



# Psykososiaalisen hoidon tilanne huumehoidossa ammattilaisten näkökulmasta

Janita Maijanen

OPINNÄYTETYÖ  
Marraskuu 2020

Sosiaalialan ylempi tutkinto-ohjelma

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sosiaalialan ylempi tutkinto-ohjelma

MAIJANEN, JANITA:

Psykososiaalisen hoidon tilanne huumehoidossa ammattilaisten näkökulmasta

Opinnäytetyö 98 sivua, joista liitteitä 9 sivua  
Marraskuu 2020

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia, mitä huumehoidossa työskentelevät sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset ajattelevat, että psykososiaalisen huumehoidon tulisi pitää sisällään, mikä merkitys psykososiaalisella hoidolla on ja miten sitä tulisi kehittää. Tavoitteena oli tehdä näkyväksi, mitä ammattilaiset ajattelevat psykososiaalisen huumehoidon sisällöistä ja menetelmistä, sen merkityksestä ja kehittämistarpeista. Tavoitteena oli lisäksi tuottaa huumehoidon ammattilaisten näkemyksistä tietoa, jota voidaan hyödyntää päätöksenteossa. Opinnäytetyö oli kvalitatiivinen tutkimus, ja se toteutettiin käyttämällä verkkokyselylomaketta. Kyselylomakkeessa oli sekä avoimia että monivalintakysymyksiä. Opinnäytetyö toteutettiin lähettämällä verkkokyselylomake A-klinikkasäätiön koordinoiman Nopean huume-tiedon verkosto Nopsan sähköpostilistalle. Sähköpostilistalle kuuluu yli 300 huumehoidon ammattilaista eri puolilla Suomea.

Tutkimuksesta oli nähtävissä, että psykososiaalisen hoidon tilanteessa on Suomessa kehitettävää. Kyselyyn vastasi 23 huumehoidon ammattilaista erilaisilla taustoilla. Vastaajat kokivat, että psykososiaalisen hoidon merkitys huumehoidossa on erittäin merkittävä, ja että kehitettävää on muun muassa johdon ymmärryksessä psykososiaalista hoitoa kohtaan, ammattilaisten kouluttamisessa, resurssien lisäämisessä ja yhteisöllisyyden lisäämisessä. Huoli medikalisaatiosta psykososiaalisen hoidon syrjäyttäjänä nousee esille vastauksista.

Keskeisimmät yleiseen tasoon liittyvät kehittämis ehdotukset olivat, että ihminen tulisi huomioida kokonaisvaltaisesti palveluissa ja eri palveluiden ja viranomaisien välillä tulisi olla joustavaa yhteistyötä sekä psykososiaaliselle hoidolle tulisi saada valtakunnallisen tason linjaukset, kuitenkin riittävän väljin sisällöin. Lisäksi yleisellä tasolla johdon ymmärrystä voitaisiin lisätä keräämällä systemaattista asiakaspalautetta psykososiaaliseseen hoitoon liittyen. Asiakastyöhön liittyvät keskeisimmät kehittämis ehdotukset olivat, että asiakkaan motivoinnin, asiakkaan sitouttamisen ja luottamuksen rakentamisen tulee olla palveluiden keskiössä, yhteisöllisyyden lisääminen huumehoidon palveluissa ja erityisesti opioidikorvaushoidossa keskittyminen psykososiaalisen hoidon tarjoamiseen ja resurssointiin.

---

Asiasanat: psykososiaalinen hoito, huumehoito

## **ABSTRACT**

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

MAIJANEN, JANITA:

Psychosocial Care Situation in Drug Treatment from Professionals' Point of View

Master's thesis 98 pages, appendices 9 pages  
November 2020

---

The purpose was to study what professionals in drug treatment think about the psychosocial care situation. The aims were to find out professionals' view on psychosocial care in drug treatment, what the meaning of psychosocial care is and how it should be developed.

The thesis was executed in cooperation with A-Clinic Foundation and its quick drug information network called Nopsa. The data were collected through e-questionnaire which was sent to the network's e-mail list. The list contains almost 350 professionals all over Finland who work with drug abusers. On e-questionnaire there were open questions and multiple-choice questions. Twenty-three people responded to the questionnaire.

The results showed that the situation of psychosocial care is challenging. Especially psychosocial care in opioid replacement therapy needs developing. The respondents also brought up that community work should be brought back in drug treatment.

Institutional problems came up in the respondents' answers. More flexible coworking between agencies could be one solution. Psychosocial care should be aligned at national level. Furthermore administrations understanding in psychosocial care could be increased by collecting customer feedback systematically. Future studies could be about the professionals' and/or clients' experiences of psychosocial care methods and their impact on clients.

---

Key words: psychosocial care, drug treatment

## SISÄLLYS

|   |   |    |
|---|---|----|
| 1 | JOHDANTO .....  | 6  |
| 2 | TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS .....                                     | 8  |
|   | 2.1 Huumeiden käytön ja huumehoidon tilanne Suomessa .....          | 8  |
|   | 2.2 Suomen huumestrategia ennen, nyt ja tulevaisuudessa .....       | 11 |
|   | 2.3 Huumehoidon Käypä hoito -suositus.....                          | 12 |
|   | 2.4 Nopean huume-tiedon verkosto Nopsa .....                        | 13 |
| 3 | OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....        | 15 |
| 4 | TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....                                      | 16 |
|   | 4.1 Psykososiaalinen hoito yleisesti huumehoidossa .....            | 16 |
|   | 4.2 Psykososiaalinen hoito opioidikorvaushoidossa .....             | 17 |
|   | 4.3 Laitos- ja avohoito psykososiaalisena huumehoitona .....        | 18 |
|   | 4.4 Päihdetapauslaskennat ja psykososiaalisen hoidon tulevaisuus .. | 22 |
|   | 4.5 Yhteenveto.....   | 24 |
| 5 | MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTUS .....                       | 26 |
|   | 5.1 Kvalitatiivinen tutkimus.....                                   | 26 |
|   | 5.2 Aineistonkeruu .....  | 27 |
|   | 5.3 E-lomakkeen rakenne .....                                       | 31 |
|   | 5.4 Aineiston analyysi .....  | 33 |
| 6 | TULOKSET .....  | 36 |
|   | 6.1 Vastaajien taustamuuttujat.....                                 | 36 |
|   | 6.2 Psykososiaalisen hoidon sisällöt ja menetelmät.....             | 39 |
|   | 6.3 Psykososiaalisen hoidon merkitys.....                           | 46 |
|   | 6.4 Psykososiaalisen hoidon kehittäminen.....                       | 52 |
| 7 | JOHTOPÄÄTÖKSET .....  | 61 |
|   | 7.1 Hoidon saavutettavuus ja tarpeenmukaisuus.....                  | 63 |
|   | 7.2 Psykososiaalinen hoito keskeisenä huumehoidon osa-alueena ..    | 68 |
|   | 7.3 Psykososiaalisen hoidon joustavuuden lisääminen.....            | 71 |
| 8 | POHDINTA .....  | 77 |
|   | 8.1 Kehittämisehdotukset.....                                       | 77 |
|   | 8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....                      | 83 |
|   | 8.3 Jatkotutkimusehdotukset.....                                    | 85 |
|   | 8.4 Lopuksi.....  | 85 |
|   | LÄHTEET.....  | 87 |
|   | LIITTEET .....  | 90 |
|   | Liite 1. Kyselylomake ja lomakkeen saatekirje .....                 | 90 |

|  |    |
|--|----|
| Liite 2. Kyselylomakkeen lähetyksen saatesähköposti..... | 97 |
| Liite 3. Aineiston luokittelun taulukointi .....         | 98 |

## 1 JOHDANTO

Psykososiaalinen hoito määritellään huumehoidon Käypä hoito -suosituksessa osaksi huumehoitoa, ja suosituksessa kuvataan erilaisia psykososiaalisen hoidon menetelmiä (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018). Päihdepalveluiden saatavuus on osoittautunut asiakkaille haastavaksi, ja vain noin kolmasosan niitä tarvitsevista arvioidaan palveluita saavan (Pehkonen, Kekoni & Kuusisto 2019, 15). Laitoskuntoutusjaksojen määrä on viime vuosina ollut huumehoidossa laskussa (Perälä 2019). Ammatillaiset, päihteitä käyttävät sekä heidän läheisensä ovat tuoneet esiin palveluiden vahvistamisen tarpeen. Työntekijöiden mahdollisuudet tarjota tarkoituksenmukaista hoitoa asiakkaille ovat viime vuosina heikentyneet, koska tarve ja resurssit eivät päihdepalveluissa kohtaa. (Pehkonen, Kekoni & Kuusisto 2019, 10.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, että mitä ammatillaiset ajattelevat, mikä psykososiaalisen hoidon tilanne on huumehoidossa ja mitä sen sisältöjen ja menetelmien tulisi olla, mikä on psykososiaalisen hoidon merkitys ja miten sitä tulisi kehittää. Kiinnostus aiheeseen on noussut oman työurani sekä tekemäni vapaaehtoistyön kautta. Olen työskennellyt järjestökentällä matalan kynnyksen palveluissa ja tehnyt vapaaehtoistyötä huumeita käyttävien ja heidän läheistensä kanssa, ja tälläkin hetkellä työskentelen heidän kanssaan. Ammatillisten näkökulmia tässä opinnäytetyössä selvitettiin verkkokyselyllä käyttämällä A-klinikkasäätiön viestinnän ja Verkko-Vinkki-hankkeen koordinoiman Nopsa-verkoston sähköpostilistaa. Nopsa on nopean huume-tiedon verkosto, joka koostuu ammatillisista, viranomaisista sekä kokemusasiantuntijoista (A-klinikkasäätiö 2020).

Opinnäytetyö alkaa toimintaympäristön kuvauksella, jossa kuvataan huumeiden käytön ja huumehoidon tilannetta Suomessa, Suomen huume-strategiaa sekä esitellään Nopsa-verkosto. Kolmannessa kappaleessa esitellään opinnäytetyön tarkoitus, tavoite sekä tutkimuskysymykset. Neljännessä kappaleessa käsitellään teoreettisia ja viidennessä menetelmällisiä lähtökohtia. Kuudennessa kappaleessa käsitellään opinnäytetyön tuloksia aihealueittain tilastollisin jakaumin ja sisällönanalyysin avulla. Tulososioon sisältyy aineiston pelkistäminen. Seitsemäs

kappale käsittelee johtopäätöksiä, jossa aineisto on luokiteltu tulososion pelkistysten perusteella. Johtopäätösosiossa on eritelty aineiston luokittelu tutkimuskysymyksittäin, ja opinnäytetyön tuloksia verrataan aiempaan tutkimustietoon. Viimeinen ja kahdeksas kappale on pohdinta, jossa syvennyttään vielä laajemmin pohtimaan opinnäytetyön tuloksia ja esitetään kehittämissuhteita sekä jatko-tutkimusehdotukset. Lisäksi pohdinnassa käsitellään opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.

## 2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Psykososiaalisen hoidon sisältöä ei ole valtakunnallisella tasolla määritetty. Päihdehuoltolaissa psykososiaalista hoitoa ei erikseen mainita, vaan laki velvoittaa kunnan järjestämään riittävä ja asiallinen hoito (Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41). Suomen huumausainestrategia on vuodelta 1997, ja vuosien varrella strategiaa ovat täsmentäneet Valtionneuvoston periaatepäätökset 1999-2000, 2001-2003, 2004-2007, 2008-2011, 2012-2015 ja 2016-2019 (Räsänen 2019). Esimerkiksi uusimmasta Valtioneuvoston periaatepäätöksestä huumausainepolitiikasta 2016-2019 ei löydy erillistä mainintaa psykososiaalisesta hoidosta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016). Uutta Päihde- ja riippuvuusstrategiaa ollaan luomassa (Päihdeasiamies.fi, n.d.). Käypä hoito -suositukset huumehoidosta on olemassa ja se sisältää suositukset myös psykososiaalisesta hoidosta (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018).

### 2.1 Huumeiden käytön ja huumehoidon tilanne Suomessa

Vuonna 2018 on Suomessa tehty viimeisin väestökysely liittyen kannabiksen kokeiluun, ja tuolloin joskus elämänsä aikana kannabista on kokeillut 24 prosenttia 15–69-vuotiaista vastaajista ja 24–35-vuotiaista 45% vastasi käyttäneensä jotain laitonta huumetta jossain vaiheessa elämäänsä. Saman väestökyselyn mukaan seitsemän prosenttia 15–69-vuotiaista on joskus elämässään käyttänyt lääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen. Vuonna 2019 tehdyn valtakunnallisen kouluterveyskyselyn mukaan ainakin kerran elämässään laittomia huumeita on kokeillut yhdeksän prosenttia 8. ja 9. luokan peruskoululaisista, lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista 14 prosenttia ja ammatillisten oppilaitosten saman vuoden opiskelijoista 20 prosenttia. (THL 2020.)

Väestöön suhteutettuna vuoden 2017 rekisteriaineiston perusteella tehdyn arvion mukaan huumeita käyttää ongelmallisesti 0,9-1,3% 15–64-vuotiaista suomalaisista. Vuonna 2018 päihdehuollon huumeasiakkaiden koulutustaso oli matala ja joka kymmenes asiakkaista oli asunnoton, ja asiakkaiden keski-ikä oli 34 vuotta. 84% huumehoidon asiakkaista oli vuonna 2018 ollut jo aiemmin päihdehoidossa,



79% ilmoitti käyttävänsä huumeita myös pistämällä ja sekakäyttöä, eli ainakin kolme ongelmapäihdettä, oli 51 prosentilla. (THL 2020.)

Vuonna 2018 huumehoidon asiakkaista 39 prosenttia hakeutui hoitoon ensisijaisesti opioidien käytön takia, 19 prosenttia ensisijaisesti stimulanttien, 18 prosenttia kannabiksen ja 10 prosenttia rauhoittavien lääkkeiden takia. Opioidikorvaushoidossa on arvioitu vuonna 2015 olevan noin 3300 henkilöä. Huumausainerikoksia tehtiin vuonna 2018 noin 29 100, ja määrä on ollut kasvussa vuodesta 2014 lähtien. (THL 2020.) Vuonna 1995 huumausainerikoksista annettiin 3 252 tuomiota (Suomen huumestrategia 1997 2013, 11).

Vuonna 1995 huumekuolemia oli 76 (Suomen huumestrategia 1997, 10). Karjalainen (2019) totesi Huumestrategia – avoin keskustelutilaisuus -seminaarin puheenvuorossaan, että huumekuolemat laskivat vuonna 2015 ja sen jälkeen ne ovat lähteneet nousuun. Vuonna 2018 huumekuolemia oli 261, joista suurin osa olivat tapaturmaisia moniainemyrkytyksiä, ja muita kuolemansyitä ovat huumeiden pitkäaikaiskäyttö, itsemurhat ja tahallisuuden epäselvyys. Suomessa, kuten muissakin Pohjoismaissa, huumekuolleisuus on korkeampaa kuin muualla Euroopassa. Vuonna 2018 olivat eniten lisääntyneet edellisiin vuosiin verrattuna 20–29-vuotiaiden kuolemat. (Tilastokeskus 2019.) Rönkä ja Niemelä (2020) toteavat, että huumekuolemien ehkäisyyn on olemassa keinoja, kuten opioidikorvaushoidon hoitoon pääsyn kynnyksen madaltaminen, naloksonin jakaminen lyhytvaikutteisten opioidien käyttäjille sekä aiempien yliannostusten kokeneiden henkilöiden hoitoonohjauksen kehittäminen.

Huumausaineista riippuvaisia henkilöitä hoidetaan Suomessa perusterveydenhuollossa, erityispalveluissa ja sosiaalitoimessa. Päihdehuollon erityispalvelut ovat muun muassa selviämis- ja katkaisuhuoltoasemia, A-klinikoita, nuorisoasemia, päihdekliniikoita, sosiaali- ja terveysneuvontapisteitä, päiväkeskuksia, ensisuoja ja kuntoutuslaitoksia. (Huumeongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Käytän huumehoidon palveluiden esimerkkeinä Helsinkiä, Lappeenrantaa ja Oulua. Valikoidut kaupungit on valittu sillä perusteella, että ne ovat suuria tai keskisuuria kaupunkeja eri puolilla Suomea. Taulukkoon 1 on koottu kunkin kaupungin avo- ja laitoshoidon palvelut huumeita käyttäville henkilöille palvelujärjestelmän hahmottamisen kannalta. Taulukossa ei ole lueteltu päihteiden käyttäjille

suunnattuja asumispalveluita tai päivätoimintakeskuksia. Taulukosta on jätetty pois myös järjestöjen tarjoamat tukitoimet järjestökentän laajuuden vuoksi.

TAULUKKO 1. Huumehoidon avo- ja laitospalvelut eri kaupungeissa (Tukikohta n.d.; Eksote n.d.; Oulun kaupunki n.d.)

| Helsinki   | Lappeenranta   | Oulu   |
|--|--|--|
| Terveys- ja sosiaali-neuvontapisteet suomensäisiä huumeita käyttäville, palveluntuottajina Helsingin kaupunki ja Helsingin Diakonissalaitos (Tukikohta n.d.) | Terveysneuvonta- ja neulanvaihtopiste Neupis (Eksote n.d.) | Terveysneuvontapiste Oulun vinkki (Oulun kaupunki n.d.)  |
| Helsingin kaupungin päihdepoliiklinikat, yksilöasiakkuuksia ja ryhmiä (Tukikohta n.d.)   | Päihdekliniikka (Eksote n.d.)                              | Avopäihdepalvelut, hakeutuminen yhteisen päivystysvastaston kautta, koontuu myös avoin ryhmä (Oulun kaupunki n.d.) |
| Nuorisoasema, matalan kynnyksen palveluita 13-23-vuotiaille ja heidän läheisilleen (Tukikohta n.d.)  |  |  |
| Opioidikorvaushoidon arviointipoliiklinikka (Tukikohta n.d.)   | Mielenterveys- ja päihdepäivystys (Eksote n.d.)            | Opioidikorvaushoitopoliiklinikat (Oulun kaupunki n.d.)   |
| Huume- ja lääkevieroitus avohoidossa (Tukikohta n.d.)  |  | Avokuntoutus (Oulun kaupunki n.d.)   |
| Laakson ja Auroran vieroitushoito-osastot (Tukikohta n.d.)   | Päihdekuntoutumisyksikkö (Eksote n.d.)                     | Laitoshoito (Oulun kaupunki n.d.)  |
| Päihdehuollon jälkikuntoutus (Tukikohta n.d.)  |  |  |

Tässä opinnäytetyössä keskitytään psykososiaaliseen hoitoon osana huumehoitoa. Opinnäytetyön kohderyhmää ovat taulukossa 1 esiintyvissä palveluissa työskentelevien ammattilaisten lisäksi myös muun muassa jalkautuvan tai etsivän

työn ja asumispalveluyksiköiden työntekijät tai kuka tahansa huumeita käyttävien henkilöiden kanssa työskentelevä ammattilainen.

## 2.2 Suomen huumestrategia ennen, nyt ja tulevaisuudessa

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 28.2.1996 Huumausainepoliittisen toimikunnan, jonka tehtäväksi annettiin laatia ehdotus kansalliseksi huumausainehjelmaksi, ja työn tuli valmistua 31.3.1997. Toimikunnalle määriteltiin seitsemän tehtävää, joita olivat mm. ”arvioida huumausaineiden käytön ja siihen liittyvien sosiaalisten ja terveydellisten haittojen laajuus sekä huumausaineiden tarjonnan ja kysynnän sekä huumausaineisiin liittyvän rikollisuuden kehitys” ja ”laatia toimenpideohjelma huumausaineiden leviämisen ja käytön ehkäisemiseksi”. Toimikunta kokoontui 22 kertaa, ja se kuuli huumausainetyötä tekeviä asiantuntijoita ja järjestöjä. (Suomen huumestrategia 1997 2013, 2, 3.) 1990-luvulla huumeiden käyttö lisääntyi Suomessa niin merkittävästi, että ajanjaksosta on puhuttu ”Suomen toisena huumeaaltona”. Ensimmäinen aalto oli 60- ja 70-lukujen taitteessa. (Nuorvala, Metso, Kaukonen & Haavisto 2004, 608.)

Toimikunnan asettamisen taustalla oli, että huumeiden vastainen strategia Suomessa oli 1990-luvulle mennessä muodostunut kansainvälisten sitoumusten, lainsäädännön, julkisen hallinnon kehityksen ja kansalaisaktiivisuuden pohjalta, ja strategia on syntynyt käytännön tarpeista. Tuolloin koettiin, että tällä tavalla ei ole syntynyt tarvittavan selkeää, ”eri osapuolten toimintaa koordinoivaa ja ulospäin näkyvää yhteistä huumestrategiaa”. Toimikunnan tuottama ehdotus oli avaus kohti entistä systemaattisempaa suomalaista huume politiikkaa, kuitenkin niin, että strategia antaa yhteisen perspektiivin eikä ehdotonta yhdenmukaisuutta. (Suomen huumestrategia 1997 2013, 6, 7.) Hakkaraisen ja Tigerstedtin (2005, 150) mukaan Suomen huumestrategia 1997:n ja sen jälkeisten Valtioneuvoston periaatepäätösten myötävaikutuksena huumeita käyttävien ihmisten hoito alettiin nähdä tärkeänä käytön ehkäisyn ja valvonnan rinnalla.

Suomen huumestrategia 1997:ssä (2013) todetaan, että käytetyin laitton päihde on tuolloin ollut kannabis, ja suonensisäisten huumeiden käyttö on ollut melko marginaalista, mutta lisääntynyt nuorten keskuudessa. Huumeiden ja lääkkeiden

ei-lääkinnälliseen käyttöön liittyvät kokeilut ovat lisääntyneet ja varhaistuneet 1990-luvun aikana. Terapeuttinen yhteisöhoito sekä psykososiaalinen kuntoutus yhdistettynä opiaattikorvaushoitoon ovat ainoat tutkimusten valossa tehokkaiksi todetut hoidot huumeaineiden käytön lopettamiseen, ja hoitomotivaation puute estää hoidon menestyksellisyyttä. Myös silloin, kun hoito ei ole ollut tuloksellista, tulee huumeita käyttäville turvata ihmisarvoinen elämä. Vuosien 1997-2001 toimenpideohjelman osalta todetaan, että huumeita ongelmallisesti käyttävien tulee päästä hoitoon silloin kun he tarvitsevat apua ja ovat valmiita sitä vastaanottamaan. (Suomen huumestrategia 1997 2013, 8, 9, 29, 32, 52.)

Uusi Mielensterveysstrategia on valmistunut, ja se ohjaa myös päihdepalveluiden kehittämistä. Mielensterveysstrategiassa ehdotetut päihteisiin liittyvät toimenpiteet sovitetaan yhteen rahapeli-, tupakka-, alkoholi- ja huume politiikan kanssa, ja toimenpiteet täydentävät Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelmaa. Tarkoituksena on lisäksi mielensterveys- ja päihdepalveluihin liittyvän lainsäädännön uudistaminen. Lisäksi valmistellaan erillistä Päihde- ja riippuvuusstrategiaa, johon kootaan hallitusohjelman päihteisiin ja riippuvuuksiin liittyvät kirjaukset. (Päihdeasiamies.fi, n.d.)

### **2.3 Huumehoidon Käypä hoito -suositus**

Huumeongelmaisen hoito -suosituksen tavoitteena on selkeyttää hoitoa tiedon lisäämisen avulla ja parantaa moniammatillista työtä sekä vaikuttaa asenteisiin. Suositus on tarkoitettu sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille niin kunnallisella kuin yksityiselläkin sektorilla sekä järjestökentällä. Se on asiantuntijoiden laatima yhteenveto, ”joka ei korvaa lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen omaa arviota yksittäisen potilaan parhaasta mahdollisesta diagnostiikasta, hoidosta ja kuntoutuksesta hoitopäätöksiä tehtäessä”. (Huumeongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Suositus on tärkeässä roolissa huumehoidon toteuttamisessa, mutta suositus ei vielä suoraan velvoita toimimaan sen mukaisesti. Kaivola ja Myllymäki (2004) toteavat, että hoitosuositukset ovat tärkeä tuki terveydenhuollolle, mutta niillä ei ole virallista asemaa, ja Käypä hoito -suositusten tarkoitus on parantaa hoidon laatua. Käypä hoito -suositus (emt) on pitkälti suunnattu terveydenhuoltoa varten, mutta huumehoidossa työskentelee paljon myös

sosiaalialan ammattilaisia. Poikonen ja Kekoni (2019, 59) toteavat, että toisten päihdepalveluiden kohdalla ei ole selkeää, onko kyseessä sosiaali- vai terveyspalvelu. Pennosen (2014, 318) mukaan päihdehoito toteutetaan usein moniammatillisissa tiimeissä, joissa työskentelee muun muassa sairaanhoitajia, sosiaaliohjaajia ja -työntekijöitä sekä lääkäreitä, ja mielikuvat hoidosta voivat vaihdella työkokemuksen ja koulutuksen mukaan.

Huumausaineisiin liittyvien haasteiden hoitamisessa erittäin tärkeä työväline on luottamuksellinen ja avoin hoitosuhde. Psykososiaaliset menetelmät muodostavat hoidon perustan, vaikka näyttö on joidenkin huumausaineriippuvuuksien kohdalla niukkaa. Opioidiriippuvuudessa korvaushoito on osoitettu tehokkaaksi, mutta muuten lääkityksellä voidaan lähinnä helpottaa oireita. (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Psykososiaalisten menetelmien haaste on niiden vaikuttavuuden mittaamisen hankaluus. Vaikuttavuuden mittaaminen on sosiaalialalla yleinen haaste.

Käypä hoito -suosituksen (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018) mukaan kaikille huumausaineriippuvaisille henkilöille tulee tarjota psykososiaalista hoitoa tai kuntoutusta ja toimeentulon, asumisen sekä työn ja vapaaajan tukeminen ovat osa kaikkia hoitomuotoja. Psykososiaalista hoitoa kuvataan siis hyvin kokonaisvaltaisesti. Psykososiaalisen hoidon keskeiset kaksi elementtiä ovat yhdessä tekeminen ja terapeutin keskustelu, ja usein hoito on yhdistelmä erilaisia teorioihin perustuvia menetelmiä ja työtapoja (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018).

## **2.4 Nopean huumeitiedon verkosto Nopsa**

Hyödynnän opinnäytetyön aineistonkeruussa Nopsa-verkoston sähköpostilistaa. Huumehoidon ammattilaiset eri puolilla Suomea käyvät verkoston avulla keskustelua huumeiden käyttöön liittyvistä ajankohtaisista ilmiöistä, ja sähköpostilistalle voi liittyä kuka tahansa huumehoidon ammattilainen ottamalla yhteyttä verkoston koordinaatioon (A-klinikkasäätiö 2020).

Nopsa on nopean huume tiedon verkosto, joka koostuu ammattilaisista, viranomaisista ja kokemusasiantuntijoista. Verkoston kokouksissa on tarkoitus keskustella ajankohtaisista huume havainnoista. Nopsa seuraa yhteiskunnallista keskustelua, ja sen kautta voidaan levittää kiireellistä tietoa esimerkiksi vaarallisista aineista. Tapaamisten välillä verkosto pitää yhteyttä sähköisesti Nopsa-sähköpostilistan kautta. A-klinikkasäätiön viestintä ja Verkko-Vinkki-hanke koordinoivat Nopsa-verkosta. (A-klinikkasäätiö 2020.)

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mitä huumehoidossa työskentelevät sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset ajattelevat, että psykososiaalisen huume-hoidon tulisi pitää sisällään, mikä merkitys psykososiaalisella hoidolla on ja miten sitä tulisi kehittää. Tarkoituksena on kartoittaa psykososiaalisen hoidon tilannetta huumehoidossa ammattilaisten näkökulmasta. Suora asiakkaiden näkökulma on tässä opinnäytetyössä rajattu pois, mutta välillisesti työntekijöiden kautta on tarkoitus tuoda myös asiakkaiden näkökulmaa esiin. Asiakkaan näkemys omasta hoidostaan ja tarpeistaan on tärkeässä roolissa hoidon kehittämisessä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä ammattilaiset ajattelevat, että psykososiaalinen hoito tarkoittaa ja mitä siihen pitäisi sisältyä?
2. Mikä merkitys psykososiaalisella hoidolla on huumehoidossa ammattilaisten näkökulmasta?
3. Miten psykososiaalista hoitoa pitäisi kehittää ammattilaisten mielestä?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda esille huumehoidon ammattilaisten näkemyksiä ja kokemuksia psykososiaalisen hoidon merkityksestä ja tilanteesta huumehoidossa. Tavoitteena on tuottaa huumehoidon ammattilaisten näkemyksistä tietoa, jota uutta Päihde- ja riippuvuusstrategiaa valmisteleva työryhmä voi hyödyntää. Tavoitteena on lisäksi, että kuka tahansa voi valmiista vapaasti luettavissa olevasta opinnäytetyöstä saada tietoa siitä, millaisia näkemyksiä ammattilaisilla on psykososiaalisesta hoidosta huumehoidossa, ja käyttää opinnäytetyön tuloksia omassa psykososiaalisen hoidon kehittämistyössään.

