

The Diak logo is located in the top right corner of the page. It consists of the word "Diak" in a bold, pink, sans-serif font. The letter "i" has a small crossbar, and the letter "k" has a small crossbar. The background of the page features a large, abstract graphic of overlapping pink and white shapes, resembling a stylized letter 'D' or a large 'C'.

Anh Huynh
Jesse Joutsimäki
Samuli Lehtiniemi
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto
Sairaanhoitaja (AMK)
Opinnäytetyö, 2022

PÄIHDETOIPUMINEN JA HOIDON ONNISTUMI- NEN

TIIVISTELMÄ

Anh Huynh, Jesse Joutsimäki & Samuli Lehtiniemi
Päihdetoipuminen ja hoidon onnistuminen
85 sivua, 3 liitettä
Kevät 2022
Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki
Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto
Sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää päihdekuntoutujien kokemuksia päihdepalveluista sekä päihdetoipumisesta haastatteluiden muodossa. Opinnäytetyössä haluttiin tutkia mitkä seikat tukivat päihdetoipujilla päihdeistä toipumisen jatkuvuutta, mikä vaati Suomessa kehittämistä ja oliko tulevaisuudessa kasvavaa tarvetta päihdetoipumisen tueksi. Lisäksi haastatteluissa poimittiin samalla haastatelluilta kehittämissideoita ja näkemyksiä, miten palveluja voitiin kehittää heidän mielestään tulevaisuudessa käyttäjäystävällisemmäksi sekä missä voitiin parantaa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa päihdekuntoutujien kokemuksista päihdeiden käytöstä, riippuvuuksien hoidosta, avun tarpeesta ja palveluista sekä tuoda esille haastateltavien näkemyksiä palveluista sekä hoidosta. Opinnäytetyömme kuului MIPA 2.0-hankkeeseen, joka oli A-klinikkasäätiön koordinoima päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelma.

Opinnäytetyö oli laadullinen tutkimus, joka toteutettiin yhteistyössä Osis-yhteistyökumppanin kanssa. Opinnäytetyössä haastateltiin neljää päihdekuntoutujaa, joihin saatiin yhteys yhteistyökumppanin avulla. Haastatteluissa käytettiin aineistonkeruumenetelmänä puolistrukturoitua teemahaastattelua. Haastatteluista saadut aineistot analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalysysillä.

Saadun aineiston perusteella voitiin todeta, että haastatellut päihdekuntoutajat olivat samaa mieltä siitä, että tulevaisuudessa oli kasvavaa tarvetta päihdetoipumisen tueksi ja että monessa alueessa oli kehittämisen varaa. Kasvava tarve nousi ilmi kerätyssä aineistossa eri tavoin, muun muassa palveluiden riittämättömyytenä, henkilöstöpulana sekä pitkinä jonotusaikoina. Haastatteluissa nousi esille nykyisen terveydenhuollon saatavilla olevien resurssien ja palveluiden yk-sipuolisuus, joihin kaivattiin muutosta.

Jatkotutkimusideoita tutkimukselle ovat tutkimus päihdepalveluiden saavutettavuudesta Suomessa ja tutkimus päihdepalveluiden vaikuttavuudesta sen laadun perusteella. Tutkimusten tarkastelun kohteena olisi palveluiden asiakkaat tai palvelut itsessään.

Asiasanat: Päihdeet, päihdekuntoutus, päihderiippuvuus, vertaistuki

ABSTRACT

Anh Huynh, Jesse Joutsimäki & Samuli Lehtiniemi
Substance abuse recovery and the success of treatment
85 pages, 3 appendices
Spring 2022
Diaconia University of Applied Sciences
Bachelor's Degree Programme in Health Care
Registered Nurse

The purpose of the thesis was to find out and describe experiences the substance abuse rehabilitators had on their services and substance abuse recovery. Furthermore, to explore the factors that support the continuity of drug recovery in drug addicts which requires development in Finland. In addition, to find out whether there is a growing need to support drug recovery in the future. The interviews also gathered development ideas and views on how the services could be developed to be more user-friendly in the future and on what the services could be improved on.

The thesis provides information on the rehabilitators' experiences about the use of drugs, the treatment of addictions, the need for help and services, and to bring out the interviewers' views on services and treatment. The thesis was a part of the MIPA 2.0 project. It was a research program for substance abuse and mental health organizations coordinated by the A-Clinic Foundation.

The thesis was qualitative research implemented in collaboration with the partner Osis. Four substance abuse rehabilitators were interviewed, who were contacted with the help of the collaboration partner. A semi structured thematic interview was used as the data collection method and the data were analysed with the data-driven content analysis.

Based on the data, the interviewed drug rehabilitators agreed that there was a growing need to support drug recovery in the future and there was room for improvement in many areas. The growing need was reflected in the collected data in various ways including inadequate services, staff shortages and long queue times. The interviews highlighted the one-sidedness of the resources available in the current health care system, which was hoped to be changed.

Further research ideas are studies on the accessibility of substance abuse services in Finland and studies on the effectiveness of substance abuse services based on its quality. The focus of the research would be on the users of the services or the services themselves.

Keywords: Intoxicants, substance abuse rehabilitation, substance abuse, peer support

SISÄLLYS

| | |
|---|----|
| 1 JOHDANTO | 8 |
| 2 YLEISIMMIN KÄYTETYT PÄIHTEET SUOMESSA | 10 |
| 2.1 Alkoholi | 12 |
| 2.2 Tupakka | 15 |
| 2.3 Kannabis | 17 |
| 2.4 Stimulantit | 18 |
| 2.5 Opioidit..... | 19 |
| 3 PÄIHTEIDEN VÄÄRINKÄYTTÖ, RIIPPUVUUS JA SIITÄ KOITUVAT HAITAT | 21 |
| 4 PALVELUJÄRJESTELMÄ PÄIHTEITÄ KÄYTTÄVIEN HOIDOSSA | 24 |
| 4.1 A-klinikat, nuoriasemat ja katkaisuhuoltoasemat | 25 |
| 4.2 Päihdehuollon kuntoutuslaitokset | 27 |
| 4.3 Laitoshoito, asumis- ja muut tukipalvelut..... | 27 |
| 5 HOITOMENETELMÄT JA VERTAISTUKI..... | 29 |
| 5.1 Motivoiva haastattelu | 30 |
| 5.2 Korvaushoito | 32 |
| 5.3 Psykoterapia | 34 |
| 5.4 Vertaisuus ja vertaistuki | 35 |
| 5.5 Kokemusasiantuntijat | 36 |
| 6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA YHTEISTYÖKUMPPANI | 38 |
| 7 TUTKIMUSMENETELMÄT | 40 |
| 7.1 Haastattelut..... | 41 |
| 7.2 Aineiston analyysi..... | 43 |
| 8 TUTKIMUSTULOKSET | 47 |
| 8.1 Palveluiden kehittämistarpeet | 47 |
| 8.1.1 Palveluiden saatavuus ja kehittäminen | 49 |
| 8.2 Kuntoutusprosessia tukevat tekijät..... | 51 |
| 8.3 Jatkuvuutta tukevat tekijät..... | 53 |

| | |
|--|----|
| 8.4 Kohtaaminen ja asenteet | 54 |
| 9 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS | 56 |
| 10 YHTEENVETO..... | 60 |
| 10.1 Palveluiden kehittämistarpeet | 60 |
| 10.2 Kuntoutumisprosessia tukevat tekijät | 61 |
| 10.3 Jatkuvuutta tukevat tekijät..... | 63 |
| 10.4 Kohtaaminen ja asenteet | 64 |
| 11 POHDINTA | 67 |
| 11.1 Tulosten tarkastelu..... | 67 |
| 11.2 Yleistä pohdintaa tutkimustuloksista | 69 |
| 11.3 Ammatillinen kasvu | 70 |
| 11.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet | 73 |
| LÄHTEET..... | 75 |
| LIITE 1. Tiedote | 84 |
| LIITE 2. Suostumuslomake | 86 |
| LIITE 3. Haastattelukysymykset..... | 87 |

1 JOHDANTO

Alkoholin, huumeiden ja lääkkeiden ongelmakäyttäjä voi saada apua ja tukea päihdeongelmastaan selviytymiseen sosiaali- ja terveydenhuollon yleisistä palveluista sekä päihdeongelmaisten hoitoon erikoistuneista palveluista. Hoito on luottamuksellista, ja henkilökuntaa sitoo vaitiolovelvollisuus. Vaikka päihdeongelman puheeksi ottamiseen voi liittyä etukäteen arkuutta ja pelkoa, siitä puhuminen helpottaa ja auttaa pääsemään alkuun ja saamaan apua ja tukea ongelmien ratkaisemisessa. (Partanen ym., 2015, s. 94.)

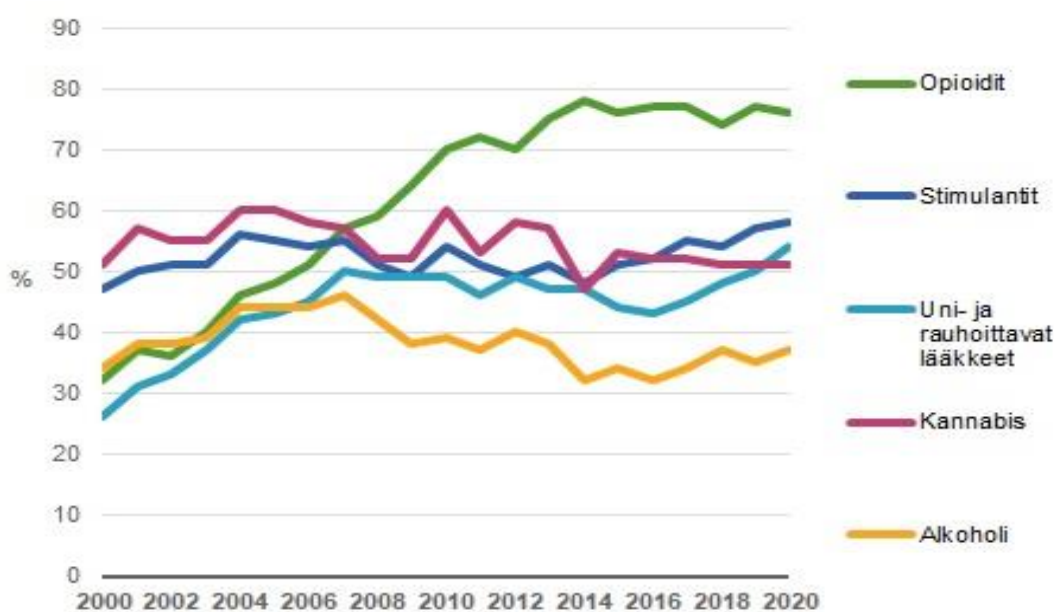
Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia, mitkä seikat tukevat päihdetoipuilla päihdeistä toipumisen jatkuvuutta, mikä vaatii Suomessa kehittämistä, sekä sitä, onko tulevaisuudessa kasvavaa tarvetta päihdetoipumisen tueksi. Tietoa opinnäytetyöhön koostetaan aikaisemmin julkaisutetusta kirjallisuudesta ja tutkimuksista sekä laadullisin menetelmin haastatteleamalla päihdekuntoutujia aihepiiriin liittyen. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa päihdekuntoutujien kokemuksista päihdeiden käytöstä, riippuvuuksien hoidosta, avun tarpeesta ja palveluista sekä tuoda esille haastateltavien näkemyksiä palveluista sekä hoidosta.

Suomessa huumeiden käyttö ja lääkkeiden väärinkäyttö on vähäisempää alkoholin käyttöön verrattuna, mutta se huumeiden ja lääkkeiden väärinkäyttö on kuitenkin merkittävä ilmiö, jonka seuraamukset näkyvät laajasti monilla yhteiskunnan tahoilla. Terveystieteiden tutkimuksessa on 2000-luvun alkupuolelta lähtien aktiivisesti kehitetty huume- ja lääkeriippuvaisten potilaiden hoitoja. Tehokkaiksi todettujen hoitojen toteuttaminen yhdessä muiden alojen asiantuntijoiden kanssa antaa potilaille ja heidän läheisilleen toivoa huumeongelman voittamiseen. (Aalto ym., 2018, s. 10.)

Huumeiden käyttäjät auttavat ja tukevat toisiaan monin eri tavoin ammattilaisten tarjoaman avun ja virallisen hoitojärjestelmän rinnalla, tukemana tai kokonaan sen ulkopuolella. Vertaistoiminnalla tarkoitetaan laajaa kirjoa erilaista toimintaa, jossa osallistujia yhdistävät samankaltaiset elämäkokemukset. Vertaistoiminta

voi olla mitä tahansa tekemistä vapaa-ajan vietosta säännölliseen vertaistukiryhmien, kuten "Nimettömien Narkomaanien", toimintaan (Kotovirta, 2018, s. 170.) Opinnäytetyössä teemme yhteistyötä Osis-nimisen toimijan kanssa. Osis on tarkoitettu ihmisille, jotka elävät tai ovat eläneet päihdemaailmassa, ja ovat kiinnostuneita vertaisuudesta. Tarkoituksena on auttaa ihmisiä, jotka elävät päihdemaailmassa, ja samalla pyrkiä ohjaamaan heitä palveluiden ja tuen piiriin.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos kerää vuosittain tietoa huumeiden käyttäjistä, jotka hakeutuvat päihdehoitoon (Kuvio 1). Vuonna 2022 tammikuussa julkaisussa tilastoraportissa todetaan, että päihdehuollon asiakkaiden huumeidenkäyttö on pysynyt entisen kaltaisena vuonna 2020. Kuitenkin ensimmäistä kertaa opioidikorvaushoidossa olevien asiakkaiden osuus kasvoi yli puoleen (50 %) kaikista aineiston asiakkaista. Kokonaisuudessa koronapandemia ei ole näyttänyt vaikuttaneen vuoden 2020 huumehoitoon asiakasmääriin. Tilastoraportin mukaan päihdehoitoon hakeutuneiden asiakkaiden eniten ongelmia aiheuttaneet päihteet olivat opioidit (76 %), stimulantit (58 %), uni- ja rauhoittavat lääkkeet (54 %), kannabis (51 %), sekä alkoholi (37 %). (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2022a.)



Kuvio 1. Huumeiden vuoksi päihdehoitoon hakeutuneiden asiakkaiden ongelmia aiheuttaneet päihteet vuosina 2000–2020, % asiakkaista.

2 YLEISIMMIN KÄYTETYT PÄIHTEET SUOMESSA

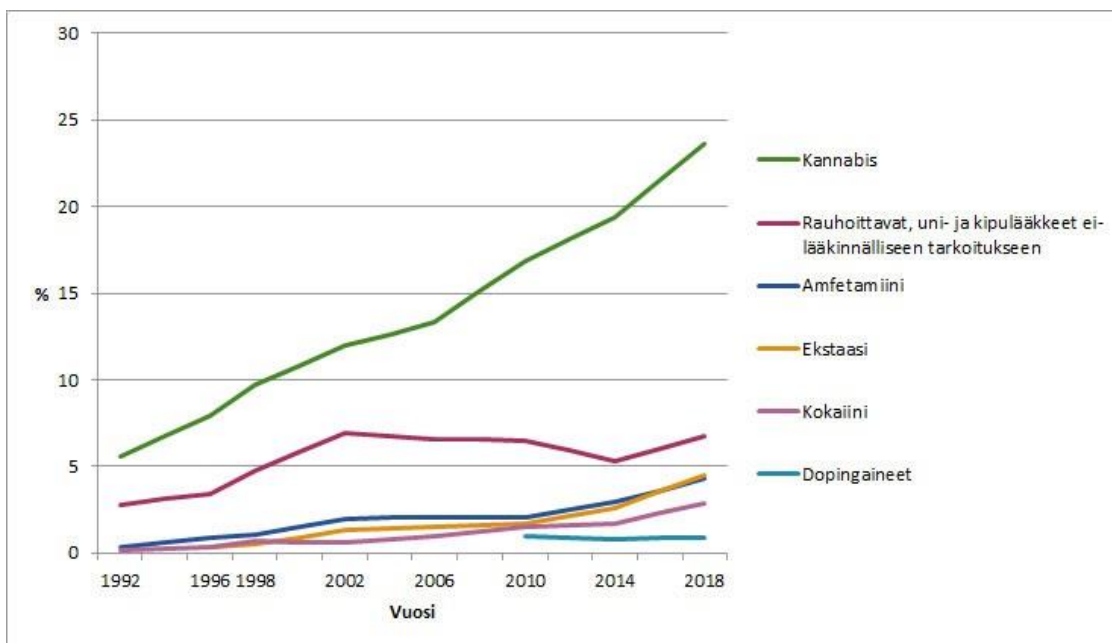
Päihdehuoltolain (41/1986) 2 §:n mukaan päihteellä tarkoitetaan alkoholijuomaa sekä muita aineita, joita käytetään päihtymistarkoitukseen. Päihteet ovat aineita, jotka joutuessaan elimistöön aiheuttavat käyttäjälle päihtymyksen tunteen tai humalatilaa. Päihteet aiheuttavat riippuvuutta ja vieroitusoireita (Dahl & Hirschovits, 2002, s. 5). Päihteet vaikuttavat keskushermostoon ja psyykkisiin toimintoihin pirstävästi, lamaavasti, hallusinogeenisesti ja euforisoivasti. Yleisiä päihteitä ovat alkoholi, tupakka, nuuska, huumausaineet, impattavat aineet sekä eräät lääkkeet, joita käytetään päihdyttävässä tarkoituksessa. (Partanen ym., 2015, s. 62–63.)

Päihdyttävät aineet aktivoivat aivojen mielihyvämekanismien ja aiheuttavat euforisen tunteen. Päihteet aktivoivat mesolimbisen dopamiiniradan, josta dopamiinisolut kiihtyvät, tämän seurauksena dopamiinia vapautuu nopeammin ja haarautuu usealle alueelle accumbens-tumakkeessa ja tuovat mielihyvän tunteen. (Tuulari, J. & Karlsson, H, 2017.)

Päihteiden ja huumausaineiden käyttö tuo mukanaan riskejä sairastua eri sairauksiin, riippuvuutta, haittoja ja terveysongelmia käyttäjälle sekä käyttäjän lähipiirille ja yhteiskunnalle. On erilaisia keinoja, joilla pyritään vähentämään yksilöiden päihteidenkäyttöä, esimerkiksi veroilla, ostopaikoituksilla, valistuksella, näkyydellä sekä tiedottamisella. (Päihdelinkki, i.a.-a) THL:n päihdehaittakustannuslaskentarataportissa, joka tehtiin vuonna 2010, päästiin siihen lopputulokseen, että alkoholikustannukset olivat 1204–1399 miljoonaa euroa ja huumehaittakustannukset 325–380 miljoonaa euroa (Jääskeläinen, 2010, s. 44).

Kuviosta alla voidaan nähdä kannabiksen olevan selkeästi yleisimmin käytetty päihde 15–69-vuotiaiden ikäryhmän kohdalla Suomessa (Kuvio 2). Kannabiksen käyttö näkyy myös selkeästi olevan kasvussa. Seuraavana kuviosta voidaan helposti erottaa, että toisena yleisimmin käytettynä päihteenä tulee rauhoittavat, uni- ja kipulääkkeet ei-lääkinnällisessä tarkoituksessa. Rauhoittavien, uni- ja kipulääk-

keiden käyttö ei-lääkinnällisessä käytössä heittelee paljon vuosien välillä. Amfetamiini, ekstaasi, kokaiini sekä dopingaineet ovat huomattavasti vähemmän käytettyjä päihteitä, mutta niidenkin käyttöä esiintyy. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos, 2018.)



Kuvio 2. Kannabista tai muita aineita joskus elämänsä aikana kokeilleiden tai käyttäneiden osuudet 15–69-vuotiaassa suomalaisessa väestössä vuosina 1992–2018, %.

2.1 Alkoholi

Alkoholi on käytetyin päihdyttävä aine Suomessa (Pitkänen ym., 2017, s. 3). Täysi-ikäiset eli 18 vuotta täyttäneet pystyvät ostamaan mietoja alkoholijuomia, mutta alaikäisten päihteidenkäyttö ja alkoholijuomien hallussapito on kielletty. 20 vuotta täyttäneet voivat ostaa kaikkia alkoholijuomia (L1102/2017.) Alkoholi aiheuttaa terveydellisiä, taloudellisia ja sosiaalisia haittoja, jonka vuoksi yhteiskunta on pyrkinyt vuosi vuodelta vaikuttamaan alkoholin saatavuuteen lainsäädännöllä. Lainsäädäntöjen muutoksella halutaan vähentää alkoholipitoisten aineiden aiheuttamia yhteiskunnallisia, terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja esimerkiksi hinnansäätelyllä, alkoholimainonnan rajoituksilla ja saatavuudella. Alkoholijuomissa oleva alkoholi on etanolia. Etanoli on väritön, kirkas ja helposti syttyvä neste. Alkoholijuomat jaetaan riippuen alkoholiprosenttien perusteella sekä mietoihin että väkeviin. Esimerkiksi oluet, siiderit ja viinit ovat mietoja, kun taas väkeviin kuuluvat viskit, viinat ja konjakit. (Päihdelinkki, 2020.) Alkoholia saa myydä sille myyntiluvan saanneissa paikoissa (L 1102/2017).

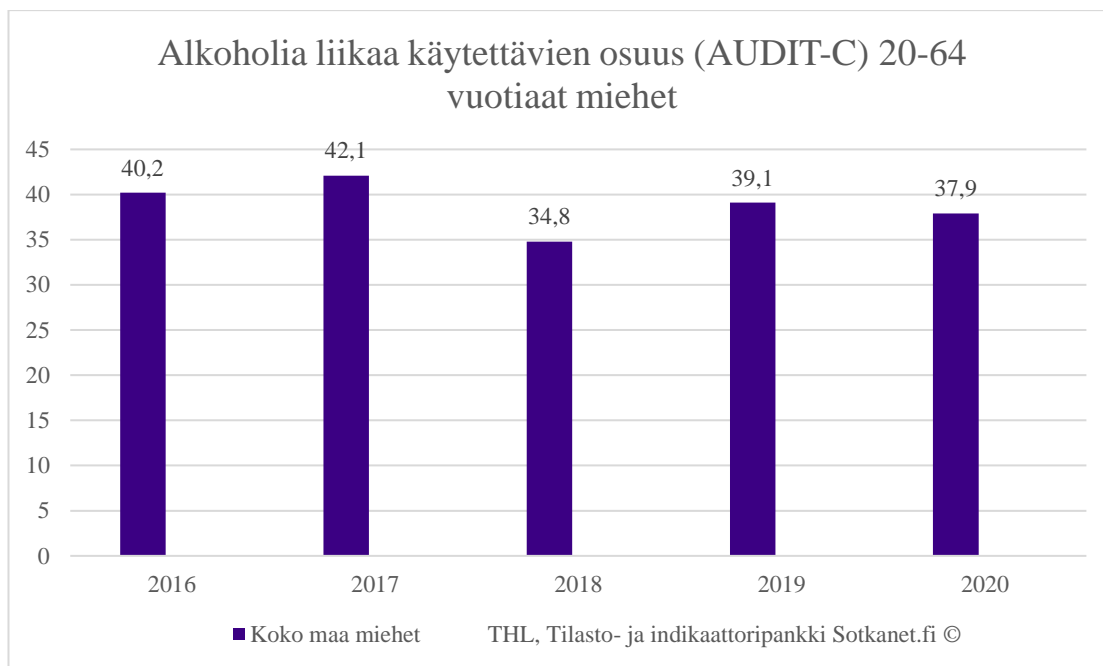
Työturvallisuuskeskuksen teema-artikkelin mukaan noin yhdeksän kymmenestä aikuisesta käyttää alkoholia (Työturvallisuuskeskus, 2019). Alkoholi ja tupakka määritellään sosiaalisiksi päihteiksi Suomessa. THL:n sivujen mukaan alkoholijuomien kokonaiskulutus oli 9,2 litraa sataprosenttista alkoholia 15 vuotta täyttänyttä asukasta kohti vuonna 2020. Alkoholijuomien kokonaiskulutus oli vähentynyt 5,2 prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 2021a).

Alkoholi lamauttaa keskushermoston toimintaa, jolloin aivojen ja kehon viestivälitykset vähenevät. Alkoholin nauttimisesta seuraa humalatila, joka johtuu siitä, kun alkoholi lamauttaa aivojen toimintaa. Mitä nopeammin alkoholia juo, sitä nopeammin alkoholimäärä on aivoissa. Humalatilán vaikutukset ovat kuitenkin yksilöllisiä ja humalatilán vaikutukset riippuvat alkoholin promillepitoisuudesta veressä. Pääosin humalatila ilmenee mielialan muutoksena sekä koordinaatio- ja arviointikyvyn heikentymisenä. Kun alkoholia nauttii kerralla liikaa, voi se johtaa moniin eri negatiivisiin oireisiin. Näitä ovat esimerkiksi tajunnan menetys, oksentaminen ja puheen sammaltaminen. (Poikolainen, 2018.)

