

Julia Kuusio

KORVAUSHOITOA SAAVIEN ASIAKKAIDEN AJATUKSIA JA
KOKEMUKSIA KORVAUSHOIDON VAIKUTTAVUUDESTA
ELÄMÄNHALLINTAAN

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2013

Korvaushoitoa saavien asiakkaiden ajatuksia ja kokemuksia korvaushoidon vaikuttavuudesta elämänhallintaan

Kuusio, Julia
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Marraskuu 2013
Ohjaaja: Flinck, Marja
Sivumäärä: 56
Liitteitä: 2

Asiasanat: Huumeet, huumehoito, elämänhallinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää korvaushoidon vaikuttavuutta hoidon saajan elämänhallintaa ja korvaushoitoon osallistuneiden asiakkaiden ajatuksia ja kokemuksia saamastaan korvaushoidosta.

Opinnäytetyö oli lähestymistavaltaan kvantitatiivis-kvalitatiivinen ja se toteutettiin kyselylomakkeen avulla. Aineisto kerättiin Turun korvaushoitopoliklinikan asiakkailta. Aineiston keruu tapahtui toukokuussa 2013 ja vastaajia kyselyyn oli 31. Vastausprosentiksi muodostui 62 %. Aineisto analysoitiin tilastollisia menetelmiä apuna käyttäen ja keskeisimmät tutkimustulokset havainnollistettiin taulukoin ja kuvioin.

Tutkimustulosten perusteella ainakaan vasta alle vuoden jatkuneella opiaattikorvaushoidolla ei näyttäisi olevan kovinkaan suuria positiivisia vaikutuksia asiakkaiden fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan. Myös puhtaudesta ja ravitsemuksesta huolehtiminen koettiin melko heikoksi vastaajien keskuudessa. Noin puolet vastaajista koki kaveripiirinsä koostuvan ainoastaan huumeita käyttävistä ihmisistä, mutta vastausten perusteella sosiaaliset suhteet näyttivät kuitenkin vähentävän yksinäisyyden tunnetta. Vaikeasta elämäntilanteesta huolimatta myös omanarvontunne oli säilynyt suurimmalla osalla vastaajista.

Tulokset asiakastyytyväisyyteen liittyen olivat monelta osin melko positiivisia. Yli puolet koki jonotusajan korvaushoitoon olevan kohtuullinen. Lääkehoito oli toteutettu vastaajien mielestä myös melko hyvin mutta korvaushoidossa käytettävä tukilääkitys oli kuitenkin monien mielestä riittämätöntä. Vastaajat olivat saaneet tarvittaessa apua korvaushoitoon jonottaessa mutta tietoa korvaushoidosta kaivattiin enemmän. Palveluohjaus eri työntekijöille oli suurimmalla osalla ollut riittävää mutta osa vastaajista toivoi lisää psykologin tapaamisia.

Substitution treatments clients thoughts and experiences of the treatments efficacy to the life management.

Kuusio, Julia
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in nursing
November 2013
Supervisor: Flinck, Marja
Number of pages: 56
Appendices: 2

Keywords: drugs, drug treatment, life management

This thesis aim was to find out efficacy of substitution treatment to life management and client's thoughts and experiences of the substitution treatment that they have had.

Thesis manner of an approach was quantitative and qualitative, and was executed by using a questionnaire. The material was collected from the clients of Turku's substance abuse clinic in May 2013. Thirty-one clients returned their questionnaires and the response rate was 62 %. The data of the study was analyzed statistically and the main results were illustrated diagrams and graphs.

Result of the thesis indicated that under a year lasted opiate substitution treatment doesn't seem to have very large positive effects on client's physical and mental health. Taking care of hygiene and nutrition experienced among the answerers also quite weak. About half of the answerers felt that their circle of friend consisted of only people who uses drugs, but based on the answers the social relationships seemed to reduce the feeling of loneliness. Despite of the difficult life situation most of the answerers had also remained their self-esteem.

The result concerning the customer's satisfaction was mostly quite positive. Over half felt that the waiting time into the treatment was reasonable. Answerers also thought that the medical treatment was executed quite well, however they felt that in substitution treatment used support medication wasn't sufficient. Answerers had received aid when needed while queuing to treatment, but information about the substitution treatment was required more. Case management to different workers had been sufficient to most of the answerers, but some of them hoped more appointment with a psychologist.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	7
3	TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Huumausainelainsäädäntö.....	8
3.2	Huumeiden kokeilu ja käyttö väestön keskuudessa.....	8
3.3	Huumeet.....	10
3.3.1	Kannabistuotteet	10
3.3.2	Amfetamiini	11
3.3.3	Kokaiini, crack, free- ja kokabase sekä kat	11
3.3.4	LSD	12
3.3.5	Ekstaasi, MDMA, metyleenioksimetamfetamiini	12
3.3.6	Opiaatit	13
3.3.7	Gamma	13
3.4	Huumehoito.....	14
3.4.1	Huumevieroitushoito	15
3.4.2	Korvaushoito	17
3.4.3	Ylläpitohoito	19
3.4.4	Kuntoutushoito	21
3.5	Elämänhallinta	23
3.5.1	Elämänhallintakäsitteen määrittelyä.....	24
3.5.2	Kuntoutuminen.....	24
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	30
4.1	Tutkimusmenetelmä.....	30
4.2	Kohderyhmä.....	31
4.3	Aineiston keruu.....	31
4.4	Aineiston käsittely ja analysointi	32
5	TULOKSET	33
5.1	Taustatiedot.....	33
5.2	Huumeiden käyttö.....	34
5.3	Huumehoitomuoto	34
5.4	Terveydentila ja elämäntilanne	35
5.4.1	Terveydentila	35
5.4.2	Elämäntilanne	36
5.4.3	Ravitsemus ja puhtaus	37
5.4.4	Ihmissuhteet	39
5.4.5	Asiointi	40

5.5 Korvaushoidon asiakastyytyväisyys	42
6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	45
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	46
LÄHTEET	48
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Opioidiriippuvaisille henkilöille voidaan antaa lääkkeellistä vieroitus- ja korvaushoitoa. Lääkkeenä käytetään joko buprenorfiinia tai metadonia. Vieroitushoidon tavoitteena on päihteettömyys. Korvaushoidon tavoitteena voi olla joko kuntoutuminen tai haittojen vähentäminen. Lääkitys voidaan hakea joko hoitoyksiköstä tai sopia annettavaksi apteekista apteekkisopimuksella. Marraskuussa 2009 korvaushoidossa olevien määräksi arvioitiin noin 1800 henkilöä, joista 60 % sai buprenorfiinin ja naloksonin yhdistelmävalmistetta ja 40 % metadonia. Yksistään buprenorfiinin käyttö korvaushoidossa oli hyvin vähäistä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut 2012.)

Korvaavilla opiaattihoidoilla on saavutettu hyviä hoitotuloksia ja positiivisia muutoksia liittyen asiakkaiden elämänlaatuun, terveydentilaan ja sosiaaliseen elämään. Monet hoidossa olevat saavuttavat tavoitteensa eli ”tavallisen elämän”, johon kuuluu muun muassa mielihyvää tuottavat ihmissuhteet, ajokortin takaisin saaminen, C-hepatiitin hoito ja työssä käynti. Kaikkien asiakkaiden elämäntapaan ja päihteiden käyttöön tämäkään hoitomuoto ei tosin tuo muutosta, vaan osa putoaa hoidon piiristä jossakin vaiheessa jatkaen päihteiden käyttöä. Huumeongelmaisten Käypä hoitosuosituksessa on todettu korvaushoidon olevan tehokkaampaa kuin pitkä vieroitus hoito sekä parantavan hoidossa pysymistä ja elämänlaatua. Se on myös ilmeisesti paljon halvempaa kuin hoidotta jättäminen. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 182.) (Käypähoito 2012)

Opinnäytetyö tehdään Turun korvaushoitopoliklinikalle. Opinnäytetyössä tarkastellaan korvaushoitoa saavien asiakkaiden ajatuksia ja kokemuksia korvaushoidon vaikuttavuudesta elämänhallintaan. Tutkimus tehdään asiakkaiden näkökulmasta ja toteutetaan vuoden 2013 syksyllä.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Turun korvaushoitopoliklinikalla korvaushoitoa saavien asiakkaiden ajatuksia ja kokemuksia korvaushoidon vaikuttavuudesta elämänhallintaan liittyen.

Tämän opinnäytetyön tavoitteita ovat:

1. Tarkastella huumehoidon sisältöä ja lainsäädäntöä Suomessa.
2. Selvittää korvaushoitoon osallistuneiden asiakkaiden ajatuksia ja kokemuksia saamastaan korvaushoidosta Turun korvaushoitopoliklinikalla.
3. Selvittää korvaushoidon vaikuttavuutta hoidon saajan elämänhallintaan.

Keskeisiä käsitteitä tässä opinnäytetyössä ovat: huumeet, huumehoito, elämänhallinta.

3 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Huumausainelainsäädäntö

Syyskuussa vuonna 2008 voimaan astuneen huumausainelain (373/2008) mukaan huumausaineen tuotanto, valmistus, tuonti, vienti, kuljetus, kauttakuljetus, jakelu, kauppa, käsittely, hallussapito ja käyttö on kielletty. Kuitenkin lääkinnällisissä, tutkimuksellisissa ja valvonnallisissa tarkoituksissa voidaan kiellosta poiketa.

Seuraamukset huumausainelain säädösten rikkomisesta jaetaan teon vakavuuden perusteella hallinnollisiin pakkotoimiin, huumausainelakirikkomukseen ja huumausainerikokseen. Hallinnollisia pakkotoimia sovelletaan esimerkiksi lain velvollisuuksien täyttämisen edistämiseksi ja tällöin seuraamuksina voivat olla toimenpidekiellot tai niiden tehostamiseksi määrätyt uhkasakot. Rangaistavia tekoja huumausainelakirikkomuksen mukaan ovat esimerkiksi tahalliset, huumausainelain velvollisuuksien laiminlyönnit. Jollei teosta muualla laissa säädetä ankarampaa rangaistusta, huumausainelakirikkomuksesta voidaan tuomita sakkoon. (Tanhua, Virtanen, Knuuti, Lepo & Kotovirta 2011, 18.)

3.2 Huumeiden kokeilu ja käyttö väestön keskuudessa

Ihmiset kokeilevat huumeita monista eri syistä. Monet kokeilevat ensin uteliaisuudesta, pitääkseen hauskaa, parantaakseen urheilusuoritusta tai koska ystävätkin tekevät niin. Huumeilla voidaan pyrkiä myös lievittämään stressiä, ahdistusta tai masennusta. Huumeiden kokeilu ei automaattisesti johda niiden ongelmakäyttöön, mutta se vaihtelee yksilöllisesti. (Smith, Saisan & Robinson 2013.) Huumeiden kokeilun voi tulkita myös olevan rituaalista käyttäytymistä, johon sisältyy huumeiden vaikutuksiin liittyvien odotusten toteutuminen. (A-klinikkasäätöön raportti, 27.)

Huumetrendit Suomessa ovat seuranneet kansainvälisiä virtauksia. Kansainväliseen tapaan on maassamme ilmennyt kaksi suurempaa huumeaaltoa, ensimmäinen 1960-luvulla ja viimeisin 1990-luvulla. Huumeiden kokeilun ja käytön lisääntyminen

1990-luvulla oli 1960-luvun tapaan nuoriso- ja sukupolvi-ilmiö. Teknokulttuuri levisi 1980-luvun loppupuolella pienenä underground-liikkeenä myös Suomeen. Ilmiön yleistyminen tapahtui vasta 1990-luvun puolivälissä erityisesti nuorten (15–34-vuotiaiden) aikuisten keskuudessa. Ilmiö monimuotoistui 1990-luvun loppupuolella eikä enää rajautunut kaupunkilaisnuorten marginaaliseksi juhlimismuodoksi. Tutkimusten mukaan 1990-luvulla huumekekeilujen nousutrendi poikkesi sukupuolen mukaan ja lähti voimakkaammin liikkeelle miesten keskuudessa. Vasta vuosikymmenen puolenvälin jälkeen kiihtyi kasvuvauhti naisilla. Huumeita kokeilleiden osuus lisääntyi 1990-luvun loppuun asti, minkä jälkeen kasvukäyrässä näkyy selvä tasoittuminen. Huumeiden käyttö on nykyisin entistä enemmän osa nuorten arkipäivää ja sillä on huomattavasti aikaisempaa vahvempi asema sekä nuorten kaupunkilaisten juhlintatavoissa että myös päihteiden ongelmakäytössä. (Tanhua ym. 2011, 39.)

Huumekekeilut ja huumeiden käyttötaso ovat selvästi korkeammalla tasolla kuin 1990-luvun alussa. Osittain ilmiötä selittää 1990-luvulla ja sen jälkeen huumekekeilunsa aloittaneen nuorisosukupolven osuuden kasvu huumekekeiluja mittaavien väestökyselyjen otosjoukossa, samaan aikaan kun joukosta poistuvat vanhemmat ikäpolvet, joilta puuttuu huumeiden käyttökokemus kokonaan. Uusimmat tiedot osoittavat kekeilujen jälleen lisääntyneen, nyt erityisesti 25–34-vuotiaiden ikäluokassa. Vuoden 2010 tietojen mukaan noin 17 prosenttia 15–69-vuotiaista suomalaisista ilmoitti joskus kokeilleensa kannabista, viimeisen vuoden aikana noin 4 prosenttia. Kokeilleista miesten osuus oli hieman naisia suurempi. Eniten käyttöä esiintyi 15–34-vuotiaiden keskuudessa. (Tanhua ym. 2011, 39.)

Huumeiden käyttö Suomessa on jälleen yleistynyt tasaisemman kehityksen jälkeen 2010-luvun vaihteeseen mennessä. Kehitys näyttäisi keskittyneen kannabiksen käyttöön erityisesti 25–34-vuotiaiden miesten keskuudessa. Kehityksellä on myös selkeä kytkeä kannabiksen kotikasvatukseen lisääntymiseen. Muiden aineiden käyttötaso on sen sijaan ollut suhteellisen vakaata, ehkä sillä poikkeuksella, että stimulanttiryhmissä ekstaasi ja kokaiini ovat nousseet suosiossa amfetamiinin rinnalle. Opiaattien osalta huomattavaa on buprenorfiinin ja muiden lääkeoppioidien (tramadoli, fentanyyli, oksikodoni) yleistynyt käyttö heroinin sijasta. Rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden väärinkäyttö sijoittuu kannabiksen ja muiden laittomien huumeiden käytön väliin, ja niitä käytetään yleensä univaikeuksiin mutta myös päihdyttäviin tarkoi-

tuksiin ja päihteiden vaikutusten tehostamiseen tai lieventämiseen. (Tanhua ym. 2011, 44.)

Suomalaisessa päihdekulttuurissa keskeistä on myös huumausaineiden ja alkoholin sekakäyttö, mikä ilmenee esimerkiksi siinä, että vuoden aikana huumausaineita käyttäneistä puolet kuluttaa myös alkoholia riskialttiilla tavalla. 2000-luvun alun vakaan kehityksen vuosista huolimatta näyttäisi huumeilla olevan vuonna 2010 aikaisempaa vanhempi asema sekä nuorten kaupunkilaisten (miesten) juhlintatavoissa ja viihdekäytössä että päihteiden käyttöön liittyvän alkavassa syrjäytymiskehityksessä. (Tanhua ym. 2011, 44.)

3.3 Huumeet

Termiä *huumausaine* käytetään tarkoittaessa kansainvälisissä huumeluetteloissa mainittuja kontrolloitavia aineita, lukuun ottamatta huumausaineiden valmistuksessa käytettäviä ns. lähtöaineita. (Sarvanti 1997, 25.)

Yleiskielessä huumausaineena tai huumeena pidetään joskus mitä tahansa päihdyttävää tai huumaavaa ainetta paitsi alkoholia ja ehkä tupakkaa. Tarkkaan ottaen näin ei ole. Ei myöskään ole mitään huumaavien aineiden yleiskieltoa, josta lailliset päihteet olisivat poikkeus. (Soikkeli 2011.)

Oikeudellisesti aineesta tulee huumausaine sosiaali- ja terveysministeriön päätöksellä. Ministeriö ylläpitää ja päivittää asetuksillaan huumausainelain perusteella luetteloa aineista, joita on pidettävä huumausaineina. Näihin aineisiin sovelletaan rikoslain ja pakkokeinolain säännöksiä huumausainerikoksista sekä huumausainelain ja -asetuksen säännöksiä huumausaineiden laillisen käsittelyn valvonnasta. (Soikkeli 2011.)

3.3.1 Kannabistuotteet

Kannabistuotteet ovat marihuana, hasis ja hasisöljy. Marihuanaan käytetään hampukasvin kukintoja ja ylimpiä versoja rouheena. Ne ovat ulkonäöltään vihreän ruskeita kuituja ja siemeniä, joita voidaan polttaa savukkeissa. Hasista valmistetaan

hampun hartsista. Se on vihertävinä, ruskeina tai mustina levyinä tai murusina sekä öljymäisenä nesteenä. Näitä käytetään piipussa tai vesipiipussa polttaen. Niitä voidaan nauttia sellaisenaan mutta karamelleissa tai liuotettuna juomaan, esimerkiksi teehen. Kannabista säännöllisesti käyttävä saattaa käyttää yhteensä 0,5- 5g kannabista vuorokaudessa. Hasis on noin viisi kertaa vahvempaa kuin marihuana. Kasvuolosuhteet vaikuttavat suuresti kannabiksen laatuun. Käyttäjien antama nimi kannabikselle on ”pilvi”, joka kuvaa käyttäjien odottamaa vaikutusta aineelta. Muita katumimityksiä aineelle ovat hasa, mara, öljy, paukut, tötsyt, imut ja skitsiheinä. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2006, 75.)

