

Niina Lankinen

TAMPEREEN KUNTOUTUMISKESKUKSEN
HUUMEVIEROITUSHOITO-OHJELMAN ASIAKKAAT VUONNA
2011

Sosiaalialan koulutusohjelma
Sosiaalipalveluiden suuntautumisvaihtoehto
2012

TAMPEREEN KUNTOUTUMISKESKUKSEN HUUMEVIEROITUSHOITO-OHJELMAN ASIAKKAAT VUONNA 2011

Lankinen, Niina
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Sosiaali-alan koulutusohjelma
Toukokuu 2012
Ohjaaja: Sirèn, Anja
Sivumäärä: 60
Liitteitä: 1

Asiasanat: huumevieroitushoito, katkaisuhoido, asiakas, huumeidenkäyttäjä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa millaisia asiakkaita Tampereen Kuntoutumiskeskuksen huumevieroitusohjelmassa oli vuonna 2011, millaisia heidän hoitojaksonsa olivat ja missä määrin asiakkaat hakeutuivat jatkohoitoon vieroitushoidon jälkeen. Lisäksi opinnäytetyössä kartoitetaan viiden asiakkaan haastattelujen kautta asiakkaiden kokemuksia huumevieroitusohjelmasta ja millaisia kehittämissideoita heillä on hoito-ohjelman suhteen.

Kartoituksen kohderyhmänä olivat kaikki vuoden 2011 aikana huumevieroitusohjelmassa olleet asiakkaat. Tiedot on kerätty Tampereen Kuntoutumiskeskuksen rekistereistä, joita jatko käsiteltiin tilastollisella analyysillä. Lisäksi kartoituksessa on haastateltu huumevieroitusohjelmassa syksyllä 2010 viittä mukana ollutta asiakasta.

Tampereen Kuntoutumiskeskuksen huumevieroitusohjelmassa oli vuonna 2011 yhteensä 131 asiakasta. Heistä naisia oli 31 % ja miehiä 69 %. Eniten asiakkaita oli 25 – 29 ja 30 – 34-vuotiaiden ikäryhmistä. Huumevieroitushoitoon ohjannut taho oli asiakkaista 33 %:lla Matala, 16 %:lla sosiaalityöntekijä, 14 %:lla erilaiset avohoitotahot ja 13 %:lla Tampereen A-toimen muut yksiköt kuin Matala. Huumevieroitushoidossa olleista asiakkaista hoitojaksonsa päätti suunnitellusti 60 %, hoitonsa keskeytti 22 %, hoidosta uloskirjoitettiin 17 % ja peruskatkolle siirrettiin 1 %. Pääsääntöisesti syynä hoidosta uloskirjoittamiseen oli päihteiden käyttö hoidon aikana. Kaikista asiakkaista 40 % jatkoi laituskuntoutukseen, 25 % palasi takaisin kotiin ilman jatkohoitosuunnitelmaa ja 15 % jatkoi Tampereen A-toimen yksiköiden avohoidon piirissä.

Viiden asiakkaan haastatteluissa korostui huumevieroitusohjelman tarpeellisuus sekä pienryhmän ja toiminnallisuuden tärkeys. Haastatteluiden kautta tuli esiin paljon erilaisia kehittämissuhteita huumevieroitusohjelmaa koskien.

THE CLIENTELE OF THE DRUG DETOXIFICATION TREATMENT PROGRAM IN TAMPEREEN KUNTOUTUMISKESKUS IN 2011

Lankinen, Niina

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in social services

May 2012

Supervisor: Sirèn, Anja

Number of pages: 60

Appendices: 1

Key words: drug detoxification, detoxification, clientele, drug abuser

The goal for this thesis is to define and describe the clientele participating a drug detoxification treatment program in an inpatient detoxification facility (Tampereen Kuntoutumiskeskus) during 2011. The thesis illustrates the process of the treatment and to which extent did the clients choose to continue their treatment in different inpatient and outpatient rehabilitation facilities. Through five interviews performed in 2010, this thesis also includes the clients' experiences and possible improvement ideas for the treatment program.

This thesis uses statistical analysis of pre-collected data from the treatment facility registry, and includes everyone who participated in the treatment program during the year 2011.

A total of 131 clients were included in the treatment program in 2011, of which 31% were female and 69% male. Most of the clients were young adults, aged from 25 to 34. Clients enrolled in the treatment program through an outpatient treatment facility Matala (33%), social worker (16%), various other outpatient care (14%) and other Tampereen A-toimi facilities (13%). 60% of clients completed their treatment, 22% dropped out, 17% were suspended by the staff and 1% switched to the basic detoxification program. Most of the suspensions by staff were performed because of substance use during treatment. Of all the clients, 40% continued their treatment in an inpatient rehabilitation facility, 25% did not continue their treatment at all and 15% continued their treatment in different Tampereen A-toimi's outpatient treatment facilities.

The necessity of a special drug detoxification program and the need for functional methods and small group size were emphasized in the client interviews. The interviews also revealed a lot of different improvement ideas for the program.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	PÄIHTEIDEN VÄÄRINKÄYTTÖ JA RIIPPUVUUS	7
2.1	Huumeidenkäyttäjät tänä päivänä.....	7
2.2	Huumeidenkäyttäjien riippuvuus ja sen aiheuttamat ongelmat.....	9
2.2.1	Päihderiippuvuuden kehittyminen.....	10
2.2.2	Päihderiippuvuudesta toipuminen	12
3	HUUMEIDENKÄYTTÄJIEN HOITO.....	15
3.1	Katkaisuhoito ja vieroitushoito.....	15
3.2	Huumeidenkäyttäjien hoitoa määrittelevät lait	19
3.3	Huumeidenkäyttäjien hoidon eriytyminen päihdehoidon sisällä.....	20
3.4	Päihdehoidossa käytettyjä menetelmiä	22
4	HUUMEVIEROITUSHOITO-OHJELMA TAMPEREEN KUNTOUTUMISKESKUKSESSA	24
4.1	Tampereen Kuntoutumiskeskus.....	24
4.2	Huumevieroitusohjelma Tampereen Kuntoutumiskeskuksessa.....	25
5	TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TOTEUTTAMINEN	31
5.1	Tutkimuksen tausta ja tutkimusongelmat	31
5.2	Tutkimusmenetelmän valinta ja tutkimusaineisto	32
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET:	35
6.1	Tampereen Kuntoutumiskeskuksen huumevieroitusohjelman asiakkaat vuonna 2011	35
6.2	Asiakkaiden hoitoon ohjautuminen	37
6.3	Hoitojakson päättymistapa.....	38
6.4	Hoitojatkumo vieroitusohjelman jälkeen.....	42
6.5	Kokemuksia huumevieroitusohjelmasta ja ryhmästä.....	44
7	KARTOITUKSEN YHTEENVETO JA POHDINTA.....	50
7.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	54
7.2	Pohdinta	56
7.3	Oma oppimiskokemus	57
	LÄHTEET	58
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suoritin ensimmäisen opintoihin liittyvän kuuden viikon harjoittelujaksoni Tampereen Kuntoutumiskeskuksen katkaisuhuito-osastolla loppuvuonna 2007. Harjoittelun loputtua olen työskennellyt Tampereen Kuntoutumiskeskuksen katkaisuhuito-osastolla ohjaajan sijaisena joulukuusta 2007 lähtien. Opinnäytetyön aiheena on Tampereen Kuntoutumiskeskuksen katkaisuhuito-osastolla toimiva huumevieroitusohjelma. Huumevieroitusryhmän tutkimisesta saatuja tietoja voidaan hyödyntää huumevieroitusohjelman ja -ryhmän kehittämisessä. Ohjaaja Juha Pentinlehto kehitti ja aloitti huumevieroitusohjelman toiminnan osaksi katkaisuhuito-osastoa vuoden 2007 aikana ja se vakiintui viralliseksi hoito-ohjelmaksi vuoden 2008 alusta lähtien kahden työntekijän vetämänä. Vuoden 2011 heinäkuusta lähtien työntekijöitä on ollut kolme. Opinnäytetyöni tuloksista voidaan saada osviittaa ja vahvistusta sille, miten huumevieroitusohjelmaa voidaan kehittää entistä paremmin asiakkaita ja heidän hoitoaan palvelevaksi. Myös konkreettisesti nähdään millaisia hoitajaksoja huumevieroitusohjelmassa on vuonna 2011 ollut ja miten ne ovat sujuneet.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää millaisia asiakkaita huumevieroitusohjelmassa on ollut vuoden 2011 aikana. Tilastoja lähdeaineistona käyttäen selvitan huumevieroitusohjelmassa olleiden asiakkaiden taustatekijöitä hoitoon tullessa: mistä he tulevat hoitoon ja mikä taho on heitä hoitoon ollut ohjaamassa, miten heidän vieroitusohjelmansa on toteutunut ja heidän hoitojatkumoaan, eli miten ja minne he ovat vieroitushoidon päättyessä siirtyneet eteenpäin. Lisäksi opinnäytetyössä kartoitetaan myös huumevieroitusohjelman asiakkaiden kokemuksia liittyen katkaisuhoidossa toimivaan huumevieroitusryhmään viiden asiakkaan haastattelujen avulla. Haastattelujen avulla saadun tiedon kautta on tarkoitus selvittää huumevieroitusohjelmassa olevien asiakkaiden kokemuksia siitä miten ja millä tavoin he kokevat hyötävänsä siitä ja mitä kehitysehdotuksia heillä on.

Ajatukseni on, että huumevieroitusohjelma on mielenkiintoinen kokonaisuus ja ajankohtainen aihe Tampereen Kuntoutumiskeskuksessa. Tampereen

Kuntoutumiskeskuksessa huumevieroitusohjelmaa ja sen ryhmää ei ole aiemmin varsinaisesti tutkittu. Tietoa on kertynyt kuitenkin kokemuksen ja kuntoutumiskeskuksen työntekijöiden tuntuman kautta ja asiakaspalauttein kerättynä. Nyt kun huumevieroitusohjelman toiminta Tampereen Kuntoutumiskeskuksessa on ollut viiden vuoden ajan säännöllistä, on siihen mielestäni hyvä hetki perehtyä paremmin.

Tampereen Kuntoutumiskeskuksen huumevieroitusohjelmasta ei ole aiemmin tehty tutkimuksia. Päihderiippuvuudesta toipumisen kokemuksia ja päihdeasiakkaan kokemuksia hoidosta on tutkittu, mutta nimenomaan varsinaisia tutkimuksia huumeidenkäyttäjien hoitajaksoista ja kokemuksista katkaisu- tai vieroitushoidosta en löytänyt. Tutkimuksia pidemmistä huume kuntoutuksista ja niiden jälkeisestä selviämisestä, erilaisista yhteisöhoidoista ja eriytyneistä päihdehoidoista on tehty useita.

Tutkin huumevieroitusohjelman asiakkaita yhden vuoden ajalta. Opinnäytetyöni kautta pyrin selvittämään millaisia asiakkaita huumevieroitusohjelmaan valikoituu, missä määrin huumevieroitusohito suoritetaan suunnitellusti loppuun ja missä määrin hoitajakso keskeytetään asiakkaan tai henkilökunnan päätöksestä sekä missä määrin asiakkaat hakeutuvat jatkohoitoon vieroitushoidon jälkeen. Lisäksi selvitin viiden asiakkaan haastattelujen pohjalta miten haastateltavat kokevat huumevieroitusohjelman sisällön, toiminnan ja pienryhmän koon. Haastattelujen avulla testaan ovatko asiakkaat henkilökunnan kanssa samaa mieltä siitä, mihin huumevieroitusryhmän toimivuus perustuu.

Opinnäytetyö käsittelee toisessa luvussa päihteidenkäyttöä ja riippuvuutta, kolmannessa luvussa huumeidenkäyttäjien hoitoa ja neljännessä luvussa huumevieroitusohjelmaa Tampereen Kuntoutumiskeskuksessa. Opinnäytetyön viidennessä luvussa käsitellään kartoituksen tavoitteita ja sen toteuttamista, kuudennessa luvussa kartoituksen tuloksia ja seitsemäs luku sisältää yhteenvedon.

2 PÄIHTEIDEN VÄÄRINKÄYTTÖ JA RIIPPUVUUS

2.1 Huumeidenkäyttäjät tänä päivänä

1990 – luvun alussa huumausaineiden raju lisääntyminen ei ole horjuttanut alkoholin suurta roolia yhteiskunnassamme. Yleisesti huumausaineiden käyttöä pidetään kielteisenä, haitallisena ja rikollisena toimintana, joka liittyy selkeästi vain alakulttuurin jäsenten elämäntapoihin. Vaikka yleinen suhtautuminen huumausaineisiin on hyvin kielteistä, niin kuitenkin toisaalta on huomattavissa asenteiden lieventymistä, verrattuna aikaisempiin ajankohtiin kun huumausaineet ovat rantautuneet Suomeen. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 93-95.) Nykyään on havaittavissa huumeidenkäytön normalisoituminen, eli yhä useampi ihminen riippumatta hänen sosiaalisesta taustastaan tai muista seikoista, on tilanteissa mukana joihin huumausaineet liittyvät tavalla tai toisella. Huumausaineita joskus kokeilleiden määrä on kasvanut kuten myös huumausaineita säännöllisesti käyttävien osuus. Myös ne ihmiset jotka eivät itse huumausaineita käytä, joutuvat kosketuksiin huumeidenkäyttäjien kanssa. Laillisen ja laittoman raja on entisestään koko ajan enemmän häilyvämpi ja hämärämpi, tämä liittyy omana osana huumausaineiden normalisoitumisilmiöön. (Kaukonen & Hakkarainen 2002, 29.)

Suomessa on ollut kaksi huumeaaltoa, ne ovat ilmenneet 1960 – ja 1990- luvuilla, ja sama ilmiö on tapahtunut myös kansainvälisesti. 1990 – luvulla huumeiden kokeilu ja käyttö lisääntyivät selvästi, ja edelleen 2000 -luvulle tultaessa määrät ovat tutkimusten mukaan lisääntyneet entisestään. Suomessa arvioidaan huumausaineiden ongelmakäyttäjien määrää amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien määrän kautta. Vuonna 2005 näitä amfetamiinin ja opiaattien ongelmakäyttäjiä arvioitiin olevan 14 500 – 19 100, mikä taas tarkoittaa väestön 15 -55-vuotiaista 0,6 – 0,7 %. Miehiä ongelmakäyttäjistä oli 80 % ja eniten ongelmakäyttäjiä ilmeni ikäryhmässä 25 – 34 –vuotiaissa. Eri päihteiden: huumausaineiden, lääkeaineiden ja alkoholin sekakäyttö on tyypillistä suomalaisille päihteenongelmakäyttäjille. (Rönkä & Virtanen 2009, 38, 54-55.)

On huomioitava, että Suomessa eniten kokeiltu ja käytetty huume on kannabis. Vuonna 2010 tehdyssä väestökyselyssä selvisi, että 15 – 69- vuotiaista 17 % on kokeillut kannabista joskus. Nuorten aikuisten 25 – 34-vuotiaiden ikäluokassa kannabista elämänsä aikana kokeilleita oli 36 %. Koko väestössä amfetamiinia kokeilleiden osuus oli 2,1 % ja opiaatteja kokeilleita oli 1,0 %. Huumetietojärjestelmän tietojen mukaan vuoden 2010 aikana huumehoitoon hakeutuneilla oli yli 50 % hoitoon hakeutumisen ensisijaisena syynä opiaatit. Eli koko Suomen väestön kesken yleisin huume on kannabis ja huumehoitoon hakeutuneiden kesken taas opiaatit. (Tanhua, Virtanen, Knuuti, Leppo & Kotovirta 2011, 5, 39-40.)

Yksiselitteisiä syitä siihen, miksi ihmiset päihteitä käyttävät, on mahdotonta sanoa. Kun on tutkittu miksi huumeidenkäyttäjät käyttävät huumeaineita, on käytön syiksi saatu muun muassa: tietoisuuden laajentaminen, hyvän olon ja tunteen hakeminen, rentoutuminen, itsetutkiskelu ja pako todellisuudesta. (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1995, 31.) Monipäihteisyydellä eli sekakäytöllä tarkoitetaan sellaista päihteidenkäyttöä, että käytetään kahta tai useampaa päihdettä samanaikaisesti tai peräkkäin. On erilaisia syitä miksi useita eri päihteitä käytetään sekaisin. Usean eri päihteiden käytöllä voidaan tavoitella päihtymyksen voimakkuuden vahvistamista tai sen keston pidentämistä. Kahden eri päihteiden käytöllä voidaan vaihtoehtoisesti hakea samankaltaisia vaikutuksia. Useamman päihteiden käytöllä voidaan pyrkiä itse lääkitsemään toisesta aineesta johtuvia vieroitusoireita. Päihteiden sekakäyttö voi luonteelta myös sellaista, että käytetään mitä tahansa käsiin saatavaa päihdettä keskenään sekoittaen jotta päihtymystila saavutettaisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3: Päihdepalvelujen laatusuosituksen 2002, 37.)