## 4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Psykososiaalinen hoito yleisesti huumehoidossa

Psykososiaalisen hoidon käsite alkoi vakiintua osaksi päihdetyön ammattisanastoa vuodesta 1997 eteenpäin, ja käsitteen käyttö on jo niin laajaa, että sillä on vaarana lakata merkitsemästä täsmällisesti. Eri tieteenalojen sisällä ei ole käyty kovinkaan paljoa keskustelua termin määrittelystä täsmällisemmin, mutta päihdetyössä termi psykososiaalinen näyttää yleistyneen opiaattikorvaushoidon ja siitä käydyn keskustelun myötä. Psykososiaalisten hoitojen merkitystä korostetaan, mutta erityisesti opioidien kohdalla nostetaan esille, että lääkitys parantaa merkittävästi psykososiaalisen hoidon tulosta. (Weckroth 2007, 426, 430, 431.) Psykososiaalisen hoito -käsitteen käytön vakiintuminen ajoittuu samaan aikaan, kun on valmistunut Suomen huumestrategia 1997. Jos psykososiaalista hoitoa ei ole tarkemmin sisällöllisesti avattu, psykososiaalinen hoito voi jäädä hyvin ohueksi. Weckroth (2007, 426) toteaa, että psykososiaalinen -termiä käytetään ennaltaehkäisyä ja hoitoa koskevissa teksteissä ministeriön mietinnöistä palveluntarjoajien esitteisiin, ja termi saa eri yhteyksissä erilaisia merkityksiä.

Weckroth (2007, 429) kirjoittaa, että Kyösti Raunio toteaa sosiaalityön oppikirjassaan, että psykososiaalisia ongelmia ovat mm. psyykkiset häiriöt, kriisit, vaikeat ihmissuhteet, nuorten väkivalta ja huumeongelmat. Psykososiaalisen hoidon tulisi vastata ihmisen psykososiaalisiin ongelmiin. Tehokkaita psykososiaalisia menetelmiä huumehoidossa on todettu olevan mm. motivoiva haastattelu, kognitiivinen terapia, yhteisö vahvistusohjelma sekä perheterapia (Weckroth 2007, 430).

Jos asiakkaan oma motivaatio on hukassa, on työntekijöiden tehtävä löytää asioita, jotka auttavat asiakasta pysymään kiinni kuntoutumisprosessissa (Pennonen 2014, 325). Hoidon täytyy sitoutua ensin asiakkaaseen, ja tämä auttaa asiakasta sitoutumaan hoitoon. Riippuvuuden luonteeseen kuuluu, että motivaation taso voi heitellä ja usko omaan pystyvyyteen voi horjua rajustikin. Jonkun huoneessa täytyy uskoa muutokseen, ja aina se ei ole asiakas. Tämä ei poista asiakkaan vastuuta omasta elämästään, mutta ammattilaisten tuki ja apu voi olla



asiakkaalle hyvin merkittävää. Pennonen (2014, 321) toteaa, että suurin osa hänen aineistonsa (n = 53) päihdealan ammattilaisista ajattelee laaja-alaisesti päihdehoidosta, ja kaksi kolmasosaa toteaa, ettei kaikille sovi samanlainen hoito ja asiakkaan motivointiin liittyviä asioita pidetään tärkeinä sekä asiakkaan omaa motivaatiota peräänkuulutetaan. Yhteisöllisen huume kuntoutuksen keinoin voidaan saada hyviä tuloksia, mutta toimivakaan yhteisö ei toimi silloin, kun kuntoutujan oma motivaatio toipumiseen ei ole riittävä (Pärttö, Hännikäinen & Uutela 2009, 135). Valvottuun koevapauteen ja siihen liittyvään päihdekuntoutukseen keskittyvässä tutkimuksessa nousi esille, että ulkoinen motivaatio, joka liittyy rangaistuksen pelkoon, voi olla edistävää tekijä kuntoutumisprosessissa. Päihteisiin liittyvissä tutkimuksissa korostetaan usein sisäistä motivaatiota hoitoon kiinnittymisen ja sen tuloksellisuuden kannalta. Olennaista työskentelyssä on ammattilaisen huomion kiinnittäminen asiakkaan kokonaistilanteeseen ja ammattilaisen persoonallinen ote sekä tuki. (Rantanen & Lindqvist 2018, 11, 14, 16.) Aito kohtaaminen mahdollistaa luottamussuhteen muodostumisen, joka taas on edellytys yhteiselle työskentelylle.

Psyko-fyysis-sosiaalinen muutos elämässä vaatii usein toteutuakseen pitkän ajan, ja päihteettömyys ei näyttäydy itsestäänselvytenä, vaan päämääränä, jonka saavuttamiseen tarvitaan pystymistä (Ekqvist 2019, 263). Tulevaisuus huolestuttaa monia laitoshoidon käyneitä ja retkahtamisen pelko on arkipäivää (Pärttö ym. 2009, 121). Korvaushoidossa olevien muutostoiveet kohdistuivat eniten väsymyksen ja voimattomuuden tunteeseen, ahdistuneisuuteen ja masennuksen tunteisiin, rahankäytön hallitsemiseen ja kykenemättömyyteen selviytyä hoidettavista asioista (Heinonen 2017, 57). Psykososiaalisen tuen tarve liittyy kiinteästi tulevaisuuden ajatteluun, ja tuen tarve jatkuu myös varsinaisen huumehoitojakson jälkeen.

## **4.2 Psykososiaalinen hoito opioidikorvaushoidossa**

Ammattilaiset ajattelevat, että korvaushoidossa tapahtuvan psykososiaalisen hoidon perustana tulisi olla kokonaisvaltainen hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatiminen yhdessä asiakkaan kanssa (Ahokas & Haste 2019, 30). On tärkeää, että asiakas voi itse tuottaa, minkälaista psykososiaalista tukea hän tarvitsee, ja

huumehoitoa toteuttavissa paikoissa olisi tärkeää olla mahdollista toteuttaa erilaisia psykososiaalisen tuen muotoja. Heinonen (2017, 54, 59) toteaa tutkimuksessaan, että korvaushoitopotilailla oli eniten psykososiaalisia vaikeuksia mielialan, kivun ja unen osa-alueilla ja tutkimuksessa esiin nousseiden psykososiaalisten hankaluuksien määrä vahvistaa asiakkaan yksilöllisen tilanteen tuntemisen merkitystä. Moni ammattilainen ajattelee, että korvaushoito ylläpitää riippuvuutta, ja osa taas näkee korvaushoidon hyvänä asiana, kun tilanne oikeasti sitä vaatii. Lääkkeisiin keskittyvää hoitoa ei kuitenkaan pidetä toimivana, jos mukana ei ole henkilökohtaista hoitosuhdetta. (Pennonen 2014, 323, 324.)

Ammattilaiset pitävät tärkeänä, että hoito olisi kokonaisvaltaisempaa psykiatristen sairauksienkin osalta, sillä joskus perimmäinen syy käytön aloittamiselle on psyykkinen sairaus. Ammattilaiset nostivat myös esille, että joidenkin korvaushoidon asiakkaiden kohdalla oireiden syynä pidetään aina päihderiippuvuutta ja muita asioita ei edes selvitetä. (Ahokas & Haste 2019, 29.) Psykososiaalisen tuen tarve näyttäisi olevan suurin niillä korvaushoidon asiakkailla, joilla on eniten oheiskäyttöä (Heinonen 2017, 57).

### **4.3 Laitos- ja avohoito psykososiaalisena huumehoitona**

Perälä (2019) totesi puheenvuorossaan Huumestrategia – avoin keskustelutilaisuus -seminaarissa, että laitospäästäminen on Suomessa tilastollisesti vähentynyt, ja olisi tutkimuksen paikka, mistä tämä johtuu. Oleellista on, että löydettäisiin keinot, jolla huumeita käyttävät voitaisiin ohjata juuri hänelle sopivaan hoitoon, sillä hoitojen sopimattomuus ja siitä johtuvat keskeytykset tulevat yhteiskunnan lisäksi kalliiksi myös kuntoutujalle itselleen (Pärttö ym. 2009, 135). Matalan kynnyksen palveluissa tarkoitus on tavoittaa huumeita käyttäviä ihmisiä ja saattaa heitä muihin palveluihin tarvittaessa. Avohoidossa voidaan tarjota apua käytön lopettamiseen tai vähentämiseen. Kontakti avohoidossa voi myös olla edellytys intensiivisempään päihdehoitoon pääsyyn kuten laitos- tai korvaushoitoon. (Ranta 2019, 254.) Päihde- ja mielenterveysongelmiin, jotka esiintyvät yhtä aikaa, toivotaan tukea (Ekqvist 2019, 265). Monet kohtaamani asiakkaat ovat kipuilleet sen kokemuksen kanssa, että apua mielenterveysongelmiin ei saa, jos on huumeidenkäyttöä, mutta asiat voivat olla niin kipeitä ja käsittelemättömiä, että selvinpäin olo

tuntuu sietämättömältä. Tämä on yksi iso haaste, johon palvelujärjestelmän tulisi vastata.

Ammattilaiset uskovat, että pitkäkestoinen hoito antaa paremman mahdollisuuden kuntoutumiselle, ja sen ei välttämättä tarvitse tapahtua laitoksessa, vaan hoito voisi myös olla erilaisten hoitojen jatkumo ja yhdistelmä (Pennonen 2014, 322). Huumeriippuvaisten kuntoutuksessa on usein tavoitteena vanhasta elämäntavasta ja identiteetistä luopuminen (Santala 2008, 146). Yhteisöllinen huume-kuntoutus pyrkii vastaamaan niihin haasteisiin, jotka tulevat siitä, että huumeita käytetään aina sosiaalisessa kontekstissa. Yhteisöhoidolla on saatu hyviä tuloksia. (Pärttö ym. 2009, 122.) Laitoskuntoutus vastaa osaltaan sosiaalisen riippuvuuden tuomiin haasteisiin. Käytön lopettaminen vaatii usein ympäristön ja sosiaalisen verkoston muutoksen. Välit käyttäjäpiiriin pyritään katkaisemaan kuntoutuksen aikana, ja päihteettömät sosiaaliset suhteet tukevat päihteetöntä arkea (Ekqvist 2019, 264). Intensiivisen ja ryhmämuotoisen päihdekuntoutuksen hyödyllisyydestä näyttäisi olevan viitteitä niin avo- kuin laitoskuntoutuksessakin (Rantanen & Lindqvist 2018, 9). Azkhosh, Farhoudianm, Saadati, Shoaee ja Lashani (2016, 244) löysivät tutkimuksessaan, että hyväksyntä- ja omistautumisryhmäterapialla on merkittäviä tuloksia laitoshoidon onnistumisessa. Pärttö ym. (2009, 124) toteavat, että huumeiden käyttötavat vaikuttavat toipumisprosessiin, ja yksi tapa käyttää huumeita on se, että elämästä tuntuu puuttuvan jotain ja puute korvataan huumeilla. Työntekijän persoonalla ja vuorovaikutuksella on suuri merkitys hoitosuhteen onnistumisessa (Rantanen & Lindqvist 2018, 10).

Ammattilaiset pitävät huumehoidon sääntöjen ankaruutta arveluttavana huume-ongelman luonteen vuoksi (Pennonen 2014, 324). Kuitenkin kuntoutusyhteisön tarkat säännöt mahdollistavat päihteettömään elämään oppimisen sekä sosiaalistumisen yhteiskuntaan (Pärttö ym. 2009, 122). Kaikki huumeidenkäyttäjät eivät kuitenkaan tarvitse ankaraa kuria kuntoutumisensa tueksi, vaan osalle asiakaslähtöisempi yhteisöllinen kuntoutus soveltuu hierarkkista yhteisöä paremmin. Keskeisiä sosiaalihuollon periaatteita yksityisyydestä ja yksilöllisyydestä voidaan kunnioittaa myös yhteisökuntoutuksessa, ja laitoskuntoutusta voidaan muuttaa pois tiukkoihin sääntöihin ja rajoituksiin perustuvasta systeemistä. (Santala 2008, 146, 158.) Laitoskuntoutuksen hyödyt voivat osin jopa kumoutua silloin kun kyse on liian hierarkkisesta ympäristöstä, sillä ihmisellä saattaa olla takana jo useita

laitoskokemuksia esimerkiksi lastenkodeista tai vankiloista, ja laitospaikka olisi hyvä saada katkaistua omaan päihteettömään arkeen kiinnittymisen kannalta.

Santala (2008, 155) toteaa tutkimuksessaan, että demokraattisessa kuntoutusideologiassa vastuulliseen aikuisuuteen kasvetaan vapaudessa ja luottamuksen ilmapiirissä. Laitoskuntoutus voi myös sisältää erilaista arjen harjoittelua, eikä sen tarvitse olla suljettua ja hierarkkista. Kuntoutus ei välttämättä edellytä tiukkaa hoidollista kulttuuria (Santala 2008, 158). Ekqvist (2019, 258) toteaa, että laitospaikka on tarkoitettu tilanteisiin, joissa avopalvelut katsotaan ihmisille riittämättömäksi hoitomuodoksi. Laitoskuntoutus, erityisesti yhteisöpaikka, huumehoidon lopettamisen hoitomuotona näyttäytyy positiivisena tutkimustuloksissa, mutta sen merkitys suhteessa avomuotoiseen kuntoutukseen ei tutkimuksissa merkittävästi korostu. Avopaikassa kuntoutuminen tapahtuu mahdollisesti omassa vanhassa elinpiirissä, joten ihmisestä täytyy löytyä voimavaroja huumeista irrottautumisen lisäksi vanhasta sosiaalisesta verkostosta irrottautumiseen.

Ekqvist (2019) tutki artikkelissaan, millaista tulevaisuutta laitospaikkajaksoa päättävät päihdekuntoutujat toivovat. Suurin osa vastaajista toivoi työtä ja koulutautumista, ja tältä osin toiveet vastaavat yhteiskunnan laitospaikkaan pääsylle asettamia tavoitteita. On syytä pohtia, ovatko vastaajien toiveet tulevaisuudesta sellaisia, joiden he ajattelevat olevan yhteiskunnan mukaisia (Ekqvist 2019, 258, 266.) Kuntoutuksen tarkoitus on toimia lähtökohtana uudelle päihteettömälle elämälle, ja psykososiaalinen tuki on erittäin tärkeässä roolissa, kun kuntoutuksen jälkeistä tulevaisuutta mietitään asiakkaan kanssa. Tutkimukseen osallistuneiden vastauksissa on myös nähtävissä toivottomuutta (Ekqvist 2019, 263). Eriyisesti toivon ylläpitämisen näkökulmasta jatkoahoito voi olla merkittävässä roolissa. Kun avohuollon palvelut asettuvat ensisijaiseksi muodoksi, laitospaikkaan pääsyyn vaikuttaa vahva tarveharkinta, ja tarpeen arviointia toteutetaan esimerkiksi moniammatillisissa työryhmissä ja tärkeää on huomioida myös kuntoutujan omat toiveet (Ekqvist 2019, 258, 259). Pelkkä laitospaikka itsessään ei välttämättä riitä.

Pärttö ym. (2009) tutkivat artikkelissaan seuranta tutkimuksen tuloksia siitä, miten integroituminen yhteiskuntaan on onnistunut yhteisöllisen huumeita kuntoutuksen

jälkeen. Suurin osa vastaajista oli tutkimushetkellä edelleen päihteetön riippumatta siitä, kuinka kauan laituskuntoutusjakson päättymisestä oli aikaa. Uudet suhteet raittisiin henkilöihin olivat kuitenkin vähäisiä, ja tämän lisäksi huono taloudellinen tilanne aiheutti monelle eristäytymistä ja mielenterveysongelmia sekä ongelmatilanteiden ratkaisemisen keinot olivat monella puutteellisia. (Pärttö ym. 2009, 125, 126, 130.) Toive päihteettömästä tulevaisuudesta, johon kuuluu toimivia sosiaalisia suhteita ja työelämään kiinnittymistä haastaa sekä laituskuntoutusta että jatkohoitoa tarjoavia tahoja siihen, millaisia eväitä nämä antavat kuntoutuksen jälkeiseen arkeen. Selkeästi nousee esiin tarve laaja-alaisesti elämän eri osa-alueita käsitteleville palveluille. (Ekqvist 2019, 267.) Pärttö ym. (2009, 124) toteavat, että jatkohoito on tärkeä osa huumeetonta elämää, sillä käyttövuosien aikana sisäistetyt toimintamallit vaativat hyvin pitkän työstöajan. Pysyvä elämänmuutos ei pääty kuntoutusjakson päättymiseen, vaan kuntoutus ja huumeista irrottautuminen on usein käännekohta elämässä.

Toipujat haaveilevat niin sanotusta tavallisesta elämästä, johon kuuluu opiskelutai työpaikka ja perhe tai parisuhde. Yhteiskuntaan integroituminen ja uusien sosiaalisten ympyröiden rakentaminen on kuitenkin vaikeaa, jos yhteiskunta ei kohtele toipujaa arvokkaasti ja hyväksyvästi. Toipujat kokevat yhteiskunnan suunnalta stigmatisointia, ja huumeidenkäyttö on toisinaan noussut esteeksi työ- tai koulupaikan saamiselle. (Pärttö ym. 2009, 129, 133.) Usein huumeita käyttävät ihmiset kokevat voimakasta ulkopuolisuuden tunnetta aktiivisen huumeiden käytön aikana sekä myös sen jälkeen. Pehkonen, Kekoni ja Kuusisto (2019, 12) toteavat, että marginalisointia tapahtuu yksilöiden välisten kohtaamisten lisäksi yhteiskunnan rakenteellisella tasolla, ja liiallinen asiakkaan vastuun korostaminen lisää marginaalisuuden kokemusta.

Jatkohoidon tapaamisissa koettiin oman kuntoutumisen lisäksi tärkeäksi osa-alueeksi tunne siitä, että pystyi omalla esimerkillään luomaan uskoa muihin toipujiin. Yhteisöstä saatu hyväksyntä tuo tuntemuksen, että ns. tavallista elämää kannattaa elää. Pikkuhiljaa toipumisen edetessä yhteisön merkitys vähenee. (Pärttö ym. 2009, 128.) On luonnollista, että ihminen siirtyy ikään kuin eteenpäin kuntoutusprosessissa, ja kuntoutuslaitoksen yhteisö ei ole enää merkittävin sosiaalinen verkosto. Pärttön ym. (2009, 134) mukaan muutoksen sisäistyminen on vaikeaa pitkän kuntoutusjakson jälkeen, jos raittiit tukiverkostot puuttuvat.

Itsehoitoryhmien tärkeys on monella merkittävä sosiaalisen tukiverkoston ja henkisen kasvun kannalta ja osallistuminen niihin on monilla aktiivista, mutta osa kuntoutujista ajattelee, että itsehoitoryhmissä käyminen saattaa omalta osaltaan olla riippuvuuskäyttäytymistä. Toisilla myös kuntosaliharrastuksesta oli tullut korvaava riippuvuus. Riippuvuuden luonteen vuoksi korvausriippuvuus on luontainen reaktio, ja usein se jää väliaikaiseksi. (Pärttö ym. 2009, 128, 131, 132.) Itsehoitoryhmiin kiinnittyminen tukee muutosprosessia ja sosiaalinen verkosto muuttuu toipujalle sopivampaan suuntaan (Rantanen & Lindqvist 2018, 9). Pärttö ym. (2009, 132) toteavat, että useimmiten itsehoitoryhmiin osallistuminen tarjoaa mahdollisuuden myönteiselle kehitykselle, sosiaalisen verkoston sekä elämäntavan, johon päihteet eivät kuulu enää.

#### **4.4 Päihdetapauslaskennat ja psykososiaalisen hoidon tulevaisuus**

Päihdetapauslaskentoja on Suomessa toteutettu vuodesta 1987 neljän vuoden välein (Kuussaari, Kaukonen, Partanen, Samposalo & Vormaa 2017, 262). Päihdetapauslaskennassa päihde-ehtoiset asiointit eivät kuvaa asiakkaiden lukumäärää vaan asiointien lukumäärää. Päihdetapauslaskenta on ainoa menetelmä, jolla saadaan kattava tieto koko sosiaali- ja terveydenhuollon päihde-ehtoisista asioinneista. (Nuorvala ym. 2004, 608, 609.) Päihdetapauslaskennan vastaukset kerätään anonyymilla lomakekyselyllä ja kirjaamisen tekee työntekijä (Samposalo, Kuussaari, Hirschovits-Gerz, Kaukonen, Partanen & Vormaa 2018, 52). Päihdetapauslaskenta antaa säännöllisesti toistettuna kattavan kuvan päihteisiin liittyvistä muutoksista (Nuorvala ym. 2004, 615). Laskenta ei kuitenkaan tavoita isona ryhmänä työssäkäyviä, jotka asioivat työterveydessä päihteiden vuoksi, sillä työterveyshuollon palvelut eivät kuulu Päihdetapauslaskennan piiriin (Samposalo ym. 2018, 53). Kun tarkastellaan laskentoja vuosilta 1987, 1991, 1995, 1999 ja 2003, selviää, että vuonna 2003 enää alle 10 prosenttia kuntoutusjaksoista oli yli kuukauden mittaisia ja laituskuntoutukseen päässeiden määrä on puolittunut runsaan kymmenen vuoden aikana. Lisääntyneistä erityispalveluista hyötyy yhä harvempi päihdeongelmainen. Vuoden 2003 Päihdetapauslaskennassa on nähtävissä päihdeasiakkaiden sukupolvenvaihdoksen alkaminen, ja

muutoksella on huomattavia kulttuurisia ja palvelupoliittisia seuraamuksia. (Nuorvala ym. 2004, 609, 615, 617.)

Valtaosa (64%) vuoden 2015 Päihdetapauslaskennan päihde-ehtoisista asioinneista tehtiin avopalveluihin ja virka-ajan ulkopuolella tehty asiointi oli harvinaista. Päihdehuollon erityispalveluissa asiointi oli lisääntynyt edelliseen laskentaan verrattuna. Aineiston perusteella ei voida arvioida, ovatko laitospalvelut korvautuneet avopalveluilla. Avopalvelujen suhteellisen osuuden kasvu kuitenkin liittyy laitostuntoutuksen käytön alenemiseen. (Kuussaari ym. 2017, 265, 266, 267, 270, 271.) Vuoden 2003 laskennassa 56% asioinneista toteutui avohuollossa. Erityispalvelujen keskeinen merkitys näkyy selkeästi, ja tämä osittain selittyy esimerkiksi terveysneuvontapisteiden perustamisella. (Nuorvala ym. 2004, 610.) Vuoden 2015 Päihdetapauslaskennassa ilmeni, että päihde-ehtoisia asiointeja oli vähemmän kuin kahtena aiempina vuotena. Tämä saattaa osittain selittyä sillä, että palveluihin pääsy on vaikeutunut (Kuussaari ym. 2017, 269, 270).

Sote-palveluilla pystytään vastaamaan vain osaan tuen tarpeista, joita yhteiskunnalliseen huono-osaisuuteen liittyy. Päihdepalvelujärjestelmä muodostuu sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluista ja päihdehuollon erityispalveluista, joita ovat esimerkiksi katkaisuhuoltoyksiköt ja kuntoutuslaitokset, mutta palveluiden määrässä ja saatavuudessa on alueellisia eroja Suomessa. Maakuntien palvelujärjestelmien palvelumuodot saattavat vaikuttaa palveluihin hakeutumisen syihin sekä ne saattavat vaikuttaa siihen, miten kysyntään vastataan, sillä palveluiden käyttöä ohjaa niiden kysyntä ja tarjonta. (Samposalo ym. 2018, 50, 51, 58.) Päihdehuollon erityispalvelut ovat usein integroituja palveluja, joissa pyritään vastaamaan asiakkaiden palvelutarpeisiin moniammatillisen osaamisen avulla (Kuussaari ym. 2017, 263). Kattavat sote-palvelut ovat paras keino vaikuttaa huumeiden käytön tuomiin haittoihin ja rikollisuuteen, ja tällöin korostetaan huumeita käyttävien ihmisten ihmisoikeuksia ja nähdään heidät tasavertaisina yhteiskunnan jäseninä (Weckroth 2007, 431). Kun koko maassa kuntouttavien palveluiden saatavuus on kokonaisuutena heikentynyt, on syytä selvittää sosiaalipoliittista merkitystä palvelurakenteiden muutoksen osalta (Kuussaari ym. 2017, 272). Palveluiden tarvetta on syytä tarkastella sosiaali- ja terveystieteiden kysymyksenä yksilötason lisäksi (Samposalo ym. 2018, 59). Pärttö ym. (2009, 123) toteavat,

että riippuvuuden voittamisesta on melko vähän aiempaa tutkimusta, sillä tutkimukset ovat kohdistuneet lähinnä hoitomenetelmiin ja riippuvuuden ilmenemis-  
muotoihin. Ahokas ja Haste (2019, 36) toteavat, että heidän opinnäytetyössään  
psykososiaalisen hoidon kehittäminen nousi tärkeimmäksi tutkimuskysy-  
mykseksi, ja esiin nousseen teoretiedon pohjalta he toteavat, että Suomen päih-  
dehoito vaatii uudistumista, sillä nykyinen päihdepalvelujärjestelmä laahaa alko-  
holiriippuvuuteen rakennetun hoitojärjestelmän varassa.

Päihteiden ongelmakäyttäjät hyötyisivät kuntoutuksen osalta nykytilaa vahvem-  
masta erilaisten palveluiden yhdistämisestä yhdeksi palvelukokonaisuudeksi  
(Kuussaari ym. 2017, 271). Päihdeongelma on moniulotteinen ja sen rinnalla hoi-  
detaan myös somaattisia, sosiaalisia ja psyykkisiä ongelmia. Päihdehoito ja -kun-  
toutus edellyttävät monialaista osaamista, ja päihdeongelman luonteen vuoksi on  
kiinnitettävä huomiota tarpeenmukaisten palveluiden saatavuuteen myös silloin,  
kun ihmisen oma halu on heikentynyt. (Samposalo ym. 2018, 58, 59.)

Ehkäisevän päihdetyön verkosto EPT (2020) selvitti jäsenjärjestöiltään ajatuksia  
siitä, mitä uudessa Päihde- ja riippuvuusstrategiassa olisi tärkeää huomioida, ja  
kyselyn perusteella EPT-verkosto tuotti lauselman, johon muotoiltiin kaksi koko-  
naisuutta: ehkäisevän päihdetyön resursointi ja rakenteet sekä toisena päihde-  
huollon palveluihin pääsy ja palveluiden taso. Kyselyyn vastanneet järjestöt ja  
asiantuntijat ajattelevat, että päihdehuoltojärjestelmä näyttäytyy asiakkaalle mo-  
nimutkaisena ja jäykkärakenteisena, ja tämä heikentää motivaatiota hakea apua.  
Kyselyssä nousi esiin myös, että päihdehuollon palvelut eivät vastaa asiakkaiden  
tarpeita, ja tähän ratkaisuna ehdotetaan esimerkiksi toipumisorientoituneita toi-  
mintamalleja, joissa lähtökohtana on yksilön voimavarojen vahvistaminen ja esi-  
merkiksi mielenterveyden haasteet tulisi ottaa huomioon päihdehoidossa. (EPT-  
verkosto 2020, 1, 3.)

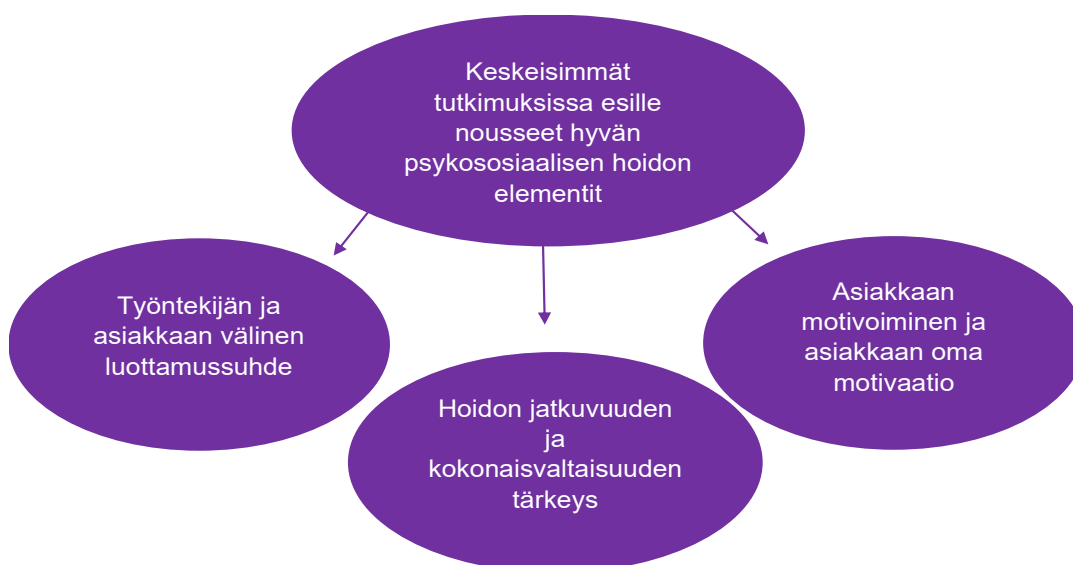
#### **4.5 Yhteenveto**

Tässä teoriaosiossa on käsitelty psykososiaalista hoitoa löytyneiden tutkimusten  
pohjalta lähinnä opioidikorvaushoidon sekä laitos- ja avokuntoutuksen näkökul-  
mista. On tärkeää muistaa, että psykososiaalinen hoito on yhtä lailla osa myös



matalan kynnyksen palveluita ja haittoja vähentävää huumehoitoa, kuten sosiaali- ja terveysneuvontapisteitä. Psykososiaalista hoitoa on tutkittu viime vuosina Suomessa, erityisesti opioidikorvaushoidon näkökulmasta. Yhteisökuntoutuksen merkitystä huumeiden käytön lopettamisessa on Suomessa tutkittu viime vuosikymmenien aikana jonkin verran. Psykososiaalisen hoidon sisältöjen ja menetelmien määrittelyä ei tutkimuksissa juurikaan esiinny. Psykososiaalisen hoidon sisältöjä pohtiessa on syytä miettiä, voidaanko esimerkiksi lyhyt keskustelu lääkkeenjakotilanteessa laskea psykososiaaliseksi hoidoksi. Muuttuvan yhteiskunnan haasteet nousevat tutkimuksista, erityisesti päihdetapauskaskeista, esille parin viime vuosikymmenen ajalta.

