

# JONOSSA – selvitys tuen tarpeesta korvaushoitojonon aikana

Hennariikka Niininen ja Jenni Uusiniemi  
Opinnäytetyö, syksy 2011  
Diakonia-ammattikorkeakoulu,  
Diak Etelä, Järvenpää  
Sosiaalialan koulutusohjelma  
Diakonisen sosiaalityön suuntautumis-  
vaihtoehto  
Sosionomi (AMK) +  
diakonian virkakelpoisuus

## TIIVISTELMÄ

Niinen Hennariikka & Uusiniemi Jenni. Jonossa – selvitys tuen tarpeesta korvaushoitojonon aikana. Järvenpää, syksy 2011, 79 sivua, 4 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak etelä Järvenpää. Sosiaalialan koulutusohjelma, diakonisen sosiaalityön suuntautumisvaihtoehto, sosionomi (AMK) + diakonin virkakelpoisuus.

Jonot korvaushoitoon ovat pitkät, eikä jonotusaikana ole tarjolla juuri mitään palveluita. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, millaista tukea korvaushoidossa olevat olisivat kaivanneet jonotusaikana ja millaista tukea jonotusajalle olisi mahdollista tarjota. Tutkimus tehtiin yhteistyössä Vantaan H-klinikan eli huumehoitoklinikan kanssa. Tutkimuksessa selvitettiin myös miten diakoniatyö voisi vastata jononaikaisen tuen ongelmaan.

Tutkimus oli kvalitatiivinen ja aineisto kerättiin kyselyillä. Kyselyihin vastasi yhdeksän H-klinikan korvaushoitoasiakasta, seitsemän H-klinikan työntekijää ja neljä Vantaan seurakuntien diakonia. Aineistoa analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmin.

Tutkimustuloksista ilmeni, että korvaushoitoasiakkaiden ja työntekijöiden näkemykset tuen tarpeesta jonon aikana eroavat suuresti. Työntekijät kertoivat jonotuksen aikana olevan tarjolla monenlaisia palveluita, kuten ryhmätoimintaa, tapaamisia ja akupunktiota. Asiakkaille oli kuitenkin tarjottu jonotusaikana vain sairaanhoitajatapaamisia, eikä tuki ollut riittävää. Asiakkaat olisivat kaivanneet jonotusaikana muun muassa keskusteluapua, vertaistukea ja enemmän tietoa. Työntekijät uskoivat asiakkaiden tarvitsevan apua käytännön asioiden hoidossa, keinoja ja neuvoja huumeidenkäytön lopettamiseen, vertaistukea sekä tietoa. Jononaikaista hoitoa pyritään kehittämään H-klinikalla jatkuvasti.

Seurakunnissa ei juurikaan tehdä erillistä huumehoitoa, vaan huumeriippuvaisia kohdataan kaikessa seurakunnan toiminnassa. Diakonit korostivat vastauksissaan kuuntelun ja rinnalla kulkemisen merkitystä. Diakoniatyö voisi vastata tuen tarpeeseen tarjoamalla keskusteluapua sitä haluaville ja laajentamalla yhteistyötä eri päihdepalveluiden kanssa.

Asiasanat: Korvaushoito, korvaushoitojonot, huumehoito, päihdehoito, H-klinikka, huumeriippuvuus, opiaatit, diakoniatyö, kvalitatiivinen tutkimus

## ABSTRACT

Niininen Hennariikka & Uusiniemi Jenni. Need of support while waiting for opioid substitute treatment. Language: Finnish. Järvenpää, autumn 2011, 79 pages, 4 appendices.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Social Services, Option in Diaconal Social Work. Degree: Bachelor of Social Services.

Queues to opioid substitute treatment (OST) are long and there are not a lot of services available during the waiting time. The purpose of our thesis was to find out what kind of support the people who are in opioid substitute treatment would have needed during the waiting time and what kind of support would be possible to offer for people in line. The research was done in co-operation with a drug treatment clinic in Vantaa. One goal was to find out how diaconal work could respond to the need of support in the waiting time.

The research was a qualitative research and the research material was collected by inquiries. Nine OST customers, seven employees of drug treatment clinic and four diaconia workers participated for this research. The research material was analyzed by using material based analysis.

The results showed that the customers' and employees' opinions about the need of support during the waiting time differ highly. Employees told that there are many kinds of services for the waiting time, such as group activities, appointments and acupuncture. The customers had been offered only nurse appointments and they felt that it was not adequate. During the waiting time customers would have wanted more individual discussion, peer support and information. Employees believed that customers would have needed help in practical matters, advice in quitting drug abuse, peer support and information. The drug treatment clinic aims to improve the treatment during the waiting time continuously.

Parishes do not separate drug work from other work, parish workers encounter drug addicts in all parish activities. All diaconia workers emphasized the meaning of listening and emotional support. Diaconal work could respond to the need of support by offering individual discussion and expanding co-operation with other alcohol and substance abuse counselling services.

Keywords: Opioid substitute treatment (OST), addiction care, drug addiction, opioids, diaconal work, qualitative research

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 LÄHTÖKOHTIA TUTKIMUKSELLE .....	8
2.1 HuuMETILANNE JA HUUMEIDENKÄYTTÖKULTTUURI SUOMESSA .....	8
2.2 PALVELUJÄRJESTELMÄ JA LAINSÄÄDÄNTÖ .....	10
2.3 OPIAATTIRIIPPUVUUS.....	12
2.4 RIIPPUVUUDESTA irtAUTUMINEN .....	15
2.5 KORVAUSHOITO .....	18
2.6 H-KLINIKKA.....	22
2.7 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA .....	23
3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	25
3.1 Opinnäytetyöprosessin kuvaus.....	25
3.2 Tutkimuskysymykset, tavoitteet ja tutkimusmenetelmät .....	26
3.3 Aineiston keruu.....	28
3.4 Analyysi .....	31
3.5 Eettisyys .....	33
4 TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	37
4.1 Kyselylomakkeet .....	37
4.2 Meni vähän pitkäksi .....	38
4.3 Jotain kunnan hoitoa .....	39
4.4 Meinasi usko loppua.....	41
4.5 Uskoa muutokseen.....	42
5 DIAKONIA TYÖN ROOLI.....	44
5.1 Diakoninen päihdetyö .....	44
5.2 Vantaan seurakuntien päihdetyö .....	46
5.3 Sielunhoito päihdeongelmaisen tukena .....	50
6 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA.....	52
6.1 Korvaushoitojonon aikainen tuen tarve.....	52
6.2 Diakoniatyön merkitys .....	55
6.3 Tavoitteiden toteutuminen .....	57
6.4 Hyödynnettävyys ja jatkotutkimukset.....	58

7 POHDINTA .....	60
7.1 Pohdintaa korvaushoitojonoista ja seurakuntien päihdetyöstä .....	60
7.2 Mitä olisimme voineet tehdä toisin? .....	61
7.3 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillisuus.....	63
LÄHTEET .....	65
LIITTEET .....	73

LIITE 1: Kyselylomake asiakkaille

LIITE 2: Kyselylomake työntekijöille

LIITE 3: Mainos vertaistukiryhmästä

LIITE 4: Mainos kahvilasta

## 1 JOHDANTO

Huumeongelma on melko tuore ilmiö yhteiskunnassamme. Ensimmäinen niin sanottu huumeaalto tuli 1970-luvulla, mutta ongelmaksi huumeidenkäyttö muodostui vasta toisen aallon myötä 1990-luvulla. Etenkin kovien huumeiden käyttö ja siihen liittyvät kuolemat lisääntyivät 1990-luvulla huomattavasti. Koviksi huumeiksi lasketaan amfetamiini ja opiaatit, joista opiaatit ovat selkeästi yleisempi huumehoitoon hakeutuneilla. (Saarto 2003, 69–70.)

Opiaattiriippuvuuden hoitoon kehitettyä korvaushoitoa, jossa huumeet korvataan opiaattipohjaisilla lääkkeillä, alettiin toteuttaa Suomessa 1990-luvulla (Holopainen, Fabritius & Salaspuro 2003, 478). Korvaushoitojonot ovat pitkät, esimerkiksi pääkaupunkiseudulla korvaushoitoon pääsyä joutuu odottamaan kahdesta kuuteen kuukautta. Korvaushoitojonossa olevat ovat siis jo hakeutuneet hoidon piiriin, mutta joutuvat odottamaan hoitopaikkaa lähestulkoon ilman apua tai tukea.

Jonoja korvaushoitoon muodostuu, koska paikkoja ei ole riittävästi. Korvaushoitopaikkojen puute johtuu osaksi negatiivisista asenteista korvaushoitoa kohtaan. Asenteet ovat ristiriitaisia, vaikka korvaushoidon tehon on tutkimusten mukaan todettu olevan erittäin hyvä ja se toimii opiaattiriippuvuuden katkaisussa paremmin kuin muut keinot. Sosiaali- ja terveysministeriö on tukenut selvästi enemmän lääkkeettömiä hoitoja ja lyhyitä vieroituksia, vaikka ne on todettu epärealistisiksi hoitomuodoiksi opiaattiriippuvaisten kohdalla. (Holopainen ym. 2003, 478.) Päihdelääketieteen professori Mikko Salaspuro kertoo, että korvaushoito parantaa hoitoennustetta huomattavasti ja se mahdollistaa myös korvaushoidossa olevan henkilön muun hoidon. Korvaushoito säästää myös ihmisen henkiä: opiaattiriippuvaisten kuolleisuus vuosittain on suuri. Noin kolme neljästä heroiiniriippuvaisesta pääsee irti riippuvuudestaan korvaushoidon avulla. (Helasti i.a.)

Olemme olleet kiinnostuneita huumetyöstä ja huume kulttuurista jo pitkään. Työ, työyhteisö ja johtaminen - opintokokonaisuuden harjoittelujaksolla Irti Huumeista ry:llä kuulimme korvaushoidon jonotusajoista ja siitä, että hoitoa odottaville ei ole tarjolla minkäänlaisia palveluita. Tästä syntyi idea opinnäytetyöhömmme: perustaisimme vertaistukiryhmän korvaushoitoa odottaville huumeidenkäyttäjille. Otimme yhteyttä Vantaan Myyrmäessä sijaitsevan H-klinikan esimieheen ja hän innostui ideastamme. Vertaistukiryhmä perustettiin H-klinikalle ja H-klinikalta luvattiin etsiä ja ohjata asiakkaat ryhmäämme.

Vertaistukiryhmään ei kuitenkaan tullut ketään, joten päätimme tutkia sitä, miten korvaushoidossa olevat kokivat odotusajan ja millaista tukea he olisivat kaivanneet sinä aikana. Muutimme vertaistukiryhmän kahvilatoiminnaksi, jossa kahvitelun lomassa keskustelimme H-klinikalla korvaushoidossa olevien asiakkaiden kanssa heidän odotusajastaan. Kahvila toimi H-klinikan tiloissa. Teimme asiakkaille kyselyn, johon he vastasivat osittain kirjallisesti ja osittain suullisesti. Tavoitteenamme oli saada tietoa tukimuodoista, joita odotusaikana oli mahdollisesti tarjottu ja siitä, millaista tukea he olisivat kaivanneet. Teimme kyselyt myös H-klinikan työntekijöille saadaksemme heidän näkemyksensä muun muassa tarvittavista tukimuodoista ja siitä, mikä oli mahdollisesti syynä siihen, että vertaistukiryhmäämme ei asiakkaita tullut.

Korvaushoidossa olevista käytämme työssämme sanaa asiakas, koska he ovat kaikki H-klinikan korvaushoitoasiakkaita. Käytämme myös paljon termejä jonotusaika ja odotusaika, joilla viittaamme aikaan, jonka asiakkaat ovat odottaneet korvaushoitoon pääsyä. Työntekijöillä tarkoitamme kaikkia H-klinikan työntekijöitä. Emme halunneet erotella esimerkiksi sairaanhoitajia, ohjaajia ja esimiehiä.

Aikaisempia tutkimuksia tai kirjallisuutta korvaushoidon odotuksesta ei juuri löydy. Korvaushoitoa odottavien tuen tarvetta tai kokemuksia ei ole aiemmin ainaakaan H-klinikalla kartoitettu. Uskomme, että opinnäytetyöstämme tulee olemaan hyötyä monille eri tahoille ja etenkin tuleville korvaushoitoa odottaville.

## 2 LÄHTÖKOHTIA TUTKIMUKSELLE

### 2.1 HuuMETILANNE JA HUUMEIDENKÄYTTÖKULTTUURI SUOMESSA

1990-luvulla huumeiden käyttö ja kokeilut kasvoivat räjähdysmäisesti. 2000-luvun puolivälissä tilanne on tasaantunut, eikä huumeidenkäyttäjien ja huumehaittojen määrä ole enää kasvanut. Huumehaittoilla tarkoitetaan esimerkiksi huumeiden käytön aiheuttamia tartuntatauteja. Huumehaittojen ehkäisyssä terveysneuvontapisteillä on ollut suuri merkitys. Yleisin huumausaine on kannabis, jota on kokeillut noin 10–20 prosenttia suomalaisista. Muita huumeita kokeillaan ja käytetään huomattavasti vähemmän. Yleisimmin kokeilut sijoittuvat nuoruusikään, ikävuosien 15–34 välille. Vaikka kokeilujen määrä ei ole enää kasvanut, huolestuttavaa on nuorten asenteiden muuttuminen myönteisemmiksi huumausaineita kohtaan. (Forsell, Virtanen, Jääskeläinen, Alho, Partanen 2010, 38; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Yhteiskunnallisesti huumausaineiden ongelmakäyttö on melko tuore ongelma. Huumausaineiden ongelmakäytöksi lasketaan amfetamiinin ja opiaattien käyttö. Vuonna 2005 Suomessa arvioitiin olevan noin 15 000–20 000 ongelmakäyttäjää, eli 0,6–0,7 prosenttia maan 15–55-vuotiaasta väestöstä. Lähes 80 prosenttia ongelmakäyttäjistä on miehiä. Suurin käyttäjäryhmä on 25–34-vuotiaat. Amfetamiinin käyttö on huomattavasti yleisempää kuin opiaattien käyttö, amfetamiinia ongelmakäyttäjistä käyttää noin 80 prosenttia. Päihdehuollon huumehoidon asiakkaaksi hakeudutaan kuitenkin eniten opiaattien käytön takia. Ensisijaisena huumeena asiakkaaksi hakeutuneilla on yhä useammin korvaushoitolääkkeenä käytetty buprenorfiini. Suomalaisessa ongelmakäyttökulttuurissa on kuitenkin tyypillistä useiden eri aineiden sekakäyttö. Viime vuosina huumausaineisiin liittyvien kuolemien määrä on kasvanut ja kasvaa edelleen. (Forsell ym. 2010, 5, 53.) Erityisesti sekakäyttökuolemat, joihin liittyy buprenorfiini, ovat lisääntyneet huomattavasti. Pelkästään viime vuonna buprenorfiinin, alkoholin ja bentsodiatsepiinien sekakäyttöön kuoli yli 150 ihmistä. Bentsodiatsepiinit ovat



keskushermostoon vaikuttavia rauhoittavia lääkkeitä. Buprenorfiinin käyttöön on kuollut tietävästi vain yksi ihminen. (45 minuuttia 2011.)

Huumausaineiden katukauppa on vilkastunut huomattavasti viime vuosien aikana. Euroopan Unionin ja Schengenin sopimuksen myötä rajat ovat avautuneet ja maiden välillä liikkumisesta on tullut entistä helpompaa. (Jaakkola + ym. 2001, 7.) Katukaupalle on tyypillistä aineiden epäpuhtaus ja niiden laimentaminen. Etenkin korvaushoitolääkkeitä liikkuu katukaupassa paljon. Usein käyttäjät turvautuvat erilaisiin korvikkeisiin, jos käyttäjän yleensä käyttämä aine, esimerkiksi heroini, on vaikeasti saatavilla. (45 minuuttia 2011; Seppälä 2001, 10.) Yleisin opiaatti katukaupassa on korvaushoitolääke Subutex, jota tosin käytetään Suomessa korvaushoitolääkkeenä vain harvoissa tapauksissa. Heroini on kadonnut katukaupasta lähes kokonaan.

Rajat ovat avautuneet myös muualle maailmaan Internetin myötä. Internetistä voi esimerkiksi tilata huumausaineiden valmistukseen tarvittavia välineitä kotiin. Internetissä voi myös jakaa vapaasti tietoa huumeiden vaikutuksista ja käytöstä. Useilla suomalaisilla sivustoilla ihmiset voivat vertailla käyttökokemuksiaan ja jopa suositella tiettyjä huumeita kokeiltavaksi. Vaikka rikospoliisi valvoo ja sulkee näitä sivustoja, uusia tulee jatkuvasti. Päihdehuollossa onkin huolestuttu siitä, miten nuorille on tärkeää itse päihtymys, eikä se mitä he käyttävät. Erityisesti nuorille on tyypillistä elämyksien hakeminen ja huumeet ovat myös keino rentoutua sekä päästä irti arjesta. Erilaiset huumeita ihannoivat sivustot ja keskustelupalstat vaikuttavat nuorten kokeiluihin voimakkaasti. (Hakkarainen & Olsson 2001, 46.)

Huumeiden käyttöön liittyvät ongelmat herättävät ihmisissä enemmän pelkoa ja suojautumisen tarvetta kuin jotkut muut suuria haittoja aiheuttavat ilmiöt. Jonkin toisen ilmiön, kuten tupakoinnin, aiheuttamat suuretkin yhteiskunnalliset haitat saatetaan julkisissa keskusteluissa ohittaa kokonaan. Samaan aikaan pienetkin huumeisiin liittyvät tapahtumat aiheuttavat poliittista painetta, vaikka määrällisesti huumeiden ongelmakäyttäjää on vähän. (Weckroth 2001, 41–45.)

## 2.2 Palvelujärjestelmä ja lainsäädäntö

Lain mukaan kunnat vastaavat sosiaalihuollon palveluista. Kunnan palvelujen täydentäjinä, korvaajina tai toteuttajina toimivat yksityiset palvelun tuottajat. Huomattava osa kuntien palveluista hankitaan nykyään ostopalveluina. Kaikkia päihdepalveluita säätelee päihdehuoltolaki. (Ihalainen & Kettunen 2007, 30.)

Kuntien päihdepalvelut perustuvat päihdehuoltolain asettamiin säännöksiin. Kuntien tulee tarjota riittävät päihdepalvelut asukkaiden tarpeiden mukaan. Päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteidenkäytöstä aiheutuvia haittoja. Tarkoituksena on myös edistää päihteidenkäyttäjän ja hänen läheistensä turvallisuutta ja toimintakykyä. Palveluita tulee kehittää siten, että mahdollisimman moni saa tarvitsemaansa apua ja tukea mahdollisimman nopeasti. Päihdehoito tulee suunnitella asiakkaan tarpeen mukaisesti. Hoidon tulee aina ensisijaisesti perustua asiakkaan omaan tahtoon. Tahdosta riippumatonta hoitoa eli niin sanottua pakkohoitoa toteutetaan joissakin tapauksissa päihdehuoltolain, mielenterveyslain (1990) tai lastensuojelulain (2007) nojalla. (Mäkelä 2005; Päihdehuoltolaki 1986.)

Palveluita pyritään kehittämään jatkuvasti. Esimerkiksi Vantaan kaupunki pyrkii muuttamaan päihdehuoltoa entistä avohoitopainotteisemmaksi ja vähentämään laitoshoidon tuntuvasti. Avohoidon tulisi olla ensisijainen hoitomuoto päihdeongelmien hoidossa. Päihdehuollon avopalveluihin kuuluvat muun muassa avomuotoinen katkaisuhoido ja kuntoutus sekä korvaushoido. Tavoitteena on myös nopeuttaa hoitoon pääsyä. Korvaushoido on päihdepalveluiden ainoa hoitotakuun alainen palvelu. Hoitotakuu korvaushoidossa on kuusi kuukautta. Keskeisiä kehittämistavoitteita Vantaan huumeuhoissa ovat avohoitoainotteisuuden lisäksi lääkkeettömän hoidon lisääminen, perhetyön lisääminen, ryhmätoiminnan kehittäminen ja lisääminen, sekä panostaminen tiiviiseen yhteistyöhön muiden tahojen kanssa. (Vantaan kaupunki 2011a.)

Perusrakenteeltaan huumeriippuvuuden hoitojärjestelmä on samanlainen kuin muissakin päihderiippuvuuksissa tai terveydenhuollossa. Huumeuhoon palvelu-

järjestelmä toimii kolmella tasolla, joista ensimmäisen tason muodostavat kuntien yleiset sosiaali- ja terveysterveyst, kuten terveysasemat ja sosiaalitoimistot. Toisena tasona tulevat päihdehuollon erityispalvelut, jotka keskittyvät pelkästään päihdeongelmien hoitoon. Näitä ovat esimerkiksi A-klinikat, Järvenpään sosiaalisairaala ja kuntien katkaisu- ja vieroitusyksiköt. Kolmannella tasolla ovat ne päihdehuollon yksiköt, jotka on suunniteltu erityisesti huumeongelmaisten hoitoon, kuten esimerkiksi H-klinikka ja Helsingin Diakonissalaitoksen ylläpitämä huumeopavystysklinikka. Järjestelmään voisi lisätä neljänneksi tasoksi pelkästään tiettyyn huumeriippuvuuteen tarkoitettut paikat, kuten opiaattiriippuvuustien hoitoon tarkoitettu Opioidiriippuvuuspoliklinikka. Useissa kaupungeissa on lisäksi terveysneuvontapisteitä, jotka ovat matalan kynnyksen toimintaa ja ne ovat tarkoitettu suonensisäisten huumeiden käyttäjille. Tärkeä rooli huumehoiton palvelujärjestelmässä on myös kolmannella sektorilla. Useat järjestöt, kuten NA ja Irti Huumeista Ry, sekä seurakunnat järjestävät vertaistoimintaa huumeriippuvuuksista kärsiville. (Mäkelä 2005.)

Suomen huumeolitiikka perustuu kansainvälisiin yleissopimuksiin ja Suomen omaan lainsäädäntöön. Kansallisesti ja kansainvälisesti huumeolitiikkaa pyritään toteuttamaan strategioiden avulla, ja ne muodostavat huumeolitiikan rakenteet. Nykyinen huumeainepoliittinen linjaus on pitkään rakennettu kompromissi eri toimijoiden varsin erilaisten käsitysten väliltä. Huumeainepoliitikassa ei ole tapahtunut juurikaan muutoksia viime vuosina, eikä huumeolitiikka haluta löysentää. Tämä ei kuitenkaan estä käyttämästä haittoja vähentäviä keinoja, kuten esimerkiksi terveysneuvontapisteiden toimintaa ja korvaushoitoa. Yleisen hyvinvointipoliittikan ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laaja-alainen kehittäminen jatkuu edelleen. (Soikkeli 2001, 9, 25.)

