

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaaliala, Kuusankoski/Sosiaalialan koulutusohjelma/Sosiaalinen kuntoutus

Taru Lillberg

TOIMIVAT LAITOSKATKAISUHOITOKÄYTÄNNÖT LAHDEN, KOUVOLAN
JA KOTKAN KATKAISUHOITOASEMILLA

Opinnäytetyö 2009

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaaliala, Kuusankoski

LILLBERG, TARU	Toimivat laitostatkaisuhuitoikäytännöt Lahden, Kouvolan ja Kotkan katkaisuhuitoasemilla
Työn ohjaaja	Valtiotieteiden maisteri, lehtori Tuomo Paakkonen
Opinnäytetyö	76 sivua
Joulukuu 2009	
Avainsanat	päihderiippuvuus, laitostatkaisuhuito, esteettömyyden periaate, päihdetyön tuloksellisuus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kolmen eri laitostatkaisuhuitoyksikön työntekijöiden mielipiteitä heidän yksikkönsä toimintakäytännöistä. Tutkimuksessa selvitettiin, miten päihdepalvelujen laatusuositusten mukainen esteettömyyden periaate toteutuu Lahdessa, Kouvolassa ja Kotkassa. Tutkimuksessa selvitettiin myös, miten laitostatkaisuhuitoa toteutetaan yksiköissä, mikä on katkaisuhoidon vaikutus katkaisuhoidon jälkeiseen päihteiden käyttöön, ja mitä vahvuuksia ja heikkouksia kunkin yksikön toiminnassa on katkaisun jälkeiseen päihteiden käyttöön.

Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmä oli teema-haastattelu (N=9). Haastattelut toteutettiin keväällä 2009. Vastaukset analysoitiin kvalitatiivisesti.

Laitostatkaisuhuitoa järjestetään hieman eri tavoin kolmella paikkakunnalla, mutta pääperiaatteet ovat samat kaikissa yksiköissä. Katkaisuhoidon vaikutusta on vaikea arvioida, eikä aihetta ole tutkittu paljon. Päihderiippuvuus ja siitä toipuminen ovat prosessiluonteisia, eikä lyhyillä hoitjaksoilla voida suuresti vaikuttaa asiakkaiden päihteiden käyttöön.

Tutkimuksessa selvisi, että laitostatkaisun hoitjaksojen tulisi olla pidempiä ja asiakkaiden tulisi päästä jatkohoitoon heti katkaisuhoidosta lähdettyään. Monella paikkakunnalla avohoidon palveluissa on pitkät jonot, jolloin asiakkaat saattavat joutua odottamaan kuukauden pääsyä avopalveluiden piiriin, laitostatkaisuhoidosta puhumattakaan.

Katkaisuhoidon asiakkaista iso osa on moninkertaisia uusijoita. Sama asiakas ei välttämättä hakeudu hoitoon enää uudestaan, mutta on hyvin vaikea arvioida, onko hän lopettanut päihteiden käytön kokonaan, vai onko hän muuttanut toiselle paikkakunnalle. Päihdepalveluita tulisi yhdenmukaistaa siten, että kaikilla olisi tasavertaiset mahdollisuudet hoitoon. Päihdetyön tuloksellisuutta tulisi tutkia siitä näkökulmasta, mikä päihdetyössä on ollut sellaista, joka on auttanut asiakasta hallitsemaan päihteiden käyttöönsä tai lopettamaan kokonaan.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences, Social Care

LILLBERG, TARU

Functional Practices of Institutional Detoxification Treatment at the Detoxification Centres in Lahti, Kouvola and Kotka

Supervisor

Tuomo Paakkonen, Senior Lecturer

Bachelor's Thesis

76 pages

December 2009

Keywords

intoxicant dependence, institutional detoxification treatment, principle of accessibility, success of work with intoxicant abusers

The objective of this study was to study what the employees engaged at three different institutional detoxification units thought about the functional practices of their units. In this study, I focused on finding out how the principle of accessibility corresponding to the quality recommendations of services that are provided for intoxicant abusers is implemented in Lahti, Kouvola and Kotka. It was also investigated how institutional detoxification treatment is carried out at the units, and what advantages and defects are involved in the work of each unit.

The material for the study was collected by thematic interviews (N=9). The interviews took place in the spring of 2009, and the responses were analyzed qualitatively.

Institutional detoxification treatment is provided in slightly different forms in the three regions mentioned above, but the main principles are the same in all units. The effects of detoxification treatment is difficult to appraise, and there is little research on the topic. Intoxicant dependence and recovery from it are a process, and, by means of short periods of treatment, it is impossible to greatly influence the use of intoxicants by clients.

The study showed that the treatment periods of institutional detoxification ought to be longer and clients should be admitted to continued care immediately after leaving detoxification treatment. In many regions, there are long waiting lists for out-client services, which means that they may have to wait a month to be admitted to non-institutional services, to say nothing of continued institutional care.

Many clients of detoxification treatment have had several relapses. Services for intoxicant abusers should be made similar to give everyone equal access to treatment. The success of this work should be studied by paying attention to those things that have helped a client to control his/her use of intoxicants or to give it up completely.

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRAKTI

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	7
2	RIIPPUVUUS	8
	2.1 Riippuvuuskäyttö	9
	2.2 Riippuvuuden jaottelu	10
	2.2.1 Fyysinen riippuvuus	10
	2.2.2 Psykkinen riippuvuus	11
	2.2.3 Sosiaalinen riippuvuus	11
	2.3 Riippuvuuskäyttäytyminen	12
	2.4 Päihderiippuvuus	13
	2.5 Erilaisia päihderiippuvuuksia	14
	2.6 Vieroitusoireet	15
3	PÄIHDEHAITAT SUOMESSA	15
	3.1 Päihdehaitat yhteiskunnan näkökulmasta	16
	3.2 Päihdehaitat yksilön näkökulmasta	18
4	PÄIHDEHUOLLON PALVELUIDEN JÄRJESTÄMISEN PERIAATTEET	18
	4.1 Päihdepalvelujen toimintaan vaikuttava lainsäädäntö	18
	4.2 Esteettömyyden periaate päihdepalveluissa	20
	4.3 Päihdestrategia	21
	4.4 Palveluiden järjestäminen	22
5	PÄIHDETYÖ PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ	23
	5.1 Perustason päihdetyö	23
	5.2 Ehkäisevä päihdetyö	24
	5.3 Erityistason päihdetyö	25
6	LAITOSHOITO	25
	6.1 Laitoskatkaisuhuolto	26
	6.2 Hoitoon pääsy	26
	6.3 Hoidon suunnittelu ja sisältö	27
	6.4 Jatkohoidon suunnittelu	28
6	MUUT PALVELUT	29

7.1	Avohoito	29
7.2	Asumispalvelut	29
7.3	Vertaistukipalvelut	29
7	A-KLINIKKASÄÄTIÖ	30
8.1	Kymen A-klinikkatoimi	31
8.1.1	Kymen A-klinikkatoimen katkaisuhuoltoasema	31
8.1.2	Kymen A-klinikkatoimen selviämisasema	32
8.2	Kouvolan A-klinikkatoimi	33
8.2.1	Kouvolan A-klinikkatoimen katkaisuhuoltoasema	33
8.3	Lahden A-klinikkatoimi	34
8.3.1	Lahden A-klinikkatoimi, Pitkämäen Kuntoutuskeskus	34
9	PÄIHDETYÖN TULOKSELLISUUS	34
9.1	Aiemmat tutkimukset	36
9.1.2	Päihteettömyyttä tukevia elementtejä hoidon sisällössä	37
9.1.3	Palvelujärjestelmää koskevat kehittämistarpeet	39
10	TUTKIMUSTEHTÄVÄT	41
11	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	41
11.1	Tutkimuksen taustaa	41
11.2	Tutkimuksen lähestymistapa ja ihmiskäsitys	42
11.3	Teemahaastattelulomakkeen laatiminen ja tutkimusaineiston hankinta	42
11.4	Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä	43
11.5	Työntekijöiden valintaperusteet ja taustatiedot	44
11.6	Aineiston analyysi	45
11.7	Tutkimuksen luotettavuus	45
12	TUTKIMUSTULOKSET	46
12.1	Esteettömyyden periaatteen toteutuminen yksiköissä	47
12.2	Hoidon toteutus	51
12.3	Katkaisuhoidon jälkeinen päihteiden käyttö	56
12.4	Jatkohoidon suunnittelu ja katkaisuhoidon mallit	58
12.5	Katkaisuhoitoyksikön päihteettömyyttä tukevia tekijöitä	62
12.6	Katkaisuhoitoyksikön päihteettömyyttä estäviä/haittaavia tekijöitä	64
13	POHDINTA	67
13.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	67

13.2 Yhteenvetoa yksiköiden toimintakäytännöistä	69
13.3 Oma näkökulma toimintatapojen toimivuudesta ja kehittämishaasteet	69
13.4 Jatkotutkimuksen tarpeet	76
13 LÄHTEET	77
14 LIITTEET	80
Liite 1. Sopimus opinnäytetyöstä	
Liite 2. Tutkimuslupa-anomus	
Liite 3. Teemahaastattelulomake	
Liite 4. Tutkimuslupa	
Liite 5. Vaitiolositoumus	

1 JOHDANTO

Vuonna 2007 alkoholijuomien kokonaiskulutus oli 10,5 litraa sataprosenttista alkoholia asukasta kohden. Pitkään jatkunut alkoholin kulutuksen kasvu ennustaa alkoholista johtuvan sairastavuuden ja alkoholikuolemien määrän kasvua. Huumeusainesten käyttö ja käyttö alkoivat 1990-luvulla. Vuosituhannen vaihteessa kasvu oli kääntynyt vähitellen laskuun, mutta huumeongelmat ovat lisänneet palvelujen tarvetta päihdepalveluissa. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2008, 15–21.) Myös uni- ja masennuslääkkeiden kulutus on moninkertaistunut viimeisen 10–15 vuoden aikana, mikä on johtanut päihteiden sekakäyttöön, joka on yleisin päihteiden käytön muoto tänä päivänä (Engström 1/2007, 10). Päihdeongelmat ovat tänä päivänä entistä moniulotteisempia, joka asettaa myös päihdepalveluiden tarjoajille omat haasteensa. Päihdepalveluiden tarve on lisääntynyt, mutta vastaavako palveluiden saatavuus ja hoidon sisältö asiakkaiden nykyistä tarvetta.

Työni keskeisiä käsitteitä ovat riippuvuus, laitostarkkaisuhoito, esteettömyyden periaate ja tarkkaisuhoiton tuloksellisuus. Riippuvuus nähdään ilmiönä, joka on monimutkainen yksilön prosessi, johon liittyy monesti muita mielenterveyden häiriöitä. Riippuvuusikäyttäytyminen voi joillakin yksilöillä toimia selviytymiskeinona, vaikka sillä onkin haitallinen vaikutus yksilöön. Laitostarkkaisuhoito kuuluu erityistason päihdepalveluihin ja se on ympärivuorokautista. Laitostarkkaisuhoiton tarkoituksena on katkaista päihteiden käyttökierte, ehkäistä ja hoitaa vieroitusoireita, sekä luoda edellytykset kokonaisvaltaiselle kuntoutumiselle jatkohoidon suunnittelun avulla. Esteettömyyden periaate tarkoittaa sitä, että palvelut toteutetaan mahdollisimman matalan kynnyksen-periaatteella. Asiakkaan pitäisi päästä hoitoon mahdollisimman helposti ja silloin, kun hän itse kokee tarvitsevänsä apua.

Kymen A-klinikkatoimi tarjosi minulle tätä työtä opinnäytetyön aiheeksi, ja hankkeen nimi oli KATKO KATKOLLE. Tutkimuksen tarkoituksena olisi löytää mahdollisimman hyvin asiakkaiden tarpeita palveleva tarkkaisuhoiton muoto, joka tukisi parhaalla mahdollisella tavalla asiakkaiden päihdeettömyyttä myös tarkkaisuhoiton jälkeen. Tutkin kolmen eri laitostarkkaisuuyksikön toimintakäytäntöjä ja hoidon sisältöjä. Tutkimuksen avulla pyrin löytämään vastaukset tutkimusongelmiini, jotka käsittelevät

päihdepalvelujen laatusuositusten mukaisen esteettömyyden periaatteen toteutumista yksiköissä. Tarkastelen laitostarkkaisuhoitoa toteuttamista Pitkämäen Kuntoutusyksikössä Lahdessa, Kouvolan Katkaisuhuoltoasemalla ja Kymen A-klinikkatoimen Katkaisuhuoltoasemalla. Käsittelen työssäni myös tarkkaisuhoitoa vaikutusta asiakkaiden tarkkaisuhoitoa jälkeiseen päihteen käyttöön. Valitsin menetelmäkseni teemahaastattelun, koska halusin selvittää tutkimuksessani, miten työntekijät kokevat työhöni liittyvien aihealueiden toteutuvan ja ilmenevän omassa yksikössään.

Päihdepalvelut järjestetään laatusuositusten mukaisesti, mutta siitäkin huolimatta eroja ilmenee paikallisesti. Päihdepalveluita tulisi järjestää siten, että kaikilla olisi samanlaiset mahdollisuudet ja oikeudet päästä päihdehoitoon. Päihdetyön tuloksellisuutta ei ole tutkittu kovinkaan paljon, ja aiheesta on vaikea tutkia. Tuloksellisuuteen tulisi kiinnittää huomiota, ja erityisesti asiakkaiden näkökulmasta, koska he ovat asiantuntijoita siinä, mikä heitä on erityisesti auttanut. Sellaisten tutkimustulosten pohjalta päihdetyötä voisi kehittää niin, että se vastaisi entistä paremmin asiakkaiden todellisia tarpeita.

Jotta lukijoiden olisi helpompi lukea ja ymmärtää tutkimustani, aloitan päihdeongelmaa kuvaavista käsitteistä, ja etenen suurempiin asiakokonaisuuksiin mielestäni loogisessa järjestyksessä. Uskon, että lukijan on tällöin helpompi ymmärtää päihdeongelman luonnetta ja päihdepalvelujen järjestämistä.

2 RIIPPUVUUS

Riippuvuus nähdään ilmiönä, joka on monimutkainen yksilön prosessi, johon liittyy monesti muita mielenterveyden häiriöitä. Riippuvuuskäyttäytyminen voi joillakin yksilöillä toimia selviytymiskeinona, vaikka sillä onkin haitallinen vaikutus yksilöön. Eri ammattiryhmät kuvaavat riippuvuutta eri tavoin, esimerkiksi lääketieteellisestä näkökulmasta päihderiippuvuus määritellään tietynlaiseksi oireyhtymäksi. (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen, Agge 2008, 27–29.)

Suomessa on noudatettu WHO:n ICD-10 diagnostisia kriteereitä vuodesta 1996. Jotta riippuvuusdiagnoosi voidaan tehdä, täytyy vähintään kolmen kriteerin täytyttyä viimeisen 12 kuukauden aikana. (Dahl & Hirschovits 2002, 264.)

ICD-10 kriteerit pääpiirteittäin:

- 1) Voimakas halu tai tarve saada tiettyä päihdettä
- 2) Vaikeus kontrolloida omaa päihdekäyttöä
- 3) Vieroitusoireet
- 4) Toleranssi
- 5) Päihdekäyttö muodostuu pääasialliseksi asiaksi yksilön elämässä, elämä keskittyy päihteen hankkimiseen ja käyttöön
- 6) Päihdekäyttö jatkuu tiedostetuista riskeistä huolimatta
(Dahl & Hirschovits 2002, 265.)

2.1 Riippuvuuskäyttö

Riippuvuuskäytöstä on kyse silloin, kun päihderiippuvuus liittyy suureen osaan yksilön elämän eri osa-alueista. Nykyään päihderiippuvuus on alettu nähdä ilmiönä, jota tulisi tarkastella kokonaisvaltaisesti, yksilön fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset osa-alueet huomioon ottaen. (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen, Annala 2007, 35.) Jokaisella yksilöllä on omat motiivinsa käyttää päihteitä. Monet eri asiat vaikuttavat siihen, miksi alkoholin kohtuukäyttö muodostuu alkoholiriippuvuudeksi, tai huumekekeilu huumeriippuvuudeksi. Kaikista kokeilijoista ei suinkaan tule päihderiippuvaisia, vaan olennaista on se, minkä merkityksen yksilö itse antaa päihteelle ja kuinka keskeistä osaa päihde alkaa näytellä yksilön arjessa. (Havio, Inkinen, Partanen 2008, 42.)

Päihderiippuvuudesta voidaan puhua silloin, kun yksilöllä on pakonomainen tarve käyttää päihdettä jatkuvasti, eikä hän kykene enää kontrolloimaan suhdettaan käyttämänsä päihteeseen (Havio ym. 2008, 42). Päihderiippuvuus on krooninen ja relapsoiva, eli toipumisen alettuakin helposti toistuva, sairaus (Kiianmaa & Hyytiä 2003, 118). Riippuvuus voi olla sosiaalista, psyykkistä tai fyysistä. Riippuvuuden syntyyn voivat vaikuttaa mm. seuraavat asiat: päihteen neurobiologiset ja fysiologiset vaikutukset yksilössä, yksilön fyysiset ominaisuudet, persoonallisuuden rakenne, yksilön psyykkinen varustus, sekä kulttuurisidonnaiset tekijät. (Havio ym. 2008, 42–43.)

2.2 Riippuvuuden jaottelu

2.2.1 Fyysinen riippuvuus

Biolääketieteellisestä näkökulmasta katsottuna fyysistä riippuvuutta pidetään aivojen sairautena, koska tiettyjen päihteiden pitkäaikainen käyttö aiheuttaa aivoissa voimakkaita neurokemiallisia muutoksia (Dahl & Hirschovits, 2002, 267). Drug Addiction: Research Frontiers and Treatment Advances-tutkimuksen mukaan päihderiippuvuus on aivoperäinen sairaus, joka on luonteeltaan pitkäkestoinen (Ali & Kuhar 2008, 1). Kyseiset muutokset yhdessä psyykkisen riippuvuuden sekä oppimis- ja muistiprosessien kanssa ylläpitävät päihderiippuvuutta, ja saattavat edesauttaa retkahtamista. (Dahl & Hirschovits 2002, 267.)

Fyysinen riippuvuus muodostuu siten, että elimistö mukautuu vieraan kemiallisen aineen läsnäoloon pitkäaikaisen käytön seurauksena. Fyysinen riippuvuus vaikuttaa yksilön aineenvaihduntaan, keskushermostoon ja sydämen toimintaan. Fyysisessä riippuvuudessa päihteeseen kehittyy toleranssi, eli päihteen sietokyky kasvaa. Toleranssin kasvaessa päihdettä tarvitaan määrällisesti enemmän, jotta saavutetaan haluttu vaikutus. Elimistön tottuessa päihteeseen, äkillisestä lopettamisesta saattaa seurata vieroitusoireita. Vieroitusoireet johtuvat siitä, että päihteeseen sopeutuneen yksilön hermoston toiminnallinen tila muuttuu äkillisesti. Käytännössä tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että päihteen lamaavaan vaikutukseen sopeutunut yksilö tulee yliaktiiviseksi, ja päihteen stimuloivaan vaikutukseen sopeutunut yksilö taas aliaktiiviseksi ilman päihdettä. (Dahl & Hirschovits 2002, 267.) Käsittelen vieroitusoireita myöhemmässä kappaleessa (2.6).

Fyysisen riippuvuuden hoidossa oleellista on päihderiippuvaisen yleistilasta huolehtiminen. Hoidossa on tärkeää huolehtia päihderiippuvaisen ravitsemuksesta, nestetasapainosta, hygieniasta, riittävästä unesta sekä fyysisten vieroitusoireiden ehkäisystä ja helpottamisesta lääkehoidon avulla. (Holmberg ym. 2008, 33.)

2.2.2 Psykkinen riippuvuus

Psykkinen riippuvuus ilmenee kontrolloimattomana haluna, päihteenkäytön pakonomaisuutena, sekä ajatusten ja toiminnan kietoutumisena päihteen hankinnan ja käytön ympärille (Holmberg ym. 2008, 32). Tunnusomaisia piirteitä psykkinelle riippuvuudelle ovat uskomukset siitä, että yksilö ei selviydy ilman päihdettä, eikä voi hyvin. Psykkisessä riippuvuudessa keskeistä on myös se, että siinä pyritään vaikuttamaan omaan mielentilaan nopeasti ja voimaperäisesti, kemiallisin keinoin, eli päihteen avulla. (Dahl & Hirschovits 2002, 265.)

Psykkinen riippuvuuden taustalla on usein tarve palauttaa oma minäkokemus päihteen avulla, jolloin toiminta on palkitsevaa, ja pahimmillaan tämä tarve syrjäyttää yksilön muut perustarpeet (Holmberg ym. 2008, 32). Muita syitä psykkinelle riippuvuudelle voidaan etsiä mm. yksilön menneisyydestä, persoonallisuudesta, sekä hänen senhetkisestä elämäntilanteestaan (Dahl & Hirschovits 2002, 265). Psykkisestä riippuvuudesta puhuttaessa on tärkeää ymmärtää, että riippuvuutta aiheuttava päihde tai toiminta on toisarvoista. Silloin pääasia ei ole itse päihteen käyttö, vaan siitä saatu sisäinen tila tai elämys, jota päihteenkäytöllä tavoitellaan. (Holmberg ym. 2008, 32.)

Psykkinen riippuvuuden hoidossa keskustelu asiakkaan kanssa on keskeisessä roolissa. Asiakkaan kanssa tulisi pohtia, millaisissa tilanteissa hän kokee tarvitsevansa päihdettä, ja miten kyseisessä tilanteessa tulisi toimia. Asiakkaan kanssa tulisi keskustella hänen uskomuksistaan päihteen käyttöön liittyen, ja tällä tavoin auttaa asiakasta rakentamaan psykkinen itsesäätelykykyä. Hoidossa on myös arvioitava asiakkaan psykkinen vointia, sekä kartoitettava riippuvuushoidon lisäksi muunlaisen psykiatrisen hoidon tarvetta. (Holmberg ym. 2008, 32.)

2.2.3 Sosiaalinen riippuvuus

Erityisesti nuorilla sidosryhmiin liittyvät paineet ja samaistumisen tarve voivat johtaa päihteen käyttöön. Ympäristön olosuhteet saattavat lisätä päihteen käyttöä. Päihderiippuvaisen vuorovaikutussuhteet sekä elämäntapa ovat vahvasti sidoksissa päih-

teiden käyttämiseen, ja sosiaalinen verkosto muodostuu usein pääasiallisesti muista päihderiippuvaisista. (Dahl & Hirschovits 2002, 266.)

Sosiaalisesti päihderiippuvuus herättää yleistä paheksuntaa, joka herättää päihderiippuvaisessa syyllisyyden tunteita. Päihderiippuvainen joutuu koko ajan rationalisoimaan ja selittämään käyttäytymistään, jolloin hänen omat arvonsa ja ajatuksensa muuttuvat omaa toimintaa tukeviksi. Pääasiallisesti riippuvuus ilmenee siten, että tiedostetuista ja pahenevista haitoista huolimatta, päihderiippuvainen ei kykene välttämään tai hallitsemaan omaa päihteiden käyttöään. (Holmberg ym. 2008, 33.)

Sosiaalisen riippuvuuden hoidossa tulisi miettiä, ketkä päihderiippuvaisen läheisistä voisivat tukea häntä riippuvuudesta toipumisessa. Päihderiippuvaisen arkea ja päivärhythmiä tulisi rakentaa siten, että itse arki tukisi hänen elämänhallintaansa. Päihderiippuvaisen ongelmat, kuten häpeä omasta tilasta, asunnottomuus ja velkaantuminen ahdistavat kovasti, jolloin asioiden konkreettinen hoitaminen ja järjestely edistävät päihderiippuvuudesta irtautumista. (Holmberg ym. 2008, 33–34.)

2.3 Riippuvuuskäyttäytyminen

Kaikkien riippuvuuksien taustalla on löydettävissä samanlaiset syyt ja ratkaisut. Riippuvuutta voidaan kuvata voimakkaana, joskus ylivoimaisen väkevänä takertumisena johonkin, josta yksilö hakee tyydytystä tai turvaa sellaisissa tilanteissa, joissa ei onnistu saamaan tyydytystä elämän muilla osa-alueilla. Aluksi riippuvuutta aiheuttava asia tuo yksilölle mielihyvää, mutta riippuvuuden kasvaessa toiminnasta tulee pakonomaista käyttäytymistä. (Holmberg ym. 2008, 35.)

Alussa riippuvuutta aiheuttavan päihteen avulla haetaan rentoutumista, rohkeutta sekä nautintoa. Päihteellä pyritään myös peittämään omaa pahaa oloa, syyllisyyttä, masennusta, pelkoa sekä yksinäisyyttä. Riippuvuus saattaa toimia tietynlaisena selviytymiskeinona, esimerkiksi kovasta stressistä selviytymisessä. Päihteen käyttöä pidetään jonkinlaisena itselääkintäkeinona, jolla yksilö pyrkii pääsemään eroon epämiellyttävästä tilastaan. Riippuvuus itsessään ei ole tavoite, vaan se on haittavaikutusten summa. (Holmberg ym. 2008, 35.)

Riippuvuuden hoidon kannalta on tärkeää, että pyritään ymmärtämään jokaisen asiakkaan yksilölliset syyt riippuvuuden taustalla. Riippuvuus on niin laaja-alainen ilmiö, että sen hoitoon ei ole yhtä ainoaa oikeaa vastausta. Asiakkaan kanssa on käytävä läpi hänen elämänsä historiaansa, sekä omaa kokemustaan riippuvuudesta. Riippuvuuskäyttäytymisestä irrottauduttaessa tulisi löytää uusia toimintatapoja, joilla voidaan saavuttaa kestävämpää mielihyvän tunnetta sekä tasapainoa, ilman päihdyttävää ainetta. Riippuvuutta hoidettaessa tulisi huomioida myös mielenterveyteen liittyvät häiriöt, joita saattaa löytyä riippuvuuden kehittymisen taustalta. (Holmberg ym. 2008, 35–36.)

2.4 Päihderiippuvuus

Pyökkänen (1986) on määritellyt päihderiippuvuuden seuraavalla tavalla: ”Sellainen psyykinen ja fyysinen tila, joka on seurausta elävän organismin ja päihdyttävän aineen välisestä vuorovaikutuksesta. Tähän tilaan kuuluu käyttäytymis- ja muita malleja, joihin aina liittyy pakonomainen tarve saada ainetta, jatkuvasti tai ajoittain, sen psyykkisten vaikutusten vuoksi ja joskus myös poistamaan sitä epämiellyttävää oloa, joka seuraa, kun ollaan ilman ainetta. Tarvetta kohottaa annosta, sietokyvyn kasvua (toleranssi), ei välttämättä esiinny. Henkilö voi olla riippuvainen useammasta kuin yhdestä aineesta.”(Dahl & Hirschovits 2002, 263.)

Päihteiden käyttö vaikuttaa yksilön tunne-, kokemus- ja ajattelumaailmaan. Seuraavat seikat saattavat vaikuttaa yksilön päihderiippuvuuden kehittymiseen: Päihdeaineen ominaisuudet, käytettävä määrä sekä käyttötapa, geneettinen perimä, päihteenkäyttäjän persoonallisuus, situationaaliset tekijät, kuten vanhemmilta opitut mallit, elämän kriisit, ystävät sekä fyysinen ympäristö. Päihderiippuvuudelle altistavat tekijät eivät yksinään aiheuta riippuvuutta, vaan riippuvuuden kehittyminen johtuu myös päihteenkäyttäjän omasta toiminnasta. Suomessa suurin osa päihteidenkäyttäjistä on sekakäyttäjiä, jolloin päihderiippuvainen on riippuvainen useasta eri aineesta, kuten esimerkiksi alkoholista ja lääkkeistä. (Dahl & Hirschovits 2002, 264.)

