

KORVAUSHOITOASIAKKAAN KOKONAISVAL- TAISEN HOIDON TOTEUTUMINEN HUUMEKUN- TOUTUSPOLIKLINIKALLA

Anna Käenmäki ja Lumikki Louhula
Opinnäytetyö, syksy 2009
Diakonia-ammattikorkeakoulu,
Diak Etelä, Helsinki
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

"Klinikalla mä en saa mun sairauksiin, muuhun ku narkomaniaan hoitoa. Ne aina patistaa mut terveystakeskukseen, jos mä haluun jotain muuta."

(Haastattelu)

TIIVISTELMÄ

Käenmäki Anna ja Louhula Lumikki. Korvaushoitoasiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon toteutuminen huume kuntoutuspoliklinikalla.

Helsinki, syksy 2009, 68 s, 2 liitettä

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Tämän kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa Helsingin Diakonissalaitoksen huume kuntoutuspoliklinikan korvaushoitoasiakkaiden somaattisia sairauksia ja miten kokonaisvaltainen hoitotyö toteutuu kyseisessä yksikössä.

Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla huume kuntoutuspoliklinikan asiakkaita teemahaastattelun avulla. Tutkimukseen osallistui 15 korvaushoitoasiakasta, joista 14:ta haastattelumateriaaleja käytettiin analysoinnissa. Tutkimusaineiston analyysissä käytimme induktiivista sisällön analyysia.

Tutkimus osoitti, että pitkäaikainen huumeiden käyttö ja opiaattiriippuvuus on aiheuttanut korvaushoitoasiakkaille monia somaattisia sairauksia. Lisäksi haastatteluiden myötä ilmeni, että kokonaisvaltainen hoito ei tällä hetkellä toteudu huume kuntoutuspoliklinikalla. Etenkin somaattisten sairauksien huomioiminen ja terveyden edistäminen jää vähäiseksi poliklinikan toiminnassa.

Työelämälähtöistä tutkimustamme pystyy hyödyntämään myös muissa korvaushoitoa antavissa päihde- ja perusterveydenhuollon yksiköissä sekä alaa opiskelevien opinnoissa.

Asiasanat: huume kuntoutuspoliklinikkka, opioidiriippuvuus, korvaushoito, huumeiden käytöstä johtuvat somaattiset sairaudet, kokonaisvaltainen hoito, kvalitatiivinen tutkimus

ABSTARCT

Käenmäki, Anna and Louhula, Lumikki

Implementation of holistic health care at The Helsinki Deaconess Institute's Maintenance Treatment Unit

68 p.,2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Autum 2009.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Health Care. Degree: Public Health Nurse.

Our study was done in partnership with The Helsinki Deaconess Institute's Maintenance Treatment Unit which provides rehabilitating replacement treatment for clients with opioid addictions.

The purpose of this study was to find out what kind of somatic diseases these clients had. The main goal of this study was to clarify how holistic care was implemented at the treatment unit.

This study was qualitative. Fifteen opiate abusers were involved in our research, but only fourteen of them were suitable for our study. The material was collected by interviewing them. In addition, background information was collected by using a questionnaire. The material was analysed by using the content analysis.

Results showed that opiate abusers had plenty of diseases caused by drug use. The study also showed that holistic care and especially health promotion did not currently exist for this target group.

As nurses at the Maintenance Treatment Unit now have a psychiatric care education, they would benefit from further training within holistic care.

Keywords: The Helsinki Deaconess Institute's Maintenance Treatment Unit, holistic care, opiate abusers, somatic diseases, qualitative study

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	7
2 PÄIHDERIIPPUVUUS.....	9
2.1 Psykkinen, sosiaalinen ja fyysinen riippuvuus.....	10
2.2 Teoria riippuvuuden portaista	12
2.3 Opiattiriippuvuus	13
3 HUUMEASIAKKAAN HOITO	16
3.1 Korvaushoito.....	16
3.2 Korvaushoidossa käytettävät lääkkeet.....	17
3.3 Korvaushoidon vaiheet	19
3.4 Korvaushoitoon liittyvät lait ja asetukset	21
4 HUUMEKUNTOUTUSPOLIKLINIKAN KUVAUS JA TOIMINTA-AJATUS	24
4.1 Hoidon sisältö huume kuntoutuspoliklinikalla.....	25
5 HUUMEIDEN KÄYTÖN TERVEYSHAITAT	26
5.1 Huumeiden käytöstä aiheutuvat infektiot	27
5.1.1 Virusinfektiot.....	28
5.1.2 Bakteeri-infektiot.....	30
5.2 Huumeista johtuvat neurologiset sairaudet.....	31
5.3 Huumeidenkäyttäjän sydän-, keuhkosairaudet ja opioidimyrkytys	32
6 HUUMEIDENKÄYTTÄJÄN TERVEYDEN EDISTÄMINEN	34
6.1 Huumeasiakkaan kokonaisvaltainen hoitotyö	35
6.2 Huumeidenkäyttäjän terveyshaittojen hallinta.....	36
6.2.1 HIV:n ja hepatiitin terveysneuvonta huumeidenkäyttäjille.....	37
6.2.2 Korvaushoitolääkitykseen liittyvä ohjaus ja neuvonta	38
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	40
7.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset	40
7.2 Laadullinen tutkimus	40
7.3 Aineiston keruu teemahaastattelun avulla	41

7.4 Aineiston analyysi	44
7.5 Luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelu.....	45
8 TUTKIMUSTULOKSET	48
8.1 Haastateltujen huumeidenkäyttöhistoria	48
8.2 Korvaushoitoasiakkaiden kokemuksia fyysisestä terveydentilastaan	49
8.3 Asiakkaan ohjaus ja neuvonta huume kuntoutuspoliklinikalla.....	51
9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET	54
10 POHDINTA	58
LÄHTEET	60
LIITE1: Haastattelurunko	65
LIITE 2: Litteroitu haastattelu	66

1 JOHDANTO

Huumeiden käyttö aiheuttaa monia vakavia somaattisia sairauksia. Näitä sairauksia ovat muun muassa infektiot, jotka liittyvät etenkin suonensisäiseen käyttöön ja yleiseen vastustuskyvyn heikkenemiseen. Maksa-, sydän-, keuhko- ja verisuonisairaudet saattavat olla pitkäaikaisen huumeiden käytön vakavia seurauksia. Myös ravitsemustilan puutokset sekä vatsavaivat, kuten ummetus ja ripuli ovat yleisiä huumeiden käyttäjille. (Ahtiala & Ruohonen 1998, 137.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia sitä, millaisia somaattisia sairauksia korvaushoitopoliklinikan asiakkailla on ja toteutuuko kokonaisvaltainen hoito muun muassa terveysneuvontaa työvälineenä käyttäen. Tämän asiakasryhmän kohdalla hoito ei välttämättä toteudu samojen raamien mukaan, vaan itse hoitotilanne voi muodostua hyvin erilaiseksi ja haasteelliseksi perusterveydenhuoltoon verrattuna. Tällä hetkellä huume kuntoutuspoliklinikalla hoito rajoittuu pääsääntöisesti itse korvaushoitoon hieman mielenterveysongelmia sivuten. Tämä johtaa siihen, että asiakkaat joutuvat hakemaan hoitonsa monelta eri luukulta sen sijaan, että se olisi mahdollisimman pitkälle annettavissa yhdestä paikasta. Tutkimuksemme tähtää siis hoidon monipuolistumiseen ja hoidon laadun kehittymiseen klinikan sisällä.

Opinnäytetyömme tehtiin työelämälähtöisesti huume kuntoutuspoliklinikalle, jossa toteutetaan opioidiriippuvaisten korvaushoitoa tietyillä lääkkeillä. Saimme huume kuntoutuspoliklinikan työntekijöiltä toiveen kartoittaa korvaushoitoasiakkaiden somaattisia sairauksia. Tällä hetkellä suurimmalla osalla työntekijöistä on psykiatrisen sairaanhoitajan pohjakoulutus, jolloin työntekijät kokevat tiedon somaattisista sairauksista ja niiden ennaltaehkäisystä jääneen vähemmälle. Tämän tutkimuksen myötä työntekijät saavat lisää tietoa asiakkaiden somaattisesta sairastavuudesta ja kokonaisvaltaisen hoidon toteutumisesta tärkeänä osana korvaushoitoa. Koemme, että opinnäytetyömme edesauttaa hoidon laadun kehittämistä huume kuntoutuspoliklinikalla. Lisäksi huume kuntoutuspoliklinikalle ei ole tehty vastaavaa tutkimusta.

Aihe liittyy mielestämme oleellisesti ammatilliseen kehittymiseen, sillä se lisää tietoa korvaushoitoasiakkaiden kokonaisvaltaisesta hoidosta. Asiakasryhmä on marginaalinen ja siitä on olemassa hyvin vähän tietoa, mutta tämä tulee koskettamaan tulevaisuudessa lähes jokaista terveydenhuoltoalan ammattilaista korvaushoidon laajentuessa myös terveysasemille.

2 PÄIHDERIIPPUVUUS

Ihmisellä on riippuvuuden ja riippumattomuuden tarpeita, joiden välillä hän taapainoilee läpi koko elämänsä. Voisi sanoa, että yksi ihmisen olemassaolon ominaisuuksista on tavoitella mielihyvää sekä välttää ja pyrkiä eroon mielipahasta. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 26–27.) Toisaalta nähdään, että on olemassa sekä positiivista että negatiivista riippuvuutta. Positiivinen riippuvuus on sitä, mitä ilman ei ole elämää ja minkä avulla kykenemme hyväksymään itsemme rajallisena, tuntevana ja älyllisenä olentona, joka on riippuvainen omista taidoistaan ja muista ihmisistä. Niiden avulla saamme voimia jaksaksemme elää. Negatiivinen riippuvuus ehdollistaa muuta elämää aiheuttaen psyykkisiä, henkisiä, fyysisiä tai sosiaalisia ongelmia. (Dahl & Hirschovits 2002, 263.) Negatiivinen riippuvuus on hallitseva olotila. Tämä riippuvuus eli addiktio voi syntyä periaatteessa mihin tahansa toistettavissa olevaan toimintaan, kuten esimerkiksi kemiallisiin aiheisiin, uhkapeliin, seksiin tai syömiseen. Negatiivisen riippuvuuden kehittymiseen vaikuttaa monet tekijät, kuten aineiden saatavuus, sosiaalinen ympäristö, perinnölliset tekijät sekä yksilön persoonallisuuden kehitysmahdollisuudet. (Ahtiala & Ruohonen 1998, 144–145.)

Päihderiippuvuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat edellisten lisäksi myös käytetyn aineen ominaisuudet, käytetty määrä, aineen käyttötapa sekä henkilön tilannekohtaiset tekijät kuten kaveripiiri tai elämänkriisi. On hyvä muistaa, että nämä altistavat tekijät eivät aiheuta riippuvuutta itsessään vaan riippuvuuden syntymiseen vaikuttaa suuresti yksilön oma toiminta. (Dahl & Hirschovits 2002, 263–264.) Näin ollen kaikki ihmiset, jotka käyttävät päihteitä eivät tarvitse päihteen vaikutusta samalla tavalla. On muistettava, ettei kaikista kokeilijoista tai kohtuukäyttäjistä ei tule päihderiippuvaisia, vaan olennaista on miten keskeinen osa päihteiden käyttö on ihmisen jokapäiväisessä elämässä. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 31.)

Päihderiippuvuuteen liittyy keskeisesti päihdehakuisuus. Ilmiö syntyy päihteiden vaikuttaessa aivojen vahvistamismekanismiin. Huumeet siis vaikuttavat ihmiseen riippuvuutta aiheuttavasti viettien tasolla, sillä ne stimuloivat mielihyväkes-

kusta ja vapauttaa dopamiinia tässä järjestelmässä. Päihde toimii aivoissa suoraan vaikuttaen mielihyvääineiden reseptoreihin joko toimimalla itse mielihyvää tuottavana aineena tai vapauttamalla aivojen tuottamia aiheita. Vieroitusoireet aiheutuvat silloin epätasapainosta, joka syntyy kun välittäjäainejärjestelmä on tottunut ja mukautunut huumeen paikallaoloon, mutta huume on loppunut elimistöstä. Näin päihdehakuisuus nähdään tunne-elämän viettopohjassa, ja päihderiippuvuuden muodostuttua se ehdollistaa muut tarpeet alleen. Tällöin ihminen voi olla pitkäänkin syömättä tai nukkumatta, kunhan saa päihdettä. (Dahl & Hirschovits 2002, 268.)

Suomessa noudatetaan riippuvuusoireyhtymän diagnosoinnissa WHO:n ICD-10- tautiluokitusta. ICD-10:n luokituksen pääpiirteittäiset kriteerit ovat voimakas halu tai pakonomainen tarve ottaa päihdettä, vaikeus kontrolloida päihteiden käytön aloittamista tai lopettamista, vieroitusoireet, toleranssi, käytön muodostuminen elämän keskeisimmäksi asiaksi sekä jatkaminen tiedostetuista haitoista huolimatta. Riippuvuusdiagnoosi edellyttää kuitenkin kolmen tai useamman edellä mainitun kriteerin täyttymistä viimeisen vuoden aikana. (Dahl & Hirschovits 2002, 264–265.)

2.1 Psykkinen, sosiaalinen ja fyysinen riippuvuus

Riippuvuus jaetaan kolmeen osa-alueeseen: psykkineseen, sosiaaliseen ja fyysiseen riippuvuuteen. Psykkisessä riippuvuudessa päihteidenkäyttäjä on riippuvainen tunnetilasta, jonka päihdyttävä aine aiheuttaa. Tällöin aineella pyritään vaikuttamaan omaan tunnetilaan mahdollisimman nopeasti, ainetta koetaan tarvitsevansa pystyäkseen elämään. (Dahl & Hirschovits 2002, 265.) Toisaalta psykkineseen riippuvuuteen liittyy myös psykososiaalinen riippuvuus, jolloin vuorovaikutus todellisen ympäristön kanssa estyy, koska riippuvainen luo tunnesuhteen aineeseen eikä ympäristöön. Näin vuorovaikutus riippuvaisen ja hänen ympärillä olevien ihmisten välillä muuttuu yksisuuntaiseksi. Pahimmillaan ympärillä olevat ihmiset mahdollistavat ja huomaamattaan tukevat riippuvuutta pyrkimällä sopeuttamaan omaa käytöstään riippuvaisen ihmisen käytökseen. (Ahtiala & Ruohonen 1998, 151.) Psykkinen riippuvuus ei aina kohdistu aino-

astaan aineeseen, vaan se voi liittyä käyttövälineisiin ja itse pistämiseen (Dahl & Hirschovits 2002, 265). Useimmiten psyykinen riippuvuus kehittyy ennen fyysistä riippuvuutta, koska riippuvuuden juuret ovat ihmisen persoonallisuuden kehityksessä (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 31).

Sosiaalinen riippuvuus syntyy tarpeesta kuulua johonkin. Esimerkiksi nuorille jengi voi olla merkittävä sosiaalinen, turvaa tuova tekijä. Näin esimerkiksi huumeiden käyttö tyydyttää ihmisen sosiaalisia tarpeita. (Ahtiala & Ruohonen 1998, 155.) Päihderiippuvaisen sosiaaliset suhteet sekä elämäntavat liittyvät tiukasti päihteiden käyttämiseen. Sosiaalinen verkosto valikoituu osittain päihteiden käyttöön liittyvän elämäntavan mukaan. Toisaalta päihteiden käyttö itsessään voi olla sosiaalinen tapahtuma. (Dahl & Hirschovits 2002, 266.) Huumeriippuvaiselle aineen hankkiminen muodostuu elintärkeäksi, jolloin kontaktit muihin käyttäjiin ja aineiden välittäjiin muodostuvat tärkeämmiksi kuin yhteydet niin sanottuun normaaliin elämään. Pian koko sosiaalinen verkosto koostuu käyttäjistä ja muut normaaliin sosiaaliseen elämään kuuluvat asiat syrjäytyvät. (Ahtiala & Ruohonen 1998, 157.)

Fyysiseen riippuvuuteen vaikuttavat henkilön yksilölliset fyysiset tekijät, kuten sietokyky, mahdollinen perinnöllinen taipumus sekä huumausaineiden farmakologinen vaikutus. Aivojen biokemia muuttuu aineiden tai voimakkaiden elämys-ten vaikutuksesta, jolloin huumeet aiheuttavat mielihyvää euforisoivalla vaikutuksella ja epäsuoraa mielihyvää poistamalla epämiellyttäviä tuntemuksia. Fyysisessä riippuvuudessa päihteidenkäyttäjän keho on tottunut aineisiin, jolloin huumaavan aineen väheneminen elimistössä aiheuttaa vieroitusoireita. Vieroitusoireet eri aineryhmissä ovat erilaisia, mutta osa oireista kuten sydämentykytys ja ahdistus johtuu samasta perusmekanismista. Vieroitusoireet voivat johtaa myös aineen käytön pakonomaiseen jatkamiseen. (Ahtiala & Ruohonen 1998, 158.)

2.2 Teoria riippuvuuden portaista

Tuskin voidaan esittää yleispätevää mallia huumeriippuvuuden syntymisestä, koska on muistettava että ihmisten ja huumeaineiden välillä on suuria yksilöllisiä eroja. Huumeiden käytön voi lopettaa missä vaiheessa tahansa, tosin lopettamiseen vaikuttaa suuresti käyttöaika ja käytetty aine. Mitä kauemmin käyttö on jatkunut sitä todennäköisemmin sosiaaliset, psyykkiset ja elimelliset vauriot ovat pahentuneet. Lopettaminen vaatii kuitenkin käyttäjältä suuria ponnistuksia ja ympäristön tukea huolimatta siitä, onko huumeiden käyttö ja riippuvuus ollut pitkäaikaista vai lyhyttä ja intensiivistä. (Ahtiala & Ruohonen 1998, 160.)

Riippuvuuden portaiden ensimmäisenä vaiheena pidetään satunnaista käyttöä. Satunnaiskäyttäjille etenkin sosiaaliset suhteet ja vertaisryhmän vaatimukset ovat tärkeitä. On kuitenkin hyvä muistaa, että vain osa kaikista kokeilijoista jatkaa käyttöä. Yleensä ensimmäiset kokemukset käytöstä vaikuttavat jatkamis päätökseen ja miellyttäväksi koettu käyttö voi näin ollen jatkua satunnaisena. (Ahtiala & Ruohonen 1998, 160.)

Portaiden toisena vaiheena on sopeutumisvaihe, jolloin käyttö muuttuu suunnitelmallisemmaksi ja säännöllisemmäksi. Tässä vaiheessa käyttäjä ei yleensä pidä itseään riippuvaisena ja hän näkee huumeissa vain positiivisia puolia. Kokeneet käyttäjät ovat kuvailleet tätä aikaa ”rakastumisvaiheeksi”, jolloin päälimmäisenä ovat aineiden myönteiset vaikutukset. (Ahtiala & Ruohonen 1998, 161.)