Tutkimuksissa on todettu, että niin huumeekokeilut kuin myös huumeiden käyttötaso ovat nousseet suurempiin määriin, kuin mitä ne ovat olleet 1990-luvun loppupuolella. Sitä mukaan kuin huumeiden käyttö on lisääntynyt, on lisääntynyt hurjasti myös päihteiden ongelmakäytöstä johtuvien päihdepalvelujen tarve. 2000 – luvulle tyypillinen ilmiö on erityisesti buprenorfiinin päihdekäytön takia hoitoon hakeutuneiden suuri määrä. Huumehoidon tietojärjestelmään kerätyistä tiedoista selviää, että vuonna 2010 päihdehoitoon huume- tai lääkeaineiden vuoksi hakeutuneilla asiakkailta 55 % oli opiaatit ensisijaisena syynä hoitoon

hakeutumiseen. Näistä 32 prosentilla oli buprenorfiini ensisijainen käytetty päihde (tämä luku oli vuonna 2000 ainoastaan 7 %). Vuonna 2010 asiakkaista 14 prosentilla oli amfetamiinin tai muiden stimulanttien ja 13 % asiakkaista kannabiksen käyttö ensisijaisen syynä lähteä päihdehoitoon. Suurin osa amfetamiinin ja opiaattien käyttäjistä käyttää ainetta suonensisäisesti pistämällä. Suomessa sekakäyttö on yleistä, vuoden 2010 päihdehoitoon hakeutuneista asiakkaista 62 % ilmoitti ainakin kolme ongelmapäihdettä, minkä takia olivat hoitoon lähteneet. Huumehoidon tietojärjestelmästä selviää myös, että 2010 vuonna hoitoon hakeutuneet ovat olleet nuoria aikuisia, miesten keski-ikä 30 vuotta ja naisten 28 vuotta. Asiakkaista 9 % oli asunnottomia ja 60 % työttömiä. Vuonna 2009 Suomessa kuoli huumesairauksiin ja myrkytyksiin yhteensä 175 ihmistä. (Terveys ja hyvinvoinninlaitoksen Internet-sivut: Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 24–28.)

2.2 Huumausaineriippuvuus ja sen aiheuttamat ongelmat

Päihderiippuvuus on monitahoinen ongelma joka aiheuttaa fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ongelmia ja hankaluuksia, henkisen terveyden häiriintymistä, syrjäytymistä, rikollisuutta ja huono-osaisuutta päihteitä käyttävän ihmisen elämässä. Toisaalta näitä ongelmia voi olla myös päihteidenkäytön taustalla. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 136.)

Huumausaineriippuvaisen elämään kuuluvat erilaiset jaksot jotka toistuvat. Kierre alkaa kun ihmisen on pakko käyttää huumeaineita, toisaalta taas erilaiset hoitajakset kun ihminen yrittää irtautua käyttömaailmasta ja saada riippuvuudesta toipumisen alkuun. Usein myös kuvioon kuuluu vankila, koska huumausaineriippuvainen toimii laajalti lain reuna-alueilla, jossa rikollisuudella ja väkivallalla on suuri rooli. Huumeidenkäyttöön liittyy tiiviisti työttömyys, joka taas osaltaan lisää sosiaalista syrjäytymistä. Huumausaineriippuvainen elää jatkuvasti elämää jossa kuolema on lähellä. Ennenaikaisen kuoleman riski tässä väestöryhmässä on suuri, monikymmenkertainen muuhun väestöön verrattuna. (Kaukonen & Hakkarainen 2002, 29.) Huumeidenkäyttö ja mielenterveyden häiriöt liittyvät usein yhteen, niillä voi olla jopa samoja altistavia tekijöitä taustallaan. Huumeidenkäyttö voi olla seurausta mielenterveyden ongelmista, mutta huumeidenkäyttö voi myös aiheuttaa mielenterveydellisiä ongelmia. Huumeiden

käytöstä koituvat sairaudet ja ongelmat terveydelle näkyvät sairaaloiden arjessa ja lisääntyvänä työnä siellä. Omana haasteenaan huumeidenkäyttäjien hoidossa on, miten saataisiin raskaana olevat huumeidenkäyttäjät hoitoon ajoissa, koska päihteidenkäyttö muodostaa suuria ongelmia sikiölle ja sen kehitykselle. (Terveyskirjaston Internet-sivut: Huumeongelmaisen hoito.)

Huumausaineiden käyttäjät ovat olleet aina vähemmistön ja ulkopuolisen asemassa suomalaisessa yhteiskunnassa. Heidän maailmansa on ollut aina hyvin kaukana siitä maailmasta jota taas valtaväestö elää ja kokee. Yhdistäviä tekijöitä jotka ovat kosketuksissa näiden kahden eri maailman välillä, on vain vähän. Yhdistäviin tekijöihin kuuluvat muun muassa huumeiden käyttäjien läheiset, poliisi ja oikeuslaitos, terveys- ja sosiaalialojen eri tahot. Huomattavaa kuitenkin on, että huumausaineongelman koko ajan kasvaessa ja ilmiön normalisoituessa, yhä useamman tavallisen kansalaisen lähipiiriin kuuluu huumausaineiden käyttäjiä lieveilmiöineen. Yhteiskunnallinen suhtautuminen huumausaineongelmaan on muuttunut vuosikymmenien saatossa. Ensimmäisen huumeaallon tuntumassa 1960 – luvulla asia koettiin lähinnä järjestys- ja turvallisuusongelmana, joka heijastui huumausainelakiin sisällytettynä huumeiden käytön rangaistavuutena. Hiljalleen kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollon merkitys ja asema on alkanut korostumaan huumausainepolitiikassa. Konsensuskokous *Huumeriippuvuuden hoito Suomessa 1999* muutti suuntaa. Näkökulman muutos käyttäjien rankaisemisesta huumausaineiden käytön aiheuttamien haittojen vähentämiseen oli merkittävä. (Kaukonen & Hakkarainen 2002, 25 - 27.)

2.2.1 Päihderiippuvuuden kehittyminen

On havaittu, että päihderiippuvuuden syntymiseen näyttäisi vaikuttavan jotkin tietyt tekijät. Näitä tekijöitä ovat muun muassa: ihmisen persoonallisuudenrakenne (joka aiheuttaa yllykkeitä päihteiden käyttämiseen), yksilölliset fyysiset ominaisuudet, ympäristötekijät ja päihteenä käytetyn aineen farmakologiset ominaisuudet. Perinnöllisten tekijöiden vaikutusta päihderiippuvuuden syntyyn, ei ole todistettu. Päihderiippuvuuden kehittymiseen vaikuttaa oleellisesti ihmisen elämäntilanne ja elämäntapa. Päihteidenkäyttöön johtavia syitä on paljon. Yksilönkin kohdalla voi

olla useita eri tekijöitä, joista riippuvuus on aiheutunut. Huomioitavaa on kuitenkin teoria sosiaalisen oppimisen vaikutuksesta. Nuoret oppivat aikaisin kuinka päihteiden kautta voidaan paremmin sietää ahdistusta ja muita ikäviä tunteita. Psykologinen näkökulma painottaa, että päihderiippuvuus on pakonomaista ihmisen toimintaa, joka johtuu yksilön kohtaamista vaikeuksista ja ongelmista. Päihteitä käyttämällä ihminen pyrkii lievittämään pahaa oloaan ja kokemaan tuskaansa. (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1995, 27-29, 36.) Riippuvainen jää koukkuun jonkinlaiseen psyykkiseen tilaan, mitä hakee jonkun aineen tai toiminnan kautta. Se voi olla vauhdin hakemista, pään nollausta, ahdistavien elämäntilanteiden pakenemista tai vain ”jonkun” tunnetilan hakemista. Erilaisiin aineisiin kehitty jollain tavoin erilainen riippuvuus. Toisaalta on esitetty, että riippuvuus syntyy nimenomaan siihen, että ihminen pääsee nopeasti kulloisessakin tilanteessa toivomaansa tilaan eli saa välittömän helpotuksen otettuaan päihdettä. (Koski-Jännes 2000, 31–32.)

Suurella osalla aikuisväestöstä on halu ja tarve saada kokea mielihyvää päihteiden avulla saavutettuna, ainakin ajoittain. Huolimatta siitä, että päihteiden käyttöön yritetään vaikuttaa yhteiskunnassa rajoituksilla ja normeilla. Moni eri tekijä vaikuttaa siihen, että muuttuuko ihmisen kohtuullinen alkoholinkäyttö alkoholiriippuvuudeksi tai toisaalta muuttuko toisen huumekekeilu huumeriippuvuudeksi. Jokaisella päihteitä käyttävällä ihmisellä on omat motiivinsa ja syynsä, miksi hän päihdyttäviä aineita käyttää. Yhtä lailla monet eri syyt vaikuttavat siihen, miksi ihminen edes kokeilee voimakasta riippuvuutta aiheuttavia päihteitä. Läheskään kaikista päihteiden kohtuukäyttäjistä tai päihteitä kokeilevista ei tule päihderiippuvaisia. Päihteet eivät myöskään vaikuta kaikkiin päihteitä käyttäviin ihmisiin samalla tavalla. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 42-44.) Se mitä päihdettä ihminen alkaa käyttämään, ei ole sattumanvaraista. Päihteitä kokeilemalla ihminen saa selville, sen päihdyttävän aineen joka hänelle niin sanotusti sopii parhaiten. Eli mihin tuskalliseen ja häiritsevään olotilaansa hän hakee helpotusta päihteiden kautta. Päihteet voidaan jakaa: keskushermostoa kiihottaviin eli piristäviin, keskushermostoa lamaaviin ja tasapainottaviin aineisiin. (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1995, 32.)

Päihderiippuvuuteen kuuluu myös toleranssin eli sietokyvyn kasvu, joka tarkoittaa päihdyttävän aineen vaikutuksen vähenemisenä tai tarpeena lisätä aineen käyttömäärää saman vaikutuksen aikaansaamiseksi. Toistuvuus, ylenmääräisyys ja

tahdonalaisen säätelyn vaikeus, kuvaavat riippuvuuskäyttäytymistä. Alkuvaiheessa ihminen kokee saavansa päihteestä mielihyvän tuntemuksia. Ilmiöön kuuluu usein myös joko avointa tai peiteltyä syyllisyyttä. Toisaalta päihde tuottaa mielihyvää ja tyydytystä, mutta toisaalta se tuottaa paljon haittaa niin itse päihderiippuvaiselle ihmiselle kuin myös muille ihmisille hänen lähellään. Tästä johtuu ihmisen päihteisiin liittyvä salailu ja siitä aiheutuvien haittojen ja ikävyyksien kieltäminen. (Koski-Jännes 2000, 28-29.)

Kansainvälisissä tautiluokitusjärjestelmissä (DSM IV, ICD-10) pakonomaista riippuvuutta ei ole määritelty tietyksi sairaudeksi tai häiriöksi. Pakonomaiseen riippuvuuteen liittyviä piirteitä löytyy useista eri tautiluokista. Usein ne kuitenkin liitetään alkoholin, lääkkeiden tai huumausaineiden väärinkäyttöön. Näiden tautiluokitusjärjestelmien mukaan, päihderiippuvuudessa esiintyy seuraavista kriteereistä kolme tai useampia, yhden kuukauden ajan tai toistuvasti 12 kuukauden pituisen ajanjakson aikana. 1. sietokyvyn eli toleranssin kasvu. 2. vieroitustila joka ilmenee, kun päihteen käyttö vähentyy tai loppuu kokonaan, tai kun käyttöä jatketaan, että vältettäisiin vieroitustila. 3. päihteen käyttömäärät kasvavat ja ajat pitkittyvät, verrattuna siihen mitä on aiottu etukäteen. 4. toistuva ja jatkuva halu lopettaa tai epäonnistuneita lopettamisyrityksiä. 5. käytetään runsaasti aikaa päihdeaineiden hankintaan, käyttöön ja jälkivaikutuksista toipumiseen. 6. päihdeaineen käytön takia lopetetaan tai vähennetään tärkeitä sosiaalisia, ammatillisia ja vapaa-ajan liittyviä toimintoja. 7. käyttöä jatketaan siitäkin huolimatta, että se aiheuttaa selviä fyysisiä ja psyykkisiä haittoja ja ongelmia. (Koski-Jännes 2000, 29.)

2.2.2 Päihderiippuvuudesta toipuminen

Pakonomaisista riippuvuuksista on vaikea toipua. Vaikeutta omalta osaltaan lisää riippuvuuksien vahva taipumus uusiutua. Päihteenkäytön uudelleen aloittamisen riskitilanteita voivat olla tietynlaiset mielialat ja toisaalta kiinnostus kokeilla onnistuisiko hallinta, eli usein kohtuukäyttö tai vain tämä käyttökerta, tällä kertaa. Riippuvuuden uusiutumisen lisäksi riippuvuus voi myös korvautua jollain muulla asialla, aineella tai toiminnolla, johon ihminen koukuttuu. Saattaa käydä niin, että

huumausaineriippuvuudesta toipumisen jälkeen ihmisen kierre jatkuu alkoholi-riippuvuudella. Näin käy koska ihminen on jo aiemmin oppinut muokkaamaan ja muuttamaan omaa sisäistä tilaansa ja oloaan, joko jollain aineella tai toiminnolla. Tuttua vanhaa kaavaa on helppo noudattaa uudelleen, jotta olonsa saa toivomukseen, vaikka väline siihen muuttuukin. (Koski-Jännes 2000, 35 - 36.)

Päihdeongelmasta toipumiseen on eri mahdollisuuksia ja tapoja. Toipumisen erilaisia tapoja on keskenään vertailevasti tutkittu kovin vähän. Tapoja toipua päihdeongelmasta voidaan jaotella kolmeen eri luokkaan: spontaani toipuminen, ammattiapu ja vertaistuki. (Tammi, Aalto & Koski-Jännes 2009, 32.)

Toipumisprosessi näyttäisi tutkimusten mukaan olevan samankaltainen riippumatta päihdeestä, josta ollaan riippuvaisia. Nykytutkimuksen mukaan spontaani toipuminen olisi yleisin tapa irtautua päihderiippuvuudesta. Hoito nähdään yhä enemmän toipumista tukevana tekijänä. Hoidon merkitystä ei voida kuitenkaan vähätellä, vaan hoito on kokonaisuuden osa, joka tukee muutoksen tekoa. Kuitenkaan ei osata eritellä, mihin asioihin hoidon merkitys perustuu. Suurin osa hoitoon hakeutuneista hyötyy hoidosta, vaikka raitistuvatkin ilman hoitoa. Ja toisaalta osa raitistuu, ilman minkäänlaista hoitoon hakeutumista. Huomioitavaa on myös, että toiset itsenäisesti toipuneet hakeutuvat hoitoon, kun alun toipumiselle ovat saaneet itse aikaan. Tutkimuksissa on saatu myös selville, että mitä vaikeammasta päihdeongelmasta toivutaan, sitä todennäköisemmin saavutetaan täysraittius kuin kohtuukäyttö. On myös todettu, että spontaanisti toipuneet ovat vähennelleet päihdeidenkäyttöään hiljalleen ennen raitistumistaan. Tilanne hoitoon hakeutuvilla on usein päinvastainen, heidän tilanteensa, ongelmansa ja päihdeidenkäyttömääränsä näyttäisi enemmän kärjistyvän ja kasvavan, juuri ennen hoitoon tuloa. Tällaiset erot toiminnassa todennäköisesti ohjaavat yksilöiden toipumistavan valintaa ja hoitoon hakeutumista. Asenteet ja ennako-odotukset suhteessa hoitoihin ja oma käsitys hoitojen sopivuudesta itselle lienevät tekijöitä, jotka vaikuttavat spontaanisti toipuneiden vähäisempään hakeutumiseen hoidon piiriin. Kokemus on osoittanut, että tarvitsemansa avun raitistumiseen voi saada muualtakin kuin päihdehoidoista. (Tammi, Aalto & Koski-Jännes 2009, 32-36.) Tutkimusten mukaan on mahdollista selvittää huumeriippuvuudesta ilman ensimmäistäkään kontaktia päihdepalvelujärjestelmään. Alkoholi-riippuvaisten spontaania toipumista on tutkittu

paljon enemmän kuin huumeriippuvaisten, ja siksikin näiden ilman hoitoja huumeista irtautuneiden toipujien määrää on hyvin vaikea arvioida. (Knuuti 2007, 22.)

Kaikista päihdeongelmaisista vain pieni vähemmistö hakeutuu hoitoon ja ammatillisen avun piiriin. Tutkimuksissa on havaittu, että hoitoon hakeutuvilla on usein muita heikompi sosioekonominen asema, heikompi selviytymiskyky yleisesti elämässä, todennäköisemmin lääkeaineriippuvuus, heillä on ongelmia niin sosiaalisesti kuin psyykkisestikin ja ongelmia usealla eri elämänalueella. Näistä syistä johtuen hoitojen kautta tehtävä päihdetyö olisi hyvä kohdistaa juuri näihin ihmisiin, joilla ei ole kovin hyviä valmiuksia itsenäiseen ongelmien ratkomiseen. Hoitoon hakeutumattomuuteen vaikuttaa ainakin kaksi syytä; joko ihminen ei koe päihteidenkäyttöönsä ongelmalliseksi tai sitten hän haluaa selvitä omin voimin. Useat hoitotahot edellyttävät, että ihmisen on myönnettävä ongelmansa itselleen. Erilaisia hoitomuotoja tai hoitojen kautta saavutettuja tuloksia keskenään vertailemalla ei ole voitu todistaa, mikä hoitomuoto olisi yksiselitteisesti muita parempi. Tutkimustulokset ovat olleet ristiriitaisia ja riippuvaisia tutkittavasta joukosta ja tutkimusmenetelmistä. On todettu, että hyviä hoitotuloksia voidaan saavuttaa, jos hoitomuoto on yksilölle sopiva ja hoidon ajankohta on oikea. On tärkeää, että kun hoitoa suunnitellaan, niin siinä voidaan ottaa huomioon yksilön erilaiset tarpeet ja piirteet. Hoitojen kautta pyritään vahvistamaan ihmisen omia voimavaroja, joiden kautta hänen toipumisensa voi onnistua ja antaa uskoa siihen, että toipuminen päihderiippuvuudesta on mahdollista. Raitistumisen nähdään alkaneen jo ennen varsinaisen hoidon alkua, jolloin siis hoito tukee tätä muutoksen tekoa. (Tammi, Aalto, & Koski-Jännes 2009, 36-38.)