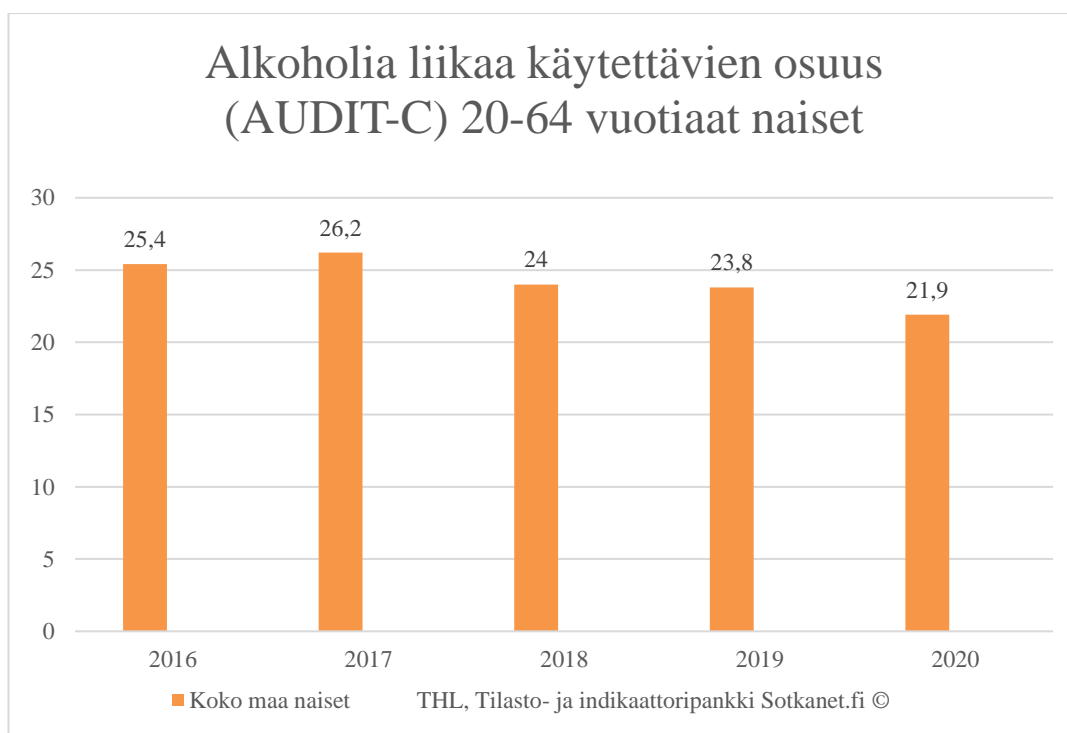
Alkoholin haitat ja sen aiheuttamat sairaudet koskevat kaikkia käyttäjiä. Alkoholin haittojen tai sairauden vakavuusaste määräytyy käytön määrästä, mutta on myös hyvin yksilöllistä ihmisestä riippuen. Jatkuva alkoholikäyttö voi johtaa riippuvuuteen, jossa elimistö ja mieli ovat riippuvaisia alkoholista. Liiallinen alkoholikäyttö aiheuttaa paljon sairauksia, kuten neurologisia- ja psyykkisiä sairauksia, heikentää ruoansulatusentsyymien toimintaa, sydän ja verisuonisairauksia ja aivoverenvuotoja. (Mäkelä, 2019.)

Päivitetysissä käypä hoidon -suosituksessa alkoholien käytön rajoihin liittyvässä artikkelissa kerrotaan, kuinka alkoholikäytön rajoja on tiukennettu aiempiin verrattuna, hyödyllisestä tavasta puuttua riskikäyttöön sekä milloin toimintaan on puututtava. Artikkelissa mainitaan siitä, että kohtalainen riskitaso täyttyy miehillä 14 annoksella ja naisilla 7 annosta viikossa. Korkean riskin taso on miehillä 23–24 annosta ja naisilla 12–16 viikossa. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2018.)

Kuvioista 3 ja 4 huomaamme, että miesten alkoholikäyttö on selkeästi enemmän kuin naisten. Naisten ja miesten alkoholien käyttöarvot ovat kuitenkin pysyneet suhteellisen tasaisina ilman merkittäviä laskupyrähdyksiä. Taulukoista voi myös nostaa esille, että liikaa käyttävien osuus miehissä vaihtelee viime vuosien aikana paljon, eikä selkeää käytön laskua tai nousua ole havaittavissa. Naisilla toisaalta alkoholin liikakäyttö on selkeässä laskussa. (Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2022b; 2022c) Olisimme kiinnostuneita tietämään, miten pandemia on vaikuttanut alkoholikulutukseen esimerkiksi vuonna 2021, uuden variantin ilmestyttyä koronaviruksesta ja hallitus oli julistanut poikkeusolot. Monissa työpaikoissa on siirrytty etätöihin ja ihmiset viettivät enemmän aikaa kotona. Poikkeusolot ja pandemia on vaikuttanut ihmisten arkeen rajusti ympäri maailmaa ja pakottanut ihmisiä järjestämään arkielämäänsä kuuluvat asiat uusiksi sekä muuttamaan omaa käyttäytymistään. (Rajoo, 2021; Rätty, 2021.)



Kuvio 3. Alkoholia liikaa käyttävien miesten osuus vuosina 2016–2020.



Kuvio 4. Alkoholia liikaa käyttävien naisten osuus vuosina 2016–2020.

2.2 Tupakka

Tupakka on luokiteltu stimulanttipäihteeksi, koska tupakassa oleva nikotiini toimii elintoimintoja kiihdyttävänä aineena. Nikotiini aktivoi ihmisen nikotiinireseptoreita vapauttamalla mielenhyvän tuntemuksia aivoissa. Nikotiinireseptorit sijaitsevat keskushermostossa, ääreishermostossa ja luustolihasissa. (Mustonen, 2004.) Tupakkatuotteet ovat jaettu savullisiin sekä savuttomiin. Savullisia tupakkatuotteita ovat tupakat, joita poltetaan savukkeissa, sikareissa ja piipuissa, kun taas savuttomiin tupakkatuotteisiin kuuluu nuuska ja purutupakat (Päihdelinkki, 2020).

Nuuska on tupakkajauheesta tehty tupakkatuote, joka on tarkoitettu laitettavaksi ylähuulen ja ikenien välille. Nuuskat saattavat sisältää moninkertaisen määrän nikotiinia verrattuna tupakkaan, joka aiheuttaa helposti riippuvuutta. Nuuskan käyttö on lisääntynyt Suomessa varsinkin nuoremmassa ikäryhmissä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen sivujen mukaan 20–64-vuotiaista miehistä viisi prosenttia käyttivät nuuskaa päivittäin. Miehistä 20–34 vuotiaista yhdeksän prosenttia käytti vuonna 2017. Naisista noin prosentti käytti päivittäin nuuskaa. Ammattikoulussa opiskelevilla on nuuskan käyttö lisääntynyt sukupuolesta riippumatta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2018.)

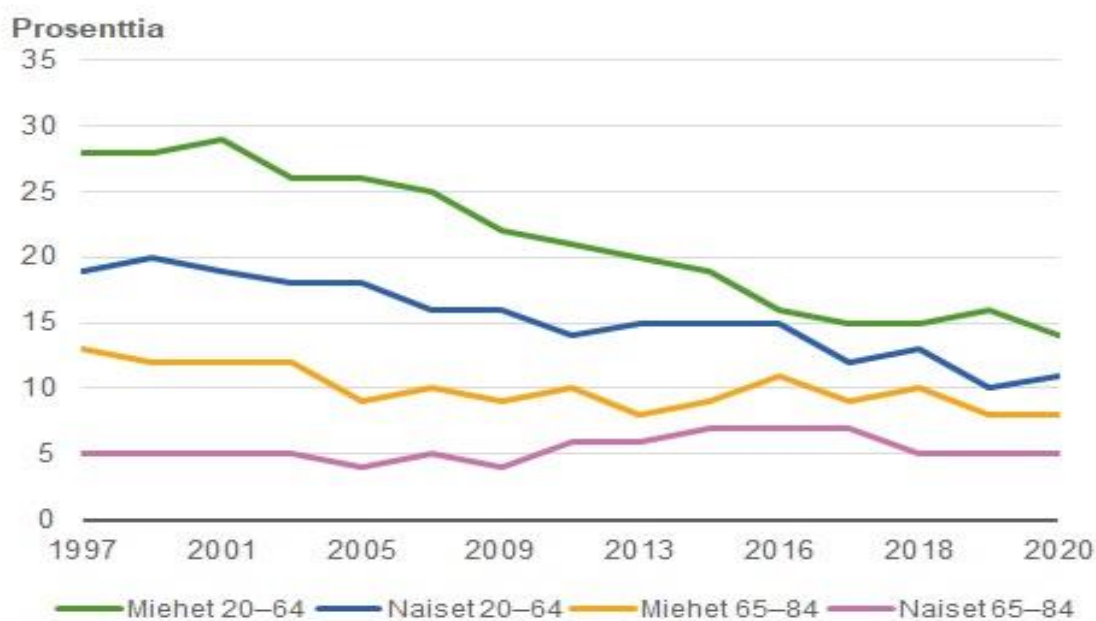
Suomessa on laillista ostaa ja polttaa tupakkaa 18-vuotiaasta ylöspäin. Alle 18-vuotiaan tupakan hallussapito on kielletty. Pitkällä aikavälillä tupakointi aiheuttaa huomattavasti erilaisia terveyshaittoja. Tupakkalain tarkoituksena on rajoittaa tupakoinnista aiheutuvia terveyshaittoja vähentämällä tupakointia sekä savuttoman ympäristön aikaansaaminen, jotta ihmiset eivät altistuisi tupakansavuille vastoin omaa tahtoaan. (L 549/2016.)

Tupakan lisäksi on myös muita nikotiinivalmisteita, jotka sisältävät nikotiinia. Esimerkiksi nikotiinilaastari, purukumi, tabletit ja inhalaattori ovat tällaisia tuotteita. Näitä valmisteita käytetään pääsääntöisesti korvaushoitona, kun on tarkoituksena vähentää tai lopettaa tupakkatuotteiden käyttöä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2018.)

Tupakkatuotteet vaurioittavat elimistöä, heikentävät terveyttä ja aiheuttavat syöpää. Sairastumisriski suurenee, mitä kauemmin tupakointi jatkuu, mitä enemmän tupakkatuotteita käyttää päivittäin, ja mitä nuorempana tupakoinnin on aloittanut. (Heikkinen, 2019.) Tämän takia tupakoinnin lopettaminen on kannattavaa, jos haluaa olla sairastumatta. Terveyskirjaston sivustojen mukaan noin 5000 suomalaista kuolee vuosittain tupakoinnin aiheuttamiin sairauksiin. Noin joka kolmas syöpäkuolema ja joka viides sydän- ja verenkiertoelinten sairaus on johtunut tupakoinnista. Savulliset tupakkatuotteet lisäävät riskiä syövän syntymiseen, kun karsinogeenit syntyvät palamisprosessin aikana. Terveyskirjaston mukaan keuhkosyöpä on yleisin syöpämuoto ja noin 80–90 % keuhkosyövistä johtuu tupakoinnista. Terveyskirjaston sivustostoilla mainittiin, että naisten sairastuvuus on kasvussa tupakoinnin yleistymisen takia, kun taas miesten sairastuvuus on vähentynyt 1970-luvulta alkaen. (Patja, 2020)

Tuotteet, joissa on nikotiinia imeytyvät elimistöön suun tai keuhkojen kautta. Nikotiini sekä tupakan sisältämät myrkyt heikentävät hapenottokokykyä, ahtaavat verisuonia ja lisäävät sydämen kuormitusta. Nikotiini nostaa verenpainetta ja sykettä tilapäisesti, näin ollen sydänkuorma lisääntyy. (Patja, 2020.) Tupakassa on myös polttamisen sivutuotteena hiilimonoksidia eli häkää, joka syntyy epätäydellisessä palamisreaktiossa, kun happea ei ole riittävästi. Häkä heikentää hapen kulkua, sillä häkä itse sitoutuu hemoglobiiniin hapen sijasta. Kun elimistössä ei ole happea tarpeeksi, sydän yrittää kompensoida hapenpuutetta tykyttämällä nopeammin, mutta toiminta kuluttaa myös happea. (Salomaa, 2019.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sivulta otetusta tupakkatilastosta (kuvio 5) näemme, että tupakointi on vähentynyt pääosin kaikissa ikäryhmissä ja muutokset näkyvät laskusuuntaisena. Kuitenkin viime vuosien kohdalla huomaamme tilastoissa suhteellisen tasaista kehitystä esimerkiksi miesten ja naisten 65–84-vuotiaiden ikäryhmässä. Tupakoivien miesten osuus on suurempi kuin naisten ikäryhmästä riippumatta. Tupakoivien määrä on kääntynyt laskuun viimeisimpien vuosikymmenten aikana. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2021b.) Syy tupakoinnin vähentymiseen voi johtua muiden nikotiinituotteiden laajentumisesta sekä saatavuudesta. Lisäksi tupakkaverojen korotukset vaikuttavat tupakoivien määrään.



Kuvio 5. Päivittäin tupakoivien miesten ja naisten osuudet (%) ikäryhmittäin vuosina 1997–2020.

2.3 Kannabis

Kannabis on yleisimmin käytetty huumausaine Suomessa. Kannabis on valmistettu eri hamppukasveista saaduista valmisteista. Kannabistuotteita löytyy kolmea eri lajia, joita ovat hasis, marihuana ja kannabisöljy. Kannabis vaikuttaa hallusinogeenisesti, stimuloivasti ja sedatiivisesti. Kannabista käytetään yleisesti polttaen sitä hieman kuin tupakkaa, sekä myös höyryttämällä. (Salaspuro, Kiianmaa & Seppä, s. 192.) Kannabista voidaan nauttia myös eri tavoilla esimerkiksi lisäämällä sitä leivonnaisiin tai juomiin, mutta nämä käyttötavat ovat harvinaisempia (Päihdelinkki, 2019).

Kannabiksen käyttö Suomessa on laitonta. Lisäksi sen ostaminen, myyminen ja hallussapito ovat kiellettyjä kaikin puolin. Kannabiksen kokeilu ja käyttö on yleistynyt 1990-luvusta lähtien. Käytön yleisyys on noussut pääosin 25–34-vuotiaiden miesten piirissä. Käytön yleisyydellä on selkeä yhteys kannabiksen kotikasvatuksen lisääntymiseen ja sekä saatavuuteen nykyhetkellä. Kannabiksen lisäksi mui-

den huumausaineiden kokeilukäyttö on myös yleistynyt. Huumeiden käytön yleistyminen on tasaisesti noususuunnassa Suomessa. (Rönkä & Markkula, 2020, s. 19–26.)

Kuten moni muukin päihde, kannabis vaikuttaa eri tavoilla riippuen yksilöstä, valmisteesta, käyttöympäristöstä, annosmäärästä, yksilön aikaisemmista kokemuksista sekä alttiudesta. Kannabiksen käyttö nuoruusiässä on todella haitallista ja saattaa aiheuttaa pysyviä haittoja aivoihin, koska aivot ovat kehittyvässä vaiheessa nuoruusvuosien aikana. Aivot kehittyvät nuoruusiässä voimakkaasti ja saavuttavat lopullisen rakenteensa ja toimintakykynsä vasta 25 ikävuoden paikkeilla, joten päihteille altistuminen ennen tätä vaihetta saattaa johtaa kehityshäiriöihin, joilla on toiminnallisia seurauksia. (Hyytiä, 2015.) Ei olla täysin varmoja siitä, että miten päihteiden aiheuttamat rakenteelliset muutokset paranevat. Päihteet voivat heikentää muistia, suorituskkyä ja kognitiivista toimintakykyä. (Hakkarainen ym., 2014.)

Kannabis aiheuttaa lukuisia terveyshaittoja muuallakin kuin aivoissa. Käytöstä johtuen erilaiset fysiologiset ja psykologiset vaikutukset ovat mahdollisia. Aikaisemmassa kappaleessa kerrottiin kannabiksen käytön aiheuttavan aivoihin rakenteellisia muutoksia pitkäaikaisessa käytössä. Näitä ovat muistin, suorituskkyyn ja kognitiivisten toimintakyvyn lisäksi myös motoriikka ja arviointikyky, lisäksi käyttö altistaa mielenterveyden häiriöille. Satunnainen käyttö aiheuttaa käyttäjille yskää ja hengitysvaikeuksia. (Käypä hoito – työryhmä Huumeongelman hoito, 2018.)

2.4 Stimulantit

Stimulantit, erityisesti amfetamiinit ovat Suomen alueella eniten suonensisäisesti käytettyjä pistoshuumeita. Stimulantit aiheuttavat fyysistä ja psyykkistä riippuvuutta. Käytön lopetus ei johda hengenvaaralliseen vieroitusoireyhtymään. Toisaalta jo lyhytaikainen käyttö voi johtaa vakaviin psyykkisiin oireisiin, ja käyttö voi

laukaista esimerkiksi psykoosin. Riippuvuuteen ei ole kehitetty varsinaista lääkettä, mutta monista psykososiaalisista hoidoista on todettu olevan hyötyä. (Aalto ym., 2018, s. 103–104.)

Stimulanteiksi luokitellaan esimerkiksi amfetamiini, kokaiini, ekstaasi ja khat. Ne ovat keskushermostoa aktivoivia sekä piristäviä aineita. Amfetamiini on Suomen yleisin pistoshuume, mutta sitä käytetään myös nuuskaamalla ja suun kautta. (Aalto ym., 2018, s. 105–106.) Vuonna 2017 tehdyn amfetamiinin ja opioidien tutkimuksessa selvisi, että ongelmakäyttäjiä arvioitiin Suomessa olleen yhteensä 31 100–44 300 eli suunnilleen 0,9–1,3 prosenttia 15–64-vuotiaiden ikäryhmästä. Ongelmakäyttäjistä noin 72 prosenttia oli miehiä ja noin 58 prosenttia ongelmakäytöstä tapahtui Etelä-Suomen aluehallintoviraston alueella. 15–24-vuotiaiden ikäryhmässä amfetamiinin ja opioidien ongelmakäyttö kasvoi huomasti. Tutkimuksen päätelmässä todettiin, että tutkimuksessa arvioitu huumeiden ongelmakäyttäjien määrä oli suurempi kuin koskaan aikaisemmissa tutkimuksissa. (Rönkä ym., 2017.)

2.5 Opioidit

Opioidiongelmaisten määrä on kasvanut viimeisimpien vuosikymmenten aikana ja eniten väärinkäytetty yksittäinen opioidi on buprenorfiini. Terveiden ja hyvinvointilaitoksen julkaisema tilastossa (Kuvio 1) todettiin, että noin 77 prosentilla päihdehuollon asiakkailla oli opioidien väärinkäyttöä, ja opioidit ovat yleisin päihdeongelman aiheuttaja. Tutkimukseen osallistui 57 huumehoidon yksikköä ja tietoja kerättiin 1281 asiakkaalta. Tutkimuksessa ilmeni buprenorfiinin ja päihteiden sekakäytön olevan yleisimmät ongelmat päihdehuollon asiakkailla. (Terveiden ja hyvinvointilaitos, 2020.)

Opioidit ovat vahvoja lääkkeitä, joilla voidaan lievittää kivun lisäksi ahdistusta ja pelkoa. Opioidia pystytään annostelemaan eri reittejä pitkin, muun muassa suun kautta, injektiona tai PCA-kipulääkeannostelijan kautta laskimoon. Opioidia käytetään erilaisissa toimenpiteissä, kuten leikkauksen jälkeisessä kivun hoidossa, äkilliseen voimakkaaseen kipuun, syöpäkipuun ja kroonisen kivun hoidossa.

(Terveyskylä, i.a.) Elimistö tuottaa itse myös välittäjäaineita, jotka sitoutuvat opioidireseptoreihin, jolloin opioidit kiinnittyvät samoihin reseptoreihin, josta aktivoituu kivunlievitys ja mielihyvän tunne. Vaikutuksen kesto riippuu täysin valmisteesta, käyttötavasta, vahvuudesta, käyttäjästä ja antotavasta. (Päihdelinkki, i.a.-b)

Opioidit luokitellaan tehonsa mukaan lieviin, keskivahvoihin ja vahvoihin opiaatteihin. Lievimät opioidit ovat kodeiini ja tramadoli. Vahvat opioidit ovat fentanyl, morfiini, oksikodoni, ja metadoni. Opioidit luokitellaan huumausaineiksi, ja opioideja jaetaan PKV ja N-lääkkeisiin. PKV-lääke on lyhenne sanoista pääasiassa keskushermostoon vaikuttava lääke. Lievät ja keskivahvat opioidit luokitellaan PKV-lääkkeisiin. (Kalso ym., 2009, s. 21–24.) Vahvat opioidit kuuluvat N-lääkkeisiin, joita säilytetään lukittuna lääkekaapissa. Huumausaineiden kulutuskorttia täytetään aina huumauslääkettä ottaessa, kun lääke on käytetty loppuun tai voimassaoloaika on päättynyt niin lääkäri tarkistaa ja allekirjoittaa kulutuskortti lomakkeelle. (Liedenpohja & Tiri, 2019.) Kulutus seurantakorttiin on kirjattava selkeästi ja ymmärrettävästi, jotta pystytään seuraamaan huumelääkkeiden kuluusta sekä selvittää mahdolliset lääkehävikit.

Keskushermostoon liittyviä haittavaikutuksia opioidien käytöstä voivat olla muun muassa väsymys, sekavuus, hallusinaatiot, huimaus ja painajaiset (Liedenpohja & Tiri, 2019). Hengitykseen liittyviä haittavaikutuksia ovat hengityksen syvyys ja tiheyden pieneneminen ja pahimmassa tapauksessa hengityslama, jossa hengittäminen katkeaa ja potilas ei kykene hengittämään itsenäisesti. Ruuansulatuskanavaan liittyviä haittoja ovat muun muassa pahoinvointi sekä oksentelu, ruuansulatuskanavan toiminta saattaa hidastua tai jopa heikentyä. Keskushermoston, hengityksen ja ruuansulatuskanavan lisäksi opioidit vaikuttavat myös suoliston toimintaan. (Päihdelinkki, 2017; Terveyskylä, i.a.)

3 PÄIHTEIDEN VÄÄRINKÄYTTÖ, RIIPPUVUUS JA SIITÄ KOITUVAT HAITAT

Erilaisten päihdyttävien aineiden tai lääkkeiden väärinkäytölle on ominaista aineen toistuva käyttö tavalla, josta koituu erilaisia terveydellisiä tai sosiaalisia haittoja. Näitä haittoja voivat olla esimerkiksi vastuuton käyttäytyminen töissä tai vanhemman roolissa. Loukkaantumiset, syyllistyminen erilaisiin rikoksiin, kuten esimerkiksi väkivaltaiseen käyttäytymiseen tai rattijuopumukseen ovat esimerkkejä vastuuttomasta käyttäytymisestä. Kun puhutaan päihteiden väärinkäytöstä, ei puhuta riippuvuudesta. Pakonomainen, jatkuva ja humalanhakuinen tai addiktiivinen alkoholin tai päihteiden käyttö ei ole luonteeltaan enää tahdonalaista käytöstä, vaan silloin voidaan puhua vakavasta sairaustilasta. Taustalla on paljon psykologisia sekä biologisia tekijöitä, jotka vaikuttavat yksilön käytökseen niin vahvasti, että henkilö ei enää kykene yleensä itse katkaisemaan omaa päihteiden käyttöään ilman apua. (Huttunen, 2018a.)

Dåhl & Hirschovits (2002, s. 263) mainitsivat kirjassaan ICD-10 diagnostista kriteeristä, joka on otettu käyttöön Suomessa vuonna 1996. Riippuvuusdiagnoosin saamisen edellytyksenä on vähintään kolmen tai useamman kriteerin toteutuminen vuoden aikana. Riippuvuusoireyhtymä on krooninen sairaus, joka johtuu aivossa tapahtuvien tiettyjen hermosolujen toistuvista altistumisista päihteille. ICD-10 kriteereitä ovat voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää ainetta, kontrolloimisen vaikeus päihteen käytön aloittamiseen ja lopettamiseen sekä käytettyjen aineiden määrä. Lisäksi vieroitusoireet käytettyjen aineiden vähentymisen tai lopettamisen jälkeen, toleranssi, suurin osa ajasta kuluu päihteiden hankkimiseen, käyttöön ja toipumiseen. Lisäksi kiinnostuksen kohteet ja mielihyvän lähteet ovat vähentyneet ja aineiden jatkuva käyttö haitoista huolimatta. (Käypä hoito – työryhmä Huumeongelman hoito, 2018.)

Riippuvuudesta puhutaan silloin kun ihmisellä on jatkuvasti pakonomainen tarve asioista tai aineista, jotka tuottavat kyseiselle ihmiselle mielihyvän tunnetta. Riippuvuudet ovat jaettu sekä aineellisiin että toiminnallisiin riippuvuuksiin. Aineellisia riippuvuuksia on nikotiini, alkoholi, huumeaineet ja lääkkeaineet. Toiminnallisia

riippuvuuksia ovat peliriippuvuus, nettiriippuvuus, läheisriippuvuus, seksiriippuvuus, shoppailuriippuvuus, erilaiset syömishäiriöt ja liikuntariippuvuus. (Sininauhaliitto, i.a.)

Aivojen mielihyväjärjestelmän perusmekanismi turvaa ihmislajia sekä parantaa eloonjäämisen mahdollisuuksia. Mielihyväjärjestelmä varmistaa sen, että elämän jatkumiselle sekä välttämättömät että vähemmän tarpeelliset toiminnot toteutuvat tuottamalla mielihyvää sekä tuomalla turvallisuuden tunteen. Näitä ovat syöminen, juominen, liikkuminen, musiikin kuuntelu, sosiaalinen vuorovaikutus ja seksi. (Tuulari, & Karlsson, 2017, s. 2203–2205.)