Tutkimuksissa nousee esille, että hoitomuotoa tärkeämpää on suhde, joka työntekijän ja asiakkaan välille muodostuu. Jos suhde muodostuu luottamukselliseksi, ja asiakkaalle tulee tunne siitä, että hoitopaikkaa todella kiinnostaa hänen tilanteensa, asiakkaan omat tavoitteet hoidolle voivat toteutua paremmin. Psykososiaalisen hoidon termin avaaminen ei siis pelkästään riitä eikä se, että joka hoitopaikassa käytetään tiettyä psykososiaalisen hoidon menetelmää, vaan psykososiaalista hoitoa voi olla myös se, että asiakas todella kokee tulevansa kohdatuksi ja kuulluksi. Hyvän psykososiaalisen hoidon toteutuminen ei voi kuitenkaan olla pelkästään huumehoidon työntekijöiden vastuulla, vaan työntekijöillä tulee olla mahdollisuuksia toteuttaa psykososiaalista hoitoa työssään niin, että sille on laskettu aikaa ja resursseja. Kuviossa 1 on esitetty yhteenveto teoriaosuudessa esiin nousseista keskeisimmistä hyvän psykososiaalisen hoidon elementeistä.



KUVIO 1. Hyvän psykososiaalisen hoidon keskeisimmät elementit

## 5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTUS

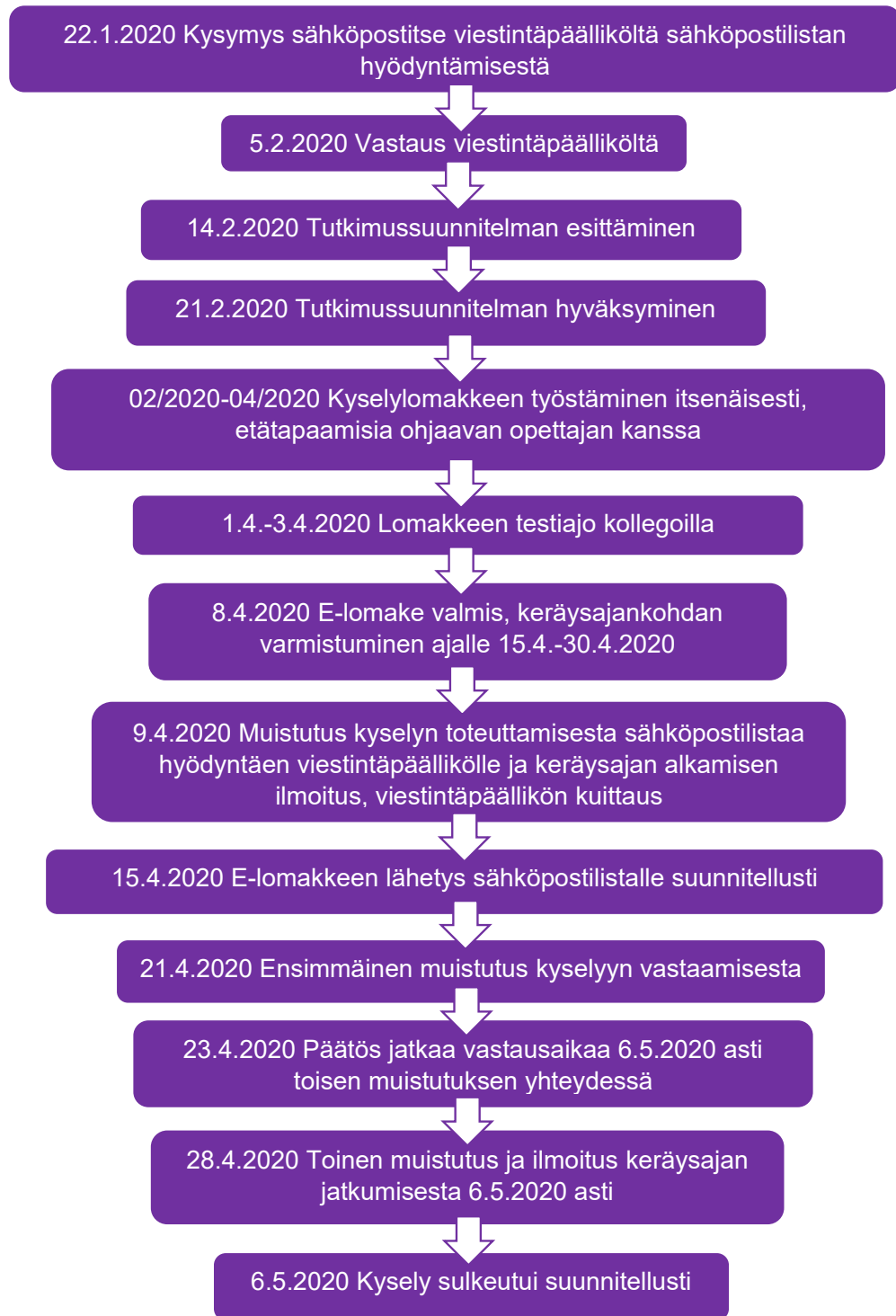
### 5.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Tämä opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pääsääntöisesti pyritä havainnoimaan määrällisesti syy-seuraussuhteita (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tässä opinnäytetyössä ei pyritä yleistämään kohderyhmän näkemyksiä, vaan opinnäytetyössä pyritään tuomaan esille ammattilaisten näkemyksiä psykososiaalisen huumehoidon tämänhetkisestä tilanteesta. Kvalitatiivisen tutkimuksen sisällä on suuri kirjo eri tapoja tutkia ilmiötä, ja yhteistä tälle kirjolle on ihmisen elämismaailman tutkiminen (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tässä opinnäytetyössä valinta kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen välillä ei ollut heti selvä, vaan menetelmien eri puolia ja niiden sopivuutta tutkimusasetelmaan täytyi pohtia. Lopulta kyselylomakkeen hahmottelun alettua päädyin kvalitatiiviseen tutkimukseen. Psykososiaalisen huumehoidon eri puolien esiin tuomiseksi oli tärkeää, että kyselylomakkeeseen tulee paljon myös avoimia kysymyksiä ja sana on ammattilaisilla vapaa, joten näin ollen kvalitatiivinen tutkimus palvelee paremmin tämän opinnäytetyön toteutusta. Myös kvalitatiivinen tutkimus kuten kvantitatiivinenkin tutkimus voi hyvin suunnitelluilla ja toteutetuilla tutkimusasetelmilla lisätä ymmärrystä ja tavoittaa monipuolista tietoa ilmiöstä, ja kvalitatiivisessa tutkimuksessa teoria on apuväline esimerkiksi tulkintojen tekemiseen tutkimusaineistosta (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tässä opinnäytetyössä tutkimuskysymykset ovat muotoa mitä, mikä ja miten. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuskysymykset ovat usein mitä ja miten -kysymyksiä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Kvalitatiivinen tutkimus ei ole pelkästään aineistolähtöistä, ja kvalitatiivisessa tutkimuksessa voi olla kvantitatiivisia elementtejä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Kvantitatiivisten elementtien tuominen kyselylomakkeeseen tässä opinnäytetyössä nojaa teorialähtöisyyteen. Psykososiaalisesta huumehoidosta on olemassa Käypä hoito -suositus, jossa on muun muassa esimerkkejä eri psykososiaalisista hoitomenetelmistä (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018).

## 5.2 Aineistonkeruu

Aineistonkeruu tapahtui puolistrukturoidun kyselylomakkeen avulla (Liite 1). Kyselylomakkeen tarkoituksena oli saada kerättyä ammattilaisten näkemyksiä psykososiaalisesta hoidosta. Kuulun Nopean huometiedon verkosto Nopsaan työni puolesta, ja sitä kautta sain idean hyödyntää verkoston sähköpostilistaa aineistonkeruun välineenä. Oletuksenani oli, että listalla on monipuolisesti työntekijöitä eri puolilta Suomea julkiselta, yksityiseltä sekä järjestösektorilta, ja näin ollen potentiaalinen vastaajajoukko on mahdollisimman monipuolinen. Nopsa-listalla oli aineistonkeruuhetkellä 345 vastaanottajaa (Hietakangas 2020). Kuviossa 2 on eritelty aineistonkeruun eri vaiheet.



KUVIO 2. Aineistonkeruun vaiheet

Lähetin 22.1.2020 sähköpostiviestin A-klinikkasäätiön viestintäpäällikölle, ja kysyin, voiko Nopsa-verkoston sähköpostilistalle vain lähettää opinnäytetyöhöni liittyvän kyselyn vai tarvitaanko sähköpostilistan hyödyntämiseen tutkimuslupa A-klinikkasäätiöltä. Kuvasin sähköpostissani myös opinnäytetyön aiheen ja tarkoi-

tuksen. Sain sähköpostitse vastauksen viestintäpäälliköltä 5.2.2020, että sähköpostilistan tietosuojaselosteessa ei ole estettä kyselyn lähettämiseksi. Sähköpostilista on tietty sähköpostiosoite, joka menee suoraan kaikille listaan kuuluville henkilöille ilman, että lähettäjä näkee vastaanottajia. Opinnäytetyössäni en tutki aihetta organisaatiossa enkä saa aineistonkeruussa tietooni, missä organisaatioissa kyselyyn vastaajat työskentelevät, eikä organisaatioon liittyviä asioita kysyä kyselylomakkeessa. Tutkimuksen tarkoitus ei ole myöskään yleistää tietoa, vaan selvittää huumehoidon ammattilaisten näkemyksiä psykososiaalisesta hoidosta ja tuoda esille sen mahdolliset kehittämistarpeet.

Aineistonkeruumenetelmää valitessa päädyin valitsemaan verkkokyselyn, sillä verkkokyselyn avulla tutkimusta varten voidaan kerätä enemmän vastauksia kuin esimerkiksi haastattelemalla. Verkkokyselyjen etu sekä kyselyä toimittaessa että vastauslomaketta palauttaessa on sen nopeus, ja verkkokyselyn etuna on myös se, ettei aineistoa tarvitse litteroida (Valli & Perkkilä 2015, 109, 110). Verkkokysely mahdollistaa näin suuremman aineiston käsittelyn. Verkkokyselyä käytettäessä on tärkeää miettiä, onko se paras vaihtoehto juuri tämän tutkimuksen kohderyhmälle (Valli & Perkkilä 2015, 111).

Yksi verkkokyselyn tapa on lähettää kysely sähköpostilistalle, jolla tutkimuksen perusjoukkoon kuuluvat ihmiset ovat (Valli & Perkkilä 2015, 111). Sähköpostista kysely on helppo poimia itselle talteen tai hakea tarvittaessa uudelleen. Haasteeksi muodostuu se, että usein ammattilaisten sähköpostit tulvivat viestejä, joten esimerkiksi sähköpostiviestin otsikointiin täytyy kiinnittää erityistä huomiota ja laittaa viestiin esimerkiksi merkintä ”lähetettiin suurella tärkeydellä”. Päädyin otsikoimaan e-lomakkeen linkin sisältävän aineistonkeruusähköpostin otsikolla ”Psykososiaalinen hoito huumehoidossa -kysely” (Liite 2).

Päätin valita verkkokyselyn alustaksi TAMKin e-lomake-editorin. Myöhemmin tässä opinnäytetyössä käytän tämän vuoksi termin verkkokysely sijaan termiä e-lomake. Päädyin TAMKin omaan e-lomakkeeseen, sillä se oli saatavilla minulle maksutta, ja siihen oli tarjolla selkeät ohjeet kyselyn luomiseen sekä vastausten raportointiin että analysointiin. Verkkolomakkeen tulisi toimia kaikilla laitteilla, niin tietokoneella kuin kosketusnäytölläkin (Valli & Perkkilä 2015, 109). E-lomake-editorin lomakkeisiin pystyy testaukseni mukaan vastaamaan sekä tietokoneella että

kosketusnäyttöisellä älylaitteella. Kyselylomaketta työstettiin useamman kuukauden ajan, ja tutkimussuunnitelman valmistuttua lähdin työstämään kyselyä pitämällä ohjaavan opettajan kanssa joka viikko tapaamisen etäyhteydellä ja perehdyin e-lomake-editorin käyttöön. Ennen e-lomakkeelle siirtoa koeajoin kyselylomakkeen työyhteisössäni viikolla 14. Kaksi työyhteisöni jäsentä, jotka ovat aiemmin työskennelleet huumehoidossa, antoivat kommenttinsa kyselystä, ja niiden perusteella tein viimeisiä muokkauksia. Tein vielä viimeisen ohjaavan opettajan kanssa käydyn tapaamisen jälkeen kyselyyn pieniä hiontoja teknisten asioiden osalta. Olin yhteydessä A-klinikkasäätiön viestintäpäällikköön sähköpostitse vielä 9.4.2020 muistuttaakseni kyselystä ja kerroin kyselyn sisältävän sähköpostiviestin lähetyksen päivämääräksi 15.4.2020, ja sain viestilleni kiittauksen.

Kysely lähetettiin suunnitelman mukaisesti 15.4. Suunniteltu aineistonkeruu-aika oli 15.4.-30.4.2020. Ensimmäisen muistutusviestin lähetin sähköpostilistalle 21.4.2020. Tämän jälkeen päätin ohjaavan opettajan kanssa keskusteltuani jatkaa aineistonkeruuta viikolla, ja lähetin 28.4.2020 toisen muistutusviestin sekä tiedon vastausajan pidentämisestä 6.5.2020 asti. Yhteensä aineistoa kerättiin siis aikavälillä 15.4.-6.5.2020 eli yhteensä kolme viikkoa. Kyselyyn vastasi yhteensä 23 sähköpostilistalla olijaa.

Kyselyn lähetyksen jälkeen erään organisaation edustaja kysyi, saako kyselyä jakaa omassa organisaatiossa. Viesti näkyi kaikille, joten sain kaikille Nopsa-listalla olijoille laitettua tiedon, että kyselyn vastaukset on nimetty Nopsa-verkostolle. Eräältä organisaatiolta sain tiedon, että heidän omat tutkimuksiin osallistumisen käytäntönsä estävät heidän työntekijöiltään vastausten saamisen ilman suoraa tutkimuslupaa organisaatiolta. Päädyin ohjaavan opettajan kanssa keskusteltuani siihen, etten hae tutkimuslupaa erikseen tältä organisaatiolta. Annoin ratkaisun tiedoksi organisaatiolle. Oletettavissa on, että n. 350 hengen sähköpostilistalla yhden organisaation työntekijöiden vastausten poisjäänti ei merkittävästi vähennä potentiaalisia vastaajia. On kuitenkin huomioitava, että organisaation poisjäänti on saattanut vaikuttaa vastausten määrään, ja että myös muilla organisaatiolla saattaa olla vastaavia tutkimuskäytänteitä. Koska opinnäytetyössä ei tutkita organisaatioita tai aihetta organisaatiotasolla, tämä seikka ei tullut mieleeni aineistonkeruumenetelmää valitessa. Opinnäytetyön tarkoitus ei ole selvittää,

mitä jonkin tietyn organisaation työntekijät ajattelevat psykososiaalisesta hoidosta. Vastausten määrään on myös voinut vaikuttaa se, että kunnilla ja organisaatioilla on saattanut olla aineistonkeruun aikana yhteiskunnassa vallinneen poikkeusajan vuoksi sellaista työn priorisointia, jossa osallistuminen tutkimuksiin ja kyselyihin on minimoitu tai kokonaan keskeytetty.

### 5.3 E-lomakkeen rakenne

E-lomakkeen alussa on saatekirje (Liite 1). E-lomake jaettiin neljään osioon, jotka ovat: Psykososiaalinen hoito huumehoidon ammattilaisten näkökulmasta, Psykososiaalisen hoidon merkitys, Psykososiaalisen hoidon kehittäminen ja Taustatiedot. Lisäksi viimeisenä kysymyksenä oli vielä avoin vapaaehtoinen Vapaa sana -laatikko. Kysymyksiä e-lomakkeella on yhteensä 20. Kysymykset sisältävät monivalintakysymyksiä ja avoimia kysymyksiä. Monivalintakysymyksissä on käytetty Likert-asteikkoa 1-5 sekä valintaruuturyhmää, eli vastaaja voi monivalintakysymyksessä valita useamman vastausvaihtoehdon. Likert-asteikolla haluttiin mitata ammattilaisten näkemyksiä erilaisista väittämistä liittyen psykososiaaliseen hoitoon. E-lomakkeen kysymykset on valittu teoriapohjan lisäksi siitä näkökulmasta, että kyselyyn vastaava ammattilainen voi peilata omaa työtään ja työuraansa vastauksissaan, ja näin myös itse saada uusia oivalluksia vastatessaan kyselyyn.

E-lomakkeen ensimmäinen kysymys sisältää yhdeksän Likert-asteikolla arvioitavaa väittämää siitä, mitä psykososiaalinen -termi ammattilaisen mielestä tarkoittaa huumehoidossa. Väittämien muodostamisen teoreettisena tukena toimi huumehoidon Käypä hoito -suositus (Huumeongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018). Toinen ja kolmas kysymys olivat mitä psykososiaaliseen hoitoon pitäisi sisältyä ja mitä menetelmiä ammattilainen itse käyttää, ja vaihtoehdot ovat kysymyksissä samat. Kysymyksissä käytettiin valintaruuturyhmää ja pyydettiin vastaajaa valitsemaan kummassakin viisi tärkeintä. Valintamäärä oli rajattu, jotta vastaukset ovat relevantteja analysointia varten. Jos vastausmäärä on rajaton, vaarana on, että jokainen vastaaja valitsee lähes kaikki menetelmät ja tällöin tuloksista ei nouse esiin kaikista tärkeimpiä menetelmiä. Molemmissa kysymyksissä oli vastausvaihtoehtona myös ”en mitään näistä”. Kysymyksiin valikoidut menetelmät perustuvat huumehoidon Käypä hoito -suositukseen (emt) ja Draken,

O'Nealin ja Wallachen (2007) tutkimukseen psykososiaalisista menetelmistä. Neljäs kysymys on avoin ja ensimmäisen osion viimeinen. Siinä haluttiin tietää ammattilaisten ajatuksia psykososiaalisen hoidon mahdollisista haasteista.

Toisen osion ensimmäinen kysymys eli kysymys numero viisi on avoin kysymys. Siinä pyydetään kertomaan, millaista keskustelua ammattilainen on asiakkaiden kanssa käynyt psykososiaalisesta hoidosta. Kuudennessa kysymyksessä on hyödynnetty Likert-asteikkoa väittämässä psykososiaalisen hoidon merkityksestä. Seitsemäs kysymys on avoin kysymys yleisesti ottaen psykososiaalisen hoidon merkityksestä huumehoidossa.

Kolmas osio psykososiaalisen hoidon kehittäminen alkoi kysymyksellä kahdeksan, jossa kysyttiin valintaruuturyhmällä asiakaspalautteen keräämisestä liittyen psykososiaaliseen hoitoon. Yhdeksäs kysymys on avoin kysymys hoidon vaikuttavuuden mittaamisesta. Kysymys numero 10 on Likert-asteikko, jossa on neljä väittämää hoidon toteuttamisesta, ja alla on vapaaehtoinen mahdollisuus perustella valintoja. Kysymykset 11 ja 12 olivat valintaruuturyhmiä liittyen ammattilaisten omaan näkemykseen psykososiaalisen hoidon toteuttamisen mahdollisuuksista ja ammatillisuuden kehittämisestä. Kohdassa 13 selvitetään avoimella kysymyksellä, miten psykososiaalista hoitoa tulisi kehittää. Kysymys 14 on Likert-asteikko psykososiaalisen hoidon linjauksen paikoista.

Viides osio eli Taustatiedot alkaa kysymyksellä 15, jossa kysytään vastaajan korkein koulutuksesi. Vastaajaa pyydettiin valitsemaan vaihtoehtoista vain yksi koulutus, sillä analyysivaiheessa oli tarkoitus mahdollisuuksien mukaan ristiintaulukoida mahdollisia eroja ja yhtäläisyyksiä sosiaalialan ja terveysalan ammattilaisten välillä. Kohdassa 16 vastaajalla on mahdollisuus kertoa mahdollisista täydennyskoulutuksistaan. Kysymys 17 on valintaruuturyhmä yksiköstä, jossa ammattilainen työskentelee. Kysymyksessä on vastausohjeena, että jos yksikkö, jossa työskentelee, tarjoaa useampaa hoitoa, tulee valita se, kumman parissa itse työskentelee enemmän. Tämä ratkaisu on tehty analysoinnin helpottamiseksi ja selkeyttämiseksi, erityisesti jos vastauksia olisi tullut enemmän. Kohdassa 18 kysytään millä nimikkeellä ammattilainen työskentelee juuri nyt. Kysymyksen perus-



teella olisi mahdollisesti voinut ristiintaulukoida esimiesten ja työntekijöiden välisiä mahdollisia eroja vastauksissa. Kohdassa 19 kysytään valintaruuturyhmän avulla, kuinka kauan henkilö on työskennellyt huumehoidossa.

Kyselyssä kaikki muut kysymykset olivat pakollisia paitsi kohdat 16 ja 20, koska nämä kysymykset eivät ole analyysin kannalta välttämättömiä, vaan ne ovat tuloksia täydentäviä. Pakollisuuden perusteena on, että oletuksena on, että jokainen huumehoidon parissa työskentelevä pystyy muodostamaan kyselyssä kysytyistä asioista jonkin mielipiteen tai näkemyksen. Valintaruuturyhmissä on aina myös vaihtoehto sille, jos mikään vaihtoehto ei ole sopiva, ja useimmissa kohdissa on muu, mikä -vastausmahdollisuus. Likert-asteikoissa täytyy muodostaa jokin mielipide, mutta vastaamalla vaihtoehdon 3 (ei samaa eikä eri mieltä) vastaaja voi osoittaa neutraalin näkemyksensä. Avoimien kysymysten kohdalla on pakollisuudesta huolimatta aina mahdollisuus jättää vastaamatta kirjoittamalla kohtaan esimerkiksi ”-”.

#### **5.4 Aineiston analyysi**

Analyysimenetelmänä tässä opinnäytetyössä on avoimien kysymyksen osalta aineistolähtöinen sisällönanalyysi, ja valintaruuturyhmäkysymyksiä sekä Likert-asteikkojen väittämiä analysoidaan tilastollisin jakaumin. Sisällönanalyysissa aineistoa tarkastellaan etsien siitä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Sisällönanalyysi sopii tämän opinnäytetyön analyysimenetelmäksi, sillä tarkoitus on tuoda esille ammattilaisten näkemyksiä. Sisällönanalyysissa keskeistä on sanallinen tekstin sisällön kuvailu, mutta sitä voidaan myös jatkaa tuottamalla aineistosta määrällisiä tuloksia (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tässä opinnäytetyössä varsinaista sisällönanalyysia ei jatketa määrällisiin tuloksiin, vaan määrälliset tulokset tulevat erikseen e-lomakkeen kautta. Määrälliset ja laadulliset tulokset täydentävät toisiaan tässä opinnäytetyössä.

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa ensimmäinen vaihe on pelkistää alkupe-  
räisdata niin, että jäljelle jää tutkimuksen kannalta olennaiset asiat, esimerkiksi etsimällä aineistosta tutkimuskysymyksiin vastaavia ilmaisuja, ja pelkistämällä

saadaan eroteltuja aineistosta erilaisia ilmiöitä. Pelkistämisen jälkeen seuraava vaihe on ryhmittely, ja tällöin aineistosta etsitään eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä, ja saman ilmiön käsitteet ryhmitellään luokiksi, joista muodostuvat alaluokat. Luokittelua jatketaan muodostamalla alaluokista yläluokkia, yläluokista muodostetaan pääluokat, ja lopulta tutkimuskysymyksiin ja -tehtävään yhteydessä oleva yhdistävä luokka. Vasta analyysin edetessä selviää, ovatko muut luokat kuin alaluokat ja yhdistävä luokka tarpeellisia. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Tässä opinnäytetyössä osoittautuivat tarpeellisiksi vain alaluokat ja niiden yhdistävä luokka joista tutkimuskysymystä kohden (Liite 3). Taulukosta 2 on nähtävillä analyysipolkesimerkki aineiston luokittelusta:

TAULUKKO 2. Analyysipolkesimerkki aineiston luokittelusta

| ALKUPERÄINEN ILMAUS  | PELKISTETTY ILMAUS                                     | ALALUOKKA             | YHDISTÄVÄ LUOKKA |
|--|--|-----------------------|------------------|
| <i>Säännöllisiä tapaamisia asiakkaan kanssa, joissa voidaan käydä läpi asiakkaan toivomia asioita.</i> | Asiakkaan toivomien asioiden läpikäynti                | Asiakaslähtöisyys     | Saavutettavuus   |
| <i>Hoitoon pääsy vaikeaa ja aikaisemmin tultaessa hoitojen vaikuttavuus olisi helpompaa.</i>           | Hoidon korkeat kynnykset<br><br>Hoidon oikea-aikaisuus | Tarkoituksenmukaisuus |                  |
| <i>Asiakkaat eivät pääse välttämättä tarvitsemansa tuen piiriin.</i>                                   | Tarpeenmukainen hoito                                  |                       |                  |

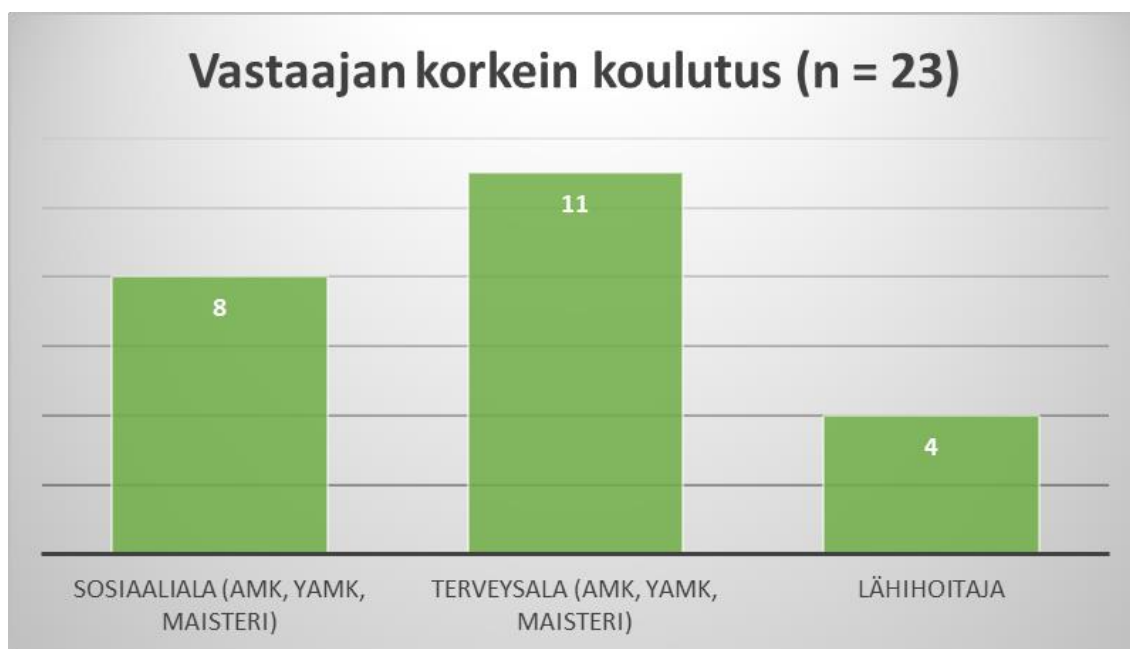
Pelkistämisen ja ryhmittelyn jälkeen seuraa aineiston käsitteellistäminen, jossa erotetaan aineistosta olennainen tieto tutkimuksen kannalta ja muodostetaan tämän perusteella teoreettisia käsitteitä. Käsitteellistämässä yhdistetään luokituksia niin pitkään kuin se on aineiston kannalta mahdollista ja edetään teoreettisiin käsityksiin ja johtopäätöksiin. Käsitteitä yhdistelemällä saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajarvi 2018.) Tässä opinnäytetyössä olennaista on yhdistää myös tilastollisten jakaumien kautta esille tulevat asiat sisällönanalyysin kautta tuleviin luokkiin. Teoriaa ja johtopäätöksiä verrataan koko analyysiprosessin ajan alkuperäisaineistoon, ja aineistolähtöinen sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn (Tuomi & Sarajarvi 2018).

## 6 TULOKSET

Tässä opinnäytetyössä ei haeta minkäänlaisia vastakkainasetteluita. Kyselylomakkeeseen valitut psykososiaalisen hoidon menetelmät ja määritelmät perustuvat huumehoidon Käypä hoito -suositukseen (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018), ja menetelmät perustuvat lisäksi Draken, O'Nealin ja Wal-lachen (2007) tutkimukseen psykososiaalisesta hoidosta. Vähäisen vastausmäärän vuoksi sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten mahdollisten eroavaisuuksien analysointi ei ollut mahdollista eikä myöskään mahdollisten esimiesten ja työntekijöiden välisten eroavaisuuksien. Yhtään vastausta ei tarvinnut hylätä, vaan kaikkien 23 vastanneen henkilön vastauksia voitiin hyödyntää opinnäytetyössä.