Suomen huumeainepoliittikan yleistavoitteena on huumeiden käytön ja leviämisen ehkäiseminen sekä niistä johtuvien haittojen vähentäminen. Suomi noudattaa kansainvälisiä sopimuksia, kuten YK:n huumeainesten vastaisia sopimuksia ja EU:n huumeainestrategiaa (2005–2012), joilla pyritään vähentämään kysyntää ja tarjontaa sekä saattamaan huumeongelmaiset mahdollisimman varhain hoidon piiriin. Huumeisiin liittyvät ongelmat otetaan myös seu-

rakunnissa huomioon ja huumetyötä tehdään erityisnuorisotyössä, nuoriso- ja varhaisnuorisotyössä, rippikoulussa ja koulutyössä. Päihdeongelmaisia tukee erityisesti diakoniatyö ja seurakunnan perheneuvonta tukee ja auttaa päihdeongelmaisten perheitä ja omaisia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007; Soikkeli 2001, 21.)

Suuntaviivat suomalaiselle huumausainepoliitikalle antaa valtioneuvosto. Valtioneuvoston periaatepäätöksessä huumausainepoliittisesta yhteistyöstä (2008–2011) on puututtu muun muassa ehkäisevään päihdetyöhön, huumausainerikoksien torjuntaan ja opioidiriippuvaisten hoitoon pääsyn nopeuttamiseen. Huuutilannetta tulee seurata ja tutkia aktiivisesti. Hoitopalveluiden kehittämistä jatketaan muun muassa seuraamalla kansalaisten näkemyksiä palveluista. Periaatepäätöksessä on mainittu myös hoitovaihtoehtojen lisääminen huumeriippuvaisille. Säännöllisesti päivitettävien periaatepäätösten tarkoituksena on velvoittaa eri tahot, esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriö ja poliisi, yhteistyöhön mahdollisimman tehokkaan huumausainepoliittikan toteuttamiseksi. Se myös varmistaa, että eri alojen huumausainepoliittiset toimenpiteet ovat yhdenmukaisia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Rikoslain (1993) 50. luvussa määritellään huumausainerikokset ja säädetään rangaistuskäytännöt. Huumausainelain (2008) tavoitteena on huumausaineiden laittoman maahantuonnin, viennin, valmistuksen, levittämisen ja käytön ehkäiseminen. Kaikkien huumaavien aineiden käyttö, levitys, hallussapito ja valmistus on kielletty huumausainelaisissa. Huumausainelaki sallii tiettyjen aineiden käytön lääkinnällisissä tarkoituksissa. Esimerkiksi buprenorfiini on sallittu lääkärin määräämänä, mutta saman lääkkeen käyttö on kielletty huumaustarkoituksessa.

### 2.3 Opiattiiriippuvuus

Päihderiippuvuus voidaan määritellä tietyn aineen jatkuvaan käyttöön liittyväksi tilaksi, jolle on ominaista pakonomainen tarve käyttää ainetta ja kyvyttömyys hallita käytön aloittamista, määrää tai lopettamista. Päihderiippuvuudelle on

ominaista myös se, että elimistön kyky sietää ainetta kasvaa, eikä entinen annos enää riitä tuottamaan haluttua vaikutusta. Tällöin annosta joutuu suurentamaan säännöllisin väliajoin. Vaikka päihteen käyttö aiheuttaa lukuisia haittoja käyttäjälleen, riippuvainen käyttää ainetta siitä huolimatta. (Ihalainen & Kettunen 2007, 175.)

Opiaatit ovat oopiumunikosta (*Papaver somniferum*) saatavia aineita. Raakaopiumista, joka on unikon kuivattua maitiaisnestettä, valmistetaan kodeiinia, morfiinia ja niistä edelleen heroinia ja muita opiaatteja. Lääketieteessä opiaatteja on käytetty jo kauan, ja käytetään edelleen. Niillä helpotetaan voimakkaita kiputiloja ja esimerkiksi terminaalivaiheen hoitoa. Tutuimpia lääkkeinä käytettäviä opiaatteja ovat korvaushoidossa käytettävät metadoni ja buprenorfiini sekä kiputilojen hoitoon käytettävät morfiini ja tramadoli. Opiaatteihin kuuluvaa kodeiinia käytetään myös lievempien kipujen ja yskänärsytyksen hoidossa. (Seppälä 2001, 21; Päihdelinkki 2005.)

Opiaattiriippuvaiset käyttävät yleensä heroinia tai buprenorfiinia. Buprenorfiineja ovat muun muassa Subutex, Temgesic ja Suboxone, joista Subutex on yleisin opiaatti käyttäjien keskuudessa. Heroinia ja buprenorfiinia käytetään suonsisäisesti, polttamalla ja imemällä hengitysteihin sekä suun kautta esimerkiksi tablettina. Heroinia pistettäessä vaikutus alkaa sekunneissa, kun taas muilla tavoilla käytettynä vaikutuksen alkamiseen voi mennä jopa viisitoista minuuttia. Uusilla käyttäjillä polttaminen on pistämisestä yleisempää, mutta jo pidemmän aikaa käyttäneet usein tarvitsevat heroinin aikaansaaman hyvänolon tunteen nopeammin. Opiaattien käyttäjillä toleranssi kasvaa nopeasti, ja tottunut käyttäjä saattaa tarvita jopa satakertaisen annoksen ensiannokseen verrattuna. (National Institute of Drug Abuse 2005.)

Opiaatit saavat aikaan voimakkaan hyvänolon tunteen ja niillä on keskushermostoa lamaannuttava vaikutus. Kivut, ruokahalu ja seksuaaliset tarpeet katoavat ja jännitys ja ahdistuneisuus laukeavat. Muita vaikutuksia ovat liikkeiden ja refleksien hidastuminen, verenpaineen lasku, pupillien supistuminen, olotilan vaihtelu virkeästä uneliaaksi ja ”sisäiseen maailmaan” vajoaminen. Hengityksen

ja pulssin hidastuminen voi pahimmillaan johtaa kuolemaan. Suurin osa yliannostuskuolemista johtuu hengityspysähdyksestä. Veriteitse tarttuvat taudit ja muut virukset ja tulehdukset ovat yleisiä likaisten välineiden vuoksi. (Seppälä 2001, 22; Päihdelinkki 2005.)

Opiaattien pitkäaikaiskäyttö johtaa fyysiseen ja psyykkiseen riippuvuuteen. Kaikista huumausaineista opiaatit aiheuttavat voimakkaimman riippuvuuden. Kaikille riippuvuuksille on ominaista se, että aluksi ne tuottavat nautintoa. Käytön jatkuessa aineesta saatu nautinto loppuu, koska elimistö on tottunut aineeseen. Aineesta tulee itse tarkoitus ja sen käytöllä pyritään enää ylläpitämään niin sanottua normaalia olotilaa. Riippuvuudesta on vaikea päästä, koska aivot ovat mukautuneet opiaatin käyttöön. Psyykkinen riippuvuus syntyy myös opitun käyttäytymisen myötä, jolloin aineen käyttö on kiinteä osa käyttäjän jokapäiväistä elämää. Elämä ilman päihdettä tuntuu mahdottomalta ja käyttäjä lievittää sillä muun muassa ahdistusta, ikävystyneisyyttä sekä kuvittelee hallitsevansa poikkeavia aistikokemuksia. Aine luo käyttäjälleen tunteen, että hän hallitsee omaa elämäänsä paremmin aineen vaikutuksen alaisena. Korostunut itsevarmuuden ja hallinnan tunne vaihtuu kuitenkin nopeasti pelkotiiloihin ja masennukseen aineen vaikutuksen hiipuessa. Fyysiset vieroitusoireet ovat voimakkaita ja saattavat ilmaantua jo tuntien kuluessa viimeisestä annoksesta. Pahimmillaan ne ovat kahden - kolmen vuorokauden jälkeen. Pitkävaikutteisten opiaattien, kuten buprenorfiini, vieroitusoireet ovat lievempiä ja ilmaantuvat myöhemmin kuin esimerkiksi heroisiin. Vieroitusoireet alkavat levottomuutena ja flunssan kaltaisina oireina, mutta kehittyvät muutaman päivän sisällä sietämättömiksi kiputiloiksi, pahoinvoinniksi, kouristuksiksi ja jopa tajuttomuuskohtauksiksi. (Heikkilä 2005, 20, 55; Päihdelinkki 2005; Seppälä 2001, 22; Holopainen 2001, 41.)

Päihderiippuvuus jaetaan fyysisen ja psyykkisen riippuvuuden lisäksi sosiaaliseen riippuvuuteen. Sosiaalinen riippuvuus on suuri riskitekijä riippuvuussairauden kehittymiselle. Sosiaalisella riippuvuudella tarkoitetaan yhteisön jäsenten keskinäistä riippuvuutta toisistaan, ja tavoista, joita yhteisöön kuuluu. Etenkin huumeidenkäytön alkuvaiheessa oma yhteisö on tärkeä. Huumeidenkäyttö lisää yhteenkuuluvuuden tunnetta yhteisön sisällä. Sosiaalinen, psyykkinen ja fyysi-

nen riippuvuus yhdessä aiheuttavat sen, että riippuvuudesta irtipääseminen on pitkä ja vaikea prosessi. (Holopainen 2001, 41.)

## 2.4 Riippuvuudesta irtautuminen

Huumeriippuvuudesta irtautuminen ei käy helposti, vaan se on yleensä pitkä ja monivaiheinen prosessi. Psykologit James Prochaska ja Carlo DiClemente ovat laatineet laajalti käytetyn mallin muutoksen vaiheista. Teorian ideana on, että riippuvuuksista irtautuminen ei tapahdu hetkessä. Muutos on tavallaan jatkumo, jonka riippuvainen käy läpi pyrkiessään onnistuneeseen muutokseen. Muutoksen vaiheisiin kuuluu kuusi eri vaihetta. Teorian tarkoituksena on auttaa niin riippuvaista kuin työntekijääkin hahmottamaan riippuvaisen elämäntilanne ja tätä kautta antaa oikeat välineet aineen käytön lopettamiseen. (Peele 2004, 61.)

Riippuvuudesta irtautuminen alkaa esipohdintavaiheesta, jossa käyttäjä ei vakavissaan mieti aineen käytön lopettamista. Ajatus lopettamisesta on käynyt mielessä, mutta hän puolustaa huonoa tapansa eikä koe aineen käyttöä ongelmana. Tässä vaiheessa riippuvaisen omaiset ovat enemmän huolissaan hänen käytöksestään ja saattavat painostaa häntä lopettamaan. (AddictionInfo 2008.)

Pohdintavaiheessa riippuvainen on tietoinen ongelmastaan, on harkinnut aineen käytön lopettamista ja ajatellut mahdollista muutosta. Pohdintavaiheessa ollaan kahden vaiheilla muutoksen haluamisesta, ja pohditaan aineen käytön lopettamisen positiivisia ja negatiivisia puolia. Riippuvainen on hyvin epävarma ja haluaa vuoroin muuttua ja vuoroin pysyä samassa elämäntilanteessa kuin nyt. Tämä vaihe voi kestää pitkäänkin. Pohdintavaiheessa ollaan kiinnostuneita saamaan lisää tietoa riippuvuudesta ja heijastamaan sitä omiin tunteisiin. (AddictionInfo 2008.)

Valmistautumisvaiheessa riippuvainen on päättänyt muuttua ja alkaa suunnitella muutoksen tekemistä. Hän alkaa muun muassa kerätä tietoa tarvittavista toimenpiteistä muutostaan varten ja ottaa selvää mahdollisista hoitopaikoista. Mo-

net riippuvaiset jättävät tämän vaiheen väliin ja siirtyvät suoraan toimintavaiheeseen. Tämä aiheuttaa usein pettymyksiä, koska riippuvainen ei ole etsinyt tarpeeksi tietoa tulevasta elämän muutoksesta eikä välttämättä täysin ymmärtänyt mitä se vaatii. (AddictionInfo 2008.)

Toimintavaiheessa riippuvainen uskoo itseensä ja muutoksen mahdollisuuteen sekä ottaa askelia muutoksen suuntaan. Tämä on lyhin kaikista vaiheista ja tällöin tahdonvoima on erityisen tärkeä. Käyttäjä tekee joskus jopa yliyriytyksiä lopettamisen tai elämänmuutoksensa suhteen. Tällöin retkahtamisen vaara on suurimmillaan. Toimintavaiheessa hän hyödyntää etsimäänsä tietoa ja harjoittelee selviytymistaitojaan. Hän myös hyödyntää muutosta tukevia sosiaalisia suhteitaan ja on avoin etsimään myös muita muutostaan tukevia tahoja. (AddictionInfo 2008.)

Ylläpitovaiheessa käyttäjä osaa välttää houkutuksia eikä palaa vanhaan tapansa. Entinen käyttäjä tunnistaa retkahdukseen johtavat tekijät ja soveltaa tietoaan uuteen elämään ja retkahtamisen välttämiseen. Hän on kärsivällinen ja tunnustaa, että usein vie aikaa päästä eroon vanhoista tavoista. Vaikka hänellä olisikin ajoittaisia ajatuksia palata takaisin entisiin tapoihin, hän osaa taistella tätä ajatusta vastaan. (AddictionInfo 2008.)

Myös retkahdukset kuuluvat riippuvuudesta irtautumiseen. Retkahdusvaiheessa riippuvainen palaa takaisin entisiin tapoihinsa. Matkalla pysyvään muutokseen on normaalia, että retkahdetaan ainakin kerran. Retkahdus on usein seurausta lannistumisen tunteen kokemisesta ja siitä, että riippuvainen kokee epäonnistuneensa. Se ei ole vain huono asia, vaan sen voi muuttaa oppimiskokemukseksi. Retkahduksen aikana riippuvainen tiedostaa ja ymmärtää paremmin omaa aineen käyttöönsä ja siihen liittyviä uskomuksiaan, tunteitaan ja toimintatapojaan. (AddictionInfo 2008.)

Huumeista luopuminen on aina surutyö. Koska huumeet ovat aikaisemmin olleet niin suuressa osassa riippuvaisen elämää, jopa koko elämän tärkein asia, on luopuminen todella vaikeaa. Riippuvainen käy huumeista luopuessaan sa-



moja vaiheita läpi kuin kuka tahansa surutyötä tekevä. Surutyö on tässäkin tapauksessa yksilöllistä ja riippuvaiset aloittavat sen eri vaiheissa. Joillakin se saattaa kulkea muutoksen vaiheiden rinnalla ja toisilla taas alkaa vasta esimerkiksi vuoden mittaisen hoitajakson jälkeen. (Hammarlund 2004, 96.) Yrmy Ikonen (2010) on määritellyt huumeista luopumisen vaiheet avuksi päihdetyöntekijöille sekä riippuvuudesta toipuville.

Shokkivaiheessa, joka voi ilmetä jo huumeiden käytön aikana, riippuvainen tajuaa oman tilanteensa vakavuuden. Se voi aiheuttaa lamaantumista ja kauhua sekä saamattomuutta. Riippuvainen on usein neuvoton, eikä tiedä mitä tehdä. Hän saattaa myös olla välinpitämätön oman tilanteensa suhteen. Shokkivaihetta seuraa kieltäminen, joka saattaa myös vuorotella shokkitilan kanssa. Riippuvainen on uhmakas ja uskottelee itselleen, ettei tilanne todellisuudessa ole niin paha kuin hän on luullut. Hän ylireagoi tekemällä suuria suunnitelmia tulevaisuudestaan ja hänellä on usein epärealistiset tavoitteet elämänsä suhteen. Hän saattaa ajatella, että koko elämä riippuu hoidon saamisesta. (Hammarlund 2004, 98; Ikonen 2010.)

Vihavaiheessa riippuvainen on todennut ongelmansa ja alkaa etsiä ongelmalleen syyllistä. Riippuvainen syyttää usein muita tilanteestaan. Hän alkaa inhota itseään ja tilannettaan sekä käyttäytyy marttyyrimaisesti. Riippuvainen on kieltämisvaiheessa ehdoton ja näkee asiat vain hyvinä tai huonoina. Hän on vain asioiden puolesta tai niitä vastaan, eikä osaa ajatella asioita näiden väliltä. Hän on myös sokeasti uskollinen tai vihainen, mikä tukee hänen mustavalkoista ajattelumaailmaansa. Vihavaihetta seuraa pelkovaihe, jonka aikana riippuvainen kokee voimakasta pelkoa ja vainoharhoja. Pelot voivat liittyä hänen tulevaisuutensa ja vainoharhat taas esimerkiksi läheisten suhtautumiseen. Riippuvainen saattaa alkaa vältellä sosiaalisia kontakteja ja pelkää jatkuvasti epäonnistuvansa. Hän kokee myös voimakasta pelkoa oman terveytensä ja mielenterveytensä menettämisestä. (Hammarlund 2004, 98; Ikonen 2010.)

Näiden jälkeen riippuvainen hyväksyy, että ei esimerkiksi voi käyttää tiettyä ainetta enää koskaan. Hänen täytyy hyväksyä ja käsitellä aineen menetys, johon

kuuluu olennaisesti suru. Hyväksyntävaiheessa riippuvaisen tunteet vaihtelevat voimakkaasti riemusta epätoivoon ja suruun. Hänen on sopeuduttava elämään, jossa ainetta ei enää ole. Huumeesta luopuminen jättää tyhjän aukon riippuvaiseen. Kun riippuvainen on hyväksynyt sen, että hän ei voi enää palata takaisin entiseen elämäänsä, hänen tulee suunnata emotionaalinen energiansa uuteen kohteeseen. Kuudennessa, eli ratkaisujen etsintävaiheessa hän yrittää elää ilman ainetta ja etsii ratkaisuja uuden elämäntavan ylläpitämiseen. (Hammarlund 2004, 99; Ikonen 2010.)

Huumeista luopuminen ja oman elämäntilanteen muuttaminen on pitkä ja monivaiheinen prosessi. Tyypillistä huumeriippuvaiselle varsinkin prosessin alussa on katteettomat lupaukset esimerkiksi hoitoon hakeutumisesta. Motiivi vieroittautumiselle saattaa aluksi olla epäselvä riippuvaiselle itselleen, jolloin hän haluaa miettiä sitä rauhassa. (Leskinen, Lassila, Kalamaa & Rytkölä 2003, 15.) Koko prosessin läpikäyminen, aina esipohdintavaiheesta totaaliseen aineesta luopumiseen ja uuden elämäntavan ylläpitämiseen ilman retkahduksia, saattaa kestää jopa vuosia. Prosessi ei aina etene vaiheiden mukaisesti ja vaiheet saattavat vaihdella ja toistua useaankin otteeseen. Tämän vuoksi Prochaskan ja DiClementen sekä Ikonen teorit ovat tärkeitä, sillä ne auttavat riippuvaista ymmärtämään omaa itseään ja työntekijää laatimaan asiakkaan elämäntilanteen mukaiset yksilölliset suunnitelmat vieroittautumisen tukemiseksi.

## 2.5 Korvaushoito

Korvaushoito tarkoittaa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (2008) mukaan opiaattiriippuvuuden hoitoa metadonia tai buprenorfiinia sisältävillä lääkkeillä. Hoitoon on kuuluttava myös psykososiaalinen ja muu tarvittava lääketieteellinen hoito, sekä säännöllinen hoidon seuranta. Yleisimmät korvaushoitolääkkeet ovat buprenorfiini-naloksonivalmiste Suboxone, buprenorfiinivalmiste Subutex ja metadoni, joista Suboxonea käytetään nykyään eniten. Metadonia on käytetty jo kymmeniä vuosia ja sen avulla on onnistuttu hoitamaan satoja tuhansia opiaattiriippuvaisia ympäri maailman. Se vähentää tehokkaasti opiaattivieroitusoireita

ilman merkittäviä haittavaikutuksia. Buprenorfiini otettiin Suomessa käyttöön 1990-luvun lopulla. Sen etuna on pienempi toksisuus kuin metadonissa ja sitä voidaan annostella valvotusti useamman päivän annoksina. Haittoina on korkeampi hinta sekä sen väärinkäyttömahdollisuus ja päätyminen katukauppaan. Buprenorfiini-naloksoni-yhdistelmävalmiste Suboxone on uusin korvaushoitolääke ja se on lähes korvannut aiemmin paljon käytetyn Subutexin. Naloksonin tarkoitus valmisteessa on estää suonensisäistä väärinkäyttöä. (Holopainen ym. 2003, 478–479.)

Korvaushoitoon voi päästä opiaattiriippuvainen henkilö, jolla on takanaan yksi tai useampia epäonnistuneita vieroitus- tai katkaisuhoidoja ja pitkä päihdetausta. Jos opiaattiriippuvuutta ei ole pystytty katkaisemaan millään muulla avo- tai laitostuotoisella menetelmällä, saattaa lääkkeellinen korvaushoito olla ainoa keino irrottautua pakonomaisesta opiaattien käytöstä. Korvaushoito on siis aina viimesijainen hoitomuoto. (Holopainen ym. 2003, 478.) Korvaushoitoon pääsyyn liittyy myös huumeseulojen säännöllinen ottaminen jonotusaikana. Puhtaat tulokset seulassa voivat aiheuttaa sen, että korvaushoito ei toteudu. Asiakkaan täytyy siis osoittaa käyttävänsä huumeita säännöllisesti, ja että ei pysty olemaan ilman ainetta.

Korvaushoidon tavoitteena on lääkehoidon ja psykososiaalisen tuen avulla saada riippuvuus katkaistua ja irrottaa käyttäjä huumemaailmasta. Tarkoitus on mahdollisuuksien ja käyttäjän oman toimintakyvyn mukaan saada hänet takaisin normaaliin päivärytmiin ja arkeen ja sitä kautta työelämään. (Ihalainen & Kettunen 2007, 185.) Korvaushoito tähtää aina päihteettömyyteen ja täydelliseen kuntoutumiseen. Korvaushoitolääkkeen annostusta on tarkoitus vähentää pikkuhiljaa ja lopulta lopettaa se kokonaan. Tämä ei kuitenkaan ole aina mahdollista tai se ei yrityksistä huolimatta onnistu. Jotkut käyttävät korvaushoitolääkettä loppuelämänsä ja tällöin puhutaan haittoja vähentävästä korvaushoidosta. Aiemmin loppuelämän kestävästä hoidosta käytettiin termiä ylläpitohoito, mutta siitä on luovuttu. Kaiken korvaushoidon tulee tähdätä päihteettömyyteen, eikä loppuelämän kestävään lääkehoitoon. Kuitenkin haittoja vähentävää hoitoa käytetään esimerkiksi tilanteessa, jolloin opiaattiriippuvaisen terveys- ja muiden

haittojen vähentäminen on erityisen tärkeää, vaikka päihteiden käyttö ei kokonaan loppuisikaan. (Holopainen ym. 2003, 478–481; Simojoki & Mäkelä 2010.) Haittojen vähentämisen tärkein eettinen perustelu on se, että huumeiden käyttäjää voidaan ja pitää auttaa. Apu ei aina tarkoita hoitoa. (Saarto, 70–71.)