Vertaistuella pyritään auttamaan toisia ja saamaan tukea myös itse. Kansainvälisesti suurimpia vertaistuen toimijoita ovat AA (Anonyymit Alkoholistit) ja NA (Nimettömät Narkomaanit). AA:n ja NA:n tarkoituksena on kokoontua yhteen samanlaisten ja samanlaisessa tilanteessa olevien ihmisten kanssa, jossa kaikilla on sama ongelma ja yhteisenä pyrkimyksenä on lopettaa päihteiden käyttö ja pysyä raittiina. Samalla periaatteella Suomessa toimii myös A-kilta, joka on alun perin perustettu A-klinikan asiakasyhdistykseksi. A-kilta toimii niin koulutuksen, valistuksen kuin virkistystoiminnankin saralla, kuitenkin unohtamatta sen tärkeintä

työtä, jonka tavoitteena on päihteettömyys. Spontaanisti toipuneiden ohella myös vertaistuen avulla toipuneista on vaikea saada tutkittua tietoa, minkä takia sitä osaltaan myös kritisoidaan. (Tammi, Aalto, & Koski-Jännes 2009, 38-41.)

Päihteidenkäytön lopettaneiden lukumäärän arviointi on vaikeaa. Kun karkeasti on arvioitu onnistuneen päihdehoidon käyneiden ihmisten osuuksia, ollaan saatu ns. ”kolmannesten sääntö”. Sen mukaan päihdehoidossa olleista kolmasosa raitistuu, kolmasosalla tilanne paranee, vaikei täydellistä raittiutta tavoitetakkaan ja yhdellä kolmasosalla tilanne ei parane. Hyvänä hoitotuloksena on kansainvälisesti pidetty sitä, jos vuoden jälkeen hoitajaksosta asiakkaista on 10 - 15 % pysynyt päihteettöminä. (Knuuti 2007, 11.)

3 HUUMEIDENKÄYTTÄJIEN HOITO

3.1 Katkaisuhoido ja vieroitushoito

Päihteidenkäyttäjille joille avohuollon toimenpiteet eivät riitä päihteidenkäyttö kierteestä irrottautumiseen, arvioidaan tarvitsevan laitosoloissa tapahtuvaa vieroitusta ja katkaisuhoidoa. Laitosvieroitus on joskus paikallaan siksi että saadaan asiakkaalle suunniteltua tarpeen mukainen ja toteutumiskelpoinen jatkohoito- ja kuntoutussuunnitelma. (Ahokas, Kajesalo & Holopainen 1998, 67-68.) Katkaisuhoidon tarkoituksena on saada katkaistua päihteidenkäyttökierre ja saada alkuun ihmisen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kuntoutuminen päihteidenkäytön jälkeen. Katkaisuhoidon kesto vaihtelee muutamasta päivästä muutamaan viikkoon. Katkaisuhoido koostuu vieroitusoireiden hoidosta, minkä osa-alueita ovat mm. oireiden mukainen lääkehoito, kahden kesken ja ryhmässä käytävät keskustelut, lepo ja läheis- ja verkostopalaverit. (A-klinikkasäätiön Internet-sivut) Katkaisuhoidoitusyksiköjä on Suomessa parikymmentä. Katkaisuhoidoita tarjotaan myös terveyskeskuksien vuodeosastoilla, psykiatrisissa sairaaloissa ja kuntoutuslaitoksissa. (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3: Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 32.)

Hoitoon lähdön päätökseen voivat vaikuttaa vieroitusoireiden pelko, asunnottomuus, vaikeudet ihmissuhteissa, ongelmat terveydentilassa ja taloudelliset vaikeudet. Toisaalta päihteidenkäyttäjää voivat painostaa sosiaaliviranomaiset (esimerkiksi lastensuojelullisissa tilanteissa, kun perheessä on ala-ikäinen lapsi), perhe, muut läheiset ihmiset tai työnantaja hoitoon lähtöön. Myös itsemurha-ajatukset, itsetuhoisuus tai pelko velkoja perivistä tahoista siviilissä voivat olla syitä päihteidenkäyttäjän hoitoon lähdölle. (Havio, Inkinen & Partanen (toim) 2008, 140.)

Katkaisuhoidon tavoitteena on saada päihteidenkäyttökierre loppumaan, päihteidenkäytön loppumisesta johtuvien vieroitusoireiden hoitaminen ja vakavampien vieroitusoireiden (kuten kramppeiden ja deliriumin) estäminen. Päihdeongelman elämä katkaisuhuoltoon tullessa on yleensä kovin sekainen ja asioita on paljon kuntoon hoidettavana. Aktiivisena päihteidenkäyttöaikana ihmisillä on lähes poikkeuksetta suurin osa tai kaikki asiat jääneet hoitamatta. Ongelmia voi olla ihmissuhteiden, fyysisen ja psyykkisen terveyden, taloudellisten asioiden, asunnottomuuden, itsemurha ajatusten tai yritysten tai muilta tahoilta tulevan ”pakon” takia (läheiset, sosiaaliviranomaiset). Näihin liittyviä asioita on paljon, joita hoidossa ollessa aletaan tärkeysjärjestyksessä saattamaan alkuun ja kuntoon. Päihdehoitolaitoksissa on omat tavat ja säännöt, joilla luodaan tarvittavat, turvallisuutta luovat rajat hoidossa oleville. Normaali vuorokausirytmä pyritään palauttaminaan päivän aikatauluttamisella eli on ohjattua toimintaa tiettyinä aikoina päivästä, aamulla herätään ja illalla mennään nukkumaan tiettyyn aikaan. Ensimmäisiä asioita joka pyritään turvaamaan katkaisuhoidossa, mm. ravinnon ja tarvittavan lääkityksen lisäksi, on nukkumisen onnistuminen. Lisäksi huolehditaan nestetasapainosta ja hygieniasta. Ulkoiluun kannustetaan, kun hoidossa olevan ihmisen vointi sen sallii, joko itsenäisesti tai valvotusti työntekijän kanssa. (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1995, 140-142.)

Päihteidenkäytön loppuessa aiheutuu päihteiden käyttäjälle vieroitusoireyhtymä, joka tarkoittaa somaattisten ja psyykkisten vieroitusoirekokonaisuutta. Vieroitusoireet voidaan jakaa lieviin, keskivaikeisiin ja vaikeisiin vieroitusoireisiin. Lievät vieroitusoireet helpottavat yleensä itsestään parin ensimmäisen vuorokauden aikana päihteidenkäytön lopettamisesta. Keskivaikeat vieroitusoireet kestävät yleensä 5 – 7

vuorokautta, ja niitä ovat muun muassa sydämen tykytyt, vapina, pahoinvointi ja oksentelu, hikoilu, päänsärky, levottomuus, unettomuus ja masennus. Vakavia vieroitusoireita ovat kouristukset, näkö- ja kuuloharhat ja sekavuus. Vieroitusoireiden vakavuus ja kesto ovat riippuvaisia siitä miten paljon ja miten monia eri pähteitä ihminen on käyttänyt ja miten kauan käyttö on kestänyt. Vieroitushoidossa pyritään tarpeen mukaisella lääkityksellä lievittämään ja poistamaan vieroitusoireita, ehkäistään unettomuutta jotta vuorokausirytmii saataisiin palautettua ja helpottaa mahdollisia ahdistuksen ja masennuksen oireita. Lisäksi varmistetaan muun muassa B- ja C- vitamiinien riittävä saanti. Oikeanlaisen ja riittävän ravinnon ja nesteen saamisen turvaaminen on tärkeää, jotta fyysinen kuntoutuminen pääsee alkuun ja onnistuu. Lääkityksen lisäksi on tärkeää, että asiakkailta on saatavilla myös muita vaihtoehtoisia apukeinoja vieroitusoireidensa helpottamiseen. Tällaisia ovat muun muassa mahdollisuus kahdenkeskiseen keskusteluun työntekijän kanssa, rentoutuminen ja akupunktio. Nämä vaihtoehdot ovat erityisen tärkeitä silloin kun lääkitystä ei ole lainkaan käytössä vieroituksessa tai kun lääkitystä lasketaan lääkepudotussuunnitelman mukaisesti. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 139 - 143.)

Huumeidenkäyttäjän hoidon alussa moniammatillisen työryhmän (sairaanhoitaja, lääkäri, sosiaaliterapeutti, ohjaaja) avulla selvitetään hänen päihderiippuvuutensa luonne, fyysinen ja psyykinen terveydentila ja sosiaalinen ja taloudellinen tilanteensa. Hoitoon tulleen asiakkaan päihteidenkäyttö selvitetään tarkasti. Mitä hän on käyttänyt, kuinka paljon ja kauan ja mitä ko. aineen käyttö on hänelle aiheuttanut ja millaiset ovat vieroitusoireet. Huumeseuloja käytetään osaltaan vahvistamaan luottamuksellista hoitosuhdetta ja todentamaan käytetyt huumausaineet. Somaattisen terveydentilan tutkiminen on yksityiskohtaista, erityisesti huomiota kiinnitetään suonensisäisten huumeiden käyttäjillä esiintyviin infektioihin ja tehdään tarvittavat laboratoriotutkimukset. (Ahokas, Kajesalo & Holopainen 1998, 64-66.)

Huumeiden- ja muiden päihteidenkäyttäjien hoito pohjautuu psykososiaalisiin hoitomuotoihin. Hoitomuotoja on erilaisia ja hoitomahdollisuudet ja vaihtoehdot vaihtelevat paikkakunnan mukaan. (Terveyskirjaston Internet-sivut: Huumeongelman hoito.) Huumeidenkäyttäjien ja muiden päihderiippuvaisten hoidossa käytetään samoja terapeuttisia menetelmiä. Alussa selvitetään riskitilanteet

jotka altistavat mahdollisesti päihteidenkäytölle ja toisaalta etsitään vaihtoehtoisia keinoja selviytyä riskitilanteista. Selvitetään uskomuksia jotka ylläpitävät ja jatkavat edelleen päihteidenkäyttöä, toisaalta taas niiden kyseenalaistamista harjoitellaan. Etsitään sosiaalista tukea raittiuteen ja hahmotellaan elämäntapoihin liittyviä asioita, joita pitää muuttaa kun rakennetaan päihteetöntä elämää. (Ahokas, Kajesalo & Holopainen 1998, 66.)

Päihdehoitolaitosten näkemys korostaa ihmisen omaa halua muutokseen ja hänen omaa vastuutaan omasta elämästään ja tekemistä ratkaisuisistaan. Katkaisuhoidon aikana jokaiselle asiakkaalle tehdään henkilökohtainen hoitosuunnitelma henkilökunnan kanssa, koskien sekä katkaisuhoidon että sen jälkeistä aikaa. Suunnitellaan katkaisuhoidon vaatima aika, yleensä 7 – 14 vuorokautta. Katkaisuhoidon jälkeen, suunnitelmasta riippuen, asiakas jatkaa omaa hoitoaan joko kotiloissa, avohoidossa tai kuntoutuslaitoksessa. Katkaisuhoidossa tärkeän osan hoitoa luo ystävällinen ja eteenpäin kannustava ilmapiiri. Katkaisuhuolto koostuu erilaisista menetelmistä, joita ovat ryhmä- ja yksilökeskustelut, toiminnallisuus, yhteisöllisyys ja tiedon ja informaation jakaminen. (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1995, 141.)

Huumeidenkäyttäjän vieroitushoito perustuu samoihin periaatteisiin ja menetelmiin kuin alkoholi- ja lääkevieroituskin. Huumeidenkäyttäjien elämässä näkyy heidän oman kulttuurinsa ja elämäntapansa vaikutus, esimerkiksi tutusta käyttäjäporukasta irrottautuminen voi olla hyvinkin hankalaa. Yleisesti huumeista vieroittautumista pidetään vaikeana ja jollain tapaa vaarallisenakin. Tällainen ajattelu heikentää itse vieroittautujan uskaltamista huumeista vieroittautumiseen ja luopumiseen. Huumausaineista johtuvat vieroitusoireet voivat olla vaikeita ja tuskallisia, mutta ne eivät ole hengenvaarallisia, toisin kuin alkoholista ja pitkäaikaisesta lääkkeiden päihdekäytöstä aiheutuvat vieroitustilat ovat. Haasteellisinta niin itse huumeista vieroittautujalle kuin päihdetyötä tekeville, on vieroittautujan motivoiminen huumeista luopumiseen ja siihen miten raittiuden saa kestämään. Päihteistä luopuminen vaatii paljon työtä. Pelkästään se, että ihminen todella pystyy edes ajattelemaan elämäänsä ilman päihteitä, ja edelleen viemään muutoksen käytännön ja toiminnan tasolle elämässään. Muutos päihteettömään elämään vaatii vanhan elämän ja elämäntavan jättämistä taakse, ja sen tilalle uuden elämäntavan löytämistä.

Työntekijä voi vieroittautujaa auttaa tässä vaiheessa miettimällä hänen kanssaan päihteidenkäyttöön liittyviä huonoja asioita, raittiuden ja päihteettömän elämäntavan etuja ja hyviä puolia, etsimällä keinoja miten elää päihteetöntä elämää ja kannustaa vieroittautujaa muutoksen tekemiseen ja sen saavuttamiseen. (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1995, 144.)

3.2 Huumeidenkäyttäjien hoitoa määrittelevät lait

Suomessa toteutetaan rajoittavaa huumausainepolitiikkaa, joka näkyy muun muassa ankarassa lainsäädännössä. Käytännön tasolla se pyrkii pitämään huumeidenkäyttöä sosiaalisesti paheksuttavana ja rangaistavana ilmiönä. Huumausaineidenkäyttö on Suomen lainsäädännön mukaan rangaistavaa ja siitä johtuen käyttö on hyvin kontrolloitua. Sosiaalipoliittisen keinon pyritään ehkäisemään huumeongelman leviäminen. Käytännössä tämä näkyy pyrkimyksinä ennaltaehkäistä huumeidenkäyttöä, toisaalta painotetaan huumeidenkäyttäjien hoitoa ja terveyshaittojen ennaltaehkäisyä ja tavoitteena on huumeidenkäyttäjien palauttaminen takaisin yhteiskuntaan. (Ahtiala & Ruohonen 1998, 211-212.)

Niin huumeidenkäyttäjien ja kuin kaikkien muidenkin päihteidenkäyttäjien hoitoa säätelee sama laki, Päihdehuoltolaki (41/1986). Päihdehuoltolaki täydentää muuta sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevaa lainsäädäntöä. Päihdehuoltolaissa määrätään, että jokaisen kunnan on järjestettävä tarvittavassa laajuudessa päihdehoito omassa kunnassaan. Vastuu päihdehoidoista ovat kunnan sosiaali- ja terveyshuolloilla (Päihdehuoltolaki § 3). Päihdepalveluiden tulisi olla ensisijaisesti avohuollon toimenpitein järjestettyjä ja niiden tulee olla monipuolisia ja helposti tavoitettavissa (Päihdehuoltolaki § 6). Kunnan järjestämän päihdehuollon palveluita tulee tarjota päihteiden käyttäjälle itselleen, kuin myös hänen läheisilleen. Päihteidenkäyttäjälle ja hänen läheisilleen palveluja ja hoitoa on annettava heidän tarvitseman avun, hoidon ja tuen tarpeen mukaisesti. (Päihdehuoltolaki § 7.) Lisäksi palvelut on järjestettävä niin, että asiakas voi hakeutua niihin itsenäisesti. On otettava huomioon myös sekä päihdeongelmaisen että hänen läheistensä etu ja toimia sen mukaisesti. Palveluiden piirissä olevaa asiakasta on autettava, jos hänellä on asumiseen, toimeentuloon tai työhön liittyviä ongelmia. (Päihdehuoltolaki § 8.) Päihdehuoltolaki on tuonut terveydenhuollon selkeämmin sosiaalihuollon rinnalle päihdeongelmien

hoitamisessa, kun aiemmin päihdehuoltoa pidettiin sosiaalihuollon alueena. (Ahtiala & Ruohonen 1998, 212.) Perustuslaki (731/1999) säättää, että julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Perustuslaissa säädetään myös ihmisten tasavertaisuudesta ja kielletään loukkaava kohtelu. Kun arvioidaan palvelujen riittävää tasoa, pidetään perustana sellaista palvelujen tasoa joka mahdollistaa ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnassa sen täysivaltaisena jäsenenä. (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 26-27.)

Viime vuosien aikana on alettu entistä enemmän painottamaan hoidon, terveysneuvonnan ja tuen merkitystä erilaisten huumeongelmiin liittyvien haittojen ja ongelmien määrän pienentämisessä. Huumeongelmasta aiheutuu monien muiden ongelmien lisäksi myös somaattisia sairauksia, mielenterveydellisiä ongelmia ja rikollisuutta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa ehkäisevä päihdetyö, varhainen puuttuminen, huumehoidon eri palvelut ja terveysneuvontatyö, ovat keinoja joiden kautta pyritään vaikuttamaan huumeidenkäyttöön ja huumeidenkäytöstä aiheutuvien haittojen ja ongelmien vähentämiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimenpiteiden kehittäminen, palvelujen määrän ja kattavuuden lisääminen ja tehostaminen ovat tämän hetken ja tulevaisuuden haasteita. Päihdehuollon erityispalvelujen lisäksi päihdeongelmiin liittyvää hoitoa ja apua on tarjottava myös sosiaali- ja terveydenhuollon erilaisissa peruspalveluissa. Peruspalveluissa on kyettävä tunnistamaan päihdeongelmia ja motivoimaan asiakasta päihdeongelmansa hoitamiseen, ja vasta kun peruspalveluiden tarjoamat mahdollisuudet eivät riitä niin asiakas ohjataan erityispalvelujen piiriin. Huumehoidossa oma erityinen alueensa on opioidiriippuvaisten hoidon kehittäminen ja hoitojen määrän lisääminen sellaiselle tasolle, että pystyttäisiin vastaamaan hoidon tarpeeseen. (Tanhua, Virtanen, Knuuti, Leppo & Kotovirta 2011, 6, 28, 66.)