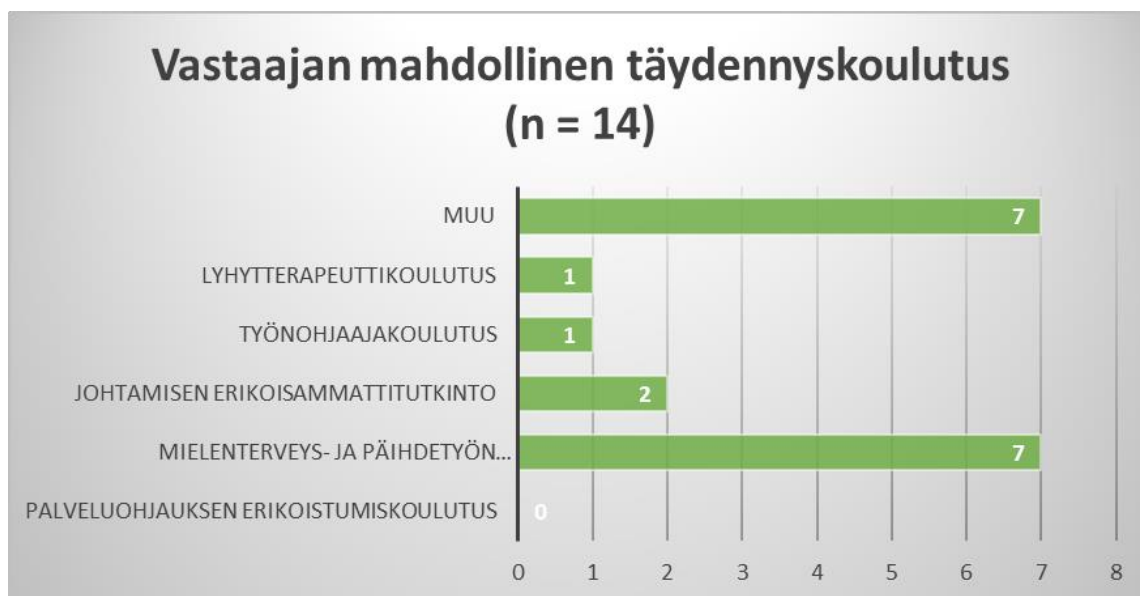
### 6.1 Vastaajien taustamuuttujat

Vastausten määrän vuoksi kyselyyn vastanneiden koulutustausta on niputettu tuloksissa vaihtoehtoihin sosiaali-ala (AMK, YAMK, maisteri), terveysala (AMK, YAMK, maisteri) ja lähihoitaja.



KUVIO 3. Vastaajan korkein koulutus

Kuviossa 3 on nähtävillä vastaajien koulutustausta. Lomakkeella erikseen kysytyä ammattinimikettä ei voida analysoida vastausten vähyyden vuoksi, ettei vastaajien anonymiteetti vaarannu. Taustamuuttujina tulosten tarkastelussa toimivat siis koulutustausta, yksikkö, jossa vastaaja työskentelee, mahdolliset täydennyskoulutukset sekä kuinka kauan vastaaja on työskennellyt huumehoidon parissa. Vastaajien koulutustaustan jakauma korkeimman koulutuksen mukaan on melko tasainen, eniten vastaajissa on terveysalan edustajia.



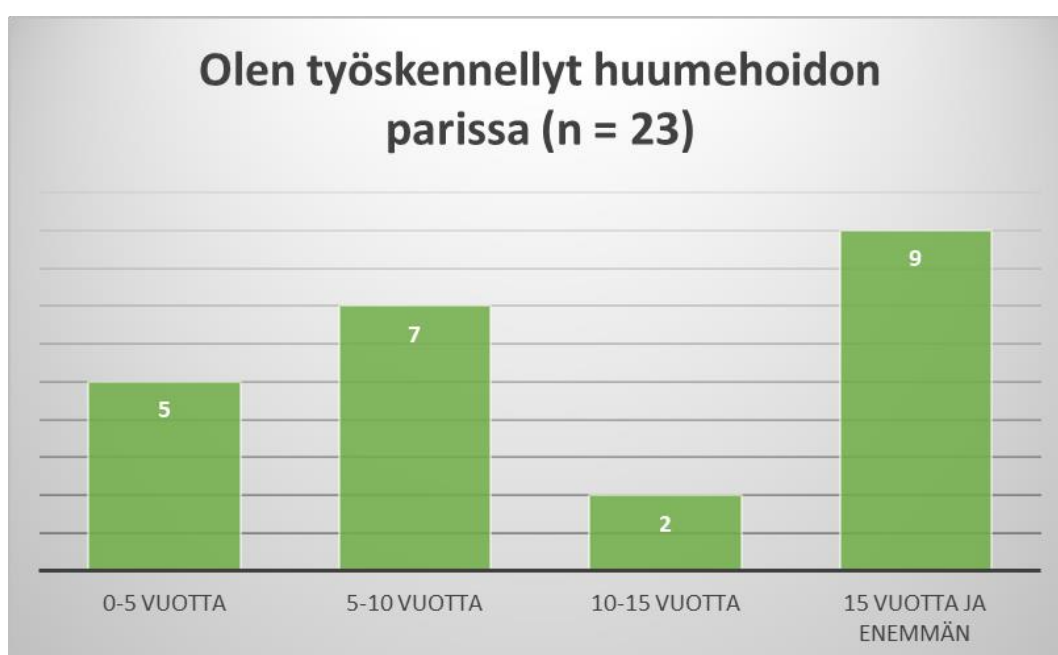
KUVIO 4. Vastaajan mahdollinen täydennyskoulutus tai erikoisammattitutkinto

Kuviossa 4 on esitelty vastaajien mahdolliset täydennyskoulutukset. Mielenterveys- ja päihdetyön erikoisammattitutkinto valittiin seitsemän kertaa, johtamisen erikoisammattitutkinto kahdesti ja yhden kerran valittiin työnohjaajakoulutus ja lyhytterapeuttikoulutus. Muu, mikä -vastauksissa nousi esille muun muassa yhteisöhoitoon koulutus. Noin puolella (n = 14) kyselyyn vastanneista ammattilaisista oli jokin täydennyskoulutus tai erikoisammattitutkinto.



KUVIO 5. Yksikkö, jossa vastaaja työskentelee

Kuviossa 5 on nähtävillä yksiköt, joissa vastaajat työskentelevät. Suurin osa kyselyyn vastaajista työskentelee avohoitoyksikössä. Muiden vastausvaihtoehtojen välillä jakauma on melko tasainen. Avokuntoutus-vaihtoehtoa ei valinnut kukaan vastaajista. Muu, mikä -vastauksessa oli mainittu muun muassa asumisyksikkö ja vankila. Kaksi vastaajaa oli valinnut kaksi vaihtoehtoa, ja kaksi vastaajaa kertoi yksikkönsä tarjoavan useampaa palvelua.



KUVIO 6. Kuinka monta vuotta vastaaja on työskennellyt huumeiden parissa

Kuviossa 6 on esitetty kuinka kauan vastaajat ovat työskennelleet huumehoidon parissa. Puolet kyselyyn vastanneista ammattilaisista on työskennellyt huumehoidon parissa yli 10 vuotta. Isolla osalla kyselyyn osallistuneista on siis pitkä kokemus huumehoidosta ja sen vaiheista, mutta myös vasta huumehoidon uralaan alussa olevien vastaukset ovat yhtä tärkeitä.

## 6.2 Psykososiaalisen hoidon sisällöt ja menetelmät

E-lomakkeen ensimmäisessä osiossa kysymykset käsittelivät ammattilaisten näkökulmaa psykososiaaliseen hoitoon yleisesti sekä psykososiaalisen hoidon työskentelymenetelmiä.



KUVIO 7. Mitä ”psykososiaalinen” ammattilaisten mielestä tarkoittaa huumehoidossa

Kuviossa 7 on esitelty psykososiaalinen -termiin liittyvien väittämien vastausten jakautuminen. Yli puolet vastaajista oli täysin samaa mieltä väittämien ”asiakkaan motivointia ja hoitoon sitouttamista”, ”keskustelua asiakkaan kanssa” ja ”ihmisen

tilanteen kokonaisvaltaista huomiointia” kanssa. Ihmisen elämän eri osa-alueisiin liittyvissä väittämissä ”vapaa-ajan tukemista”, ”työn tai opiskelun tukemista”, ”toimeentulon tukemista” ja ”asumisen tukemista” vastaukset ovat samassa linjassa toisiinsa nähden. Näiden väittämien kohdalla useimmiten valittiin jokseenkin samaa mieltä. Eniten hajontaa oli väittämissä ”menetelmiin perustuvaa työskentelyä” ja ”hoito suunnitellaan yhdessä asiakkaan kanssa”. Kukaan vastaajista ei ollut täysin eri mieltä yhdenkään väittämän kanssa.

Avoimista vastauksista esille nousseita ajatuksia termin ”psykososiaalinen” tarkoituksesta olivat kohtaaminen, toiminnallisuus ja asiakkaiden toiveet. Eräs vastaaja perusteli vastaustaan kohtaamiseen liittyen seuraavasti:

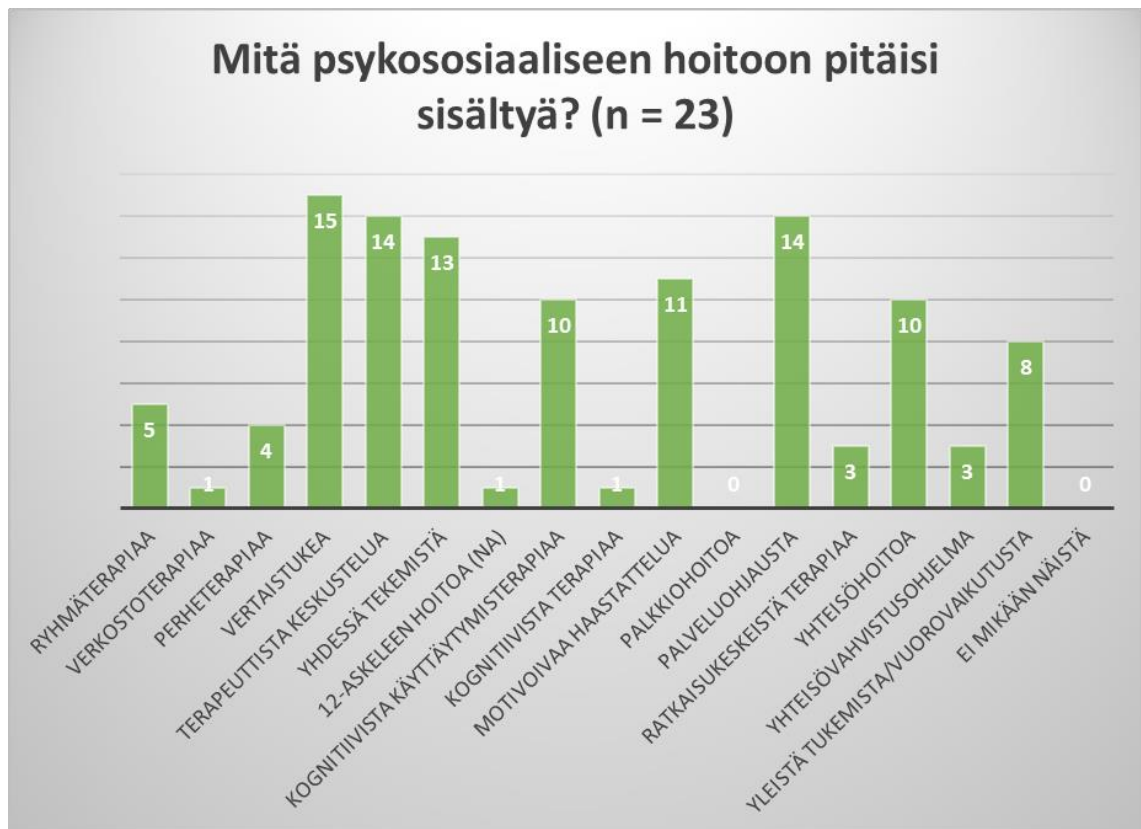
*”Ymmärrän psykososiaalisen hoidon kapeasti ihmisten väliseen vuorovaikutukseen perustuvina menetelminä, joko ryhmissä tai yksilökeskusteluina. Sosiaalityö ja hoidontarpeen arviointi asiakkaan kanssa ovat erikseen, vaikkakin tärkeitä osia kokonaisuudessa.”*

Toiminnallisuuteen liittyen vastaajat nostivat esille ryhmätoiminnan, päivätoiminnan ja vertaistuellisuuden. Väittämässä ”menetelmiin perustuvaa työskentelyä” oli vastauksissa eniten hajontaa, mutta avoimissa vastauksissa viitataan eniten juuri menetelmätyöskentelyyn. ”Hoito suunnitellaan yhdessä asiakkaan kanssa”-väittämässä oli myös eniten hajontaa, ja tähän väittämään liittyen eräs vastaaja totesi seuraavasti:

*”Säännöllisiä tapaamisia asiakkaan kanssa, joissa voidaan käydä läpi asiakkaan toivomia asioita.”*

Vastaajat nostivat siis erikseen perusteluihin asiakkaiden toiveiden mukaisen keskustelun.





KUVIO 8. Mitä psykososiaaliseen hoitoon pitäisi sisältyä ammattilaisten mielestä

Kuviossa 8 on nähtävillä, mitä ammattilaiset ajattelevat psykososiaalisen hoidon menetelmäsivällöistä. Vastaajista (n = 23) suurin osa valitsi vertaistuen (n = 15). Viisi useimmin valittua psykososiaaliseen hoitoon sisältyvää menetelmää olivat vertaistuen lisäksi terapeuttinen keskustelu, palveluohjaus, yhdessä tekeminen ja motivoiva haastattelu. Seuraavaksi eniten valittiin kognitiivinen käyttäytymisterapia ja yhteisöhoito, jotka molemmat valittiin kymmenen kertaa. Seuraavaksi valittiin vaihtoehto ”yleistä tukemista/vuorovaikutusta”. Vähiten, eli viidestä yhteen kertaan, nostettiin esiin ryhmäterapia, perheterapia, ratkaisukeskeinen terapia, yhteisövahvistusohjelma, verkostoterapia, 12-askeleen hoito (NA eli Nimettömät Narkomaanit) ja kognitiivinen terapia. Yhtä menetelmää, palkkiohoito, ei valittu kertaakaan. Ei mikään näistä -vaihtoehtoa ei valinnut kukaan vastaajista.

Muuta, mitä -kohtaan ammattilaiset vastasivat tarkoituksenmukaisuuteen ja hoidon kokonaisvaltaisuuteen liittyviä asioita. Tarkoituksenmukaisuuteen liittyen ammattilaiset totesivat, että menetelmien tulee olla tarkoituksenmukaisia ja

”– eri asiat ja teemat korostuvat avohoidossa, laitoshoidossa ja korvaushoidossa.”

Kokonaisvaltaisuuteen liittyen eräs vastaaja totesi, että psykososiaaliseen hoitoon pitäisi sisältyä asiakkaan koko elämäntilanteen huomioiminen.



KUVIO 9. Millaisia psykososiaalisia menetelmiä ammattilaiset itse käyttävät työssään

Kuviossa 9 on nähtävissä mitä menetelmiä vastaajat itse käyttävät työssään. Vastaajista (n = 23) suurin osa valitsi palveluohjauksen (n = 18). Viisi eniten valittua ammattilaisen itse työssään käyttämää menetelmää olivat palveluohjauksen lisäksi motivoiva haastattelu, terapeuttinen keskustelu, yleinen tukeminen/nuorovaikutus ja vertaistuki. Seuraavaksi eniten valittiin yhdessä tekeminen, kognitiivinen käyttäytymisterapia ja yhteisöhoito. Vähiten, eli kolmesta yhteen kertaan, valittiin ryhmäterapia, 12-askeleen hoito ja kognitiivinen terapia. Viittä menetelmää, verkostoterapia, perheterapia, palkkiohoito, ratkaisukeskeinen terapia ja yhteisövaivastusohjelma, ei valittu kertaakaan. Ei mikään näistä -vaihtoehdon valitsi yksi vastaaja perustelunaan, ettei tee suoraa asiakastyötä tällä hetkellä. Viisi eniten valittua menetelmää verrattuna kuvion 8 tuloksiin ovat lähellä toisiaan, mutta pientä hajontaa on havaittavissa vastauksissa siinä, mitä menetelmiä ammattilainen pitää tärkeänä ja mitä menetelmiä hän todellisuudessa itse

työssään käyttää. Esimerkiksi perheterapia valittiin tärkeäksi menetelmäksi neljä kertaa, muttei käytetyksi menetelmäksi kertaakaan. Muuta, mitä -vastauksissa nostettiin esiin vertaistuki ja erilaisten terapeuttisten menetelmien käyttö.

Neljännessä kysymyksessä kysyttiin, millaisia haasteita psykososiaaliseen hoitoon ammattilaisten mielestä liittyy. Ammatillaiset nostivat esiin ammattitaitoon liittyviä asioita, jotka liittyivät lähinnä ammattilaisen osaamiseen ja asiakkaan sitouttamiseen. Ammatillaisen osaamiseen liittyen vastaajat nostivat esille erityisesti asiakkaan kohtaamiseen liittyviä asioita:

*”Haastavan asiakaskunnan kanssa psykososiaalista hoitoa toteuttavilla pitää olla osaamista ja ymmärrystä riippuvuudesta, motivoinnista ja hoitavasta kohtaamisesta.”*

*”Kaikilla ammattilaisilla ei ole osaamista ja halua asiakkaan kunnioittavaan kohtaamiseen, mikä on mielestäni ensisijaisen tärkeää psykososiaalisessa hoidossa.”*

Useamman ammattilaisen vastauksissa nimettiin psykososiaalisen hoidon haasteeksi asiakkaan sitouttamiseen liittyviä asioita:

*” – potilaiden sitoutuneisuus/sitoutumattomuus hoitoon, potilaan motivaatio – – ”*

*”Asiakkaiden sitoutuminen voi olla huonoa, jos palveluvalikoima ei ole sopiva.”*

*”Haasteita voi tulla sen hyväksymisessä, että asiakas on asiantuntija omassa tilanteessaan ja hän määrittää tavoitteet.”*

*”Päihteiden käytön vuoksi sitoutumisen haasteet.”*

Psykososiaalisen hoidon haasteisiin liittyen ammatillaiset nostivat esille runsaasti rakenteellisia haasteita, kuten riittämättömät resurssit, hoidon tarpeenmukaisuuden puute, asiakkaan luottamuksen muodostumisen haasteet huonojen koke-

musten vuoksi, medikalisaatio ja ylipäättään erilaiset järjestelmän haasteet. Rakenneellisia haasteita nousi vastauksissa esiin hyvin runsaasti, ja esimerkiksi resursseihin liittyen nostettiin esille seuraavia asioita:

*”Suurin haaste lienee kuitenkin resurssien ja ajan puute.”*

*”Kaikkialla ei resursseja tarpeeksi tiiviin tai monipuolisen tuen tarjoamiseen.”*

*”Liian vähäiset työntekijäresurssit.”*

Ajan puute sekä työntekijöiden vähyys toistuivat ammattilaisten vastauksissa.

Hoidon tarpeenmukaisuuteen tai tarpeenmukaisuuden puutteeseen liittyen ammattilaiset totesivat muun muassa, että:

*”Vertaistuesta hyötyvät eniten ne, joilla on jo valmiiksi sosiaalista pääomaa. – – Ne, jotka sitä [psykososiaalista hoitoa] eniten tarvitsisivat, eivät kykene sitä hyödyntämään sosiaalisten taitojen puutteiden vuoksi.”*

*”Hoidon tulisi olla kokonaisvaltaisempaa ja huomioida asiakkaan muut käytössä olevat palvelut, esim. asumispalvelu.”*

*”Asiakkaat tulevat [hoitoon] hyvin eri kuntoisina ja erilaisin taustoin.”*

*”Asiakkaiden eri persoonallisuushäiriöt voivat olla diagnosoimatta ja oikean lähestymistavan löytäminen vaikeutuu.”*

Asiakkaiden tilanteiden moninaisuus nousee esille vastauksista, ja palvelujärjestelmän heikko vastaaminen siihen.

Asiakkaan luottamuksen muodostumiseen liittyvät asiat linkittyivät osittain asiakkaan sitouttamiseen ja motivaatioon liittyviin asioihin, mutta useampi ammattilainen nosti nimenomaan luottamukseen liittyen esille, millaisia haasteita huonot kokemukset palveluissa tuovat:

*”Asiakkailla on usein huonoja kokemuksia ja tästä syystä voi olla haastavaa/kestää pidempään saada mukaan/motivoitumaan hoitoon.”*

*”Asiakkaalla yleensä huonoja kokemuksia eri viranomaisista, joten luottamuksen saavuttaminen vaikeaa.”*

Medikalisaatio nousi vastauksissa esiin toistuvasti, ja kyselyyn vastanneet ammattilaiset ovat medikalisaatiosta huolissaan:

*”Sitä [psykososiaalista hoitoa] ei arvosteta tarpeeksi esimerkiksi lääkehoidon rinnalla. Ei pitäisi olla esimerkiksi pelkkää korvaushoitoa ilman psykososiaalista tukea.”*

*”Hoito keskittyy liikaa vain vieroitusoireiden helpottamiseen.”*

*”Päihdehoito on medikalisoitumassa ja ymmärrys muiden kuin lääkehoidon vaikuttavuudesta on ikävä kyllä häviämässä.”*

Muunlaisia järjestelmään liittyviä haasteita vastaajat kuvasivat muun muassa näin:

*”– – terveys- ja sosiaalitoimi erillisinä.”*

*”Hoitoon pääsy vaikeaa ja aikaisemmin tultaessa hoitojen vaikuttavuus olisi helpompaa.”*

*”Halu olisi tuottaa parempaa ja laaja-alaisempaa psykososiaalista hoitoa, mutta resurssit eivät tähän jousta eikä johdolla ole riittävän asiantuntevaa näkemystä hoidon sisältöjen arviointiin.”*

*”– – ostopalvelusopimuksissa palvelut kilpailutettu niin minimiin, että jäljelle jää vain lääkityshoito.”*

*”Olen selvittänyt asiakkaiden pääsyä esimerkiksi psykiatrisen hoidon piiriin, mutta vastaus kuuluu, että jos asiakas on jo korvaushoidossa, hänen lasketaan olevan*

*hoidon piirissä ja silloin ei ole mahdollisuutta päästä psykiatriseen avohoitoon. Korvaushoidossa – – kysyttiin, millä resursseilla, ajalla ja osaamisella he tekevät vielä psykososiaalista hoitoa huomioiden asiakkaan kaksoisdiagnoosin. Olen samaa mieltä. Se mikä näyttää paperilla hyvältä, ontuu vahvasti käytännön tasolla.”*

*”Byrokratia, jonot, järjestelmän kankeus.”*

*”Asiakkaat eivät pääse välttämättä tarvitsemansa tuen piiriin.”*

Vastauksista nousee esiin hoitoon pääsyn kynnykset, kuten hoitoon pääsyn kesto ja palveluiden erillisyys. Hoitojärjestelmä näyttäytyy vastausten perusteella ammattilaisille liian byrokraattisena, jotta asiakkaiden tarpeet tulisivat kohdatuiksi ja palveluiden saavutettavuudessa on haasteita.

### **6.3 Psykososiaalisen hoidon merkitys**

E-lomakkeen toisessa osiossa kysyttiin ammattilaisten ajatuksia psykososiaalisen hoidon merkityksestä. Kyselylomakkeen viides ja toisen osion ensimmäinen kysymys oli, millaista keskustelua ammattilainen on käynyt asiakkaiden kanssa psykososiaalisen hoidon tai tuen tarpeesta. Ammattilaiset olivat keskustelleet asiakkaiden kanssa jonkin verran palveluiden sisältöihin liittyvistä asioista, kuten hoidon kokonaisvaltaisuudesta, psykososiaalisen hoidon puutteesta korvaushoidossa ja palveluiden sujuvuudesta.

Hoidon kokonaisvaltaisuuteen liittyen ammattilaiset nostivat esille asiakkaan elämäntilanteen kokonaisvaltaisen kartoittamisen, elämäntavoissa tukemisen ja asiakkaan omat toiveet tuen tarpeesta:

*”– – kokonaisvaltaista keskustelua potilaan elämän eri osa-alueista.”*

*”Psykoedukaatio ja tuki terveellisten elämäntapojen valintoihin – –”*

*”Käyn jokaisen uuden asiakkaan kanssa läpi, millaista tukea hän tarvitsee omasta mielestään.”*

Psykososiaalisen hoidon puutteellisuus korvaushoidossa nousi useampaan kertaan esille vastauksista. Monilla työntekijöillä oli kokemus asiakkaan tuottamasta puheesta siitä, ettei pelkkä korvaushoito tai lääkehoito ole riittävää hoitoa:

*”Korvaushoidossa olevien [asiakkaiden] kanssa keskustelua siitä, että pelkäänsään lääkehoito ei ole riittävä.”*

*” – lääkkeenhaku tehdään ns. liukuhihnatoiminnalla.”*

*”Asiakkaat tuottavat jatkuvasti, että korvaushoito ei ole hoitoa.”*

Palveluiden sujuvuuteen liittyen ammattilaiset nostivat esille keskustelleensa asiakkaiden kanssa heidän positiivisista kokemuksistaan, mutta myös työntekijöiden vaihtuvuudesta ja tämän vaikutuksesta luottamussuhteen muodostumiseen. Eräs ammattilainen oli saanut palautetta asiakkailtaan, että

*” – on hyvä tilanne. Ihmiset pääsevät matalalla kynnyksellä vieroitushoitoon ja jatkokuntoutuksiinkin pääsee helposti.”*

Iso osa vastauksista liittyi enemmän siihen, miten ammattilainen itse toimii keskusteluissaan asiakkaiden kanssa ja millaisia psykososiaalisen puolen asioita keskusteluissa käsitellään. Asiakkaiden kohtaamiseen liittyen ammattilaiset nostivat esille tukemisen, kannustamisen ja rinnalla kulkemisen:

*”Jokaisen asiakkaan kanssa yksilöllinen keskustelu.”*

*”Ihmiset haluavat kohtaamista ja rinnalla kulkemista sekä ammattilaisen apua ja tukea ajatusten jäsentelyyn, kun itseltä puuttuu keinot.”*

*”Vaihtelevaa [keskustelua]. Myös asiakkaat toivoisivat sisällöllisesti rikkaampaa psykososiaalista hoitoa.”*

Käytännön asioihin liittyen ammattilaiset olivat keskustelleet asiakkaiden kanssa muun muassa arkielämän taitojen opettelusta. Eräs ammattilainen nosti esille, että asiakkaat eivät hahmota psykososiaalisesti tueksi kuin konkreettisen avun:

*”Tuen tarvetta ei välttämättä nähdä, tai ei hahmoteta kuin konkreettinen apu.”*

*”Arkielämän taitojen harjoittelua ja niiden tuomia haasteita.”*

*”Ihan kaikenlaista, arjen asioista yhteisöllisyyteen – –”*

Ammattilaiset olivat käyneet jonkin verran menetelmätyöskentelyyn liittyviä keskusteluita asiakkaiden kanssa:

*””Mä en oo mikään ryhmäihminen, ”mä en oo mikään narkkari” ja ”ahdistaa” ovat asiakkaiden yleisimpiä kommentteja ryhmätyöskentelyä ehdotettaessa.”*

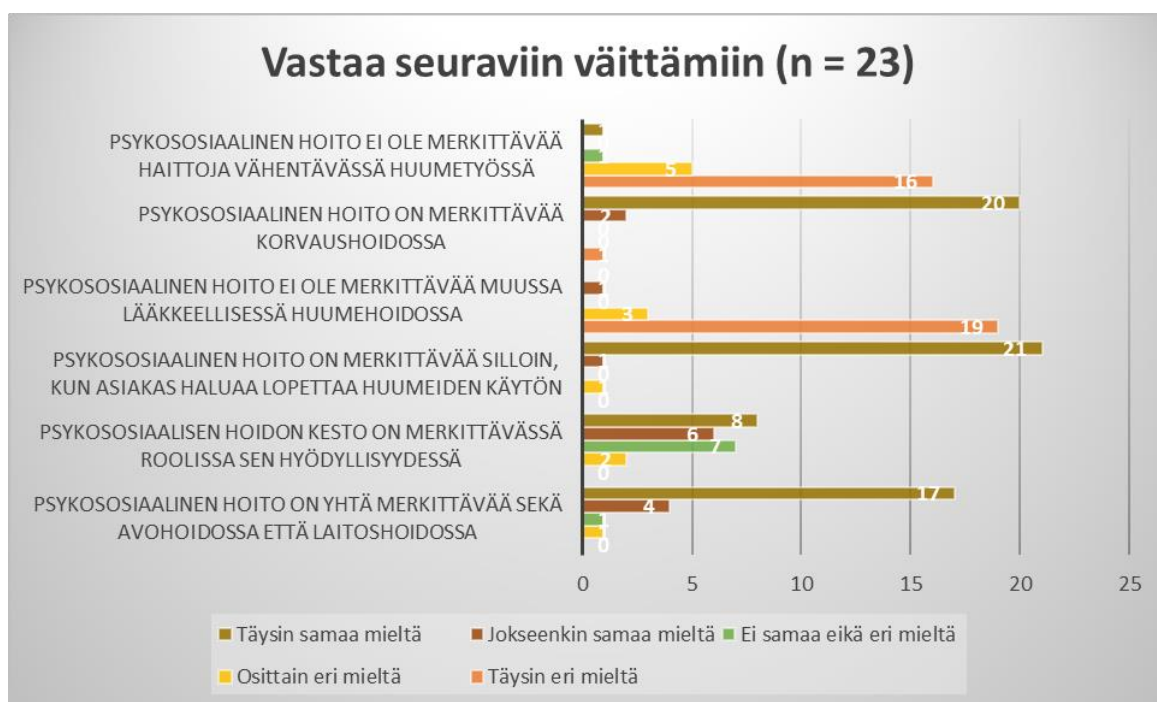
*”Menetelmiin perustuvia [keskusteluita], tukevia, kannustavia, hoidollisia..”*

*”Päihderiippuvuuden toipumisen teemat ja kognitiiviset päihdetehtävät: Tietoa ja ymmärrystä riippuvuussairaudesta. Ymmärrystä omasta käyttäytymisestä, ajattelusta, tunteista, asenteista ja arvoista. Uusien ongelmanratkaisu- ja selviytymiskeinojen oppiminen.”*

*”Ratkaisukeskeisellä työotteella ja konkretialla.”*

Menetelmätyöskentelyä kuvataan vastauksissa siis monenlaisilla tavoilla.