3.3.2 Amfetamiini

Vuoteen 1968 saakka amfetamiinia ja sen sukulaisaineita käytettiin Suomessa masennus- ja laihdutuslääkkeinä. Aine määriteltiin huumausaineeksi vuonna 1968, jonka jälkeen sitä ei ole Suomessa käytetty lääkkeenä. USA:ssa sekä Keski- ja Etelä-Euroopan maissa amfetamiinia käytetään edelleen lääkkeenä ja sitä salakuljetetaan näistä maista Suomeen. Suurin osa salakuljetetusta amfetamiinista valmistetaan laittomissa laboratorioissa. Sitä valmistetaan kemiallisesti erikokoisiksi kapseleiksi, tableteiksi, valkeaksi jauheeksi tai liuokseksi, jota injektoidaan lihakseen tai suoneen tai otetaan suun kautta. Amfetamiinin tavanomainen käyttömäärä vuorokaudessa on yleensä 0,1-1g useampaan annokseen jaettuna, mutta säännöllisen käytön ja toleranssin kasvun myötä voi määrä olla moninkertainen. Aineesta käytetyt slangisanat kuvaavat siltä odotettuja vaikutuksia. Nimityksiä ovat ”piri”, ”blomsteri”, ”pirna”, ”spiidi” ja ”vauhti”. Siitä etsitään vastapainoa masennuksen ja mitättömyyden tunteelle. (Inkinen ym. 2006, 76.)

3.3.3 Kokaiini, crack, free- ja kokabase sekä kat

Kokaiinia eristetään Etelä-Amerikassa kasvavan kokapensaän lehdistä. Andien intiaanit ovat tuhansia vuosia pureskelleet lehtiä poistaen niiden avulla väsymystä ja tehostaen uskonnollisia riittejä. Aine jota kokapensaän lehdistä saadaan, on yleensä valkoista pulveria, jota nuuskataan, otetaan ruiskeena tai poltetaan. Kokaiini mielletään eräänlaiseksi ”juppihuumeeksi”, johon liittyy menestymisen mielikuvia. Kokaii-

nin vaikutukset, riippuvuus ja sietokyky muistuttavat amfetamiinia. Lisäksi aineen nuuskaajien nenän väliseinä saattaa alkaa tuhoutua, mistä aiheutuu honottava puhe. Käyttäjien antamia nimiä kokaiinille ovat lumi, koka, kokis ja kokkeli. Crack tai krakki on kokaiinin voimakasvaikutteisempi versio, johon kehittyy psyykkinen riippuvuus nopeammin ja voimakkaampana kuin kokaiiniin. (Inkinen ym. 2006, 77.)

3.3.4 LSD

LSD eli lysergidi on voimakkain aistiharhoja aiheuttava aine. Muita ovat muun muassa meskaliini, psilosybiini, eräät sienet ja kasvien siemenet sekä ekstaasi. LSD on synteettinen aine, joka eristettiin vuonna 1938. 1950- ja 1960-luvuilla sitä kokeiltiin psykoterapeuttiseen käyttöön. Erityisen suosittu se oli hippikulttuurin piirissä, koska sen koettiin antavan mystisiä kokemuksia, lisäävän luovuutta ja auttavan elämän tarkoituksen ymmärtämisessä. Vakavasta psyykkisestä häiriöstä kertoo aineen krooninen käyttö, joka on kuitenkin harvinaista. Käyttäjän persoonallisuus, ennakkoodotukset, muut mukana olevat ja paikka, missä ”matka” tehdään vaikuttavat LSD:n aiheuttamiin tuntemuksiin. LSD- matkaan tai ”trippiin” liittyy monesti hulluuden elämyksiä, ”skitsoilua”, sekoamista. Katunimityksiä aineelle ovat muun muassa ”happo” ja ”naksu”. LSD:tä otetaan suun kautta ja sitä myydään tabletteina, kapseleina ja pieninä paloina tai imeytettynä sekeri- tai paperipaloihin, (Inkinen ym 2006, 78.)

3.3.5 Ekstaasi, MDMA, metyleenioksimetamfetamiini

Ekstaasi on synteettinen hallusinogeeninen amfetamiini. Alun perin se valmistettiin ruokahalua vähentäväksi valmisteeksi vuonna 1914, mutta otettiin käyttöön vasta 1970-luvulla helpottamaan psykoterapiaa. Käyttö kiellettiin kuitenkin pian sen lähisukuisen aineen, MDA:n eläimille aiheuttamien sivuvaikutusten vuoksi. Ekstaasin päihdekäyttö yleistyi nopeasti 1980-luvun loppupuolella. Ainetta esiintyy pillereinä, kapseleina ja pulverina. Yksi tabletti vastaa periaatteessa yhtä annosta. Käyttö tapahtuu suun kautta, nuuskaamalla tai suonensisäisesti. (Inkinen ym. 2006, 79.)

3.3.6 Opiaatit

Opiaatteja on kutsuttu klassisiksi huumeiksi. Ennen 1960-lukua niitä käyttivät lähinnä aikuiset. Maailmansodat tuottivat jonkin verran opiaattiriippuvaisia henkilöitä ja käyttäjiä oli myös lääkäreiden ja muun hoitohenkilökunnan keskuudessa. Oopiumunikosta peräisin olevia luonnonopiaatteja ovat oopiumi, morfiini, heroiini ja kodeiini. Näistä vahvin on heroiini, joka on kolme tai neljä kertaa vahvempi kuin morfiini. Kodeiinilla on miedoin vaikutus, noin kuudesosa morfiinin tehosta. Edellisten kaltaisia synteettisesti valmistettuja aineita ovat muun muassa petidiini, metadoni, buprenorfiini ja dekstropropoksifeeni. Lääkkeinä opiaatteja käytetään niiden voimakkaan kipua lievittävän, analgeettisen ominaisuuden vuoksi.

Laiton heroiini on ulkonäöltään valkoista tai erisävyistä ruskeaa jauhetta. Sitä käytetään sekä suun kautta että ruiskeena. Alun perin lääkinälliseen käyttöön tarkoitettua oopiumia, morfiinia ja kodeinia kulkeutuu katukauppaan salakuljetuksen ja apteekkimurtojen seurauksena. Myös synteettisiä opiaatteja leviää eri tavoin laittomaan kauppaan. Uudehko synteettinen opiaatti buprenorfiini (Temgesic ja Subutex) on osaksi korvannut metadonin Suomen katukaupassa viime vuosina. Synteettinen opiaatti dekstropropoksifeeni (Abalgin) on väärinkäyttötarkoituksessa eniten kuolemia aiheuttanut yksittäinen lääkeaine. Erityisesti alkoholin ja dekstropropoksifeenin yhteisvaikutus on hengenvaarallinen jo pieninäkin annoksina. Riippuvuus opiaatteihin, erityisesti heroiiniin, syntyy nopeammin kuin mihinkään muuhun huumeeseen. Kokeilu voi alkaa uteliaisuudesta tai sattumalta. Hyvänolontunne jonka heroiini saa aikaan, voi olla niin voimakas, että kokeilija ajautuu helposti väärinkäyttäjäksi. Opiaateista käytettyjä slangitermejä ovat ”hepo”, ”polle”, ”horse”, ”hidas”, ”mopo”, ”opa” ja ”polakka”. (Inkinen ym. 2006, 80.).

3.3.7 Gamma

Gamma, lyhenne sanasta gammahydroksivoihappo on luontaisesti ihmisen aivoissa syntyvä gamma-aminovoihapon aineenvaihduntatuote. Gamma kehitettiin 60-luvulla anestesia-lääkkeeksi ja se on käytössä joissakin maissa vieläkin. Suomessa gamma on luokiteltu lääkkeeksi, mutta sitä ei ole rekisteröity Suomessa. Näin ollen Suomessa

tarjolla oleva gamma on laittomasti hankittua tai valmistettua. Yhdysvalloissa ja Euroopassa aineen käyttö on lisääntynyt. Suomessa käyttö huomattiin myrkytystietokeskukseen tulleiden kyselyjen perusteella keväällä 1998. Katukauppanimiä ovat GHB, GBH, liquid ecstasy, liquid X ja Alcover. Ainetta esiintyy jauheena, rakeina, kapseleina ja nesteinä. Gamman vaikutus alkaa 15–30 minuuttia sen nauttimisesta ja jatkuu noin kahdeksan tunnin ajan. Säännöllisessä käytössä saattaa kehittyä fyysinen riippuvuus. (Inkinen ym. 2006, 81.)

3.4 Huumehoito

Valtioneuvoston huumeainepolitiikkaa vuosina 2008–2011 koskevan periaatepäätöksen mukaan hoitopalveluja kehitetään ja hoidon tarjontaa lisätään, jotta kansalaiset saisivat yhdenvertaisesti tarvitsemansa palvelut. Huumeidenkäyttäjille tarjotaan monipuolisesti riippuvuuden luonteeseen sopivia erilaisia hoitovaihtoehtoja ja muun muassa opioidiriippuvaisten hoitopääsyä helpotetaan. Lisäksi tavoitteena on lisätä sellaista hoitoa, terveysneuvontaa ja tukea, jolla vähennetään huumeongelmiin liittyviä haittoja, kuten sairauksia, mielenterveysongelmia ja rikollisuutta. (Forsell, Perälä, Tanhua & Varjonen 2012, 68.) (Valtioneuvosto 2007a.)

Huumehoitopalvelujen kehittämissä linjoissa on painottunut matalan kynnyksen palvelujen kehittäminen ja tähän liittyvä koulutus. Tarkoituksena on saada huumeongelmaiset mahdollisimman varhaisessa vaiheessa hoidon piiriin. Suomalaisessa järjestelmässä korostetaan edelleen, että pelkät hoitotoimet ovat usein riittämättömiä. Huumeongelmaisia tulee tarvittaessa auttaa ratkaisemaan myös toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyviä ongelmia. Huumehoidon tilanne vuosittuuden vaihteen jälkeen on tasaantunut. Esimerkiksi terveysneuvonta toiminta ja lääkehoidon asema ovat vakiintuneet. Opioidiriippuvaisten korvaus- ja ylläpitohoitoa ollaan siirtämässä aiempaa enemmän terveyskeskuksiin. Päihdepalvelujärjestelmä on uuden haasteen edessä, sen joutuessa jakamaan resursseja lisääntyneen alkoholin käytön aiheuttamien haittojen ja huumehoidon kesken. (Rönkä, Salonen, Lillsunde & Salasuo 2006, 31.)

3.4.1 Huumevieroitushoito

Vieroitushoidon tarkoitus on katkaista päihdekierre ja vieroittaa päihteestä. Hoitoajat vaihtelevat vieroitushoidossa muutamasta päivästä muutamaan viikkoon. Laitosmuotoisessa vieroitushoidossa on sekä lääkkeellisiä että lääkkeettömiä vieroitushoitoja mutta valtaosa hoidoista on kuitenkin lääkkeellisiä. Lääkkeettömät hoitopaikat hyödyntävät usein vaihtoehtoisia hoitoja, kuten akupunktio-, shiatsu-, vyöhyke- ja ratsastusterapiaa. Lääkkeettömät vieroitukset liittyvät usein nuorille kohdennettuihin palveluihin. Vakavasti huumeriippuvaisten vieroitushoitoa toteutetaan vapaaehtoisena lääkkeellisenä hoitona suljetulla osastolla. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 135–136.)

Huumevieroitus eroaa alkoholi- ja lääkevieroituksesta sen erityispiirteiden vuoksi, joiden syitä ovat huumausaineiden erilaiset vaikutukset, huumeiden käyttäjien alakulttuurin vieraus, alakulttuurin voimakas vaikutus sosiaalisen riippuvuuden ylläpitäjänä, hoitohenkilökunnan asenteet huumeiden käyttäjiä kohtaan sekä huumeiden käyttäjien omat asenteet yhteiskuntaa edustavaa hoitojärjestelmää kohtaan. (Inkinen ym. 2006, 155.)

Useimmille sairaanhoitajille alkoholin vieroitusoireet ovat tuttuja joko heidän sairaanhoitajan työssään kohtaamiensa potilaiden hoidon myötä ja myös omaa tai läheisten alkoholin käyttöön liittyvien kokemusten myötä. Monilla suomalaisista on ainakin joskus ollut kokemuksia krapulasta. Kokemuksia huumeiden käytöstä on huomattavasti harvemmillä, vaikka vuonna 1998 tehdyn väestökyselyn mukaan noin joka kymmenes suomalainen aikuinen on joskus elämässään kokeillut kannabista. Vaikka itse kuuluisi kyseiseen kymmeneen prosenttiin, ei kokemukseen ole välttämättä liittynyt vieroitusoireita eikä yhden aineen kokeilu anna käsitystä kaikkien huumeiden vieroitusoireista. Eri huumausaineilla on erilaisia fyysisiä ja psyykkisiä vieroitusoireita. Sekä käyttäjät että laaja yleisö, mukaan lukien hoitohenkilökunta, ajattelee huumeista vieroittautumisen olevan äärimmäisen vaikeaa tai jopa hengenvaarallista. Tämä hankaloittaa usein päihderiippuvaisen koko vieroittautumisprosessia tai jopa estää häntä uskaltautumasta vieroitukseen. Vaikka vieroitusoireet hoitamattomina saattavat olla potilaalle vaikeita, ne eivät kuitenkaan ole hengenvaarallisia, toisin kuin alkoholista ja pitkäaikaisesta lääkkeiden väärinkäytöstä vieroittautuessa. Myöskään opiaattien fyysiset ja psyykkiset vieroitusoireet eivät ole hengenvaa-

rallisia vaikka potilaat yleensä kokevat ne tuskallisiksi ja vaarallisiksi. Kannabiksen vieroitusoireet ovat lähinnä psyykkisiä, samoin amfetamiinin. (Inkinen ym. 2006, 155–156.)

Huumeiden käyttäjien alakulttuuri on useimmille suomalaisille vieras. Sairaanhoidajalla on monin paikoin kokemusta huumeita käyttävien asiakkaiden kanssa työskentelystä esimerkiksi terveydenhuollon päivystyspisteissä. Kiireinen työtahti ei kuitenkaan välttämättä anna mahdollisuuksia oppia ymmärtämään huumeiden käyttäjien alakulttuuria ja sen merkitystä hoidon kannalta. Yhteiskunnassa yleisesti hyväksytyjä normeja rikkovalla ja siten yhteiskunnan ulkolaidalle sijoittuvalla alakulttuurilla on voimakas sitova vaikutus huumeiden käyttäjiin. Irrottautuminen alakulttuurista ja siihen liittyvästä kaveripiiristä on usein pitkä ja vaikea prosessi vaikka sairaanhoidajan näkökulmasta siitä olisi ainoastaan hyötyjä huumeita käyttävälle. Käyttäjäpiiri ei useinkaan hyväksy sen jäsenten irrottautumista ryhmästä ja aineista ja saattaa uhkailemalla ja kiristämällä yrittää estää sen. Sairaanhoidajan on myös tuettava huumevieroituksessa olevaa potilasta irrottautumaan käyttäjäpiiristä ja sen elämäntavasta. (Inkinen ym. 2006, 156.)

Huumeista vieroittautumisesta vaikeampaa on usein motivoituminen siihen sekä saavutetun raittiuden ylläpito. Retkahtamiset ovat useimmiten osa pitkäjänteistä muutosprosessia. Yleensä tarvitaan monia vieroitushoitajaksija ja kuntoutushoitaja ennen kuin muutos vakiintuu. Kuntoutuminen vaatii pitkäjänteisyyttä ja usein monien eri viranomaistahojen kanssa tehtävää yhteistyötä silloin, jos huumeiden käyttäjä on jo pitkälle syrjäytynyt. Motivoituminen huumeiden käytön, kuten muidenkin päihteiden käytön lopettamiseen on pitkä prosessi, jonka aikana huumeiden käyttäjä huomaa toistuvasti aineen käytön aiheuttavan hänelle kasvavia vaikeuksia. Samalla hän kuitenkin huomaa muutoksen olevan mahdollinen sen vaikeudesta huolimatta. Potilas on vähitellen valmis ajattelemaan elämää ilman aineita. Toisaalta säilyttääkseen raittiuden on huumeenkäyttäjän irrottauduttava entisestä elämänpiiristään ja löydettävä uusi elämäntapa. Sairaanhoidaja voi tällöin auttaa potilasta antamalla hänelle tietoa vähemmän haitallisesta elämäntavasta, miettimällä potilaan kanssa yhdessä uusia keinoja elää ilman päihteitä ja tukemalla häntä tavoitteen saavuttamisessa. (Inkinen ym. 2006, 156–157.)