Dahl & Hirschovits (2002, s. 265) ovat jaotelleet päihderiippuvuudet psyykkisiin, sosiaalisiin ja fyysisiin riippuvuuksiin. Psyykkisellä eli henkisellä riippuvuudella halutaan vaikuttaa omaan mielentilaan nopeasti. Tämä tarkoittaa sitä, että käyttäjä on riippuvainen tunnetilasta ja haluaa kokea mielenhyvän tunteen uudestaan käyttämällä päihdettä. Käyttäjä saattaa kokea tarvitsevansa päihdettä hyvän olon varmistamiseksi, ongelmien ja ahdistusten pakenemisen vuoksi tai sosiaalisen paineen kestämiseksi.

Ihmisillä on pääosin tarve kuulua ryhmiin, joissa koetaan sosiaalista kanssakäymistä ja käyttäytyään sääntöjen ja odotusten mukaisesti. Ryhmään kuuluminen täyttää perustarpeitamme turvallisuudesta, itseilmaisusta, merkitystä kokemukseen ja tarjoaa tilanteita, joissa kaikki voivat hyödyntää muiden ryhmäläisten tietoja ja taitoja. Sosiaalinen riippuvuus on ryhmän luoman paineen alla muodostuvaa riippuvuutta, jossa halutaan tuntea olla osana ryhmää ja tulla hyväksytyksi. Sosiaalista riippuvuutta voi ilmetä päihteiden käytössä. Kun sosiaalinen kanssakäyminen on helpompaa päihtyneenä niin tämä saattaa lisätä sosiaalista riippuvuutta. Esimerkiksi alkoholin tai tupakan käytössä esiintyy usein edellä mainittua. Sosiaalista ja psyykkistä riippuvuutta voi olla haastavaa erottaa toisistaan. Samaistumisen tarve on hyvin vahvaa varsinkin nuorissa ikäryhmissä. (Mielenihmeet, i.a.)

Fyysisessä riippuvuudessa käyttäjän keho on tottunut aineeseen, jolloin käytön lopettaminen ja aineen katoaminen elimistöstä aiheuttaa erilaisia fyysisiä vieroitusoireita. Fyysisiä vieroitusoireita ovat pahoinvointi, vapina, väsymys, sydämentykytys, kivut, tuskaisuus, verenpaineen vaihtelut, hengitystoiminnan häiriöt, tajuttomuus ja kouristelu. Päihteiden runsaan käytön jälkeen elimistössä sietokyky kasvaa kyseiselle aineelle ja kasvaa lisää sen mukaan, miten usein sekä miten paljon ainetta käyttää. (Dåhl & Hirschovits, 2002, s. 267.) Vieroitus- ja lopetusoireet ovat merkkejä fysiologisen riippuvuuden edistymisestä. Fysiologisen vieroitusoireen luonteeseen ja voimakkuuteen vaikuttaa käytetyn aineen määrä, käytön kesto ja käytetyn aineen häviämisenopeus elimistöstä. Voimakkaat vieroitusoireet saavat henkilön helposti jatkamaan päihdekäyttöä. (Huttunen, 2018b.)

4 PALVELUJÄRJESTELMÄ PÄIHTEITÄ KÄYTTÄVIEN HOIDOSSA

Sosiaali- ja terveysministeriö määrittää päihdepalveluiden kehittämistä, valmistee lainsäädännön ja ohjaa uudistusten toteuttamista. Päihdepalveluiden laatua valvoo Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira ja aluehallintavirastot. (Sosiaali- ja terveysministeriö. i.a.) Sosiaalihuoltolaki (710/82) ja terveydenhuollon yleinen lainsäädäntö toimii pohjarakenteena, joita päihdehuoltolaki (41/86) ja päihdehuoltoasetus (635/86) täydentävät. Päihdehuoltolain mukaan kunnalla on velvollisuus järjestää päihdepalveluita sosiaali- ja terveydenhuoltoon, jotka kohtaavat kuntalaisten tarpeita (Salaspuro ym., 2003, s. 192).

Päihdehuollon järjestämisvastuu on lakisääteisesti kunnilla. Huumeiden ja lääkkeiden ongelmakäyttäjien hoito järjestetään joko terveydenhuollon yleisissä palveluissa, esimerkiksi terveyskeskuksissa tai päihdeongelmaisten hoitoon erikoistuneissa palveluissa, esimerkiksi A-klinikassa. Monet hyötyvät myös vertaistuesta. Haasteena hoidolle on usein hoitojatkumoiden ylläpito siirryttäessä hoitopaikasta toiseen. (Partanen ym., 2015, s. 94–95.) Hyvä integraatio hoitopaikkojen välillä helpottaa mahdollisesti koituvia päihdetoiipumisen jatkuvuuden ongelmia (Partanen ym., 2015, s. 98–99).

Avohuolto, laituskuntoutus, katkaisuhuolto, sekä hoitoa ja kuntoutusta tukevat palvelut ovat kaikki päihdepalveluita, joita on saatavilla eri muodoissa. Avopalvelut ovat esimerkiksi sosiaalista tukea, katkaisuhoidoa, ryhmäterapiaa, perheterapiaa tai kuntoutusta. Avopalveluissa selvitetään usein myös toimeentuloon ja asumiseen liittyviä kysymyksiä. Avopalveluihin voidaan hakeutua oma-aloitteisesti, esimerkiksi terveyskeskuksen tai päihdeyksikön kautta. Laituskuntoutus on tarkoitettu asiakkaille, joille avohoidon palvelut eivät olleet riittäviä tai tarkoituksenmukaisia. Laitoshoitoon vaaditaan lähetettä. Katkaisuhuolto perustuu vapaaehtoisuuteen ja katkaisuhuolto on lyhytkestoisempi verrattuna vieroitushoitoon. Katkaisuhoidossa päihteiden käyttö keskeytetään sekä hoidetaan vieroitusoireita ja muita päihteiden mahdollisesti aiheuttamia haittoja. Hoitoaika katkaisuhoidolaitoksessa

tai avohoidossa kestää tavallisesti enintään 1–2 viikkoa. Hoitoa ja kuntoutusta tukevia palveluita ovat päiväkeskukset, asumispalvelut ja sosiaalinen kuntoutus. (Sosiaali- ja terveysministeriö, i.a.-a)

Vieroitushoito on pitkäkestoisempi hoitona verrattuna katkaisuhoidon, vieroitusoireiden hoidon lisäksi saa apua elämänhallintaan, mielenterveyteen ja päihteiden käytöstä johtuvien ongelmien ratkaisemiseen (Terveystieteiden ja hyvinvointilaitos, i.a.-b). Hoitosuunnitelma tehdään potilaan ja lähettävän tahon kanssa ennen vieroitushoidon aloitusta. Alkoholivieroitus kestää keskimäärin noin 3–9 päivää, lääke- ja huumevieroitukset 14 päivää. Potilaalla on omahoitaja hoidon aikana, ja potilaalle on tarjolla yksilön- ja ryhmäkeskustelujen lisäksi yhteisöhoitoja sekä virkistystoimintaa. (Päihdesairaala, i.a.)

4.1 A-klinikat, nuoriasemat ja katkaisuhoidon asemat

A-klinikat olivat avanneet klinikoita kokeilujaksolla vuosina 1953–1954 Helsinkiin ja Vaasaan ennen A-klinikkasäätiön perustamista. Seuraavana vuonna perustettiin A-klinikkasäätiö, jolloin kokeilujaksolla aloitetut kokeiluklinikat siirtyivät osaksi säätiön toimintaa. Perustamisen jälkeen säätiön tehtävänä oli selvittää rahoitusmahdollisuuksia klinikkatoiminnan ylläpitoa varten, ja A-klinikkasäätiö oli laajentanut klinikkatoimintaansa muihin paikkakuntiin, johon kuuluivat Lahti, Tampere ja Turku. Jatkuvan taistelun rahoitusongelmien kanssa A-klinikkasäätiön taloudellinen tilanne oli heikentynyt vuonna 1959 ja säätiöllä oli maksamattomia veroennakkomaksuja rästissä. Alko oli ilmaissut tukensa pelastaakseen A-klinikkasäätiön toimintaa lahjoittamalla sekä ryhtymällä A-klinikkasäätiön lainan takajaksi. Lainat oli maksettu lahjoituksen myötä syksyllä vuonna 1961. (Ahonen, 2005, s. 83–91.) A-klinikkasäätiö on laajentanut toimintaansa ja kehittäneet palveluitaan vuosien aikana. Nuoriasemien ja korvaushoitopalveluiden saatavuuteen A-klinikkasäätiöllä ovat tulleet kehityksen myötä. A-klinikkasäätiö omistama A-klinikka Oy on yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuottaja, jonka palveluiden tilaajina ja maksajina ovat yritykset, kunnat ja yksityisasiakkaat. (A-klinikkasäätiö, i.a.-a.)

Suomesta löytyi vuonna 2003 A-klinikoita 73, nuorisoasemia 12, katkaisuhoidoasemia ja kuntoutusyksiköitä 32. A-klinikat ovat päihdehuollon erityispalveluja, joiden palveluiden ylläpitäjinä ovat kunnat, kuntayhtymät, A-klinikkasäätiö tai ostopalvelusopimuksella ostettuja avohoitopalveluja. A-klinikkatoiminta alkoi 1950-luvun puolivälissä, joka perustui vapaaehtoiseen hoitotuloon poliklinikkaverkostona ilman laitos- ja pakkohoidon tyyppistä toimintaa. Sairaanhoidajat ja lääkärit ovat edistäneet toimintaa alusta lähtien A-klinikoiden työryhmissä. A-klinikoilta voi hakea apua huume-, alkoholi- ja muihin päihdeongelmiin sekä toiminnallisiin riippuvuuksiin. Nuorisoasema ja katkaisuhoidoaseman toiminnat käynnistyivät vuonna 1970. A-klinikkapalvelut ovat asiakkaille maksuttomia. (Salaspuro ym., 2003, s. 194–195.)

A-klinikkatoimen yksiköt tarjoavat päivystysluonteisia palveluja polikliinisten yksiköiden puolelta, jotka ovat avoinna virka-aikoina. Tavallinen päivystysluonteinen hoitomuoto, jolla aloitetaan, on katkaisuhoido, joka toteutetaan käynteinä kahdesta viiteen päivään tai neljästä kymmeneen vuorokauden laitoshoidona katkaisuasemalla. Lääkäri tapaa katkaisuhoidossa olevan asiakkaan ensimmäisenä päivänä ja tarvittaessa tapaa useammin tarpeen mukaan hoitojakson aikana. Katkaisuhoidossa seurataan fyysistä ja psyykkistä tilaa, lääkehoidon toteutusta, tarjotaan yksilö- ja ryhmäkeskusteluja sekä keskustellaan jatkosuunnitelmista. Katkaisuhoidoasemilla hoidetaan tarvittaessa somaattisesti tai psyykkisesti huonokuntoisia asiakkaita, mutta pyritään ensisijaisesti ohjaamaan heidät sairaaloihin. (Salaspuro ym. 2003, s. 194–195.) Osa A-klinikoista tarjoaa myös ryhmäterapiaa, joka toimii osana alkoholikatkaisuhoidon psykososiaalisena tukena (Havio ym., 2009, s. 100).

Nuorisoasemat ovat avohoitopalveluja, jotka ovat tarkoitettu pääosin alle 25-vuotiaille nuorille. Nuoret voivat hakea apua päihteiden käytön, mielenterveysongelmien tai elämäntilanteessa tapahtuneiden kriisien vuoksi. Nuorisoasemienpalvelut ovat maksuttomia ja vapaaehtoisia. Joissakin paikkakunnissa tarjotaan nuorille hoitopalveluita, jotka sisältävät hoidon tarpeen arvioimista ja hoidonohjausta. Lisäksi on olemassa etsivätyötä, jolla pyritään saamaan madaltamaan avunsaannin kynnyksiä. (Havio ym., 2009, s. 101.)

4.2 Päihdehuollon kuntoutuslaitokset

Päihdehuollon kuntoutuslaitoksia on noin kolmekymmentä, ja niitä sijaitsee eri paikoissa ympäri Suomea. Yksiköitä voidaan kutsua kuntoutuskeskuksiksi, kuntoutusklinikoiksi, A-kodeiksi, sosiaalisairaaloiksi tai päihdehuoltoloiksi. Laitosten ylläpitäjinä toimivat kunnat ja kuntayhtymäisten lisäksi päihdehuoltoon erikoistuneet järjestöt sekä uskonnolliset järjestöt. Kuntoutuslaitoksissa on pidemmät hoitoajat ja ne ovat tarkoitettuja heille, joille katkaisuhoidon ei ole ollut riittävää, hyödyllistä tai jostain syystä hoitoa ei pystytä toteuttamaan fyysisessä ja sosiaalisessa ympäristössä. Hoidon sisältö vaihtelee yksikkökohtaisesti. Laitoshoidon voi sisältää yksilö- ja ryhmäterapioita, terveysneuvontaa, terveyden edistämistä ja jatkohoidon suunnittelua yhdessä muiden avoyksiköiden kanssa. Perheenjäsenet ovat monesti tervetulleita osallistumaan hoitoprosessin aikana. (Salaspuro ym., 2003, s. 196.)

A-klinikoiden tai sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kautta pystyy hakemaan kuntoutuslaitoksiin, johon tarvitaan maksusitoumuksen lisäksi lähete, jonka saa kunnan sosiaalitoimistosta tai A-klinikalta. Potilaalle tehdään terveydentilan mittaavia tutkimuksia sekä lääkärintarkistus, joiden avulla pystytään varmistamaan terveydentilaa, jotta varmistetaan siitä, että henkilö ei tarvitse siinä hetkellä sairaalahoitoa ja on siirtokuntoinen. (Salaspuro ym., 2003, s. 196.)

4.3 Laitoshoidon, asumis- ja muut tukipalvelut

Laitoshoidon on tarkoitettu henkilöille, joille ei jostain syystä pystytä järjestämään ympärivuorokautista hoitoa kotona tai palveluasunnossa. Laitoshoidon voi olla lyhytaikaista tai pitkäaikaista kuntoutushoitoa. Alkoholien- ja huumeidenkäyttäjien sekä katkaisuhoidon kuntoutushoidot on aikaisempina vuosina sijoitettu samoihin yksiköihin, mutta viime vuosina on perustettu huumeidenkäyttäjille erikoistuvia katkaisu- ja kuntoutusyksiköitä. Joissakin terveyskeskuksen vuodeosastoilla on mahdollista toteuttaa katkaisuhoidon (Havio ym., 2009, s. 101.) Katkaisuhoidon tavoitteena on pysäyttää päihteiden käyttökierre, hoitamaan vieroitusoireita sekä kuntouttaa jatkosuunnitelman avulla. Katkaisuhoidon voidaan toteuttaa monessa

paikoissa esimerkiksi A-klinikoiden katkaisuhuolto osastoilla, päihdepsykiatrian osastoilla, erikoistuneissa huumehoidon katkaisuhuoitoyksiköissä sekä vuodeosastoilla. (Päihdelinkki, 2015.)

Päihdekuntoutuslaitoksissa tarjotaan enemmän pidempiaikaista jatkohoitoa, mutta lopullinen hoitoaika määräytyy kuitenkin yksilöllisesti. Kuntoutushoitajakso koostuu yksilö- ja ryhmäkeskusteluista, luennoista ja tehtävistä, elämänhallinnan parantamisesta, yhteisöhoidosta, toiminnallisista harjoitteista ja jatkohoidon suunnittelusta. (Päihdelinkki, 2015.)

Sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaan asumispalveluja järjestetään henkilöille, jotka tarvitsevat päivittäistä apua ja tukea asumisen järjestämisessä. Päihdehuollon asumispalvelut ovat tarkoitettuja päihdeongelmallisille, jotka tarvitsevat asumis- ja muita tukipalveluita pysyäkseen erossa päihdetavoistaan. Tukiaseman tavoitteena on kuntouttaa asiakasta itsenäiseen asumiseen ja työelämään. Joissakin kunnissa löytyy kuntien järjestämiä asumispalveluja, jotka ovat suunnattuja päihdeongelmista tai muista ongelmista toipuville henkilöille. A-kiltatoiminta perustuu vapaaehtoisuuteen ja päihteettömyyteen, jolla tuetaan päihdeongelmisten toipumista. AA (Nimettömät alkoholistit) ovat alkoholiongelmaisten ja NA (Nimettömät narkomaanit) huumeongelmaisten, jotka esiintyvät nimettöminä, joiden tarkoituksena on kokoontua ja jakaa keskenään kokemuksiaan, voimiansa ja toivonsa ratkaistakseen ongelmansa sekä auttaakseen muita pysymään pois päihdeistä. Kummassakaan ryhmässä ei ole jäsenmaksuja, ainoa edellytys olla ryhmän jäsen, on halu lopettaa päihteiden käyttö. Näiden ryhmien lisäksi on myös AL ANON niminen ryhmä, jonka muodostavat päihdeongelmaisten läheiset. AL ANON-ryhmä tarjoaa vertaistukea alkoholistien läheisille. (Havio ym., 2009, s. 101.)

5 HOITOMENETELMÄT JA VERTAISTUKI

Päihdehoitotyön auttamismenetelmien tarkoituksena on ehkäistä itse sairauden lisäksi päihteiden käytön seurauksena aiheutuvat hengenvaaralliset akuutit tilanteet ja pitkäaikaisten fyysisten sairauksien syntyvyys. Työllä voidaan ehkäistä käytöstä seuraavia hoitajaksoja sekä katkaisuhoidossa vieroitusoireiden hoitoa. Päihdehoitotyön menetelmien avulla pyritään parantamaan elämänlaatua, lievittämään kipua ja turvaamaan päivittäistoimintoja. Fyysisen tilan seurantaan kuuluu vitaalien eli peruselintoimintojen ja kouristusten tarkkailut, eri laboratoriokokeet, sydänfilmi, lääke- ja huumeeseulat. Päivittäistoiminnoissa turvataan ihmisen arkeen kuuluvista asioista eli unensaannista, ravitsemuksesta, nesteistä, hygieniasta ja puhtaudesta. (Havio ym., 2009, s. 126.)

Lääkehoidon seurannassa ja toteuttamisessa tapahtuu katkaisuhoidossa, lääkkeitä ja huumeista johtuviin vieroitusoireidenhoitoihin, alkoholikouristusten ja pitkäaikaisen lääkityksiin välttämällä uudelleen esiintymistä. Lääkityksen aloittamisen tarpeesta ja muutoksesta keskustellaan päihdekäyttäjän sekä hoitajan kanssa, kuitenkin lääkärin ohjeilla annetaan oireenmukainen lääkitys. Hoitovasteen löytäminen, annettujen lääkemääräysten noudattaminen ja päihteitä käyttävän kokemus lääkkeen heikosta vaikuttavuudesta tuovat haasteita lääkehoidon toteuttamiselle. Päihdehoitotyössä käytetään myös lääkkeettömiä hoitomuotoja, joita ovat muun muassa vyöhyketerapia, akupunktio ja hieronta. (Havio ym., 2009, s. 126.)

Päihdehoitotyön auttamismenetelmiin kuuluvat esimerkiksi tiedonantaminen, neuvonta, ohjaus, tuki, hoitosuhteen luominen sekä motivointi. Asiakkaan päihteiden käyttö ja sen vaikutus terveyteen pitää ottaa puheeksi. Hoitajien tehtäviin kuuluu antaa asiakkailleen tietoja päihteistä, riippuvuudesta ja vieroitusoireista. Yksi tapa voi olla esimerkiksi antaa erilaisia esitteitä hoitoihin liittyen vahvistaakseen tiedottamisen luotettavuutta kertomisen yhteydessä. Neuvontaa voivat olla hoito- ja tukimahdollisuuksien saaminen ja ohjaukset voivat olla asiakkaan elämäntilannetta koskeviin asioihin, joihin halutaan muutoksia haittojen minimoimiseksi. Kuunteleminen, vuorovaikutus, kannustaminen ja tuen antaminen ovat

tärkeitä auttamismenetelmiä. Päihdekäyttäjiä pitää motivoida ja auttaa toipumisen kanssa eri vaiheissa hoitoprosessia hoitosuhteen kestoista huolimatta sekä kannustettava päihteettömiin elämäntapoihin. (Havio ym., 2009, s. 127.)

5.1 Motivoiva haastattelu

Motivaatio muodostuu motiiveista, joita kuvaillaan eräänlaisiksi sisäisiksi voimiksi. Kyseiset voimat saavat ihmisen suuntaamaan energiansa toimintoja ja tavoitteita kohti. Motiivit ja motivaatio ovat kaksi toisiinsa liittyvää asiaa, jotka täydentävät toisiaan, mutta niiden merkitys on kuitenkin eri. Motivaatio on liikkeelle paneva voima, joka saa yksilön tekemään tietyn asian, kun motiivi tai jokin syy tekemiseen yksinään eivät riitä toiminnan teolle. Näin ollen motivaatio on psykologinen prosessi, joka kohdistaa yleiseen käyttäytymiseen, kun taas motiivi on konkreettinen syy käyttäytymiselle. (Suomen Terveysliikuntainstituutti Oy, i.a.)

Motiivit voivat olla joko tiedostettuja tai tiedostamattomia. Osa motiiveistamme liittyy biologisiin tai fysiologisiin tarpeisiimme, joiden tehtävänä on varmistaa yksilön ja koko lajin selviytymisen, esimerkiksi happi, lämpö, uni, nälkä ja jano. (Motivaatiota, i.a.) Sosiaaliset motiivit ylläpitävät ihmisten välistä vuorovaikutusta, näitä ovat esimerkiksi läheisyys, arvostus, turva, kilpailussa suoriutuminen ja valta. (Aarnio ym., 2013, s. 28–29.)

Motivaatio voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoiisiin tekijöihin. Sisäisessä motivaatiossa henkilön toiminta lähtee itse henkilöstä, joka nauttii tekemisestään, hakeutuu omatoimisesti mielekkäisiin tehtäviin sekä asioihin ja arvostaa päämäärän saavuttamisen ajatuksista. Sisäinen motivaatio on yleensä pitkäkestoisempaa kuin ulkoinen motivaatio koska toiminnot tuottavat henkilölle iloa ja nautintoa, kun taas ulkoisen motivaation kohdalla voidaan edetä tiettyyn pisteeseen saakka ja vaikutus on lyhytkestoisempi. Ulkoisessa motivaatiossa teot ja toiminnot perustuvat palkkion kautta. Näin ollen ulkoapäin tulevaan motivaatioon liittyy ulkoinen ärsyke, joka määrää käyttäytymistäsi. Tällöin ihminen ei koe iloa tai nauti toimin-

nastansa eikä toiminta ole lähtöisin hänen omaan motivaationsa. Ulkoisia motivaatiotekijöitä ovat esimerkiksi kannustus, palaute, palkka, maine ja kunnia. (Terveysverkko, i.a.)

Motivoiva haastattelu on vuorovaikutusmenetelmä, jolla pyritään herättämään ja vahvistamaan henkilön sisäistä motivaatiota sekä auttamaan tunnistamaan kohteen ongelmakäytön lopettamisen ja luovuttamisen hyödyt muuttamalla elämäntapaansa. Motivoivan haastattelun tavoitteena on painostamatta potilasta antaa potilaan ilmaista ajatuksiaan muutoksenhalusta sekä keksiä ratkaisuja muutoksen onnistumiselle, jotta onnistumisen todennäköisyys kasvaisi. (Järvinen, 2020.)

Motivoiva haastattelu vuorovaikutusmenetelmää on käytetty päihdetyössä, pitkäaikaissairauksien lääkehoidon toteutukseen, painonhallinnassa, liikuntainterventioissa, huumeiden sekä tupakoinnin lopettamiseen ja hoidossa pysymiseen sekä vastaavaan. Motivoivan haastattelun keskeisiä periaatteita ovat empatian osoittaminen ja kuunteleminen, uskon vahvistaminen, mainitaan käyttäjän vahvuuksia ja kannustetaan pitämään päätöksensä, ristiriidan korostaminen jatkamisen ja lopettamisen hyödyistä ja välttää väittelyitä ja provosoivia sanojen käyttämistä, myötäile, keksi uusia ratkaisuja ja tarjoa vaihtoehtoja. (Järvinen, 2020.)

Rakkolainen, Koski-Jännes, Tolonen ja Tuomisto ovat tehneet yhdessä tutkimuksen siitä, kuinka motivoivat haastattelut ja päihdeasiakkaiden taustat ovat vaikuttaneet hoidon tuloksiin. Aineisto oli kerätty asiakkaiden taustatietolomakkeista, haastatteluista, joita tehtiin ensitapaamisilla, jonka jälkeen nauhoitukset litteroitiin. He käyttivät hierarkkisella lineaarisella regressiolla ja kuvailevilla sekä korrelaatioiden laskemiseen menetelmää aineiston analysointiin. Tuloksissa huomattiin, että alkoholiongelmallisilla ongelmakäyttö oli vähentynyt sekä alkoholihaitat vähenivät puolen vuoden hoitoseurannassa. Taustatekijöillä oli vaikutusta työntekijöiden suhtautumiseen asiakkaita kohtaan ja muutospystyvyyteen. Ammatillisesti koulutetut, iäkkäämmät asiakkaat ja päihteitä kokeneet olivat pysyneet hoidossa muita paremmin. Korkeasti koulutetut ja työssäkäyvät olivat onnistuneet vähentämään päihdekäyttöä. Monimuotoisten reflektiotaidon hyödyntämisellä ymmärretään paremmin asiakasta sekä saadaan asiakasta miettimään ja ilmaisemaan muutoksen hyödyistä. Työntekijöiden hyvillä vuorovaikutustaidoilla ja

monimuotoisella reflektion käytöllä vaikutti asiakkaiden päihteiden vähentämiseen ja hoidon tuloksiin. (Rakkolainen ym., 2015, s.102–117.)