3.3 Huumeidenkäyttäjien hoidon eriytyminen päihdehoidon sisällä

Päihdepalvelujen sisällä alkoholiriippuvaiset ja huumeriippuvaiset ovat keskenään kaksi hyvin erilaista ryhmää. Huumeidenkäyttäjät ovat pääsääntöisesti nuorempia kuin alkoholiriippuvaiset. Alkoholilla on yhteiskunnassamme täysin erilainen asema laillisena ja yleisesti hyväksyttynä päihteenä, kun taas huumeaineet ovat laittomia ja liittyvät yleisesti rikollisuuteen. Näistä syistä johtuen myös yhteiskunnallisen

suhtautuminen huumeriippuvaisia kohtaan on paljon jyrkempää, kuin mitä alkoholiriippuvaisiin. (Knuuti 2007, 22-23.) Huumeidenkäyttäjät käyttävät palvelujärjestelmän palveluita laajasti, sosiaali- ja terveysalan peruspalveluista lähtien, joista päihdeongelman hoito yleensä alkaa. Peruspalveluiden jälkeen siirrytään yleensä katkaisu- ja vieroitushoitoon ja kuntoutukseen joka tapahtuu joko avohoidossa tai laitoksessa. Viimeisenä askeleena on oman elämänsä ja elämäntapansa muuttaminen. Tyypillistä huumeidenkäyttäjille on, että he käyvät useita hoitokertoja lävitse, vaihtelevin menestyksin. (Ahtiala & Ruohonen 1998, 212-213.)

Suomessa päihdehuolto ja sen käyttämät hoitomallit ja menetelmät on kehitetty alkoholi- ja sekakäyttäjää varten, ja näitä menetelmiä on hyödynnetty muidenkin riippuvuuksien hoidossa. Nykyään on jo paljon erilaisia hoitovaihtoehtoja, jotka ovat nimienomaan huumeidenkäyttäjille suunnattuja. On tärkeää, että hoitopalvelujärjestelmässä on erilaisia hoitovaihtoehtoja. Huumeidenkäyttäjille suunnattuja hoitoja voidaan luokitella eri tavoin. Yksi tapa on luokitella ne hoidossa käytettävän lääkityksen mukaan, kuten seuraava luokittelu on tehty. Huumeidenkäyttäjille suunnatut hoitovaihtoehdot voidaan jakaa neljään luokkaan käytettävän lääkityksen mukaan: 1. Täysin lääkkeettömät hoitovaihtoehdot, 2. Lääkkeelliset, ei opioideja sisältävät hoitovaihtoehdot, 3. Lääkkeelliset, korkeintaan kuukauden kestävät buprenorfiinia / buprenorfiini-naloksonei -yhdistelmävalmistetta tai metadonia sisältävät vieroituslaitovaihtoehdot, 4. Lääkkeelliset, enemmän kuin kuukauden kestävät buprenorfiinia / buprenorfiini-naloksonei -yhdistelmävalmistetta tai metadonia sisältävät korvaus- ja ylläpitohoitovaihtoehdot. (Knuuti 2007, 23.)

Varsinaisesti huumeidenkäyttäjien hoitoon erikoistuneita hoitopaikkoja oli vain kolme isoa tahoja pitkän aikaa: A-klinikkasäätiön Hietalinnayhteisö, HYKS:n huumeopoliikklinikka ja Kalliolan klinikoitten Kisko. Vasta 1990 -luvulla alkaneen toisen huumeaallon aikana alkoi huumehoitoyksiköiden määrä lisääntyä Suomessa. Vaihtoehtoja löytyi, oli sekä lääkkeellisiä että lääkkeettömiä hoitomuotoja. Yhä useampi huumehoito muuttui lääkkeelliseksi hoidoksi, koska kaksoisdiagnoosiasiakkaita oli yhä enemmän, eli asiakkaita joilla päihdeongelman lisäksi myös mielenterveydellisiä ongelmia. 1990 – luvun lopulla alettiin perustaa myös matalan kynnyksen hoitopaikkoja, terveysneuvontapisteitä, joiden

pyrkimyksenä on vähentää erilaisia huumehaittoja. Tällaisia matalan kynnyksen avohoitopaikkoja ovat esimerkiksi Tampereella Matala ja Nervi ja pääkaupunkiseudulla Vinkki. Huumeidenkäyttäjien hoitoon erikoistuneita hoitolaitoksia nykyisin ovat: A-klinikkasäätiön Järvenpään sosiaalisairaalan huumehoito-osastot, HYKS:n Psykiatriakeskus, Mikkeli-yhteisö, Nousevan auringontalo, huume kuntoutuskoti Villa Hockey. Huumeidenkäyttäjien avokuntoutukseen ovat erikoistuneet Kalliolan klinikoitten Avomylly ja Turvaverkko ry. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 137-138)

3.4 Päihdehoidossa käytettyjä menetelmiä

Päihdetyön osa-alueita ovat perussairausten hoito, päihteiden käytöstä aiheutuneet niin akuuttien kuin pitkäaikaisten somaattisten sairauksien hoito, asiakkaan perustarpeiden tyydytys ja päihteidenkäytön lopettamisen seurauksena syntyvien vieroitusoireiden hoitaminen. Lääkehoidon seuraaminen ja sen toteuttaminen ovat tärkeä osa päihteidenkäytön lopettamista seuraavien vieroitusoireiden hoitoa katkaisuhoidossa. Päihdehoidossa käytetään lääkkeillä toteutettavan hoidon lisäksi myös esimerkiksi rentoutusta ja akupunktiota ns. vaihtoehtoisina hoitokeinoina. Päihdetyössä pyritään vaikuttamaan asiakkaisiin tiedon jakamisella. Päihdehoidossa toimivat työntekijät antavat tietoa riippuvuudesta, eri päihteistä ja päihteiden vaikutuksista, miten päihteet vaikuttavat ihmiseen niin fyysisesti kuin psyykkisestikin, päihteiden lopettamista seuraavista vieroitusoireista, ja päihteiden vaikutuksista sosiaalisen elämän osa-alueisiin. Asiakkaan tarpeiden mukaan annetaan tietoa erilaisista hoitomahdollisuuksista. Päihdehoidossa neuvonnalla tarkoitetaan sitä kun asiakkaalle kerrotaan ja esitellään erilaisia tuki- ja hoitomahdollisuuksia. Neuvonta voi olla myös laajemmin ihmisen elämää koskevaa opastamista liittyen ihmissuhteisiin, ruokailutottumuksiin, terveyteen ja työelämään liittyvää. Huumeidenkäyttäjien kohdalla selkeä terveysneuvonta korostuu. Terveysneuvontaan sisältyy tiedon jakaminen liittyen huumeidenkäytön hygieniariskeihin ja mm. HI-viruksen ja hepatiittien tartuntojen ehkäisy. Tukeminen on tärkeä osa päihdehoitoa, se kattaa asiakkaan kuuntelemisen ja hänen kanssaan keskustelemisen, tuen antamisen niin henkisellä kuin konkreettisellakin tasolla, asiakkaan kannustaminen ja työntekijän kulkemisen asiakkaan rinnalla. Asiakasta kannustetaan päihteettömään elämään, ja asioihin mitä voi päihteettömänä tehdä ja harrastaa. Asiakasta

motivoidaan muutokseen myös lyhyissä hoitokontakteissa. Päihdehoidossa ryhmät voivat olla avoimia tai suljettuja, niin keskusteluun kuin toiminnallisuuteenkin perustuvia ryhmiä. Keskusteluryhmissä päihteidenkäyttäjät saavat tukea muiden päihteidenkäyttäjien puheenvuoroista ja kommentoinneista, sitä kautta kunkin oman henkilökohtaisen tilanteen selvittäminen avoimesti ryhmän kesken onnistuu. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 126 – 127.)

Päihdehoidossa voidaan käyttää monenlaisia erilaisia psykososiaalisia hoitomenetelmiä. Varsinainen hoito on yleensä koottu usean eri teorian erilaisista työmenetelmistä ja tavoista. Psykososiaaliset hoidot koostuvat keskustelemisesta tai yhdessä tekemisestä, tai molemmista. Yksilöterapian lisäksi hoidossa voidaan hyödyntää ja ottaa mukaan asiakkaan oma verkosto, käyttää erilaisia toiminnallisia terapiamuotoja (taide- ja musiikkiterapiat) ja vertaistukiryhmiä eli NA- (nimettömät narkomaanit) ja AA-ryhmät (anonyymit alkoholistit). *Huumeongelmaisen käypä hoitosuosituksessa* on määritelty päihdehoidossa käytetyt psykososiaaliset hoitomuodot. Näitä yleisesti käytettäviä psykososiaalisia hoitoja ovat yhteisöhoito, motivoiva haastattelu, dynaaminen psykoterapia, systeemiteoreettinen malli, yhteisövahvistusohjelma, kahdentoista askeleen hoito, kognitiivinen käyttäytymisterapia, palveluohjaus, ratkaisukeskeinen terapia, retkahdusten ehkäisy ja ns. yleinen tukeminen, joka ei ole perustu mihinkään tiettyyn viitekehykseen. Olipa hoitomuoto mikä tahansa, tärkeintä kuitenkin on asiakkaan oma motivoituminen ja sitoutuminen hoitoonsa, työntekijän ammattitaito sekä hoidon jatkuvuus. (Käypä hoitosuosituksen Internet-sivut: Huumeongelmaisen hoito.)

Suomessa on mahdollisuus myös korvaushoitoon, jota säätelee sosiaali- ja terveysministeriön asettamat asetukset. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa korvaushoito määritellään opioidiriippuvaisen henkilön lääkeavusteiseksi hoidoksi, jonka tavoitteena on joko potilaan kuntoutuminen ja päihteettömyys tai vaihtoehtoisesti haittojen vähentäminen potilaan elämässä ja hänen elämänlaatunsa parantaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 33/2008, § 2-7.) Vuodesta 2000 lähtien Suomessa on ollut osana päihdepalvelujärjestelmää ylläpito- ja korvaushoito. Opiiaattiriippuvaisten lääkehoidosta tehtiin ensimmäinen asetus vuonna 2002 (289/2002), mutta jo vuonna 2008 aiemman asetuksen tilalle tuli uusi asetus

(33/2008), koska korvaushoitoa tarvitsevien määrä oli kasvanut. On arvioitu, että 2009 vuonna korvaushoidossa Suomessa olisi ollut noin 1 800 asiakasta. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen Internet-sivut: Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, 26) Asetuksessa määrätään myös apteekkisopimuksesta. Apteekkisopimuksen tehdessään potilas sitoutuu siihen, että hän hankkii sopimuksessa sovitut lääkkeet vain yhdestä apteekista. Eräissä tapauksissa apteekkisopimuksella voidaan apteekista toimittaa buprenorfiinia ja naloksonia sisältävää lääkevalmistetta lääkemääräystä vastaan. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 33/2008, § 2-7.)

Suomessa opiaattiriippuvaisia hoidetaan joko vieroituksella, psykososiaalisella hoidolla tai lääkekorvaushoidolla. Suomessa lääkkeellistä vieroitus- ja korvaushoitoa suoritetaan metadonilla, buprenorfiinilla sekä buprenorfiinin ja naloksonin yhdistelmällä. (Nätkin 2006, 111.) Lääkkeellisen hoidon lisäksi korvaushoidossa oleva asiakas saa psykososiaalista tukea, hoitavan lääkärin tapaamisia on säännöllisesti, ja lisäksi asiakas on sitoutunut osallistumaan huumeuseulakontrolleihin, joilla pyritään selvittämään muiden mahdollisten huumeusaineiden oheiskäyttöä. Korvaushoidon kriteerejä ovat muun muassa todettu opiaattien käyttöhistoria, aiempien vieroitushoitojen epäonnistuminen, sitoutuminen pitkään valvottuun lääkkeelliseen hoitoon ja asiakkaalla on oltava motivaatio luopua huumeiden käytöstä. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 150.)

4 HUUMEVIEROITUSHOITO-OHJELMA TAMPEREEN KUNTOUTUMISKESKUKSESSA

4.1 Tampereen Kuntoutumiskeskus

A-klinikkasäätiö on perustettu vuonna 1955 ja se tuottaa Suomessa päihdehuollon erityispalveluja ja toimii myös asiantuntijajärjestönä. Sen tarjontaan kuuluvat hoito ja kuntoutus mutta myös varhaisvaiheen ja ehkäisevän päihdetyön palvelut. Lisäksi A-klinikkasäätiö tekee päihdealaan liittyvää vaikuttamis-, koulutus-, viestintä-, tutkimus – ja kehittämistoimintaa valtakunnallisesti. (A-klinikkasäätiö 2009, 2.)

Katkaisuhoito, lääkevieroitus ja huumevieroitus ovat A-klinikkasäätiön tarjoamia hoito-ohjelmia, jotka toteutetaan ympärivuorokautisessa laitoshoidossa lääkärin valvonnassa. Lääke- ja huumevieroituksessa hoitoaika on 1 – 4 viikkoa. Katkaisuhoidossa jokaiselle asiakkaalle tehdään henkilökohtainen jatkohoitosuunnitelma ja suunnitellaan miten asiakas voisi päihdeongelmaansa hoitaa pidemmällä aikavälillä. (A-klinikkasäätiön Internet -sivut)

Tampereen A-klinikkatoimi toimii A-klinikkasäätiön alaisuudessa. Tampereen A-klinikkatoimi koostuu kuudesta palveluyksiköstä, joita ovat A-klinikka, Nuorisoasema, Kuntoutumiskeskus, K-klinikka, Matala ja Nervi. Tampereen A-klinikkatoimella on myös oma Koulutusosasto, joka tarjoaa asiantuntijapalveluita A-klinikkasäätiön, kuntien ja järjestöjen henkilöstöille. (A-klinikkasäätiö 2009, 41.) Tampereen A-klinikkatoimen asiakkaat tulevat pääsääntöisesti ostopalvelukunnista, joita ovat Akaa, Hämeenkyrö, Juupajoki, Kangasala, Kuru, Lempäälä, Mouhijärvi, Mänttä-Vilppula, Nokia, Orivesi, Pirkkala, Pälkäne, Ruovesi, Tampere, Urjala, Valkeakoski, Vesilahti ja Ylöjärvi. (A-klinikkasäätiö 2009, 41.) Myös muut kunnat ostavat palveluja, vaikka eivät ole valmiita ostosopimuksia tehneet Tampereen A-klinikkatoimen kanssa.

Tampereen Kuntoutumiskeskuksessa toimii 23 -paikkainen katkaisuhuolto-osasto ja 10 -paikkainen kuntoutusosasto. (A-klinikkasäätiö 2009, 41.) Tampereen Kuntoutumiskeskuksen katkaisuhuolto-osasto tarjoaa katkaisu- ja vieroitushoitoa 18-vuotta täyttäneille päihdeongelmaisille, hoidon pituus on pääsääntöisesti 7 – 14 vuorokautta. Kuntoutumiskeskuksen kuntoutusosasto tarjoaa kuntoutumishoitoa, hoitajakson pituus on 28 vuorokautta. Katkaisu-, vieroitus- ja kuntoutushoito suunnitellaan aina jokaisen asiakkaan kohdalla yksilöllisesti hoidon alussa. (A-klinikkasäätiö: Palvelukertomus 2007, 6.)

4.2 Huumevieroitushoito Tampereen Kuntoutumiskeskuksessa

Vuoden 2007 aikana Tampereen Kuntoutumiskeskuksessa sai alkunsa vieroitushoito-ohjelma, joka on pääsääntöisesti huumausaine- ja sekakäyttäjille tarkoitettu pienryhmä. Vieroitushoito-ohjelmaa suunnitteli ja kehittäjä ohjaaja Juha Pentinlehto,

joka myös otti ohjelman käyttöön uutena osana katkaisuhuito-osaston toimintaa. Vieroitushoito-ohjelma toimii omana pienryhmänä, osana katkaisuhuito-osaston päivittäistä hoito-ohjelmaa. Vieroitushoitoon kuuluu päivittäin pienryhmän omat hoidolliset keskustelu- ja toiminnalliset ryhmät. Vieroitushoito-ohjelma on jatkunut heti aloittamisestaan lähtien tärkeänä osana katkaisuhuito-osaston toimintaa, koska siitä saadut tulokset ovat olleet sen verran lupaavia. (A-klinikkasäätiö: Palvelukertomus 2007, 6.)

Tammikuusta 2008 lähtien huumevieroitusohjelma vakiintui niin, että siinä työskentelee kaksi täysipäiväistä työntekijää. Vuodesta 2008 alkaen on huumevieroitusryhmä pyörinyt koko ajan. Kesällä 2011 aloitti huumevieroitusohjelmassa kolmaskin työntekijä. Huumevieroitusryhmästä lyhenteenä käytetään Hurvi -ryhmä nimitystä. Huumevieroitusohjelmassa on yleensä samanaikaisesti 2 - 6 asiakasta. Ryhmän koko pyritään pitämään noin 4-5 asiakkaassa, mutta ryhmän kokoon vaikuttavat hoitojen keskeytykset ja toteutumattomat hoitojen alut (eli kun hoitoon tulevaksi suunniteltu asiakas ei saavukaan hoitoon). Näistä syistä johtuu se, että ryhmän koko saattaa olla hetkellisesti pienempi. Ryhmän koko on tarkoituksella pieni jotta siinä saataisiin hyödynnettyä pienryhmän edut. Huumevieroitusohjelmassa olevien asiakkaiden hoitoaika on keskimääräisesti 14 vuorokautta, mistä johtuen vaihtuvuus on hidasta. Painetta ja kysyntää huumevieroitusohjelmaan on, sillä huumausaine- ja sekakäyttäjien asiakkaiden määrä on suuri Tampereella ja ympäristökunnissa, joista asiakkaita ohjautuu Tampereen Kuntoutumiskeskukseen.

Huumevieroitukseen Tampereen Kuntoutumiskeskukseen asiakkaat voivat hakeutua itse, ilman lähetettä. Asiakas on itse puhelimitse yhteydessä katkaisuhuito-osastolle ja sitä kautta varaavat paikkaa hoitoon. Ennen katkaisuhuitoon tuloa, useimmat asiakkaista käyvät suunnittelemassa hoitojatkumoaan valmiiksi Matalassa, A-klinikalla, Nuorisoasemalla tai oman kunnan päihdetyöntekijällä ja voivat jopa varata valmiiksi paikkaa jo katkaisuhoidon jälkeiseen jatkokuntoutuspaikkaan. Hoitoon hakeudutaan myös omalääkärin, mielenterveystoimiston, terveyskeskuksen, sairaalan ja sosiaalityöntekijän kautta. Lisäksi asiakkaan omaiset, ystävät ja omat verkostot ovat mukana tukemassa hoitoon hakeutumisessa.