Kun käyttö on jatkunut jonkin aikaa, alkaa persoonallisuuden muutokset näkyä, vaikka käyttäjä itse uskookin kaiken sujuvan hyvin, eikä hän yhdistä esimerkiksi sosiaalisessa elämässä esiintyviä ongelmia aineiden käyttöön. Tässä vaiheessa sitoutuminen huumeidenkäyttöön elämäntapana vahvistuu ja vähitellen siirrytään ongelmakäytön vaiheeseen, jota voidaan kutsua jo riippuvuudeksi. Tässä tilanteessa monet ryhtyvät käyttämään sekä piristäviä että rauhoittavia aineita päästäkseen tasapainoon ja pitääkseen julkisivun kunnossa. Ongelmakäyttö-vaiheen jälkeen tullaan ristiriitavaiheeseen, jolloin käyttäjä alkaa haluta irtautua huumeista ja näin ollen kokee tarvitsevänsä apua. Tällöin käyttäjä kokee kui-

tenkin vielä aineiden käytön hoitoa tärkeämpänä ja siksi hoitoyritykset usein kariutuvatkin retkahduksiin. Osa käyttäjistä jää tähän ongelmakäytön vaiheeseen. Viimeisen vaiheena riippuvuuden portaissa nähdään huumeettoman elämäntavan vakiinnuttaminen. Tässä vaiheessa suhtautuminen omaan tilanteeseen muuttuu realistisemmaksi ja osa käyttäjistä pystyykin lopettamaan päihdekierteen joko omin voimin tai hoidon avulla. (Ahtiala & Rantala 1998, 162.)

Pohtiessa huumeiden käyttäjien terveyshaittojen syntymistä, on mahdotonta sanoa missä riippuvuuden portaiden vaiheessa astuvat sairaudet kuvaan. Huumeiden käyttöön liittyy aina terveydellinen riski. Myös Ghodse (2002) tuo tutkimuksessaan esiin esimerkiksi jokaiseen pistämiseen liittyvän infektion riskin. Toisaalta osa terveyshaitoista vaatii pidempiaikaista ja säännöllistä käyttöä, esimerkiksi jos käyttäjän suonet ovat käsivarsista arpeutuneet ja hän on joutunut siirtymään pistämään kaulan alueen suoniin. Tällöin riski tulehduksen syntymiseen ja sen äkilliseen leviämiseen on suuri. (Rukkila 2007.) Riippuvuuden portaiden mukaisesti voisi nähdä osan huumeekuntoutuspoliklinikan asiakkaista kuuluvan vielä ongelmakäytön vaiheeseen ja osan taas pyrkivän huumeettoman elämäntavan vakiinnuttamiseen. Kaikilla kuitenkin on jonkinasteisia huumeista johtuvia terveydellisiä haittoja, joiden hoitoon tulisi myös korvaushoidossa kiinnittää huomiota. Terveysneuvontaa tulisi tarjota jatkuvasti. Neuvontaa ja ohjausta tulisi antaa asiakkaan ehdoilla, huomioiden hänen tarpeensa ja hoidon vaihe.

2.3 Opiaattiriippuvuus

Opiaateiksi kutsutaan aineita, joita saadaan ooppiumunikosta. Tämän kasvin siemenkodasta voidaan eristää raakaooppiumia, josta kehitetään morfiinia ja kodeiinia. Heroiini on opiaatti, joka on morfiinin ja kodeiinin kemiallisen jalostuksen lopputulos. Opioidit taas ovat opiaattien tavoin vaikuttavia lääkeaineita. Niitä ovat esimerkiksi metadoni, buprenorfiini ja deksstromeorfaani. Opiaattiriippuvaiset käyttävät opioidilääkkeitä usein ”oikeiden” opiaattien (lähinnä heroinin) korvikkeena. Näin ollen heroinisti saattaa hakea helpotusta vierotusoireisiinsa esimerkiksi buprenorfiinista tai kodeiinista. Vierotusoireet ovat yleensä erittäin

voimakkaita ja alkavat usein psyykkisenä levottomuutena ja ahdistuneisuutena. (Ahtiala & Ruohonen 1998, 120, 122.)

Huumeriippuvuus nähdään biolääketieteellisesti aivojen sairautena. Pitkäaikainen opioidien käyttö aiheuttaa voimakkaita neurokemiallisia muutoksia elimistöön. Huumeriippuvuutta ylläpitävät neurokemiallisten muutosten lisäksi myös oppimis- ja muistiprosessien muutokset sekä psyykkisen riippuvuuden synty. (Dahl & Hirschovits 2002, 267.)

Opiaatit ja opioidit vaikuttavat keskushermostoon ja aivojen mielihyvakeskukseen, rentouttaen ja hyvää oloa aiheuttaen. Keskeinen ja huomioitava opiaattien käyttöön liittyvä vaikutus on itsekeskeisyyden lisääntyminen. Opiaattien käyttäjät pitävät itseään yleensä muita parempana ja lahjakkaampana. Sekä opiaatteja että opioideja käytetään mieluiten suonensisäisesti, pistämällä, koska siten saadaan aikaan nopeampi ja tuntuvampi vaikutus. Heroiinia voidaan myös nuuskata nenän kautta, mutta se sanotaan olevan käyttäjälle epätaloudellista, lievemmän vaikutuksen takia. (Ahtiala & Ruohonen 1998, 121)

Opiaatteihin syntyy voimakas fyysinen ja psyykinen riippuvuus erittäin nopeasti. Sietokyky eli toleranssi kehittyy nopeasti, jolloin päihteiden käyttäjä joutuu ottamaan suurempia annoksia saavuttaakseen haluamansa olotilan. Toleranssi nousee noin 10 vuorokautta kestäneen jatkuvan käytön jälkeen. Toisaalta vieroituksen myötä toleranssi heikkenee, joten jos opiaattivieroituksen jälkeen käyttäjä ottaa samansuuruisen annoksen kuin ennen vieroitusta, tällöin yliannoskuoleman vaara on suuri. On tutkittu, että heroiniriippuvaiset kestävät jopa satakertaisia tai jopa suurempia määriä heroiniä ja muita opiaatteja ensiannokseen verrattuna. Riippuvuuden synnyttyä opiaatteja annostellaan kahdesta kuuteen kertaa vuorokaudessa. Joskus kerta-annos saattaa nousta elimistön fyysisestä sietokykyä suuremmaksi, jolloin yliannostusriski on ilmeinen. Yliannostuksesta johtuen hengitys lamaantuu, mikä johtaa kuolemaan. (Dahl & Hirschovits 2002, 65.)

Yhteistä opiaattiriippuvaisille on myös se, että vain harvat selviävät siitä omin voimin. Opiaattiriippuvaisten asiakasryhmää kuvaa hyvin myös luonnehdinnat

moniongelmaisista, valveutuneista, ainekeskeisistä sekä hoidollisesti vaativista. Ihmisille, jotka ovat taipuvaisia riippuvuusongelmiin, näyttää olevan tyypillistä moniriippuvuus. Suomessa opiaattiriippuvaisten erityispiirteenä nähdään samalla henkilöllä olevat monet riippuvuudet sekä päihteiden sekakäyttö. (Baas & Seppänen-Leiman 2002, 19, 21.)

Suomessa on seurattu huumeiden ongelmakäytön laajuutta vuodesta 1997. Viranomaisten tekemien tilastojen arvioiden perusteella koko maassa oli vuonna 2005 15 – 55 - vuotiaita amfetamiinin ja opiaattien ongelmakäyttäjiä 14 500 – 19 100. Näin ollen amfetamiinin ja opiaattien käyttäjien lukumäärä on noussut selvästi vuodesta 1999 vuoteen 2002. Amfetamiinin ja opiaattien käyttäjät muodostivat vuonna 2002 0,6–0,7 prosenttia maan 15–55 vuotiaasta väestöstä. 0,4–0,6 prosenttia heistä oli amfetamiinin käyttäjiä ja 0,1–0,2 prosenttia opiaattien käyttäjiä. (Rönkä & Virtanen 2008, 32–33 .)

Suomessa arvioidaan olevan 3700–4900 opiaattiriippuvaista, joista korvaushoidossa on noin tuhat potilasta. Sosiaali- ja terveysministeriön uuden asetuksen (2008) toivotaan lisäävän hoitoja niin, että ne vastaisivat paremmin korvaushoidon tarpeeseen. Uusi asetus painottaa, että ainoastaan vaativat tapaukset hoidettaisiin erikoissairaanhoidossa ja muut perustason yksiköissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.) Vuonna 2000 opiaattiriippuvuus oli tyypillisin syy haakeutua päihdehoitoon. Hoitamattoman opiaattiriippuvuuden ennuste on huono johtuen oheissairauksista sekä suuresta kuolleisuudesta. (Ryynänen 2004, 13.)

3 HUUMEASIAKKAAN HOITO

Keskeistä huumeongelman toteamisessa ja sen hoidossa on avoin ja luottamuksellinen hoitosuhde. Tässä hoitosuhteessa tarvitaan ennakkoluulotonta, neutraalia ja tuomitsematonta asennetta. Monissa tapauksissa huumeasiakas ei uskalla kertoa aineiden käytöstään lähinnä siksi, että asiakas häpeää käyttöönsä ja siksi että huumeiden käyttö on Suomessa rikos ja tuomittava teko. Huumeiden käyttö aiheuttaa merkittäviä uhkia sosiaalisen aseman ja psyykkisen terveyden lisäksi myös fyysiselle terveydelle. Lisäksi on erittäin tärkeää kiinnittää huomiota asiakkaan ohella myös hänen lähiympäristöönsä, kuten perheen ja lasten hyvinvointiin. On tärkeää muistaa, että huumeongelmaisen hoitaminen tulee yhteiskunnalle halvemmaksi kuin hoitamatta jättäminen. Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan metadonikorvaushoito maksaa potilasta kohden 2400 dollaria vuodessa. Saman arvion mukaan hoitamatta jättäminen maksaa yhteiskunnalle 18 kertaa enemmän. Huumeet aiheuttavat kuolemia sekä lisäävät sairaaloiden kuormitusta. (Käypähoito 2006.)

3.1 Korvaushoito

Opioidiriippuvaisten korvaushoidossa estetään pistoksina käytetyn laittoman opioidin pääsyn opioidireseptoreihin antamalla potilaalle suun kautta metadonia tai buprenorfiinia. Samalla on tarkoitus helpottaa vieroitusoireita sekä poistaa opioidihimoa. (Käypähoito 2006.) Korvaushoidon avulla pyritään vähentämään aineiden hankkimiseen liittyvää rikollisuutta sekä tukemaan opioidiriippuvaista luomaan terveet sosiaaliset rakenteet ja elämäntavat. Lisäksi hoidon tavoitteena on pyrkiä vähentää HIV- ja hepatiittitartuntoja, ehkäistä kuolemantapauksia sekä saada käyttäjät seurannan piiriin. (Dahl & Hiroschovits 2002, 378.) Tavoitteena on normalisoida huumeidenkäytön seurauksesta häiriintynyt aivotoiminta niin, että huumeidenkäytön tarve jää pois ja ihminen kykenee keskittymään elämän perusasioihin, kuten ihmissuhteiden ja työn hoitamiseen. Lääkehoitoa saatetaan jatkaa jopa useita vuosia, mutta samanaikaisesti tulisi järjestää muuta psykososiaalista kuntoutusta. Hoidon aikana tietyin väliajoin tehdään arvio

siitä, milloin lääkehoito olisi mahdollista lopettaa ja jatkaa kuntoutumista vain muiden keinojen avulla. (Mäkelä 2005.) Suomessa korvaushoitoa on annettu pienissä määrin jo 1970-luvulla, mutta sen käyttö huumeriippuvaisten hoidossa yleistyi vasta 1990-luvulla. Vuonna 2007 korvaushoitopotilaita oli Suomessa noin 1000. (Suomen lääkirilehti 23/2008, 2161).

Korvaushoito on viime vuosina herättänyt Suomessa paljon ristiriitaisia mielipiteitä. Keskustelua herättää etenkin se, että korvaushoidossa käytettävillä lääkkeillä (metadoni ja buprenorfiin) on myös huumaavia vaikutuksia ja niihin kehittyy riippuvuus. On kuitenkin tutkittu, että näiden lääkkeiden vaikutus on tasaisempi ympäri vuorokauden ilman voimakasta euforista tai lamaavaa vaikutusta sekä ilman mielialan heilahteluja ja suorituskyvyn heikkenemistä. Lisäksi ulkomaiset tutkimukset osoittavat, että korvaushoidolla on merkittäviä haittoja ehkäiseviä vaikutuksia. (Mäkelä 2005.)

3.2 Korvaushoidossa käytettävät lääkkeet

Korvaushoidossa käytetään sosiaali- ja terveysministeriön antaman asetuksen mukaisesti metadoni- tai buprenorfiini-naloksoniyhdistelmävalmistetta. On todettu, ettei metadonin ja buprenorfiinin välillä ole eroja silloin kun annetaan suuria buprenorfiini- ja keskisuuria metadoniannoksia. Jos korkea buprenorfiiniansiirros ei riitä poistamaan opiaattihimoa, pakonomaista pistämistä tai vieroitusoireita on suositeltavaa siirtyä metadonilääkitykseen, joka on paremmin soveltuva vaihtoehto. (Holopainen & Heinälä 2002, 1339.) Ennen lääkityksen aloittamista tulee selvittää opioidiriippuvuuden tyyppi, viimeisen opioidikäyttökerran ajankohdan sekä opioidiriippuvuuden aste (Duodecim, Lääketietokanta).

Buprenorfiini soveltuu erityisesti sellaisille asiakkaille, joiden opiaattiriippuvuudesta on lyhyempi ja joiden hoidossa näin ollen olisi mahdollisuuksia edetä lääkehoitovaiheen kautta lääkkeettömään huume kuntoutukseen (Holopainen & Heinälä 2002, 1339). Väärinkäytösten vähentämiseksi on buprenorfiinivalmistukseen lisätty naloksonikomponentti, jolloin lääkkeellä on niin sanottu kattovaikutus ja suonen sisäinen käyttö ja yliannostusten määrä vähenee. Buprenorfiini

on lääkkeenä turvallinen ja tehokas ainoastaan kielen alle annosteltuna. Kielen alta se liukenee elimistöön noin 5–10 minuutin kuluessa. (Duodecim, lääketietokanta.) Aluksi aineen vaikutus lisääntyy annosta nostettaessa, mutta myöhemmin annoksen nosto ei lisää tehokkuutta. Hengityslamaa ei suurillakaan buprenorfiiniannoksilla esiinny, mutta rauhoittavien lääkkeiden ja buprenorfiinin yhteiskäytön on raportoitu aiheuttaneen kuolemantapauksia. (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 6.) Lääkettä ei tule myöskään käyttää runsaan alkoholin kanssa. Yhdessä alkoholin tai muiden keskushermostoa lamaavien aineiden kanssa buprenorfiini saattaa aiheuttaa uneliaisuutta. (Duodecim, Lääketietokanta.)

Ennen hoidon aloittamista tulisi aina selvittää asiakkaan maksan toiminta sekä mahdolliset virusinfektiot. Maksan toimintaa tulee myös lääkityksen ajan seurata säännöllisesti mahdollisen maksavaurion vuoksi, sillä lääke kuormittaa maksaa. Buprenorfiinin jatkuva käyttö saa aikaan opioidityyppisen riippuvuuden, ja hoidon keskeyttäminen voi johtaa viivästyneisiin vieroitusoireisiin. Yleisimpiä buprenorfiinihoitoon liittyviä haittavaikutuksia ovat vieroitusoiretyyppiset haitat, kuten hikoilu, mahakipu, lihassäryt, ripuli ja ahdistuneisuus. Lisäksi buprenorfiiniin liittyviä haittavaikutuksia on raportoitu olevan muun muassa libidon heikentyminen, impotenssi, ruoansulatushäiriöt, perifeerinen turvotus sekä epänormaalin maksantoiminta. (Duodecim, lääketietokanta.)

Metadoni on täysin synteettinen opioidiagonisti, jonka teho perustuu huumeiden himon vähenemiseen, vieroitusoireiden lievenemiseen sekä riittävän suurilla annoksilla heroinin synnyttämän euforian estämiseen. Korvaushoidossa metadonia käytetään usein nestemäisessä muodossa, sillä se on tehokas oraalisenä lääkkeenä. Suomessa käytetty metadonihydrokloridiliuos on vahvuudeltaan metadonia 5 mg/ml sisältävä neste. Annosteltaessa se sekoitetaan veteen tai mehuun. (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 8.) Metadonin on todettu soveltuvan paremmin niille vaikeasti opiaattiriippuvaisille asiakkaille, joita buprenorfiinin teho ei riitä pitämään hoidon piirissä. Metadoni annostellaan valvotusti päivittäin sen toksisuuden vuoksi. Näin ollen siirtyminen kotiannoksiin on turvallista vasta, kun hoito ja kuntoutus ovat edenneet myöhäisempään vaiheeseen. (Holopainen & Heinälä 2002, 1339.) Annoksen määräys tapahtuu

seuraamalla kliinistä tilaa, vieroitusoireita sekä oheiskäytön määrää (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 8). Suurella osalla asiakkaista metadonitoleranssi kasvaa hoidon ensimmäisten viikkojen aikana, jolloin annosta joudutaan nostamaan. Näin ollen sopivan metadonihoidon löytyminen pitkäaikashoidossa onkin yksilöllistä. (Holopainen 2007.) Riittämätön annos alkuvaiheessa ja siitä seuraavat vieroitusoireet lisäävät huumeiden ja bentsodiatsepiinien oheiskäytön riskiä. Potilaan tukeminen ja kliininen seuranta on alkuun oltava hyvinkin tiivistä, sillä tutkimusten mukaan potilaiden kuolleisuusriski kohoaa ensimmäisten hoitokuukausien aikana. Tämä tarkoittaa sitä, että mikäli turvallista lääkehoidon aloitusta ei voida taata avohoidossa, saattaa olla parempi aloittaa hoito laitososuhteissa. Laitososuhteissa on myös helpompi määrittää riippuvuuden vaikeusaste ja toleranssi. (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 8.)

Sivuvaikutuksia metadonista esiintyy alle 20 prosentilla potilaista. Ne voivat olla pitkäaikaisia ja potilasta haittaavia, mutta lääketieteellisesti nähtynä niillä ei ole suurempaa vaikutusta. Tyypillisiä metadonin haittavaikutuksia ovat ummetus, univaikeudet, seksuaalinen haluttomuus ja keskittymiskyvyn lasku. (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 9.) Metadoni johtaa myös merkittävään aineriippuvuuteen ja vieroitusoireet ovat huomattavat, jolloin vieroittuminen aineesta on vaikeaa. Myös toleranssi kasvaa käytön aikana, eikä metadonilla ole niin sanottua kattovaikutusta. Tämä johtaa siihen, että aineen myrkylliset vaikutukset lisääntyvät jatkuvasti annoksen kasvaessa. Pahimmillaan liian iso annos johtaa hengityslamaan ja jopa asiakkaan kuolemaan. (Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001, 21, 17.)