5.2 Korvaushoito

Korvaushoito on lääkkeellistä hoitoa opioidiriippuvaisille, jossa lääkehoitona käytetään buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut voimaan tulleen asetuksen koskien opioidiriippuvaisien lääkehoitoon käytettävyyteen vuonna 2008. Asetuksessa käydään läpi korvaushoidon aloittamisen edellytykset, tavoitteista sekä hoidon järjestämisestä että toteutuksesta. Tavoite täytyy selvitetävä hoidon aloittaessa ja pitää tarkistaa tarvittaessa. Korvaushoidon tavoitteena on joko kuntouttaminen ja päihteettömyys tai riippuvuusoireiden haittojen vähentäminen sekä elämänlaadun parantaminen. Hoidon täytyy perustua hoitosuunnitelmaan, jossa on kuvattu tarkasti lääkehoidon lisäksi myös hoidon tavoitteen määrittäminen, lääketieteellinen ja psykososiaalinen hoito, kuntoutus ja seuranta. (A 33/2008.)

Opioidikorvaushoidon arvio tehdään opioidiriippuvaisille asuinpaikasta riippumatta ja opioidikorvaushoidon hoitotakuuta on tarjottava tilanteissa, kun kriteerit korvaushoitoon täyttyvät. Buprenorfiinia tai metadonia sisältävien lääkevalmisteiden tukihoidon käytöstä ei ole sovellettu tilanteisiin, joissa opioidiriippuvaisilla potilailla on somaattinen sairaus taustalla, ja vieroitusoireet vievät potilaan tilannetta alaspäin sekä vaikeuttavat potilaan hoitoa. Metadoni- ja buprenorfiinikorvaushoidot parantavat hoidon sitoutumisen todennäköisyyttä sekä vähentävät rikollisuutta, kuolleisuutta, laittomien opioidien käyttöä ja HIV-riskikäyttäytymistä. Riskikäyttäytymisellä tarkoitetaan yksilön käyttäytymistä ja toimintaa, jossa yksilö joko tiedostaen tai tiedostamatta toimivat riskeistä huolimatta tavalla tai tavoilla, jotka altistavat muihin sairauksiin, esimerkiksi huumeiden käyttö. Opioidiriippuvuuden korvaushoito on osoittautunut yhtä tehokkaaksi huumeongelmien hoidossa kuin psykososiaaliset menetelmät, vaikka psykososiaalisten menetelmien näyttöä tehokkuudesta on ollut vähäistä. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2018.)

Korvaushoitoon pääseminen on erittäin haastavaa nykypäivänä, tilanne ei helppota ja tämän lisäksi epidemia vain pahentaa tilannetta. Ongelmaa esiintyy ilmeisesti kaikkialla Suomessa. Hakeutuvien määrät ovat lisääntyneet sekä jonotusajat ovat pitkät (Diakonissalaitos, 2021). Hoitotakuulla pyritään takaamaan hoidot tarvitseville tasapuolisesti ja varmistamaan pääsyä hoitoon. Hoitotakuu tarkoittaa potilaan oikeutta päästä perusterveydenhuoltoon tietyn ajan sisällä. Hoitotakuu koskee enemmänkin kiireettömän hoidon tarjoamista kunnan asiakkaille. Terveystieteidenhuoltolaki määrittää määrääjan, jolloin hoitoon on päästävä viimeistään. Syystä että jos kunta ei pysty tarjoamaan kiireetöntä hoitoa määrääjan umpeutuessa, potilaalle on järjestettävä mahdollisuus päästä muualle hoitoon. Valvira ja aluehallintovirastot valvovat hoitotakuun toteutumisen. (Sosiaali- ja terveystieteidenministeriö, i.a.-b)

Halusimme hyödyntää tutkimuksia korvaushoidon hyödyllisyydestä sekä vaikuttavuudesta, joten päätimme hyödyntää Järvelän ja Suokon tekemän tutkimuksen aiheesta buprenorfiinikorvaushoidon vaikuttavuudesta asiakkaiden arkeen. Tutkimushaastatteluidemme perusteella haastateltavat olivat maininneet korvaushoitoon pääsyn haastavaksi. Lisäksi mainittiin, että hoitoon haluavien voimavarat ovat usein koetuksella, sekä kärsivällisyys ja epävarmuus koskien hoidon onnistumista aiheuttivat lisää haastetta hoitoon pääsyyn. Haastateltavat olivat yksimielisiä siitä, että korvaushoito oli auttanut heitä hallitsemaan arkeansa. Yleinen hyvinvointi ja elämänlaatu ovat parantuneet korvaushoidon aloituksen myötä. Korvaushoito ei ole kuitenkaan täysin onnistunut, sillä hoidossa löytyy kuitenkin sekä hyviä että huonoja puolia. Hyviä puolia tekstissämme käytiinkin jo läpi, mutta huonoja puolia olivat haastateltavien mielestä liian kovat sanktiot esimerkiksi retkahdustilanteessa tai avun väärinkäyttö. (Järvelä & Suokko, 2012, s. 31–41.)

5.3 Psykoterapia

Suomessa psykoterapeuttina voi toimia terveydenhuollon joko laillistettu tai nimi-kesuojattu ammattihenkilö, joka on suorittanut vaaditun psykoterapeutin lisäkoulutuksen. Psykoterapeutti voi olla taustaltaan esimerkiksi sairaanhoitaja, lääkäri tai psykologi. Valvira myöntää ammattioikeuden käyttää ja toimia laillistettuna ammattihenkilönä. (Valvira, 2021.)

Psykoterapiassa keskustellaan psykoterapeutin kanssa joko yksin tai terapiaryhmässä asioista, jonka vuoksi on hakeutunut terapiaan. Psykoterapia on hoitomuoto, joka perustuu kahden tai useamman ihmisen väliseen vuorovaikutukseen, jolla hoidetaan mielenterveysoireita psyykkisen kuormituksen takia (Mieli, 2021). Psykoterapialla pyritään parantamaan toimintakykyä sekä toipumista, lievittämään psyykkistä kärsimystä ja antamaan työkaluja ongelmatilanteissa selviytymiseen (Valkonen, 2008, s. 27–28.). Psykoterapiamuotoja on erilaisia, jotka pohjautuvat viitekehyksiin ja teorioihin (Riikola, 2006). Viitekehyksien soveltuvuus vaihtelee kyseisen hoitajan käyttämien menetelmien ja ongelmien luonteen mukaisesti. Psykoterapia perustuu tieteellisesti tutkittuun yhtenäiseen psykologiseen teoriaan, jolla ymmärretään ihmisen normaalia kehitystä ja psyykkisten häiriöiden erilaisia muotoja. (Valkonen, 2008, s. 28–32.) Psykoterapian keskeisimpiä suuntauksia ovat kognitiivinen terapia, kognitiivinen käyttäytymisterapia, psykodynaaminen terapia sekä perhe- ja ryhmäterapiat (Mielenterveystalo, i.a).

Psykoterapia voi olla lyhytkestoista, joka on noin kuudesta kahteenkymmeneen käyntikertaan tai pitkäkestoista, joka kestää 1–3 vuotta. Psykoterapian hoitosuhde ei tarvitse olla aina pitkäkestoista, sillä lyhytkestoisilla terapialla voidaan saada aikaiseksi riittävä apu. Lyhytkestoisilla psykoterapioissa keskitytään ongelmien käsittelyyn, kun taas pitkäkestoisessa terapiassa pyritään tunnistamaan ja muuttamaan toimintatapoja, persoonallisuutta sekä pyritään kokonaiskuvan hahmottamiseen. (Mielenterveystalo, i.a.)

Nykyisessä järjestelmässä psykoterapiaan pääsy on haastavaa etenkin päihteidenkäyttäjille koska pääsyedellytyksiin vaaditaan täysraittius, lääkärilausun-

non lisäksi erikoissairaanhoidossa tehdään tarpeen arvioinnin terapian hyödyllisyydestä (Mielenterveystalo, i.a). Psykoterapeuttien vähyys on vaikeuttanut psykoterapianpalveluiden saatavuuteen terveydenhuollossa, psykoterapian tarve eivät vastaa tarjontaan (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä, 2007). Raportissa mainittiin psykoterapeuttien pulaan ongelmakohtaksi koulutuksen maksullisuudesta sekä asiakkailleen sopivan terapeutin löytäminen koettiin haasteelliseksi (Minduu, 2019).

Käypä hoidon psykoterapian tehokkuutta ja vaikuttavuutta mielenterveydenhäiriöihin artikkelin lopussa mainittiin siitä, että pidemmän aikaan psykoterapiassa olleiden saivat toteuttaa psykofarmakologista lääkettä kuin lyhytkestoisissa olleiden. Psykoterapian hoitosuhde kestää pidempään lievimmässä häiriössä kuin vaikeimmassa tapauksissa. Pitkän psykoterapian hoitosuhteen saaneiden hoidon kokonaiskustannukset olivat huomattavasti suurempia kuin muita hoitoa saaneiden. Pitkissä psykoterapioissa havaittiin kuormituksen helpottuvan, sillä kerrotaan joka toisen potilaan toipuneen akuuteista oireista viiden istunnon jälkeen. Puolet potilaista olivat toipuneet kroonisista oireista neljännen käynnin jälkeen ja persoonallisuushäiriöoireista viidenkymmenentoisen session jälkeen. Keskimäärin noin 75 % potilaista olivat toipuneet vuoden kestäneessä psykoterapiassa oireulottuvuuksista. (Korkeila, 2015.)

5.4 Vertaisuus ja vertaistuki

Vertaistuki tarkoittaa vapaaehtoista kokemusten vaihtamista, jossa samantapaisen taustan tai samankaltaisia asioita kokeneet henkilöt jakavat toisilleen kokemuksia, sekä saavat toisiltaan samalla tukea, toivoa, apukeinoja sekä uusia tapoja nähdä asioita. Vertaistuki on koettu hyödylliseksi, koska siinä saa tietoa millaisia selviytymiskeinoja samankaltaisissa tilanteissa olevilla on. Se auttaa samalla ymmärtämään omaa kokemusta ja tuo tunteen, että ei ole yksin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2020.)

Kokemusten jakaminen turvallisessa sekä kunnioittavassa ilmapiirissä voi olla hyödyllistä. Se voi lievittää ahdistusta, poistaa joitain pelkoja, sekä aiheiden käsittely toteutuu painostamatta ja omaehtoisesti. Vertaistukiryhmiä pidetään erilaisille kohderyhmille, kuten esimerkiksi päihteidenkäyttäjille tai sairauksista kärsiville. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2020.)

Vertaistoiminnalla tarkoitetaan vertaisten keskinäistä ja omaehtoista toimintaa, eli vertaiset tukevat toisiaan kokemustiedollaan. Vertaisuus käsitteellä ymmärretään saman kokeneiden eli vertaisten keskinäistä asiantuntijuutta, voimavaraa, tasa-arvoa ja yhdenvertaisuutta. Vertaistukea on määritelty myös voimaannuttajaksi ja muutosprosessiksi, jonka kautta ihminen voi löytää ja oppia tunnistamaan omat voimavaransa ja vahvuutensa sekä ottaa vastuuta omasta elämästään. Vertaistuki ei ole terapiaa, vaan se toimii tarve- ja tilannekohtaisesti äkillisissäkin tapauksissa. Vertaistukea voidaan antaa kahden kesken vertaistukihenkilön kanssa tai ryhmämuodossa, ryhmänvetäjän ohjaamana. (Mikkonen & Saarinen, 2018, s. 139.)

Vertaistukeen painottuvien ryhmien, kuten AA:n on tutkimuksissa todettu olevan parempi, kuin muut vakiintuneet hoidot, kun on kyse raittiuden lisäämisestä ja se on vähintään yhtä tehokas hoitomuoto muihin alkoholiin liittyviin seurauksiin, kuten juomisen seurauksiin, juomisen intensiteettiin ja riippuvuuden vakavuusasteeseen. Vaikka AA ei ollut jatkuvasti parempi verrattuna vakiintuneisiin hoitoihin tai vähemmän intensiiviseen kahdentoista askeleen ohjelmaan, se oli vähintään yhtä hyödyllinen vähentämään juomisen ja alkoholiin liittyvien seurausten voimakkuutta ja vähentämään alkoholiriippuvuuden vakavuutta. (Kelly ym., 2020.)

5.5 Kokemusasiantuntijat

Kokemusasiantuntijatoiminta on 2000-luvulla kehittynyt toimintamuoto. Mielen-terveys- ja päihdetyön kokemusasiantuntija on henkilö, joka on käynyt kokemus- asiantuntijakoulutuksen, ja jolla on omakohtaista kokemusta päihteidenkäytöstä tai mielen-terveysongelmasta joko niitä sairastavana, niistä toipuneena tai palve-

luja käyttäneenä, omaisena tai läheisenä. Kokemusasiantuntijatoiminnan tavoitteena on palveluiden toimivuuden parantaminen, asiakaslähtöisyyden ja osallisuuden lisääminen, ymmärryksen lisääminen sairauksissa sekä toipumiseen liittyvissä asioissa, asenteiden muuttaminen sekä yhteiskunnallinen vaikuttaminen sekä tukeminen kuntoutuksessa. Kokemusasiantuntija voi toimia esimerkiksi ryhmänohjaajana vertaisryhmässä, kokemuskouluttajana oppilaitoksissa tai koulutustilaisuuksissa, palveluiden kehittäjänä erilaisissa ryhmissä, tutkimushankkeissa, vertaisvastaanotossa tai vertaistyössä sekä tiedottajana antamalla haastatteluja erilaisiin medioihin. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2020.)

Kokemusasiantuntijat ovat tärkeä voimavara päihdepalveluille. Kokemusasiantuntijat monipuolistavat sekä parantavat niiden saavutettavuutta sekä vahvistavat asiakaslähtöisyyttä. MIPA-tutkimusohjelman tutkimuksissa on selvinnyt, että kokemusasiantuntijat ovat keskeisiä järjestötoimijoita, jotka tekevät monin tavoin yhteiskunnallisesti arvokasta työtä. On myös selvinnyt, että kokemusasiantuntijoiden työssä jaksamista tulisi tukea nykyistä enemmän, sekä palkka- ja palkkiokäytäntöjä tulisi selkeyttää. MIPA-kyselyiden mukaan kolmasosa vertaisista sekä kokemusasiantuntijoista on kokenut joskus työssään uupumusta. (A-klinikkasäätiö, 2020.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA YHTEISTYÖKUMPPANI

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää päihdekuntoutujien kokemuksia päihdepalveluista sekä päihdetoipumisesta haastatteluiden muodossa. Lisäksi poimimme haastatteluissa samalla haastateltavilta mahdollisia kehittämissideoita ja näkemyksiä, miten heidän mielestään tulevaisuudessa voitaisiin kehittää palveluja käyttäjäystävällisemmäksi sekä missä voitaisiin parantaa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa päihdekuntoutujien kokemuksista päihteiden käytöstä, riippuvuuksien hoidosta, avun tarpeesta ja palveluista sekä tuoda esille haastateltavien näkemyksiä palveluista sekä hoidosta. Tutkimustuloksia voitaisiin hyödyntää esimerkiksi tekemällä kuntoutuspalveluista niiden käyttäjille käyttäjäystävällisemmäksi. Positiivisella muutoksella voitaisiin saada mahdollisesti parempia asiakastytyväisyys- tai kuntoutustuloksia tulevaisuudessa.

Pääsääntöisinä tutkimuskysymyksinä, jotka ohjaavat tutkimusta eteenpäin ovat:

1. Miten päihdekuntoutajat kokevat palvelujärjestelmän?
2. Mikä tukee hoidon jatkuvuutta?
3. Onko tulevaisuudessa minkälaisia kehittämistarpeita päihdekuntoutumisen tueksi?

Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimii Osis, joka on osa A-klinikkasäätiötä. Heidän yhteistoimintatilansa on tarkoitettu päihkeitä käyttäville, niistä toipuville tai muuten päihdemaailmassa eläville henkilöille. Osis järjestää tiloissaan vertaistointia siitä kiinnostuneille henkilöille. Tarjolla on koulutusta vertaistointiaan liittyen sekä virkistystoimintaa. Osis tarjoaa ihmisille yhteisöä, jossa ihmiset voivat viettää aikaa. Osiksessa yhteistyökumppaneina toimivat A-klinikkasäätiö sekä Tukikohta ry. (Tukikohta ry, i.a.)

Osiksen tarkoituksena on auttaa päihteidenkäyttäjiä ja tarjota vertaistukea heille, jotka kokevat tarvitsevänsä apua, jakamalla oikeaa tietoa ja ohjaamalla heitä matalan kynnyksen palveluihin. Osiksella on maanantaisin ja keskiviikkoisin auki ”Tsemppis-kahvila”, jonne voi halutessaan tulla viettämään aikaa tai juttelemaan muiden ihmisten kanssa. Tarvittaessa voi saada apua työntekijöiltä eri ongelmiin. (A-klinikkasäätiö, i.a.-b)

A-klinikkasäätiö on vuonna 1955 perustettu voittoa tavoittelematon päihdejärjestö, jonka tarkoituksena on tarjota tietoa, neuvontaa, vertaistukea sekä muita matalan kynnyksen palveluita ihmisille (A-klinikkasäätiö, i.a.-c). Tutkimus on osana MIPA 2.0-hanketta, joka on A-klinikkasäätiön koordinoima päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelma.

Kävimme tapaamassa Tsemppis-kahvilan työntekijää talvella 2020, kun olimme aloittamassa yhteistyötä opinnäytetyötä koskien. Tsemppis-kahvila on suunnattu heille, jotka ovat eläneet ja elävät päihdemaailmassa ja ovat kiinnostuneet toimimaan vertaisena. Tsemppis-kahvilan tarkemmista aukioloajoista ja tarjotuista avuista käydään läpi seuraavassa kappaleessa. Työntekijän mukaan heidän toiminnassaan haasteena on saada asiakkaille apua oikeaan aikaan.

7 TUTKIMUSMENETELMÄT

Käytimme opinnäytetyössä laadullista tutkimusmenetelmää. Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus suorana lainauksena on menetelmäsuuntaus, jolla yritetään ymmärtää kohteen laatua, ominaisuuksia ja merkityksiä kokonaisvaltaisesti. (Jyväskylän yliopisto, i.a.) Laadullisen tutkimuksen aineistot ovat hieman lyhyempiä, mutta aineiston laadulla on merkitystä. Laadullisella tutkimuksella käytetään tapahtumien tai osallistuvien henkilöiden ajatusten ja tunteiden kartoittamista. Tarkoituksena on kerätä tietoa, joka kuvailee aihetta mittaamisen sijasta. Tieto voi esimerkiksi koostua mielikuvista, näkökulmista ja mielipiteistä. Laadullista menetelmää käytettäessä annetaan vastaajien vastata spontaanisti. Tutkijan tehtävänä on koota yhteen kerätyistä tiedoista yhtenäinen selitys. Laadullisella tutkimuksella saadaan ihmisten näkökantaa ja käsitykset esille, joista saadaan tietoa ja ymmärrystä eri asioihin. (Puusa & Juuti, 2020, s. 9–15.)

Tutkimusmenetelmänä käytimme teemahaastattelua, jossa tutkimuskohteenamme olivat päihdekuntoutujat. Teemahaastattelut soveltuvat hyvin monenlaisten eri ilmiöiden tarkasteluun. Teemahaastattelut sijoittuvat formaattina loma-kehaastattelun sekä avoimen haastattelun välimaastoon. Haastattelu ei etene valmiiksi muotoiltujen kysymysten kautta, vaan kysymysten kautta, jotka ohjaavat keskustelua kohdentuen tiettyihin ennalta suunniteltuihin teemoihin. Teemojen keskustelujärjestys on vapaa, eikä kaikissa haastatteluissa tarvitse välttämättä puhua kaikista asioista saman verran. Lisäksi haastattelijan rooli voi haastattelusta riippuen olla hyvin erilainen. Joskus haastattelijalla on aktiivinen kuuntelijan, kannustajan tai huomioiden esittäjän rooli, kun taas joskus haastattelijalla tilanne edellyttää haastattelijalta aktiivisempaa suorien kysymysten esittämistä. Haastattelijalla on haastattelutilanteessa mukanaan lyhyet muistiinpanot käsiteltävistä teemoista, jotta hän voi keskittyä pääasiassa keskusteluun sen sijaan, että keskittyminen ohjautuisi papereiden lukemiseen. Tärkeää teemahaastattelua pidettäessä on se, että haastattelijalla on perehtynyt aihepiiriin laajasti, ja että tuntee haastateltavien tilanteen, jotta haastattelu voidaan kohdentaa juuri tiettyihin teemoihin. Teemoihin kohdistunutta haastattelua on suhteellisen helppoa ryhtyä analysoimaan myöhemmin teemoittain. (Puusa & Juuti, 2020, s. 112–113.)

Käytimme tutkimuksessa laajasti myös apunamme lisäksi kirjallista tietoa sekä aikaisemmin julkaisutettuja tutkimuksia sekä tilastoja. Päihdekuntoutujia haastatellaamalla saimme yksilöllistä tietoa siitä, millaista on pyrkiä päihdeettömyyteen, sekä millaista on olla päihdepalveluiden asiakas. Saamalla tietoa itse kuntoutujien kokemuksista, saimme arvokasta tietoa siihen, että mikä monella kuntoutujalla tuki kuntoutusprosessia, ja mitkä asiat koettiin tärkeäksi.

7.1 Haastattelut

Annoimme haasteltaville ensin tiedotteen luettavaksi ennen suostumuslomakkeen allekirjoittamista. Tiedotteessa luki selkeästi tutkimuksen tavoitteista, yhteistyökumppanista, haastatteluiden toteutuksesta sekä haastatteluiden vastauksista, jotka pysyvät anonyyminä yksityisyyden suojaamiseksi. Vastasimme tarvittaessa haastateltavien esittämiin kysymyksiin, jos jokin oli epäselvää.

Haastattelukysymyksiä laatiessa pyrittiin laatimaan kysymyksiä, jotka olisivat mahdollisimman neutraaleita, niin että ne eivät ohjaisi haastateltavan vastausta tiettyyn suuntaan. Ennalta laadittuja kysymyksiä oli yhteensä kuusitoista, jotka näkyvät liitteellä (liite 3). Kysymyksiä laatiessa mietittiin, mitkä olisivat työn kohdalla oleellisia asioita tietää haastateltavilta, kun puhutaan päihteitä käyttävien palveluista. Koimme myös oleelliseksi tietää jonkin verran haastateltavan omasta taustasta, jotta saisimme kuvaa, että minkälaisia palveluita hän on käyttänyt ja milloin. Haastatteluiden kulku lähti aina siitä, että kerroimme haastateltavalle tutkimuksesta lisää ja ojensimme tiedotteen sekä muut vastaavat. Muistutimme, että tutkimukseen tuleva tieto julkaistaan täysin anonyymisti sekä asioista voi kertoa sen verran, kun niistä haluaa. Kun siirryttiin haastatteluosioihin, aloitettiin sillä, että aluksi haastateltava kertoi omasta taustastaan jonkin verran, jonka jälkeen syvennyttiin kysymysten avulla palveluihin, kuntoutusprosessiin, jatkuvuuteen ja muuhun työn kannalta varsin olennaisiin asioihin. Laaditut kysymykset ohjasivat haastattelun kulkua, jonka jälkeen niihin esitettiin lisäkysymyksiä. Aluksi kysyttiin esimerkiksi: "Koitko saavasi tarpeeksi apua päästessäsi palveluiden piiriin?", jonka jälkeen aiheeseen syvennyttiin esittämällä lisäkysymyksiä esimerkiksi tietystä palveluista tai muusta vastaavasta.

Haastattelijoilla oli haastatteluihin valmiiksi laaditut kysymykset, joiden avulla pyrittiin keskittymään tiettyihin teemoihin ja edetä keskustelussa niiden avulla (Liite 3). Näin pystyimme pitämään yllä keskustelua sekä kohdentaa keskustelua tiettyyn suuntaan, jotta saisimme tietoa halutuista aihepiireistä. Haastatteluissa esitettiin paljon tarkentavia kysymyksiä, jotka syvensivät ja aukoivat lisää aihepiirejä, ja haastattelut olivatkin lopulta hyvin keskustelunomaisia.

Aineisto kerättiin Uudeltamaalta Osis-yhteistyökumppanin avulla. Haastateltavat olivat 25–65-vuotiaita, joten heidän kokemuksensa ja näkemyksensä erosivat hieman toisistaan, vaikka selviä yhtenäisyyksiä haastatteluista paljon löytyikin. Haastatteluista kolme toteutettiin kasvokkain yksityisissä tiloissa, jossa ei ollut muita kuin kaksi tai kolme haastattelijaa, jotka laativat opinnäytetyötä sekä haastateltava. Näin ollen ulkopuolisten henkilöiden läsnäolo ei vaikuttanut myöskään haastateltavien vastauksiin. Yksi haastatteluista suoritettiin puhelimen välityksellä, niin että mukana oli kaksi haastattelijaa kotiloissa sekä haastateltava kotiloissaan. Ennen haastatteluja varmistettiin haastateltavalta, että järjestelyt sopivat heille, ja että miten he haluaisivat haastatteluiden järjestettäväksi. Järjestelyistä puhuttaessa kysyimme muun muassa, että onko haastateltavien määrä sopiva haastateltaville, ja että tilanne, aika ja paikka ovat haastateltaville sopivia. Haastattelut kestivät ajallisesti jokainen noin tunnin verran. Jokainen haastateltava kertoi tarkasti sekä avoimesti omista kokemuksistaan sekä mahdollisista toiveista, tarpeista ja mahdollisista kehitysideoista.