Huumevieroitusohjelma eli Hurvi -ryhmä on tarkoitettu huumeaineidenkäyttäjille, sekakäyttäjille ja lääkeaineidenväärikkäikäyttäjille, jotka ovat tulleet Tampereen Kuntoutumiskeskukseen katkaisu- ja vieroitusohjelmaksi. Huumevieroitusohjelmaan tulevat asiakkaat joiden tavoitteena on vieroittautua päihteistä. Huumevieroitusohjelmassa ei käytetä opioidiavusteista lääkitystä eikä mitään keskushermostoon vaikuttavia kipulääkkeitä (esim. Tramal, Lyrica, Panacod). Hoito-ohjelmaan otettavat asiakkaat ovat pääsääntöisesti nuoria, 18 – 35 –vuotiaita, mutta keski-ikäisiäkin on ryhmässä ollut. Edellytyksenä ryhmään ”pääsemiseksi” on, että asiakkaan fyysinen ja psyykinen kunto on sellainen, että asiakas pystyy osallistumaan Hurvi -ryhmän päiväohjelmaan katkaisuhoidossa ja sitoutuu myös ohjelman noudattamiseen. Katkaisuhoidon osaston ja huumevieroitusryhmän työntekijät arvioivat katkolla tulevat asiakkaat, jotka hyötyisivät ryhmän ohjelmasta ja toiminnasta, jota kautta nämä asiakkaat ohjautuvat huumevieroitusryhmään.

Tampereen Kuntoutumiskeskuksessa huumevieroitusohjelma tapahtuu osana katkaisuhoidon osaston toimintaa, eli samassa yksikössä kuin alkoholin ja sekakäyttäjien katkaisuhoidot. Muuten huumevieroitusohjelmassa olevien asiakkaiden katkaisuhoidot toteutuu samalla tavoin kuin muillakin katkaisuhoidon osaston asiakkailla, lukuun ottamatta omaa erillistä hoitoryhmää ja iltapäivän toiminnallista ohjelmaa. Katkaisuhoidon sisältö koostuu: säännöllisestä ravinnosta, levosta ja unesta, fyysisestä puhtaudesta, katkaisuhoidon lääkehoidosta, akupunktiosta ja rentoutusryhmistä, yksilö- ja ryhmäkeskusteluista, yhteisöllisistä kokoontumisista ja yhteisön yhteisistä säännöistä. Katkaisuhoidon aikana henkilökunta auttaa asiakasta taloudellisten, sosiaalisten, päihdehoitoihin ja asumiseen liittyvissä asioissa ja asioiden hoidoissa, ja tarvittaessa järjestetään asiakkaan oman verkoston kanssa kokouksia ja palavereita asiakkaan tilanteen ja asioiden selvittämiseksi. Katkaisuhoidosta käsin asiakkailla on mahdollista osallistua erilaisiin oma-apuryhmiin, myös talon ulkopuolella järjestettäviin, talon sisälläkin ryhmiä kokoontuu useita viikon aikana.

Jo valmiina oleva hoitosuunnitelma sitouttaa asiakkaita omaan hoitoonsa ja sen onnistumiseen. Katkaisuhoidon tulevat huumevieroitusasiakkaat ovat usein jo valmiiksi asennoituneet pitempään hoitojatkumoon, ajatuksena heillä on

katkaisuhoidosta suoraan siirtyminen jatkokuntoutukseen. Huumevieroitusohjelman on tarkoitus tukea siinä olevia asiakkaita, jotta he saisivat oman päihdeongelmansa hoidon toteutumaan tavoitteidensa mukaisesti katkaisuhoidon aikana ja heitä myös motivoidaan jatkamaan katkon jälkeen pidempään päihdekuntoutukseen. Huumevieroitushoidon hinta koostuu sekä asiakas- että kuntaosuudesta. Niissä tapauksissa jos asiakas ei itse pysty hoidon asiakasosuutta maksamaan, selvitetään maksusitoumusta oman kunnan sosiaalityöntekijältä.

Katkaisuhoito tapahtuu lääkärin valvonnassa ja hoito on ympärivuorokautista laitoshoidoa. Katkaisuhoidon aikana lääkäri suunnittelee katkaisuhoidon aikaisen lääkityksen asiakkaan kanssa yhdessä, kuten myös lääkkeiden vähentämisohjelmankin. Tulohaastattelussa selvitetään asiakkaan tarve katkaisuhoidon ja se, kuuluko asiakas Hurvin huumevieroitusohjelmaan. Tulohaastattelussa selvitetään myös asiakkaan päihteidenkäyttöhistoria ja nykyinen hoitoa edeltänyt päihteidenkäyttö, fyysinen ja psyykinen terveydentila, kotilääkitykset, sosiaalinen tilanne ja onko lastensuojeluilmoituksen tekemiseen tarvetta. Lisäksi selvitetään asiakkaan omat tavoitteet ja syyt katkaisuhoidolle ja onko valmiina suunnitelmaa jatkokuntoutuksesta katkaisuhoidon jälkeen.

Jokaiselle asiakkaalle tehdään katkaisuhoidon alkupuolella yksilöllinen hoitosuunnitelma sosiaaliterapeutin kanssa. Hoitosuunnitelman tarkoitus on arvioida asiakkaan hoidon tarve, kartoittaa asiakkaan tilannetta ja suunnitella miten asiakas hoitaa päihdeongelmaansa katkaisuhoidon jälkeen. Katkaisu- ja vieroitushoidon aikana on tarkoitus saada asiakkaat kuntoutumaan fyysisesti ja psyykkisesti sellaiseen kuntoon, että he ovat valmiita joko siirtymään jatkokuntoutukseen toiseen laitokseen, avopuolen hoitoon tai kotiutumaan. Jos asiakkaan arvioidaan olevan jatkokuntoutuksen tarpeessa ja asiakas on siihen itse valmis sitoutumaan, suunnitellaan hänelle sopivin jatkohoitotaho. Pääsääntöisesti Tampereen Kuntoutumiskeskuksen katkaisuhoidon jälkeen käytettyjä laitoshoitopaikkoja ovat Tampereen Kuntoutumiskeskuksen kuntoutusosasto, Mainiemen Kuntoutumiskeskus, Kankaanpään A-koti ja nuorille huumeriippuvaisille suunnattu Villa Hockey. Avohoitopuolella mahdollisia vaihtoehtoja ovat Turvaverkko ry, Myllyhoitokeskus ja Tampereen Ankkuri. Lisäksi apua ja tukea on saatavilla seuraavilta tahoilta: A-klinikka, Nuorisoasema, A-killan tarjoamat useat toimipisteet

(mm. Hunaja -ryhmä) ja oma-apuryhmät: AA- ja NA -ryhmät. Tarvittaessa hoitosuunnitelma tehdään yhdessä asiakkaan yhteistyötahojen kanssa, joita voivat olla mm. läheiset, sosiaalityöntekijä, tukihenkilö tai asiakkaan hoitoon ohjannut taho, esimerkiksi asumisyksikkö.

Asiakkaat, jotka ohjautuvat huumevieroitusryhmään ovat tyypillisesti jo katkaisuhoidon ensimmäisinä (2-3 vrk) vuorokausina fyysisesti ja psyykkisesti sellaisessa kunnossa, että he kaipaavat toiminnallisuutta ja konkreettista tekemistä, enemmän kuin mitä normaalisti laitосkatkaisuhoidon puitteissa pystytään tarjoamaan. Tampereen Kuntoutumiskeskuksessa kokemuksen mukaan on todettu, että erityisesti nuorten asiakkaiden pitkästymisestä ja tekemisen puutteesta, seuraa helposti hoitovastaiseksi kääntynyttä ajattelua ja toimintaa. Ennen huumevieroitusohjelman toimintaa, esiintyi tällä huumevieroitusryhmän kohderyhmällä paljon hoidonkeskeytyksiä ja myös päihteidenkäyttöä katkaisuhoidon aikana. Hoidonkeskeytykset ovat vähentyneet huumevieroitusohjelman aikana kun verrataan sitä edeltäneeseen aikaan.

Hoitomuotoina huumevieroitushoidossa on keskusteluun pohjautuvat hoitoryhmät ja toiminnalliset ryhmät päivittäin. Huumevieroitusohjelman asiakkaille on oma erillinen tunnin mittainen terapeuttinen hoitoryhmä omassa ryhmähuoneessa joka päivä. Samaan aikaan muilla katkaisuhoido-osaston asiakkaila (joilla on muu kuin huumevieroitusriippuvuus, eli alkoholi tai lääkeriippuvuus) on oma hoitoryhmänsä omassa isommassa ryhmähuoneessaan. Hoitoryhmät ovat pääsääntöisesti keskustelevia ”ryhmäistuntoja”, joihin hoidon aikana asiakkaat ovat velvoitettuja osallistumaan heti toisesta hoitopäivästä lähtien, jos vain fyysinen ja psyykinen kunto sen sallii. Huumevieroitusohjelman hoitoryhmässä ovat mukana kaikki huumevieroitusohjelmassa olevat asiakkaat, ja joko yksi tai kaksi ohjaajaa. Ohjaajien tehtävänä on valmistella aihe hoitoryhmässä käsiteltäväksi, ja miettiä sen toteuttamistapa. Hoitoryhmät painottuvat yleensä joko keskusteluun ja pohdintaan, tehtävien tekemiseen tai luennointiin. Ryhmän pienellä koolla pyritään turvaamaan jokaisen mahdollisuus käsitellä ja keskustella omista asioistaan turvallisesti ryhmässä ja jokaiselle tilaa antaen. Pienryhmä antaa enemmän tukea jäsenilleen kuin suuri ryhmä, ja sitouttaa enemmän ryhmään ja hoitoon ja vertaistukeen on mahdollisuus

tällöin paremmin. Pienryhmässä ryhmän kontrolli toimii niin ajatusten kuin tekojenkin suhteen tiiviimmin ja paremmin.

Hoitoryhmässä ohjaajat ”tekevät tilaa” kaikille osapuolille, ja asiakkaita pyritään rohkaisemaan osallistumaan keskusteluun ja jakamaan omia ajatuksiaan ja tuntemuksiaan liittyen päivän aihealueeseen. Ohjaajien tehtävänä on saada jokainen ryhmän jäsen osallistumaan hoitoryhmän toimintaan, ja saada ryhmäläiset keskenäänkin vastavuoroisuuteen keskusteluissa. Tarvittaessa ohjaajat myös rajaavat keskustelua, jotta se pysyisi aihealueen piirissä ja puheliaampia ryhmäläisiä niin, että aikaa ja tilaa jää myös ryhmän hiljaisemmille osallistujille. Hoitoryhmissä käsiteltävät aihealueet liittyvät päihderiippuvuuteen ja sen ilmiöihin, päihteettömyyteen, muutoksen tekemiseen omassa elämässä, tunne-elämään ja sen hallintaan, motivaatioon, elämäntapoihin ja niiden muuttamiseen, tämän hetken olotiloihin, vieroittautumiseen, vieroitushoidon jälkeisen hoitojatkumon pohtimiseen ja aiheisiin mitkä puhuttavat hoitoryhmässä olevia siinä hetkessä. Hoitoryhmien tarkoituksena on saada ryhmän jäsenet miettimään käsiteltäviä asioita omalla kohdallaan ja omassa elämässään, oppia jotain uutta ja saada erilaisia näkökulmia asioihin muilta ryhmäläisiltä.

Iltapäivät on varattu ajallisesti huumevieroitusohjelman pienryhmän kanssa tehtävälle ns. toiminnalliselle osuudelle. Iltapäivisin toiminnallisessa osuudessa on tarkoitus ryhmän kesken yhdessä tehdä jotakin mihin ryhmän jäsenet (tai ainakin ryhmän enemmistö) ovat motivoituneita. Huumevieroitushoito-ohjelman toiminnallisuudella on tarkoitus rohkaista asiakkaita ja luoda heille kokemuksia erilaisten asioiden tekemisestä selvin päin. Monelle asiakkaalle pelkkä ”ihmisten ilmoilla” liikkuminen ilman päihtymystilaa on vaikeaa ja pelottavaa, eivätkä he ole sitä välttämättä tehneet itsenäisesti siviilissä pitkiin aikoihin, mutta hoidossa ryhmän ja työntekijän kanssa siihen pystyvät. Liikkuminen ja liikunta helpottavat monissa vieroitusoireissa, ja siksi toiminnallisuudessa on myös liikunnallista puolta ryhmän jäsenten fyysisen voinnin sen salliessa. Iltapäivien toiminnallisessa osuudessa on mm. pelailtu erilaisia joukkuepelejä, tehty ulkoilulenkkejä, käyty kirjastossa, käyty erilaisissa museoissa, käyty kahvilla kävelylenkin ohessa, käyty elokuvissa, uimassa, avantouimassa ja tehty päivän metsäretkiä eräoppaan ohjauksella lähiseutujen retkeilymaastoissa, pidetty luovia ryhmiä ja ohjattuja rentoutuksia, käyty pelaamassa

biljardia, keilaamassa ja hoidettu ryhmäläisten asioita, kuten kauppa-asiat, muun tekemisen ohessa.

Huumevieroitusryhmän toiminnan aikana on lisääntynyt myös jatkohoitoon ohjautuminen. Pienryhmässä asioiden käsittely on intensiivisempää, ja haastaa asiakkaan miettimään miten voisi jatkossa toimia, jos muutosta elämäänsä ja päihteidenkäyttöön lähtee tavoittelemaan.

5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimuksen tausta ja tutkimusongelmat

Huumevieroitushoito-ohjelman toiminnan kautta Tampereen Kuntoutumiskeskuksessa on muodostunut käsitys, että hoitojaksojen keskeytyksiä on vähemmän ja vieroitushoidon jälkeen jatkohoitoon hakeudutaan useammin kuin perinteisestä katkaisuhoidosta. Asiasta ei ole kuitenkaan tutkittua tietoa olemassa. Kiinnostuin opinnäytetyössäni selvittämään huumevieroitushoito-ohjelmassa tällä hetkellä olemassa olevaa tilannetta.

Kartoituksen pääpainoksi toin tilastollisempaa puolta, eli selvitin millaisia asiakkaita huumevieroitushoito-ohjelmassa on vuoden 2011 aikana ollut ja aiemmin tekemillä asiakashaastatteluilla, tuon tilastollisten faktojen oheen asiakasnäkökulmaa kartoittamalla heidän kokemuksiaan hoito-ohjelmasta. Tutkimukseni tarkoitus on selvittää myös huumevieroitusohjelmassa olevien asiakkaiden kokemuksia siitä miten ja millä tavoin he hyötyvät hoito-ohjelmasta katkaisuhoidossa. Lisäksi selvittää mitä kehitettävää huumevieroitusohjelmassa on asiakkaiden kokemusten mukaan, jotta se toimisi ja palvelisi vielä paremmin.

Kartoituksen tavoitteena on selvittää sellaista tietoa, mitä Tampereen Kuntoutumiskeskus voisi hyödyntää huumevieroitusohjelman kehittämisessä ja minkälaisia asioita pitäisi jatkossa ottaa huomioon ja kehittää esimerkiksi työntekijöiden ja katkaisuhoidon toimintatavoissa. Tarkoituksena on kuvata vuoden

2011 aikana huumevieroituksessa olleita asiakkaita hoitopaikan tilastoista ja rekistereistä saatavilla tiedoilla ja muutaman asiakkaan haastattelun avulla saada alustavaa tietoa siitä miten asiakkaat kokevat huumevieroitusohjelman sisällön ja mitä kehitettävää siinä on.

Varsinaiset tutkimusongelmat, joihin pyrin hakemaan vastauksia opinnäytetyössäni, ovat seuraavanlaisia:

1. Millaiset asiakkaat valikoituvat huumevieroitusohjelmaan?
2. Missä määrin huumevieroitusohito suoritetaan suunnitellusti loppuun asti ja missä määrin hoitajakso keskeytetään joko asiakkaan tai henkilökunnan päätöksestä?
3. Missä määrin huumevieroitusohjelman asiakkaat hakeutuvat jatkohoitoon vieroitushoidon jälkeen?
4. Lisäksi selvitän viiden asiakkaan haastattelujen pohjalta, miten haastateltavat kokevat huumevieroitusohjelman sisällön, toiminnan ja pienryhmäkoon. Haastattelujen kautta testaan, ovatko asiakkaat samaa mieltä asioissa, joihin henkilökunta uskoo huumevieroitusohjelman toimivuuden perustuvan.

5.2 Tutkimusmenetelmän valinta ja tutkimusaineisto

Opinnäytetyön tekemisen aloitin talven 2009 aikana, jolloin hain myös tutkimusluvan A-klinikkasäätiön eettiseltä toimikunnalta (liitteenä). Opinnäytetyötä olen tehnyt työni ohessa, mikä näkyy sen hyvin pitkäksi venähtäneessä valmistumisajassa. Välillä väkisinkin tuli taukoa opinnäytetyön suhteen, kun keskityin enemmän työn tekemiseen kuin opintojen eteenpäin viemiseen. Pikkuhiljaa tein opinnäytetyötä eteenpäin, talven 2011 – 2012 aikana päätin lopulta ottaa ”härkää sarvista” ja aloin viemään sitä kohti loppuun saattamista, vihdosta viimein.