3.3 Korvaushoidon vaiheet

Korvaushoidossa nähdään olevan yhteensä kuusi vaihetta, joissa jokaisessa nähdään olevan omat tavoitteensa. Ensimmäinen hoidon aloitusvaihe (0-3kk) on tiivistä avohoitoa, jolloin keskitytään potilaan huumeiden käytön ja elämäntilanteen selvittelyyn. Tällöin tavoitteena on tukea asiakasta osallistumaan omaan hoitoonsa. Aloitusvaiheen aikana olisi erityisen tärkeä kartoittaa asiak-

kaan terveydellinen ja psyykinen tila ja tutkia miten kokonaisvaltaisesti huumaiden käyttö on vaikuttanut asiakkaan elämään. Aloitusvaiheessa tehdään alustava hoitosuunnitelma. (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 26.) Oleellista olisi hoidon alkuvaiheessa kartoittaa, mitä sairauksia asiakkaalla on. Onko hän mahdollisesti sairastanut esimerkiksi A- ja B-hepatiitin vai tulisiko niitä vastaan saada rokote? Tai onko asiakkaalla mahdollisesti jokin akuutti infektio? Tärkeä on ohjata asiakas oikean hoidon pariin, esimerkiksi rokotteiden ja infektioiden kohdalla apua voi saada Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta. Hampaisiin liittyvät ongelmat ovat monilla korvaushoitoasiakkaalla konkreettisia, ja heti alussa olisi hyvä ohjata asiakasta oman kuntansa hammashuollon piiriin.

Toinen korvaushoidon vaiheista on hoitoon kiinnittymisen ja motivoitumisen vaihe, joka ajallisesti sijoittuu ensimmäisen puolen vuoden aikaan (0–6 kk). Tällöin keskeistä on rakentaa luottamuksellista hoitosuhdetta ja motivoida sitä kautta asiakasta hoitoon sekä aloittaa hänen kanssaan muutostyöskentely. Hoitoon kiinnittymisen vaiheessa asiakkaan kanssa tulisi aktiivisesti työskennellä mahdollisten aineiden oheiskäytön ja suonensisäisen käytön pois-oppimiseksi. Tämän tulee sisältää myös korvaushoitolääkityksen oikeanlaisen käyttötavan opettamista. Tyypillistä on, että tässä vaiheessa hoitoa asiakkaat suhtautuvat ristiriitaisesti hoitoon ja sen tavoitteisiin. (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 27.)

Vaiheista kolmas, varhainen psykososiaalinen kuntoutuminen, nähdään alkavan puolen vuoden jälkeen ja kestävän kolmen kuukauden (6-9kk). Tällöin vahvistetaan asiakkaan toiminnallisia valmiuksia ja voimavaroja. Tällöin kartoitetaan asiakkaan mahdollisuus osallistua muun muassa opiskeluun tai työelämään. Tavoitteena on vähentää infektioriskiä ja saada asiakas myös huolehtimaan terveydestään. (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 27.) Tässä vaiheessa asiakkaan kiinnostusta omaa terveyttä kohtaan olisi hyvä vahvistaa. Voimavarojen lisääntyessä asiakas on valmiimpi ottamaan vastaan ja sisäistämään saamaansa tietoa.

Neljäs vaihe on psykososiaalinen kuntoutuminen (9-18kk). Keskeisenä tavoitteena on ylläpitää asiakkaan hoitomotivaatiota. Tyypillisesti hoito etenee asiakkaan valmiuksien mukaan. Terveydellisinä tavoitteina nähdään olevan terveellisten elämäntapojen opettelu. (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 27.) Tyypillisimpiä vaikeuksia korvaushoitoasiakkaille onkin elämäntapoihin ja -rytmiin liittyvät ongelmat. Asiakasta tulisi ohjeistaa ja tukea esimerkiksi vakaan päivärytmin löytämisessä, terveellisessä ruokavaliossa sekä oman hygienian hoitamisessa. (Miettinen, Pia, henkilökohtainen tiedonanto 18.9.2009.)

Intensiivisen hoidon vaiheen jälkeen asiakkaan hoitoa voidaan keventää ja mahdollisuuksien mukaan siirtää perustasolle. Tätä vaihetta kutsutaan valmistautumiseksi jatkohoitoon (18–24 kk). Tällöin potilaan tulisi olla kiinnittynyt hoitoon ja hoidon oltava stabiilissa vaiheessa. (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 28.)

Viimeinen vaihe on irrottautumisvaihe, jolloin tavoitteena on korvaushoitolääkkeestä vieroittautuminen. Tässä vaiheessa tarkastellaan potilaan valmiuksia hoidon keventämiseen ja mahdollisesti mietitään myös asiakkaan mahdollisuuksia korvaushoitolääkkeen lopettamiseen. Koko korvaushoidon ajan asiakasta tulee tukea kehittämään päihteettömyyttä tukevaa arvomaailmaa ja minäkuvaa sekä löytämään muutosta tukevia samaistumiskohteita. (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 28.)

3.4 Korvaushoitoon liittyvät lait ja asetukset

Suomen huumausainepolitiikka perustuu kansainvälisiin huumausainesopimuksiin, Suomen lainsäädäntöön sekä erikseen laadittuihin huumausaineasiakirjoihin. Näillä asiakirjoilla tarkoitetaan muun muassa kansallista huumausainestrategiaa vuodelta 1997, valtioneuvoksen periaatepäätöstä huumausainepolitiikasta vuodelta 1999 sekä näiden pohjalta tehtyihin toimenpideohjelmiin. (Tammi 2009.)

Suomen huume politiikka jaetaan karkeasti kolmeen eri osa-alueeseen. Ensimmäinen osa-alue on kokonaiskieltopolitiikka. Tällä tarkoitetaan sitä, että vakavan huumerikollisuuden lisäksi kiellettyä on myös huumeiden käyttö ja hallusapito. Tämä perustuu oletukseen, että käytön rangaistavuus ylläpitää huumeiden vastaisia asenteita ja sitä myöten vähentää huumeiden käyttöä. Toinen osa-alue on yleinen hyvinvointipolitiikka. Tämän mukaan panostamalla väestön yleiseen hyvinvointiin ehkäistään myös huumeisiin liittyviä ongelmia. Kolmas osa-alue, joka myös on huume politiikan uusi alue, liittyy haittojen vähentämiseen. Tämä on lähestymistapa, jossa ensisijaista on huumeiden käytön yksilölle sekä yhteiskunnalle ja yhteisölle aiheutuvien haittojen pitäminen mahdollisimman pienenä. Haittojen vähentämispolitiikan mukaan ensisijainen tavoite ei ole puuttuminen itse huumeiden käyttöön, vaan tärkeämpää on ehkäistä ja vähentää kaikkein haitallisimpia käytön seurauksia. (Tammi 2009.)

Laki opiaattiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä on tullut voimaan 2008. Kyseinen asetus korvaa aikaisemmin voimassa olleen asetuksen vuodelta 2002. Opiaattiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidossa tulee lisäksi soveltaa päihdehuoltolakia (41/1986), potilaan asemasta ja oikeuksista asetettua lakia (785/1992), erikoissairaanhoidon lakia sekä kansanterveyslakia. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten korvaushoidosta eräillä lääkkeillä.)

Korvaushoidon toteuttamista ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön asetus (33/2008), jonka mukaan heroini tai muun opioidiriippuvuuden vieroitus- tai korvaushoitoon voidaan määrätä metadonia tai buprenorfiinia sisältäviä lääkkeitä. Tämän lääkehoidon lisäksi hoitoon kuuluu aina myös potilaan muu lääketieteellinen ja psykososiaalinen hoito ja sen seuranta. Korvaushoito voidaan aloittaa sellaiselle potilaalle, joka ei ole vieroittautunut opiaateista muilla keinoilla. Hoito tulee aina perustua hoitosuunnitelmaan. Hoidon tavoitteena voidaan nähdä joko kuntoutuminen ja päiheteettömyys tai toisaalta potilaan elämänlaadun parantaminen ja haittojen vähentäminen. Tavoite tulee aina selvittää hoidon alussa, ja hoidon jatkuessa se tulee uudelleen arvioida. Opiaattiriippuvaisten korvaushoito tulee aloittaa toimintayksikössä, jossa on asiaan perehtynyt lääkäri ja muu henkilökunta. Koska korvaushoito on pitkäkestoista, on pyrittävä järjestämään

se potilaan asuinpaikan läheisyydessä. Uusimman asetuksen mukaisesti potilaan kanssa voidaan tehdä apteekkisopimus, jolloin hän sitoutuu hakemaan yhdestä apteekista lääkkeensä, ja apteekki voi välittää tietoa häntä hoitavalle lääkärille hoitoa koskevaa tietoa. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten korvaushoidosta eräillä lääkkeillä.)

Päihdehuoltolain (1986/41) mukaan kunnat ovat velvoitettuja huolehtimaan päihdehuollon järjestämisestä niin, että palvelut vastaavat kunnassa olevaan tarpeeseen niin sisällöllisesti kuin laadullisestikin (Rönkä & Virtanen 2008, 39). Tavoitteena tulee olla päihteiden ongelmakäytön ehkäiseminen ja vähentäminen sekä päihteiden ongelmakäyttäjään sekä hänen läheisensä toimintakyvyn ja turvallisuuden edistäminen. Päihdehuollon palvelut tulisi päihdehuoltolain mukaan järjestää niin, että niiden piiriin voidaan hakeutua oma-aloitteisesti. Toiminnassa on aina ensisijaisesti ajateltava käyttäjän ja hänen läheistensä etua. Toisaalta päihdehuoltolaki velvoittaa järjestämään tahdosta riippumattoman hoidon henkilölle, jolle vapaaehtoiset palvelut eivät ole riittäviä tai joka ilman asianmukaista hoitoa on välittömässä hengenvaarassa tai on ympäristölleen vaarallinen. (Päihdehuoltolaki.)

Päihdehuoltoasetus velvoittaa kunnan järjestämään päihdepalveluita niihin vuorokauden aikoina joina niitä tarvitaan. Tämän asetuksen mukaan päihdehuollonpalveluiden piirissä tulee yhdessä asiakkaan kanssa tehdä kuntoutussuunnitelma. Toisaalta se antaa ohjeet päihdehuoltoyksiköille sekä kelpoisuusvaatimukset niissä toimiville ammattilaisille. (Päihdehuoltoasetus.)

Lain potilaan asemasta ja oikeuksista mukaan potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä kohteluun. Tällöin hoito on järjestettävä niin, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja huomioidaan yksityisyyden kunnioittaminen. Potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (vrt. päihdehuoltolain tahdosta riippumaton hoito). (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.)

4.1 Hoidon sisältö huume kuntoutuspoliklinikalla

Huume kuntoutuspoliklinikalla asiakkaat jaetaan kahteen ryhmään: yksilölliseen hoitoon sekä yhteisöhoitoon. Yhteisöllisyydellä on tarkoitus pyrkiä harjaannuttamaan päihteetöntä sosiaalista kanssakäymistä vertaistuen avulla. Yhteisöhoitoon kuuluu säännöllinen viikko-ohjelma, jossa pyritään toteuttamaan yksilökeskusteluja ja ryhmäkeskusteluja. Lisäksi yhteisöhoitossa olevien toimintaan kuuluu päivittäisten vastualueiden hoito, kuten ruoanlaitto ja siivous sekä yhteisökokouksiin osallistuminen. Kun asiakas ei hyödy yhteisöhoitosta, tai aikataulun vuoksi hänen ei ole mahdollista osallistua yhteisöhoiton tapaamisiin, voidaan ohjata asiakas yksilöhoiton pariin. Yksilöhoitoon kuuluukin pääsääntöisesti työssäkäyviä ja opiskelijoita, joiden ei ole mahdollista oleskella poliklinikalla audioloaikana. Yksilöllisessä hoidossa lääkkeet haetaan klinikalta sovittuna aikana aamuisin tai iltapäivisin. Omahoitajaa tavataan vain erikseen sovittuna aikana. (Tuotokuvaus 2009.) Sekä yhteisöhoitossa että yksilöhoitossa korvaushoitolääke otetaan valvotusti ja asiakkaan korvaushoitolääkkeen pitoisuutta elimistössä seurataan laboratoriossa otettavilla verikokeilla. (Kuikanmäki 2009.)

Tällä hetkellä fyysisen terveyden hoito psykososiaalisen hoidon rinnalla on korvaushoitopoliklinikalla vähäistä. Terveysneuvonta on lähinnä koostunut ulkopuolisten tahojen järjestämistä terveyspäivistä. Osastohoitaja Pia Miettistä haastateltaessa esiin nousi kuitenkin henkilökunnan tarve ja halu kehittää kokonaisvaltaista hoitoa huume kuntoutuspoliklinikalla, jolloin huomioitaisiin myös korvaushoitiasiakkaan terveyden edistäminen (Miettinen, Pia, henkilökohtainen tiedonanto 18.9.2009). Toisaalta on tärkeää muistaa, että jo laki velvoittaa kuntaa järjestämään asukkailleen päihdepalveluita ja terveysterveystoimintaa, eikä näin ollen korvaushoitopoliklinikan voi olettaa hoitavan kaikkea. Muun muassa kansanterveyslaki velvoittaa kunnan huolehtimaan asukkaiden terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista sekä järjestämään asukkaiden sairaanhoito. Lisäksi kunnalla on velvollisuus huolehtia asukkaiden suun terveydenhuollosta, johon kuuluu kansalaisten suun terveyden edistäminen sekä suun sairauksien tutkimus, ehkäisy ja hoito. (Haarala & Mellin 2008, 45.) Erikoissairaanhoito huolehtii lääketieteellisten erikoisalojen mukaan sairauksien ehkäisystä, tutkimuksesta ja hoidosta (Erikoissairaanhoitolaki).

5 HUUMEIDEN KÄYTÖN TERVEYSHAITAT

Huumeiden käyttöön liittyy monia vakavia sairauksia, ja joskus jopa kuolemaan johtavia tilanteita, jotka ovat usein seurauksia yliannostus- ja myrkytystiloista. Myös tapaturmariski huumeita käyttäessä kasvaa. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 87.) Huumeiden käyttö aiheuttaa monia vakavia somaattisia ja psyykkisiä sairauksia. Näitä sairauksia ovat muun muassa infektiot, jotka liittyvät etenkin suonensisäiseen käyttöön ja yleiseen vastustuskyvyn heikkenemiseen. Maksa-, sydän-, keuhko- ja verisuonisairaudet ovat saattavat olla pitkäaikaisen huumeiden käytön vakavia seurauksia. Myös ravitsemustilan puutokset sekä vatsavaivat, kuten ummetus ja ripuli ovat yleisiä huumeiden käyttäjille. (Ahtiala & Ruohonen 1998, 137.)

A-Klinikkasäätiön, Stakesin sekä Kansanterveyslaitoksen vuonna 2000 aloitetun piikkihuumeita käyttävien seurantatutkimuksen mukaan piikkihuumeiden käyttäjien tyypillisiä sairauksia ovat erilaiset infektiot, kuten hepatiitti sekä hiv. Muita terveyshaittoja, jotka ovat tutkimuksessa tulleet esiin, ovat muun muassa suonitulehdukset, rintakivut sekä huonokuntoiset hampaat. (Holmström, Holopainen, Partanen & Perälä 2002.) Huumeiden käytön nähdään aiheuttavan lähes puolet alle 35-vuotiaiden miesten päihdehoitajaksoista. Huumausaineiden käytöstä aiheutuneet sairaalajakso muodostavat kaikkiaan viidenneksen päih-teisiin liittyvistä hoitajaksoista. Kaikkiaan vuonna 2007 kirjattiin huumeidenkäytön aiheuttamia kuolemantapauksia yhteensä 234. (Suomen Lääkärilehti 2008.)

Huumeiden käytöstä johtuvat ongelmat voidaan joissakin tapauksissa nähdä johtuvan aineen farmakologisista vaikutuksista elimistöön, mutta suurin osa terveyshaitoista aiheutuu kuitenkin tavasta, jolla huumetta käytetään (Ghodse 2002, 282). Esimerkiksi suonen sisäisten huumeiden käyttäjä voi saada likais-ten välineiden kautta maksatulehduksen, erityisesti c- ja b- hepatiitin tai hiv-tartunnan. Lisäksi suonen sisäisten huumeiden käyttö voi aiheuttaa vakavia ve-risuonitukoksia, imusuonitulehduksia, märkäpesäkkeitä tai sydämen sisäkalvon tulehduksen. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 87.) Huonosti liuen-neet ja suodattamattomana pistetyt lääkkeet saattavat vaarantaa piikkihuumeita

käyttävien näköä. Lääkkeiden (ja joskus jopa heroiinin) sisältämä talkki ja muut sidosaineet ovat kuin hiekkaa, ja saattavat tukkia silmän verkkokalvon verisuonet ja näin aiheuttaa hapen puutetta ja silmän sisäistä verenpuutetta. Tämä voi aiheuttaa näön menettämisen jo muutaman kuukauden käytön seurauksena. Silmänpohjan muutokset saattavat olla pitkään piileviä, mutta tauti voi hoitamattomana edetä sokeuteen oireiden alettua. (Dahl & Hirschovits 2002, 174.) Huumeita poltettaessa taas voi altistua keuhkotulehduksiin ja nuuskaamisessa nuhaan sekä nenän väliseinän kuolioon (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 87).

5.1 Huumeiden käytöstä aiheutuvat infektiot

Infektiosairauksia esiintyy huumeiden käyttäjillä keskimäärin useammin muuhun väestöön verrattuna. Sairastumisen syynä on usein muun muassa vastustuskyvyn heikkeneminen, joka johtuu likaisten ja yhteisten käyttövälineiden ja kontaminoitujen aineiden käytöstä. (Dahl & Hirschovits 2002, 153.) Pistämiseen liittyy aina infektion riski. Neuloja ja ruiskuja käytetään usein monia kertoja ja samoja välineitä käyttää moni ihminen. Äkillinen nousu huumeidenkäyttäjien kuolemantapauksissa saattaa selittyä huumausaineen epäpuhtauksilla. Esimerkiksi vuonna 2000 Iso-Britanniassa kuoli kolmen kuukauden aikana yli 30 heroiinin käyttäjää. Kyseisen ilmiön on tutkittu johtuneen heroiinissa olleesta glostridiumbakteerista, joka sokin oireiden alettua johtaa muutamassa tunnissa kuolemaan. (Ghodse 2002, 282–283.)

Osa infektiosairauksista tarttuu suojaamattomassa sukupuolikontaktissa. (Dahl & Hirschovits 2002, 153.) Huumeidenkäyttö voi joskus johtaa myös prostituutioon tai seksuaalisen hyväksikäytön sallimiseen päihteen saamiseksi. Tällöin seksikontaktissa voi sukupuolitautien lisäksi levitä myös muita huumeiden käyttäjille tyypillisiä infektiosairauksia. (Lappanen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 100.)

Monilla huumeidenkäyttäjillä esiintyy ongelmia hampaiden kanssa. Tyypillinen syy tähän on ientulehdus. Ientulehduksessa hampaiston bakteerikanta lisää-

tyy, jolloin tulehdus leviää koko ien alueelle. Ensioireena on ikenien verenvuoto hampaiden harjauksen yhteydessä. Tulehduksen pitkittyessä syntyy krooninen ientulehdus, jolloin tulehdus leviää ikenien alle ja vaarana on hampaiden kiinnityksen vaurioituminen. Tämä voi johtaa hampaiden löystymiseen ja irtoamiseen. (Huovinen 2007.) Suusairaudet on todettu olevan riski sydän- ja verisuonisairauksissa sekä keuhkosairauksissa, etenkin keuhkokuumeessa. Hoitamattomina hampaiden infektiot voivat aiheuttaa hengenvaarallisia komplikaatioita, koska ne voivat levitä suoraan tai veriteitse muualle elimistöön. Päähoidon käyttäjien hammashoitoa tulisikin tukea kaikin mahdollisin keinoin hoidon aikana. (Ainamo 1998, 372.)