3.4.2 Korvaushoito

Korvaushoidolla pyritään niin ikään päihitteettömyyteen, mutta tässä hoidon keston takarajaa ei ole määritelty. Hoito on kuntouttavaa hoitoa ja hoitoa tukeva lääkitys on joko buprenorfiini tai metadoni. Edellytyksenä korvaushoidon aloitukselle on, että aiemmillä joko lääkkeettömällä tai lääkkeellisillä vieroitushoidoilla ei päihitteettömyyttä ole saavutettu. Korvaushoidolla tavoitellaan pysyvää elämäntapamuutosta, johon kuuluvat muun muassa suonensisäisen käytön lopettaminen, rikollisuudesta irtautuminen, infektioautien leviämisen estäminen sekä uusien ihmissuhteiden ja muiden sosiaalisten suhteiden rakentaminen. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 179.)

Tutkimuksella vertailtiin vuosina 2003–2005 aloitettujen korvaushoitajien tuloksia vuosina 2000–2002 hoidon aloittaneiden ryhmään. Hoitoa ryhdyttiin antamaan vuonna 2003 myös 18–19-vuotiaille, sekä niille joiden riippuvuus oli kestänyt 1–3 vuotta. Samaan aikaan siirryttiin korvaushoidon tarpeen arviot toteuttamaan polikliinisesti ja korvaushoitoja alettiin toteuttaa metadonin lisäksi myös buprenorfiinilla. (Tanhua ym. 2011, 75.)

Potilaiden keski-ikä (30 v.) vuosien 2003–2005 aineistossa oli odotettavasti alempi kuin vuosien 2000–2002 aineistossa (34 v.). Opioideja potilaat olivat myös käyttäneet keskimäärin kaksi vuotta vähemmän (8 v. / 10 v.). Lähes kaikilla (90 %) potilailla oli myös muu päihdehäiriö opioidiriippuvuuden lisäksi. Yleisimpiä haitallisen käytön tai riippuvuuden kohteita olivat bentsodiatsepiinit 85 %:lla (v. 2000–2002: 94 %), amfetamiinit 56 %:lla (59 %), kannabis 51 %:lla (51 %). Alkoholista riippuvaisia tai sitä haitallisesti käyttäviä oli 18 % tutkittavista, kun heitä aikaisemmassa aineistossa oli vain 10 %. Kahdella kolmasosalla potilaista oli todettavissa jokin muu samanaikainen psykiatrinen häiriö. Mieliala- ja ahdistushäiriöitä esiintyi molempia noin viidesosalla potilaista. Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö tai harhaluuloisuushäiriö todettiin 5 %:lla potilaista. Persoonallisuushäiriö todettiin 51 % potilaita, kun vuosien 2000–2002 aineistossa persoonallisuushäiriöitä diagnosoitiin 86 % potilaita. Diagnoosien vähenemistä selitettiin siirtymisellä polikliinisiin haastatteluihin ja nuoremmilla potilailla. Korvaushoito sisältää tavallisesti lääkehoidon ja sen seurannan lisäksi mahdollisen muiden samanaikaisten mielenterveyden häiriöiden hoidon, muun tar-

vittavan päihdehoidon mahdollisine katkaisuhoidojaksoineen sekä psykososiaalisen ja ammatillisen kuntoutuksen. (Tanhua ym. 2011, 75–76.)

Metadonilääkitys aloitettiin yhteensä 80 potilaalle ja 34 potilaalle buprenorfiinilääkitys vuosina 2003–2005. Buprenorfiini vaihdettiin 10 potilaalla metadoniin hoidon aikana. Metadonin keskimääräinen annos seuranta-ajankohtana oli 102 mg (vaihteluväli 20–190 mg). Buprenorfiinikorvaushoidossa keskimääräinen annos oli 16 mg (vaihteluväli 2–28 mg). Lääkehoito valikoitui niin, että suurimmalla osalla persoonallisuushäiriöisistä potilaista korvaushoidonlääkkeenä oli metadoni. Bentsodiatsepiinilääkitys oli vuosina 2003–2005 hoidon aloittaneista 63 %:lla ja vuosina 2000–2002 hoidon aloittaneista potilaista 87 %:lla. (Tanhua ym. 2011, 76.)

Potilaista 77 % pysyi hoidossa koko puolentoista vuoden seuranta-ajan (v. 2000–2002: 89 %). Kahdella potilaalla hoito keskeytyi huumauserikoksen ja viidellä väkivallan tai sen uhkan vuoksi. Muissa tapauksissa potilas lopetti hoidon itse tai se lopetettiin hyödyttömänä. Neljä potilasta vieroitettiin hoidosta. Puolentoista vuoden seuranta-aikana yksi potilas kuoli. Jakson aikana yksittäisiä potilaita työllistyi tai siirtyi kuntoutustuelle tai eläkkeelle. (Tanhua ym. 2011, 76.)

Päihteiden oheiskäytön tulokset seurannan aikana olivat nyt huonompia kuin aiemmin. Vain joka kymmenennen (12 % vrt. 30 % vv. 2000–2002) kaikki huumeseadat olivat negatiivisia. Muuta kuin korvaushoitolääkkeenä käytettyä opioidia ei löytynyt 44 % potilaista (vv. 2000–2002: 75 %), amfetamiinia 29 %:sta (43 %) ja kannabista 32 %:sta (48 %) potilaista. Kyseisiä tuloksia selitettiin sillä, että koska korvaushoittoon pääsyn kynnyks oli aiemmin korkeampi, suhtauduttiin oheiskäyttöönkin luultavasti vakavammin. (Tanhua ym. 2011, 76.)

Korvaushoidon toteuttamisen malleissa tulevat esiin painotuserot psykososiaalisen hoidon ja lääkehoidon suhteesta. Lääketiede ja kuntoutus korostuu varsinkin yliopistollisten keskussairaaloiden näkemyksessä. Hoidon porrastuksessa korostetaan, että psykososiaaliseen hoitoon panostetaan ensisijassa, kun potilas itse kokee olevansa valmis kuntouttavaan hoitoon ja kykenee itse määrittelemään realistisesti tavoitteitaan kuntoutukselle. Vaihtoehtona edelliselle mallille on kokonaisvaltainen hoitoon sitouttamisen ja kuntouttavaan korvaushoittoon valmistamisen näkökulma, jossa eri-

tyisesti hoidon alussa tavoitteisiin kuuluisi perussosiaalityö, toimeentulon ja asumisen varmentaminen ja sosiaalisen tuen etsiminen, joka tukee toipumista. Kumpikin näkökulma saa tukea eri seurantatutkimuksista. Suuntauksille yhteistä kuitenkin on se, että molemmat korostavat sitä, miten tärkeää on edetä asiakkaan tilanteen ja oimien hoitotavoitteiden mukaisesti – eli asiakkaan hoitoon motivointi. (Tanhua ym. 2011, 76–77.)

3.4.3 Ylläpitohoito

Ylläpitohoidolla tarkoitetaan yli kuukauden jatkuvaa, usein kuitenkin korvaushoitoa pitkäaikaisempaa hoitoa. Lääkkeinä käytetään joko metadonia tai buprenorfiinia, ja tavoitteena hoidossa on elämän laadun parantaminen ja haittojen vähentäminen. Potilaan kuntoutumisen edetessä voidaan tavoitteita kuitenkin yhdessä tarkistaa ja korottaa. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 179.)

Lääkehoidon ja psykososiaalisen kuntoutuksen lisäksi liittyy hoitoihin tiettyjä kontrollitoimenpiteitä, kuten säännölliset huumeeseulat ja pistospaikkojen tarkistukset. Veren buprenorfiini- tai metadonipitoisuuksia mitataan myös tarpeen mukaan. Hoidossa käytetään yleensä hoitosopimusta, jossa määritellään tarkasti hoidon sisältö, potilaan oikeudet ja velvollisuudet sekä hoitopaikan säännöt. Monipuolisen hoidon ja kuntoutuksen mahdollistaa moniammatillinen työryhmä. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 180.)

Edellä mainittuja lääkkeitä saavat määrätä ainoastaan hoitoa aloittavat ja jatkohoitoa antavien yksikköjen lääkärit. Lääkkeitä ei voi määrätä apteekista toimitettavaksi, vaan ne annostellaan valvotusti hoitopaikasta. Hoitomyönteisille potilaille voidaan hoidon edetessä luovuttaa asetuksen mukaan lääkitys itse annosteltavaksi enintään kahdeksan vuorokauden ajaksi, kun he ovat edenneet kuntoutusohjelmassa ja saaneet niin sanotut kotilääkeoikeudet. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 180.)

Korvaus- ja ylläpitohoidoissa metadonia käytetään nestemäisenä metadonihydrokloridiliuoksena, joka otetaan suun kautta yleensä mehuun tai veteen sekoitettuna. Sivuvaikutukset ovat melko harvinaisia lääkityksen aikana. Yleisimpiä niistä kuitenkin

ovat ummetus, hikoilu, seksuaalinen haluttomuus ja painonnousu. Metadonin lisäksi käytetään hoidossa buprenorfiini valmisteita Subutexia® ja Suboxonea®, joista jälkimmäinen sisältää buprenorfiinin lisäksi naloksonia. Buprenorfiini-naloksoniyhdistelmän oletetaan estävän suonensisäisenkäytön, koska suonensisäisesti käytettynä naloksoni aiheuttaa vieroitusoireita. Lääkeaine ei juuri vaikuta ruoansulatuskanavasta, jolloin se ei aiheuta vieroitusoireita. Buprenorfiinilääkkeet annostellaan resoribletteina. Ne ovat hyvin siedettyjä ja aiheuttavat sivuvaikutuksia harvoin. Hoidon tarpeen arviointi ja aloitus on keskitetty keskus- tai sosiaalisairaalaan tai muuhun vastaavan tasoiseen hoitopaikkaan (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 180.)

Korvaavat opiaattilääkkeet toimivat voimakkaasti hoitoon kiinnittävinä, vähentävät aineen himoa, poistavat vieroitusoireet ilman päihdyttävää vaikutusta ja ovat turvallisia. Raskaana oleville suositellaan Subutex® -valmistetta, koska siitä on saatu laajempia seuranta- ja tutkimustietoja raskaudenaikaisessa käytössä. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 180.)

Korvaus- ja ylläpitohoitoon sisältyy useita erilaisia vaiheita. Kyse on usein vuosia kestävästä hoidosta tai se voi kestää jopa lopun elämän. Jokaiselle potilaalle tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma, jota tarkistetaan tarpeen vaatiessa. Retkahdukset liittyvät usein riippuvuusongelmiin, mutta ne eivät kuitenkaan johda suoraan hoidon päättymiseen vaan aluksi pyritään korjaamaan tilanne tehostamalla hoitoa. Elleivät hoidontehostusjaksot joko avo- tai laitoshoidossa johda tilanteen kohenemiseen tai potilas ei esimerkiksi käy säännöllisesti hoitopaikassa, hoito yleensä lopetetaan. Väkivaltainen käytös, huumeiden myynti hoitopaikassa, kotilääkkeiden myynti tai muut erikseen määritellyt hoitosopimusrikkomukset voivat myös vaikuttaa hoidon päättymiseen. Päättymisen ei kuitenkaan tarkoita sitä, ettei sama potilas voisi myöhemmin hakeutua uudelleen arviointiin ja päästä hoitoon sekä onnistua siinä. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 181.)

Suomessa on paikkakuntaakohtaisia eroja hoitojen järjestämisessä, toteutuksessa ja asetuksen tulkinnessa. Asetus antaa kehykset toiminnalle, mutta erilaisiin toteutustapoihin on melko runsaasti mahdollisuuksia. Isommilla paikkakunnilla kyseisiin hoitoihin joutuu yleensä jonottamaan liian vähäisen paikkatilanteen vuoksi, kun taas pienillä paikkakunnilla ei kyseisiä hoitoja ole välttämättä lainkaan tarjolla. Monet

pienet kunnat ostavatkin isommilta paikkakunnilta korvaus- tai ylläpitohoitoja, mikä ei taas ole asetuksen hengen mukaista. Hoitotakuun vaikutus on nykyään nopeuttanut hoitoon pääsyä ja monet potilaista pääsevät hoitoon puolen vuoden jonotusajan sisällä. Raskaus tai henkeä uhkaava somaattinen sairaus voi nopeuttaa hoitoon pääsyä. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 181.)

3.4.4 Kuntoutushoito

Kuntoutuksille yhteistä on, että ne järjestetään mahdollisen vieroitushoidon jälkeen ja ne kestävät yleensä vähintään neljä viikkoa ja pisimmillään useita vuosia. Hoidon tavoitteena on yksilön fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tilanteen kokonaisvaltainen koheneminen. Kuntoutus sisältää monenlaista toimintaa, kuten yksilö- ja ryhmäkeskusteluja, vertaistukea ja verkostokokouksia. Käsiteltävinä asioina ovat kaikki inhimillisen elämän ilmiöt, mutta keskeisimmäksi nousee sosiaalisten taitojen harjoittelu. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 171–172.)

Kuntouttava työskentely suunnitellaan potilaan toimintakyvyn pohjalta. Hoidon kokonaisuutta rakentaessa on tärkeää kartoittaa potilaan voimavarat ja vahvuudet. Työskentelyn lähtökohtana on nykyhetki ja siinä tehtävät muutokset, ja tähtäin on lähitulevaisuudessa. Toiminnallisuus ja konkreettisuus korostuvat kuntoutusvaiheessa, kun pyrkimyksenä on lisätä potilaan elämänhallintakykyä ja selviytymistä. Suurin osa potilaiden elämästä on usein kulunut päihteiden rahoittamiseen, hankkimiseen, käyttämiseen ja käytöstä toipumiseen, joten on tärkeää löytää asioita päihteiden käytön tilalle. Tilalle tulevan toiminnan on oltava mielekästä ja arjen sujumista tukevaa, jokapäiväisen elämän taitoja harjaannuttavaa ja päihteettömyyttä vahvistavaa. Kuntouttava hoito perustuu vapaaehtoisuuteen, jolloin potilaan vastuuttaminen omista valinnoistaan ja osallistumisensa aktiivisuudesta on hoitoa ohjaava periaate. (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen, Agge 2008, 106.)

Potilaan psyykkinen sairaus, sen kesto ja oireet sekä päihteiden käyttö ja riippuvuus vaikuttavat asioihin, joihin hoidossa tulisi keskittyä yksilöllisesti. Mikäli potilaalla on lapsia, tulisi kuntoutusvaiheessa tarkastella myös potilaan vanhemmuutta, sillä tutkimusten mukaan päihteitä käyttäneet potilaat pitävät vanhemmuutta tärkeänä osana

elämäänsä ja omaa toipumistaan. Kuntouttavaa hoitoa toteutetaan sekä laitos- että avohoitomuotoisesti, ja kannattavaa onkin edetä vaiheittain, jotta muutoksesta tulisi pysyvä ja että se kantaisi vielä tukitoimien vähentyessä. (Holmberg ym. 2008, 106.)

Kokemuksia on myös päihde- ja mielenterveyspotilaiden intervallityyppisistä hoidoista, joissa potilas palaa sovitun ajan kuluttua (yleensä 1-3 kuukautta) viimeispään laitoshoidon yksikköön lyhyelle, noin viikon tai kahden pituiselle hoitajaksolle. Potilaiden kertoman mukaan tieto tulevasta intervallijaksosta auttaa heitä vaikeina aikoina pysymään erossa päihteistä ja kannattelemaan eteenpäin, heidän kohdattuaan ristiriitoja, joita he ovat ennen ratkoneet päihteiden avulla. (Holmberg ym. 2008, 107.)

Potilaan ongelmanratkaisu- ja selviytymiskeinoja käydään läpi intervallijakson aikana. Potilaan kannalta tärkeää on myös edistymisen osoittaminen, positiivisen palautteen antaminen ja tehtyjen ratkaisujen vahvistaminen. Lisäksi muilta, vielä toipumisvaiheen alkutaipaleella olevilta potilailta saatu palaute on hoidon kannalta merkittävää. (Holmberg ym. 2008, 107.)

Avohoidossa osana mielenterveys- ja päihdepotilaan hoitoprosessia tarvitaan myös tuettua asumista, jonka tehtävän on opettaa itsenäistä asumista ja lisätä asukkaan arjenhallintaa. Aasukkaat voivat myös asua omissa asunnoissa ja tällöin tuki tapahtuu kotikäynteinä sekä asukkaiden yhteisissä toimintatiloissa. Työntekijät antavat tukea ja opastusta asukkaille sekä arjessa että vaikeissa tilanteissa. Tuetun asumisen rinnalla on usein liitetty päiväkeskuspalveluja ja työsaleja. Asukkailla on tuetun asumisen lisäksi hoitokontakti tahoon, jossa vastataan esimerkiksi asukkaan lääkehoidosta. (Holmberg ym. 2008, 107.)

Turun korvaushoitopoliklinikka

TYKS ja sosiaali- ja terveystoimi tuottavat opioidiriippuvaisten hoidon. Korvaushoidossa toimii porrasteinen ketju, jossa hoidon aloitus ja mahdollinen psykososiaalisesti kuntouttava vaihe tapahtuu erikoissairaanhoidossa ja stabiloitunut hoito siirtyy toteutettavaksi terveysasemilla. Erikseen sovituisissa tapauksissa hoito toteutetaan vaativassa erikoissairaanhoidossa kokonaan.