KUVIO 10. Psykososiaaliseen hoitoon liittyviä väittämiä

Kuviossa 10 on esitelty eri psykososiaaliseen hoitoon liittyvien väittämien vastausten jakautuminen. Kysymyksen väittämässä oli sekaisin negatiivisia ja positiivisia väittämiä, joten vastaajan keskittyminen on ollut tässä kysymyksessä erityisen tärkeää. Lähes kaikki vastaajat olivat täysin samaa mieltä väittämien ”psykososiaalinen hoito on merkittävää korvaushoidossa” ja ”psykososiaalinen hoito on merkittävää silloin, kun asiakas haluaa lopettaa huumeiden käytön” kanssa. Yli puolet vastaajista oli täysin eri mieltä väittämien ”psykososiaalinen hoito ei ole merkittävää haittoja vähentävässä huumetyössä” ja ”psykososiaalinen hoito ei ole merkittävää muussa lääketieteellisessä hoidossa”, ja yli puolet vastaajista oli täysin samaa mieltä väittämän ”psykososiaalinen hoito on yhtä merkittävää sekä avohoidossa että laitoshoidossa” kanssa. Ainut väittäminen, joka aiheutti selkeää hajontaa vastaajissa, oli ”psykososiaalisen hoidon kesto on merkittävässä roolissa sen hyödyllisyydessä”, mutta yksikään vastaajista ei ollut täysin eri mieltä väittämän kanssa. Ammattilaiset pitävät tämän opinnäytetyön kysymysten vastausten perusteella psykososiaalista hoitoa merkittävänä kaikessa huumeihoidossa.

Seitsemäs kysymys oli, mikä on ammattilaisen mielestä yleisesti ottaen psykososiaalisen hoidon merkitys huumeihoidossa, ja kysymyksessä tarjottiin mahdol-

lisuus perustella myös edellisen kysymyksen kuusi väittämien valintoja. Vastauksista nousi selkeästi esille, että ammattilaiset kokevat psykososiaalisen hoidon olevan välttämätöntä kaikessa huumehoidossa. Ammattilaiset nostivat lisäksi esille, että pelkkä lääkehoito ei riitä huumehoidossa, ja asiakkaan kohtaamisen nostettiin olevan psykososiaalisen hoidon keskiössä. Psykososiaalisen hoidon välttämättömyyteen liittyen ammattilaiset nostivat esille seuraavanlaisia asioita:

*”Ei voi hoitaa vain ”pelkkää” riippuvuutta, vaan otettava huomioon muut osa-alueet.”*

*”Psykykkisen riippuvuuden hoidossa välttämätöntä.”*

*”Psykososiaalinen hoito on aina merkittävää, olkoon mikä tahansa huumehoito.”*

*”Päihdeongelman hoito on aina merkittävää. Kaikissa palveluissa, joissa päihdeongelmaiset asioivat.”*

*”Ilman psykososiaalista hoitoa päihdehoidossa ei ole hoitoa ollenkaan eli tärkein asia.”*

*”Hyvin tärkeää. Elämänmuutos vaatii kokonaisvaltaista tukea.”*

*”Oman kokemuksen mukaan kaikki tarvitsevat jonkin tasoista psykososiaalista hoitoa huumehoidon aikana. Edes kohdatuksi tulemista ja inhimillistä keskustelua.”*

*”Asiakas tarvitsee kokonaisvaltaista tukea sen hetkisen tarpeen mukaan.”*

*”En usko, että voi tapahtua kokonaisvaltaista ja pitkäkestoista toipumista tai elämässä eteenpäin menemistä ilman, että ihminen kohdataan palveluissa kokonaisvaltaisesti. Ihmistä ei tulisi ”hyppyttää” luukulta toiselle – –”*

*”Sen [psykososiaalisen hoidon] tulisi olla osa hoitoa, aina. Uskon, että hoitotulokset ovat parempia, jos ne ovat asiakkaiden toiveiden mukaisia.”*

*”Päihdeasiakkailla on usein taustalla asioita, mitkä ovat jääneet käsittelemättä käytön aikana. – – Näiden asioiden läpikäymisen kannalta mm. psykososiaalinen hoito on erittäin tärkeää.”*

Pelkän lääkehoidon riittämättömyys nousi esille vastauksista:

*”Lääke ei paranna ketään, psykososiaalinen hoito on oleellista.”*

*”Korvaushoito tai vieroitusoireiden hoito ei riitä. Psykososiaalinen hoito on siis erittäin merkittävää.”*

*”Kyse on yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaan asiakkaan kanssa yhdessä valituista näyttöön perustuvista menetelmistä, joissa psykososiaalinen tuki ja ohjaus ei ole lääkehoidon toisella puolella. Näitä voidaan käyttää tarvittaessa rinnakkain tai erikseen.”*

*”Korvaushoidossa yleensä tavoitteet ovat ”normaalielämään”, joten tukeminen siihen sekä uusien käyttäytymismallien vanhojen haitallisten tilalle on tärkeää.”*

*”Lääkehoito mahdollistaa paljon ja on monille eriarvoisen tärkeää, mutta se ei yksin pelasta.”*

*”Eihän pelkästään lääke hoida ketään.”*

Asiakkaan kohtaamiseen liittyen vastaajat nostivat esille seuraavanlaisia psykososiaalisen hoidon merkitykseen liittyviä asioita:

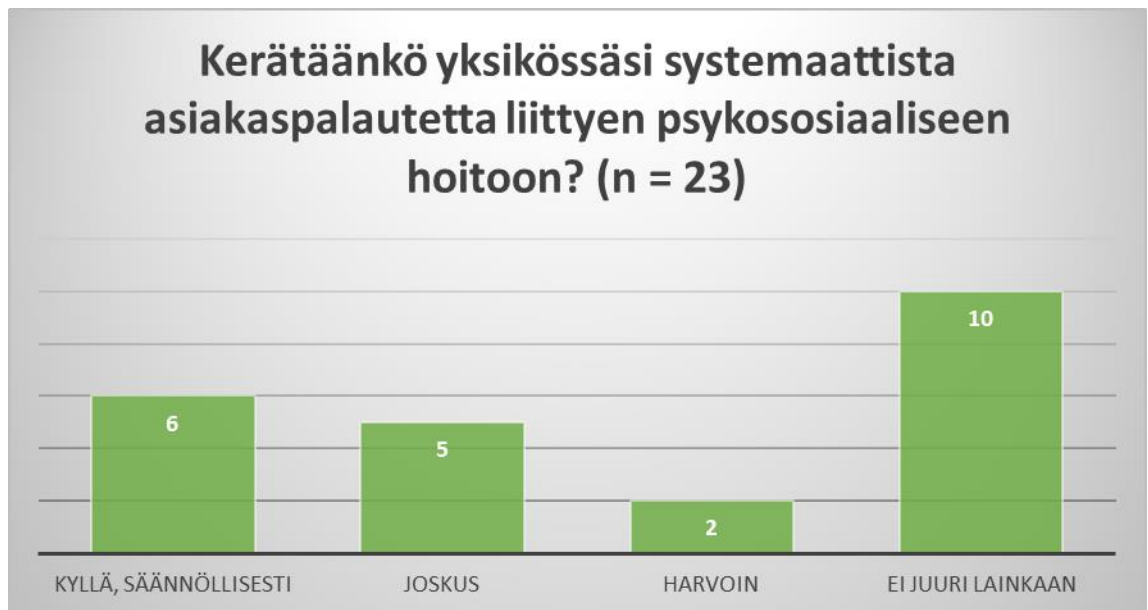
*”Psykososiaalisen hoidon merkitys näkee minusta potilaalle välittämisenä.”*

*”Keskeistä terapeutin ihmistä arvostava kohtaaminen ja/tai yhdessä tekeminen.”*

Ammattilaiset korostavat vastauksissa asiakkaan kanssa ajan viettämisestä tärkeänä psykososiaalisen hoidon osana.

## 6.4 Psykososiaalisen hoidon kehittäminen

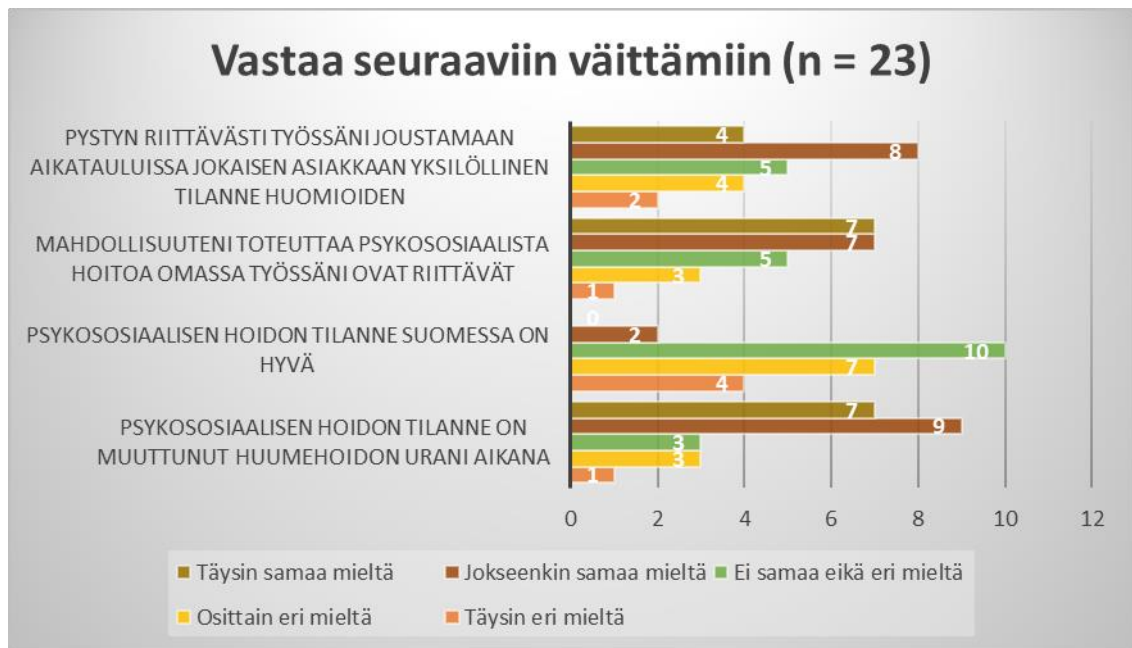
Kolmannessa osiossa käsiteltiin psykososiaalisen hoidon kehittämistä yleisesti sekä vastaajien oman ammatillisuuden kehittämistä psykososiaalisen hoidon kannalta.



KUVIO 11. Asiakaspalautteen kerääminen liittyen psykososiaaliseen hoitoon

Kuviossa 11 on nähtävillä asiakaspalautteen keräämiseen liittyvät vastaukset. Lähes puolet vastaajista vastasi, ettei systemaattista asiakaspalautetta liittyen psykososiaaliseen hoitoon kerätä juuri lainkaan. Tämä ei poista sitä, etteikö yksikössä ylipäätään kerättäisi jonkinlaista asiakaspalautetta.

Yhdeksäs kysymys oli, että millä tavalla hoidon vaikuttavuutta mitataan yksikössäsi. Yhdeksän vastaajaa vastasi, että sitä ei mitata ollenkaan. Mittaamisen eri tapoja vastaajat kertoivat olevan suullinen asiakaspalaute, kirjallinen asiakaspalaute, erilaiset vaikuttavuuden mittarit ja tulostavoitteet. Tulostavoitteisiin liittyen ammattilaiset nostivat esille esimerkiksi keskeyttämisprosentit ja asiakkaiden omien tavoitteiden saavuttamiset.



KUVIO 12. Psykososiaalisen hoidon toteuttamista koskevia väittämiä

Kuviossa 12 on nähtävillä erilaisten psykososiaalisen hoidon toteuttamiseen liittyvien väittämien vastausten jakautuminen. Kaikkien väittämien kohdalla vastauksissa oli melko paljon hajontaa, mutta suoraan omaan työhön liittyvät tekijät koetaan melko positiivisina. Väittämässä ”Pystyn riittävästi työssäni joustamaan aikatauluissa jokaisen asiakkaan yksilöllinen tilanne huomioiden” puolelta vastaa- jista oli vähintään jokseenkin samaa mieltä. Väittämässä ”Mahdollisuuteni toteut- taa psykososiaalista hoitoa omassa työssäni ovat riittävät” myös vähintään jok- seenkin samaa mieltä oli yli puolet vastaajista. Väittämän ”Psykososiaalisen hoi- don tilanne Suomessa on hyvä” kohdalla kukaan vastaajista ei ollut täysin samaa mieltä, ja tässä väittämässä korostui eniten vastausvaihtoehto ”ei samaa eikä eri mieltä”, jonka valitsi lähes puolet vastaajista. Lähes puolet vastaajista, 11, oli väit- tämän kanssa vähintään osittain eri mieltä. Väittämän ”Psykososiaalisen hoidon tilanne on muuttunut huumehoidon urani aikana” kohdalla lähes kaksi kolmas- osaa vastaajista oli vähintään jokseenkin samaa mieltä.

Vastaajat saivat halutessaan perustella (n = 10) vastauksiaan avoimessa kysy- myksessä. Vastauksissa otettiin eniten kantaa psykososiaalisen hoidon muutok- seen. Vastaajien mukaan muutoksia on tapahtunut psykososiaalisen hoidon ar- vostuksessa sekä hoitoon pääsy ja sen kesto ovat heikentyneet. Ammatillaiset kokevat, että psykososiaalisen hoidon arvostus on kadonnut korvaushoidon li-

sääntyessä. Vastajat kommentoivat useammin psykososiaalisen hoidon heikentyneen, kuin että sen tilanne olisi parantunut tai olisi ennallaan. Ammattilaisten joukossa oli myös vastaajia, jotka kokivat, että psykososiaalista hoitoa otetaan nykyään enemmän esille.

*”Psykososiaalista hoitoa ei arvosteta enää niin kuin ennen, tämä romahdus tapahtui suunnilleen samaan aikaan, kun lisättiin lääkkeellistä korvaushoitoa. Niiden ei pitäisi olla joko tai vaan kumpaakin tarvitaan.”*

*”Urani alussa siihen jopa pystyttiin, nykyisin ei ole mitään mahdollisuuksia tehdä sitä täysivaltaisesti.”*

*”Sinä [20 vuoden] aikana hoitoon pääsy, sen kesto, sisältö ja paikkamäärät ovat huonontuneet. Tilalle on tullut korvaushoito, jolla ei ole hoidossa pysymisen lisäksi mitään tavoitteita.”*

*”Hoitopaikkoja on suljettu ja useat yksiköt on ostopalvelusopimusten myötä ajettu todella ahtaalle.”*

*”Eryityisesti avotapaamisilla ja korvaushoidossa psykososiaalinen hoito on asiakkaiden mukaan olematonta tai hyvin vähäistä. Avotapaamisilla keskitytään kirjoittamaan kokonaistilanne ja haastamaan motivaatiota, eikä antamaan psykososiaalista hoitoa.”*

*” – koen että psykososiaalista kuntoutusta on otettu enemmän esille.”*

*” – enemmän asiaan [psykososiaalisen hoidon tilanteeseen] puututaan nykypäivänä.”*

Psykososiaaliseen hoitoon puuttumiseen ja sen esille nostamiseen ei vastauksissa tullut esille kuitenkaan konkreettisia esimerkkejä siihen, miten nämä asiat ovat vastaajille näyttäneet.



KUVIO 13. Psykososiaalisen hoidon toteuttamiseen vaikuttavat tekijät

Kuviossa 13 on nähtävillä mikä vaikuttaa siihen, miten vastaaja pystyy toteuttamaan psykososiaalista hoitoa työssään. Lähes kaikki vastaajat valitsivat asiakkaiden määrän vaikuttavan. Seuraavaksi eniten valittiin henkilöstön määrä, kolmanneksi eniten johtamiskulttuuri ja vähiten valittiin yksikön säännöt, joka valittiin kahdeksan kertaa. Vain yksi vastaaja vastasi, että mikään näistä annetuista vaihtoehtoista ei vaikuta. Kysymykseen liittyen annettiin lisäksi seitsemän ”muuta, mitä” -vastausta. Vastaajat nostivat esille oman asenteen vaikuttavan siihen, miten psykososiaalista hoitoa pystyy työssään toteuttamaan. Ammatillaiset nostivat esille myös oman näkemyksen ja asiakkaan arvokkaan kohtaamisen vaikuttavan siihen, miten hän pystyy toteuttamaan psykososiaalista hoitoa työssään:

*”Oma ajatus psykososiaalisesta hoidosta.”*

*” – – työntekijän asenne ja asiakkaan arvokas ja hyvä kohtaaminen.”*

Vastaajat nostivat esille myös erilaisia järjestelmään liittyviä asioita, kuten kilpailutuksen vaikutukset palveluihin, työn arjen rakenteisiin liittyviä asioita ja medikalisaation. Työn arjen rakenteisiin liittyen ammatillaiset nostivat esille esimerkiksi, että jokaista asiakasta kohti on oltava riittävä määrä aikaa, ja eräs vastaaja nosti

esille, että hänen yksikössään kaikilla on hänen kokemuksensa mukaan mahdollisuus kohdata asiakas. Myös esimiehen rooli nostettiin esille järkevän ajankäytön mahdollistajana. Medikalisaatiosta eräs ammattilainen totesi, että:

*”Medikalisaatio on suurin syy psykososiaalisen hoidon ahdingolle.”*



KUVIO 14. Oman ammatillisuuden kehittäminen liittyen psykososiaaliseen hoitoon

Kuviossa 14 on nähtävillä, miten ammattilaiset kehittävät osaamistaan suhteessa psykososiaaliseen hoitoon. Kaikki vastaajat vastasivat kehittävänsä ammatillisuuttaan jollain tapaa. Lähes kaksi kolmasosaa ammattilaisista pitää itse yllään ammattitaitoaan omaehtoisesti ja käy työnantajan mahdollistamissa koulutuksissa.

Muu, mikä -vastauksista nousi esille keskustelut muiden ammattilaisten kanssa, keskustelut asiakkaiden ja kokemusasiantuntijoiden kanssa ja verkostotyö. Verkostotyö mainittiin useimmiten:

*”Verkostotyö & yhteistyö on myös merkittävä asia, joka lisää ammattiosaamista.”*



Kolmastoista kysymys oli, miten psykososiaalista hoitoa tulisi ammattilaisten mielestä kehittää. Vastauksista nousi esille ammattilaisten kouluttaminen, hoidon tarpeenmukaisuus ja hoidon monipuolistaminen, yhteisöllisyyden lisääminen, rakenteiden saaminen kuntoon ja psykososiaalisen hoidon vieminen yleiselle tasolle.

Ammattilaisten kouluttamiseen liittyen vastaajat nostivat esille, että suosituksia voisi jalkauttaa koulutuksilla. Tarvittavan osaamisen turvaaminen nousi esille parin eri vastaajan vastauksissa:

*”Työtä tekevillä ammattilaisilla tulisi olla osaamista huumeetöihin. Tarvittava koulutus siis järjestettävä.”*

Hoidon tarpeenmukaisuuden kehittämiseen liittyen ammattilaisilla oli paljon kehittämisajatuksia. Esille nostettiin hoidon monipuolisuuteen liittyen muun muassa resurssien lisääminen ja psykososiaalisen hoidon laajentaminen koko huumehoitoon kentälle. Ryhmämuotoisen ja yhteishoidon lisääminen nousi esiin toistuvasti vastauksista.

*”Se [psykososiaalinen hoito] pitäisi olla mukana kaikessa muussa huumehoidossa. Lisäksi yhteishoitoa pitäisi tuoda enenevässä määrin takaisin.”*

*”Miettiä potilaan kanssa hänen tarpeitaan ja työntekijöiden mahdollisuuksia antaa psykososiaalista hoitoa.”*

*”Lähinnä menetelmien käytön tulisi olla suunnitellumpaa eri palveluissa.”*

*”Lisää monipuolisuutta ja kehittämistä yhdessä asiakkaiden kanssa. Yksilövastaukset eivät mielestäni palvele kaikkia ja/tai voi olla ainoa hoidollinen vaihtoehto.”*

*” – pitäisi enemmän panostaa yhteisöllisiin menetelmiin.”*

*” – enemmän jalkautumista asiakkaiden kanssa ja heidän pariin – – ”*

*”Korvaushoitoon pitäisi saada viikoittaiset tai edes joka toinen viikko tapahtuvat tapaamiset omatyöntekijän kanssa. Asiakkaan tilanne tulisi huomioida kokonaisuutena. Korvaushoitoon tulisi sisältyä myös ryhmähoitoa ja selkeää hoidon seuranta ja lopettamista. Psykososiaalisen hoidon tulisi olla koko korvaushoidon keskiössä lääkkeen lisäksi.”*

Rakenteiden kuntoon saamiseen liittyi keskeisesti muun muassa palveluiden kehittäminen. Palveluiden kehittämiseen liittyen ammattilaiset nostivat esille muun muassa seuraavia asioita:

*”Hoitopaikkojen lisäämistä ja hoitoon pääsyn joustavuutta tulisi lisätä.”*

*”Pitäisi laajentaa sitä mm. kaikkialle huumehoidon kentälle.”*

*”Korvaushoidon psykososiaaliseen tukeen panostettaisiin – – Korvaushoidon kriteerien nostamista (tulisi edellyttää ei vain vieroitushoitoa vaan myös että laitospäästystä on kokeiltu. Mahdollisuus päästä helpommin vieroitushoitoon – –”*

*”Enemmän yhteistyötä mielenterveystoimiston ja päihdepalvelujen välillä.”*

Psykososiaalisen hoidon huomioiminen kilpailutuksen kriteerinä nousi myös vastauksista esille.

Myös resurssien lisääminen nousi selkeänä vastauksista:

*”Siihen [psykososiaaliseen hoitoon] pitäisi olla käytettävissä enemmän resursseja.”*

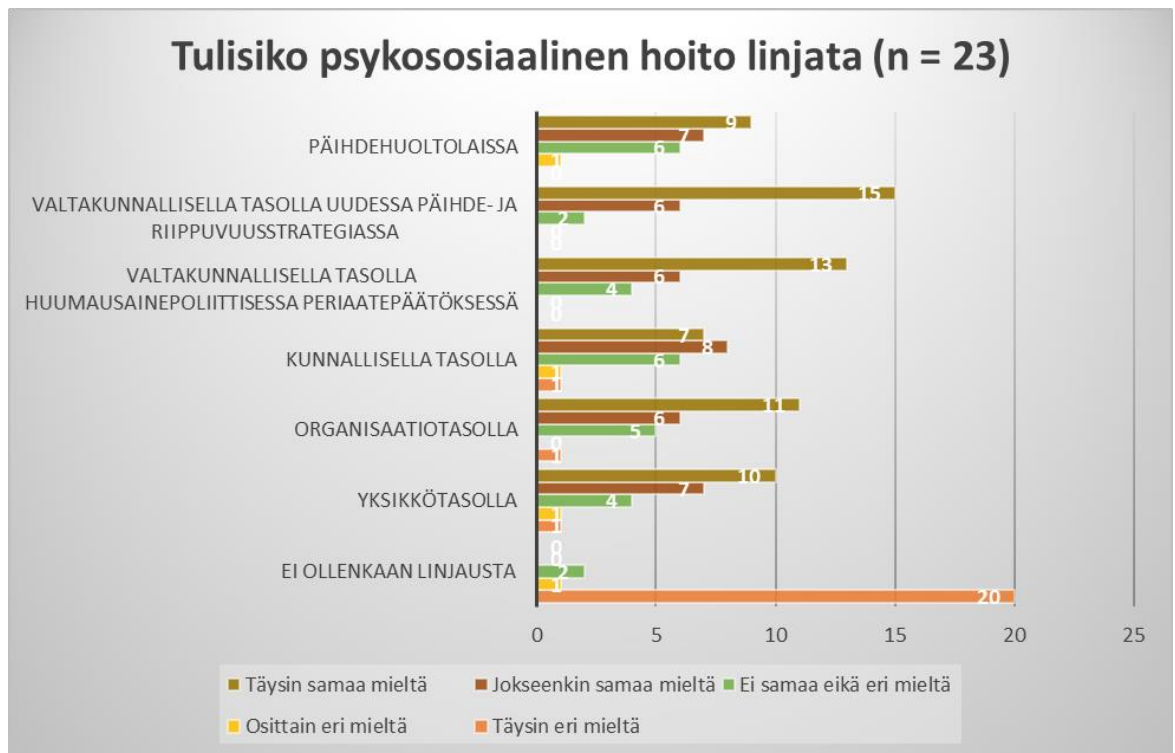
Rakenteiden kuntoon saamiseen liittyen useampi vastaaja nosti lisäksi esille, kuinka tärkeää on johdon riittävä ymmärrys psykososiaalisesta hoidosta:

*”Johtoon tulisi saada enemmän sosiaalialan ammattihenkilöitä, joilla on ymmärrystä psykososiaalisesta työstä.”*

*”Antamalla riittävä johtamisen tuki, ja ymmärrys esimiehillä, mitä on psykososiaalinen hoito.”*

Psykososiaalisen hoidon viemiseen yleiselle tasolle liittyen ammattilaiset nostivat esille valtakunnallisen saavutettavuuden, vaikuttavuuden tutkimisen ja esille tuomisen, termistön selkeyttämisen sekä suositukset ja niiden jalkauttaminen.

*”Psykososiaalinen hoito jää ehkä liikaakin työntekijän näkemyksen varaan, taso kirjavaa – suosituksia ja niiden jalkauttamista koulutuksilla, aikaa myöden asiat etenee?”*



KUVIO 15. Psykososiaalisen hoidon linjaukset

Kuviossa 15 on nähtävillä mitä ammattilaiset ajattelevat psykososiaalisen hoidon linjauksen tasosta ja tarpeellisuudesta. Täysin samaa mieltä -valinnan perusteella useimmiten valittiin uusi Päihde- ja riippuvuusstrategia, seuraavaksi Huu- mausainepoliittinen periaatepäätös, kolmanneksi organisaatiotaso ja neljänneksi yksikkötaso. Valtakunnalliset linjaukset nousevat väittämistä eniten esille, ja näiden väittämien kohdalla yksikään vastaajista ei ollut eri mieltä. Vastaajat eivät yleisesti ottaen juurikaan olleet eri mieltä väittämien kanssa. Tästä voidaan pää-

tellä, että kyselyyn vastanneet ammattilaiset ajattelevat yhtenäisten psykososiaalisen hoidon linjausten olevan ylipäättään tarpeellisia, ja yhtenäisiä linjauksia pidetään tärkeinä. Yksikään vastaajista ei myöskään ollut eri mieltä väittämän ”ei ollenkaan linjausta” kanssa.

Avoimista vastauksista nousi selkeästi esille, että ammattilaiset näkevät psykososiaalisen hoidon linjaamisen tärkeänä. Linjaamisen tärkeys nousee esiin avoimissa vastauksissa seuraavista näkökulmista:

*”Näinhän asiat yleensä paremmin onnistuvat ja etenevät, kun ne on kirjattu ja linjattu kirjoihin ja kansiin.”*

*”Valtakunnalliset ohjeet näkyvät kyllä käytännön työssä jollain aikaviiveellä.”*

*”Käypä hoito -suositukset määrittelevät jo nyt pitkälti, samoin kunnat, organisaatiot.”*

*”Asia tulisi linjata kaikilla tasoilla, mutta sopivan väljästi, jotta hoitovaihtoehdot pysyisivät moninaisina.”*

*”Asetus määrittelee, että korvaushoitoon kuuluu psykososiaalinen tuki. Tätä ei ole tarkemmin määritely, eikä sitä useassa paikassa ole.”*

Linjaamista pidetään siis tärkeänä erityisesti korvaushoidon psykososiaaliseen tukeen liittyen. Erilaisia määrittelyn ja linjausten tasoja kuvataan avoimissa vastauksissa useammanlaisia.

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitä huumehoidossa työskentelevät sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset ajattelevat, että psykososiaalisen huumehoidon tulisi pitää sisällään, mikä merkitys psykososiaalisella hoidolla on ja miten sitä tulisi kehittää. Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä näkyväksi ammattilaisen näkemyksiä psykososiaalisen hoidon merkityksestä ja tilanteesta huumehoidossa. Lisäksi tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota uutta Päihde- ja riippuvuusstrategiaa valmisteleva työryhmä voi hyödyntää.

Kyselyyn vastanneet ammattilaiset olivat suurin osa työskennelleet pitkään huumehoidon parissa. Työntekijöiden vaihtuvuus ei noussut esille vastaajien vastauksissa liittyen siihen, mikä vaikuttaa omassa työssä psykososiaalisen hoidon toteuttamiseen. Henkilökunnan määrän vastasi vaikuttavan kuitenkin noin puolet vastaajista. Henkilöstön vaihtuvuuden tuomat haasteet nousivat esille liittyen asiakkaan luottamuksen muodostumiseen hoitotahoa kohtaan ja sitä kautta hoitoon kiinnittymiseen.