5.1.1 Virusinfektiot

Yksi vakavimmista infektiosairauksista on ihmisen immuunikatovirus, HIV. Tällöin elimistön puolustusjärjestelmään syntyy vaurioita. Edetessään se johtaa AIDSiin, hankittuun immuunikato-oireyhtymään, joka on HIV-infektion viimeinen vaihe. HI-virus tarttuu suorassa sukupuolikontaktissa, verikontaktissa, äidistä lapseen synnytyksen tai raskauden yhteydessä ja verensiirron yhteydessä. HIV-infektion tarttuvuus on suurimmillaan taudin akuutissa alkuvaiheessa sekä myöhemmässä vaiheessa. (Karhumäki 2005, 116–117.) HIV-tartunnan saaneista 40 prosenttia sairastuu 2–6 viikon kuluessa ensitautiin. Sen oireita ovat kuumetta, väsymys, säryt, ihottuma sekä nivel- ja lihaskipu. Ensitaudin aikana veressä on paljon HI-virusta ja sen tarttuvuus on suurempi. (Jokinen 2002, 83.)

Kansanterveyslaitoksen tilastojen mukaan uusia ilmoitettuja HIV-infektioita vuonna 2007 oli 191. Huumeiden pistoskäytöstä aiheutuvien tartuntojen osuus näistä oli noin 6 prosenttia. Toisaalta täytyy muistaa, että kaikki pistohuumeita käyttävät eivät hakeudu testeihin. Pääkaupunkiseudun HI -viruksen saaneita huumeiden käyttäjät ovat tyypillisesti paitsi sosiaalisesti myös alueellisesti syrjäytyneitä. Pistohuumeita käyttäjien HIV-infektiot keskittyvät alueille, joita on kuvattu köyhyysalueiksi, eli alueellisen rakenteen heikkeneväksi alueeksi. (Rönkä & Virtanen 2008, 53–54.)

Suonen sisäisten huumeiden käyttäjillä esiintyy runsaasti hepatiittivirusten aiheuttamia maksatulehduksia. B-hepatiitti leviää veren välityksellä, yleensä yhteisessä käytössä olleiden huumeruiskujen kautta, likaisista tatuointivälineistä tai suojaamattoman seksin aikana kehon sukupuolieritteiden kautta. Virus leviää myös veren välityksellä synnytyksessä äidistä lapseen. Näistä lapsista jopa puolet sairastuu krooniseen infektiin, ja edelleen puolet maksakirroosiin 12 vuoden ikään mennessä. Kroonistuessaan B-hepatiitti aiheuttaa kohonneen maksasyöpäriskin. B-hepatiittiviruksen oireita esiintyy joka toisella tartunta-aikana. Oireet alkavat tyypillisesti 1-5 kuukauden kuluttua tartunnasta. Oireita ovat muun muassa ruokahaluttomuus, vatsakivut, nivelvaivat ja keltaisuus. Tartunnan saaneista aikuisista 5–10 prosentilla infektio jää krooniseksi, ja virus jatkaa lisääntymistään elimistössä ja voi näin tarttua eteenpäin. Lopuilla tartunnan saaneista B-hepatiittivirus häviää elimistöstä noin puolessa vuodessa ja heistä tulee immuuneja tälle virukselle. (Jokinen 2002, 78–79.)

C-hepatiittivirus tartunnan kulkua on vaikea ennustaa ja sen eteneminen on yksilöllistä. C-hepatiittiviruksen aiheuttama tulehdus on yleensä täysin oireeton tai oireet ovat niin lieviä, ettei potilas hakeudu hoitoon. Esimerkiksi C-hepatiitiin sairastuneista jopa 75 prosenttia on täysin oireettomia. Vaikeimmassa maksatulehduksessa oireena voi kuitenkin esiintyä ihon ja silmänvalkuaisten keltaisuus. Muita oireita ovat väsymys, vatsakivut, pahoinvointi, ripuli ja kuumeilu. (Karhumäki 2005, 111, 115.) Kansanterveyslaitoksen esiintyvyyystutkimuksen mukaan pistohuumeiden käyttäjien keskuudessa C-hepatiitin esiintyvyys on noin 50–70 prosenttia (Rönkä & Virtanen 2008, 54). C-hepatiittiviruksen itämisaika on 2–20 viikkoa. Ihminen, jolla virus lisääntyy elimistössä jatkuvasti, on kantaja ja näin hän saattaa toimia viruksen levittäjänä. Toisinaan huumeiden käyttäjät luulevat voivansa käyttää toisen käyttäjän välineitä, koska molemmilla on C-hepatiitti. Lainatuista välineistä voi kuitenkin saada uuden tartunnan. Hepatiittivirusten suuri määrä, alkoholin suurkulutus sekä samanaikainen B-hepatiitti- ja HIV-tartunta voivat edesauttaa vakavan maksavaurion syntyyn. Toisin kuten B-hepatiitti, C:hen ei muodostu immuniteettia eikä siihen ole olemassa rokotetta. (Jokinen 2002, 81.)

Myös A-hepatiittia esiintyy huumeiden käyttäjien keskuudessa, tosin se ei ole yleistä. Se leviää niin sanottuna pisaratartuntana huonon hygienian ja saastuneen ruoan sekä seksikontaktien välityksellä. (Lappanen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 91.) Viruksen itämisaika on tartunnasta noin 30 vuorokautta. Tyypillisiä oireita ovat pahoinvointi, vatsakipu, kohonneet maksa-arvot sekä keltaisuus. Silti lähes 70 prosenttia tartunnan saaneista on oireettomia. (Jokinen 2002, 85–86.)

5.1.2 Bakteeri-infektiot

Pistoskohtien ja pehmytosien infektiot ovat yleisimpiä huumeidenkäytöstä johtuvia terveyshaittoja. Keskimäärin noin 5 prosenttia huumeidenkäyttäjistä saa ainakin kerran sairaalahoitoa vaativan pistokohtainfektion. Infektioiden yleisyyttä lisäävät huono aseptiikka sekä pistokohtien ”rasittaminen”. (Kaivola, Tammisto & Ristola 2001, 22.) Verisuonten infektiota syntyy myös siksi, että huumeita pistettäessä niitä ei veteen liuottamisen jälkeen jakseta suodattaa, jolloin pistämisen yhteydessä suoneen joutuu enemmän epäpuhtauksia (Ahtiala & Ruohonen 1998, 121). Pistopaikkaan voi myös kehittyä krooninen haavauma, selluliitti tai absessi. Tällöin huumeidenkäyttäjällä nousee tyypillisesti kuume ja pistoalueella esiintyy muita tulehduksen oireita. Hoidon perustana on tällöin säännöllisesti toteutuva antibioottihoito sekä haavauman paikallishoidot. (Kaivola, Tammisto & Ristola 2001, 22–24.)

Toisaalta osa pistoksina käytettävistä huumausaineista ärsyttävät kudoksia voimakkaasti. Raajojen pinnalliset laskimoiden tuhoutuessa, käyttäjä siirtyy yleensä pistämään nivustaipeisiin, kaulan laskimoihin tai lihakseen. (Ristola 2003, 571.) Pistettäessä lihakseen voivat iho- ja kudოსvauriot olla syviä. Myös kaulan alueelle pistäminen voi edesauttaa infektioiden syntymistä, koska kaulan verisuonet ovat yhteydessä suuriin verisuoniin. Näin bakteerit voivat levitä nopeastikin esimerkiksi sydänlihakseen. (Rukkila 2007.) Pistohuumeiden käyttäjällä vuosien käyttö aiheuttaa suonien arpeutumista, mikä on suosiollista infektioiden kehittymiselle. Pistokohtien paikallisista infektiosta voi pahimmillaan kehittyä ihon ja lihaksen välinen nekroosi, kuolio. (Ristola 2003, 571.)

Epästeriili pistohuumeiden käyttö altistaa sepsiksen syntymiselle. Arvion mukaan sairaaloiden päivystyspoliklinikoille tulevista kuumeilevista huumeiden käyttäjistä 10–40 prosentilla on sepsis. Kolmasosalla sepsistä sairastavilla huumeiden käyttäjillä on sepsiksestä johtuva sydämen sisäkalvon tulehdus, endokardiitti. (Ristola 2003, 571–572.) Endokartiitin oireita ovat pitkittynyt kuumeilu, hengenahdistus, hematuria sekä sydämestä kuuluva sivuääni. Kyseinen tulehdus vaatii yleensä monien viikkojen vuodeosastohoitoa, mutta hoidon tekee usein hankalaksi huumeriippuvuuden aiheuttaman vaikeus sitoutua hoitoon. (Kaivola, Tammisto & Ristola 2001, 24.) Sydämen sisäkalvon tulehdus tulisi kuitenkin hoidattaa, sillä pahimmillaan infektiosta lähtevät sieni- tai bakteeriembolukset saattavat aiheuttaa tulehduksia myös muualle elimistöön, kuten pernaan, luustoihin tai keskushermostoon (Niemelä & Laine 2000, 80).

5.2 Huumeista johtuvat neurologiset sairaudet

Huumeiden käyttö voi aiheuttaa erilaisia aivokompilaatioita, hermostotulehduksia tai ääreishermostovaurioita. Esimerkiksi stimulanttien ja kannabiksen käyttöön ja yliannostukseen voi liittyä aivoverenkierron häiriön, aivoverenvuodon sekä aivoinfarktin riski. Näiden aiheuttamina pidetään kohonnutta verenpainetta, verisuonikouristusta, verisuonitulehdusta tai emboliaa. Amfetamiinin, heroinin ja kokaiinin käyttäjillä esiintyy lisäksi myrkytystiloihin liittyviä kouristuksia. Heroiinia käyttävillä osa aivokomplikaatioista saattaa johtua aineen epäpuhtauksista ja lisäaineista. Opiaattien käyttäjillä vaaraa aiheuttaa aineen vaikutukset hengitystoimintaan. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 97–98.)

Huumeiden kuten muidenkin päihteiden välittömät vaikutukset pohjautuvat niiden keskushermostovaikutuksiin. Huumeet lisäävät mielihyvää ja ne rentouttavat keskushermostoa. Tärkeintä on kuitenkin tietää, että huumausaineilla voi olla vakavia myrkyllisiä vaikutteita ihmisen hermostoon, jotka voivat johtaa jopa menehtymiseen. Huumeidenkäytön yliannostuksen uhkana on aina hengityksen lamaantuminen, joka voi syntyä jo ennen tajuttomuutta. Niin sanottuihin äkkikuolemiin törmätään usein päihteidenkäyttäjien keskuudessa. Äkkikuolema johtuu yleensä hengityksen lamaantumisesta tai sydänpysähdyksestä. Hengityk-

sen heikentyminen tai lamaantuminen yhdistetään useimiten opiaattien käyttöön. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 95.) Juuri korvaushoitoasiakkailla esiintyy uhkaavia tilanteita, jos he käyttävät alkoholia samanaikaisesti korvaushoitolääkityksen kanssa. Tällöin riski henkityslaman syntymisestä on erittäin suuri.

Huumeiden käyttö voi vaikuttaa hermostoon juuri aineiden myrkyllisyyden takia. Tähän vaikuttaa suurelta osin se, että huumausaineisiin lisätään usein epäpuhtaita lisäaineita. Hermovauriot voivat olla elinikäisiä, etenkin tekniset liuottimet aiheuttavat usein pysyviä hermovaurioita jo lyhyenkin käytön jälkeen. Säännöllisesti huumeita käyttävän hermosto sopeutuu päihteisiin ja alkaa vaatia yhä suurempia annoksia saavuttaakseen saman vaikutuksen kuin ennen. Jos huumeiden käyttö loppuu äkillisesti, hermosto aktivoituu liikaa, mikä saattaa johtaa erilaisiin vieroitusoireisiin päihteestä riippuen. Vieroitusoireina voi esiintyä muun muassa hikoilua, levottomuutta, kouristuksia, vapinaa tai sekavuutta. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 95.)

Suomessa noin puolet aivovammoista syntyy päihtyneille ihmisille. Aivovammat johtavat usein myös mielenterveysongelmiin, etenkin riski sairastua masennukseen kasvaa. Lisäksi jotkut huumeet ja etenkin kannabis voi heikentää lähimuisia ja vaikeuttaa oppimista. Nämä muistihäiriöt voivat jatkua vielä pitkään aineen käytön lopettamisen jälkeenkin. Edellisen lisäksi huumausaineet ja etenkin kannabis voi aiheuttaa aivoinfarktin, minkä uskotaan johtuvan verenpaineen kohoamisesta tai verisuonikouristuksista. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 95, 98.)

5.3 Huumeidenkäyttäjän sydän-, keuhkosairaudet ja opioidimyrkytys

Piikkihuumeita käyttävällä käyttöön liittyy lisäksi riski siitä, että laskimoon tarkoitettu huume joutuukin vahingossa valtimoon. Koska laskimoveri virtaa kohti sydäntä, laimenee aine isompaan verimäärään. Jos aine pistetäänkin vahingossa valtimoon, se tuhoaa pienten suonien sisäpintoja ja voi aiheuttaa jopa kuolion verisuonia ympäröivissä kudoksissa. Tästä johtuen suonensisäisiä huumeita käyttäviltä joudutaan toisinaan amputoimaan sormenpäitä, sormia tai jopa koko käsi. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 94.)

Keuhkoihin liittyvät terveyshaitat ovat yleisiä piikkihuumeiden käyttäjien keskuudessa, koska laskimoon pistetty murskatut ja huonosti liukenevat tabletit jäävät kiinni keuhkojen pieniin hiussuoniin. Tämä johtaa verenvirtauksen heikkenemiseen keuhkoissa. (Ghodse 2002, 299.) Myös keuhkokuume on hyvin yleinen huumeidenkäyttäjien keskuudessa. Siihen vaikuttaa käyttäjien huono yleiskunto sekä aspiraatio yliannostuksesta johtuvan tajuttomuuden aikana. (Kaivola, Tammisto & Ristola 2003, 31.)

Opioidimyrkytyksen oireita ovat hengityslama, sydämen harvalyöntisyys, hapen puute ja lopulta kooma. Tyypillisesti opiaatteja käyttävällä mustuaiset ovat pistemäiset, mutta hypoksian ja aivoödeeman edetessä mustuaiset laajenevat. (Käypähoito 2006.) Yliannostuksen yhteydessä hengitys loppuu ennen tajunnantason hämärtymistä. Muita myrkytystilan oireita ovat matala verenpaine ja ruumiin lämmön nousu. (Hillbom 2003, 520.) Suurin myrkytysriski liittyy lyhytvaikutteisiin opioideihin, kuten heroiniin ja morfiiniin, koska niiltä puuttuu kattovaikutus. Buprenorfiini aiheuttaa taas harvoin myrkytyskuolemia, koska sillä on ns. kattovaikutus. Tällöin huumeen teho lisääntyy vain tiettyyn rajaan asti. Buprenorfiiniin liittyvät kuolemat johtuvat usein alkoholin ja/tai lääkkeiden yhteisvaikutuksesta. (Käypähoito 2006.)

6 HUUMEIDENKÄYTTÄJÄN TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Terveys määritellään hoitotyön näkökulmasta ihmisen hyvinvoinnin tilaksi, inhimilliseksi voimavaraksi, hyväksi oloksi, tasapainoisuudeksi, kyvyksi toimia sekä suoriutua itsenäisesti. Päihdehoitotyössä tämä terveyskäsite saa erityisen merkityksen. Koska terveys on kulttuuriin sidoksissa oleva, dynaaminen ja ihmisen itsensä kokemana käsite, vaarantuu se runsaan päihteiden käytön takia. Pahimmillaan runsas päihteiden käyttö aiheuttaa päihderiippuvuutta, josta ei ole haittaa ainoastaan käyttäjälle itselleen, vaan myös hänen läheisilleen ja yhteiskunnalle. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 140.)

Tyypillinen tapa terveyden edistämiseksi on terveysneuvonta. Terveysneuvonta edellyttää hoitohenkilökunnalta kattavaa tietoa sekä vuorovaikutustaitoja, sillä kyseisellä neuvonnalla pyritään jakamaan tietoa ja siten muuttamaan henkilön terveyskäyttäytymisen optimaaliseksi. Neuvonta on kuitenkin tapahduttava ihmisen omilla ehdoilla. Terveysneuvonnassakin on muistettava asiakkaan itsemääräämisoikeus. Ammatilaisen on hyvä pystyä tuomaan omia näkemyksiä esiin yhtenä vaihtoehtona asiakkaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. Ammatilaisen on rohkaistava asiakasta terveyden kannalta myönteisissä ratkaisuissa, eikä moralisoida häntä elämäntapojen perusteella. Asiakkaan itsetunnon kannalta voi olla vahingollista, jos ainoastaan hänen heikkoihin kohtiinsa keskitytään. Rohkaistaessa ja voimavaroihin keskityttäessä asiakkaan on myös helpompaa tehdä päätöksiä terveytensä suhteen. Näin ollen terveyden edistämisen tarkoituksena on etsiä yhdessä sopivampia tapoja ongelmien ratkaisemiseksi. (Vertio 2003, 573–575.) Päämääränä terveyden edistämiseksi onkin asiakkaan odotettavissa olevan terveen eliniän pidentäminen (Koskenvuo & Mattila 2003, 16).

Terveysneuvonnassa asiakas itse määrittelee, milloin hän on valmis vastaanottamaan tietoa ja kuinka paljon kerralla. Ammatilaisen kannattakin pitää mielessä, että vähän on paljon ja näin ollen yhteen asiaan kannattaa keskittyä kerralla ja antaa kirjallinen materiaali mukaan, jos mahdollista. Etenkin huumeiden käyttäjien terveysneuvonnassa on tärkeää, että annetut neuvot ja ohjeet ovat yhtey-

dessä käyttäjän elämään ja siihen sosiaaliseen ympäristöön, jossa hän elää. Aina tulee pitää mielessä, että käytettävä puhe on ymmärrettävää ja pyydetään asiakasta rohkeasti kysymään, jos hän ei ymmärrä. Myös ammattilaisen tulee tarkentaa mitä asiakas tarkoittaa jollain vierailta sanoilla. (Jokinen 2002, 76.) Korvaushoidossa on mielestämme tärkeää, että hoitajat huomioivat jokaisen asiakkaan omakohtaisen elämäntilanteen. Vaikka asiakkaat ovat hakeutuneet korvaushoittoon saman syyn takia, on kuitenkin muistettava että jokainen heistä on eri elämän ja riippuvuuden vaiheessa. Nämä seikat tekevät terveysneuvonnasta haastavaa korvaushoidossa, koska neuvonta ei voi jatkuvasti perustua yleiseen malliin vaan sitä on annettava asiakkaiden tarpeiden mukaan. Kuitenkin jatkuvan terveysneuvonnan antaminen on oltava työntekijälähtöistä.