Korvaushoitoa toteutetaan kuntien päihdehuollon yksiköissä, yliopistosairaaloissa, keskussairaaloissa, Järvenpään sosiaalisairaalassa, terveyskeskuksissa ja yksityisissä päihdehuoltoyksiköissä, joiden henkilökunta on saanut asiaankuuluvan koulutuksen. Hoito tulee sen pitkäkestoisuuden vuoksi toteuttaa mahdollisimman lähellä asiakkaan asuinpaikkaa. Korvaushoito aloitetaan aina hoidon tarpeen arvioinnilla, joka toteutetaan moniammatillisella selvityksellä asiakkaan kokonaistilanteesta. Aloitusprosessi toteutetaan yleensä avohoidossa, mutta laitostenmuotoinen aloitus on mahdollinen asiakkaan päihdetilanteen niin vaatiessa. Esimerkiksi runsaan bentsodiatsepiinien oheiskäytön takia laitostenmuotoinen lääkehoidon aloitus saattaa olla perusteltua. Tämän jälkeen hoito tapahtuu valvotusti päivittäisenä lääkkeidenjakona hoitopaikassa. Korvaushoito sisältää myös tapaamisia lääkärin ja hoitajien kanssa, sekä erilaisia ryhmä- ja verkostotapaamisia. Hoitoon kuuluu myös satunnaiset seulat. Useamman päivän annoksia eli kotiannoksia voidaan antaa, mikäli asiakas on osoittanut sitoutumisensa hoitoon ja kaikki oheiskäyttö on loppunut. Myöskään epäilystä lääkkeen viemisestä katukauppaan ei saa syntyä. (Simojoki & Mäkelä 2010.)

Korvaushoidossa käytettävä lääke ja sen annostus määritellään yksilöllisesti. Lääkityksen tavoitteena on poistaa vieroitusoireet mahdollisimman pienellä annoksella korvaavaa lääkettä. Annoksen on kuitenkin oltava riittävän suuri poistaakseen tarpeen käyttää huumetta, mutta ilman euforisoivaa tai lamaavaa vaikutusta. Säännölliset arvoinnit annoksen sopivuudesta ja siitä, olisiko hoito mahdollista lopettaa ja jatkaa kuntoutusta muilla keinoin, ovat tärkeä osa korvaushoitoa. (Simojoki & Mäkelä 2010.)

Korvaushoidon tarve on lisääntynyt huomattavasti etenkin pääkaupunkiseudulla ja sen seurauksena on syntynyt hoitojonoja. Jonojen muodostumiseen vaikuttaa resurssien riittämättömyys, mutta myös asenteiden ristiriitaisuus: edes tervey-

denhuollon henkilökunnalla ei ole aina riittävää tietoa korvaushoidosta ja sen eduista. Lääkkeettömät hoidot ovat yleensä ensisijainen vaihtoehto, mutta usein ne ovat riittämättömiä opiaattiriippuvuuden katkaisussa. Tällä hetkellä korvaushoidossa arvioidaan olevan noin 1800 henkilöä. (Holopainen ym. 2003, 478–479; Ihalainen & Kettunen 2007, 185.) Muutamia vuosia sitten korvaushoitopaikkaa joutui pahimmillaan odottamaan kaksi vuotta. Vuonna 2003 hoitojonot eivät liikkuneet juuri ollenkaan ja korvaushoitoa odottavat seisoivat jonossa vuosia. Paikkoja on sen jälkeen lisätty tuntuvasti ja korvaushoito on asetettu kuuden kuukauden hoitotakuun alaiseksi. Asiakkaiden määrä on kuitenkin kasvussa. Helmikuussa 2011 korvaushoitoon jonottavia oli Helsingissä 120, kun vuotta aikaisemmin jonottavia oli 74. Vaikka jonot ovat lyhentyneet, lyhimmilläänkin hoitopaikkaa joutuu tällä hetkellä odottamaan noin kolme kuukautta. (YLE Alueet/Helsinki 2011; Sosiaali- ja terveysministeriö 2003; Vesikansa 2011.)

Korvaushoito on erittäin tehokas hoitomuoto huumeriippuvuuden katkaisussa ja se onkin hiljalleen vakiinnuttanut asemansa suomalaisessa huumehoitojärjestelmässä. Sen on osoitettu tuottavan yhtä hyviä tuloksia kuin esimerkiksi aikuisiän diabeteksen, verenpainetaudin ja astman hoidossa, kun mitataan tehoa parantuneen työkyvyn ja oireiden sekä yhteiskunnallisten kustannuksien vähentymisen avulla. Korvaushoito vähentää myös useiden tutkimusten mukaan kuolemanriskiä ja huumeiden käyttöön usein liittyvää rikollisuutta. Sen on osoitettu vähentävän myös sairauksia ja syrjäytymistä, ja parantavan elämänlaatua ja sosiaalista tilannetta ratkaisevasti. Vieroitushoidoilla tai psykososiaalisella tuella ei ole osoitettu saatavan yhtä suurta hyötyä. Tästä huolimatta asenteet korvaushoitoa kohtaan ovat edelleen melko negatiivisia, vaikkakin keskustelu sen mielekkyydestä on vähentynyt huomattavasti. Tällä hetkellä haasteina ovat kohtuuttoman pitkät jonot etenkin pääkaupunkiseudulla ja hoidon sisällön kehittäminen vastaamaan paremmin erilaisten yksilöiden tarpeita. (Holopainen ym. 2003, 482; Simojoki & Mäkelä 2010.)

## 2.6 H-klinikka

Vantaan H-klinikka eli huumehoitoklinikka on perustettu vuonna 2009. H-klinikka kuuluu Vantaan kaupungin perhepalveluiden alaisiin päihdepalveluihin. Sen palvelut on tarkoitettu täysi-ikäisille vantaalaisille huumeidenkäyttäjille ja heidän läheisilleen. H-klinikka sijaitsee Myyrmäessä ja sen rinnalla toimii terveysneuvontapisteet Tikkurilassa ja Myyrmäessä. (Vantaan kaupunki i.a.)

Asiakas voi hakeutua H-klinikalle tulemalla päivystysvastaanotolle, varaamalla ajan puhelinpäivystysaikana tai muun viranomaisen, esimerkiksi sosiaalitoimen ohjaamana. Lähetettä H-klinikalle ei tarvita. Puhelinpäivystys toimii joka arkipäivä ja päivystysvastaanotto on maanantaisin ja torstaisin. Puhelinpäivystyksen yhteydessä toimii myös puhelinneuvonta, josta voi kysyä neuvoa huumeiden käyttöön ja sen katkaisuun liittyvissä asioissa. (Vantaan kaupunki 2011b.)

H-klinikan palveluihin kuuluu muun muassa neuvontaa, hoidon tarpeen arviointia, palveluohjausta, avohoitoa ja kuntoutuspalveluita. Hoidon tarpeen arvioinnissa laaditaan hoitosuunnitelma yhdessä asiakkaan kanssa. Hoitosuunnitelma sisältää asiakkaan tarpeen mukaan avo- ja/tai laitoshoidon. Avohoitoon kuuluu suunniteltuja tapaamisia, esimerkiksi yksilö- ja verkostotapaamisia, sekä korvaushoito. Korvaushoitoprosessiin kuuluu H-klinikalla lääkkeenjako, lääkärintapaamiset, säännölliset seulat, omahoitajatapaamiset, perusteellinen sosiaalisen tilanteen kartoitus ja hoitoneuvottelut. H-klinikalla on myös monenlaista päivätoimintaa ja erilaisia ryhmiä, kuten Alku-ryhmä korvaushoidon aloittaville. (Vantaan kaupunki 2011a; Vantaan kaupunki 2011b.)

H-klinikan terveysneuvontapisteet on tarkoitettu huumeidenkäyttäjille ja heidän läheisilleen. Palvelu on yksilöllistä, maksutonta ja tapahtuu asiakkaan halutessa nimimerkillä. Terveysneuvontapisteissä asiakas voi vaihtaa käyttövälineet uusiin, tehdä raskaus-, HIV- ja hepatiittitestit, saada rokotuksia ja kysyä neuvoa esimerkiksi terveyteen liittyvissä asioissa. Myös seksuaaliterveystiedon lisääminen on tärkeä osa terveysneuvontapisteiden toimintaa. Terveysneuvontapisteistä saa palveluohjausta ja tietoa hoitopaikoista. Asiakkaille voidaan myös

tehdä pieniä hoitotoimenpiteitä, muun muassa haavojen hoitoa. (Vantaan kaupunki i.a.)

H-klinikan korvaushoitoasiakkaat ovat entisiä suonensisäisten huumeiden, eli opiaattien käyttäjiä. Suurin osa asiakkaista on iältään 25–34-vuotiaita, mikä on myös suurin opiaattien ongelmakäyttäjryhmä. Miesten osuus tässä ryhmässä on selvästi suurempi. Tyypillisiä piirteitä suomalaisten huumeidenkäytölle on buprenorfiinin keskeinen asema pistoskäytössä, käyttäjien suhteellisen nuori ikä ja iästä johtuva suhteellisen lyhyt käyttöhistoria. Viimeisen kymmenen vuoden aikana käyttäjien keski-ikä on kuitenkin noussut. Kovien huumeiden käyttöön liittyy olennaisena osana syrjäytyminen sekä päihdeongelmien lisäksi muut sosiaaliset ja terveydelliset häiriöt. Huumeriippuvaisille on tyypillistä myös työttömyys ja asumisen ongelmat. Suurin osa päihdeongelmallisista on yksinasuvia. Nämä piirteet näkyvät selvästi H-klinikan korvaushoitoasiakkaissa. H-klinikan asiakkaista ainakin kolmasosalla on jokin psykiatrinen diagnoosi ja yli puolella on psyykelääkitys. Yleensä arvioidaan, että huumeriippuvaisista noin puolet kärsii myös jonkinasteisesta mielenterveyden ongelmasta. (Forsell ym. 2010, 53; Vantaan kaupunki 2011a.)

## 2.7 Aikaisempia tutkimuksia

Aikaisemmat tutkimukset korvaushoidosta ovat suurimmaksi osaksi sairaanhoitajien opinnäytetöitä. Moni opinnäytetyö käsitteli lähinnä korvaushoidossa käytettäviä lääkkeitä ja niiden toimivuutta korvaushoidossa, mutta joitakin kehittämissankkeitaakin löytyi. Sosiaalialan opinnäytetyöt korvaushoitoon liittyen ovat suurimmaksi osaksi tutkimuksia palvelujärjestelmän toimivuudesta ja niiden mahdollisesta kehittämisestä. Korvaushoidon hoitajanoista tehtyjä tutkimuksia ei löytynyt. Vuonna 2003 on tehty kartoitus Helsingin ja kolmen muun suuren kaupungin hoitojonotilanteesta, mutta siinä oleva tieto ei ole enää ajankohtaista.

Tutkimuksia on tehty muun muassa asiakkaiden kokemuksista päiväkeskustoinnasta, korvaushoidon haasteista vankilassa, opiaattikorvaushoidon hyödyistä ja kehittämismahdollisuuksista sekä asiakkaiden kokemuksista korvaushoi-

dosta ja palvelujärjestelmästä. Opinnäytetöitä oli myös huumepäivystyspoliklinikan ja korvaushoidon aloittaneiden valmennuskurssien kehittämistä.

Ulla Jukka ja Anne Kukkonen ovat tutkineet opinnäytetyössään huumeidenkäyttäjien kokemuksia palvelujärjestelmästä ja sitä, kuinka asiakkaan ääni saadaan palvelujärjestelmässä kuuluviin. Tutkimuksen tuloksista ilmeni, että huumeidenkäyttäjät toivoivat lisää inhimillisyyttä asiakkaan kohtaamiseen. Yleisiä kokemuksia palvelujärjestelmästä olivat myös hoitoon pääsyn vaikeus, pitkät odotusajat ja tiedon puute esimerkiksi mahdollisista hoitopaikoista. Monet huumeidenkäyttäjistä olivat maininneet myös sen, että yksilöllistä ja juuri itselle sopivaa hoitoa on vaikea saada. (Jukka & Kukkonen 2010.)

Mirka Honkala on tutkinut opinnäytetyössään Päihdelinkin keskustelupalstalle kirjoittaneiden kokemuksia korvaushoidosta. Monet kommentteista olivat hyvin negatiivisia koko korvaushoitoa kohtaan, mutta myös positiivisia tarinoita löytyi. Monet kritisoivat palvelujärjestelmää ja mainitsivat myös kokeneensa epäinhimillistä kohtelua. Hoitojonojen pituus tuli esille monessa kommentissa, sitä verrattiin jopa siihen, että halvaantuneet pakotettaisiin ensin ryömimään vuoden ajan sairaalaan kunnes saisivat pyörätuolin. (Honkala 2009.)

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos tuottaa vuosittaisen huumevuosiraportin EMCDDA:lle (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). Huumetilanne Suomessa -raportti sisältää uusimman tiedon huumeaineista, niiden käytöstä ja mahdollisista uusista markkinoille tulleista aineista. Raportista selviää myös esimerkiksi huumekuolleisuus ja tämänhetkiset kehityssuuntaukset eli trendit huumeidenkäytössä.



### 3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

#### 3.1 Opinnäytetyöprosessin kuvaus

Valitsimme korvaushoitajien opinnäytetyömme aiheeksi, sillä huumeiden käyttö kiinnostaa meitä molempia. Olemme tehneet huumeiden käyttöön liittyviä oppimistehtäviä, esimerkiksi seminaaritöitä aikaisemminkin. Tutkimamme aiheeseemme liittyviä ajankohtaisia keskusteluja sekä aikaisempia tutkimuksia huomasimme, että opinnäytetyömme aihe oli lähes ainut laatuun. Selvityksiä korvaushoitajien aikaisesta avusta ja tuesta tai asiakkaiden kokemuksista ei löytynyt. Selvitys korvaushoidossa olevien asiakkaiden odotusajan kokemuksista on hyödyksi niin huumehoitoyksiköille, tuleville asiakkaille kuin seurakunnillekin.

Alkuperäinen suunnitelmamme oli perustaa vertaistukiryhmä korvaushoitoa odottaville huumeidenkäyttäjille. Vertaistukiryhmän aioimme toteuttaa Vantaan H-klinikalla. Olimme ajatelleet ryhmän kokoontuvan kahdeksan kertaa ja olimme suunnitelleet erilaista toimintaa sekä kutsuneet vierailijoita kokoontumiskerroille. Kutsuimme korvaushoitoon jonottavia vertaistukiryhmäämme mainoksilla, joita oli laajasti esillä H-klinikan ilmoitustauluilla, terveysneuvontapisteissä ja työntekijöillä, jotka puolestaan mainostivat ryhmäämme asiakkaille.

Vertaistukiryhmä hoitojonossa oleville huumeidenkäyttäjille oli uusi idea. Joissakin huumehoitopaikoissa, kuten esimerkiksi Tampereen Päiväperhossa, on samankaltaisia ryhmiä, mutta ne ovat pääsääntöisesti vain raskaana oleville naisille ja perheellisille. Joillakin järjestöillä on ryhmätoimintaa huumeriippuvuudesta toipuville, mutta korvaushoitoa odottavat eivät kuulu niiden asiakasryhmään. Useat ryhmät ovat päihteettömiä, joten korvaushoitoa odottavat eivät saa mennä ryhmiin, koska päihteidenkäyttö jatkuu.

Useissa tutkimuksissa toipumista on havaittu tapahtuvan jo ennen hoitoon pääsyä. Hoitoon hakeuduttaessa motivaatio on jo syntynyt, mutta päihderiippuvainen kokee usein, ettei pysty toteuttamaan muutosta yksin. (Kuusisto 2009, 33.) Tästä syystä ajattelimme kokeilla vertaistukiryhmän toimivuutta korvaushoitoa

jonottaville. Vertaistukiryhmäämme ei kuitenkaan tullut ketään. Ensimmäisen kerran jälkeen teimme uuden mainoksen, mutta sama toistui seuraavalla kerralla, joten teimme vielä uuden mainoksen. Kolmannen kerran jälkeen, kun ryhmään ei vielä kukaan tullut ketään, otimme käyttöön varasuunnitelman. Varasuunnitelmanamme oli muuttaa vertaistukiryhmä kahvilatoiminnaksi, jonne saisivat tulla myös jo korvaushoidossa olevat H-klinikan asiakkaat. Suunnitelmaan kuului, että kyselemme korvaushoidossa olevilta odotusaikaan liittyviä kysymyksiä.

Olimme varanneet ryhmän kokoontumisille kahdeksan kertaa, mutta suunnitelmamme muututtua kertoja oli enää viisi jäljellä. Tulimme siihen tulokseen, että kyselemme korvaushoidossa olevien mielipiteitä ja ajatuksia jonotusajasta sekä siitä, mitä apua ja tukea he olivat mahdollisesti saaneet. Ajan puutteen vuoksi emme voineet tehdä laajempaa haastattelua, joka olisi ollut mahdollista vielä opinnäytetyöprosessin alussa. Annoimme kyselylomakkeen kaikille kahvilaan tulleille asiakkaille, jotka olivat kiinnostuneita vastaamaan.

Opinnäytetyömme muuttui useasti ja jouduimme etsimään ratkaisuja moniin ongelmiin. Varasuunnitelman käyttöönoton jälkeen ajattelimme, että voisimme soveltaa korvaushoidossa olevien asiakkaiden vastauksia nykyisten jonottajien tilanteeseen. Opinnäytetyöprosessin aikana ymmärsimme kuitenkin, ettemme voi väittää nykyisten korvaushoidossa olevien asiakkaiden ajattelevan samalla tavalla kuin tällä hetkellä korvaushoitoon jonottavat. He olivat aivan eri elämäntilanteessa jonottaessaan hoitoon pääsyä ja joillakin jonotusaika oli vain kaukainen muisto. Tutkimuksen luotettavuus olisi siis hieman kyseenalainen.

### 3.2 Tutkimuskysymykset, tavoitteet ja tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää korvaushoitoa odottavien huumeidenkäyttäjien avun ja tuen tarve. Korvaushoitojonot ovat pitkät, vaikka viime vuosina edistystä onkin tapahtunut. Korvaushoitoa odottavien tuen tarvetta ei ole aiemmin tutkittu, joten tavoitteenamme oli alustavasti kartoittaa millaista tukea huumeidenkäyttäjät odotusaikana kaipaisivat.

Opinnäytetyömme on kvalitatiivinen tutkimus. Opinnäytetyömme toteutimme monimenetelmällisyyttä käyttäen. Tutkimuksemme oli osittain toiminnallinen ja käytimme menetelminämme havainnointia, keskustelua ja kyselyitä, jotka toteutimme asiakkaille annettavilla kyselylomakkeilla (LIITE 1). Kehitimme tutkimuksemme avuksi kahvilatoiminnan, jonne kutsuimme kaikki H-klinikalla korvaushoidossa olevat tai sitä odottavat asiakkaat. Kahvittelun lomassa asiakkaat saattoivat vastata kysymyksiin ja meillä sekä asiakkailla oli mahdollisuus kysyä tarkentavia kysymyksiä. Toiveenamme oli, että kahvilassa olisi rento ja avoin ilmapiiri, ja saisimme aikaan yleistä keskustelua. Tarkoituksenamme oli myös havainnoida asiakkaita ja tehdä keskusteluista muistiinpanoja. Teimme kyselylomakkeet myös H-klinikan työntekijöille (LIITE 2). Kyselylomakkeissa oli samankaltaiset kysymykset kuin asiakkaillakin, jotta vastausten vertailu olisi helppoa.

Valmistumme myös diakoneiksi, joten opinnäytetyössämme täytyi näkyä diakoninen näkökulma. Olimme kiinnostuneita selvittämään miten seurakunnat voisivat vastata tähän korvaushoitojonojen luomaan haasteeseen. Haastattelimme Vantaan seurakuntien diakoniatyöntekijöitä heidän seurakuntiansa toteuttamasta päihdetyöstä ja siitä, miten korvaushoidossa olevat tai sitä odottavat asiakkaat näkyvät diakoniatyössä. Tietojemme mukaan seurakuntien huumetyö rajoittuu lähinnä ennaltaehkäisevään työhön ja työhön alkoholiriippuvaisten parissa. Tavoitteenamme oli myös lisätä diakoniatyöntekijöiden tietoisuutta korvaushoitojonojen ongelmallisesta tilanteesta ja herättää keskustelua. Toivoimme tietenkin, että diakoniatyössä laajennettaisiin päihdetyö kattamaan myös huumeriippuvaiset. Yhtenä tavoitteenamme oli myös lisätä korvaushoidossa olevien tietoutta seurakuntien tarjoamista palveluista. Tämän toteutimme diakonin vierailulla kahvilassamme.

Tutkimuskysymyksemme muodostuivat opinnäytetyöprosessin aikana. Alkuperäinen suunnitelmamme ei toteutunut, joten jouduimme pohtimaan tutkimuskysymykset uudelleen. Koska emme tavoittaneet korvaushoitoa odottavia huumeidenkäyttäjiä, tutkimuskysymyksemme piti muotoilla niin, että selvitämme jo

korvaushoidossa olevien näkemystä siitä, mitä he olisivat kaivanneet jonotusajana.

Tutkimuskysymyksemme muodostuivat niin, että meillä on kaksi pääkysymystä ja kolme alakysymystä, joiden avulla pyrimme selvittämään vastauksia pääkysymyksiin. Pääkysymyksemme ovat:

- Millaista apua ja tukea korvaushoidossa olevat olisivat kaivanneet jonotusaikana?
- Millaista apua ja tukea korvaushoitoa odottaville olisi mahdollista tarjota?

Alakysymykset ovat:

- Miten korvaushoidossa olevat kokivat jonotusajan?
- Millaista tukea H-klinikan työntekijät uskovat korvaushoitoa odottavien tarvitsevan?
- Miten diakoniatyö voisi tukea korvaushoitoa odottavia?