Opinnäytetyöni hioitui ja muuttui pitkin matkaa jonkun verran. Syksyllä 2011 opinnäytetyön ohjaajani kanssa ohjauskeskustelussa päädyttiin siihen, että selvitän tilastojen avulla millaisia asiakkaita huumevieroitusohjelmassa on vuoden 2011 aikana ollut ja viitteellisesti tarkastelen viiden asiakkaan haastattelutietojen avulla, että miten he kokevat hoito-ohjelman ja miten he kehittäisivät sitä. Materiaali

vuoden 2011 huumevieroitushoito-ohjelmassa olleista asiakkaista on kerätty Tampereen Kuntoutumiskeskuksessa käytössä olevien erilaisten tilastointi- ja tiedonkeruujärjestelmien kautta.

Koska moniongelmaiset päihdeasiakkaat jäävät usein osallistumista vaativissa tutkimuksissa osallistumatta, on siksi hyödyllistä käyttää tutkimuksissa hyväksi erilaisia hoitotietoja ja asiakastietoja, joita kerätään hoitopaikoissa asiakkaista. Hoitopaikoissa kerätyistä hoitotiedoista voidaan koota tilastoja joiden kautta saadaan selville millaisia asiakkaita palveluja käyttäneet ovat olleet ja miten käytetyt palvelut ovat vaikuttaneet. Edellytyksenä on, että kerätyt tiedot ovat täsmällisiä ja huolella kirjattuja, jotta niitä voidaan tutkimuksessa käyttää. Hoitojaksojen aikana huolellisesti kerättyjä tietoja ja niistä koottuja yhteenvetoja voidaan käyttää hyödyksi tilastoinnissa, arvioinnissa ja tutkimuksessa. Tilastojen kautta pystytään seuraamaan muun muassa asiakaskunnan määrää ja sen hetkistä tilaa ja niissä tapahtuvia muutoksia. Palveluiden ja toimintatapojen arvioiminen ja kehittäminen on tietoa, joka palvelee niin asiakkaita, työntekijöitä kuin palveluiden ostajatahojakin. (Tammi, Aalto & Koski-Jännes 2009, 172–173)

Opinnäytetyössäni selvitän Tampereen Kuntoutumiskeskuksessa huumevieroitushoito-ohjelmassa vuonna 2011 olleiden asiakkaiden taustatietoja hoitoon tullessa, hoitoon ohjausta, hoitojaksoja ja niiden sujuvuutta ja huumevieroitushoitojakson jälkeistä hoitojatkumoa. Kun selvitin millaisia asiakkaita huumevieroitushoito-ohjelmassa on vuoden 2011 aikana ollut, käytin tutkimukseni pohjana erilaista tilastoitua ja kerättyä tietoa mitä Tampereen Kuntoutumiskeskuksessa asiakkaista kerätään mm. A-klinikkasäätiön omia tilastointeja varten. Olen hyödyntänyt opinnäytetyöhöni tietoja kerätessäni A-klinikkasäätiön oman tietojärjestelmän Hoitorekisterin, Tampereen Kuntoutumiskeskuksessa tehtävän laatus seurannan ja huumevieroitushoito-ohjelman kautta kerättyjä tietoja ja tilastointeja. Tarvittavat tiedot olen koonnut ja kerännyt edellä mainituista lähteistä tammi - helmikuun 2012 aikana, kun vuoden 2011 ajalta tiedot niihin oli kokonaan koottu ja tarkistettu. Tutkimusaineisto koostui tilastotiedoista, mitkä sisälsivät tietoja kaikista vuoden 2011 aikana huumevieroitushoito-ohjelmassa olleista asiakkaista. Käsittelin ja ryhmittelin jo olemassa olevia tilastotietoja uudelleen. Opinnäytetyöni tutkimusote on

kvantitatiivista tilastoanalyysia ja haastatteluja käytin esikartoituksen omaisesti kuvaamaan asiakkaiden kokemuksia. Tutkimuksen aineiston analyysin tein ristiintaulukoimalla ja ryhmittelemällä. Käsittelin tilastollista aineistoa ristiintaulukoimalla eri tavoin. Tilastollista aineistoa kävin läpi tukkimiehen kirjanpidolla, en ole käyttänyt tietokoneohjelmia (Exel, Tixel) aineiston läpikäymisessä. Kartoituksen haastatteluosuuden aineistoa ryhmittelin sisällön analyysilla.

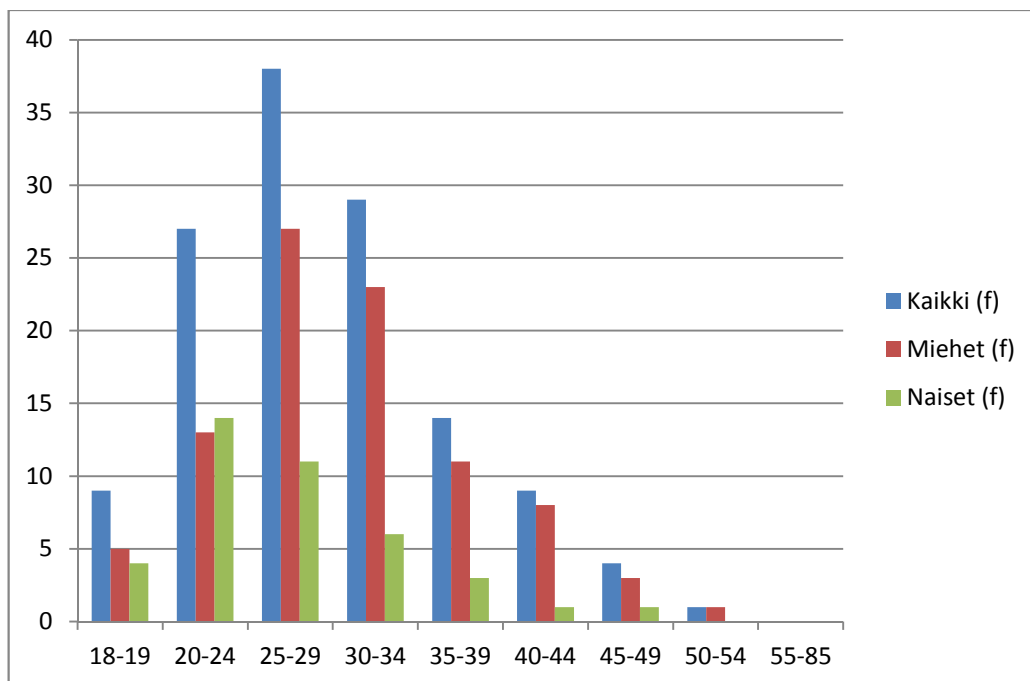
Opinnäytetyöni haastatteluaineiston keräsin teemahaastattelun kautta. Kartoituksen tilastoanalyysi koskee vuotta 2011 ja haastatteluosuus on tehty vuonna 2010. Haastattelin syksyn 2010 aikana Tampereen Kuntoutumiskeskuksen katkaisuhuito-osastolla viisi huumevieroitusr ryhmään osallistunutta asiakasta, joiden hoito oli onnistuneesti ja suunnitelmallisesti päättymässä. Haastattelut tehtiin kunkin asiakkaan hoidon päättymistä edeltävä päivän, koska se oli sopiva ajankohta pohtia juuri päättyvää hoitajaksoa ja miten se on sujunut. Tutkimukseen ja haastatteluun osallistuminen oli asiakkaille vapaaehtoista. Edellisen tai saman päivän aikana keskustelin itse haastateltavien kanssa ja annoin heille informaatiokirjeen tutkimuksestani (liite 1) ja kerroin mitä teen ja mikä tutkimukseni tavoite on. A-klinikkasäätiön eettiseltä toimikunnalta saamani tutkimuslupa edellytti informaatiokirjeen antamista tutkimukseen osallistuville ennen haastatteluiden aloittamista ja osallistumisen vapaaehtoisuutta painotin etukäteen käydyssä keskustelussa ja informaatiokirjeessä. Haastatteluihin osallistuneet asiakkaat olivat minulle ja minä heille jo valmiiksi tuttuja työni kautta, mikä oman tuntumani mukaan näkyi keskustelun sujuvuutena haastatteluissa. Haastattelutilanteessa olivat läsnä vain haastateltava ja haastattelija. Haastattelutilanne alkoi lyhyellä kertauksella millaista tutkimusta olen tekemässä, mikä sen tavoite on ja miten haastattelu käytännössä etenee. Kaikille haastateltaville oli samat kysymykset. Kysymykset olivat avoimia ja he saivat kertoa ja vastata niihin niin kuin halusivat. Kaikki viisi haastateltavaa vastasivat laajasti ja eri tavoin, kysymyksissä ei ollut valmiita vastausvaihtoehtoja. Haastattelut vaihtelivat kestoltaan 40 minuutista puoleentoista tuntiin. Haastattelun kuluessa haastateltavan vastaukset kirjoitettiin käsin haastattelukysymyslomakkeeseen. Haastatteluja tehdessä tarkoituksenani oli olla ohjaamatta haastateltavien vastauksia ja pyrin antamaan heille tilaa ja mahdollisuuden kertoa sellaisia asioita, jotka heille olivat tärkeitä. Ilmapiiri

haastattelutilanteissa oli omasta mielestäni rauhallinen ja rento, mikä näkyi mielestäni siinä miten avoimesti haastateltavat kertoivat kokemuksistaan ja elämästään. Haastateltavat olivat kiinnostuneita tutkimuksestani ja olivat mielellään mukana tutkimuksessa ja toivoivat voivansa olla mukana huumevieroitusryhmän kehittämisessä. Haastattelut toteutettiin keskustelemalla, eikä niitä nauhoitettu, vaan tein valmiiksi kirjallisen haastattelukysymyslomakkeen valmiine kysymyksineen ja haastattelun aikana kirjoitin haastatellun vastaukset ylös. Vaikka olinkin kaikille haastatteluun osallistuneille asiakkaille entuudestaan tuttu katkaisuhuito-osaston ohjaajana, ei se mielestäni näkynyt haastateltavien vastauksissa. Itselleni jäi sellainen tuntuma, että haastateltavat eivät antaneet toivottuja vastauksia haastattelijalle, vaan vastasivat omien kokemustensa mukaan rehellisesti.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET:

6.1 Tampereen Kuntoutumiskeskuksen huumevieroitushoito-ohjelman asiakkaat vuonna 2011

Tampereen Kuntoutumiskeskuksen katkaisuhuito-osastolla toimivassa huumevieroitushoito-ohjelmassa vuoden 2011 aikana oli asiakkaita yhteensä 131. Asiakkaista oli naisia 31 % ja miehiä 69 %. Eniten asiakkaita oli ikäryhmistä 25 – 29 ja 30 – 34 –vuotiaissa (kuvio 1). Vuonna 2011 huumevieroituksessa olleista 15 asiakkaalla oli sosiaalityön lastensuojeluun asiakkuus, eli 11 prosentilla asiakkaista. Käytännössä siis samassa taloudessa oli asunut hoitoon tullessa myös alaikäisiä lapsia tai asiakkaalla oli jonkinlainen huoltajuus lapsiinsa, jotka asuivat jossain muualla kuin hänen kanssaan.



Kuvio 1. Huumevieroitusohjelman asiakkaat iän ja sukupuolen mukaan (f)

Huumevieroitushoito-ohjelmassa oli asiakkaita yhteensä kahdeksasta (8) kunnasta vuonna 2011. Asiakkaita oli Akaasta, Kangasalta, Lempäälästä, Nokialta, Pirkkalasta, Sastamalasta, Tampereelta ja Ylöjärveltä. Eniten hoitojaksoja oli tamperelaisilla, yhteensä 113. Muilla seitsemällä (7) kunnalla hoitojaksoja oli yhteensä 18. Vuonna 2011 huumevieroitushoito-ohjelmassa oli 13 asiakasta, joilla oli kaksi hoitojaksoa vuoden aikana.

Taulukko 1. Asiakkaiden asumismuoto huumevieroitukseen tullessa vuonna 2011

Asumismuoto	f	%
Koti	104	79
Asunnoton	14	11
Omaiset	6	5
Asumispalvelu / tuettu asuminen	7	5
Yhteensä	131	100

Huumevieroitushoito-ohjelman asiakkaista 104 tuli hoitoon omasta kodista käsin. 14 asiakasta tulivat ns. kadulta, koska olivat asunnottomia hoitoon tullessaan. Omaisten

luota hoitoon tuli 6 asiakasta. 7 asiakasta tuli hoitoon tuetun asumisen yksiköstä, asumispäivystyksestä tai ystävän luota käsin. (Taulukko 1.)

6.2 Asiakkaiden hoitoon ohjautuminen

Asiakkaiden hoitoon lähettävä taho oli 43 asiakkaan kohdalla Matala. 21 asiakasta hoitoon ohjasi heidän oma sosiaalityöntekijänsä. A-klinikan kautta hoitoon tuli 14 asiakasta. Asiakkaan omaiset olivat hoitoon ohjaamassa 10 asiakkaan kohdalla. Asiakkaan kotikunnan päihdetyöntekijä ja Rikosseuraamusvirasto molemmat ohjasivat 7 asiakasta huumevieroitukseen. Muiden tahojen kautta hoitoon ohjautui 7 asiakasta. Muut tahot sisältävät seuraavat toimijat, joiden kautta jokaisesta ohjautui 1 asiakas hoitoon: koulukuraattori (1), työnantaja (1), diakoni (1), mielenterveystoimisto (1), Turvaverkko (1), Päiväperho (1) ja Nervi (1). Kris Tampere oli 5 asiakkaan hoitoon ohjannut taho. Sairaalasta / terveyskeskuksesta / Acutasta / Pitkäniemen sairaalasta huumevieroitushoitoon tuli yhteensä 6 asiakasta. Tuetun asumisyksikön työntekijät ohjasivat hoitoon 4 asiakasta, ja Nuorisoasemalta ohjautui asiakkaita 2. Täysin omatoimisesti hoitoon tuli 5 asiakasta. (Taulukko 2.)

Erityisesti huomioitavaa on Matalasta vieroitushoitoon ohjautuneiden asiakkaiden määrä, yhteensä 43 asiakasta. Tampereen A-klinikkatoimeen kuuluva Matala on avohoitoyksikkö joka tarjoaa erilaisia palveluita huume- ja sekakäyttäjille, myös hoitoonohjausta vieroitukseen ja jatkokuntoutukseen. Muut Tampereen A-klinikkatoimen yksiköt: A-klinikka, Nuorisoasema ja Nervi ohjasivat huumevieroitukseen yhteensä 17 asiakasta vuonna 2011. Lähes puolet huumevieroitushoito-ohjelman asiakkaista ohjautui hoitoon Tampereen A-toimen yksiköistä (Matala, A-klinikka, Nuorisoasema ja Nervi). (Taulukko 2.)

Sosiaalityöntekijät ohjasivat yhteensä 21 asiakasta vieroitushoitoon vuoden 2011 aikana. Määrään vaikuttaa se, että useassa pienemmässä kunnassa asiakkaan on haettava maksusitoumus valmiiksi laitoshoidoa varten kunnan sosiaalityöntekijältä ja / tai hankittava omalta lääkäriltä lähete laitoshoidossa toteutettavaan päihdehoitoon. Tällaisissa tilanteissa kuntien sosiaalityöntekijät järjestävät asiakkaan kanssa yhdessä paikkaa vieroitushoitoon. Joissakin kunnissa hoidon tarpeen arviointia tekevät myös

päihdetyöntekijät, jotka hoitavat maksusitoumuksen hoitoa varten ja järjestävät asiakkaan kanssa paikkaa vieroitushoitoon. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Huumevieroitukseen ohjannut taho

Ohjaava taho	f	%
Matala	43	33
Sosiaalityöntekijä	21	16
Muut avohoitotahot	18	14
T:reen muu A-toimi	17	13
Laitostahot	10	8
Omaiset	10	8
Päihdetyöntekijä	7	5
Täysin omatoimisesti	5	3
Yhteensä	131	100

Muut avohoitotahot ohjasivat hoitoon 18 asiakasta. Tähän luokkaan kuuluvat: Rikosseuraamusvirasto (7), Kris Tampere (5), koulukuraattori (1), työnantaja (1), diakoni (1), mielenterveystoimisto (1), Turvaverkko (1) ja Päiväperho (1). (Taulukko 2.)

Laitoshoitotahot ohjasivat yhteensä 10 asiakasta huumevieroitukseen. Sairaalat, terveyskeskukset, Acuta ja Pitkäniemen sairaala ohjasivat yhteensä kuusi (6) asiakasta vieroitukseen. Tuettujen asumispalvelujen työntekijät ohjasivat neljä (4) asiakasta. (Taulukko 2.)

6.3 Hoitojakson päättymistapa

Hoitojaksoista 79 (60 %) päättyi suunnitellusti (taulukko 3). Suunniteltu hoitojakso tarkoittaa, että asiakas on ollut hoidossa yhdessä henkilökunnan kanssa suunnitellun ajan ja kotiutuu hoidosta sovittuna päivänä. Huumevieroitushoitojakson jälkeen asiakas voi jatkaa omaa hoitoaan joko laitos- tai avopuolenpalveluissa: päihdekuntoutukseen toiseen päihdehuollonlaitokseen tai avopuolen hoitopaikkaan, psykiatriseen sairaalaan tai avohoidon piiriin. Asiakas voi myös kotiutua joko omaan asuntoon, tuettuun asumisyksikköön tai muihin asumispalveluihin. Jokaisen

asiakkaan hoidontarve arvioidaan huumevieroitusohjelman aikana, ja hänelle pyritään järjestämään hoitojatkumo vieroitushoidon jälkeiselle ajalle. Suunnitelmien toteutuminen onnistuu sen puitteissa mihin asiakas itse on valmis ja halukas sitoutumaan, ja siitä saadaanko asiakkaan kotikunnalta maksusitoumus jatkohoitoon. Jos asiakas on asunnoton, selvitetään tukiasumismahdollisuuksia hoidon aikana tai ohjataan asiakas erilaisten asumispalvelujen asiakkaaksi hoidon jälkeen.