6.1 Huumeasiakkaan kokonaisvaltainen hoitotyö

Kokonaisvaltainen hoitotyö tarkoittaa holistista hoitokäsitystä, joka on tullut hoitotyöhön jo 1970-luvulla ja sen käyttö lisääntyy koko ajan. Holismia on käytetty ensimmäistä kertaa filosofiassa, jolla tarkoitetaan maailmankaikkeudessa ilmevästä pyrkimystä kokonaisuuden luomiseen sekä sitä käynnistävää ja ohjaavaa periaatetta. Kokonaisvaltaisuus on yksi sairaanhoitajan tärkeimmistä osaamisalueista ja jokaisen hoitajan tulisi ymmärtää miten sitä toteutetaan. Kuitenkin kokonaisvaltaisen hoidon määrittely on ollut vähäistä ja sitä on myös usein käytetty ilman minkäänlaista määrittelyä. (Janatuinen 1998, 63.)

Kokonaisvaltainen hoito voidaan yksinkertaisimmillaan nähdä kokonaisen ihmisen hoitamisena. Ihminen on tällöin nähtävä kokonaisuutena, johon kuuluu fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Näiden ulottuvuuksien ajatellaan liittyvän toisiinsa, ja muodostavan näin ainutlaatuisen kokonaisuutensa. Näitä ulottuvuuksia ei varsinaisesti voi jakaa erillisiin osiin. (Janatuinen 1998, 65.) Asiakas tulee kohdata ihmisenä, ei ainoastaan sairautena. Asiakasta tulisi kunnioittaa samoin hänen kulttuuriaan, uskontoaan ja tapojaan. (Kiikkala 2007, 116.) Toisaalta kokonaisvaltaisuus voidaan käsittää myös hoidon kokonaisuutena, eli terveystalveluiden, tehtävien, toiminnan tai yhteistyön kattavuudeksi. (Janatuinen 1998, 65.)

Huumeidenkäyttäjän kanssa työskennellessä on kokonaisvaltaisuus huomioitava myös hoitomenetelmää valittaessa. Tällöin on osattava arvioida myös itse riippuvuuden taso. (Ahtiala & Ruohonen 1998, 217.) Huumeongelman lisäksi olisi syytä selvittää tarkoin myös huumeasiakkaan yleinen terveydentila sekä infektiot. Se on tärkeää myös hoitohenkilökunnan turvallisuuden kannalta. (Niemelä & Laine 2000, 80.)

Läheskään kaikki huumeidenkäyttäjät eivät hakeudu hoitoon. Osa kokee nykyisen hoitojärjestelmän sekavaksi, eikä se useinkaan kohtaa huumeidenkäyttäjää silloin kun hän haluaisi hoitoon. Sekä asiakkaan että palvelun tarjoajan etuna olisi hoitojärjestelmän yksinkertaistaminen. Hoitoon hakeutumisen kynnyksen tulisi olla mahdollisimman matala. Hoitoketjun ensimmäisenä portaana nähdään haittoja vähentämät toimet, esimerkiksi terveysneuvonta, rokotteet sekä neulosten ja ruiskujen vaihtaminen. (Ahtiala & Ruohonen 1998, 216–217.)

Kokonaisvaltaisuus hoidossa näkyy myös asiakkaan subjektiivisen kokemuksen kuulemisena. Tällöin on annettava tilaa asiakkaan koetulle terveydelle. Koettu terveydentila tarkoittaa asiakkaan itsensä ilmaisemaa arviota omasta terveydestä. Huono koettu terveys on tutkimusten valossa yhteydessä huonoon koulutustasoon, matalaan tulotasoon sekä tiheisiin lääkärissä käynteihin. Suomalaisesta aikuisväestöstä kaksi kolmasosaa arvioi oman terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. Miesten ja naisten välillä ei nähdä olevan eroa terveydentilan arvioinnissa. (Hiltunen & Keinänen-Kiukaanniemi 2005.)

6.2 Huumeidenkäyttäjän terveyshaittojen hallinta

Huumeidenkäyttäjien somaattisten sairauksien hoitoa voivat vaikeuttaa huono hoitomyöntyvyys sekä hoitoon tulon viivästyminen. Esimerkiksi infektiotaudeissa lääkkeen ottaminen voi olla epäsäännöllistä tai keskeytyy kokonaan. Tällöin luonnollisesti sairaus voi uusia ja tauti tulla vastustuskykyiseksi käytettävälle lääkkeelle. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 98.)

Infektioiden ja muiden huumeiden käyttöön liittyvien terveyshaittojen paras ehkäisykeino olisi huumeiden käytön lopettaminen, joka ei useinkaan ole kovin realistinen vaihtoehto. Tärkeää infektioiden torjumiseksi on yleiskunnosta ja elinoloista huolehtiminen. Erilaisten terveysneuvontapisteiden ja välineidenvaihtopisteiden kautta onkin voitu merkittävästi vähentää veriteitse tarttuvia tauteja. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 100.) Välineiden vaihtaminen vaihtopisteissä suojaa myös sivullisia tartunnoilta, kun likaiset neulat ja ruiskut saadaan pois kaduilta. Näissä pisteissä huumeiden käyttäjille annetaan terveysneuvontaa sekä otetaan tautiseulontoja. Lisäksi heitä voidaan ohjata päihdehoitoon. (Ahtiala & Ruohonen 1998, 141.) Vuodesta 2003 lähtien lain mukaan myös terveysasemilla on velvoite vaihtaa pistosvälineitä sekä antaa terveysneuvontaa. Stakesin ja A-klinikkasäätiön tekemän tutkimuksen mukaan tartuntatautien ehkäisy ja pistovälineiden vaihtaminen on hyvin vähäistä terveysasemilla. Pienemmillä paikkakunnilla terveysasemien rooli saattaa olla isompi, koska suuremmissa kaupungeissa toimii erillisiä terveysneuvontapisteitä huumeiden käyttäjille. (Rönkä & Virtanen 2008, 61.)

6.2.1 HIV:n ja hepatiitin terveysneuvonta huumeidenkäyttäjille

Sekä HIV- että hepatiittitesteihin tulee aina liittää terveysneuvonta. Neuvonnassa tulee ohjata suojautumaan riskitilanteilta. Vaikka asiakasta ei saa painostaa elämäntapamuutoksiin, on muistutettava siitä, että huumeiden käytön jatkaminen saattaa lisätä virusten määrää, ja sitä kautta aids voi puhjeta nopeammin. Terveysneuvonnan hyvänä tavoitteena on saada asiakas pohtimaan ja tarkastelemaan omaa käyttäytymistään riskitilanteissa. Keskustelussa tulee antaa tilaa asiakkaan pelon tunteille sekä välittää asiakkaalle toivon tunnetta. HIV-tartunnan saaneen kohdalla on myös tärkeää tehdä asiakas tietoiseksi siitä, mikä on HI-viruksen ja aidsin ero ja miten virus leviää. On hyvä keskustella yhteiskunnan asenteista HI-virusta sairastavaa kohtaan ja esimerkiksi siitä, että viruksen saanut ei muodosta riskiä ympäristölleen, koska HI-virus ei tartu tavallisessa kanssakäymisessä kuten halauksissa ja suudelmissa. Tieto positiivisesta testituloksesta aiheuttaa miltei aina jonkinlaisen kriisitilanteen. Näin ollen tu-

lostien kertomiseen tulee varata riittävästi aikaa ja mielellään jakaa tukipalveluita antavien tahojen yhteystietoja. (Jokinen 2002, 83–85.)

Hepatiittitartuntojen ehkäisyyn vaikeutena on infektion oireettomuus. Yksi tapa infektioiden ehkäisyyn on riskiryhmien rokottaminen. Suomessa Kansanterveyslaitos rokottaa ilmaiseksi suonen sisäisten huumeiden käyttäjät, heidän seksikumppaninsa sekä sekakäyttäjät. Henkilöillä, joilla on B- ja C-hepatiitti voidaan antaa interferonihoitoa. Ehtona hoidon aloittamiseen on kuitenkin vähintään vuoden kestänyt raittius. Lisäksi hoito on kallis ja hoidettavalle raskas. (Ahtiala & Ruohonen 1998, 139, 141.)

Terveysneuvonnassa oleellista on kertoa tartuntaan ja kantajuuteen liittyvät oireet sekä tartuttamiseen liittyvät riskit. Tärkeää on ohjata asiakasta välttämään verikontakteja ja suojaamaan haavat oikein. Myös verikontaktissa olleiden välineiden oikeasta hävittämisestä ja kondomin käytöstä on keskusteltava. Tarvittaessa ohjataan myös muut lähipiirin henkilöt testeihin, terveysneuvontaan ja rokotuksiin. Huumeiden käyttäjien säännöllinen testaaminen on tärkeää. Etenkin C-hepatiittia sairastavien uusintatestejä on hyvä ottaa noin kolmen kuukauden välien, koska viruksen itämisaika on pitkä ja tartunnan uusiutuminen mahdollista. A-hepatiitin kohdalla on syytä muistaa, että tartuntavaara on olemassa jo noin viikkoa ennen oireita. Tällöin neuvonnassa on tärkeä korostaa käsi- ja wc-hygieniasta huolehtimista. (Jokinen 2002, 79–82, 86.)

6.2.2 Korvaushoitolääkitykseen liittyvä ohjaus ja neuvonta

Hoidon onnistumiseen vaikuttaa suurelta osin hoitomyöntyvyys. Sillä tarkoitetaan asiakkaan kykyä ja halua noudattaa saamia hoito-ohjeita. (Nurminen 2001, 68.) Hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa myös hyvä hoitosuhde, jolla tarkoitetaan sitä, että asiakas ja terveydenhuollon ammattilainen käyvät yhdessä säännöllisesti läpi hoidon tavoitteita ja toteutusta. Myös korvaushoidossa on oleellista, että asiakasta tuetaan esimerkiksi kuuntelemalla hänen mielteitään lääkityksestä. (Hujala & Tiainen 2009, 14.) Lääkehoito keskeytyy helposti, mikäli asiakas kokee lääkkeestä saamansa hyödyn vähäisemmäksi kuin siitä koituvat hai-

tat. Myös myönteinen ja luottamuksellinen hoitosuhde asiakkaaseen edistää lääkehoidon onnistumista. (Nurminen 2001, 68.)

Sekä buprenorfiinin että metadonin on todettu vähentävä seksuaalista halukkuutta (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005,6–8.). Mielestämme korvaushoitolääkitykseen liittyvässä ohjauksessa onkin tärkeää keskustella asiakkaan kanssa myös seksuaalisuuteen vaikuttavista asioista. Näin ollen on oleellista, että asiakas voi luottamuksellisesti keskustella ja saada ohjausta hoitohenkilökunnalta arkaankin ongelmaansa. Avoin keskustelu ja asian esiin tuominen lisää osaltaan hoitomyöntyvyyttä, eikä hoitajien näin ollen tule vähentellä lääkityksestä johtuvia haittavaikutuksia, vaan keskustella avoimesti ja kuunnella asiakkaan mielteitä ja tuntemuksia lääkityksestä. (Nurminen 2001, 68.)

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tavoitteena oli saada käsitys siitä, millaista hoitoa huume-kuntoutuspoliklinikan asiakkaat toivovat itse saavansa somaattisiin sairauksiin huume-kuntoutuspoliklinikalla. Tällä hetkellä huume-kuntoutuspoliklinikan työntekijöiden mielestä kokonaisvaltaisuus näkyy lähinnä harvoin pidettävänä teemapäivinä. Muuten ajatus kokonaisvaltaisesta hoidosta jää usein ajatuksen tasolle. Työyhteisö on tällä hetkellä päivittämässä toimintasuunnitelmaansa ja tarkoituksena on selvittää asiakkaiden toiveita somaattisten sairauksien hoidosta huume-kuntoutuspoliklinikalla, jotta se voidaan huomioida toimintasuunnitelman teossa. Kokonaisvaltaisen hoitotyön toteutumista tulee sopivin väliajoin arvioitua, kun se huomioidaan toimintasuunnitelmassa.

Tämän tutkimuksen tutkimuskysymykset nousivat huume-kuntoutuspoliklinikan työntekijöiden toiveiden pohjalta. Tutkimuskysymykset ovat: Mitä somaattisia sairauksia huume-kuntoutuspoliklinikan asiakkailla on? Miten kokonaisvaltainen hoito toteutuu tällä hetkellä huume-kuntoutuspoliklinikalla? Millaista hoitoa korvaushoitoasiakkaat toivovat saavansa somaattisiin sairauksiinsa?

7.2 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, joka on kuvaileva ja empiirinen tutkimus. Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Tällöin tutkittavaa aihetta pyritään kuvaamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 152.) Tyypillisesti kvalitatiivisessa tutkimuksessa suositaan ihmistä tietolähteenä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 155). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan jotain ilmiötä tai ymmärtämään toimintaa. Tällöin on tärkeää, että ihmisillä, joilta tietoa kerätään, on kokemuksia tutkittavasta aiheesta. (Tuomi &

Sarajärvi 2004, 87–88.) Tästä syystä päädyimme tutkimuksessamme haastattelemaan huume kuntoutuspoliklinikan asiakkaita kartoittaaksemme heidän näkemyksiään ja kokemuksiaan somaattisten sairauksien hoitamisesta huume kuntoutuspoliklinikalla.

Valitsimme tutkimukseen laadullisen näkökulman, koska halusimme saada asiakkaiden äänen kuulumaan ja antaa heille mahdollisuuden kertoa ja kuvailla terveydellistä tilannettaan ja kokemuksiaan terveydenhuollosta omin sanoin (vrt. strukturoitu haastattelu). Koemme myös, että työntekijät hyötyvät enemmän tällaisesta tutkimuksesta, jonka tutkimusaineisto saadaan suoraan asiakkailta.

7.3 Aineiston keruu teemahaastattelun avulla

Haastattelulla tarkoitetaan tutkijasta lähtöisin olevaa vuorovaikutustilannetta, joka vastaa tutkijan asettamiin kysymyksiin tai ainakin sivuaa aihepiiriä. Pääosin haastattelun on tarkoitus olla keskustelu, jota tutkija ohjaa. (Eskola & Vastamäki 2001, 25.) Tutkijoina valitsimme haastattelutyypin muodoksi puolistrukturoidun teemahaastattelun. Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu on yleisimmin käytetty tutkimushaastattelun muoto. Siinä tutkimusongelmasta poimitaan keskeiset teema-alueet, joita tutkimusongelmaan vastatakseen olisi haastattelussa käytävä läpi. (Vilkkä 2005, 101.) Puolistrukturoidussa haastattelussa jokainen haastateltava vastaa samoihin kysymyksiin, mutta vastausvaihtoehdot ei ole, eli jokainen haastateltava vastaa omin sanoin. Teemahaastattelu näkyy kysymysten luokittelussa eri teemojen alle, eikä ole tarkoitus noudattaa tarkkaa kysymysjärjestelyä. Tärkeintä on, että jokaisen haastateltavan kanssa käydään läpi kaikki aikaisemmin päätetyt teemat. (Eskola & Vastamäki 2007, 27.) Käytimme itsekin tätä menetelmää. Jokainen haastattelu muotoutui hyvinkin omanlaiseksi, eikä tarkkaa kysymysjärjestystä noudatettu. Pidimme kuitenkin huolen, että jokaisen tutkimukseen osallistuneen henkilön kanssa käytiin kaikki teemat läpi.

Päädyimme puolistrukturoituun haastattelumuotoon, koska aikaisempi kokemuksemme on osoittanut tietynlaisen aiheen rajaamisen ja raamien asettami-

sen tarpeellisuuden kyseisen asiakasryhmän kanssa. Lisäksi koemme, että tutkimusaiheemme kannalta on hyvä pysyä tarkassa aihepiirissä. Haastattelun sujuvuuden kannalta on tärkeää, että haastattelija testaa kysymyksensä. Näin haastattelijan on mahdollista vähentää omaa jännitystään ja toisaalta testata kysymysten toimivuus. (Vilka 2005, 112.) Haastattelukysymyksiä käytiin läpi opinnäytetyöryhmässä, jossa saimme ohjaavalta opettajalta ehdotuksia haastattelurunkoa varten. Saimme myös eettiseltä lautakunnalta ehdotuksen tapaturmiin liittyvästä kysymyksestä, jonka lisäsimmekin ennen haastatteluita haastattelurunkoon. Testasimme haastattelukysymykset lähipiiriin kuuluvien henkilöiden kanssa. Halusimme testata haastattelukysymykset ei hoitoalalla työskentelevien ihmisten kanssa, jotta näkisimme toimivuuden kysymysten ymmärrettävyyden mahdollisimman konkreettisesti.

Haastateltavat valikoituivat vapaaehtoisista huume kuntoutuspoliklinikan asiakkaista. Ensimmäisen kontaktin tutkimuksen tiimoilta teki työntekijä, ja kiinnostuksen herättyä kerroimme tarkemmin aiheesta ja suunnitelmistamme haastattelun toteuttamisesta. Teemahaastattelua käytettäessä haastatteluun kannattaa sekä haastateltavan että haastattelijan varata aikaa tunnista kahteen. Laadullisessa tutkimuksessa tapauksia saattaa olla käytettävissä suhteellisen vähän, mutta niistä kerättyjä aineistoja analysoidaan mahdollisimman perusteellisesti. Tällöin puhutaan harkinnanvaraisesta poiminnasta. (Eskola & Suoranta 1998, 18, 61.) Saimme haastateltavaksi yhteensä 15 henkilöä, mutta analyysissa käytimme ainoastaan 14 haastattelusta saatuja materiaaleja. Yhtä haastattelua emme analysoineet, koska haastateltava ei rajauksesta huolimatta kyennyt pysymään aiheessa ja näin ollen tutkimukseemme liittyviä kysymyksiä ei hänen kanssaan käyty läpi haastattelun aikana.

Toteutimme haastattelut huume kuntoutuspoliklinikalla kevään 2009 aikana. Haastateltavista neljä oli naisia ja loput 11 miehiä. Tutkimukseen osallistuneet olivat iältään noin 25–55-vuotiaita. Haastattelut olivat yksilöhaastatteluita, joihin kaiseen haastatteluun varasimme aikaa yhdestä kahteen tuntiin. Molemmat meistä osallistuvat haastatteluiden tekoon. Haastattelussa käytettiin nauhuria, mistä haastateltavalla oli oikeus kieltäytyä. Haastattelun onnistumiseen vaikutti se, että toinen meistä on ollut harjoittelemassa kyseisessä yksikössä, joten luot-

tamus haastateltavien ja haastattelijan välillä oli osittain jo syntynyt. Tarkoitus oli antaa kysymykset vapaaehtoisille haastateltaville etukäteen luettaviksi, jolloin haastattelutilanteesta tulee mahdollisimman luonteva. Toisaalta asiakkaat pysyvät syvemmin pohtimaan aihetta ja asioita, joita he haluavat tuoda esille. Näin myös tutkimustulokset ovat laadullisesti parempia ja luotettavia.

