

LAUREA

" KYLLÄ SE RANKIN ON SE EKA VIIKKO "

- Tampereen Myllyhoitoklinikan arviointijakso potilaiden kokemana



Kaltiokumpu, Eija  
Liljeqvist, Erja  
Liuholta, Heidi

2009 Hyvinkää



LAUREA- AMMATTIKORKEAKOULU  
Laurea Hyvinkää  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Hoitotyön koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Eija Kaltiokumpu  
Erja Liljeqvist  
Heidi Liuhola

”Kyllä se on rankin se eka viikko” - Tampereen Myllyhoitoklinikan arviointijakso potilaiden kokemana

Vuosi 2009

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää miten arviointijakso toteutuu Tampereen Myllyhoitoklinikalla, määritellä hoidon arvioinnin käsite Myllyhoidollisessa päihdehoidossa, selvittää mitkä tekijät mahdollistavat tai estävät arviointijakson onnistumisen sekä miten potilas kokee sen edistäneen tai estäneen hänen hoitoaan. Koska Suomessa ei ole yhtenäistä toimintatapaa päihdehoitoon tulevan henkilön arviointiin, toivottiin Tampereen Myllyhoitoklinikalta, että selvittäisimme siellä toteutettavan arviointijakson sisältöä ja sen toimivuutta.

Opinnäytetyö oli kvalitatiivinen. Aineisto kerättiin Tampereen Myllyhoitoklinikalla tehdyissä kolmessa ryhmähaastattelussa. Haastattelussa käytettiin apuna teemahaastattelurunkoa. Saatua aineisto käsiteltiin induktiivista sisällönanalyysiä apuna käyttäen. Aineisto tulkittiin hermeneuttisesta näkökulmasta.

Potilaat korostavat vertaistuen tärkeyttä hoitoon kiinnittymisessä ja siinä jatkamisessa. Tuloksista käy ilmi, että yhteistyö henkilökunnan kanssa koetaan hyvänä ja tärkeänä osana hoitoa. Ongelmalliseksi koettiin henkilökunnan poissaolot lomien ja koulutusten vuoksi. Myös Myllyhoidossa oleva tukihenkilö, ns. isosisarus, tukee ja auttaa hoidon alussa. Vaikka haastatellut kokevat arviointijakson olevan raskas, he pääsääntöisesti kertovat sen tukevan hoidossa jatkamista. Suurin osa haastatelluista on jo ennen arviointijaksolle tulemistä myöntänyt päihdeongelmansa, mutta sen laajuus selkiytyi vasta arviointijakson aikana tai sen jälkeen.

Opinnäytetyömme avulla Tampereen Myllyhoitoklinikka sai kokemuseräistä tietoa arviointijaksonsa toiminnasta. Tulosten perusteella Myllyhoitoklinikka voi kehittää toimintaansa haluamaansa suuntaan. Tampereen Myllyhoitoklinikalla hoito koostuu monesta eri osa-alueesta ja jatkossa näiden kaikkien toimivuutta voitaisiin tutkia. Myös arviointijakson eri osa-alueita voitaisiin tutkia tarkemmin. Koska arvioinnissa apuna käytettyjen lomakkeiden ei pääsääntöisesti koettu auttavan, niitä voitaisiin kehittää, niiden käyttöä perustella paremmin potilaille tai miettiä vaihtoehtoisia tapoja potilaan elämäntilanteen arviointiin.

Asiasanat: hoidon tarpeen arviointi, arviointijakso, Myllyhoito, päihderiippuvuus



LAUREA UNVERCITY OF APPLIED SCIENCE  
Laurea Hyvinkää  
Healthcare, Social Services and Sport  
Degree Programme in Nursing

ABSTRACT

Eija Kaltiokumpu,  
Erja Liljeqvist,  
Heidi Liuhola

“The first week is the hardest” – The evaluation period in Tampere Myllyhoitoklinikka according to experiences of the patients

Year 2008

The purpose of this thesis was to find out how the evaluation period was carried out in Tampere Myllyhoitoklinikka, to define the concept of evaluation in Myllyhoito, to find out what made the evaluation period successful or unsuccessful and how the period helped the patient treatment. Because there is no common practice in Finland to assess a person who comes to substance abuse treatment, Tampere Myllyhoitoklinikka wished that we would study the content and functionality in evaluation period that they were using.

Thesis was qualitative. The material was collected in three group interviews which were made in Tampere Myllyhoitoklinikka. The interviews were made by using theme interview method. The material was processed by using inductive content analysis. The approach was hermeneutical.

The patients emphasised that peer support was very important to adhere and to continue in the treatment. The results showed, that good co-operation with the staff was important in the treatment. The staff`s absence from the lessons, due to vacations and training, was considered problematic. Support persons, “big sisters or big brothers” supported and helped the patients in the early phases of their treatment. Although the patients felt that the evaluation period was tough they mainly told that it supported continuing in the treatment. Almost everyone who was interviewed had admitted their substance abuse problem before coming to evaluation period but the severity of the problem became clear during or after the evaluation period.

With the help of our thesis Tampere Myllyhoitoklinikka obtained new information about their evaluation period. With the help of the results Myllyhoitoklinikka can develop their functions in the way they approve. The treatment and the evaluation period consisted of many phases, which could be studied in detail in the future. Some of the questionnaires used in the assessment of the period need further developing. There were inquiries that the patients did not consider important. Alternative assessment methods are needed.

Keywords: evaluation of the treatment, evaluation period, Myllyhoito, substance addiction



## SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	6
2 PÄIHTEIDEN VÄÄRINKÄYTTÖ JA RIIPPUVUUS .....	7
2.1 YLEISIMMIN KÄYTETYT PÄIHTEET .....	7
2.1.1 ALKOHOLI .....	8
2.1.2 LÄÄKKEET .....	8
2.1.3 HUUMEET .....	9
2.2 RIIPPUVUUS.....	11
2.2.1 PÄIHDERIIPPUVUUS.....	12
2.2.2 RIIPPUVUUDEN KIELTOMEKANISMIT .....	14
2.3 PÄIHTEIDEN VÄÄRINKÄYTTÄJÄN KOHTAAMINEN .....	16
3 PÄIHDEHOITOTYÖ.....	17
3.1 PÄIHDEHOITOTYÖN VAIHEITA .....	17
3.2 PÄIHDEHOITOTYÖTÄ SÄÄTELEVÄT LAIT .....	21
3.3 MYLLYHOITO .....	24
3.3.1 PÄIHDEHOITOA ANTAVIA MUITA TAHOJA SUOMESSA .....	26
3.3.2 PÄIHDEHOIDON ARVIOINTI.....	28
3.3.3 VERTAISTUKIRYHMÄT .....	30
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	34
5 TUTKIMUSMENETELMÄLLISET RATKAISUT .....	34
5.1 TUTKIMUSMENETELMÄN VALINTA .....	34
5.2 AINEISTON KERUU.....	35
5.3 AINEISTON ANALYYSI .....	37
5.4 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	37
6 TULOKSET .....	38
6.1 MITEN POTILAAN ARVIOINTIJAKSO TOIMII KÄYTÄNNÖSSÄ TAMPEREEN MYLLYHOITOKLINIKALLA? .....	38
6.2 MITEN POTILAS KOKEE PYSTYVÄNSÄ VAIKUTTAMAAN ARVIOINTIJAKSOON? .....	41



6.3 MITEN ARVIOINTIJAKSO LISÄÄ POTILAAN TIETOISUUTTA HÄNESTÄ ITSESTÄÄN JA TILANTEESTAAN?.....	41
6.4 MITKÄ ASIAT SAAVAT POTILAAN JATKAMAAN MYLLYHOIDOSSA?.....	42
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	43
LÄHTEET .....	47
LIITTEET.....	51



## 1 JOHDANTO

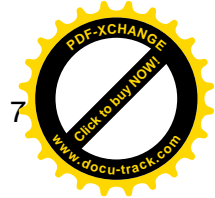
Syksyllä 2007 Tampereen Myllyhoitoklinikan johtaja Jari Härkönen tapasi Hyvinkään Laureassa lehtori Eija Mattilan. Tapaamisessa keskusteltiin mahdollisuuksista tehdä opinnäytetyö Tampereen Myllyhoitoklinikan toiminnasta. Tapaamisessa Eija Mattila hahmotti useita kokonaisuuksia, joista voitaisiin tehdä opinnäytetöitä. Näistä kokonaisuuksista valitsimme potilaan hoidon arvioinnin, koska se oli yhdelle meistä entuudestaan tuttua ja koemme sen tärkeäksi osaksi hoitoa missä tahansa hoitotyön yksikössä. Tässä työssä käytämme hoidossa olevasta henkilöstä nimitystä potilas, koska kyseistä termiä käytetään myös Tampereen Myllyhoitoklinikalla.

Tampereen Myllyhoitoklinikalla hoidossa olevat potilaat ovat klinikalla kahdeksan tuntia päivässä arkisin. Heille tehdään viikonlopuiksi tarkat toimintasuunnitelmat. Hoito klinikalla koostuu viikon mittaisesta arviointijaksosta sekä 1-6 kuukauden mittaisesta intensiivihoidosta. Klinikalla on mahdollisuus jatkaa hoitoa vuoden mittaisella jatkohoidolla. Hoidon aikana potilaat osallistuvat erilaisiin luentoihin, yksilö- ja ryhmäterapioihin sekä vertaisryhmiin. Samaan aikaan he osallistuvat myös AA- tai NA -ryhmiin ja heitä autetaan tukihenkilön löytämisessä. AA- ja NA -käsitteet avataan kappaleessa 3.3.3 Vertaistukiryhmät.

Hoitomuotona Myllyhoito kiinnosti meitä, koska pidämme päihdevieroituksessa hyvänä ajatuksena lääkkeetöntä hoitoa. Koemme, että riippuvuuden hoitaminen riippuvuutta aiheuttavilla lääkkeillä on eettisesti arveluttavaa. Ymmärrämme, että akuutissa vieroituksen vaiheessa lääkkeiden, esimerkiksi bentsodiatsepiinien, käyttö on turvallisin vaihtoehto niin potilaan kuin henkilökunnan kannalta. Esimerkiksi vieroituksesta aiheutuvien kouristuskohtausten hoitoon ne ovat tehokkaita. (Dahl & Hirschovits 2002, 357.) Akuutin vieroitushoidon jälkeinen hoito olisi mielestämme hyvä hoitaa ilman riippuvuutta aiheuttavia lääkkeitä, koska riippuvuudesta kärsivillä ihmisillä on vaarana tulla riippuvaiseksi lääkkeestä, jolla ongelmaa hoidetaan. Myllyhoito edustaa lääkkeetöntä hoitomuotoa ja sen ensimmäisellä viikolla toteutetaan arviointijakso, jonka aikana potilaan hoidon tarve arvioidaan.

Työn tilaaja saa opinnäytetyön kautta tietoa miten potilaat kokevat arviointijakson ja samalla mahdollisuuden kehittää omaa toimintaansa potilaiden kokemusten perusteella. Samalla opinnäytetyössä esitellään arviointijaksoa Tampereen Myllyhoitoklinikalla ja sen perusteella myös muut päihdehoitoa antavat tahot voivat ottaa kyseisen arviointimallin käyttöönsä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää miten arviointijakso toteutuu Tampereen Myllyhoitoklinikalla, määritellä hoidon arvioinnin käsite Myllyhoitoklinikalla päihdehoidossa, selvittää mitkä tekijät mahdollistavat tai estävät arviointijakson onnistumisen sekä miten potilas kokee sen edistävänä tai estävänä hänen hoitoaan.



## 2 PÄIHTEIDEN VÄÄRINKÄYTTÖ JA RIIPPUVUUS

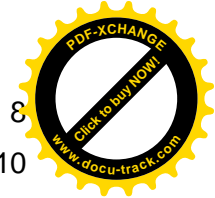
### 2.1 Yleisimmin käytetyt päihteet

Myllyhoidossa ei erotella eri päihderiippuvuuksia toisistaan, joten arviointijakso on kaikille potilaille samansisältöinen huolimatta siitä, mitä päihdettä hän on käyttänyt. Päihde on yleisnimi kaikille aineille, jotka aiheuttavat elimistöön päästyään päihtymyksen tunteen tai humalatilaa. Huume tarkoittaa muita päihteitä kuin tupakkaa ja alkoholia. Huume on epämääräisempi käsite kuin huumausaine. Huumausainelaisissa on määritelty huumausaineiksi luokitellut aineet. Päihteiden käyttöä säätelevät sosiaaliset normit ja yhteiskunnan säännöt ja siksi kulttuureittain vaihtelee mitä ja miten päihteitä käytetään. Suomessa vallitsee vahva alkoholi-kulttuuri ja alkoholi onkin yleisin väärin käytetty päihde. Lähes 90 % suomalaisista aikuisista käyttää alkoholia ainakin satunnaisesti. Täysin raittiita on 12 % aikuisväestöstä. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 50-53.)

1990-luvulla erilaisten huumausaineiden, lääkkeiden sekä liuottimien käyttö päihdyttävään tarkoitukseen lisääntyi merkittävästi. Huumeita on kokeillut ainakin kerran 12 % suomalaisesta aikuisväestöstä. (Havio ym. 2008, 50-53.) Knuuti (2007) tutki väitöskirjassaan elämää huumeiden käytön lopettamisen jälkeen. Hänen mukaansa päihteiden käytön lopettaminen on tärkeää toipumisen kannalta, mutta se ei ole taie toipumiselle.

Pulkkisen (1996) 1960-luvulla aloittaman pitkittäistutkimuksen mukaan varhainen päihteiden käytön aloitusikä ennakoii myöhempää ongelmakäyttöä. Tutkimukseen osallistuneista 35 % oli aloittanut alkoholinkäytön 14 ikävuoteen mennessä. Jos päihteidenkäyttö aloitetaan 18 ikävuoden jälkeen, ongelmakäytön riski on huomattavasti pienempi. Tutkimuksessa alkoholinkäytön aloittamisella ei tarkoitettu maistamista vaan kaveripiirissä tai kotioiloissa juomista. Tutkittavien ollessa 42-vuotiaita päihteiden ongelmakäyttöä esiintyi 57 % miehistä ja 18 % naisista. Myös epäsuotuisien kasvuolojen katsottiin lisäävän päihteiden ongelmakäytön riskiä. Epäsuotuisilla kasvuoloilla tarkoitetaan kyseisessä tutkimuksessa vanhempien huonoa keskinäistä suhdetta, tutkittavan huonoa suhdetta isään, äidin välinpitämättömyyttä lapsen ajankäytöstä, vanhempien runsasta alkoholinkäyttöä sekä perheen heikkoa sosioekonomista asemaa. (Pulkinen 1996).

Pulkinen (1996) toteaa tutkimuksessaan, että edellä kerrotut tulokset koskevat myös tupakointia. Vanhempien oma tupakointiesimerkki on erittäin vahva lasten tupakoinnin varhaisen aloittamisen riskitekijä. Varhainen tupakointi on myös riskitekijä huumeiden kokeilemiselle, ja mietojen huumeiden käyttö on vahvoihin huumeisiin siirtymisen riskitekijä.



### 2.1.1 Alkoholi

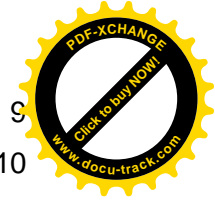
Kuten kaikkia päihteitä, myös alkoholia käytetään paremman olotilan saavuttamiseksi. Alkoholista etsitään rentoutusta ja helpotusta, sillä palkitaan itseä ja se kuuluu sekä juhlaan että arkeen. (Havio ym. 2008, 50-53.) Suomalaisessa alkoholikeskeisessä ja -myönteisessä kulttuurissa on vaikeaa olla ottamatta alkoholia. Juomattomuutta joutuu lähes aina selittämään. (Kujasalo & Nykänen 2005, 23- 24.) Suomessa kulutettiin vuonna 2007 10,3 litraa alkoholia henkilöä kohti 100 % alkoholina mitattuna (Päihdebarometri 2007). Stakes tekee päihdetapauskaskelman neljän vuoden välein. Siinä selvitetään päihdepotilaiden kontaktit sosiaali- ja terveyspalvelujen eri yksiköihin, kuten esimerkiksi terveyskeskuksen päivystykseen. Vuonna 2003 kontaktien määrä oli 10 946 ja vuonna 2007 se oli 12 045. Saman tutkimuksen mukaan päihdepalvelujen käyttö on lisääntynyt. Esimerkiksi A-klinikoiden ja vastaavien hoitopaikkojen asiakaskontaktien määrä oli vuonna 2003 vajaa 1600 ja vuonna 2007 se oli 1800. (Nuorvala, Huhtanen, Ahtola & Metso 2008, 40)

Alkoholi imeytyy nopeasti ruuansulatuselimistöä ja jakautuu tasaisesti kaikkiin kudoksiin. Alkoholi palaa pääasiassa maksassa, mutta sitä poistuu myös paksusuolen, munuaisten ja keuhkojen kautta. Lapsen elimistö ei pysty poistamaan alkoholia kovin tehokkaasti, koska maksaentsyymejä on vähän. Elimistön vesipitoisuus ja hormonaaliset tekijät vaikuttavat humaltumiseen. Tästä syystä naiset humaltuvat miehiä helpommin. Jo pieninä annoksina alkoholi lamaa keskushermostoa, jolloin henkisten ja fyysisten toimintojen kontrolli heikkenee. Humalassa arvostelukyky ja liikkeiden säätely heikkenee, reaktioaika hidastuu ja kipukynnys nousee, joten ihminen on silloin tapaturma-alttiimpi. (Dahl & Hirschovits 2002, 130-131.) Alkoholin runsaalla ja pitkäaikaisella käytöllä on tapaturmien lisäksi fyysisiä haittavaikutuksia. Välittömiä haittavaikutuksia ovat akuutti haimatulehdus, alkoholimyrkytys, aivoverenkiertohäiriö, sydäninfarkti tai rytmihäiriö. Suomessa kuolee alkoholimyrkytykseen noin 500 henkilöä vuodessa. Alkoholimyrkytyksen ensimmäisenä oireena on keskushermoston lamaantuminen, jolloin tajunnantaso laskee ja elintoiminnot heikkenevät. (Havio ym. 2008, 71-72.)

### 2.1.2 Lääkkeet

Lääkkeiden väärinkäyttö voidaan jaotella Dahlin ja Hirschovitsin (2002) mukaan kolmeen osaan. Liikakäytöstä puhutaan, kun lääkkeitä käytetään väärin annoksin, liian kauan tai huumastarkoitukseen. Sekakäytössä käytetään samanaikaisesti erilaisia lääkkeitä, lääkkeitä ja huumeita yhdessä tai lääkkeitä ja alkoholia. Lääketottumuksesta on kysymys, kun lääkkeen käyttöä jatketaan sairauden jo parannuttua joko tottumuksesta tai vieroitusoireiden pelossa. (Dahl & Hirschovits 2002, 79.) Pitkäaikaisella satunnaiskäytöllä tarkoitetaan tilannetta, jossa potilas on saanut lääkäriltä esimerkiksi uni- tai rauhoittavia lääkkeitä kriisin yhteydessä ja hän käyttää niitä jatkossa oma-aloitteisesti vastaavanlaisissa tilanteissa. Vaarana oma-





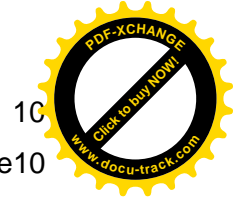
aloitteisen käytön aloittamisessa on, että potilas saattaa pitää lääkkeitä parhaana ratkaisuna ongelmiinsa.

Matala-annoksinen riippuvuus voi olla lääkemääräyksen mukaista käyttöä. Tällöin lääkityksen tarvetta ei ole arvioitu myöhemmin uudelleen tai potilas ei ole tietoinen sivu- ja vieroitusoireista ja näitä oireita hoidetaan jatkamalla lääkitystä. Korkea-annoksisesta riippuvuudesta kärsivälle eivät riitä yhden lääkärin määräämät lääkkeet, vaan hän turvautuu useampiin lääkäreihin tai katukaupasta saataviin lääkkeisiin. Potilas ei välttämättä tässä vaiheessa myönnä ongelmaansa, koska kyseessä on lääkärin määräämät lääkkeet. (Havio ym. 2008, 59.) Huttusen (2008, 34) mukaan päihdekäyttäjälle sopivat ainoastaan nopeasti vaikuttavat ahdistus- ja nukahtamislääkkeet. Päihteiden väärinkäytössä lääkkeet voidaan liottaa nesteeseen ja käyttää suonensisäisesti. Niitä voidaan lisäksi käyttää suun kautta otettuna suurina annoksina muiden päihteiden kanssa yhdessä. Ahdistus- ja nukahtamislääkkeillä voidaan lievittää vaarallisten huumausaineiden aiheuttamia vieroitusoireita.

### 2.1.3 Huumeet

Huumausaineet jaotellaan usein ryhmiin vaikutustensa perusteella. Näitä ryhmiä ovat keskushermostoa kiihottavat aineet, keskushermostoa lamaavat aineet ja hallusinogeenit. Cannabis vaikuttaa lamaavasti, keskushermostoa kiihdyttävästi ja se aiheuttaa lisäksi hallusinaatioita. (Dahl & Hirschovits 2002, 5.) Cannabis on Euroopan eniten käytetty huumausaine ja kannabistuotteiksi lasketaan hasis, marihuana ja kannabisöljy. Cannabisista käytetään tavallisimmin polttamalla, mutta sitä voidaan myös syödä tai juoda. Poltettuna vaikutus kestää kahdesta neljään tuntia, kun taas ruuansulatuselimistön kautta nautittuna kannabiksen vaikutus saattaa kestää yli 6 tuntia. (Havio ym. 2008, 84-85.)

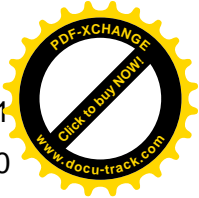
Cannabis poistuu elimistöstä hitaasti. Kerta-annos poistuu tavallisimmin noin 2-4 viikossa. Jatkuvan ja runsaan käytön seurauksena muistihäiriöitä on todettu esiintyvän vielä 6 viikon jälkeen lopettamisesta. Käyttäjien kokemukset saavutetuista tunnetiloista vaihtelevat persoonallisuustekijöistä ja käyttöhetken tunnetilasta riippuen. Cannabis aiheuttaa käyttäjälle estojen vähenemistä, puheliaisuutta, hilpeyttä ja euforiaa tai vaikutus voi olla täysin päinvastainen, jolloin käyttäjä muuttuu syrjäanvetäytyväksi ja alakuloiseksi. Jatkuvan käytön seurauksena tunne-elämä saattaa kaventua. Lisäksi käyttäjällä voi esiintyä passiivisuutta ja apaattisuutta. Fyysisinä oireina käyttäjillä esiintyy paljon hengitysteiden tulehduksia, ruokahalun lisääntymistä sekä hampaiden reikiintymistä syljen erityksen vähenemisen vuoksi. Cannabis aiheuttaa pääasiassa psyykkisen riippuvuuden ja vain harvoin fyysistä riippuvuutta. Sen sijaan toleranssi kasvaa käytön aikana. (Havio ym. 2008, 84-85.)



Amfetamiini vaikuttaa keskushermostoa kiihottavasti ja sitä käytetään usein estämään masentuneisuuden ja mitättömyyden tunnetta. Amfetamiinin käyttäjä tuntee olonsa euforiseksi ja itsevarmaksi ja hän saattaa olla impulsiivinen. Käyttäjä antaa itsestään usein puheliaan, itsetietoisien ja joskus jopa hyökkäävän kuvan. Amfetamiinin välittömiä fyysisiä vaikutuksia ovat pulssin nopeutuminen, verisuonten supistuminen, sydämen rytmihäiriöt, levottomuus ja hikoilu. Jatkuvassa käytössä saattaa esiintyä esimerkiksi harhoja, masentuneisuutta, äkkikipaisuutta, muistihäiriöitä ja ahdistuneisuutta. Sietokyky amfetamiinille kehittyy nopeasti ja käyttäjä tarvitsee suurempia annoksia toivotun olotilan saavuttamiseksi. Amfetamiiniin kehittyy helposti voimakas psyykinen riippuvuus, josta seuraa kohtalainen fyysinen riippuvuus. Amfetamiinia valmistetaan kemiallisesti tableteiksi, kapseleiksi, jauheeksi tai liuokseksi. Liuosta voidaan käyttää suonensisäisesti tai lihakseen pistettynä. Amfetamiinista on myös lukuisia johdoksia kuten esimerkiksi metamfetamiini, "ice" ja "cat". Niiden vaikutukset ovat samankaltaisia kuin amfetamiinilla, mutta ne aiheuttavat enemmän harhoja. (Dahl & Hirschovits 2002, 31-38; Havio ym. 2008, 85-86.)

Raakaoppiumista valmistetaan morfiinia, kodeiinia ja papaveriinia. Morfiinista saadaan heroiinia synteettisesti valmistamalla. Edellä mainitut aineet lamaavat keskushermostoa. Voimakkaimmin euforiaa aiheuttava aine on heroiini, joka vaikuttaa noin 3-4 kertaa vahvemmin kuin morfiini. Miedoin vaikutus taas on kodeiinilla. Opiaatit aiheuttavat kaikista huumeista nopeimmin voimakkaan riippuvuuden. Varsinkin heroiini aiheuttaa niin voimakkaan euforian ja hyvänolontunteen, että kokeilijasta tulee helposti väärinkäyttäjä. Välittömiä fyysisiä vaikutuksia ovat myös pulssin hidastuminen, verenpaineen lasku, hengityskeskukseen lamaantuminen, uneliaisuus, heikko reagointi ärsytyksille, silmäterien supistumien ja ruokahaluttomuus. Jatkuvassa käytössä opiaatit aiheuttavat sydän- ja verenkiertoelimistön, maksan ja hermoston väliaikaisia ja pysyviä vaurioita, pahoinvointia ja ruuansulatuselimistön vaivoja. Ne saattavat aiheuttaa myös erilaisia hormonaalisia häiriöitä, kuten kuukautishäiriöitä ja hedelmällisyyden heikkenemistä. (Havio ym. 2008, 88-90.)

Hallusinogeenit aiheuttavat nimensä mukaisesti voimakkaita aistiharhoja. Voimakkain tämän ryhmän aineista on LSD. Muita hallusinogeenejä ovat esimerkiksi meskaliini, psilosiini, ekstaasi, fenyylialkyyliminiinjohdokset sekä eräät sienet ja siemenet. LSD on synteettinen aine, joka kehitettiin lääketieteelliseen käyttöön. Lääketieteen kannalta LSD jäi hyödyttömäksi, mutta siitä tuli suosittu päihde. LSD:n aiheuttamat hallusinaatiot voivat olla kauhukokemuksia ja ne saattavat johtaa itsemurhaan tai toisten vahingoittamiseen. Hallusinaatiot voivat myös aktivoida käyttäjässä piilevän psykoottisen häiriötilan. Jatkuvassa käytössä LSD aiheuttaa esimerkiksi masentuneisuutta, mielialojen vaihtelua, vainoharhaisuutta, aistimusten vääristymiä, sekavuutta ja liikkeiden epävarmuutta. LSD ei aiheuta fyysistä riippuvuutta, mutta henkinen riippuvuus aineeseen muodostuu helposti hyvin voimakkaaksi. (Havio ym. 2008, 86-88; Dahl & Hirschovits 2002, 17-19.)