Haastattelut äänitettiin puhelimen ääninauhureilla. Lupasimme lisäksi haastateltaville, että nauhoitukset poistettaisiin tutkimuksen valmistuttua. Nauhoitukset litterointiin peruslitteroinnilla, tosin niin, että täytesanat, toistot sekä kesken jääneet sanat sekä muut litteroitiin ylös myös. Peruslitteroinnilla tarkoitetaan litterointia, jossa puhe litteroidaan sanatarkasti, mutta täytesanat, toistot ja muut vastaavat jätettäisiin pois. Peruslitterointi on yleinen litterointitapa esimerkiksi juuri teema-haastatteluiden purkuun, jolloin halutaan keskittyä juuri puheen asiasisältöön. Lisäksi käytimme jonkin verran litteroinnissa myös eksaktia litterointia, jossa merkitään ylös yksityiskohtaisesti muun muassa naurahdukset, tunteenilmaukset ja esimerkiksi äänenvoimakkuuden muutokset. Käytimme tätä menetelmää tosin

hyvin vaihtelevasti, niissä tilanteissa, missä nähtiin se tärkeäksi litteroinnin sekä merkityksen tulkitsemisen kannalta. (Mettovaara, 2016.)

Aihepiirinä päihdekuntoutuminen yksilön näkökulmasta on hyvin arka aihe. Aineisto pitää sisällään neljän eri päihdekuntoutujan haastattelut, jotka saimme pidettyä sekä järjestettyä yhteistyökumppanin yhteistyön avulla. Kyseessä on laadullinen tutkimus, jossa kuvataan päihdekuntoutujan näkemyksiä kuntoutusprosessista sekä erilaisista palveluista päihteidenkäyttäjille sekä kuntoutujille. Lisäksi kuvaamme heidän tarpeitaan sekä toiveitaan siitä, miten palveluita voitaisiin kehittää ja mitä niistä mahdollisesti puuttuu. Haastatteluista saatu materiaali oli hyvin laaja, sekä haastatteluissa poimittavia asioita oli paljon.

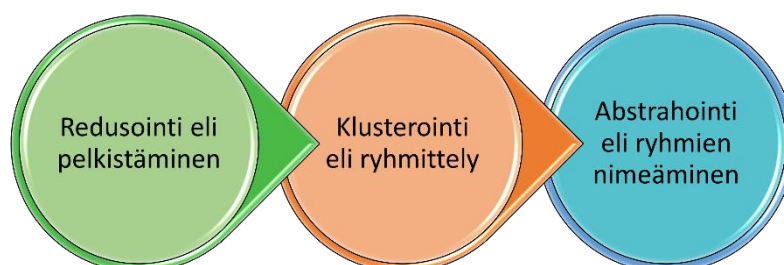
Haastatteluiden ilmapiiriä voisi kuvata rennoksi, mukavaksi sekä rauhalliseksi, vaikka itse aihe sekä kysymykset olivatkin hyvin henkilökohtaisia. Haastatteluissa pyrimme muistamaan, että roolimme oli lähinnä esittää kysymyksiä ja syventää niitä, mutta samalla kuitenkin olla ohjaamatta keskusteluissa nousevia ajatuksia tiettyyn suuntaan. Tärkeää haastatteluissa oli se, että pyrimme saamaan haastateltavien omat mielipiteet esille. Syy, miksi järjestimme haastattelut niin, että vähintään kaksi haastattelijaa olisi paikalla haastattelutilanteessa oli siksi, jotta haastatteluissa voitaisiin syventyä kunnolla eri teemoihin ja saataisiin mahdollisimman paljon irti kysymällä asioista monipuolisesti. Varmistimme lisäksi sen, että se oli haastateltavalle sopivaa, kuinka monta haastattelijaa paikalla olisi, jotta tilanne ei tuntuisi epämukavalta tai liian kuulustelevalta.

7.2 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on vanha menetelmä, joka käytettiin aikaisemmin tekstien, artikkeleiden, kirjeiden ja poliittisten puheiden analysointiin. Näiden lisäksi sisällönanalyysi on soveltuva myös haastatteluiden, äänien ja kuvien sisältävien aineistojen analysointiin. Sisällönanalyysiä käytetään käsitteiden, kategorioiden ja tutkittavan ilmiön analysoimiseen. Sisällönanalyysin ajatuksena on, että aineistoa on hyvin runsaasti teemojen laatimiseen sekä vertailuiden vuoksi (Tietoarkisto,

i.a.) Aineisto puretaan osiin, sijoittaen eri luokkiin, jonka jälkeen muodostuu uudeksi kokonaisuudeksi (Tuomi & Sarajärvi, 2013, s. 108–111).

Käytimme menetelmämme aineistolähtöistä sisällönanalyysimenetelmää, joka sopii hyvin haastatteluiden purkuun sekä menetelmän avulla voimme tehdä päätelmiä tutkimastamme materiaalista. Laadullisessa tutkimuksessa on kolme lähestymistapaa analyysin toteutukselle, joita ovat aineistolähtöinen, teorialähtöinen sekä teoriaohjaava lähestymistapa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on analysoida haastatteluista kerätty aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kuitenkin säilyttäen alkuperäisen aineiston sisältämän informaation. (Tuomi & Sarajärvi, 2013, s. 108–111.) Aineistolähtöisesti tutkimusta tehtäessä pääpaino on aineistossa, mikä taas tarkoittaa, että analysoidtavat yksiköt eivät ole ennalta määritettävissä. Tällöin voidaan puhua induktiivisuudesta, joka tarkoittaa etenemistä yksittäisistä havainnoista. Lisäksi induktiivisessa lähestymistavassa lähtökohtana ei ole teorioiden tai muun vastaavan testaaminen, eikä tutkija määrää sitä, mikä on tärkeää. (Tuomi & Sarajärvi, 2012, s. 95–96.)



Kuvio 6. Aineistolähtöisen analyysiprosessin havainnollistaminen

Induktiivinen aineiston analyysi koostuu kolmivaiheisesta prosessista, joita ovat redusointi, klusterointi ja abstrahointi. Noudatimme kyseiset vaiheet, joita toteutimme aineistolähtöisessä analysoinnissa. Ensimmäisenä vaiheena on aineiston pelkistäminen eli redusointi, joka tarkoittaa sitä, että poimitaan oleellimmat kohdat aineistosta, jonka jälkeen kirjoitetaan teksti tiivistettyyn muotoon. Pelkistetty ilmaus voi olla esimerkiksi yksittäinen sana tai virke. Toinen vaihe on aineiston

ryhmittely eli klusterointi. Edellisessä vaiheessa poimitut tiivistetyt ilmaukset ryhmitellään seuraavaksi omiin alaluokkiin, jonne sijoitetaan samaa tarkoittavat asiat. Alaluokat nimetään sisältöä kuvaavilla otsikoilla. Esimerkiksi “Kohtaamien terveydenhuollossa”, ja vastauksena esimerkiksi “kohdataan ihmiset yksilöinä, eikä kategorisoida eri luokkiin”. Kolmas vaihe on teoreettisten käsitteiden luonti eli abstrahointi. Vaihe jatkuu klusteroinnin pohjalta, eli ryhmittelyvaiheessa muodostetut alaluokat yhdistellään yläluokiksi, jotka kuvaavat alaluokkien kanssa samoja asioita. (Tuomi & Sarajärvi, 2013, s. 108–111.) Kuviossa 6 havainnollistetaan aineistolähtöinen analyysiprosessi.

Olimme litteroineet toteutetut haastattelut yhteiseen avoimeen tiedostoon, joka oli jaettuna vain ja ainoastaan opinnäytetyön tekijöille. Toteutimme kolmivaiheista prosessia eli redusointi, klusterointi ja abstrahointi haastatteluista saaduista materiaaleista. Etsimme tutkimuksen kannalta keskeisimmät sisällöt samankaltaisuuksien sekä ja teemojen perusteella. Tutkimusaineistoa luettiin huolellisesti läpi kokonaiskäsityksen sekä pienten huomioiden aikaansaamiseksi. Pelkistimme ilmaukset, joista muodostimme ala- ja yläluokkien lisäksi pääluokkia. Poimimme tutkimusaineistosta oleellisen tiedon tiivistetyssä muodossa analyysin vuoksi, muokaten niitä niin, jotta anonymiteetti säilyisi.

Opinnäytetyön teoriaosuus kirjoitettiin ennen aineiston keräämistä sekä tutkimustulosten valmistumista. Teoriaosuutta oli korjattu aineistojen sekä tutkimustuloksia kirjoittaessa. Käsiteltyämme haastatteluissa olevan tiedon aikaisemmin tekstissä mainitsemiemme vaiheiden avulla päädyimme lopulta luomaan ylä- sekä alaluokat. Päätimme yhdessä ala- ja yläluokista keskusteltuamme näistä noin kahden sekä kolmen päivän aikana. Sovimme, että lisäämme tai muokkaamme mahdollisesti luokkia, jos sille tulee tarvetta, tai jos löydämme asioita, joita voisi korjata tai muuttaa. Pieniä muutoksia tulikin luokkia avatessa. Analysointiin osallistuivat kaikki, niin että asioista keskusteltiin ääneen ja että paikalla oli aina joku haastatteluissa ollut henkilö.

Taulukko 1. Analyysin luokittelut haastateltavien vastauksista sekä toteutuksesta.

| PELKISTETYT ILMAUKSET | ALALUOKAT | YLÄLUOKAT | PÄÄLUOKAT |
|--|--|--|------------------------------------|
| <i>Kestää kauan päästä palveluiden piiriin</i> | Palveluiden saata- vuus | Palveluiden saata- vuus ja kehittäminen | Palveluiden kehittä- mistarpeet |
| <i>Avun oikea-aikai- suus</i> | | | |
| <i>Koronaepidemia</i> | | | |
| <i>Palveluiden moni- puolistaminen</i> | Palveluiden kehittä- minen | | |
| <i>Tarjotun avun riittä- vyys</i> | | | |
| <i>Hoitajien, lääkärien sekä muiden hoi- dossa olevien amma- tillinen kasvu sekä osaaminen</i> | Ammattitaitoinen henkilökunta | Ammattitaidon kehittäminen | |
| <i>Suunnitelmallisuus, lyhyen aikavälin ta- voitteet</i> | Realistiset tavoit- teet, lääkityksen ta- sapaino sekä merki- tyksellinen hoito- suhde | Kuntoutusprosessia tukevat tekijät | Kuntoutusprosessi |
| <i>Hyvä ja sekä pysyvä hoitosuhde vaikea ylläpitää</i> | | | |
| <i>Sopiva lääkitys aut- taa monella pysy- mään erossa</i> | | | |
| <i>Vertaistuki ja ver- taisryhmät ovat tär- keitä</i> | Yhteisöllisyys | | |
| <i>Motivaatio, sekä eri- laiset motivaatioita lisäävät tekijät</i> | Yksilölliset tekijät | Jatkuvuutta tukevat tekijät | Jatkuvuus |
| <i>Keskusteluapua aut- taa käsittelemään sekä löytämään ta- poja käsitellä ongel- mia</i> | Jatkuvuuden tuke- minen menetelmin | | |
| <i>Toiminnallinen apu tuo merkitystä ar- keen</i> | | | |
| <i>Kohdataan ihmiset yksilönä ja ei saa kategorisoida</i> | Arvokas ja kunnioit- tava kohtelu | Kohtaaminen ter- veydenhuollossa | Kohtaaminen ja asenteet |
| <i>Tasapuolinen koh- telu</i> | | | |
| <i>Ennakkoluuloiset asenteet</i> | | | |

8 TUTKIMUSTULOKSET

Aikaisemmista tutkimuksista löysimme paljon samankaltaisuuksia oman keräämämme tietomateriaalin kanssa. Asiat nousivat esille monta kertaa puhuttaessa esimerkiksi avunsaannin oikea-aikaisuudesta, palveluiden riittämättömyydestä sekä avun riittämättömyydestä.

Kasvavaa tarvetta päihdepalveluille tutkittaessa sekä haastatteluja toteuttaessamme kohtasimme samankaltaisuuksia, jotka nousivat esiin haastatteluissa sekä tietoa haettaessa selkeästi useamman kerran. Näitä asioita olivat esimerkiksi avunsaannin oikea-aikaisuus, palveluiden riittämättömyys sekä niiden tarjoaman avun sekä yksinkertaisesti paikkojen riittämättömyydellä.

8.1 Palveluiden kehittämistarpeet

Haastatteluissa tuli esiin palveluiden saatavuuden vaihtuvuus eri paikkakunnilla. Pienemmillä paikkakunnilla oli voinut olla, että ei ollut käytettävissä matalankynnyksen palveluta tai muita toiminnallisia palveluita lainkaan. Helsingissä mainittiin olevan parhaiten saatavilla erilaisia palveluita päihdetoipumisen tueksi, ja että ne on selkeästi keskitetty Helsingin alueelle.

Ruuhkat, pitkät jonotukset ja terveydenhuollonpalveluiden kuormittavuus ovat vaikeuttaneet potilaiden pääsyä hoitoon. Palveluiden ja etenkin matalakynnyksen paikkojen vähyys ja puutteet useissa paikkakunnissa kaivattiin muutosta. Haastateltavat olivat kokeneet matalankynnyksen paikkoja hyödyllisenä ja tärkeänä. Palveluiden kuormittavuus pahentavat ongelmia, viivästyttävät avunsaantia sekä aiheuttavat lisäkustannuksia.

Palveluita pitäisi olla paljon enemmän, ihan kaikkia palveluita. Ihmiset pääsisivät nopeammin kuntoutumaan ja katkollen. (H2)

Jos sinulla on ollut putki päällä, olet lopettanut sen putken ja haluat päästä katkollen. Korvaushoidossa katkoon pääseminen on hidasta.

Tähän tarvitaan parannusta, koska voi joutua odottamaan tyyliin puoli vuotta, jotta pääset katkolle. (H3)

Sekä avun että palveluiden löytäminen on ollut haasteellista, siksi haastateltavat olivat ilmaisseet kaipaavansa parannusta tiedotuksen suhteen, jotta kukaan ei jäisi ilman apua vaikeina aikoina. Ihmiset ajautuvat palveluiden piiriin hyvin erilaisia reittejä, mutta siihen on tärkeää panostaa, jotta palvelut ovat kaikille löydettävissä.

Hyvä integraatio hoitopaikkojen välillä sekä tiedonkulku yksiköiden sisäpuolella oli haastatteluissa puhutuina asioita. Se, että tieto kulkee paikasta toiseen sekä työyksiköiden sisällä sujuvasti koettiin tärkeäksi, jotta asioissa päästäisiin eteenpäin. Samojen asioiden kertominen monia kertoja uudelleen ja aloittaminen tavallaan puhtaalta pöydältä ratkomisprosessi tuo omat haasteensa mukanaan.

Niin kyllä mä siihen ensikohtaamiseen tahtoisin jollain tapaa parannusta, jotta se ei olisi niin kuin omalla kohdalla oli. Eli en enää nähnyt sitä lääkäriä, joka oli siinä minulla aluksi. Hoitaja oli, mutta hänkin sitten vaihtui. Aina tuli joku uusi työpari tai muu sen tyyppinen. Eli jauhat siinä sitten sitä samaa, samaa, samaa ja samaa. Ja sitten sieltä tulee uusi, ja katsoo taas uudestaan, että mitenkäs tämä ongelma "X" vaikuttaa hoitoon. (H2)

Tiedonkulku paikkojen välillä ei välttämättä aina kulje ja sitä voisi kehittää, jotta ei tarvitse alusta alkaen kertoa asioita. (H4)

Resurssipula on ilmennyt haastateltaville niin, että palveluissa hoitajilla on ollut liian vähän aikaa vuoron aikana ja heille ei ole jäänyt tarpeeksi aikaa keskittyä jokaiseen asiakkaaseen kunnollisesti. Oikea-aikaisuus on kärsinyt koska hoitopaikan odottaminen on kestänyt liian eikä päässyt heti hoitoon, kun on ollut tarvetta. Tapaamiset hoidon aikana ovat jääneet liian lyhyeksi, oman hoitajan näkeminen on ollut haasteellista sekä ylipäättään keskusteluavut ovat vähennetty. Näiden lisäksi haastateltava oli antanut elävän esimerkin siitä, kuinka korvaushoidossa käynti on supistettu niin, että käynti sisälsi ainoastaan lääkkeenjaon, vaikka käynnin tarkoituksena lääkkeenjaon lisäksi myös kysellä kuulumisia sekä ajatuksia.

Haastateltavat olivat sitä mieltä, että resurssipula johtuu pääasiassa siitä, että rahaa on liian vähän päihdepalveluiden kehittämiseen sekä hoitajia ei ole tarpeeksi. Palveluiden kilpailuttaminen aiheuttaa myös osakseen hallaa, koska halvimmalla hoitavat palvelut saattavat eivät pitkällä kantimella välttämättä ole parhaita. On tärkeää olla myös varautunut potilasmäärien kasvuun tulevaisuudessa ja sen takia tarvittaisiin ratkaisuja työvoiman turvaamiseksi tällä hetkellä sekä tulevaisuudessa.

Hoitopaikkojen järjestäminen täytyy tehdä kunnolla ja paremmin, ettei olisi pelkästään lääkejakoa. (H3)

Aikaisemmin kun oli vielä käytössä buprenorfiinapit niin imeytymiseen kesti noin 10 minuuttia suussa, siinä ajassa ehti väkisin vaihtaa kuulumisia hoitajien kanssa. Nykyään kun on käytössä buprenorfiininaloksonifilmi, joka imeytyy 30 sekunnissa, niin ei jää aikaa jupattelulle - eli aika lailla lääke suuhun ja ulos. (H4)

8.1.1 Palveluiden saatavuus ja kehittäminen

Palveluiden riittämättömyyttä tuotiin esille haastatteluissa moneen otteeseen. Ideaalisti palveluiden tarjonta pitäisi olla niin, että se on monipuolista, helposti saatavilla olevaa sekä laadukasta. Monesti tuotiin esiin oikea-aikaisuus, että apua tulisi olla saatavilla silloin kun siihen on valmis.

Joo, siis minulla kesti kauan päästä hoidon piiriin, mutta ei tuo nyky-päivänä kyllä kuulosta kovinkaan helpolta muillakaan, mitä on asiasta keskustellut. On ilmeisesti todella vaikeata saada apua. Ja sitten kun sen avun pitäisi olla oikea-aikaista, kun on se avun tarve ja hetki, että siihen on valmis. Ei siten, että sinua ruvetaan paikasta toiseen pompottelemaan, tai että ei pääse, koska on aikaisemmin mokaannut jonkun edellisen kerran. Hirveän surullisia tarinoita kuulee todella paljon. En siis todellakaan ole mitenkään ainut, toisilla on mennyt vielä huonommin. (H2)

Just, että apua olisi saanut nopeasti, silloin kun sitä käy pyytämässä. Niin, että ei olisi tarvinnut montaa kuukautta venaila, että pääset näkemään psykiatrista sairaanhoitajaa, joka sitten kertookin, että pitäisi päästä psykoterapiaan, mutta hän ei sitten voikaan asialle tehdä mitään, ja se jää sitten siihen kertaan. En tiedä mikä siinä on sitten niin

hankalaa, johtuuko se päihdeiden käytöstä, että ei voi ansaita luottamusta, että hoitaa asiansa. (H4)

Pääosin haastateltavat kertoivat haastatteluissa, että kokivat saaneensa tarpeeksi apua päästessään palveluiden piiriin ja kokivat saamansa avun myös riittäväksi.

Mulla ei ole mitään muuta kuin hyvää sanottavaa tuosta mun nykyisestä korvaishoitopaikastani. Siellä on todella ihania työntekijöitä, jotka ovat aivan parhaita ja todella hyviä. Tiedän, että on paljon potilaita ja että he ovat ylityöllistettyjä, sekä että tarvittaisiin myös näitä hoitopaikkoja ja varsinkin näitä katkoja lisää. (H3)

Kuitenkin nousi myös paljon ristiriitoja avun riittävydestä esille. Hoitohenkilökunta koettiin usein kiireiseksi ja haastateltavista tuntui, että henkilökuntaa oli liian vähän verrattuna asiakkaisiin. Lisäksi henkilökunnan vaihtuvuus oli haastatteluissa puheeksi nostettu asia. Vaihtuvuutta eri palveluissa oli haastateltavien mukaan paljon, joka koettiin huonona asiana hoitosuhteen kannalta. Tärkeäksi koettiin, että henkilökunta pysyisi mahdollisimman samana palveluissa, jotta hoitosuhde muodostuisi tai pysyisi vahvana.

Siinäki on just se, ei kukaa kerkee tutustuu oikee kunnol niiku siit syntyis ns hoitosuhde, ku on eri ihmisten kans koko aja ja kukaa ei oikeestaa tunne sua, mut sit kaikki kirjottaa kumminki pelkkii päätöksii ja juttui. (H4)

Epidemia on vaikuttanut päihdepuolen palveluihin muutaman vuoden aikana vaihtelevasti. Aikaisemmissa kappaleissa mainitsimme, että terveydenhuollon palvelut ovat luonnollisesti olleet kuormittuneita, se on heijastunut myös päihdepuolen palveluihin. Lisäksi mainitsimme, että epidemian takia on jouduttu tekemään tietynlaisia erikoisjärjestelyitä, joita tuli myös paljon haastatteluissa ilmi.

Ihmiset ovat olleet huonossa kunnossa koronan aikana, ihan järjetömiä määriä kuolee ihmisiä. Somaattisella puolella tapahtuu paljon amputaatioita, terveydenhuoltoa kuormitetaan ja eikä ole pilleriä, jolla voitaisiin parantaa. (H2)

Paikat on pidetty kiinni ja ihmiset ovat jääneet ilman apuja. Etänä pidetty videokeskustelu ei ole aivan sama kuin käydä paikan päällä. (H4)

Siellä, jossa kävin hoidossa, niin oli yksi se yksi sama päivälääkäri. Kun korona alkoi, niin kyseinen lääkäri jäi pitkälle sairauslomalle. Päihde- ja mielenterveys puolella ja siellä, jossa kävin niin ei ollut lääkäreitä moneen kuukauteen. Pitäisi palkata sijaisen varsinkin, kun on monta kuukautta poissa. (H4)

8.2 Kuntoutusprosessia tukevat tekijät

Suunnitelmallisuus sekä suunnitelmien luominen päihteistä toipumisesta koettiin hyvin vaihtelevasti. Se on hyvin ihmisestä riippuvaa, että mikä toimii kenellekin. Toiselle ihmiselle voi auttaa selvät suunnitelmat aloittaa täysraittius, kun taas toiselle tästä aiheutuu liikaa stressiä sekä päänvaivaa, jolloin on helpompi esimerkiksi aloittaa pienin askelin eteenpäin. Suunnitelmat koettiin kuitenkin tärkeäksi, mutta niiden toteutus käytännössä on hyvin yksilöllistä. Tavoitteiden sekä suunnitelmien realistisuus koettiin hyvin tärkeäksi.

Tällä hetkellä olen siis päihteetön, mutta en koskaan tehnyt sellaista päätöstä, että lopettaisin käytön kokonaan. En kyllä ole käyttänyt päihteitä nyt vuosiin, mutta se on ollut mulle helpompi tapa, verrattuna siihen, että olisin alkanut vouhkaamaan täysraittiuudesta. (H2)

Minulle henkilökohtaisesti, jos suunnitelma on suunniteltu liian pitkälle niin se tuo ison paineen. Sitä ei meinaa jaksa kantaa ensimmäisellä kerralla. Olen oppinut sen, että pitää olla realistisia voimien mukaisia ja lyhyellä aikavälillä. Haaveita ja tavoitteita pitää olla mutta kuitenkin pienin askelein. Ei ole järkeä suunnitella monen vuoden päähän, jottei suunnitelma kaadu. (H4)

Sosiaalinen sekä henkinen tuki nostettiin tärkeäksi osaksi päihteistä toipumisen prosessia haastatteluissa. Se, että pääsee kertomaan omista asioistaan, sekä purkamaan tunteitaan ja jakamaan näkemyksiä helpottaa taakkaa ja antaa monelle voimia. Lisäksi tähän liittyen toiminnallisuus sekä yhteisöt koettiin hyvin tärkeiksi asioiksi. Päiviin kaippaa toimintaa, jotta saa tekemistä sekä suuntausta arjelle. Yhteisöt taas luovat turvallisen ympäristön, missä voi olla oma itsensä sekä mahdollisesti harjoittaa erilaista toimintaa sivussa.

Varhaista puuttumista on koettu tärkeäksi haastatteluissa ja sillä on iso merkitys sairauksien ja sosiaalisten ongelmien ehkäisyssä. Epäkohdista esille nostaminen, oireiden tunnistaminen, havainnointi sekä ohjaaminen oikeaan aikaan oikeassa paikassa saadaan estettyä päihdeongelmien pitkittymiselle ja pahentumiselle. Näin ollen pystytään tarjoamaan varhaista tukea elämänlaadun parantamiseen.