Taulukko 3. Hoitojakson päättymistapa ja sukupuoli (%)

Päättymistapa	Naiset	Miehet	Yhteensä
Suunnitellusti	65	58	60
Keskeytynyt	17	24	22
Uloskirjoitus	15	18	17
Siirto peruskatkolle	3	0	1
Yhteensä	100	100	100

Huumevieroitusohjelmassa vuoden 2011 aikana toteutui yhteensä 131 hoitojaksoa. Hoitojakson keskipituus oli 11 vuorokautta (taulukko 4). Hoitovuorokausia vuoden aikana kertyi yhteensä 1394.

Taulukko 4. Vieroitushoidon kesto vuorokausina hoidon päättymistavan ja sukupuolen mukaan (vrk)

Päättymistapa	Naiset	Miehet	Yhteensä
Suunnitellusti	14	13	13
Keskeytynyt	8	6	7
Uloskirjoitus	8	6	6
Siirto peruskatkolle	2	0	2
Kaikki päättymistavat	12	10	11

Kun vertaillaan hoitojaksojen kaikkien eri päättymistapojen keskimääräisiä hoitoaikoja, naisten hoidot ovat keskimäärin olleet jonkin verran pidempiä kuin miesten hoitojaksojen pituudet. Kaikkien hoitojaksojen keskipituus on 11

vuorokautta. Kokonaisuudessaan naisten hoitajaksojen keskipituus oli 12 vuorokautta ja miesten hoitajaksojen 10 vuorokautta. (Taulukko 4.)

29 hoitajaksoa (22 %) päättyi asiakkaan omasta tahdosta hoidon keskeyttämiseen vuonna 2011 (taulukko 3). Keskeytyneiden hoitajaksojen pituuden keskiarvo oli 7 vuorokautta, ja hoitajaksojen pituus vaihteli 2 – 16 vuorokauteen (taulukko 5). Keskeytyneiden hoitajaksojen moodi oli naisten kohdalla 5 vuorokautta. Miesten kohdalla oli kaksi huippua, toinen 3 ja toinen 6 vuorokauden kohdalla ja ne olivat yhtä yleisiä. Miehet keskeytti hoitonsa useammin kuin naiset (taulukko 3). Asiakkaat ovat Tampereen Kuntoutumiskeskuksessa vapaaehtoisessa hoidossa, ja heillä on oikeus keskeyttää hoitonsa jos haluavat. Hoidon keskeytymisen syitä on monia, ja jokaisen asiakkaan kohdalla ne ovat henkilökohtaisia. Syynä voi olla, ettei asiakas koe tällä hetkellä pystyvänsä sitoutumaan vieroitushoitoon, siviilissä olevat asiat vaativat asiakasta niitä selvittämään, päihteidenkäytämisen jatkaminen vetää puoleensa tällä hetkellä enemmän kuin vieroittautuminen niistä.

Taulukko 5. Keskeytyneiden hoitajaksojen kesto vuorokausina ja sukupuoli

Keskeytyneiden hoitajaksojen kesto	Miehet	Naiset	Yhteensä
Hoidon keston keskiarvo (vrk)	6	7	7
Lyhin hoidon kesto (vrk)	2	3	2
Pisin hoidon kesto (vrk)	16	12	16
Yhteensä hoitajaksojen määrä (f)	22	7	29
Yhteensä (%)	76	24	100

Henkilökunnan tekemään asiakkaan hoidonkeskeyttämiseen eli ”uloskirjoittamiseen” päättyi yhteensä 22 hoitajaksoa (17 %). Miehiä uloskirjoitetuissa oli 16 ja naisia 6 henkilöä. Suhteessa miehillä ja naisilla uloskirjoituksia oli suunnilleen yhtä paljon. (Taulukko 3.) Syitä uloskirjoittamiseen voivat olla asiakkaan päihteiden / omien lääkkeiden käyttö hoidonaikana ja yhteisön sääntöjen toistuva tai räikeä rikkominen ja laiminlyönti. Myös jos sovitulusta asiointireissulta ei palaa sovitus tai ei palaa lainkaan, niin asiakkaan hoito päättyy uloskirjoitukseen. Miesten ja naisten välillä ei ole juurikaan eroa uloskirjoituksissa, jotka ovat johtuneet päihteiden käytöstä hoidon

aikana. Yhdenkään naisen hoito ei ole päättynyt uloskirjoitukseen sen takia, että ei olisi palannut takaisin asiointireissulta, toisin kuin on tapahtunut miesten kohdalla. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Uloskirjoittamisen syyt sukupuolen mukaan (%)

Uloskirjoituksen syy	Naiset	Miehet
Päihteiden käyttö hoidon aikana	67	69
Toistuva sääntöriike	33	19
Ei palannut asiointireissulta	0	12
Yhteensä	100	100
N=	6	16

Yleisin syy asiakkaan uloskirjoittamiseen huumevieroitushoito-ohjelmassa vuonna 2011 oli omien päihteiden ja / tai lääkkeiden käyttäminen hoidon aikana (taulukko 6). Tällöin asiakas on ollut selkeästi olemukseltaan päihtynyt, hänen hallustaan on löytynyt huumausaineita tai lääkkeitä tai hänen valvotusti antamansa huumepestin tulos on positiivinen niiltä kohdin kuin siinä tilanteesta sen ei pitäisi olla.

Tampereen Kuntoutumiskeskuksen tärkeimmät säännöt ovat päihteettömyys ja väkivallattomuus. Hoidossa oleva asiakas on hoidon alkaessa sitoutunut noudattamaan talon järjestyssääntöjä. Hoidon toisena päivänä jokaisen huumevieroitushoito-ohjelmassa olevan asiakkaan kanssa tehdään kirjallinen hoitosopimus, jossa vielä käydään talon sääntöjä läpi. Talon säännöt löytyvät yleisten tilojen seiniltä ja asiakashuoneista. Asiakkaan hoitojakso voidaan päättää uloskirjoitukseen henkilökunnan toimesta, jos asiakas ei pysty noudattamaan talon järjestyssääntöjä ja rikkoo niitä toistuvasti tai jollain räikeällä tavalla. Päihteiden käyttäminen hoidon aikana talon sisällä tai talon ulkopuolella, päihteiden välittäminen talon sisälle, väkivallalla uhkailu tai väkivallan käyttäminen ovat esimerkiksi sellaisia rikkeitä joista seuraa uloskirjoitus välittömästi. Talossa on lukuisia muita ns. pienempiä sääntöjä, joiden rikkomisesta ei automaattisesti seuraa uloskirjoitusta, mutta jos rikkeet jatkuvat ja toistuvat niin uloskirjoitus on mahdollinen sanktio. Huumevieroitushoito-ohjelmassa olevien asiakkaiden kanssa

pääsääntöisesti kaikki asiointireissut hoidetaan yhdessä työntekijän kanssa. Jos asiakas karkaa asiointireissun aikana, niin hänen hoitonsa päätetään uloskirjoituksella. Joskus poikkeustapauksissa asiakas on saattanut saada luvan hoitaa jonkin asian itsenäisesti niin, että toimii sovitulla tavalla ja palaa määräaikaan mennessä takaisin. Jos asiakas ei toimi niin kuin on sovittu, tai ei palaa sovittuna aikana takaisin, hänen hoitonsa päättyy uloskirjoitukseen.

Yksi hoitajakso (1 %) siirrettiin huumevieroitusohjelmasta katkaisuhuito-osaston hoidon puolelle (taulukko 3). Tällainen siirto voidaan tehdä, jos henkilökunta ja asiakas ovat sitä mieltä, että asiakas hyötyisi enemmän katkaisuhuito-osaston hoidosta, tai asiakas ei jostain syystä pysty osallistumaan huumevieroitusohjelman toimintaan. Huumevieroitusohjelman ja perinteisen katkaisuhuito-osaston välillä asiakkaiden liikkumista ohjelmasta toiseen on äärimmäisen vähän. Tämä oletettavasti johtuu siitä, että henkilökunnan tekemät arviot siitä, ketkä asiakkaat ohjautuvat huumevieroitusohjelmaan ovat onnistuneita. Ja todennäköisesti asiakkaat jotka ovat huumevieroitusohjelmassa, ovat siihen tyytyväisiä, etteivät he halua hakeutua perinteiden katkaisuhuito-osaston puolelle siirrettäviksi.

6.4 Hoitojatkumo vieroitushoidon jälkeen

Suurin yksittäinen asiakasmäärä vuoden 2011 aikana huumevieroitusohitojaksonsa jälkeen jatkoi suunnitellusti päättyneen vieroitusohitojakson jälkeen jatkokuntoutukseen johonkin päihdehuollon laitokseen (Kankaanpään A-koti, Mainiemen Kuntoutumiskeskus, Tampereen Kuntoutumiskeskuksen kuntoutusosasto, Villa Hockey, Päiväperho), näitä asiakkaita oli yhteensä 53. Suunnitellusti vieroitushoidon läpikäyneistä jatkoi 9 asiakasta Tampereen A-toimen avohoidossa (A-klinikka ja Nuorisoasema), sairaalahoitoon (Kaivannon sairaala) 4 asiakasta, kuntouttavaan avohoitoon (Turvaverkko, Ankkuri, Myllyhoito) 4 asiakasta, tukiasumiseen 5 asiakasta, muuhun avohoitoon 1 asiakas, 3 asiakasta kotiutui ilman sitoutumista jatkohoitoon ja 1 asiakas siirrettiin peruskatkaisuosaston puolelle. Tampereen alueella on runsaasti erilaisia hoitovaihtoehtoja, missä voi jatkaa päihdehoitoaan vieroitusjakson jälkeen. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Hoitojatkumo huumevieroitushoidon päättymistavan mukaan (f)

Hoitojatkumo	Suunnitellusti	Keskeytynyt	Uloskirjoitus	Yhteensä
Koti / ei jatkohoitoa	3	11	19	33
Laitoskuntoutus	53	0	0	53
Sairaalahoito	4	0	3	7
Tampereen A-toimi	9	11	0	20
Kuntouttava avohoito	4	0	0	4
Tukiasuminen	5	0	0	5
Muu avohoito	1	7	0	8
Siirto peruskatkolle	1	0	0	1
Yhteensä	80	29	22	131

Vieroitushoitonsa keskeyttäneistä 11 asiakasta kotiutui hoidosta ilman, että heillä oli välitöntä suunnitelmaa jatkaa omaa hoitoaan missään. Hoitonsa keskeyttäneistä 11 asiakasta aikoi jatkaa Tampereen A-toimen avohoidossa (suurin osa Matalassa ja muutama oli jatkamassa A-klinikalle). Johonkin muuhun avohoitoon jatkoi 7 asiakasta, joiden vieroitushoito keskeytyi. (Taulukko 7.)

Hoidosta uloskirjoitettuja oli yhteensä 22 asiakasta. Heistä 19 asiakkaalla ei ollut lähtötilanteessa suunnitelmaa miten tai minne jatkaa hoitoaan uloskirjoituksen jälkeen. Uloskirjoitustilanteessa työntekijät keskustelevat asiakkaan kanssa uloskirjoituksen syistä ja myös ohjaavat asiakkaita hakeutumaan avohoidon piiriin jatkossa, kuten Matalaan. Uloskirjoitustilanteet ovat kuitenkin tilanteina usein sen verran tunnelautuneita, etteivät asiakkaat yleensä ole halukkaita jatkosuunnitelmaa miettimään, vaan pikemminkin haluavat poistua talosta pian tilanteen käsittelyn jälkeen. Uloskirjoitetuista 3 asiakasta lähetettiin hoitoon suoraan sairaalan päivystykseen. (Taulukko 7.)

Päihdehuollon laitokseen päihdekuntoutukseen huumevieroitushoitojakson jälkeen jatkoi yhteensä 53 asiakasta. 19 asiakasta jatkoi Kankaanpään A-kotiin, 18 asiakasta Tampereen Kuntoutumiskeskuksen Kuntoutusosastolle, 11 asiakasta Mainiemen Kuntoutumiskeskukseen, 4 asiakasta Huume kuntoutuskoti Villa Hockeyhin ja Päiväperhoon jatkoi 1 asiakas. (Taulukko 7.)

Huumevieroitushoito-ohjelmasta seitsemän (7) asiakkaan hoito jatkui sairaalassa. Jatkohoitoon lähti 4 asiakasta Kaivannon sairaalan päihdepsykiatriselle osastolle ja 3 asiakkaan hoito päättyi Acutan päivystykseen lähettämiseen. (Taulukko 7.)

Huumevieroitushoitojakson päätyttyä 7 asiakasta jatkoi suoraan omaa hoitoaan avohoitopaikoissa. Turvaverkkoon jatkoi 2 asiakasta, Alfa-kuntoutukseen 2 asiakasta, Tampereen Myllyhoitoklinikalla 1 asiakas, Tampereen Ankkuriin 1 asiakas ja Silta-valmennukseen 1 asiakas. Huumevieroitushoito-ohjelman asiakkaat käyvät pääsääntöisesti ensin pidemmän laitostuntoutusjakson, jonka jälkeen vasta siirtyvät avohoitopaikkoihin jatkamaan omaa kuntoutumistaan, siksi suoraan vieroitushoidosta avohoitoon siirtyneiden määrä on pieni. (Taulukko 7.)

Avohoidossa jatkoi huumevieroitushoidossa olleita asiakkaita 26. A-klinikoilla jatkoi 9 asiakasta, Matalassa 9, kotikunnan omalla päihdetyöntekijällä 3 asiakasta, Nuorisoasemalla 2 ja omalääkärillä 3 asiakasta. (Taulukko 7.)

Huumevieroitushoitojakson päätyttyä 2 asiakasta siirtyi Sopimusvuoren tukiasumisyksikköön. (Taulukko 7.)

Pelkästään vertaistuen piiriin jatkoi yhteensä 3 asiakasta, heistä 2 jatkoi Tampereen A-kilta ry:n toiminnassa ja 1 asiakas jatkoi oma-apuryhmiin (NA – ja AA-ryhmät). (Taulukko 7.)

6.5 Kokemuksia huumevieroitushoito-ohjelmasta ja ryhmästä

Haastatteluissa selvitin haastateltavien taustoja, taustatietoja liittyen huumevieroitusohjelmaan osallistumisesta, huumevieroitusohjelmaan liittyneitä kokemuksia hoidon aikana ja miten asiakkaat omasta kokemuksestaan ja näkökulmastaan kehittäisivät huumevieroitusohjelman hoito-ohjelmaa. Tiedot on saatu viiden asiakkaan haastatteluista.

Tutkimukseen osallistuneiden huumevieroitusryhmän asiakkaiden taustatiedot

Haastattelemani tutkimusjoukko koostuu viidestä henkilöstä, joista miehiä oli neljä ja naisia yksi. Tutkimukseen osallistuneet olivat haastatteluajankohtana katkaisuhoidossa Tampereen Kuntoutumiskeskuksessa ja osallistuivat katkaisuhuito-osastolla toimivaan huumevieroitusryhmään hoitajaksonsa ajan. Haastatelluista asiakaista kahdella oli aiempia kokemuksia päihdehoidoista, kolme olivat ensimmäistä kertaa hoidossa. Kaikki haastatellut suorittivat vieroitushoitonsa suunnitellusti loppuun asti ja jatkoivat päihdehoitoaan joko laitos- tai avohoidossa. Ennen hoitoon tuloa heillä oli joko hyvin vähän tai ei lainkaan tietoa huumevieroitusohjelmasta ja sen sisällöstä. Haastatelluista ensimmäistä kertaa hoidossa olleista asiakaista kolme (3) olisi kaivannut enemmän tietoa huumevieroitusohjelmasta ennen hoitoon tuloansa. Lisätieto mitä haastatellut kaipasivat, liittyi käytännön järjestelyihin (kuten saako hoidossa ollessa käyttää omaa kännykkää ja millaiset ovat vierailukäytännöt) ja huumevieroitusohjelman sisältöön. Huumevieroitusohjelmasta olisi haluttu tietää, että se on oma erillinen pienryhmä katkaisuhuito-osaston sisällä ja, ettei hoito-ohjelmassa käytetä opiaattiavusteista lääkitystä eikä voimakkaita keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä. Nettisivuille toivottiin lisää tietoa koskien huumevieroitusohjelmaa.

Haastateltujen asiakkaiden kokemuksia huumevieroitusohjelmasta

Huumevieroitusohjelman asiakasluku pyritään pitämään 4 – 6. Ryhmän pienellä koolla pyritään turvaamaan jokaisen mahdollisuus käsitellä ja keskustella omista asioistaan turvallisesti ryhmässä ja sitoutua rauhassa omaan hoitoonsa. Pienryhmä antaa enemmän tukea jäsenilleen kuin suuri ryhmä, ja se sitouttaa jäseniään enemmän ryhmään ja hoitoon, myös vertaistuki tulee hyödynnetyksi ehkä paremmin. Pienryhmässä ryhmän kontrolli toimii niin ajatusten kuin tekojenkin suhteen tiiviimmin ja paremmin. Pienryhmän tärkeyttä jokainen haastateltava korosti ja piti sitä erityisen tärkeänä asiana.

”Pienessä ryhmässä olen pystynyt puhumaan muiden narkomaanien kanssa päihteettömyydestä ja päihteettömästä elämästä. Ryhmästä saa tukea ja kannustusta siihen, koska muutkin ryhmässä uskoo samoihin asioihin, jotka liittyvät päihteistä luopumiseen ja päihteettömään elämään.” (Haastattelu A)

”Pienessä ryhmässä yhteishenki on parempi, samaistuminen helpompaa, puheenvuoroja hoitoryhmässä saa tarpeeksi ja ryhmältä saa apua.” (Haastattelu E)

Huumevieroitushoito-ohjelmassa oli kaksi omaa työntekijää, haastattelujen toteutuksen aikaan. Haastateltavista neljä (4) piti hyvänä asiana, että huumevieroitusryhmässä on kaksi omaa ohjaajaa. Yksi (1) haastateltava toivoi lisäksi naisohjaajaa, koska naisia on vähemmän hoidossa. Yksi (1) haastateltava toi esiin, että isompi työntekijämäärä mahdollistaisi sen, että joka päivä huumevieroitusryhmässä olisi kaksi työntekijää paikalla. Haastatelluista yksi (1) oli sitä mieltä, että huumevieroitusryhmässä olisi parempi olla vaihtuvat ohjaajat.