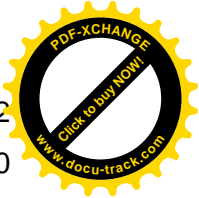
Huumeiden käyttökierre kokeilijasta ongelmakäyttäjäksi voi kestää useita vuosia. Käyttökierreestä voidaan eritellä erilaisia riippuvuuden asteita huolimatta siitä, mitä aineita käytetään ja kuinka kauan niitä on käytetty. Ensimmäinen kokeilu on usein sattumaa, kun kokeilija on tilanteessa, jossa joku ehdottaa huumeen kokeilemista. Ensimmäisen käyttökerran yhteydessä ajatellaan usein vain asian myönteisiä puolia ja aineeseen liittyvät negatiiviset asioita ei tiedosteta. Jos kokeilusta aiheutuu vain negatiivisia tuntemuksia, se saattaa jäädä ainoaksi keräksi. Mikäli kokeilu on ollut käyttäjälle miellyttävä kokemus, satunnaiskäytön riski kasvaa. (Dahl & Hirschovits 2002, 211.)

Satunnaiskäyttö saattaa rajoittua erilaisiin juhliin ja sitä voi kestää useita vuosia. Vakituisten käyttäjäkontaktien puuttuminen mahdollisesti lopettaa satunnaiskäytön kokonaan. Satunnaiskäyttäjät eivät useinkaan huomaa tai halua huomata aineen aiheuttamia haittoja. Sopeutumisvaiheessa aineen hankinta ja rahoitus muuttuvat pikkuhiljaa suunnitelmalliseksi, mutta käyttäjä pystyy halutessaan salaamaan asian muilta. Omasta mielestään käyttäjä pystyy edelleen lopettamaan käytön heti, kun siinä ilmenee ongelmia. (Dahl & Hirschovits 2002, 212.)

Kun käyttö muuttuu ongelmakäytöksi, havaitsee käyttäjä elämässään ongelmia, joita hän ei kuitenkaan yhdistä aineen käyttöön. Myös läheiset huomaavat käyttäjän persoonallisuuden muuttuvan, mutta eivät osaa puuttua tilanteeseen. Osa käyttäjistä pystyy lopettamaan käytön huomattessaan, etteivät enää selviydy normaalista elämästä. Mikäli käyttö kuitenkin jatkuu, päihteitä on käytettävä aina vain enemmän, jotta saavutetaan haluttu olotila ja ehkäistään vieroitusoireita. Tällöin käyttäjä ymmärtää olevansa riippuvainen, mutta saattaa uskoa edelleen pystyvänsä lopettamaan aineiden käytön niin halutessaan. (Dahl & Hirschovits 2002, 213–214.)

## 2.2 Riippuvuus

Tampereen Myllyhoitoklinikan arviointijaksolla selvitetään potilaan riippuvuuden aste sekä päihteiden käytön historia. Riippuvuuden synonyyminä käytetty addiktio -käsite tulee latinankielisestä sanasta *addicus*, jolla tarkoitetaan jonkun valtaan tuomittua tai joutunutta. (Kujasalo & Nykänen 2005, 83–87; Välimäki 2003, 12–13.) Koski-Jänneksen (2000, 24, 28–29) mukaan riippuvuus ja addiktio ovat kuitenkin kaksi erillistä käsitettä. Riippuvuus tuottaa aluksi tyydytystä ja nautintoa, mutta jatkuessaan päihteitä käytetään, jotta ikävistä tuntemuksista päästäisiin eroon. Addiktio on pakonomaista riippuvuutta. Se on toistuvaa ja runsasta addiktiivista tahdonvastaista käyttäytymistä. Riippuvuus voi muodostua mihin tahansa aineeseen, toimintaan tai tilaan. Elämää tuhoava riippuvuus ja elämälle välttämätön tarve on vaikeaa erottaa toisistaan. Esimerkiksi juoma, ravinto ja ihmissuhteet ovat elämän kannalta välttämättömiä riippuvuuksia, mutta ne saattavat jossain vaiheessa kääntyä elämää hankaloittaviksi tekijöik-



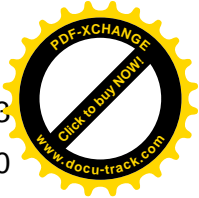
si. Kujasalo ja Nykänen (2005, 83) kuvaavat osuvasti tätä asiaa. Heidän mukaansa on sallittua nauttia kohtuullisesta määrästä kahvia, mutta liiallisesta kahvin juonnista johtuvaa verenpainetta ei ole oikein hoitaa lääkkeillä.

Riippuvuudet luokitellaan usein aineellisiin ja toiminnallisiin riippuvuuksiin. Kummallekin riippuvuusryhmälle yhteistä on niiden antama nopea tyydytyksen tunne tai jännityksen poistaminen. Toiminnallisia riippuvuuksia ovat esimerkiksi pelihimo, seksiriippuvuus ja työnarkomania. Aineelliset riippuvuudet voidaan jaotella tarkemmin kahteen eri alaluokkaan, päihteisiin sekä piristeisiin ja nautintoaineisiin. Aineellisten ja toiminnallisten riippuvuuksien lisäksi omana pienempänä riippuvuuksiin rinnastettavana kokonaisuutena voidaan pitää syömishäiriöitä. Niiden kehittyminen ja toipumisprosessi ovat samanlaisia kuin muissakin riippuvuuksissa, mutta niitä ei voida luokitella selkeästi toiminnallisiksi tai aineellisiksi. (Välimäki 2003, 17.) Myös Koski-Jännes (2005) luettelee edellä mainitut teot toiminnalliseksi riippuvuudeksi. Hänen mukaansa toiminnalliset riippuvuudet palvelevat monenlaisia tarpeita, kuten turvallisuudentunteen tavoittelua, yhteyden hakua muihin ihmisiin sekä seikkailun tai jännityksen tunnetta. Tampereen Myllyhoitoklinikalla hoidetaan pääasiallisesti päihderiippuvuutta, mutta siellä voidaan hoitaa muitakin riippuvuuksia, mikäli ne ovat esteenä päihderiippuvuudesta toipumiselle.

### 2.2.1 Päihderiippuvuus

Päihderiippuvuudesta voidaan puhua, kun ihmisellä on pakonomainen tarve saada päihdyttävää ainetta jatkuvasti. Hän ei enää hallitse suhdettaan päihdyttävään aineeseen, vaan siitä tulee elämän keskipiste. (Havio ym. 2008, 42). Nettimyllyssä (Päihderiippuvuus 2008) päihderiippuvuus määritellään kliinisesti tunnistettavaksi tilaksi, joka vaikuttaa ihmisen fyysiseen, psyykkiseen, henkiseen ja sosiaaliseen olemukseen. Riippuvuuden kehittämisessä ratkaisevaa on, minkä merkityksen käyttäjä antaa päihteelle ja minkälaisen osan päihde saa käyttäjänsä elämässä. Kaikista alkoholin kohtuukäyttäjistä tai voimakasta riippuvuutta aiheuttavan huumeen kokeilijoista ei tule päihderiippuvaisia. (Havio ym. 2008, 42.) Mitä nopeammin aine antaa käyttäjälleen psyykkisesti tai fyysisesti tyydyttävän tilan sitä nopeammin sen käytöstä voi kehittyä riippuvuus. Tavoiteltava olotila voi vaihdella huomattavasti yhdelläkin henkilöllä tilanteen mukaan. Käyttäjä voi tavoitella päihteen käytöllä esimerkiksi stressin lievittämistä tai vieroitusoireiden siirtämistä myöhempään ajankohtaan. (Riippuvuus yksilön ongelmana 2005.)

Kirjallisuuskatsauksen perusteella päihderiippuvuuden määritelmä ja sen syyt riippuvat määrittelijän ihmiskuvasta, ihmiskäsityksestä sekä näkökulmasta. Useiden lähteiden perusteella määritelmät jaetaan biologisiin ja fysiologisiin, psykologisiin ja psykiatrisiin, sosiaalisiin sekä henkisiin, hengellisiin ja sielullisiin malleihin. Esimerkiksi tautiluokitus ICD-10 pohjautuu lää-



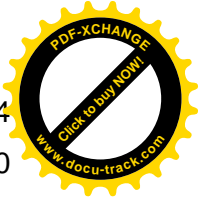
ketieteelliseen näkökulmaan, mutta siinä on vain kaksi selkeästi fyysistä kriteeriä, jotka ovat vieroitusoireet sekä sietokyvyn kasvu. Muut luokituksen kriteerit ovat psykologisia tai psykososiaalisia. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 20.)

Yleensä henkinen ja psyykinen riippuvuus mielletään samaa tarkoittavaksi asiaksi. Kuitenkin useimmissa lähteissä kirjoittajat pitivät merkityksellisenä näiden kahden asian erittelemistä. Henkisen ja psyykkisen riippuvuuden erottaminen toisistaan on usein tärkeää onnistuneen hoidon kannalta. Havion ym. (2008, 43) mukaan psyykinen riippuvuus kehittyy ennen fyysistä riippuvuutta. Psyykinen riippuvuus pohjautuu kokemukseen päihdyttävän aineen positiivisesta vaikutuksesta sekä tunteisiin ja järkeen. Henkinen riippuvuus taas perustuu arvoihin, uskomuksiin, ihanteisiin, elämänfilosofiaan ja merkityksiin. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 19.) Päihdelinkin (Alkoholiriippuvuus 2006) artikkelin mukaan henkinen riippuvuus perustuu tilanteisiin, tapahtumiin, opittuihin tapoihin ja uskomuksiin eli merkityksiin, joita ihminen on antanut riippuvuutta aiheuttavalle aineelle. Tästä syystä usein pitkään ilman ainetta ollut päihderiippuvainen ajautuu sattumien kautta takaisin käyttäjäksi.

Fyysinen riippuvuus on elimistön tottumisesta päihdyttävään aineeseen ja se ilmenee vieroitusoireina. Fyysiseen riippuvuuteen vaikuttavat yksilön fyysiset, persoonalliset sekä psyykkiset ominaisuudet, päihdyttävän aineen fysiologiset ja neurobiologiset vaikutukset sekä kulttuurisidonnaiset tekijät. Oleellinen osa fyysistä riippuvuutta on toleranssin kehittyminen, jolloin toivotun olotilan saavuttamiseksi on päihdettä käytettävä aina vain enemmän. (Havio ym. 2008, 43.) Lappalainen-Lehto ym. (2007, 19) pitävät fyysisen riippuvuuden kehittymistä ja vieroitusoireiden pelkoa syynä riippuvuusikäytännön jatkumiseen. Fyysinen riippuvuus ei siis ole täysin fyysistä vaan siihen liittyy osittain myös psyykkisiä tekijöitä kuten pelkoa.

Riippuvuuden ei ole todettu olevan suoraan perinnöllistä, mutta alttius päihteiden liikkakäyttöön voi johtua mallikäyttäytymisestä. Lapsille kehittyy käsitys "normaalista käytöstä" sen mukaan mitä hän näkee ja miten kokee ympäristönsä. Riippuvuuden kehittymiseen tarvitaan kuitenkin aina kiinnostus päihteeseen sekä sen pidempiaikaista käyttöä. Lapsi voi myös oppia vanhemmiltaan, että päihteiden käytöllä haetaan ratkaisua ongelmiin tai päihteet toimivat palkintona onnistumisista. On kuitenkin hyvä muistaa, ettei kaikista päihderiippuvaisten lapsista tule liikkakäyttäjiä eikä kaikilla liikkakäyttäjillä ole päihderiippuvaisia vanhempia. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 34-35, Taitto 1998, 13.)

Taitto (1998,13) toteaa tutkimuksessaan, että arvion mukaan yksi päihderiippuvainen vaikuttaa haitallisesti itsensä lisäksi 4-5 ihmisen elämään. Kuitenkin riippuvuus koetaan usein yksilön ongelmana. Ympäristön suhtautumisesta riippuu muodostuuko riippuvuudesta käyttäjälle henkilökohtainen ongelma, jota hän yrittää salata myös itseltään. Kun ihminen kokee riippuvuutensa paheksuttavana asiana, hän ei kykene hakemaan apua tarvittaessa. Kielteisesti



omaan riippuvuuteensa suhtautuva ihminen torjuu helposti toisten tarjoaman tuen ja avun. Alkoholi on Suomessa sallittu ja hyväksytty päihde. Tämän vuoksi sen ongelmakäyttö kehittyi yleensä hitaasti ja pitkällä aikavälillä. Alkoholin käytöstä on helppo puhua ja mutta sen liika-käyttö on vaikea ottaa puheeksi. (Havio ym. 2008, 34–42.)

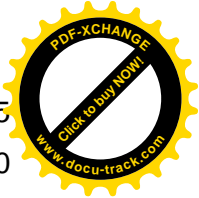
Päihteiden käyttäjät ovat tekemisissä usein kodin ulkopuolella toisten päihteiden käyttäjien kanssa, koska he kokevat olevansa hyväksytyjä toisten käyttäjien seurassa. Tällaiset ihmisuhteet eivät kuitenkaan kovin usein perustu vuorovaikutukseen, vaan hyväksikäyttöön ja hyväksikäytetyksi tulemiseen. Yhteydenpito raittiisiin sukulaisiin ja tuttaviiin voi jäädä pois ja sukulaissuhteista saattaa muodostua pinnallisia ja muodollisia. Pitkään päihteitä käyttäneellä ei välttämättä ole ihmisuhteita muihin kuin toisiin päihteiden käyttäjiin. (Hiltunen, Kujala & Mattila 2005, 78–81.) Keskustelu päihdehoitotyötä tekevien kanssa vahvistaa myös sen, että käyttäjien ihmisuhteiden kapeus tai niiden puuttuminen vaikeuttavat toipumista riippuvuudesta. Tästä syystä vertaistuki ja uusien ihmisuhteiden luominen on tärkeää koko hoidon ajan.

### 2.2.2 Riippuvuuden kieltomekanismit

Kieltäminen on osa riippuvuuden syntymistä. Päihderiippuvaiset eivät useinkaan kestä päihteidenkäytöstä aiheutuvaa syyllisyyttä ja häpeää ja tästä syystä he salaavat tai vähättelevät käyttöönsä. Negatiivisten tunteiden kieltämisen seurauksena päihderiippuvaisista tulee taitavia selittelijöitä. Ongelmien lisääntyessä lisääntyy myös kieltäminen. Kun päihderiippuvaisen sairaus on edennyt riittävän pitkälle, saattaa hän antaa periksi ja lopettaa salailun. Käytös, jota päihderiippuvainen on aiemmin pitänyt paheksuttavana, muuttuu vähitellen normaaliksi. (Kujasalo & Nykänen 2005, 102–104.)

Ensimmäinen vaihe kohti toipumista on esiharkintavaihe. Tämän vaiheen aikana päihderiippuvaisen läheiset yleensä huomaavat ongelman, mutta päihderiippuvainen ei välttämättä vielä itse tunnista ongelmaansa tai myönnä päihteiden aiheuttamia haittoja. Kieltämisen taustalla saattaa olla päihderiippuvaisen pelko itsetunnon heikkenemisestä tai siitä, että hänen elämäntilanteensa muuttuisi liikaa. (Vinkkejä piikkihuumeita käyttävien kanssa työskenteleville 2000, 52–55.)

Hoitosuhteessa ilmenevästä vastarinnasta puhutaan, kun ihminen vastustaa tiedostamattomiin ja esitietoisten merkityskokemusten tuleamista tietoisuuteen. Ne tuntuvat kyseisellä hetkellä liian epämiellyttäviltä tai uhkaavilta. Vastarinnan seurauksena ihminen vastustaa liian nopeasti tapahtuvaa oman tilanteen muutosta. Vastarinta nähdään kielteisestä nimestään huolimatta eheyttävänä keinona ylläpitää sen hetkistä olotilaa ja ahdistusta siedettävällä tasolla. Vastarinnan tehtävä on estää liian nopeaa, voimakasta tai vierasta muutosta. Hoita-



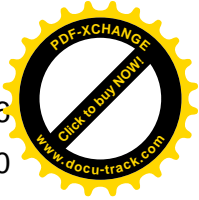
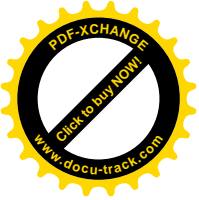
jan tehtävänä on antaa aikaa ja tukea sopeutumiseen, jolloin vastarinta usein väistyy itseltään. Usein vastarinta vähenee henkilön voimavarojen lisääntyessä. (Vilen, Leppämäki & Ekström 2002, 85–90.)

Vastarinta voi ilmetä monin eri tavoin esimerkiksi myöhästelynä, vaikenemisena, taukoamattomana puheena tai päälle puhumisena. Mikäli hoitaja reagoi vastarintaan liian kovin ottein, vastarinta saattaa vahvistua. Pahimmassa tapauksessa apua hakemaan tullut henkilö lähtee pois hoidosta. Esitietoisien vastarinnan esille nostamista voi kokeilla varovasti kysymällä potilaalta hänen havaintojaan tiettyihin tilanteisiin liittyvästä käyttäytymisestä ja sen syistä. Tässä keskustelussa edetään potilaan ehdoilla. Puhetta selventämällä autetaan henkilöä tiedostamaan omia vastarinnan taakse kätkeytyviä ajatuksia tai tunteita. Kun esille tuotu ajatus kerrotaan mahdollisimman monisanaisesti ja tarkentaen, saattaa potilas oivaltaa mitä hän ajatuksellaan tarkoittaa. Puhetta voidaan monipuolistaa esimerkiksi toistamalla ajatuksia sanatakkasti, jolloin potilaalla on mahdollisuus jatkaa lausetta tai tarkentaa siinä esiintyviä sanoja. (Vilen ym. 2002, 85–90.)

Defenssit ovat minän sisäisiä ja tiedostamattomia keinoja, joilla pyritään suojaamaan, kontrolloimaan ja hallitsemaan ulkoa ja sisältä tulevia muutospaineita tai vaatimuksia. Psykkisesti terve ihminen käyttää näitä puolustuskeinoja joustavasti ja monipuolisesti. Kielttäminen on voimakkain keino suojata itseä ja sitä esiintyy esimerkiksi henkilön saadessa tietoonsa jonkun todella järkyttävän tiedon. Tällöin asia kielletään aluksi kokonaan, mutta yleensä se hyväksytään vähitellen ja henkilö saattaa ottaa käyttöön muita kieltomekanismeja. Pitkäaikainen ja jatkuva kieltäminen voi johtaa asian täydelliseen unohtamiseen. (Vilen ym. 2002, 86–87.)

Torjunta on kieltämistä lievempi keino. Siinä henkilö tietoisesti torjuu häiritseviä ja ahdistavia asioita taka-alalle. Liiallinen torjunta vie kuitenkin kohtuuttomasti energiaa ja seurauksena voi olla voimakas ahdistuksen ja pelon tunne, jonka syytä ei osata selittää. Projektion kautta ihminen heijastaa ahdistuksensa, epäsuorasti pyrkimyksensä, tekonsa tai ominaisuudet pois itsestään ja näkee kyseiset asiat toisissa ihmisissä. Introjektio on projektion vastakohta. Siinä henkilö ottaa toisen henkilön positiivisia ominaisuuksia osaksi itseään. (Vilen ym. 2002, 86–87.)

Lohkomisessa on kysymys ihmisten jaottelemisesta hyviin ja pahoihin, jolloin hyvinä pidetyistä henkilöistä selitetään huonot ominaisuudet pois ja pahojen ihmisten syyksi vieritetään kaikki epäonnistumiset. Kun alkuperäiselle asialle muodostetaan vastakkainen tai yllättävä reaktio, puhutaan reaktionmuodostuksesta. Esimerkiksi uupunut äiti käyttäytyy ylisuojelevasti. Regressiossa henkilö taantuu ja käyttäytyy aiempaa kehitystasoaan alemmalla tavalla. Ahdistunut henkilö kokee itsensä pieneksi ja avuttomaksi. Tämä saa hänet käyttäytymään samoja puolus-



tuskeinoja kuin lapsena. Taantuminen voi näkyä kiukunpuuskina, lyömisenä, itkemisenä tai mahtailuna. (Vilen ym. 2002, 86–87.)

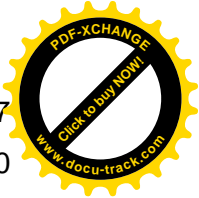
### 2.3 Päihteiden väärinkäyttäjän kohtaaminen

Päihteiden käyttöön on syytä puuttua, kun ihminen ei tunnista omaa tilaansa tai hän ei kykene tarvittavaan muutokseen yksin. Jos henkilön päihteiden käyttöön ei puututa, saattaa siitä aiheutua lisää ongelmia sekä käyttäjälle itselleen että hänen läheisilleen. Ihmiseltä, joka puuttuu toisen ihmisen päihteiden käyttöön, vaaditaan itsetuntemusta, kykyä asettaa rajat hoitosuhteelle sekä kykyä hoitaa itseään. Päihteidenkäyttäjän kohtaamisessa hoitajalta vaaditaan kunnioitusta, aitoutta, empatiakykyä ja välittämistä. Hoitajan on myös pidettävä huolta itsestään varmistamalla, ettei jää yksin vaikeissa tilanteissa ja että hänellä on hoitosuhteen ulkopuolinen tuki sekä hyvä sosiaalinen verkosto. Päihteiden käytön aiheuttamiin ongelmiin ei ole olemassa yhtä oikeaa auttamiskeinoa. (Dahl & Hirschovits 2002, 284–285 .)

Päihteidenkäyttäjälle on tehtävä selväksi kuka auttaa ja ketä, mitä tehdään ja miksi sekä missä ja miten auttamistyö tapahtuu. Kun näistä asioista on sovittu yhdessä, päihteiden käyttäjälle selviää miksi ja miten häntä autetaan. Näin vältetään väärinkäsityksiltä ja varmistetaan siitä, että päihteidenkäyttäjä on selvillä omasta tilanteestaan. Päihteidenkäyttäjälle on puhuttava käytännönläheisesti ja selkeästi. Hänelle voidaan havainnollistaa omaa tilannettaan erilaisten testien, kuten esimerkiksi Audit -testin avulla. Kun ihminen on motivoitunut, hän alkaa ottaa vastuuta itsestään. Päihteidenkäyttäjälle on asetettava selkeät rajat ja keskustelemalla voidaan purkaa kieltomekanismeja, jonka jälkeen ihminen uskaltaa käsitellä omaa elämäänsä rehellisesti. Keskustelussa voidaan käsitellä esimerkiksi hoidettavan vointia, nykyistä arkea ja sen sisältöä, sosiaalisia suhteita sekä taloudellista tilannetta. Keskusteluihin voi sisältyä myös terveysneuvontaa. Kontaktin luominen auttamistilanteissa onnistuu parhaiten, kun päihteidenkäyttäjä on selvin päin. Jos päihteidenkäyttäjä on tullut hoitoon vastentahtoisesti, on tärkeää olla tyrkyttämättä apua. Päihteidenkäyttäjälle on puhuttava asioista suoraan, hänelle on oltava rehellinen ja päätökset tehdään yhdessä hänen kanssaan. Tilanteen on kuitenkin oltava työntekijän hallinnassa. (Dahl & Hirschovits 2002, 284–286.)

Tampereen Myllyhoitoklinikan johtaja Jari Härkösen mukaan he käyttävät potilaan ohjauksessa counselling -tason ohjausta työssään. Counselling tarkoittaa ohjausta, neuvojen antamista ja kehottamista. Counselling -tyyppisessä vuorovaikutuksessa painottuu kokemusperäinen tieto. Tätä hyödynnetään esimerkiksi Myllyhoidossa, jossa osa hoitohenkilökunnasta on entisiä päihteiden väärinkäyttäjiä. Kuitenkin mielenterveys- ja päihdetyössä käytettynä counselling -tason vuorovaikutus on syvempää kuin pelkkä ohjaus ja neuvominen. Englannin kielessä counselling -sanaa käytetään haluttaessa erottaa vuorovaikutustyö psykoterapiasta. Vaikka sen suomennos ei suoraan sisällä sanaa tukeminen, vastaa se käsitteenä myös vuorovaikutuksellis-





ta tukemista. Counselling tasolla potilaan voimavaroja pyritään tukemaan psykoterapiasta saatavaa tietoa hyödyntäen. Mielestämme Mattilan kehittämässä vuorokuunteluohjauksessa (Mattila 2007, 124) ja counsellingissa on paljon yhteisiä piirteitä. Vuorokuunteluohjauksessa toisen ihmisen kuuntelemisen merkitys korostuu ja se vaatii ohjaajalta taitoa kutsua ohjattava keskittyneeseen dialogiin. Mikäli keskusteluun osallistuu useampi henkilö, ohjaajan tehtävänä on omalla käyttäytymisellään ohjata osallistujia kuuntelemaan toisiaan.

Tampereen Myllyhoitoklinikalla käytössä oleva motivoiva haastattelu on 1980-luvun puolivälissä käyttöön otettu asiakaskeskeinen ohjausmenetelmä. Sen tavoitteena on lisätä potilaan motivaatiota muutokseen tutkimalla ja selittämällä hänen ongelmakäyttäytymiseensä liittyvää ristiriitaa. Haastattelun aikana hoitaja on tavoitehakuinen, eikä hän pyri peittelemään päämääräänsä potilaalta. (Koski-Jännes 2008.)

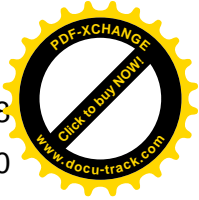
### 3 PÄIHDEHOITOTYÖ

#### 3.1 Päihdehoitotyön vaiheita

Koska Myllyhoidossa hoito aloitetaan läpikäymällä potilaan historia, lähdimme tarkastelemaan nykyistä päihdehoitotyötä historian kautta. Koimme historian tarkastelemisen tärkeäksi myös siksi, että halusimme selvittää kuinka päihdehoitotyö on kehittynyt vuosien saatossa. Päihdehoidon historiaan tutustuessamme huomasimme, että päihdehoitotyöstä on käytetty monia eri termejä kuten raittiustyö ja päihdehuolto. Ne kuvaavat hyvin päihdetyön kehitystä raitistamisen ja huollon kautta nykyiseen hoitotyön käsitteeseen. Kun tietää mistä tähän on tultu, on helpompi ymmärtää missä nyt ollaan ja voidaan paremmin hahmottaa mihin ollaan menossa päihdehoitotyön suhteen.

Päihteiden käytöllä on erittäin pitkä historia eri kulttuureissa. Päihteitä on käytetty jo kivi-kaudelta lähtien (noin 6500–1500 eaa.). Alkoholijuomia on osattu valmistaa Egyptissä ja sitä ympäröivissä maissa jo 3000–2000 vuotta ennen ajanlaskumme alkua. Jopa raamatussa kerrotaan viinin valmistuksesta ja kuvataan siihen liittyviä työvälineitä. (Havio ym.2008, 93.)