### 3.3 Aineiston keruu

Asiakkaiden kohdalla valitsimme aineistonkeruumenetelmäksemme kyselyn, mutta kyselytilanteet muuttuivat monesti lomakehaastatteluiksi. Lomakehaastattelu tapahtuu henkilökohtaisesti, mutta lomakkeen avulla. Kysymykset ovat kaikille samat ja niiden järjestys on ennalta määrätty. Jo ensimmäisten asiakkaiden kohdalla huomasimme, että kirjallisten vastausten tuottaminen oli heille hankalaa. Toteutimme kyselyn useimpien kohdalla loppuun suullisesti, eli haastatteleamalla. Tästä syystä käytämme joissakin kohdissa termiä haastattelu, eikä kysely. Kysymysten muotoilu oli erittäin tärkeää, jotta kysymykset olisivat riittävän selkeitä ja yksinkertaisia, mutta antaisivat kuitenkin riittävästi tietoa. Käytimme avoimia kysymyksiä, jossa kysymyksen jälkeen oli tyhjä tila vastaukselle. Kysymyksistä pyrimme saamaan sellaisia, että ne eivät johdattele vastaajaa mihinkään suuntaan tai anna mitään valmiita oletuksia. Muotoilimme kysymykset niin, että niihin ei voisi vastata vain kyllä tai ei. Avoimien kysymysten etuna on

myös se, että vastauksista voi tulla esiin asioita ja näkökulmia, joita emme olisi etukäteen osanneet ajatellakaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 192–203.) Tutkimukseemme osallistui yhdeksän H-klinikalla korvaushoidossa olevaa henkilöä. Päädyimme kyselyihin, koska kysymykset koskevat henkilökohtaisia ja vaikeitakin asioita. Ajattelimme, että asiakkaille on helpompaa vastata nimettömänä. Lomake antoi asiakkaille mahdollisuuden kertoa asioita, joita he eivät halunneet sanoa ääneen. Haastattelimme myös neljää diakonia, kaksi haastatteluista toteutimme sähköpostitse ja kaksi henkilökohtaisesti.

Kyselylomakkeessa kysyimme muun muassa sitä, miten asiakkaat ovat kokeneet korvaushoitoon jonotusajan ja millaista apua heille odotusaikana tarjottiin. Kysyimme myös millaista apua he olisivat odotusaikana kaivanneet. Koska alkuperäinen suunnitelmamme oli perustaa vertaistukiryhmä korvaushoitoa jonotaville, kysyimme asiakkaiden mielipidettä siitä, miksi ryhmä ei onnistunut. Laitoimme kyselylomakkeeseen liitteeksi alkuperäisen mainoksen vertaistukiryhmästä (LIITE 3), jotta he pystyivät helpommin pohtimaan syitä ryhmän epäonnistumiseen.

Keräsimme aineiston perustamamme kahvilatoiminnan yhteydessä. Tulimme siihen tulokseen, että paras keino saada korvaushoitoasiakkaat kahvilaamme oli tehdä mahdollisimman kutsuva mainos. Teimme mainoksen, jonka hyväksyimme työntekijöillä (LIITE 4). Mainos oli esillä H-klinikan kaikilla ilmoitustauluilla ja työntekijät jakoivat sitä asiakkaille. Mainos oli esillä myös H-klinikan terveystapasteissa Myyrmäessä ja Tikkurilassa. Arvelimme, että ilmainen tarjoilu olisi hyvä keino houkuttaa asiakkaat kahvilaan. Kahvilassamme oli tarjolla voileipiä, keksejä, kahvia ja teetä, ja korostimmeikin ilmaista aamupalaa mainoksessa.

Asiakkaita kahvilassa kävi yhteensä seitsemäntoista, suurin osa kävi useammin kuin kerran. Kerralla kahvilassa oli korkeintaan kahdeksan asiakasta. Kun asiakkaat olivat ottaneet kahvia ja aamupalaa ja istuneet alas, kysyimme haluaisivatko he vastata kyselylomakkeeseemme. Lomakkeiden täytön ohella keskustelimme kysymystemme herättämistä tunteista ja ajatuksista. Lomakkeiden täyt-

tö oli monille hankalaa ja keskustelujen ansiosta saimme vastaukset moniin kysymyksiin, joihin asiakkaat eivät kirjallisesti olleet osanneet vastata. Muutama asiakas kertoikin, että kysymyksemme eivät olleet vaikeita ymmärtää, vaan vastauksien tuottaminen kirjallisesti oli haastavaa. Sovimme, että he voivat vastata suullisesti ja me kirjaamme vastaukset paperille, eli toteutamme kyselyn loma-kehaastatteluna.

Kahvilamme toimi torstai aamupäivisin viidellä peräkkäisellä viikolla. Ensimmäisellä kerralla kahvilassa kävi kuusi asiakasta, joista neljä vastasi kyselyymme. Yksi ei halunnut vastata ollenkaan ja yksi aloitti vastaamisen, mutta lopetti kesken, koska ei omien sanojensa mukaan muistanut jonotusajasta enää mitään. Näillä kahdella jonotusajasta oli kulunut jo yli kymmenen vuotta. He kuitenkin keskustelivat innokkaasti kanssamme korvaushoitojonojen pituudesta ja palvelujärjestelmän heikkoudesta huumeidenkäyttäjien osalta. Toisella kerralla kahvilassa kävi yhdeksän asiakasta, joista neljä vastasi kyselyyn. Kolmannella kerralla kahvilassa ei käynyt uusia asiakkaita, mutta neljännellä kerralla uusia oli muutama. Heistä yksi vastasi kyselyyn. Näistä yhdeksästä asiakkaasta muodostui aineistomme asiakaskyselyiden osalta.

Työntekijöille teimme vastaavanlaisen lomakkeen kuin asiakkaillekin. Käytimme kontrolloitua kyselyä, jossa lomakkeet viedään henkilökohtaisesti kohderyhmälle ja samalla kerrotaan tutkimuksen tarkoituksesta ja annetaan vastaajille mahdollisuus kysyä epäselvistä asioista. Kohderyhmä eli työntekijät saivat vastata kyselyyn silloin, kun heille sopii ja palauttaa sen meille tai ennalta sovittuun paikkaan. (Hirsjärvi ym. 2008, 191–192.) Lomake sisälsi suunnilleen samanlaiset kysymykset kuin asiakkaillekin, jotta voisimme vertailla asiakkaiden ja työntekijöiden näkemyksiä. Työntekijöiltä kysyimme korvaushoitojonojen pituudesta ja heidän näkemystään korvaushoitoa odottavien tuen tarpeesta ja tämän hetken palveluiden kattavuudesta. Kysyimme myös heidän mielipidettään siitä, miksi vertaistukiryhmäämme ei tullut ketään.

H-klinikalla on 15 työntekijää ja muutamia keikkatyöntekijöitä sekä yksi harjoittelija. Osa työntekijöistä toimii myös terveysneuvontapisteissä. Koska kaikki työn-

tekijät eivät olleet paikalla, kun kerroimme tutkimuksestamme, jätimme osan lomakkeista työntekijöiden taukotilan pöydälle saatekirjeen kera. Saatekirjeessä kerroimme, milloin olemme tavoitettavissa, jos heillä on kysyttävää lomakkeestamme. Useista pyynnöistä ja muistutuksista huolimatta yksikään työntekijä ei palauttanut täytettyä kyselylomaketta määräajassa. Annoimme lomakkeet niin, että työntekijöillä olisi kolme viikkoa aikaa täyttää lomake. Lopulta saimme seitsemältä työntekijältä vastaukset.

Lähetimme Rekolan ja Hakunilan seurakuntien diakoneille sähköpostia, jossa kysyimme heidän seurakuntiansa huumetyöstä. Kerroimme sähköpostissa lyhyesti korvaushoitojonojen tämän hetkisen tilanteen ja kysyimme heidän ajatuksiaan siitä, miten diakoniatyö voisi omalta osaltaan auttaa korvaushoitojonossa olevia. Tiedustelimme myös sitä, miten korvaushoitoa odottavat näkyvät diakoniatyön asiakaskunnassa. Vantaan seurakuntayhtymän päihdetyön diakonin ja Vantaankosken seurakunnan diakonin kanssa sovimme henkilökohtaiset tapaamiset ja Vantaankosken diakoni tuli myös vierailemaan kahvilaamme. Kysyimme heiltä samat asiat kuin Rekolan ja Hakunilan diakoneilta, ja päihdetyön diakonin kanssa keskustelimme seurakuntien päihdetyöstä myös laajemmin. Kirjasimme diakonien tapaamisten aikana saamamme vastaukset paperille ja Vantaan seurakuntien päihdetyön diakonilta saimme myös kirjallista materiaalia seurakuntien päihdetyöstä.

### 3.4 Analyysi

Analyysivaihe on tutkimuksen olennaisin osa. Analyysivaiheessa selviää, millaista tietoa on kerätty ja minkälaisia vastauksia kysymyksiin on saatu. Aineistoa analysoitaessa voi myös selvittää, että vastauksia tutkimuskysymyksiin ei ole saatu, tai että kerätty aineisto ei ole riittävä. Analysointi alkaa esitöiden tekemisellä, kuten kerätyn aineiston tarkistamisella ja järjestämisellä. (Hirsjärvi ym. 2008 216–217.)

Olemme käyttäneet aineiston analyysiin osittain aineistolähtöistä sisällön analyysia. Se on menetelmä, jonka avulla voidaan tehdä havaintoja kerätystä ai-

neistosta ja analysoida niitä systemaattisesti. Aineistolähtöisen sisällön analyysin tekeminen lähtee sisällön teemoittelusta. Tässä vaiheessa aineisto on kerätty ja tarvittaessa litteroitu. Aineiston perusteella muodostetaan teemoja, joiden alle aineisto jaotellaan. Teemat muodostuvat muun muassa aineistossa usein esiintyvistä aiheista. Teemat saattavat olla myös valmiina, jolloin ne perustuvat esityöskentelyvaiheeseen. Tämän jälkeen teemat tiivistetään ja aineistosta karstataan pois kaikki mikä ei liity olennaisesti tutkimukseen. Teemojen aineistot kerätään esimerkiksi erillisiin pinoihin, joita analysoidaan teeman mukaisesti. Tässä vaiheessa on tärkeää tutkia, mitkä asiat ja käsitteet teeman sisällä ovat tuntuneet haastateltavista tärkeiltä. Näitä asioita ovat esimerkiksi ne asiat ja käsitteet jotka esiintyvät toistuvasti sekä myös sellaiset asiat, jotka eivät liity teemaan mutta ovat usein tulleet esille. Teemojen tiivistämisen jälkeen on tärkeää vertailla niitä keskenään. Teemojen väliltä voi etsiä esimerkiksi yhtäläisyyksiä ja keskeisiä käsitteitä. (Alavaikko 2011.)

Aloitimme aineiston analysoinnin jakamalla työntekijöiden, asiakkaiden ja diakonien haastattelut ja kyselyt omiin pinoihinsa. Tämän jälkeen nimesimme työntekijät ja asiakkaat kirjainnumeroyhdistelmällä. Diakonien haastattelulomakkeita emme nimenneet vaan kirjoitimme heistä seurakunnan mukaan. Diakonien vastauksia oli vain neljä ja näistäkin kaksi suullisesti annettuja, joten emme kokeneet numerointia tarpeelliseksi. Aineistoja oli mielenkiintoista lukea, sillä heti ensimmäisillä luentakerroilla huomasimme selkeitä eroja asiakkaiden ja työntekijöiden vastausten välillä. Asiakkaiden vastauksista erottui sellaisia teemoja, joita työntekijöiden vastauksissa ei välttämättä ollut ollenkaan.

Aineistoista etsimme vastauksia muun muassa seuraaviin kysymyksiin: miltä odotusaika on asiakkaista tuntunut, mitä apua tai tukea he ovat saaneet, mitä apua tai tukea he olisivat mielestään odotusaikana tarvinneet ja olisiko vertais-tukiryhmä korvaushoitoa odottaville heidän mielestään ollut tarpeellinen. Työntekijöiltä saadusta aineistosta etsimme vastauksia muun muassa siihen, mitä apua tai tukea työntekijän näkökulmasta korvaushoitoa odottava asiakas tarvitsisi, mitä apua tai tukea odotusajalle kuuluu ja miksi heidän mielestään vertais-tukiryhmämme ei onnistunut. Näiden kysymysten pohjalta teemoittelimme ai-



neistomme ja poimimme usein esiintyneet sanat ja asiat. Tutkimustuloksia analysoidessamme päädyimme kuitenkin kertomaan lähes jokaisen asiakkaan ja työntekijän vastaukset erikseen, koska vastaukset erosivat toisistaan melko paljon.

Diakoneilta saatuja vastauksia analysoimme ensin kirjallisten vastausten pohjalta. Etsimme myös näistä aineistoista usein toistuvia käsitteitä ja vastauksia lukiessa kävikin ilmi, että diakonien vastaukset olivat jopa yllättävän samanlaiset. Myös suullisesti saatujen haastattelujen vastaukset tukivat kirjallisesti saatuja vastauksia. Suullisesti kerätystä aineistosta saimme yksityiskohtaisempaa tietoa esimerkiksi Vantaan seurakuntien diakoniatyöstä ja päihdetyöstä. Diakoneilta saamastamme aineistosta etsimme vastauksia muun muassa siihen, miten korvaushoitoasiakkaat ovat näkyneet seurakunnan toiminnassa, onko seurakunnilla erillistä huumetyötä ja sitä, miten seurakunnat voisivat auttaa korvaushoitoa jonottavia huumeidenkäyttäjiä. Kävimme diakonien kanssa myös keskustelua yleisesti diakonisesta päihdetyöstä sekä siitä, tulisiko seurakunnilla olla erillistä huumetyötä.

Olemme jaotelleet tutkimustuloksemme teemojen mukaan. Työntekijöiden ja asiakkaiden vastauksia olemme tulkinneet rinnakkain ja ne ovat myös samassa kappaleessa, jotta vertailu olisi helpompaa. Diakonien vastausten analyysit olemme sijoittaneet diakoniatyöstä kertovaan kappaleeseen. Tulimme siihen tulokseen, että näin tutkimustulokset ovat selkeämmin luettavissa ja ymmärrettävissä.

### 3.5 Eettisyys

Termiä etiikka käytetään kuvaamaan moraalien pohtimista. Se voi olla esimerkiksi työntekijän omaa pohdintaa jostain arkipäivän työtehtävästä, tai laajemmin jonkin kokonaisuuden, kuten asiakkaan aseman ja palvelujärjestelmän toimivuuden tarkastelua. Ammattietiikka ohjaa ja säätelee työntekijän toimintaa ja siihen liittyviä moraalisia valintoja. (Ihalainen & Kettunen 2006, 53.)

Tutkimuksen tekemiseen liittyy aina monia eettisiä kysymyksiä. Tutkijan on pohdittava, mitä eettisiä tai luottamuksellisuuteen liittyviä asioita hänen on otettava omassa työssään huomioon. Suomessa on erillisiä julkisia elimiä, jotka valvovat tutkimusten eettisyyttä ja asianmukaisuutta. Yleisesti hyväksytyt tutkimuseettiset periaatteet koskevat tiedon keräämistä ja niiden julkistamista. Tutkimus ei myöskään saa olla epärehellinen. Tutkimustyötä tehdessä periaatteina ovat muun muassa se, että toisten tutkijoiden tekstiä ei plagioida, tutkimustuloksia ei vääristellä, tutkimus ei saa olla harhaanjohtava eikä toisten tutkijoiden osuutta saa vähätellä. Julkisia elimiä, jotka valvovat tutkimuksia, ovat muun muassa opetusministeriön asettama neuvottelukunta sekä yliopistojen eettiset toimikunnat. (Hirsjärvi ym. 2008, 23–27.)

Tutkijan velvollisuuksiin kuuluu myös kriittisyys lähdemateriaalia kohtaan. Lähteiden tulee olla luotettavia ja tutkimukseen soveltuvia. (Hirsjärvi ym. 2008, 109–110.) Olemme ottaneet tämän huomioon lähteitä valitessamme: olemme käyttäneet ainoastaan luotettavilta vaikuttavia lähteitä ja tarkastelleet niitä kriittisesti. Käyttämämme lähdemateriaali on objektiivista ja pääasiassa tieteellistä ja faktoihin perustuvaa. Ainoastaan pohdintaosuudessa olemme käyttäneet esimerkiksi artikkeleita, joissa kirjoittajan mielipide tulee selkeästi esille.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000) määrittää, että sosiaalihuollon asiakkailla on oikeus hyvään ja oikeudenmukaiseen kohteluun. Laissa määrätään myös vaitiolovelvollisuudesta. Olemme tehneet vaitiolovelvollisuussopimuksen H-klinikan kanssa. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista määrittää myös asiakirjoihin ja asiakkaiden tietoihin liittyvästä salassapitovelvollisuudesta. Olemme H-klinikalla ollessamme kuulleet asiakkaiden taustoja ja arkaluontoisiakin tietoja, ja meillä on ollut mahdollisuus nähdä asiakkaiden papereita. Emme tietenkään ole kertoneet, emmekä kerro jatkossakaan, mitään asioita ulkopuolisille.

Lähtökohtaisesti tutkimuksen tulee aina olla ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioittava. On aina selvitettävä, haluaako ihminen osallistua tutkimukseen ja hankittava tutkimukseen tarvittavat luvat. (Hirsjärvi ym. 2008, 25.) Henkilötie-

tolaki (1999) määrää henkilötietoja koskevista asiakirjoista ja henkilön tunnistamisesta. Olemme ottaneet tämän huomioon opinnäytetyössämme. Emme ole kirjoittaneet kahvilassa käyvistä asiakkaista niin, että heidät voitaisiin millään tavalla tunnistaa. Emme edes tiedä kaikkien asiakkaiden nimiä, asuinpaikkaa tai ikää.

Asiakkailla on itsemääräämisoikeus ja heidän toiveitaan tulee kuunnella. Olemme kysyneet asiakkailta haluavatko he vastata kyselylomakkeisiimme ja kertoneet heille, mihin tarkoitukseen ne tulevat. Näin olemme varmistaneet sen, ettemme pakota heitä vastaamaan vasten tahtoaan ja että he varmasti tietävät, että heidän henkilöllisyytensä pysyy tunnistamattomana opinnäytetyössämme. Emme ole velvoittaneet kahville tulevia asiakkaita vastaamaan lomakkeeseemme, vaan kahville sai tulla, vaikka ei olisi halunnutkaan vastata. Kaikki asiakkaamme olivat täysi-ikäisiä, joten kysyimme luvan käyttää haastatteluaineistoa työssämme heiltä itseltään.

Sosiaalityötä ohjaavat sosiaalialan eettiset ohjeet. Ohjeiden tarkoituksena on antaa ammattilaisille ohjeita kuinka toimia työssään sekä suojella asiakkaita väärinkäytökseltä. Ammattieettisten ohjeiden mukaan työntekijän on kaikissa tilanteissa pyrittävä mahdollisimman asialliseen ja neutraaliin toimintaan sekä ehdottomasti kunnioitettava asiakkaan ihmisarvoa ja yksilöllisyyttä. Ammattieettiset ohjeet tuottavat sosiaalityöhön vastuun ja oikeuksien pohtimista sekä niiden riittävää määrittämistä. (Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet 2005, 5-6.)

Eettiset ohjeet antavat suuntaviivat myös diakoniatyölle. Diakoniatyöntekijöiden eettisten ohjeiden taustalla ovat kristilliset arvot, työtä ohjaavat lait ja säädökset sekä ihmisoikeuksiin liittyvät sopimukset. Diakoniatyöntekijän eettisten ohjeiden mukaan diakonin tulee kunnioittaa jokaista Jumalan luomana, toimia inhimillisen kärsimyksen vähentämiseksi, olla tavoittelematta muita päämääriä auttamisellaan sekä kunnioittaa ja puolustaa jokaista ihmistä. (Diakoniatyöntekijöiden liitto ry 2001.)

Jokaisella ihmisellä on oikeus hyvään kohtaamiseen työntekijän kanssa ja oikeus ihmisarvoiseen kohteluun. Ketään ei taustojen tai nykyisen elämäntilanteen vuoksi saa tuomita. Juuri tästä syystä emme tutkimuksessamme halunneet selvittää asiakkaiden taustoja tai huumeiden käyttöön johtaneita syitä. Esimerkiksi jonkun asiakkaan taustojen tai perhetilanteen tietäminen olisi saattanut vaikuttaa asiakkaan kohteluun tai meidän ajatuksiimme hänestä. Tutkimuksemme koskee ainoastaan sitä, mitä korvaushoidossa olevat asiakkaat nyt ajattelevat odotusajasta. Olemme tutkimuksemme aikana pyrkineet kuuntelemaan jokaista asiakasta ja antamaan heille tasavertaista kohtelua sekä tuomaan kaikkien tarinat esiin opinnäytetyössämme.

## 4 TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 4.1 Kyselylomakkeet

Asiakkaille tarkoitettuun kyselylomakkeeseen (LIITE 1) vastasi yhdeksän asiakasta. Osan vastauksista saimme kirjallisina ja osan suullisesti. Kyselylomake sisälsi seitsemän kysymystä, jotka oli ryhmitelty niin, että toisiinsa liittyvät kysymykset olivat samalla sivulla. Lomakkeessa oli kolme sivua. Emme halunneet kysyä asiakkaiden taustatietoja tai esimerkiksi ikää, koska emme pitäneet sellaisia tietoja olennaisina tai tarpeellisina tutkimuksemme kannalta. Sukupuolta emme kyselyssä kysyneet, mutta koska olimme itse paikalla, näimme, että kolme vastaajista oli naisia ja kuusi miehiä. Lomakkeessa luki, että sen voi täyttää nimettömänä. Nimesimme vastanneet henkilöt satunnaisessa järjestyksessä vastaajiksi A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8 ja A9. Työntekijöiden kyselylomakkeeseen (LIITE 2) vastasi seitsemän työntekijää. Lomake sisälsi viisi kysymystä. Lomake täytettiin nimettömänä. Nimesimme työntekijät satunnaisessa järjestyksessä vastaajiksi T1, T2, T3, T4, T5, T6 ja T7. Nimesimme kaikki vastaajat, jotta vastausten seuraaminen ja vertailu helpottuisivat ja olisi mahdollista seurata myös yksittäisen henkilön vastauksia eri kysymyksiin.