Ennen haastattelujen aloittamista kävimme esittäytymässä huume kuntoutuspoliklinikan yhteisössä. Tarkoituksenamme oli selkeyttää asiakkaille tutkimuksen tavoitteita ja rohkaista heitä osallistumaan haastatteluihin. Korostimme koko ajan haastattelujen vapaaehtoisuutta ja sitä, että haastattelu oli mahdollista lopettaa missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Yksilöhoidossa käyviä huume kuntoutuspoliklinikan asiakkaita informoi työntekijä meidän laatiman tutkimustiedotteen avulla. Sama tiedote oli myös huume kuntoutuspoliklinikan ilmoitustaululla luettavissa. Myöhemmin palasimme huume kuntoutuspoliklinikalle tekemään itse haastatteluita. Olimme varanneet haastatteluiden toteuttamiseen yhden viikon ja työyhteisön kanssa olimme sopineet toteuttavamme haastattelut aamupäivien aikana. Saimme tehdä haastatteluita rauhassa omassa huoneessa. Haastattelujen aikana huume kuntoutuspoliklinikan tiloissa tehtiin remonttia, ja pelkäsimmekin sen vaikuttavan haastatteluiden sujumiseen. Onneksemme työmiehet olivat joustavia ja huoneessamme tehtävä remontti suoritettiin haastatteluiden välissä.

Aloitimme jokaisen haastattelun kysymällä haastateltavalta lupaa nauhurin käyttöön, ja lisäksi pyysimme kunkin asiakkaan allekirjoituksen lupapyyntöön. Lupapyyntöissä käytiin kertaalleen tutkimuksen tavoite ja haastattelujen vapaaehtoisuus läpi. Haastatteluihin osallistui 15 huume kuntoutuspoliklinikan asiakasta, joista tutkimusmateriaaliksi kelpoisia oli vain 14. Haastattelut olivat sujuvia, vaikkakin haastavia. Suurin osa haastateltavista tarvitsi paljon rajausta haastattelujen aikana aiheessa pysymiseen. Myös tästä syystä yksi haastattelu oli kokonaan käyttökelvoton, koska haastateltava ei kyennyt pysymään lainkaan aiheessa. Kestoltaan haastattelut olivat noin 30–45 minuuttia. Näistä syistä koimme kahden haastattelijan läsnäolon erittäin tärkeäksi. Uhkatilanteita haastattelujen aikana ei syntynyt.

Kahden ensimmäisen haastattelun jälkeen lisäsimme haastattelurunkoon kysymyksen korvaushoitolääkkeiden haittavaikutuksiin liittyvästä ohjauksesta, koska näiden ensimmäisten haastatteluiden aikana asiakkaat itse toivat aiheen tärkeänä esiin. Kysymyksen lisäys haastattelurunkoon osoittautuikin kannattavaksi, koska aihe näytti mietityttävän tavalla tai toisella jokaista.

Asiakkaat, jotka osallistuivat haastatteluihin, olivat innokkaasti mukana. Kaikkia halukkaita emme rajallisen aikataulun takia ehtineet ottamaan vastaan. Lisäksi haastattelut alkoivat toistaa itseään, eikä niinkään uutta tietoa noussut esiin. Meille annettiin myös mahdollisuus palata jatkamaan haastatteluja, mikäli litteroinnin aikana huomaamme, ettemme olleet saaneet tarpeeksi kattavaa ja monipuolista tutkimusmateriaalia jo tehdyistä haastatteluista. Tähän ei kuitenkaan ilmennyt tarvetta.

7.4 Aineiston analyysi

Käytimme työssämme aineistolähtöistä eli induktiivista aineiston analyysia. Aineistolähtöiseen analyysiin päädytään yleensä silloin kun tarvitaan perustietoa jonkin tietyn ilmiön olemuksesta. (Eskola & Suoranta 1998, 19.) Induktiivinen aineiston analyysi voidaan karkeasti jakaa kolmeen eri vaiheeseen. Ensimmäiseen vaiheeseen kuuluu aineiston redusointi eli pelkistäminen, jossa haastatteluihin perehdytään kuuntelemalla ja litteroimalla ne. Tällöin myös kiinnitetään huomiota haastattelujen varsinaiseen sisältöön. Ensimmäiseen vaiheeseen kuuluu myös pelkistettyjen ilmausten etsiminen ja alleviivaaminen aineistosta. Toinen vaihe on aineiston klusterointi eli ryhmittely. Tällöin aikaisemmin esiin tulleet pelkistetyt ilmaukset listataan. Tässä vaiheessa aineistosta etsitään myös samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Viimeisessä vaiheessa luodaan teoreettisia käsitteitä eli abstrahoidaan. Tässä vaiheessa pelkistetyt ilmaukset yhdistetään ja niistä muodostetaan alaluokkia. Alaluokkien muodostamisen jälkeen ne yhdistetään ja niistä muodostetaan yläluokkia. Lopuksi yläluokat yhdistetään, jolloin muodostetaan kokoava käsite. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–111.)

Aloitimme aineiston analyysin litteroimalla auki haastattelunauhut. Kaikki haastattelu litteroitiin auki jokaista äänähdystä myöten. Litteroitua aineistoa kertyi 50 sivua. Tästä jatkoimme alleviivaamalla aineistosta haastattelukysymyksiin liittyvät kohdat. Käytimme kolmen värisiä alleviivaustusseja selkeyttääksemme haastatteluun liittyvät teemat, joita olivat haastateltavien tausta, koettu terveydentila sekä ohjaus ja neuvonta huume kuntoutuspoliklinikalla. Nämä alleviivatut kohdat yhdistimme teemojen alle liittyviin kysymyksiin. Tällä tavoin löysimme vastauksia esitettyihin haastattelukysymyksiin. Veimme analyysia pidemmälle pelkistämällä aineistosta yksinkertaisia, lähes yhden sanan mittaisia ilmaisuja. Aineistosta nousi esiin monia yhtäläisyyksiä ja sitä kautta analysoitu haastattelumateriaali oli valmis auki kirjoitettavaksi. Näin syntyivät työmme tutkimustulokset. Halusimme myös tuoda tekstiin haastatteluissa esiin tulleita asiakkaiden suoria lainauksia, koska luotettavuuden lisäksi ne selkeyttävät tutkimustulosten käsittelyä.

7.5 Luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelu

Lähtökohtana laadulliselle tutkimukselle on tutkijan avoin subjektiviteetti. Lisäksi on myönnettävä, että tutkija toimii tutkimuksensa keskeisenä tutkimusvälineenä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa huomioidaan koko tutkimusprosessi. (Eskola & Suoranta 1998, 211.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa suurelta osin tutkijan tarkka selostus ja kuvaus tutkimuksen toteuttamisesta. Tämä koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita: esimerkiksi haastattelututkimuksessa on hyvä kertoa haastateltavan kohtaamisesta ja itse haastattelutilanteesta sekä haastatteluihin käytetyistä ajasta ja mahdollisista häiriötekijöistä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 217.)

Olemme halunneet kuvata mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja tarkasti tutkimuksemme etenemistä, ja sitä kautta tutkimuksemme luotettavuus säilyy läpi työn. Olemme kiinnittäneet erityisesti huomiota omaan neutraaliin asenteeseen tutkimusta analysoidessamme. Pidimme tietoisesti pidemmän tauon litteroinnin ja analysoinnin välissä, koska halusimme kiinnittää huomioita omiin asenteisiin ja jaksamiseen. Näin tutkimus saa aikaa kypsymiseen ja tauon jäl-

keen tutkimustulosten analysointiin palaaminen tuntui selkeältä ja luotettavalta. Halusimme tuoda työssämme nimenomaan luotettavuuden näkökulmasta esiin asiakkaiden suoria lainauksia haastatteluista. Lisäksi laitoimme liitteeksi yhden haastatteluista, josta käy ilmi analysointiprosessi.

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan hyvän tieteellisen käytännön noudattamista. Hyvä tieteellinen käytäntö vaatii tutkijalta eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä sekä tutkimusmenetelmiä. (Vilkkä 2005, 29–30.) Ensimmäinen eettisesti tehtävä päätös liittyi tutkimusaiheen ja tutkimusongelman määrittelyyn, jotka eivät saa loukata ketään eivätkä sisältää väheksyviä oletuksia tutkittavasta ihmis- tai asiakasryhmästä (Leino-Kilpi 2004, 288). Mielestämme on ollut tärkeää tutkimustamme tehdessä, ettei työmme sisällä juuri näitä valmiita oletuksia korvaushoitoasiakkaista, vaan haluamme antaa kyseiselle ryhmälle mahdollisuuden kertoa itse esimerkiksi tämän hetkisestä koetusta terveydentilasta. Toisaalta voisi ajatella, että työmme sisältää kuitenkin tietyntyypin oletuksen, sillä oletamme huumeiden käytön vaikuttavan ihmisen fyysiseen terveydentilaan. Tämä oletus perustuu tutkittuun ja koettuun tietoon, jota käytämme tutkimuksessamme lähteenä.

Koska työmme oli laadullinen tutkimus, oli huolehdittava siitä, että mahdollisimman monipuolinen laatu tuli esille muun muassa tietolähteiden käytössä. Eettisen ja yleisen luotettavuuden kannalta on tärkeää valita käytetyt tietolähteet tarkasti, sillä kapea-alainen lähteiden valinta saattaa ohjata tutkimustuloksia. Tietolähteet tuli valita siten, ettei tutkimus aiheuta haittaa tutkittaville. Myös tutkitun aineiston keruussa oli huomioitava eettinen näkökulma, jolloin kiinnitimme huomiota tutkittavien ihmisten oikeuksiin ja kohteluun. Lähtökohtana oli aina, että tutkittavaa kohdellaan rehellisesti ja kunnioittavasti. (Leino-Kilpi 2004, 289–290.) Pyrimme käyttämään tutkimuksessamme mahdollisimman monipuolista ja ajantasaista tietoa ja perehtymään aihealueeseemme mahdollisimman monelta eri kantilta. Tämän takia on mielestämme oleellista, että tutkimuksessamme näkyy ja kuuluu tutkitun ja teoreettisen tiedon lisäksi asiakasryhmän kuultu ja koettu tieto.

Myös tutkitun aineiston keruussa on huomioitava eettinen näkökulma, jolloin on kiinnitettävä huomiota tutkittavien ihmisten oikeuksiin ja kohteluun. Lähtökohtana on aina oltava, että tutkittavaa kohdellaan rehellisesti ja kunnioittavasti. (Leino-Kilpi 2004, 290.) Rehellisenä kohtamisena näemme avoimen kertomisen tutkimuksesta tutkittaville. Olimme sopineet, että ensimmäisen informaation tutkimuksesta pitävät klinikan työntekijät, jolloin he kertovat asiakkaille tutkimuksen sisällön ja tarkoituksen. Lisäksi kävimme huume kuntoutuspoliklinikalla paikalla kertomassa tutkimuksestamme sekä sopimassa haastatteluiden aikatauluista vapaaehtoisten asiakkaiden kanssa. Kunnioitukseen sisällytämme kirjallisen luvan pyytämisen tutkimukseen osallistuvilta. Tutkittavilla oli oikeus kieltäytyä ja keskeyttää tutkimus missä tutkimuksen vaiheessa tahansa niin halutessaan. Tutkimukseen osallistuville suotiin anonymiteetti, jolloin heidän henkilötietojaan ei missään vaiheessa paljastettu. (Leino-Kilpi 2004, 290.)

Tutkimusaineiston analyysissä eettisyys näkyi siten, että analyysi tehtiin tieteellisesti ja luotettavasti hyödyntäen koko kerättyä materiaalia. On esimerkiksi oleellista, että haastattelukysymyksen jokainen vastaus tulee analysoidua olettaen, että haastateltavat ovat kysymykseen vastanneet. (Leino-Kilpi 2004, 292.)

Tutkimuksen tulosten on oltava eettisesti hyväksytyjä, jolloin raportoinnissa tulee ottaa huomioon tietyt virhelähteet. Tutkijan on pyrittävä irtautumaan ennakoasenteistaan, jotka saattavat olla rehellisen raportoinnin esteenä. Tutkimustulosten raportointi saatetaan työyhteisön käytettäväksi julkaisemalla tutkimus. Toisaalta julkaiseminen nähdään tieteen kehittymisen edellytyksenä. (Leino-Kilpi 2004, 292.)

8 TUTKIMUSTULOKSET

Seuraavissa kappaleissa käymme läpi tutkimustulokset haastattelurungon teemojen mukaisesti. Teemoiksi nousivat huumeidenkäyttö historia, huumeiden käyttäjien oma koettu somaattinen terveydentila sekä asiakkaiden ohjaus ja neuvonta korvaushoitopoliklinikalla.

8.1 Haastateltujen huumeidenkäyttöhistoria

Suuri osa haastatelluista oli aloittanut päihteiden käytön nuorella iällä. Moni kuvasi aloittaneensa päihteiden käytön noin 12-vuoden ikäisenä alkoholilla, tupakalla ja sen jälkeen miedommilla huumausaineilla. Alkoholien käyttö ja mietojen huumeiden kokeilu olivat vähitellen johtaneet vahvojen huumausaineiden, kuten amfetamiinin ja opiaatteihin.

Päihteitä mä oon käyttänyt ihan kakarasta asti, mut niinku spiidiä jostain neljätoistavuotiaasta asti.

Kun mä olin 12–13- vuotias... niin me varmaan impattiin kaks tai neljä vuotta.

12-vuotiaana mulla niinku alko päihteiden käyttö.

Lähes kaikilla haastatelluista oli taustalla runsaasti erilaisia hoitoja ennen opioi-dikorvaushoitoa. Suurimmalla osalla oli takanaan useita katkaisuhoidoja, joista osa oli keskeytynyt retkahdusten vuoksi. Lisäksi haastateltavat kertoivat olleensa pitkäaikaisissa katkaisu- ja yhteisöhoidoissa, esimerkiksi Tervalammen hoitoyhteisössä, Ridasjärvellä ja Pellaksessa.

Mä oon ollut tietysti katkolla monta kertaa, silloin parin vuoden aikana olin about 9 kertaa, mä oikeesti rivasin siellä. Sit mä pääsin tonne katkolla tulevaisuus.

Kaikkia mahdollisia. Munkkisaarella, sit mä oon ollut Tervalammella, Ridasjärvellä... Niitä on paljon. No mulla on ollut miljoonia katkoja. Sit mä olin kerran tuolla Kalliola opistolla Myllyhoidossa.

Korvaushoitoon kyseiset henkilöt olivat olleet jonossa melko pitkiäkin aikoja, keskimäärin vuoden. Haastateltavat olivat olleet haastatteluhetkellä korvaushoitopoliklinikan asiakkaina eripituisia aikoja, suurin osa useamman vuoden ja ai-noastaan muutama vasta kuukausia.

8.2 Korvaushoitoasiakkaiden kokemuksia fyysisestä terveydentilastaan

Fyysisestä voinnista keskusteltaessa haastateltavat toivat esiin pääosin heikon peruskunnon ja siihen liittyen, etenkin korvaushoitolääkkeestä johtuvan painon muutokset, lähinnä kuitenkin ylipainon.

Heikosti. Ylipainoo, ei jaksakaan tehdä yhtään mitään...Mun pitäis päästä testosteronimittaukseen, mä tiedän et ne on ihan nollissa.

Moni haastatelluista toi esiin korvaushoidosta johtuvat seksuaalisuuteen liittyvät muutokset. Etenkin metadoni lääkityksen myötä asiakkaat kokivat seksuaalisten halujen vähentyneen ja miehillä testosteronitason laskeneen. Moni koki myös seksuaalisten halujen ja läheisyyden kaipuun vähentymisen vaikuttaneen osaltaan myös mielialaan negatiivisesti.

Kun mä metadonihoidon aloitin, niin kyllä itse asiassa mulla on ollut paljon hankalampaa ottaa läheisyyttä ja seksi ei niinku kiinnosta.

Ihan hyvin, et tossa itse asiassa et mulla se on nyt hoidettu kuntoon, mikä on helvetin tärkeä jätkillä ainakin – et toi metis lopetaa halut ja jätkillä loppuu kokonaan toi testosteroni. Siihen liittyy masennus ja kaikki muut.

Pieni osa haastatelluista kertoi kuitenkin voivansa tällä hetkellä melko hyvin.

Voin mielestäni aika hyvin. Mä oon ihan neljä vuotiaasta asti harastanut liikuntaa...

Tyypillisin esiin tullut sairaus haastatelluilla on C-hepatiitti. Muutama mainitsi myös sairastaneensa A- ja B-hepatiitin ja yhdellä haastatelluista oli myös HI-

virus. Muita infektiosairauksia, joita korvaushoitoasiakkaat toivat esiin, olivat ruusu, absessi ja hiiva- ja emätintulehdukset.

Sit tietenkin b- ja c-hepatiitit..–Ja en tiedä itsekään kaikkea.

Hiv ja sitten mä olin metadonihoidossa vuoden ja mä sain siitä hyvästä läppään pari reikää. Ja sitten a-,b- ja c-hepatiitit...

Sit mul tuli sellanen abskessi tänne jalan sisään. Ja sit ruusu on ollut aika monta kertaa... Silloin käyttöaikana oli paljon emätintulehduksia ja hiivatulehduksia.

Lähes jokainen haastatelluista kertoi hampaisiin liittyvistä ongelmista kuten tulehduksista ja harvalla heistä oli enää omia hampaita jäljellä.

Hirveen moni hammas alko särkee, et hoidon aikana oli varmaan niinku 6 hammasta yhteensä revitty.

Välillä on nimittäin käynyt niin ku on ottanut hampaasta kiinni niin se on jäänyt käteen. Ja se on ihan ton käytön takii.

Muutama kuvasi myös sydämen toimintaan liittyviä häiriöitä, kuten rytmihäiriöitä ja metadonilääkityksestä johtuvia sydämen läppävuotoja. Monilta haastatelluista oli tutkittu epilepsiaa kouristuskohtausten takia. Mielenkiintoista oli se, että ainostaan yksi haastatelluista toi esiin bentsodiatsepiini- ja opiaattiriippuvuutensa diagnosoituna sairautena. Lähes jokainen kertoi huumeiden käytöstä johtuvista psyykkisistä sairauksista somaattisten sairauksien yhteydessä..

Tämän hetkiseen terveydentilaan haastateltavat kuvasivat positiivisesti vaikuttaneen muun muassa elämänhallinnan, eli työssä käymisen ja liikuntaharrastusten aloittamisen. Moni näki myös päihteettömyyden lisäävän hyvinvointia. Toisaalta osa myös kaipasi päihteetöntä sosiaalista ympäristöä ja raittiita ystäviä.

Uskon, et kun mul on ollut tota liikuntaharrastusta, et se on ollut niin hyvänä tukena siinä ettei oo niin huonoon kuntoon päässyt.

No tietenkin päihteettömyys, tai siis oheiskäyttö on jäänyt tosi vähäiseksi.

Tietysti se, että käy duunissa ja sitte alkanu toimii toi testokorvaushoito. Sit on alkanut toi punttis. Metis tuppaa turvottaa mua.

Haastateltavat kokivat terveydentilaansa negatiivisesti vaikuttaneen korvaushoidossa käytettävän lääkkeen, eli metadonin ja buprenorfiinin vaikutukset. Näitä olivat lähinnä painon nousu ja seksuaalisten halujen väheneminen. Lähes kaikki haastatelluista kokivat huumeiden käytön vaikuttaneen pysyvästi sekä somaattiseen että psyykkiseen terveydentilaan.

Kyl mä luulen, tai tunnen et kama on tehnyt tuhoja.