Terävän (2004) mukaan suomalaisten pääasiallinen alkoholijuoma 1300–1400-luvuilla oli olut. Myös Virtanen (1982, 17) toteaa, että ennen 1500-lukua olut oli ainoa käytössä oleva päihdyttävä juoma. Suomessa opittiin tekemään paloviinaa viljasta ja viinanpoltosta alettiin peräveroa 1500-luvulla. Terävän (2004) mukaan 1600-luvulla juomatavat saattoivat olla hyvinkin hillittömiä, mutta alkoholin käyttö kuului lähinnä yläluokan ihmisille, erityisesti papistolle. 1600-luvun lopulla katsottiin, että viina oli talonpojille välttämätön juoma sekä tärkeä lääkeaine. Liiallinen ja jatkuva alkoholinkäyttö kuitenkin tuomittiin. 1700-luvun lopulla kuningas

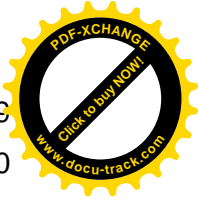


Kustaa III julisti talonpojille alkoholin valmistuskieltolakeja ja niiden seurauksena salapoltto lisääntyi. Julkisesta juomisesta tuli rangaistava teko. Myös alaikäisten päihteiden käyttöön kiinnitettiin huomiota tässä vaiheessa. Suhtautuminen juomiseen oli kahtiajakoinen. Toisaalta sitä ihailtiin ja toisaalta sitä pidettiin syntinä ja liiallisen juomisen katsottiin tuhoavan terveyden, aiheuttavan siveettömyyttä sekä hävittävän omaisuutta. Vuonna 1834 Elias Lönnrot perusti Kajaanin raittiusyhdistyksen amerikkalaisten esimerkkien mukaan. Kotipoltto kiellettiin vuonna 1866 ja viinaa sai valmistaa vain tehdasmaisesti. Samaan aikaan voimistuivat uskonnolliset herätysliikkeet sekä raittiusliike. Sen toiminta edesauttoi alkoholihuollon syntymää.

Vähitellen Suomessa alkoi raittiuskasvatus. Kouluissa vieraili raittiuspuhujia ja lasten raittiusyhdistyksiä perustettiin eri puolille Suomea, kuten Siikalahdelle, Koskenkylän Kauhajoelle ja Pyörönmaan Sääksmäelle (Lasten raittiusyhdistys, 2008). Kohtuuden Ystävät muutti nimensä vuonna 1884 Raittiuden Ystäviksi, josta tuli raittiusseurojen keskusjärjestö ja Suomi jaettiin seitsemään raittiuspiiriin. Raittiusliike vaati kieltolakeja jo 1800-luvun lopulla. Raittiusliikkeen toiminta perustui vapaaehtoisuuteen eikä lainsäädäntö tukenut sen toimintaa. Työtä tekivät lähinnä valistuneet kansalaiset. Juomiseen voitiin puuttua vain rikoslain ja irtolaislain perusteella ja siten käyttää tahdonvastaisia toimenpiteitä. Juomarit toimitettiin jopa pitkiksi ajoiksi esimerkiksi köyhäinhoitolaitoksiin tai mielisairaaloihin. Ensimmäisenä päihdehuollon hoitopaikkana voidaan pitää alkoholistiparantola Turvaa, joka on perustettu vuonna 1888. Se siirtyi Raittiuden Ystävät ry:ltä valtiolle 1937. (Terävä 2004.)

1900-luvun alussa yritettiin useampaan otteeseen saada valtiopäivät hyväksymään yleinen väkijuomakielto eli kieltolaki siinä onnistumatta. Vasta vuonna 1919 astui voimaan kieltolaki. Suomi ei ole ainoa länsimaa, jossa kieltolaki on ollut voimassa. Kieltolain uskottiin estävän alkoholismia. Näin ei kuitenkaan tapahtunut vaan väestön mielipide oli kieltolakia vastaan ja se ilmeni laajana ja verkottuneena pirtun salakuljetuksena. Kieltolaki päättyi 5.4.1932. Vuosien 1934–1937 aikana Suomeen saatiin köyhäinhoitolain rinnalle sosiaalihuollon peruslakeja kuten Laki kunnallisesta huoltolautakunnasta, Lastensuojelulaki, Äitiysavustuslaki, Irtolaislaki sekä Alkoholilaki. Alkoholistien hoito määriteltiin aluksi pakkohoidon omaiseksi ja sitä toteutettiin avo- tai laitoshoidossa. Alkoholilaki lähti siitä ajatuksesta, että henkilö on hoidossa vasten tahtoaan. Alkoholilaki purettiin vuonna 1961. (Terävä 2004.)

Nimettömät alkoholistit Suomessa -kirjassa (1990, 15) kerrotaan kuinka yleisostokortti oli helppo myydä esimerkiksi kapakassa. Myös leipäkortin sai vaihdettua olutkorttiin. Virtanen (1982, 77–79) kuvaa kirjassaan 1940-luvulla Alkoissa käytössä ollutta asiakkaan tarkkailua. Alkoissa oli käytössä myymäläkortit, joista tarkastettiin asiakkaan alkoholin ostojen määrä ja mikäli katsottiin tarpeelliseksi, asiakas joutui tarkkailijan puhutteluun. Puhuttelussa asiakkaalta tiedusteltiin runsaiden ostojen syytä ja hänen varallisuuttaan sekä kerrottiin alkoholi

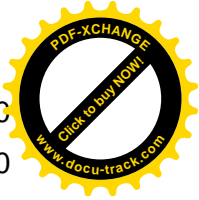


käytön vaaroista ja annettiin mukaan puhuttelulehtinen. Asiakkaalle saatettiin määrätä myös ostokielto. Nimettömät alkoholistit Suomessa -kirjan (1990,15) mukaan ostokielto oli ensimmäisellä kerralla 3 kuukautta, mutta myöhemmin puoli vuotta tai enemmän. Ostokiellon yhteydessä tarkastajat kävivät tiedustelemassa kotoa, talonmieheltä tai naapureilta myökö asianomainen viinaa eteenpäin vai joiko hän kaiken itse.

Vuonna 1947 tuli voimaan Raittiushuoltolaki, joka koski 18–24 -vuotiaita. Vapaaehtoisesti hoitoihin hakeutuville perustettiin Vapaan alkoholistihuollon kannatusyhdistyksen ylläpitämiä alkoholistikoteja vuonna 1948. Samana vuonna Anonyymit Alkoholistit rantautui Suomeen. Lisäksi kyseisenä vuotena otettiin käyttöön Antabus-lääke. Virtasen (1982, 37–41) mukaan 1950-luvulta alkaen kaupungistuminen lisäsi naisten alkoholin käyttöä ja 1970-luvulle tultaessa naisten päihteiden käyttö lähenteli samoja lukuja kuin miehillä. 1951 perustettiin psykiatrijohtoinen Alkoholistien vastaanottolaitos, joka nykyisin tunnetaan nimellä Järvenpään sosiaalisairaala. A-klinikkasäätiö perustettiin 1955 ja liikkeelle lähdettiin amerikkalaisen sosiaalityön menetelmin. Pääperiaatteina olivat yksilöllisyys, vapaaehtoisuus ja oma motivaatio. Hoitotyössä korostettiin kokonaisvaltaisuutta ja yhteistyötä. (Terävä 2004, 31–32.)

Sekä laitos- että avohuollossa kehitettiin palveluja, joihin päihteiden väärinkäyttäjät pystyi hakeutumaan vapaaehtoisesti. Näin hoitoon hakeutuivat myös vähemmän päihteitä käyttävät ja työikäiset. Ulkomailta tulleita vaikutteita hyödynnettiin, jolloin terveyshuollon osuus korostui ja uusia ammattiryhmiä perustettiin. Niihin lukeutuivat myös toipuneiden alkoholistien käyttö työntekijöinä. 1962 säädettiin laki päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huollosta. Laki pyrki edelleen kontrolloimaan päihteiden käyttäjiä, mutta huomioon otettiin myös korjaava ja kuntouttava näkökulma. Viranomaisia kehoitettiin kannustamaan päihteiden väärinkäyttäjää hakeutumaan vapaaehtoiseen hoitoon, suosimaan avohoitoa sekä tukemaan ja neuvomaan perheenjäseniä. Suomeen saatiin 1960-luvulla sairausvakuutusjärjestelmä sekä eläkelait ja sosiaalityö ammatillistui. (Terävä 2004, 28–32.)

Havion ym. (2008, 95) mukaan suomalaisen alkoholipolitiikan suurin muutos tapahtui 1960-luvun lopussa, kun keskioluen myynti siirtyi elintarvikekauppoihin. Samoihin aikoihin viinakorotit poistuivat ja nämä tapahtumat yhdessä lisäsivät päihteiden käyttöä. Suomalaiset nuoret löysivät 70-luvun alussa huumeet, pääsääntöisesti kannabiksen. Tästä ajanjaksosta puhuttaessa se on nimetty ensimmäiseksi huumeallokiksi. Myös päihteiden ja lääkkeiden sekakäyttö yleistyi näihin aikoihin. 1970-luvulla laajenivat päihdehuollon erityispalvelut. A-klinikoita perustettiin lisää, samoin hoitokoteja, ensisuoja, huoltokoteja ja katkaisuhuoltoasemia. Vuonna 1971 perustettiin ensimmäiset nuorisoasemat, joissa järjestettiin katkaisuhuolto, yksilö- ja ryhmäterapiaa sekä päiväkeskustoimintaa huumeusaineiden käyttäjille. Vuonna 1972 voimaan tuli hoitoonohjaussuositus työikäisille. Samana vuonna voimaan tuli myös Kansanterveyslaki,



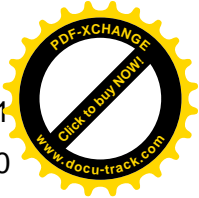
joka toi terveyskeskukset mukaan päihdehuoltojärjestelmään. Samaan aikaan luotiin lisäksi työ- ja virkaehtosopimusjärjestelmät. (Terävä 2004, 32–33.)

1970-luvun lopulla A-klinikoiden määrä kasvoi voimakkaasti ja laitoshoidon monipuolistui. Vuonna 1982 avattiin Kalliolan kuntoutuskeskus ja 1983 perustettiin Myllyhoitoyhdistys. 1980-luvun puolenvälin jälkeen perustettiin useita erityishoitoyksiköitä huumeusainekäyttäjille mm. A-klinikkasäätiön Hietalinna-yhteisö, HYKS:n huumeusainekeskus sekä Kalliolan Kiskon kuntoutuskeskus. 80-luvun puolivälin jälkeisen nousukauden aikana uudistui koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeva lainsäädäntö. Tämän uudistuksen mukana tulivat ns. puite- lait, joiden lähtökohdaksi olivat ihmiskeskustelu, asiakaslähtöisyys sekä kokonaisvaltaisuus. Lakiuudistus koski Sosiaalihuoltolakia, uutta Lastensuojelulakia, Lakia lapsen hoidosta ja tapaamis- oikeudesta, Hallintomenettelylakia sekä Päihdehuoltolakia. Lastensuojelulakia uudistettiin vuonna 2007. (Terävä 2004, 33; Kettunen & Leppänen 1994, 76–77; Kalliola 2006.)

Terävän (2004, 34) mukaan 1990-luvulla ilmaantui ns. toinen huumeaalto. 2000-luvun alussa kovien huumeusainekäytön on edelleen lisääntynyt samoin kuin päihteiden sekakäyttö ja näiden terveyshaitat. Myös päihteitä väärinkäyttävien ja hoidossa olevien naisten määrä on lisääntynyt. Havio ym. (2008, 96) kirjoittavat, että 1990-luvun alun talouslama vähensi hetkellisesti alkoholin kokonaiskulutusta ja sen haittoja, mutta vuosikymmenen puolivälissä la- man hellitettyä kokonaiskulutus lisääntyi. Vuoden 1995 alkoholilainsäädännön uudistuksen myötä ja Suomen liittyttyä Euroopan Unioniin alkoholipolitiikka vapautui alkoholin vähittäis- myynnin, mainonnan sekä alkoholiin liittyvän lupa- ja valvontatoiminnan suhteen.

EU:n myötä alkoholipoliittinen järjestelmä luotiin uudelleen. Valtiollinen ohjausvalta väheni ja vastuu siirrettiin paikalliselle ja alueelliselle tasolle. Vuosiksi 1996–1999 esitettiin ensimmäinen kansallinen Alkoholiohjelma ja sitä seurasi toimeenpano-ohjelma 1997, joka päivitettiin vuonna 2000. Vuonna 2003 Alkoholipolitiikan linjauksista tehtiin valtion periaatepäätös, jonka tavoitteena oli lasten ja nuorten hyvinvoinnille aiheutuvien alkoholihaittojen sekä riski- käytön ja siitä aiheutuvien haittojen vähentäminen ja kokonaiskulutuksen kääntäminen las- kuun. Sitten valmisteltiin Alkoholiohjelma 2004–2007, johon on koottu eri toimijoita yhteen alkoholihaittojen vähentämiseksi. 2000-luvulla on tehty myös poikkeavia päätöksiä alkoholin käytön vähentämiseen nähden: vuonna 2004 Suomessa laskettiin alkoholiveroa sekä poistettiin alkoholijuomien tuontirajoitukset Virosta sen liittyttyä EU:n jäseneksi. Nämä muutokset ovat johtaneet alkoholin kokonaiskulutuksen ja -haittojen räjähdysmäiseen kasvuun. (Terävä 2004.) Lukemiemme lähteiden perusteella emme saaneet selville milloin, missä ja miten päihdepotilaan hoidon arviointi on otettu käyttöön.

Hoitotyössä on paljon käytetty Yuran ja Walshin 1980-luvulla kehittämää prosessimallia, jota kutsutaan myös WHO:n malliksi. Hoitoprosessin lähtökohdaksi ovat asiakkaan perustarpeet



sekä Maslow'n tarveteoria, jossa ihmisen tarpeet on laitettu tärkeysjärjestykseen. Ensimmäisenä ovat fysiologisen perustarpeet ja sen jälkeen tulevat turvallisuuden, yhteenkuuluvuuden ja rakkauden sekä arvonannon tarpeet. Viimeisenä tarpeena Manslow luettelee itsensä toteuttamisen tarpeet. Hoitotyön prosessi nähdään nelivaiheisena. Näitä vaiheita ovat hoidon tarpeen arviointi, suunnittelu, toteutus ja hoidon arviointi. Hoitotyössä on luovuttu työn mallittamisesta, mutta hoitotyön prosessiajattelu on edelleen käytössä. (Jokinen 2005, 25.) Valtioneuvoston asetuksen mukaan hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään potilaan hoitoon tulosyy, sairauden oireet ja niiden vaikeusaste sekä kiireellisyys. (Hoidon tarpeen arviointi 2004)

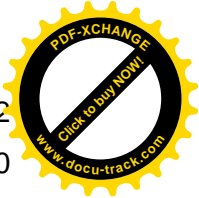
### 3.2 Päihdehoitotyötä säätelevät lait

Lainsäädännössä on runsaasti päihdehoitoa sääteleviä lakeja, mutta avaamme niistä vain ne, joiden Tampereen Myllyhoitoklinikalla katsotaan vaikuttavan heidän työhönsä. Esimerkiksi Poliisilaki ja Rikoslaki määrittelevät hyvinkin tarkasti päihteiden käyttäjän, mutta Tampereen Myllyhoitoklinikka ei katso niiden koskevan heidän toimintaansa laisinkaan, joten kyseiset lait on jätetty esittelemättä tässä yhteydessä.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) määrittelee potilaan, joka on terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävä tai niiden kohteena oleva henkilö. Siten terveydenhuollossa asioiva päihteiden väärinkäyttäjä on myös potilas. Laki tuo tasa-arvoa päihteiden väärinkäyttäjän hoitoon. Laki edellyttää jokaiselle Suomessa pysyvästi asuvalle henkilölle ilman syrjintää terveyden- ja sairaanhoidon niiden voimavarojen puitteissa, jotka ovat käytävissä. (Seppä 1998, 84.)

Alkoholilaissa (8.12.1994/1143) määritellään mitä tarkoitetaan alkoholipitoisella aineella, denaturoimisella, alkoholijuomalla, väkiviinalla ja alkoholivalmisteella. Lisäksi laissa on määryksiä mm. alkoholijuomien kotivalmistuksesta, maahantuonnista ja maastaviennistä, vähittäismyynnistä, anniskelupaikoista sekä alkoholijuomien välittämisestä, hallussapidosta ja kuljetuksesta sekä mainonnasta. Laissa on määryksiä myös anniskelukielloista, nauttimiskielloista sekä alkoholijuoman ja väkiviinan poisottamisesta, haltuunotosta ja hävittämisestä. (Dahl & Hirschovits 2002, 427–438.) Seppä (1998, 81), kertoo artikkelissaan Päihdelainsäädäntö, että alkoholilain tarkoituksena on ehkäistä alkoholihaittoja alkoholin kulutusta ohjaamalla.

Huumausainelaissa (17.12.1993/1289) määritellään huumausaine, erittäin vaarallinen huumausaine, huumausaineen tuotanto sekä huumausaineen valmistus. Huumausainelaissa on määryksiä yleiskiellosta, takavarikoinnista, hävittämisestä ja hävitettäväksi toimittamisesta sekä uhkasakosta. (Dahl & Hirschovits 2002, 427–438.) Laki sallii kuitenkin tiettyjen huumausainneiden käytön lääkkeenä. Sepän (1998,81) mukaan lääkelaitos myöntää tarvittavat luvat ja valvoo Sosiaali- ja terveysministeriön määräämä kirjanpitovelvollisuuden toteutumista.



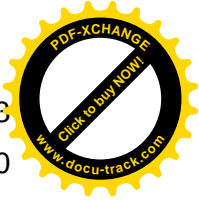
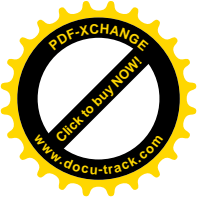
Päihdehuoltolaki (17.1.1986/41) edistää ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Sen tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä haittoja. Laki velvoittaa kunnat järjestämään päihdehuoltoa, ehkäisemään päihteiden ongelmakäyttöä lisääviä olosuhteita sekä seuraamaan päihteiden ongelmakäyttöä. Kunnat veloitetaan lisäksi tukemaan asukkaan oma-aloitteisuutta, toimimaan yhteistyössä eri viranomaisten kesken, tukemaan avohoitoa ja antamaan tarvittavia palveluita. Päihdehuoltolain mukaan henkilö voidaan tuomita tahdosta riippumattomaan hoitoon terveysvaaran tai väkivaltaisuuden vuoksi enintään viideksi vuorokaudeksi. Alle 18-vuotias voidaan määrätä väkivaltaisuuden perusteella ainoastaan erityisellä syyllä pakkohoitoon. Päihdehuoltoasetus (29.8.1986/653) edellyttää kuntoutussuunnitelman tekemistä. (Seppä 1998, 82-83.)

Mielenterveyslaki (14.12.1990/1116) antaa mahdollisuuden määrätä päihdeongelmaisen tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon, mikäli hänen todetaan olevan mielisairas ja mielisairautensa vuoksi hän on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vaarantaisi hänen tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja mikäli muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä. Mielisairaudella tarkoitetaan psykoottista todellisuudentajun hämärtymistä, kuten delirium ja vaikea dementia. (Seppä 1998, 83-84.)

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (15.7.2005/566) määrittelee päihdekuntoutuksessa olevan oikeuden saada laitosmuotoista kuntoutusta siten, että kuntoutus edistää työelämään tuloa, työelämässä pysymistä tai sinne palaamista. Kuntoutuslaitos voi olla Kansaneläkelaitoksen hyväksymä yksityinen tai julkinen laitos. Kuntoutusrahaa myönnetään edellyttäen, että kuntoutus perustuu sosiaalihuoltolain perusteella laadittuun huoltosuunnitelmaan tai päihdehuoltolain perusteella laadittuun kuntoutussuunnitelmaan. (Finlex 2005.)

Raittiustyölaki (19.11.1982/828) määrittelee raittiustyön ja sen tarkoituksen sekä määrää, että raittiustyön toimeenpanoon, raittiuden edistämiseen ja alkoholiolojen seuraamiseen kuuluvista tehtävistä huolehtii kunnan määräämä monijäseninen toimielin. Sen tarkoituksena on totuttaa kansalaiset terveellisiin elämäntapoihin ohjaamalla heitä välttämään päihteiden ja tupakan käyttöä. (Finlex 2. 2007.)

Sosiaalihuoltolaila (17.9.1982/710) määrittellään sosiaalipalveluja, joiden tarkoituksena on edistää tai ylläpitää henkilön, perheen sekä yhteisön sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä. Kunnan on huolehdittava sosiaalipalvelujen järjestämisestä asukkailleen, kuten toimeentulotuen antamisesta, sosiaaliavustusten suorittamisesta sekä ohjauksen ja neuvonnan järjestämisestä. Lisäksi kunnan on huolehdittava sosiaalihuollon ja muun sosiaaliturvan etuuksista



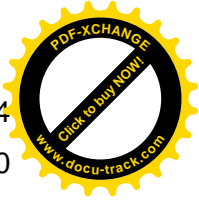
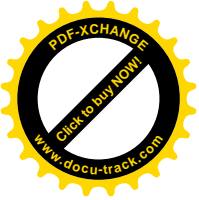
ja niiden hyväksikäyttämisestä. Kunnan on huolehdittava myös sosiaalihuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa koskevan tiedotus-, koulutus-, tutkimus-, kokeilu- ja kehittämistoiminnan järjestämisestä sekä sosiaalisen luoton myöntämisestä asukkaalleen. Kunnan on lisäksi huolehdittava päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien hoitoon kuuluvien palveluiden järjestämisestä. (Finlex 3. 2007.)

Lastensuojelulaki (13.4.2007/417) määrää, että alle 18-vuotias lapsi on huostaanotettava mikäli hänen huolenpidossaan tai kodin olosuhteissa jokin uhkaa vaarantaa vakavasti lapsen terveyttä tai kehitystä. Huolenpitoa uhkaava vaara voi olla esimerkiksi vanhempien päihdeongelma. Huostaanotto voidaan toteuttaa myös, mikäli lapsi vaarantaa vakavasti terveyttään tai kehitystään päihhteitä käyttämällä. (Finlex 4. 2007)

Päihdehuoltolain mukaan potilaalle on järjestettävä mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun, toimenpiteiden suunnitteluun sekä hoitoyhteisön toimintaan. Tämän tarkemmin laki ei määrittele päihdepalvelujen potilaan hoidon arviointia ja arvioinnin tarvetta. Muissa edellä mainituissa laeissa ei ole mainittu päihdepotilaan hoidon arviointia. Jos arviointi on mainittu jossain laissa, se liittyy laissa käsiteltävään asiaan. Esimerkiksi lastensuojelulaissa mainitaan lastensuojelun tarpeen arviointi.

Lakien lisäksi päihdehuollon ja -palveluiden kehittämistä ohjaavat useat eri suositukset ja ohjelmat, joista esittelemme muutamia tärkeäksi kokiamme. Järjestöjen päihdeohjelmassa (2004–2006) keskeiset pitkän tähtäimen suunnitelmat ovat alkoholin kokonaiskulutuksen vähentäminen, lasten ja nuorten päihteiden käytön ehkäisy ja vähentäminen sekä hyvinvoinnin ja terveyden tasa-arvon lisääminen eri väestönsien välillä (Järjestöjen päihdeohjelma 2004–2006, 9). Päihdepalveluiden laatusuosituksilla sosiaali- ja terveysministeriö sekä Suomen Kuntaliitto tahtovat lisätä päihdepalvelujen saatavuutta ja parantaa niiden laatua. Suosituksissa on pyritty yksityiskohtaisuuteen ja konkreettisuuteen, jotta niistä olisi hyötyä palvelujen suunnittelijoille, järjestäjille, tuottajille ja asiakkaille. Lisäksi oppaaseen on sisällytetty taustatietoa palvelujärjestelmästä, päihdetyön erityispiirteistä sekä esitettyjen suositusten arviointiperusteista. (Päihdepalvelujen laatusuosituksien 2002.)

Alkoholiohjelma 2004–2007 sisältää julkisen alkoholipolitiikan tavoitteet, joita ovat haittojen ehkäisy ja vähentäminen (Alkoholiohjelma 2004–2007). Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerien avulla tavoitteena on suunnata voimavarat ja tuki tarkoituksenmukaisimmalla tavalla. Se antaa päättäjille ja yleisölle tietoa siitä, millaiset ovat päihdehaittojen vähentämisen keinot ja mahdollisuudet ajanmukaisen tiedon valossa (Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit 2007). Lisäksi alkoholi- ja huumeongelmaisen hoidosta on tehty Käypähoito-suositukset.



Päihdepalvelujen laatusuosituksissa on useassa kohdassa mainittu päihdepotilaan hoidon arviointi. Päihdepalvelujen lähtökohdissa mainitaan, että päihdehoidon ja päihdepalveluiden tarkoituksena on potilaan ja hänen läheistensä avun, tuen ja hoidon tarve. Näistä tekijöistä koostuu hoidon tarpeen arviointi. Päihdepalveluiden laatusuosituksissa mainitaan myös useaan kertaan, että palveluita täytyy suunnitella asiakkaan lähtökohdista ja että asiakkaan pitää itse olla mukana suunnitelmaa tehtäessä. Päihdehoidon henkilöstöllä on oltava riittävä ammattitaito hoidon tarpeen arviointiin.

Alkoholiohjelmassa on maininta, jossa pitkäaikaisesta riskikäytöstä aiheutuvia haittoja ehkäistään muiden muassa kehittämällä alkoholikäytön riskien arviointia osaksi yleistä terveydentilan arviointia. Tarkemmin haittojen ehkäisyn toteuttamiskeinoista ei ole mainintaa. Ehkäisevän päihdetyön laatuksiteereissä ei ole mainintaa päihdehoidon arvioinnista. Käypähoitosuosituksukset painottuvat lähinnä somaattisiin oireisiin ja niiden arviointiin. Suosituksissa on mainittu eri päihdehoitoa antavia tahoja ja niihin hakeutumisohteja, mutta selkeää päihdehoidon arviointiin liittyvää ohjausta ei käypähoitosuosituksista löydy. Puhuttaessa arvioinnista näissä ohjelmissa ja suosituksissa tarkoitetaan pääsääntöisesti ohjelman toiminnan arviointia.

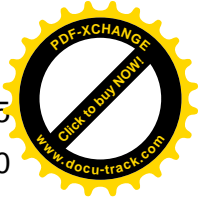
### 3.3 Myllyhoito

Tampereen Myllyhoitoklinikan mukaan Myllyhoito on kokonaisvaltaista, asiakasta arvostavaa ja kunnioittavaa hoitoa, joka perustuu päihteettömyyteen. Myllyhoito yhdistää omakohtaisen toipumiskokemuksen ja moniammatillisen osaamisen päihderiippuvuuden käsittelemisessä ja toipumisessa. Myllyhoidossa päihderiippuvuus nähdään sairautena, josta voi toipua kuntoutuksen avulla. Kuntoutus sisältää arvioinnin hoidon tarpeesta, tietoa sairaudesta, yksilö- ja ryhmäterapiaa, tutustumista AA:n toimintaan sekä jatkohoidon suunnittelun. AA-kokouksiin osallistuminen on Myllyhoitojakson aikana pakollista sekä avo- että laitoshoidto-ohjelmissa. Myllyhoidossa alkoholismi nähdään kroonisena, progressiivisena ja primaarina sairautena, jolle on ominaista päihderiippuvuuden kieltäminen. Hoidon tavoitteena on päihteetön elämäntapa. (Ekholm 1991, 9).

Myllyhoito on saanut alkunsa Amerikassa 1940- ja 1950-lukujen vaihteessa kolmessa erityyppisessä laitoksessa, jotka olivat Pioneer House, Hazelden ja Wilmar State Hospital. Tätä ennen päihteiden väärinkäyttäjää hoidettiin mm. mielisairaaloissa eikä alkoholismien luonnetta tunnettu ja hoitoresurssit olivat vaatimattomat. Alkoholismien hoidon kehittäminen lähti liikkeelle Minnesotassa Wilmarin mielisairaalassa ja siitä juontaa nimi Minnesota-malli. Muualla maailmassa siitä käytetään yleisesti nimityksiä Minnesota Model Treatment, Hazelden Treatment, 12 Steps Based Treatment sekä AA-Based Treatment. (Nieminen 2002, 11.)