Korvaushoitopoliklinikka toteuttaa opioidiriippuvaisten korvaushoitoa, joka perustuu asetukseen (33/2008). Korvaushoito perustuu hoitosuunnitelmaan, jossa potilaslähtöisesti määritellään hoidon tavoitteet ja sisältö. Korvaushoito on joko kuntouttavaa, päihteettömyyteen tähtäävää hoitoa tai potilaan elämänlaadun parantamiseen ja terveyshaittojen vähentämiseen tähtäävää, haittoja vähentävää hoitoa. Hoito on integroitua hoitoa, jossa yhdistyy opioidiriippuvuuden hoidon lisäksi psykososiaalinen hoito. Hoidoissa käytetään korvaushoitolääkkeenä, joko metadonia tai buprenorfii-nia/naloksonia sisältäviä lääkeaineita. Henkilöstö: 1 lääkäri, 1/2 osastonhoitaja, 7 sairaanhoitajaa, 1/3 sosiaalityöntekijä. Korvaushoitopoliklinikan asiakasmäärät vuonna 2011 olivat seuraavat: yksittäisiä asiakkaita 132, ulkopaikkakuntalaisten hoitojaksoja 3, poliklinikkakäyntejä 22644, vuoden lopussa poliklinikalla hoidossa potilaita 93, Metadoni-potilaita 26, Suboxone-potilaita 63 ja Subutex-potilaita 3. (Turun kaupungin päihdepalvelujen tilinpäätös 2011, 3,9.)

3.5 Elämänhallinta

Mikään yksilö tai yhteisö ei kykene elämään ilman resursseja. Elämiseen tarvitaan selviytymisvoimavaroja. Niitä voidaan löytää itsestä, yhteisöstä, luonnosta ja yhteiskunnasta. Voimavaroja voidaan ryhmitellä ja jaotella monella eri tavalla. Ne voidaan jakaa esimerkiksi aineellisiin, psyykkisiin ja yhteisöllisiin voimavaroihin – tai toisaalta yksilön sisäisiin ja ulkopuolisiin voimavaroihin. Esimerkki ulkoisista voimavaroista on henkisesti ja aineellisesti turvattu asema. Sen sijaan voimakas itsetunto, selkeä positiivinen minäkuva, vahva koherenssin eli kiinteyden tunne ja luottamus omaan pätevyyteen ovat esimerkkejä sisäisistä voimavaroista. Selviytymisvoimavarojen käyttöön saamisen ytimenä on yksilön tapa suhtautua itseensä, maailmaan ja toisiin ihmisiin. Tämä yksilöllinen ydin muotoutuu jo varhaisessa lapsuudessa ja muokkaa myöhempiä elämäkokemuksia. (Salo & Tuunainen 1996, 214.)

3.5.1 Elämäntilanteen määrittelyä

Elämäntilanteen määrittely on yksilön persoonallisuuden rakenteeseen kuuluva voimavara, joka voi olla ulkoista tai sisäistä elämäntilannetta. Ulkoiseen elämäntilanteeseen vaikuttavat esimerkiksi koulutus tai ammatti, sukupuoli ja kulttuuri. Sisäistä elämäntilannetta puolestaan kuvaa kyky sisällyttää elämään sen vaikeatkin puolet. Elämäntilanteen määrittelyä kokonaisuudeksi, joka sisältää elämän eri osa-alueita, kuten perhe, terveys, asuminen, opiskelu ja työ sekä sosiaalinen tilanne. Elämäntilanteen määrittely on myös tunne, henkinen voimavara, jonka avulla ihminen selviytyy paremmin stressitilanteista, kiireestä ja kovista paineista. Elämäntilanteeseen liittyy usko itseensä sekä usko siihen, että kykenee tekemään valintoja. Sopeutuminen ja selviytyminen erilaisista vastoinkäymisistä eri elämäntilanteissa ovat myös elämäntilannetta. Se, että ihminen kokee elämisen mielekkäänä ja merkittävänä on osa elämäntilanteen tunnetta. Siihen liittyy myös omat arvot, itsetunto ja oma käsitys itsestään. Ihmisellä ollessa hyvä elämäntilanteen määrittely, pystyy hän luomaan elämälleen mieluisia tavoitteita ja myös tavoittelemaan niitä. (Pöytäkirja 2012.)

Toipuminen päihderiippuvuudesta on muutosprosessi, jossa on tiettyjä samanlaisia piirteitä, tapahtuipa irrottautuminen alkoholista, lääkkeistä tai huumeaineista. Moni vaikeasta päihderiippuvuudesta kärsivä pystyy lopettamaan päihteen käytön mutta henkilö voi harvoin palata kohtuukäyttöön. Mikäli hän palaa päihteen käyttöön, kierre alkaa uudestaan tavallisesti muutaman onnistuneen kohtuukäyttökerran jälkeen tai usein jo ensimmäisestä päihdeannoksesta. Toiset päihteenkäyttäjistä pystyy lopettamaan päihteenkäytön ilman ulkopuolista apua mutta monet tarvitsevat siihen kuitenkin ulkopuolista apua. Jotkut sen sijaan eivät kykene lopettamaan päihteenkäyttöään pitkänkään hoidon turvin. (Inkinen ym. 2006, 163.)

3.5.2 Kuntoutuminen

Niin kutsutut selviytymisvoimavarat vaikuttavat siihen, miten yksilö selviää kohdattessaan jatkuvasti vastaan tulevia kuormitustekijöitä. Ne ovat tekijöitä, jotka ovat yksilössä itsessään, ryhmässä tai yhteisössä, yhteiskunnassa ja luonnossa yksilön ulot-

tuvilla ja jotka ovat tehokkaita stressorien välttämässä tai niiden kanssa kamppailtaessa. (Salo ym. 1996, 239.)

Fyysiset ja biokemialliset voimavarat. Näiden voimavarojen perustana on ihmisen perimä eli genotyyppi. Laji pystyy pitkällä aikavälillä, osittain ympäristön vaikutuksesta, muuttamaan geenejään erilaisten biokemiallisten adaptaatiomekanismien kautta. Näin tapahtuu hiljalleen (ja toisinaan hypäyksittäin) fenotyypisiä muutoksia, jotka ovat omiaan lisäämään lajin mahdollisuuksia selviytyä olemassaolon taistelusta. Niin sanottu luonnonvalinta toteutuu. Ihmislajille tyypillinen piirre on kyky sopeutua mitä erilaisimpiin olosuhteisiin. Voidaan todeta, että ihmisen ekologinen lokero on hyvin laaja. (Salo ym. 1996, 240.)

Yksilötasolla kehon immunologinen järjestelmä ja sen toimivuus määrittelevät hyvin pitkälle, kuinka hyvin henkilö pystyy vastustamaan erilaisia sairauksia, kuten esimerkiksi tartuntatauteja ja syöpää. Immunologisen järjestelmän toimintaa voidaan oleellisesti tehostaa erilaisten rokotusten avulla. Se, että annetaan keholle mahdollisuus parantua erilaisista sairauksista omin päin ilman tarpeettomien ja turhien antibioottien väliintuloa, on myös omiaan lisäämään kehon luontaista vastustuskykyä. (Salo ym. 1996, 240.)

Genotyyppi: sukuanamneesi periytyvien sairauksien selvittämiseksi. Immunologinen systeemi: atopian, allergian, toistuvien infektioautien, syövän ja tiettyjen psykosomaattisten sairauksien kartoitus. (Salo ym. 1996, 240.)

Aineelliset voimavarat. Aineelliset voimavarat voidaan jakaa kahteen ryhmään - toisaalta elottomat ja toisaalta ihmissuhteisiin liittyvät voimavarat. Niin sanottuihin elottomiin voimavaroihin voidaan laskea erilaiset lähinnä perusturvallisuuteen liittyvät tekijät, kuten varallisuus, asunto, vaatteet, ruoka ja muut normaaliin elämään kiinteästi kuuluvat seikat. Yksilön yhteiskunnallinen asema, vaikutusvalta sekä kyky ja mahdollisuus hyödyntää erilaisia palveluita ovat ihmissuhteisiin liittyviä aineellisia voimavaroja. Nämä tekijät jäävät usein melko vähäiselle huomiolle, vaikka niiden merkitys yksilön kannalta saattaa olla hyvinkin suuri. Perusturvallisuutta ylläpitävät voimavarat: asunto, toimeentulo, varallisuus, ammatti ja asema yhteiskunnassa sekä palvelujen käyttö. (Salo ym. 1996, 240–241.)

Kognitiiviset ja emotionaaliset voimavarat. Kognitiiviset voimavarat koostuvat elämän aikana opituista tiedoista ja taidoista. Kuvaavia seikkoja ovat esimerkiksi yleinen tietomäärä, koulusivistys, kätevyys ja opitut taidot. Myös erilaiset terveyskasvatustiedot, yksilön tieto erilaisista sosiaalipalveluista sekä tietoisuus omista oikeuksista ja velvollisuuksista auttavat selviytymään erilaisissa tilanteissa. Henkilön älykkyyttä kuvaa myös hänen kykynsä käyttää ja soveltaa siihen saakka opittua ja erottaa olennainen epäolennaisesta. (Salo ym. 1996, 241.)

Emotionaalisisista voimavaroista tärkein on henkilön niin sanottu ego-identiteetti, jota arkikielessä kutsutaan myös itsetunnoksi. Ihminen pyrkii tavoittamaan omaa aitoa itseään, joka terveillä henkilöillä on yleensä suhteellisen pysyvä ja ympäristön hyväksymä. Itsetunto muodostuu varhaislapsuudessa ja kehittyy sekä muuttuu koko elämän ajan. Tämä prosessi on pitkälti sekä yksilölle itselleen että yhteisölle tiedostamatonta toimintaa. Tähän voidaan kytkeä myös koherenssin tunne eli ihmisen henkilökohtainen mielikuva häntä ympäröivästä maailmasta – maailmankuva. (Salo ym. 1996, 241.)

Kognitiivisia ja emotionaalisia voimavaroja ovat peruskoulutus ja selviytyminen siinä, ammattikoulutuksen määrä, ammattipätevyys, vapaaehtoinen opiskelu (kansalais- ja työväenopistot tms.), maailman näyttäytyminen vaihtelevasti ymmärrettävänä, hallittavana ja mielekkäänä sekä pätevyys ja pätevyyskokemukset. (Salo ym. 1996, 241.)

Arvostus ja asenteelliset voimavarat. Nämä liittyvät ihmissuhteisiin eli ihmisten väliseen vuorovaikutukseen ja niiden juuret ovat varhaislapsuudessa. Ihminen joutuu koko elämän ajan tarkistamaan omia asenteitaan ja arvojaan. Osaksi tämä tapahtuu erilaisten uudelleenarviointien kautta mutta huomattavassa määrin myös erilaisten coping-strategioiden avulla. (Salo ym. 1996, 241.)

Coping-strategiat ovat henkilön eräänlaisia yksilöllisiä käyttäytymismalleja erilaisissa konfliktitilanteissa. Karkeasti ottaen on yksilöllä myös kokonaisvaltainen toimintamalli, joka ilmaisee miten henkilö selviytyy konflikteista ja stressoreista. Tavoit-

teena on eloonjääminen ja itsearvostuksen säilyttäminen eli henkinen eloonjääminen. (Salo ym. 1996, 241–242.)

Useimmat ihmiset käyttävät monia erilaisia coping-strategioita, kun he ennakoivat ja arvioivat mitä saattaa tapahtua ja mitä pitäisi tehdä. He suunnittelevat ja valmistautuvat, muuttavat ympäristöään, vetäytyvät jos on pakko tai säästääkseen voimiaan siirtävät asioita tuonnemmaksi lopputuloksen varmistamiseksi. He kestävät tuskaa ja turhautumista, jotta kokisivat itsensä paremmiksi ja säilyttäisivät itsearvostuksensa ja toiveensa. (Salo ym. 1996, 242.)

Käytettävissä olevien coping-strategioiden karkea arvio voidaan tehdä esimerkiksi sopivan kyselyn avulla tai haastattelemalla miten henkilö on selviytynyt erilaisista arkielämän kriiseistä. (Salo ym. 1996, 242.)

Ihmissuhteisiin liittyvät voimavarat. Tässä yhteydessä on kaksi erityisen merkittävää käsitettä: Sosiaalisen tukiverkoston suojaava vaikutus on useimmille ihmisille erittäin suuri. Hyvät ja toimivat ihmissuhteet auttavat yksilöä selviytymään vastoinkäymisistä ja vaikeuksista. Varsinkin primaariryhmän eli ydinperheen, ystävien ja työyhteisön merkitys on ratkaiseva. Näiden syystä tai toisesta puuttuessa kasvaa yleensä samalla sekundaariryhmän eli erilaisten muodollisten tai virallisten järjestöjen kuten esimerkiksi seurakunnan, kaupungin tai ammattijärjestöjen suhteellinen merkitys. Vastoin yleistä käsitystä vaikuttaa siltä, että perhe ja avioliitto edustavat miehille tärkeämpää sosiaalista tukea kuin naisille. Tähän viittaa miesleskien suurempi kuolleisuusriski naisleskiin verrattuna. Kaikkein pienin kuolleisuus on todettu olevan niillä ihmisillä, joilla on runsaasti sosiaalisia kontakteja. Eristyminen, yksin jääminen ja sosiaalisten suhteiden katkeaminen vaikuttavat heikentävästi ihmisen vastustuskykyyn ja lisäävät sairastuvuutta ja kuolleisuusriskiä. (Salo ym. 1996, 242.)

Toinen merkittävä ihmissuhteisiin liittyvä tekijä on sitoutuminen. Vastakohtana sitoutumiselle voidaan pitää yksilön vieraantumista, joka usein johtaa erilaisiin kielteisiin ilmiöihin. Merkittävää on se miten hyvin vastavuoroisuus toteutuu. Tämä sisältää sen, miten syvästi yksilö on itse sitoutunut johonkin asiaan tai ryhmään, ja toisaalta myös sen, miten kiinnostunut ryhmä on yksilöstä ja hänen antamastaan panoksesta. Yksilö saattaa olla myös eriasteisesti sitoutunut toisaalta primaariryhmäänsä ja

toisaalta sekundaariryhmäänsä. Se, että hän ei esimerkiksi juuri välitäkään työstään, mikä antaa hänelle henkisessä mielessä hyvin vähän, ei merkitse sitä, ettei hän samalla voisi olla syvästi kiintynyt perheeseensä. (Salo ym. 1996, 242–243.)

Ihmissuhteisiin liittyviä voimavaroja ovat ystävien ja tuttavien määrä ja ihmissuhteiden toimivuus, työyhteisön antaman arvostuksen ja tuen määrä sekä laatu, tarve ja mahdollisuus turvautua vaikeuksissa viranomaisten apuun, sitoutumisen aste työhön, perheeseen, harrastuksiin sekä muihin sidosryhmiin. (Salo ym. 1996, 243.)

Kulttuurilliset voimavarat. Kulttuuri antaa meille paikan maailmassa: jokaisella on synnyinmaa eli isänmaa ja oma äidinkieli. Tämän asian suurta merkitystä kuvaa se, että näiden sanojen osana esiintyy useimmissa kielissä ydinperheet keskeiset hahmot – äiti ja isä. Kulttuuri antaa myös selkeät roolit ja normit jäsenilleen sekä valmiit vastaukset lukemattomiin kysymyksiin. Vastaukset ovat usein sisäistetyt, rutinoituneet ja institutioituneet ja pitkälti tiedostamattomat. (Salo ym. 1996, 243.)

Kulttuuri muokkaa myös jäsentensä uskomuksia ja asenteita. Leikki, maalliset rituaalit, kuten erilaiset perhejuhlat, mytologia, filosofia, ideologia ja uskonto, ovat tämän voimavara-alueen erilaisia ulottuvuuksia. Yhteisön kulttuuri tarjoaa selkeät ja turvalliset kehykset yhteisön toiminnalle. Toisaalta se saattaa olla myös äärimmäisen rajoittava ja ahdasmielinen. Tämä on kuitenkin parempi vaihtoehto yksilön kehityksen kannalta kuin toinen, kaaosta edustava äärimuoto, jossa yhteisö ei tarjoa minkäänlaisia valmiita vastauksia ja toimintamalleja. (Salo ym. 1996, 243.)

Kulttuurillisia voimavaroja ovat isänmaa, äidinkieli, mahdollinen siirtolaisuus, pakolaisuus, mahdollisuus käyttää äidinkieltään jokapäiväisessä elämässä, perhesiteiden voimakkuus, perinteiden noudattaminen, ideologiset näkemykset ja niiden merkitys sekä uskonto ja sen henkilökohtainen merkitys. (Salo ym. 1996, 243.)

Toipumisprosessissa päihteenkäyttäjät joutuu ikään kuin uuden valinnan eteen ja joutuu tiedostamaan omien aikaisempien valintojensa ongelmallisuuden ja riippuvuuden kielteiset seuraukset. Samaan aikaan kun hän joutuu opettelemaan monia uusia tai unohtamia taitoja, joutuu hän myös muuttamaan asenteitaan, elämäntapaansa ja omaa identiteettiään onnistuakseen uudella, päihitteettömällä urallaan. Etenkin huu-

meiden käyttäjien kohdalla puhutaan siitä, että huumeiden käyttäjän ”uran vaihtuminen” ottaa runsaasti aikaa. Huolimatta siitä että huumeiden käyttäjän päihde- ja rikoskierteinenkin elämäntapa tuottaisi käyttäjälle paljon vaikeuksia, on hän kuitenkin tottunut siihen ja tämän tyyppinen elämä on hänelle tuttua. Elämäntavan muuttaminen päihteettömäksi voi tuntua hyvin pelottavalta uuden elämäntavan tuntemattomuuden, omien avuttomuudentunteiden ja osaamattomuuden takia. Huumeiden käyttäjä tarvitseekin runsaasti tukea kuntoutumis- ja toipumisprosessin aikana. Kaikkein vaativin vaihe vaikeasti päihderiippuvaisen toipumisprosessissa onkin pitkällä tähtäimellä onnistuneen laitostarkkaisuhoidon jälkeinen siirtyminen omaan asuin ympäristöön. Onnistuneen kuntoutus- ja toipumisprosessin perusta on toimiva jälkihoito, johon kuuluu muun muassa vakaan asumisen ja toimeentulon turvaaminen, päihteettömyyteen tukeva sosiaalinen turvaverkko, terapeutin, pitkäaikainen tuki ja mielekäs harrastus-, opiskelu-, oppisopimus- tai työtoiminta. (Inkinen ym. 2006, 163–164.)