2.5 Erilaisia päihderiippuvuuksia

Yhteiskunnassamme riippuvuus ilmenee monin eri tavoin riippuen siitä, mistä aineesta on kyse. Tupakointi on pääosin laillista, ja nikotiiniriippuvuutta pidetään yleensä yksilön omana valintana. Huumeriippuvuus sen sijaan nähdään yhteiskuntaa uhkaavana päihteenä sen lisäksi, että se on suuri uhka myös yksilön terveydelle. Kriminalisoituna käyttäytymismuotona huumeiden käyttö saa aivan erilaisen merkityksen yhteiskunnassamme kuin nikotiiniriippuvuus. (Holmberg ym. 2008, 36–37.) Käytän opinnäytetyössäni käsitettä päihderiippuvuus, jolla tarkoitan alkoholia, huumeita ja lääkkeitä, sekä nk. sekakäyttöä, jolloin käytetään useampia päihhteitä samanaikaisesti.

Alkoholiriippuvuus on osittain periytyvä sairaus, niin geneettisesti kuin sosiaalisestikin. Alkoholiriippuvuusriski on eri maissa erilainen, johtuen alkoholikulttuurin historiasta. (Holmberg ym. 2008, 38.) Alkoholia käytetään esimerkiksi sen rentouttavan ja jännitystä poistavan ominaisuuden vuoksi. (Havio ym. 2008, 70.)

Huumeriippuvuus eroaa muusta päihderiippuvuudesta siinä suhteessa, että eri huumausaineet ovat kriminalisoitu Suomen lainsäädännössä. Huumausaineeksi voidaan luokitella melkein mikä tahansa päihdyttävä aine, alkoholia lukuun ottamatta. Huumausaineita ei voida luokitella yhdeksi ainoaksi aineryhmäksi, vaan niiden erilaisten vaikutusmekanismien mukaan. Voidaan sanoa, että huumeidenkäyttäjät käyttävät sellaista huumetta, joka vastaa parhaiten heidän omaa psyykkistä tarvettaan. Suuri osa huumeidenkäyttäjistä on sekakäyttäjiä, jotka käyttävät sitä ainetta, mitä on milloinkin tarjolla. (Holmberg ym. 2008, 38.)

Yksilö voi tulla riippuvaiseksi myös erilaisista lääkkeistä, jolloin puhutaan erilaisten lääkkeiden riippuvuuspotentiaalista. Tällaisia lääkkeitä ovat mm. tietyt nukahtamislääkkeet, jotka ovat bentsodiatsepiinipohjaisia lääkkeitä. Tietyt särkylääkkeet saattavat myös aiheuttaa riippuvuutta, esimerkiksi opiaatteja sisältävät lääkkeet. (Holmberg ym. 2008, 39.) Lääkkeitä käytetään päihtymystarkoituksessa niiden keskushermostoa lamaavien vaikutusten vuoksi. Tietyt lääkkeet rentouttavat ja poistavat jännitystä. Ylisuurina annoksina lääkkeet aiheuttavat eriasteisia päihtymystiloja, jotka saattavat johtaa tajuttomuuteen. (Havio ym. 2008, 80–81.)

Sekakäyttö on yksi päihderiippuvuuden muoto. Päihteiden sekakäyttö on lisääntynyt erityisesti nuorten, miesten ja alkoholiongelmiaisten keskuudessa. Sekakäytöllä tarkoitetaan eri aineiden samanaikaista ja sattumanvaraista käyttöä. Tavallisin sekakäytön muoto on alkoholin, lääkkeiden ja/tai huumeaineiden yhteiskäyttö. Sekakäytön muotoja on useita erilaisia, ja yleisimmin lääkkeillä pyritään tehostamaan alkoholin ja huumeiden vaikutusta, tai niillä pyritään ehkäisemään vieroitusoireita. Alkoholin jälkeen sekakäyttö on yleisin päihteiden käytön muoto. (Havio ym. 2008, 64–65.)

2.6 Vieroitusoireet

Fyysiseen riippuvuuteen saattavat kuulua vieroitusoireet, jotka ovat seurausta hermosolujen palautumisvaiheessa elimistön pyrkiessä sopeutumaan niiden normaali-tilaan. Kun päihteiden käyttö loppuu, aineiden hajoaminen elimistössä saattaa aiheuttaa esimerkiksi maksan tai munuaisten stressireaktion, elimistön pyrkiessä normalisoimaan toimintojaan. (Dahl & Hirschovits 2002, 270.)

Vieroitusoireet riippuvat käytetystä päihteestä. Oireet voivat olla luonteeltaan, kestoltaan ja voimakkuudeltaan erilaisia. Vapina, väsymys, pahoinvointi, kivut ja tuskaisuus ovat yleisimpiä vieroitusoireita. Jotkut vieroitusoireet voivat olla niin voimakkaita, että ne johtavat kuolemaan. Vieroitusoireet saattavat kestää 1-3 viikkoa riippuen siitä, minkä päihteen käytöstä on kyse. (Dahl & Hirschovits 2002, 270.)

3 PÄIHDEHAITAT SUOMESSA

Päihteiden käytöstä aiheutuvia haittavaikutuksia voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Terveystieteiden ja kansanterveyden näkökulmasta tarkasteltuna päihteidenkäyttö nähdään riskikäyttäytymisenä. Pitkäaikainen päihteidenkäyttö aiheuttaa merkittäviä haittoja niin kansantaloudellisesti kuin yksilöllisestikin. (Havio ym. 2008, 97.)

Vuonna 2004 Stakesin arvioiden mukaan alkoholista aiheutui valtiolle ja kunnille välittömiä kustannuksia 750 miljoonan euron edestä. Jos kustannuksissa huomioidaan alkoholista aiheutuvien sairauspoissaolojen, ennen aikaisten eläkkeiden ja alkoholipe-

räisten kuolemien osuus, kustannukset tulevat todennäköisesti moninkertaistumaan. (Ehkäisy ja hoito 2007, 7.) Päihdelääketieteen emeritusprofessori Mikko Salaspuron (2008) mukaan päihderiippuvaisen mahdollisuus ja oikeus hoitoon eivät saisi olla rahasta kiinni, koska asiakkaan hoitamatta jättäminen tulee yhteiskunnalle lopulta kalliimmaksi. (Launonen 2008, 20.) Seuraavissa kappaleissa käsittelen päihdehaittoja erilaisista näkökulmista.

3.1 Päihdehaitat yhteiskunnan näkökulmasta

Suomen alkoholiolot 2000-luvun alussa -tutkimuksen mukaan alkoholinkulutus on ollut kasvussa muutaman viime vuosikymmenen aikana, ja alkoholinkulutus on suurempaa kuin muissa pohjoismaissa. Etenkin vuoden 2004 veroalennusten jälkeen kasvussa ovat olleet alkoholista johtuvat sosiaaliset ja terveydelliset haitat. Alkoholinkulutuksen kasvun myötä myös alkoholista johtuvat haittavaikutukset ovat lisääntyneet, joka näkyy esimerkiksi alkoholikuolemien rajuna kasvuna. Vuosina 2004–2007 alkoholiin liittyviä kuolemia on ollut noin 4500 vuodessa. Viime vuosina alkoholiperäinen sairaus ja tapaturmainen alkoholimyrkytys ovat nousseet yleisimmäksi kuolinsyyksi työikäisillä miehillä ja naisilla. Lisäksi alkoholinkäyttö on osallisena myös väkivaltaisissa ja tapaturmaisissa kuolemissa. Edellä mainittujen kuolinsyiden lisäksi alkoholi oli mainittu vuonna 2005 1516 kertaa kuolemansyytödistyksissä. Alkoholikuolemat voidaan nähdä pitkän prosessin lopputuloksena, jossa kuolemaa ovat edesauttaneet useat erilaiset haittavaikutukset. (Karlsson 2009, 5, 26.)

Huumekuolemia on alkoholikuolemia vähemmän: Vuonna 2007 huumeet ovat olleet osallisena 234:ssä kuolemantapauksessa, mutta määrä on suurempi kuin koskaan aikaisemmin. Huumehaittakustannukset ovat mittavat. Vuonna 2006 huumeista aiheutuvia välittömiä kustannuksia (sosiaalitoimen menot, rikollisuus) oli 0,2-0,3 miljardia euroa. Välillisiä haittakustannuksia (kuolemantapaukset) oli 0,4-0,9 miljardia euroa. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2008, 23–24.)

Päihdetilastollisen vuosikirjan (2008) mukaan vuonna 2006 jopa 13 % 15–69-vuotiaista on kertonut kokeilleensa tai käyttäneensä jotakin huumausainetta. Kasvava huumeiden käyttö lisää päihdepalveluiden kysyntää. Kasvu on havaittavissa myös ter-

veyskeskusten vuodeosastoilla. Vuonna 2007 vuodeosastoilla oli hoidettavana 6275 tapausta, joihin liittyi huumausaineisiin liittyvä sairaus. Lisäksi vuonna 2007 hoidettiin 9000 tapausta, joissa huumesairaus oli pää- tai sivudiagnoosina. Erityisesti tartuntataudit, kuten C-hepatiitti ja HIV, ovat suuri ongelma päihteiden käyttäjien keskuudessa. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes) Internet-sivut.)

Päihteiden käyttöön liittyvä rikollisuus on oikeuslaitoksen, poliisin ja vankeinhoitolaitoksen näkökulmasta suuri ja työllistävä päihdehaitta. Alkoholikäyttöön liittyvä rikollisuus on yleisemmin väkivaltarikollisuutta kuin omaisuusrikollisuutta. Koska päihtymystilassa yksilön kontrolli omasta käyttäytymisestä heikkenee, niin aggressiivisuus lisääntyy, jolloin yksilö on alttiimpi joutumaan mukaan tappeluihin. Vuonna 2005 poliisin tietoon tulleista rikoksista 66 % (kaksi kolmesta tapauksesta) pahoinpitelyrikoksista tehtiin päihtyneenä. Väkivaltarikoksista, jotka johtivat kuolemaan 75 % (kolme neljästä tapauksesta) tehtiin päihtyneenä. (Havio ym. 2008, 97–98.) Vuonna 2007 poliisi sai tietoonsa 15 448 rikosta, joissa huumausaineet olivat osallisena. Rikosnimikkeet olivat huumausaineen käyttörikos (67 % tapauksista) ja huumausainerikos (27 % tapauksista). Kasvu edellisvuoteen oli 16 %. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes) Internet-sivut)

Päihteiden käyttö on kasvava riski myös Suomen tieliikenteessä. Poliisin tietoon tuli vuonna 2005 kaiken kaikkiaan 26 000 rattijuopumusta, joista törkeitä rattijuopumuksia oli 57 %. Kuolemaan johtaneissa liikenneonnettomuuksissa alkoholilla oli osuutta asiaan 23 % tapauksissa, ja loukkaantumiseen johtaneista liikenneonnettomuuksista alkoholilla oli osuutta asiaan 12 % tapauksissa. (Havio ym. 2008, 99.) Rattijuopumustapausten lisäksi huumausaineiden käyttö liikenteessä on kasvussa, vuonna 2007 tapauksia oli yhteensä 3276. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes) Internet-sivut.)

Edellisissä kappaleissa mainitsemiä haittojen lisäksi päihteet aiheuttavat ongelmia myös työelämän näkökulmasta. Näitä ongelmia ovat mm. työpoissaolot ja myöhästymiset työpaikoilta. Päihderiippuvuus heikentää myös yksilön työpanosta ja lisää työ-

tapaturmien riskiä. Päihdeongelmat saattavat aiheuttaa henkilöstön suurta vaihtuvuutta työpaikoilla. (Havio ym. 2008, 97.)

3.2 Päihdehaitat yksilön näkökulmasta

Päihteistä aiheutuvilla sairauksilla, kuolemilla ja muilla haitoilla on merkittävä vaikutus yhteiskunnallisen näkökulman lisäksi myös yksilön, sekä hänen läheistensä elämään. Päihteiden käytöllä on vaikutuksia yksilön psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin. Psyykkisellä tasolla päihteet saattavat aiheuttaa muutoksia yksilön käyttäytymisessä, unen laadussa, sekä erilaisia mielenterveyden häiriöitä, kuten ahdistusta ja masennusta. Fyysisiä haittoja ovat mm. erilaiset ruoansulatusjärjestelmän häiriöt, maksasairaudet sekä sydän- ja verisuonisairaudet. (Havio ym. 2008, 66–89.) Erilaisten psyykkisten ja fyysisten ongelmien vuoksi päihderiippuvainen on usein myös syrjäytynyt työ- ja perhe-elämästä (Karlsson 2009, 26).

Päihderiippuvaisen ja hänen läheistensä sosiaaliset, psyykkiset ja fyysiset ongelmat kasaantuvat, jolloin he kaikki tarvitsevat apua, esimerkiksi vuonna 2006 huostaan otettiin yli 15 000 lasta. Sen lisäksi lähes 60 000 lasta kuului lastensuojelun piiriin. Huostaanottojen ja muiden lastensuojelullisten toimenpiteiden yleisin syy oli vanhempien päihteiden käyttö. Muita päihteiden käytöstä aiheutuvia sosiaalityön kasvavia ongelmia ovat mm. toimeentuloon liittyvät ongelmat, perheväkivalta, sekä erilaiset sosiaaliset ongelmat, kuten syrjäytyminen. (Havio ym. 2008, 97–98.)

4 PÄIHDEHUOLLON PALVELUIDEN JÄRJESTÄMISEN PERIAATTEET

4.1 Päihdepalvelujen toimintaan vaikuttava lainsäädäntö

Perustuslaki(731/1999) määrittelee, että julkisen vallan on turvattava kaikille riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, sekä edistettävä kansalaisten terveyttä. Laissa säädetään myös, että ihmisarvoa loukkaava kohtelu on kiellettyä, ja ihmisiä tulee kohdella tasavertaisesti. (Päihdepalvelujen laatusuosituksen 2002, 26.)

Päihdehuoltolaki(41/1986) määrää, että kunnan on järjestettävä asukkailleen sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiset päihdepalvelut, jotka vastaavat kunnassa esiintyvää tarvetta. Palveluja tulee tarjota päihderiippuvaiselle itselleen, sekä hänen perheelleen ja muille läheisilleen. Päihdepalveluissa on otettava huomioon ensisijaisesti päihderiippuvaisen ja hänen läheistensä etu. Palveluiden piiriin pitää voida hakeutua omaaloitteisesti, ja asiakkaan itsenäistä suoriutumista on tuettava mahdollisimman paljon. (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 26.)

Sosiaalihuoltolaki(710/1982) määrittää sosiaalipalveluihin kuuluvien palveluiden järjestämisestä. Päihdepalveluissa on myös autettava asiakasta toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyvissä ongelmissa. Kansanterveyslaki(66/1972) ja Erikoissairaanhoidotolaki(1062/1989) määrittelevät ne palvelut, jotka kuuluvat terveydenhuollon palveluiden piiriin. (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 26.)

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista(812/2000) ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista(785/1992) määrittävät, että asiakkaalla ja potilaalla on oikeus saada laadulta hyvää palvelua sekä kohtelua. Päihderiippuvuudestaan huolimatta yksilöllä on oikeus normaaleihin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 26.)

Suomen perustuslaki(731/1999) 19 § 1 ja 2 mom. määrittelevät, että jokainen joka ei kykene itse hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeutettu välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Toimeentulotuki on taloudellisista etuuksista viimesijainen, ja jokaisella kansalaisella on siihen subjektiivinen oikeus. Jokaiselle kansalaiselle taataan perustoimeentulo työttömyyden, sairauden ja työkyvyttömyyden perusteella. (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 27.)

Sairausvakuutuslaki(364/1963) ja Kuntoutusrahalaki(611/1991) takaavat myös päihdekuntoutujille kyseisissä laeissa määritellyt etuudet. Kuntoutusrahaa voi saada sekä yksilö- että perhekuntoutukseen, ja kuntoutuspäiväraha on ensisijainen sairauspäivärahaan nähden. Työtön päihdekuntoutuja on oikeutettu kuntoutusrahaan, jos kuntoutuspäätös perustuu kansanterveyslakiin. Sairauspäivärahaan päihdekuntoutuja on oi-

keutettu vasta silloin, kun hänellä on lääkärintodistus tai -lausunto, jolla on todettu sairaus tai työkyvyttömyys omaan työhön. (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 27.)

4.2 Esteettömyyden periaate päihdepalveluissa

Päihdepalvelujen tarpeissa on tapahtunut muutoksia, jossa vakiintuneella päihdepalvelujärjestelmällä ei ole kykyä vastata riittävän nopeasti ja joustavasti päihdeasiakkaiden muuttuneeseen ongelmien ja tilanteiden vaikeutumisen vaatimiin palvelutarpeisiin. Tästä syystä olisi ensiarvoisen tärkeää, että päihdepalvelut olisivat mahdollisimman helposti saatavilla, toiminnan tulisi olla mahdollisimman esteetöntä ja matalakynnyksistä. Muuttuva palveluiden tarve on synnyttänyt uudenlaisen tarpeen matalan kynnyksen toiminnalle. (Mäkelä, Nieminen, Törmä 2005, 14.)

Päihdepalvelujen laatusuosituksia (2002) mukaillen, esteettömyys päihdepalveluissa tarkoittaa mm. seuraavaa:

- Päivystyspalveluja tulee järjestää myös virka-ajan ulkopuolella
- Palvelujen saanti tulisi turvata välittömästi kiireellisissä tapauksissa
- Kriisitilanteessa hoitoon pääsy tulisi turvata myös erityispalveluiden piirissä
- Katkaisu- ja vieroitushoitoon tulisi päästä välittömästi
- Sellaisten palvelujen turvaaminen, joihin voi hakeutua päihtyneenä
- Palveluja tulisi olla tarjolla lähellä asiakkaiden asuinpaikkakuntaa
- Päihdepalveluilla ja esimerkiksi mielenterveyspalveluilla tulisi olla selkeä työnjako keskenään

(Mäkelä ym. 2005, 13.)

Suosituksen mukaan hoitoon pääsyn tulisi olla mahdollista lähes aina, ja hoito on kannattavampaa kuin hoitamatta jättäminen. Edellä mainitut käytännöt ovat sellaisia, joiden toteuttaminen muissakin kuin pelkästään matalan kynnyksen yksiköissä, ei pitäisi olla haasteellista. Matalakynnyksisten yksiköiden tarve on ilmeinen, mutta jos muu

palvelujärjestelmä ei pysy mukana kehityksessä, asiakkaiden jatkohoitoa ei pystytä turvaamaan pelkästään matalan kynnyksen hoitopaikkoja perustamalla. Näin ollen koko päihdehoitojärjestelmän ja nk. hoitopolkujen kehittäminen kokonaisuudessaan olisi paikallaan, ja erityisesti tulisi paneutua palveluiden saatavuuden kehittämiseen. (Mäkelä ym. 2005,15.)

Palvelu- ja hoitojärjestelmää kehitetään koko ajan, jotta palveluiden saatavuutta ja laatua voidaan parantaa. Ylisektorinen yhteistyö, moniammatillinen tiimityö ja asiakkaan palvelutarpeen yksilöllinen ja kokonaisvaltainen kartoitus on todettu hyviksi toimintakäytännöiksi ja työtavoiksi päihdetyössä. (Mäkelä ym. 2005,15.)

4.3 Päihdestrategia

Kaikilla kunnilla on oma päihdestrategiansa osana terveyst- ja hyvinvointistrategiaa. Päihdestrategiasta ilmenee, miten kunnassa ehkäistään päihdehaittojen syntymistä, miten palvelut on järjestetty, ja siitä ilmenee myös kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon välinen työnjako päihdetyön osalta. (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 16.)

Päihdestrategiassa tulee ilmetä ainakin seuraavat asiat:

- Mitä lainsäädäntö ja valtakunnalliset päihdeohjelmat edellyttävät päihdepalveluilta?
- Miten kunnan päihdetilannetta ja päihdepalvelujen tarpeita arvioidaan, ja millä tavalla niiden kehittymistä seurataan?
- Mitkä ovat kunnan päihdepalvelujen tavoitteet?
- Millainen on kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon eri palveluiden yhteistyö, vastuut ja työnjako päihdepalveluissa?
- Millä tavoin päihdepalvelujen saatavuus on kunnassa järjestetty, millaisia palveluita kuntalaisilla on saatavilla ja miten kuntalaiset voivat hakeutua niihin?
- Millä tavoin hoidon ja kuntoutuksen rahoituskäytännöt on järjestetty?
- Miten kuntalaisilta ja päihdepalvelujen asiakkailta sekä heidän läheisiltään saadaan palautetta heidän käyttämistään palveluista?
- Millä tavoin kuntalaisille tiedotetaan päihdepalveluista?
- Miten palvelujen toteutumista ja laatua seurataan ja arvioidaan?

(Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 16.)

4.4 Palveluiden järjestäminen

Päihdepalvelut järjestetään kunnissa eri tavoin. Kunta voi tuottaa palvelunsa itse, yhteistyössä toisten kuntien kanssa tai järjestää palvelut ostopalveluina säätiöiltä, järjestöiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Osa kunnista tuottaa omat päihdehuollon avopalvelunsa, ja laitосkatkaisuhoido- ja kuntoutushoido järjestetään ostopalveluina, esimerkiksi A-klinikoilta. (Havio ym. 2008, 99.)

Päihdehuoltolaki(14/1986) velvoittaa kunnat järjestämään päihdepalvelunsa kunnassa esiintyvän tarpeen mukaisesti. Päihdepalvelut on tuotettava sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa, ja päihdehuollon erityispalveluina. Ensisijaisia lähtökohtia hoidolle ovat omaehtoinen hoitoon hakeutuminen, sekä avohoito. Asiakkaan omaa osallisuutta ja hänen läheistensä huomioimista päihdehoidossa painotetaan myös päihdehuoltolaissa. (Havio ym. 2008, 99–100.)

Päihdehuollon pääasiallisena tavoitteena on sekä ehkäistä että vähentää päihteidenkäytöstä aiheutuvia fyysisiä ja sosiaalisia haittoja, sekä edistää päihteiden käyttäjän ja hänen läheistensä turvallisuutta ja toimintakykyä. Päihdehuollon palveluja on tarjottava henkilölle, joka kärsii päihteiden käytöstä aiheutuvista ongelmista, ja myös hänen perheelleen ja läheisilleen on tarjottava kyseisiä palveluja.(Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 129.)

Tulevaisuudessa palvelujen järjestäminen tullaan todennäköisesti toteuttamaan pääasiallisesti seudullisella pohjalla, koska valtioneuvoston vuonna 2005 käynnistämä kunta- ja palvelurakennemuutos vähentää kuntien lukumäärää niiden yhdistymisen vuoksi, ja palvelurakenteita tullaan muodostamaan laajemmille asukasluokkajärjestelmille. Uudistuksen tavoitteena on taata asukkaille elinvoimainen ja toimintakykyinen kuntarakente, jotta myös tulevaisuudessa voitaisiin turvata asukkaiden terveys ja hyvinvointi, sekä tarpeeksi laadukkaat ja monipuoliset palvelut. (Havio ym. 2008, 100.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita suunnitellaan järjestettäväksi kahdella eri tasolla. Tämä tarkoittaisi sitä, että vähintään 20 000 asukasmäärän omaava kunta tai yhteistoiminta-alue järjestäisi perusterveydenhuollon palvelut ja siihen liittyvän sosiaali-toimen palvelut lähipalveluina, ja erityispalvelut edellyttäisivät laajempaa väestöpohjaa. (Havio ym. 2008, 100.)

5 PÄIHDETYÖ PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ

Päihdepalvelut voidaan jakaa yleisiin sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluihin, sekä päihdehoitoon erikoistuneisiin palveluihin. Sosiaalihuollon peruspalveluita ovat mm. sosiaalityö, lastensuojelu, vanhustenhoito sekä kotipalvelu. Edellä mainituista eniten päihderiippuvaisia asiakkaita kohtaavat sosiaalitoimistot. Terveydenhuollon peruspalveluita tarjoavat mm. terveyskeskukset, mielenterveystoimisto, äitiysneuvola, työterveyshuolto ja sairaalat. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 42.)

5.1 Perustason päihdetyö

Perustason päihdetyön tehtäviin kuuluu ensisijaisesti päihderiippuvuuden tunnistaminen ja päihteiden ongelmakäytön haittojen ehkäiseminen. Perustason päihdetyön tehtävänä on myös päihderiippuvaisen perusturvan takaaminen, sekä hoitoonohjaus. Päivystyspalvelut turvaavat kiireellisissä tapauksissa hoitoon pääsyn, joka on yksi perustason päihdetyön muodoista. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 42.)

Perustason päihdetyöhön eli lähipalveluihin sisältyvät varhaisen puuttumisen palvelut, päihteiden käytöstä aiheutuvien sairauksien ja tapaturmien hoito, katkaisuhoido ja pitkäaikainen jatkoahoito, matalankynnyksen palvelut, päihteiden käyttöön liittyvien haittojen lievittämiseen keskittyvät palvelut, sekä yleisesti huono-osaisuuteen liittyvät palvelut. (Havio ym. 2008, 100.) Seuraavassa kappaleessa käsitellään tarkemmin ehkäisevän päihdetyön merkitystä päihdetyössä.

5.2 Ehkäisevä päihdetyö

Ehkäisevällä päihdetyöllä ei tarkoiteta pelkästään valistusta päihteistä aiheutuvista haitoista, vaan siihen sisältyy myös yleistä hyvinvointia ja terveyttä edistävää toiminta- ja elinympäristöjen luomista. Ehkäisevästä päihdetyöstä säädetään myös laissa, jota säätelevät mm. raittiustyölaki ja – asetus sekä päihdehuoltolaki. Ehkäisevän päihdetyön tarkoituksena on ehkäistä ja vähentää päihteistä aiheutuvia sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä vähentää haitallista päihteiden käyttöä. (Ehkäisy ja hoito 2007, 10.)

Kunta on vastuussa siitä, että ehkäisevä päihdetyö tavoittaa kaikki väestöryhmät, ja sen on oltava osa kunnan peruspalveluita. Ehkäisevää päihdetyötä toteutetaan mm. sosiaalitoimessa (vanhemmuuden tukeminen, varhainen puuttuminen), terveydenhuollossa (työterveyshuolto), kouluissa (varhainen puuttuminen, päihdekasvatus) sekä nuoriso- ja vapaa-ajan työssä (varhainen puuttuminen, nuorten kasvun ja osallisuuden tukeminen). (Ehkäisy ja hoito 2007, 10.)

Ehkäisevällä päihdetyöllä pyritään vaikuttamaan yksilön päihteitä koskeviin asenteisiin. Sillä pyritään tukemaan päihdehaitoilta suojaavia tekijöitä ja vaikuttamaan päihteisiin liittyviin riskitekijöihin sekä varsinaiseen päihteiden käyttöön. Päihdelääketieteen emeritusprofessori Mikko Salaspuro (2008) kertoo *Promo*-lehden haastattelussa, että alkoholihaittoja ehkäisevässä työssä keskeisessä asemassa ovat alkoholin riittävän korkea hinta sekä alkoholin saatavuuden rajoittaminen. Suomessa hinta- ja saatavuuskehitys eivät kuitenkaan tue päihdehaittojen ehkäisyä, lisääntyvästä päihteiden käytöstä aiheutuvien sairauksien, tapaturmien, työkyvyttömyyden ja kuolemien kasvusta huolimatta. (Launonen 2008, 20.) Ehkäisevään päihdetyöhön sisältyvä riskien ehkäiseminen vaatii (esimerkiksi mini-intervention avulla alkoholikäytön riskien arvioiminen) erityistason päihdetyötä, jota käsittelen seuraavassa kappaleessa. (Ehkäisy ja hoito 2007, 10–11.)

5.3 Erityistason päihdetyö

Erityistason päihdepalvelut voidaan jakaa avohoito-, laitoshoido- ja asumispalveluihin, sekä vertaistukeen perustuviin palveluihin. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 42.) Erityispalvelut, jotka edellyttävät laajempaa väestöpohjaa, ovat A-klinikan avohoidon palvelut ja laitoshoidon katkaisu- ja kuntoutusyksiköt. Lisäksi järjestetään vaativan tason laitoshoidon katkaisuhoidon, jota tarjotaan mm. raskaana oleville päihteiden käyttäjille sekä kaksoisdiagnoosiasiakkaille. Erityisen vaativien tai uusien erityisryhmien osalta on joitakin erityispalveluiden vastuualueita suunniteltu annettavaksi jollekin laajan väestöpohjan palveluita tuottavalle taholle. (Havio ym. 2008, 100.) Opinnäytetyöni aiheena on laitoshoidon katkaisuhoito, joten käsittelen aihetta laajemmin seuraavassa kappaleessa.