Kunnilla on edelleen tarjota aivan liian vähän korvaushoitopaikkoja. Vaikka paikkoja on lisätty, niihin joutuu odottamaan pitkiäkin aikoja. Hoitoon pitäisi päästä puolessa vuodessa, koska hoitotakuu on kuusi kuukautta, mutta käytännössä se on vaikea toteuttaa. (Harju 2011.) Kysyimme asiakkailta kuinka kauan he olivat joutuneet odottamaan korvaushoitoa ja työntekijöiltä kuinka kauan heidän mielestään odotus tällä hetkellä kestää. Kysyimme asiakkailta millaisia palveluita heille oli tarjottu ja millaista apua he olisivat kaivanneet odotusaikana. Työntekijöiltä kysyimme mitä palveluita tällä hetkellä on tarjolla ja mitä he uskoisivat korvaushoitoa odottavien tarvitsevan. Halusimme myös selvittää miten asiakkaat kokivat odotusajan ja mikä odotusajassa oli vaikeinta. Työntekijöiltä kysyimme millaisena he näkevät odotusajan. Lopuksi kysyimme molemmilta kohderyhmiltä heidän mielipidettään siitä, miksi alkuperäinen ideamme, eli ver-

taistukiryhmä korvaushoitoa odottaville, epäonnistui. Halusimme kysyä suunnitteen samat kysymykset asiakkailta ja työntekijöiltä, jotta voisimme vertailla vastauksia ja löytää mahdollisia yhtäläisyyksiä ja eroja.

#### 4.2 Meni vähän pitkäksi

Kaikki yhdeksän asiakasta vastasivat kysymykseen odotusajan pituudesta. Muutamat kysyivät lomaketta täyttäessään tarkoitammeko aikaa jonossa vai aikaa hoidon piiriin hakeutumisesta korvaushoidon alkamiseen. Kerroimme tarkoittavamme nimenomaan jonossaoloaikaa. Kuitenkaan emme voi olla varmoja, miten muut vastaajat ovat kysymyksen käsittäneet, vaikka kysymyksemme oli mielestämme selkeä ja siitä kävi ilmi, että tarkoitamme jonotusaikaa. Vastauksista pystyimme päättämään, että monet olivat kertoneet koko prosessin keston arviointivaiheesta korvaushoidon alkamiseen. Jonotusaika vaihteli puolesta vuodesta lähes puoleentoista vuoteen. A5 oli odottanut hoitoon pääsyä noin kuusi kuukautta, A3 kymmenen kuukautta ja A6 noin 11 kuukautta. A1, A2, A4, A7 ja A9, eli yli puolet vastaajista oli odottanut hoitoa noin vuoden. A8 kertoi odottaneensa hoitoa vuoden ja neljä kuukautta. Hän kommentoi loppuun, että *meni vähän pitkäksi*. Keskimäärin hoitoa oli siis odotettu noin vuosi. Monet olivat kertoneet odotusajan hyvin tarkasti, esimerkiksi A6 oli vastannut odottaneensa 11 kuukautta ja viikon. A9 kertoi koko prosessin kestäneen hieman yli vuoden ja varsinainen jonotus kesti seitsemän kuukautta. Muutama oli myös kommentoinut vastaukseen, että aika oli pitkä. A7 aloitti vastauksen sanalla *Kauan!*.

Kaikki työntekijät kertoivat hoitotakuun mukaisen ajan olevan kuusi kuukautta ja jonotusaika on Vantaalla tällä hetkellä suunnilleen sen verran. Yksi työntekijä (T7) sanoi, että nyt on päässyt jo vähän nopeammin. T6 ja T2 vastasivat koko prosessin hoitoon hakeutumisesta hoidon alkamiseen kestävän noin yhdeksän kuukautta ja muut viisi vastaajaa sanoivat sen kestävän noin vuoden. T1 ja T2 kertoivat, että esiarviiovaihe kestää yhdestä kolmeen kuukautta ja sen jälkeen

tuleva arviointivaihe päihdepsykiatrian poliklinikalla korkeintaan kolme kuukautta.

#### 4.3 Jotain kunnon hoitoa

Kysymykseen siitä, millaista apua tai tukea asiakkaille tarjottiin jonotusaikana, suurin osa vastaajista vastasi hyvin lyhyesti ja vastauksissa oli havaittavissa samankaltaisuuksia. A6 ja A8 kertoivat, että eivät olleet halunneet tai tarvinneet mitään tukea. He eivät tavallaan vastanneet kysymykseen. Kolme vastaajista, eli A3, A4 ja A5 kertoivat käyneensä sairaanhoitajatapaamisissa jonon aikana, ja A4 mainitsi myös käyneensä seuloissa. Seuloilla tarkoitetaan siis säännöllisesti otettavia huumeeseuloja, joiden tulokset saattavat vaikuttaa korvaushoitoon pääsyyn. A1, A2 ja A7, eli kolme vastaajista, kertoivat, että heille ei oltu tarjottu minkäänlaista apua tai tukea. A7 kertoi lisäksi olleensa odotusaikana raskaana. A1 mainitsi uskovaisten pitäneen hänelle seuraa jonotusaikana. Vastauksesta ei selvinnyt keitä uskovaiset olivat ja miten asiakas oli päätenyt uskovaisten seuraan. A9:lle ei oltu hänen sanojensa mukaan tarjottu juuri mitään muutamaa hoidon arviointikäyntiä lukuun ottamatta.

Työntekijöistä kaikki kertoivat jononaikaisen hoidon sisältävän keskusteluita työntekijöiden kanssa joko H-klinikalla, opioidiriippuvuuspoliklinikalla tai terveysneuvontapisteissä. Opioidiriippuvuuspoliklinikka on Helsingissä Tukholmankadulla sijaitseva HUS:n yksikkö, joka on tarkoitettu vaikeasta opiaattiriippuvuudesta kärsiville huumeidenkäyttäjille. Yksikössä arvioidaan hoidon tarve, aloitetaan hoito ja ohjataan asiakas jatkohoitoon muihin yksiköihin. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a.) T1 mainitsi myös lääkärintapaamiset niitä tarvitseville. T4 ja T7 kertoivat korvaushoitoa odottavilla olevan mahdollisuus kokeilla myös akupunktiota. T2, T3, T5, T6 ja T7, eli viisi seitsemästä vastaajasta, vastasivat tarjolla olevan ryhmätoimintaa, mutta T1 kertoi, että ei ole kuullut minkäänlaisesta ryhmätoiminnasta korvaushoitoa odottaville. T5 korosti, että ryhmiä on tarjolla lähinnä kolmannen sektorin järjestämänä. T2 mainitsi myös lää-

kevieroituksen, jossa autetaan vieroittautumaan hyvin yleisestä bentsodiatsepiinien oheiskäytöstä ennen korvaushoidon alkamista, ja säännölliset seulat.

Yksi vastanneista (A8) ei vastannut lainkaan kysymykseen siitä, millaista tukea tai apua hän olisi kaivannut jonotusaikana. A1 ja A9 kertoivat, että olisivat kaivanneet jonkinlaista keskusteluapua viikoittain. A2 olisi kaivannut odotusajan tueksi lääkkeitä. A3 kaipasi ainoastaan nopeampaa toimintaa, eli että hoitoon olisi päässyt nopeammin. A4 olisi halunnut jotain kunnon hoitoa, mutta ei kertonut tarkemmin mitä se olisi voinut olla. A7 olisi halunnut enemmän tietoa asioista, esimerkiksi siitä, millaista korvaushoito on tänä päivänä. A6 ja A5 eivät olisi kaivanneet mitään, mutta A5 lisäsi, että sairaanhoitajatapaamiset olivat riittävä tuki. A6 mainitsi kyselylomaketta palauttaessaan, että tarkoitti vastauksellaan sitä, että ei olisi kaivannut silloin mitään, mutta jälkeinpäin ajateltuna jokin tukimuoto olisi ollut ihan hyvä. Saimme luvan lisätä sen hänen lomakkeeseensa, koska hän ei itse osannut muotoilla asiaa oikein.

T1, T4 ja T5 uskoivat, että korvaushoitoa odottavat tarvitsisivat apua asioiden järjestämisessä, etenkin asuntoasioissa. T1 kertoi, että asunnottomuus on yleistä korvaushoitoon hakeutuvilla. T4 mainitsi myös palveluohjauksen yhtenä tärkeänä tukimuotona. T1 ja T3 arvelivat, että korvaushoitoa odottavat kaipaisivat enemmän tietoa korvaushoidosta ja neuvoja ja keinoja hoidon onnistumiseen. T3 ja T2 korostivat myös päihitteettömyyteen tukemista ja oheiskäytön vähentämistä. T1, T3 ja T6 uskoivat korvaushoitoa odottavien hyötyvän vertaistoiminnasta, vaikka sitoutuminen saattaakin olla hankalaa. T1 ja T6 mainitsivat vertaistoiminnan yhteydessä myös jo korvaushoidossa olevien tuen: heiltä voisi saada tuoretta tietoa ja omakohtaisia kokemuksia, mistä voisi olla hoitoa odottaville paljon hyötyä. Muita esille tulleita asioita olivat muun muassa tsemppi (T6), tuki pistämisen lopettamiseen (T2), totuttelu sovituista asioista kiinni pitämiseen (T2) ja päivätoiminta (T1). T7 ei vastannut kysymykseen ollenkaan.



#### 4.4 Meinasi usko loppua

Kaikki vastaajat vastasivat kokeneensa odotusajan pitkänä. A4 kertoi, että aika oli pelkkää odottamista, koko ajan vain odotti sitä, milloin hoito alkaa. A8 kertoi, että hänelle oli sanottu, että koko prosessi kestäisi tarkalleen yhden vuoden, mutta hänellä oli mennyt huomattavasti pidempään, eli vuosi ja neljä kuukautta. A7 kertoi kokeneensa ajan erittäin raskaana, koska hän oli koko jonotusajan raskaana. A6 kiteytti kokemuksensa lauseeseen *Odottavan aika on pitkä*. A9 kertoi kokeneensa toivottomuutta ja yrittäneensä elää päivän kerrallaan. Hän kertoi myös ajatelleensa niinä epätoivon hetkinä, kun usko meinasi loppua, että *kohta elämä voi muuttua paremmaksi*.

Moni vastaajista oli vastannut kysymykseen siitä, mikä odotusaikana oli vaikeinta, että vaikeinta oli itse odotus. A1 kertoi, että aika tuntui siltä, kuin se kestäisi ikuisuuden. A3 vastasi, että vaikeinta oli terveenä pysyminen. A4 kertoi, että odottamisen lisäksi vaikeaa oli epätietoisuus. Hän ei määritellyt tarkemmin, mihin epätietoisuus liittyi. A8 kertoi vaikeinta olleen ehkä epävarmuus ja A5 vastasi pelkästään odotus. A6 kertoi, että oli hankalaa tasapainoilla perheen ja terveyden välillä. Hän kertoi, että hänellä on pieniä lapsia. A7 vastasi, että vaikeinta odotuksen lisäksi olivat arviossa käymisen pitkät matkat. Hän ei määritellyt vastaustaan tarkemmin. A9 kertoi vaikeinta olleen sen, kun hän jäi asunnottomaksi, eivätkä rahat riittäneet itsensä terveenä pitämiseen. A2 ei vastannut kysymykseen.

Kysymykseen siitä, miten työntekijät näkevät korvaushoidon odotusajan, T6 vastasi, että hänellä ei ole paljoa kokemusta, joten ei osaa vastata kysymykseen. T4 ja T7 vastasivat, että jonotusaika on pitkä ja T7 lisäsi, että se on usein myös hyvin yksinäistä aikaa korvaushoitoa odottaville. T3, T4 ja T5 näkevät ajan hyvin sekavana ja kaoottisena, koska päihteiden käyttö jatkuu lähes kaikilla koko odotusajan. T4 on myös havainnut, että monella olisi tarvetta huomattavasti vahvempaan tukeen, kuin mitä tällä hetkellä tarjotaan. T1 ja T2 näkivät odotusajan haastavana, koska asiakkaita ei voida sitouttaa jonon aikaiseen hoitoon, eivätkä kovin monet kykene sitoutumaan vapaaehtoisesti. T2 mainitsi, että

monet asiakkaista jättävät tulematta sovittuihin tapaamisiin tai peruvat niitä, joten asiakkaiden riittävä tukeminen on vaikeaa. Hän pohdiskeli myös, että odotusaika on hyvää aikaa saada käsitys asiakkaan motivaatiosta ja omista tavoitteista ja silloin myös näkee onko asiakas ylipäänsä valmis sitoutumista vaativaan hoitoon. T4 ehdotti, että korvaushoidon aloitukselle voisikin luoda tiukemmat raamit: edellytyksenä korvaushoidolle olisi sitoutuminen jonon aikaiseen hoitoon.

#### 4.5 Uskoa muutokseen

Viimeiset kysymyksemme koskivat vertaistukiryhmää, jonka olimme suunnitelleet perustavamme H-klinikalle, mutta sinne ei tullut ketään. Kaikki vastaajat saivat katsoa tekemäämme mainosta vertaistukiryhmästä ja kertoa mielipiteensä siitä, miksi ryhmä ei onnistunut. Kysyimme myös, olisivatko asiakkaat itse halunneet tulla vastaavanlaiseen ryhmään. A3 ei vastannut kumpaankaan kysymykseen. Epäilimme, että hän ei ollut huomannut lomakkeen viimeistä sivua lainkaan. A2 ja A8 vastasivat, että eivät osaa sanoa, miksi ryhmä ei onnistunut. A8 ei olisi tullut vertaistukiryhmään jonotusaikana, mutta hän olisi kaivannut vertaistukiryhmää heti korvaushoidon alettua. A4 ehdotti, että jononaikaisen vertaistukiryhmän pitäisi olla pakollinen, jotta sinne tulisi ihmisiä. Hän olisi myös itse ollut ehkä kiinnostunut tulemaan ryhmään. A5 pohti vastauksessaan, että ehkä tieto ryhmästä ei ollut kuitenkaan kulkenut kaikille potentiaalisille osallistujille. Hän olisi ollut kiinnostunut ryhmästä, koska sieltä olisi voinut saada enemmän tietoa korvaushoidosta. A6 ja A9 kertoivat, että jonotusaikana kaikki aika menee lääkkeen etsimiseen, eikä silloin ole motivaatiota tulla mihinkään ryhmätoimintaan. A7 ja A9 pohtivat, että ihmiset eivät varmaankaan tajua, kuinka hyväksi vertaisryhmätoiminta olisi heille, ennen kuin he kokeilisivat sitä. Monet ovat huonossa kunnossa eivätkä ehkä halua kertoa henkilökohtaisista ja kipeistä asioistaan muille. Molemmat olisivat olleet kiinnostuneita vertaistukiryhmästä etenkin sen takia, että sieltä olisi voinut saada tietoa ja vastauksia mielessä hөрänneisiin kysymyksiin. A9 lisäsi vielä, että vaikka sitoutuminen ryhmään olisi ollut vaikeaa, sieltä olisi voinut saada uskoa muutokseen. A1 arveli, että meillä

ei ollut tarpeeksi hyviä houkuttimia, joilla ihmiset olisi saatu ryhmään. Ihmiset eivät myöskään ehkä tajua miten suurta hyötyä ryhmästä olisi heille voinut olla. Hän olisi ehdottomasti tullut ryhmään, jos sellainen olisi hänen jonotusaikanaan ollut. Hän pohti, että se olisi varmasti auttanut jaksamaan odotusta paremmin ja valmistanut tulevaa hoitoa varten. Loppuun hän lisäsi vielä *Tosi harmi, mä olisin tullut.*

Lähes kaikki työntekijät (T1, T3, T4, T5 ja T6) epäilivät, että suunnittelemaamme vertaistukiryhmään ei tullut ketään, koska korvaushoitoa odottavien on vaikea sitoutua mihinkään. Ainoastaan T7 sanoi olleensa yllätynyt siitä, että ryhmään ei tullut asiakkaita. T1 ja T6 arvelivat, että yksi syy saattoi olla myös kella-aika, monilla korvaushoitoa odottavilla on hyvin epäsäännöllinen elämänrytmi ja aamupäiväajat ovat heille haastavia. T3, T5 ja T6 pohtivat, että päihteet ovat odotusaikana edelleen ykkössijalla ja se vaikeuttaa sitoutumista mihinkään toimintaan. T3 lisäsi, että useat asiakkaat kokevat tällaisen toiminnan turhaksi ja haluavat vain äkkiä korvaavan lääkkeen ilman mitään keskusteluja. T1 ja T3 epäilivät myös, että mainonta ei ollut tarpeeksi tehokasta tai että työntekijät eivät olleet muistaneet markkinoida ryhmää riittävästi. T1 pohdiskelikin, että huumeidenkäyttäjien luottamuksen saaminen ja heidän houkuttelemisensa mihinkään uuteen on hyvin haasteellista. Jalkautuminen huumeidenkäyttäjien pariin esimerkiksi terveysneuvontapisteen kautta voisi olla parempi keino markkinoida ryhmää. T2 oli sitä mieltä, että vertaistukea voi antaa vasta sitten, kun oma kuntoutuminen on riittävän pitkällä. Toisaalta sitten, kun on itse jo kuntoutunut, saattaa haluta jättää koko huumemaailman kokonaan taakse, eikä enää halua kohdata muita huumeidenkäyttäjiä. T4 epäili, että monet saattavat vain ajatella, että *Ei koske minua.*

## 5 DIAKONIATYÖN ROOLI

### 5.1 Diakoninen päihdetyö

Alkujaan diakoniatyö on ollut köyhien ja sairaiden hoitoa sekä esimerkiksi leskien ja orpojen avustamista, eikä niinkään sosiaalisiin ongelmiin puuttumista. Diakoniatyö pysyi lähes samanlaisena vuosisatojen ajan ja vasta 1900-luvun loppupuolella se alkoi hahmottaa rooliinsa hyvinvointivaltion jättämien aukkojen paikkaajana ja huomion herättäjänä. Kirkko alkoi ottaa enemmän sosiaalista vastuuta yhteiskunnassa. Diakoniatyössä alettiin kehittää entistä enemmän koivia työmuotoja, kuten retkiä ja leirejä. Toisaalta alettiin keskustella siitä, että diakoniatyön tulisi olla enemmän sielunhoitoa kuin sosiaalityötä. Myös kotikäyntitoiminta muuttui sairaanhoidollisesta sielunhoidolliseksi. (Malkavaara 2007, 110–113.)

Oikeanlaisen työnjaon löytäminen seurakuntien ja kuntien päihdehuollon kesken on toimivan yhteistyön avain. Diakoninen päihdetyö voi olla yksittäisten asiakkaiden auttamista tai ryhmä-, leiri- ja retkitoimintaa. Työllä pyritään torjumaan ja korjaamaan päihderiippuvuuden aiheuttamia terveydellisiä, sosiaalisia ja taloudellisia haittoja. Kristillisyyttä ja hengellisyyttä korostetaan monissa päihdehoitomalleissa, esimerkiksi AA:ssa, vaikka ne eivät ole seurakunnan järjestämiä. Päihdetyötä tehdään myös monissa kristillisissä järjestöissä, joiden keskusjärjestönä toimii Sininauhaliitto. Yksi diakoniatyön tehtävistä on myös herättää keskustelua ja saattaa yhteiskunnalliset ongelmat ihmisten tietoisuuteen. (Jääskeläinen 2002, 213–215; Malkavaara 2002, 309.)

Seurakuntien diakoniatyön asiakkaina on paljon päihdeongelmaisia, mutta se ei ole useinkaan syy hakeutua diakoniatyön piiriin. Usein heillä on taloudellisia ongelmia, jotka ovatkin yleisin syy avun hakemiselle. Päihteiden käyttöön tai riippuvuuksiin liittyen apua haki vuonna 2010 vain kuusi prosenttia kaikista diakoniatyön asiakkaista, kun taas talousasioita käsiteltiin lähes 30 % asiakaskontakteista (Suomen evankelis-luterilainen kirkko i.a).

Kirkon päihdestrategian (2005) tarkoituksena on antaa seurakunnille sekä kristillisille järjestöille yhteisiä suuntauksia ja tavoitteita kristillisen päihdetyön toteutumiseksi. Ihmisen ainutkertaisuuden tunnustaminen on lähtökohtana kristilliselle päihdetyölle ja työntekijöiden tulee pitää esille armon sanomaa sekä toivon näkökulmaa. Päihdeongelmiin liittyy olennaisena osana huono-osaisuus ja syrjäytyminen, ja useat kristillisen päihdetyön tarjoaman avun piiriin hakeutuvat ihmiset ovat jo syrjäytyneet yhteiskunnasta ja kuuluvat marginaaliin. Kristillinen päihdetyö tarjoaa heille yhteisöllisyyttä ja mahdollisuutta kuulua johonkin ryhmään. Tarkoituksena on myös auttaa päihdeongelmista kärsivää yksilöä löytämään taas elämän mielekkyys sekä vapauttaa päihdeongelman aiheuttamasta syyllisyydestä. Kirkon päihdestrategian pohjalta ovat monet seurakunnat ja seurakuntayhtymät tehneet oman päihdestrategian, joka oli Kirkon päihdestrategian yksi tarkoitus.

Kristillisessä päihdetyössä painottuu erityisesti ennaltaehkäisevä työ. Kirkon työntekijöillä tulee olla valmius ottaa päihdeasiat puheeksi sekä taito varhaiseen puuttumiseen. Päihdeongelmien hoidossa kirkon tulee painottaa fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden lisäksi hengellisyyden merkitystä. Tavoitteena on siis aina yksilön kokonaisvaltainen parantuminen. Tietenkin myös niillä, joilla ei ole mahdollisuutta paranemiseen, on oikeus saada apua kärsimykseen sekä kuulua armahtavaan yhteisöön. (Kirkon päihdestrategia 2005.)

Kirkossa kohdataan ihmiset hyvin henkilökohtaisella tasolla ja tuetaan yhteisöllisyyttä. Diakoniatyön merkitys päihdetyössä on korostunut. Sen tehtävänä ei kuitenkaan ole tarjota kuntoutuspalveluita tai tehdä samanlaista työtä kuin kuntien päihdehuollossa, vaan pikemminkin toimia avustajina päihdeongelmallisille tarpeellisen avun ja etuuksien saamiseksi. Suomessa toimii myös useita kristillisiä järjestöjä, jotka tarjoavat päihdeidenkäyttäjille hoito- ja kuntoutuspalveluita. Diakoniatyön yksi tärkeimmistä tehtävistä on tuoda yhteiskunnallisesti esille sitä hätää, mitä asiakkaat joutuvat kohtaamaan. Diakonisen päihdetyön perustana on pitkäkestoinen yhteisöllisyys ja sen tavoitteena on, että kaikki tarvitsevat voisivat turvautua kirkkoon, kun muut tahot ovat pettäneet. (Kirkon päihdestrategia 2005; Jääskeläinen 2002, 215.)