Huumehoidon ammattilaisten ajatukset psykososiaalisesta hoidosta ja sen merkityksestä olivat tässä opinnäytetyössä melko yhteneviä. Vastauksissa ei ollut yleisesti ottaen havaittavissa suurta hajontaa, joten se, ettei sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten vastauksia voinut ristiintaulukoida, ei tulosten kannalta ole niin merkittävää, kuin miltä se ennen aineiston käsittelyä vaikutti. Kyselyyn vastanneilla ammattilaisilla oli hyvin selkeä näkemys psykososiaalisen hoidon tilanteesta huumehoidossa ja miten se omassa työssä näyttäytyy, ja tämä oli myös ennakko-oletukseni kyselylomaketta tehdessäni, jonka vuoksi esimerkiksi ”en osaa sanoa” -vaihtoehtoa ei Likert-asteikoissa ollut.

Psykososiaalisen hoidon kehittämisestä ammattilaisilla oli monipuolisia kehittämisajatuksia. Tarkastelen opinnäytetyöni tuloksia pääasiassa suhteessa Penno- sen (2014) artikkeliin Päihdealan ammattilaisten käsitykset hyvästä ja huonosta hoidosta ja Käypä hoito -suositukseen (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018). Suosituksessa (emt) todetaan psykososiaalisten menetelmien olevan huumehoidon perusta näytön niukkuudesta huolimatta. Menetelmien

osalta tarkastelen tuloksia Käypä hoito -suositukseen (emt) lisäksi suhteessa Draken, O'Nealin ja Wallachen (2007) tutkimukseen psykososiaalisista menetelmistä, sillä kyselylomakkeeseen oli valikoitu menetelmiä myös tämän artikkelin perusteella. Kuviossa 16 on esitelty opinnäytetyön keskeisimmät tulokset suhteessa tutkimuskysymyksiin.



KUVIO 16. Tutkimuskysymykset ja keskeiset tulokset

Tässä johtopäätösosiossa esittelen tulososion pelkistysten perusteella tehdyn aineiston luokittelun tutkimuskysymyskohtaisesti, ja jokaisen kolmen osion alussa on sen osion tulosten luokittelu taulukkona. Tämän jälkeen jokaisessa osiossa

keskeisiä tuloksia verrataan aiempaan tutkimukseen. Aineiston luokittelu on kokonaisuudessaan nähtävissä opinnäytetyön liitteenä (Liite 3).

## 7.1 Hoidon saavutettavuus ja tarpeenmukaisuus

Psykososiaalisen hoidon sisältöjen ja menetelmien sekä psykososiaaliseen hoitoon liittyvien haasteiden yhdistäväksi luokaksi muodostui **saavutettavuus**. Saavutettavuus -luokan alla ovat alaluokat **asiakaslähtöisyys**, **tarkoituksenmukaisuus** ja **ammattilaisen osaaminen**. Taulukossa 3 on ensimmäiseen tutkimuskysymykseen ”Mitä ammattilaiset ajattelevat, että psykososiaalinen hoito tarkoittaa ja mitä siihen pitäisi sisältyä?” liittyvät tulokset luokiteltuna.

TAULUKKO 3. Psykososiaalisen hoidon sisällöt ja menetelmät

| ALALUOKAT               | YHDISTÄVÄ LUOKKA |
|-------------------------|------------------|
| Asiakaslähtöisyys       | Saavutettavuus   |
| Tarkoituksenmukaisuus   |                  |
| Ammattilaisen osaaminen |                  |

Ammattilaisten näkemykset siitä, mitä psykososiaalinen tarkoittaa huumehoidossa, olivat melko yhteneväisiä. Kysymyksen väittämät on valittu Käypä hoito -suosituksen (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018) pohjalta, joten tuloksista voidaan päätellä, että kyselyyn vastanneiden ammattilaisten näkemykset psykososiaalisen hoidon tarkoituksesta huumehoidossa ovat melko samassa linjassa Käypä hoito -suosituksen (emt) kanssa. Kukaan vastaajista ei ollut eri mieltä yhdenkään psykososiaalista hoitoa koskevan väittämän kanssa. Vastauksista nousee esille, että psykososiaalinen hoito on ihmisen tilanteen kokonaisvaltaista huomiointia. Erityisesti ohjaajat painottavat toiminnallisuutta ja arjen hallintaa osana päihdehoitoa (Pennonen 2014, 322). Menetelmätyöskentelyä ei pidetty ensimmäisen kysymyksen vastauksissa yhtä suurena arvona kuin asiakkaan tukemisen ja kohtaamisen eri muotoja ilman menetelmiä. Avoimissa vastauksissa ammattilaiset nostivat esille psykososiaalisessa hoidossa olevan

keskeistä kohtaamisen, toiminnallisuuden ja asiakkaiden toiveiden kunnioittamisen, ja nämä tulokset ovat yhteneväisiä Pennosen (2014) tutkimuksen tulosten kanssa. Pennonen (2014, 321) toteaa, että kaksi kolmasosa tutkimukseen osallistuneista ammattilaisista ajattelee, että samanlainen hoito ei sovi kaikille ja hoidon tarve riippuu ihmisen tilanteesta ja historiasta.

Psykososiaalista hoitoa tai kuntoutusta tulee tarjota kaikille huumeriippuvuudesta kärsiville. Keskeisten toimijoiden ja potilaan yhteistyönä laaditaan kokonaisuhoitosuunnitelma ja sovitaan vastuualueet. Asumisen, toimeentulon, työn ja vapaa-ajan tukeminen yhteistyössä sosiaalitoimen kanssa liittyy kaikkiin hoitomuotoihin. (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Käypä hoito -suosituksessa (emt) todetaan melko yksiselitteisesti, mitä osa-alueita psykososiaalisen hoidon tulee kattaa. Kyselyyn vastanneiden ammattilaisten käsitykset huumehoidon psykososiaalisesta hoidosta olivat määritelmän kanssa melko yhteneväisiä, mutta avoimissa vastauksissa tuli esille, että osa ei miellä psykososiaalista hoitoa yhtä kokonaisvaltaiseksi, vaan esimerkiksi sosiaalityön puolen asiat ajatellaan tästä erillään, vaikka niitä tärkeinä pidetäänkin.

Pennonen (2014, 318) kartoitti analyysissään 53 puhelinhaastattelemansa päihdealan ammattilaisen käsityksiä päihdehoidoista ja niiden toimivuudesta sekä onko käsityksissä eroa eri ammattiryhmien välillä. Tässä opinnäytetyössä olisi ollut mielenkiintoista päästä vertailemaan sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisten mahdollisia eroja vastauksissa, mutta vastausmäärän (n = 23) vuoksi tämä ei ollut mahdollista, ja vastauksissa ei päällisin puolin ylipäätään esiintynyt kovin suurta hajontaa. Etukäteisoletuksena minulla oli, että 50 vastaukseen olisi ollut tässä opinnäytetyössä mahdollista päästä, mutta mahdollisia syitä lopulliseen vastausmäärään olen eritellyt luvussa 5.2. Pennosen (2014, 325) tutkimuksessa nousi esille joitakin selkeitä ammattikuntakohtaisia painotuksia, esimerkiksi sosiaalialan edustajien puheessa korostui asiakkaan kokonaisvaltainen auttaminen ja erityisesti lääkärit kaipasivat yhtenäistä hoitolinjaa, mutta ammattiryhmien näkemykset hyvästä huumehoidosta olivat hyvin samansuuntaisia keskenään.

Pennosen (2014, 321) tutkimuksessa ammattilaiset näkivät päihdehoidon laaja-alaisesti ja haastatteluissa esiin tulleet asiat liittyivät sekä asiakkaiden että ammattilaisten motivaatioon, tarpeenmukaiseen ja asiakkaiden toiveiden mukaiseen



hoitoon sekä pitkäkestoisen hoidon tärkeyteen. Tässä opinnäytetyössä aineistosta nousi toistuvasti esille, että ammattilaiset pitävät asiakkaiden toiveita ja ajatuksia hoidosta tärkeänä ja ammattilaisen kyky ja resurssit motivoida asiakasta on merkittävä tekijä psykososiaalisen hoidon onnistumisessa. Psykososiaalisen hoidon sisältöihin liittyen ammattilaiset nostivat esille, että hoidon on tärkeää olla tarkoituksenmukaista ja kokonaisvaltaista, ja työssään käyttämässä menetelmissä ammattilaiset nostivat esille vertaistuen ja terapeuttiset menetelmät. Vuorovaikutuksen tärkeys korostuu tämän opinnäytetyön vastaajien vastauksissa. Pennosen (2014, 322) mukaan itse menetelmällä ei ole niin väliä, jos työntekijä uskoo asiakkaaseen ja ennen kaikkea välittää tämän asiakkaalle.

Toimivasta ja hyvästä päihdehoidosta on esitetty erilaisia väitteitä ja eri menetelmiä on tutkittu vuosikymmenien mittaan. Yleinen päätelmä tutkimuksissa on se, että hoitomenetelmien, jotka ovat huolella toteutettuja, tuloksellisuudessa ei ole juurikaan eroja. (Pennonen 2014, 319.) Drake ym. (2008, 125) selvittivät 45 tutkimuksen pohjalta yksilöterapian, ryhmäterapian, perheintervention, case-työskentelyn, laituskuntoutuksen, intensiivisen avokuntoutuksen, epävarmuuden hallinnan ja lainsäädännöllisen väliintulon merkityksiä huumeita käyttävien ihmisten tilanteissa. Tässä opinnäytetyössä ammattilaisten ajatukset menetelmien merkityksestä jakautuivat melko tasaisesti. Kysyttäessä ammattilaisilta, mitä menetelmiä psykososiaalisessa hoidossa tulisi olla ja mitä he itse työssään käyttävät, osa kyselyyn valituista menetelmistä nousee selkeästi esille ja osaa menetelmistä ei käytetä ollenkaan tai se on hyvin vähäistä. Ammattilaiset nostivat viideksi tärkeimmäksi psykososiaalisen hoidon menetelmäksi vertaistuen, terapeuttisen keskustelun, palveluohjauksen, yhdessä tekemisen ja motivoivan haastattelun. Omassa työssään viisi tärkeintä käytettyä menetelmää taas olivat palveluohjaus, motivoiva haastattelu, terapeuttinen keskustelu yleinen tukeminen/vuorovaikutus ja vertaistuki. Se, mitä työntekijät pitävät tärkeimpänä menetelminä ja millaisia menetelmiä he itse toteuttavat eivät siis tämän opinnäytetyön vastaajilla ole suuressa ristiriidassa. Käypä hoito -suosituksessa (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018) nostetaan menetelmistä erityisesti esille terapeuttinen keskustelu, yhdessä tekeminen, verkostoterapia ja vertaisryhmä. Drake ym. (2008, 123, 127) toteavat, että asiakkailla, joilla on huumeriippuvuuden lisäksi mielen-terveyden haasteita, motivoiva haastattelu, ryhmäterapia, epävarmuuden hallinta

ja laitosmuotoinen kuntoutus näyttävät edistävän positiivisesti asiakkaan huumeiden käytön lopettamista. Motivoiva haastattelu ja terapeutit näyttävät siis nousevan esille sekä ammattilaisten ajatuksissa että asiakkaiden tilanteita tutkittaessa. Muilla menetelmillä oli myös merkittävää vaikutusta asiakkaiden tilanteisiin, esimerkiksi ihmisten elämänlaatu parani menetelmien avulla tai sairaalakäyntien tarve väheni (Drake ym. 2008, 123, 129). Verkostoterapia ei nouse esille Draken ym. (emt) tutkimuksessa tai tässä opinnäytetyössä keskeisenä elementtinä, toisin kuin Käypä hoito -suosituksessa (emt). Perheterapia nousi tärkeäksi psykososiaalisen hoidon menetelmäksi tämän opinnäytetyön vastauksissa, mutta yksikään vastaajista ei valinnut sitä itse tekemässään työssään tärkeimpänä menetelmänä. Laanterä (2019, 20) toteaa, että läheiset ovat usein päihdekuntoutujalle merkittävä voimavara.

Käypä hoito -suosituksen (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018) mukaan käytössä olevia psykososiaalisen hoidon menetelmiä ovat kahdentoista askeleen hoito, kognitiivinen käyttäytymisterapia (KTT), kognitiivinen terapia, motivoiva haastattelu, palkkiohoito, palveluohjaus, ratkaisukeskeinen terapia, systeemiteoreettinen malli (perhe- ja verkostoterapiat), yhteisöhoito, yhteisövahvistusohjelma ja yleinen tukeminen tai hoitava vuorovaikutus. Näistä menetelmistä palkkiohoito oli ainut, joita kukaan tämän tutkimuksen vastaajista ei valinnut tärkeimmäksi psykososiaalisen hoidon sisällöksi. Kysyttäessä menetelmiä, joita vastaaja itse käyttää työssään, valitsematta kokonaan jäivät verkostoterapia, perheterapia, palkkiohoito, ratkaisukeskeinen terapia ja yhteisövahvistusohjelma. Tämän opinnäytetyön tuloksista nousee esille ammattilaisten toiveet psykososiaalisen hoidon monipuolistumisesta.

Asiakkaan motivointia ammattilaiset pitävät ensiarvoisen tärkeänä, ja ammattilaisen on kyettävä huomaamaan asiakkaan alkava motivaatio ja tukea häntä siinä. Ammattilaiset kuitenkin nostavat esille myös asiakkaan oman muutosmotivaation tärkeyden. (Pennonen 2014, 321, 322.) Toimivan asiakassuhteen muodostaminen on ammattilaisen tehtävä, ja omia vuorovaikutustaitoja tulee arvioida realistisesti (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018). Psykososiaalisen hoidon haasteiksi tässä opinnäytetyössä ammattilaiset nimesivät ammattitaitoon ja rakenteellisiin haasteisiin liittyviä asioita. Ammattitaitoon sisältyi ammattilaisen

osaaminen ja asiakkaan sitouttaminen. Ammatilaisen osaamiseen liittyen vastaajat korostivat erityisesti työntekijän riittävää ymmärrystä riippuvuudesta ja halua asiakkaan aitoon kohtaamiseen. Asiakkaan sitouttamisessa korostettiin ennen kaikkea asiakkaan kiinnittymistä ja motivoimista hoitoon, ja näiden erityisenä haasteena asiakkaiden huonoja kokemuksia palveluista ja tämän myötä heidän vaikeuttaan luottaa palveluihin sekä työntekijöihin, ja tämä taas vaikeuttaa asiakkaan sitouttamista hoitoon. Asiakkaan sitouttamisen haasteiksi nostettiin myös päihteiden käytön mukanaan tuomat sitoutumisen haasteet.

Ammattilaiset nostavat esille kritiikkiä vallitsevia oloja, tapoja ja menetelmiä kohtaan. Ristiriitoja eniten ammattilaisten mielestä aiheuttavat erityisryhmien, esimerkiksi nuorten ja naisten, hoidollisiin tarpeisiin vastaaminen ja lääkkeiden käyttö itsenäisenä hoitomuotona. Tutkimuksessa nousee esille huoli asiakkaiden mielenterveyden haasteiden hoitamisesta, kun hoitopaikat vaihtuvat. (Pennonon 2014, 323.) Tässä opinnäytetyössä rakenteellisiin haasteisiin liittyen ammattilaiset nostivat esille riittämättömät resurssit, hoidon tarpeenmukaisuuden, asiakkaan luottamuksen muodostumisen, medikalisaation ja järjestelmän haasteet. Riittämättömät resurssit nousivat selkeästi esille kyselyyn vastanneiden vastauksista. Resursseihin liittyen mainittiin muun muassa ajan puute riittävän monipuoliseen tukeen, resurssien joustamattomuus hoidon parantamiseen ja liian vähäiset työntekijäresurssit. Käypä hoito -suosituksen (Huumeongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018) mukaan hoidossa tärkeää on ammattitaito, hoidon jatkuvuus, asiakkaan motivoiminen ja sitouttaminen sekä muutosvaihemallin huomioiminen hoidon suunnittelussa. Hoidon tarpeenmukaisuuteen liittyen vastaajat nostivat esille, ettei vertaistuki sovi kaikille ja että asiakkaan sosiaalisten taitojen puute saattaa estää psykososiaalisen hoidon hyödyn. Esille nostettiin myös mielenterveyden haasteiden ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyys ja sen tuomat haasteet psykososiaaliselle hoidolle. Käypä hoito -suosituksessa (emt) todetaan, että huumehoidossa on tarpeen päihdepsykiatrinen asiantuntemus, sillä huumeiden käyttöön liittyy monesti mielenterveyden haasteita. Asiakkaiden luottamuksen muodostumiseen liittyi erityisesti asiakkaiden huonot kokemukset palveluista ja viranomaisista, ja tämä on kytköksissä myös aiemmin mainittuun asiakkaan sitouttamiseen. Tärkeä hoidon työkalu on avoin ja luottamuksellinen hoitosuhde (Huumeongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018).

Huoli medikalisaatiosta nousi selkeästi esiin tämän opinnäytetyön vastauksissa. Siihen liittyen vastaajat nostivat psykososiaalisen hoidon haasteena, että psykososiaalisen hoidon arvostus suhteessa lääkehoitoon, sekä korvaushoitoon että muuhun, vähenee ja ettei lääkehoito yksistään riitä. Erityisesti hoitajien haastatteluista nousi esille huoli ei-lääketieteellisten ilmiöiden lääketieteellistämisestä ja lääkkeiden määräämisestä miettimättä riittävästi asiakkaan kokonaistilannetta (Pennonen 2014, 325). Järjestelmän haasteisiin liittyen vastaajat nostivat esille hoitoon pääsyn korkeat kynnykset, johdon riittämättömän osaamisen hoidon sisältöjen arviointiin ja kilpailutuksen tuloksena palveluiden minimoinnin.

Ammattilaiset nostivat yleisesti ottaen tässä opinnäytetyössä esiin psykososiaalisen hoidon haasteina niitä elementtejä, joita Käypä hoito -suosituksessa (Huumuongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018) nostetaan esiin tärkeinä psykososiaalisen hoidon osa-alueina. Tämä viittaa siihen, että suositus ei riitä, vaan tarvitaan tarkempia linjauksia eri tasoilla. Ammattilaisten nostamat haasteet liittyvät erityisesti hoidon saavutettavuuteen.

## 7.2 Psykososiaalinen hoito keskeisenä huumehoidon osa-alueena

Toinen tutkimuskysymys tässä opinnäytetyössä oli ”Mikä merkitys psykososiaalisella hoidolla on huumehoidossa ammattilaisten näkökulmasta?” Taulukossa 4 on luokiteltu tämän osion keskeisimmät tulokset.

TAULUKKO 4. Psykososiaalisen hoidon merkitys

| ALALUOKAT                            | YHDISTÄVÄ LUOKKA |
|--------------------------------------|------------------|
| Osa kaikkea hoitoa                   | Korvaamattomuus  |
| Asiakkaan kanssa yhdessä työskentely |                  |
| Pelkän lääkehoidon riittämättömyys   |                  |

Ammattilaiset vastasivat kattavasti psykososiaalisen hoidon merkitykseen liittyviin kysymyksiin. Lähes kaikki kyselyyn vastanneet ammattilaiset olivat annettujen väittämien perusteella sitä mieltä, että psykososiaalinen hoito on merkittävää kaikissa kyselyssä mainituissa huumehoidon muodoissa. Pennosen (2014, 326) mukaan ammattilaisten puheessa nousee selkeästi esille yksilöllinen kohtaaminen, asiakkaan tarpeiden huomiointi sekä kyky motivoida asiakasta. Tämän opinnäytetyön tulokset ovat yhteneviä Pennosen (emt) tutkimuksen kanssa siinä, että psykososiaalinen hoito nousee ammattilaisten puheissa merkittäväksi huumehoidon osa-alueeksi. Asiakkaiden kanssa käytyihin keskusteluihin liittyen psykososiaaliseen hoitoon tämän opinnäytetyön vastaajat kuvaavat hyvin monenlaisia keskusteluja. Erilaisten menetelmien hyödyntäminen ja asiakkaan tilanteiden kartoittaminen nousivat esille vastauksista, ja asiakkaan tukeminen ja rinnalla kulkeminen ovat vastauksissa keskeisiä asioita asiakkaiden kanssa vuorovaikuttaessa.

Puolet haastatelluista ammattilaisista uskoo, että hoidon pitkäkestoisuus antaa asiakkaalle paremman mahdollisuuden päihteiden käytön lopettamiselle. Kunnan irtiotto päihdemaailmasta on tärkeä, mutta pitkäkestoinen hoito voi olla myös laitos- ja avohoidon yhdistelmä. (Pennonen 2014, 322.) Tämän opinnäytetyön tuloksissa puolet vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä sen kanssa, että psykososiaalisen hoidon kesto on merkittävässä roolissa sen hyödyllisyydessä. Avoumissa vastauksissa hoidon keston liittyviä asioita ei suoranaisesti käsitellä, mutta yksi vastaaja nostaa tämän asian esille:

*”Mielestäni hoidon kesto on suorassa suhteessa entiseen elämäntapaan. Vanhat ja haitalliset elämäntavat ovat tiukassa ja niistä on vaikea oppia pois.”*

Käypä hoito -suosituksessa (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018) todetaan, että esimerkiksi kannabista käyttävien osalta psykososiaalisella hoidolla voidaan vähentää käytöstä aiheutuvia haittoja sekä lisätä täysin käytön lopettaneiden määrää, ja hoidon pituudella tai intensiteetillä ei ole erityistä merkitystä, kun taas opiaattiriippuvuuden hoidon kohdalla mainitaan, että käytön lopettamiseen tarvitaan pitkä kuntouttava hoito, jonka suositellaan sisältävän psykososiaalista hoitoa.

Ammattilaiset ottivat kyselylomakkeessa avoimissa kysymyksissä vahvasti kantaa siihen, mikä on psykososiaalisen hoidon merkitys huumehoidossa. Vastaajat korostivat, että psykososiaalinen hoito on välttämätöntä kaikessa huumehoidossa. Ammattilaiset nostivat esille, että ihminen tarvitsee vierelleen toista ihmistä, ja psykososiaalinen tuki on tärkeää missä tahansa hoitomuodossa. Vastaajien mukaan psykososiaalinen hoito on yksi toipumisprosessin osatekijä. Ammattilaisten vastauksissa sivutaan useaan otteeseen, että psykososiaalista hoitoa ja tukea tarvitaan vanhasta irtautumiseen ja uuden elämän opetteluun, oli hoitomuoto mikä tahansa. Hoidon kokonaisvaltaisuus ja sen tärkeys mainitaan myös useaan otteeseen ammattilaisten vastauksissa. Tämän opinnäytetyön vastauksista nousee esille toistuvasti lause, että pelkkä lääke ei paranna ketään ja että psykososiaalisen hoidon tulisi olla suuremmassa roolissa huumehoidossa. Pennosen (2014, 323) tutkimuksessa nousi myös esille, ettei ammattilaisten mielestä lääkehoito yksinään riitä. Psykososiaalisen hoidon ja lääkehoidon tasapainoa nostetaan tämän opinnäytetyön vastauksissa esiin. Weckroth (2007, 427) toteaa, että psykososiaalinen-termin vakiintuminen psykiatriseen sanastoon vaikuttaa liittyvän hetkeen, jolloin havaittiin, ettei kuntoutumisen keskeisiä asioita voida kuvata pelkästään lääketieteen käsitteiden avulla. Asiakkaan kohtaamiseen liittyen aineistossa nousi esille asiakkaista välittäminen ja sen näyttäminen asiakkaille sekä työntekijän tarjoama tuki asioiden käsittelyyn. Eräs ammattilainen kiteyttää hyvin yksiselitteisesti näkemyksensä psykososiaalisen hoidon merkityksestä huumehoidossa:

*”Valtava.”*

Tämän opinnäytetyön tuloksissa nousee selkeästi esille ammattilaisten huoli psykososiaalisen hoidon puutteesta opioidikorvaushoidossa. Opioidikorvaushoitoa hoitomuotona vastaajat eivät kritisoineet, mutta aineistosta nousee toistuvasti kysymyksestä riippumatta esille huoli siitä, että korvaushoito tai muu lääkehoito yksistään eivät ole riittäviä hoitomuotoja ja psykososiaalista hoitoa tarvitaan siihen rinnalle. Myös asiakkaat olivat tuottaneet ammattilaisen ja asiakkaan välisissä keskusteluissa, ettei pelkkä lääkehoito ole riittävää huumehoitoa. Pennosen (2014, 323, 324) tutkimuksessa nousee esille ammattilaisten kokemus ristiriitaa korvaushoitoa kohtaan, ja lääkkeisiin keskittyvää hoitoa ei pidetä toimivana, jos siihen ei kuulu henkilökohtaista hoitosuhdetta. Hakkarainen ja Tigerstedt (2005,

152) nostivat jo korvaushoidon yleistymisen jälkeen esille, että olisi tärkeää saada tarkempaa tietoa siitä, millaista psykososiaalista tukea korvaushoidon asiakkaat saavat. Ahokas ja Haste (2019, 29) toteavat, että ammattilaiset pitävät tärkeänä, että asiakkaalta kysytään korvaushoidon alkaessa elämäntilanteeseen, kuten asumiseen, liittyviä asioita, ja suurin osa vastaajista kertoi asiakkaille olevan tarjolla muun muassa keskusteluapua ja dialektista käyttäytymisterapiaa. Käypä hoito -suositukseen (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018) mukaan opioidikorvaushoidon täytyy perustua hoitosuunnitelmaan, jossa määritellään hoidon tavoitteiden lisäksi lääketieteellinen ja psykososiaalinen hoito ja kuntoutus sekä seuranta ja erikseen mainitaan, että korvaushoitoon tulee kuulua yksilöllistä psykososiaalista hoitoa.

Ammattilaiset nostavat vastauksissaan psykososiaalisen hoidon merkityksen hyvin tärkeäksi osaksi huumehoitoa sekä ammattilaisten asiakkaiden kanssa käytyjen keskustelujen perusteella että ammattilaisten omien näkemysten ja kokemusten perusteella. Kyselyyn vastanneet ammattilaiset kokevat, että psykososiaalisen hoidon merkitystä ei tunnusteta palvelujärjestelmän suunnalta tai ainakaan arvostus ei välity kentälle asti. Vastauksista voi päätellä, että ammattilaiset kokevat psykososiaalisen hoidon korvaamattomana hoitomuotona.

### **7.3 Psykososiaalisen hoidon joustavuuden lisääminen**

Kolmas tutkimuskysymys oli ”Miten psykososiaalista hoitoa pitäisi kehittää ammattilaisten mielestä?”. Ammattilaiset nostivat runsaasti esiin erilaisia kehittämiskohteita liittyen psykososiaaliseen hoitoon. Taulukkoon 5 on luokiteltu kehittämiseen liittyvät keskeiset tulokset.

TAULUKKO 5. Psykososiaalisen hoidon kehittäminen

| ALALUOKAT   | YHDISTÄVÄ LUOKKA |
|---|------------------|
| Kynnyksettömyys                                     | Joustavuus       |
| Byrokraattisuuden vähentäminen                      |                  |
| Ammattilaisten ja johdon säännöllinen kouluttaminen |                  |
| Psykososiaalisen hoidon laajentaminen               |                  |
| Nostaminen korvaushoidon rinnalle                   |                  |
| Linjaaminen riittävän väljästi                      |                  |

Lähes puolet kyselyyn vastanneista ammattilaisista vastasi, ettei yksikössä, jossa hän työskentelee, kerätä lainkaan systemaattista asiakaspalautetta liittyen psykososiaaliseen hoitoon. Systemaattisen asiakaspalautteen keräämistä kukaan vastaajista ei kuitenkaan maininnut psykososiaalisen hoidon kehittämiseen liittyvissä avoimissa kysymyksissä. Hoidon vaikuttavuuden mittaamisessa vähän yli puolet vastaajista vastasi sitä mitattavan. Osa kertoi sitä mitattavan suullisella asiakaspalautteella, osa kirjallisella ja osa muunlaisilla lomakkeilla, sekä osalla vastaajista mittareina toimi tulostavoitteita mittaavat kyselyt. Ahokas ja Haste (2019, 33) toteavat, että kyselyyn osallistuneista korvaushoitoyksiköistä noin puolet vastasi, ettei asiakastyytyvyyttä mitata ja lähes koko toinen puoli vastaajista ei osannut sanoa, mitataanko.

Puolet tämän opinnäytetyön kyselyyn vastaajista koki voivansa joustaa työssään jokaisen asiakkaan yksilöllinen tilanne huomioiden. Resurssikysymykset nousivat esille myös muissa tämän opinnäytetyön kysymysten vastauksissa, ja tämä ammattilaisten kokemahenkilöstö- ja muiden resurssien puute on tärkeä seikka psykososiaalisen hoidon kehittämisessä. Suurin osa kyselyyn vastanneista ammattilaisista kuitenkin kokee mahdollisuutensa toteuttaa psykososiaalista hoitoa omassa työssään hyväksi. Suurin osa vastaajista ei kuitenkaan yleisesti ottaen pidä psykososiaalisen hoidon tilannetta Suomessa hyvänä, ja sen koetaan myös muuttuneen oman huumehoidon uran aikana. Tuloksista nousi esille, että osa



kyselyyn vastanneista ammattilaisista kokee arvostuksen laskeneen psykososiaalista hoitoa kohtaan. Weckrothin (2007, 432) mukaan psykososiaalinen -käsitteen käyttö on tuohon aikaan päihdehoidon kontekstissa niputtanut sosiaalityön kokonaisvaltaisia työtapoja niin, että niputtaminen on hämärtänyt työtapoja, vaikka tarkoitus on ollut selkeyttää niitä. Tämä voi keskeisesti liittyä tämän opin- näytetyön vastaajien kokemaan psykososiaalisen hoidon arvostuksen laskuun. Psykososiaalisen hoidon ja sen menetelmien vaikuttavuutta on haastavaa osoittaa, ja tämä voi vaikuttaa psykososiaalisen hoidon arvostukseen haitallisesti.