8.3 Asiakkaan ohjaus ja neuvonta huume kuntoutuspoliklinikalla

Kysyttäessä somaattisiin sairauksiin liittyvästä ohjauksesta ja neuvonnasta, haastateltavat toivat esiin lähinnä korvaushoitolääkkeestä johtuvia haittavaikutuksia. Lähes jokainen haastateltava kertoi, ettei korvaushoitolääkkeiden haittavaikutuksista ole ollut ohjausta ja neuvontaa. Muutama kertoi kysyneensä asiasta hoitajilta, muttei ole kokenut saaneensa vastausta kysymykseen. Ainoastaan yksi haastateltavista kertoi saaneensa ohjausta liittyen metadonin ja alkoholin yhteisvaikutuksista.

Noin puolet haastatelluista koki somaattisten sairauksien hoitoon liittyvän neuvonnan riittäväksi. Toinen puolisko haastatelluista taas kertoi ohjauksen ja neuvonnan jääneen erittäin minimaaliseksi tai ettei sitä ole ollut lainkaan. Kuitenkin vain yksi haastatelluista toi esille itsensä vastuuttamisen hoidossa tärkeäksi.

Kyllä ihan hyvin, kyllä oon saanut apua silloin kun oon tarvinnut...-- Ei tosta hoidosta oo mitään hyötyä, jos ei ite panosta. Mä oon hoitanut ite kaikki asiat niin kuntoon.

Kyllä mä toivoisin enemmän, mun mielestä mä oon saanut liian vähän apua. Ku tähän yksilöhoitoon siirty, niin se apu on ollut vielä pienempää. Et jotenkin hirveen vähän henkilökuntaa tuntuu kiinnostavan, jos vaan seulat on puhtaat...-- Monesti painotetaan sitä, et he täällä keskittyy siihen huumeongelmaan...-- Välillä täällä että kaikki on kahessa paikassa ja ei oikeen itekkään tiedä, mitä pitäis missäkin hoitaa.

Klinikalla mä en saa mun sairauksiin, muuhun ku narkomaniaan hoitoa. Ne aina patistaa mut terveyskeskukseen, jos mä haluan jotain muuta.

Osa haastatelluista toivoi ohjauksen olevan lähinnä keskustelua tämän hetkestä tilanteestaan, toisin sanoen tunnetta siitä, että hoitaja on läsnä. Suurin osa haastatelluista koki, että terveydentilan puheeksi ottaminen oli heistä itseltään kiinni, eikä hoitajilla nähty olevan aikaa kohdata tai paneutua asiakkaan tilanteeseen. Kaikki kokivat omahoitajakeskustelut erittäin tärkeiksi ja toivoivat niiden myös tulevaisuudessa toteutuvan paremmin. Haastatelluista osa toi esiin sairauksistaan puhumisen klinikalla, tuttujen hoitajien kanssa helpommaksi ja luontevammaksi. Terveysasemilla kohdattujen ennakkoluuloisten aseteiden takia puhuminen koettiin helpommaksi omalla korvaushoitoklinikalla. Toisaalta osa taas toivoi klinikalta konkreettisempaa hoitoa ja ohjausta, esimerkiksi verenpaineen mittausta sekä verikokeiden ottoa.

Kyl mun itte pitää ottaa asiat puheeks. vaik sit ottaisi te puheeks, ni ne vähän niinku sivutetaan aika paljon. Et tuntuu, et täällä ollaan niin kiireisiä et ei ehkä sit aina paneuduta.

Totta kai tääl olis helpompi puhua, tän pitäis kuitenkin olla kokonaisvaltaista hoitoa. Kuitenkin annetaan vahvaa huumetta.

Kysyimme haastateltavilta olisivatko he kiinnostuneita osallistumaan korvaushoitoklinikalla järjestettyihin tietoisuuksiin. Lähes kaikki haastateltavista olivat kiinnostuneita osallistumaan terveyspäiviin. Lisäksi kysyimme millaiset aiheet heitä kiinnostaisi. Yleisimmin esiin nousseet aiheet liittyivät korvaushoitolääkkeeseen ja sen vaikutuksiin elimistössä, infektioihin kuten hepatiitteihin ja HIV:iin sekä seksuaalisuuteen. Vain yksi haastatelluista ei ollut kiinnostunut osallistumaan terveystietoihin.

Mutta miksei. Kyllähän mä nyt haluan tietää kaiken, mikä vaan voi olla mun terveydelle tässä vaiheessa parhaaks, koska terveyttä on tullu varmaan aika paljon pilattua...--Siis kyl niinku kaikki tollanen terveystieto, että millä mä voisin pitää niinku näillä vammoituksilla itteni paremmassa kiesissä...

Haastatteluiden lopuksi osa asiakkaista halusi vielä tuoda esiin asioita, joihin klinikan arjessa tulisi panostaa. Näitä aiheita olivat muun muassa uusien asiak-

kaiden kunnollinen perehdyttäminen hoitoon ja klinikan järjestelyihin sekä aroista aiheista, kuten testosteroni tason laskusta puhuminen. Lisäksi haastateltavat halusivat vielä muistuttaa siitä, että myös korvaushoidossa heidät tulisi nähdä ja hoitaa yksilöinä, eikä yhtenä massana.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Lähes jokainen huume kuntoutuspoliklinikan asiakas oli aloittanut huumeiden käytön nuorella iällä, joten huumeidenkäyttöhistoria oli jokaisella melko pitkä. Huumeiden käyttö oli pääsääntöisesti alkanut niin sanotuilla miedoilla huumeilla ja siitä oli siirrytty vahvempiin aineisiin. Tätä ilmentymää tukee porttiteoria, jonka mukaan miedomprien huumeiden käyttö johtaa kovempiin aineisiin, eli kannabis voidaan nähdä toimivan porttina amfetamiinille ja heroiinille. Vaikka porttiteoriaa arvostellaan mekanistisesta ihmiskäsityksestä, niin toisaalta hyvin harva huumeiden käyttäjä on aloittanut suoraan kovilla huumausaineilla. Esimerkiksi juuri tupakka, alkoholi ja kannabis kuuluvat käyttäjien ainevalikoimaan ennen kuin pääasiallisesti päihteeksi kehittyvät esimerkiksi heroini. (Ahtiala & Ruohonen 1998, 160.) Toisaalta huumausaineiden muuttuessa ja kehittyessä voidaan olettaa, että on olemassa myös käyttäjiä, joilla käyttö on alkanut vahvemmillä huumeilla. Esimerkkinä tällaisista tapauksista voisi toimia tilanteet, joissa nuorten keskuudessa liikkuu helposti nautittavissa olevia tabletteja, jotka voivat sisältää muun muassa buprenorfiinia. Näin ihmisen käyttöhistorian taustalla ei olekaan kannabiksen käyttöä, vaan hän aloittaa huumausainekäyttönsä suoraan niin sanotusta kovemmasta huumeesta. Porttiteorian voidaan siis nähdä olevan sidoksissa myös huumeen käyttötapaan. Ihminen on saattanut aloittaa käytön ottamalla huumetta suun kautta, kuitenkin ainekohtaisen toleranssin kasvaminen johtaa vähitellen huumeen suonensisäiseen käyttöön.

Pitkään kestänyt huumeiden käyttö voidaan nähdä aiheuttaneen monia somaattisia sairauksia. Tutkimustuloksemme huumeiden käyttäjien somaattisen sairastavuuden suhteen saa vahvistusta muista tehdyistä tutkimuksista, esimerkiksi Ghodse (2002). Vaikka useat korvaushoitoasiakkaat tuovatkin esiin huumeiden käytön ja korvaushoitolääkityksen vaikutuksen terveyteen, ei tule unohtaa elämäntapojen merkitystä somaattisten sairauksien synnyssä, kuten elämän rytmi, ruokailutottumukset, liikunta sekä hygienia.

Osa korvaushoitoasiakkaiden sairauksista on kuitenkin selkeästi huumeiden käytön seurausta, koska näillä asiakkailla on taustalla pitkään kestänyt kovien

huumeiden käyttö. Esimerkkinä tällaisista sairauksista on suun ja hampaiden sairaudet sekä hepatiitit. Erilaiset infektiot ovat hyvin yleisiä huumeiden käyttäjillä, mutta infektiot esiintyvyys ei välttämättä korreloi pitkään jatkuneen huumeiden käytön kanssa, vaan erilaiset bakteeri- ja virusinfektiot voivat tarttua jo yhdestä pistokerrasta.

Suuri osa korvaushoitoasiakkaista oli jonottanut hoitopaikkaansa vuoden päivät. Pitkät jonotusajat ja nykyinen tilanne päihdehoitojärjestelmässä vaikuttavat myös päihderiippuvaisten asiakkaiden somaattisten sairauksien etenemiseen. Esimerkiksi vuonna 2007 opioidiriippuvaisia oli ainoastaan Helsingissä korvaushoitojonossa 64, koko maassa yli 90. Pahimmillaan jonojen pituus on ollut yli kuusi kuukautta. Näin ollen hoitotakuukaan ei toteudu. (Tuppurainen 2007.) Kun päihdepalveluita kiristetään ja korvaushoitoasiakkaiden määrä lisääntyy saattaa kokonaisvaltaisen hoitotyön toteuttaminen vaikeutua entisestään. Huumevieroitushoitoa on supistettu niin, että esimerkiksi Munkkisaarella toimiva huumehoitoyksikön kolmesta osastosta kaksi on suljettu, mikä tarkoittaa käytännössä sitä, että yhä useampi apua tarvitseva huumeidenkäyttäjä jää ilman hoitopaikkaa. (Miettinen, Pia. Henkilökohtainen tiedonanto 18.9.2009.)

Päihdehuollon palvelujärjestelmän muutosten lisäksi korvaushoitoa toteutetaan myös perusterveydenhuollon yksiköissä, kuten terveysasemilla. Tämän takia koemme että tutkimuksemme on erittäin ajankohtainen, koska kokonaisvaltaisuus korvaushoitoasiakkaiden hoidossa tulisi säilyttää hoitopaikasta riippumatta. Mielestämme tällä tutkimuksella tietoa korvaushoitoasiakkaiden somaattisista sairauksista pystytään viemään eteenpäin, niin ettei korvaushoitoasiakkaiden hoito jatkossa siirtyessä terveysasemille keskity vain lääkehoitoon. Näin ollen työelämälähtöistä tutkimustamme pystyy hyödyntämään huume kuntoutuspoliklinikan lisäksi myös muissa korvaushoitoa antavissa yksiköissä.

Tällä hetkellä huume kuntoutuspoliklinikan toiminnassa ei toteudu kokonaisvaltainen hoito. Etenkin somaattisten sairauksien huomioiminen ja terveyden edistäminen jää vähäiseksi poliklinikan toiminnassa. Huume kuntoutuspoliklinikan asiakkaat toivovat itse korvaushoitoklinikaltaan enemmän kokonaisvaltaista hoitoa, jolloin heidän narkomaniatasairauden lisäksi huomioitaisiin myös somaattinen

tilanne. Tällä hetkellä huume kuntoutuspoliklinikalla hoitoa annetaan pääosin opiaattiriippuvuuteen psyykkisiä sairauksia sivuten ja tähän hoitohenkilökunnalla onkin koulutuksen mukana tuoma erityisosaaminen. Kuitenkin somaattisen alueen tietämystä tulisi kehittää, koska korvaushoitoasiakkailla on ilmeinen tarve somaattisten sairauksien hoitoon myös huume kuntoutuspoliklinikalla. Somaattisia sairauksia ja kokonaisvaltaista hoitoa tulisi huomioida myös siksi, että asiakkaat toivat esiin kiinnostuksensa erilaisia terveyteen liittyviä teemapäiviä kohtaan. Näiden teemapäivien aiheeksi nousi seksuaalisuus, infektiot sekä korvaushoitolääkityksen vaikutukset elimistöön. Hyvä tapa terveyspäivien järjestämiseen on pyytää ulkopuolisia ammattilaisia, mutta huume kuntoutuspoliklinikan terveysalan ammattilaisten tulisi pystyä tukemaan asiakasta niin että kokonaisvaltainen hoito toteutuisi korvaushoidon jokaisessa vaiheessa. Tällöin terveysneuvonta olisi jatkuvaa ja vaikka hoitoa somaattisiin sairauksiin ei pystyittäisi täysin huume kuntoutuspoliklinikalla järjestämään, niin tulisi asiakas kuitenkin osata ohjata oikean hoidon piiriin. Tällöin taito kuunnella asiakkaan huolta myös somaattisissa sairauksissa lisääntyy ja sitä kautta myös luottamus ja hoito-myönteisyys kasvavat.

Aiomme hyödyntää saamiamme tutkimustuloksia jatkossa tehtävässä terveydenhoitajan kehittämishankkeessa. Tutkimuksemme oli työelämälähtöinen, ja lähdimme sairaanhoitajaopinnäytetyössämme kartoittamaan asiakkaiden somaattisia sairauksia ja miten kokonaisvaltainen hoito tällä hetkellä toteutuu korvaushoitopoliklinikalla. Näin ollen aiomme terveydenhoitajan kehittämishankkeessa jatkaa aiheen parissa, jolloin pyrimme tuomaan korvaushoitoasiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon osaamisen kehittämistä huume kuntoutuspoliklinikan hoitajien tietoisuuteen.

Korvaushoitoasiakkaiden kokonaisvaltaisen hoidon kehittämisestä löytyy aiheita uusia jatkotutkimuksia varten. Näitä aiheita olisivat esimerkiksi korvaushoitoasiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon tiedon vieminen terveysasemille ja muihin korvaushoitoa antaviin yksiköihin. Tulevaisuudessa tulisi panostaa siihen, ettei opiaattiriippuvaisten korvaushoito perustu pelkästään lääkityksen hoitamiseen vaan hoito kokonaisuudessaan tarvitsee onnistuakseen kokonaisvaltaisen otteen. Opiaattiriippuvaiset nähdään vaativina asiakkaina, toisaalta hoitoa koko-

naisvaltaisesti toteutettaessa asiakas saadaan herkemmin pysymään hoidossa. Hoitohenkilökunnan on syytä muistuttaa itselleen, että asiakkaan hoitaminen maksaa vähemmän kuin hoitamatta jättäminen.

10 POHDINTA

Ensimmäisen sykäyksen opinnäytetyöllemme antoi oma kiinnostuksemme päihdetyötä kohtaan. Myöhemmin kiinnostustamme lisäsi korvaushoitoasiakkaiden kokonaisvaltaisen hoidon toteutumisen tutkiminen. Tutkimuksen teon mielekkyyteen on vaikuttanut yhteistyö Huume kuntoutuspoliklinikan motivoituneen esimiehen kanssa. Aihe itsessään on huume kuntoutuspoliklinikan työyhteisön kanssa toteutettujen yhteisten palaverien tulosta. Motivaatiota työn tekemiseen antoi juuri se tieto, että tutkimuksesta saatuja tuloksia hyödynnetään käytännön työssä. Tärkeimpänä voimavarana työtä tehdessä oli kuitenkin meidän oma kiinnostuksemme aiheesta ja päihdehoitotyötä kohtaan. Tutkimuksesta saimme itsellemme kattavan tietopaketin ja aikaisempien tietojen lisänä, se on syventänyt omaa osaamista. Lisäksi oli haastavaa ja mielekästä tehdä tutkimusta aiheesta, jota ei ole juurikaan tutkittu. Jo haastattelut itsessään on ollut hyvä kokemus korvaushoitoasiakkaiden kohtaamisessa ja vuorovaikutuksen luomisessa.

Haastattelukysymyksiä näin jälkikäteen miettiessä, olemme todenneet, että joi-tain haastattelukysymyksiä olisi voinut lisätä runkoon, kuten esimerkiksi kysymykset kuuluuko asiakas yksilö- vai yhteisöhoitoon ja mitä korvaushoitolääkettä asiakas käyttää? Näillä kysymyksillä ei lopullisten tutkimustulosten kannalta ole kuitenkaan suurta merkitystä, mutta ne olisivat selkeyttäneet ja edesauttaneet jossain määrin tutkimustulosten kartoittamista. Muutamissa haastatteluissa nämä kysymykset tulivat esiin asiakkaasta lähtöisin. Koska useimmilta se jäi mainitsematta, emme päässeet tekemään johtopäätöksiä aiheesta. Toisaalta haastattelurungossa oli muutamia kysymyksiä, joista ei ollut meidän tutkimuksemme kannalta hyötyä, kuten eettisen lautakunnan toiveena esitetty kysymys korvaushoitoasiakkaiden tapaturma-alttiudesta tai oma kysymyksemme omahoitajan neuvoista. Näitä "ylimääräisiä" kysymyksiä emme myöskään käsitelleet analyysissä, koska emme nähneet niiden tuovan mitään lisäarvoa tutkimuksemme.

Tämän opinnäytetyön alku oli haastava ja jopa vaikea. Aloitimme molemmat tekemään opinnäytetyötä ensin yksin, mutta vasta noin vuosi ennen tämän työn

valmistumista ajatuksemme kohtasivat ja päätimme sittenkin yhdistää ideamme. Työn eteneminen on ollut todella paljon meistä itsestämme kiinni. Olemme saaneet tukea huume kuntoutuspoliklinikan esimieheltä, mikä on ollut työmme kannalta arvokasta. Esimiehen kannustus tutkimuksen jatkamiseen oli myös avainasemassa silloin kun saimme osalta työyhteisön jäseniltä ristiriitaista palautetta tutkimuksen tarpeellisuudesta. Haasteita tutkimukselle toi lisäksi aiheen aikaisempien tutkimusten vähäisyys sekä muu aiheeseen liittyvän kirjallisuuden niukkuus.

Opinnäytetyöprosessiimme kuului takapakkien lisäksi onneksi paljon myös onnistumisen kokemuksia. Oli aivan mahtavaa nähdä, miten innostuneita huume kuntoutuspoliklinikan asiakkaat olivat tutkimukseen osallistumisesta. Työn edistymisen kannalta olikin juuri tärkeää nähdä, mikä merkitys työllämme oli asiakkaille ja kuinka he itse halusivat huume kuntoutuspoliklinikan hoitoa kehitettävän.

Pohtiessamme yhteistyötämme, tulimme siihen tulokseen että olemme yhteisvoimin saavuttaneet juuri sen mitä opinnäytetyöltä odotimme. Tavoitteena ja toiveenamme oli siis kattava ja selkeä opinnäytetyö, josta on hyötyä myös muille päihdetyötä tekeville sekä sitä opiskeleville ja jonka avulla itse huume kuntoutuspoliklinikan hoitoa voisi jatkossa kehittää. Tämän lisäksi meillä on ollut selkeänä tavoitteena opinnäytetyön jatkaminen terveydenhoitajan kehittämishankkeen muodossa samaan aiheeseen liittyen huume kuntoutuspoliklinikalle. Näin toivomme, että sairaanhoitajanopinnäytetyömme saavuttaa yhdessä terveydenhoitajan kehittämishankkeen kanssa mahdollisimman kattavan ja perehdyttävän kokonaisuuden korvaushoitoasiakkaiden kokonaisvaltaisesta hoidosta.