## 5.2 Vantaan seurakuntien päihdetyö

Vantaan seurakunnilla on oma päihdestrategia, jonka mukaan päihdetyötä tulee toteuttaa kaikissa työmuodoissa. Erityisesti päihdetyötä toteutetaan erityis- ja perusdiakoniatyössä, kuten diakoniapäivystyksissä, erilaisissa kirkon ruokailuis- ja ryhmätoiminnossa. Päihderiippuvuudet tulevat esiin erityisesti niillä henkilöillä, jotka hakevat taloudellista apua. Päihdeongelmiin liittyy usein työttömyyttä, terveys- ja ihmissuhdeongelmia, mielenterveysongelmia sekä perheongelmia, kuten lasten huostaanotto. Monet tarvitsevatkin erityistä ja kokonaisvaltaista apua päästäkseen taas normaaliin arkeen ja mahdollisesti myös työelämään. Ihmisen hätä on aina auttamiskriteeri ja diakoniatyön periaate on, että kaikkia ihmisiä autetaan. Asiakkaan ei tarvitse kuulua kirkkoon tai samaan uskontokuntaan saadakseen apua ja tulla kohdatuksi. (Malinen, Anette, henkilökohtainen tiedonanto 15.9.2011.)

Vantaan seurakuntien strategia 2011–2016 asettaa tavoitteet seuraavien vuosien seurakuntatyölle. Strategiassa korostetaan muun muassa yhteisöllisyyden ja jäsenyyden vahvistamista, verkostoitumista sekä kohderyhmän laajentamista. Yksi strategian tavoitteista on mennä lähemmäs ihmistä, eli toimia siellä missä avuntarvitsijat ovat ja puhua niin sanotusti samaa kieltä heidän kanssaan. Strategiassa on otettu myös huomioon päihdetyön kehittäminen ja sen roolin hahmottaminen. Sielunhoidon ja diakonian tarpeen on arveltu lisääntyvän lähivuosina. (Vantaan seurakunnat i.a a.)

Vantaan seurakuntien diakonista päihdetyötä toteutetaan tapaamalla vantaalaisia päihdeidenkäyttäjiä. Diakoniatyöntekijät tapaavat heitä ja heidän omaisiaan erilaisissa ryhmissä, kuten A-klinikoiden ja katkaisuhuoltoasemien ryhmissä, päihdekuntoutusyksiköissä, kotikäynneillä, retkillä ja leireillä, kuntoutuspäivillä sekä RuokaApu ry:n ruoanjakotilaisuuksissa. Asiakas voi myös sopia henkilökohtaisen keskusteluajan diakoniatyöntekijän kanssa. Työhön kuuluu myös asiakkaiden auttaminen viranomaisten luona asioinnissa, asiakkaiden omien voimavarojen ja kykyjen käyttämisen tukeminen ja vahvistaminen. Erityisesti Vantaalla on panostettu päihdeitä käyttäviin ja niistä eroon pyrkiviin naisiin tarjoa-

malla heille omaa leiri- ja ryhmätoimintaa sekä vertaistukea. (Vantaan seurakunnat i.a b.) Ennen vuotta 2006 Vantaan seurakuntayhtymän päihdetyön toiminta oli keskitetty toimintakeskukseen, mutta sen toiminta lopetettiin, sillä sen ei koettu vastaavan päihdetyön haasteisiin, eikä se palvellut paikallisten seurakuntien työtä. Diakoninen päihdetyö sisältää myös eri yhteistyötahojen, kuten A-klinikoiden, kanssa toteutettavia retkiä ja leirejä, keskustelu- ja asiointiapua sekä jumalanpalveluksia ja messuja. Yhteistyön avulla pyritään toteuttamaan kokonaisvaltaista päihdehoitoa. (Malinen, Anette, henkilökohtainen tiedonanto 15.9.2011; Virtanen, Jukka-Pekka, henkilökohtainen tiedonanto 6.10.2011.)

Vantaan seurakuntayhtymän päihdestrategia tehtiin jo vuonna 2004. Sen tavoitteena oli, että kirkon työntekijöillä ja vapaaehtoistyöntekijöillä olisi hyvät valmiudet kohdata ja auttaa päihderiippuvaisia ihmisiä. Strategian tarkoituksena oli antaa ohjeita ja neuvoja siihen, kuinka kuka tahansa kirkon työntekijä voisi ja osaisi toimia kohdatessaan päihderiippuvaisen ihmisen. Ihminen nähdään kokonaisuutena, jolla on fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen ulottuvuus. Tavoitteena on tarjota asiakkaalle kokemus hänen omasta ihmisarvostaan sekä siitä, että hän on tullut kohdatuksi ja että hänen ongelmansa on otettu vakavasti. Diakonisessa päihdetyössä on keskeistä hengellisten, elämän sisältöön ja tarkoitukseen sekä syyllisyyteen liittyvien kysymysten käsitteleminen yhdessä asiakkaan kanssa. Erityisesti armon korostaminen on tärkeää. (Malinen, Anette, henkilökohtainen tiedonanto 15.9.2011.)

Päätoimisesti päihdetyötä tekeviä ja siihen erityiskoulutuksen saaneita diakoneja on Vantaalla kaksi, joista toinen tekee myös kriminaalityötä. Päihdehuollon menoista on leikattu kolmannes, ja se heijastuu suoraan päihdehuollon asiakkaiden elämään. Kaupungin säästöt näkyvät suoraan seurakunnissa, sillä päihdehoidon saannin viivästyminen monimutkaistaa ihmisten arjen ongelmatilanteita. Yhteistyö päihdehuollon toimijoiden kesken on yhä tärkeämpää, sillä kaikki toimijat kohtaavat samoja asiakkaita. Seurakuntien ja kaupungin päihdetyöllä onkin vuosikymmenien kokemus yhteistyöstä, mutta seurakuntaa toivotaan entistä aktiivisemmin yhteistyökumppaniksi kaupungin ja muiden sidosryhmien toimintaan. Vantaan seurakuntien työntekijät ovat mukana päihdetyön yksiköi-

den ryhmissä ja järjestävät niissä asiakkaille suunnattuja tilaisuuksia. Päihde-työn diakonit käyvät kaksi kertaa vuodessa Vantaan kaupungin päihdehuollon johtoryhmän kokouksissa. (Malinen, Anette, henkilökohtainen tiedonanto 15.9.2011.)

Kun puhutaan päihdeongelmista, puhutaan samalla myös syrjäytymisestä, köyhyydestä ja toivottomuudesta. Päihdeongelmaisten ongelmat valtiolistuvat ja byrokratisoituvat, jolloin yhä useampi putoaa normaalien sosiaalisten kontaktien ulkopuolelle. Lopulta ainoita omaisia ovat viranomaiset. Asiakkaiden puheiden perusteella syntyy kuva, että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunta, diakonit ja muut kolmannen sektorin toimijat edustavat ainoaa kontaktia päihdekuvioiden ulkopuolella. Vaikka asiakkailla on useita kontakteja eri viranomaisiin, ei heidän elämäntilanteessaan näy merkkejä muutoksesta parempaan. Jos asiakkaalla ei ole omia sukulaisia tai ystäviä huolehtimassa ja tukemassa hänen muutostaan, siihen puuttuminen jää vain viranomaisille. Viranomaisetkin puuttuvat siihen vain silloin, kun päihteidenkäyttö aiheuttaa haittaa ympäristölle. Päihdeongelmaisen tilanne on usein näin surullinen. (Malinen, Anette, henkilökohtainen tiedonanto 15.9.2011; Virtanen, Jukka-Pekka, henkilökohtainen tiedonanto 6.10.2011.)

Päihteidenkäyttäjän olisi tärkeää saada kaikki palvelut samasta paikasta. Tällöin työntekijä tuntisi asiakkaan tilanteen, eikä asiakasta tarvitsisi lähettää aina eri paikkaan palveluiden perässä, jolloin hän joutuu aina uudestaan kertomaan tilanteensa tuntemattomille työntekijöille. Päihdeongelmaiset ovat usein yksinäisiä, heikossa kunnossa, voimattomia ja vastuussa omasta hoidostaan sekä sinne hakeutumisesta. Tällä tavoin syrjäytymiskierre jatkuu. Kaikki nämä asiat ovat haasteita diakoniatyöntekijöille, mutta myös muille kirkon työntekijöille. Heiltä vaaditaan jatkossa rohkeampia kannanottoja yhteiskunnassa tapahtuviin muutoksiin sekä yleiseen asenneilmapiiriin. (Malinen, Anette, henkilökohtainen tiedonanto 15.9.2011; Virtanen, Jukka-Pekka, henkilökohtainen tiedonanto 6.10.2011.)



Hakunilan ja Rekolan seurakuntien diakonit kertoivat, että korvaushoitoa odottavat asiakkaat näkyvät lähinnä diakonin päivystyksissä hakemassa taloudellista apua sekä matalan kynnyksen kahvilatoiminnoissa. Vantaalla on hankala päästä hoitoon ja jotkut asiakkaat käyvät diakonin vastaanotoilla hakemassa henkistä tukea ja jaksamista itselleen. Rekolan seurakunnan diakoni korosti etenkin sanaa epätoivoinen, joka kuvaa hänen mielestään oikein hyvin korvaushoitoa odottavaa asiakasta.

Vantaan seurakuntien huumeuutöitä tehdään laajemmin Vantaan Seurakuntayhtymän toimesta. Hakunilassa ja Rekolassa huumeuutöitä ei erotella tavallisesta diakoniatyöstä. Huumeongelma tulee esiin yleensä asiakkaan puheista, jos hän haluaa siihen seurakunnalta apua. Molemmat diakonit korostivat kohtaamista ja kuuntelun tärkeyttä. He yrittävät omalla tavallaan antaa huumeongelmalliselle tukea ja apua. Erityisesti korostui kannustamisen tärkeys ja se, että he kulkevat huumeongelmaisen rinnalla mahdollisimman pitkään. Diakonit kertoivat myös, että taloudellinen ja ruoka-apu ovat tärkeitä huumeongelmallisille, sillä yleensä heidän kaikki rahansa menevät velkojen maksamiseen. Diakonit saattavat auttaa myös asiakkaan talousongelmien selvittelyssä.

Huumeongelmallisille ei ole erikseen ryhmiä tai muuta toimintaa seurakunnissa, mutta diakonit selvittävät tarpeen mukaan muita palveluita, jotka voisivat auttaa korvaushoitoa odottavien tilanteeseen. Hakunilan ja Rekolan diakonit korostivat myös sitä, että seurakunnalla on rajalliset mahdollisuudet järjestää huumeuutöitä erikseen, tai edes vastata heidän tarpeisiinsa, jotka usein ovat taloudellisia. Apukeinoina huumeongelmallisille on useimmiten osto-osoitukset, ruokakassit, ohjaaminen aamupuurolle, matalan kynnyksen toimintaan ja muihin ilmaisruokapaikkoihin. Kuunteleminen, sielunhoito, asiakkaan ahdistuksen kohtaaminen, ja asiakkaan kannustaminen ovat tärkeimmät keinot, joilla diakonit voivat asiakasta auttaa.

### 5.3 Sielunhoito päihdeongelmaisen tukena

Päihdeongelmiin liittyy olennaisesti yksinäisyys, syrjäytyminen ja sosiaaliset ongelmat. Suurin osa päihdeongelmaisista asuu yksin. Kaikki haastattelemamme diakonit painottivat erityisesti kuuntelemisen ja rinnallakulkemisen merkitystä päihdeongelmaisten tukemisessa. 1990-luvun laman myötä eriarvoisuus, syrjäytyminen sekä luokkaerot ovat kasvaneet jatkuvasti. Työttömyys ja lisääntyneet päihdeongelmat ovat asettaneet uusia haasteita diakoniatyölle. (Lappalainen 1998, 193.)

Diakoniatyöntekijät antavat hädässä oleville hengellistä ja aineellista apua. Olennaisena osana diakoniseen auttamistyöhön liittyy myös sielunhoito. Sielunhoito on osa kirkon perustehtävää ja sen toteuttaminen kuuluu seurakunnan työntekijöiden lisäksi sen jokaiselle jäsenelle. Diakoninen sielunhoito toteutuu muun muassa yksilökohtaisessa työssä ja ryhmätoiminnassa, esimerkiksi kriisi- ja sururyhmissä. Yleisesti ottaen sielunhoito toteutuu kaikessa kohtaamisessa ihmisten tasavertaisena kohteluna, tarpeiden huomioimisena, ainutlaatuisuuden kunnioittamisena sekä valmiutena keskustella hengellisyydestä ja siihen liittyvistä asioista. (Lappalainen 1998, 195–197.)

Kristillisessä sielunhoidossa yksi tärkeimmistä lähtökohdista on heijastaa asiakkaalle aitoa välittämistä, jotta asiakas kokisi avun välittyvän juuri hänelle. Keskeisin voimavara on rakkaus. Sielunhoitaja voi olla kuka tahansa, kunhan hänestä huomaa aidon välittämisen. Asiakkailta on usein voimakkaita syyllisyyden tunteita, jotka saattavat lamaannuttaa asiakkaan toimintakyvyn. Olisi tärkeää, että asiakkaan kanssa kohdattaisiin, käsiteltäisiin ja lopulta poistettaisiin syyllisyyden tunteet. (Lindqvist 1998, 37–38; Välimäki 2006, 15.)

Päihdeongelmaiset ihmiset ovat usein yksinäisiä ja masentuneita ja se on usein syy hakeutua sielunhoitoon. Yksinäinen ihminen ei välttämättä elä yksin, mutta tuntee silti tuskaa, riittämättömyyttä ja irrallisuutta. Päihdeongelmaisella on usein myös hyvin hauras itsetunto, eikä hän tiedä omaa arvoaan tai ainutkertaisuuttaan. Tähän liittyy myös jatkuva syyllisyydentunne, joka ei anna ihmiselle

edes mahdollisuutta arvostaa itseään. Sielunhoitajan tehtävänä on kulkea asiakkaan kanssa läpi raskaan vaiheen häntä tukien. (Aalto 1998, 204–209.)

Päihdeongelmaista auttaessaan sielunhoitajan tulee olla samaan aikaan välittävä ja jämäkkä. Asiakasta ei saa ylenkatsoa, eikä auttajan tehtävä ei ole arvostella. Asiakkaalle tulee osoittaa välittämistä ja antaa tunne hänen ainutkertaisuudestaan. Jos asiakkaalla on myönteisiä suunnitelmia tulevaisuuden varalle ja realistisia tavoitteita, ei niitä saa vähätellä. Suunnitelmiensa kautta asiakas saattaa löytää uskallusta luottaa itseensä sekä löytää yhdessä sielunhoitajan kanssa toivoa uudenlaisen elämän aloittamiseksi. Sielunhoitajan tulee kuitenkin olla jämäkkä niin, että jos hän huomaa asiakkaan tavoitteiden epärealistisuuden tai jopa valheellisuuden, sitä ei tule hyväksyä. Päihdeongelmalliselle itselleen on tärkeää päästä pois valheellisyydestä, joka yleensä seuraa pitkäaikaisesta päihteiden käytöstä. Jos asiakkaalla on niin vaikea elämäntilanne, että hän ei pysty kohtaamaan totuutta, on sielunhoitajan velvollisuus olla menemättä mukaan asiakkaan valheisiin. (Välimäki 2006, 201.)

Päihdeongelmaisen muutos parempaan voi alkaa siitä, että hän saa rauhassa kertoa sielunhoitajalle elämäntilanteestaan. Samalla asiakkaalla on mahdollisuus pohtia ja arvioida ongelmiaan avoimesti, tavallaan käydä keskustelua myös itsensä kanssa tilanteestaan. Keskustelun ja positiivisten tulevaisuuden suunnitelmien avulla asiakas voi tuntea onnistumisen kokemuksia, mikä on erityisen merkityksellistä päihdeongelmasta irtautumiseksi. Auttamisen ei siis tulisi keskittyä pelkästään ongelmaan vaan enemmänkin valoisamman tulevaisuuden rakentamiseen. (Välimäki 2006, 202–203.)

## 6 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA

### 6.1 Korvaushoitojonon aikainen tuen tarve

Asiakkaat olivat odottaneet korvaushoitoa keskimäärin vuoden, ja siitä varsinaista hoitojonossa oloaikaa oli hoitotakuun mukaiset kuusi kuukautta. Esiarviointi- ja arviointivaiheet olivat siis kestäneet keskimäärin myös kuusi kuukautta. Asiakkaiden ja työntekijöiden vastauksissa ei ollut suuria eroja, myös työntekijät sanoivat koko prosessin kestävän yhdeksästä kuukaudesta vuoteen. Kaikki asiakkaat muistivat jonotusajan erittäin tarkasti, mikä kertoo ajan olleen asiakkaille todella vaikeaa. Vastauksista tuli vaikutelma, että odotusaikana on laskettu päiviä hoidon alkamiseen. Jonotusajasta käymiemme keskustelujen aikana asiakkaiden äänensävy ja elekieli olivat joko vihaisia tai alistuneita. Jonotusajan raskeuden ja sen aikaisen epävarmuuden tunteen pystyi aistimaan heistä.

Kolme yhdeksästä asiakkaasta kertoi, että heille ei oltu tarjottu minkäänlaista tukea tai apua jonotusaikana. Neljä asiakasta kertoi käyneensä odotusaikana erilaisissa tapaamisissa, jotka olivat lähinnä hoitajatapaamisia ja arviointikäyntejä. Yksi vastaajista mainitsi tukimuodoksi seulat, mikä mielestämme kertoo palveluiden tarjonnan tasosta. Työntekijät kuitenkin kertoivat, että jonotusajalle on tarjolla monenlaisia tukimuotoja, kuten keskusteluapua, ryhmätoimintaa ja akupunktiota. Työntekijöiden ja asiakkaiden vastauksien välillä oli nähtävissä suuri ristiriita. Joko asiakkaat eivät tienneet tarjolla olevista palveluista tai työntekijät uskoivat palveluita olevan tarjolla enemmän kuin todellisuudessa on, tai niitä olevan jossakin muualla. Kukaan työntekijöistä ei kertonut sitä, missä esimerkiksi ryhmätoimintaa on tarjolla. Yksi työntekijä mainitsi kolmannen sektorin järjestävän jotain ryhmätoimintaa. Hän ei kuitenkaan kertonut tarkemmin oliko kyseessä seurakunta vai jokin järjestö. Työntekijöiden vastauksista jäi tunne, että jononaikaisen tuen puutteeseen ei ole erityistä tarvetta tai mahdollisuutta puuttua tällä hetkellä. Jonottajista puhuttiin myös melko negatiiviseen sävyyn, esimerkiksi että he eivät kykene sitoutumaan mihinkään tai antamaan vertaistukea, ja että jonottajat haluavat vain nopeasti lääkkeen ilman mitään turhia keskuste-

luja. Emme usko, että työntekijät kuitenkaan halusivat vähätellä asiakkaita, vaan nämä asiat ovat varmasti totta. Osasta työntekijöiden vastauksia pystyi kuitenkin aistimaan myötätunnon jonottajia kohtaan ja todellisen halun auttaa sekä kehittää jononaikaisia palveluita.

Asiakkaat olisivat kaivanneet odotusaikana muun muassa keskusteluapua ja enemmän tietoa esimerkiksi korvaushoidosta. Vain kaksi asiakasta ei olisi kaivannut mitään, toiselle näistä sairaanhoitajatapaamiset olivat riittävä tuki. Kaikki ne asiakkaat, jotka eivät saaneet mitään apua, olisivat kaivanneet odotusajalle jotakin tukea. Työntekijät uskoivat, että korvaushoitoa odottavat kaipaisivat muun muassa asumisohjausta, apua asioiden hoidossa, tietoa ja vertaistukea. Asiakkaista kukaan ei maininnut kaivanneensa asumisohjausta tai asioidenhoitoapua, mutta molemmissa vastaajaryhmissä tuli esille tiedon saaminen. Asiakkaat olisivat kaivanneet keskusteluapua jopa viikoittain, mutta työntekijöistä vain osa uskoi asiakkaiden saaman tuen olevan riittämätöntä. Näissä vastauksissa asiakkaiden ja työntekijöiden väliset erot olivat merkittäviä. Asiakkaat korostivat erityisesti henkilökohtaisen keskustelun merkitystä jaksamisen tukena, kun taas työntekijöillä korostui käytännön asioiden hoitoapu. Työntekijät näkevät jonottajien tarpeet eri silmin, ja jononaikaisen tuen tarve on varmasti kaikkea sitä, mitä vastauksissa tuli esille. Tuen tarve on siis kokonaisvaltaista, se käsittää niin asioiden hoidon kuin psykososiaalisen tuenkin tarpeen.

Kaikki asiakkaat olivat kokeneet odotusajan pitkänä. Vaikeinta monille oli ollut juuri odottaminen, mutta myös terveenä pysyminen, asunnottomuus, perheen ja oman terveyden välillä tasapainoilu, arviossa käymisen pitkät matkat ja epävarmuus. Myös työntekijät kertoivat näkevänsä odotusajan pitkänä, ja lisäksi sekavana, kaoottisena ja yksinäisenä. Työntekijöiden mukaan sitoutuminen jononaikaiseen hoitoon on asiakkaille vaikeaa ja työntekijöiltä tulikin ehdotuksia korvaushoitokriteerien tiukentamisesta niin, että sitoutuminen jononaikaiseen hoitoon olisi edellytyksenä korvaushoidolle.

Se, että suurin osa asiakkaista olisi kaivannut jotain tukea, kertoo myös siitä, että jonotusaika on yksinäistä ja epätoivoista. Koska asiakkaiden ja työntekijöi-

den näkemykset tuen tarpeesta ovat niin erilaiset ja molemmat varmasti yhtä tosia, olisi näiden välille hyvä löytää tasapaino. Esimerkiksi jononaikaisen hoidon pakollisuus voisi ratkaista tämän ongelman. Kaikki jonottajat varmasti hyötyisivät hoidosta, eikä sitoutumisongelmaa olisi, jos jononaikainen hoito olisi edellytyksenä korvaushoidon alkamiselle. Jononaikaisia hoitomuotoja voisi olla erilaisia, esimerkiksi keskusteluapu ja vertaisryhmät, jotta asiakas voisi löytää itselleen sopivan tukimuodon.