Mitä vaikeammasta päihderiippuvuudesta on ollut kyse, sitä pitkäkestoisempia, tiiviimpiä ja monimuotoisempia jatkohoito-ohjelmien ja tukimuotojen tulisi olla. Joissakin hoito-ohjelmissa, esimerkiksi huumeiden käyttäjien myllyhoito-ohjelmassa, jälkihoito ja siihen liittyvä vuoden seurantajakso ovat osa kuntoutumis- ja toipumisprosessia. Sosiaalisella tukiverkostolla on aivan erityisen suuri merkitys päihderiippuvuuden toipumisprosessissa jatkohoidon tukena. Tärkeitä ovat esimerkiksi tiivis kontakti AA- tai NA- ryhmätoimintaan (Nimettömät narkomaanit), suhde rakastettuun, uudelleen solmitut suhteet perheeseen, läheisiin, ystäviin tai muihin tärkeisiin ihmisiin, jotka eivät käytä päihteitä. Myös uskonnollisen heräämisen on todettu olevan merkittävä apu vaikeasta päihderiippuvuudesta toipumisessa. (Inkinen ym. 2006, 164–165.)

Toipumisen tuloksellisuuden arvioiminen tulee tapahtua yksilöllisesti. Toipumista arvioitaessa otetaan huomioon sekä lyhyen että pitkän aikavälin muutokset ihmisen kokonaiselämäntilanteessa, fyysisessä ja psyykkisessä kunnossa, ihmissuhteissa, työtilanteessa ja taloudellisissa olosuhteissa. Päihderiippuvuudesta toipumisen merkkejä voivat olla fyysisen kunnan kohentuminen, terveellisemmän ruokavalion omaksuminen, ulkoilusta ja liikunnasta huolehtiminen, uni-valverytmin parantuminen sekä kyky ja halukkuus muutoinkin keskustella terveistä elämäntavoista. Psykososiaalisen

toipumisen kriteereitä ovat motivoituminen hoitokontaktiin ja halukkuus keskustella asioistaan, tavoitteiden asettaminen ja saavuttaminen, edistyminen ongelmanratkaisutaidoissa ja vastuun ottaminen omasta käyttäytymisestä. Merkittävä askel on myös sitoutuminen hoitoon. Tunnetason toipumista on ahdistuksen ja stressin väheneminen sekä kyky keskustella tunteista ja kokea niitä. (Inkinen ym. 2006, 165.)

Toipumisen myötä päihteenkäytöstä luopuminen tapahtuu useimmiten vähitellen. Päihteenkäyttöjaksot lyhenevät ja niiden aiheuttamat haitat vähenevät. Päihteen jättäminen vaatii usein sitkeää ponnistelua ja yrittämistä yhä uudelleen. Vähitellen päihde menettää entisen merkityksensä käyttäjän elämässä ja tilalle tulee muita tyydyttäviä asioita. Itsetunto kohenee, impulsiivinen päihdekäyttäytyminen vähenee, tulee rohkeutta omien mielipiteiden ilmaisemiseen selvin päin, uusia ihmissuhteita muodostuu ja elämä saa uutta sisältöä. Päihteenkäyttäjän toipumisprosessin suhteen on hyvä muistaa, että monet päihteenkäyttäjät pystyvät parantamaan elämänlaatuaan, muuttamaan elämäntapaansa, päihteenkäyttöään ja myös lopettamaan päihteenkäytön. Tämä edellyttää hyviä ulkopuolisia tukitoimia sekä sitä, että päihteenkäyttäjä jaksaa suunnitelmallisesti hoitaa itseään riittävän pitkään. Toipuminen ja muutos päihdeettömyyteen ei ole ainoastaan päihteenkäyttäjälle suuri ja merkityksellinen tekijä, vaan se tuo luottamusta, uskoa ja toivoa päihdetyöhön myös häntä hoitaville työntekijöille. (Inkinen ym. 2006, 165.)

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö on lähestymistavaltaan kvantitatiivis-kvalitatiivinen ja se toteutetaan kyselylomakkeen avulla. Lomake koostuu erilaisista väittämistä, jotka analysoidaan Tixel- ja Excel-ohjelmia apuna käyttäen. Lomake sisältää myös avoimen kysymyksen, joka analysoidaan sisällönanalyysillä. Kyselylomakkeessa hyödynnetään Satakunnan ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelija Lauri Merisaloon laatimaa kyselylomaketta. (Liite 1.)

Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus ovat lähestymistapoja ja ne nähdään toisiaan täydentävinä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 132.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisimpiä ovat aikaisemmat tutkimukset ja teoriat, käsitteiden määrittely ja aineiston keruun suunnitelmat. (Hirsjärvi ym. 2008, 137.) Ominaispiirteitä kvantitatiivisessa tutkimuksessa ovat vastaajien suuri lukumäärä, tutkimuksen objektiivisuus, mittaaminen ja tiedon esittäminen numeroin. (Vilka 2007, 13–17.) Kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä tutkittavia asioita ja niiden ominaisuuksia käsitellään yleisesti kuvaillen numeroiden avulla. Operationalisoinnissa käsitteelliset ja teoreettiset asiat muutetaan muotoon, jonka voi ymmärtää arkiymmärryksellä. Tiedon strukturoinnilla tarkoitetaan tutkittavan asian ja sen ominaisuuksien suunnittelua ja vakiointia. (Vilka 2007, 14.)

Mittaamisella tarkoitetaan erilaisten asioiden, ominaisuuksien tai ilmiöiden määrittämistä mitta-asteikolla, jolle tutkija ryhmittelee, järjestää tai luokittelee tutkittavat muuttujat. Objektiivisuudella tarkoitetaan puolueettomuutta, jolloin tutkija ei vaikuta tutkimustulokseen. (Vilka, 2007, 13, 16.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on puolestaan todellisen elämän kuvaaminen. Tähän sisältyy ajatus todellisuuden moninaisuudesta. Tutkimuksessa on kuitenkin otettava huomioon, että todellisuutta ei voi pirstoa mielivaltaisesti osiin. Tapah- tumat muovaavat samanaikaisesti toinen toistaan, ja onkin mahdollista löytää monensuuntaisia suhteita. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157.)

4.2 Kohderyhmä

Kohderyhmänä oli korvaushoitoa saavat Turun korvaushoitopoliklinikan asiakkaat. Kysely toteutettiin 18.4–13.5.2013 välisenä aikana.

4.3 Aineiston keruu

Survey-tutkimuksessa aineisto kerätään standardoidussa muodossa joukolta ihmisiä. Tyypillisesti tietystä joukosta poimitaan kattava otos yksilöitä ja heiltä kerätään ai-

neisto kyselylomaketta apuna käyttäen. Kerätyn aineiston avulla pyritään vertailemaan, selittämään ja kuvailemaan ilmiöitä. (Hirsjärvi ym. 2008, 130.) Survey-tutkimuksessa jokaiselta kyselyyn osallistuvalla kysytään kaikki samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla (Hirsjärvi ym. 2008, 189) Lomakkeita lähetettiin 50 kappaletta ja vastauksia saatiin 31 kappaletta, jolloin vastausprosentiksi muodostui 62 %.

4.4 Aineiston käsittely ja analysointi

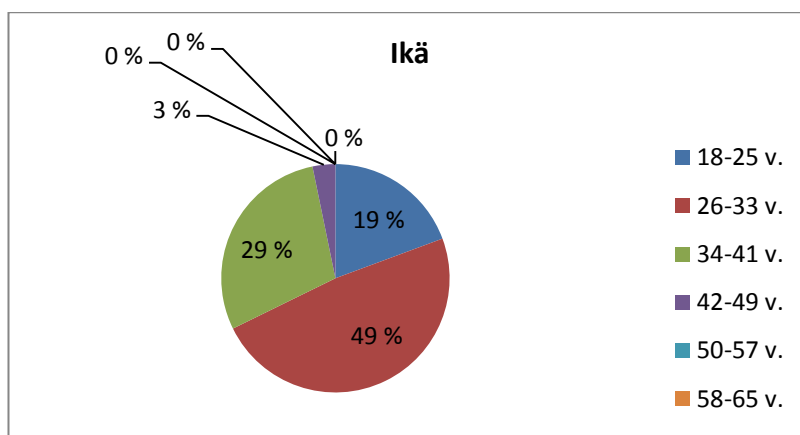
Aineiston analysoinnissa käytettiin apuna Excel taulukko-ohjelmaa ja Tixel ohjelmaa. Keskeisimpiä tutkimustuloksia on havainnollistettu taulukoin ja kuvioin. Tutkimustulokset on esitetty prosentteina. Avoin kysymys analysoitiin sisällönanalyysillä. Perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä, on sisällönanalyysi. Sisällönanalyysiä voidaan pitää paitsi yksittäisenä metodina myös väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Sen avulla pystytään tekemään monenlaista tutkimusta. Voidaan myös sanoa, että useimmat eri nimillä kulkevat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat periaatteessa tavalla tai toisella sisällönanalyysiin, mikäli sisällönanalyysillä tarkoitetaan kirjoitettujen, kuultujen tai nähtyjen sisältöjen analyysia väljänä teoreettisena kehyksenä. Tästä näkökulmasta sisällönanalyysia ei voi pitää myöskään pelkästään laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmänä. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 91). Sisällönanalyysillä tarkoitetaan pyrkimystä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti. (Tuomi ym. 2011, 106). Se mahdollistaa tiettyjä käsitteellisiä liikkumavapauksia, mutta edellyttää myös tiettyjen rajoitteiden hyväksymistä. (Tuomi ym. 2011, 107.)

5 TULOKSET

5.1 Taustatiedot

Sukupuoli ja ikäjakauma

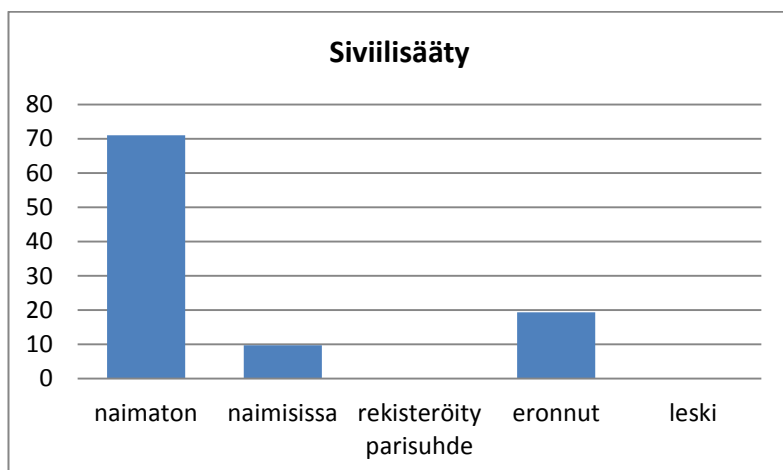
Kyselylomakkeen ensimmäisessä osiossa selvitettiin vastaajien taustatietoja. Vastaajista 42 % (n=13) oli **naisia** ja 58 % (n=18) **miehiä**. **Iältään** vastaajista oli 19 % (n=6) 18–25 -vuotiaita, 48 % (n=15) 26–33 -vuotiaita, 29 % (n=9) 34–41 -vuotiaita ja 3 % (n=1) 42–49 -vuotiaita. Kukaan vastaajista ei ollut yli 50 -vuotias. (Kuvio 1.).



Kuvio 1. Ikäjakauma

Siviilisäätty

Myös **siviilisäättyä** selvitettiin kyselyssä. Suurin osa vastaajista 71 % (n=22) oli naimattomia, naimisissa oli 10 % (n=3) ja eronneita oli 19 % (n=6). Kenelläkään vastaajista ei ollut rekisteröityä parisuhdetta eikä kukaan ollut jäänyt leskeksi. (Kuvio 2.).



Kuvio 2. Siviilisäätty

Vanhemmuus

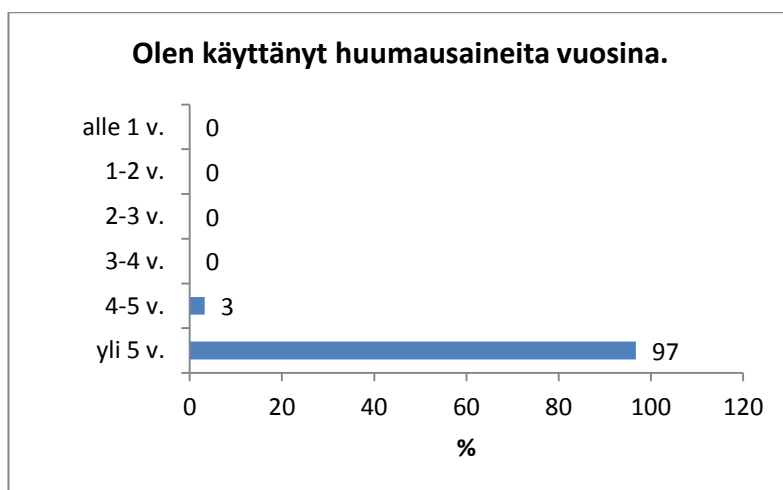
Suurimmalla osalla vastaajista 58 % (n=18) ei ollut **lapsia**. Yksi lapsi oli 32 %:lla (n=10) ja kaksi lasta 10 %:lla (n=3). **Lasten huoltajuus** oli 19 %:lla (n=6).

Työ ja opiskelu

Säännöllisesti töissä vastaajista kävi 6 % (n=2). **Opiskelupaikan** omasi 3 % (n=1), samoin kuin **työvoimapolitiittinen työharjoittelu** oli meneillään 3 %:lla (n=1). Lopuilla vastaajista 88 %:lla (n=27) ei ollut työ- tai opiskelupaikkaa, eikä työvoimapolitiittista harjoittelupaikkaa.

5.2 Huumeiden käyttö

Kyselyn toisessa osiossa selvitettiin vastaajien huumeiden käytön kestoa vuosissa. Vastaajista suurin osa 97 % (n=30) **oli käyttänyt huumeita** yli viisi vuotta. Vain yksi vastaaja raportoi 4-5 vuoden käytöstä. (Kuvio 3.).

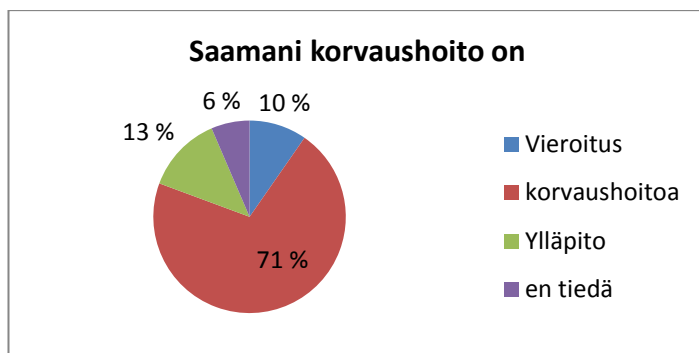


Kuvio 3. Huumeiden käyttö vuosissa

5.3 Huumehoitomuoto

Huumehoito

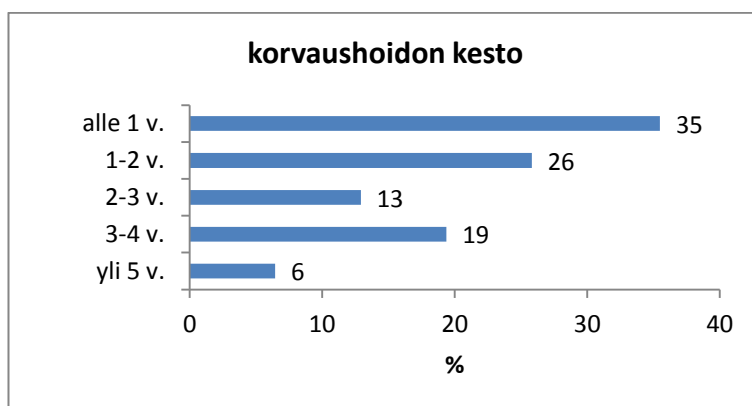
Kolmannessa osiossa selvitettiin, mitä **korvaushoidon muotoa** ja **lääkettä** vastaaja oli saanut sekä hoidon kestoa. Vastaajista 10 %:lla (n=3) oli hoitomuotona vieroitus-hoito, 71 %:lla (n=22) kuntoutushoito ja 13 %:lla (n=4) ylläpitohoito. Vastaajista 6 % (n=2) ei tiennyt hoitomuotoaan. (Kuvio 4.).



Kuvio 4. Huumehoitomuoto

Vastaajista jokaisen 100 % (n=31) korvaushoidossa käyttämä lääke oli Buprenorfiini.