Vuosien kehittämisen tuloksena syntyivät seuraavat perusolettamukset:



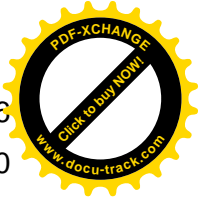


1. Alkoholismi on olemassa, vaikka sitä onkin vaikea tunnistaa.
2. Alkoholismi on sairaus.
3. Alkoholismi ei ole kenenkään syy.
4. Alkoholismi on monivaiheinen sairaus.
5. Alkoholismi on krooninen primaari sairaus
6. Hoitoontulohetken motivaatio ei määrää hoidon lopputulosta
7. Yhteisöissä on aloitettava tiedotus ja koulutus. Tieto auttaa yhteisöjä alkoholistien auttamisessa.
8. Kemiallisen riippuvuuden käsite. Erilaisia riippuvuuksia voidaan hoitaa samantyyppisillä ohjelmilla, sillä yhteisenä tekijänä on riippuvuus kemiallisiin aineisiin. (Kettunen & Leppänen 1994, 11-12.)

Kettusen ja Leppäsen mukaan (1994, 35-56) Suomeen Minnesota -mallinen hoito tuli vuonna 1978 alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkija Toivo Pöysän mukana Kanadasta. Hän meni tutkimiskäynnille Smithin klinikalle Kanadaan syksyllä 1977. Palattuaan Suomeen Pöysä julkaisi lehtikirjoituksen "Myllyhoito raitistaa juomareita Kanadassa" ja sen mukaan hoito muistutti tapahtumaa, jossa päihteiden väärinkäyttäjän elämä jauhetaan myllynkivien välissä ja muokataan uudelleen paremmaksi. Kirjoituksen myötä Minnesota -malli sai suomenkieliseksi nimekseen Myllyhoito. Hoitoa kokeiltiin Suomessa ensin leirimuotoisena vuosina 1981-1982 vapaaehtoisvoimin. Kalliolan Settlementti toimi leirien virallisena järjestäjänä. Rahoitus järjestyi kuntien maksusitoumuksella ja potilaiden itsensä kustantamana. 1.6.1982 aloitti toimintansa Alkon, AA:n ja Kalliolan yhteistyönä Kalliolan kuntoutuskliniikka Espoon Pellaksessa. Vuodesta 1982 lähtien Pellaksen ja 1984 lähtien Vantalan klinikoilla Nurmijärven Nukarilla Kalliolan settlementti on tuottanut Myllyhoidollisia palveluja ja nämä kaksi klinikkaa yhdistettiin Kalliolan Nurmijärven klinikaksi vuonna 1992 (Kalliola 2006).

Nykyisin Suomessa Myllyhoitoa toteuttavat Tampereen Myllyhoitoklinikka, Kalliolan klinikka Nurmijärvellä ja Kalliolan klinikoiden avohoitoyksikkö Helsingissä. Muita Myllyhoidollisia tahoja ovat mm. Jyränkölän settlementti Heinolassa, Helsingissä toimivat Ojutkangas -klinikka ja Kiskon klinikka sekä naisten päihdehoitoon erikoistunut hoitokoti Tuhkimo Enossa. Kaikkien Myllyhoitoa antavien hoitopaikkojen yhteistyökumppanina toimii Myllyhoitoyhdistys ry., joka on perustettu vuonna 1983. (Myllyhoidon suomalainen historia 2008).

Tampereen Myllyhoitoklinikalla on käytössä psykiatri William Glasserin kehittämä realiteettiterapia. Realiteettiterapia on kognitiivis-behavioraalinen menetelmä ja se perustuu Glasserin kehittämään valinnan teoriaan. Valinnan teorian mukaan ihminen valitsee tiedostamattaan miten käyttäytyy. Realiteettiterapia opettaa ihmisen hallitsemaan omaa elämäänsä, tekemään tehokkaampia valintoja sekä stressin ja haasteiden hallintakykyä. Sen perusajatus on, että ihmisen menneistä teoista ja elämäkokemuksista huolimatta hän voi jatkossa tehdä



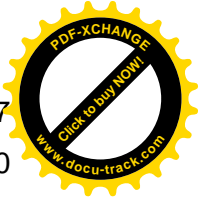
tehokkaampia valintoja ja valita parempia käyttäytymistapoja. (Glasser 1999, 62–88.) Realiteettiterapia jakaantuu kahteen osa-alueeseen, joita ovat luottavaisen terapisuhteen luominen ja itse realiteettiterapia. Tärkeänä pidetään lämpimän, hyväksyvän ja luottavaisen ilmapiiirin luomista, jotta potilas voi tuntea olonsa turvalliseksi puhuessaan omista asioistaan ja ongelmistaan. Terapiatilanteessa realiteettiterapeutit antavat potilaille haasteita ja he ottavat osaa keskusteluun rakentavilla kysymyksillä. Realiteettiterapiaa voidaan käyttää kaikissa hoidon vaiheissa, kuitenkin hiukan eri tavoin vaiheesta riippuen. Hoidon alkuvaiheessa terapeutti on täsmällisempi ja ohjaavampi kuin loppuvaiheessa. Realiteettiterapia on todettu hyväksi toimintamalliksi kaikkien addiktioiden hoidossa, koska sen onnistumista on erittäin helppo seurata ja sen keskeisenä painopisteenä on nykyhetki. (Härkönen 2006).

### 3.3.1 Päihdehoitoa antavia muita tahoja Suomessa

Myllyhoito on tällä hetkellä suhteellisen pieni osa suomalaista päihdehoitoa. Jotta saamme paremman kokonaiskuvan Suomessa käytössä olevasta päihdehoidosta, koemme tarpeellisenä esitellä myös muita päihdehoitoa antavia tahoja.

Sairaalatasoista päihdehoitoa toteutetaan Järvenpään sosiaalisairaalassa, jossa käytetään kognitiivispainotteista terapiaa. Se on Suomen ainoa päihdeongelmien hoitoon erikoistunut sairaala, jonne voi hakeutua mistä päin Suomea tahansa. Hoitoon hakeudutaan ottamalla yhteyttä oman paikkakunnan A-klinikkaan, sosiaalitoimistoon, terveyskeskukseen, mielenterveystoimistoon, työterveyspuoltoon tai yksityislääkäriin. Sosiaalisairaalassa toimii lisäksi asumisvalmennus ja kuntoutumisyksikkö. (Järvenpään sosiaalisairaala 2008.)

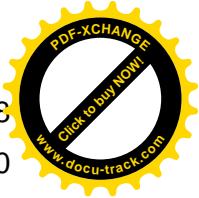
Laitoshoidolla tarkoitetaan päihdehoitoa jota annetaan, kun avohoidon keinot eivät riitä. Nimensä mukaisesti laitoshoidossa asutaan laitospäivähoitoympäristössä kahdesta neljään viikkoa. Laitoshiitoa tarjoavat yksiköt antavat sekä yksilö- että perhehoitoa. (Eväitä arkeen, laitoshiito 2008.) Stakesin mukaan laitoshoidolla tarkoitetaan katkaisu- ja kuntoutusyksiköitä (Partanen 2008). Katkaisu ja vieroitushoitoa antavat esimerkiksi A-klinikat, HUS:n päihdepsykiatrian poliklinikka ja eri paikkakunnilla toimivat alueelliset omien kuntien päihdehoitopaikat. Katkaisuhoidossa pyritään luomaan edellytykset fyysiselle kuntoutumiselle ja sosiaalisten ongelmien selvittelylle. Hoito sisältää pääsääntöisesti lepoa, lääkehoitoa, fyysisen kunnon seuranta, yksilö- ja ryhmäkeskusteluja sekä jatkohoidon suunnittelua. (Dahl & Hirschovits 2002, 404.) Tutkiessamme laitos- ja katkaisuhoidon huomasimme, että eri tahot määrittelevät nämä termit hyvinkin eri lailla. Osassa lähteistä esimerkiksi A-klinikka määritellään avohoidoksi ja osassa laitoshoidoksi. Laitoshiitona voidaan pitää myös Myllyhoidollisia hoitopaikkoja, joissa potilaat ovat sisällä useamman viikon ajan.



Avomylly tarkoittaa hoitomuotoa, jossa potilas käy hoidossa kotoa käsin. Kalliolan Setlemen-  
tin nettisivujen mukaan Avomyllyn hoito-ohjelma alkaa arviointijaksolla, joka sisältää lääkä-  
rin, psykologin ja päihdeterapeuttien haastattelut. Arvioinnissa kartoitetaan päihteiden käyt-  
töä, terveydentilaa, psyykkistä kuntoa ja sosiaalista verkostoa. Arvioinnin perusteella yksikön  
moniammatillinen tiimi tekee suosituksen tarvittavasta hoidosta. (Avomyllyn arviointi 2006.)  
Arvioinnin jälkeen alkaa varsinainen hoitojakso. Se kestää kuusi viikkoa ja sen aikana ryhmissä  
käydään kolmena iltana viikossa sekä yhtenä lauantaina. Hoitojakson tavoitteena on antaa  
tietoa päihderiippuvuudesta sekä luoda edellytykset päihteettömälle elämäntavalle. Työta-  
poina käytetään tietopainotteisia luentoja, ryhmätyöskentelyä, kirjallisia tehtäviä, yksilökes-  
kusteluja sekä perhe- ja verkostotapaamisia. Luennot käsittelevät päihteisiin liittyviä erilaisia  
terveydellisiä, sosiaalisia ja psyykkisiä tekijöitä sekä antavat tietoa päihderiippuvuudesta ja  
toipumisesta. Omaa elämää tarkastellaan myös erityisen tehtäväkirjan avulla. Tehtävät aut-  
tavat jäsentämään omaa elämäntilannetta ja luomaan jäsennellympi kuva omasta päihteiden  
käytöstä ja sen vaikutuksesta elämään. Työskentely auttaa myös löytämään toipumista edis-  
täviä voimavaroja. (Avomyllyn hoitojakso 2006.)

Myllyhoidossa keskeinen asema on ryhmätyöskentelyllä ja vertaistuellalla. Vertaisryhmässä on  
mahdollisuus jakaa omia elämäkokemuksia ja saada tukea toisilta potilailta sekä pohtia yh-  
dessä uusia ratkaisuvaihtoehtoja. Jokaisella hoitoon osallistuvalla on mahdollisuus tarvittaes-  
sa yksilökeskusteluihin sekä perhe- ja verkostotapaamisiin. Hoito-ohjelmaan kuuluva perhe-  
päivä antaa perheenjäsenille ja muille läheisille mahdollisuuden olla mukana kuntoutuksessa.  
Päivän tarkoitus on antaa tietoa päihteiden vaikutuksesta perheeseen ja auttaa perhettä  
oman kuntoutuksen käynnistämisessä. Kaikille hoidon käyneille tehdään jakohoitosuunnitelma  
yhteistyössä potilaan ja hänen verkostonsa kanssa. Hoitojakson jälkeen käytetyimpiä jatko-  
hoitopaikkoja ovat olleet AA-ryhmät, A-klinikat, yksilöterapiat, työterveyshuollot ja Avomyl-  
lyn jakohoitoryhmä. (Avomyllyn hoitojakso 2006.)

Tampereen Myllyhoitoklinikka katsoo olevansa laitoshoidon ja Avomyllyn välimuoto. Tampe-  
reen Myllyhoitoklinikan johtajan Härkösen (2008) mukaan Tampereen Myllyhoitoklinikka ei ole  
niin avoin kuin Avomylly, mutta ei myöskään suljettu laitosmainen "Umpimylly". Klinikalla  
potilaat ovat kahdeksan tuntia päivässä viitenä päivänä viikossa ja viikonlopuiksi heille teh-  
dään tarkat toimintasuunnitelmat. Potilaat asuvat pääsääntöisesti kodeissaan tai tuetussa  
asumisyksikössä Tampereella. Tampereen Myllyhoitoklinikalla hoito koostuu viikon mittaisesta  
arviointijaksosta ja 1-6 kuukauden mittaisesta intensiivijaksosta, jonka jälkeen potilaalla on  
mahdollisuus osallistua vuoden mittaiseen jakohoitoryhmään. Hoitoon kuuluu opetuksellisia  
luentoja, yksilö- ja ryhmäterapiaa sekä vertaisryhmiä. Hoitojakson aikana potilaat ohjataan  
AA:n tai NA:n piiriin ja potilaita autetaan tukihenkilön löytämisessä. Tarvittaessa potilaiden  
omaisia autetaan heidän omien ryhmien piiriin, joita on esitelty kappaleessa 3.3.3.



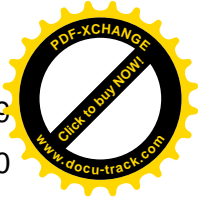
### 3.3.2 Päihdehoidon arviointi

Terveyden edistämisen keskuksen (2008) mukaan arviointi tarkoittaa tiedon järjestelmällistä keruuta, analysointia, arvottamista ja tulkintaa. Saatua tietoa voidaan käyttää toiminnan kehittämisessä, laajentamisessa tai siitä luopumisessa. Arvioinnin tehtävänä on etsiä vastauksia kysymyksiin joita halutaan selvittää. (Terveyden edistämisen keskus 2008.) Iivanaisen, Jauhaisen ja Pikkaraisen (2006, 68–80) mukaan hoitopolun alku on tunnettava, jotta hoidon alku ja loppu saadaan liitettyä saumattomasti yhteen. Näin saadaan turvattua hoidon jatkuvuus. Hoitotyötä suunniteltaessa voidaan käyttää prosessimallia, johon kuuluvat hoitotyön tarpeen arviointi, tavoitteet, toteutus ja loppuarviointi. Hoitotyön arviointi ei ole erillinen suoritus, vaan sairaanhoitaja arvioi hoitotyön tarvetta, tavoitetta sekä käytettyjä auttamismenetelmiä kriittisesti. Tarvittaessa hoitotyön suunnitelmaa muutetaan tavoitteiden saavuttamiseksi.

Mäkelä (2007, 11–12) kirjoittaa artikkelissaan, että terveydenhuollon menetelmien arvioinnissa vastataan kysymyksiin vaikuttavuudesta, voimavaroista ja terveystarpeesta. Tulokset sopivat pohjaksi terveystalouteen linjauksiin, mutta niitä voidaan käyttää myös yksilön hoitoa koskeissa päätöksissä. Arvion hyvä laatu edellyttää luotettavuutta ja riippumattomuutta ja se pitää suunnitella hyvin. Teikari ja Mäkelä (2007, 24–30) kirjoittavat samassa teoksessa, että arvioinnin tavoitteena on terveydenhuollon voimavarojen paras mahdollinen käyttö. Arviointi tulee aloittaa varhaisessa vaiheessa ja menetelmät tulee vakioida, jotta tietojen käytettävyys ja vertailukelpoisuus paranee. Arvioinnissa on aina tarkasteltava myös voimavaroja ja sen tulee olla toistuva prosessi.

Kokemuksemme perusteella potilaan tullessa hoitoon on tärkeää, että hänelle tehdään hoidon arviointi, sillä vain siten voidaan turvata potilaalle oikea hoito ja sen jatkuvuus. Arvioinnissa tulisi katsoa potilaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen tila, jolloin hän saa tarvitsemansa avun. Hoitoa ja potilaan tilaa on arvioitava määräajoin, jolloin voidaan tarvittaessa muuttaa hoitoa. Myös loppuarviointi hoidon päätyttyä on tärkeää, sillä siten voidaan tarkastella hoidon toimivuutta.

Eri lähteiden mukaan Myllyhoidossa arviointijakso tarkoittaa erimittaisia jaksoja, jotka ovat hoitopaikasta riippuen 3-7 vuorokauden mittaisia. Tampereen Myllyhoitoklinikalla arviointijakso on viikon mittainen. Arviointijakson aikana selvitetään potilaan riippuvuuden aste sekä fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen tila. Arviointijakson tavoitteena on lisätä potilaan motivaatiota muutokseen. Hoidon arviointi jatkuu systemaattisesti koko hoidon ajan. Potilas tapaa arviointijakson aikana moniammatillisen työryhmän jäseniä, joita ovat päihdeterapeutti, perheterapeutti ja sairaanhoitaja. Tarvittaessa potilas voi tavata myös sosiaalityöntekijän ja



psykiatrian erikoislääkäriin. Moniammatillisen työryhmän jäsenillä on käytössään American Society of Addiction Medicinen kehittämä moni-dimensionaalinen arviointimalli.

Arviointimalli sisältää kuusi dimensiota, jotka ovat:

1. Akuutti päihteidenkäyttö ja vieroitusoireet, jossa selvitetään mitä päihteitä potilas on käyttänyt ja miten, mitkä ovat hänen vieroitusoireensa ja onko hän ollut sairaalahoitossa päihteidenkäyttönsä vuoksi. Lisäksi kysytään tämänhetkinen lääkitys.
2. Potilaan fyysinen tila ja mahdollinen hoidon tarve, jossa selvitetään potilaan tämänhetkinen fyysinen terveydentila.
3. Tunneperäiset ja kognitiiviset ongelmat sekä mahdollinen psykiatrisen hoidon tarve, jossa selvitetään onko potilaalla diagnosoitu mielenterveyden sairauksia ja miten hän kokee psyykkisen terveydentilansa. Tässä yhteydessä kysytään myös väkivaltahistoriasta sekä päihteidenkäytön psyykkisistä seurauksista.
4. Potilaan hoitovalmius ja muutosvaihe, jossa selvitetään kuinka potilas hakeutui hoitoon, mitä hän odottaa hoidolta ja mikä on potilaan muutostaso. Hoitovalmiuden ja muutosasenteen mukaan suunnitellaan potilaan hoitoa.
5. Potilaan tietoisuus omasta riippuvuudestaan, selviytymistaidoistaan sekä retkahdustekijöistään. Selvitetään potilaan mahdolliset aikaisemmat hoitokerrat tai muut päih-teettömät jaksot sekä potilaan AA- tai NA -yhteydet.
6. Ympäristökijät, jossa selvitetään potilaan koulutus, onko hän suorittanut armeijan, onko hänellä ajokorttia sekä hänen työhistoriansa, onko hänellä laillisia, koulutuksellisia tai ammatillisia tekijöitä, jotka voivat olla häiriöksi hoidolle. Lisäksi selvitetään potilaan toimeentulo, asuminen, rikostausta ja perhesuhteet. Uhkaavatko potilaan perheenjäsenet, muut läheiset tai elämäntilanne hänen hoitoon sitoutumistaan tai turvallisuuttaan, saako potilas tukea läheisiltään.

Ennen arviointijaksoa suoritetaan screening eli alkukartoitus, jolloin potilaan ongelmien taso hahmotetaan, jotta saadaan selville onko potilas ensisijaisesti päihde-, psykiatrisen vai somaattisen hoidon tarpeessa. Hoitoon orientaatio aloitetaan heti ensimmäisestä yhteydenotosta, joka yleensä on puhelinkontakti. Silloin potilaalle kerrotaan Myllyhoidon keskeisistä elementeistä ja käytännön toimista Myllyhoitoklinikalla. Samalla potilaalle tehdään lyhyt puhelinhaastattelu (liite 3). Tullessaan hoitoon potilas täyttää MAST- kyselyn (liite 4), jolla kartoitetaan päihteiden käyttöä sekä huumeenkyselyn (liite 5). Yksi tärkeimmistä tehtävistä arviointijaksolla on vertaisryhmään liittyminen. Osana ryhmään liittymistä potilas kirjoittaa heti hoitoon tullessaan oman näkemyksensä hoitoon hakeutumisestaan. Kirjoituksensa potilas lukee ryhmälle mennessään sinne ensimmäisen kerran (liite 6). Potilas täyttää hoitoon tullessaan ja hoidon loppuessa Rosenbergin itsetuntoasteikon ja BDI-II masennustestin (liitteet 7 ja 8). Poti-



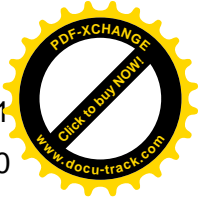
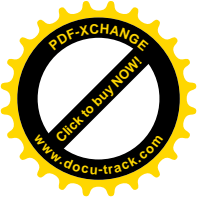
laalle kerrotaan hänen oikeutensa ja hän allekirjoittaa niitä koskevan paperin (liite 9) ja samalla hän allekirjoittaa päihteettömyys- ja hoitosopimuksen (liite 10). Lisäksi potilaasta täytetään henkilötietokortti (liite 11). Arviointijakson aikana potilas tekee päihteen käytöstään graafisen kuvauksen (liite 12) sekä kirjoittaa päihteenkäytön aiheuttamat negatiiviset vaikutukset fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen elämään (liite 13). (Härkönen 2008.)

### 3.3.3 Vertaistukiryhmät

Myllyhoitoon liittyy hyvin tiiviisti ajatus kahdentoista askeleen menetelmästä. AA sekä muut vertaistukiryhmät ovat olennainen osa hoitoa ja siksi katsoimme tarpeelliseksi tutustua joihinkin näistä ryhmistä. Kaikki ryhmät joihin tutustuimme, toteuttavat 12 askeleen ja 12 perinteen ohjelmaa, joten esittelemme ne tässä yhteydessä. Kukin ryhmä on muokannut alkuperäisiä askeleita omaan toimintaansa sopivaksi, mutta esittelemme vain alkuperäiset askeleet. Haastattellessamme Jari Härköstä (2008) kävi ilmi, että 12 askeleen ohjelmaa on muokattu myös muiden kuin päihteen käyttäjien käyttöön, kuten perheväkivaltaryhmiin, painonhallintaryhmiin jne.

AA on miesten ja naisten vertaistukiryhmä, jossa he jakavat keskenään kokemuksensa, voimansa ja toivonsa voidakseen ratkaista yhteisen päihdeongelmansa sekä auttaakseen toisia tervehtymään alkoholismista. AA syntyi Yhdysvalloissa vuonna 1935, kun kaksi pitkään raittiina ollutta miestä, Bill ja William, pysyivät raittiina antaessaan tukea ja rohkaisua toisille alkoholisteille. Anonyymit Alkoholistit eli nimettömät alkoholistit on toiminut Suomessa vuodesta 1948. Alkususäys Suomen AA:n perustamiselle oli vuonna 1946 Valituissa Paloissa julkaistu artikkeli, jossa amerikkalainen AA:n jäsen kertoi tarinansa. Artikkelin innoittamana Helsingissä alkoi kokoontua säännöllisesti AA-ryhmä. Suomenkielistä tietoa AA:n toiminnasta saatiin vuonna 1949 Kaliforniasta sinne muuttaneelta suomalaiselta AA:n jäseneltä. Suomalaiset AA-ryhmät saivat vaikutteita myös Ruotsin Länkarna -liikkeen kautta. (Nimettömät alkoholistit Suomessa 1990, 17–29). Maailmanlaajuisesti AA-ryhmiä on noin 100 000 ja niissä on noin 2 miljoonaa jäsentä noin 150 maassa. Suomenkielisiä ryhmiä on nykyään noin 700. Ainoa pääsyvaatimus jäseneksi on halu lopettaa juominen ja ainoa päämäärä on pysyä raittiina ja auttaa toisia alkoholisteja saavuttamaan raittius. (AA 2008.)

AA perustuu kahdentoista askeleen ja kahdentoista perinteen ohjelmaan. 12 askeleen henkilökohtainen toipumishjelma toimii AA-kokousten eli palaverien pääasiallisena viitekehysenä, mutta kokouksissa käsitellään myös ryhmätoiminnan yhtenäisyyttä määrittäviä 12 perinnettä. Perinteiden mukaan AA-ryhmät toimivat täysin omien jäsentensä vapaaehtoistyön ja jäseniltä saatujen avustusten varassa, liittoutumatta minkään tahon kanssa ja ottamatta vastaan ulkopuolisia avustuksia. AA-liikkeen toiminta pohjautuu nimettömyyteen eli jäsenet ei-



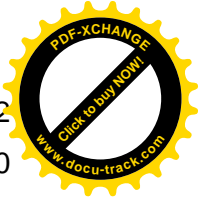
vät AA-toiminnan yhteydessä mainitse itsensä tai toisen jäsenen koko nimeä. (Nieminen 2002, 10.)

Kahdentoista askeleen hyväksyminen ei ole pakollista. Kokemus osoittaa kuitenkin, että ne, jotka vakavasti pyrkivät noudattamaan niitä ja soveltavat askelia jokapäiväiseen elämäänsä, näyttävät saavan enemmän irti AA:sta kuin ne, jotka noudattavat niitä epäsäännöllisesti. On sanottu, että kahtatoista askelta on mahdotonta noudattaa kirjaimellisesti. Siitä huolimatta hyvin monet AA-laiset ovat sitä mieltä, että he tarvitsevat välttämättä askelia voidakseen pysyä jaloillaan, sillä ne edustavat elämänkatsomusta, joka on ollut täysin vieras useimmille alkoholisteille. Kaksitoista askelta julkaistiin ensimmäisen kerran vuonna 1939 "Alcoholics Anonymous" –kirjassa.

#### Kaksitoista askelta

1. Myönsimme voimattomuutemme alkoholiin nähden ja että elämämme oli muodostunut sellaiseksi, ettemme omin voimin kyenneet selviytymään.
2. Opimme uskomaan, että joku itseämme suurempi voima voisi palauttaa terveytemme.
3. Päätimme luovuttaa tahtomme ja elämämme Jumalan huomaan – sellaisena kuin Hänet käsittimme.
4. Suoritimme perusteellisen ja rehellisen moraalisen itsetutkistelun.
5. Myönsimme värienteijojemme todellisen luonteen Jumalalle, itsellemme ja jollekin toiselle ihmiselle.
6. Olimme täysin valmiit antamaan Jumalan poistaa kaikki nämä luonteemme heikkoudet.
7. Nöyrästi pyysimme Häntä poistamaan vajavuutemme.
8. Teimme luettelon kaikista vahingoittamistamme henkilöistä ja halusimme hyvittää heitä kaikkia.
9. Hyvitimme henkilökohtaisesti näitä ihmisiä milloin vain mahdollista, ellemme näin tehdesämme vahingoittaneet heitä tai muita.
10. Jatkoimme itsetutkistelua ja kun olimme väärässä, myönsimme sen heti.
11. Pyrimme rukouksen ja mietiskelyn avulla kehittämään tietoista yhteyttämme Jumalaan, sellaisena kuin Hänet käsittimme, rukoillen ainoastaan tietoa Hänen tahdostaan meidän suhteemme ja voimaa sen toteuttamiseen.
12. Koettuamme hengellisen heräämisen näiden askelten tuloksena yritimme saattaa tämän sanoman alkoholisteille sekä toteuttaa näitä periaatteita kaikissa toimissamme.

(AA:n askeleet ja perinteet, 2007.)