Monet haastateltavat kertoivat, että kaikki eivät välttämättä saa apua hakeutessaan hoitoon. Jokaisen, joka apua hakee, pitäisi saada jonkinlaista tukea, eikä niin että jotkut saa ja jotkut jäävät odottamaan pitkiä aikoja.

Oikea-aikaisuus on tärkeää, kun kuunnellaan potilasta kokonaisvaltaisesti ennen luokittelua. (H2)

On tärkeää saada apua juuri silloin kun pyytää. (H3)

Hoidon saaminen oikealla ajalla on suuri vaikutus. (H4)

Haastatteluissa nousi vahvasti esille se, että kuntoutumisprosessi lähtee aina ihmisestä itsestään. Ketään ei voi pakottaa päihteettömään elämään, vaan siihen täytyy olla valmis. Motivaatio sekä halu toipua päihteiden ongelmakäytöstä on aina yksilöllistä, ja syitä haluta päihteettömään elämään on erilaisia. Suurin osa haastateltavista kertoi motivaation nousseen siitä, että he kertoivat olevansa väsyneitä päihteiden käytön mukana tuleviin ongelmiin ja että elämäntyylinä se on hyvin väsyttävää sekä raskasta.

Olin jo kyllästynyt siihen menoon, mutta silloin ei ollut mahdollisuuksia, ei ollut hoitoja aikaisemmin, silloin kun itsellä oli ajankohtaista. (H1)

Ei muutos tapahdu, jos joku ulkopuolinen sanoo sinulle, että sinun pitää mennä. (H4)

8.3 Jatkuvuutta tukevat tekijät

Jatkuvuus on tärkeä osa-alue päihteistä toipumisessa. Jatkuvuus oli yksi tutkittavista osa-alueistamme, ja haastatteluissa kysyimme ja syvennyimme myös siihen. Haastateltavat kertoivat, että jatkuvuutta tukee muun muassa tarkoituksenmukainen toiminta, jolla saada arkeen sisältöä.

Kaikki eivät pääse järjestöjen piiriin, Helsingissä tilanne on vielä hyvä mutta muilla paikkakunnilla tilanne ei välttämättä ole sama. Tähän pitäisi saada parannusta, lisäresursseja pitäisi olla enemmän palveluiden ylläpitämiselle. Toipuminen on pitkäprosessi, johon ei ole kuitenkaan oikotietä. (H2)

Riippuvaiset tarvitsevat toipumisvaiheessa toimintaa, jotta he saavat ajatuksia muualle, muuten he taipuvat takaisin kierteeseen koska ei ole mitään muutakaan tekemistä, kun on yksinäistä. Pitäisi saada tukea ja apua yksinäisyyteen. (H3)

Henkilökunnan pysyvyys päihdehuoltoapuolella koettiin myös tärkeäksi. Se, että tuntee asiakkaan, koetaan tärkeäksi myös sen takia, että apua tarjoava osapuoli tuntee asiakkaan ja siksi, koska hoitosuhdetta voitaisiin näin rakentaa paremmalle jalustalle.

Jatkuvuutta tukee myös, kun sinut kohdataan ihmisenä ja kirjoitetaan asianmukaisesti oikein tietojärjestelmään. Kirjaukset pitää olla kirjattuna tarkasti ja johdonmukaisesti riippumatta siitä kukin on vuorossa. (H2)

Jos samat ihmiset olisivat ympärillä niin se olisi aika hyvä, niin ei olisi hirveästi vaihtuvuutta. Enemmän keskusteluapua sekä tutkitaan syitä päihteiden käytölle. (H4)

Yksinäisyydestä mainittiin haastatteluissa esiintyvän muun muassa toipumisprosessin aikana. Yksinäisyyttä lisääviin tekijöihin ovat muun muassa epidemia ja katkaistut suhteet joko päihdepiirissä olevien ihmisten, kaverien tai läheisten kanssa. Tästä johtuen ei löydy ketään, jolle voi keskustella asioista. Tämä on erittäin hankala paikka, koska olet yksin asioiden äärellä, et voi kysyä tietoja tarvittaessa etkä voi purkaa huolesi muille. Haastateltavat painottivat yksinäisyyden

teeman tärkeydestä sekä halusivat, että teemaan pureudutaan enemmän. Tässä yhteydessä käytiin paljon keskustelua myös vertaisuudesta sekä yhteisöistä, sekä kuinka tärkeitä nämä asiat monelle ihmiselle ovat.

Yksinäisyys on tässä hommassa aika kova juttu. Sitä kokee hirveen monella tasolla ja olet monien asioiden kanssa yksin. Se on sellainen asia mitä minun mielestäni sivutetaan monesti, että et pääse yksinäisyyden tasoja purkamaan ja kertomaan. (H2)

On täytynyt vaihtaa kaveripiiriä ja kavereita varsinkin, jos haluan olla selvinpäin, joten en voinut olla käyttäjien kanssa. Kaveripiirin vaihtaminen oli silloin vaikeaa ja olit vaihtamisen jälkeen yksinäinen. (H3)

8.4 Kohtaaminen ja asenteet

Haastateltavat kertoivat, että olivat tulleet kohdelluksi hyvin eri tavoin eri terveydenhuollon palveluita käyttäessään. On ennakkoluuloisia negatiivissävyytteisiä olettamuksia, että apua hakeva henkilö on tullut paikalle vain esimerkiksi hakemaan päihteitä. Leimaaminen, sekä eriarvoinen kohtelu ja kohtaaminen ei ole ilmeisesti harvinainen ilmiö, vaan sitä tapahtuu paljon edelleen. Riippuu lisäksi paljolti työntekijästä, miten terveydenhuollon palveluissa tulee kohdatuksi. Monesti kuitenkin ajan kanssa kohtaaminen luonnistuu paremmin, kun potilaaseen tai asiakkaaseen tutustuu.

Lisäksi pelko erilaisista sanktioista hankaloittaa kanssakäyntiä. Kaikkeaa ei voi kertoa ilman, että tulee mahdollisia seurauksia.

Joo, kyllä sitä tapahtuu julkisen puolella. Monissa paikoissa ei voi sanoa olevansa korvaushoidossa ilman tuomituksi joutumista. (H1)

Ihmiset ovat todella tiedostavia sen suhteen, etten voi kertoa tätä ja sitä koska sanktiot ovat tämä ja nämä. Kyllä edelleenkin leimaamista on. Monet lääkärikäynnit ovat sitä, että he olettavat hakevani päihteitä. (H2)

Olemme yksilöitä, erilaisia ja kaikkia ihmisiä ei voi luokitella samaan luokkaan. Olen saanut tosi huonoa kohtelua mutta kun olen ollut

hoidossa vähän pidempään aikaan ja ehtinyt tutustua hoitajiin niin olen huomannut, että käsitys minusta muuttui. (H3)

Olen huomannut, että se riippuu tosi paljon, kuka on työntekijänä. Se on ihmisestä kiinni. Aika monen työntekijän kanssa, joita olen nähnyt, niin heidän asenteensa minuun on muuttunut ajan kanssa. (H4)

9 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyömme aihe on herkkä ja arkaluontoinen, koska käsitelimme päihdekuntoutujien henkilökohtaisia kokemuksista, joista voi olla joskus vaikea puhua. Arkaluonteisin osa työtä ovat haastattelut, koska niissä käsitellään hyvin henkilökohtaisella tasolla ihmisten elämää pitkällä aikavälillä. Muistutimme, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, ja että haastatteluäänitteet tuhoetaan tutkimuksen julkaistua. Tärkeää on myös se, että anonymiteetti pysyy koko tutkimuksen ajan. Anonymiteetin pysymiseksi, pidämme huolta, että haastateltavien nimet ja asuinpaikkakunnat pysyvät salassa. Lainauksissamme sekä muussa tekstissä pidämme huolen, että niistä ei ole tunnistettavissa ihmisiä.

Otimme yhteyttä sähköpostitse tutkimusluvan hakemiseen päihde- ja mielenterveysjärjestön MIPA-tutkimusohjelmassa toimineelta tutkimuspäälliköltä. Täytimme opinnäytetyön tekijöiden nimien lisäksi muutamilla lauseilla yleisesti työstämme sekä tulevasta suunnitelmasta että haastatteluiden toteuttelutavasta A-klinikan säätöön tietopuun sivustoon. Tutkimusluvan myönnettyä saimmekin vaihtolovelvollisuus lomakkeen allekirjoitettavaksemme ennen haastatteluiden keräämistä.

Tutkimukseen osallistujille annettiin tiedote (Liite 1) ja suostumuslomake (Liite 2), joissa mainittiin tutkimuksen tekijöistä, aiheesta, tarkoituksesta, tavoitteista sekä tiedot mihin tutkimuksessa tuotettua tietoa käytetään. Suoritimme myös haastattelun, jonka tarkoituksena kerätä osallistujilta palautteita omista kokemuksistaan. Haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja osallistujien vastaukset pysyvät anonyyminä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2019, s. 10.)

Osallistujat allekirjoittivat suostumuslomakkeen ennen haastattelun aloittamista ja he olivat tietoisia, että haastattelun voi keskeyttää missä vaiheessa haastattelun aikana ja että kertoa saa sen verran, kun haluaa. Tutkimuksen tekijöillä oli tiedossa haastatteluista kerättyjen äänitteiden säilytyspaikka, jotta ne eivät päätyneet ulkopuolisten käsiin. Haastattelujen lopuksi keräsimme allekirjoitetut suostumuslomakkeet talteen ja annoimme kyseiset lomakkeet yhteistyökumppanille

säilytettäväksi. Tutkimusmateriaali hävitetään tutkimuksen valmistuttua ja osallistujien anonymiteetin tulee säilyä koko prosessin ajan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2019, s. 10–11.)

Mielestämme tässä opinnäytetyössä eettiset käytänteet ovat toteutuneet haastatteluiden ja aineiston osalta hyvin. Haastatteluun osallistuneille kerrottiin osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja heiltä pyydettiin lupa haastatteluun, nauhoittamiseen sekä aineiston käyttämiseen tutkimuksessa. Osallistujien anonymiteetti pidettiin salassa sekä tutkimusaineisto säilytettiin niin, etteivät ulkopuoliset päässeet aineistoon käsiksi. Korostimme nauhoitettujen haastatteluiden käyttämistä ainoastaan opinnäytetyössämme, ja sekä luvattiin hävittää äänitteet opinnäytetyön valmistuttua.

Rehellisyyttä ja luotettavuutta noudatettiin tutkimuksen teon jokaisessa vaiheessa. Periaatteena oli ehdoton nollatoleranssi plagioinnin suhteen, eli toisten tekstien luvatonta kopioimista ilmoittamatta alkuperäistä lähdettä. Lisäksi työmme edetessä on tärkeää, että noudatamme aktiivisen oppimisen periaatetta. Halusimme, opettelimme ja ymmärsimme ohjata omaa toimintaamme siten, että työn edetessä opimme jatkuvasti aiheesta myös lisää ja oivallamme uusia asioita. Ryhmällämme ei ollut laajaa kokemusta työn aihepiiriin liittyen, joten etsimme lisää tietoa ja kokemusta työhön liittyen. Työn edetessä keskustelimme avoimesti asioista ja teimme työtä neutraalisti, jotta työn tulos on perustuva ainoastaan oikeisiin löydöksiin. On eettisesti tärkeää, että emme tuo omia mielipiteitä, ajatuksia tai muuta vastaavaa työhön mukaan, jos se ei vaadi sitä.

Oli tärkeää, että haastatteluiden analyysimenetelmä on valittu hyvin ja että osaamme käyttää niitä oikein, koska haastatteluiden heikko analysointi voi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen paljon. Haastattelumenetelmänä teemahaastatteluiden haastava puoli tulee esille haastatteluiden analysointivaiheessa, kun haastatteluiden analysointi ja se mitä niistä nostetaan esille, on hyvin riippuvaista analysoijista. Olemme pyrkineet ottamaan tämän huomioon, ja nostamaan esille mahdollisimman laajasti eri asioita. Lisäksi haastatteluiden tulkinnassa ja analysoinnissa ryhmän kanssa keskustelimme yhdessä, jotta olimme samaa mieltä tulkinnasta ja että tulkinta olisi mahdollisimman tarkka. Analysoinnissa oli aina

mukana haastattelussa oleva henkilö, joka kertoi, miten haastattelussa jokin asia oli tullut ilmi ja miten haastateltava oli kertonut asian. Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi olemme ottaneet huomioon eri asioita, jotka vahvistaisivat tutkimuksen luotettavuutta. Käytimme hyödyksemme tietoa luotettavista sekä tutkimukselle ajankohtaisista lähteistä.

Haastatteluihin osallistuvat henkilöt valikoituivat niin, että opinnäytetyön yhteistyökumppani kyseli asiakkailtaan kiinnostusta haastatteluihin osallistumisesta. He jakoivat tiedotteen, jossa kerroimme opinnäytetyöstä ja sen tarkoituksesta. Tämän jälkeen yhteistyökumppani ilmoittivat asiakkaiden yhteystiedot meille, jotka olivat halukkaita haastatteluun. Saatuamme yhteystiedot olimme yhteydessä asiakkaisiin ja tarkensimme ennen haastatteluiden aloitusta. Tämän jälkeen sovimme tapaamiset toiveiden ja asiakkaiden aikataulujen huomioiden. Emme halunneet aiheuttaa ylimääräisiä muutoksia heidän aikatauluihinsa, ja tämän takia kunnioitimme heidän esittämiin toiveisiin. Näin ollen saimme sovittua kolme haastattelua pidettyä paikan päällä yhteistyökumppaneiden tiloissa ja yksi haastattelun puhelin välityksellä. Tämä tukee tutkimuksen objektiivisuutta tutkijan asemaa.

Kaksi asiakkaista olivat peruneet haastatteluihin osallistumisen, joten otimme yhteyttä yhteistyökumppaniin, jotta saisimme korvattua menetetyiden haastatteluiden määrät. Haastattelut sujuivat hyvin, rauhallisissa merkeissä ja annoimme haastateltaville puheenvuoron, kun taas roolimme oli vain esittää tarkentavia kysymyksiä tutkimuskysymysten lisäksi. Haastatteluihin osallistuneiden henkilöiden hoitopolut olivat kullakin hyvin erilaiset, kukin haastateltavat ovat hakeneet hoitoon eri aikaväleillä ja ovat olleet julkisen ja kolmannen sektorin palveluiden piirissä. Haastateltavat kertoivat haastatteluiden jälkeen aiheemme tärkeyden sekä helpottuneen kokemien taustasta huolimatta. Nauhoitimme kaikki haastattelut ja litteroimme joka ikisen sanan, joita sanottiin haastatteluissa.

Kirjasimme tutkimusprosessin ja analyysin vaiheet selkeästi opinnäytetyöhömme. Koostimme analyysitaulukon haastateltavien ilmauksista, josta lukija pystyy seuraamaan miten luokkiin ja niiden tuloksiin, johon olemme päätyneet.

Litteroinnin tulkinnan luotettavuuden kanssa olemme litteroineet kerätyn aineiston sanatarkasti ja sekä välillä tarkentaen ilmaisutapaa väärintulkinnan välttämiseksi. Haastatteluissa olleet henkilöt tekivät ainoastaan tulkintoja, jotta välttäisiin tulkintavirheitä.

Kehitettävää haastatteluissa oli se, että ryhmämme jäsenillä ei ole pitkää kokemusta pähdepalveluista, kuntoutujista sekä erilaisista menetelmistä, joten jouduimme turvautumaan pääasiassa lyhyeen kokemukseen sekä perehtymällä laajasti pähdepalveluihin, kuntoutumisen prosessiin sekä vastaavaan, jotta haastattelut olisivat sujuvia ja osaisimme esittää haluamiamme kysymyksiä sekä analysoimaan teemoja hyvin. Parannettavaa haastatteluissa olisi se, että pyrkisimme paremmin liikkumaan keskusteluissa aihepiiristä aihepiiriin ja esittämään parempia kysymyksiä haastatteluiden edetessä. Kohdittain olisi voitu spesifioida kysymyksiä lisää, jotta olisi saatu tarkempaa tietoa. Lisäksi pohdimme, että onko parempi haastatella niin, että paikalla olisi ainoastaan yksi haastateltava vai onko parempi se, että paikalla on muutama. Vastaus riippuu paljolti haastateltavasta, ja olikin hyvä, että haastateltaville sopivat järjestelyt, missä oli muutama haastateltaja paikalla.

10 YHTEENVETO

10.1 Palveluiden kehittämistarpeet

Hyvä tiedotus palveluista koettiin tärkeäksi monesta eri syystä. Haastateltavat toivat esille, että heillä on monesti tiedossa, että palveluita on tarjolla sekä mistä niitä saa, mutta tiedottaminen itselle sopivista palveluista sekä niihin ohjaaminen helpottaa niin sanottua ensimmäisen askeleen ottoa kohti päihteetöntä elämää. Tiedotus koettiin lisäksi tärkeäksi sen takia, että omat voimavarat palveluiden piiriin hakeutumiselle eivät aina ole riittävät. Haastatteluanalyysi osoitti, että tiedottamisesta sekä palveluohjaamisesta oltiin vahvasti samaa mieltä siitä, että se on tärkeää, sitä voitaisiin lisätä ja että se auttaa kuntoutumisen aloitusta.

Haastateltavat olivat olleet hyvin eri aikoina eri palveluiden piirissä. Hoitoon pääsystä oltiin pääasiassa kuitenkin yksimielisiä siitä, että joihinkin palveluiden piiriin on hyvin vaikea päästä, jos kriteerit sinne eivät täyty. Hyvänä esimerkkinä haastatteluissa mainittiin kuntoutuksen pitkistä jonotusajoista. Pitkistä jonotusajoista hoitoon on enemmän haittaa kuin hyötyä, hoidon viivästyminen heikentää toiminta- ja työkykyä ja saattaa johtaa sairauden pahentumiseen, suurempiin kustannuksiin ja raskaimpiin hoitovaihtoehtoihin turvautumiseen. Hoitoon pääsy koettiin viime vuosikymmenen aikana vaikeaksi. Korona pandemian koettiin vaikeuttaneen hoitoon pääsyä entuudestaan.

Haastateltavat olivat yksimielisiä siitä, että matalan kynnyksen palveluita pitäisi olla enemmän kuin tällä hetkellä. Matalan kynnyksen palvelut tarjoavat kävijöilleen mahdollisuus tapaamaan muita ihmisiä, joista he saavat tukea ja kannustusta sekä jokainen on tervetullut. Monissa haastatteluissa mainittiin yksinäisyydestä ja kun ei ole ketään, jolle voi puhua ja jakaa tuntemuksiansa kuntoutumisprosessin aikana. Analyysimenetelmää hyödyntäen selvitimme, että haastateltavat olivat asiasta vahvasti samaa mieltä, että matalan kynnyksen palveluiden ja hyödyntäminen lisääminen koetaan tärkeäksi tulevaisuusnäkökulmaa sekä kuntoutusprosessia ajatellen.

Tähän liittyen haastatteluissa tuotiin myös esille päihdepalveluissa työskentelevien ihmisten osaaminen päihdealalla. Koettiin tärkeäksi se, että alalla työskentelevillä on osaamista sekä kokemusta päihdepuolelta, jotta voidaan tarjota kunnon tukea. Useimmiten haastateltavat kertoivat, että olivat tulleet kohdelluksi kuitenkin hyvin ja saatu apu oli hyvää sekä ammattimaista. Ainoaksi ongelmaksi tässä kohtaa koitui se, että riippuen paikasta, joskus työntekijöillä ei ollut antaa aikaa. Haastatteluiden analyysi toi esille, että oltiin vahvasti samaa mieltä, että hoitavan henkilökunnan osaaminen on tärkeä osa päihdepalveluita. Osaaminen voidaan luokitella tässä osin hyväksi kohtaamiseksi sekä tietämys sekä kokemus, miten auttaa päihdekuntoutujaa tai -käyttäjää. Lisäksi on tärkeää, että sosiaali- ja terveysalalla työskentelevällä henkilöllä on riittävä tietämys ja osaaminen, miten pyrkiä tukemaan sekä auttamaan päihteiden ongelmakäyttäjää tai riippuvaista. Esimerkiksi päivystykseen ongelmakäytöstä joutunut henkilö voi hyvin olla juuri silloin tilanteessa, jolloin interventioista olisi hyötyä.

Työntekijöiden pula on ollut pitkään ongelmana sosiaali- ja terveysalalla ympäri Suomea, siitä huolimatta yhteiskunta ei ole tälläkään hetkellä vielä keksineet ratkaisuja ongelmalle ja nämä ongelmat ovat olleet jo olemassa ennen koronaa. Uutisista näkee ja kuulee jatkuvasti siitä, kuinka moni on lopettanut ja vaihtanut alaa varsinkin pandemian aikana. Henkilöstön liian tiheä vaihtuvuus voi johtua monista eri syistä, esimerkiksi palkkatason takia, joka ei vastaa työnrankkuuteen, esimiestyö, arvostusta ei näy tarpeeksi sekä työhyvinvointi työpaikassa on huono. Työntekijöiden pulaan on pyritty ratkaisemaan tilapäisesti kysymällä työntekijöiltä tekemään tuplavuoroja eli puuttuvien vuorojen paikkaamista joko toisen työntekijöiden poissaolojen takia tai muun syyn takia, mikä ei ole kannattavaa pitkällä aikavälillä palautumisen, jaksamisen ja terveyden kannalta. Osastoilla jouduttu vähentämään hoitokapasiteettiaan työntekijöiden pulan vuoksi tai jopa lopettamaan palveluita.

10.2 Kuntoutumisprosessia tukevat tekijät

Joissakin haastattelussa haastateltavat toivat esille, että kuntoutujan elämä voi monesti tuntua hyvin yksinäiseltä tai muuten tuntua siltä, että kaipaa jonkinlaista

toimintaa, jotta saisi ajatukset siirrettyä muualle. Haastatteluanalyysi osoitti, että toiminnallinen apu koettiin yksimielisesti tärkeäksi, eli asiasta oltiin vahvasti samaa mieltä. Toiminnalliset menetelmät, esimerkiksi tapaamiset muiden ihmisten kanssa, missä toiminnalla on jokin merkitys, voisi tuoda järjestystä sekä konkreettisuutta kuntoutumisen arkeen.

Monet haastateltavista olivat tehneet vertaistoimintaa, ja kokivat tämän tärkeäksi osaksi omaa aikaisempaa kuntoutumistaan. Ajatusten jakaminen sekä se, että saa olla rehellinen omista tunteistaan sekä ajatuksistaan pelkäämättä, että tulee leimatuksi tai joutuu erilaisiin seurauksiin, koettiin tärkeäksi. Vertaisuus luo vahvan yhteenkuuluvuuden tunteen sekä vertaisten kanssa voi jakaa sekä tiedottaa tavoista, paikoista tai muusta vastaavasta, josta kuntoutuminen päihdeistä olisi helpompaa. Vertaistuellalla, ammattitaitoisella työntekijöillä sekä hoitotiimillä on iso rooli kuntoutumisessa. Haastatteluanalyysi osoitti, että vertaisuudesta oltiin vahvasti samaa mieltä siitä, että se on tärkeää ja on iso hyöty päihdeitä käyttävälle tai niistä kuntoutuvalle henkilölle.

Haastatteluissa vähemmän esille noussut aihepiiri oli aikainen puuttuminen päihdeongelmaan. Suurimmassa osassa haastatteluista asia nousi kuitenkin selkeästi ilmi jossain kohdin, että aikaisella puuttumisella olisi vältetty paljon työtä, ja että aikaisemmalla puuttumisella päihdeongelmaan on iso merkitys, jos halutaan ehkäistä päihdeongelman kehittymistä entistä vakavimmaksi. Mitä aikaisemmin kehittyvään päihdeongelmaan puuttuu, sitä helpommin siitä pääsee myös eroon. Haastatteluanalyysi osoitti, että oltiin samaa mieltä siitä, että aikainen puuttuminen päihdeongelmaan ennaltaehkäisee sen kehittymistä vakavammaksi. Haastattelukysymyksissä ei erikseen kysytty aikaisesta puuttumisesta päihdeongelmaan, joten se vaikuttaa jonkin verran tutkimustulosten analyysiin. Aihepiiri nousi siitä huolimatta esiin, joten se on tärkeä nostaa myös esiin tuloksissa.

Suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus sekä eri menetelmät ja toteutukset päihdeongelman helpottamiseksi koettiin tärkeäksi. Koettiin, että on tärkeää olla tavoitteita, mutta niitä ei saisi asettaa alkuun liian korkealle, koska se voi tuntua liian vaikealta. On hyvä käydä asiakkaan ja läheisen kanssa suunnitelmaa läpi, varmistaa asiakkaalta, että oikeasti ymmärtää suunnitelmaa sekä muistuttamaan ettei

suunnitelma ole kiveen hakattu koska tarvittaessa suunnitelmaa pystytään tarvittaessa muokkaamaan. Haastatteluanalyysi osoitti, että oltiin samaa mieltä siitä, että hyvä sekä realistinen suunnitelmallisuus on tärkeää kuntoutumisen kannalta.