Seuraavana selvitettiin **korvaushoidon kestoa**. Vastaajista 35 % (n=11) oli saanut korvaushoitoa alle vuoden, 26 % (n=8) 1-2 vuotta, 13 % (n=4) 2-3 vuotta, 19 % (n=6) 3-4 vuotta ja 6 % (n=2) yli 5 vuotta. (Kuvio 5.).



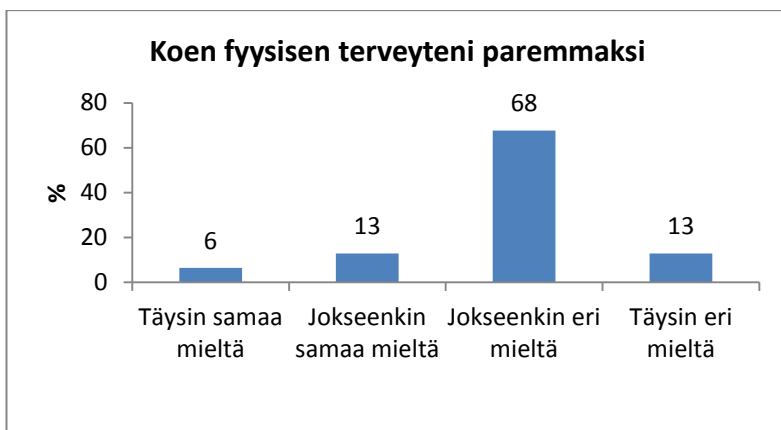
Kuvio 5. Korvaushoidon kesto

5.4 Terveydentila ja elämäntilanne

5.4.1 Terveydentila

Fyysinen terveydentila

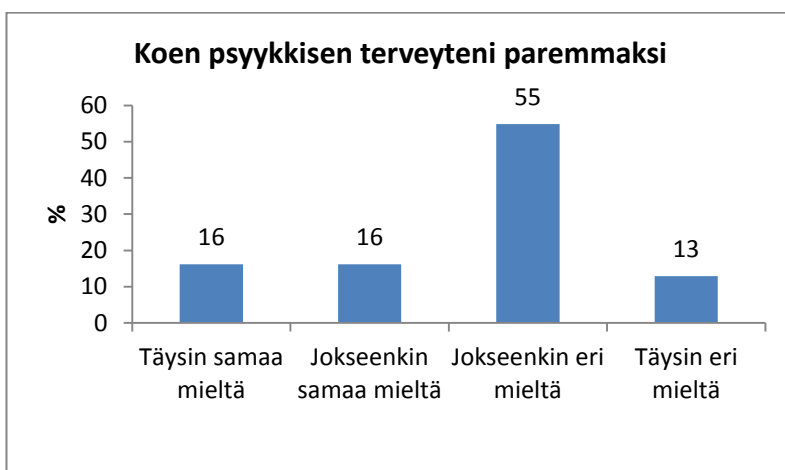
Kyselyn neljännessä osiossa vastaajat arvioivat huumekorvaushoidon vaikuttavuutta elämän- sekä terveydentilan parantumiseen. Vastaajista 6 % (n=2) oli täysin samaa mieltä ja 13 % (n=4) jokseenkin samaa mieltä siitä, että heidän **fyysinen terveytensä** oli parantunut korvaushoidon myötä. Sitä vastoin 68 % (n=21) oli jokseenkin eri mieltä ja 13 % (n=4) täysin erimieltä fyysisen terveytensä paranemisesta. (Kuvio 6.).



Kuvio 6. Fyysisen terveyden paraneminen

Psyykinen terveydentila

Psyykkisen terveyden paranemisesta 16 % (n=5) oli täysin samaa mieltä, 16 % (n=5) jokseenkin samaa mieltä, 55 % (n=17) jokseenkin eri mieltä ja 13 % (n=4) täysin eri mieltä. (Kuvio 7.).

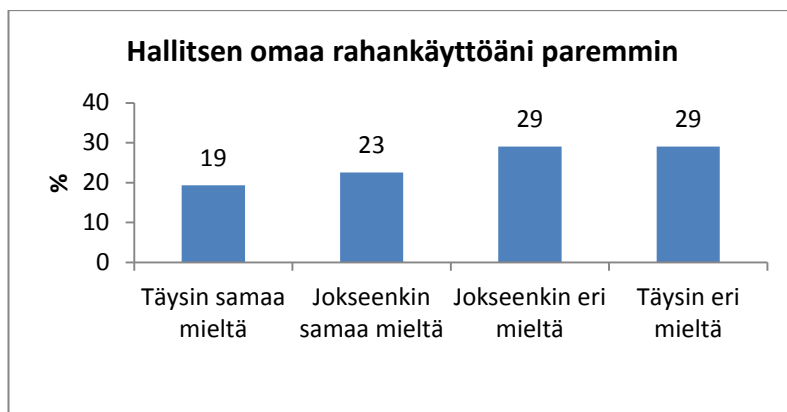


Kuvio 7. Psyykkisen terveyden paraneminen

5.4.2 Elämäntilanne

Rahankäytön hallinta

Seuraavassa selvitettiin, että hallitsivatko vastaajat **rahan käyttöönsä paremmin**. Vastaajista 19 % (n=6) oli täysin samaa mieltä ja 23 % (n=7) jokseenkin samaa mieltä. Kun taas 29 % (n=6) oli jokseenkin eri mieltä ja 29 % (n=6) täysin eri mieltä rahankäyttönsä paranemisesta. (Kuvio 8.).



Kuvio 8. Rahankäyttö

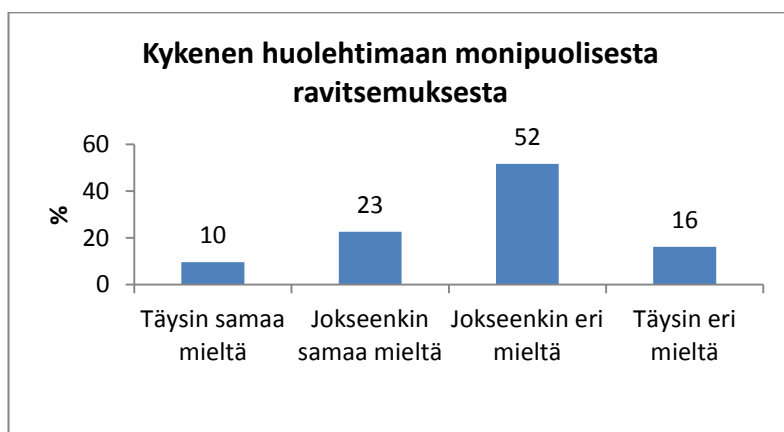
Asumismuoto

Vastaajilta kysyttiin myös heidän **asumismuotoaan**. Valtaosa vastaajista 74 % (n=24) asui vuokra-asunnossa. Omistusasunnossa asui 6 % (n=2), 3% (n=1) vanhempien luona ja 16 % (n=5) oli asunnottomia.

5.4.3 Ravitsemus ja puhtaus

Ravitsemus

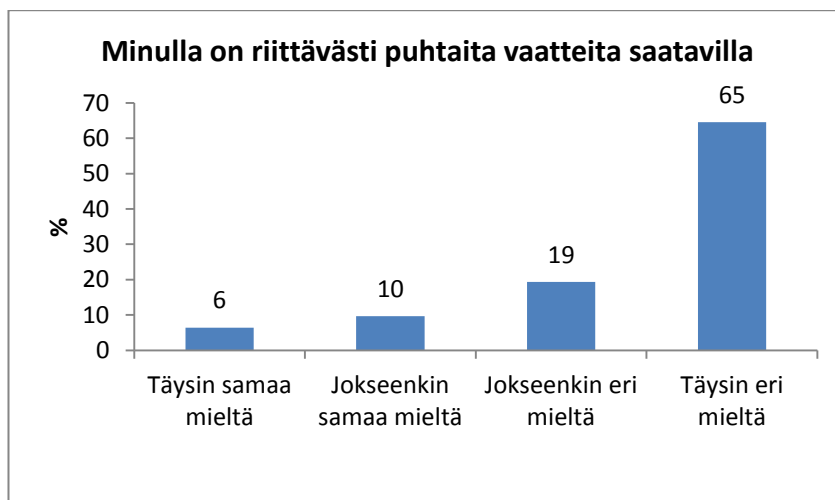
Seuraavana vastaajilta kysyttiin kykenivätkö he huolehtimaan **monipuolisesta ravitsemuksesta**. Vastaajista 10 % (n=3) oli täysin samaa mieltä, 27 % (n=7) jokseenkin samaa mieltä, 52 % (n=16) jokseenkin eri mieltä ja 16 % (n=5) täysin eri mieltä kyvystään huolehtia monipuolisesta ravitsemuksesta. (Kuvio 9.).



Kuvio 9. Ravitsemus

Vaatehuolto

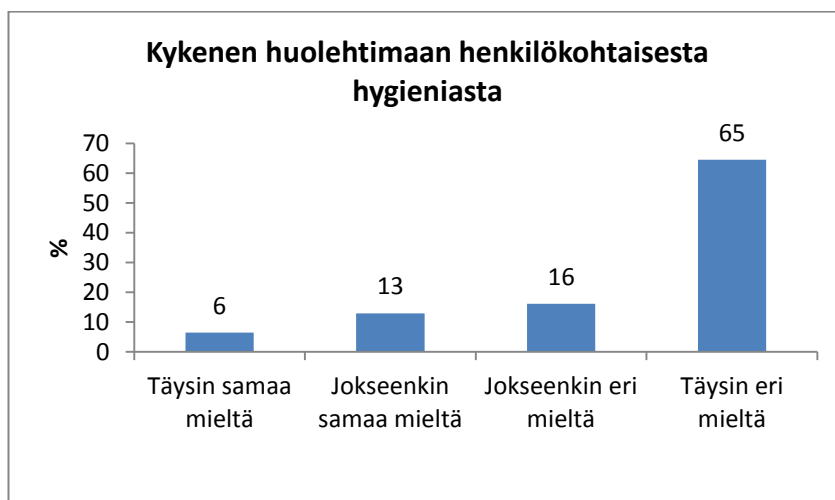
Vastaajilta kysyttiin oliko heillä riittävästi **puhtaita vaatteita saatavilla**. Täysin samaa mieltä oli vain 6 % (n=2), jokseenkin samaa mieltä 10 % (n=3), jokseenkin eri mieltä 19 % (n=6) ja suurin osa 65 % (n=20) oli täysin eri mieltä puhtaiden vaatteiden saatavuudesta. (Kuvio 10.).



Kuvio 10. Puhtaiden vaatteiden saatavuus

Henkilökohtainen hygienia

Seuraavana vastaajilta selvitettiin kykenivätkö he huolehtimaan **henkilökohtaisesta hygieniastaan**. Vastaajista 6 % (n=2) oli täysin samaa mieltä, 13 % (n=4) jokseenkin samaa mieltä ja 16 % (n=5) jokseenkin eri mieltä asiasta. Enemmistö, 65 % (n=20) oli kuitenkin täysin eri mieltä kyvystään huolehtia henkilökohtaisesta hygieniasta. (Kuvio 11.).

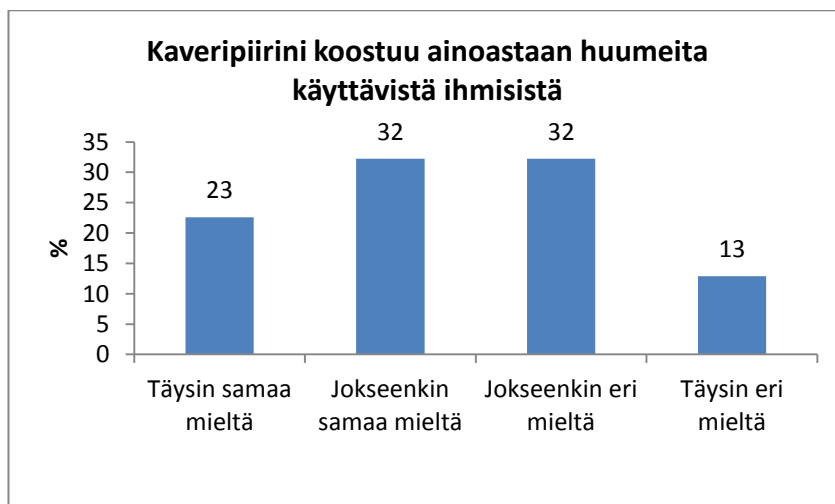


Kuvio 11. Henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen

5.4.4 Ihmissuhteet

Kaveripiiri

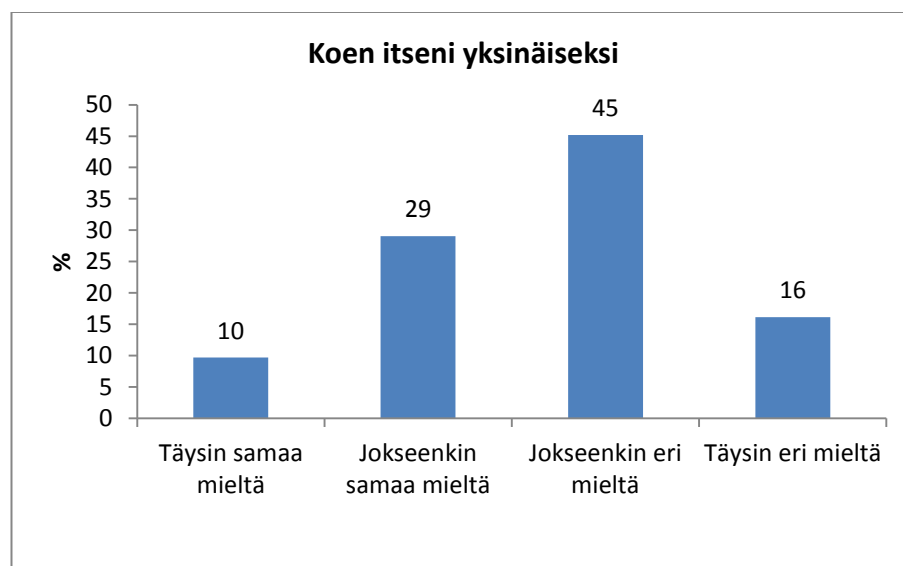
Vastaajilta kysyttiin muodostuiko heidän **kaveripiirinsä** ainoastaan huumeita käyttävistä ihmisistä. Vastaajista 23 % (n=7) oli täysin samaa mieltä, 32 % (n=10) jokseenkin samaa mieltä, 32 % (n=10) jokseenkin eri mieltä ja 13 % (n=4) täysin eri mieltä omasta kaveripiiristään. (Kuvio 12.).



Kuvio 12. Kaveripiiri

Yksinäisyys

Seuraavana vastaajilta kysyttiin kokivatko he itsensä yksinäiseksi. Vastaajista 10 % (n=3) oli täysin samaa mieltä ja 29 % (n=9) jokseenkin samaa mieltä siitä, että he ovat yksinäisiä. Sen sijaan 45 % (n=14) oli jokseenkin eri mieltä ja 16 % (n=5) täysin eri mieltä yksinäisyydestään. (Kuvio 13.)

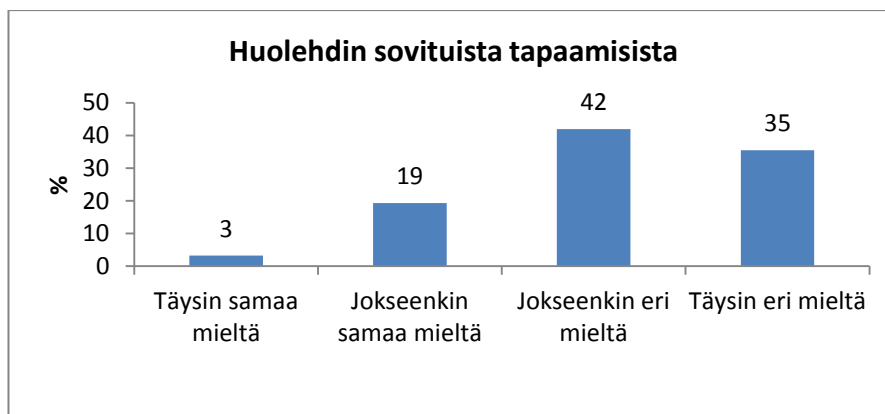


Kuvio 13. Yksinäisyys

5.4.5 Asiointi

Tapaamiset

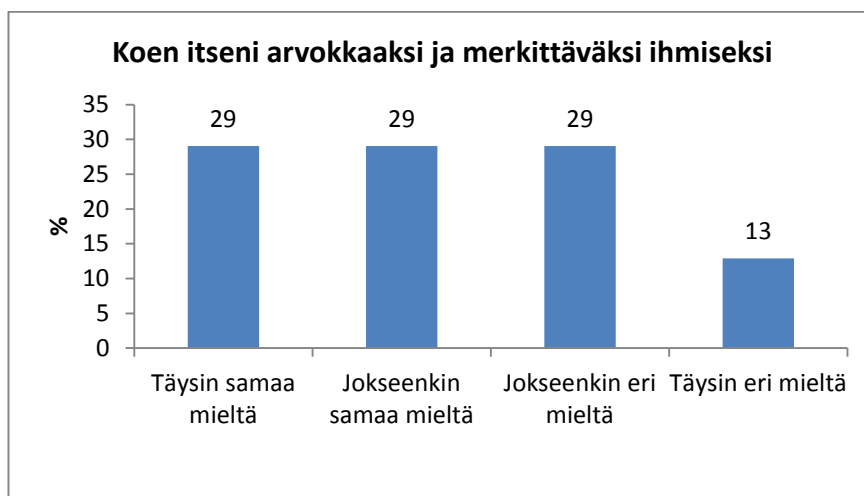
Vastaajilta kysyttiin pystyivätkö he huolehtimaan **sovituisista tapaamisista**. Täysin samaa mieltä oli 3 % (n=1) ja jokseenkin samaa mieltä 19 % (n=6). Suurin osa oli kuitenkin jokseenkin eri mieltä 42 % (n=13) tai täysin eri mieltä 35 % (n=11) kyvystään huolehtia sovituisista tapaamisista. (Kuvio 14.).