## Kaksitoista perinnettä

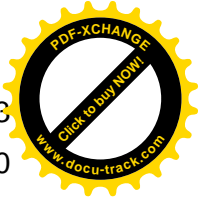
1. Yhteisen menestyksemme tulisi olla ensi sijalla, henkilökohtainen toipuminen riippuu AA:n yhtenäisyydestä.
2. Ryhmämme tarkoituksena varten on olemassa vain yksi perusarvovalta – rakastava Jumala sellaisena kuin Hän saattaa ilmaista itsensä ryhmämme jäsenten omassatunnossa. Johtajamme ovat vain uskottuja palvelijoita – he eivät hallitse.
3. Ainoa vaatimus AA -jäsenyydelle on halu lopettaa juominen.
4. Jokaisen ryhmän tulisi olla itsenäinen, paitsi toisia ryhmiä tai koko AA:ta koskevissa asioissa.
5. Jokaisella ryhmällä on vain yksi päätarkoitus – viedä sanomansa vielä kärsiville alkoholisteille.
6. AA-ryhmän ei tulisi milloinkaan ryhtyä takaajaksi tai rahoittajaksi eikä lainata AA:n nimeä millekään sukulaisjärjestölle eikä ulkopuoliselle yritykselle, etteivät raha-asioita, omaisuutta ja arvovaltaa koskevat pulmat vierottaisi meitä päätarkoituksestamme.
7. Jokaisen AA-ryhmän tulisi olla täysin omavarainen ja torjua ulkopuoliset avustukset.
8. Alcoholics Anonymous -seuran tulisi aina säilyä ei-ammattimaisena, mutta palvelukeskukseemme voivat palkata erikoistyöntekijöitä.
9. AA:ta sellaisenaan ei saisi koskaan organisoida, mutta voimme muodostaa palveluelimiä tai toimikuntia, jotka ovat välittömästi vastuussa niille joita palvelevat.
10. Alcoholics Anonymous -seuralla ei ole mielipidettä ulkopuolisista virtauksista; sen takia AA:n nimi ei saisi milloinkaan tulla vedetyksi julkisiin kiistoihin.
11. Ulospäin suuntautuva toimintamme pohjautuu pikemminkin vetovoimaan kuin huomion herättämiseen; meidän tulee aina ylläpitää henkilökohtaista nimettömyyttä lehdistön radion, television ja elokuvan piirissä.
12. Nimettömyys on perinteittemme henkinen perusta, aina muistuttaen meitä asettamaan periaatteet henkilökohtaisten seikkojen edelle.

(AA:n askeleet ja perinteet, 2007.)

NA eli nimettömät narkomaanit on vertaistukiryhmä, joka irrottautui AA:sta 1940-luvun lopulla USA:ssa. Varsinainen toiminta aloitettiin vuonna 1953, jolloin NA-laiset muokkasivat AA:lta lainatun 12 askeleen ohjelman huumeiden käyttäjille ja sekakäyttäjille sopivaksi. Eurooppaan NA levisi 1980-luvulla ja Suomessa pidettiin ensimmäinen NA kokous 1988 Helsingissä. Vuoteen 2000 mennessä NA kokouksia pidetään 21 paikkakunnalla. Osa NA:n toimintaa on vuosittaiset kesäpäivät sekä Euroopan-laajuinen konventti. Nykyään NA on maailmanlaajuinen tukiseura. (NA 2008.)

AI-anonissa käy esimerkiksi alkoholistien vanhempia, rakastettuja, aikuisia lapsia, puolisoita, sisarusia, työtovereita ja ystäviä. Joidenkin alkoholistiläheiset ovat vielä elossa, toisten kuolleet, toisten läheiset juovat edelleen ja toisten ovat olleet raittiita jo vuosia. Kokoontu-





essaan AI-anon -ryhmässä he jakavat kokemuksiaan. (AI-anon toimii – työkaluja alkoholistien perheille ja ystäville 2003, 16–17.)

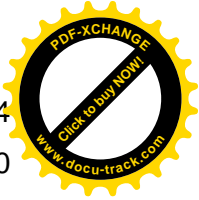
Alateen on osa AI-anonin perheryhmää ja se on tarkoitettu 10–20-vuotiaille nuorille, joiden elämään toisen ihmisen päihteiden käyttö vaikuttaa tai on vaikuttanut. Jokaisessa Alateen ryhmässä toimii kokenut AI-anon jäsen kummina. Alateen ohjelmassa nuoret oppivat, että pakonomainen juominen on sairaus, he itse eivät ole syyllisiä kenenkään juomiseen, nuori voi itse irrottautua juovan läheisen ongelmasta ja silti rakastaa häntä. Lisäksi he oppivat etteivät voi muuttaa toisia, mutta voivat saada toivoa ja voimaa rakentaa itselleen parempaa elämää tulevaisuudessa. Alateen-nuori voi osallistua myös AI-anon ryhmään. Jos nuori ei kykene menemään ryhmään, hän voi osallistua Alateenin netti chattiin. (AI-anon 2007; Alateen Kolo 2008.)

AAL eli alkoholistien aikuiset lapset on miesten ja naisten toveriseura, jonka jäsenet haluavat tervehtyä ja tiedostaa tuhoisat käyttäytymismallit jakamalla keskenään kokemuksensa, voimansa ja toivonsa. AAL on omavarainen ja se toimii vapaaehtoisten avustusten varassa. Se ei ole sitoutunut mihinkään kirkkokuntaan, uskonlahkoon, poliittiseen ryhmittymään eikä mihinkään järjestöön tai yhteiskunnalliseen laitokseen. Päätarkoituksena on toipua itsetuntemuksen avulla sekä auttaa muita alkoholistien aikuisia lapsia irrottautumaan menneisyyden aiheuttamasta tuskasta. AAL järjestää erilaisia tapahtumia ympäri Suomea ja se toimii 19 paikkakunnalla. (AAL 2007.)

Ollessamme töissä ja opintokäynnillä Myllyhoidollisissa paikoissa, olemme oppineet Tyyneysrukouksen, jolla on keskeinen asema hoitofilosofiassa. Tyyneysrukous sopii kuitenkin myös kaikkiin muihinkin elämäntilanteisiin. Olemme huomanneet sen rauhoittavan mieltä myös työstäessämme opinnäytetyötämme.

#### TYYNEYSRUKOUS

Jumala suokoon  
minulle tyyneyttä hyväksyä asiat,  
joita en voi muuttaa,  
rohkeutta muuttaa mitkä voin,  
ja viisautta erottaa  
nämä toisistaan.



#### 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Koska Suomessa ei ole yhtenäistä toimintatapaa päihdehoitoon tulevan henkilön arviointiin, toivottiin Tampereen Myllyhoitoklinikalta, että selvittäisimme siellä toteutettavan arviointijakson sisältöä ja sen toimivuutta. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää miten arviointijakso toteutuu Tampereen Myllyhoitoklinikalla, määritellä hoidon arvioinnin käsite Myllyhoidollisessa päihdehoidossa, selvittää mitkä tekijät mahdollistavat tai estävät arviointijakson onnistumisen sekä miten potilas kokee sen edistäneen tai estäneen hänen hoitoaan. Opinnäytetyössä etsitään vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Miten potilaan arviointijakso toimii käytännössä Tampereen Myllyhoitoklinikalla?
2. Miten potilas kokee pystyvänsä vaikuttamaan arviointijaksoon?
3. Miten arviointijakso lisää potilaan tietoisuutta hänestä itsestään ja tilanteestaan?
4. Mitkä asiat saavat potilaan jatkamaan Myllyhoidossa?

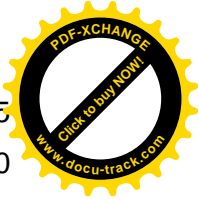
#### 5 TUTKIMUSMENETELMÄLLISET RATKAISUT

##### 5.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Opinnäytetyömme on tutkielmatyyppinen ja laadullinen. Sen tarkoituksena on kartoittaa Tampereen Myllyhoitoklinikalla hoidossa olevien ja olleiden potilaiden näkemystä arviointijaksoista ja sen toimivuudesta. Tarkoitus on myös selvittää miten arviointijakso tukee potilaan ja moniammatillisen työryhmän yhteistyötä. Tätä tarkoitusta varten haimme tutkimusluvan (liite 1) Tampereen Myllyhoitoklinikan johtajalta Jari Härköselältä.

Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2005, 129) mukaan strategiana käytetään tavallisimmin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, kun tutkimuksen tarkoitus on kartoittava. Kartoittava tutkimus voidaan tehdä myös kenttä- tai tapaustutkimusta käyttäen, mutta me päätimme tehdä opinnäytetyömme ryhmäkeskustelun avulla. Janhosen ja Nikkosen (2003, 15) mukaan laadullista tutkimusmenetelmää käyttävä tutkija pyrkii löytämään keräämästään aineistosta joitain yleisiä yhtäläisyyksiä, luo alustavia ehdotuksia käsitteistä ja päättyy yhtenäiseen käsitteiden määrittelyyn. Hirsjärvi ym. (2005,152) mukaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja pyrkimyksenä on löytää tosiasioita, ei todentaa olemassa olevia väittämiä. Opinnäytetyössämme halusimme todentaa Tampereen Myllyhoitoklinikalla käytössä olevan arviointimenetelmän toimivuutta aloitettaessa päihdehoitoa.

Valitsimme kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusmenetelmän, koska halusimme saada kokemukseräistä tietoa aiheesta. Krausen ja Kiikkalan (1997, 63) sekä Paunosen ja Julkun-



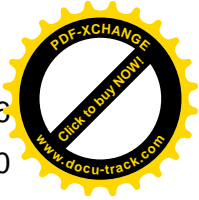
Vehviläisen (1998, 223) mukaan asiaa ryhdytään tarkastelemaan laadullisesta näkökulmasta silloin, kun tekijä kiinnostuu siitä miltä jokin asian tila tuntuu kyseisessä tilanteessa ja mitä se merkitsee yksittäiselle ihmiselle. Tarkkailun kohteina ovat siis ihmisten tunteet, näkemykset sekä heidän asioille tai tilanteille antamansa merkitykset.

Kvalitatiivisen tutkimuksen tyypillisiä piirteitä ovat, että ihmistä käytetään tiedonkeruuvälineenä eli luotetaan enemmän omiin havaintoihin ja keskusteluihin tutkittavien kanssa, kuin mittausvälineiden avulla hankittuun tietoon. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään induktiivista analyysiä, jolla pyritään paljastamaan odottamattomia seikkoja. Aineiston hankinnassa käytetään laadullisia menetelmiä kuten teemahaastattelu, osallistuva havainnointi, ryhmähaastattelu ja erilaisten dokumenttien analysointi. Kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti eikä satunnaisotannalla. Tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä, jolloin tutkimus toteutetaan joustavasti ja suunnitelmia muutetaan olosuhteiden mukaisesti. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja aineistoa tulkitaan sen mukaan. (Hirsjärvi ym. 2005, 155.)

## 5.2 Aineiston keruu

Tarkoituksenamme oli kerätä aineistoa ryhmäkeskustelun avulla teemahaastattelurunkoa (liite 2) apuna käyttäen. Emme kuitenkaan aikoneet noudattaa tehtyä haastattelurunkoa sanatakkasti, vaan sen tarkoitus oli toimia apuvälineenä ryhmäkeskustelun avaamisessa. Haastattelussa käytimme ei-strukturoitua eli avointa haastattelua, jonka tarkoituksena oli olla lähinnä keskustelua. (Metsämuuronen 2006, 115.) Olemme Tuomen ja Sarajärven (2004, 74–75) kanssa samaa mieltä siitä, että haastattelun etu on ennen kaikkea sen joustavuus. Meillä oli mahdollisuus toistaa kysymys tarvittaessa, oikaista väärinkäsityksiä, selvittää ilmausten sanamuotoja ja käydä keskustelua haastateltavien kanssa. Tällaista mahdollisuutta meillä ei olisi ollut, jos suorittaisimme kyselytutkimuksen. Krausen ja Kiikkalan mukaan (1997, 108–109) haastattelu on joustava tietojenkeruumenetelmä, jonka aikana haastattelijan tehtävänä on ylläpitää kiinnostusta tutkimukseen osallistumiseen. Haastattelun etuna on lisäksi, että haastatteluun valitut henkilöt saadaan mukaan haastatteluun ja he ovat tavoitettavissa tarvittaessa myöhemminkin (Hirsjärvi ym. 2005, 195).

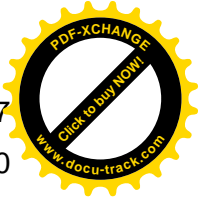
Ohjatessamme ryhmäkeskustelua käytimme hyväksemme vuorokuuntelua, jota Mattila käsittelee artikkelissaan "Vuorokuunteluohjaus asiakkaan ohjauksen laatutekijänä". Hänen mukaansa vuorokuuntelu on aitoa toisen kuuntelemista, jolloin keskustelu jatkuu toisen puheen perusteella. Tällöin kuunteleminen on tutkivaa ja se auttaa ymmärtämään toista paremmin. Kun asetutaan kuuntelemaan haastateltavaa, voidaan sisäistää hänen ajatusmaailmansa paremmin. (Mattila 2007, 124–125; Mattila 2006)



Hirsjärvi ja Hurme (2004, 63) kuvaavat kirjassaan ryhmähaastattelun hyötyjä ja haittoja. Ryhmähaastattelun hyötynä on, että sen aikana saadaan vastauksia samanaikaisesti usealta vastaajalta. Siten se tulee halvemmaksi ja helpommaksi kuin haastatella sama määrä henkilöitä yksilöhaastattelulla. Haittoina he kokevat, että kaikki eivät välttämättä tule paikalle. Myös ryhmadynamiikka saattaa vaikeuttaa haastattelun onnistumista. Kuitenkin Myllyhoidossa olleet potilaat ovat tottuneet tasavertaiseen keskusteluun, koska vertaistukiryhmät ja niissä keskustelu on tärkeässä asemassa Myllyhoidossa. Turusen, Paukkusen, Tossavaisen ja Taskisen (1996,201) artikkelista ilmenee, että haastateltavien on saatava katsekontakti toisiinsa haastattelun aikana. Näin saadaan vapautettua ilmapiiriä ja voidaan rohkaista osallistujia ilmaisemaan ajatuksiaan. Artikkelista ilmenee myös, että pieniltä tuntuvat käytännön järjestelyt saattavat vaikuttaa oleellisesti saatuun aineistoon. Ongelmaksi olisi saattanut muodostua ryhmähaastattelun nauhoitus, sillä toisten äänenvoimakkuus oli hiljaisempi eikä nauhuri välttämättä olisi tavoittanut sitä.

Tuomen ja Sarajärven mukaan (2004, 77) teemahaastattelussa edetään tiettyjen etukäteen valittujen teemojen mukaan ja niitä tuetaan tarkentavilla kysymyksillä. Teemahaastattelussa pyritään löytämään tutkimuksen kannalta merkityksellisiä vastauksia. Teemahaastattelurunkomme koostui tietyistä teemoista. Teemoiksi valitsimme arviointijakson toimivuuden, potilaan vaikutusmahdollisuudet, potilaan itsereflektion sekä Myllyhoidossa jatkamisen syyt. Mietimme muitakin teemoja, mutta päätimme, että nämä teemat vastaavat parhaiten tutkimuskysymyksiimme. Koska teemahaastattelurunkoon ei kuulu varsinaisia kysymyksiä, olemme keskustelua virittääksemme ja aiheessa pysyäksemme kehittäneet muutamia tukikysymyksiä ja -sanoja teemojen alle. Ne eivät kuitenkaan olleet johdattavia ja ne olivat avoimia kysymyksiä.

Ryhmähaastatteluun pyrimme saamaan mukaan henkilöitä, jotka ovat parhaillaan tai ovat olleet hoidossa Tampereen Myllyhoitoklinikalla. Osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Alkuperäinen suunnitelmamme oli, että ryhmissä olisi ollut viidestä kahdeksaan henkilöä ja ryhmiä yhteensä kolme. Näin olisimme saaneet isomman otannan. Saimme haastatteluihin kuitenkin kolme ryhmää, joissa oli enintään viisi henkilöä. Haastatteluissa oli mukana hoidon eri vaiheissa olevia potilaita, siten että osa oli vielä arviointijaksolla, osa hoidon loppuvaiheessa ja osa jo hoidon läpikäyneitä potilaita. Tampereen Myllyhoitoklinikan henkilökunta pyysi puolestamme potilailta halukkuutta haastatteluun. Vaarana oli, että saimme yksipuolisen mielipiteen arviointijaksosta, mutta tällä tavalla toimimalla haastateltavien puhevalmius oli todennäköisempää. Haastateltavamme olivat sekä miehiä että naisia ja he lukeutuvat aikuisväestöön. Kaikki haastattelut nauhoitettiin, jonka jälkeen litteroimme eli kirjoitimme puhtaaksi haastattelut ja muistiinpanot. Vaikka ryhmäkeskustelu oli hyvin runsasta, litteroimme kaiken keskusteluissa puhutun. Litteroitua saimme 12 sivua tekstiä, joka oli kirjoitettu fontilla Arial 11 ja rivivälillä 1.



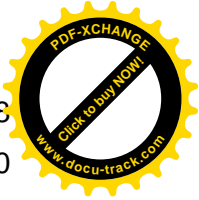
### 5.3 Aineiston analyysi

Saamamme aineisto käsiteltiin induktiivista sisällönanalyysiä apuna käyttäen. Teimme käsitekarttoja, jotta hahmotimme kokonaisuuden ja kaikki sen osat. Samalla erottelimme toisistaan olennaiset ja epäolennaiset asiat. (Metsämuuronen 2006, 124–125.) Sisällönanalyysillä tarkoitetaan sitä, että kerätty aineisto tiivistetään niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvailla lyhyesti (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23). Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida kerättyä aineistoa systemaattisesti ja objektiivisesti (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3). Tuomen ja Sarajärven (2004, 109–110) mukaan laadullisen aineiston sisällönanalyysi voidaan tehdä aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti. Kun aineistoa analysoidaan aineistolähtöisesti, voidaan puhua induktiivisesta analyysistä. Ensin saatu aineisto pelkistetään eli redusoidaan, sitten ryhmitellään eli klusteroidaan, jolloin samansisältöiset asiat yhdistetään ja ryhmitellään. Lopuksi aineisto abstrahoidaan eli luodaan teoreettiset käsitteet, jolloin tiedoista haetaan alaluokka, yläluokka ja pääluokka. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 110–115.) Kyngäs ja Vanhanen (1999, 11) toteavat, että sisällönanalyysiä pidetään vaativana menetelmänä. Kuitenkin asianmukaisesti ja huolellisesti käytettynä sen avulla saadaan uutta tietoa sekä voidaan muodostaa käsitejärjestelmiä.

Saamamme aineisto tulkittiin hermeneuttisesta näkökulmasta. Hermeneutiikka on perinteisesti ymmärretty tekstin tulkinnan ja selittämisen menetelmänä. Hermeneutiikka on ymmärtämistä ja tulkintaa korostava suuntaus filosofiassa ja sen avulla tutkitaan asioita, joita voi pitää merkitysten kokonaisuutena, kuten tekstiä, historiaa ja yhteiskuntaa. Tutkitusta kohteesta esitetään tulkinta, jonka avulla kohdetta tarkastellaan uudestaan, laajemmin ja syvemmin. Tämä johtaa uuteen tulkintaan, jonka avulla voidaan lähteä uusiin tutkimuksiin eikä lopullista tulkintaa synny ollenkaan. Kyseessä on kokonaisvaltainen prosessi, jossa yritetään hahmottaa koko tutkimusprosessi erilaisten näkökulmien kautta. (Hermeneutiikka 2003.)

### 5.4 Luotettavuus ja eettisyys

Puhuttaessa tutkimusetiikasta voidaan todeta, että eettisyyttä tutkimuksessa on tutkijan itsensä kehittäminen ja tutkimustehtävien ja -menetelmien oikea valinta (Vehviläinen - Julkunen 1997, 32). Toimimme opinnäytetyötä tehdessämme eettiset perusteet muistaen. Siksi pyrimme siihen, ettei haastateltavia tunnistettaisi tässä työssä millään tavalla. Vaikka käytimme suoria lainauksia tutkimustulosten havainnollistamiseksi, niistä on vaikea tunnistaa ketään. Kukaan ulkopuolinen ei ole kuullut haastattelujen nauhoituksia. Haastatellut olivat mukana vapaaehtoisesti ja heillä oli mahdollisuus keskeyttää haastattelu niin halutessaan. Raportoimme tutkimustulokset avoimesti ja rehellisesti.



Haastattelutilanne olisi saattanut epäonnistua mikäli ulkopuolisten läsnäolo, melu tai muut fyysiset seikat olisivat häirinneet ryhmähaastattelutilannetta. Ongelmaksi olisi saattanut myös muodostua vuorokuuntelun epäonnistuminen. Krausen ja Kiikkalan mukaan (1997, 109) epäonnistuminen saattaa johtua lisäksi haastattelijan mielipiteistä, tulosodotuksista sekä haastateltavan taustasta ja asemasta nousevista odotuksista. Haastattelut sujuivat kuitenkin häiriöittä ja jokainen sai halutessaan puheenvuoroja. Emme voi olla varmoja pystyikö jokainen ryhmähaastattelussa mukana ollut sanomaan mielipiteensä, mikäli hän olisi ollut eri mieltä muun ryhmän kanssa. Haastattelutilanteet vaikuttivat kuitenkin avoimilta ja rehellisiltä. Haastatteluissa esitettiin myös eriäviä mielipiteitä.

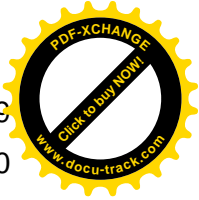
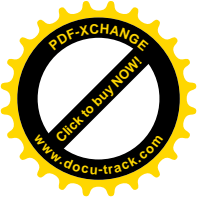
Hirsjärven ja Hurmeen (2004, 213) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen validiutta eli luotettavuutta määriteltäessä tulee tarkastella rakennevalidiutta. Rakennevalidius tarkoittaa sitä, että tutkimus koskee sitä, mitä sen oletetaan koskevan. Luotettavuutta tarkisteltaessa tutkijan on myös oltava tietoinen siitä, että hän vaikuttaa saatuun aineistoon jo haastatteluhetkellä. Tutkijan on pystyttävä kuvaamaan miten hän on päätenyt valittuihin ratkaisuihin luokitellessaan ja kuvatessaan aineistoa. Uskomme, että vastauksiin vaikuttivat myös vastaajien sen hetken mielentila ja se kuinka vakavasti he suhtautuivat vastaamiseen.

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkijan avoin subjektiteetti ja sen myöntäminen, että tutkija on tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pääasiallinen luotettavuuden kriteeri onkin tutkija itse ja näin ollen luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. (Eskola & Suoranta 2000, 210.) Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole tehty yhtä selkeitä kriteereitä kuin kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi. Validiteettia ja reliabiliteettia voidaan kuitenkin pitää arviointikriteereinä. Validiteettiongelmia saattaa syntyä, kun tutkimusaineisto ei anna vastausta tutkimuskysymykseen, aineistonkeruussa on puutteita tai tutkimusaineisto ei ole edustava. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen tai väitteen pätevyyttä eli oikeuttavatko käytetty aineisto, tutkimusmenetelmät ja saadut tulokset esitetyt väitteet. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimustulosten ja väitteiden luotettavuutta. Johtuuko tutkimustulos vain sattumasta vai kyetäänkö tulokset riippumattomasti toistamaan? (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 215.)

## 6 TULOKSET

### 6.1 Miten potilaan arviointijakso toimii käytännössä Tampereen Myllyhoitoklinikalla?

Ryhmähaastatteluissa potilaat kertoivat, että arviointijakso on yhden viikon mittainen ja se toteutetaan hoidon ensimmäisellä viikolla. Viikon alussa potilaalle nimetään isosisarus, jonka



mukana potilas kulkee ensimmäisen viikon ja johon potilas voi tukeutua koko hoitajakson ajan. Arviointijakso koostuu terapioiden, haastatteluista, tehtävistä sekä terveydentilan kokonaisvaltaisesta kartoituksesta. Terapiat toteutetaan yksilö- ja ryhmäterapioina. Oman terapeutin kanssa käydään läpi potilaan menneisyys monin eri tavoin ja tapaamisia pyritään järjestämään päivittäin. Perheterapeutin kanssa käydään läpi potilaan sosiaalinen tilanne. Potilaan fyysinen ja psyykinen terveydentila kartoitetaan ja tarvittaessa potilas ohjataan jatkohoitoon muualle. Haastatteluista kävi ilmi, että potilaat tekevät arviointijakson aikana erilaisia tehtäviä, kuten esimerkiksi päihteidenkäytön diagrammin, päihteidenkäytön historian eli stoorin sekä aloittavat päiväkirjan täyttämisen. Arviointijaksolla läpikäytyistä asioista tehdään kirjallinen kooste, jonka potilas saa luettavakseen ja hyväksyttäväkseen arviointijakson loputtua.

"... siinä ollaan sen seitsemän päivän aikana käyty ainakin kolmella tai viidellä eri tavalla se menneisyys läpi jotenkin, et mistä tilanteesta ollaan tullu ja missä tilanteessa ollaan tällä hetkellä. Kyllä se on rankin se eka viikko."

Suurin osa potilaista kertoi käyneensä hoidossa kotoa käsin, mutta osa asui asumisyksikössä koko hoidon ajan. Osa kertoi asuneensa pelkän arviointijakson ajan asumisyksikössä. Asumisyksikössä asuneet kertoivat, että ensimmäisen viikon aikana heillä ei ollut avaimia, vaan he liikkuvat isosisaruksen tai ryhmän mukana. Ensimmäisen viikon aikana ei myöskään saa vastaanottaa vieraita. Haastatteluista kävi ilmi, että asumispalveluyksiköllä on päivystäjä 24 tuntia vuorokaudessa. Suurin osa haastatteluista kertoi arviointijakson toimivan käytännössä hyvin. Osa potilaista ei osannut arvioida jakson toimivuutta ja osa koki sen omalla kohdallaan toimineen huonosti.

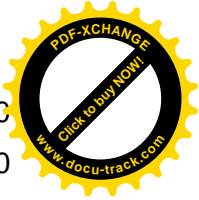
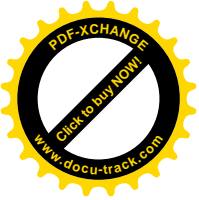
"... kun mä tulin niin sovin, että mä rupeen sit kotoa käsin käymään hoitoon, niin ehtona oli se että se arviointijakso pitää olla tossa asumisyksiköllä. Oli se ihan hyvä et pääsi irtautumaan sieltä päihteiden käytöstä ja siitä arjesta mitä siinä kotona oli."

"Arviointijaksolla ei siinä saa olla hetkeäkään yksin paitsi öisin, se on vähän siinä tarkoituskin. Ainakin mun kohdalla ajo asiaa."

"Ketekä tossa asuntolassa asuu, ni ei saa sitä omaa avainta. Jonku kaa joutuu niin ku kokoajan oleen tekemisissä. Oli se sitte loppujen lopuksi ihan hyvä ku nyt miettii, mua ei varmaan enää olis tässä, jos joku ei olis vahtinu sitä ensimmäistä viikkoa."

"... kyl mä sit hoksaan paremmin sen idean kun saa sen yhteenvedon. Vieläkin kattelen sitä yhteenvedoa ajoittain, koska siit pystyn muistuttamaan miks mä oon tullu tänne, kun tulee niitä heikompia hetkiä."

Haastatteluista kävi ilmi, että suurin osa potilaista koki, että yhteistyö henkilökunnan kanssa oli ajoittain hankalaa. Syiksi potilaat kertoivat terapeuttien runsaat poissaolot, jotka johtuivat potilaiden mukaan koulutuksista, sairaus- ja vuosilomista. Osa potilaista kertoi, että yhteistyö Tampereen Myllyhoitoklinikan henkilökunnan kanssa toimi hyvin. Oman terapeutin poissaollessa potilaalle osoitettiin toinen terapeutti, joka toimii sijaisena. Osa potilaista koki



sen kuitenkin turhauttavana, koska tällöin he joutuivat kertomaan saman asian eri ihmisille. Henkilökunnan poissaolot aiheuttavat ajoittain tapaamisten päällekkäisyyksiä ja se hankaloitti potilaiden mielestä asioiden hoitoa. Osa haastatelluista toi esiin, että eri terapeuttien vaatimukset tehtävien teossa erosivat toisistaan. Vähäinen henkilökuntamäärä koettiin positiivisena, koska kaikki tulevat tutuiksi ja se lisää turvallisuuden tunnetta.