6 LAITUSHOITO

Laitushoito voidaan jakaa lyhytaikaisempaan katkaisuhoitoon ja pitkäaikaisempaan kuntoutushoitoon. Alkoholi- ja huumeriippuvaisten katkaisuhoito ja kuntoutus toteutetaan monilla paikkakunnilla samassa yksikössä, mutta monille paikkakunnille on myös perustettu varsinkin huumeiden käyttäjille omia katkaisu- ja kuntoutusyksiköitä. Terveyskeskuksen vuodeosastolla voidaan myös toteuttaa katkaisuhoitoa. (Havio ym. 2008, 101.) Katkaisuhoito on ympärivuorokautista hoitoa turvallisessa ympäristössä. (A-klinikkasäätiön Internet-sivut.)

Kuntoutuslaitoksissa tarjotaan myös joitakin viikkoja kestävä jatkohoitoa. Yhteishoitoa toteuttavissa yksiköissä kuntoutus voi kestää pisimmillään 1-1,5 vuotta. Hoitoajan määräytyminen on kuitenkin yksilöllistä, asiakkaan omista tarpeista riippuen. Hoitajaksoon saattaa sisältyä myös intervallijaksoja, jotka järjestetään tiiviin kuntoutusjakson lisäksi tukemaan kuntoutumista. Intervallijaksot toteutetaan muutaman viikon välein, ja ne kestävät muutamia päiviä. (Havio ym. 2008, 101.) Intervallijaksojen on tarkoitus vahvistaa ja vakiinnuttaa asiakkaan hoitotulosta. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 136–137).

Kuntoutumishoidon tarkoituksena on vahvistaa yksilön myönteisiä voimavaroja kokonaisvaltaisesti vieroituksen jälkeen. Eri puolilla Suomea sijaitsee kymmeniä katkaisu- ja laitoshoidon toteuttavia yksiköitä. Jokaisella on oma historiallinen taustansa, ja toimintaperiaatteet ovat osittain samanlaiset, mutta paikoittain toisistaan poikkeavat. Hoidon sisältö määrittyy teoreettisen, ideologisen ja hengellisen taustan perusteella. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 135–136.)

6.1 Laitoskatkaisuhuolto

Katkaisuhoidon tarkoituksena on katkaista päihteiden käyttökierre, ehkäistä ja hoitaa vieroitusoireita, sekä luoda edellytykset sosiaaliselle ja fyysiselle kuntoutumiselle jatkohoidon suunnitelman avulla. Laitoskatkaisuhuolto kestää 2-12 vuorokautta, riippuen hoitavasta yksiköstä ja päihderiippuvaisesta itsestään. (A-klinikkasäätiön Internet-sivut.) Katkaisuhuolto voidaan toteuttaa isommilla paikkakunnilla A-klinikoiden katkaisuhuolto-osastoilla tai psykiatristen sairaaloiden päihdepsykiatrian osastoilla. Pienemmillä paikkakunnilla katkaisuhuolto toteutetaan terveystieteiden vuodeosastolla. (Havio ym. 2008, 101.)

Monessa kunnassa palvelut on järjestetty ns. hoitopolku-periaatteella, jossa sekä katkaisu- että kuntoutuspalvelut ovat sijoitettuina saman katon alle. Laitosmuotoista katkaisuhuolto voidaan toteuttaa sekä lääkkeellisesti että lääkkeettömänä, mutta useimmiten se toteutetaan lääkkeellisesti. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 136.)

6.2 Hoitoon pääsy

Katkaisu- ja kuntoutushoitoon pääseminen vaatii yhteydenoton A-klinikalle, sosiaalitoimeen, mielenterveystoimistoon tai terveystieteiden keskukseseen, yleisimmin hoitoon hakeudutaan joko A-klinikan tai terveystieteiden keskuksen kautta (Havio ym. 2008, 101). Työterveyshuolto ja sairaala voivat myös olla hoitoon ohjaavia tahoja. Hoidon suunnitteluvaiheessa olisi hyvä, jos hoitoneuvotteluun osallistuisi eri yhteistyötahoja. Kuntoutuminen perustuu pääasiassa vuorovaikutukseen ja verkostotyöhön, ja se on kokonaisvaltaista. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 136.)

Kunnilla on omat maksu- ja hoitoonohjauskäytäntönsä, ja ne olisi hyvä selvittää hoidon suunnitteluvaiheessa. Tavallisesti hoidon kokonaishinta määräytyy asiakasmaksusta ja kuntaosuudesta. Jos asiakas ei ole maksukykyinen, niin hoitoon pääsy vaatii maksusitoumuksen. Lähetä on silloin suotava, ja usein myös välttämätön. Lähetteestä ilmenee kuntoutuksen tarpeen perustelut sekä tavoitteet. Lähetä toimii sekä tiedonantajana että merkittävänä motivoijana asiakkaan kuntoutumiselle, joten se olisi syytä laatia huolellisesti yhdessä asiakkaan kanssa. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 137.)

6.3 Hoidon suunnittelu ja sisältö

Asiakkaan tarvetta hoitoon arvioidaan tulohaastattelussa, ja asetettuja tavoitteita tarkennetaan hoidon edetessä. Työntekijä tekee tulohaastattelun perusteella asiakkaalle tilannekartoituksen, jonka avulla selviää mm. onko asiakkaalla tarvetta lastensuojelullisiin toimenpiteisiin. Asiakkaalle tehdään tarvittaessa myös AUDIT-kysely, jonka avulla kartoitetaan asiakkaan päihteiden käyttöä. Hoito suunnitellaan yhdessä asiakkaan kanssa, ja suunnitelman tekovaiheessa on usein mukana myös muita viranomais-tahoja, kuten sosiaalitoimi ja asiakkaan oma lähiverkosto. (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (THL) Internet-sivut.)

Katkaisuhoidossa käytettyjä hoitomenetelmiä ovat mm. yksilö-, ryhmä- ja yhteisöhoito, perhehoito ja – terapia, lääkehoito. Edellä mainittujen menetelmien lisäksi käytetään myös korvamagneetteja ja – akupunktiota. Yksilöhoitossa käytetään menetelmiä esimerkiksi motivoivaa haastattelua, kognitiivista terapiaa, palveluohjausta ja retkahduksen ehkäisyä. Hoidossa asiakkaalla on mahdollisuus kahdenkeskisiin keskusteluihin katkaisuaseman työntekijöiden kanssa, ja se on keskeisessä roolissa katkaisuhoidossa. (A-klinikkasäätiön Internet-sivut.)

Katkaisuhoidossa käytetään lääkehoitoa päihderiippuvuuden hoitomenetelmänä. Lääkehoidon tarkoituksena on helpottaa asiakkaan vieroitusoireita vitamiinien ja varsinaisen lääkehoidon avulla sekä nestetasapainoa korjaamalla. Asiakkaalle annetaan tiamiinia pistoksena lihakseen, jolla voidaan ehkäistä mahdollisen aivovaurion kehittyminen. Tiamiinia annetaan aina, kun asiakkaalla epäillään liiallista alkoholinkäyttöä. Nestetasapainon palauttamiseen riittävät tavalliset mehut ja kivennäisvedet, jotka si-

sältävät kaliumia ja magnesiumia. Katkaisuhoidossa käytetään mm. unilääkkeitä, jotta asiakkaan riittävä uni ja lepo saadaan taattua. Lääkehoitoa jatketaan yhtä kauan kuin asiakkaalla on vieroitusoireitakin. Lääkemääriä tiputetaan päivittäin, jotta lääkityksen äkillinen lopettaminen ei aiheuta asiakkaalle vieroitusoireita lääkkeitä. (Laitinen & Mäkelä 2003, 209–210.)

Katkaisuhoidossa asiakas on velvoitettu antamaan pyydettyä päihdeseulan, eli virtsanäytteen. Päihdeseulat annetaan työntekijän valvonnan alaisena, jotta seula on mahdollisimman luotettava, eikä asiakas pysty manipuloimaan antamaansa seulaa. Asiakas on myös velvollinen antamaan puhalluskokeen työntekijän pyytäessä. Jos päihdeseula tai puhalluskoe on positiivisen, johtaa se yleensä hoitajakson keskeytymiseen ja jatkohoidosta sopimiseen. (A-klinikkasäätiön Internet-sivut.)

6.4 Jatkohoidon suunnittelu

Katkaisuhoitoon hakeutuminen on merkki siitä, että päihteiden käyttö on alkanut muodostua päihderiippuvuudeksi. Katkaisuhoito on asiakkaalle itselleen oiva tilaisuus hyväksyä ja tiedostaa se tosiasia, että hän ei enää kykene hallitsemaan omaa päihteiden käyttöään. Asiakkaan kanssa tulisi keskustella hänen omista tavoitteistaan jatkohoidon suhteen, esimerkiksi onko hänen oma tavoitteensa päihteiden käytön suhteen täysraittius vai kohtuukäyttö. Asiakkaan kanssa tulee myös arvioida, selviääkö hän itsenäisesti ja läheisten avulla päihdeongelmansa kanssa, vai tarvitseeko hän mahdollista jatkohoitopaikkaa. (Laitinen & Mäkelä 2003, 210.) Jatkohoidon suunnittelupalaveriin osallistuvat myös mahdollisen jatkohoitopaikan työntekijä ja muita mahdollisia yhteistyötahoja. Jatkohoitopaikka valitaan asiakkaan tarpeita kuunnellen ja tarpeet huomioon ottaen. (A-klinikkasäätiön Internet-sivut.)

Asiakkaan kanssa on myös keskusteltava siitä, että onko keskusteluapu riittävä hoito, vai tarvitseeko asiakas mahdollisesti myös lääkehoitoa. Lääkehoitoon sisältyy mm. juomista estävät ja hillitsevät lääkkeet sekä depressiolääkitys. Retkahdukset kuuluvat päihderiippuvuudesta toipumisen prosessiin, ja mahdollisista retkahduksista olisi hyvä keskustella asiakkaan kanssa hänen lähtiessään katkaisuhoidosta. Asiakkaalle voi suositella jatkohoittoa avohuollon palveluissa, jossa hänellä on mahdollisuus saada kes-

kusteluapua. (Laitinen & Mäkelä 2003, 210–211.) Avopalveluihin palaan seuraavassa kappaleessa lähemmin.

7 MUUT PÄIHDEPALVELUT

7.1 Avohoito

Peruspalveluissa toteutettava päihdetyö liittyy mm. päihteiden käytön tunnistamiseen, varhaiseen puuttumiseen, päihdeongelman arviointiin, sekä jatkohoidon suunnitteluun. A-klinikat kuuluvat kunnan erityispalveluiden piiriin, mutta kunta tai kuntaliitto voi ostaa avohoidon palvelut A-klinikalta ostopalvelusopimuksella, tai ylläpitää palveluja itse. (Havio ym. 2008, 100.)

Palvelut ovat asiakkaille maksuttomia, ja ne perustuvat vapaaehtoisuuteen. A-klinikalta voi hakea apua erilaisten päihderiippuvuusongelmien lisäksi myös erilaisiin toiminnallisiin riippuvuuksiin, kuten peliriippuvuuteen. Työmuotoina käytetään yksilö-, pari-, perhe- ja verkostotyön menetelmiä. Käytettyjä hoitomuotoja ovat keskustelu- ja toimintaterapia, sekä arviointi- ja neuvontapalvelut. Joissakin A-klinikan yksiköissä järjestetään myös ryhmäterapiaa osana alkoholikatkaisuhoidon psykososiaalista tukea. (Havio ym. 2008, 100.)

7.2 Asumispalvelut

Avo- ja laitoshoidon lisäksi tarjolla on myös asumis- ja tukipalveluja. Päihdekierteen katkaisemisen jälkeen asiakkaan houkutus palata entiseen elämäntyyliinsä saattaa olla suuri. Siinä tapauksessa moni päihderiippuvainen tarvitsee asumis- ja muita tukipalveluja irrottautuakseen päihdekeskeisestä elämäntavastaan. Monet kunnat järjestävät asumispalveluja päihderiippuvuudesta toipuville asiakkaille. (Havio ym. 2008, 101.)

7.3 Vertaistukipalvelut

Päiväkeskustoiminnan tarkoituksena on tukea kuntoutuksen jälkeistä päihteetöntä elämää, ja siinä selviytymistä. A-killat ovat päihderiippuvaisten ja heidän läheistensä

toimintaa, joka perustuu vapaaehtoisuuteen, ja sillä tuetaan toipumista. AA- ja NA-ryhmät taas perustuvat vertaistukeen päihderiippuvaisten kesken. AL ANON-toiminta muodostuu päihderiippuvaisten läheisistä, jossa he voivat jakaa keskenään omia kokemuksiaan, sekä auttaakseen toisia toipumaan päihderiippuvuudesta. GA-ryhmät koostuvat erilaisista peliriippuvuuksista kärsivistä henkilöistä, ja kokoontumisia järjestetään joillakin paikkakunnilla. (Havio ym. 2008, 101–102.)

8 A-KLINIKKASÄÄTIÖ

A-klinikkasäätiö perustettiin vuonna 1955 16 eri organisaation yhteistyöllä. Perustajaorganisaatioita olivat mm. Oy Alkoholiliike Ab, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Lääkäriliitto, Suomen Punainen Risti sekä Suomen Mielenterveysseura. Oy Alkoholiliike Ab rahoitti A-klinikkasäätiön toimintaa vuoteen 1957 asti, jonka jälkeen toiminta alkoi saada rahoitusta valtion budjetista. Hoitoyksiköiden toimintaa rahoitettiin sekä valtion avustuksella että kuntien omalla rahoituksella. (A-klinikkasäätiön Internet-sivut.)

A-klinikkasäätiö koostuu 16 hallinnollisesta yksiköstä, jotka tuottavat hoito- ja kuntoutuspalveluita päihdeongelmaisille ja heidän läheisilleen. Tänä päivänä Suomessa on yli 70 A-klinikkaa, ja suurin osa niistä on kuntien tai kuntayhtymien ylläpitämiä. (A-klinikkasäätiön Internet-sivut.)

A-klinikan toimintaperiaatteita ovat: vapaaehtoisuus ja asiakkaan itsemääräämisoikeus, humanisuus, luottamuksellisuus, asiakaslähtöisyys, voimavarakeskeisyys ja moniammatillisuus. A-klinikan hoito-ohjelmiin kuuluvat katkaisuhoido sekä lääke- ja huumevieroitus, avokatkaisuhoido, opioidiriippuvuuden lääkkeellinen korvaus- ja vieroitusohito, kuntoutus- ja yhteisöhoito. (A-klinikkasäätiön Internet-sivut.)

A-klinikan terapiatyötä ohjaava viitekehys pitää sisällään mm. ratkaisu- ja voimavarakeskeisen, kognitiivisen, systeemiteoreettisen ajattelutavan sekä NLP:n. Ratkaisu- ja voimavarakeskeisyys A-klinikan työssä tarkoittavat, että yksilön ongelmien sijaan keskitytään ongelmien ratkaisuun. Terapiassa keskitytään yksilön omiin, jo olemassa

oleviin voimavaroihin, ja vahvistetaan hänen onnistumisen kokemuksiin epäonnistumisten sijaan. (A-klinikkasäätiön Internet-sivut.)

Systeemitieteellinen ajattelutavan mukaan yksilö nähdään osana suurempaa systeemiä. Yksilön riippuvuusongelma on myös osa jotakin laajempaa kokonaisuutta (esimerkiksi perhe), jolloin pelkästään yksilön riippuvuuden hoito on hyödytöntä. Yksilön lähiverkostoa ja heidän voimavarojaan voidaan hyödyntää päihdeongelmaisen hoidossa. (A-klinikkasäätiön Internet-sivut.)

Kognitiivinen ajattelutapa tarkoittaa sitä, että hoidossa keskitytään yksilön tiedolliseen toimintaan, kuten oppimiseen, päätöksentekoon ja ongelmanratkaisuun. Yksilön omaa elämänhallintaa ja ongelmanratkaisukykyä korostetaan, ja asiakkaan kanssa pyritään opettelemaan uusia taitoja elämänhallinnan ylläpitämiseksi. (A-klinikkasäätiön Internet-sivut.)

NLP (neurolinguistic programming) tarkoittaa, että hoidossa keskitytään kielenkäyttöön ja mielikuvien työstämiseen. Päihdehoidossa NLP:n avulla asiakkaan kanssa asetetaan yhdessä tavoitteita hoidolle, etsitään yhdessä asiakkaan voimavaroja ja työstehtään jännitys- ja pelkotiloja. (A-klinikkasäätiön Internet-sivut.)

8.1 Kymen A-klinikkatoimi

Kymen A-klinikkatoimi on tuottanut päihdepalveluita Etelä-Kymenlaaksossa vuodesta 1963 alkaen. Niihin kuuluvat avohoidon palvelut sekä laitoshoidon- ja asumispalveluyksiköt. Kymen A-klinikkatoimella on ostopalvelusopimukset kuuden kunnan kanssa, jotka ovat Hamina, Kotka, Miehikkälä, Virolahti, Pyhtää ja Ruotsinpyhtää. Vuonna 2008 katkaisuhoidossa oli 471 asiakaskäyntiä ja Selviämisasemalla 402 asiakaskäyntiä. (Vuosikertomus 2008, 36.)

8.1.1 Kymen A-klinikkatoimen katkaisuhuoltoasema

Kymen A-klinikkatoimen katkaisuhuoltoasema tarjoaa palveluitaan päihdeongelmaisille. Yksikön omistaa A-klinikkasäätiö, ja ostopalvelukuntia ovat Kotka, Hamina, Veh-

kalahti, Virolahti, Miehikkälä, Pyhtää, Ruotsinpyhtää, ja myös muiden kuntien asukkaat voivat käyttää palveluita. Yksikkö on 16-paikkainen, ja katkaisuhuoltoasema toteuttaa katkaisuhuoltoon päihderiippuvaisille, jonka aikana pyritään motivoimaan asiakasta kuntoutumaan, sekä suunnitellaan mahdollista jatkohoitoon hakeutumista. Asiakas voi hakeutua katkaisuhuoltoasemalle myös ennaltaehkäisevään hoitoon, jolloin asiakkaalla on mahdollisuus ehkäistä retkahdukset hänen niin halutessaan. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Internet-sivut.)

Vuonna 2006 Kymen A-klinikkatoimen katkaisuhuoltoasemalla oli yhteensä 5499 hoitovuorokautta, ja 497 asiakasta. Vuonna 2006 keskimääräinen kuntoutusaika oli 5,4 vuorokautta. Olisi suotavaa, että hoitoon hakeuduttaisi A-klinikan kautta, mutta hoitopaikasta voidaan sopia myös katkaisuhuoltoaseman työntekijän kanssa. Hoitoon voi hakeutua ympäri vuorokauden. Henkilökuntaan kuuluu sairaanhoitajia, ohjaajia sekä lääkäri. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Internet-sivut.)

8.1.2 Kymen A-klinikkatoimen selviämisasema

Kymen A-klinikkatoimen selviämisasema tarjoaa palveluitaan päihdeongelmallisille. Selviämisasema on samassa yhteydessä katkaisuhuoltoaseman kanssa. Asiakaspaikkoja on yhteensä kymmenen, ja selviämisasema tarjoaa asiakkaille turvalliset puitteet päihetystilasta selviämiseen henkilökunnan läsnä ollessa, ja se on turvallisempi vaihtoehto putkalle. Selviämisasemalla on mahdollisuus henkilökohtaisen hygienian hoitoon, elämäntilanteen selvittelyyn sekä hoitoon hakeutumiseen. Suurin osa asiakkaista hakeutuukin selviämisasemalta katkaisuhuoltoon. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Internet-sivut.)

Vuonna 2008 selviämisasemalla oli yhteensä 4959 hoitovuorokautta, ja 947 asiakasta. Samana vuonna keskimääräinen kuntoutusaika oli 5,4 vuorokautta. Hoitoon hakeudutaan joko vapaaehtoisesti tai sosiaali-, terveys- tai poliisiviranomaisen ohjaamana ja saattamana. Henkilökuntaan kuuluu sairaanhoitajia, ohjaajia sekä lääkäri. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Internet-sivut.)

8.2 Kouvolan A-klinikkatoimi

Kouvolan A-klinikkatoimi tuottaa Pohjois-Kymenlaakson alueella päihdehuollon erityistason hoito-, kuntoutus- ja asiantuntijapalveluita. Ostopalvelusopimukset on laadittu Anjalankosken, Elimäen, Iitin, Jaalan, Kouvolan, Kuusankosken ja Valkealan kanssa. Vuoden 2009 alusta Anjalankoski, Elimäki, Jaala, Kouvola, Kuusankoski ja Valkeala yhdistyivät uudeksi Kouvolan kaupungiksi, jolloin Anjalankosken, Kuusankosken ja Kouvolan A-klinikkatoimet yhdistettiin samaan hallinnolliseen kokonaisuuteen. Vuonna 2008 katkaisuhuitoasemalla oli 405 asiakaskäyntiä. (Vuosikertomus 2008, 33.)

8.2.1 Kouvolan A-klinikkatoimen katkaisuhuitoasema

Kouvolan Katkaisuhuitoasema tarjoaa palveluitaan päihderiippuvaisille, joilla alkoholin ja/tai lääkeaineiden käyttö on muodostunut ongelmaksi. Yksikkö tarjoaa palveluita myös peliriippuvuudesta kärsiville asiakkaille. A-klinikkasäätiö omistaa yksikön, ja ostopalvelukunta on Kouvola. Yksikkö on 19-paikkainen, ja palveluita tarjotaan päihderiippuvaisille, jotka hakeutuvat vapaaehtoisesti hoitoon. Katkaisuhoidon aikana pyritään vähentämään ja lieventämään vieroitusoireita, ja ennaltaehkäisemään kramppeja ja delirium tremens-tiloja. Asiakkaita motivoidaan myös jatkohoitoon katkaisuhoidon aikana. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Internet-sivut.)

Kouvolan katkaisuhuitoasemalla on yhteensä vuosittain noin 4000–4500 hoitopäivää, ja keskimääräinen kuntoutusaika on 11,8 vuorokautta. Hoitoon ohjaututaan mm. A-klinikoiden, terveyskeskusten ja sairaaloiden lähetteellä, jolloin lähettävä taho tekee asiakkaalle paikkavarauksen katkaisuhuitoon. Viikonloppuisin hoitoon pääsee ilman lähetettä klo. 08.00-12.00. Ajanvaraus ja maksusitoumus ovat kuitenkin edellytyksiä sille, että asiakas pääsee katkaisuhuitoon. Henkilökuntaan kuuluvat yksikön johtaja, lääkäri, 3 sairaanhoitajaa, 3 ohjaajaa, 2 emäntää sekä siivooja. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Internet-sivut.)

8.3 Lahden A-klinikkatoimi

Lahden A-klinikkatoimi on Päijät-Hämeen seudulla ensisijainen päihdehuollon erityispalveluiden tuottaja. Lahden A-klinikkatoimella on ostopalvelusopimukset Lahden, Heinolan, Peruspalvelukeskus Oivan ja Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmän kanssa. Vuonna 2008 katkaisu- ja kuntoutushoidon yksikössä oli 351 asiakaskäyntiä. (Vuosikertomus 2008, 38.)

8.3.1 Lahden A-klinikkatoimi, Pitkämäen Kuntoutuskeskus

Pitkämäen kuntoutusyksikössä tarjotaan palveluita päihdeongelmallisille sekä muista riippuvuusongelmista kärsiville. Yksikön omistaa A-klinikkasäätiö, ja ostopalvelukuntia ovat Lahti, Asikkala, Heinola, Hollola, Hämeenkoski, Kärkölä, Nastola, Orimattila, Padasjoki, Sysmä sekä Artjärvi. Pitkämäen kuntoutusyksikössä on katkaisuhuito-osaston lisäksi myös kuntoutusosasto sekä asuntola. Katkaisuhuito-osastolla hoidetaan akuutteja päihdekäytön vieroitusoireita. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Internet-sivut.)

Katkaisuhuito- ja kuntoutusosastolla on vuosittain (1999) yhteensä 417 asiakasta, ja 5249 hoitovuorokautta. Katkaisuhoidossa keskimääräinen kuntoutusaika on noin 7 vuorokautta. Pääasiallinen hoitoon ohjaava taho on A-klinikka, mutta myös sairaalat, mielenterveystoimistot ja psykiatriset osastot voivat ohjata hoitoon. Varsinaista lähetettä ei tarvita, mutta ajanvaraus ja maksusitoumus ovat edellytyksiä hoitoon pääsulle. Henkilökuntaan kuuluu sairaanhoitajia, ohjaajia, sekä lääkäripalvelut. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Internet-sivut.)

9 PÄIHDETYÖN TULOKSELLISUUS

Kunnan velvollisuus on järjestää päihdehuollon palveluita kunnassa esiintyvät tarpeen mukaan. Päihderiippuvaisen asema palvelujen saamisessa on heikko verrattuna esimerkiksi toimeentulotuen saajaan. Toimeentulotuen saajalla on subjektiivinen oikeus saada apua, mutta päihdehuollossa asiakkailta ei käytännössä katsoen ole vastaavan-

laista subjektiivista oikeutta palveluihin. Päihderiippuvaisen oikeus palveluihin perustuu harkinnanvaraisuuteen. (Kaukonen & Halmeaho 1996, 19.)

Palveluiden harkinnanvaraisuus perustuu siihen, että asiakkaiden perusoikeudet voivat toteutua taloudellisten mahdollisuuksien rajoissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tulisi kohdentaa niin, että kulloinkin käytössä olevat voimavarat pitäisi keskittää niihin palveluihin, joissa voidaan turvata jokaiselle perusoikeuksien toteutuminen. Päihderiippuvaisen sosiaalinen asema sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaana on heikompi kuin muiden palveluiden käyttäjien asema keskimäärin. Päihderiippuvaista ei nähdä yleensä palveluiden käyttäjänä, vaan tuen ja kontrollin kohteena. (Kaukonen & Halmeaho 1996, 20.)

Päihderiippuvainen joutuu monesti huomaamaan, että hänen sosiaaliset mahdollisuutensa kapenevat niin omissa ihmissuhteissa kuin viranomaistahojenkin kanssa. Hänen selviytymismahdollisuutensa vähenevät vähitellen. Päihderiippuvaiset kokevat kuitenkin saamansa palvelut resurssina. Laitospalveluiden koetaan antavan mahdollisuuden ainakin hetkelliseen päiheteettömyyteen ja kokemuksen siitä, että joku ymmärtää päihderiippuvaista. Laitoshoidossa päihderiippuvainen saa mahdollisuuden lääkehoitoon sekä riittäviin terveystalouteihin, joihin asiakkaalla ei välttämättä muuten olisi ollut mahdollisuutta. (Kaukonen & Halmeaho 1996, 20–21.)

Päihdepalveluita ei voida järjestää samanlaisella porrastetulla periaatteella kuin terveydenhuollon palveluita. Päihderiippuvaisen hoidossa ei ole ensisijaista asiakkaan fyysisten sairauksien hoitaminen, vaan asiakkaan omien voimavarojen ja vahvuuksien löytäminen yhdessä työntekijän kanssa. Asiakkaan tulisi tuntee olevansa hyväksytty, ja että hänestä välitetään ja hän voi luottaa työntekijään. (Kaukonen & Halmeaho 1996, 21, 24.)

Jotta asiakkaan oma kyky vaikuttaa omaan elämänhallintaansa ja –laatuunsa parantuisi, palvelut olisi järjestettävä siten, että asiakas itse pystyisi hyödyntämään niitä. Kiviniemi (1985) puhuu yksikön palvelukykyvystä, tarkoittaen sitä, että tarjottavat palvelut ovat laadultaan hyviä, ja niillä vastataan asiakkaan tarpeisiin. Kyseisiä ominaisuuksia ovat mm. palveluiden saatavuus, asioimisen vaivattomuus ja toiminnan asianmukai-

suus ja sujuvuus. (Kaukonen & Halmeaho 1996, 24.) Seuraavassa kappaleessa käsitellään aiheita, joilla saattaa olla vaikutusta laitostarkkaisuhoidon jälkeiseen päihteiden käyttöön.