Kuvio 14. Sovituisista tapaamisista huolehtiminen

Itsetunto

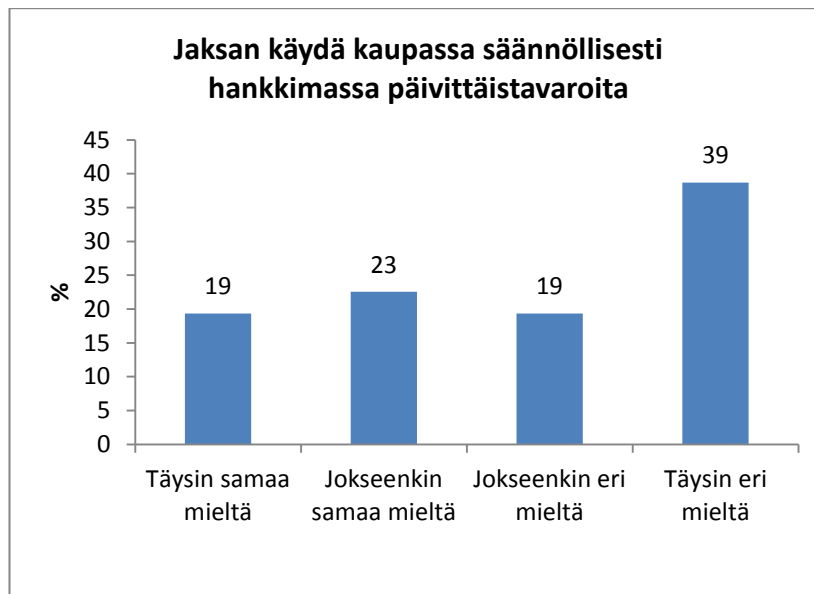
Vastaajilta kysyttiin kokivatko he itsensä **arvokkaiksi** ja **merkittäviksi** ihmisiksi. Vastaajista 29 % (n=9) oli täysin samaa mieltä, 29 % (n=9) jokseenkin samaa mieltä, 29 % (n=9) jokseenkin eri mieltä. Täysin eri mieltä oli vain 13 % (n=4) omasta merkityksestään ja arvokkuudestaan. (Kuvio 15.).



Kuvio 15. Itsetunto

Kauppa-asiointi

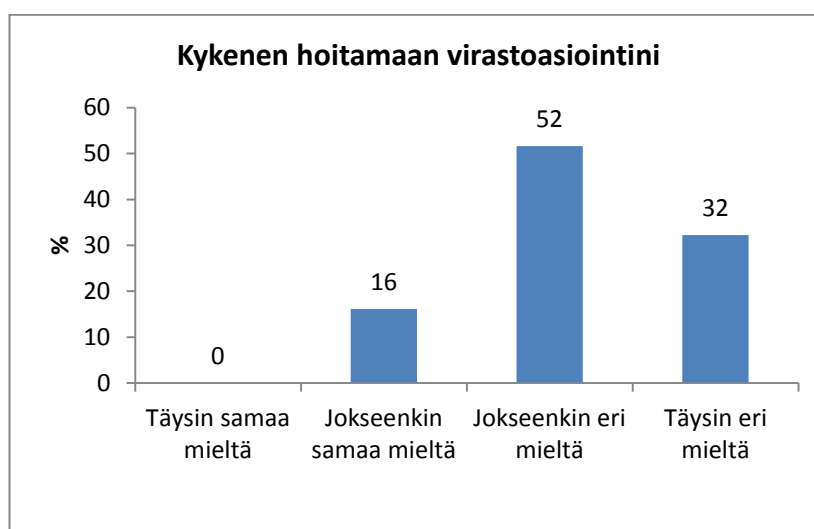
Seuraavassa selvitettiin jaksoivatko vastaajat **käydä kaupassa** säännöllisesti hankkimassa päivittäistavaroita. Vastaajista 19 % (n=6) oli täysin samaa mieltä ja 23 % (n=7) jokseenkin samaa mieltä, kun taas 19 % (n=6) oli jokseenkin eri mieltä ja 39 % (n=12) täysin eri mieltä kauppa-asiointinsa hoitamisesta. (Kuvio 16.).



Kuvio 16. Kaupassa asiointi

Virastoasiointi

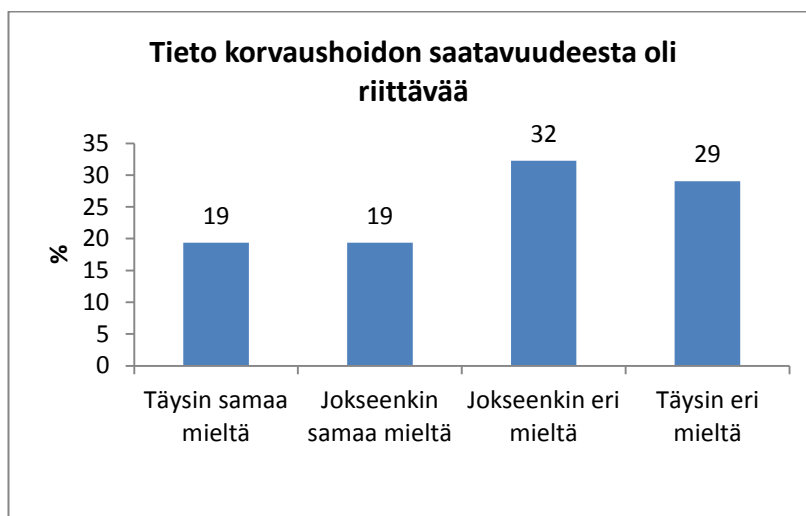
Vastaajilta kysyttiin vielä jaksoivatko he hoitaa omat **virastoasiointinsa**. Vastaajista vain 16 % (n=5) oli jokseenkin samaa mieltä, 52 % (n=16) jokseenkin eri mieltä ja 32 % (n=10) täysin eri mieltä kyvystään hoitaa virastoasiointi. (Kuvio 17.).



Kuvio 17. Virastoasiointi

5.5 Korvaushoidon asiakastyytyväisyys

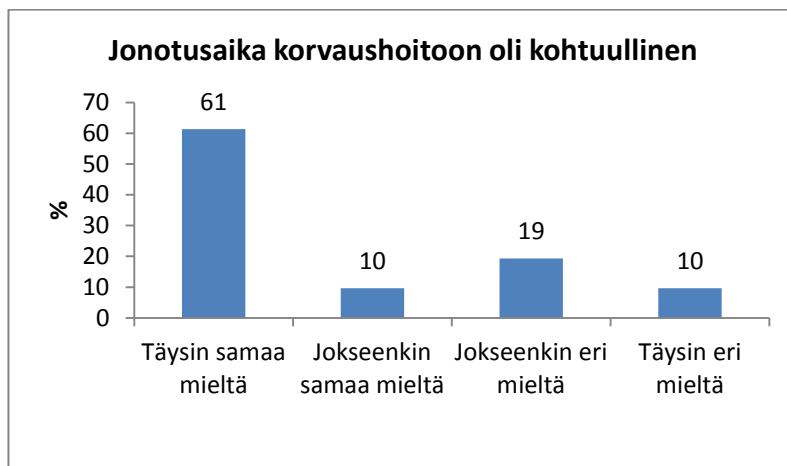
Kyselylomakkeen viimeisessä osiossa selvitettiin vastaajien mielipidettä korvaushoidon toteuttamisesta ja mahdollisia kehittämisehdotuksia. Ensimmäisenä vastaajilta kysyttiin oliko **tieto korvaushoidon saatavuudesta** riittävää. Vastaajista 19 % (n=6) oli täysin samaa mieltä ja 19 % (n=6) jokseenkin samaa mieltä asiasta. Kuitenkin 32 % (n=10) oli jokseenkin erimieltä ja 29 % (n=9) täysin eri mieltä sen riittävydestä. (Kuvio 18.).



Kuvio 18. Tieto korvaushoidon saatavuudesta

Jonotusaika

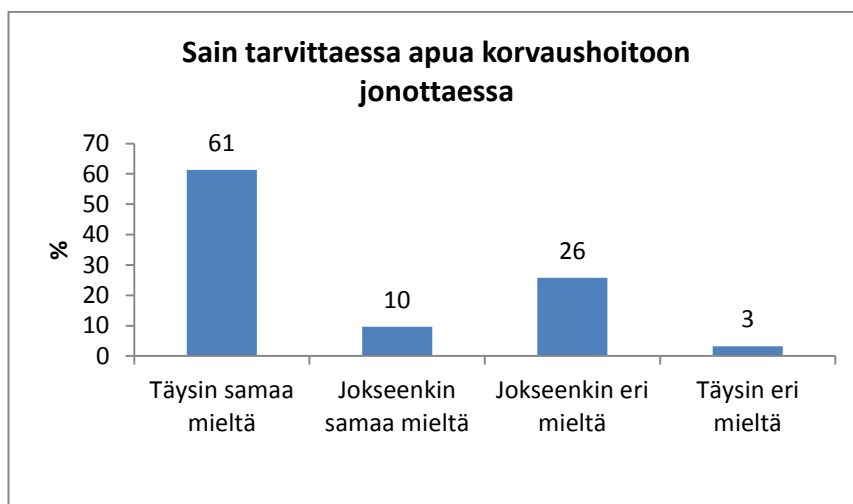
Seuraavaksi vastaajilta kysyttiin oliko **jonotusaika** korvaushoitoon heidän mielestään kohtuullinen. Vastaajista peräti 61 % (n=19) oli täysin samaa mieltä. Jokseenkin samaa mieltä oli 10 % (n=3), jokseenkin eri mieltä 19 % (n=6) ja täysin eri mieltä oli 10 % (n=3) jonotusajan kohtuullisuudesta. (Kuvio 19.).



Kuvio 19. Jonotusaika

Avunsaanti

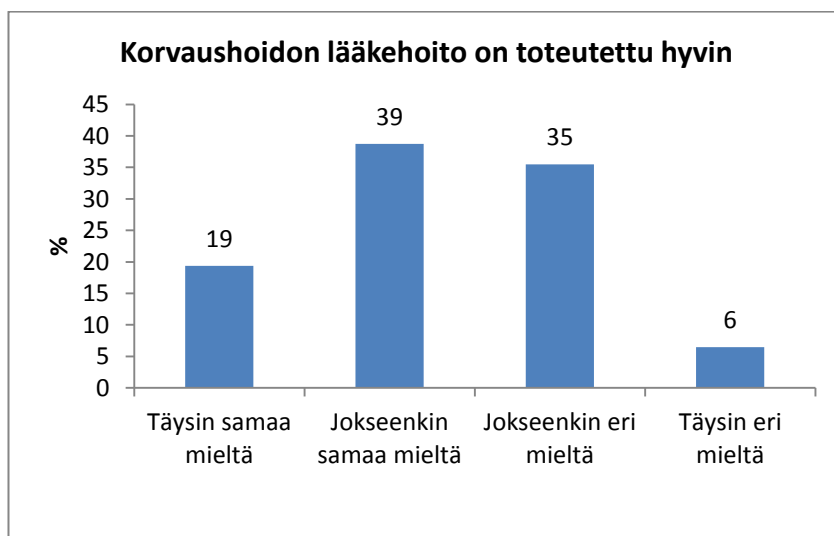
Vastaajilta selvitettiin olivatko he saaneet tarvittaessa **apua jonottaessa korvaushoitoon**. Suurin osa vastaajista 61 % (n=19) oli täysin samaa mieltä. Jokseenkin samaa mieltä oli 10 % (n=3) ja jokseenkin eri mieltä 26 % (n=8). Vastaajista vain yksi oli täysin eri mieltä avun saannista. (Kuvio 20.).



Kuvio 20. Avun saaminen korvaushoitoon jonottaessa

Lääkehoito

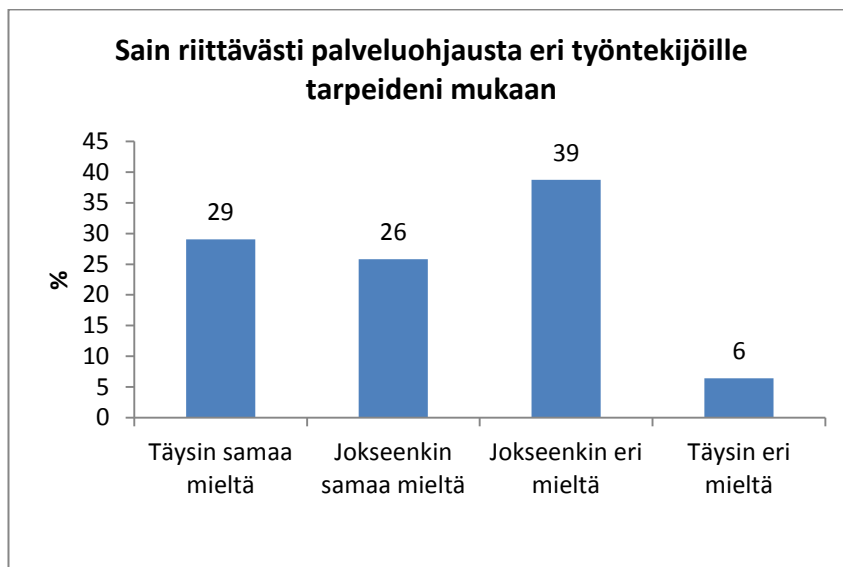
Vastaajilta kysyttiin oliko **korvaushoidon lääkehoito** toteutettu heidän mielestään hyvin. Täysin samaa mieltä oli 19 % (n=6). Enemmistö vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä 39 % (n=12) tai jokseenkin eri mieltä 35 % (n=11). Ainoastaan 6 % (n=2) oli täysin eri mieltä lääkehoidon toteutumisesta. (Kuvio 21.).



Kuvio 21. Lääkehoidon toteutus

Palveluohjaus

Lopuksi kysyttiin, että olivatko vastaajat saaneet riittävästi palveluohjausta eri työntekijöille. Vastaajista 29 % (n=9) oli täysin samaa mieltä ja 26 % (n=8) jokseenkin samaa mieltä. Riittävästä palveluohjauksesta jokseenkin eri mieltä oli 39 % (n=12) ja täysin eri mieltä 6 % (n=2). (Kuvio 22.).



Kuvio 22. Palveluohjauksen riittävyys

5.6 Kehittämisehdotukset

Tutkimuksessa selvitettiin avoimen kysymyksen avulla vastaajien kehittämisehdotuksia korvaushoidon toteutuksen suhteen. Vastaajista 45 % (n=14) jätti vastaamatta. Vastaajien mielestä keskeisimmät kehittämistarpeet liittyivät yhteisten sääntöjen luomiseen ja noudattamiseen sekä asiakkaiden tasa-arvoiseen kohteluun (n=8). Osa vastaajista koki, että rangaistukset ovat liian ankaria esimerkiksi myöhästymisestä menettää ansaitut lomat tai koetaan, että myöhästymisen rinnastetaan likaiseen seulaan. Lisäksi kehittämisehdotuksia tuli vastanneilta (n=4) hoitaja-asiakas suhteisiin liittyen. Vastaajat toivoivat saavansa enemmän tietoa työllistymismahdollisuuksista ja ohjausta erilaisiin kuntoutumismuotoihin. Lisäksi psykologin tapaamisia toivottiin enemmän. Hoitohenkilökunnan asenteisiin toivottiin myös parannuksia. Lääkehoidon toteutukseen suurin osa oli tyytyväisiä, mutta vastaajien mielestä korvaushoidon tukilääkitys on riittämätön.

6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, mutta silti tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Tämän vuoksi jokaisissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Tutkimuksen tai mittauksen reliabelius tarkoittaa kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliaabelius voidaan todeta monella tavalla. Esimerkiksi jos kaksi arvioijaa päätyy samanlaiseen tulokseen, voidaan tulosta pitää reliabelina, tai mikäli samaa henkilöä tutkitaan eri tutkimuskerroilla ja tulokset täsmäävät, voidaan jälleen todeta tulokset reliabeleiksi. Kvantitatiivissa tutkimuksissa on kehitelty erilaisia tilastollisia menettelytapoja, joiden avulla pystytään arvioimaan mittareiden luotettavuutta. Useilla tieteenaloilla on myös kehitelty kansainvälisesti testattuja mittareita, joilla pyritään kohottamaan mittauksen tasoa ja joiden avulla päästään myös luotettavasti vertailemaan eri maissa saatuja tuloksia. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.)

Mikäli joku toinen toistaisi tämän tutkimusasian juuri tällä samalla mittarilla, juuri samoille vastaajille, voidaan olettaa tulosten olevan samanlaisia. Mittari perustui jo käytettyyn kyselyyn ja on näin ollen esitestattu.