"Mutta pikkusen ne tuntuu olevan, vaikka ei oo enää kesälomakausikaan, niin kiireisiä."

"... oli just kaikkein pahin kesälomakausi ja oma terapeutti jäi lomalle. Sitte piti taas avautua toiselle terapeutille. Se tuntu turhautavalta, et eks sä nää niistä papereista. Ja sitte taas hän jäi kesälomalle ... että se tuntu niin turhautavalta. Oma terapeutti taas tuli sitte takasin. Ne on erilaisia terapeutitkin, että toiset vaatii enemmän ja toiset tota ei ehkä vaadi niin paljon."

"... nimetään toinen terapeutti paikalle jos toinen on koulutuksessa tai sairaana. Silloin täällä kyllä toinen terapeutti hoitaa tilanteen ja kaikki henkilökunnasta on käytettävissä ja tääl on sen verran hyvä henkilökunta, et uskaltaa nykästä ketä vaan hihasta jos asiaa tulee. Siinä mielessä ei oo valittamista, mutta liikaa on sitä kaikenmaailman koulutuksia ja muita menoja, ne häiritsee."

"Välillä se vähän takkuilee joiltain osin, mut kyllä se niinku aluks oli silloin arviointiviikolla koin sen tosi turvalliseks. Ton terapeuttien kanssa jutteleminen ja sen täällä olon. Ja sen et niillä on ittelläki sitä kokemusta ja jotenki se on niille niin tuttua, ne ymmärtää mitä mä niille puhun."

Haastatellut eivät muistaneet kaikkia Tampereen Myllyhoitoklinikalla arviointijaksolla käytössä olevia lomakkeita. He luettelivat käytössä olevaista lomakkeista MAST- alkoholiriippuvuus-, huumeriippuvuus-, itsetunto-, mieliala- ja mielenterveyskyselyn. Mielipiteet lomakkeiden toimivuudesta jakautuivat kahtia. Toisten mukaan ne toimivat hyvin ja antoivat uutta tietoa omista ongelmista. Toiset taas kertoivat, ettei päihdeongelmista tullut uutta tietoa, vaan ongelmat olivat jo heidän tiedossaan.

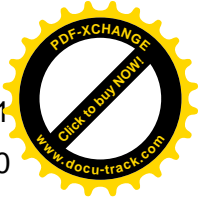
"Niin siinä on ollu ne pari testiä, se alkoholiriippuvuus- ja huumeriippuvuustesti ja mieliala-testi. Mä en niin perusta niitten. Mut kyllähän siitä ainakin mun kohdalla ilmeni se, että siinä huumeriippuvuustestissä oli enimmäispistemäärä 20, niin mulla oli 19. Ja okei se pitää ihan paikkaansa, et on niinku paha huumeriippuvuus ja sit oli se alkoholi se MAST-testi tai joku. Mä sain siitä testistä vaan kaks pistettä, mikä tarkoittaa sit taas sitä, et mulla ei oo alkoholiongelmaa. No okei ne molemmat pitää paikkansa, mut en mä tiedä tarvitaanko siihen sitä lomaketta..."

"Sitte siinä oli vielä sekin juttu, ku ne testit käytiin läpi, ni niistä ilmeni kaiken näköstä, mielenterveydellistä ongelmaa ja sitte nää fyysiseen sairauteen. Siinä tuli sellanen olo et täällä ei hoideta yksistään alkoholiongelmaa mikä tietysti on pääasia, vaan täällä katotaan nää muutkin."

"Kyllä se oli vähän semmonen ku Cosmopolitanin oletko sinkku vai varattu- tyyppinen? Tai tuli semmonen olo, niinku lukis jostain Reginasta, että oletko kesäkissa vai talvikissa?"

Kaikki haastateltavat kokivat vertaistuen tärkeäksi osaksi Myllyhoitoa. Potilaat osallistuvat päivittäin erilaisiin ryhmiin, kuten kalenterointiin, aamuviritykseen ja ryhmäterapioihin. Maanantai, keskiviikko ja perjantai-iltaisin potilaat käyvät yhdessä AA- tai NA-ryhmissä. Ryhmiin





kiinnittyminen hoitojakson aikana helpotti ryhmiin menemistä myös hoitojakson jälkeen. Kaikki haastateltavat kokivat vertaistuen tuovan turvallisuutta ja sen koettiin helpottavat hoitoon sitoutumista. Haastateltavien mukaan vertaistuki myös helpotti omista kokemuksista kertomista.

"Sitte isovehi pikkuveli suhteesta muodostuu koko hoidon kestäväks. Mut kuitenkin sit ekana viikkona on se yks kenen kans uskaltaa kaikkee puhua ja sit seuraa mitä isovehi tekee."

"Ryhmä oli auttamassa mua ku mulla oli tosi vaikeeta. Mulla oli vierotusoireita ja kaikkeen ni ei ollu niin ku yksin. Ei jätetty yksin mihkään. "

Haastatteluista kävi ilmi, että arviointijakson toiminta on muuttunut vuosien saatossa.

"Se oli aika paljon muuttunu. Oli tullu niitä hoito-ohjelmia. Esimerkiksi täällä on paljon enemmän luentoja ja tommosta ja että ei tarvii tehdä töitä. Aikaisemmin oli semmosta että piti tehdä aika paljon töitä ja siivota ja kaikkee tommosta. Tää oli eri paikassa. Mun mielestä tää on parempi. Varmaan se ku ei tarvii tehdä niin paljoa töitä. Joo, tässä joutuu kyllä paljon enemmän miettimään."

## 6.2 Miten potilas kokee pystyvänsä vaikuttamaan arviointijaksoon?

Pieni osa haastatelluista koki pystyvänsä vaikuttamaan omaan hoitoonsa arviointijakson aikana. Kuitenkin useampi ryhmäkeskusteluun osallistuneista koki, etteivät he voineet vaikuttaa arviointijaksoon. Arviointijakso on kaikille potilaille samantyyppinen, mutta potilaiden voimavarat otetaan huomioon ja tehtävät tehdään potilaalle sopivalla tahdilla. Arviointijakson aikana potilaan asiat selvitetään hänen näkökulmastaan. Haastatteluista käy ilmi, että potilaat voivat antaa väärän kuvan omasta tilanteestaan esimerkiksi vähättelemällä omaa tilannettaan tai jättämättä asioita kokonaan kertomatta.

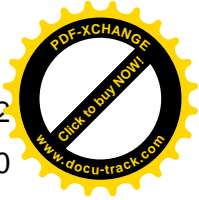
"Et sit voi jatkaa niin ku talon tavoilla tai kadun tavoilla. Näihin raameihin on sopeuduttava."

"Mä tein niin surkeen siitä mun diagrammista. Se oli mun mielestä puolittuus."

"Oli mulla tietenki mahdollisuus sanoo mun oma mielipide, et jos mä en jaksanu tehdä testejä, ni mä voin sen sanoo ja sit katotaan joku parempi ajankohta."

## 6.3 Miten arviointijakso lisää potilaan tietoisuutta hänestä itsestään ja tilanteestaan?

Haastatteluista kävi ilmi, että arviointijakso pakottaa potilaan pohtimaan ongelmiaan. Haastateltujen mukaan ongelmien tunnistamisessa auttaa myös ryhmään kiinnittyminen ja vertaisten tapaaminen. Oman tilanteen vähättely ja kieltäminen ennen arviointijaksoa ja sen aikana ilmenivät haastatelluilla monin tavoin. Potilaat olivat esimerkiksi käyttäneet päihteitä hoititomasti, vähätelleet itseään ja kapinoineet terapeutilleen. Haastatteluista kävi kuitenkin ilmi, että kaikilla potilailla ei ollut ennen arviointijaksoa todellista käsitystä omasta tilanteestaan ja myös käytännön asioissa oli ilmennyt suuria ongelmia. Osa potilaista oli tiedostanut on-



gelmansa jo ennen arviointijaksoa esimerkiksi katkolla ollessaan. Kuitenkin osa kertoi tiedostaneensa oman tilanteensa arviointiviikolla tai vasta hoidon jälkeen. Haastatellut kokivat, että muutos omaan suhtautumiseen ilmeni arviointijakson yhteenvedon saamisen jälkeen. Osa koki huomanneensa muutoksen vertaistukiryhmissä.

"Kyllä ne sillain mua ainakin autto ymmärtää, et on se alkoholiongelma ja huumeongelma, vakava huumeongelma ja sitte mä en muista mitä kaikkia testejä siinä oli niin on huono itsetunto. En mää tienny et mul on semmosta. Mä luulin et mulla on vaan se päihdeongelma. Niin mä olin heti alusta asti, et ei mulla oo muuta ongelmaa. Mä oon täällä kuukauden ja lähen meneen, ni se on sit siinä, et ei tarvi mitään muuta tehdä."

"Kyllä ne mun mielestä se arviointijakso ja hoitosuunnitelma kyllä ne ainakin ittellä on muutosta tuonu tähän suhtautumiseen omaan päihderiippuvuuteen. Ja on myöntäny paljon asioita mitä ei myöntäny vielä silloin. Oli vähän semmonen kapinahenki aika paljonkin. Ihan tarkotuksella pisti kapuloita rattaisiin terapeutille, että sä et tiedä itte mistään mitään."

"Mä ajattelin et mulla on pikku ongelma, joka hoituu sillä et mä oon täälä hetken ja lähen meneen. Mutta sitte tän arviointiviikon aikana mä sain huomata sen, miten se on niin ku vaikuttanu se pikku ongelma mun koko elämään ja läheisiin ihmisiin ja siihen millanen mä oon. Mä oon aina luullu et mä oon vaan vähän tyhmä tai hullu tai semmonen. Siit on niin ku monta juttuu ja se tietosuus siitä omasta sairaudesta ja tilanteesta kasvo koko ajan sen viikon aikana ja minäkin kasvo sen viikon aikana."

"Ei se mulla ainakaan muuttanu mitään. Mä oli tiedostanu jo etukäteen ja hyväksynyt sen, että tarviin muutosta. Se vaan vahvasti oikeastaan sitä."

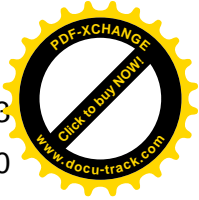
#### 6.4 Mitkä asiat saavat potilaan jatkamaan Myllyhoidossa?

Suurin osa haastatteluihin osallistuneista oli jatkanut Myllyhoidossa, koska he eivät halunneet enää käyttää päihteitä. Potilaat kokivat, etteivät he pysty muutokseen yksin ja tieto paremmasta tulevaisuudesta motivoi jatkamaan hoitoa. Osa kertoi pyytäneensä pidempää hoitojaksoa, koska he eivät omasta mielestään olleet vielä valmiita lähtemään Myllyhoidosta, vaan he pelkäsivät aloittavansa päihteiden käytön uudelleen. Ongelmien myöntäminen ja niistä puhuminen oli auttanut potilaita löytämään omia vahvuuksia. Haastatteluista kävi ilmi, että monet potilaista olivat olleet yksinäisiä ja eristäytyneitä ennen arviointijaksoa. Arviointijakson aikana he olivat kuitenkin tutustuneet toisiin potilaisiin ja se motivoi jatkamaan. Arviointijakson aikana haastatellut kokivat oppineensa nauttimaan raittiista elämästä ja he halusivat jatkossa löytää päihteettömän kaveripiirin.

"Mä halusin itte jatkaa. Mä huomasin ittekin, että mussa on tullu mutoksia, et ei vaan sen takia, että terapeutti sanoo."

"Kyllä varmaan päälimmäinen syy mikä sai mut jatkamaan arviointiviikon jälkeen, on se, et mä en vaan haluu enää käyttää."

"Ei yksin ei pärjää, se on se kaikist isoin."



Tulevaisuudensuunnitelmat motivoivat potilaita jatkamaan hoidossa. Ryhmähaastatteluihin osallistuneet kertoivat haluavansa jatkossa käydä töissä, hankkia oman asunnon sekä huolehtia itsestään ja läheisistään. 12 askeleen ohjelman toteuttaminen nousi tärkeäksi tavoitteeksi ja haastatellut halusivat jatkossa vahvistaa omia valmiuksiaan ongelmien kohtaamiseen. Tampereen Myllyhoitoklinikka tarjoaa lyhyitä intervallijaksoja hoidon läpikäynneille potilaille ja yksi tavoite olikin intervallijaksolle pääseminen.

”Et sit ku täst hoito loppuu ja niitä ongelmii rupee tulee, niin mulla on ainakin tavoitteena että mä oisin oikeesti valmis kohtaamaan ne ongelmat ja mä oisin niinku. Osaisin jotenkin sit toimii toisin, kun miten mä nyt oon toiminu viimeset 10 vuotta.”

”Töihin ja mitä siihen nyt sisältyy perhesuhteet, ystävät ja harrastukset. Lepo ja syönti ja kaikki normaalit mitä ei oo ollu sanotaan 15 vuoteen, se on kaikki ollu yhtä sekamelskaa.”

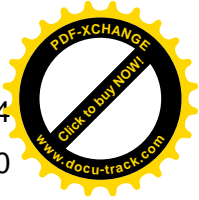
”Välttää päihteitä ja löytää joku terve itsetunto takasin. Ehkä joskus kouluttautua tai mennä töihin tai jotain. Ihan perusjuttuja.”

”Oon ainaki saanu niin hyviä työkaluja tulevaisuuteen, et mä osaan löytää ryhmän ittelleni ja saan kummin siitä ryhmästä mikä on mun hoitosuunnitelmassa. Ja aion jatkaa ryhmissä ja pitää yhtä ainoostaan ihmisiin joka ei käytä siviilissä alkoholia... Et se oppiminenhan ei lopu koskaan, mut ku syventyy tohon 12 askeleen ohjelmaan, ni siin on tekemistä koko loppuiäkseen. ”

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Terveystieteiden keskuksen (2008) mukaan hoidon tarpeen arvioinnin tarkoituksena on selvittää potilaan kokonaisvaltainen hoidon tarve. Saamamme aineiston mukaan Tampereen Myllyhoitoklinikan arviointijaksolla tämä toteutuu. Ensimmäisen hoitoviikon aikana selvitetään potilaan menneisyys sekä tämän hetkinen tilanne kokonaisvaltaisesti. Saadun tiedon perusteella pyritään motivoimaan potilasta hoitoon sekä asettamaan hoidolle tavoitteet. Teikarin ja Mäkelän (2007, 24–30) mukaan hoidon tarpeen arviointi tulee aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja arviointimenetelmän tulee olla kaikille potilaille sama, jotta tulokset ovat vertailukelpoisia keskenään. Tampereen Myllyhoitoklinikalla arviointijakso toteutetaan hoidon ensimmäisellä viikolla ja se on samansisältöinen kaikille potilaille. Haastatteluista kävi kuitenkin ilmi, että arviointijakson aikataulua voidaan muokata potilaan voinnin mukaan.

Tutkimiemme lähteiden ja tutustumiskäyntien perusteella meillä oli mielestämme hyvä käsitys arviointijakson toteutuksesta. Haastatteluista saamamme tieto tuki tätä käsitystä, mutta saimme niistä myös sellaista tietoa, jota meillä ei aiemmin ollut. Haastatteluista kävi myös ilmi, että arviointijakson sisältö on muuttunut vuosien saatossa. Saamamme tiedon perusteella arviointijakson tarkoituksena on määrittää potilaan hoidon tarve sekä motivoida potilas sitoutumaan hoitoon. Tiesimme ennen haastatteluiden tekemistä, että Tampereen Myllyhoitoklinikalla on käytössään monenlaisia lomakkeita ja kyselyitä. Haastatteluista kävi ilmi, ettei osa



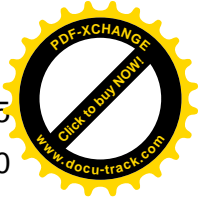
potilaista pitänyt niitä tarpeellisena. Arvelemme syynä olevan yleinen muutosvastarinta ja uuden oppimisen hankaluus, koska potilaat eivät ole tottuneet kaavakkeiden täyttämiseen.

Ryhmähaastatteluihin osallistuneet potilaat korostivat vertaistuen tärkeyttä hoitoon kiinnittymisessä ja siinä jatkamisessa. Käyttämiemme lähteiden mukaan päihteiden käyttäjien keskinäinen tuki auttaa pysymään raittiina. Haastattelusta kävi ilmi, että Tampereen Myllyhoitoklinikalla potilaat ohjataan vertaistuen piiriin heti hoidon alussa. Potilaat menevät toisten potilaiden mukana AA- ja NA -ryhmiin ensimmäisestä hoitoviikosta alkaen. Potilaat kokevat 12 askeleen noudattamisen tärkeänä tavoitteena. Tutkimamme aineiston perusteella 12 askeleen noudattaminen ei ole raitistumisen edellytys, mutta sen noudattaminen tukee raittiina pysymistä.

Kujasalon ja Nykäsen (2005, 102–104) mukaan päihdeongelman kieltäminen on osa riippuvuuden syntymistä. Koska suurin osa haastateltavista oli ollut hoidossa Tampereen Myllyhoitoklinikalla jo jonkin aikaa, he olivat jo tietoisia omasta päihderiippuvuudestaan ja siihen liittyvistä muista ongelmista, mutta sen laajuus selkiytyi vasta arviointijakson aikana tai sen jälkeen. Tämän vuoksi he eivät enää kieltäneet tai vähätelleet ongelmaansa, vaan myönsivät avoimesti sen olemassaolon. Siksi vuoksi näkisimme, että haastatelluilla ei ollut paljoa kerrottavaa tietoisuutta käsitteleviin kysymyksiin. Osa haastatteluissa mukana olleista potilaista oli hoidon alkuvaiheessa ja heistä oli nähtävissä joitain kieltomekanismin merkkejä, mutta he eivät niitä tuoneet sanallisesti esiin. Tästä syystä emme voi käsitellä niitä tuloksina.

Tuloksista käy ilmi, että yhteistyö henkilökunnan kanssa koetaan hyvänä ja tärkeänä osana hoitoa. Ongelmalliseksi koettiin henkilökunnan poissaolot lomien ja koulutusten vuoksi. Terapeuttien poissaolot saatetaan kokea hoitoa hankaloittaviksi, koska potilaan riippuvuus saattaa siirtyä päihteistä henkilökuntaan. Koski-Jänneksen (2000, 28–29) mukaan henkilö voi olla riippuvainen monesta asiasta kuten ihmissuhteista. Hänen mukaansa henkilö voi tavoitella turvallisuuden tunnetta olemalla riippuvainen toisesta henkilöstä. Tämä turvallisuuden tunne saattaa järkkyy esimerkiksi terapeuttien pitkien poissaolojen vuoksi. Myös Myllyhoidossa oleva tukihenkilö, ns. isosisarus, tukee ja auttaa hoidon alussa. Mikäli tukihenkilö retkahtaa, arviointijakson onnistumien on vaarassa. Vaikka haastatellut kokevat arviointijakson olevan raskas, he pääsääntöisesti kertovat sen tukevan hoidossa jatkamista.

Aloittaessamme opinnäytetyön tekemisen meillä ei ollut kovinkaan paljon tietoa tai käytännön kokemusta päihdehoitotyöstä tai Myllyhoidosta ja siksi tutustuimme riippuvuuteen ja päihdehoitotyöhön liittyviin asioihin. Työn ideointivaiheessa meillä oli kaksi kahden hengen ryhmää. Toisen ryhmän tarkoituksena oli tehdä opinnäytetyö arviointijaksosta ja toisen hoitosuunnitelmasta. Toinen hoitosuunnitelmaryhmän jäsenistä jättäytyi pois opinnäytetyön tekemisestä, jolloin ryhmät yhdistettiin yhdeksi kolmen hengen ryhmäksi. Työn alkuvaiheessa



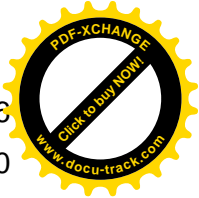
teoriaosuus oli jaettu kahteen osaan, jotka oli tarkoitus yhdistää suunnitelmaseminaarin jälkeen yhdeksi kokonaisuudeksi. Suunnitelmaseminariin mentäessä toisen ryhmän teoriaosuus oli vielä pahasti keskeneräinen. Pidimme kuitenkin suunnitelmaseminaarin ja puuttuvat tiedot täydensimme jälkikäteen.

Teorian ja Tampereen Myllyhoitoklinikalla tehdyn tutustumiskäynnin perusteella hahmotimme useita tutkimuskysymyksiä, joista valikoitui neljä keskeisintä kysymystä. Niitä muokattiin yhdessä työn tilaajan ja opinnäytetyötä ohjaavan opettajan kanssa lopulliseen muotoon. Tutkimuskysymysten perusteella teimme teemahaastattelurungon, jonka avulla pyrimme saamaan vastauksia tutkimuskysymyksiin. Toteutimme haastattelut ryhmähaastatteluina kolmelle ryhmälle Tampereen Myllyhoitoklinikalla. Koimme ryhmähaastatteluiden onnistuneen hyvin, sillä ilmapiiri vaikutti avoimelta ja rehelliseltä. Haastatteluiden avulla saimme runsaasti materiaalia, josta löysimme hyvin vastauksia tutkimuskysymyksiimme.

Ennen haastatteluiden toteuttamista olimme tutustuneet vuorokuunteluohjaukseen. Olimme päättäneet hyödyntää sitä haastattelutilanteissa kykyjemme mukaan. Haastattelutilanteessa haastattelijana toiminut ryhmämme jäsen tarttui haastatteluryhmän ”kuumaan puheeseen” jatkamalla puhetta siitä mihin haastateltava oli jäänyt ja kannustamalla muuta ryhmää jatkamaan puhetta samasta asiasta. Näin saatiin kaikkien haastateltavien mielipiteet kuuluviin. Haastatteluissa ei esitetty suoria kysymyksiä, vaan keskustelu vietiin eteenpäin luontevasti.

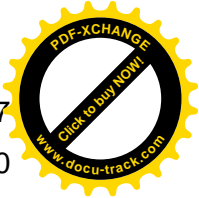
Opinnäytetyömme avulla Tampereen Myllyhoitoklinikka sai kokemuseräistä tietoa arviointijaksonsa toimivuudesta. Tulosten perusteella Myllyhoitoklinikka voi kehittää toimintaansa haluamaansa suuntaan. Varsinaista vertailua aiemmin tutkittuun tietoon emme voi suorittaa, koska vastaavaa tietoa ei ole kerätty Tampereen Myllyhoitoklinikalla. Emme löytäneet myöskään muita Myllyhoidon arviointijaksoon liittyviä tutkimuksia. Ryhmähaastatteluiden ongelmana oli, ettei haastateltavia saatu paikalle odotettua määrää. Osalla haastateltavista oli vaikeuksia keskittyä haastatteluun ja kaksi haastateltavaa poistui kesken haastattelun. Mikäli jatkossa halutaan kerätä vastaavanlaista tietoa, mielestämme toimivampi tapa saattaisi olla nimettömänä täytettävä kyselykaavake tai yksilöhaastattelu.

Koemme, että ryhmien pienuus oli toisaalta positiivinen ja toisaalta negatiivinen asia. Pienessä ryhmässä henkilön on helpompi tuoda mielipiteitään esille ja tunnelma haastattelutilanteessa oli vapautuneempi. Toisaalta otantamme on melko pieni ja siinä on mukana vain Myllyhoidossa jatkaneita potilaita. Mielipiteet olisivat saattaneet olla erilaisia, jos olisimme saaneet haastatteluihin mukaan myös Myllyhoidon lopettaneita potilaita. Olisi ollut mielenkiintoista saada haastatteluihin mukaan useampia jatkohoidossa olevia potilaita, sillä heiltä olisimme saaneet enemmän tietoa miten arviointijakso tukee raittiina pysymisessä.



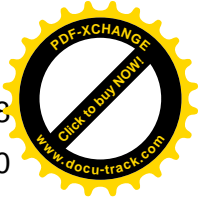
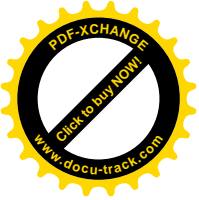
Tampereen Myllyhoitoklinikalla hoito koostuu monesta eri osa-alueesta ja jatkossa näiden kaikkien toimivuutta voitaisiin tutkia. Myös arviointijakson eri osa-alueita voitaisiin tutkia tarkemmin. Koska lomakkeiden ei pääsääntöisesti koettu auttavan, niitä voitaisiin kehittää, niiden käyttöä perustella paremmin potilaille tai miettiä vaihtoehtoisia tapoja potilaan elämäntilanteen arviointiin.

Tulevina sairaanhoitajina tarvitsemme yhteistyötaitoja, jotka ovat kehittyneet tätä työtä tehdessä. Yhteistyömme ryhmän kesken on toiminut erittäin hyvin ja olemme kyenneet löytämään yhteisen linjan läpi koko työn ajan. Myös yhteistyökumppaneiden kanssa olemme löytäneet sujuvan toimintatavan. Olemme oppineet runsaasti vuorokuunteluohjauksesta ja voimme hyödyntää sitä omassa tulevassa ammatissamme. Myös tutkimusmenetelmien käyttö on tullut tutuksi emmekä arastele jatkossa hyödyntää sitä. Teoriatietomme päihteistä, päihdeasiakkaan kohtaamisesta ja hoitoon ohjaamisesta on lisääntynyt runsaasti. Tulevassa työssä voimme käyttää erityisosaamistamme Myllyhoidosta ja sen arviointijaksosta.



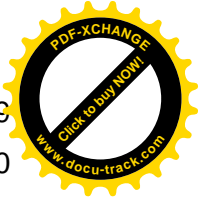
## LÄHTEET

- AI-anon toimii – työkaluja alkoholistien perheille ja ystäville. 2003. Pieksämäki: RT-Print Oy.
- Dahl, P. & Hirschovits, T. 2002. Tästä on kyse–Tietoa päihteistä. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Ekholm, H. 1991. Act now and 2002 too –Päihderiippuvuudesta toipuminen on mahdollista. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Glasser, W. 1999. Choice theory - A new psychology of personal freedom. New York: Harper-Collins publishers.
- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hiltunen, T., Kujala, V. & Mattila, K-P. 2005. Näkyvä piilo. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2004 Tutkimushaastattelu – teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Huttunen M. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. 2.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Härkönen, J. 2008. Johtajan haastattelu 6.3.2008. Tampereen Myllyhoitoklinikka. Tampere.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset Tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kettunen, R. & Leppänen, A. 1994. Myllyhoito – Alkoholismista päihteettömään elämäntapaan. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Knuuti, U. 2007. Matkalla marginaalista valtavirtaan: Huumeiden käytön lopettaneiden elämäntapa ja toipuminen. Helsingin yliopisto.
- Koski-Jännes, A. 2000. Miten riippuvuus voitetaan. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Krause, K. & Kiikkala, I. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Kujasalo, A. & Nykänen, H. 2005. Viinin viemää – nainen alkoholin ansassa. Hämeenlinna: Kirjapaja.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1 (11), 3 -12.
- Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2007. Haasteellinen Päihdetyö. Tampere: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S & Nikkonen, M. 2003 (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY, 21–43.