LÄHTEET

- Ahtila, Päivi & Ruohonen, Kaisa 1998. Se oli sitä koko elämä. Kokemuksia ja näkemyksiä huumeriippuvuudesta. Helsinki: Kirjayhtymä
- Ainamo, Anja 1998. Suu ja alkoholi. Teoksessa Salaspuro Mikko, Kiiänmaa Kallervo & Seppä Kaija (toim.) Päihdelääketiede. Helsinki: Duodecim.
- Alasuutari, Pertti 1995 (3. painos). Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino
- Anna-Maria Heinisuo, Raimo K.R. Salokangas
<http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2008/SLL232008-2161.pdf>
- Baas, Ari & Seppänen-Leiman, Tuula 2002. Kadulta korvaushoitoon. Buprenorfiinihoidon kehittämisprojektin (1.1.1998-20.6.2000) loppuraportti. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 38. Helsinki
- Dahl Päivi & Hiroschovits Tanja 2002. Tästä on kyse - tietoa päihteistä. Helsinki: YAD
- Duodecim, lääketietokanta. Tuoteseloste Suboxone. Viitattu 19.10.09
http://www.terveysportti.fi/terveysportti/dlr_laake.koti?p_hakuehto=buprenorfiini
- Duodecim, lääkärin tietokannat 2005. Huumeongelmaisen hoito. Viitattu 12.10.2009
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=Opioidiriippuvuuden%20psykososiaaliset%20hoidot%20metadonihoidon%20tukena
- Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1068.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino
- Eskola, Jari & Vastamäki, Jaana 2007. Teoksessa Juhani Aaltola ja Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin, osa 1. Jyväskylä: PS-kustannus
- Fabritius Carola, Seppänen-Leiman Tuula, Ahokas Hanna & Kanerva Hannele 2005. Opiatiriippuvuuden korvaushoidon käsikirja. Päihdelääketieteen yhdistys ry & A-klinikkasäätiö
- Ghodse Hamid 2002. Drugs and addictive behaviour: a guide to treatment. Cambridge University Press

- Haarala Päivi & Mellin Oili-Katriina 2008. Kansanterveystyö ja terveyden edistäminen. Teoksessa Terveydenhoitajan osaaminen. Toim. Haarala Päivi, Hokkanen Hilikka, Mellin Oili-Katriina & Tervaskanto-Mäentausta Tiina. Edita: Helsinki
- Havio, Marjaliisa; Inkinen, Maria & Partanen, Airi 2008. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi
- Hillbom, Matti 2003. Huumeet ja aivokomplikaatiot. Teoksessa Mikko Salaspuuro, Kalervo Kiiänmaa, Kaija Seppä & Salme Ahlström (toim.) Päihdelääketiede. Helsinki: Duodecim
- Hiltunen, Liisa & Keinänen-Kiukaanniemi, Sirkka 2005. Koettu terveys ja sairastavuus. Viitattu 19.10.2009.
http://kelo.oulu.fi/tutkimus/Lapin_terveyskatsaus/Luku%209.pdf .
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004 (10. painos). Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007 (11. painos). Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi
- Holmström, Pekka; Holopainen, Antti; Partanen Airi & Perälä, Riikka 2002. Riskitutkimus selvittää piikkihuumeiden käyttäjien todellisuutta. Viitattu 7.9.2009 <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/arkisto/2002/102/riskitutk.htm>.
- Holopainen, Antti 2002. Huumeongelmaisten hoito. Teoksessa Ilkka Kunnamo (päätoim.) Lääkärin käsikirja. Helsinki: Duodecim
- Holopainen, Antti 2007. Lääkärin käsikirja.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=korvaushoito viitattu 20.10.09
- Huovinen Pentti 2007. Tietoa potilaalle: Hampaiden sairaudet. Viitattu 23.10 2009. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=hammashygienei
[a](#).
- Inkinen, Marie; Partanen, Airi & Sutinen Tiina 2000. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi
- Janatuinen, Anna Liisa 1998. Kokonaisvaltainen hoito. Teoksessa Anna Liisa Sonninen, Elina Grönlund, Risto Haarala, Arja Holopainen, Irma

- Kiikkala & Kaarina Wilksman (toim.) Hoitotyön ulottuvuuksia, näkökulmia ammattikieleen. Suomen sairaanhoitajaliitto RY: Helsinki
- Jokinen, Päivi 2002. Vinkkejä piikkihuumeita käyttävien kanssa työskenteleville. Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisu.
- Kaivola, Taru; Tammisto, Marja & Ristola Matti 2001. Interventiomahdollisuudet huumeiden käyttäjien päihdeongelmiin somaattisen sairaalahoidon aikana. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:13. STM: Helsinki
- Karhumäki, Eliisa 2005. Infektiotaudit. Teoksessa Eliisa Karhumäki, Anne Johnsson & Marita Saros (toim.) Mikrobit hoitotyön haasteena. Helsinki: Edita
- Kiikkala Irma 2000. Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveysalalla. Teoksessa Susanna Nouko-Juvonen, Pekka Ruotsalainen & Irma Kiikkala (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Tammi
- Koskenvuo, Kimmo & Mattila, Kari 2003. Terveysten edistäminen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet. Teoksessa Kimmo Koskenvuo (toim.) Sairauksien ehkäisy. Helsinki: Duodecim
- Kuikanmäki, Outi 2009. Huumehoitojen vastuualue. Diasarja. Helsingin Diakonissalaitos.
- Käypähoito 2006. Huumeongelman hoito. Viitattu 5.5.2009.
<http://www.kaypahoito.fi/>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785
- Lappalainen-Lehto, Riitta; Romu, Maija-Liisa & Taskinen, Mailis 2008. Haasteena päihtyneet : Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY
- Leino-Kilpi, Helena 2004. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Helena Leino-Kilpi ja Maritta Välimäki (toim.) Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY
- Miettinen, Pia 2009. Osastohoitaja, Helsingin Diakonissalaitoksen huume-kuntoutuspoliklinikka. Helsinki. Henkilökohtainen tiedonanto 18.19.2009
- Mäkelä, Rauno 2005. Opioidiriippuvuuden korvaus- ja ylläpitohoito. Viitattu 14.05.2009. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/363-opioidiriippuvuuden-korvaus-ja-yllapitohoito>

- Niemelä, Onni & Laine, Pekka 2000. Päihdeongelmainen potilas, päihdeiden aiheuttamat terveyshaitat, tunnistus ja hoito. Ohjekirja. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 10/2000.
- Nurminen, Marja-Leena 2001. Lääkehoito. Helsinki: WSOY
- Opioidiriippuvuuden psykososiaaliset hoidot metadonihoidon tukena, 2005. Saaspuro & Holopainen
- Päihdehoitotyö, Havio, Inkinen & Partanen 2008
- Päihdehuoltoasetus 29.8.1986/653.
- Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41
- Ristola, Matti 2003. Huumeiden käyttäjien infektiot. Teoksessa Pentti Huovinen, Seppo Meri, Heikki Peltola, Martti Vaara, Antti Vaheri & Ville Valtonen (toim.) Mikrobiologia ja infektiosairaudet. Helsinki: Duodecim
- Rukkila, Aino 2007. Suonensisäinen käyttö ja riskien minimointi. Viitattu 5.10.2009 <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/344-suonensisainen-kaytto-ja-riskien-minimointi>
- Ryynänen, Esa 2004. "Mie haluan hoitaa itteni kuntoon" hoitomallin kehittämisprojekti huumevieroituspotilaan kuntoutumisen käynnistäjänä. Pro gradu- tutkielma. Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/dspace-webapp/bitstream/123456789/9955/1/G0000543.pdf>
- Rönkä, Sanna & Virtanen Ari 2008. Huumetilanne Suomessa 2008. Uusin tieto, uusimmat kehityssuuntaukset ja erityisteemat huumeista. Huumevuosiraportti EMCDDA:lle, kansallinen huumeaineiden seuranta-keskus. Stakes
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Opioidiriippuvaisten korvaushoito vastamaan paremmin nykyistä tarvetta. Tiedote 14/2008. Viitattu 20.8.2009. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1270559#fi>
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä.
- Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001: 21. Opioidiriippuvaisten lääketieteellisiä hoitoja kehittäneen työryhmän muistio. Viitattu 17.12.2008. http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/opioidi_trm/muistio.pdf
- Stakes 2003. Päihdetilastollinen vuosikirja 2003. Alkoholi ja huumeet. Helsinki

- Suomen Lääkärilehti 2008. Alkoholitappaa vuosi vuodelta enemmän. Viitattu 5.10.2009.
http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=6646/type=1
- Suomen Lääkärilehti 23/2008. Joustava opioidikorvaushoito vastaa lisääntyvään hoidontarpeeseen. Kirjoittanut Antti Mikkonen, Solja Niemelä, Virpi Koivumäki,
- Tammi, Tuukka 2009. Suomalainen huume politiikka. Viitattu 13.8.2009
www.paihdelinkki.fi
- Terveyskirjasto. Koettu terveys ja tiedossa oleva sairastuvuus. Viitattu 19.10.2009
http://kelo.oulu.fi/tutkimus/Lapin_terveyskatsaus/Luku%209.pdf
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi: Helsinki
- Tuomi, Juhani & Sarajärvi, Anneli 2004 (1-3. painos). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi
- Tuotokuvaus 2009. Helsingin Diakonissalaitos, huume kuntoutuspoliklinikka.
- Tuppurainen, Elsa 2007. Huumeriippuvaisten korvaushoitoihin jonossa kymmeniä helsinkiläisiä. Helsingin Sanomat 1.12.2007. Kaupunki
- Vertio, Harri 2003. Terveysneuvonnan periaatteet. Teoksessa Kimmo kosken-
vuo (toim.) Sairauksien ehkäisy. Helsinki: Duodecim
- Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Otava

LIITE1: Haastattelurunko

I Haastateltavan tausta

- Kertoisitko taustastasi? (esim. huumeiden käyttö historia)
- Kuinka kauan olet käyttänyt huumeita?
- Millaisissa hoidoissa olet ollut ennen huume kuntoutuspoliklinikalle pääsyä?
- Kuinka kauan olet ollut huume kuntoutuspoliklinikan asiakkaan?

II Koettu terveydentila

- Miten tällä hetkellä fyysisesti voit?
- Onko sinulla diagnosoituja sairauksia? Mitä? (käydään yhdessä asiakkaan kanssa liite sairauksista läpi)
- Minkä koet vaikuttaneen tämän hetkiseen terveydentilaasi?
- Miten koet huumeiden käytön vaikuttaneen terveyteesi?
- Tapaturmat käytön aikana?

III Ohjaus/ terveysneuvonta huume kuntoutuspoliklinikalla

- Millaista hoitoa klinikalla saat sairauksiisi liittyen?
- Miten klinikan toiminnassa huomioidaan sairauksiasi?
- Miten työntekijät ottavat kantaa sairauksiesi hoitoon liittyen?
- Millaisia neuvoja toivoisit omahoitajalta sairauksien hoidossa ja tukemisessa?
- Kummassa koet sairauksista puhumisen helpommaksi: huume kuntoutuspoliklinikalla vai terveysasemalla? Miksi?
- Oletko saanut mielestäsi hoitajilta tarpeeksi huomiota sairauksiisi liittyen?
- Olisitko kiinnostunut, jos huume kuntoutuspoliklinikalla järjestettäisiin erilaisia tietoisuuksia sairauksiin liittyen (esim. verenpaineen/verensokerin/hb mittaus)?
- Millaiset aiheet kiinnostaisivat sinua?

(Sulkeissa olevat kysymykset ovat haastattelijoiden tukikysymyksiä)

LIITE 2: Litteroitu haastattelu

Haastattelu 13

H: Jos sä ensin kertoisit sun taustaa, vaikka käyttöhistoriaa?

X: No 13-vuotiaana mä alotin tupakan polton ja kokeilin alkoholia ensimmäisen kerran. Ja tota 14-vuotiaana mä alotin polttaa pilveä, et se oli sellasta, et mä kävin oikeestaan joka välitunti niinku paukuilla. Sit 15- vuotiaan amfetamiini, et se oli niin ku 14- vuotiaasta sellasta jatkuvaa käyttöä. Mut 15- vuotiaana amfetamiini ja ekstasi ja sitte 16- vuotiaana heroiini tai se oli vähän ennen tai puol vuotta ennen ku mä täytin 16, koska mä otin synttäripäivänä piikitin ekan kerran ja 18-vuotiaana subutexi ja lsd käyttö oli siinä joskus 16- 17 –vuotiaana.

H: Kuinka vanha sä oot nyt?

X: 28.

H: Tota missä hoidoissa sä oot ollu ennen tätä klinikkaa?

X: Myllyhoidossa, pitkässä myllyhoidossa ja sitte Ridasjärvellä, Koivulehdossa, sitte katkolla.

H: Kauan sä oot ollu täällä klinikalla?

X: Just tuli kaks vuotta täyteen.

H: Olitsä kauan jonossa ennen kun sä pääsit tänne?

X: 9 kuukautta.

H: Sitte olis vähän kysymyksiä sun terveydentilasta. Miten sä koet, että sä tällä hetkellä fyysisesti voit?

X: No heikko peruskunto, mut tavallaan muuten menee ihan hyvin.

H: Onks sulla jotain diagnosoituja sairauksia?

X: Bentsodiatsepiinin...siis opiaatti riippuvuus ja bentsoriippuvuus. C-hepatiitti.

H: Onks mitään neurologisia sairauksia, epilepsiaa, migreeniä?

X: Ei oo todettu, mut kyl mä luulen, tai tunnen, et kama on tehny tuhoja.

H: Mites sitte jotkut sydän ja verisuoni jutut, onks niitä tutkittu?

X: Ei. Mul on suonet hyvässä kunnossa.

H: Miten silloin ku sä käytit olitko sä silloin tapaturma-altis, olitko onnettimuuksissa tai sattuko jotain?

X: Ei en. On mulla murtunu luuta.

H: Sillon kun sä alotit täällä, ni kerrottiinko sulle korvaushoitolääkkeiden haittavaikutuksista sun eliiistöön?

X: [Ei mistään](#). Tai siis mä valitsin sen Hyksin tai päpsyn ylilääkärin, se oli siinä mä hain eka niinku buprehoitoon, mut sit mä oon vaihtanu metikseen, ni [se olis voinu kertoa se ylilääkäri näist haittavaikutuksista](#).

H: Miten sä sitte koet sen, et saatko sä täällä klinikalla hoitoa tai tukea sun fyysisiin sairauksiin. Esim jos sä mieti sun hepatiittiin tai johonki muuhun, jos sä haluaisit tukea. Tai jos sulle tulis joku perussairaus, et tuut kipeeks tai muuta, niin otetaanki siihen kantaa?

X: No mä oon yrittäny päästä testosterooni pitoisuus mittaukseen, mut terveyskeskuksessa sanottiin, lääkäri sano, et se ei kuulu perusterveyspalveluiden piiriin, mut sit monella muulla on kuitenkin otettu. mä oon sitte puhunu siitä, et lääkäri laittais lähetteen. Mut se sit laitto jonkun hoitoyhteenvedon sinne terveyskeskuksen lääkärille.

H: Toivoisit sä ,että täällä olis sellasia omahoitaja keskusteluita, joissa sä pääsisit puhumaan omista asioista? Ettei pelkästään päihdepuolta puhumaan vaan myös tätä fyysistä?

X: Joo, et onhan niitä ennen ollu paljon enemmän, mut nyt ku on toi yhteisö, ni ne on jääny oikeestaan koknaan pois.

H: No tukeeks se yhteisö niissä fyysisissä sairauksiassa, käyttkö siellä yhdessä mitään läpi?

X: No joo. Ei me siinä yhteisössä, mut ei esim. tommosista niinku alapään asioista puhuta, et se on niinku kaveriporukan asia. Mutta sit kaikki vaan totee et meillä on samalla lailla, eikä siitä sitte enää....

H: Miten sä koet sen, että täällä hoidetaan päihde puoli ja jossain muualla sä joudut käydä hoitamassa muut asiat. Ni mitensä koet sen, et onko täällä helpompi puhua vai onko helpompi mennä puhumaan esim-. terveysasemalle?

X: [Tottakai täällä ois helpompi puhua, tän pitäis kuitenkin olla kokonaisvaltasta hoitoa, ku kuitenkin annetaan vahvaa huumetta](#).

H: Oisitsä tyytyväinen siihen, jos täällä esim hoitajien työnkuvaan kuuluis esim. verenpaineen ja verensokerin mittaus ja hemoglobiinin mittaus ja perusjuttuja?

X: Joo.

H: entä ootko kohdannu sellasia, että jos meet muualle hoitamaan sun asioita ja sun tausta tulee esiin, niin onko ollut jotain asenteita.....?

X: No siis tossa lukee otsassa, et narkomaani ja sen mukana on kohtelu. Ei kyl kaikilta, mut kyl se on aika yleistä.

H: Olisitko sä kiinnostunu, jos tääällä pidettäis joitain tietoisukupäiviä, vaikka ulko-puoliset hoitajat tulis pitämään jotain sairauksiin ja terveyrteen liittyvää, niin että voisitte kuunnella ja keskustella?

X: Joo, kyllä.

H: Millasia olis ne aiheet joista sä olisit kiinnostunu?

X: No, esimerkiksi ihan et miten niinku vähä syväluotaavammin, et miten esim bentsot ja metadoni ja huumeet tekee aivoille.

H: Okei. Tässä olis meidän kysymykset. Tulisko sulla mieleen jotain asiaa tai vinkkiä, jota toivoisit ja haluisit, et me tiedettäis tai vietäis eteenpäin? Lähinnä just niihin sairauksiin tai mihin vaan liittyvää.

X: No se et sen mä oon huomannu, et kaikilla metadoni laskee sitä testosteroni pitosuutta ja sit tota tuntuu et se ois niinku semmonen tota tabu, et niin ku tiedossa oleva asia, mut sitä ei myönnetä.

Teema I: Tausta

13-vuotiaana mä alotin tupakan polton ja kokeilin alkoholia --tota 14-vuotiaana mä alotin polttaa pilveä...kävin oikeestaan joka välitunti niinku paukuilla 15- vuotiaan amfetamiini, et se oli niin ku 14- vuotiaasta sellasta jatkuvaa käyttöä.--16- vuotiaana heroini --18-vuotiaana subutexi ja lsd käyttö oli siinä joskus 16- 17 -vuotiaana.

9 kuukautta.

Just tuli kaks vuotta täyteen

Myllyhoidossa, pitkässä myllyhoidossa ja sitte Ridasjärvellä, Koivulehdossa, sitte katkolla

→ aikaisin aloitettu huumeiden käyttö, paljon aikaisempia hoitoa, jonossa 9 kk

Teema II : Koettu terveydentila

metadoni laskee sitä testosteroni pitosuutta

No heikko peruskunto, mut tavallaan muuten menee ihan hyvin

opiaatti riippuvuus ja bentsoriippuvuus. C-hepatiitti.

tunnen, et kama on tehny tuhoja

→ peruskunnon heikkeneminen, korvaushoitolääkkeen ja huumeiden käytön vaikutukset terveyteen

Teema III: Ohjaus ja neuvonta huume kuntoutuspoliklinikalla

: Ei mistään.

se olis voinu kertoa se yllääkäri näist haittavaikutuksista.

: Tottakai täällä ois helpompi puhua, tän pitäis kuitenkin olla kokonaisvaltasta hoitoa, ku kuitenkin annetaan vahvaa huumetta.

esimerkiksi ihan et miten niinku vähä syväluotaavammin, et miten esim bentsot ja metadoni ja huumeet tekee aivoille.

→ ohjausta korvaushoitolääkkeen haittavaikutuksista, kokonaisvaltaisuus