Toinen tutkimuksen arviointiin liittyvä käsite on validius eli pätevyys. Validius tarkoittaa tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Menetelmät ja mittarit eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija ajattelee tutkivansa. Esimerkiksi vaikka kyselylomakkeiden kysymyksiin saadaan vastaukset, ovat vastaajat saattaneet käsittää monet kysymykset aivan toisin kuin tutkija on ne tarkoittanut. Tutkijan käsitellessä saamiaan tuloksia edelleen alkuperäisen oman ajattelumallinsa mukaisesti, ei tuloksia voida tällöin pitää tosina ja pätevinä. Mittari aiheuttaa siis tuloksiin virhettä. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227.)

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin korvaushoitoon osallistuneiden asiakkaiden ajatuksia ja kokemuksia saamastaan korvaushoidosta sekä korvaushoidon vaikuttavuutta hoidon saajan elämänhallintaan.

Suurimmalla osalla kyselyyn vastanneista huumausaineiden käyttö oli jatkunut yli viisi vuotta ja valtaosalla korvaushoito oli jatkunut alle vuoden tai 1-2 vuotta. Jokaisen vastaajan korvaushoidossa käyttämä lääke oli Buprenorfiini.

Tutkimuksen perusteella huumekorvaushoidon vaikutukset asiakkaiden arjenhallintataitoihin ja päivittäisiin toimintoihin olivat seuraavanlaisia. Valtaosa vastaajista kertoi, ettei heidän fyysinen terveytensä ollut parantunut korvaushoidon myötä, samoin koettiin psyykkisen terveydentilan paranemisesta. Se kuinka pitkään asiakas on korvaushoitoa saanut, vaikuttaa varmasti myös omalta osaltaan siihen, kuinka terveydentilan koheneminen koetaan. Noin puolet vastaajista olivat sitä mieltä, että rahan käytön hallinta oli parantunut. Suurin osa asui vuokra-asunnossa mutta jopa viisi vastaajista oli asunnottomia.

Tulosten mukaan vastaajien kyvyssä huolehtia ravitsemuksesta ja puhtaudesta oli jonkin verran puutteita. Suurin osa vastaajista koki, ettei pystynyt huolehtimaan monipuolisesta ravitsemuksesta eikä heillä ollut riittävästi puhtaita vaatteita saatavilla. Kyky huolehtia henkilökohtaisesta hygieniasta koettiin myös heikoksi. Asiakkaat tarvitsisivat ilmeisesti lisää tukea näiden asioiden hoitoon, sillä voimavarat eivät selvästikään ole riittävät korvaushoidosta huolimatta.

Noin puolet vastaajista koki kaveripiirinsä muodostuneen ainoastaan huumeita käyttävistä ihmisistä, mutta ryhmään kuuluminen näyttäisi kuitenkin vähentävän yksinäisyyden tunnetta, jota ei vastaajien kesken koettu kovinkaan voimakkaana. Vaikeasta elämäntilanteesta huolimatta, tunne ihmisarvon säilymisestä ja yksilön merkityksestä yhteiskunnan jäsenenä näkyi vastauksissa melko vahvana.

Huumekorvaushoidolla ei toistaiseksi näyttäisi olevan suurtakaan merkitystä asiakkaiden asiointikykyyn. Sovituista tapaamisista huolehtiminen, virastoasiointi ja jopa päivittäistavaroiden hankkiminen kaupasta koettiin vaikeana.

Tulokset korvaushoidon asiakastyytyvyyteen liittyen olivat monelta osin melko positiivisia. Yli puolet vastaajista koki jonotusajan korvaushoitoon kohtuulliseksi. Asiakkaat kokivat saaneensa myös tarvittaessa apua korvaushoitoon jonottaessa. Lääkehoito korvaushoidossa koettiin toteutuneen suhteellisen hyvin. Kuitenkin korvaushoidon tukilääkitys koettiin riittämättömäksi. Esimerkiksi asiakkaiden tarve rauhoittavalle lääkitykselle tuli esille kehittämissuhteissa. Riittävää palveluohjausta eri työntekijöille koki saaneensa runsaat puolet vastaajista. Erityisesti psykologin tapaamisia toivottiin enemmän. Vastausten perusteella enemmistö asiakkaita toivoi enemmän tietoa korvaushoidon saatavuudesta.

Tutkimukseni tulokset perustuivat suurilta osin vasta alle vuoden tai 1-2 vuotta korvaushoitoa saaneisiin asiakkaisiin. Uskoisin, että korvaushoito pidempiaikaisena hoitomuotona toisi positiivisempia tuloksia asiakkaiden elämänhallintaan ja arjesta selviytymiseen. Huumeasiakkaille suunnattu päivätoimintakeskus, joka mahdollistaisi avun saannin päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen, ja jossa voisi tavata toisia samassa elämäntilanteessa olevia ihmisiä, olisi tulevaisuudessa mielestäni erittäin tarpeellinen.

LÄHTEET

A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 31. 1999. Ehkäisevän päihdetyön käsikirja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Forstell, M., Perälä, R., Tanhua, H., Varjonen, V. 2012 Huu metilanne Suomessa 2012. Tampere: Juvenes Print- Suomen Yliopistopaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. ja Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huumausainelaki. 373/2008.

Inkinen, M., Partanen, A., Sutinen, T. 2006. Päihdehoitotyö. 1.-4. painos. Helsinki: Tammi.

Havio, M., Inkinen, M., Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. 5-6. painos. Helsinki: Tammi.

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L., Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteet. 1. painos. Helsinki: WSOY.

PoIntin www-sivut 2012. Viitattu 3.8.2012.

<http://www.point.fi/tietoporsas/terveys/elamanhallinta.html>

Rönkä, S., Salonen, P., Lillsunde, P., Salasuo, M. Huu metilanne Suomessa 2006. Helsinki: Stakes. Viitattu 5.12.2006.

http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/reitox/Huume tilanne_suomessa2006.pdf

Soikkeli, M. 2011. Huumeet ja laki. Viitattu 2011.

<http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/huumeet-ja-laki>

Saisan, J., Smith, M., Robinson., L. 2013. Drug abuse & addiction. Viitattu 6/2013.

<http://www.helpguide.org>

Salo, O., Tuunanen, K. 1996. DA CAPO – Alusta uudelleen. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino

Sarvanti, P. 1997. Huume politiikka ja oikeuden mukaisuus. Helsinki: Gummerus kirjapaino Oy.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä 2012. Huume ongelmaisen Käypähoitosuositus. Viitattu 5.9.2012.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50041>

Tanhua, H., Virtanen, A., Knuuti, U., Leppo, A., Kotovirta, E. 2011. Huu metilanne Suomessa. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut 2012. Viitattu 28.3.2012.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/opiaattiriippuvaisten-vieroitus-ja-korvaushoito

Turun kaupungin päihdepalvelujen tilinpäätös 2011. Turku: Päihdetyön yhteistyöryhmä.

Valtioneuvoston periaatepäätön huumausainepoliittisesta yhteistyöstä vuosille 2008-2011. <http://www.vn.fi/toiminta/periaatepaatokset/periaatepaatos/fi.jsp?oid=210089>

Vilka, H. 2007. Tutki ja kehitä. Helsinki. Tammi.

Arvoisa vastaaja

17.4.2013

Olen Julia Kuusio Satakunnan ammattikorkeakoulusta. Opiskelen sairaanhoitajatutkintoa johon kuuluu opinnäytetyön teko. Teen opinnäytetyötä yhteistyössä Turun korvaushoitopoliklinikan kanssa ylilääkärin luvan turvin. Tavoitteena opinnäytetyössäni on tutkia korvaushoidon vaikuttavuutta hoidon saajan elämänhallintaan sekä selvittää heidän ajatuksiaan ja kokemuksiaan saamastaan hoidosta.

Saadut vastaukset ovat erittäin tärkeitä kehitettäessä korvaushoitokäytäntöjä. Kyselyyn vastataan nimettömänä eikä kenenkään henkilöllisyys tule tietoon. Vastaa kyselyyn ympyröimällä mielestäsi oikea vaihtoehto tai vastaamalla omin sanoin sille varattuun tilaan.

Ystävällisin terveisin,

Julia Kuusio

julia.kuusio@student.samk.fi

Opinnäytetyön ohjaaja

Marja Flinck, Lehtori, KT

marja.flinck@samk.fi

1. Vastaaajan taustatiedot

1. Sukupuoli

1. Mies

2. Nainen

2. Ikä vuosina

1. 18-25v

2. 26-33v

3. 34-41v

4. 42-49v

5. 50-57v

6.

58-65v

7. yli 65v

3. Siviilisääty

1. Naimaton

2. Naimisissa

3. Rekisteröity

parisuhde

4. Eronnut

5. Leski

4. Lapsien lukumäärä

1. 0

2. 1

3. 2

4. 3

5. 3 tai enem-

män

5. Minulla on lapsieni huoltajuus

1. Kyllä

2. Ei

6. Käyn säännöllisesti töissä

1. Kyllä

2. Ei

7. Minulla on opiskelupaikka

1. Kyllä

2. Ei

8. Käyn työvoimapolitiisessa työharjoittelussa.

1. Kyllä

2. Ei

9. Olen käyttänyt huumausaineita vuosina

1. alle 1v

2. 1-2v

3. 2-3v

4. 3-4v

5. 4-5v

6.

yli 5v

2. Hoitomuoto

1. Saamani korvaushoito on

1. Vieroitus korvaushoitoa

2. Kuntouttavaa korvaushoitoa

3. Ylläpito/ haittoja vähentävää korvaushoitoa

4. En tiedä

2. Korvaushoidossa käyttämäni lääke on

- 1. Buprenorfiini
- 2. Metadoni
- 3. En tiedä

3. Olen saanut korvaushoitoa

- 1. alle 1 vuosi
- 2. 1-2 vuotta
- 3. 2-3 vuotta
- 4. 3-4 vuotta
- 5. yli 5 vuotta

3. Terveystila ja elämäntilanne. Vastaa viimeisen kuluneen kuukauden ajalta.

1. Koen fyysisen terveyteni paremmaksi

- 4. Täysin samaa mieltä
- 3. Jokseenkin samaa mieltä
- 2. Jokseenkin eri mieltä
- 1. Täysin eri mieltä

2. Koen psyykkisen terveyteni paremmaksi

- 4. Täysin samaa mieltä
- 3. Jokseenkin samaa mieltä
- 2. Jokseenkin eri mieltä
- 1. Täysin eri mieltä

3. Hallitsen omaa rahankäyttöäni paremmin

- 4. Täysin samaa mieltä
- 3. Jokseenkin samaa mieltä
- 2. Jokseenkin eri mieltä
- 1. Täysin eri mieltä

4. Asun tällä hetkellä

- 1. Omistusasunnossa
- 2. Vuokra-asunnossa
- 3. Asumisoikeusasunto
- 4. Asuntolassa
- 5. Laitoksessa
- 6. Asunnoton
- 7. Vanhempien luona

5. Kykenen huolehtimaan monipuolisesta ravitsemuksesta

- 4. Täysin samaa mieltä
- 3. Jokseenkin samaa mieltä
- 2. Jokseenkin eri mieltä
- 1. Täysin eri mieltä

6. Minulla on riittävästi puhtaita vaatteita saatavilla

- 4. Täysin samaa mieltä
- 3. Jokseenkin samaa mieltä
- 2. Jokseenkin eri mieltä
- 1. Täysin eri mieltä

7. Kykenen huolehtimaan henkilökohtaisesta hygieniasta

- 4. Täysin samaa mieltä
- 3. Jokseenkin samaa mieltä
- 2. Jokseenkin eri mieltä
- 1. Täysin eri mieltä

8. Kaveripiirini koostuu ainoastaan huumeita käyttävistä ihmisistä

- | | |
|---|---|
| 4. <input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä | 3. <input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa mieltä |
| 2. <input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä | 1. <input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä |

9. Koen itseni yksinäiseksi

- | | |
|---|---|
| 4. <input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä | 3. <input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa mieltä |
| 2. <input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä | 1. <input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä |

10. Huolehdin sovituista tapaamisista

- | | |
|---|---|
| 4. <input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä | 3. <input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa mieltä |
| 2. <input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä | 1. <input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä |

11. Koen itseni arvokkaaksi ja merkittäväksi ihmiseksi

- | | |
|---|---|
| 4. <input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä | 3. <input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa mieltä |
| 2. <input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä | 1. <input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä |

12. Jaksan käydä kaupassa säännöllisesti hankimassa päivittäistavaroita

- | | |
|---|---|
| 4. <input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä | 3. <input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa mieltä |
| 2. <input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä | 1. <input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä |

13. Kykenen hoitamaan virastoasiointini (pankki, työvoimatoimisto, KELA)

- | | |
|---|---|
| 4. <input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä | 3. <input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa mieltä |
| 2. <input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä | 1. <input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä |

4. Korvaushoidon asiakastyytyväisyys

1. Tieto korvaushoidon saatavuudesta oli riittävää

- | | |
|---|---|
| 4. <input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä | 3. <input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa mieltä |
| 2. <input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä | 1. <input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä |

2. Jonotusaika korvaushoitoon oli mielestäni kohtuullinen

- | | |
|---|---|
| 4. <input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä | 3. <input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa mieltä |
| 2. <input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä | 1. <input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä |

3. Sain tarvittaessa apua korvaushoitoon jonottaessani

- | | |
|---|---|
| 4. <input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä | 3. <input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa mieltä |
| 2. <input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä | 1. <input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä |

4. Korvaushoidon lääkehoito on toteutettu mielestäni hyvin

- 4. Täysin samaa mieltä
- 2. Jokseenkin eri mieltä

- 3. Jokseenkin samaa mieltä
- 1. Täysin eri mieltä

5. Sain riittävästi palveluohjausta eri työntekijöille (sosiaalihoitajan, psykologin, lääkärin yms. vastaanotoille.) tarpeideni mukaan.

- 4. Täysin samaa mieltä
- 2. Jokseenkin eri mieltä

- 3. Jokseenkin samaa mieltä
- 1. Täysin eri mieltä



Kehittämisehdotuksia korvaushoidon toteutuksen suhteen

Kiitos vastauksistanne ja näkemästänne vaivasta!



SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekijä: Julia Kuusio	
Opiskelijanumero: 0901467	Aloitusryhmä: HT03P2
Koulutusohjelma: Hoitotyö	
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Marja Flinck, marja.flinck@samk.fi	
Toimeksiantaja, yhteyshenkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Turun korvaushoitopoliklinikka	
Opinnäytetyön nimi: korvaushoidon saavien asiakkaiden ajatuksia ja kokemuksia korvaushoidon vaikuttavuudesta elämäntilanteesta.	
Työn etenemisaikataulu: 1.2.2013 - 30.5.2013	
Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projektisuunnitelmassa.	
<p>Vakuutukset. Jos opinnäytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työsuhteeseen liittyvä vakuutus. Työntekijä vastaa vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteessa tehtävän opinnäytetyön tekijää.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen. Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. Aineiston hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Satakunnan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p> <p>Oikeudet opinnäytetyön tuloksiin. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p> <p>Immateriaalioikeudet. Tekijänoikeus ja muut immateriaalioikeudet opinnäytetyöhön kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Opinnäytetyön tekijä ja toimeksiantaja sopivat erikseen, missä laajuudessa tekijänoikeus tai muut immateriaalioikeudet siirtyvät toimeksiantajalle.</p> <p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu. Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Ammattikorkeakoulu vastaa työn ohjauksesta, seurannasta ja työn riittävästä laatuasteesta. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista tai aikataulusta. Opinnäytetyön tekijä ei vastaa toimeksiantajalle vahingosta, joka toimeksiantajalle syntyy opinnäytetyön viivästyneisyydestä, ellei erikseen toisin sovita. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana saamansa luottamuksellisen aineiston, kun opinnäytetyö on valmistunut, tai kun osapuolet yhdessä toteavat, että yhteistyöedellytyksiä opinnäytetyön loppuun saattamiseksi ei ole.</p> <p>Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus. Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muuta julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määriteltyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn taustaa-aineistoon. Opinnäytetyö tai sen osia voidaan julkaista myös internetissä sopimalla niistä erikseen. Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opettaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p>Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan käräjäoikeudessa.</p> <p>Tätä sopimusta on laadittu kappaleita, yksi kullekin osapuolelle.</p> <p>Satakunnan ammattikorkeakoululla on oikeus käyttää yhteistyöhanketta referenssinä ammattikorkeakoulun työelämäyhteyksistä, mukaan lukien SAMKin yhteistyötietokanta, johon voi tehdä hakuja internetissä. Opinnäytetyöstä</p>	

näkyvät otsikko, organisaatio ja organisaation yhteyshenkilö. Hanketta voidaan lisäksi hyödyntää ammatillisen korkeakoulutuksen tavoitteita edistävästi esim. opetusmateriaalina tai -metodina edellyttäen, ettei hankkeeseen sisältyneiden tietojen luottamuksellisuutta vaaranneta.		
Päiväys: 21.2.2013		
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimi ja nimen selvennys:		
		Jyrki Heikkilä yliääkäri, tulosyksikköjohtaja Turun psykiatrisen erikoissairaalan johtaja
Osaamisalueen johtajan allekirjoitus ja nimen selvennys:		
12/4-13 	Eeva-Leena Forma Terveyden ja hyvinvoinnin osasto	
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus:		