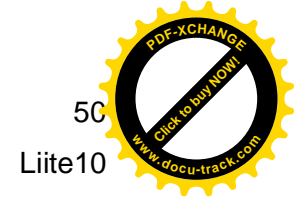


- Mattila, E. 2007. Vuorokuunteluohjaus asiakkaan ohjauksen laatutekijänä. Teoksessa Piirainen A. 2008 (toim.) Ohjaus Learning by Developing –toimintamallissa. Vantaa: Edita Prima Oy, 124–141.
- Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Mäkelä, M. Johdanto. Teoksessa Mäkelä, M., Kaila, M., Lampe, K. & Teikari, M. 2007 (toim.). Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 10–21.
- Nieminen, R. 2002. Myllyhoidollisen päihdetyön potilaiden koherenssin tunne, coping-menetelmät ja raittius. Pro gradu-tutkielma. Helsingin yliopisto, psykologian laitos.
- Nimettömät alkoholistit Suomessa. 1990. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Nuorvala, Y., Huhtanen, P., Ahtola, R. & Metso, L. Päihdeasiakkaat entistä vanhempia. Dialogi. 3/2008, 39–40.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY- kirjapainoyksikkö.
- Pulkinen, L. 1996. (toim.) Lapsesta aikuiseksi. Jyväskylä: Atena.
- Seppä, K. 1998. Päihdelainsäädäntö. Teoksessa Salaspuro, M., Kiiänmaa, K. & Seppä, K. (toim.). Päihdeläketiede. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 81–86.
- Taitto, A. 1998. Kuka minä sitten olen? Saarijärvi: Gummerus kirjapaino.
- Teikari, M. & Mäkelä, M. Aihevalinta ja ajoitus. Teoksessa Mäkelä, M., Kaila, M., Lampe, K. & Teikari, M. 2007 (toim.). Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 24–33.
- Terävä, A. 2004 (toim.). Perustietoa päihteistä ja päihdeongelmasta – Kouluttavan opas. A-klinikkasäätiön monistesarja numero 44.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Turunen, H., Paukkunen, L., Tossavainen, K. & Taskinen, H. 1996. Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä – osallistujien näkemyksiä haastattelujen toteutumisesta. Hoitotiede 4 (8), 195– 202.
- Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. 1997. Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. (toim.). Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 26–32.
- Vilen, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Juva: WS Bookwell Oy.
- Virtanen, M. 1982. Änkyrä, tuiske, huppeli – Muuttuva suomalainen humala. Juva: WSOY.
- Välimäki, P. 2003. Elämän vapauteen. Saarijärvi: Saarijärven offset Oy.
- AA. 2008. [www-dokumentti]  
<<http://www.aa.fi/>> (luettu 11.1.2008)
- AAL, alkoholistien aikuiset lapset. 2007. [www-dokumentti]  
<<http://www.aal.fi/>> (luettu 8.3.2008)
- AA:n askeleet ja perinteet. 2007. [www-dokumentti]  
<[http://www.suomenaa.fi/askeleet\\_perinteet.html](http://www.suomenaa.fi/askeleet_perinteet.html)> (luettu 11.1.2008)





- Al-Anon. 2007. [www-dokumentti]  
<<http://www.al-anon.fi/cgi-bin/linnea.pl?document=nuorille>> (luettu 8.3.2008)
- Alateen Kolo. 2008. [www-dokumentti]  
<<http://www.helppimesta.fi/Kolo/>> (luettu 8.3.2008)
- Alkoholiohjelma 2004–2007. [www-dokumentti]  
<<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/3262/chapter1.htx>> (luettu 10.3.2008)
- Alkoholiriippuvuus. 2006. [www-dokumentti]. <<http://www.paihdelinkki.fi/kuinkapaljon/alkoholiriippuvuus>> (Luettu 1.3.2008)
- Avomyllyn arviointi. 2006. [www-dokumentti]  
<<http://www.kalliola.fi/fi/paihdetyo/avohoito/avomylly/arviointi/>>(luettu 9.2.2008)
- Avomyllyn hoitajakso. 2006. [www-dokumentti]  
<<http://www.kalliola.fi/fi/paihdetyo/avohoito/avomylly/hoitajakso/>> (luettu 9.2.2008)
- Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit. 2007. [www-dokumentti]  
<<http://www.stakes.fi/FI/Kehittaminen/valineet/laatusuosituksia/paihdetyo/index.htm>> (luettu 10.3.2008)
- Eväitä arkeen, laitoshoido. 2008. [www-dokumentti]  
<[www.krits.fi/KRISTAMPERE/PALVELUOPAS/p%E4ihteet.html#laitushoido](http://www.krits.fi/KRISTAMPERE/PALVELUOPAS/p%E4ihteet.html#laitushoido)> (luettu 8.3.2008)
- Finlex. 2005. [www-dokumentti]  
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050566>> (luettu 23.2.2008)
- Finlex 2. 2007. [www-dokumentti]  
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820828>> (luettu 23.2.2008)
- Finlex 3. 2007. [www-dokumentti]  
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>> (luettu 23.2.2008)
- Finlex 4. 2007. [www-dokumentti]  
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>> (luettu 10.3.2008)
- Hermeneutiikka. 2003. [www-dokumentti]  
<<http://www.valt.helsinki.fi/kfil/termit/hermeneu.htm>> (luettu 10.4.2008)
- Hoidon tarpeen arviointi. 2004. [www-dokumentti]  
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019>> (luettu 13.12.2008)
- Härkönen, H. 2006. Myllyhoito-lehti. [www-dokumentti]  
<[http://www.myllyhoitolehti.fi/index.php?option=com\\_content&task=view&id=8&Itemid=6](http://www.myllyhoitolehti.fi/index.php?option=com_content&task=view&id=8&Itemid=6)> (luettu 1.10.2008).
- Jokinen T. 2005. Standardoitu terminologia hoitotyön toimintojen kirjaamisessa. [www-dokumentti]  
<<http://www.uku.fi/tht/opinnaytteet/TainaJokinengradu.pdf>> (luettu 13.12.2008)
- Järjestöjen päihdeohjelma 2004–2006. [www-dokumentti]  
<<http://www.tekry.fi/timage.php?i=60&f=1&name=paihdeohjelma2.pdf>> (luettu 10.3.2008)
- Järvenpään sosiaalisairaala. 2008 [www-dokumentti]  
<<http://www.sosiaalisairaala.fi/index.php?id=7>> (luettu 8.3.2008)



- Kalliola. 2006. [www-dokumentti]  
<<http://www.kalliola.fi/fi/paihdeyto/nurmijarven+klinikka/>> (luettu 11.1.2008)
- Koski-Jännes. 2005. Aine- ja toiminnalliset riippuvuudet. [www-dokumentti]  
<<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/411-aine-ja-toiminnalliset-riippuvuudet>>  
(luettu 13.12.2008)
- Koski-Jännes, A. 2008. Motivoiva haastattelu. [www-dokumentti]  
<<http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f1512340898/luento030408.pdf>>  
(Luettu 10.6.2008)
- Lasten raittiusyhdistys. 2008. [www-dokumentti]  
<<http://yhdistykset.vlk.fi/pyoronmaa/koulu.htm>  
<<http://www.kauhajoki.fi/pukkila/historia/k2.html>  
<<http://www.yla-savo.fi/?deptid=16202>> (luettu 23.2.2008)
- Mattila, E. 2006. Ohjaus kutsuu vuorokuunteluun. KeVer 4. Ammattikorkeakoulututkimuksen verkkolehti. [www-dokumentti]  
<<http://www.pirkam.fi/kever/kever.nsf>> (luettu 15.3.2008)
- Myllyhoidon suomalainen historia. 2008. [www-dokumentti]  
<[http://www.nettimylly.fi/index.php?option=com\\_content&task=view&id=19&Itemid=14](http://www.nettimylly.fi/index.php?option=com_content&task=view&id=19&Itemid=14)>  
(luettu 9.2.2008)
- NA. 2008. [www-dokumentti]  
<<http://www.nasuomi.org/>> (luettu 8.3.2008)
- Partanen, A. 2008. [www-dokumentti]  
<[http://www.talentia.fi/files/2761\\_KuntajapalvelurakAPartanen.ppt#1](http://www.talentia.fi/files/2761_KuntajapalvelurakAPartanen.ppt#1)> (luettu 8.3.2008)
- Päihdebarometri 2007. 2007. [www-dokumentti]  
<<http://www.health.fi/timage.php?i=100638&f=1&name=P%E4ihdebarometri2007.pdf>> (luettu 7.6.2008)
- Päihdepalvelujen laatusuosituksien. 2002. [www-dokumentti]  
<<http://pre20031103.stm.fi/suomi/tiedote/tied02/haotiedote2142.htm>> (luettu 10.3.2008)
- Päihderiippuvuus. 2008. [www-dokumentti]  
<[http://www.nettimylly.fi/index.php?option=com\\_content&task=category&id=8&Itemid=8](http://www.nettimylly.fi/index.php?option=com_content&task=category&id=8&Itemid=8)>  
(Luettu 14.1.2008)
- Riippuvuus yksilön ongelmana. 2005. [www-dokumentti]  
<<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/143-riippuvuus-yksilon-ongelmana>> (luettu 8.1.2008)
- Terveystiedon edistämisen keskus. 2008. [www-dokumentti]  
<[http://www.health.fi/index.php?page=arv\\_tyokaluja&i=182](http://www.health.fi/index.php?page=arv_tyokaluja&i=182)> (luettu 8.3.2008)
- Vinkkejä piikkihuumeita käyttävien kanssa työskenteleville. 2000. [www-dokumentti]  
<[http://www.sosiaalisairaala.fi/koulutusmateriaalia/vinkkeja\\_kirja.pdf](http://www.sosiaalisairaala.fi/koulutusmateriaalia/vinkkeja_kirja.pdf)> (Luettu 24.4.2008)



## LIITTEET

LIITE 1 TUTKIMUSLUPAHAKEMUS .....	52
LIITE 2 RYHMÄHAASTATTELUN TEEMAT JA KESKUSTELUA OHJAAVAT KYSYMYKSET .....	55
LIITE 3 HAASTATTELU.....	56
LIITE 4 MAST -KYSELY .....	57
LIITE 5 HUUMEKYSELY .....	58
LIITE 6 NÄKEMYS HOITOON HAKEMUKSESTA .....	60
LIITE 7 ROSENBERGIN ITSETUNTOASTEIKKO .....	61
LIITE 8 BDI- II.....	62
LIITE 9 POTILAAN OIKEUDET.....	64
LIITE 10 PÄIHTEETTÖMYYS- JA HOITOSOPIMUS .....	65
LIITE 11 HENKILÖTIETOKORTTI .....	66
LIITE 12 PÄIHTEIDEN KÄYTÖN GRAAFINEN KUVAUS .....	67
LIITE 13 PÄIHTEIDEN KÄYTÖN KIELTEISET SEURAUKSET .....	68



## Liite 1 Tutkimuslupahakemus



### TUTKIMUSLUPA

#### Opinnäytetyön tekijä/tekijät:

Kaltiokumpu Eija, Liljeqvist Erja, Liuhola Heidi

#### Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden yhteystiedot:

[eija.kaltiokumpu@laurea.fi](mailto:eija.kaltiokumpu@laurea.fi), [erja.liljeqvist@laurea.fi](mailto:erja.liljeqvist@laurea.fi), [heidi.liuhola@laurea.fi](mailto:heidi.liuhola@laurea.fi)

#### Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden osoitteet:

Eija Kaltiokumpu Keikkumäentie 141, 05200 Rajamäki  
Erja Liljeqvist, Kauppalankatu 14 c 39, 05800 Hyvinkää  
Heidi Liuhola, Etumartinkatu 4 c 6, 05800 Hyvinkää

#### Organisaatio/yksikkö:

Laurea ammattikorkeakoulu/ Hyvinkää

#### Organisaation/yksikön yhteystiedot:

Uudenmaankatu 22, 05800 Hyvinkää, Puh. (09) 8868 7700

#### Koulutusohjelma:

Hoitotyön koulutusohjelma

#### Opinnäytetyön ohjaaja:

Lehtori, KT Mattila Eija

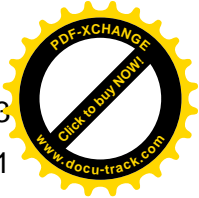
Opinnäytetyön ohjaajan yhteystiedot [eija.mattila@laurea.fi](mailto:eija.mattila@laurea.fi)

#### Opinnäytetyön nimi:

Potilaan hoidon arvioinnin merkitys Tampereen Myllyhoitoklinikalla potilaan kokemana  
Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata potilaan arviointia Tampereen Myllyhoitoklinikalla ja sen merkitystä potilaan hoidossa potilaan näkökulmasta. Tarkoitus on myös selvittää miten arviointijakso tukee potilaan ja moniammatillisen työryhmän yhteistyötä.

#### Opinnäytetyön tutkimuskysymykset:

1. Miten potilaan arviointijakso toimii käytännössä Tampereen Myllyhoitoklinikalla?
2. Miten potilas kokee pystyvänsä vaikuttamaan arvioinnin toteuttamiseen?
3. Miten arviointijakso lisää potilaan tietoisuutta hänestä itsestään ja tilanteestaan?
4. Mitkä asiat saavat potilaan jatkamaan Myllyhoidossa?



Opinnäytetyön aineisto ja menetelmät:

Tarkoituksenamme on kerätä aineistoa ryhmäkeskustelun avulla teemahaastattelurunkoa (Liite 1) apuna käyttäen. Emme kuitenkaan aio noudattaa tehtyä haastattelurunkoa sanatarkasti, vaan sen tarkoitus on toimia apuvälineenä ryhmäkeskustelun avaamisessa. Haastattelussa käytämme ei-strukturoitua eli avointa haastattelua, jonka on tarkoitus olla lähinnä keskustelua.

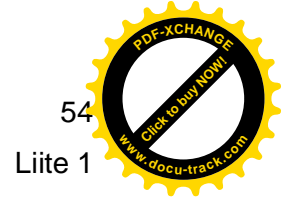
Hirsjärvi ja Hurme (2004, 63) kuvaavat kirjassaan ryhmähaastattelun hyötyjä ja haittoja. Ryhmähaastattelun hyötynä on, että sen aikana saadaan vastauksia samanaikaisesti usealta vastaajalta. Siten se tulee halvemmaksi ja helpommaksi kuin haastatella sama määrä henkilöitä yksilöhaastattelulla. Haittoina he kokevat, että kaikki eivät välttämättä tule paikalle. Myös ryhädynamiikka saattavat vaikeuttaa haastattelun onnistumiseen. Kuitenkin Myllyhoidossa olleet potilaat ovat tottuneet tasavertaiseen keskusteluun, koska vertaistukiryhmät ja niissä keskustelu on tärkeässä asemassa Myllyhoidossa. Turusen, Paukkusen, Tossavaisen ja Taskisen (1996, 201) artikkelista ilmenee, että haastateltavien on saatava katsekontakti toisiinsa haastattelun aikana. Näin saadaan vapautettua ilmapiiriä ja voidaan rohkaista osallistujia ilmaisemaan ajatuksiaan. Artikkelista ilmenee myös, että pieniltä tuntuvat käytännön järjestelyt saattavat vaikuttaa oleellisesti saatuun aineistoon.

Ryhmähaastattelut on tarkoitus pitää elokuussa 2008 Tampereen Myllyhoitoklinikan tiloissa. Ryhmähaastatteluun pyrimme samaan mukaan henkilöitä, jotka ovat parhaillaan tai ovat olleet hoidossa Tampereen Myllyhoitoklinikalla. Osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen. Tarkoituksenamme on haastatella kolmea ryhmää, joissa on vähintään viisi ja enintään kahdeksan henkilöä. Toivomme, että haastattelussa on mukana hoidon eri vaiheissa olevia potilaita, siten että osa olisi vielä arviointijaksolla, osa hoidon loppuvaiheessa ja osa jo hoidon läpikäyneitä potilaita. Tampereen Myllyhoitoklinikan henkilökunta tekee osallistujavallinnat puolestamme.

Tulemme toimimaan opinnäytetyötä tehdessämme eettiset perusteet muistaen. Siksi pyrimme siihen, ettei haastateltavia tunnistettaisi tässä työssä millään tavalla. Vaikka tulemme todennäköisesti käyttämään suoria lainauksia tutkimustulosten havainnollistamiseksi, niistä on vaikea tunnistaa ketään. Kukaan ulkopuolinen ei tule kuuntelemaan haastatteluja. Haastatellut ovat mukana vapaaehtoisesti ja heillä on mahdollisuus keskeyttää haastattelu niin halutessaan. Raportoimme tutkimustulokset avoimesti ja rehellisesti.

Saamamme aineisto käsitellään induktiivista sisällönanalyysiä apuna käyttäen, eli teemme käsittekarttoja, jotta hahmotamme kokonaisuuden ja kaikki sen osat. Samalla erottelemme toisistaan olennaiset ja epäolennaiset asiat. (Metsämuuronen 2006, 124–125.) Sisällönanalyysillä tarkoitetaan sitä, että kerätty aineisto tiivistetään niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvailla lyhyesti (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23). Sisällön analyysin avulla voidaan analysoida kerättyä aineistoa systemaattisesti ja objektiivisesti (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3). Kyngäs ja Vanhanen (1999, 11) toteavat, että sisällön analyysiä pidetään vaativana menetelmänä. Kuitenkin asianmukaisesti ja huolellisesti käytettynä sen avulla saadaan uutta tietoa, sekä voidaan muodostaa käsitejärjestelmiä.

Saamamme aineisto tulkitaan hermeneuttisesta näkökulmasta. Hermeneutiikka on perinteisesti ymmärretty tekstin tulkinnan ja selittämisen menetelmänä. Hermeneutiikka on ymmärtämistä ja tulkintaa korostava suuntaus filosofiassa ja sen avulla tutkitaan asioita, joita voi pitää merkitysten kokonaisuutena, kuten tekstiä, historiaa ja yhteiskuntaa. Tutkitusta kohteesta esitetään tulkinta, jonka avulla kohdetta tarkastellaan uudestaan, laajemmin ja syvemmin. Tämä johtaa uuteen tulkintaan, jonka avulla voidaan lähteä uusiin tutkimuksiin, eikä lopullista tulkintaa synny ollenkaan. Kyseessä on kokonaisvaltainen prosessi, jossa yritetään hahmottaa koko tutkimusprosessi erilaisten näkökulmien kautta. (Hermeneutiikka 2003.)



Opinnäytetyömme on tutkielmatyyppinen ja laadullinen.

...../..... 200... ..

Paikka ja aika

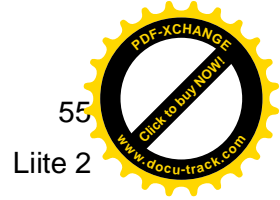
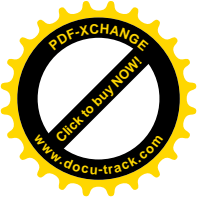
Opinnäytetyön tekijöiden allekirjoitukset

...../..... 200... ..

Paikka ja aika

Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus

Opiskelijalla on opinnäytetyötä tehdessään samanlainen vaitiolovelvollisuus kuin sosiaali- ja terveysalan virkasuhteisella työntekijällä. Hän on velvollinen ehdottomasti turvaamaan opinnäytetyössään tarkastelemiensa henkilöiden intymiteetin ja anonymiteetin



Liite 2 Ryhmähaastattelun teemat ja keskustelua ohjaavat kysymykset

1. Arviointijakson toimivuus

- a. Miten koitte arviointijakson toimivan käytännössä?
- b. Miten arviointijakso vaikutti ongelmienne tunnistamiseen?
- c. Miten yhteistyösuhteenne henkilökuntaan toimi arviointijakson aikana?
- d. Minkälaisia lomakkeita käytettiin? Miten ne toimivat?
- e. Koitteko saavanne vertaistukea ja mikä sen merkitys oli?

2. Potilaan vaikutusmahdollisuudet

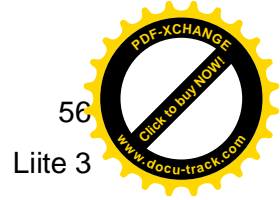
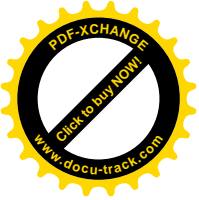
- a. Pystyittekö vaikuttamaan omaan hoitoon arviointijakson aikana?
- b. Mitä se merkitsi?

3. Itsereflektio

- a. Huomasitteko vähätteleväanne ongelmianne? Milloin ja miten tämä tapahtui?
- b. Miten tietoisuutenne omasta tilanteestanne muuttui arviointijakson aikana?

4. Myllyhoidossa jatkamisen syyt

- a. Mikä motivoi teitä jatkamaan Myllyhoidossa?
- b. Millaisia tavoitteita teillä oli? Miten ne tukivat teitä Myllyhoidossa jatkamisessa?



### Liite 3 haastattelu

Nimi, henk.tunnus, yhteystiedot

Miksi tullut haastatteluun

Päihdehistoria (pääpiirteittäin)

Viimeisen kk:n päihteidenkäyttö/viimeisin yhtäjaksoinen päihteidenkäyttöjakso, päihteet ja määrät

Tarvitseeko katkolääkitystä? Lääkitys, annostus bentsoissa, viimeaikojen max. annostukset

Hoitoon ohjaava taho? Jos mahdollista, heidän ajatuksensa.

Hoidon maksaminen?

Taloudellinen tilanne, selitä Myllyn rahakäytännöt ja kulut arjessa.

Myllyn yleisimmät käytännöt; vierailut, ryhmät, yksin liikkuminen, mitä tarvitsee mukaan, yhteydenpito muihin hoitaviin tahoihin tarvittaessa ym.

Oma ajatus ongelmista ja hoidon tarpeesta (kirjoittaen)

Hoidon ideologia ja tavoitteet

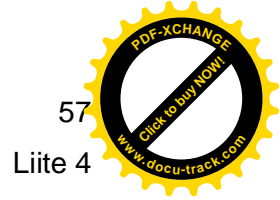
Mahdolliset fyysiset ja psyykkiset ongelmat

Aikaisemmat avo- ja/tai laitoshoidot, paikka ja aika

Sosiaalinen ympäristö

Mikäli haastateltava on kiinnostunut arvioinnista tai arvioinnin aloittamisesta päätetään, sovi yhteydenpidosta mahdollisen jonottamisen ajaksi.





## Liite 4 MAST -kysely

Tähdellä merkityissä kysymyksissä kieltävä vastaus viittaa alkoholismiin, muissa myöntävä. Yli viiden pisteen tulos viittaa vahvasti alkoholismiin. Tämän testin tulos voidaan tutkijoiden mukaan yleistää myös huume- ja lääkeriippuvuuteen.

- 1.\* Oletko mielestäsi normaali alkoholinkäyttäjä? 2pist.
2. Onko sinulla koskaan ollut muistinmenetykskohtauksia, jotka ovat aiheutuneet liiallisesta alkoholin käytöstä? 2pist.
3. Ovatko puolisisi tai vanhempasi koskaan valittaneet alkoholinkäytöstäsi? 1pist.
4. \*Voitko ilman vaikeuksia lopettaa juomisen yhden – kahden drinkin jälkeen? 2pist.
5. Oletko koskaan ollut huolestunut alkoholinkäytöstäsi? 1pist.
6. \*Pitävätkö ystäväsi ja sukulaisesi sinua normaalina alkoholinkäyttäjänä? 2pist.
7. Yritätkö koskaan rajoittaa juomistasi tiettyihin päiviin, tunteihin tai paikkoihin? 0pist.
8. \*Voitko aina lopettaa juomisen kun haluat? 2pist.
9. Oletko koskaan ollut itsesi tähden AA-liikkeen kokouksessa? 5pist.
10. Oletko joutunut humalaisena tappeluun? 1pist.
11. Onko juomisesi koskaan aiheuttanut ongelmia sinun ja puolisisi välillä? 2pist.
12. Onko puolisisi tai joku muu perheenjäsen koskaan etsinyt apua sinun juomisesi tähden? 2pist.
13. Oletko koskaan menettänyt ystävän tai seuralaisen juomisesi tähden? 2pist.
14. Oletko koskaan joutunut työssäsi vaikeuksiin juomisesi tähden? 2pist.
15. Oletko joskus menettänyt työpaikkasi juomisesi tähden? 2pist.
16. Oletko koskaan laiminlyönyt velvollisuuksiasi, perhettäsi tai työtäsi yli kahden päivän ajan juomisesi tähden? 2pist.
17. Juotko koskaan aamupäivisin? 1pist.
18. Onko sinulla koskaan todettu alkoholisairautta, esim. maksakirroosia? 2pist.
19. Onko sinulla koskaan ollut deliriumia, vaikeaa vapinaa, näkö- ja kuuloharhoja juomisen loputtua? 2pist.
20. Oletko koskaan hakeutunut tai pyrkinyt hoitoon juomisesi tähden? 2pist.
21. Oletko koskaan ollut sairaalahoidossa juomisen tähden? 5pist.
22. Oletko koskaan ollut hoidossa psykiatrisessa sairaalassa tai muussa sairaalassa oireen tähden, joka ainakin osittain johtui juomisesta? 2pist.
23. Oletko ollut psykiatrin, lääkärin, psykologin tai sosiaaliviranomaisen asiakkaana ongelman tähden, joka ainakin osittain on ollut juomisesi aiheuttama? 2pist.
24. Oletko koskaan ollut pidätettynä juomisesi tai humaltumisesi tähden? 2pist.
25. Onko sinulla rattijuopumustuomiota?



## Liite 5 Huumeekysely

Lomakkeen kysymykset käsittelevät huumaavien aineiden (ei alkoholin) käyttöä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden ajalta. Lue jokainen kysymys huolellisesti ja vastaa ympäröimällä sopiva vaihtoehto ("kyllä" tai "ei").

Huumaavien aineiden "väärinkäyttö" tarkoittaa joko (1) reseptilääkkeiden tai käsikauppalääkkeiden käyttämistä ohjeita suurempina annoksina (liikakäyttö) tai (2) huumaavien aineiden käyttöä muuhun kuin lääkinnälliseen tarkoitukseen. Huumaavia aineita ovat esimerkiksi kannabis (hasis, marihuana), kokaiini, opiaatit (morfiini, heroiini), stimulantit (mm. amfetamiini), impattavat aineet (mm. liimat, polttonesteet), rauhoittavat lääkkeet (mm. Diapam), barbituraatit (mm. jotkut unilääkkeet) ja hallusinogeenit (mm. LSD). Muista, että kysymykset *eivät koske alkoholia*.

Vastaa jokaiseen kysymykseen. Jos kumpikaan vaihtoehtoista ei tunnu täysin oikealta, valitse lähempänä oikeaa oleva vaihtoehto.

---

Lomakkeen kysymykset koskevat huumaavien aineiden käyttöäsi viimeksi kuluneen 12 kuukauden ajalta.

Oletko käyttänyt huumaavia aineita tai lääkkeitä muuhun kuin lääkinnälliseen tarkoitukseen?

Kyllä

En

Oletko käyttänyt reseptilääkkeitä muuten kuin lääkärin ohjeiden mukaan?

Kyllä

En

Oletko käyttänyt useampia huumeita tai lääkkeitä samanaikaisesti?

Kyllä

En

Selviätkö viikkoa ilman päihdyttävien lääkkeiden tai huumeiden käyttöä?

Kyllä

En

Pystytkö aina halutessasi lopettamaan päihdyttävien aineiden (huumeiden tai lääkkeiden) käytön?

Kyllä

En

Onko sinulla koskaan ollut huumeiden tai lääkkeiden käytön aiheuttamia muistikatkoja tai takaumia?