9.1 Aiemmat tutkimukset

Suomessa on tehty merkittävää biolääke- ja yhteiskuntatieteellistä päihdetutkimusta, mutta hoitoa ja hoidon vaikuttavuutta koskevia tutkimuksia on tehty suhteellisen vähän. Tutkimuskohteena aihealue on niin laaja-alainen, että sitä on vaikea tutkia ja tutkimuksen vaikuttavuutta saattaa rajoittaa myös se, että hoidon tuloksellisuus riippuu yksilöstä itsestään. Hoidon tuloksellisuus on monesti yksilön subjektiivinen kokemus, jollekin tuloksellisuus tarkoittaa täysraittiutta, kun taas toiselle se tarkoittaa käyttökertojen ja –määrien vähenemistä. (Koski-Jännes 1999) Saaren & Vähävihun (2001) tekemän tutkimuksen mukaan osa Kouvolan Kuntoutuskeskuksen asiakkaista ei ollut ollenkaan motivoituneita päihdeettömyyteen. Asiakkaiden hoidon tavoitteena oli oman olotilan kohentuminen, jotta he jaksaisivat taas jatkaa päihteiden käyttöään. (Saari & Vähävihi 2001, 65.)

Savolainen (2006) toteaa tutkimuksessaan, että päihdekuntoutuksen vaikuttavuustutkimukset ovat kohdistuneet väestö- ja asiakastasolle. Eri tutkimuksissa ovat vaikuttavuuden kriteerit osittain vaihdelleet, ja kriteereinä on pidetty esimerkiksi muutoksia päihteiden käytössä, asiakkaan ja läheisten sosiaalisessa selviytymisessä, hoidossa pysymisessä, elämäntavoissa ja terveydentilassa. Väestötason tutkimusten perusteella on todettu, että mitä enemmän päihdehuollon erityispalveluja on tarjolla, sitä vähemmän on sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa esiintynyt päihde-ehdoista palvelun tarvetta. Päihdetyössä käytettävien menetelmien käytössä ei ole havaittu suuria tuloksellisuuteen liittyviä eroavaisuuksia. On kuitenkin havaittu, että jotkut päihdetyöntekijät ovat saaneet aikaan parempia tuloksia kuin toiset, eikä tämä ero ole selitettävissä työntekijän koulutustaustan tai asiakkaan yksilöllisten ominaisuuksien perusteella. Työntekijän vuorovaikutustaidot ovat osoittautuneet erääksi selittäväksi tekijäksi tuloksellisuuteen liittyvissä eroavaisuuksissa. (Savolainen 2006, 10–11.)

Päihderiippuvaiset näyttäisivät hyötävän kaikenlaisesta päihdehoidosta. Taloudellisesta näkökulmasta tarkasteltuna päihdehoitoon kannattaa panostaa, koska päihdetyöhön kohdistetut resurssit vähentävät sairastavuutta ja kuolleisuutta. Tällöin vähenevät myös päihteiden käytöstä aiheutuvat välilliset kustannukset, joita ovat mm. tuotantomenetykset, järjestyksen ylläpito, huostaanottojen ja vankeuspäivien väheneminen. (Savolainen 2006, 11.)

Savolaisen (2006) mukaan asiakkaiden arviointi katkaisuhoidosta oli myönteistä, ja he kokivat katkaisuhoidon välttämättömäksi palveluksi. Hoitoon hakeudutaan sellaisessa elämän kriisissä, jossa omat voimavarat ja avohuollon palvelut eivät enää riitä päihdekierteen katkaisemiseen. Keskeinen periaate katkaisuhoidon sisällössä näyttäisi olevan se, että hoidon jatkuminen turvataan katkaisuhoidon jälkeenkin. (Savolainen 2006, 11.)

9.2 Päihteettömyyttä tukevia elementtejä hoidon sisällössä

Saaren & Vähävihun (2001) mukaan päihdehoitotyössä yksi lähtökohta on se, että asiakkaat saavat riittävästi keskusteluapua ja tukea työntekijöiltä. Heidän mielestään omahoitajuuteen tulisi ehdottomasti panostaa, koska luottamuksellista suhdetta ei voida rakentaa muutaman päivän hoidon aikana. Hoitajan vaihtuvuus asiakastyössä haittaa asiakkaan kiinnittymistä omaan hoitoonsa. (Saari & Vähävihu 2001, 67.)

Päihdetyössä työskentelevät työntekijät pyrkivät olemassa olevilla voimavaroillaan tekemään parhaansa asiakkaiden kanssa. Päihderiippuvaisen omalla motivaatiolla on suuri merkitys päihteiden käytön lopettamisessa. Työntekijällä on silloin suuri rooli asiakkaan rinnalla kulkijana, tukijana ja kannustajana. Päihderiippuvaisen prosessi päihteettömään elämään on pitkä ja vaikea, ja silloin työntekijällä on keskeinen rooli asiakkaan elämässä. (Saari & Vähävihu 2001, 65.) Alan ammattilaisilla saattaa olla strateginen merkitys asiakkaan muutosprosessissa, jos hän saa asiakkaan näkemään itsensä ja omat mahdollisuutensa uudenlaisesta näkökulmasta (Heiskanen 2009, 7).

Heiskanen (2009) kuvaa tutkimuksessaan, minkälainen rooli työntekijällä on katkaisuhoidossa olevan asiakkaan päihteettömyydessä. Tutkimuksessa on käytetty voimavaraistamisen näkökulmaa asiakkaan oman motivaation herättelyssä, ja työntekijät

kuvaavat asiakkaan elämässä selviytymisen tukemista seuraavasti: Asiakasta tuettiin ”pienin askelin” päihdeettömyyteen ja hoidon edetessä asetettiin pieniä tavoitteita. Asiakasta tuetaan elämään päivä kerrallaan, eikä aseteta sellaisia tavoitteita, joita asiakas ei välttämättä pysty saavuttamaan. (Heiskanen 2009, 33.)

Työntekijät kuvasivat voimavara-käsitettä siten, että se on voima, joka auttaa jaksamaan ja jatkamaan eteenpäin romahduksen hetkellä. Työntekijät kuvaavat voimavara-käsitettä niin, että siitä kumpuaa onnellisuutta, iloa, sisältöä, motivaatiota raittiuteen ja jaksamiseen. Työntekijöiden mielestä voimavaraistaminen on tärkeä elementti hoitotyössä, ja sitä voi käyttää työssä positiivisessa mielessä ja se on tärkeää tulevaisuutta ajatellen. Voimavaraistuminen (empowerment) nähdään yksilöstä itsestään lähtevänä ja sisäisenä voimantunteena. Se nähdään myös prosessina, jossa edetään yksilön omista lähtökohdista tapahtuvaan voimavarojen vahvistumiseen. (Heiskanen 2009, 37–38.)

Savolainen (2006) haastatteli tutkimuksessaan katkaisuhoidon asiakkaita. Tarkastelin hänen tutkimustaan niiltä osin, mitä asiakkaat kertoivat selviytymistä tukevista ja elämänhallintaa lisäävistä menetelmistä. Tarkastelin myös asiakkaiden näkökulmaa katkaisuhoidon kehittämistarpeista, koska asiakkaat ovat asiantuntijoita katkaisuhoidon tuloksellisuudessa. Koen, että kyseiset asiat ovat oleellisia asiakkaan päihdeettömyyttä tukevia asioita hoidon kannalta. Asiakkailla oli suuret odotukset muutosmotivaation suhteen. He kokivat selviytymisstrategioiden luomisen ja selviytymisen vahvistamisen keskeisiksi ja merkittäviksi auttamismenetelmiksi omassa hoidossaan. Asiakkaat olivat kuitenkin sitä mieltä, että muutosmotivaatiota ja tulevaisuuden suunnittelua oli hoidossa riittämättömästi heidän omiin tarpeisiinsa nähden. Asiakkaat kokivat saaneensa kannustusta ja rohkaisua melko hyvin ja hoitoilmapiirin he kokivat toiveikkautta vahvistavaksi. Asiakkaat olisivat kuitenkin toivoneet enemmän tietoa ja tukea siitä, mitä tapahtuu katkaisuhoidosta lähdettäessä. Asiakkaat olisivat oman arvionsa mukaan tarvinneet enemmän selviytymistä ja omia voimavaroja vahvistavaa tukea hoidon aikana. (Savolainen 2006, 47.)

Jatkohoidon suunnittelu ja järjestäminen koettiin hieman eri tavoin sukupuolesta riippuen. Miehet olivat sitä mieltä, että heidän kanssa ei suunniteltu jatkohoitoa riittävästi, ja osalla oli epätietoisuutta siitä, minkälaisen jatkosuunnitelman he olivat laatineet.

Miehet olivat myös sitä mieltä, että heitä vastuutettiin liikaa jatkohoidon suunnittelussa, koska heidän voimavaransa eivät välttämättä riittäneet sellaiseen. Naiset kokivat jatkohoidon suunnittelun sujuneen hyvin yhdessä työntekijöiden kanssa. Miehet ja naiset olivat sitä mieltä, että asiakkaille tulisi tiedottaa paremmin, miten heidän jatkohoitonsa järjestäminen etenee. (Savolainen 2006, 48.)

Asiakkaat arvioivat miten heidän mielestään katkaisuhoidoa tulisi kehittää, jotta se palvelisi asiakkaiden tarpeita entistä paremmin. Asiakkaiden kokemat kehittämistarpeet liittyivät yleisesti heidän odotuksiinsa katkaisuhoidon tehokkuudesta ja vaikuttavuudesta. Kehittämishaasteita olivat mm. yksilöllisen ja asiakaslähtöisen hoidon suunnittelu ja toteutuminen, erilaisten hoito-ohjelmien kehittäminen eri asiakasryhmille, kuten ensikertaisille ja moninkertaisille katkaisuhoidon uusijoille erilaisilla painotuksilla hoidon sisällössä. Lisäksi asiakkaat kaipasivat vuorovaikutuksellisten ja toiminnallisten menetelmien kehittämistä. Yksilökeskusteluja kaivattiin ehdottomasti lisää, ja asiakkaat olisivat toivoneet omahoitaja-järjestelmää keskusteluja helpottavana tekijänä. Katkaisuhoidon toiminnalliset menetelmät koettiin liian passivoivina ja vähäisinä asiakkaiden tarpeisiin nähden. Asiakkaat ehdottivat ryhmiksi mm. keskustelu-, rentoutus- ja taideterapiaryhmiä. (Savolainen 2006, 52–54.)

Lääkehoidon kehittämishaasteiksi nimettiin lääkehoidon suunnittelu yhdessä lääkärin kanssa, päivystyspalveluiden järjestäminen tarvittaessa, jos asiakkaalla ilmenee jotain oireita virka-ajan ulkopuolella. Asiakkaat kokivat tarpeelliseksi sen, että lääkäriä voisi tavata useammin katkaisuhoidon aikana, erityisesti silloin, kun lääkitystä muutetaan. Keskustelua kaivattiin myös katkaisuhoidon jälkeiseen kotilääkityksen turvaamiseen, ja joustovaraan lääkemäärissä. Asiakkaat toivoivat saavansa enemmän tietoa heille määrätystä lääkkeistä, niiden vaikutuksista ja sivuvaikutuksista. Päivystävän lääkärin toivottiin olevan erikoistunut päihdeongelmien hoitoon, ja sen takia katkaisuhoidon päivystyslääkäri järjestelmää olisi kehitettävä. (Savolainen 2006, 54–55.)

9.3 Palvelujärjestelmää koskevat kehittämistarpeet

Asiakkaiden arvioimat kehittämistarpeet liittyivät päihdeongelmaisten palvelujen saavuuteen oikeaan aikaan ja niiden riittävyteen. Asiakkaat arvioivat katkaisuhoido-

paikkoja olevan liian vähän suhteessa esiintyvään tarpeeseen. Asiakkaat kokivat myös, että hoitopaikkojen lisääminen ja hoitoon pääsy virka-ajan ulkopuolella olivat kehittämisen arvoisia asioita. Hoitoon tulisi päästä myös päihtyneenä, ja ajankohtaisimpana kehittämistarpeena nähtiin päivystyspalvelujen kehittäminen. Erityisesti iltaisin, öisin, viikonloppuisin ja juhlapyhinä asiakkaiden tulisi päästä hoitoon. Asiakkaat arvioivat päivystyspalveluiden vähentävän perheväkivaltaa ja lasten laiminlyöntejä. (Savolainen 2006, 55–56.)

Asiakkaat olivat tyytyväisiä siihen, että yksiköt olivat profiloituneet eri asiakasryhmien hoitoon, eli alkoholi- ja huumeongelmaiset hoidettiin erillisissä yksiköissä. Toisaalta, asiakkaat kokivat, että huumeongelmaisten hoitoon oli kohdennettu enemmän resursseja kuin alkoholi-ongelmaisten hoitoon. Asiakkaat kokivat, että heillä oli huonot mahdollisuudet päästä omia tarpeitaan parhaiten vastaavaan kuntouttavaan päihdehoitoon. Asiakkaiden arvion mukaan taloudelliset tekijät sanelivat liikaa jatkohoitopaikkojen valikoimaa, ne keskittyivät pääasiassa tiettyihin kaupungin omiin paikkoihin tai ostopalvelusopimuksen mukaisiin päihdepalveluihin. Asiakkaat eivät kuitenkaan kritisoineet kovin voimakkaasti vallitsevia käytäntöjä, vaan näyttivät ymmärtävän päihdepalvelujen rajallisen saatavuuden liittyvän taloudellisiin resursseihin. Hoitojatkumon kannalta asiakkaat kokivat hyvin ongelmalliseksi sen, että jatkohoitoon pääsyä saattoi joutua odottamaan, eikä laitospalvelupaikkaan pääsy ollut välttämättä mahdollista heti katkaisuhoidosta lähdettyä. Asiakkailla oli omakohtaisia kokemuksia palveluketjujen katkeamisesta. (Savolainen 2006, 56–57.)

Käyttämäni tutkimukset eivät suoranaisesti käsitelleet katkaisuhoidon tuloksellisuutta, koska lukuisista yrityksistäni huolimatta en löytänyt tai osannut etsiä aiheeseen suoranaisesti liittyviä yliopistotasoisia tutkimuksia. Aiempia tutkimuksia tarkastelin siitä näkökulmasta, minkälaiset asiat saattavat vaikuttaa päihderiippuvaisen päihdeettömyyteen katkaisuhoidon jälkeen. Savolaisen tutkimuksessa haastateltiin katkaisuhoidon asiakkaita, ja asiakkaat arvioivat katkaisuhoidossa käytettyjä auttamismenetelmiä. Kaksi käyttämästäni tutkimuksesta käsitelivät voimavaraistamisen näkökulmaa päihdehoitotyössä, jonka pohjalta mietin asioita, joilla on vaikutusta katkaisuhoidon jälkeiseen päihdeettömyyteen. Keskeiset asiat, joihin törmäsin tutkimuksia tarkastellessani, olivat asiakkaan motivointi päihdeettömyyteen katkaisuhoidon jälkeen ja kunnol-

linen jatkohoidon suunnittelu. Seuraavissa kappaleissa käsittelen oman tutkimukseni tutkimusongelmia ja tutkimustuloksia.

10 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimukseni tarkoituksena on selvittää, miten katkaisuhuitolaitosten henkilökunta kokee heidän yksikkönsä toimintakäytännöt. Kuinka helposti työntekijät kokevat, että heidän palvelunsa ovat asiakkaiden tavoitettavissa, mitkä toimintakäytännöt ovat heidän vahvuuksiaan, ja mitkä käytännöt ovat kehittämishaasteita. Jaottelin tutkimusongelman seuraaviksi tutkimuskysymyksiksi:

1. Miten päihdepalvelujen laatusuositusten mukainen esteettömyyden periaate toteutuu tai ilmenee katkaisuhuitoyksikössä?
2. Miten laitoskatkaisuhoidon toteutetaan Lahdessa/Kouvolassa/Kotkassa?
3. Mikä on katkaisuhoidon vaikutus katkaisuhoidon jälkeiseen päihteiden käyttöön?
4. Mitä vahvuuksia katkaisuhuitoyksikön toiminnassa on katkaisun jälkeisen päihteidenkäytön ehkäisyn näkökulmasta?
5. Mitä heikkouksia katkaisuhuitoyksikön toiminnassa on katkaisun jälkeisen päihteidenkäytön ehkäisyn näkökulmasta?

11 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

11.1 Tutkimuksen taustaa

Kesällä 2008 työskentelin Kymen A-klinikkatoimessa. Minulla ei ollut vielä opinnäytetyön aihetta, joten otin yhteyttä Kymen A-klinikkatoimeen Jari Peltolaan. Hän esitteli minulle KATKO KATKOLLE-hankkeen, kiinnostuin aiheesta, ja syyskuussa 2008 otin työn vastaan.

11.2 Tutkimuksen lähestymistapa ja ihmiskäsitys

Tutkimukseni on kvalitatiivinen, eli laadullinen tutkimus. Olen valinnut kvalitatiivisen lähtökohdan tutkimukselleni, koska tutkin todellista elämää, jota ohjaavat erilaiset arvot. Tutkimuksen kohteena on tarkoituksenmukaisesti valittu ihmisjoukko, mikä on yksi kvalitatiivisen tutkimuksen piirteistä. (Hirsjärvi ym. 2007, 160.)

Lähestymistapani on fenomenologis-hermeneuttinen, koska tutkimukseni kohteena ovat työntekijöiden omat kokemukset ja käsitykset siitä, kuinka toimivina he kokevat oman yksikkönsä toimintakäytännöt, ja minkälaisissa asioissa heidän toiminnassaan olisi parantamisen varaa. Fenomenologis-hermeneuttiselle tutkimusperinteelle on ominaista, että yksilö on tutkimuksen kohteena ja tutkijana. Eräs fenomenologisen filosofian perustana oleva ongelma on ihmiskäsitys, siis millainen yksilö on tutkimuskohteena, ja tiedonkäsitys, eli miten kyseisestä kohteesta voi saada inhimillistä tietoa, ja millaista kyseinen tieto on luonteeltaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 33–34.)

Fenomenologisen tutkimuksen kohteena on yksilön elämismaailma, jolloin kokemuksellisuus ja elämyksellisyys ovat yksilön maailmankatsomuksen lähtökohtia. Hermeneuttinen ulottuvuus tulee mukaan fenomenologiseen tutkimukseen siinä vaiheessa, kun tulkinnan tarve herää. Hermeneutiikalla tarkoitetaan tässä yhteydessä yleisesti ymmärtämisen ja tulkinnan teoriaa, jossa tulkinnalle yritetään etsiä jonkinlaisia sääntöjä, jolloin voitaisiin puhua vääristä ja oikeammista tulkinnoista. Tässä yhteydessä hermeneuttisella ymmärtämisellä tarkoitetaan erilaisten ilmiöiden merkityksien oivaltamista. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 34–35.)

11.3 Teemahaastattelulomakkeen laatiminen ja tutkimusaineiston hankinta

Syksyllä 2008 ja talvella 2009 kävin paljon keskustelua ohjaavan opettajani ja työelämän edustajani kanssa työssä käsiteltävistä teemoista. Minun piti ensin selvittää itselleni, mitä kaikkea tulen työssäni käsittelemään. Aihetta jouduttiin rajaamaan jonkin verran, koska aihealue olisi ollut todella laaja yhden ihmisen opinnäytetyöksi. Laadin teemahaastattelulomakkeen tutkimusongelmieni pohjalta. Toteutin aineiston hankinnan haastattelemalla yhteensä 12 työntekijää kolmesta eri yksiköstä. Tarkoitukseni

oli haastatella kolmea työntekijää jokaisesta yksiköstä, eli yhteensä yhdeksää työntekijää. Poistin kuitenkin epähuomiossa neljä viimeistä haastattelua sanelimelta, ennen kuin tallensin tiedostot tietokoneelle. Jouduin tekemään neljä haastattelua uudestaan, joista yhtä työntekijää olin haastatellut jo aiemmin. Lopulliseksi otokseksi muodostui 9.

Teemahaastattelussa on yhteensä kuusi eri tema-aluetta, joita käsittelen työssäni. Teemat ja kysymykset ovat ennalta määrätty, mutta haastattelu antoi työntekijöille myös mahdollisuuden tuoda esiin omia mielipiteitään ja ajatuksiaan omasta yksiköstään. Valitsin tutkimusmenetelmäksi teemahaastattelun, koska tarkoitukseni oli tutkia laitostatkaisuhoidossa työskentelevien työntekijöiden kokemuksia laitostatkaisuhoidon toimivuudesta. Teemahaastattelun avulla sain selville, miten toimivana työntekijät kokevat oman työpaikkansa toimintakäytännöt, esimerkiksi kuinka helposti heille pääsee katkaisuhuoltoon ja kuinka tuloksellista katkaisuhuolto heidän mielestään on. Haastattelussa työntekijöillä oli mahdollisuus pohtia, mitkä käytännöt ovat heidän mielestään hyviä, ja mitä käytäntöjä olisi aiheellista kehittää.

11.4 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Sana ”haastattelu” määritellään suomen kielessä siten, että se on tutkimuksen tiedonkeruutapa, jolla halutaan selvittää haastateltavan omia mielipiteitä tutkittavasta asiasta, ja vastaukset saadaan puhutussa muodossa. Haastattelulla on tutkijan ennalta määräämä tavoite, ja haastattelun avulla tutkija kerää informaatiota tutkimustaan varten.

Haastattelun avulla tutkija saa tietoa haastateltavan ajatuksista, asenteista, mielipiteistä tunteista, joita aihealue haastateltavassa herättää. Haastatteluun liittyy myös omat ongelmansa. Haastattelutilanteessa kaksi, tai useampi, henkilöä tapaavat toisensa, jolloin kyseessä on sosiaalinen vuorovaikutustilanne. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 41–42.)

Haastattelu on menetelmänä aikaa vievä, ja vaatii huolellista valmistautumista haastattelijalta. Menetelmän heikkous saattaa olla se, että haastattelussa on tapana antaa sosiaalisesti hyväksytyjä vastauksia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 199–201.)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, jossa kysymysten muoto on sama kaikille, mutta haastattelijalla voi vaihdella niiden järjestystä. Haastattelu kohdennetaan

tiettyihin teemoihin, ja keskeistä haastattelussa on, että haastateltavien tulkinnat asioista, ja heidän niille antamansa merkitykset ovat keskeisiä, ja jotka syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48.) Teemahaastattelun avulla pyritään löytämään tutkimuksen kannalta merkityksellisiä vastauksia, jotka vastaavat haastatelijan tutkimustehtävää. Haastattelun teemat perustuvat periaatteessa tutkimuksen viitekehukseen, eli jo olemassa olevaan tietoon tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77–78.)

11.5 Työntekijöiden valintaperusteet ja taustatiedot

Valitessani haastateltavia tutkimustani varten en asettanut muuta kriteeriä kuin sen, että haastateltavat ovat työskennelleet yksikössä pidemmän aikaa. En halunnut haastatella lyhytaikaisia sijaisia, koska halusin työntekijöiden olevan hyvin perillä yksikössä vallitsevista toimintakäytännöistä ja varsinaisesta päihdetyöstä. En määritellyt haastateltavien koulutustaustaa ollenkaan, vaan yksiköt saivat vapaasti valita haastateltavat henkilöt.

Haastateltavien työntekijöiden taustatiedoissa huomioin ainoastaan sukupuolen, haastattelunumeron, ammattinimikkeen/koulutuksen ja kuinka kauan työntekijä on työskennellyt kyseisessä yksikössä. Ensimmäinen haastateltavani oli nainen ja koulutukseltaan sisätautikirurgiaan erikoistunut sairaanhoitaja. Hän on työskennellyt yksikössä kymmenen vuotta. Toinen haastateltava oli nainen ja koulutukseltaan sairaanhoitaja. Ammattinimikkeenä oli osastonhoitaja ja hän oli työskennellyt yksikössä 14 vuotta. Kolmas haastateltava oli nainen ja koulutukseltaan lähihoitaja, ammattinimike oli ohjaaja. Hän oli työskennellyt yksikössä noin yhdeksän vuotta. Neljäs haastateltava oli nainen ja koulutukseltaan hän oli sisätautikirurginen sairaanhoitaja. Työvuosia hänellä oli kyseisessä yksikössä takana 22. Viides haastateltava oli nainen ja koulutukseltaan sairaanhoitaja. Hän oli työskennellyt yksikössä viisi vuotta. Kuudes haastateltava oli ainoa mies, jota haastattelin ja hän oli koulutukseltaan sairaanhoitaja. Hän oli työskennellyt omassa yksikössään kolme vuotta. Seitsemäs haastateltava oli nainen ja koulutukseltaan psykiatrinen sairaanhoitaja. Hän oli työskennellyt yksikössä noin kymmenen vuotta viisi kuukautta. Kahdeksas haastateltava oli nainen ja koulutukseltaan sairaanhoitaja. Hän oli työskennellyt yksikössä noin seitsemän vuotta. Yhdeksäs haas-

tateltava oli nainen ja koulutukseltaan sairaanhoitaja. Hän oli työskennellyt yksikössä kuusi vuotta.

11.6 Aineiston analyysi

Haastateltuani työntekijöitä litteroin haastattelut kirjalliseen muotoon mahdollisimman nopeasti haastattelun jälkeen. Aineiston analyysimenetelmänä käytin sisällön analyysiä. Sisällönanalyysi on menetelmä, joka soveltuu kaikkiin laadullisen tutkimuksen perinteisiin. Voidaan ajatella, että laadullisen tutkimuksen kaikki analyysimenetelmät perustuvat ainakin osittain sisällönanalyysiin silloin, kun sillä tarkoitetaan kirjoitettujen, kuultujen tai nähtyjen sisältöjen analyysia teoreettisena viitekehystenä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93.)

Omassa tutkimustulosten analyysissäni kuvasin tutkimusaineistoani, jäsentelin merkityskokonaisuuksia, ja tein niiden pohjalta omia tulkintoja. Tutkimuskysymysteni avulla nostin esille kaikki omaan intuitiooni perustuvat olennaiset asiat. Kuvauksen jälkeen pyrin saamaan esiin merkityskokonaisuuksia, jotka nostin esiin samankaltaisuuden perusteella. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 102–103.) Lopuksi tarkastelin yksiköiden yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, joiden kautta pohdin käytäntöjen toimivuutta omasta näkökulmastani.

11.7 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimustulosten luotettavuus (reliabelius) ja pätevyys (validius) vaihtelevat, vaikka tutkimusta tehdessä pyritäänkin välttämään virheiden syntymistä. Kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta. Apuna tutkimuksen luotettavuuden arvioimisessa voidaan käyttää erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226.)

Tutkimuksen reliabelius, eli luotettavuus, tarkoittaa sitä, että mittaukselliset tulokset ovat toistettavissa ja että tutkimuksesta saadut tulokset ovat ei-sattumanvaraisia. Tutkimuksen toistettavuudella tarkoitetaan, että esimerkiksi kaksi arvioijaa päätyy samanlaiseen tulokseen, näin tuloksia voidaan pitää reliabeleina. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.)

Tutkimuksen validius, eli pätevyys, on toinen tutkimuksen arviointiin liittyvä käsite. Validius tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Mittarit tai menetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkijan on tarkoitus tutkia. Kun tutkija saa kysymyslomakkeen kysymyksiin vastaukset, mutta vastaajat eivät ole käsittäneet kysymyksiä tutkijan tarkoittamalla tavalla, tutkija käsittelee vastaukset omista lähtökohdistaan. Tällöin tuloksia ei voida pitää valideina, koska tutkija ja tutkittavat ovat ymmärtäneet kysymykset eri tavoin. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227.)

Tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteutuksesta, ja sen kaikista vaiheista, parantaa tutkimuksen luotettavuutta. Esimerkiksi haastattelututkimuksessa kerrotaan haastatteluihin käytetty aika, olosuhteet haastatteluhetkellä, mahdolliset häiriötekijät sekä tutkijan oma itsearviointi haastattelutilanteesta. (Hirsjärvi ym. 2007, 227.)

12 TUTKIMUSTULOKSET

Etsin aineistosta vastausta tutkimuskysymyksiini teema-alueitteni perusteella. Ensimmäinen teema-alue haastattelussani oli ”hoitoon ohjaus ja esteettömyyden periaate päihdepalveluissa”. Ensimmäiseksi kysyin työntekijöiden mielipidettä siitä, mitä päihdepalvelujen laatusuosituksen mukainen esteettömyys heidän mielestään tarkoittaa? Viisi (n=5) haastateltavaa vastasi, että hoitoon pääsee mahdollisimman helposti, eli toiminta on mahdollisimman matala kynnyksistä. Neljä (n=4) oli sitä mieltä, että kaikilla on tasavertaiset oikeudet päästä hoitoon. Kolme (n=3) oli sitä mieltä, että hoitoon tulisi päästä mahdollisimman nopeasti. Yksi (n=1) työntekijä oli sitä mieltä, että hoito on vapaaehtoista.

Esteettömyyden periaatteelle asetettuja kriteerejä ovat päivystyspalvelujen järjestäminen virka-ajan ulkopuolella, palvelujen saannin turvaaminen kiireellisissä tapauksissa välittömästi, hoitoon pääsy kriisitilanteessa ilman ajanvarausta, myös erityispalveluissa, katkaisu- ja vieroitushoitoon pääsy välittömästi, sellaisten palvelujen järjestäminen, joihin voi hakeutua päihtyneenä, palvelujen saatavuus lähellä asuinpaikkaa ja selkeä työnjakopäihdepalveluissa sekä esimerkiksi mielenterveyspalveluiden kanssa.

Seuraavissa kappaleissa käsittelen aineistoa tutkimusongelmiani ja teema-alueitani vastaavassa järjestyksessä.

12.1 Esteettömyyden periaatteen toteutuminen yksiköissä

Esteettömyyden periaatteen kriteeri oli: Päivystyspalvelujen järjestäminen virka-ajan ulkopuolella. Päivystyspalveluiden järjestämisessä ilmenee paikallisia eroja. Neljä (n=4) haastateltavaa vastasi, että kyseinen kriteeri ei toteudu heidän yksikössään. Kolme (n=3) haastateltavaa vastasi, että kriteeri täyttyy heidän yksikössään. Kaksi (n=2) haastateltavaa vastasi, että kriteeri täyttyy osittain, eli heillä otetaan viikonloppuisin asiakkaita hoitoon, mutta hoitoon pääsy on rajattu tiettyyn kellonaikaan. Eräs työntekijä kuvasi näin, miten päivystyspalveluiden järjestäminen toteutuu heidän yksikössään: ”*Ai nii, et onko vai ei..? Ei.. Ei. Ei täyty. Virka-ajan ulkopuolella ei täyty. Siis no, tai periaattees ohjataan kaupunginsairaalaan, et jos puhutaan katkasuhoidosta, niin päivystykseenhän ne menee, tk-päivystys tai sairaala.*”

Toinen esteettömyyden periaatteeseen liittyvä kriteeri oli: Palvelujen saannin turvaaminen kiireellisissä tapauksissa välittömästi. Viisi (n=5) haastateltavaa oli sitä mieltä, että kriteeri täyttyy heidän yksikössään siten, että hoitoon pääsee suurimmaksi osaksi saman vuorokauden aikana. Kaksi (n=2) haastateltavaa oli sitä mieltä, että kyseinen kriteeri täyttyy harvoin. Yksi (n=1) työntekijä oli sitä mieltä, että he pyrkivät saamaan kiireellisimmän asiakasmateriaalin mahdollisimman nopeasti hoitoon. Yksi (n=1) haastateltava oli sitä mieltä, että kyseinen kriteeri ei täyty heidän yksikössään. Esimerkki palvelun saannista kiireellisessä tapauksessa välittömästi: ”*No meillä ei oo ollut jonoja, että meillä on ollu siitä hyvä tilanne, että me ollaan voitu ottaa asiakkaita vastaan.. ööö... välittömästi, siis sen saman päivän aikana. Tosin meil on rajoitteena se, että meille tulee asiakkaat kello 13 mennessä, sen jälkeen ei enää asiakkaita vastaanoteta, poikkeuksena ehkä, ehkä sairaalasta meille siirtyvät asiakkaat, joittenka epikriisien valmistuminen ja laboratoriokokeiden valmistuminen vie sen verran aikaa, että se siirto ehtii tapahtumaan vasta sitte joskus iltapäivällä, mutta noin yleisesti ottaen meille tullaan kello 13 mennessä, ja se, että... palveleeko se sitte semmosta kiireellisen hoidon tarvetta, niin jossakin mielessä ei, joskus on tilanteita, jossa asiakas,*

taikka varsinkin omaiset kokevat, että hoitoon tulisi päästä välittömästi, tarkkottaen silloin sitä, että toivotaan palveluita saatavan ympäri vuorokauden.”

Eräs työntekijä koki, että kyseinen kriteeri ei toteudu heidän yksikössään, ja kuvaili asiaa näin: *”Se ei toteudu sikäli, koska eihän päihdeongelma oo niin akuutti asia kuitenkaan ihan, että sen pitäis olla niin ku ihan 24 tuntii, ja heti, ne ei, ei sikäli toteudu kyllä.”*

Kolmas esteettömyyden periaatteeseen liittyvä kriteeri oli: Hoitoon pääsy kriisitilanteessa ilman ajanvarausta, myös erityispalveluissa. Kolme (n=3) haastateltavaa oli sitä mieltä, että kyseinen kriteeri täyttyy heidän yksikössään. Kaksi (n=2) haastateltavaa vastasi, että hoidon tarpeen arviointi on tehty jossakin muussa yksikössä, jonka jälkeen asiakkaat ohjataan heille hoitoon, josta heidät on ohjattu katkaisuhoidon. Yksi (n=1) haastateltava vastasi, että kyseinen kriteeri täyttyy, mikäli heillä vain on vapaita katkaisuhoitopaikkoja. Yksi (n=1) työntekijä vastasi, että kriteeri ei täyty heidän yksikössään. Yksi (n=1) haastateltava vastasi, että hoitoon pääsy kriisitilanteessa toteutuu harvoin. Yksi (n=1) haastateltava oli sitä mieltä, että kriteeri täyttyy niiltä osin, että heillä tarjotaan ennalta ehkäisevää katkaisuhoidoa. Työntekijä kuvasi kriteerin täyttymistä seuraavasti: *”Meille pääsee ilman ajanvarausta, senku kävelee oven taakse ja ilmottautuu. Siinä kartotetaan sitte se sen hetken hoidon tarve, mikä se on ja... Periaattees pääsee ihan millon vaa. Tai käytännössäki.”*

Eräs työntekijä kuvaili kriteerin täyttymistä silloin, kun heillä on vapaita katkaisuhoitopaikkoja: *”Toteutuu osittain, kyllä, että just on mahdollisuus tämä niin ku viikonloppuna päästä ilman lähetettä myöskin, niin, että pääse heti, et siel on sairaanhoitajana arvioi, eli me suoritamme tän arvioinnin sitten tässä sillon viikonloppusin, ni onnistuu kyllä, mikäli on vain resursseja ja puitteita siihen, et meil on katkaisuhoitopaikkoja.”*

Neljäs esteettömyyden kriteeri oli: Katkaisu- ja vieroitushoitoon pääsy välittömästi. Viisi (n=5) haastateltavaa oli sitä mieltä, että heille pääsee katkaisuhoidon saman päivän aikana, ja hoitoon pääsy siirtyy harvoin 1-2 päivän päähän. Kaksi (n=2) haastateltavaa oli sitä mieltä, että heille pääsee yhteydenoton jälkeen yleensä heti seuraavana

päivänä hoitoon. Kaksi (n=2) haastateltavaa oli sitä mieltä, että heille pääsee harvemmin välittömästi hoitoon, vaan hoitoon tulo siirtyy tavallisesti 1-3 päivän päähän yhteydenotosta. Yksi työntekijä kuvaili hoitoon pääsyä seuraavasti: *”No viittaten edelliisiin, kun meillä ei juurikaan jonoja ole.. Meil on pahimmillaan tilanne ollu semmonen, et on joutunu seuraavaan päivään odottamaan hoitopääsyä. Yleensä meille pääsee samana päivänä.”*

Eräs työntekijä kertoi, miksi kriteeri ei täyty heidän yksikössään: *”Elikkä kahden kolmen, tai yhdestä päivästä kolmeen päivään pääsee meille... Alkoholikatkaistuun, ja myöskin lääkekatkaistuun, et huumekatkaistu on vähän pidempi odotusaika, että ihan henkilökuntaresurssien vuoksi, niin, ja tän rakenteen vuoksi minkälainen meillä on tässä tämä katkaistuhoido, niin ei me voida yhtä aikaa ottaa kovin montaa huumekatkolle, koska osasto menee levottomaks, ku kaikki on siellä samassa. Et, sitten käy niin, et jos meillä on useampi levoton huumekatkolainen, niin alkoholikatkolaiset kaikkooa, että, et osasto tulee niin levottomaks, mut viikosta kahteen viikkoon sillä syklillä.”*

Viides esteettömyyden periaatteeseen liittyvä kriteeri oli: Sellaisten palvelujen järjestäminen, joihin voi hakeutua päihtyneenä. Kolme (n=3) haastateltavaa vastasi, että heille voi hakeutua päihtyneenä, mutta hoitoon tulo tapahtuu virka-ajan puitteissa. Kolme (n=3) haastateltavaa vastasi, että heille voi hakeutua päihtyneenä, mutta hoitoon tulo tapahtuu arkisin kello 13.00 mennessä. Kolme (n=3) haastateltavaa vastasi, että heille voi hakeutua päihtyneenä, ja heillä on katkaistuhoido-osaton lisäksi myös kymmenen paikkainen selviämisasema. Yksi työntekijä vastasi kysymykseeni seuraavasti: *”Siis ainoastaan..ööö.. täs virka-ajan puitteissa, elikkä kolmeen mennessä jos tulee, ja on tullu lähet... öö.. niinku, joku lähettävä taho on. Ei muuten. Suoraan ei tulla.”*

Toinen työntekijä kuvasi kriteerin täyttymistä seuraavasti: *”Juu. Jos ihmiset saisivat kierteen poikki ilman meitä, niin eipä meitä tässä tarvittaskaan. Täs on paljo epätietsuutta yhteistyökumppaneilla, huolimatta siitä, että me ollaan aktiivisesti informoitu, mut et esimerkiks sairaankuljetus ja terveyskeskuslääkäritkin on monet sitä mieltä, et meille ei pääse, ellei oo nollapromilleissa. Meil ei oo minkäänlaista promillerajaa. Siihen myös perustuu se, että me otetaan asiakkaamme vastaan kello kolmeentoista*

mennessä, koska silloin on henkilökuntaa enemmän paikalla vastaanottamassa sitä päihtynyttä asiakasta ja toisaalta siksi, jos asiakas tulee kovin päihtyneenä, niin ne promillet, korkeatkin promillet ehtii laskea jo hyvinki nollille siin kohtaa kun yöhoitaja tulee, eli on mahdollista alottaa lääkitys, koska sillonhan, sillonhan, jos olis tulossa jotain väkivaltatilanteita tai uhkaavii väkivaltatilanteita, koska nehän syntyy tavallissimmin siinä tilanteessa, kun lääkitystä asiakas kokee tarvitsevansa, muttei hänelle vielä sellasta voida antaa, ni siksi me ollaan rajattu, että aamupäivä, siihen kolmeentoista mennessä meille tullaan. Siks me ei tarvita mitään promillerajaa.”

Kolmas työntekijä kuvaili kriteerin täyttymistä heidän yksikössään näin: *”No, oikein hyvin toimii, ku on kymmenen paikkanen selviämisasema.”*

Kuudes esteettömyyden periaatteen kriteeri oli: Palvelujen saatavuus lähellä asuinpaikkaa. Ensimmäisessä tekemässäni haastattelussa Lahdessa unohdin esittää kysymyksen, mutta muut kahdeksan haastateltavaa vastasi kysymykseen. Kahdeksan (N=8) haastateltavaa vastasi, että katkaisuhuoltoaseman sijainti on keskeinen, mutta palvelualueet ovat laajoja, jolloin toisilta paikkakunnilta on pitkä matka maantieteellisestä näkökulmasta. Kulkuyhteyksien kuvattiin kuitenkin olevan suhteellisen hyvät, joten katkaisuhuoltoon pääsee siinä mielessä vaivattomasti. Työntekijät kuvailivat asiaa seuraavasti: *”No, tää on sinällänsä laaja alue, kun täs on Lahti ja sit ympäristöpaikkakunnat, eli tää on kilometrimäärällisesti, niin on laaja alue. Mutta, kyllä mä luulen, et meil on parempi tilanne, kun esimerkiksi pohjosemmassa Suomessa, että ihan sadan kilometrin säteellä on kaikki.”*

”No, siis onhan Kotkan alueel, mut, että tietyst ostopalvelukunnat, kun lähetään Miehikkälästä tai Ruotsinpyhtäältä, ni onhan siin tietyst välimatkaa, jos tulee katkolle.”

Viimeinen esteettömyyden periaatteen kriteeri oli: Selkeä työnjakopäihdepalveluissa sekä esimerkiksi mielenterveyspalveluiden kanssa. Viisi (n=5) haastateltavaa vastasi, että työnjako on siinä mielessä selkeä, että akuutti päihdekierre on katkaistava ensin katkaisuhoidossa, ennen kuin asiakas voidaan ohjata mielenterveyspalveluiden piiriin. Kolme (n=3) haastateltavaa oli sitä mieltä, että selkeää työnjakoa ei ole, koska katkaisuhoidossa hoidetaan päihdeongelmaisten lisäksi myös kaksois- ja kolmoisdiag-

noosiasiakkaita. Yksi (n=1) haastateltava oli sitä mieltä, että viime vuosina ymmärrys siitä, että mielenterveys- ja päihdeongelmat kulkevat monesti rinnakkain, on kasvanut. Katkaisuhoidossa hoidetaan päihdeongelmaa, ja sen rinnalla tehdään mielenterveys-työtä. Työntekijät kuvailivat asiaa näin: ”*Et tuota, mut se on nyt muuttunu enemmän niin, että me hoidetaan kyllä ne katkot ja kuntojaksot, mutta että siinä monesti toimii rinnalla se mielenterveystyö...*”

”*No se on selkeytynyt vuosien varrella niin, et pyritään hoitamaan myöskin 2D asiakkaita, niin, että saatais se akuutti päihdekierre katki, jotta saadaan sitte ohjattuu hänet niihin asianmukaisiin mielenterveyspalveluihin, mitä asiakkaal on, eli hyvin suuri osa meidän asiakkaistahan on 2D ihmisiä, tai , tai monta diagnoosia omaavia, et siel voi olla somatiikkaa, siel voi olla psykiatria, mut niin, että, et pyrittäs, et saatas se päihdekierre siit ensin hallintaan, ja pystyttäs sitä lähtee arvioimaa, et onko tässä niinku, ööö.. missä vaiheessa se psykiatria voidaan ottaa tiiviimmin siihen mukaan.*”

12.2 Hoidon toteutus

Toinen tutkimusongelmani oli: Miten laitostarkkaisuhoitoa toteutetaan Lahdesa/Kouvolassa/Kotkassa? Teema-alue 2 oli hoidon toteutus, johon kuuluivat seuraavat osa-alueet: Miten asiakas ohjautuu hoitoon, kuka on lähettävä taho? Tarvitaanko lähete? Miten hoito suunnitellaan? Minkälaista tarkkaisuhoitomallia yksikössänne toteutetaan? Miten hoidossa huomioidaan asiakas kokonaisvaltaisesti niin, että sosiaalinen, psyykinen ja fyysinen riippuvuus hoidetaan? Kuinka kauan hoitajakso kestää keskimäärin? Mikä on lääkärin rooli tarkkaisuhoitossa? Miten vieroitus toteutetaan yksikössä? Miten päihteiden käyttöhistoria huomioidaan hoidossa?

Käytännöissä ilmenee jonkin verran eroavaisuuksia, yhteensä kuusi (n=6) haastateltavaa Lahden ja Kouvolan yksiköistä vastasi, että heillä vaaditaan nimellinen lähete. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaan hoidon tarve on arvioitu ja paikkavaraus tehty siinä vaiheessa, kun asiakas hakeutuu tarkkaisuhoitoon. Kouvolan yksikössä ei tarvita viikonloppuisin lähetettä kolmen (n=3) haastateltavan mukaan. Kotkassa ei kolmen (n=3) haastateltavan mukaan tarvita lähetettä, vaan asiakas voi itse hakeutua hoitoon ja hoidon tarpeen arviointi tehdään tarkkaisuhoitoasemalla. Haastateltavat

(N=9) vastasivat, että A-klinikka on yleisin hoitoon ohjaava taho, ja muita tahoja ovat mm. sairaalat, terveyskeskukset, työpaikat, muut päihdetyöntekijät, sosiaalitoimet, poliisit, kriminaalihuoltolaitokset, seurakunnat ja yksityiset lääkäriasemat. Työntekijät vastasivat kysymyksiin näin: *”Asiakas ohjautuu hoitoon, kun oma-alotteisesti sitä haluaa. Lähettävii taho on, öö.. paikalliset kolme A-klinikkaa, plus Porvoon A-klinikka, sekä kaikki terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelut voi lähettää meille. Ja lähete tarvitaan arkipäivisin, viikonloppusin ei.”*

”Öhöm, no, mä alotan sieltä jälkimmäisestä päästä. Lähetettä ei tarvita, mutta tarvitaan paikkavaraus ja arvioiva taho, joku sosiaalipuolen tai hoitoalan puolen ihminen, joku muu kuin se asiakas itse tai omainen, elikkä, et, et, mikä se on se ongelmatilanne ja kuinka, tarviiko sen laitostarkkasun vai avokarkkasun, näin et joku on sen arvioinu ja sitten ottaa meihin yhteyttä [].”

Toinen hoidon toteutukseen liittyvä kysymykseni oli: Miten hoito suunnitellaan? Kaikki yhdeksän (N=9) haastateltavaa vastasi, että hoito suunnitellaan yhdessä asiakkaan kanssa, tulohaastattelussa ja hoitosuunnitelmassa asetetaan tavoitteet asiakkaan hoidolle, joita tarkennetaan hoidon edetessä. Kolme (n=3) haastateltavaa kertoi, että asiakkaan kanssa kartoitetaan myös tarvetta jatkohoidolle. Yksi (n=1) haastateltava mainitsi, että asiakkaan muut yhteistyötahot otetaan monesti mukaan hoitoneuvotteluihin. Työntekijä kuvaili hoidon suunnittelua seuraavasti: *”Kaikki hoito on vapaaehtoista ja asiakkaan pitää se hyväksyä ja haluta sitä, että siitä on jotain hyötyä. Ja hän on siinä niinkun yhdessä oman työntekijän, oman hoitajan kanssa sitä suunnittelemassa, ja myös sitte avo, jos asiakkaalla joku avotyöntekijä, avokontakti, se voi olla mielenterveyspuoleltaki, tai A-klinikalta tai joku päihdetyöntekijä, mikä se on, ni otetaan siihen niinku mukaan. [] Tai sitten oma sosiaalityöntekijä että, me pidetään hirveän paljon hoitoneuvotteluja ja... Melkein kaikkien asiakkaitten, tai suurimman osan asiakkaitten kanssa järjestetään joku hoitoneuvottelu.”*

Teema-alueen kolmas kysymys oli: Minkälaista katkaisuhoidomallia yksikössäne toteutetaan? En halunnut johdatella työntekijöitä kysymystä esittäessäni, mutta kun he pyysivät tarkennusta kysymykseen, tarkensin sitä niin, että kysyin mitä hoito pitää sisältään pääpiirteittäin, ja mihin hoito perustuu. Kuusi (n=6) haastateltavaa vastasi, että

työ pohjautuu yhteisöhoidon periaatteisiin, mutta yksilöhoitoa toteutetaan myös. Kaksi (n=2) haastateltavaa kuvasi hoitomallia siten, että heillä ei ole käytössään mitään tiettyä mallia, vaan he käyttävät jokaisesta mallista jotakin, kuten ratkaisukeskeisyyden, kognitiivisen lähestymistavan ja voimavarakeskeisyyden elementtejä hoidossaan. Yksi (n=1) haastateltava oli sitä mieltä, että heidän hoitomallinsa on asiakaslähtöinen.

Työntekijä kuvasi oman yksikkönsä hoitomallia seuraavasti: *”No, jos sä tarkotat tästä hoito pohjautuu aina yksilöllisyyteen kuitenkin, lääkityskäytännöt meillä, niin kun, on pitkälti semmonen katkasuhoitolääkitys on normitettu jossain määrin, et siihen on ihan tiukat kriteerit ja ohjeet. Plus sitte yksilöllinen on siltä osin, et mitä asiakkaal on omia tämmösiä somaattisen puolen lääkkeitä, et mitä hän tarvii koko aika. Ja muutenkin, että mikä, mikä on sen hoitojakson pituus ja näin pois päin. Mut, et se lähtee se suunnitelma ja hoito lähtee aina siitä yksilöllisestä tilanteesta. Mut sit taas jonkin verran tässä hoidon aikana, ni ilmenee tällainen yhteisöllinen hoito, että missä niin tota, kuitenkin velvoitetaan asiakkaita osallistumaan ryhmiin, yhteisiin kokouksiin, ruokailuun ja tämmöseen, et siin on jonkun verran mukana tämmöstä yhteisöllistä elementtiä. Muuten sen hoidon lähtökohtana on lähinnä yksilöllisyys.”*

Neljäs hoidon toteutukseen liittyvä kysymykseni oli: Miten hoidossa huomioidaan asiakas kokonaisvaltaisesti niin, että sosiaalinen, psyykinen ja fyysinen riippuvuus hoidetaan? Kaikki yhdeksän (N=9) haastateltavaa kertoivat, että asiakkaan sosiaalista tilannetta kartoitetaan siten, että asiakkaalta kysytään, onko hänellä asuntoa, onko hän työssä vai työtön, mikä on hänen ensisijainen toimeentulon lähteensä ja perhetilanteensa. Kaikki yhdeksän (N=9) haastateltavaa kertoivat, että asiakkaan psyykkistä tilannetta voidaan yleensä arvioida vasta siinä vaiheessa, kun vieroitusoireet alkavat helpottaa. Sen jälkeen asiakkaan psyykkistä tilannetta kartoitetaan ja arvioidaan, ja hänet ohjataan tarvittaessa muualle hoitoon. Kaikki yhdeksän (N=9) haastateltavaa vastasi, että fyysisestä tilannetta kartoitetaan siten, että asiakkaan sairaudet ja lääkitykset selvitetään. Fyysisiä vieroitusoireita lievitetään ja helpotetaan lääkehoidon avulla, ja tarvittaessa asiakas ohjataan sairaalahoitoon.

Näin eräs työntekijä kuvasi hoidon kokonaisvaltaisuutta: *”[] rahatilanne, asuntotilanne, monel ei välttämättä oo vaatteita, ni aletaa ehkä selvittelee, et mistä saatas niitä esimerkiks päälle.[] Fyysisest ihan ensinki, että hoidon päälle nyt on tietenki ruoka,*

*lepo ja lääkehoito lievittää oireita. Siin tulee se fyysisen tarpeen, et niin kun melkeen ensisijana sitte, kun hirvee rapula on, niin eihän siinä mihinkään muuhun pysty sitte. Puhtausta, ja... ihan perustarpeitten hoitoo. [] Sen jälkee tulee sit nää kaikkien mui-
ten puitteitten avitus, minkä verran pystytää. [] psyykkist kuntoohan on hyvin vaikee arvioida sit jos on ollu kännissä tai rapulas neljä päivää, niin kylhän se kaikkien psyykkinen kunto on heikko siin kohtaa. Että, tarpeen mukaan arvioidaan sitäkin koko aika. Hirveisiin keskusteluihin ei ruveta, koska ei me voia alottaa mitään hirveit tera-
piasessiot, koska meidän luonne on, että me ollaa, tavallaa akuutin vaiheen yksikkö. Ei aloiteta mitään semmosta, mitä ei voida viedä loppuun. Et ihan, voiaa siin pahimmis kriiseis tietenkkin jutellaan, ja näin, mut ei aloteta mitään niin sanottuja terapia juttu-
ja.”*

Viides hoidon toteutukseen liittyvä kysymykseni oli: Kuinka kauan hoitajakso kestää keskimäärin? Viisi (n=5) haastateltavaa oli sitä mieltä, että alkoholikatkaisun kesto on keskimäärin viidestä seitsemään vuorokautta. Kaksi (n=2) haastateltavaa oli sitä mieltä, että peruskatkaisuhoidon kesto on keskimäärin kolmesta viiteen vuorokautta, mutta se voi olla pidempikin. Kaksi (n=2) haastateltavaa oli sitä mieltä, että katkaisuhoidon kesto on vähän yli viikko ja yksi (n=1) haastateltava oli sitä mieltä, että lääke- ja huume-
mekatkaisuhoidon kesto on kahdesta kolmeen viikkoa. Vaihtelua oli siis kolmesta vuorokaudesta kolmeen viikkoon. Vaihteluihin vaikuttavat mm. asiakkaan oma halu katkaisuhoidon keston, kuntien myöntämät maksusitoumukset sekä käytetty päihde. Lääke- ja huume-
katkaisuhoidot ovat kestoiltaan pidempiä kuin alkoholikatkaisut. Yksi työntekijä vastasi kysymykseeni näin: *”viis vuorokautta on se semmonen, et mistä lähetään liikkeelle, mut kuitenkin, ku tää on vapaaehtosta hoitoo, ni joskus asiakkaat on vain kolme vuorokautta, joskus ne keskeyttää 2 tunnin jälkeen, koska eivät jaksa odottaa, että promillet laskee.”*

Kuudes hoidon toteutukseen liittyvä kysymykseni oli: Mikä on lääkärin rooli katkaisuhoidossa? Kahdeksan (n=8) haastateltavaa oli sitä mieltä, että lääkärin suurin rooli on arvioida lääkityksen tarve ja määrätä asiakkaille tarvittava lääkitys. Kolme (n=3) haastateltavaa oli sitä mieltä, että lääkärin rooli on keskeinen katkaisuhoidossa, mutta hän on liian harvoin tavattavissa yksikössä, jolloin työntekijät konsultoivat lääkäriä tarvittaessa puhelimitse. Kaksi (n=2) haastateltavaa oli sitä mieltä, että lääkärin tehtä-

vänä on arvioida asiakkaan psyykkistä ja fyysistä vointia. Yksi (n=1) haastateltava oli sitä mieltä, että lääkärillä on oma tehtävänsä myös asiakkaan jatkohoidon suunnittelussa. Työntekijä vastasi kysymykseen seuraavasti: ”*No lääkäril on aika keskeinen rooli, että hän määrää lääkitykset. Kaikki oikeestaan, tota, kysytään lääkäriltä, ja tota, se myös, että jatkohoidon tarvetta myös lääkäri hyvin pitkälle määrittää, ja hänen kanssaan yhdessä, niin kun, keskustellaan, et mikä se jatkohoidon tarve on, ja onko tarvetta lähettää, kenties, psykiatriseen hoitoon ja muuta tämmöst näin, et kyl lääkä-rillä on aika merkittävä rooli katkaisuhoidossa.*”