Jokaisessa haastattelussa kuntoutujien oma motivaatio sekä halu päihteiden käytön lopettamiseen oli yksi tärkeistä asioista kuntoutusprosessissa sekä sen aloittamisessa. Haastateltavat toivat esille, että ketään ei voi pakottaa päihteettömyyteen, vaan muutokseen täytyy olla valmis sekä sitä täytyy haluta. Pääasiassa halu lopettaa haastateltavista nousi väsymyksestä päihdemaailmassa elämiseen, mutta myös suuret elämänmuutokset tai muut vastaavat tuotiin esille. Haastatteluissa nostettiin esille, että syy miksi haluaa lopettaa, on yksilöllistä, mutta sitä täytyisi tukea. Tässä yhteydessä myös tarjotun avun oikea-aikaisuus nousi tärkeäksi elementiksi osana kuntoutusta. Halu lopettaa voi tulla yllättäen ja apua tulisi olla tarjolla, kun sitä eniten kaipaa ja kun siihen on eniten valmis. Haastatteluanalyysi osoitti, että oltiin vahvasti samaa mieltä siitä, että kuntoutujan oma motivaatio on yksi tärkeimmistä asioista kuntoutuksen aloittamisessa sekä sen jatkuvuudessa.

Haastatteluissa nostettiin myös esille kuntoutujien voimavarat. Monesti voi olla, että kuntoutujalla ei ole paljoa voimavaroja etsiä tai hakeutua kuntoutukseen, joten siitä tiedottaminen sekä ohjaaminen palveluiden piiriin on tärkeää. Tutkimustulokset osoittivat, että kuntoutujan omat voimavarat sekä niiden tukeminen koettiin tärkeäksi osana kuntoutumista. Aktiivisuudella, voimavaroilla ja sitoutumisella hoitoon tukevat kuntoutumisprosessia, hoidon jatkuvuutta sekä hoidon lopputulosta. Kuntoutussuunnitelmaa on syytä tarkistaa ajoittain ja arvioida kuntoutuksen prosessin vaikutusta sekä käydä läpi asiakkaan kanssa ja laatia yhdessä tarvittavat muutokset tavoitteen saavuttamiselle.

10.3 Jatkuvuutta tukevat tekijät

Haastatteluissa tuli ilmi, että osaavien ammattilaisten työntekijöiden kannustus ja luottamus tukee hoidon jatkuvuutta. Hoitajan ja asiakkaan välinen suhde alkaa usein siitä, kun he tutustuvat toisiinsa ja hyvän hoitosuhteen keskeisiä piirteitä

ovat kunnioitus, asiallisuus ja suvaitsevaisuus. Kun nämä kyseiset piirteet täyttyvät niin hoidettava luottaa hoitajien antamiin neuvoihin ja arviointiin. Mikäli edellä mainitut piirteet eivät täyty niin ohjeet ja neuvot eivät toteudu sekä tehottomaksi.

Haastatteluissa nousi ilmi myös, että parempi integraatio eri palveluiden välillä auttaisi monesti kuntoutusprosessin kulkua. Asiakkaiden tiedonkulku palveluiden välillä voisi olla sujuvampaa, jolloin oltaisiin enemmän kärryillä asiakkaista, jolloin voitaisiin harjoittaa parempaa suunnitelmallisuutta. Tässä yhteydessä nousi myös esille henkilökunnan vaihtuvuus, sekä tutut kasvot, jotka koettiin myös tärkeäksi.

Haastattelijat kertoivat oman näkemyksensä asioista, jotka tukevat hoidon jatkuvuutta. Suurin osa toivoi, että keskustelu- ja toiminnallista apua olisi päihteistä kuntoutuville ihmisille lisää. Vastaajat olivat vahvasti sitä mieltä, että pitää olla enemmän toiminnallisia yhteisöjä, joissa voisi olla erilaista toimintaa, esimerkiksi grillailua, askartelua, elokuviin, museoon ja teatteriin menoa, jotta on tekemistä, jonka avulla voi siirtää ajatukset muualle ja yksinäisyyden tunne helpottuu, eikä palaa takaisin päihteiden käytön kierteeseen.

Keskusteluapu koettiin erittäin tärkeäksi monin eri tavoin. Vertaisuus, hyvä hoitohenkilöstön kohtaaminen, ryhmät sekä muut vastaavat missä voi keskustella toisen kanssa vapaasti, oli kyseessä kuntoutuja tai hoitohenkilöstöön kuuluva henkilö, nousi haastatteluissa esille erittäin tärkeänä asiana. Aikaisemmat kokemukset keskustelukerroista ammattilaisten kanssa kuntoutujilla oli se, että monissa tapaamisissa oli hyvin vähän aikaa käytettävissä ja että keskustelukertoja oli vähän. Lisäksi keskustelukertoja oli vaikeaa järjestää. Keskustelukertojen lisääminen koettiin samoin tavoin tarpeelliseksi kuin toiminnallisten aktiviteettien sekä yhteisöllisyyden lisääminen, jotka helpottavat ongelmien käsittelyä ja toipumista.

10.4 Kohtaaminen ja asenteet

Epäasiallinen kohtelu sekä huonojen menetelmien käyttö voi olla esimerkiksi lääkkeillä pakottamista tai niillä uhkaamista, joita tapahtuu vieläkin nykypäivänä.

Vaikka vieläkin nykypäivänä tapahtuu lääkkeiden pakottamista, tämä ei ole kuitenkaan oikea tapa lähestyä koska potilas muuttuu enemmän hoitokielteiseksi. Potilaalla on itsemääräämisoikeus, joka tarkoittaa sitä, että potilaalla on oikeus päättää osallistumisesta hoitoihin. Potilas on hoidettava yhteisymmärryksessä molemmin puolin sekä on kunnioitettava potilaan päätöstä. (Terveyden ja hyvinvointilaitos, i.a.-a)

On tilanteita, joissa potilas ei ole ihanteellisessa kunnossa ja ole kykeneväinen tekemään päätöstä, mutta on kuitenkin vaaraksi omalle ja muiden terveydelle ja turvallisuudelle. Näin ollen on huomioitavana tahdosta riippumaton hoito, joka on säädetty mielenterveyslaissa. Tahdosta riippumattoman hoidon toteutuminen vaatii kuitenkin tiettyjen edellytyksien täyttymisen, jotta sitä voidaan alkaa toteuttamaan. Näitä ehtoja ovat diagnosoitu mielisairaus, sairauden paheneminen hoitamattomana, kyseisen henkilön sekä muiden terveydentilan vaarantaminen ja että mielenterveyspalvelut ovat riittämättömiä tilanteeseen nähden. (Huttunen, 2018c.)

Haastateltavista jokainen kertoi, että oli tullut kohdelluksi terveydenhuollon palveluissa jollain tavoin ennakkoluuloisesti, jos päihteenkäyttö oli tullut esille. Haastatteluiden analyysi osoitti, että haastateltavat olivat vahvasti samaa mieltä siitä, että terveydenhuollon palveluissa tulee monesti leimatuksi sekä kohdelluksi eri tavoin, jos päihdekäytön tausta tulee esille hoidon aikana. He kertoivat, että ennakkoluulot ja leimatuksi tuleminen on monesti vastassa heti, kun aikaisempi päihdetausta tulee ilmi hoidossa. Tästä syystä vuorovaikutus on ollut haasteellista erityisesti ensikohtaamisessa ja hoidon aikana terveydenhuollon palveluissa. Puolet heistä olivat kertoneet saaneensa enemmän apua matalan kynnyksen palveluista kuin sairaaloista. Tästä syystä, he kertoivat hyötynensä enemmän matalankynnyksen paikoista sen takia, koska siellä löytyy hyvin samankaltaisia ihmisiä, joille on helppo avautua ja olla rehellinen. Haastateltavat kertoivat myös, että ajan kanssa ennakkoluulot hävisivät, mutta ne vaikeuttivat usein hoitoa varsinkin alkuvaiheissa. Terveydenhuollon palveluilla tarkoitamme tässä yhteydessä kaikkia terveydenhuollon palveluita.

Yhdessä haastatteluista korostettiin erityisesti rehellisyyden tärkeydestä, kuinka tärkeää on kohdata potilasta normaalisenä ihmisenä päihdetaustasta huolimatta. Potilaan pitää ottaa vakavasti, tulla kuulleeksi sekä olemalla kunnioittava. Vuorovaikutuksen ilmapiiri pitää olla rauhallista, jossa potilas voi kertoa kaiken haluamansa salaamatta tai jättää tahallaan kertomatta, jotta ei syyllistettäisiin.

11 POHDINTA

11.1 Tulosten tarkastelu

Tavoitteena oli lisätä tietoa päihdekuntoutujien kokemuksista päihteiden käytöstä, riippuvuuksien hoidosta, avun tarpeesta sekä palveluista. Näihin tavoitteisiin päästiin, koska haastatteluista saimme tietoa kaikista näistä osa-alueista. Vertaillessamme saatua tietoa aikaisempiin tutkimuksiin, huomattiin että pääosin saatu tieto oli samantyyppistä, mitä aikaisemmista tutkimuksista on noussut ilmi, ja käymme tätä hieman myöhemmin tekstissä vielä läpi.

Tutkimuskysymyksiin saatiin hyviä vastauksia. Teemahaastattelu oli selkeästi sopeva menetelmä haastattelulle sekä laaditut kysymykset oli räätälöity niin, että tutkimuskysymyksiin saataisiin jonkinlainen vastaus jokaisesta haastattelusta. Kysyimme haastateltavilta myös tarkentavia kysymyksiä, mikäli vastaukset jäivät suppeiksi. Lisäksi haastateltavat kertoivat avoimesti sekä laajasti omista näkemyksistään haastatteluissa, jonka ansiosta saimme tutkimuskysymyksiin vastauksia.

Katsoimme yhdessä läpi tutkimuksia sekä opinnäytetöitä aikaisemmilta vuosilta koskien päihdekuntoutujien tarinoita omista hoitoprosesseistaan, kuntoutumisesta, hoitopolun sujumisesta sekä vastaavasta. Halusimme vertailla omia tuloksiamme muiden opinnäytetöiden tutkimustuloksiin yhtäläisyyksien tai mahdollisten eroavaisuuksien löytämiseksi. Huomasimme, että monissa kohdissa oli päädytty samoihin löydöksiin kuin työssämme. Näitä asioita tuli esiin muun muassa hoitoon pääsyssä, asiakkaan motivaation tärkeydessä, hoitohenkilökunta-asioiden tukiverkostosta puhuttaessa ja realistista tavoitteista kuntoutuksen aikana puhuttaessa.

Useimmat haastateltavamme kertoivat haastatteluissa vaikeuksistaan hoitoon pääsystä ja siitä, kuinka kauan he olivat joutuneet odottamaan viikkoja, ellei kuukausia ennen oikeaa kutsua hoitopaikkaan. Haastatteluissa mainittiin, että odo-

tusajat voivat vaihdella aivan laidasta laitaan. Joku saattaa saada apua ongelmaansa heti, kun taas joku joutuu sitä pitkään odottamaan. Näin ei saisi tapahtua, varsinkin päihdekuntoutujilla on oma kynnyks hoitoon hakeutumiselle, hoidon pääsyn vaikeudet pitkittävät hoidon saantia sekä aiheuttavat ongelmien pahentumista. (Nyström, 2014.)

Asiakkaiden oma tahto ja motivaatio ovat tärkeitä tekijöitä kuntoutumisprosessissa. On vältettävä tuomitsevaa asennetta ja suostuttelua varsinkin retkahdusten sattuessa. Pakko sanan käyttö ja kielteinen päätös haluamaan hoitopaikkaan koettiin myös motivaatiota laskeviksi tekijöiksi. Ammattitaito ja hyvän hoitosuhteen elementit, joissa on arvostusta sekä kunnioitusta hoitajan ja potilaan välillä, paransivat hoidonlaatua sekä onnistumista. Tukiverkoston tärkeys on painavassa roolissa varsinkin kuntoutuksen jälkeen. Kuntoutuksen loputtuaan yleensä asiakas ihmettelee, mitä tapahtuu seuraavaksi, kun asiakas ei ole välttämättä vielä tottunut kyseiseen tilanteeseen ja sinä hetkellä olisi hyvä saada apua päihdekierteen palaamisen välttämiseksi. Lyhytaikaiset tavoitteet vähentävät paineita asiakkaalle. (Nyström, 2014.)

Omaisien osallistumismahdollisuudet hoitoprosessiin sekä hoitojen tuloksellisuuden yhdessä asiakkaan kanssa ovat hyvin mielenkiintoisia näkökulmia, joita emme tuoneet esille työssämme. Omaisien tuki ja läsnäolo kasvattaisivat todennäköisyyttä hoidon sitoutumiseen ja arjen selviytymiseen. (Rautio, 2019)

Vähemmän tutkimuksissa tullut vastaan ilmiö, joka nousi myös haastatteluissa kuitenkin esille, oli se, että haluttaisiin yhtä laadukasta hoitopaikkaa monen sijasta. Haastatteluissa haastateltavat nostivat esille sen, että olisi hyvä saada laadukasta hoitoa yhdestä paikasta sen sijasta, että saa monesta paikasta keskivertohoitoa. Hoidon monipuolisuuden saaminen samasta paikasta helpottaa sekä asiakkaiden että työntekijöiden tilannetta, koska paikasta toiseen pomputteluilla ja kertomuksen kertominen alusta alkaen aiheuttavat asiakkailleen väsymystä, tyytymättömyyttä, lisäkustannuksia ja heikentävät hoidon vaikutusta.

Olisimme aloittaneet opinnäytetyön tekoa aikaisemmin ja varanneet työhön reilusti enemmän aikaa. Teoriat, tietojen ja tutkimusten löytäminen, hyödyntäminen

ja sekä kirjoittaminen ovat vaatineet aikaansa. Huomasimme jälkeinpäin tietynlaisia parannuskohteita, joita olisimme voineet haastatteluissa parantaa. Haastatteluissa olisimme voineet vielä syventää keskusteluja joihinkin aihepiireihin enemmän. Kun yhteen kysymykseen saadaan vastaus niin toinen nousee esille tuloksia tarkastellessa.

Tehtävänjako onnistui hyvin, vaikka siinä oli myös parantamisen varaa. Oli tärkeää, että esimerkiksi haastatteluissa olleet henkilöt analysoivat niissä kerrottuja asioita, jotta tutkimuksen luotettavuus pysyisi korkealla. Vastaavia parannuskohteita löytyy varmasti lisää. Siitä huolimatta olemme tyytyväisiä työhömmme sekä lopputulokseen ja olemme päässeet tavoitteisiin, joihin olimme pyrkineet etsimään vastausta alun perin. Koemme, että olemme tuoneet tärkeimmät näkemykset haastateltavien puolelta työssämme esille.

11.2 Yleistä pohdintaa tutkimustuloksista

Mahdollista lisäkoulutusta olisi hyvä olla aina saatavilla päihdepalvelussa työskentelevillä ja näin voitaisiin parantaa saatuja tuloksia. Haastatteluissa mainittiin siitä, että joissain paikoissa asiakkailta tuntui, että hoitajilla oli paljon tehtäviä ja jatkuvasti kiire, sekä että asiakkaille ei ollut aikaa käydä läpi asioita. Ensitaapamiset esimerkiksi lääkärin kanssa tuntuivat usein myös hyvin lyhyiltä. Varatuiden aikojen odotusajat lääkäreille ja hoitajien vastaanotolle olivat haastateltavien mukaan pitkiä.

Lisäksi voisi olla lisää sen tyyppisiä kehityshankkeita, joissa koulutetaan päihdekuntoutujista päihdehoitotyön ammattilaisia. Heillä on ensi käden tietoa siitä, millaista on elää päihdemaailmassa. He ovat itse käyneet oman kuntoutusprosessinsa läpi. Haasteet tämän tyyppisessä hankkeessa olisivat luultavasti sopivien ihmisten löytäminen, mutta siitä saatu hyöty olisi suuri.

Päihde- ja riippuvuusstrategian artikkelissa mainittiin tavoitteista, joihin pyritään eli tarkoituksena on vähentää päihdeiden, huumausaineiden sekä riippuvuuksista

aiheutuvia riskejä ja ongelmia ikäryhmistä riippumatta. Strategiassa on viisi painopistettä, jotka pohjautuvat oikeuksien toteutumista päihteidenkäyttäjille, riippuvuushaitoista kärsivien sekä päihdepalveluissa olevien ihmisten ja heidän läheiset. Toisena pisteenä on tiedotus, yhteistyö, asioihin perehdyttäminen ja teoreettista taustaa. Kolmantena pisteenä päihteiden, huumausaineiden ja uhkapelin tehostaminen poliittisin keinoin. Neljäntenä ehkäisevän päihdetyön, päihde- ja riippuvuuspalveluiden monipuolisuus, saatavuus ja laatu. Viidentenä on se, että päihde- ja riippuvuuspalveluissa on ammattitaitoisia henkilöitä sekä yhteistyöt toimivat ongelmitta. (Kotovirta ym., 2021, s. 10–25.)

On hienoa huomata, että artikkelissa mainittujen painopisteiden kohdilla pyritään parantamaan sillä haastatteluissa haastateltavien kohdalla, todettiin osittain näiden asioiden puutteita. Työmme tutkimustulokset ovat osoittaneet, että kyseisissä painopisteissä on vielä kehittämistä, joiden halutaan muutosta tapahtuvan (Kotovirta ym., 2021, s. 10–25).

11.3 Ammatillinen kasvu

Ammatillisen kasvun tavoitteena on edistää, parantaa osaamista ja suorituskyykyä työelämässä. Se on jatkuvaa oman osaamisen kehittämistä, uusien tietojen hankkimista ja omaksumista. Se on pitkä sekä aina jatkuva prosessi, joka vaatii paljon työtä. Terveystieteiden ammattilaisten on tärkeää saada koulutusta työpaikassa, jotta voidaan kehittää ja parantaa saatuja tuloksia. (Nyman & Lahtinen, 2021.) Mielenterveys- ja päihdetyöympäristössä on esimerkiksi tärkeää omata hyvät tiedot ja taidot, miten kohdata ja käsitellä kyseisiä asiakkaita ja heidän ongelmiaan ammattimaisesti. Työntekijän roolissa voi olla haastavaa auttaa, ymmärtää tai tukea asiakasta taidokkaasti, jos taidot tähän ovat riittämättömät.

Opinnäytetyön aikana olemme etsineet materiaaleja kirjallisuuden puolelta, käyneet haastattelemassa päihdekuntoutujia, jotka ovat kulkeneet omia teitään, saaneet lisätietoa palveluiden tunnusta ja päihdetoipumisesta haastatteluiden avulla ja kuunnelleet kokemuksia kuntoutusprosesseista. Tämän työn jälkeen ymmär-

rämme paremmin asiakkaiden lähtöasetelmaa ja terveydenhuollon kehittämistarpeita, sekä eri palvelujen ja vertaistoiminnan tärkeyttä. Koska kuntoutumisprosessi on itsessään hyvin rankka ja haastava, hoitoon pääsy ja avun löytäminen tuovat vielä lisää haastetta.

Pandemian tulo ja vaikutukset hyvinvointiin, palveluihin ja talouteen ovat suuret. Opintojaksot, jotka oli tarkoitus toteuttaa lähiopetuksena, muuttuivatkin etä- ja itseopiskeluksi sekä tiedonymmärtäminen on jäänyt enemmän opiskelijan vastuulle. Meidän onneksemme olemme saaneet opinnäytetyötä tähän pisteeseen, mutta matka ei ollut kuitenkaan esteetöntä. Kohtasimme paljon erilaisia haasteita matkan varrella. Isoin haaste oli se, että tämä oli jokaiselle ryhmän jäsenelle ensimmäinen opinnäytetyö, joten tekstin suunnittelu, työn kulku sekä muut vastaavat tekijät toivat omat haasteensa. Tähän liittyen aikatauluttaminen, sekä sen suunnittelu oli haastavaa, koska ei tiedetty, että paljonko tiettyihin asioihin, esimerkiksi litterointiin tai kirjoittamiseen menisi aikaa. Tehtävänjako oli tietyllä tavalla haasteellista, mutta tärkeää oli, että kaikki olivat kartalla opinnäytetyön kokonaisuudesta omista tehtävistään huolimatta. Haastateltavien löytäminen on tuonut omat haasteensa, mutta yhteistyökumppanin avulla haastateltavien löytäminen helpottui todella paljon. Lisäksi ryhmämme jäsenillä on hyvin eroavat taustat liittyen sosiaali- ja terveydenhuollon alaan, joka toi mukanaan omat haasteensa. Se toi toisaalta mukanaan myös vahvuuksia sekä erilaisia näkökulmia ja lähestymistapoja opinnäytetyöhön. Opinnäytetyön tekemiseen on käytetty runsaasti aikaa ja kokonaisuuteen on panostettu. Opinnäytetyössä opittuja ja saatuja tietoja pystymme tulevaisuudessa hyödyntämään jatko-opiskelussa tulevissa tehtävissä.

Haastateltavat kertoivat haastatteluissa, että tietävät paljon ihmisiä, jotka ovat koronaepidemian syystä jääneet ilman tarvitsemaansa hoitoa. Hallituksen laatimien päätösten rajoituksen kanssa epidemian pahentuessa, ovat aiheuttaneet paikkojen sulkeutumista väliaikaisesti sekä vaatineet erikoisjärjestelyjä toiminoille. Hyvänä esimerkkinä erikoisjärjestelystä onkin se, kuinka (H4) oli kertonut, että keskusteluavut ovat pidetty etänä, joka ei ole sama, kuin olisi paikan päällä

järjestetty. Paljon terveydenhuollon resursseja keskitettiin myös tärkeisiin koronaosastoihin ja koronapotilaiden hoitoon epidemian aikana, josta syystä resursseja on ollut vähemmän.

Kuten ensimmäisessä kappaleessa totesimme, niin ammattitaito ja osaaminen ovat tärkeitä. Sairaanhoidajan on hyvä omata hyvät vuorovaikutustaidot ja empatiakykyä kohdata potilaita. On tärkeää myös pyrkiä kehittämään omia kohtaamistaitoja. Ammattitaitoisen sairaanhoidajan toiminta perustuu ajankohtaiseen tietoon. Avun pyytäminen epäselvistä asioista ei ole osoitus ammattitaidottomuudesta vaan, päinvastoin enemmänkin vastuullisesta toiminnasta potilaan parhaaksi. Haastateltavat mainitsevat huonoista kohtaamisen kokemuksista ja ennakkoluulojen esiintymisestä. Tämän takia haluamme vähentää kyseistä epäkunnioittavaa ja sallimatonta käytöstä omalla toiminnallamme niin kuin tähänkin asti sekä tulevaisuudessa. Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa veloitetaan kunnioittamaan potilaiden itsemääräämisoikeutta, kohtaamaan heidät tasavertaisesti ja hoitamaan kaikkia potilaita tasapuolisesti. (Sairaanhoidajaliitto, 2020.)

Tämän opinnäytetyön tekeminen vahvisti tietämystämme eri päihdepalveluista, kehitettävistä kohteista sekä antoi ajankohtaista kuvaa tämän hetken palveluista. Opinnäytetyön työstämisen aikana ilmeni uusia näkökulmia asioihin, joita emme osanneet ottaa huomioon suunnitteluvaiheessa. Opinnäytetyön ohjaajat ovat kuitenkin antaneet ohjeita ja tukeneet läpi pitkäkestoisen prosessin aina työn julkaisuun asti.

Kun opinnäytetyömme on kokonaisuudessaan hyväksytty ja julkistettu Theseukseen, käymme yhteistyökumppanin kanssa läpi opinnäytetyön haastatteluissa ilmi tulleita ongelmakohtia, haastateltavien kokemuksia ja haastattelun lopputulosta. Pohdimme myös mahdollisia kehittämisideoita tulevaisuutta ajatellen.

11.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Kaikissa haastatteluissa nousi ilmi kasvava tarve päihdetoipumisen tueksi. Haastatteluissa tuli ilmi, että kasvavasta tarpeesta palveluille päihdetoipumisen tueksi oltiin hyvin vahvasti samaa mieltä. Kasvava tarve toipumisen tueksi nousi esille eri tavoin. Näitä tapoja olivat muun muassa päihdepalveluiden riittämättömyys niitä tarvitseville ihmisille, pitkinä odotusaikoina sekä esimerkiksi vaativina kriteereinä, jotta joihinkin palveluihin pääsee, tässä esimerkiksi katkolla. Myös koronavirus nousi esiin kasvavan tarpeen yhteydessä. Henkilöstöpula sekä esimerkiksi matalan kynnyksen palveluiden järjestelyt pandemian aikana ovat hankaloittaneet monen elämää, sekä nostaneet tässä yhteydessä tarvetta jo aikaisempaa tarvetta päihdepalveluille.

Resurssipula ilmenee muun muassa henkilöstön riittämättömyytenä, jatkuvana kiireenä, palveluiden ruuhkautumisena sekä niiden vähyytenä, jotka osoittautuvat käytännössä esimerkiksi palveluiden lopetuksena tai tauotuksena ja pitkinä jonotusaikoina. Pula resursseista vaikuttaa moneen eri asiaan. Resurssipulaa voitaisiin ehkä parantaa lisäämällä päihdepalveluiden järjestelyä eri tavoin. Lisäämällä päihdepalveluita, henkilöstöä sekä parantamalla aikaisempia järjestelyjä esimerkiksi tekemällä tutkimusta aiheesta, miten erilaisia päihdepalveluita voitaisiin parantaa.

Resurssien puuttumisen syiksi voidaan luetella useampi syy. Koronapandemian tuomat rajoitukset ovat sulkeneet päivätoimintapaikkoja ja resursseja on suunnattu muualle. Korvaushoitoa ja katkohoitoa on vähennetty. Kunnilla ei ole yhtä paljon tarjottavia paikkoja päihdekuntoutujille kuin järjestöillä.