Kyllä

Ei

Tunnetko koskaan syllisyyttä huumeiden tai lääkkeiden käytön vuoksi?

Kyllä

En

Moittivatko vanhempasi tai puolisesi sinua koskaan huumeiden tai lääkkeiden väärinkäytöstä?

Kyllä

En

Onko huumeiden tai lääkkeiden käyttö aiheuttanut ongelmia sinun ja puolisesi tai sinun ja vanhempasi välillä?

Kyllä

En

Oletko menettänyt ystäviä huumeiden tai lääkkeiden väärinkäytön vuoksi?

Kyllä

En

Oletko laiminlyönyt perhettäsi huumeiden tai lääkkeiden väärinkäytön vuoksi?

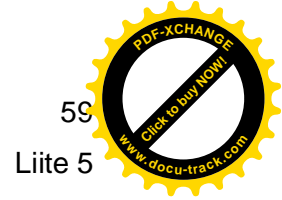
Kyllä

En

Oletko joutunut työssä huumeiden tai lääkkeiden käytön takia hankaluuksiin?

Kyllä

En



Oletko menettänyt työpaikan huumeiden tai lääkkeiden käytön takia?

Kyllä

En

Oletko joutunut tappeluun huumeiden tai lääkkeiden vaikutuksen alaisena?

Kyllä

En

Oletko tehnyt mitään laitonta saadaksesi huumeita tai lääkkeitä? (Suomessa myös huumaavien aineiden käyttö ja hallussapito on kielletty.)

Kyllä

En

Onko sinua pidätetty huumeiden hallussapidosta?

Kyllä

En

Onko sinulla koskaan ollut vieroitusoireita (huonovointisuutta) huumeiden tai lääkkeiden käytön lopettamisen jälkeen?

Kyllä

En

Onko sinulla ollut huumaavien aineiden käytöstä johtuvia terveydellisiä ongelmia (esim. muistinmenetyksiä, hepatiittia, kouristuksia, verenvuotoa jne.)?

Kyllä

En

Oletko hakenut apua huume- ja lääkeongelmiisi?

Kyllä

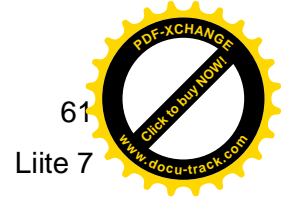
En

Oletko ollut huumeiden tai lääkkeiden väärinkäyttäjille tarkoitettussa erityishoitopaikassa?

Kyllä

En





## Liite 7 Rosenbergin itsetuntoasteikko

Rastita väitteeseen sopiva laatikko

1. Tunnen olevani arvokas henkilö, ainakin samanarvoinen kuin muutkin.
2. Tunnen, että minulla on lukuisia hyviä ominaisuuksia.
3. Kaiken kaikkiaan olen taipuvainen tuntemaan, että olen epäonnistuja.
4. Olen kykeneväinen tekemään asioita yhtä hyvin kuin useimmat muut.
5. Minusta tuntuu, että minulla ei ole paljoa mistä olla ylpeä.
6. Minulla on positiivinen asenne itseäni kohtaan.
7. Kaiken kaikkiaan olen tyytyväinen itseäni.
8. Toivoisin, että voisin arvostaa itseäni enemmän.
9. Tunnen toisinaan itseni tarpeettomaksi ajoittain.
10. Ajoittain ajattelen, että en ole hyvä missään.

Liite 8 BDI- II

<b>BDI-II</b>	Päiväys _____
---------------	---------------

Nimi \_\_\_\_\_ Ikä \_\_\_\_\_

Asuinpaikka \_\_\_\_\_ Koulutus/ammatti \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Seuraavilla sivuilla on joukko väittämiä. Lue ensin kaikki yhden lauseryhmän väittämät. Valitse jokaisesta ryhmästä se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa sitä, millaiseksi tunnet itsesi tällä hetkellä. Rengasta valitsemasi vaihtoehdon edessä oleva numero. Valitse vain yksi väittämä jokaisesta ryhmästä. Varmista, että olet vastannut jokaiseen kohtaan.

<p><b>1</b> 0 En ole surullinen. 1 Olen usein surullinen. 2 Olen aina surullinen. 3 Olen niin onneton, että en enää kestä.</p>	<p><b>5</b> 0 Minulla ei juurikaan ole syyllisyyden tunteita. 1 Minulla on usein syyllinen olo jostain mitä olen tehnyt tai jättänyt tekemättä. 2 Tunnen melkoista syyllisyyttä miltei aina. 3 Tunnen jatkuvasti syyllisyyttä.</p>
<p><b>2</b> 0 En ole huolissani tulevaisuudesta. 1 Tulevaisuus pelottaa minua. 2 Tunnen että tulevaisuudella ei ole minulle mitään tarjottavana. 3 Tunnen, että tulevaisuus on toivoton enkä usko asioiden tästä paranevan.</p>	<p><b>6</b> 0 Minusta ei tunnu, että minua rangaistaan. 1 Tunnen, että minua saatetaan rangaista. 2 Uskon, että minua rangaistaan. 3 Olen varma, että minua rangaistaan.</p>
<p><b>3</b> 0 En tunne epäonnistuneeni. 1 Uskon epäonnistuneeni useammin kuin muut ihmiset. 2 Menneisyydessä näen vain sarjan epäonnistumisia. 3 Tunnen olevani täysin epäonnistunut ihmisenä.</p>	<p><b>7</b> 0 En ole pettynyt itseäni. 1 Olen pettynyt itseäni. 2 Inhoan itseäni. 3 Vihaan itseäni.</p>
<p><b>4</b> 0 Asiat tuottavat minulle tyydytystä kuten ennenkin. 1 En osaa nauttia asioista samalla tavalla kuin ennen. 2 En saa todellista tyydytystä enää mistään. 3 Olen tyytymätön ja kyllästynyt kaikkeen.</p>	<p><b>8</b> 0 En arvostele enkä syyttele itseäni enempää kuin tavallisesti. 1 Arvostelen itseäni enemmän kuin ennen. 2 Syytän itseäni kaikista virheistäni. 3 Syytän itseäni kaikesta mitä tapahtuu.</p>

käännä

<p><b>9</b> 0 En ole ajatellut tappaa itseäni. 1 Olen ajatellut itseni tappamista, mutten kuitenkaan tee niin. 2 Haluaisin tappaa itseni. 3 Tappaisin itseni, jos siihen olisi tilaisuus.</p>	<p><b>16</b> 0 Nukun yhtä hyvin kuin ennenkin. 1a Nukun vähän enemmän kuin ennen. 1b Nukun vähän vähemmän kuin ennen. 2a Nukun paljon enemmän kuin ennen. 2b Nukun paljon vähemmän kuin ennen. 3a Nukun suurimman osan päivästä. 3b Herään pari tuntia liian aikaisin enkä saa uudelleen unta.</p>
<p><b>10</b> 0 En itke enempää kuin ennen. 1 Itken nykyisin enemmän kuin ennen. 2 Itken pienimmästäkin syystä. 3 Haluaisin itkeä, mutta en pysty siihen.</p>	<p><b>17</b> 0 En ole ärtyneempi kuin ennen. 1 Ärsynnyn helpommin kuin ennen. 2 Ärsynnyn paljon helpommin kuin ennen. 3 Olen ärtynyt koko ajan.</p>
<p><b>11</b> 0 En ole tavallista levottomampi tai kireämpi. 1 Olen levottomampi tai kireämpi kuin tavallisesti. 2 Olen niin kiihtynyt, että minun on vaikea olla paikallani. 3 Olen niin kiihtynyt, että minun on tehtävä koko ajan jotakin.</p>	<p><b>18</b> 0 Ruokahaluni ei ole muuttunut. 1a Syön hieman vähemmän kuin ennen. 1b Syön hieman enemmän kuin ennen. 2a Syön paljon vähemmän kuin ennen. 2b Syön paljon enemmän kuin ennen. 3a Minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua. 3b Himoitsen ruokaa jatkuvasti.</p>
<p><b>12</b> 0 Olen kiinnostunut muista ihmisistä ja asioista kuten ennenkin. 1 Olen vähemmän kiinnostunut muista ihmisistä ja asioista kuin ennen. 2 Olen menettänyt melkein kaiken kiinnostukseni ihmisiin ja asioihin. 3 Mikään ei enää kiinnosta minua.</p>	<p><b>19</b> 0 Pystyn keskittymään yhtä hyvin kuin ennenkin. 1 En pysty keskittymään yhtä hyvin kuin ennen. 2 Minun on vaikeaa keskittyä pitkään yhteen asiaan. 3 En pysty keskittymään mihinkään.</p>
<p><b>13</b> 0 Pystyn tekemään päätöksiä kuten ennenkin. 1 Minun on vaikeampaa tehdä päätöksiä kuin ennen. 2 Minun on hyvin vaikea tehdä päätöksiä. 3 En pysty enää lainkaan tekemään päätöksiä.</p>	<p><b>20</b> 0 En ole väsyneempi kuin ennenkään. 1 Väsyn paljon helpommin kuin ennen. 2 Olen liian väsynyt tekemään asioita, jotka pitäisi tehdä. 3 Olen niin uupunut etten saa tehdyksi mitään.</p>
<p><b>14</b> 0 En pidä itseäni arvottomana. 1 Tunnen olevani vähemmän tarpeellinen kuin aikaisemmin. 2 Olen arvottomampi kuin muut ihmiset. 3 Tunnen olevani aivan arvoton.</p>	<p><b>21</b> 0 Kiinnostukseni seksiin ei ole viime aikoina vähentynyt. 1 Kiinnostukseni seksiin on vähentynyt. 2 Kiinnostukseni seksiin on huomattavasti vähäisempää kuin ennen. 3 Olen kokonaan menettänyt kiinnostukseni seksiin.</p>
<p><b>15</b> 0 Olen yhtä energinen kuin ennenkin. 1 Minulla on vähemmän energiaa kuin ennen. 2 En jaksa tehdä paljoakaan. 3 En jaksa tehdä mitään.</p>	





## Liite 9 Potilaan oikeudet

Sinulla on oikeus hoitoon huolimatta rodustasi, uskonnostasi, sukupuolestasi, etnisestä taustastasi, seksuaalisesta suuntautumisesta, työllisyystilanteestasi tai muusta ei hoidollisesta perusteesta.

Sinulla on oikeus ammattitaitoiseen, asialleen omistautuneeseen ja ammatillisesti laadukkaan palveluun.

Sinulla on oikeus olla tietoinen kaikista ohjelman menettelytavoista, jotka vaikuttavat hoitosi toteutumiseen.

Sinulla on oikeus hoidollisten tietojesi luottamuksellisuuteen, paitsi lääketieteellisissä hätätapaauksissa. Yhteydenotot viranomaistahoihin ja/tai muihin hoitopaikkoihin tapahtuvat suostuksellasi.

Sinulla on oikeus osallistua hoitosuunnitelmasi laatimiseen yhdessä terapeuttisi kanssa sekä muihin päätöksiin, jotka vaikuttavat hoitosi tavoitteisiin.

Sinulla on oikeus nähdä tietyin rajoituksin omat hoitotietosi.

Sinulla on oikeus tulla kohdelluksi oikeudenmukaisesti ja kunnioitavasti.

Sinulla on oikeus kysyä kaikesta, mikä liittyy hoitoosi.

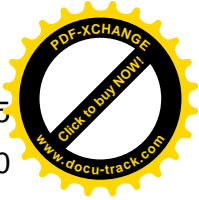
Sinun vastuullasi on suojella oikeuksiasi. Jos sinä milloin tahansa koet, että oikeuksiasi on loukattu, ole hyvä ja ota välittömästi yhteyttä Myllyhoitoklinikan johtajaan.

Olen lukenut oikeuteni ja epäselvät kohdat ovat selvitetty minulle. Minulle on annettu oikeuksistani kopio. Allekirjoitukseni osoittaa, että ymmärrän oikeuteni.

\_\_\_\_\_  
Potilaan allekirjoitus ja nimenselvennys

\_\_\_\_\_  
Henkilökunnan allekirjoitus ja päiväys





## Liite 10 Päihteettömyys- ja hoitosopimus

Minä, \_\_\_\_\_ sitoudun seuraaviin ehtoihin ja edellytyksiin Tampereen Myllyhoitoklinikalla.

**Päihteettömyys:** Suostun pidättäytymään täydellisesti alkoholista ja muista mielialaan vaikuttavista huumeista saadessani hoitopalveluita. Termillä "huume" tarkoitetaan mitä tahansa lääkärin määräämiä tai laittomia mielialaan vaikuttavia kemikaaleja, joista en ole keskustellut terapeutini kanssa. Minulla on ilmoitusvelvollisuus, jos yhteisössämme esiintyy päihteiden käyttöä. En ole myöskään yhteydessä hoidon ulkopuolisiin päihteitä käyttäviin ihmisiin.

**Korkean riskin tilanteet:** Suostun välittömästi kertomaan terapeutilleni kaikki hoidossa eteen tulevat ongelmat tai tilanteet, jotka voivat saada minut käyttämään alkoholia tai huumeita päihteettömyyssitoumuksestani huolimatta.

**Voimakkaat himot ja halut käyttää:** Suostun keskustelemaan terapeutini kanssa kaikista himoista ja haluista käyttää mielialaan vaikuttavia kemikaaleja.

**Halu lopettaa hoito:** Suostun välittömästi keskustelemaan kaikista ajatuksistani ja tunteistani, jotka liittyvät haluuni keskeyttää hoito Myllyhoitoklinikalla tai hoidon ulkopuolisissa it-seapuryhmissä (AA/NA).

**Retkahduksista kertominen:** Suostun kertomaan mahdollisesta alkoholien tai muiden huumeiden käyttöön palaamisesta terapeutilleni. Kertoessani retkahduksesta terapeutilleni seuraavat asiat tapahtuvat: 1) tämän hetkinen hoitosuunnitelmani kumotaan välittömästi 2) minua pyydetään arvioimaan tilannettani, jotta uusi hoito saadaan kohdennettua oikein 3) minulle annetaan hoitosuositus (tämä voi sisältää uuden katkaisuhoidon, perushoidon tai osallistumisen yhä intensiivisempään tehostetun hoidon ohjelmaan) 4) jos kieltäydyn hoitosuosituksesta, minut uloskirjataan hoidosta.

**Päihteiden käyttö hoitoaikana:** Ymmärrän, että jäädessäni kiinni alkoholien tai muiden huumeiden käytöstä hoitoaikana, minulle tarjotaan mahdollisuutta hakeutua välittömästi katkaisuhoidon. Jos hyväksyn katkaisuhoidon, siitä seuraa uusi arviointijakso Myllyhoitoklinikalla.

On minun vastuullani osoittaa arviointijakson aikana, että ymmärrän mikä aiheutti retkahdukseni sekä yritykseni salata sen ja että olen halukas rehellisesti työskentelemään ratkaistakseni nämä ongelmat. Ymmärrän, että epärehellisyyteni takia hoito-ohjelman henkilökunta suhtautuu minuun epäilevästi. Minun tehtäväni on selvästi osoittaa motivaationi ja haluni muuttua.

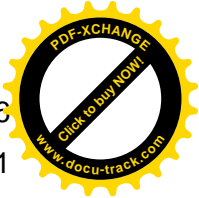
**Alkoholi- ja huumeitestit:** Suostun hoidon aikaiseen alkoholi- ja huumeitestaukseen hoitohenkilökunnan valvonnassa. Ymmärrän, että kieltäytyminen puhallus-, virtsa-, hius- tai muusta testistä tulkitaan niin, että olen käyttänyt alkoholia tai muuta huumeita ja kieltäydyn myöntämästä sitä.

**Lääkärin määräämät lääkkeet:** Keskustelen hoito-ohjelman henkilökunnan kanssa kaikista lääkärin minulle määräämistä lääkkeistä. Noudatan hoito-ohjelman suosituksia suhteessa kaikkiin mielialaan vaikuttaviin tai kipua lievittäviin lääkkeisiin.

Annan henkilökunnalle suostumukseni olla yhteydessä asioistani tietäviin viranomaisiin, perheenjäseniin ja/tai hoitopaikkoihin sekä yhteenvetoni lähettämiseen sosiaalityöntekijälleni. Suostumus on voimassa hoitoni ajan.

Tampereella \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ 2008 \_\_\_\_\_

potilaan allekirjoitus

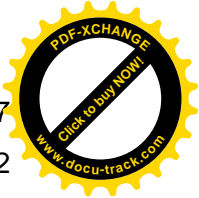


## Liite 11 Henkilötietokortti

MYLLYHOITO<sup>®</sup>

## HENKILÖKORTTI

Nimi		henkilötunnus
Osoite		puhelin
Kotikunta		siviilisääty
Yhteyshenkilö / lähiomainen		
Yhteyshenkilön / lähiomaisen yhteystiedot		
Työnantaja ja työnantajan yhteystiedot		
Huoltajuus <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	lapsen / lasten nimet ja syntymäajat	
Sosiaalityöntekijä sekä yhteystiedot		
Aloituspäivä	lopetuspäivä	yhteydenottotaho
Lääkitykset		
Muut akuutit terveyteen liittyvät asiat		
Muita tietoja		



## Liite 12 Päihteiden käytön graafinen kuvaus

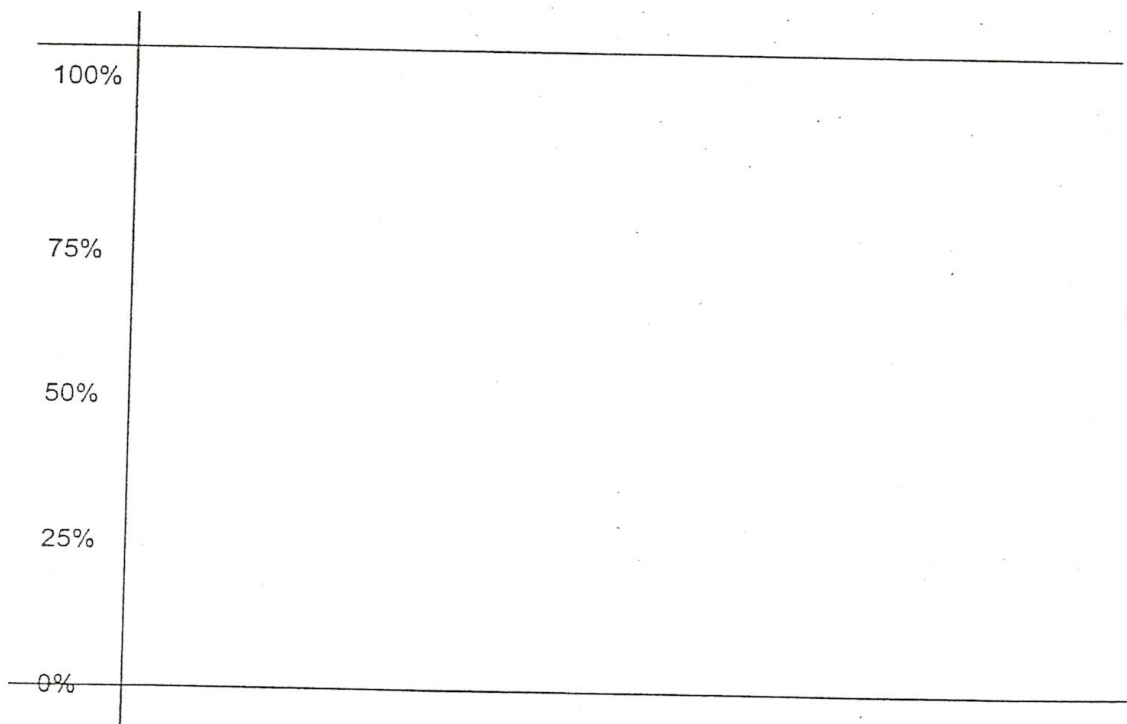
### Päihteiden käytön graafinen kuvaus

Seuraavassa tehtävässä pyritään luomaan kokonaiskuvaa päihteiden käytön kehityksestä. Mieti päihteiden käyttöäsi eri elämänvaiheissa. Kaavion vasempaan laitaan on merkitty prosenttilukuja nollasta sataan prosenttiin. Lukujen avulla on tarkoitus arvioida alkoholin, huumeiden ja/tai lääkkeiden käytön kehitystä (kullekin oma ja omanvärinen käyrä!). Suhdetta käyttösi kuvaus niin, että runsaimmillaan merkitset sen sadan prosentin käytöksi ja raittiin ajan nollassi. (100% on oma maksimikäyttösi).

Valmistaudu esittämään työsi tulokset fläppitaululla pienryhmällesi sinulle osoitettuna ajankohtana.

Täyttämäsi testit: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Päihteiden käytön graafinen kuvaus



Ikä/vuosiluku, tapahtumia (esim. työ, opiskelu, ihmissuhteet, perhe-elämä, hoidot, tms.)

## Liite 13 Päihteiden käytön kielteiset seuraukset

### PÄIHTEIDEN KÄYTÖN KIELTEISET SEURAUKSET

Monilla päihteiden käyttöön liittyy positiivisia kokemuksia - ainakin aluksi. Päihdenriippuvuuden psyykkinen puoli perustuu paljolti tähän. Päihderiippuvuus muuttaa ihmisen toimintakykyä ja tasapainoa kaikilla elämisen alueilla, josta seuraa ongelmia ja/tai muutoksia elämisen laadussa. Seuraavassa on tarkoitus tutkia sitä, millaisia kielteisiä seurauksia on liittynyt päihteiden käyttöösi.

Seuraavalla aukeamalla on kahdeksan ruutua, jotka on otsikoitu eri elämäalueiden mukaan. Täytyä kukin ruutu mahdollisimman huolellisesti. Ohessa on yksityiskohtaisia viitteitä kullekin ruudulle. Tarkoitus ei ole aloittaa oikeudenkäyntiä, vaan pyrkimys saada mahdollisimman totuudenmukainen kuva päihteiden käytön vaikutuksista elämääsi.

Päihdeongelman hoidon kannalta ei tässä vaiheessa ole merkityksellistä löytää käytön syitä, vaan seurauksia. On tärkeää nähdä käyttöhistoria sellaisena kuin se on ollut, varsinkin kun käytön ja riippuvuuden kehittymisen myötä ihmisen kyky nähdä todellisuutta heikkenee. Siksi on hyväksi tarkastella työsi tuloksia myös ryhmän avulla. Täyttäessäsi seuraavan sivun ruutuja, pohdi ainakin seuraavia asioita. Jos joukosta puuttuu sinulle oleellisia aiheita, älä epäröi lisätä niitä.

#### TYÖELÄMÄ, KOULUTUS, URA

Myöhästymiset, poissaolot, tekemättä jääneet työt, työtehon lasku sen kohtuuton vaihtelu, päihtyneenä tai krapulaisena työssä olo, varoitukset ja huomautukset, opintojen jääminen, uralla etenemisen vaikeudet, siirrot vähemmän tärkeisiin tehtäviin, erottamiset tai "vapaa- ehtoiset lähtemiset", ristiriidat työpaikalla, "sairaslomat" jne.

#### TALOUS JA RAHA-ASIAT

Paljonko rahaa päihteisiin kuukaudessa/vuodessa (ota huomioon taksit, tarjoilut, "lahjomiset" yms. syyllisyyden hoito), hoitoihin mennyt raha, lainat ja vipit, kolarit ja ajokortin uusimiset, sakot, palkattomat lomautukset jne. Tee karkea arvio siitä, kuinka paljon päihteiden käyttö on tullut sinulle maksamaan.

#### YHTEISKUNTA

Oikeusasiat ja tuomiot, rattii-, ruori- ja tankojuopumukset, tappelut, juopumuspidätykset, sakot, tuomiot, lasten huostaanotot, ulosotot yms. myös tapaukset, joissa olet vaarantanut oman tai toisten turvallisuuden kuitenkaan jäämättä teosta kiinni.

#### FYYSINEN TERVEYS

Päihdehoidot (katkot, tapaturmat, vammat, sairaalahoidot), maksa- yms. arvot ja niiden muutokset, seksuaalinen kyvyttömyys/yliaktiivisuus, alentunut yleiskunto, erilaiset krapula- ja vieroitusoireet, muistikatkot, unetomuus, hygienian ja yleisen perusterveydenhoidon laiminlyönti.

#### PSYKKINEN TERVEYS / TUNNE-ELÄMÄ

Käytön myötä tulleet erilaiset mielenterveyden ja tunne-elämän ongelmat ja vaikeudet: syyllisyyden ja häpeän tunteet, masennus, kiukunpurkaukset, huonommuuden tunne, pelot yms. Psykkisen toimintakyvyn lasku: vaikeus tehdä päätöksiä, keskittymiskyvyn heikkeneminen, mielialojen jyrkkä vaihtelu. Itsemurha-ajatukset ja -yritykset. Haluttomuus, yksinäisyys, ilottomuus, välinpitämättömyys, aggressio, tuhoavuus.

#### PERHE-ELÄMÄ JA MUUT IHMISSUHTEET

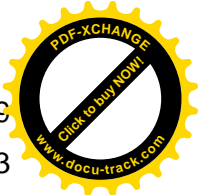
Pohdi suhteitasi vanhempiisi, puolisoosi, seurustelukumppaniisi, lapsiisi. Kuka tai ketkä ovat ilmaisseet eniten huoltaan päihteiden käytöstäsi. Mieti ajankäyttöäsi, käytöstäsi, toimintaasi, vastuunottoasi yms. Millaisia muutoksia ystäväpiirissäsi ja sosiaalisessa elämässäsi on päihteiden käytön myötä tapahtunut? Avioerot? Perheväkivalta? Syrjähyppy, eristäytyminen? Toteuttamattomat lupaukset? Mieti itsellesi tyypillisiä muutoksia.

#### ELÄMÄN ARVOT / HENGELLISYYS

Mikä on elämäsi keskuksessa? Onko päihde syrjäyttänyt aiemmin tärkeimpinä pitämäsi arvot ja asiat. Miten olet rikkonut itsellesi tärkeitä arvoja ja periaatteita esim. valehtelemalla, antamalla katteettomia lupauksia, laiminlyömällä velvollisuuksia ja vastuuta. Minkälaiset teot ovat vähentäneet itsekunnioitustasi? Onko luottamuksesi muihin, itseesi ja koko elämään heikentynyt tai kadonnut?

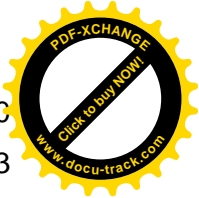
#### VAPAA-AIKA / LOMAT / HARRASTUKSET

Päihteiden käyttöön mennyt aika: suunnittelu, valmistelu, käyttö ja muistelu: kuinka paljon kaiken kaikkiaan vapaa-ajastasi kuluu käytön parissa. Harrastusten väheneminen/ poisjääminen, toteutumattomat lomasuunnitelmat, "pekkaspäivät", pitkäksi menneet ja/tai muiltakin pilatut ja mokatut viikonloput jne.



<p>TYÖELÄMÄ, KOULUTUS, URA</p>	<p>TALOUS, RAHA-ASIAT</p>
<p>YHTEISKUNTA</p>	<p>FYYSINEN TERVEYS</p>





<p><b>PSYKKINEN TERVEYS, TUNNE-ELÄMÄ</b></p>	<p><b>PERHE-ELÄMÄ, SOSIAALISET SUHTEET, SESIKÄYTTÄYTYMINEN</b></p>
<p><b>ELÄMÄNARVOT, HENGELLISYYS</b></p>	<p><b>VAPAA-AIKA, LOMAT, HARRASTUKSET</b></p>