon psykososiaalisen tuen piirissä, käytä muita palveluja tai hakeudu esimerkiksi NA-ryhmiin. Voidaan pohtia, olisiko tutkimustulokset poikenneet merkittävästi, mikäli haastattelut olisi tehty esimerkiksi yhteistyössä korvaushoitoa tarjoavan yksikön asiakkaille, jotka ovat vieroitushoidossa tai jo pitkällä toipumisessa. Olisiko saatu enemmän tai erilaisia tietoa, jos tutkimukseen olisi tavoitettu sellaisia ihmisiä, jotka ovat vieroitushoidossa tai kuntouttavassa korvaushoidossa?

Jälkikäteen mietittynä aineiston olisi voitu kerätä myös ryhmähaastatteluna. Kun haastattelut tehtiin, Itkumuurilla olevasta joukosta valikoitui vapaaehtoiset yksilöhaastatteluihin. Niillä, jotka eivät osallistuneet yksilöhaastatteluihin, tuntui kuitenkin olevan paljon kerrottavaa ja he olivat aiheesta kiinnostuneita, joten ryhmähaastattelu olisi saattanut rikastuttaa aineistoa.

Tutkimustuloksia on mahdollista hyödyntää uuden ryhmän perustamisessa. Jos joku taho, esimerkiksi korvaushoidon palveluntuottaja, Tampereen kaupunki tai päihdetyötä tekevä järjestö lähtee kokeilemaan korvaushoidon asiakkaiden oman vertaistukiryhmän perustamista, tutkimustuloksista saa konkreettisia vinkkejä millainen ryhmä voisi tälle kohderyhmälle toimia. Myös NA voi perustaa uusia ryhmiä. NA:n sisältä saattaisi löytyä joku entinen korvaushoitolainen, joka voisi perustaa korvaushoidon asiakkaille suunnatun ryhmän.

Jatkotutkimusehdotukseksi nousi tutkimus Tampereen alueen korvaushoidon psykososiaalisesta tuesta. Onko Tampereella tarjolla psykososiaalista tukea ”Kukaan ei putoa”-mallin mukaisesti? Millainen kokemus korvaushoidon asiakkailla on korvaushoidon psykososiaalisen tuen riittävydestä? Tutkimuksessa voisi käyttää sekä laadullisista että määrällistä tutkimusmenetelmää kattavamman tuloksen saamiseksi. Myös korvaushoidon asiakkaiden ja palveluntuottajien näkemuseroja psykososiaalisesta tuesta ja sen riittävydestä voisi selvittää.

Toiseksi jatkotutkimusehdotukseksi nousi korvaushoidon asiakkaille kohdennettujen palvelujen kerääminen oppaaksi. Tietoa juuri tämän kohderyhmän palveluista ja vertaistoiminnasta on melko huonosti saatavilla.

Kolmanneksi jatkotutkimusehdotukseksi nousi korvaushoidon asiakkaisiin kohdistuvien ennakkoluulojen ja syrjinnän tutkiminen. Korvaushoitoasetuksella (33/2008) tavoiteltiin opioidiriippuvaisiin kohdistuvien ennakkoluulojen ja syrjinnän poistamista normalisoimalla korvaushoito osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelua. (Tourunen & Pitkänen 2010, 152.) Nähdäänkö korvaushoito yleisesti peruspalveluna ja onko ihmisillä ennakkoluuloja korvaushoidon asiakkaisiin?

LÄHTEET

Ala-Heikkilä, M. 2020. Tampereen ”Itkumuurilla” istuvat huumeriippuvaiset kertovat rankasta arjestaan, tunteistaan ja kaupungin päihdekulttuurista – ”Meillä ei ole muuta paikkaa”. Aamulehti. Luettu 10.10.2020. <https://www.aamulehti.fi/a/ec5b9b4a-0430-4957-bf1a-503a0c79fc10>

A-klinikka. N.d. Huumehoidon avopalvelut Tampere. Luettu 07.09.2020. <https://www.a-klinikka.fi/toimipisteet/tampere/huumehoidon-avopalvelut-tampere#Palvelumme>

A-klinikkasäätiö.2020. Tuu Völjyyn. Luettu 10.10.2020. <https://a-klinikkasaa-tio.fi/loyda-apua/voljy>

Anonyymi opioidiriippuvainen. 2020. Haastattelu 08.09.2020. Haastattelija Front, T. Tampere.