Päihdehuollon palveluita voitaisiin parantaa lisäämällä matalankynnyksen paikkoja, sekä lisäämällä resursseja esimerkiksi korvaushoitoon. Korvaushoidossa moni on kokenut jäävänsä ilman psykososiaalista tukea. Erilaisista palveluista tiedottaminen on myös tärkeää, jotta palveluiden käyttäjät tavoittaisivat palveluntarjoajat. Riittävä palkkaus pitäisi motivoituneet hoitajat alalla.

Mietimme yhdessä mahdollisia jatkotutkimusideoita, joita olisi hyvä toteuttaa ja joista olisimme itse hyötyneet paljon työn aikana, jos niitä olisi ollut lisää. Jatko-tutkimusta olisi hyvä tehdä lisää odotusajoista eri päihdepalveluiden piiriin, jotta saataisiin laajemmin parempaa kuvaa siitä, kuinka kauan eri palveluiden piiriin pääsyyn menee aikaa. Näemme asian niin, että odotusajan lyhentäminen ja tie-dostaminen on tärkeä osa kuntoutuksen aloitusta sekä sen mahdollistamista, koska työssämme tuli ilmi se, kuinka tärkeää kuntoutuksen aloittamisen oikea-aikaisuus on. Se hetki, kun päihdeongelmista kärsivä ihminen on valmis kuntou-tumaan sekä haluaisi ottaa askelia kohti päihteetöntä elämää ei välttämättä kestä ikuisuuksiin ja tästä syystä olisi tärkeää päästä tukemaan sitä mahdollisimman nopeasti. Henkilöt, jotka ovat syystä tai toisesta jääneet palveluiden ulkopuolelle tai eivät ole pyrkineet niitä hyödyntämään saattavat mahdollisesti esimerkiksi päi-vystyksen kautta saada tiedotusta tai ohjausta, mistä saada apua päihdeongel-maan. Tällöin on tärkeää, että siellä työskentelevät osaavat ja uskaltavat kertoa palveluista sekä auttaa.

Olisi hienoa löytää lisää tutkimuksia, missä tutkitaan erilaisten päihdepalveluiden hyötyä sekä vaikuttavuutta. Lisäksi vaikuttavuuden arviointi palveluiden laatuun verraten olisi mielestämme hyvä aihe lisätutkimukselle.

LÄHTEET

- A 33/2008. Asetus sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 33/2008.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080033>
- Aalto, M., Alho, H., & Niemelä, S. (toim.). (2018). *Huume- ja lääkeriippuvuudet*. Duodecim.
- Aarnio, K., Kalakoski, V., Paavilainen, P., Rantala, S., & Suomalainen, S. (2013). Skeema 4. *Motivaatio, tunteet ja taitava ajattelu*. Edita.
- Ahonen, Jukka. (2005). *Päihdehuoltoa rakentamassa*. A-klinikkasäätiö 1955–2005. Raportti nro 51. Gummerus Kirjapaino Oy.
- A-klinikkasäätiö. (19.5.2020). *Kokemusasiantuntijat ovat järjestötyön tärkeä voimavara*. Saatavilla 4.3.2022 <https://a-klinikkasaatio.fi/ajankoh-taista/kokemusasiantuntijat-ovat-jarjestotyön-tarkea-voimavara>
- A-klinikkasäätiö. (i.a.-a). *Historiamme lyhyesti*. Saatavilla 22.3.2022 <https://www.a-klinikka.fi/tietoa-meista/a-klinikka-oy/historiamme-lyhyesti>
- A-klinikkasäätiö. (i.a.-b). *Osis on juuri sinulle*. Saatavilla 07.08.2021 <https://a-klinikkasaatio.fi/loyda-apua/osis>
- A-klinikkasäätiö. (i.a.-c). *Säätiön esittely*. Saatavilla 15.5.2021 <https://a-klinikkasaatio.fi/saatio/mita-temme/saation-esittely>
- Diakonissalaitos Hoiva. (1.12.2021). *Opioidikorvaushoitoon pääsyä helpotettava*. Saatavilla 15.3.2022 <https://www.hoiva.fi/blog/opioidikorvaushoitoon-paasya-helotettava/>
- Hakkarainen, P., Kaprio, J., Pirkola, S., Seppälä, T., Soikkeli, M., & Suvisaari, J. (2014). *Kannabis ja terveys*. Terveiden ja hyvinvointi laitos. Julkari. Saatavilla https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116243/Kannabis_ja_terveys_taitto_korjattu_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Havio, M., Inkinen, M., & Partanen, A. (2009). *Päihdehoitotyö*. (5.–6.p.). Tammi.
- Heikkinen, A. (19.12.2019). *Tupakkatuotteet, nuuska, ja vesipiippu*. Terveyskirjasto. Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/trv00075>

- Huttunen, M. (2018a). *Alkoholien ja huumeiden väärinkäyttö*. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00194>
- Huttunen, M. (2018b). *Vieroitusoireyhtymät*. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00551>
- Huttunen, M. (30.11.2018c). *Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito*. Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00512>
- Hyytiä, P. (2015). *Päihdeiden vaikutus kasvavan lapsen ja nuoren aivoihin*. Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/duo12255#s5>
- Jyväskylän yliopisto. (i.a.). *Laadullinen tutkimus*. Saatavilla 30.1.2022 <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>
- Järvelä, J., & Suokko, S. (2012). *Buprenorfiinikorvaushoidon vaikuttavuus asiakkaiden arkeen* [Opinnäytetyö, Seinäjoen ammattikorkeakoulu]. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/50308/Suokko_Sami.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Järvinen, M. (27.8.2020). *Motivoiva haastattelu*. Käypä hoito. Saatavilla 13.09.2021 <https://www.kaypahoito.fi/nix02109>
- Jääskeläinen, M. (2010). *Päihdehaittakustannuslaskennan menetelmät*. Terveystien ja hyvinvointilaitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90813/URN_ISBN_978-952-245-742-4.pdf?sequence=1
- Kalso, E., Paakkari, P., & Forsell, M. (toim.) (2009). *Opioidit: pitkäkestoisessa kivussa*. (2. uud. p.) Lääkelaitos.
- Kelly, J., Humphreys, K. & Ferri, M. (11.3.2020). *Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder*. Cochrane drugs and alcohol group. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7065341/>
- Korkeila, J. (11.2.2015). *Psykoterapian vaikuttavuus mielenterveyden häiriössä*. Käypä hoito. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nix02191>
- Kotovirta, E., Markkula, J., Pajula, M., Paavola, M., Honkanen, R., & Tuominen, I. (2021). *Päihde- ja riippuvuusstrategia. Yhteiset suuntaviivat vuo-*

- teen 2030. Sosiaali- ja terveysministeriö. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163002/STM_2021_17.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Käypä hoito – työryhmä Huumeongelman hoito. (12.4.2018). *Kannabiksen aiheuttamat terveyshaitat*. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nix01881>
- Käypä hoito – työryhmä Huumeongelman hoito. (12.4.2018). *Opioidiriippuvuuden diagnoosikriteerit (ICD-10)*. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nix00465>
- L 1102/2017. Alkoholilaki. 28.12.2017/1102. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2017/20171102>
- L 1301/2014. Sosiaalihuoltolaki. 30.12.2014/1301. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>
- L 41/1986. Päihdehuoltolaki. 17.1.1986/41. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>
- L 549/2016. Tupakkalaki. 549/2016. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2016/20160549>
- Liedenpohja, A., & Tiri, M. (2019). *Lääkehoidon toteuttaminen* [PowerPoint-diat]. Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. https://www.valvira.fi/documents/14444/9980485/Tiri_17092019.pdf/6cb64feb-30da-7c43-bf02-d3e875f6b755?t=1570788692814
- Mettovaara, J. (30.08.2016). *Eri litterointityyppien käyttötarkoitukset*. Saatavilla 31.01.2022 <https://spoken.fi/eri-litterointityyppien-kayttotarkoitukset/>
- Mielenihmeet. (i.a.). *Miksi tunnemme tarvetta kuulua johonkin*. Saatavilla 24.08.2021 <https://mielenihmeet.fi/sosiaalinen-identiteetti-miksi-tunnemme-tarvetta-kuulua-johonkin/>
- Mielenterveystalo. (i.a.). *Psykoterapia*. Saatavilla 31.1.2022 <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Hoitomuotoja/Pages/Psykoterapia.aspx>
- Mielenterveystalo. (i.a.). *Miten hakeudun psykoterapiaan ja mitä se maksaa*. Saatavilla 16.2.2022 https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoterapiaan_hakeutujan_opas/Pages/miten_paasen_hoitoon.aspx

- Mieli. (31.8.2021). *Psykoterapia*. Saatavilla 31.01.2022. <https://mieli.fi/mielenterveys-koetuksella/miten-hakea-apua-mielenterveyden-ongelmiin/psykoterapia/#page-wrapper>
- Mikkonen, I., & Saarinen, A. (2018). *Vertaistuki sosiaali- ja terveysalalla*. (1. painos). Tietosanoma.
- Minduu. (27.06.2019). *Psykoterapian saatavuus on kriisisissä*. Saatavilla 16.2.2022 <https://www.sttinfo.fi/tiedote/kysely-paljastaa-psykoterapian-saatavuus-on-kriisissa?publisherId=46302240&releaseId=69861133>
- Motivaatio. (i.a.). *Mikä motivaatio*. Saatavilla 13.9.2021 <https://www.motivaatiota.fi/mika-motivaatio/>
- Mustonen, T. (2004). *Tupakkariippuvuuden neurobiologinen tausta*. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/duo94040>
- Mäkelä, P. (24.1.2019). *Alkoholi ja terveys*. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01120>
- Nyman, L., & Lahtinen, P. (7.6.2021). *Ohjatun harjoittelun merkitys opiskelijan ammatillisessa kasvussa*. Saatavilla 25.4.2022 <https://www.labopen.fi/lab-pro/ohjatun-harjoittelun-merkitys-opiskelijan-ammattillisessa-kasvussa/>
- Nyström, T. (2014). *Päihdekuntoutujan hoitoprosesseja*. [Ylempi ammattikorkeakoulututkinto, Laurea-ammattikorkeakoulu]. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/82701/Nystrom_Talvikki.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M., & Salo-Chydenius. (2015). *Päihdehoitotyö*. (1.painos). Sanoma Pro Oy.
- Patja, K. (4.2.2020). *Tupakka ja sairaudet*. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01066>
- Pitkänen, T., Kaskela, T., & Tourunen, J. (2017). *Päihdehoidon asiakaskunta ja päihdeongelmaan liittyvä ennenaikaisen kuoleman riski: hoito- ja rekisteritietoihin perustuva seurantatutkimus*. A-klinikkasäätiön raporttisarja 66. https://a-klinikkasaatio.fi/sites/default/files/2019-12/julkaisu_paihdehoidon_asiakaskunta_0.pdf

- Poikolainen, K. (2.6.2018). *Alkoholihumala ja muita alkoholin välittömiä vaikutuksia*. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla 8.3.2022 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01084>
- Puusa, A., & Aaltio, I. (toim.). (2020). *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. (2.uud.p.). Gaudeamus.
- Päihdelinkki. (2015). *Päihdehuollon palveluyksiköt*. Saatavilla 26.8.2021 <https://paihdelinkki.fi/sgn/node/326>
- Päihdelinkki. (2017). *Opioidit*. Saatavilla 15.4.2022 <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/laakkeet/opioidit>
- Päihdelinkki. (2019). *Kannabis*. Saatavilla 5.9.2021 <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/kannabis>
- Päihdelinkki. (2020). *Alkoholi*. Saatavilla 3.1.2022 <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/alkoholi>
- Päihdelinkki. (i.a.-a). *Päihteet ja yhteiskunta*. Saatavilla 21.9.2020 <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihteet-ja-yhteiskunta>
- Päihdelinkki. (i.a.-b). *Opioidit*. Saatavilla 14.4.2022 <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/opioidit>
- Päihdesairaala. (i.a.). *Vieroitushoito*. Saatavilla 2.3.2022 <https://www.paihdesairaala.fi/palvelut/vieroitushoito>
- Rajoo, A. (18.03.2021). *Pandemia vei terän etäopetuksen eduista*. Suomen ylioppilaskuntien liitto. Saatavilla <https://syl.fi/pandemia-vei-teran-eta-opetuksen-eduista/>
- Rakkolainen, M., Koski-Jännes, A., Tolonen, K., & Tuomisto, M. (2015). *Päihdeasiakkaan taustan ja motivoivan alkuhaastattelun yhteydet hoidon tuloksiin*. Saatavilla [file:///C:/Users/anhha/Downloads/Päihdeasiakkaan%20taustan%20ja%20motivoivan%20alkuhaastattelun%20yhteydet%20hoidon%20tuloksiin.pdf](file:///C:/Users/anhha/Downloads/Paihdeasiakkaan%20taustan%20ja%20motivoivan%20alkuhaastattelun%20yhteydet%20hoidon%20tuloksiin.pdf)
- Rautio, H. (2019). *Tuki ja osallisuus päihdekuntoutuksessa*. [Sosiaalialan koulutusohjelma, Karelia-ammattikorkeakoulu]. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/165902/Rautio_Hanna_2019_04_04.pdf?sequence=2&isAllowed=y

- Riikola, T. (20.10.2006). *Konsensuskokous: Psykoterapian vaikuttavuuden tutkimusta tarvitaan lisää*. Lääkärilehti. <https://www.laakari-lehti.fi/ajassa/ajankohtaista/konsensuskokous-psykoterapian-vaikuttavuuden-tutkimusta-tarvitaan-lisaa/>
- Räty, P. (11.4.2021). *Korona pakotti etätöihin- ammattilaiset kertovat miten ketterä ohjelmistokehittäminen onnistuu etänä*. Kauppalehti. Saatavilla <https://www.kauppalehti.fi/uutiset/korona-pakotti-etatöihin-ammattilaiset-kertovat-miten-kettera-ohjelmistokehittäminen-onnistuu-etana/43ac9925-dbbf-4e16-a434-86d3268273f2>
- Rönkä, S., & Markkula, J. (2020). *Huumetilanne Suomessa 2020*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 13/2020. Saatavilla https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140710/URN_ISBN_978-952-343-576-6.pdf
- Rönkä, S., Ollgren, J., Alho, H., Brummer-Korvenkontio, H., Gunnar, T., Karjalainen, K., Partanen, A., & Väre, T. (2017). *Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa vuonna 2017*. Julkari. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139324/duo15450.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Sairaanhoitajaliitto. (2020). *Sairaanhoitajien eettiset ohjeet*. Saatavilla 25.2.2022 <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Sairaanhoitajien-eettiset-ohjeet.pdf>
- Salaspuro, M., Kiianmaa, K., & Seppä, K. (2003). *Päihdelääketiede* (2.uud.p.). Helsinki: Duodecim
- Salomaa, E. (26.8.2019). *Häkämyrkytys*. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00759>
- Sininauhaliitto. (i.a.). *Tietoa riippuvuuksista*. Saatavilla 13.9.2021 <https://www.sininauhaliitto.fi/toimintamme/esteeton-mielenterveys-ja-paihde-tyo/tietoa-riippuvuuksista/>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (i.a.-a). *Päihdepalvelut*. Saatavilla 24.4.2021 <https://stm.fi/paihdepalvelut>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (i.a.-b). *Hoitoon pääsy (hoitotakuu)*. Saatavilla 15.3.2022 <https://stm.fi/hoitotakuu>

- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. (18.10.2006). *Konsensuslausuma*. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/duo96196>
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. (12.04.2018). *Huumeongelman hoito*. Käypä hoito – suositus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50041>
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. (21.08.2018). *Alkoholiongelman hoito*. Käypä hoitosuositus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50028>
- Suomen Terveysliikuntainstituutti Oy. (i.a.). *Motivaatio*. Terveysverkko. Saatavilla 13.9.2021 <https://www.terveysverkko.fi/tietopankki/terveysliikunta/motivaatio/>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2018). *Kannabista tai muita aineita joskus elämänsä aika kokeilleiden tai käyttäneiden osuudet 15–69-vuotiaassa suomalaisessa väestössä vuosina 1992–2018, %*. Julkari. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137660/Suomalaisen_huumeiden_k%C3%A4ytt%C3%B6_ja_huumeasenteet_2018_tilastoraportti.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2020). *Kokemusasiantuntijuus ja vertaistuki*. Saatavilla 24.8.2021 <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/kokemusasiantuntijuus-ja-vertaistuki>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2021a). *Alkoholijuomien kulutus 2020*. Tilastoraportti 7/2021. Saatavilla 22.8.2021 <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/paihteet-ja-riippuvuudet/alkoholi/alkoholijuomien-kulutus>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (25.1.2022a). *Päihdehuollon huumeasiakkaat 2020*. Julkari. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143748/Tr02_22.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (29.10.2018). *Nuuskan käyttö on lisääntynyt mutta tupakointi edelleen vähentynyt*. Saatavilla 23.8.2021 <https://thl.fi/fi/-/nuuskan-kaytto-on-lisaantynyt-mutta-tupakointi-edelleen-vahentynyt>

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (3.1.2022b). *Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) %, 20–64-vuotiaat miehet.* (ind. 4412). Sotkanet.fi.
<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szY0iQQA®ion=s07MBAA=&year=sy5ztDbR0zUEAA==&gender=m&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202109301228>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (3.1.2022c). *Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) %, 20–64-vuotiaat naiset.* (ind. 4412). Sotkanet.fi.
<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szY0iQQA®ion=s07MBAA=&year=sy5ztDbR0zUEAA==&gender=f&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202109301228>
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. (i.a.-a). *Itsemääräämisoikeuden tukeminen.* Saatavilla 1.2.2022 <https://thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/tuki-ja-palvelut/itsemaaraamisoikeuden-tukeminen>
- Terveyden ja hyvinvointilaitos. (28.10.2021b). *Tupakkatilasto 2020.* Julkari.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143281/Tupakkatilasto%202020%20full.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Terveyden ja hyvinvointilaitos. (i.a.-b). *Päihderiippuvuuden hoito, kuntoutus ja arjen tuki.* Saatavilla 15.4.2022 <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihderiippuvuuden-hoito-kuntoutus-ja-arjen-tuki>
- Terveyskylä. (i.a.). *Opioidit.* Saatavilla 14.4. 2022 <https://www.terveyskyla.fi/ki-vunhallintatalo/kipu-leikkauksen-jälkeen/kipulääkitys-leikkauksen-jälkeen/opioidit>
- Tietoarkisto. (i.a.). *Laadullinen sisällönanalyysi.* Tampereen yliopisto. Saatavilla <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/laadullinen-sisallanalyysi/>
- Tukikohta ry. (i.a.). *Osis – vertaisten osallisuutta vahvistamassa.* Saatavilla 17.01.2022 <https://tukikohta.org/palvelut/osis/>
- Tuomi, J., & Sarajärvi, A. (2012). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.* (9. painos.). Hansaprint Oy.
- Tuomi, J., & Sarajärvi, A. (2013). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.* (5.uud.p.). Tammi.

- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2019). *Ohje ihmisen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa*. Saatavilla 14.1.2022 https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarviointin_ohje_2020.pdf
- Tuulari, J., & Karlsson, H. (2017). *Mielihyvä, mielipaha ja ihmisen aivot*. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Saatavilla 24.8.2021 <https://www.duodecimlehti.fi/duo14049>
- Työturvallisuuskeskus. (2019). *Päihdehaittojen ehkäisy on työyhteisön yhteinen asia*. Saatavilla 3.1.2022 https://ttk.fi/ajankohtaista/teema-artikkelit/paihdehaittojen_ehkaisy_on_tyoyhteison_yhteinen_asia.8599.news?8158_o=5#29427477
- Valkonen, J. (2008). *Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina*. (2.muuttamaton. p). Helsinki: Kuntoutussäätiön tutkimuksia 77/2007. <https://docplayer.fi/9449615-Psykoterapia-masennus-ja-sisainen-tarina-kuntoutussaatio-jukka-valkonen.html>
- Valvira. (29.3.2021). *Psykoterapeutit*. Saatavilla 20.01.2022 https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet/hakemusohjeet/suomessa_koulutetut/psykoterapeutit

LIITE 1. Tiedote

Tutkimuksen tavoitteena on tutkia sitä, että mitkä seikat tukevat päihdetoipujilla toipumisen jatkuvuutta, mikä vaatii kehittämistä ja onko kasvavaa tarvetta tulevaisuudessa päihdetoipumisen tueksi. Haastatteluissa tavoitteena on kerätä päihdekuntoutujien kokemuksia päihdepalveluista ja kuntoutumisesta haastatteluiden muodossa. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa päihdekuntoutujien kokemuksista päihteiden käytöstä, riippuvuuksien hoidosta, avun tarpeesta ja palveluista.

Tutkimuksen yhteistyökumppanina toimii A-klinikkasäätiön Osis. Haastatteluissa otamme huomioon haastateltavan tämänhetkisen elämäntilanteen, ja että vastaukset tulevat olemaan anonyymejä. Tutkimuksen suorittajat ovat allekirjoittaneet vaitiolositoumukset. Pyrimme saamaan mahdollisen monta haastattelua käytyä, jotta saamme paremman kokonaiskuvan aihepiiristä. Haastattelut äänitetään puhelimen ääninauhurilla, ja poistetaan lopuksi, kun tutkimus on julkaistu.

Aineistomateriaalina käytämme tutkimuksessa haastatteluja, aikaisempaa tutkimusmateriaalia ja kirjallisuutta.

Suoritamme tutkimuksen, koska on hyvä tietää, mitä käyttäjäkunta ajattelee tämänhetkisistä kuntoutuspalveluista ja siitä, että miten päihteiden käyttäjäkunta kokee kuntoutumisen mahdollisuutena. Lisäksi se, että miten helppoa tai vaikeaa se voi olla päästä näiden palveluiden piiriin, on tärkeää tietoa, jotta kuntoutuspalveluita voitaisiin kehittää. Tutkimustuloksia voisi mahdollisesti näin ollen soveltaa kuntoutuspalveluissa helpottamaan niin sanotun "ensimmäisen askeleen ottoa" päihteidenkäyttäjillä kohti päihteetöntä elämää.

Opinnäytetyömme julkaistaan Theseukseen, kun työ on kokonaisuudessaan tarkistettu ja hyväksytty.

Yhteystiedot:

Anh Huynh, s-posti: c1800860@student.diak.fi

Jesse Joutsimäki, s-posti: c1800597@student.diak.fi

Samuli Lehtiniemi, s-posti: c1800588@student.diak.fi

LIITE 2. Suostumuslomake

KIRJALLINEN SUOSTUMUS HAASTATTELUUN OSALLISTUMISESTA

Suostun osallistumaan haastatteluun, ja hyväksyn, että haastattelumateriaalia tullaan käyttämään hyödyksi ”Päihdetoipuminen sekä hoidon onnistuminen”-opinnäytetyössä.

Olen tietoinen siitä, että osallistuminen on täysin vapaaehtoista, ja että henkilöllisyyteni jää vain haastattelussa olevien osapuolien sekä yhteistyökumppanin tietoon. Lisäksi olen tietoinen, että henkilöllisyyttäni ei voida tunnistaa opinnäytetyöstä. Olen myös saanut luettavakseni tiedotteen, missä kerrotaan lisätietoja työstä, mihin haastattelua käytetään hyödyksi.

Allekirjoitus ja nimiselvennys

Henkilötunnus

Aika ja paikka: _____

LIITE 3. Haastattelukysymykset

1. Minkä ikäinen olet?
2. Kuinka kauan olet käyttänyt päihteitä?
3. Minkälaiseksi koet päihteidenkäyttösi?
4. Millä tavalla olet hakenut apua päihdeongelmaan?
5. Miten olet saanut apua päihdeongelmaan? / Jos olet ollut esimerkiksi päihdepalveluiden asiakkaana, niin mistä tai mitä kautta olet päässyt näiden palveluiden piiriin?
6. Miten olet kokenut hoitoon pääsemisen?
7. Koetko, että olet saanut apua ongelmiisi päästessäsi päihdepalveluiden piiriin? / Miten toivoisit, että olisit saanut apua?
8. Koetko saaneesi riittävästi apua palveluissa tai hoidossa? Millä tavalla koit avun riittäväksi? Millä tavalla olisi tuntunut, että olisi saanut riittävästi apua?
9. Mitkä ovat mielestäsi ongelmakohtia avunsaamisen suhteen?
10. Mitä nykyisessä järjestelmässä voitaisiin kehittää?
11. Minkälaisia haasteita tai vaikeuksia esiintyy avunsaamisessa päihdeongelmiin? Mikä taas tosin helpottaa avunsaamisessa?
12. Kuinka suuri kynnys on hakea apua päihdeongelmiin? / Miten kynnystä voitaisiin madaltaa?
13. Koetko, että terveydenhuollossa leimataan päihteidenkäyttäjiä? Minkälaista kohtelua olet saanut terveydenhuollon palveluissa? Onko esiintynyt ennakkoluuloja tai muuta vastaavaa?
14. Mitkä asiat mielestäsi tukevat hoidon jatkuvuutta päihdekuntoutuksessa ja miten näitä asioita voitaisiin kehittää?
15. Mitkä asiat vaikuttavat päihdekuntoutuksen hoidon jatkuvuuteen?
16. Millaiset asiat koet tärkeiksi hoidon jatkuvuuden kannalta?