Viisi yhdeksästä asiakkaasta olisi ollut kiinnostunut suunnittelemastamme ryhmätoiminnasta. Asiakkaat kertoivat, että odotusaika menee lääkkeen etsimiseen jostain muualta, eikä kaikilla ole motivaatiota sitoutua mihinkään ryhmätoimintaan. Kuitenkin useat asiakkaat uskoivat, että ryhmästä olisi paljon hyötyä odotusaikana. Asiakkaat pohtivat, että jos korvaushoitoa odottavat olisivat tajunneet sen hyödyn, he olisivat varmasti tulleet ryhmään. Myös työntekijöistä suurin osa uskoi, että syynä ryhmän epäonnistumiseen oli korvaushoitoa odottavien vaikeus sitoutua mihinkään. Rungas päihteidenkäyttö vaikeuttaa sitoutumista. Sekä asiakkaat että työntekijät epäilivät syyksi mainonnan tehottomuutta ja tiedonkulkua. Vain yksi työntekijä oli yllätynyt siitä, että ryhmään ei tullut asiakkaita. Päihteidenkäyttö ja lääkkeen etsiminen tulivat esille molemmissa vastaajaryhmissä, joten suurimpana syynä ryhmän epäonnistumiseen voikin epäillä juuri korvaushoitoa odottavien elämän keskittymistä aineen etsintään ja itselääkintään. Ryhmän hyödyllisyydestä lähes kaikki vastaajat olivat kuitenkin samaa mieltä.

Johtopäätöksenä voisi sanoa, että H-klinikan tarjoama tuki ei tällä hetkellä riitä jonottavien tarpeeseen. H-klinikan resurssit ovat oletettavasti riittämättömät vastaamaan tuen tarpeeseen, mutta lähitulevaisuudessa työntekijöiden määrää ollaan lisäämässä, joten tilanne voi muuttua. Moni asiakas olisi ollut kiinnostunut vertaistoiminnasta, mutta työntekijät eivät olleet kovin optimistisia jonottavien vertaisryhmän suhteen. Ongelmana näyttäisi olevan siis se, että tieto ei kulje asiakkaiden ja työntekijöiden välillä. Lähes kaikki ovat samaa mieltä tuen tarpeesta, mutta siitä mitä tuki voisi olla, on useita näkemyksiä. Kaikki näkemykset tuen tarpeesta ovat yhtä oikeita.

## 6.2 Diakoniatyön merkitys

Diakoniatyön tarkoituksena on auttaa niitä henkilöitä, jotka eivät saa muualta apua. Diakonit kohtaavat päivittäin köyhiä, syrjäytyneitä, yksinäisiä, ja sairaita. Nämä ihmiset ovat sellaisia, joita yhteiskunta tällä hetkellä pitää tuottamattomina, hyödyttöminä sekä yhteiskunnan varoja turhaan kuluttavina. Diakoniatyöllä on keskeinen asema näiden ihmisten elämässä. Usein diakonin vastaanotolle meneminen merkitsee avuntarvitsijoille viimeistä paikkaa, josta voisi saada apua. Asiakkaat ovat usein toivottomassa tilanteessa.

Diakonien mukaan korvaushoitoa odottavat asiakkaat näkyvät päivystyksissä hakemassa taloudellista apua ja matalan kynnyksen kahvilatoiminnoissa. Kaikki korostivat sitä, että päihdeongelmainen asiakas tulee diakonin vastaanotolle yleensä muista syistä ja päihdeongelma saattaa tulla esiin keskustelun aikana. Rekolan seurakunnan diakoni luonnehti monien asiakkaiden tilaa epätoivoiseksi. H-klinikan työntekijöillä ei välttämättä ole aikaa keskustella asiakkaiden kanssa niin pitkään tai sellaisista asioista, kun asiakkaat haluaisivat. Diakoniatyö voisi vastata tähän haasteeseen. Päihdetyön diakoni käy säännöllisesti vierailemassa H-klinikalla ja silloin asiakkaat saavat mahdollisuuden keskustella jonkun muun kuin lääkkeitä jakavan työntekijän kanssa. Asiakkaat eivät välttämättä tiedä, että diakonien kanssa ei tarvitse keskustella vain uskon asioista ja Jumalasta, vaan keskustella voi arkisistakin asioista. Sielunhoidonkaan ei tarvitse aina tarkoittaa Jumalasta puhumista. Diakoniatyöstä tiedetään vielä melko vähän, ja siihen mekin pyrimme vaikuttamaan kutsumalla diakonin vierailemaan myös kahvilaamme.

Kaikki diakonit kertoivat, että he auttavat korvaushoitoa jonottavia parhaansa mukaan palveluohjauksen, taloudellisen ja hengellisen avun kautta. Asiakkaan tukeminen, kannustaminen ja hänen rinnalla kulkeminen oli diakonien mielestä paras keino tukea päihdeongelmaista. Vantaankosken seurakunnan diakoni pohti myös, onko yksittäisillä seurakunnilla edes tarpeen järjestää erillistä huumetyötä. Hänen mielestään diakonin on parempi mennä sinne, missä korvaushoitoa odottavat asiakkaat ovat, eli esimerkiksi päihdepalveluiden järjestäjille

retkille ja ryhmiin. Myös Vantaan seurakuntien strategiassa painotettiin jalkautumista ihmisten pariin. Kahvilassamme käyneet asiakkaat puhuivat hyvin vähän seurakunnan toiminnasta tai heidän suhteestaan seurakuntaan. Tästä voi päätellä, että seurakuntien toiminta ja palvelut eivät ole tuttuja ainakaan H-klinikan asiakkaille, vaikka diakoni vieraileekin siellä säännöllisesti. Yksi asiakas kuitenkin kertoi, että ”uskovaiset” olivat ainoita, jotka olivat häntä odotusaikana tukeneet. Pohdimmekin, että seurakunnilta saa apua vain jos sinne osaa itse hakeutua.

Kaikki diakonit pohtivat seurakuntien vähäisiä resursseja ja sen kautta huume-työn puuttumista yksittäisiltä seurakunnilta. Koska päihdeongelmaisten avun tarve on yleensä taloudellinen tai aineellinen, ei vertaistukiryhmien perustamista ole edes mietitty. Hengellisyyden merkitys riippuu ihmisestä ja hänen suhtautumisestaan uskoon. Joillekin hengellisyys ja korkeamman voiman läsnäolon kokeminen saattaa olla ratkaisevassa osassa päihderiippuvuudesta irti pääsemiseksi, toisille se saattaa aiheuttaa torjuntareaktion. Kaikki diakonit puhuivat ihmisen kokonaisvaltaisesta auttamisesta, eikä vain aineellisen riippuvuuden poistamisesta. He eivät kokeneet, että seurakuntien tulisi lisätä päihdeongelmallisille tarkoitettuja palveluita, vaan he mieluummin kohtaavat asiakkaat yksitellen. Näin asiakas saa henkilökohtaista tukea kaikissa niissä asioissa, joissa tarvitsee apua. Fyysinen hoito tulee muualta.

Diakoniatyöntekijöiden työtä ohjaavat eettiset ohjeet, jotka perustuvat kristillisiin arvoihin, lakeihin ja säädöksiin sekä ihmisoikeuksiin. Ohjeiden mukaan diakoniatyöntekijän tulee kunnioittaa jokaista Jumalan luomana, toimia kärsimyksen vähentämiseksi sekä kunnioittaa ja puolustaa jokaista ihmistä. Diakonien vastauksia tarkastellessa nämä arvot ja niiden toteutuminen näkyvät hyvin. Eri-tyisesti ihmisen kohtaaminen ja kuunteleminen, joita diakonit itsekin korostivat, on diakoniatyössä ainutlaatuista. Ketään ei tuomita, vaan kaikki ovat samantarvoisia. Tämän näki myös diakonista, joka oli vierailemassa kahvilassamme. Hän kuunteli kaikkia, otti kaikki tasavertaisesti huomioon ja osoitti aitoa kiinnostusta ja välittämistä asiakkaita kohtaan.



### 6.3 Tavoitteiden toteutuminen

Tutkimuksessamme halusimme selvittää millaista tukea korvaushoidossa olevat olisivat kaivanneet jonotusaikana ja millaista tukea korvaushoitoa odottaville voisi tarjota. Saimme melko hyvin selville asiakkaiden tarpeet, ja vaikka ne ovat hyvin yksilöllisiä, samoja asioita kaivattiin monissa vastauksissa. Saimme siis vastaukset myös tutkimuskysymyksiimme. Diakoniatyöntekijöiltä saimme ajankohtaista tietoa tämän hetken päihdetyöstä seurakunnissa ja heidän näkemyksensä korvaushoitoasiakkaiden auttamisesta. Uskomme, että myös tavoitteemme lisätä diakoniatyön tietoisuutta korvaushoitojonojen tilanteesta täyttyi ainakin muutaman seurakunnan osalta. Diakoniatyössä ei erotella huumetyötä muusta päihdetyöstä, joten erikseen korvaushoitoa odottavien tilanteisiin ei pystytä puuttumaan. Diakonit pyrkivät tukemaan kaikkia asiakkaitaan samalla tavalla: kokonaisvaltaisesti ja kuunnellen. Kuitenkin yhteistyötä esimerkiksi H-klinikan kanssa pyritään lisäämään. Tavoitteemme saada diakonityötä tunnetummaksi asiakkaiden keskuudessa toteutui. Yhteistyökuvioita myös syntyi jo, kun yksi asiakkaista kehitteli vierailevan diakonin kanssa bänditoimintaa.

Yhtenä tavoitteenamme oli tutustua huumetyöhön, josta meillä ei juurikaan ole aiempaa kokemusta, sekä saada ajankohtaista tietoa korvaushoidosta. Pääsimme seuraamaan H-klinikan työntekijöiden työskentelyä lähietäisyydeltä ja tutustuimme moniin asiakkaisiin. Saimme paljon uutta tietoa sekä työntekijöiltä että asiakkailta. Asiakkailta saamamme tieto oli erityisen arvokasta, koska se on tietoa, jota ei voi saada kirjallisuudesta. Asiakkaat kertoivat omia kokemuksiaan esimerkiksi huumeidenkäytöstä ja korvaushoidosta ja se varmasti auttaa meitäkin ymmärtämään huumeidenkäyttäjää ja riippuvuutensa kanssa taistelevia paremmin.

Tärkeimpänä tavoitteena tutkimuksessamme oli sen hyödynnettävyys. H-klinikan työntekijät saavat tutkimuksestamme varmasti uutta tietoa, jonka avulla voidaan esimerkiksi alkaa suunnitella uusia tukimuotoja tai lisätä jo nyt tarjottavan tuen määrää. Uskomme, että tutkimus hyödyttää sekä asiakkaita, työntekijöitä että diakoniatyötä. Tulevat korvaushoitoa odottavat asiakkaat saavat toivot-

tavasti tarvitsemaansa tukea, mikäli H-klinikalla osataan tutkimustamme hyödyntää. Kuitenkin resurssien rajallisuus saattaa vaikuttaa siihen, että uusia tutkimuotoja ei pystytä toteuttamaan.

#### 6.4 Hyödynnettävyys ja jatkotutkimukset

Aikaisempia tutkimuksia korvaushoitoa odottavien tuen ja avun tarpeesta ei löytynyt, joten opinnäytetyömme toivottavasti hyödyttää päihdetyöntekijöitä niin kunnallisessa päihdehuollossa, kolmannella sektorilla kuin seurakunnillakin. Vaikka työssämme emme ole haastatelleet niin paljon asiakkaita ja työntekijöitä kuin pidemmällä aikavälillä olisi voinut, on tutkimustuloksistamme löydettävissä selkeitä asiakkaiden tarpeita, seurakunnan rooli korvaushoitoasiakkaille sekä H-klinikan työntekijöiden näkökulma. Tutkimustuloksiamme voi hyödyntää päihdehuollon ja seurakunnan toiminnan kehittämiseen sekä työntekijöiden tiedon lisäämiseen.

H-klinikkaa tutkimuksemme hyödyttää erityisesti, sillä olemme vertailleet klinikan työntekijöiden ja asiakkaiden mielipiteitä sekä tutkineet seurakuntien diakoniatyön osuutta päihderiippuvuuksien hoidossa. Opinnäytetyömme voi auttaa työntekijöitä hahmottamaan paremmin asiakkaiden toiveita ja kokemuksia jonotusaikaan liittyen sekä tulevaisuudessa ehkä toteuttamaan joitakin ideoita H-klinikalla resurssien rajoissa.

H-klinikalle on tulossa uusia sosiaaliohjaajan paikkoja avoimeksi lähiaikoina. Asiakkaat toivoivat enemmän tietoa korvaushoidosta, keskusteluapua ja moni olisi ollut kiinnostunut vertaistoiminnasta jonotusaikana. Uusien sosiaaliohjaajien myötä näitä tuloksia voitaisiin hyödyntää ja perustaa esimerkiksi ryhmiä, joissa kerrottaisiin korvaushoitoprosessista. Tällä hetkellä H-klinikan työntekijöillä on paljon töitä ja jatkuva kiire, joten yksilökohtaiset keskustelut ovat melkein mahdottomia toteuttaa. Uusien työntekijöiden myötä voitaisiin tarpeen tullen myös toteuttaa pidempiä keskusteluhetkiä niin toivovien asiakkaiden kanssa ja vastata asianhoitoavun tarpeeseen. Myös yhteistyön lisääminen olisi tällöin helpompaa.

Kahvilassa käyneet asiakkaat olivat kiinnostuneita tutkimuksestamme ja moni asiakas koki tutkimuksemme hyödylliseksi ja tärkeäksi. Jotkut asiakkaat kertoivat, etteivät olleet aikaisemmin kuulleet korvaushoitoa koskevista tutkimuksista, joten he olivat erittäin mielissään, kun joku ajattelee heitäkin. Opinnäytetyömme kautta asiakkaat saivat mahdollisuuden kertoa rehellisesti kokemuksistaan sekä mielipiteitään avun ja tuen tarpeestaan.

Seurakunnat voisivat tutkimuksemme avulla pohtia, miten esimerkiksi yksittäisten seurakuntien diakonit voisivat edelleen kehittää työtään huumeriippuvaisten parissa. Seurakunnissa tehdään paljon päihteisiin liittyvää ennaltaehkäisevää työtä ja erityisnuorisotyö tekee työtä myös huumeriippuvaisten parissa. Koska iso osa H-klinikan asiakkaista on nuoria aikuisia, voisivat myös erityisnuorisotyöntekijät kehittää työtään ja lisätä yhteistyötä.

Opinnäytetyöstämme voi tehdä helposti jatkotutkimuksia. Koska ensimmäinen suunnitelmamme korvaushoitoa jonottavien vertaistukiryhmästä ei toteutunut, voisi pidemmällä ajalla yrittää ryhmän toteuttamista uudestaan. Työmme aiheesta voisi tehdä myös paljon laajemman tutkimuksen ja haastatella useampia asiakkaita ja työntekijöitä, jolloin olisi mahdollisuus saada enemmän ja luotettavampia tutkimustuloksia. Tutkimuksen voisi toteuttaa myös eri paikkakunnilla korvaushoitojonossa olevilla, tällöin tulokset voisi helpommin yleistää koskemaan kaikkia jonottajia. Esimerkiksi tarinallisia menetelmiä käyttäen voisi tutkia korvaushoitoasiakkaiden tai sitä odottavien kokemuksia odotusajasta. Myös jonosta pudonneista olisi mielenkiintoista saada tietoa: kuinka moni jonosta puutoa tai poistetaan. Varmasti myös kuolleisuus jonon aikana on suuri pitkästä jonotusajasta johtuen. Myös jokin kehittämishanke jonojen lyhentämiseksi olisi varmasti paikallaan.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Pohdintaa korvaushoitojonoista ja seurakuntien päihdetyöstä

On arvioitu, että yhteiskunta säästää 45 000 euroa vuodessa jokaista korvaushoitoon päässyttä kohden. Korvaushoidon myötä huumeriippuvainen voi saada uuden otteen elämästään ja kuntoutua työkykyiseksi. Korvaushoitoon pääsy pelastaa myös ihmishenkiä, opiaattiriippuvaisista kuolee vuosittain arviolta joka kymmenes. (Helasti 2008.) Katkaisuhoidon voi päästä heti tai muutaman vuorokauden sisällä avun hakemisesta, mutta korvaushoitoa saa odottaa jopa yli vuoden. Ymmärrämme, että korvaushoito on viimeinen keino saada huumeriippuvuus katkaistua, mutta jonotusaika tuntuu kohtuuttomalta. Korvaushoitoon haluavat tulee toki arvioida tarkasti, eikä sitä tule aloittaa kevyin perustein. Korvaushoitojonojen epäinhimillisen pitkät ajat saivat meidät tarttumaan tähän aiheeseen.

Jokainen menetetty työvuosi maksaa kymmeniätuhansia euroja. Yksi syrjäytynyt nuori maksaa yhteiskunnalle noin miljoona euroa eläkeikään mennessä. Eikö siis olisi hyvä, että kaikki saisivat hoitoa mahdollisimman pian ja näin mahdollisuuden palata normaaliin arkeen? Asiakkaan työllistymismahdollisuudetkin parantuisivat sen mukaan, mitä aiemmin asiakas saataisiin hoitoon. Myös hoidon laajuus tulisi mielestämme ottaa huomioon. Asiakasta tulisi hoitaa kokonaisvaltaisesti, eikä keskittyä vain ongelman poistamiseen. Jos hoidetaan vain seurausta, sen syyt saattavat aiheuttaa tulevaisuudessa lisää ongelmia.

Seurakunnat eivät tee juurikaan erillistä huumetyötä, eikä sellaiselle välttämättä ole tarvetta. Aluksi olimme hieman pettyneitä, että seurakunnilla ei tehdä huumetyötä, eikä tarjota esimerkiksi ryhmätoimintaa huumeriippuvaisille. Diakonien haastatteluista nousi kuitenkin esiin hyvin mielenkiintoinen kysymys: eikö kannattaisi mennä sinne, missä apua tarvitsevat ovat? Koska esimerkiksi huumeriippuvaiset on saatu jo kiinnittymään johonkin paikkaan, olisi varmasti helpompaa mennä sinne, kuin kutsua kaikki kirkkoon. Myös kirkkoon meneminen saattaa olla monelle liian suuri askel, etenkin, jos seurakunta ei ole tuttu.

Diakonien haastatteluja lukiessa korostuivat erityisesti sanat rinnallakulkija, armo ja kuuntelu. Diakoniatyössä ketään ei tuomita ja siellä sallitaan myös virheet. Toivottavasti opinnäytetyömme myötä H-klinikka ja diakoniatyö voisivat lisätä yhteistyötään ja keksiä jonkin keinon täyttää asiakkaiden tarpeita.

Sielunhoito on kuuntelua, rinnalla kulkemista, tien näyttämistä ja vaikeista ajoista selviämistä yhdessä asiakkaan kanssa. Mielestämme se on tärkeä osa kenen tahansa kriisissä olevan asiakkaan paranemisen etenemistä. Ei ihmistä voi hoitaa vain fyysisestä näkökulmasta, sillä silloin kokonaisvaltainen eheytyminen jää kokematta. Monesti asiakkaiden vastauksia lukiessa tulikin mieleen juuri se, ettei heitä näytä oikein kuulevan kukaan. Näillä ihmisillä on vaikea elämäntilanne ja usein myös traumaattisia kokemuksia. Jäimmekin pohtimaan, kuinka moni työntekijä näkee ihmisen huumeen takana.

## 7.2 Mitä olisimme voineet tehdä toisin?

Opinnäytetyömme olisi voinut olla laajempi ja aiheestamme on tulevaisuudessa myös mahdollista tehdä laajempi tutkimus. Olisimme saaneet enemmän tietoa korvaushoitojonon ongelmista, jos olisimme tehneet syvempiä henkilökohtaisia haastatteluja tai olisimme voineet tehdä laajemman kyselytutkimuksen. Ajanpuutteen takia jouduimme tekemään paljon pienimuotoisemman kyselyn suppeammalle joukolle asiakkaita ja työntekijöitä. Olemme kuitenkin tyytyväisiä vastausten määrään, sillä ne olivat riittävät ja saimme niistä mielenkiintoisia tutkimustuloksia. Olisimme voineet myös toteuttaa asiakaskyselyt ryhmähaastatteluna, jos olisimme etukäteen tienneet kuinka avoimesti asiakkaat kertoivat kokemuksistaan ja kuinka hankalaa kirjallisten vastausten tuottaminen heille oli.

Alkuperäinen suunnitelmamme korvaushoitoa jonottavien vertaistukiryhmästä ei onnistunut ja useiden eri vaiheiden kautta päädyimme selvittämään jo korvaushoidossa olevien mielipiteitä, ajatuksia ja mahdollisia toiveita jonotusajan suhteen. Olemme pohtineet, mitä olisi pitänyt tehdä toisin, jotta alkuperäinen suunnitelmamme olisi onnistunut. Meidän olisi pitänyt käyttää enemmän aikaa asiakkaiden hankkimiseen ja heidän luottamuksensa saamiseen. Aikaa tähän olisi

voinut varata jopa vuoden, sillä asiakkaiden luottamus ja kiinnostus täytyy ansaita. Olisimme voineet jalkautua niihin paikkoihin, jossa huumeidenkäyttäjät käyvät ja tutustua heihin rauhassa ennen ryhmän alkua. Silloin he olisivat myös tienneet, minkälainen vertaistukiryhmä tulisi olemaan ja he olisivat myös ehtineet tutustua ohjaajiin eli meihin. Henkilökohtainen mainostus olisi siis voinut tuottaa enemmän tulosta. Vertaistukiryhmän olisi myös pitänyt olla sellaisessa paikassa, jonne asiakkaiden olisi helppo tulla. Terveysneuvontapiste olisi varmasti ollut yksi hyvä paikka toteuttaa vertaistukiryhmämme, sillä asiakkaat käyvät siellä joka tapauksessa. H-klinikalle korvaushoitoa odottavien on ehkä ollut vaikea tulla, koska H-klinikan muut asiakkaat ovat jo korvaushoidossa ja eri elämäntilanteessa. Myös ryhmämme aikainen ajankohta, kello kymmeneltä torstaiaamuna, on saattanut vaikuttaa siihen, ettei kukaan ole tullut. Kun korvaushoitoa jonottavilla on vaikea elämäntilanne ja he käyttävät aikansa lääkkeiden etsimiseen, eivät he välttämättä jaksa aamulla nousta vertaistukiryhmän takia.