Seitsemäs hoidon toteutukseen liittyvä kysymys oli: Miten vieroitus toteutetaan yksikössä? Kaikissa yhdeksässä (N=9) haastattelussa ilmeni, että päihdekierteen katkaisu ja vieroitus tapahtuu lääkehoidon avulla, koska vieroitusoireinen asiakas on monesti tuskainen ja ahdistunut. Vieroitusoireita on helpompi sietää lääkityksen tuoman lievi-tyksen avulla. Neljä (n=4) haastateltavaa oli sitä mieltä, että on tärkeää saada asiak-kaan ruokailu- ja nestetasapaino palautettua ja uni-valverytmi normalisoitua. Neljä (n=4) haastateltavaa kertoi, että akupunktiohoidoilla ja toiminnallisilla ryhmillä on myös oma terapeuttinen vaikutuksensa asiakkaan katkaisuhoidossa. Kolme (n=3) haastateltavaa korosti keskustelujen merkitystä asiakkaiden hoidon aikana. Työnteki-jät kuvailivat vieroituksen toteuttamista seuraavasti: ”*Kevyellä lääkityksellä, ja sit ihan lepo ja ravinto ja puhtaudest huolehtiminen, ja niin pois päin.*”

”*No, ööö.. aina, lähes poikkeuksetta katkaisuhuolto tässä, vaatii lääkehoidon. En muista ihan just yhtää, joka ei ois halunnu mitään lääkettä. Eli siinä menee ihan au-tomaattisesti tietyt lääkkeet, B-vitamiini injektioit kolmen ensimmäisen päivän ajan, ellei asiakas ehdottomasti niistä kieltäydy. Diapam, jota annetaan alenevin annoksin, pyritään siihen, että sitä alas ajettas ennen kun asiakas kotiutuu. Tarvittaessa Se-renase, haloperidoli harhasuuteen. Ööö. Ja koska nukkuminen on alun perin vaikeeta useimmilla asiakkailla, ovat olleet joko kokonaan nukkumatta taikka sitten viinan avulla makkaris maanneet, niin yölääkityksen avulla sen unen turvaaminen.*”

Viimeinen hoidon toteutukseen liittyvä kysymys oli: Miten päihteiden käyttöhistoria huomioidaan hoidossa? Vertaa esimerkiksi huumeet ja alkoholi. Viisi (n=5) haastatel-tavaa oli sitä mieltä, että hoidon kannalta on merkittävää kartoittaa asiakkaan päihde-

historiaa niiltä osin, mitä päihdettä hän on käyttänyt ja kuinka kauan hän on käyttänyt kyseistä päihdettä. Käytön kesto ja käytetty päihde vaikuttavat mm. siihen (n=4) minikäläinen lääkitys asiakkaalle määrätään, (n=3) kuinka pitkä hoitajakso tulee olemaan. Kolmen (n=3) haastateltavan mukaan huumeidenkäyttäjien hoitajaksot ovat alun alkaenkin pidempiä ja lääkitykset ovat vahvempia kuin alkoholikatkaisuhoidossa olevien asiakkaiden. Kahden (n=2) haastateltavan mukaan suuri osa katkaisuhoidon asiakkaisista on sekakäyttäjiä, jolloin oikeanlaisen lääkityksen löytyminen saattaa olla aikaa vievää. Yhden (n=1) haastateltavan mukaan alkoholistien lääkitykset ovat lievempiä kuin huumeidenkäyttäjillä ja lääkitykset pyritään purkamaan mahdollisimman nopeasti, ettei asiakkaalle pääse kehittymään lääkeriippuvuutta. Näin eräs työntekijä kuvasi päihdehistorian vaikutusta hoidon toteutuksessa: *”No kyl se tietyst vaikuttaa sit siihen lääkitykseen, et mil lääkityksel se asiakas pärjää. Et tota, mmm.. No tietyst, huumeiden käyttäjillä on, on yleensä, lähes poikkeuksetta niin, jotenki vahvempi se lääkitys, ku ihan alkon käyttäjillä. Et on niis eroja ihan selkeesti. Et yleensä alkon käyttäjät selviää pikkasen [] köykäsemmällä lääkityksellä.[]On, joo siis, huumeatkokohan on sellain pari viikkoo keski... keskimäärin, et se on oikeestaan melkeen meiän maksimi hoitajakso, ni kaks viikkoo, se koskee näit huumeidenkäyttäjii. Tietyst, toki, myös alkon, alkon käyttäjiin, ketkä on niin huonous kunnas, et tarvii pitempää hoitoon, ni nekin voi olla sit sen kaks viikkoo.”*

12.3 Katkaisuhoidon jälkeinen päihteiden käyttö

Kolmas tutkimusongelmani oli: Mikä on katkaisuhoidon vaikutus katkaisuhoidon jälkeiseen päihteiden käyttöön? Kolmas teema-alueeni oli: Asiakkaan päihteiden käyttö katkaisuhoidon jälkeen. Ensimmäiseen aihealueeseen liittyvät kysymykseni olivat: Kuinka yleistä on, että asiakas on lopettanut päihteidenkäytön kokonaan, tai pystyy hallitsemaan päihteidenkäyttöään, oltuaan yhden kerran katkaisuhoidossa? Kuinka yleistä on, että asiakas palaa uudestaan katkaisuhoidon ensimmäisen hoitokerran jälkeen?

Neljä (n=4) haastateltavaa oli sitä mieltä, että on harvinaista, että yksi katkaisuhoitokerta riittää asiakkaalle. Neljä (n=4) haastateltavaa oli sitä mieltä, että osa asiakkaista käy säännöllisesti ja on yleistä, että asiakkailla on vähintään kahdesta kerrasta muuta-

maan hoitokertaa takana. Kaksi (n=2) haastateltavaa kertoi, että ajoittain katkaisuhoidon tulee paljon ensikertalaisia, joita ei sen jälkeen enää näe katkaisuhoidossa. Työntekijät eivät kuitenkaan osaa sanoa, onko hoidosta olla hyötyä asiakkaan päihdeongelman suhteen, vai onko asiakas mahdollisesti muuttanut toiselle paikkakunnalle. Kaksi (n=2) haastateltavaa oli sitä mieltä, että katkaisuhoidon ei missään tapauksessa ole merkityksellistä asiakkaille, vaikka he olisivatkin moninkertaisia katkaisuhoidossa kävijöitä. Heidän mielestään katkaisuhoidolla täytyy olla jokin merkitys asiakkaan elämässä, koska hän hakeutuu aina uudestaan hoidon piiriin. Asiakkaan oma tavoite katkaisuhoidolle saattaa olla se, että hän käy hetken lepäämässä katkaisuhoidossa, että hän jaksaa taas jatkaa päihteiden käyttöään. Kaksi (n=2) haastateltavaa ei osannut vastata kysymykseeni katkaisuhoidon vaikuttavuudesta, eikä heillä ole käytössään mitään prosentuaalista tilastoa asiakkaista. Yksi (n=1) haastateltava oli sitä mieltä, että katkaisuhoidon vaikutusta on vaikea mitata. Heillä ei ole käytössään sellaista seurantajärjestelmää, jolla voitaisiin arvioida asiakkaiden päihteettömyyttä katkaisuhoidon jälkeen. Työntekijät kuvasivat asiaa seuraavasti: *”Kylmän ne yleensä jatkaa sitä käyttöön saman tien kun ne lähtevät, useimmiten. Useimmiten, toki niitäkin on, jotka sit on vuoden juomatta. Eihän tietyst niitä tietä, ketkä on loppuikäns juomatta, kun niitä ei sit enää näy meillä. Mut, että useimmiten se on niin, että tossa ollaan, ja harjotukset jatkaa sit taas, ku lähtee pois. Jollaki joskus saattaa olla jonkin näkönen kuiva kausi, sit taas alkaa. Hetkittäiset tulokset on hyviä.”*

”Tuohon en osaa vastata. Koska se tilanne on se, että tota, ne ihmiset, jotka hyötyy yhden kerran katkaisuhoidosta, nii, me ei tiedetä niistä.”

Seuraava kysymykseni aihealueeseen liittyen oli: Kuinka yleistä on, että asiakas palaa uudestaan katkaisuhoidon ensimmäisen hoitokerran jälkeen? Kahdeksan (n=8) haastateltavaa oli sitä mieltä, että suuri osa asiakkaista on moninkertaisia uusijoita, eli on harvinaista, että yksi katkaisuhoidokerta riittää. Yhden haastateltavan (n=1) mielestä ensikertalaisten kohdalla ei ole kovin yleistä, että he palaavat ensimmäisen hoitokerran jälkeen takaisin katkaisuhoidon. Yksi (n=1) haastateltava ei osannut sanoa, kuinka yleistä on, että asiakas palaa takaisin katkaisuhoidon ensimmäisen hoitokerran jälkeen. Kaksi työntekijää vastasi kysymykseeni seuraavasti: *”[] ei mulla oo mitään lukuja antaa, että kuinka usein ihmiset tulevat uuestaa, ja kuinka monta kertaa tavalli-*

sesti käyvät, ennen ku saavat muutoksen aikaan, koska ei mul oo mitää semmosta mitaria. [] En miä osaa sanoo sit.”

”Se on tyypillinen tilanne. Se on, päihdehoi.. ja päihdeongelma ja hoito on prosessi, et se ite ongelma sisältää sen prosessiluonteisuuden, ja sen, että hyvin harvoin yhel hoitokerral hoit.. hoituu.”

12.4 Jatkohoidon suunnittelu ja katkaisuhoidon mallit

Neljäs teema-alueeni oli: Jatkohoidon suunnittelu ja katkaisuhoidon mallit. Kyseiseen aihealueeseen liittyvät kysymykseni olivat: Millainen katkaisuhoidon malli ehkäisee tehokkaasti päihdeongelmia? Onko sinulla tietoa sellaisista katkaisuhoidon malleista, jotka eivät ole tehokkaita ehkäisevässä mielessä? Miten toimit, jos huomaat katkaisuhoidon aikana, että asiakkaalla olisi tarvetta jatkohoitoon? Kuvaile asiakkaan mahdollisuuksia päästä jatkohoitoon, jos huomaat tarvetta sille katkaisuhoidon aikana, tai sen päättyessä?

Neljän (n=4) haastateltavan mielestä päihteiden käytön ehkäisyn näkökulmasta toimiva katkaisuhoidon malli olisi sellainen, että hoitojaksot olisivat tarpeeksi pitkiä. Heidän mielestään viikon tai kahden viikon mittainen katkaisuhuotojakso on liian lyhyt aika asiakkaiden päihteettömyyttä tukevana tekijänä. Neljä (n=4) haastateltavaa oli myös sitä mieltä, että asiakkaan omalla motivaatiolla on suuri merkitys päihteettömyydessä. Heidän mielestään olisi erittäin tärkeää, että asiakas saataisi motivoitua jatkohoitoon ja asiakkaan tulisi kiinnittyä jatkohoitoon heti katkaisuhoidosta lähdettyään. Hoitojatkumon tulisi siis olla mahdollisimman saumaton, jotta asiakas voisi pysyä päihteettömänä mahdollisimman pitkään. Yksi (n=1) haastateltava oli sitä mieltä, että hoidon pitäisi paneutua mahdollisimman tehokkaasti asiakkaan yksilöllisiin ongelmiin, ja yksilöllisiin keskusteluaikoihin tulisi panostaa paljon enemmän. Työntekijä kuvasi toimivaa katkaisuhoidon mallia seuraavasti: *”Nii, katkasuhoito sinänsähän kun, se korjaa sen ongelman, et tulla huonos kunnos ja syyää, ja se on niin lyhytaikasta, niin ei sillä, mun mielest mitää pitkäaikasii tuloksii voikkaan saavuttaa, vaan katkolta kun lähetään, niin pitäs olla suunniteltu, että mitä sen jälkeen, et sillon aletaan vast hoitamaan sitä päihdeongelmaa. Et katkolla katkastaan se kierre, saahaan itte siihen*

kuntoon, et pystyy jollakin tasol toimimaan itsenäisestä ja ajattelemaan selkeesti, ja sit alkaa vast se päihdeongelman hoito, joka on, useimmiten, meidän asiakkailta ainakin, varsin elinikänen ongelma, et alkoholisti on alkoholisti. Niitäkin on, ketkä on ollu kymmenen vuotta juomatta, ja kokeilee sitte ja, ei se onnistu. Tää meil, meil on niin... siin mieles kyl toimii hyvin, et ku meille helpost pääsee, ja näin, et se mahollisuus an- netaa. Mut sit se ontuu ehkä enemmän siin jatkohoidon puolella sitte, ku sit pitäs al- kaa, niin kun, pitkän päälle hoitamaan sitä ongelmaa. Ei, ei kai siihen mitää yksinker- tast reseptiä oo.”

Seuraava kysymykseni oli päinvastainen: Onko sinulla tietoa sellaisista katkaisuhoi- don malleista, jotka eivät ole tehokkaita ehkäisevässä mielessä? Viisi (n=5) haastatel- tavaa oli sitä mieltä, että heillä ei ole tiedossaan sellaista katkaisuhoidon mallia, joka ei olisi tehokasta ehkäisevässä mielessä. Yksi (n=1) haastateltava vastasi, että lyhyet katkaisuhoidot eivät ole tehokkaita. Yksi (n=1) haastateltava kertoi mallista, joka oli pelkästään lääkkeellistä ja oli sitä mieltä, että se ei ole toimiva. Työntekijä kertoi kokemastaan seuraavasti: *”No, siis mulle tulee nytte ihan tällänen tutustumismatka Viroon, vai missä me käytiin. Siellä lääkittiin [] ihan hirveesti vaan suoneen nesteitä, ja lääkettä ja sit ulos. [] ei ollu, niinku, minkäänlaista sellasta keskustelua, vaan ne oli, makas sängyssä ja laitettii vaan nestettä ja lääkettä ja olik se peräti ihan vaikka neljä päivää ja sit pois.”*

Seuraava kysymykseni oli: Miten toimit, jos huomaat katkaisuhoidon aikana, että asi- akkaalla olisi tarvetta jatkohoitoon? Yhdeksän (N=9) haastateltavaa vastasi, että he ot- taisivat yhteyttä muihin yhteistyötahoihin, ja alkaisivat sopia käytännön järjestelyitä, kuten tekemään paikkavaroituksia yms. Mitään ei kuitenkaan voida sopia, ennen kuin asioista on keskusteltu asiakkaan kanssa. Seitsemän (n=7) haastateltavaa vastasi, että he keskustelisivat asiasta ensin asiakkaan kanssa. Asiakkaan kanssa on keskusteltava siitä, minkälaista jatkohoitoa hän itse on ajatellut, esimerkiksi avo- vai laitosjatkohoi- toa. Kaksi (n=2) haastateltavaa, että he tukevat aina asiakasta jatkohoitoon. Työnteki- jää kuvasivat omaa toimintaansa seuraavanlaisesti: *”Toimin silleen, et otan yhteyttä, juttelen, totta kai, asiakkaan kanssa, et onks hän, niinku, samaa mieltä siitä mun hu- miosta, ja, ja niistä mitä hän on ehkä antanu, tai kertonu ite ja, ja näin poispäin. Sitte ottaa yhteyttä tietenki näihin yhteistyötahoihin, soskuihi, sosiaalityöntekijöihi, päihde-*

työntekijöihin, hoitoneuvottelu, ja sitte lähetään suunnittelee sitä hoitoa, et minkä tyyppinen se hoito olis, ei kaikki hyödy samanlaisesta jatkohoitopaikasta. Kartottaa jatkohoitopaikkoja, mikä olis sopivin, ja tota, sitte hoitoneuvottelua ja maksut sitä kautta kysytään ja. Ottamalla yhteyttä eri ihmisiin ja, toimipisteisiin.”

”Sit asiast, lähinnä puheeks ottaminen asiakkaan itsensä kanssa, ja sit sen jälkeen, nyt ihan täysin riippuen, et mitä se asiakas itse ajattelee siitä asiasta, ni sit sen jälkeen toimittaa asian mukasel taval. Järjestetään maksuja ja paikkaa ja mitä nyt sit tarvii.”

Viimeinen aihealueeseen liittyvä kysymykseni oli: Kuvaile asiakkaan mahdollisuuksia päästä jatkohoitoon, jos huomaat tarvetta sille katkaisuhoidon aikana, tai sen päättyessä? Tämän kysymyksen vastaukset jaottelin paikkakunnittain, koska kaikilla kolmella paikkakunnalla on omat käytäntönsä jatkohoidon suhteen. Lahdessa työntekijöillä ei ollut yhtenäistä näkökulmaa asiaan, vaan jokaisella oli oma näkemyksensä asiaan. Yksi (n=1) haastateltava oli sitä mieltä, että koska Lahti on suuri kaupunki, niin asiakasmäärät ovat suuria päihdemäärärahoihin suhteutettuina. Kaikki eivät välttämättä pääse haluamaansa jatkohoitopaikkaan. Yksi (n=1) haastateltava oli sitä mieltä, että ensikerroksilla on paremmat mahdollisuudet päästä jatkohoitoon kuin moninkertaisilla uusijoilla. Yksi (n=1) haastateltava oli sitä mieltä, että jatkohoitoon pääsyyn vaikuttaa myös se, onko alkuvaihe vai loppuvuosi. Loppuvuodesta on vaikeampaa saada maksusitoumuksia, koska kuntien talous on tiukoilla. Loppuvuodesta työntekijät joutuvat perustelemaan jatkohoidon tarvetta paljon, jotta asiakkaalle myönnettäisi maksusitoumus. Yksi (n=1) haastateltava oli sitä mieltä, että Lahden seudulla on hyvät mahdollisuudet päästä jatkohoitoon, mutta se ei välttämättä toteudu heti katkaisuhoidon jälkeen. Silloin asiakas voi joutua asioimaan avohoidossa niin kauan, että pääsee laitoshoidon jatkohoitoon, ja retkahtamisen riski kasvaa. Yksi (n=1) haastateltava kertoi, että perhehoitopaikkoja on vähän tarjolla, mutta ne pyritään järjestämään aina, kun kyseessä on lastensuojeluasiakas. Työntekijä vastasi kysymykseen näin: *”[Sitten jos on kyseessä, että pitäis koko perheen päästä hoitoon, että siinä on lapsiakin, niin niitä paikkoja ei oo kovin montaa, et minne pääsee lapsien kera muuten. Mutta yleensä sitten, niin kun, lastensuojelutoimi on hyvin mukana siinä perheen hoidon järjestämisessä, että se hoitopaikka yleensä järjestyy. Ne maksuasiat ei sitten oo se, mihin se asia kaa-tuis, et enemmän ne maksut kyllä sitten järjestyy.”*

Kouvolassakaan työntekijöillä ei ollut yhtenäistä näkemystä asiakkaiden pääsystä jatkohoitoon, vaan jokaisella oli oma näkemyksensä asiaan. Kaksi (n=2) haastateltavaa oli sitä mieltä, että avohoidon palveluihin pääsee arkisin tapaamaan työntekijää päivystyskäynneillä. Yksi (n=1) haastateltava oli sitä mieltä, että avohoidossa on pitkät jonot, ja asiakkaiden sovitut tapaamiset menevät yleensä kuukauden päähän, eikä yksilö- ja lääkäriainkoja ole tarpeeksi tarjolla. Yksi (n=1) haastateltava oli sitä mieltä, että jatkohoitoon pääsee kyllä, mutta ei välttämättä heti katkaisuhoidosta lähdettäessä. Yksi (n=1) haastateltava oli sitä mieltä, että nuoret (18 vuotta täyttäneet), lapsiperheet ja naiset pääsevät helpommin kuntouttavaan jatkohoitoon kuin esimerkiksi keski-ikäinen mies, jolla on takana useita katkaisuhoidoja. Työntekijät olivat tätä mieltä jatkohoitoon pääsystä: ”Hyvät mahdollisuudet. Miä olen sitä mieltä, että se joka haluaa apua, se saa sitä myös. [] Tosiasia on se, et jatkohoitoa saa avopuolella, A-klinikalla, ihan varmasti. Avopuolelle pääsee päivystyskäynneille, ilman ajanvarausta, joka arkipäivä. Avopuolel on erilaisia ryhmiä, on, on avoimia ryhmiä, johonka pääsee ilman minkään valtakunnan jonotusaikaa, aamuryhmät, kaikille avoimet aamuryhmät, päiväkeskus, joka joillekin saattaa toimii oikeenkin hyvänä jatkohoitopaikkana, jossa sen vertaistuen avulla pystytään pysymään päihitteettömänä.”

”[] Nuoret vaikuttavat täl hetkel pääsevän hyvin jatkohoitoihin, kuntouttavii hoitoihin. Lapsiperheisii, ja yleensäkin naisii kohdistuu sillee päihdehuollon toimenpiteit, et tun.. sellain.. mutu-tuntuma on, että he pääsis aika helposti, hyvinkii, hoitoihin. Mut sit tälläin.. keksi-ikänen ja siitä vanhempi mies, ni voi olla vähä vaikeempaa saada maksusitoumuksia, että ihan varsinaisii kuntouttavii hoitajaksoihin, kun niist puhutaa. Silt tuntuis. [] No avohoidos on tiukkaa, kyl.. Siel on ryhmiä, ryhmämuotost hoitoo on hyvin tarjol kaikil kolmel.. kolmella A-klinikalla, jota me nyt pääsääntösesest täs palvel-laa mut, että yksilöaikoja, lääkäriaikoja, sen tyyppistä hoitomuotoo on vähemmän tarjolla.”

Kotkassa kaikki kolme (n=3) haastateltavaa olivat sitä mieltä, että avopalveluiden jonot ovat pitkät, ja uusien asiakkaiden kohdalla ajat saattavat siirtyä kuukauden päähän varaamisajankohdasta. Yksi (n=1) haastateltava oli kuitenkin sitä mieltä, että avopalveluihin pääsee aina päivystysaikojen puitteissa tapaamaan työntekijää. Kahden (n=2) haastateltavan mukaan asiakkaat pääsevät Kotkassa suhteellisen helposti katkaisuhoi-

toaseaman yhteydessä olevaan Kuntoutumiskotiin, mutta silloin asiakkaan on oltava valmis lopettamaan uni- ja rauhoittavat lääkkeet. Kuntoutumiskodissa asiakkaat eivät saa käyttää bentsodiatsepiineja, jolloin asiakkaat eivät välttämättä jaksaa odottaa, että seulat ovat puhtaat bentsodiatsepiinien osalta. Työntekijät vastasivat kysymykseeni näin: *”No kyl aika hyvin pääsee tällä alueella. Kyllä. Et, tota, tietyst. [] Sellain ryhmä, mikä on sit vähän hankalampi, on ihan nää bentsoriippuvaiset, et niin kun, niitten se jatkohoitoon pääseminen, niit paikkoi ei oikein kauheesti ole. Et, niin kun, näin, ja sit just nää huumeenkäyttäjät. Kaks viikkoo ei mun mielest riitä oikeen yhtään mihinkää, et sit ne tarvis kyl jotain pidempää. Mut se on sit jo, ehkä vähän vaikeempaa. Et sellasii paikkoi ei oikeen, niin kun, ole.”*

”Jonot on pitkät. Siis ajan saat mut, että se ei oo heti. Niin kun monest on tarvetta, et pitäs päästä.. Avopuolelle. Laitospuolelle viel vaikeempaa. Mutta avopuolelle, siin voi mennä siis kuukauskin. Et se ei oo ens viikolla.”

12.5 Katkaisuhuoltoyksikön päihteettömyyttä tukevia tekijöitä

Tutkimusongelma 4 (teema-alue 5): Mitä vahvuuksia katkaisuhuoltoyksikön toiminnassa on katkaisun jälkeisen päihneiden käytön ehkäisyn näkökulmasta? Kysymykseksi oli: Mitkä asiat teidän yksikössänne tukevat asiakkaan päihteettömyyttä katkaisuhoidon jälkeen? Käsittelen vastaukset yksikkökohtaisesti, jotta jokaisen yksikön vahvuudet tulevat selkeästi esiin.

Lahdessa kaksi (n=2) haastateltavaa kertoi, että he ovat sopineet omien asiakkaidensa kanssa seurantasoihtoista. Tämä käytäntö ei ole vakiintunut heidän toiminnassaan, mutta jos asiakas on toivonut voivansa soittaa työntekijälle myöhemmin, niin se mahdollisuus on heille annettu. Yksi (n=1) haastateltava kertoi, että heillä on tarjota asiakkailleen ennalta ehkäisevää hoitoa katkaisuhoidossa. Asiakkaalla on mahdollisuus hakeutua katkaisuhuoltoon, vaikka hän ei olisikaan käyttänyt päihkeitä, vaan hän voi hakeutua hoitoon silloin, kun hänellä on suuri riski retkahtaa. Tämä hoitomuoto tukee työntekijän mielestä asiakkaan päihteettömyyttä hyvin. Yhden (n=1) haastateltavan mielestä asiakkaan päihteettömyyttä tukeva tekijä on se, että asiakkaalla on jonkinlainen jatkohoidon suunnitelma katkaisuhoidosta lähtiessä. Työntekijän mielestä kyseessä ei vält-

tämättä tarvitse olla varsinainen jatkohoito, vaan esimerkiksi se, että asiakas siivoaa kotiuduttuaan, käy seuraavana päivänä lenkillä tms. eikä jää aivan kokonaan tyhjän päälle. Työntekijät kuvasivat asiaa seuraavasti: ”*Sit he voi soittaaki tänne, ja ollaa siitä, niinkun, ihan sanottukin, et kun lähtee tästä, et jos tulee sellanen tilanne, et nyt tekis mieli juoda, ni soita ekana. Vaikkei se ehkä kuulu tässä meidän toimenkuvaan välttämättä, niin kyl me tehdään sitä.*”

”*[] jos asiakkaan hoito etenee suunnitelmallisesti ja niin, ettei sitä jouduta keskeyttämään, ni aina on asiakkaalla olemassa jonkunlainen suunnitelma, ku lähtee pois. To-teutuu se sitte tai ei, ni se jää sit, niin kun, hyvin pitkälti asiakkaan vastuulle. Mut, et se joka kerta suunnitellaan, et se suunnitelma voi olla se, että menee kotiin, siivoo, seuraavana päivänä käy lenkillä, et on vähä jotain sellasta runkoo, hahmotelmaa siitä, ettei hyppää sinne kotiin ihan tyhjän päälle, et okei tää oli nyt täs, ja sillä hyvä.*”

Kouvolassa kaksi (n=2) haastateltavaa kertoi, että heillä on tarjolla ennalta ehkäisevää hoitoa asiakkaille, joka tukee heidän mielestään asiakkaan päihteettömyyttä katkaisuhoidon jälkeen. Yksi (n=1) haastateltava oli sitä mieltä, että paras päihteettömyyttä tukeva tekijä on jatkohoidon järjestäminen asiakkaalle. Yksi (n=1) haastateltava oli sitä mieltä, että terveyden seuranta, kuten maksa-arvojen kontrolli, on asiakkaan päihteettömyyttä tukevaa toimintaa. Suullinen ohjaus ja neuvonta ovat hänen mielestään yksi keino saada asiakkaat havahtumaan päihneiden käytön terveydellisistä haittavaikutuksista. Yhden (n=1) haastateltavan mielestä heidän vahvuutensa on kognitiivinen lähestymistapa päihdeongelmaan. He näkevät päihdeongelman ja siitä toipumisen prosessiluoteisena, joka on oppimisen kokemus ja jonka avulla he pyrkivät tukemaan ja auttamaan asiakasta prosessin edetessä. Eräs työntekijä kuvaili heidän ennalta ehkäisevää hoitomuotoaan näin: ”*No meil on tarjota sellanen hoitomuoto, kun ennalta ehkäisevä hoito. Eli meille voi tulla, tota, sillai, että ja siihen ei välttämättä tarvi lähetettäkään, mut mielellään se on kuitenkin suotava. Elikkä tänne voi tulla, niin ku, ei oo tarvinu juoda, voi tulla esimerkiks viettää viikonloppuu tai jotain pitkii pyhii, et voi tulla tänne laitoksen turvii... niin sanotusti suojaan siltä alkoholilta ja ehkä sellaselt maholliset.. maholliselt rethahdukselt. [] Et sellanen ennalta ehkäisevä laitoshoido on yks, joidenki kohdal toiminu tosi hyvin. [] No, sitte lääkityksen avulla, ni ehkä joku sellanen on Antabus-hoidon alottaminen täs näin.*”

Kotkassa kolme (n=3) haastateltavaa oli sitä mieltä, että jatkohoidon järjestäminen on paras päihteettömyyttä tukeva tekijä. Kahden (n=2) haastateltavan mielestä ennalta ehkäisevä hoitomuoto on myös tärkeä tekijä asiakkaan päihteettömyyden tukemisessa. Yksi (n=1) haastateltava oli sitä mieltä, että asiakkaan motivointi, kannustus, hänen omien vahvuuksiensa etsiminen ja löytäminen sekä uskon luominen asiakkaaseen katkaisuhoidon aikana ovat asiakkaan päihteettömyyttä tukevia tekijöitä. Työntekijät kuvasivat mielipiteitään seuraavasti: ”No varmaan se, että kaikille pyritään järjestämään se jatkohoito kyllä. Varmaan se.”