Diakonissalaitoksen Hoiva. N.d. Breikki Tampere. Luettu 07.09.2020. <https://www.hoiva.fi/kunta-asiakkaille/paihdepalvelut/korvaushoito/breikki-tampere/>

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Fabritius, C., Seppänen-Leiman, T., Ahokas, H., Kanerva, H. & Koski-Jännes, A. 2005. Opiaattiriippuvuuden korvaushoidon käsikirja. Päly & A-Klinikkasäätiö.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Helsinki University Press.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Huumeongelmaisen hoito. Käypä hoito-suositus. 2018. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018. Luettu 03.10.2020. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50041#readmore>

Huumeongelman tilannekuva ja haittojen ennaltaehkäisy-työryhmän loppuraportti. 2018. Tampereen kaupunki. Luettu 20.09.2020. https://www.tampere.fi/material/attachments/uutiskeskus/tampere/h/9FeuW4cBp/huumeongelman_tilannekuva_ja_haittojen_loppuraportti_2018.pdf

Ihalainen, S. 2020. Nyt puhuvat Tampereen korvaushoidon kokeneet: ”Annettiin lääkkeitä naamaan ja sanottiin näkemiin” – Näin palveluntuottajat kommentoivat rajuja väitteitä. Aamulehti. Luettu 10.10.2020. <https://www.aamulehti.fi/a/fdde9d9c-988e-4fad-ae98-5b08254e7e35>

Jantunen, E. 2010. Vertaistuki masentuneiden osallisuuden vahvistajana. Teoksessa: Laine, T., Hyväri S. & Vuokila-Oikkonen, P. 2010. Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Junttila, N. N.d. Vierailijakirjoitus: Tarve tulla nähdyksi, kuulluksi ja kohdatuksi. Perhekuntoutuskeskus Lauste. Luettu 19.09.2020. <https://lauste.fi/vierailijakirjoitus-kohtaaminen/>

Kotovirta, E. 2009. Huumeriippuvuudesta toipuminen Nimettömien Narkomaanien toveriseurassa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 19.09.2020. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79961/1b2e240e-e5d2-4c58-b879-9889407028f8.pdf?sequence=1>

Kotovirta, E. 2018. Vertaistoiminta huumeriippuvaisten toipumisen ja elämännhallinnan tukena. Teoksessa Aalto, M., Alho, H. & Niemelä, S. 2018. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

”Kukaan ei putoa” –konsepti. Tamperelaisen korvaushoidon palvelumallin kuvaus. Luettu 03.10.2020. <https://www.rapport.fi/static/attachment/Konseptin%20avaus-2.pdf>

KRIS. 2020a. Mikä KRIS on? Luettu 10.10.2020. <https://kris.fi/etusivu-kris-fi-rikkollisten-revanssi-yhteiskunnassa-mita-kris-on/sample-page-mita-kris-yhdistys-on/>

KRIS. 2020b. KRIS-Tampere ry. 2020. Luettu 10.10.2020. <https://kris.fi/jasenyhdistykset-kris-kris-member-association-helsinki/kris-tampere-ry-jasenyhdistys/>

Laatikainen, T. (toim.) 2010. Vertaistoiminta kannattaa. Asumistoiminta ASPA. Luettu 26.8.2020

Lanz, J. 2019. Tampereen huumehoito kaipaa kunnianhimoa. Aamulehti. Luettu 20.09.2020. <https://www.aamulehti.fi/a/06445944-c5bc-4d00-869e-2cde3f89e391>

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp Ky.

Mikkonen, A. 2018. Opioidiriippuvuuden hoito. Teoksessa: Aalto, M., Alho, H. & Niemelä, S. 2018. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mikkonen, I. & Saarinen, A. 2018. Vertaistuki sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Narcotics Anonymous (1996). Regarding methadone and other drug replacement programs. World Service Board of Trustees bulletin #29. Luettu 19.09.2020. <https://www.na.org/?ID=bulletins-bull29>

Narcotics Anonymous. 2009. Se toimii. Miten ja miksi. Nimettömien Narkomaanien kaksitoista askelta ja kaksitoista perinnettä. Käännös toveriseuran hyväksymästä kirjallisuudesta. Narcotics anonymous World Services, Inc.

Narcotics Anonymous. 2016. Ryhmä. Käännös toveriseuran hyväksymästä kirjallisuudesta. Narcotics anonymous World Services.

NA:n internet-toimikunnan jäsen. Addikti. 2020. Tiedustelu ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä varten. Sähköposti. info@nasuomi.org. Luettu 18.09.2020.