Vertaistukiryhmämme korvaushoitoa jonottaville olisi ollut tutkimuksellisesti erittäin mielenkiintoinen, koska tällaisia vertaistukiryhmiä ei juurikaan ole. Huumeriippuvaiset kuuluvat usein yhteisöön, joka koostuu lähinnä muista huumeriippuvaisista. Joillekin tämä yhteisö saattaa olla ainoa, eikä kaikilla ole läheisiä suhteita esimerkiksi perheeseen. Monilla suonensisäisten huumeiden käyttäjillä on lapsia, mutta useimmissa tapauksissa lapset on otettu huostaan. Tutusta yhteisöstä, johon huumeidenkäyttäjä on saattanut kuulua jo hyvinkin pitkän aikaa, on varmasti todella vaikea irtautua. He eivät voi palata entiseen yhteisöön, sen jälkeen, kun he ovat päättäneet päästä irti riippuvuudestaan, sillä entisessä yhteisössä he palaisivat takaisin entisiin elämäntapoihin. Korvaushoitoa odottavat käyttävät edelleen päihteitä, mutta heidän motivaationsa huumeriippuvuudesta irtautumiseksi on jo syntynyt. Motivaatiota olisi tärkeää vahvistaa, tai se saattaa laantua tai kadota kokonaan. Jononaikainen hoito, esimerkiksi vertaistukiryhmä, vahvistaisi asiakkaiden motivaatiota ja edesauttaisi hoidon onnistumista. Yhteinen tavoite ja positiivinen paine onnistua on nähty merkittäväksi toipumista edistäväksi tekijäksi. Ryhmäläiset voisivat jakaa kokemuksia ja käytännön neuvoja arjesta ilman huumeita, ja näin kollektiivisesti ehkäistä retkahdusta. Vertaistukiryhmät eivät kuitenkaan sovi kaikille, eivätkä kaikki saa

siitä toivottua apua. Ihmiset ovat yksilöllisiä ja kaikilla on yksilöllinen tapa rakentaa omaa toipumistietään. (Kuusisto 2009, 40–44.) Mielestämme olisikin hyvä, jos tarjolla olisi erilaisia hoitomuotoja jonotusajalle: vertaistoiminnan lisäksi olisi mahdollista saada asiakkaiden toivomaa keskusteluapua tai tietoa. Sosiaali- ja terveysministeriö on vuonna 2003 pyrkinyt kehittämään korvaushoitoa jonottavien hoitoa ja palveluita, mutta ne eivät ole toteutuneet. Jononkaikaiseen hoitoon ei vielä kukaan kuulu juuri muuta kuin sairaanhoitajien tapaamiset, seulat sekä joissain tapauksissa yksilökeskustelut.

### 7.3 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillisuus

Mielestämme tutkimuksemme oli onnistunut ja saimme kaipaamamme vastaukset. Vastaukset olivat osin yllättäviä, mutta myös paljolti sitä, mitä odotimme. Tutkimustuloksemme eivät ole yleistettävissä koskemaan korvaushoitoa odottavia, koska haastattelimme jo korvaushoidossa olevia. He olivat nyt aivan eri elämäntilanteessa kuin jonotusaikana, joten he katsoivat asiaa jälkikäteen. Otoksemme oli melko pieni ja kaikki haastateltavat olivat H-klinikan asiakkaita, joten tuloksia ei voi myöskään yleistää koskemaan kaikkia korvaushoidossa olevia. Uskomme kuitenkin, että tuotimme tärkeää tietoa H-klinikalle.

Vastausten tuottaminen kirjallisesti oli monille asiakkaille hankalaa, joten sovimme, että he voivat halutessaan vastata suullisesti ja me kirjaamme vastaukset. Olemmekin pohtineet, kuinka paljon asiakkaiden vastausten joukossa on omaa tulkintaamme. Vaikka pyrimme kirjoittamaan asiakkaiden vastaukset paperille mahdollisimman sanatarkasti, ei se aina täysin onnistunut. Vastauksia kirjoittaessa tuli kiire ja lauseita joutui hieman lyhentämään. Emme usko muuttaneemme kenenkään vastausta täysin erilaiseksi, kuin se oli tarkoitettu, mutta pieni oman tulkintamme mahdollisuus on olemassa.

Opimme opinnäytetyöprosessin aikana paljon uutta, niin huumetyöstä kuin itsestämme. Tätä tutkimusta tehdessämme löysimme paljon asioita, joita olimme halunneet tutkia ja selvittää, mutta aikamme ei riittänyt kaikkeen. Saimme paljon tietoa korvaushoidosta ja sen odotuksesta, ja uskomme, että siitä

tulee olemaan paljon hyötyä tulevaisuudessa. Halumme työskennellä tulevaisuudessa päihdealalla vahvistui. Opinnäytetyön tekeminen antoi meille mahdollisuuden tutustua yhteen päihdeongelman muotoon ja sen hoitoon lähemmin. Pystyimme myös tarkastelemaan diakonisen osaamisemme soveltuvuutta huumetyöhön. Tiedämme nyt, että jos päädyimme joskus diakoniatyöntekijöiksi, meidän panostamme tarvittaisiin huumetyössä. Diakoneilla on paikka myös kaikessa kunnallisessa sosiaalityössä. Uskallamme ehkä helpommin myös ehdottaa erilaisia yhteistyökuvioita tulevassa ammatissamme, oli se sitten mikä tahansa.

Opinnäytetyöprosessi oli hieno, mutta rankka kokemus. Työmäärä oli suurempi, kuin olisimme osanneet kuvitella. Saimme silti upeita kokemuksia, jotka eivät unohdu. Tapasimme hienoja ihmisiä ja kuulimme koskettavia tarinoita, saimme elää mukana monessa ilossa, turhautumisessa ja toivossa. Toivomme, ja ehkä tiedämmekin, että edes joku näistä asiakkaista olisi myös saanut meiltä jotain, vaikka kokemuksen siitä, että joku kuunteli. Jos yksikin saa apua ja jaksaa sen avulla eteenpäin, se on kova juttu.



## LÄHTEET

45 minuuttia: Huumekauppaa Eiran kulmilla. Suomi 2011. Toimittaja Elisa Tikkanen. Esitetty 7.9.2011 MTV3.

Aalto, Kirsti 1998. Yksinäisyyden kipu. Teoksessa Kirsti Aalto, Martti Esko & Matti-Pekka Virtaniemi (toim.) Sielunhoidon käsikirja. Helsinki: Kirjapaja, 204–221.

AddictionInfo 2008. News and views on substance abuse. Stages of Change Model. Viitattu 17.10.2011  
<http://www.addictioninfo.org/articles/11/1/Stages-of-Change-Model/Page1.html>

Alavaikko, Mika 2011. Tekstiaineiston analyysi. Luentomateriaali.5.10.2011.

Diakoniatyöntekijöiden liitto ry 2001. Diakoniatyöntekijän eettiset ohjeet. Viitattu 21.10.2011  
[http://espoonhiippakunta.evl.fi/@Bin/79839/Diakoniatyntekijn\\_eettiset\\_ohjeet.pdf](http://espoonhiippakunta.evl.fi/@Bin/79839/Diakoniatyntekijn_eettiset_ohjeet.pdf)

Forsell, Martta; Virtanen, Ari; Jääskeläinen, Marke; Alho, Hannu; Partanen, Airi 2010. Huumetilanne Suomessa 2010. Terveysten- ja hyvinvointilaitoksen raportti 40/2010. Helsinki. Viitattu 12.9.2011.  
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/979ec427-0e86-4a05-84ba-21cef2c40200>

Hakkarainen, Pekka & Olsson, Börje 2001. Käyttötrendit Pohjoismaissa 1995–2000. Teoksessa Suomi ja huumeet. Tietopaketti huumeista. Helsinki: Irti Huumeista ry, Keskusrikospoliisi, Opetushallitus, Suomen vakuutusyhtiöiden keskusliito, Stakes, 43–47.

- Hammarlund, Claes-Otto 2004. Kriisikeskustelu. Kriisituki, jälkipuinti, stressin ja konfliktien käsittely. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Harju, Heidi-Maria 2011. Huumeiden korvaushoitoon on jatkuva jono. YLE Pohjanmaa. Viitattu 18.10.2011  
[http://yle.fi/alueet/pohjanmaa/2011/07/huumeiden\\_korvaushoitoon\\_on\\_jatkuva\\_jono\\_2745352.html](http://yle.fi/alueet/pohjanmaa/2011/07/huumeiden_korvaushoitoon_on_jatkuva_jono_2745352.html)
- Heikkilä, Antti 2005. Riippuvuus. Valheiden verkko. Helsinki: Rasalaskustannus.
- Helasti, Pirjo 2008. Korvaushoito - lääke vai huume? Hyvä terveys. Artikkelikoelma. Viitattu 24.10.2011  
<http://hyvaterveys.fi/artikkelit/Korvaushoito-l%C3%A4%C3%A4ke-vai-huume/563/>
- Helsingin Diakonissalaitos i.a. Viitattu 25.10.2011  
<http://www.hdl.fi/huumetyo>
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a. Viitattu 24.10.2011  
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1;32;660;546;621;763;1232;2242;5145>
- Henkilötietolaki 1999/523. 22.4.1999. Viitattu 20.10.2011  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi
- Holopainen, Antti 2001. Riippuvuus. Teoksessa Suomi ja huumeet. Tietopaketti huumeista. Helsinki: Irti Huumeista ry, Keskusrikospoliisi, Opetushallitus, Suomen vakuutusyhtiöiden keskusliito, Stakes, 41–42.

- Holopainen, Antti; Fabritius Carola & Salaspuro, Mikko 2003. Opi-aattiriippuvuus. Teoksessa Mikko Salaspuro, Kalervo Kiiänmaa & Kaija Sepä (toim.) Päihdelääketiede. Helsinki: Duodecim, 468–482.
- Honkala, Mirka 2009. ”Se pelasti mun elämän” – asiakkaiden kokemuksia opi-aattikorvaushoidosta. Laurea-ammattikorkeakoulu Tikkurila. Opin- näytetyö. Viitattu 26.10.2011  
[https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4356/MirkaHonkala\\_2009.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4356/MirkaHonkala_2009.pdf?sequence=1)
- Huumausainelaki 2008/373, 30.5.2008. Viitattu 16.9.2011  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2008/20080373>
- Ihalainen, Jarmo & Kettunen, Terttu 2007. Turvaverkko vai trampoliini. Sosiaali- turvan mahdollisuudet. Helsinki: WSOY.
- Ikonen, Yrmy 2010. Huumeista luopumisen vaiheet. Mitä jos huumeongelma jää taakse? Vantaan H-klinikan moniste.
- Jaakkola, Tapio; Mustalampi, Saini; Peltonen, Heidi; Soikkeli, Markku; Tammi, Tuukka; Turkama, Antti; Ulmanen, Kaija & Vuorenää, Joonas 2001. Huumausainekysymys on jokaisen asia. Teoksessa Suomi ja huumeet. Tietopaketti huumeista. Helsinki: Irti Huumeista ry, Keskusri- kospoliisi, Opetushallitus, Suomen Vakuutusyhtiöiden Keskusliitto, Stakes, 7-8.
- Jukka, Ulla & Kukkonen, Anne 2010. ”Inhimillisyyttä niinku lisää”. Huumeiden- käyttäjien kokemuksia palvelujärjestelmästä. Hämeenlinna: Hä- meen ammattikorkeakoulu. Opin- näytetyö. Viitattu 26.10.2011  
[https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/7164/Inhimilli- syytta\\_niinku\\_lisaa.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/7164/Inhimillisyutta_niinku_lisaa.pdf?sequence=1)

Juntunen, Elina 2007. Diakoniatyön taloudellinen apu ja viimesijaisen sosiaaliturvan aukot. Teoksessa Elina Juntunen, Henrietta Grönlund ja Heikki Hiilamo (toim.) Viimeisellä luukulla. Tutkimus viimesijaisen sosiaaliturvan aukoista ja diakoniatyön kohdentumisesta. Helsinki: Kirkkohallitus, 51–153.

Jääskeläinen, Ilkka 2002. Diakoniatoiminnan muodot. Teoksessa Riitta Helosvuori, Esko Koskenvesa, Pauli Niemelä ja Juhani Veikkola (toim.) Diakonian käsikirja. Helsinki: Kirjapaja, 192–229.

Kirkon päihdestrategia 2005. Viitattu 24.10.2011

[http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/D369F10AF9D44A9FC22577A500368BD5/\\$FILE/kirkonpaihdestrategia.pdf](http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/D369F10AF9D44A9FC22577A500368BD5/$FILE/kirkonpaihdestrategia.pdf)

Kuusisto, Katja 2009. Päihderiippuvuudesta toipumisen eri reitit. Teoksessa Tuukka Tammi, Mauri Aalto & Anja Koski-Jännes (toim.) Irti päihdeongelmista. Helsinki: Edita, 32–48.

Laki sosiaalialan asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812. 22.9.2000. Viitattu 20.10.2011

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Lappalainen, Kaarina 1998. Syrjäytyminen ja työttömyys. Teoksessa Kirsti Aalto, Martti Esko & Matti-Pekka Virtaniemi (toim.) Sielunhoidon käsikirja. Helsinki: Kirjapaja, 190–203.

Lastensuojelulaki 2007/417. 13.4.2007. Viitattu 24.10.2011

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=lastensuojelulaki>

Leskinen, Maire; Lassila, Anna; Kalamaa, Anne-Maria & Rytkölä, Elina 2003. Perhekeskeisen huumeuuden opas. Helsinki: Perhetyönkeskus, Irti Huumeista ry.

Lindqvist, Martti 1998. Kristillinen ihmiskäsitys. Teoksessa Kirsti Aalto, Martti Esko & Matti-Pekka Virtaniemi (toim.) Sielunhoidon käsikirja. Helsinki: Kirjapaja, 29–43.

Malinen, Anette. Diakoni. Vantaa. Henkilökohtainen tiedonanto 15.9.2011.

Malkavaara, Mikko 2002. Diakoniajärjestöt. Teoksessa Riitta Helosvuori, Esko Koskenvesa, Pauli Niemelä ja Juhani Veikkola (toim.) Diakonian käsikirja. Helsinki: Kirjapaja, 294–316.

Malkavaara, Mikko 2007. Suomalaisen diakoniatyön taustat ja nykytilanne. Teoksessa Kari Latvus ja Antti Elenius (toim.) Auttamisen teologia. Helsinki: Kirjapaja, 83–121.

Mielenterveyslaki 1990/1116. 14.12.1990. Viitattu 24.10.2011  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mäkelä, Rauno 2005. Huumeriippuvuuden hoito. Viitattu 24.10.2011  
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/372-huumeriippuvuuden-hoito>

National Institute of Drug Abuse 2005. Heroin. Abuse and Addiction. Research Report Series. Viitattu 15.9.2011  
<http://www.drugabuse.gov/PDF/RRHeroin.pdf>

Niemelä, Jorma 1998. Usko, hoito ja toipuminen. Tutkimus kääntymyksestä ja kristillisestä päihdehoidosta. Stakes tutkimuksia 96.

Peele, Stanton 2004. Miten voitat riippuvuudet. 7 vallankumouksellista keinoa riippuvuuksista vapautumiseksi. Helsinki: Rasalas Kustannus.

Päihdehuoltolaki 1986/41, 17.1.1986. Viitattu 16.9.2011  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

Päihdelinkki 2005. Opiaatit - morfiini ja heroini. Viitattu 12.9.2011  
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/315-opiaatit-morfiini-ja-heroini>

Rikoslaki 1993/1304. 17.12.1993. Viitattu 17.10.2011  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001>

Saarto, Ari 2003. Huumeet Suomalaisessa yhteiskunnassa. Teoksessa Mikko Salaspuro, Kalervo Kiiänmaa & Kaija Seppä (toim.) Päihdelääketiede. Helsinki: Duodecim, 69–75.

Seppälä, Timo 2001. Yleisimmin käytettyjä huumausaineita. Teoksessa Suomi ja huumeet. Tietopaketti huumeista. Helsinki: Irti Huumeista ry, Keskusrikospoliisi, Opetushallitus, Suomen vakuutusyhtiöiden keskusliito, Stakes, 10–28.

Simojoki, Kaarlo & Mäkelä, Rauno 2010. Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito. Viitattu 18.10.2011  
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/373-opioidiriippuvuuden-korvaus-ja-yllapitohoito>

Soikkeli, Markku 2001. Teoksessa Ritva Piisi (toim.) Huumetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 9-29.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Kartoitus opioidiriippuvaisten lääkekorvaushoidon hoitojonoista. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2003:16. Viitattu 26.10.2011  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3788.pdf&title=Kartoitus\\_opioidiriippuvaisten\\_hoitojonoista\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3788.pdf&title=Kartoitus_opioidiriippuvaisten_hoitojonoista_fi.pdf)

- Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Valtioneuvoston periaatepäätös huumaus-  
ainepoliittisesta yhteistyöstä vuosille 2008–2011. Sosiaali- ja terve-  
ysministeriön julkaisuja 2007:22. Helsinki. Viitattu 7.10.2011  
[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_50796\\_EN\\_Fi  
nland%20Programme%202008-2011.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_50796_EN_Fi<br/>nland%20Programme%202008-2011.pdf)
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. 33/2008. Sosiaali- ja terveysministeriön ase-  
tus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeil-  
lä. Viitattu 17.10.2011  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080033>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Huumetilanne on säilynyt Suomessa melko  
vakaana. Tiedote 103/2011. Viitattu 19.9.2011  
<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1559731>
- Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet 2005. Arki, arvot, elämä ja etiikka.  
Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry. Hel-  
sinki: Ammattieettinen lautakunta.
- Suomen evankelis-luterilainen kirkko i.a. Viitattu 25.10.2011  
<http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/sp?open&cid=Content418CE5>
- Vantaan H-klinikka 2010. Mitä jos huumeongelma jää taakse? Huumeista luo-  
pumisen vaiheet. Moniste.
- Vantaan kaupunki 2011a. Vantaan päihdepalvelujen palvelurakenteen ja palve-  
lujen kehittäminen 3/2011. Päihdepalvelujen johtoryhmä. Viitattu  
25.10.2011  
[http://www.vantaa.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/vantaa/e  
mbeds/vantaawwwstructure/68805\\_PP\\_palvelurakenne-selvitys.pdf](http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/e<br/>mbeds/vantaawwwstructure/68805_PP_palvelurakenne-selvitys.pdf)
- Vantaan kaupunki 2011b. Päihdepalvelut H-klinikka. Esite. Vantaan kaupunki:  
Sosiaali- ja terveystoimi.

Vantaan kaupunki i.a. Huumeidenkäyttäjien terveysneuvonta. Viitattu 12.9.2011  
[http://www.vantaa.fi/fi/sosiaali- ja\\_terveyspalvelut/paihdepalvelut/h-klinikka/huumeidenkayttajien\\_terveysneuvonta](http://www.vantaa.fi/fi/sosiaali- ja_terveyspalvelut/paihdepalvelut/h-klinikka/huumeidenkayttajien_terveysneuvonta)

Vantaan seurakunnat i.a a. Vantaan seurakuntien strategia 2011–2016. Viitattu 18.11.2011  
<http://www.vantaanseurakunnat.fi/vsrky/hallinto/strategia/vantaan-seurakuntien-strategia-2011-2016-1/primapaper>

Vantaan seurakunnat i.a b. Viitattu 18.11.2011  
[http://www.vantaanseurakunnat.fi/vsrky/tukea\\_elamaan/diakonia/pa-ihdetyo](http://www.vantaanseurakunnat.fi/vsrky/tukea_elamaan/diakonia/pa-ihdetyo)

Välimäki, Petri 2006. Lähellä ihmistä. Sielunhoidon opas. Helsinki: Uusi Tie Oy.

Weckroth, Antti 2001. Päihteestä huumeeksi – huumeongelman kulttuuriset tulkinnot. Teoksessa Ritva Piisi (toim.) Huumetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 30–47.

YLE Alueet/Helsinki. 6.5.2011. Jonot korvaushoitoihin ovat lyhentyneet Helsingissä. YLE Helsinki. Viitattu 20.9.2011  
[http://yle.fi/alueet/teksti/helsinki/2011/05/jonot\\_korvaushoitoihin\\_ovat\\_lyhentyneet\\_helsingissa\\_2568780.html](http://yle.fi/alueet/teksti/helsinki/2011/05/jonot_korvaushoitoihin_ovat_lyhentyneet_helsingissa_2568780.html)



## LIITTEET

### LIITE 1: Kyselylomake asiakkaille

1. KUINKA KAUAN JOUDUIT ODOTTAMAAN KORVAUSHOITON PÄÄSYÄ?
2. MILLAISTA TUKEA TAI APUA SAIT KUN ODOTIT KORVAUSHOITON PÄÄSYÄ?
3. MILLAISTA APUA TAI TUKEA OLISIT KAIVANNUT KUN ODOTIT KORVAUSHOITON PÄÄSYÄ?

4. MILLAISENA KOIT AJAN, KUN ODOTIT KORVAUSHOITON PÄÄ-  
SYÄ?

5. MIKÄ ODOTUSAIKANA OLI VAIKEINTA?

6. OLIMME SUUNNITELLEET VERTAISTUKIRYHMÄÄ KORVAUSHOITOA ODOTTAVILLE (KATSO MAINOS), MUTTA RYHMÄÄN EI TULLUT KETÄÄN. MISTÄ LUULET TÄMÄN JOHTUVAN?

7. OLISITKO ITSE OLLUT KIINNOSTUNUT TÄMÄNKALTAISESTA TOIMINNASTA ODOTUSAIKANA? MIKSI?



4. MILLAISENA NÄET ODOTUSAJAN ENNEN KORVAUSHOITON PÄÄSYÄ TYÖNTEKIJÄN SILMIN?

5. OLIMME SUUNNITELLEET VERTAISTUKIRYHMÄÄ KORVAUSHOITOA ODOTTAVILLE (KATSO MAINOS), MUTTA RYHMÄÄN EI TULLUT KETÄÄN. MISTÄ LUULET TÄMÄN JOHTUVAN?

LIITE 3: Mainos vertaistukiryhmästä

## VERTAISTUKIRYHMÄ

***SINULLE,***

**JOKA ODOTAT PÄÄSYÄ KORVAUSHOITON.**

Ryhmä kokoontuu

***TORSTAISIN KLO 10-11.30***

H-klinikan tiloissa kahdeksan viikon ajan. Ensimmäinen kokoontuminen **8.9.2011**.

Kokoontumiskerroilla erilaisia teemoja, vapaata keskustelua, vierailijoita ja mielenkiintoista ohjelmaa. Tarjolla myös kahvia ja pientä purtavaa.



***TERVETULOA!***

LIITE 4: Mainos kahvilasta

HEI SINÄ,

JOKA OLET KORVAUSHOIDOSSA TAI ODOTAT PÄÄSYÄ  
KORVAUSHOITON,

**TULE KAHVILLE!**

Torstaisin klo 10-11.30 H-klinikan tiloissa

(29.9., 6.10., 13.10., 20.10. ja 27.10.)

Kahvittelun lomassa keskustelua ja mahdollisesti jotain pientä  
ohjelmaa 😊

Tarjolla myös aamupalaa

**TERVETULOA!**