”Ehkä se on se kannustus, uskon luominen ja... tällänen... motivoiminen, niihin jokaisen omiin vahvuuksiin, ettei ainakaan, niin kun, dissata mitenkää. Lyöä lyötyä, niin sanotusti, että eikähän niitä oo päähän potkittu ihan tarpeeks, että valoa tunnelin päähän luodaan kyllä, jos sitä ei ole jo, kun lähtee siitä.”

12.6 Katkaisuhoidon päihteettömyyttä estäviä/haittaavia tekijöitä

Tutkimusongelma 5 (teema-alue 6) oli: Mitä heikkouksia katkaisuhoidon toiminnassa on katkaisun jälkeisen päihteiden käytön ehkäisyn näkökulmasta. Kysymykseksi oli: Mitkä asiat teidän yksikössänne estävät/haittaavat asiakkaan päihteettömyyttä katkaisuhoidon jälkeen?

Lahdessa yksi (n=1) haastateltava oli sitä mieltä, että heidän heikkoutensa on se, etteivät he pysty järjestämään asiakkailleen asuntoa. Katkaisuhoidon yhteydessä on asuntola, mutta se on monesti niin täynnä, että vapaita paikkoja ei ole tarjolla kaikille sitä tarvitseville. Hänen mielestään on surullista, että asiakas vieroitetaan päihteestä, mutta asiakkaalle ei ole tarjota paikkaa minne mennä. Yksi (n=1) haastateltava oli sitä mieltä, että liian lyhyt katkaisuhoido estää asiakkaan päihteiden käytön lopettamista. Hänen mielestään lyhyt katkaisuhoido tuottaa harvoin hyvän lopputuloksen, eikä lyhyillä hoitajaksoilla pystytä paneutumaan kokonaisvaltaisesti asiakkaan asioihin. Yksi (n=1) haastateltava oli sitä mieltä, että hoidon vapaaehtoisuus ei ainakaan edesauta asiakkaan päihteettömyyttä, koska asiakas voi aina keskeyttää hoidon halutessaan. Yhden (n=1) haastateltavan mielestä heidän toimintansa heikkous on asiakkaiden liiallinen lääkitys. Lääkityksiä ei pureta tarpeeksi nopeasti, jolloin asiakkaiden sekakäytön

lisääntymistä edesautetaan. Yksi (n=1) haastateltava oli sitä mieltä, että asiakas ei pääse tarpeeksi nopeasti takaisin katkaisuhuoltoon, jos hän kokee sille olevan tarvetta. Yksi (n=1) haastateltava koki, että liiallinen asiakkaan asioiden hoitaminen ja selvittäminen vie liikaa aikaa, ja työntekijä joutuu ottamaan yhteyttä moniin eri tahoihin selvittäessään tiettyjä asioita. Asioita hoidetaan asiakkaan eduksi, mutta monesti asiakas saattaa kaivata erityisesti yksilökeskusteluja. Yksi (n=1) haastateltava koki asian niin, että koska heidän yksikkönsä on eri organisaatiota kuin muut kaupungin alaiset yksiköt, niin heidän on vaikeampi saada maksusitoumuksia. He joutuvat perustelemaan paljon asiakkaan jatkohoidon tarvetta, ja he joutuvat tekemään erilaisia kirjallisia anomuksia, jotta asiakas pääsisi jatkohoitoon.

Työntekijöiden näkemyksiä päihteettömyyttä estävistä/haittaavista tekijöistä: ” *Se, että jos asiakkaalla ei ole asuntoa, se on niinkun, semmonen iso asia, mikä heikentää. Ja meillä se on se heikkous, että me ei pystytä järjestään asuntoja asiakkaille täällä. Se on se ikävä tilanne, että asiakas vierotetaan, katkassaan ja, sit hän menee semmoseen paikkaan, missä saa käyttää vapaasti päihkeitä.* ”

” *Runsas lääkitys. Se on ihan semmonen, niinku, mihin mä aion puuttua, nyt tän uuden lääkärin myötä. [] että lääkitykset ei jäis päälle, eli ku alotetaa tääl joku tietty lääkitys, ni niil on selkee purkuohjelma, mikä pureta hoidon aikana pois, ettei jää häntiä roikkumaan siinne, et asiakas kotiutetaan. Meilt ei kirjojeta reseptejä täältä, eli se, se, niinkun, on katkolla se, että asiakkaat ei koskaan lähde rauhottavien lääkereseptien kans, mut saattaa olla sillee, et sinne jää joku tämmönen, et haet A-klinikalta lääkkeet. Mut, et ne on liian pitkiä, et ne pitäs saada purettua täällä katkolla, sillä me edesautetaan sekakäytön lisääntymistä.* ”

Kouvolassa kaksi (n=2) haastateltavaa ei osannut nimetä mitään asiakkaan päihteettömyyttä haittaavaa tai estävää tekijää heidän omassa toiminnassaan. Yksi (n=1) haastateltava totesi kuitenkin, että kehittämishaasteita on aina, vaikka hän ei sellaista osannutkaan nimetä. Yhden (n=1) haastateltavan mielestä eräs asiakkaan päihteettömyyttä estävä tekijä saattaa olla se, että asiakkaalla ei ole mahdollisuutta tavata lääkäriä juuri silloin kun siihen olisi tarvetta. Yhden (n=1) haastateltavan mielestä parannettavaa olisi esimerkiksi siinä, että asiakkaille voisi sopia seurantasoiton viikon tai kah-

den viikon päähän katkaisuhoidosta lähdön jälkeen. Puhelun avulla asiakkailla olisi mahdollisuus kysyä työntekijältä häntä mietityttävistä asioista, ja asiakas saisi tukea sillä tavalla.

Kaksi haastateltavaa vastasi kysymykseeni seuraavasti: ”*[] Emmä tiedä, on parannettavaa varmaan, sillee, et jos sattuu katkasuhoito semmosee ajankohtaa, että just välttämättä, nii asiakkaalla ei oo ehkä mahdollisuus tavata lääkäriä ja saada apua esimerkiksi, niin ku, tästä reseptin muodos, niin ku johonkin uniongelmaan, ni se voi olla yks semmonen haittaava tekijä, ja mikä sitte aiheuttaa ihmiselle retkahduksen. Ku ei oo sanottuu, et se unettomuus ja tälläset uniongelmat, niin korjaantus tässä katkasuhoidon aikana, että tämmönen, niin ku, tavallaan se semmonen, että.. niin, koska meil ei oo sitte taas semmosia resursseja, eikä se oo mielekästäkään, niin ku, ruveta hoamaan ketään.*”

”*En osaa sanoa. [] Totta kai kehittämisalueit on, sisällöllisesti ja kaikkee muutakii, mut jos kys.. se kysymys on, että mikä haittaa, ni en nyt ainakaa nää mitää semmosta, yhtäkkii.*”

Kotkassa kaksi (n=2) haastateltavaa oli sitä mieltä, että avopuolen vetämättömyys on suurin asiakkaan päihitteettömyyttä haittaava tekijä. Tämä ei kuitenkaan liity suoranaisesti katkaisuhoidon toimintaan, vaan kyseessä on heistä riippumaton tekijä. Yksi (n=1) haastateltava oli sitä mieltä, että asiakkaan päihitteettömyyttä haittaava tekijä on seurannan puute, eli seuranta jonkinlaisen jatkohoidon puitteissa. Yksi (n=1) haastateltava taas koki, että ryhmien toimintaa kehittämällä asiakkaat voisivat saada hoidollisista ryhmistä enemmän irti. Yhden (n=1) haastateltavan mielestä heillä pitäisi olla enemmän työntekijöitä, jotta jokaiselle asiakkaalle voitaisiin järjestää tarpeeksi yksilökeskusteluaikoja. Yksi (n=1) haastateltava oli sitä mieltä, että joidenkin asiakkaiden kohdalla pitäisi hoitajaksojen olla pidempiä. Haastateltavat vastasivat kysymykseeni seuraavasti: ”*Toisaalta heikkous ehkä se, tää avopuolen vetämättömyys kans sitte. Etä, monest kun katkolt lähtee, niin sillon se tukihan on suurin, et sillon pitäis olla tiiviimmät käynnit heti kun tost lähtee, että ku yleens puhutaan, että onks se joku, tyyliin... ensimmäinen kuukaus on kuitenkin aina se pahin. Et siihen pitäis se mahdollisimman tiivis seuranta saaha, niin... Ehkä se, niin kun, ontuu sitte.*”

”No varmaan sitä, mun mielest tot ryhmien toimintaa kyllä, et asiakkaat vois saada enemmän siit hoidost irti, jos niit ryhmii pikkasen jotenki jämäköitettäis. Et se ois mun mielest kehittämisjuttu.” Seuraavassa kappaleessa pohdin niitä asioita, joihin tulisi mielestäni kiinnittää huomiota palveluiden järjestämiseen ja kehittämiseen liittyen.

13 POHDINTA

13.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta käsitellään yleensä tutkimuksen validiteetin ja reliabiliteetin käsitteiden avulla. Laadullista tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, jolloin tutkimuksen johdonmukaisuus on keskeisessä asemassa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133, 135.)

Laadullisen tutkimuksen eettisyyteen liittyvät ongelmat koskevat yleensä tutkimuksen toteuttamista. Ongelmat saattavat liittyä tutkimukseen osallistuvien henkilöiden tiedottamiseen tutkimusaiheesta, aineiston keruussa ja analyysissa käytettäviin menetelmiin, anonymiteettiongelmiin sekä siihen, miten tutkija esittelee tutkimuksensa tulokset. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 125.)

Tutkimukseni tarkoituksena oli vertailla kolmen eri katkaisuhoidoyksikön toimintakäytäntöjä. Vertailin käytäntöjä hoitoon tuloon, hoidon sisältöön ja katkaisuhoidon tuloksellisuuteen liittyen. Haastattelin kolmea työntekijää jokaisesta yksiköstä, eli yhteensä yhdeksää (N=9) työntekijää. Yhtä työntekijää haastattelin kaksi kertaa, koska jouduin tekemään neljä haastattelua uudestaan poistettuani ne vahingossa sanelimelta ennen tallennusta tietokoneelle. Tämä saattaa vaikuttaa jonkin verran tutkimustulosteni luotettavuuteen, koska haastattelun vastaukset eivät ole spontaaneja yhden haastateltavan kohdalla. Toisella haastattelukerralla hän yritti muistella, mitä oli vastannut kysymyksiin ensimmäisessä haastattelussa, enkä näin ollen saanut hänen kohdallaan yhtä kattavia vastauksia kysymyksiini kuin ensimmäisellä kerralla.

Toinen tutkimukseni luotettavuuteen vaikuttava tekijä saattaa olla oma kokemattomuuteni tutkimuksen toteuttajana. Haastatteluja tehdessäni en ollut tarpeeksi hyvin

valmistautunut haastattelujen toteuttamiseen. Tutkimusaiheeni oli myös suhteellisen vieras itselleni haastatteluja tehdessäni. Jälkeenpäin ajateltuna minun olisi pitänyt perehtyä aiheeseen paljon paremmin, jotta olisin osannut paremmin tarkentaa tutkimuskysymyksiäni haastateltaville. Oma tietämättömyyteni on saattanut vaikuttaa haastateltavien vastauksiin, koska en välttämättä ole osannut selittää heille sitä, mitä olen jonkin tietyn kysymyksen avulla halunnut selvittää.

Kolmas tutkimukseni luotettavuuteen vaikuttava tekijä saattaa olla se, että haastatteluiden ja tutkimustulosten analysoinnin välillä on kulunut liian paljon aikaa. Ensimmäiset haastattelut olen tehnyt huhtikuun 2009 lopussa, ja tutkimustulosten analyysin syys-lokakuussa 2009. Koska niin paljon aikaa on kulunut, en välttämättä muista vastausten merkitystä ja mitä työntekijät ovat vastauksillaan tarkoittaneet. Haastattelujen litteroinnin pyrin tekemään sanasta sanaan, juuri niin kuin työntekijät vastasivat kysymyksiini. Luotettavuuteen saattaa kuitenkin vaikuttaa se, että kaikkia sanoja en välttämättä kuullut tai ymmärtänyt, vaikka yritin monta kertaa kuunnella haastattelut uudestaan. Tietyt lauseet ovat saattaneet tästä syystä saada hieman eri merkityksen kuin mitä työntekijä on vastauksellaan tarkoittanut. Olen kuitenkin parhaani mukaan pyrkinyt siihen, etten missään tapauksessa muuttaisi työntekijöiden vastausten merkityksiä. Siteeratessani työntekijöiden vastauksia en ole tarkoituksellisesti irrottanut heidän vastauksiaan oleellisista asiakokonaisuuksista.

Yksi tutkimukseni eettisyyteen vaikuttava tekijä saattaa olla se, etten informoinut työntekijöitä tarpeeksi kattavasti tutkimukseni tarkoituksesta. Otin yhteyttä puhelimitse kaikkiin yksiköihin, enkä osannut välttämättä kertoa tutkimukseni sisällöstä ja tavoitteista työntekijöille. Jos tekisin tutkimukseni uudestaan, lähettäisin jokaiseen yksikköön lyhyen kirjallisen selostuksen työni tarkoituksesta. Työntekijät eivät välttämättä tienneet edes haastattelutilanteessa, miksi heitä haastateltiin. Itse en kuitenkaan voinut vaikuttaa siihen, miten yhteyshenkilöni olivat informoineet työntekijöitä.

Toinen tutkimuksen eettisyyteen vaikuttava tekijä saattaa olla se, että pohdintaosuuksessa keskityn omasta mielestäni oleellisiin tutkimustuloksiin. Ne ovat omia mielipiteitäni, jotka olen nostanut esiin haastatteluiden vastauksien perusteella. Kyseiset asiat

eivät välttämättä ole muiden mielestä yhtä oleellisia, koska kysymyksessä on oma tutkimukseni ja minä olen tulkinnut vastaukset omalla tavallani.

13.2 Yhteenvetoa yksiköiden toimintakäytännöistä

Mielestäni oleelliset eroavaisuudet yksiköiden toiminnassa liittyivät esteettömyyden periaatteen toteutumiseen ja hoidon toteuttamiseen yksiköissä. Eroja ilmeni päivystyspalveluiden järjestämisessä virka-ajan ulkopuolella. Lahdessa kriteeri ei täyttynyt ollenkaan, Kouvolassa on muutettu käytäntöä siten, että heille voi hakeutua viikonloppuna ilman lähetettä tiettyyn kellon aikaan mennessä, jos heillä on vapaita katkaisuhoitopaikkoja. Kotkassa asiakkaat voivat hakeutua hoitoon ympärivuorokautisesti. Hoitoon pääsy kriisitilanteessa, ilman ajanvarausta toteutuu täysin ainoastaan Kotkassa, koska heillä ei vaadita lähetettä, vaan asiakas voi hakeutua oma-aloitteisesti hoitoon. Hoidon toteuttamiseen liittyvä merkittävä ero yksiköiden toiminnassa oli mielestäni lähetekäytännöt. Työntekijät toivat esiin myös sen, että katkaisuhoitojaksot ovat liian lyhyitä, muutaman päivän aikana ei ehditä paneutua tarpeeksi asiakkaan asioihin.

Asiakkaan katkaisuhoidon jälkeiseen päihteiden käyttöön eniten vaikuttava tekijä oli työntekijöiden mielestä se, että jatkohoitoon on pitkät jonot. Jos asiakas ei pääse jatkohoidon piiriin heti katkaisuhoidosta lähdettyään, on retkahtamisen riski erittäin suuri. Heidän mielestään oli erittäin harvinaista, että asiakkaalle riittää yksi katkaisuhoitokerta. Työntekijöiden mielestä asiakkaan päihteettömyyttä tukisivat parhaiten pidemmät katkaisuhoitojaksot, jatkohoitoon pääseminen heti katkaisuhoidosta lähdettäessä ja yksilökeskustelut asiakkaiden kanssa. Ennalta ehkäisevä hoito koettiin myös merkittäväksi asiakkaan päihteettömyyttä tukeväksi tekijäksi. Seuraavassa kappaleessa pohdin tarkemmin tutkimustulosteni merkitystä asiakkaan päihteettömyyttä tukevasta näkökulmasta.

13.3 Oma näkökulma toimintatapojen toimivuudesta ja kehittämishaasteet

Päihteiden käyttö on kasvussa, ja palveluiden tarve on suurempi kuin koskaan. Alkoholin ja huumeiden lisäksi myös lääkkeiden käyttö päihtymistarkoituksessa on kasva-

va ongelma tänä päivänä. Yleisin päihteenkäytön muoto on sekakäyttö, joka asettaa omat haasteensa myös palveluntarjoajille. Siitä syystä palveluita tulisi kehittää parempaan suuntaan, eikä karsia päihdepalveluita entisestään. Seuraavissa kappaleissa tulen käsittelemään niitä asioita, joihin kannattaisi kiinnittää huomiota palveluita järjestettäessä. Päihdepalveluiden tuloksellisuutta on vaikea arvioida, mutta mielestäni asiakkaiden tarpeet tulisi huomioida palveluita järjestettäessä, koska he ovat päihderiippuvuuden asiantuntijoita.

Esteettömyyden periaatteelle asetetut kriteerit toteutuvat vaihtelevasti kaikissa yksiköissä. Kotkan katkaisuhuoltoasema on ainoa yksikkö, jonka toiminta mahdollistaa päivystyspalveluiden järjestämisen virka-ajan ulkopuolella ympärivuorokautisesti. Kouvolassa on mahdollisuus päästä päivystyspalveluiden puitteissa hoitoon viikonloppuisin, mutta hoitoon tulon on tapahduttava kello 12 mennessä. Lahdessa ei ole tarjota päivystyspalveluita, vaan asiakkaat ohjataan terveydenhuollon palveluiden piiriin. Mielestäni päivystyspalveluiden järjestäminen ympärivuorokautisesti on tärkeää asiakkaan näkökulmasta. Hänelle saattaa olla äärimmäisen tärkeää päästä esimerkiksi keskellä yötä katkaisuhuoltoon. Asiakas kokee tarvitsevansa hoitoa juuri sillä hetkellä, ja jos hoitoonpääsyä pitää odottaa seuraavaan aamuun, hän ei välttämättä enää hakeudu hoitoon. Asiakkaan päihdeongelma ei ole akuutti pelkästään virka-ajan puitteissa, vaan asiakkaan hoitoon pääsy pitäisi mahdollistaa myös iltaisin, öisin ja viikonloppuisin.

Hoitoon pääsy kriisitilanteissa, ilman ajanvarausta toteutuu eri tavoin Lahdessa, Kouvolassa ja Kotkassa. Mielestäni kyseinen kriteeri täyttyy kokonaisuudessaan ainoastaan Kotkassa, koska asiakas voi itse hakeutua katkaisuhuoltoon, eikä lähettävää tahoa tai ajanvarausta tarvita. Hoitoon pääsyä rajoittava tekijä saattaa tietenkin olla se, että katkaisuhoidossa on täyttä, mutta Kotkassa selviämisasema mahdollistaa useamman asiakkaan hoitoon tulon, ja asiakkaita on otettu tarvittaessa myös ylipaikoille. Kouvolassa ja Lahdessa vaaditaan hoitoon lähettävä taho, jolloin on varattava myös aika katkaisuhuoltoon. Kouvolassa otetaan asiakkaita vastaan, mutta ajanvaraus on tehtävä etukäteen. Mielestäni asiakkaalla tulisi olla mahdollisuus hakeutua hoitoon juuri silloin, kun hän kokee tarvitsevansa hoitoa, ja ajanvarauskäytäntö hidastaa ja hankaloittaa hoitoonpääsyä. Asiakas ei välttämättä jaksaa odottaa aikaa arvioivan tahon luokse, ja

sen jälkeen vielä katkaisuhoidon pääsyä. Mielestäni hoitoon pääsyn pitkittäminen vaikuttaa oleellisesti asiakkaan motivaatioon hoidon suhteen. Savolainen (2006) tuo ilmi omassa tutkimuksessaan asiakkaiden näkökulmaa siitä, miten päihdepalveluita tulisi kehittää. Kehittämisehdotukset liittyvät juuri päihdepalveluiden oikea-aikaiseen ja riittävään tarjontaan. Asiakkaat kertoivat, kuinka tärkeää olisi kehittää erityisesti päivystyspalveluita, jotta asiakkaalla olisi mahdollisuus hakeutua hoitoon iltaisin, öisin ja viikonloppuisin, koska silloin voitaisiin välttyä esimerkiksi lähisuhdeväkivallalta. (Savolainen 2006, 55–56.)

Kaikilla kolmella kunnalla on ostopalvelusopimukset ympäristökuntien kanssa. Palvelualueet ovat laajoja, jolloin palveluiden saatavuus lähellä asuinpaikkaa on käytännössä katsoen mahdotonta toteuttaa. Palvelut ovat lähellä paikkakuntalaisia, ja käsittääkseni katkaisuhoidoasemat ovat sijainniltaan keskeisillä paikoilla. Välimatkat ovat pitkiä, mutta kulkuyhteydet ovat hyvät. Pitkät välimatkat saattavat toki osaltaan vaikuttaa siihen, että asiakas kokee palveluiden olevan hankalasti saatavilla. Mielestäni tähän asiaan ei ole mitään helppoa ratkaisua, koska palvelut on kuitenkin keskitetty kaikissa kolmessa kunnassa siten, että katkaisuhoidoaseman yhteydessä on muitakin A-klinikan toimintoja. Siinä mielessä asiakas välttyy mielestäni liialliselta paikasta toiseen pömpöttelulta, koska saman katon alla on muitakin palveluja tarjolla.

Hoidon sisältöön liittyvät lähetekäytännöt ja hoitoonohjaus vaihtelevat kaikissa yksiköissä. Kotka on ainoa kunta, jossa asiakkaat eivät tarvitse lähetettä tai lähettävää tahoa päästäkseen hoitoon. Kouvolassa ja Lahdessa vaaditaan arkisin nimellinen lähete, eli jokin taho, joka on arvioinut asiakkaan hoidon tarpeen jo ennen katkaisuhoidon tuloa. Kouvolassa on luovuttu lähetekäytännöstä viikonloppuisin, jolloin he arvioivat itse asiakkaan hoidon tarpeen katkaisuhoidoasemalla. Mielestäni lähetekäytäntö hankaloittaa asiakkaan hoitoonpääsyä, koska asiakas joutuu ensin odottamaan pääsyä arvioivan tahon luokse, jonka jälkeen hän joutuu mahdollisesti odottamaan vielä katkaisuhoidon pääsyäkin. Kaikkien asiakkaiden pitkäjänteisyys ei välttämättä riitä odotteluun, jolloin hoitomotivaatio ja hoitoon hakeutuminen vähenee. Paikkakunnilla, jossa ei ole vastaanottoa viikonloppuisin, voi asiakas joutua odottamaan viikonlopun yli hoitoonpääsyä. Odottelu saattaa olla ylitsepääsemättömän hankalaa, ja asiakas voi kokea, ettei saa tarvitsemaansa apua riittävän nopeasti. Mielestäni erot hoitoon tuloon ja

lähetekäytäntöihin liittyen asettavat asiakkaat eriarvoiseen asemaan eri paikkakunnilla, vaikka perustuslaissakin (731/1999) sanotaan, että palveluiden tulee olla tasavertaisesti kaikkien saatavilla.

Hoito on asiakaslähtöistä, jolloin asiakas otetaan alusta asti mukaan hoidon suunnitteluun. Mielestäni tämä on tärkeää siinä mielessä, että asiakas on hakeutunut hoitoon vapaaehtoisesti ja hänellä on myös oikeus asettaa omat tavoitteensa hoidon sisällölle. Yksi työntekijä piti hoidon vapaaehtoisuutta kuitenkin asiakkaan päihdeettömyyttä haittaavana tekijänä, koska asiakas voi koska tahansa keskeyttää hoitonsa. Toisaalta, asiakas saattaa olla paremmin motivoitunut hoitoon silloin, kun ei ole kyse ulkopuolisesta pakosta. Tämä aihe herättää kysymyksiä päihdeongelmaisten pakkohoidosta, joka ei vielä tänä päivänä ole mahdollista. Mediassa on keskusteltu paljon siitä, että pitäisikö päihdehoidossa olla mahdollisuus samanlaiseen pakkohoitoon kuin mielenterveyshoidossakin. Viime aikoina mediassa on keskusteltu paljon myös päihdeäitien pakkohoidosta, joka varmasti jakaa mielipiteitä ihmisten keskuudessa. Tärkeintä on kuitenkin lapsen etu, mutta kyseessä ovat monesti täysi-ikäiset äidit. Millaiset ongelmat täyttäisivät päihdeäitien pakkohoidon kriteerit, ja kenellä on oikeus määritellä ne? Pakkohoito päihdehoidossa saattaa aiheuttaa asiakkaissa sellaisia vastareaktioita, että he ovat entistä vähemmän motivoituneita hoitoon.

Haastatteluiden perusteella lääkärin rooli on keskeinen katkaisuhoidossa, koska lääkäri määrää asiakkaille lääkityksen. Osa työntekijöistä oli sitä mieltä, että lääkäri on kuitenkin liian harvoin tavattavissa, ja se saattaa laskea asiakkaan hoitomotivaatiota. Asiakkaalla saattaa olla tarvetta keskustella lääkärin kanssa omasta lääkityksestään, mutta siihen ei välttämättä ole mahdollisuutta, koska lääkäri on niin harvoin tavattavissa. Savolaisen (2006) mukaan myös asiakkaat olivat sitä mieltä, että lääkärin tulisi olla tavattavissa useammin, jotta asiakkaalla olisi mahdollisuus keskustella omasta lääkityksestään. (Savolainen 2006, 54–55.)

Työntekijöiden mielestä on harvinaista, että yksi hoitokerta riittää asiakkaalle. Tilanne on yleensä se, että asiakas käy katkaisuhoidossa muutaman kerran. Ensikertalaisten kohdalla työntekijät ovat sitä mieltä, että yksi hoitokerta saattaa riittää. Monelle ensikertalaiselle hoitoon meneminen saattaa olla niin iso kynnys, että he eivät välttämättä

enää hakeudu hoitoon. Katkaisuhuitoon meneminen saattaa myös olla niin havahduttava kokemus, että se on itsessään asiakkaan päihteettömyyttä tukeva tekijä. Mielestäni aihetta olisi tärkeää tutkia asiakkaiden näkökulmasta, mitkä tekijät katkaisuhoidossa ovat olleet sellaisia, jotka ovat auttaneet heitä itseään kohti päihteetöntä elämää. Aihetta on vaikea tutkia, mutta se on tutkimuskohteena merkittävä. Siten olisi mahdollista kehittää palveluja niin, että ne tukisivat asiakasta päihteettömyyteen parhaalla mahdollisella tavalla.