Osa vastaajista nostaa esille, että psykososiaalisen hoidon toteuttamismahdollisuudet omassa työssä ovat huonontuneet. Palveluiden kuvattiin olevan ahtaalla kilpailutuksen vuoksi. Palveluihin liittyen nostettiin esille muun muassa, että hoitoon pääsy on vaikeutunut, hoidon kesto ja sisältö ovat huonontuneet sekä hoitopaikat ja niiden paikkamäärät ovat vähentyneet. Pennosen (2014, 322) tutkimuksessa lähes puolet haastatelluista ajattelevat, että tarjonnan päihdepalveluissa tulisi olla monipuolista. Eräs vastaaja nostaa esille merkittävän asiakkaiden esiin nostaman asian: asiakkaat kokevat, että avotapaamisilla keskitytään haastamaan asiakkaan motivaatiota. Vastauksissa nousee esille myös se, että korvaushoidon ja psykososiaalisen hoidon ei tulisi olla vastakkain, sillä molempia tarvitaan. Eräät vastaajat nostavat esille, että psykososiaalinen hoito on enemmän esillä nykypäivänä ja sen tilanteeseen puututaan enemmän.

Ammattilaisilta kysyttiin, mikä vaikuttaa siihen, miten hän pystyy toteuttamaan psykososiaalista hoitoa omassa työssään. Asiakkaiden määrä ja henkilöstön määrä nousevat annetuista vaihtoehdoista eniten esille, ja avoimissa vastauksissa korostuivat oman asenteen ja järjestelmään liittyvien asioiden vaikutus. Asiakkaan arvokas kohtaaminen liittyen omaan asenteeseen nousi esille vastauksista. Kohtaaminen toistuu tämän oppinäytetyön vastauksissa läpi kaikkien vastausten. Järjestelmään liittyviä tekijöitä psykososiaalisen hoidon toteuttamiseen liittyen olivat medikalisaatio, työn arjen erilaiset rakenteet, kuten esimiehen tuki ajankäytössä, ja kilpailutus. Kilpailutus nostettiin vastauksissa esille siitä näkökulmasta, että se on ajanut palvelut ahtaalle ja tämä vaikuttaa psykososiaalisen hoidon toteuttamiseen. Pennonen (2014, 323) toteaa, että päihdeongelmia hoidettaessa on huomioitava asiakkaan fyysisen, psyykkisen sekä sosiaalinen ti-

lanne. Kaikki kyselyyn vastanneet ammattilaiset kertoivat kehittävänsä jollain tapaa omaa ammatillisuuttaan liittyen psykososiaalisen hoidon toteuttamiseen, ja yli puolet vastasi käyvänsä koulutuksissa tai lukemalla itse aiheesta. Oman ammatillisuuden kehittämiseen liittyen ammattilaiset nostivat vielä erikseen esille keskustelut muiden ammattilaisten sekä asiakkaiden kanssa, ja verkostotyön merkitys korostui erityisesti.

Ammattilaisilla oli monenlaisia kehittämissuhteita psykososiaaliseen hoitoon. Ehdotukset liittyivät ammattilaisten kouluttamiseen, hoidon tarpeenmukaisuuteen keskittymiseen, rakenteiden parantamiseen ja psykososiaalisen hoidon viemiseen yleiselle tasolle. Ammattilaisten kouluttamisessa korostettiin kaikkien huumeita käyttävien asiakkaiden kanssa työskentelevien ammattilaisten kouluttamista ja esille tuotiin myös suositusten jalkauttaminen koulutusten avulla. Käypä hoito -suosituksessa (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018) todetaan, että sekä haittoja vähentävässä että kuntouttavassa huumehoidossa tarvitaan ennakkoluulotonta ja neutraalia työtettä. Pehkonen, Kekoni ja Kuusisto (2019, 13) toteavat, että päihdepalveluiden asiakkaiden auttaminen ja kohtaaminen vaativat laajaa osaamista työntekijältä. Hoidon tarpeenmukaisuuden kehittämiseen liittyen ammattilaiset nostivat esille hoidon ja menetelmien monipuolistamisen, ja yhteisöllisyyden lisääminen toistui vastauksissa. Yhteisöllisyyden on todettu olevan hyödyllistä huumehoidossa aiemmissa tutkimuksissa. Pärttö ym. (2009, 135) toteavat, että yhteisöllisyys ei aina huomioi riittävästi yksilöitä, mutta pääsääntöisesti yhteisöllisyydellä voidaan saavuttaa hyviä tuloksia. Tämän opinäytetyön vastauksissa korvaushoidon psykososiaalisen hoidon kehittäminen mainittiin erikseen.

Rakenteiden parantamiseen liittyen ammattilaiset nostivat esille palveluiden kehittämisen, resurssien lisäämisen ja johdon psykososiaalisen hoidon ymmärryksen lisäämisen. Varsinaisten psykososiaalisen hoidon menetelmien kehittäminen ei noussut vastauksista esille. Eräs vastaaja totesi, etteivät menetelmät itsessään vaadi kehittämistä, vaan palvelut. Mielenterveyspalveluiden ja päihdepalveluiden yhteistyön lisääminen nousi esille vastauksista. Huumeita käyttävän ihmisen tilanteen kokonaisvaltaiseen käsittelyyn tarvitaan moniammatillista yhteistyötä (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018). Palveluiden kehittämisessä lisäksi keskeiseksi asiaksi nousi se, että hoitoon pääsyn kynnyksiä tulee

madaltaa, ja hoitoon pääsyyn tulla ylipäätään lisää joustavuutta sekä hoitopaikkoja lisätä. Johdon ymmärryksen lisääminen psykososiaalisesta hoidosta nousi esille aineistosta. Vastauksissa psykososiaalisen hoidon todettiin jäävän liikaa työntekijän näkemyksen varaan, ja termistöä tulisi selkeyttää sekä tehdä hoidosta suosituksia. Myös psykososiaalisen hoidon vaikuttavuuden tutkiminen nostettiin esille kehittämiskohteena.

Kyselyyn vastanneet ammattilaiset kannattivat melko tasaisesti psykososiaalisen hoidon linjauksia ja linjauksien paikkoja. Tärkeimmäksi linjaamisen paikaksi tässä opinnäytetyössä nousivat Päihde- ja riippuvuusstrategia ja Huumausainepoliittinen periaatepäätös. Linjaamista pidettiin avoimissa vastauksissa ylipäätään tärkeänä, ja siihen sisältyi ajatuksia linjausten positiivisesta vaikutuksesta asioiden eteenpäin menemiseen. Pennosen (2014, 324) tutkimuksessa nousi esille, että yhtenäisten hoitolinjojen sekä selkeiden hoitosuosittelujen puute on tiimityön ongelma. Linjausten riittävä väljyys nostettiin tämän opinnäytetyön vastauksissa esille. Tärkeys nousi esille myös ajatuksina liittyen psykososiaalisen hoidon tarkempaan määrittelyyn esimerkiksi korvaushoidossa. Osa totesi joiltain osin määrittelyä jo olevan esimerkiksi Käypä hoito -suosituksissa ja organisaatioissa.

Osa haastatelluista kaipaa selkeämpiä käypähoitosuosituksia sekä asiakkaiden oikeusturvan että moniammatillisten tiimien yhteisten hoitolinjojen kannalta (Pennonen 2014, 324). Käypä hoito -suosituksen tavoite on tiedon lisäämisen avulla selkeyttää huumehoitoa ja edistää moniammatillista yhteistyötä sekä verkostoitumista. Suositus on tarkoitettu sosiaali- ja terveysalan henkilöstölle sekä julkisella, yksityisellä että järjestösektorilla. (Huumeongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan kuitenkin todeta, että suositus ei vielä riitä erityisesti psykososiaalisen hoidon yhtenäistämiseen. Tarve linjauksille suosituksia määräävämmällä tasolla nousee esille vastauksista. Ammattilaiset toivovat psykososiaalisen hoidon yhteneväisyyttä ja psykososiaaliseen hoitoon panostamista. Aineistosta nousee esille selkeitä psykososiaalisen hoidon kehittämiskohtia, joita ovat psykososiaalisen hoidon puute erityisesti korvaushoidossa, johdon ymmärryksen lisääminen, yhteisöllisyyden lisääminen hoitoon, hoitoon pääsyn kynnyksen madaltaminen ja resurssien riittämättömyys asiakaslähtöisen psykososiaalisen hoidon toteuttamiseen. Seuraava ammattilaisen ajatus kiteyttää yhtenäisten linjausten tärkeyden:

*”Miten voit?” -kysymys lääkkeenjako-tilanteessa ei ole riittävää psykososiaalista tukea.”*

Hoidon joustavuuden tärkeys asiakkaan näkökulmasta nousee keskeisesti esiin ammattilaisten vastauksista, ja psykososiaalisen hoidon tarve yleisesti ottaen näyttäytyy hyvin keskeisenä tähän opinnäytetyöhön vastanneiden ammattilaisten ajatuksissa.

## 8 POHDINTA

Tähän opinnäytetyöhön vastasi 23 huumehoidon ammattilaista. Opinnäytetyössä ei haettu yleistettävyyttä, vaan huumehoidon ammattilaisten näkemyksiä tuotiin esille kvalitatiivisen tutkimuksen keinoin. Opinnäytetyön tuloksia voidaan pitää suuntaa antavina, ja tulokset olivat samansuuntaisia aiempien tutkimusten kanssa.

Sosiaali- ja terveysalan kesken vastaajat jakoutuivat melko lailla tasan, ja suurin osa kyselyyn vastanneista ammattilaisista oli työskennellyt huumehoidossa pitkään. Kyselyssä kysytyjä ammattinimikkeitä ei lopulta vastausmäärän vuoksi voitu hyödyntää opinnäytetyön tulosten tarkastelussa. Vastaajat työskentelivät erilaisissa yksiköissä, ja avohoitoyksiköiden työntekijät olivat eniten edustettuina. Kyselyyn vastasi joitakin esimiestasolla toimivia henkilöitä.

Opinnäytetyön tulosten perusteella ammattilaisten näkemyksen psykososiaalisen hoidon tärkeyden ja ammattilaisten kokeman palvelujärjestelmän välittämän viestin välillä on merkittävä ristiriita. Ammattilaiset näkevät psykososiaalisen hoidon erittäin olennaisena osana huumehoitoa. Kuitenkin ammattilaiset kokevat, että yleisesti ottaen arvostus psykososiaalista hoitoa kohtaan on laskenut, ja että johtotasolla ei aina ymmärretä psykososiaalisen hoidon tärkeyttä. Tämä ristiriita aiheuttaa sen, että palvelujärjestelmä ei psykososiaalisen hoidon osalta täysin vastaa huumehoidon ammattilaisten näkemystä siitä, mitä psykososiaalinen hoito parhaimmillaan voisi olla.

### 8.1 Kehittämisehdotukset

Aineistossa nousee esille yleisesti ottaen asiakkaan ja työntekijän välisen luottamuksuhteen muodostumisen tärkeys psykososiaalisen hoidon toteuttamisessa sekä ammattilaisten huoli siitä, että opioidikorvaushoito ja muu lääkehoito syrjäyttävät psykososiaalisen hoidon. Korvaushoidon tilannetta kohtaan esitettiin melko kriittisiäkin näkemyksiä vastauksissa, mutta kritiikki ei kohdistunut opioidi-

korvaushoitoa kohtaan hoitomuotona itsessään, vaan siihen, että korvaushoitopalveluista on karsittu psykososiaalinen hoito minimiin ja myös asiakkaat nostavat sitä esille, ettei pelkkä lääkkeenhaku ole huumehoitoa. Weckroth (2007, 433) toteaa, että vaikka jonkinlaista vastakkainasettelua aiemmista tutkimuksista on havaittavissa, sosiaalialan kirjoituksissa ei kyseenalaisteta korvaushoitoa eikä lääketieteellisissä julkaisuissa kiistetä esimerkiksi asumisen tai sosiaalisten suhteiden vaikutusta hoitoon. Suomen huumestrategia 1997:ssä (2013, 30) todetaan, että korvaushoitoon kuuluu olennaisena osana psykososiaalinen tuki. Psykososiaalinen-termi on päihdealan tutkimuksissakin yleistynyt opioidikorvauksihoidon yleistymisen myötä (Weckroth 2007, 430). Suurin osa tämän opinnäytetyön vastaajista korostaa psykososiaalisen hoidon nostamista takaisin lääkehoidon rinnalle. Weckroth (2007, 428) toteaa, että monissa oppikirjallisuuden teoksissa nousee esiin näkemys ihmisestä ”biologisena, psykologisena ja sosiaalisena olentona”. Tämä ajatus on havaittavissa kantavana näkemyksenä myös tähän tutkimukseen osallistuneiden ammattilaisten ajattelussa, ja tähän kokonaisvaltaiseen näkemykseen ihmisestä tulisi palvelujärjestelmänkin perustua. Tuloksissa nousi esille, että osa ammattilaisista kokee, ettei johdon ymmärrys työstä ole riittävää ja puolet vastaajista vastasi, ettei systemaattista asiakaspalautetta kerätä liittyen psykososiaaliseen hoitoon. Asiakaspalautteen systemaattinen kerääminen psykososiaalisesta hoidosta ja palautteen hyödyntäminen voisi olla yksi ratkaisu johdon ymmärryksen lisäämiseen.

Ammattilaiset olivat vastauksissaan huolissaan psykososiaalisen hoidon arvostuksen laskemisesta. Psykososiaalisen hoidon vaikuttavuutta on vaikeampaa mitata kuin lääkkeellisen hoidon vaikuttavuutta. Tutkimukseen vastanneiden ammattilaisten vastaukset kuitenkin osoittavat, että psykososiaalinen hoito on ammattilaisten mielestä erittäin merkittävää. Käypä hoito -suosituksessa (Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018) esitellään runsaasti erilaisia psykososiaalisen hoidon menetelmiä. Suositus voisi toimia hyvänä pohjana eri tasoille psykososiaalisen hoidon linjauksille, ja tähän tutkimukseen vastanneet ammattilaiset myös nostavat esille, että psykososiaalisen hoidon sisällön määrittely eri tasojen linjauksissa on paikallaan. Asiakkaiden kuuluu saada tarpeenmukaista ja yhdenmukaista hoitoa. Jos psykososiaalisen hoidon sisällöt perustuvat jokaisen huumehoitoa tuottavan tahon omaan määrittelyyn, yhdenmukaisuus voi

vaarantua. Weckroth (2007, 432) toteaa, että käsitettä psykososiaalinen käytetään sekavasti, sillä sitä käytetään kuvaamaan niin hoitoa, hoidettavia ongelmia kuin niiden syitäkin ja erityisesti päihdehoidon kontekstissa se on noussut lääketieteen puolelta psykoanalyttisen orientaation välityksellä. Tämän opinnäytetyön tuloksissa nousee esiin, että ammattilaiset pitävät psykososiaalisen hoidon linjauksia tärkeänä ja valtakunnallisuuden tarve nousi tuloksissa esiin. Valtakunnalliset, mutta riittävät väljät linjaukset, voisivat olla yksi ratkaisu psykososiaalisen hoidon roolin selkeyttämiseen.

Aiemmissa tutkimuksissa psykososiaalisesta hoidosta motivoiva haastattelu nousee esille yksittäisenä tutkittuna menetelmänä. Sarpavaara (2010, 252) käsitteli artikkelissaan metaforia muutoksen välineenä kriminaalihuollossa päihderiippuvaisten asiakkaiden kanssa käytetyssä Viisi keskustelua muutoksesta (VKM) -ohjelmassa, joka perustuu motivoivaan haastatteluun. Tässä opinnäytetyössä ammattilaiset nostivat motivoivan haastattelun yhdeksi viidestä tärkeimmästä psykososiaalisen hoidon sisällöstä sekä yhdeksi viidestä tärkeimmästä työssä itse käytetyistä psykososiaalisen hoidon menetelmistä. Sarpavaara (2010, 253, 261) toteaa, että on osittain epäselvää, miksi juuri motivoiva haastattelu menetelmänä tuo hyviä tuloksia, mutta metaforisilla ilmaisuilla voidaan todeta olevan merkittävä rooli asiakkaan muutospuheessa sekä asiakkaan ja ohjaajan keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Tässä opinnäytetyössä ei pyydetty vastaajia perustelemaan menetelmien valintaa, mutta tätä kautta olisi voinut saada tärkeää tietoa siitä, miksi ammattilaiset käyttävät juuri näitä tiettyjä valitsemiaan menetelmiä. Rajauksen vuoksi perusteluja ei päädytty kysymään. Sarpavaara (2010, 261, 262) toteaa, että motivoivaa haastattelua hyödyntäviä ammattilaisia voi suositella kiinnittämään huomiota asiakkaan metaforien käyttöön, sillä niillä on merkittävä rooli siinä, miten ohjaaja saa asiakkaan muutospuhetta esiin motivoivan haastattelun keskusteluissa.

Azkhosh ym. (2016) vertailivat tutkimuksessaan hyväksymis- ja sitoutumisryhmäterapiaa (ACT) ja Nimettömien Narkomaanien eli NA:n 12-askeleen ohjelmaa opioidiriippuvaisten henkilöiden kuntoutumisprosessissa, ja tutkimuksen kontrolliryhmä oli tavallisessa metadonikorvaushoidossa. Ryhmien välinen ero oli tilastollisesti merkittävä, ja erityisesti hyväksymis- ja sitoutumisryhmäterapia nousi

esille toipumista edistävänä hoitomuotona verrattuna NA:n 12-askeleen ohjelmaan ja metadonikorvaushoitoon. 12-askeleen ohjelma ja ACT-terapia edistävät molemmat psyykkistä hyvinvointia, mutta 12-askeleen ohjelma ei pysty edistämään psyykkistä joustavuutta. ACT-terapia hyödyntää metaforia ja auttaa asiakkaita parantamaan elämänlaatuaan, ja se auttaa ihmistä käsittelemään vaikeita ja kivuliaita kokemuksia. (Azkhosh ym. 2016, 244, 245, 247, 248.) Tässä opinnäytetyössä Nimettömien Narkomaanien 12-askeleen ohjelma ei noussut psykososiaalisen hoidon menetelmänä esille, toisin kuin erilaiset terapiat. Tulos on sikäli mielenkiintoinen, sillä itsehoito nousee esille aiemmissä tutkimuksissa tärkeänä asiakkaiden näkökulmasta. Ero voi selittyä sillä, etteivät ammattilaiset miellä 12-askeleen ohjelmaa ammattilaisten työssään hyödynnettävän psykososiaalisen hoidon menetelmänä, vaan 12-askeleen ohjelman noudattaminen ja läpikäyminen on nimenomaan itsehoitomenetelmä.

Päihdepalveluiden saatavuutta Suomessa ovat rajoittaneet muun muassa epätasa-arvoisuus tarjonnassa ja saavutettavuudessa sekä hoitoonpääsyn vaikeudet. Päihdepoliittiset ratkaisut pyrkivät usein asettamaan vastuuseen päihteitä käyttävät ihmiset ja rajaavat ihmisten mahdollisuuksia hoitoon. (Pehkonen, Kekoni & Kuusisto 2019, 8.) Tässä opinnäytetyössä aineistossa nousee esille, että ammattilaiset näkevät erittäin tärkeänä huumehoidon elementtinä sen, että työntekijöiden tehtävä on sitouttaa ja motivoida asiakasta hoitoon. Aineistosta nousi esiin, että hoidossa kysytään liikaa asiakkaan omaa motivaatiota. Palvelujärjestelmän ja päihdepolitiikan tulisi pystyä vastaamaan siihen, että riippuvuussairauteen kuuluu se, että asiakkaan oma motivaatio voi olla kovallakin koetuksella ja hoidon tulisi vastata tähän. Päihdepalvelujen laatusuosituksen (2002, 15) on valmisteltu tukemaan kuntia, ja siinä todetaan, että päihdepalvelujen lähtökohtana tulee muuan muassa olla, että kuntalaisilla on oikeus tarpeenmukaiseen ja tasokkaaseen hoitoon ja että palvelujen periaatteena ovat itsemääräämisoikeus, luotamuksellisuus ja omatoimisuuden tukeminen. Laatusuosituksessa (emt) ei kuitenkaan eritellä psykososiaalisen hoidon sisältöjä.

Hakkarainen ja Tigerstedt (2005, 143) toteavat, että 1990-luvulle asti Suomessa ajateltiin, että huumehoito voidaan toteuttaa parhaiten toteuttamalla palvelut yleisten sosiaali- ja terveystalouden rajoissa, ja omia erityishoitopalveluja huumeita käyttäville ei katsottu tarpeelliseksi. Poikonen ja Kekoni (2019, 54) toteavat,

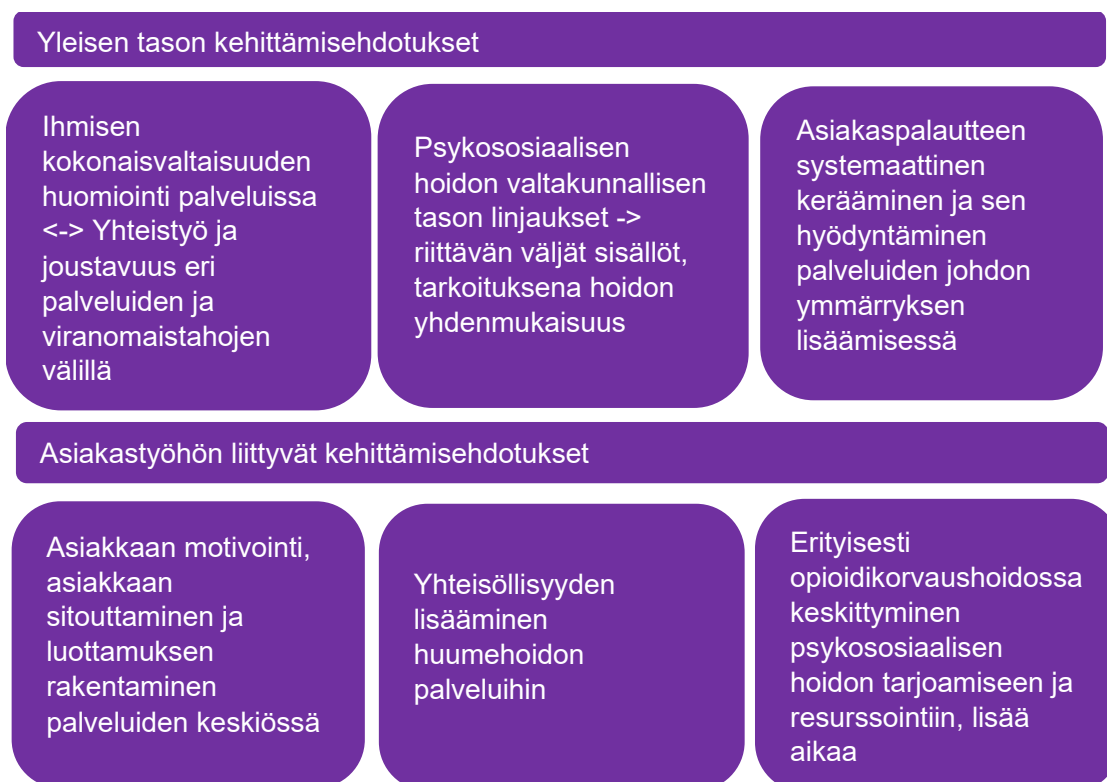


että nykyiset päihdepalvelut koostuvat sekä perus- että erityistason palveluista. Suomessa on tultu siis muutaman vuosikymmenen aikana tässä asiassa huume-hoidon palveluissa pitkälle, mutta tämän opinnäytetyön tulosten perusteella psykososiaalisen hoidon osalta huume-hoidon tilanteessa on parannettavaa. Ammatillaiset ovat huolissaan psykososiaalisen hoidon vähentymisestä ja siitä, että huume-hoidon palvelut eivät tuo asiakkaille tarpeeksi tukea ja hoitoa nykyisen psykososiaalisen tuen määrällä ja toteuttamismahdollisuuksilla. Aineistosta nousee esiin muun muassa kilpailutuksen vaikutus psykososiaalisen hoidon toteuttamiseen. Yhtenäiset linjaukset valtakunnallisella tasolla ovat paikallaan, ja ennen kaikkea psykososiaalisen hoidon sisällön määrittely. Aineistosta nousee esiin, että ammattilaisten mielestä menetelmien kehittäminen ei ole keskiössä. Kohtaaminen, ihmisen kokonaisvaltaisen tilanteen huomioiminen sekä asiakkaan luottamuksen palautuminen palvelujärjestelmään nousevat keskeisinä psykososiaalisen hoidon elementteinä tässä opinnäytetyössä. Monet itse työurallani kohtamani huume-hoidon asiakkaat ovat toivoneet, että työntekijöillä olisi yksinkertaisesti enemmän aikaa keskustella ja olla läsnä. Resurssien tulisi vastata tähän.

Suomen huume-strategia 1997:ssä (2013, 29, 30) todetaan, että Suomessa on 1990-luvulle asti ollut käytetyimpiä hoitomenetelmiä yhteisöhoito, terapeuttiset yhteisöt, ryhmäterapia, yksilöterapia ja lisäksi tukena toimivat itsehoitoryhmät, mutta hoitojen tuloksia ei juurikaan ole arvioitu. Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella huume-hoidossa on siirrytty viime vuosien aikana pitkälti avohoidon ja yksilöhoitoon suuntaan. Hoidon tarpeenmukaisuuden tulisi olla avainasemassa, kun asiakkaille mietitään sopivia hoitovaihtoehtoja. Yhteisöllisyyden lisääminen nousee tämän opinnäytetyön vastauksissa esiin. Linjauksia varten on tärkeää jatkaa menetelmien tutkimista. Käypä hoito -suositusta (Huume-ongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2018) varten selvitystä on jo tehty. Hakkarainen ja Tigerstedt (2005, 151) toteavat, että huume-hoidon palveluiden suunnittelun pohjaksi tarvitaan muutakin informaatiota kuin se, että eri menetelmien tehosta on saatu vahvistus näyttöön perustuvilla menetelmillä. Psykososiaalisen hoitomenetelmien vaikutusta on vaikeaa todentaa esimerkiksi vaikuttavuustutkimuksella, joten muunlaiselle tutkimustiedolle täytyy antaa sijaa. Rantanen ja Lindqvist (2018, 17) toteavat, että kun kuntoutus ymmärretään yksilöllisenä prosessina, joutuu perinteinen vaikuttavuustutkimus vaikeuksiin. Ihmisten yksilöllisiä prosesseja ja psykososiaalisen tuen tarpeita ei voi täysin määrittellä yleistämällä. Yksi mahdollisuus

on huomion kiinnittäminen realistiseen näkökulmaan, jossa lopputuloksen lisäksi merkittävää on myös kokonaisvaltainen tilanne ja eteneminen, sekä niihin ehtoihin, jotka tilannekohtaisesti estävät tai tukevat vaikutusten syntymistä (Rantanen & Lindqvist 2018, 17).

Seuraavassa kuviossa 17 on esitelty tämän opinnäytetyön keskeiset kehittämissuhteet psykososiaalisen hoidon tilanteeseen huumehoidossa.



KUVIO 17. Keskeiset kehittämissuhteet

Johdon ymmärryksen lisääminen psykososiaalisesta hoidosta systemaattisen psykososiaaliseen hoitoon liittyvän asiakaspalautteen keräämisen avulla voisi auttaa myös siinä, että palvelujärjestelmä voisi kehittyä asiakkaan näkökulmasta luottamusta herättävämmäksi. Ammattilaiset nostavat vastauksissaan esiin, että asiakkaiden heikko luottamus palveluita kohtaan on haaste hoitoon kiinnittymisen kannalta, ja luottamusta heikentää huonot kokemukset palveluista. Huonojen palvelukokemusten vähentyessä asiakkaiden luottamus huumehoitoa ja palvelujärjestelmää kohtaan voi kehittyä.

## 8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Luotettavuuden näkökulmasta laadullista tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, jossa tutkimukseen kohteen ja tarkoituksen, omien sitoumusten tutkijana juuri tässä tutkimuksessa, aineiston keruun, tutkimusten tiedonantajien, tutkija-tiedonantaja -suhteen, tutkimuksen keston, aineiston analyysin, tutkimuksen luotettavuuden ja tutkimuksen raportoinnin pitää olla kohdallaan myös suhteessa toisiinsa (Tuomi & Sarajärvi 2018). Toin ensimmäisessä yhteydenotossani Nopsa-verkoston koordinaatiolle ilmi yhteyteni työntekijänä verkostoon, ja selvitin, ettei opinnäytetyöni liity työrooliini verkoston jäsenenä. Tämän suhteen ei noussut esille tutkimusta haittaavia seikkoja. Nopsa-verkoston sähköpostilistan rooli tässä opinnäytetyössä oli mahdollistaa anonyymi ja tehokas aineistonkeruu huumehoidon ammattilaisilta organisaatiotaustasta riippumatta. Tutkimuslupaa ei verkoston koordinaation puolelta tarvittu. Opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden kannalta on kuitenkin tärkeää todeta roolini verkostossa työnantajani edustajana. Olen sekä ajatuksen että käytännön tasolla eriyttänyt tutkijan roolin työntekijän roolista. En osallistunut verkoston kokouksiin kyselylomakkeen teon tai aineistonkeruun aikana, mikä on jälkepäin tarkasteltuna tutkimuseettisesti positiivinen asia, sillä se on auttanut tutkijan ja työntekijän roolien eriyttämisessä. En ole hyödyntänyt opinnäytetyön teossa työroolissani mahdollisesti saamiani tietoja Nopsa-verkostosta tai sen sähköpostilistasta muuta kuin niiltä osin, että tiesin etukäteen sähköpostilistan tavoittavan suuren joukon huumehoidon ammattilaisia. Tutkimuksen luotettavuutta pohtiessa tärkeää on huomioida myös tutkijan puolueettomuusnäkökulma (Tuomi & Sarajärvi 2018).