Nimettömät Narkomaanit. 2020. Kokoukset. Luettu 11.10.2020.
<https://www.nasuomi.org/kokoukset/?ssg=1>

Nimettömät Narkomaanit. 2020. Tietoja NA:sta. Luettu 16.09.2020.
<https://www.nasuomi.org/tietoja-nasta/>

Original Group. N.d.a. Luettu 10.10.2020. <http://www.originalgroup.net/?xval=etusivu>

Oroginal Group. N.d.b. Original Groupin synty. Luettu 10.10.2020.
<http://www.originalgroup.net/?xval=ognsynty>

Original Group. N.d.c. Yhteystiedot. Luettu 10.10.2020. <http://www.originalgroup.net/?xval=yhteyst>

Palomaa, A. 2020. Tampere etsii nykyaikaista versiota huumeriippuvaisten laitoshoidosta – lääkkeetöntä hoitoa lisätään. Yle. Luettu 20.09.2020.
<https://yle.fi/uutiset/3-11249778>

Partanen, A. 2018. Yhteiskunta, päihteet ja riippuvuus. Teoksessa: Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. 2018. Päihdehoitotyö. 1.–2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Partanen, A., Alho, H., Forsell, M., Kotovirta, E., Kuussaari, K., Mäkelä, N., Rönkä, S., Selin, J. & Vormaa, H. 2017. Opioidikorvaushoito on laajentunut ja monimuotoistunut. Luettu 08.09.2020.
<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/opioidikorvaushoito-on-laajentunut-ja-monimuotoistunut/>

Partanen, A. & Vormaa, H. 2018. Hoitoon hakeutuminen ja hoitopolut. Teoksessa Aalto, M., Alho, H. & Niemelä, S. 2018. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saukkonen, A. 2010. Lääke ei yksin riitä korvaushoidossa. A-klinikkasäätiö. Luettu 03.10.2020. <https://a-klinikkasaaatio.fi/ajankohtaista/laake-yksin-ei-riita-korvaushoidossa>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 33/2008

Taijatuuli, J. 2018. Nimettömien Narkomaanien toiminnan periaatteet. Teoksessa Teoksessa Aalto, M., Alho, H. & Niemelä, S. 2018. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tampereen A-Kilta. Vapaaehtoistoiminta. Luettu 26.8.2020. <https://tampereena-killta.fi/vapaaehtoistoiminta/>

Tampereen A-killta. Vertaistukea, toimintaa ja palveluja päihdetoipujille ja läheisille! Luettu 10.10.2020. <https://tampereena-killta.fi/>

Tampereen A-killta. Ryhmät. Luettu 10.10.2020. <https://tampereena-killta.fi/ryhmat/>

Tampereen kaupunki. 2020a. Opioidikorvaushoito. Luettu 07.09.2020. <https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/paihdepalvelut/ongelmana-huumeet/opioidikorvaushoito.html>

Tampereen kaupunki. 2020b. Psykiatria- ja päihdekeskus. Luettu 08.09.2020. <https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/polikliiniset-mielenterveyspalvelut/psykiatria-ja-paihdekeskus.html>

Tampereen kaupunki. 2020c. Järjestöt ja vertaistuki. Luettu 10.10.2020. <https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/matalan-kyynnyksen-palvelut/jarjestot-ja-vertaistuki.html>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Päihderiippuvuuden hoito, kuntoutus ja arjen tuki. Luettu 19.09.2020. <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihderiippuvuuden-hoito-kuntoutus-ja-arjen-tuki>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmisteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Luettu 11.09.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf?ga=2.186427936.868954433.1599825917-256910963.1599825917

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. N.d. Hyvä tieteellinen käytäntö. Luettu 11.09.2020. <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>

Tourunen, J. & Pitkänen, T. 2010. Opioidiriippuvaisten korvaushoito ja syrjäytymisen ehkäisy. Teoksessa: Laine, T., Hyväri, S. & Vuokila-Oikonen, P. 2010. Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tourunen, J., Pitkänen, T., Harju-Koskelin, O., Häkkinen, A. & Holopainen, A. 2009. Korvaushoitopotilainen kuntoutuminen on pitkä ja haasteellinen prosessi. K- ja Vieroitushoitopoliklinikoilla vuosina 2002–2003 hoitonsa aloittaneiden opioidiriippuvaisten potilainen korvaushoidon seuranta. Yhteiskuntapolitiikka 74 (4).

Völjy kehittämishanke 2014–2017. Haittoja vähentävän työn opas. Völjy-kehittämishankkeessa koetut hyvät käytännöt. A-klinikkasäätiö. Luettu 10.10.2020.
https://a-klinikkasaatio.fi/sites/default/files/2019-12/haittoja_vahentavan_tyon_opas_voljy.pdf

LIITTEET

Liite 1. Haastattelun runko

Tarvitaanko korvaushoidon asiakkaille omaa vertaistukiryhmää

Kyllä____ Ei____

Millainen sen tulisi olla?

Missä sen tulisi olla/ sijaita?

Milloin ryhmän olisi hyvä olla (kellonaika ja paikka)

Kenen vetämä ryhmän tulisi olla?

Kuinka usein ryhmän olisi hyvä olla?

Mikä olisi vertaistuen tavoite?

Koetko tarvitsevasi toipumiseen tähtäävää vertaistukiryhmää vain korvaushoidon asiakkaille?