Työntekijöiden mielestä katkaisuhuitojaksojen tulisi olla pidempiä, jotta asiakasta voitaisiin auttaa kokonaisvaltaisemmin. Mielestäni päihderiippuvuus on syntynyt pitkän ajan kuluessa ja se on erilaisten syiden ja elämäntapahtumien tulos. Päihderiippuvuudesta toipuminen vaatii pitkäaikaista hoitoa, ja keskustelun avulla asiakkaalla on mahdollisuus selvittää itselleen niitä syitä, jotka ovat ajaneet hänet päihteiden ongelmakäyttöön. Asiakasta tulisi tukea ottamaan vastuu omasta elämästään ja valinnoistaan, jolloin hänellä on paremmat mahdollisuudet saada oma elämänsä paremmin hallintaan. Päihderiippuvuus on monesti ehtinyt vaikuttaa asiakkaan elämän eri osa-alueisiin laaja-alaisesti, jolloin asioiden selvittely ja järjestäminenkin vie aikaa. Päihderiippuvuudesta toipumiseen kuuluvat myös retkahdukset, ja asiakasta tulisi tukea entistä paremmin retkahdusten sattuessa. Asiakas saattaa kokea epäonnistuneensa retkahtaessaan ja tarvitsee silloin entistä enemmän tukea ja kannustusta. Katkaisuhoidon jälkeen asiakkaan tulisi kiinnittyä heti jatkohoitoon, jotta hänen oma motivaationsa pysyisi mahdollisimman hyvin yllä. Jos asiakas kokee saavansa tarpeeksi tukea, hän saattaa sietää paremmin myös epäonnistumisen kokemuksia. Saari & Vähävihi (2001) ja Heiskanen (2009) toteavat tutkimuksissaan, että asiakkaan omalla motivaatiolla on suuri merkitys hoidon onnistumisessa. Työntekijöiden tulisi tukea ja motivoida asiakkaita päihteettömään elämään katkaisuhoidon aikana, ja motivoida asiakkaita myös jatkohoitoon. (Saari & Vähävihi 2001, 65; Heiskanen 2009, 7.) Mielestäni olisi tärkeää tukea motivoituneita asiakkaita jatkohoitoon, koska he saattaisivat hyötyä enemmän hoidosta, jos sitä olisi helpommin saatavilla.

Hoitojaksojen pituus vaihteli työntekijöiden mielipiteiden mukaan kolmesta vuorokaudesta kolmeen viikkoon. Neljä haastateltavaa oli sitä mieltä, että hoitojaksojen tulisi olla pidempiä kuin tällä hetkellä. Itse olen samaa mieltä, koska lyhyillä hoitojak-

soilla tuskin pystytään auttamaan asiakasta kovinkaan kokonaisvaltaisesti. En osaa sanoa, miksi nykyisten hoitajaksojen kesto on niin lyhyt. Onko kyse rahasta vai johtuuko se siitä, että katkaisuhoidon tarkoituksena on vain ja ainoastaan katkaista akuutti päihdekierre? Siinä tapauksessa kuntouttavaan laitoshoitoon tulisi mielestäni päästä paljon nykyistä helpommin, jotta asiakkaalla olisi paremmat mahdollisuudet saada kaikki tarvitsemansa apu ja tuki päihdeettömyyteensä. Kaikille päihderiippuvaisille eivät avohuollon tukipalvelut ole riittävä tukimuoto, vaan he kaipaavat strukturoidumpaa ja selkeämpää laitoshoitajaksoa. Asiakas saa itse valita haluaako hän käydä avohuollon palveluiden puitteissa esimerkiksi keskustelemassa päihderiippuvuudestaan. Jos asiakas päättää perua käyntinsä tai lopettaa asiakassuhteensa A-klinikalle, niin kukaan ulkopuolinen ei voi siihen päätökseen vaikuttaa. Jos päihderiippuvainen on myös lastensuojelun palveluiden piirissä, niin silloin hänellä on erilainen velvoite sitoutua A-klinikkakäynteihin, mutta kyseinen aihealue ei kuulu omaan opinnäytetyöhöni. Yksi työntekijöiden esiin nostama ongelma päihdepalveluissa oli se, että jatkohoitoon pääseminen on suhteellisen hankalaa. Avohoidon palveluihin on päässyt muodostumaan pitkät jonot, jolloin etenkin uudet asiakkaat joutuvat odottamaan jopa kuukauden ensimmäistä tapaamistaan A-klinikalla tai jossain muualla. Laitosmuotoiseen jatkohoitoon on ilmeisesti vielä pidemmät jonot, ja maksusitoumusten saaminen moninkertaisille uusijoille saattaa olla hankalaa. Savolaisen (2006) tutkimuksen mukaan katkaisuhoidon sisällössä näyttäisi olevan keskeistä se, että hoidon jatkuminen turvataan katkaisuhoidon jälkeenkin. (Savolainen 2006, 11.) Mielestäni ongelma on juuri se, että katkaisuhoidon piirissä niin moni asiakas on moninkertainen uusija. He ovat katkaisuhoitopalveluiden ”suurkuluttajia” ja haluavat ehkä päästä vielä laitosjatkohoitoonkin. Olisi ehkä aiheellista tutkia heitä asiakasryhmänä, mikä palveluiden rakenteessa tai heidän omassa elämäntilanteessaan on sellaista, joka ylläpitää päihderiippuvuutta katkaisuhoidotaksoista huolimatta. En kuitenkaan osaa sanoa, mikä olisi paras mahdollinen tapa tutkia kyseistä asiakasryhmää. Katkaisuhoidon työntekijöille voisi tehdä kyselylomakkeen, jonka avulla he voisivat haastatella asiakkaitaan. Minun oli aluksi tarkoitus tehdä kyselylomake asiakkaille, mutta aiheestani olisi tullut niin laaja, etten olisi yksin voinut toteuttaa niin laajaa tutkimusta.

Tulin ajatelleeksi myös varhaisen puuttumisen merkitystä päihdetyössä, voisiko sen avulla ennalta ehkäistä pitkäaikaisen päihderiippuvuuden muodostumista? Voisiko

varhaisen puuttumisen avulla auttaa asiakkaita ennen kuin päihdeongelmasta on ehtinyt muodostua koko elämää hallitseva ongelma? Päihteiden käyttö on toisaalta täysikäisen yksilön oma päätös, mutta voitaisiinko esimerkiksi työpaikoilla ottaa asia puheeksi kaikkien työntekijöiden keskuudessa? Päihdeongelmaan liittyy monesti häpeää sekä päihderiippuvaisen että hänen läheistensä keskuudessa, jolloin asiasta on vaikea puhua. Päihdeongelmaa ei kehdeta myöntää kenellekään ulkopuoliselle, ja ongelman olemassaolo kielletään viimeiseen asti. Mielestäni olisi aiheellista nostaa päihdeongelma sairaudeksi muiden joukossa, jolloin häpeän leimakin saattaisi vähitellen hälvetä.

Eräs työntekijä nosti esiin sen, että hänen mielestään heidän hoitonsa heikkous on liiallinen lääkitys. Onko lääkitys liian helppo tapa hoitaa päihderiippuvaisia? Päihderiippuvaiset ovat monesti masentuneita ja ahdistuneita, jolloin heidän olotilojaan voidaan helpottaa lääkityksen avulla. Silloin asiakkaat eivät välttämättä koe tarvitsevansa yhtä paljon keskusteluapua, koska ahdistus lievittyy ja alakuloinen mieli piristyy lääkehoidon myötä. Onko tämä merkki siitä, että palvelujen saatavuus ei vastaa nykyistä tarvetta, ja siitä huolimatta palveluita karsitaan koko ajan. Tämä ongelma ei kosketa pelkästään päihdetyötä, vaan mielestäni se on koko sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita koskettava ongelma. Lääkehoitoon liittyen olen huomannut opinnäytetyötä tehdessäni, etten ole käsitellyt korvaushoitoa ollenkaan työssäni. Alussa en osannut edes ajatella asiaa, mutta tutkimustuloksia analysoidessani ymmärsin, että olen jättänyt kyseisen aihealueen käsittelemättä kokonaan. Jos tekisin työni uudestaan, kiinnittäisin huomiota myös korvaushoidon merkitykseen päihderiippuvuuden hoidossa.

Työntekijöiden vastausten pohjalta nostan seuraavat asiat esiin, jotka tukevat asiakkaan päihdeettömyyttä parhaiten. Ensimmäinen tärkeä tekijä on se, että katkaisuhoidon pääsee mahdollisimman helposti ja nopeasti. Toinen tärkeä seikka on se, että hoitojaksot olisivat tarpeeksi pitkiä, jotta asiakkaan päihderiippuvuuteen ja elämän muiden osa-alueiden ongelmiin voitaisiin paneutua mahdollisimman perusteellisesti. Kolmas tärkeä seikka on se, että asiakas pääsisi katkaisuhoidosta lähtiessään mahdollisimman nopeasti jatkohoitoon. Jos asiakas kiinnittyy heti katkaisuhoidosta lähtiessään jatkohoitoon, niin työntekijöiden mielestä se on paras asiakkaan päihdeettömyyttä tukeva tekijä. Mielestäni eräs tärkeä tekijä on se, että asiakkaille tarjotaan mahdolli-

suus ennalta ehkäisevään hoitoon. Jos asiakas kokee olevansa sellaisessa tilanteessa, että hän on retkahtamassa, niin hänellä on aina mahdollisuus palata katkaisuhuitoon, jolloin retkahdusta ei välttämättä tapahdu. Yksilöllisten keskusteluaikojen merkitys korostui sekä tekemissäni haastatteluissa että aiemmissa tutkimuksissa (Saari & Vähävihi 2001; Savolainen 2006). Sekä asiakkaat että työntekijät olivat sitä mieltä, että yksilökeskusteluilla on suuri merkitys asiakkaan hoidon kannalta. Keskustelun avulla asiakkaalla on mahdollisuus käydä läpi omaa päihderiippuvuuttaan ja siihen liittyviä ongelmia. Asiakasta voidaan tukea parhaiten keskustelun avulla, ja motivaatiota voidaan myös herätellä keskustelun kautta.

13.4 Jatkotutkimuksen tarpeet

Opinnäytetyötä tehdessäni huomasin, kuinka vähän katkaisuhoidon tuloksellisuutta on tutkittu. Ammattikorkeakoulun tasoisia opinnäytetöitä löysin jonkin verran, mutta niissä tutkittiin aihetta lähinnä työntekijän näkökulmasta. Yliopistotasoisia tutkimuksia en aiheesta juuri löytänyt. Olisi tärkeää tutkia asiakkaan näkökulmaa siitä, mikä katkaisuhoidossa tai päihdetyössä yleensä on ollut sellaista, joka on auttanut häntä päihderiippuvuudessa toipumisessa. Asiakkaiden näkökulma olisi mielestäni tärkein palveluiden kehittämisen näkökulmasta, koska he tietävät parhaiten, mikä heitä on auttanut pääsemään eroon päihteistä. En kuitenkaan osaa sanoa, kuinka pitkältä ajalta heidän päihteettömyyttään pitäisi tutkia, koska päihderiippuvainen on aina päihderiippuvainen, ja retkahdus saattaa tapahtua kymmenen päihteettömän vuoden jälkeenkin. Aihe on haastava ja mielenkiintoinen jatkotutkimuksen kohde.

14 LÄHTEET

A-klinikkasäätiön Internet-sivut. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi>. [Viitattu: 12.9.2009].

Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ali, Syed F. & Kuhar, Michael J. (edit.) 2008. Drug addiction: Research Frontiers and Treatment Advances. The New York Academy of Sciences. Vol.1139. Publisher: Blackwell Publishing on behalf of the New York Academy of Sciences, Boston, Massachusetts.

Dahl, P. & Hirschovits, T. 2002. Tästä on kyse-Tietoa päihteistä. 4. uudistettu painos. Helsinki: Hakapaino Oy.

Engström, O. 2007. Artikkelit: Psykykenlääkkeiden väärinkäyttö on yleistä. Stop huumeille ry:n lehti 1. 10–11. Helsinki: Mexan Pohjoinen Oy.

Havio, M., Inkinen, M. ja Partanen, A. (toim.) 2008. Päihdehoitotyö. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Tammi.

Heiskanen, S. 2009. Katkaisuhoidopotilaan voimavarojen tukeminen sairaanhoitajan kuvaamana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Hirsjärvi, S., Remes, P. ja Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. ja Agge, E. (toim.) 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoitaja tekee mielenterveys- ja päihdetyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Karlsson, T. (toim.) 2009. Suomen alkoholiolot 2000-luvun alussa. Kulutus, haitat ja politiikka. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Saatavissa: <http://www.thl.fi>.

Kaukonen, O. & Halmeaho, M. 1996. Asiakkaasta potilaaksi? Tapaustutkimus katkaisuhuoltoaseman lakkauttamisen vaikutuksista läntisellä Uudellamaalla 1995. Stakes, raportteja 203. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Koski-Jännes, A. 1999. Artikkelit: Miten tutkimus voi hyödyttää hoitoa? *Tiimi-lehti* 5/1999. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi>. [Viitattu: 26.9.2009].

Laitinen, K. & Mäkelä, R. 2003. Katkaisuhuolto. Teoksessa: *Päihdelääketiede*. Toim. Salaspuro, M., Kiiänmaa, K. ja Seppä, K. 203–211.

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M. ja Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Launonen, P. 2008. Artikkelit: Haitoista eroon rahoitusta ja asenteita muuttamalla. *Promo 54-lehti* 4. 20. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus ry (Tekry).

Levänen, K. 2006. Päihdetyötä tekevän sairaanhoitajan toivo – ”Koskaan ei tiedä, mistä se kipinä lähtee.” Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Mäkelä, M., Nieminen, J. ja Törmä, S. 2005. Päihdepalvelujen kehittämishanke. Hoito- ja palvelujärjestelmän kynnykset päihdeongelmaisten kannalta. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Raportti 31.1.2005.

Mäkelä, P. 1999. Alkoholiin liittyvät kuolemat. Yleisyys ja yhteys sukupuoleen ja sosioekonomiseen asemaan. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Saari, S. & Vähävihi, T. 2001. Kouvolan Kuntoutuskeskuksen asiakkaiden kokemuksia saamastaan hoidosta. Kymenlaakson Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Savolainen, M. 2006. Asiakkaasta arvioijaksi-arvioiva laadullinen tutkimus katkaisuhoidosta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos, hoitotyön johtamisen koulutus. Opinnäytetutkielma.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes 2007. Ehkäisy ja hoito. Laadukkaan päihdetyön kokonaisuus. Paintek 2007.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes 2008. Päihdetilastollinen vuosikirja 2008. Alkoholi ja huumeet. Saatavissa: <http://www.stakes.fi>. [Viitattu: 2.9.2009].

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Päihdepalvelujen laatusuositukset. Helsinki: Edita Prima Oy.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Internet-sivut. Saatavissa: <http://www.neuvoa.antavat.stakes.fi>. [Viitattu: 2.9.2009].

Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. ja Annala, T. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY.

Taru Lillberg

ANOMUS

6.4.2009

Kehittämiskoordinaattori

Tanja Kauppinen

TUTKIMUSLUPA

Opinnot

Opiskelen Kymenlaakson Ammattikorkeakoulussa Kuusankosken toimipisteessä sosiaalialan koulutusohjelmassa. Aikomukseni on valmistua joulukuussa 2009 sosionomi AMK:ksi. Suuntaudun opinnoissani sosiaalisen kuntoutukseen.

Opinnäytetyö

Teen opintoihini kuuluvan opinnäytetyön Kymen A-klinikkatoimelle, ja työelämän edustajani on Jari Peltola. Tutkin Kotkan, Kouvolan ja Lahden laitostarkkaisuhoitoyksiköiden toimintakäytäntöjä. Tarkoitukseni on saada ajatuksia toiminnan kehittämiseksi.

Työn tarkoitus

Haluaisin selvittää tutkimuksellani tarkkaisuhoitoyksiköiden henkilökunnan mielipiteitä heidän yksikkönsä toimintakäytäntöjen toimivuudesta. Minkälaisien asioiden he kokevat olevan toimivia heidän toiminnassaan. Työntekijöiden näkemys tarkkaisuhoito mallin toimivuudesta on tärkeä toiminnan kehittämisen näkökulmasta. En aio keskittyä asiakkaiden näkökulmaan, vaan työntekijöiden näkemyksiin hoidon toimivuudesta.

Aineistonkeruulupa

Anon lupaa haastatella työntekijöitä Kotkassa, Kouvolassa ja Lahdessa, saadakseni aineistoa opinnäytetyötäni varten. Koska aikomukseni on tehdä laadullista tutkimusta, kolmen työntekijän haastattelu/yksikkö riittää. Haastattelut ajoittuvat keväälle 2009. Tarkemmasta aikataulusta sovin myöhemmin.

Tulen noudattamaan vaitiolovelvollisuutta tutkimusta tehdessäni.

Ystävällisesti, Taru Lillberg

TEEMAHAASTATTELU; LAITOSKATKAISUHOIDON TOIMINTAKÄYTÄNNÖT PITKÄMÄEN KUNTOUTUSYKSIKÖSSÄ LAHDESSA/KOUVOLAN KATKAISUHOITOASEMALLA/KYMEN A-KLINIKKATOIMEN KATKAISUHOITOASEMALLA KOTKASSA

TYÖNTEKIJÄT

Taustatiedot:

Mies/Nainen

Haastateltavan nro

Mikä on ammattinimikkeesi/koulutuksesi?

Kauan olet työskennellyt yksikössä?

Tutkimusongelma 1: MITEN PÄIHDEPALVELUJEN LAATUSUOSITUSTEN MUKAINEN ESTEETTÖMYYDEN PERIAATE TOTEUTUU/ILMENEET KATKAISUHOITOYKSIKÖSSÄ?

(teema-alue 1): Hoitoon ohjaus ja esteettömyyden periaate päihdepalveluissa

- Mitä päihdepalvelujen laatusuosituksen mukainen esteettömyys mielestäsi tarkoittaa?
- Mitkä asiat yksikössä täyttävät esteettömyyden periaatteelle asetetut kriteerit?
- Esimerkiksi: Päivystyspalvelujen järjestäminen virka-ajan ulkopuolella
- Palvelujen saannin turvaaminen kiireellisissä tapauksissa välittömästi
- Hoitoon pääsy kriisitilanteessa ilman ajanvarausta, myös erityispalveluissa
- Katkaisu- ja vieroitushoitoon pääsy välittömästi

- Sellaisten palvelujen järjestäminen, joihin voi hakeutua päihtyneenä
- Palvelujen saatavuus lähellä asuinpaikkaa
- Selkeä työnjako päihdepalveluissa sekä esimerkiksi mielenterveyspalvelujen kanssa

Tutkimusongelma 2: MITEN LAITOSKATKAISUHOITO TOTEUTETAAN PITKÄMÄEN KUNTOUTUSYKSIKÖSSÄ LAHDESSA/KOUVOLAN KATKAISUHOITOASEMALLA/KYMEN A-KLINIKKATOIMEN KATKAISUHOITOASEMALLA KOTKASSA?

(teema-alue 2): Hoidon toteutus

- Miten asiakas ohjautuu hoitoon, kuka on lähettävä taho? Tarvitaanko lähete?
- Miten hoito suunnitellaan?
- Minkälaisia hoitomallia yksikössänne toteutetaan?
- Miten hoidossa huomioidaan asiakas kokonaisvaltaisesti niin, että sosiaalinen, psyykinen ja fyysinen riippuvuus hoidetaan?
- Kuinka kauan hoitajakso kestää keskimäärin?
- Mikä on lääkärin rooli katkaisuhoidossa?
- Miten vieroitus toteutetaan yksikössä?
- Miten päihteiden käyttöhistoria huomioidaan hoidossa? Vertaa esimerkiksi huumeet ja alkoholi.

Tutkimusongelma 3: MIKÄ ON KATKAISUHOIDON VAIKUTUS KATKAISUHOIDON JÄLKEISEEN PÄIHTEIDEN KÄYTTÖÖN?

(teema-alue 3) Asiakkaan päihteidenkäyttö katkaisuhoidon jälkeen

- Kuinka yleistä on, että asiakas on lopettanut päihteidenkäytön kokonaan, tai pystyy hallitsemaan päihteidenkäyttöään, oltuaan yhden kerran katkaisuhoidossa?
- Kuinka yleistä on, että asiakas palaa uudestaan katkaisuhoidon ensimmäisen hoitokerran jälkeen?

(teema-alue 4) Jatkohoidon suunnittelu ja katkaisuhoidon mallit

- Millainen katkaisuhoidon malli ehkäisee tehokkaasti päihdeongelmia?
- Onko sinulla tietoa sellaisista katkaisuhoidon malleista, jotka eivät ole tehokkaita ehkäisevässä mielessä?
- Miten toimit, jos huomaat katkaisuhoidon aikana, että asiakkaalla olisi tarvetta jatkohoitoon?
- Kuvaile asiakkaan mahdollisuuksia päästä jatkohoitoon, jos huomaat tarvetta sille katkaisuhoidon aikana, tai sen päättyessä?

Tutkimusongelma 4 (teema-alue 5): MITÄ VAHVUUKSIA KATKAISUHOITOYKSIKÖN TOIMINNASSA ON KATKAISUN JÄLKEISEN PÄIHTEIDENKÄYTÖN EHKÄISYN NÄKÖKULMASTA?

- Mitkä asiat teidän yksikössänne tukevat asiakkaan päihteettömyyttä katkaisuhoidon jälkeen?

Tutkimusongelma 5 (teema-alue 6): MITÄ HEIKKOUKSIA KATKAISUHOITOYKSIKÖN TOIMINNASSA ON KATKAISUN JÄLKEISEN PÄIHTEIDENKÄYTÖN EHKÄISYN NÄKÖKULMASTA?

- Mitkä asiat teidän yksikössänne estävät/haittaavat asiakkaan päihteettömyyttä katkaisuhoidon jälkeen?

OPISKELIJA

Nimi	Opiskelijanumero
Taru Lillberg	0601189
Sähköposti	Puhelinnumero
taru-lillberg@hotmail.com	050-3794950
Osoite	
Työmiehenkatu 2 as 1, 48100 Kotka	
Toimipiste ja koulutusohjelma	
Kuusankoski, sosiaali-alan ko.	
Suuntautumisvaihtoehto ja ryhmätunnus	
Sosiaalinen kuntoutus, 50065	

TOIMEKSIANTAJA

Toimeksiantaja yritys/yhteisö	
Kymen A-klinikkatoimi	
Yrityksen/yhteisön yhteyshenkilö	Puhelinnumero
Jari Peltola	05-2234400
Osoite	
Torvalantie 2, 48700 Kotka	
Sähköposti	
jari.peltola@aklinikka.fi	

OPINNÄYTETYÖN HANKKEISTUS

- Toimeksiantaja maksaa opinnäytetyöstä opiskelijalle tai ammattikorkeakoululle korvauksen, josta on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista
- Opinnäytetyöllä on toimeksiantaja puolelta nimetty ohjaaja ennen opinnäytetyön aloittamista.
- Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia toiminnassaan

OPINNÄYTETYÖN OHJAUS

Ohjaava(t) opettaja(t)
Tuomo Paakkonen, Minna Veistilä
Sähköposti
Yrityksen/yhteisön ohjaaja(t)
Sähköposti

OPINNÄYTETYÖ




Opinnäytetyön aihe (max. 150 merkkiä) Katko katkolle-hanke. Vertailen Kotkan Kouvolan ja Lahden laitoskatkaisuhoidon toimintakäytäntöjä ja niiden toimivuutta.	
Kehittämisen- tai tutkimustavoite ja tulos	Tiivistysti (max. 300 merkkiä) Jos teksti rullautuu yli näkyvän kentän, osa tekstistä jää tulostettaessa piiloon Tarvittavana selvittää toimivien sisäntulomallien laitoskatkaisuhoidon Kotkan, Kouvolaan ja Lahden seudulla.
Keskeiset menetelmät	Tiivistysti (max. 300 merkkiä) Jos teksti rullautuu yli näkyvän kentän, osa tekstistä jää tulostettaessa piiloon Työntekijöiden teemahaastattelut.
Opinnäytetyön aloitus 09/2008	Opinnäytetyön luovutus toimeksiantajalle
Opinnäytetyö täyttää Tilastokeskuksen T & K -määritelmän *) <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

<p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön tavanomaiseen ohjaukseen.</p> <p>Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.</p> <p>Oikeudet tuloksiin ja muuhun opinnäytetyöhön liittyvään aineistoon, laitteisiin ja sovelluksiin Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle.</p> <p>Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen ainoastaan sopimalla niistä erikseen opinnäytetyöntekijän kanssa.</p> <p>Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p> <p>Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen.</p>	<p>Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön osia voidaan julkaista myös Internetissä sopimalla niistä erikseen.</p> <p>Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opinnäytetyön ohjaaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. aineistojen hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Kymenlaakson ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p>
--	---

Olemme yhteisesti sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta yllä sovitulla tavalla.

ALLEKIRJOITUKSET

Paikka ja aika 6.5.2009	Toimeksiantajan edustaja 
Paikka ja aika 6.5.2009	Opiskelija 
Paikka ja aika 6.5.2009	Ohjaava opettaja 

Tämä sopimus on kirjoitettu kolmena kappaleena, yksi toimeksiantajayritykselle, toinen opiskelijalle ja kolmas opintotoimistoon rekisteröintiä varten.



Lillberg Taru

Liite 4

TUTKIMUSLUPA

Opinnäytetyön *Katko Katkolle -hanke. Toimivat laitoskatkaisukäytännöt Kotkan, Kouvolan ja Lahden seudulla*, jonka lupa-anomus ja tutkimussuunnitelma on toimitettu A-klinikkasäätiön 8.4.2009, toteuttamiselle Kymen, Kouvolan ja Lahden A-klinikkatoimissa myönnetään tutkimuslupa. Tutkimusta ovat puoltaneet aluejohtajat Heli Lahtinen, Timo Väisänen ja Aarto Halen.

Hankkeen toteuttamisessa tulee noudattaa A-klinikkasäätiön hoito- ja tutkimuseettisen toimikunnan sekä kehittämissyksikön yleisiä tutkimuseettisiä ohjeita ja hyviä tutkimuskäytäntöjä.

Vastaavan tutkijan tulee huolehtia siitä, että kaikilla tutkimuksen toteuttamiseen osallistuvilla henkilöillä on riittävä vaitiolositoumus. A-klinikkasäätiön vaitiolositoumuslomakkeita saa keskuustoimistosta.

Tutkittaville asiakkaille on korostettava, että heillä on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta tai keskeyttää osallistumisensa ilman erillisiä perusteluja. Tutkimus on täysin vapaaehtoinen, eikä kieltäytyminen vaikuta asiakkaan oikeuteen saada hoitoa tai muita tarvitsemaan palveluja.

Lupa myönnetään ja kohdennetaan viitaten esitettyyn hankesuunnitelmaan. Suunnitelman muuttuessa sisällöllisesti tai toteutustavaltaan tutkijan tulee hankkia uusi lupa.

Luvan myöntäjällä on oikeus tarvittaessa tarkistaa myöntämänsä lupaa tai keskeyttää hanke, jos se ei vastaa sitä mihin lupa on myönnetty.

A-klinikkasäätiön kehittämissyksikkö on valmis antamaan ohjausta ja neuvontaa hankkeen toteuttamiseksi.

Hankkeen päätyttyä tutkijan tulee toimittaa A-klinikkasäätiön keskuustoimistoon tutkimusraportti sekä päivittää tutkimuksen tulokset hanketietokantaan.

Helsingissä 28.4.2009

Lasse Murto
prof., toimitusjohtaja

Ari Saarto
kehittämissjohtaja
hoito- ja tutkimuseettisen toimikunnan
sihteeri

LIITTEET Vaitiolositoumuksia (2) kpl

TIEDOKSI A-klinikkasäätiön hanketietokanta
Kymen A-klinikkatoimi
Kouvolan A-klinikkatoimi
Lahden A-klinikkatoimi

Liite 5

VAITIOLOSITOUMUS

Sitoudun olemaan vaiti salassa pidettävien asiakirjojen sisällöstä (laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812 14§, laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 13§) sekä muistakin tehtävissäni A-klinikkasäätiössä tietooni saamista seikoista, joista on lailla säädetty vaitiolovelvollisuus (laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812 15§, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559 17§).

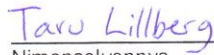
Tämä sitoumus on tehty kahtena kappaleena, joista toinen jää sitoumuksen antajalle ja toinen A-klinikkasäätiön kehittämissyksikön hankerekisteriin.



 Sitoumuksen antajan allekirjoitus



 Sitoumuksen vastaanottajan (A-klinikkasäätiö) allekirjoitus



 Nimenselvennys



 Nimenselvennys



 Päiväys



 Päiväys

Käännä