Laadullisen tutkimuksen tekijän on huolehdittava, että tutkimusasetelma, joka on valittu, on tutkimukseen sopiva ja tutkimuksen raportointi on tehty hyvin. Tutkimuksen aiheen eettiseen pohdintaan liittyy sen selkeyttäminen, miksi tutkimukseen ryhdytään. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Opinnäytetyössä on kuvattu kattavasti lähtökohdat tutkimukselle. Opinnäytetyössä on kuvattu selkeästi kaikki aineistonkeruun vaiheet. Menetelmällisten lähtökohtien valinnat sekä kyselylomakkeen rakenne ja valinnat on avattu, ja opinnäytetyön raportointi on tehty huolellisesti.

Kyselyn luomisessa on noudatettu huolellisuutta siinä, ettei se viesti asenteellisuutta mitään huumehoidon osa-aluetta kohtaan ja että kysymyksenasettelut eivät ohjaa vastaajaa mihinkään suuntaan. Kyselylomakkeen eettisyyttä ja luotettavuutta tukee se, että sitä on työstetty pitkään, sen teossa on hyödynnetty psykososiaalisen huumehoidon viitekehyyksiä sekä lomake on testiajettu sellaisilla henkilöillä, joilla on kattava työkokemus erilaisista huumehoitoon liittyvistä työpaikoista. Kyselylomake on anonyymi ja mahdolliset anonymiteettia vaarantavat seikat on opinnäytetyön tuloksissa jätetty pois vastauksista. Kyselylomakkeen saatekirjeessä anonymiteettista on kerrottu kyselyyn vastaajille, sekä saatekirjeessä on kerrottu, miten ja mihin kyselylomakkeen tuloksia käytetään. Materiaali hävitetään opinnäytetyön viimeisen tarkistuksen jälkeen asianmukaisesti, ja se on säilytetty asianmukaisesti koko prosessin ajan.

Kyselylomake oli tässä opinnäytetyössä toimiva aineistonkeruumenetelmä, ja e-lomake oli pääosin onnistunut. E-lomakkeen rakenne toimi onnistuneesti. Yksi vastaaja nosti esiin kriittisiä huomioita kyselyn menetelmäosion vastausvaihtoehdoista, mutta muuten e-lomake vaikutti vastausten perusteella toimineen hyvin ja suunnitellusti. Avoin kysymys viisi olisi ollut tarpeen muotoilla eri tavalla, sillä vastaajat vastasivat kysymykseen parista eri tulokulmasta. Kysymyksessä numero viisi kysyttiin, millaista keskustelua ammattilaiset ovat käyneet psykososiaalisen hoidon/tuen tarpeesta. Kysymyksellä haettiin asiakkaiden tuottamia ajatuksia psykososiaalisen hoidon tilanteesta, ja tämän kysymyksen olisi voinut muotoilla suoraan tällä tavoin. Iso osa vastaajista vastasi kysymykseen siitä näkökulmasta, että millaisia asioita asiakkaiden kanssa käydyissä keskusteluissa käsitellään ja millaisia menetelmiä ammattilainen keskusteluissa käyttää. Tämä tulokulma tuotti kuitenkin tärkeitä vastauksia, mutta asiakkaiden ääni jäi heikohkon kysymyksenasettelun myötä vähäiseksi.

Tutkimuksen tulokset ovat luotettavia, sillä kyselyn lähetys on kohdennettu suoraan huumehoidon ammattilaisille. Tutkimuksen luotettavuutta olisi lisännyt suurempi vastausmäärä. Tutkimustulokset on tässä opinnäytetyössä esitetty todennukaisina ja olen erottanut tekstistä selkeästi käyttämäni lähteet. Laadullisen tutkimuksen yhtenä perusvaatimuksena on, että tutkijalla on riittävästi aikaa tutkimuksen tekoon (Tuomi & Sarajärvi 2018). Aikataulutin opinnäytetyöprosessin

niin, että aineistonkeruun jälkeisessä työskentelyvaiheessa erityisesti tulosten käsittelyyn, johtopäätöksiin ja pohdintaan jäi riittävästi aikaa.

### **8.3 Jatkotutkimusehdotukset**

Menetelmien kehittäminen ei noussut tässä opinnäytetyössä esille, mutta parhaiten psykososiaaliseen hoitoon soveltuvia menetelmiä voisi yleisellä tasolla selvittää lisää. Yksi jatkotutkimusaihe voisi siis olla ammattilaisten ja/tai asiakkaiden kokemukset erilaisista psykososiaalisen hoidon menetelmistä.

Toinen jatkotutkimusaihe voisi olla psykososiaalisen hoidon tilanteen vaikutus asiakkaiden elämäntilanteisiin. Suora asiakasnäkökulma oli rajattu tästä opinnäytetyöstä pois, mutta asiakkaiden näkökulmien ja tarpeiden selvittäminen on keskeistä palveluiden kehittämisessä.

### **8.4 Lopuksi**

Tähän opinnäytetyöhön vastanneiden ammattilaisten vastauksista on aistittavissa erilaisia tunnetiloja esimerkiksi kirjoitustyylien kautta. Vastauksista välittyy turhautumista suhteessa psykososiaalisen hoidon tilanteeseen sekä harmituksen tunteita suhteessa asiakkaiden saamaan psykososiaaliseen hoitoon tai sen puutteeseen. Vastauksista välittyy ammattilaisten aito kiinnostus asiakkaita ja heidän saamaansa hoitoa kohtaan.

Hoidossa kysytään liian usein asiakkaan omaa motivaatiota silloin kun sitä ei ole. Psykososiaalinen hoito ja tuki on voi olla merkittävä tekijä hoidossa pysymisessä. Hoidon täytyy ensin sitoutua asiakkaaseen, jotta asiakas voi sitoutua hoitoon. Räsänen (2019) totesi Huumestrategia – avoin keskustelutilaisuus -seminaarissa omassa puheenvuorossaan, että mikään laki ei estä meitä toteuttamasta hyvää huumehoitoa. Tähän opinnäytetyöhön vastanneilta ammattilaisilta nousee tarve yhtenäisille linjauksille valtakunnallisella tasolla.

Opinnäytetyöprosessi oli käytännön tasolla vähän reilun vuoden prosessi, mutta minulla oli aihe mielessäni jo, kun päätin keväällä 2019 hakea opiskelemaan sosiaalialan ylempää korkeakoulututkintoa. Aihe tarkentui opintojen alkamisen myötä. Toteuttamistapa, eli kyselylomake, oli alusta asti melko selkeä valinta, mutta pohdinta kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen välillä ei ollut helppo. Aluksi ajatuksenani oli lähteä tekemään vaikuttavuustutkimusta kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmin, mutta kyselylomaketta hahmotellessa alkoi näyttäytyä, että aiheen kannalta on tärkeää antaa myös ammattilaisille tilaa kirjoittaa omia ajatuksiaan lomakkeeseen ja että opinnäytetyöllä ei kuitenkaan haeta yleistettävyyttä, ja näin kvalitatiivinen tutkimus sopi tähän opinnäytetyöhön paremmin. Opinnäytetyön aihe on itselleni merkittävä, mutta prosessin alussa pohdin, pitävätkö huumehoidon ammattilaiset tätä näkökulmaa tärkeänä tai ajankohtaisena. Kyselylomakkeen viimeisessä Vapaa sana -kohdassa aihe sai kuitenkin positiivista palautetta muun muassa seuraavilla sanoilla:

*”Hienoa saada vastata tällaiseen kyselyyn, jossa on erittäin tärkeitä asioita mietitty.”*

Nämä saadut kehu antoivat erittäin suurta lisämotivaatiota opinnäytetyöprosessiin. Kiitos vielä kaikille opinnäytetyön kyselyyn vastanneille ammattilaisille, ja kaikille prosessissa minua auttaneille ja tukeneille.

## LÄHTEET

Ahokas, T. & Haste, K. 2019. Psykososiaalisen hoidon toteutuminen haittoja vähentävässä korvaushoidossa. Hämeen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö (YAMK).

Azkhosh, M., Farhoudianm, A., Saadati, H., Shoaee, F. & Lashani, L. 2016. Comparing Acceptance and Commitment Group Therapy and 12-Steps Narcotics Anonymous in Addict's Rehabilitation Process: A Randomized Controlled Trial. *Iranian J Psychiatry* 4/2016, 244-249.

A-Klinikkasäätiö. 2020. Nopean huumeitiedon verkosto Nopsa. Luettu 22.1.2020. <https://a-klinikkasaaatio.fi/yhteistyokumppaneille/verkostot/nopean-huumeitiedon-verkosto-nopsa>

Drake, R., O'Neal, E. & Wallach, M. 2007. A systematic review of psychological research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment* 34 (2008) 123-138.

Eksote. n.d. Päihdepalvelut. Luettu 9.9.2020. <http://www.eksote.fi/terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihteet/paihdepalvelut/Sivut/default.aspx>

Ekqvist, E. 2019. Päihderiippuvuudesta kuntoutuvien tulevaisuuden toiveet. *Yhteiskuntapolitiikka* 3/2019, 258-269.

EPT-verkosto. 2020. Päihde- ja riippuvuusstrategia – yhdenvertainen oikeus hyvinvointiin. Julkaistu 15.1.2020. Luettu 20.2.2020. [https://www.ept-verkosto.fi/wp-content/uploads/2020/01/J%C3%A4rjest%C3%B6koonti-tulevaap%C3%A4ihdestrategiaa-varten\\_15.1.20.pdf](https://www.ept-verkosto.fi/wp-content/uploads/2020/01/J%C3%A4rjest%C3%B6koonti-tulevaap%C3%A4ihdestrategiaa-varten_15.1.20.pdf)

Hakkarainen, P. & Tigerstedt, C. 2005. Korvaushoidon läpimurto Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 2/2005, 143-154.

Hietakangas, M. viestintäpäällikkö. 2020. Nopsa-listan hyödyntäminen. Sähköpostiviesti. Luettu 23.4.2020.

Heinonen, M. 2017. Helsingin kaupungin päihdepoliklinikoilla opioidikorvaushoidossa olevien potilaiden psykososiaaliset vaikeudet ja muutostoiveet. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö (YAMK).

Huumeongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus. 2018. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Julkaistu 12.4.2018. Luettu 22.5.2020. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50041?tab=suositus#K1>

Kaivola, J. & Myllymäki, K. 2004. Hoitosuosituksien ja lain. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 120/2004, 2971-2976. <https://www.duodecimlehti.fi/duo94688>

Karjalainen, K. 2019. Puheenvuoro Huumausainestrategia – avoin keskustelutilaisuus -seminaarissa. 6.9.2019. Helsinki: Keskustakirjasto Oodi, YouTube-tallenne.

Kuussaari, K., Kaukonen, O., Partanen, A., Samposalo, H. & Vormaa, H. 2017. Päihdepalvelujen rakenteen ja työnjaon maakunnittaiset erot vuonna 2015. Yhteiskuntapolitiikka 3/2017, 262-273.

Laanterä, H. 2019. Läheiset päihdekuntoutujan voimavarana. Sosiaalisen kuntoutuksen johtaminen ja kehittäminen. Laurea ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö (YAMK).

Nuorvala, Y., Metso, L., Kaukonen, O. & Haavisto, K. 2004. Muuttuva päihdeasiakkuus. Päihdetapaustilastukset 1987-2003. Yhteiskuntapolitiikka 6/2004, 608-618.

Oulun kaupunki. n.d. Avopäihdepalvelut. Luettu 9.9.2020.  
<https://www.ouka.fi/oulu/terveyspalvelut/avopaihdepalvelut>

Pehkonen, A., Kekoni, T. & Kuusisto, K. 2019. Johdanto: On aika puhua päihdeongelmaisten asiakkaiden oikeudesta päihdehuoltoon. Teoksessa A., Pehkonen, T. Kekoni & K. Kuusisto. (toim.) Oikeus päihdehuoltoon. Tampere: Vastapaino, 7-20.

Pennonen, M. 2014. Päihdealan ammattilaisten käsitykset hyvästä ja huonosta hoidosta. Yhteiskuntapolitiikka 3/2014, 318-327.

Perälä, R. 2019. Puheenvuoro Huumausainestrategia – avoin keskustelutilaisuus -seminaarissa. 6.9.2019. Helsinki: Keskustakirjasto Oodi, YouTube-tallenne.

Poikonen, H. & Kekoni, T. 2019. Asiakkaan oikeudet ja niihin vaikuttavat tekijät päihdepalveluissa. Teoksessa A., Pehkonen, T. Kekoni & K. Kuusisto. (toim.) Oikeus päihdehuoltoon. Tampere: Vastapaino, 49-82.

Päihdeasiamies.fi. n.d. Mielenterveysstrategia julkaistu ja päihde- ja riippuvuusstrategia valmisteilla. Luettu 5.9.2020. <http://www.paihdeasiamies.fi/blog-post/kansallisen-mielenterveys-ja-paihdesuunnitelma-loppuarviointi-ja-ohjaustyoryhman-ehdotukset/>

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

Päihdepalvelujen laatusuosituksien. 2002. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita, ISSN 1236-116X; 2002:3. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69996/paihdepalv.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pärttö, M., Hännikäinen-Uutela, A-L. & Määttä, P. 2009. Huumeiden käyttäjän arki yhteisöllisen huumeuskuntoutuksen jälkeen. Janus 2/2009, 121-138.

Ranta, J. 2019. Huumehoitoa koskevat neuvot ja valinnat matalan kynnyksen palveluiden asiakkaiden ja työntekijöiden vuorovaikutuksessa. Teoksessa A.,



Pehkonen, T. Kekoni & K. Kuusisto. (toim.) Oikeus päihdehuoltoon. Tampere: Vastapaino, 253-287.

Rantanen, T. & Lindqvist, M. 2018. Valvottu koevapaus ja siihen liittyvä päihdekuntoutus rikoksentehtävien kuntoutuksessa. Janus 1/2018, 3-20.

Räsänen, S. 2019. Puheenvuoro Huumausainestrategia – avoin keskustelutilaisuus seminaarissa. 6.9.2019. Helsinki: Keskustakirjasto Oodi, YouTube-talenne.

Rönkä, S. & Niemelä, S. 2020. Huumekuolemia voidaan ehkäistä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 8/2020, 851-853.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Luettu 17.5.2020. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietokanto. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/>

Samposalo, H., Kuussaari, K., Hirschovits-Gerz, T., Kaukonen, O., Partanen, A. & Vormaa, H. 2018. Tarpeenmukaiset palvelut kaikille? Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa Kaakkois-Suomen ja Lapin alueilla. Yhteiskuntapolitiikka 1/2018, 50-61.

Santala, J. 2008. Asiakaslähtöinen toimintatapa huumeidenkäyttäjien yhteisöllisessä kuntoutuksessa. Janus 2/2008, 146-160.

Sarpavaara, H. 2010. Metafora muutoksen välineenä ja ennustajana kriminaali- huollon motivoivissa päihdekeskusteluissa. Yhteiskuntapolitiikka 3/2010, 252-264.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepolitiikasta 2016–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 7/2016.

Suomen huumestrategia 1997. 2013. EMCDDA. Luettu 22.1.2020.

THL. 2020. Huumeet. Julkaistu 1.6.2020. Luettu 5.9.2020. <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/huumeet>

Tilastokeskus. 2019. Huumeisiin ja alkoholiin kuolleita aiempaa enemmän. Julkaistu 16.12.2019. Luettu 17.1.2020. [https://www.stat.fi/til/ksyyt/2018/ksyyt\\_2018\\_2019-12-16\\_tie\\_001\\_fi.html](https://www.stat.fi/til/ksyyt/2018/ksyyt_2018_2019-12-16_tie_001_fi.html)

Tukikohta. n.d. Päihdepalvelut pääkaupunkiseudulla. Luettu 9.9.2020. <https://tukikohta.org/paihdepalveluja/>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. E-kirja. Helsinki: Tammi.

Weckroth, A. 2007. Mitä merkitsee ”psykososiaalinen” päihdehoidossa? Yhteiskuntapolitiikka 4/2007, 426-436.

## LIITTEET

## Liite 1. Kyselylomake ja lomakkeen saatekirje

1 (7)

Lomake on ajastettu: julkisuus alkaa 15.4.2020 11.02 ja päättyy 6.5.2020 23.59

## Psykososiaalisen hoidon merkitys huumehoidossa

Tervetuloa vastaamaan kyselyyn, jossa selvitetään ammattilaisten näkökulmaa psykososiaalisesta hoidosta huumehoidossa. Työskentelen itse järjestökentällä huumeilyn parissa. Hyödynnän kyselyyn vastauksia sosionomi (YAMK) -opinnäytetyössäni. Tarkoituksena on tuoda esiin ammattilaisten näkemyksiä psykososiaalisesta hoidosta ja tulosten perusteella mahdollisesti vaikuttaa hoitolinjauksiin. Opinnäytetyöni käsittelee psykososiaalista huumehoitoa kaikissa tilanteissa, kun asiakas on jonkin huumeilyn piirissä. Jokainen vastaus on äärimmäisen arvokas.

Kysely on jaettu neljään osioon, ja se sisältää sekä monivalinta- että avoimia kysymyksiä. Monivalintakysymykset analysoidaan tilastollisesti ja avoimet vastaukset sisällönanalyysillä. Kyselyyn vastaajia ei voi tunnistaa kyselyn tuloksista, ja kyselyyn vastaaminen tehdään anonyymisti tällä e-lomakkeella. Tulokset julkistetaan valmiissa opinnäytetyössä, joka löytyy loppuvuodesta 2020 nimelläni haettuna Theseus-tietokannasta.

Kyselyyn vastaaminen kestää noin 15 minuuttia. Kiitos paljon vastauksestasi jo etukäteen. Vastausaikaa on 30.4.2020 asti.

### Lisätiedot

#### Opinnäytetyön tekijä

Janita Majjanen, opiskelija, sosiaalialan erityisasiantuntijan ylempi tutkinto-ohjelma, TAMK  
[janita.majjanen@tuni.fi](mailto:janita.majjanen@tuni.fi)

#### Opinnäytetyön ohjaaja

Ulla-Maija Koivula, yliopettaja, hyvinvointi ja terveysteknologia, TAMK  
[ulla-maija.koivula@tuni.fi](mailto:ulla-maija.koivula@tuni.fi)

## Psykososiaalinen hoito huumeilyn ammattilaisten näkökulmasta

1. Mitä "psykososiaalinen" mielestäsi tarkoittaa huumeilyn hoidossa? Valitse mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto. (1 = täysin eri mieltä, 2 = osittain eri mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä)

|   | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| * Hoito suunnitellaan yhdessä asiakkaan kanssa    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| * Ihmisen tilanteen kokonaisvaltaista huomiointia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| * Asumisen tukemista                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| * Toimeentulon tukemista                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| * Työn tai opiskelun tukemista                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| * Vapaa-ajan tukemista                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| * Menetelmiin perustuvaa työskentelyä             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| * Keskusteluja asiakkaan kanssa                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| * Asiakkaan motivointia ja hoitoon sitouttamista  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2 (7)

Muuta, mitä?

2. Mitä psykososiaaliseen hoitoon pitäisi sisältyä? Valitse enintään viisi tärkeintä. \*

- ryhmäterapiaa
- verkostoterapiaa
- perheterapiaa
- vertaistukea
- terapeutista keskustelua
- yhdessä tekemistä
- 12-askeleen hoitoa (NA)
- kognitiivista käyttäytymisterapiaa (esim. retkahduksen ehkäisymalli)
- kognitiivista terapiaa
- motivoivaa haastattelua
- palkkihoitoa
- palveluohjausta
- ratkaisukeskeistä terapiaa
- yhteisöhoitoa
- yhteisövahvistusohjelma
- yleistä tukemista/vuorovaikutusta
- ei mikään näistä

Muuta, mitä?

3. Millaisia psykososiaalisia menetelmiä itse käytät työssäsi? Valitse enintään viisi tärkeintä. \*

- ryhmäterapiaa
- verkostoterapiaa
- perheterapiaa
- vertaistukea
- terapeutista keskustelua
- yhdessä tekemistä
- 12-askeleen hoitoa (NA)
- kognitiivista käyttäytymisterapiaa (esim. retkahduksen ehkäisymalli)
- kognitiivista terapiaa
- motivoivaa haastattelua
- palkkihoitoa
- palveluohjausta
- ratkaisukeskeistä terapiaa
- yhteisöhoitoa
- yhteisövahvistusohjelma
- yleistä tukemista/vuorovaikutusta
- ei mikään näistä

Muuta, mitä?

3 (7)

4. Millaisia haasteita psykososiaaliseen hoitoon mielestäsi liittyy? \*

### Psykososiaalisen hoidon merkitys

---

5. Millaista keskustelua olet käynyt asiakkaiden kanssa psykososiaalisen hoidon/tuen tarpeesta? \*

6. Vastaa seuraaviin väittämiin valitsemalla mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto (1 = täysin er osittain eri mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä)

- |   | 1                     |
|---|-----------------------|
| * Psykososiaalinen hoito ei ole merkittävää haittoja vähentävässä huumeetäössä                | <input type="radio"/> |
| * Psykososiaalinen hoito on merkittävää korvaushoidossa                                       | <input type="radio"/> |
| * Psykososiaalinen hoito ei ole merkittävää muussa lääkkeellisessä huumeetäössä               | <input type="radio"/> |
| * Psykososiaalinen hoito on merkittävää silloin, kun asiakas haluaa lopettaa huumeiden käytön | <input type="radio"/> |
| * Psykososiaalisen hoidon kesto on merkittävää roolissa sen hyödyllisyydessä                  | <input type="radio"/> |
| * Psykososiaalinen hoito on yhtä merkittävää sekä avohoidossa että laitoshoidossa             | <input type="radio"/> |

7. Mikä mielestäsi on yleisesti ottaen psykososiaalisen hoidon merkitys huumeetäössä? Voit tähän halutessasi myös perustella edellisen kohdan vastauksiasi. \*

4 (7)

### Psykososiaalisen hoidon kehittäminen

---

8. Kerätäätkö yksikössäsi systemaattista asiakaspalautetta liittyen psykososiaaliseen hoitoon? \*

- Kyllä, säännöllisesti
- Joskus
- Harvoin
- Ei juuri lainkaan

9. Millä tavalla hoidon vaikuttavuutta mitataan yksikössäsi? \*

10. Vastaa seuraaviin väittämiin (1 = täysin eri mieltä, 2 = osittain eri mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 5 = täysin samaa mieltä)

- \* Pystyn riittävästi työssäni joustamaan aikatauluissa jokaisen asiakkaan yksilöllinen tilanne huomioi
- \* Mahdollisuuteni toteuttaa psykososiaalista hoitoa omassa työssäni ovat riittävät
- \* Psykososiaalisen hoidon tilanne Suomessa on hyvä
- \* Psykososiaalisen hoidon tilanne on muuttunut huumehoidon urani aikana

Perustele vastauksiasi halutessasi:

11. Mikä vaikuttaa siihen, miten pystyt toteuttamaan psykososiaalista hoitoa asiakkaille? (voit valita useamman) \*

- Henkilöstön määrä

5 (7)

- Asiakkaiden määrä
- Yksikön säännöt
- Johtamiskulttuuri
- Ei mikään näistä
- Ei mikään näistä, en koe psykososiaalista hoitoa merkittäväksi

Muu, mikä? Lisäksi  
perustele kohdan 11  
vastauksiasi halutessasi:

12. Miten kehität omaa ammatillisuuttasi suhteessa psykososiaalisen hoidon toteuttamiseen?  
(voit valita useamman) \*

- En juuri mitenkään
- Työnantaja mahdollistaa koulutuksiin osallistumisen (esimerkiksi maksamalla, antamalla käyttää työaika)
- Pidän itse yllä ammattitaitoani omaehtoisesti esimerkiksi lukemalla
- Muu, mikä, vastaa alempana

Muu, mikä

13. Miten psykososiaalista hoitoa mielestäsi tulisi  
kehittää? \*

14. Tulisiko psykososiaalinen hoito linjata (1 = täysin eri mieltä, 2 = osittain eri mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä)

|   | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| * Päihdehuoltolaissa  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| * Valtakunnallisella tasolla uudessa Päihde- ja riippuvuusstrategiassa    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| * Valtakunnallisella tasolla Huumausainepoliittisessa periaatepäätöksessä | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| * Kunnallisella tasolla   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| * Organisaatiotasolla   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| * Yksikkötasolla  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| * Ei ollenkaan linjausta  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

6 (7)

Perustele vastauksiasi halutessasi:

### Taustatiedot

15. Korkein koulutuksesi \*

- sairaanhoitaja (AMK)
- sairaanhoitaja (YAMK)
- lähihoitaja
- sosionomi (AMK)
- sosionomi (YAMK)
- sosiaalityöntekijä
- muu, vastaa alempana, mikä

Muu, mikä

16. Onko sinulla jokin täydennyskoulutus/erikoisammattitutkinto? (voit valita useamman)

- palveluohjauksen erikoistumiskoulutus
- mielenterveys- ja päihdetyön erikoisammattitutkinto
- johtamisen erikoisammattitutkinto
- työnohjaajakoulutus
- lyhytterapeuttikoulutus

Muu, mikä

17. Yksikkö, jossa työskentelet (jos yksikkösi tarjoaa esimerkiksi avohoitoa ja korvaushoitoa, valitse se, kumman parissa itse työskentelet enemmän) \*

- avohoitoyksikkö
- matalan kynnyksen palvelupiste
- korvaushoitoyksikkö
- terveysneuvontapiste
- laitospäästöt
- avokuntoutus
- etsivä/jalkautuva työ
- muu, vastaa alempana, mikä

muu, mikä

18. Millä nimikkeellä työskentelet tällä hetkellä? \*

- sosiaaliohjaaja
- ohjaaja
- sairaanhoitaja

7 (7)

- sosiaaliterapeutti
- lähiesimiehenä/tiimivastaavana
- muu, vastaa alempana, mikä

muu, mikä

19. Olen työskennellyt huumehoidon parissa \*

- 0-5 vuotta
- 5-10 vuotta
- 10-15 vuotta
- 15 vuotta ja enemmän

### Vapaa sana

---

20. Vapaa sana ([ohje](#))

### Tietojen lähetyk

---

Tallenna

Kiitos paljon vastauksistasi!



## Liite 2. Kyselylomakkeen lähetyksen saatesähköposti

Tämä viesti lähetettiin suurella tärkeydellä.

Janita Maijanen  
ke 15.4.2020 11.13  
Vastaanottaja: nopsa [REDACTED]

Hyvä huumetyön ammattilainen,  
ohessa linkki kyselyyn, jossa selvitetään ammattilaisten näkökulmaa psykososiaalisesta hoidosta huumehoidossa. Hyödynnän kyselyn vastauksia sosionomi (YAMK) -opinnäytetyössäni. Tarkoituksena on tuoda esiin ammattilaisten näkemyksiä psykososiaalisesta hoidosta ja tulosten perusteella mahdollisesti vaikuttaa hoitolinjauksiin. Opinnäytetyöni käsittelee psykososiaalista huumehoitoa kaikissa tilanteissa, kun asiakas on jonkin huumehoidon piirissä.

Kyselyyn vastaajia ei voi tunnistaa kyselyn tuloksista, ja kyselyyn vastaaminen tapahtuu anonymisti TAMKin e-lomakkeella. Tulokset julkistetaan valmiissa opinnäytetyössä, joka löytyy loppuvuodesta 2020 nimelläni haettuna Theseus-tietokannasta.

Kyselyyn vastaaminen kestää noin 15 minuuttia. Kiitos paljon vastauksestasi jo etukäteen, jokainen vastaus on erittäin arvokas. Vastausaikaa on 30.4.2020 asti.

Linkki: <http://lomake.tamk.fi/lomakkeet/30330/lomakkeet.html>

Terveisin

Janita Maijanen  
opiskelija  
Sosiaalialan ylempi tutkinto-ohjelma  
Tampereen ammattikorkeakoulu

## Liite 3. Aineiston luokittelun taulukointi

| ALALUOKAT   | YHDISTÄVÄ LUOKKA |
|---|------------------|
| Asiakaslähtöisyys                                   | Saavutettavuus   |
| Tarkoituksenmukaisuus                               |                  |
| Ammattilaisen osaaminen                             |                  |
| Osa kaikkea hoitoa                                  | Korvaamattomuus  |
| Asiakkaan kanssa yhdessä työskentely                |                  |
| Pelkän lääkehoidon riittämättömyys                  |                  |
| Kynnyksettömyys                                     | Joustavuus       |
| Byrokraattisuuden vähentäminen                      |                  |
| Ammattilaisten ja johdon säännöllinen kouluttaminen |                  |
| Psykososiaalisen hoidon laajentaminen               |                  |
| Nostaminen korvaushoidon rinnalle                   |                  |
| Linjaaminen riittävän väljästi                      |                  |