”Heca ja Juha ovat oikeita ohjaajia Hurviin, he sanovat suoraan asioita, ja toisaalta osaavat olla rempseitä. Heillä on oikeanlainen auktoriteettiasema ryhmää kohtaan, eli pitävät järjestyksen ryhmässä mutta kuitenkin tilanne on rento, mikä on hyvä asia. Ryhmässä voisi olla myös joskus nainen ohjaamassa, koska naisia asiakkaisissa on vähemmän... Mutta pitää olla rento ja heittää joskus läppääkin. Ei liian vakavaa saa olla. Itse olin muutamaa päivää lukuun ottamatta koko hoitoni ajan ainoa nainen ryhmässä.” (Haastattelu C)

”Erittäin tärkeää. Joka päivä saisi olla kaksi työntekijää Hurvissa paikalla. Eli Hurvissa saisi olla yhteensä ainakin kolme työntekijää jotta niistä ne edes kaks ois aina töissä. Hurvissa olevilla on niin paljon asioita hoidettavana ja asiointeja, joissa tarvitaan työntekijän apua ja mukanaoloa, koska Hurvilaisilla ei ole lupaa kulkea yksinään.” (Haastattelu D)

”Luottamuksen rakentaminen on helpompaa kun ryhmän ohjaajat ei vaihdu koko ajan. Ohjaajilla on ollut iso vaikutus omiin ajatuksiin, olen ottanut neuvoja vastaan.” (Haastattelu E)

Haastateltavista neljä (4) kokivat huumevieroitusohjelman hoitoryhmät hyväksi ja kokivat niiden auttaneen. Yksi (1) haastateltavista ei kokenut hyötyvänsä hoitoryhmistä hoitajaksonsa aikana, koska käsitellyt asiat olivat tuttuja jo aiemmilta hoitokerroilta.

”Se on ollut paikka missä voi kertoa tunteistaan ja oloistaan. Voi puhua juuri niin kuin ajattelee, ei tarvii sensuroida mitään. Rehellinen puhe on sitä mitä tarvitaan, että pysyis raittiina. Vertaistuki on tärkeää myös.” (Haastattelu E)

Kaikki haastattelemani viisi (5) asiakasta pitivät iltapäivisin järjestettävää toiminnallista osuutta tärkeäksi osaksi huumevieroitusohjelmaa. Erityisesti yhdessä tekemistä korostettiin. Haastatellut asiakkaat toivoivat toiminnallisuutta jopa lisää. Eräoppaan kanssa tehtävät metsäretket ovat olleet mieleen jääneitä kokemuksia monelle heistä.

”Pelkästään jo se kun pääsee välillä pois tästä talosta, missä muuten ollaan koko ajan. Ja kun saa tehdä konkreettisesti jotain. Ei ole väliä mitä tekeminen on, kunhan sitä on ja tehdään yhdessä. Se onko tekeminen kivaa vai ei, riippuu pelkästään omasta sen hetkisestä olotilasta.” (Haastattelu B)

”Hurvin toiminnassa on sellainen ”jatkohoitomainen meininki”, kun haetaan hyviä fiiliksiä ja tuntemuksia toiminnan kautta. Parasta on ollut retki laavulle kun sai olla metsässä ja tehdä jotain semmosta mistä on tykännyt.” (Haastattelu E)

Vertaistuella on suuri merkitys monelle päihderiippuvuudesta toipuvalla. Vertaistuki on kokemusten ja ajatusten vaihtoa, toisen ihmisen kanssa jolla on samanlaisia kokemuksia tai samanlainen elämäntilanne. Molemmat osapuolet voivat sekä antaa tukea toiselle kuin myös saada tukea muilta. Huumevieroitusohjelmassa asiakkaita kannustetaan tutustumaan ja osallistumaan NA- (nimettömät narkomaanit), ja AA (anonyymit alkoholistit) -ryhmien sekä A-killan ja KRIS:n toimintaan ja niiden kautta saatavaan vertaistukeen. Huumevieroitusohjelman omassa sisällössä korostetaan vertaistuen roolia ja sen mahdollisuutta auttaa

päihderiippuvaisen omassa toipumisessa. Haastattelemistani asiakkaista neljä (4) koki saaneensa vertaistukea huumevieroitusohjelmassa hoitajaksonsa aikana. Yhden (1) haastatellun vertailupohja vertaistuesta liittyi NA-ryhmien vertaistukeen ja sitä pitää itselleen tärkeänä, huumevieroitusohjelmasta ei kokenut saavansa tarvitsemaansa vertaistukea.

”Kahdenkeskiset jutut omalla ajalla on ollut tärkeitä, on saanu oikeesti tutustua toiseen ja vaihtaa kokemuksia. Toisista saa tukea ja turvaa.”

(Haastattelu C)

Haastateltavien kohdalla yhteensä neljän (4) ajatukset ja suhtautuminen omaa päihdeongelmaa ja itsensä hoitamista kohtaan muuttuivat hoitajakson aikana jollain tavalla. Yksi (1) päätti lähteä jatkohoitoon vieroitushoidon jälkeen, ja yksi (1) löysi avohoitotahon minne jatkaa laitospäästymisen jälkeen. Haastatelluista yksi (1) ymmärsi hoitajakson aikana, että päihde-elämä ja raittius ovat mahdollisia vielä tavoittaa ja unohti korvaushoitoajatuksen jolla hoitoon tuli. Yksi (1) haastateltu oivalsi hoitonsa aikana, että vain itse voi vaikuttaa omaan toipumiseensa, muiden ihmisten tukemana kylläkin ja sen, että omaa elämää ja päihde-elämää täytyy muuttaa.

”Ajatus ja päätös jatkohoitoon lähtemisestä syntyi hoidon aikana.”

(Haastattelu B)

”On muuttunut. Olen päättänyt, että tavoitteeni on täysraittius mitä haluan. Kaikki lääkkeet, huumeaineet ja alkon käyttö pois, ilman niitä kaikkia on ainoa mahdollisuus. Ei mitään korvaushoitoja. Hurvi on auttanut tämän asian tajuamisessa.” (Haastattelu D)

Huumevieroitusohjelman kehittäminen asiakkaiden näkökulmasta

Mikä huumevieroitusohjelmassa toimii asiakkaiden kokemuksen mukaan? Mikä on auttanut heitä hoitajakson aikana edistymään? Kaikki viisi (5) haastateltua erittelivät heidän mielestään toimivia asioita huumevieroitusohjelmassa. Hyviä

asioita ovat heidän mielestään olleet mm. kannustus ja palaute muilta asiakkailta ja työntekijöiltä, hoitoryhmät, toiminnallisuus, keskustelut ja vertaistuki.

”Vertaistuki ja hoitoryhmät. Ohjaajat osaavat kysyä oikeita asioita, ne on herätelly ja tiputeltu meitä alas omista pilvilinnoista. Ne on kyselly oikeis tilanteissa, et ”missä mennään?”. Mun mielestä on hyvä, että ohjaajat puuttuu ja kyseenalaistaa meidän ajatuksia ja sanomisia.” (Haastattelu D)

”Olen ottanut kaikki uudet tilanteet sellasena siedätyshoitona, tää on ollut turvallinen paikka kaikelle sellaselle, kun kaikkee tekee nyt selvinpäin. Vielä enemmän saisi olla painostusta ja perseelle potkimista työntekijöiden puolelta. Ja terapeutista toimintaa saisi olla myös vielä enemmän. Hyviä juttuja on ollut myös itsetutkistelu-tehtävät, niitä lisää. Katkolla voisi olla jokaisella myös omahoitaja, jonka kanssa olisi kahdenkeskiset keskustelut vielä.” (Haastattelu E)

Mikä huumevieroitusohjelmissa ei toimi haastateltavien mielestä ja mitä pitäisi muuttaa? Kolme (3) nimesivät erilaisia asioita, kun taas kaksi (2) haastateltavaa oli sitä mieltä, ettei sellaista asiaa ole mikä ei toimi huumevieroitusohjelmissa. Haastateltavat nimesivät tällaisiksi toimimattomiksi asioiksi: ilta-aikaan on liian vähän ohjattua toimintaa, aikataulujen pitäminen täsmällisinä ja huumevieroitusohjelmissa olevien asiakkailta oltava sama tavoite, vieroittautuminen päihteistä.

”Hurvissa pitäisi kaikkien olla sellaisia, joilla on samanlaiset tavoitteet ja samanlainen motivaatio vieroittautumiseen ja päihteettömyyteen. Korvaushoitoon haluavien ei ole hyvä olla samassa ryhmässä vieroittautujien kanssa. Hurviin vaan sellaset jotka oikeesti haluaa eroon kamasta.” (Haastattelu E)

Haastatelluista asiakkaista kolme (3) oli sitä mieltä, että huumevieroitusohjelmissa on nykyisellään riittävästi sisältöä. Kaksi (2) haastateltua toivoi lisää

sisältöä hoito-ohjelmaan. Lisää ohjelmaa kaivattiin ilta-aikaan, aamu- ja päiväaikaan sisältöä on jo riittävästi heidän mielestään.

Haastateltavilta tiedusteltiin millaista sisältöä he ylipäänsä toivovat huumevieroitushoito-ohjelmaan, nousi esiin seuraavat asiat: ilta-aikoihin lisää ohjattua toimintaa (mainittiin kolmessa haastattelussa), enemmän yksilökeskusteluja ja omahoitaja käytäntö katkaisuhuito-osastollekin (mainittiin kahdessa haastattelussa) ja vertaistukiryhmiin tutustuminen pitäisi olla hoidon aikana pakollista (mainittiin yhdessä haastattelussa).

*”Yksilökeskusteluja enemmän ja tää omahoitaja juttu katkollekin”
Päivä- ja ilta-aikaan saisi olla enemmän työntekijän ohjaamaa tekemistä. Koska ei täällä kukaan tee ilman ”pakotusta” mitään, vaikka se ois kivaakin tekemistä. Jonkun tarvii potkia homma käyntiin ja meitä eteenpäin.” (Haastattelu C)*

*”Kahdenkeskisiä keskusteluja hoitajien kanssa enemmän.”
(Haastattelu E)*

Kun haastateltavilta kysyttiin millaisia toiveita heillä on Tampereen Kuntoutumiskeskuksen koko henkilökunnalle esittää, tuli esille monenlaisia asioita. Haastateltavat kaipasivat työntekijöiltä positiivista asennetta lisää, herkkyyttä tarjota enemmän kahdenkeskistä keskustelua etenkin ilta- ja yöaikaan, mahdollisuutta jutella työntekijän kanssa välillä ilman ”hoidollista näkökulmaa” ns. niitä näitä ja, että työntekijät luottaisivat enemmän asiakkaisiin sekä heidän puheisiinsa ja osoittaisivat luottamusta konkreettisesti asiakkaille.

7 KARTOITUKSEN YHTEENVETO JA POHDINTA

Kartoituksen tarkoituksena oli selvittää, että millaista huumevieroitushoito-ohjelman asiakaskunta on ja miten heidän hoitojaksonsa ovat sujuneet vuonna 2011. Sekä

valottaa asiakkaiden omia kokemuksia hoitomuodosta ja sitä miten asiakkaat haluaisivat hoito-ohjelmaa kehittää entistä paremmin toimivaksi kokonaisuudeksi. Kartoituksesta saatuja tietoja voitaisiin hyödyntää suuntaa antavasti huumevieroitusohjelman kehittämisessä ja siinä miten tätä asiakaskuntaa voitaisiin entistä paremmin auttaa vieroitushoidon aikana. Kartoituksen tilastollisessa osiossa on ollut mukana kaikki vuoden 2011 huumevieroitusohjelmassa olleet asiakkaat, joten se kuvaa huumevieroitusohjelmassa olleita asiakkaita kattavasti ja tuloksia voidaan näin ollen pitää luotettavia. Kartoituksen haastattelut ovat vain suuntaa antavia. Viiden haastattelun aineistosta selvisi, että kehittämistarpeita on ja niitä voisi tutkia isommalla aineistolla ja tällöin huumevieroitusohjelman toimintaa voitaisiin luotettavammin kehittää.

Tampereen Kuntoutumiskeskuksen huumevieroitusohjelmassa oli vuoden 2011 aikana yhteensä 131 asiakasta, joista miehiä oli 91 (69 %) ja naisia 40 (31 %). Huumevieroitusohjelman asiakkaista eniten oli 25 – 29 ja 30 – 34 -vuotiaiden ikäryhmistä. Asiakkaista viidellätoista eli 11 prosentilla oli asiakkuus myös sosiaalityön lastensuojelussa. Asiakkaista 113 (86 %) oli tamperelaisia ja 18 asiakasta (14 %) oli muista ympäristökunnista. Huumevieroitusohjelmassa oli 13 asiakasta (10 %), joilla oli kaksi hoitojaksoa vuoden 2011 aikana. Hoitoon tullessa huumevieroitusohjelman asiakkaista 79 % asui omassa kodissa, 11 % oli asunnottomia, 5 % asui omaisten luona ja 5 % asui tuetun asumisen / asumispalveluyksikössä. Huumevieroitukseen asiakkaan ohjannut taho oli 33 % asiakkaista Matala, 16 % sosiaalityöntekijä, 13 % Tampereen A-klinikkatoimen muut yksiköt (A-klinikka, Nuorisoasema, Nervi), 14 % muut avohoitotahot, 8 % laitostahot ja niin ikään 8 % omaiset, 5 % päihdetyöntekijä ja 3 % asiakkaista tuli hoitoon täysin omatoimisesti.

Huumevieroitusohjelmassa vuonna 2011 toteutui yhteensä 131 hoitojaksoa, kun huomioidaan kaikki hoidon päättymistavat, niin hoitojakson keskipituus oli 11 vuorokautta. Vuoden aikana kertyi yhteensä 1394 hoitovuorokautta. Suunnitellusti päättyneiden hoitojaksojen keskimääräinen hoidon kesto oli miehillä 13 vuorokautta, naisilla 14 vuorokautta ja yhteensä 13 vuorokautta. Uloskirjoitukseen päättyneissä hoitojaksoissa miesten hoito kesti keskimäärin 6 vuorokautta, naisten 8 vuorokautta ja yhteensä molempien keskiarvo oli 6 vuorokautta. Keskeytyneissä hoitojaksoissa

miesten hoito kesti keskimäärin 6 vuorokautta, naisten 8 vuorokautta ja yhteensä molempien yhteenlaskettu keskiarvo oli 7 vuorokautta. Kaikissa päättymistavoissa, naisten hoitojen keskimääräinen kesto oli vähän suurempi kuin miesten.

Vuoden aikana hoitajaksoista 79 (60 %) päättyi suunnitellusti, 29 hoitajaksoa (22 %) keskeytyi, 22 hoitajaksoa (17 %) päättyi uloskirjoitukseen, ja yksi hoitajakso (1 %) siirrettiin peruskatkaisuhoito-osaston puolelle.

Huumevieroitusohjelmassa uloskirjoitettiin hoidosta henkilökunnan toimesta yhteensä 22 asiakasta vuoden aikana. Näistä 16 asiakasta (73 %) oli miehiä ja 6 asiakasta (27 %) oli naisia. Hoidosta uloskirjoitettujen miesasiakkaiden kohdalla syitä oli päihteiden käyttö hoidon aikana (69 %), toistuva sääntöriike (19 %) ja asiointireissulta palaamatta jättäminen (12 %). Naisiasiakkaat joiden hoito päättyi uloskirjoitukseen, johtui päihteidenkäytöstä hoidon aikana (67 %) ja toistuvista sääntörikkeistä (33 %). Päihteidenkäyttö hoidon aikana oli lähestulkoon yhtä yleinen syy uloskirjoitukseen niin naisilla kuin miehilläkin. Naisten kohdalla toistuvista sääntörikkeistä johtuva uloskirjoitus, oli melkein tuplasti sen verran kuin luku miesten kohdalla. Yhdenkään naisen hoidon uloskirjoituksen syynä ei ollut asiointireissulta palaamattomuus, toisin kuin miesten kohdalla.

Huumevieroitusohjelmaan osallistuneiden 79 asiakkaan hoitajakso päättyi suunnitellusti. 53 asiakasta (67 %) jatkoi jatkokuntoutukseen päihdehuollon laitokseen, 9 asiakasta (11 %) jatkoi avohoidossa Tampereen A-toimen yksiköissä (A-klinikka ja Nuorisoasema), 5 asiakasta (6 %) tukiasumisen yksiköihin, 4 asiakasta (5 %) jatkoi kuntouttavaan avohoitoon, 4 asiakasta (5 %) siirtyi jatkohoitoon sairaalaan, 3 asiakasta (4 %) kotiutui ilman jatkohoitokontaktia, 1 asiakas (1 %) jatkoi muun avohoidon piirissä ja yksi asiakas (1 %) siirrettiin peruskatkolle.

Hoitojaksonsa keskeyttäneitä asiakkaita oli yhteensä 29, heistä 11 asiakasta (38 %) kotiutui ilman suunnitelmaa hoidon jatkamisesta muualla, 11 asiakasta (38 %) aikoi jatkaa Tampereen A-toimen yksiköiden palvelujen piirissä (Matala, A-klinikka) ja 7 asiakasta (24 %) aikoi jatkaa muun avohoidon piirissä.

Hoidosta uloskirjoitettiin yhteensä 22 asiakasta, joista 19 asiakasta (86 %) kotiutui ja 3 asiakasta (14 %) lähetettiin sairaalahoitoon.

Huumevieroitushoito-ohjelmassa olleiden viiden asiakkaan haastatteluiden kautta selvitin miten he ovat kokeneet hoito-ohjelman ja miten he sitä haluaisivat kehittää.

Haastattelujen perusteella haastateltavat olivat kokeneet huumevieroitushoito-ohjelman hoidon hyvänä ja olleet tyytyväisiä siihen. Kaikki haastatellut korostivat huumevieroitusryhmän tarpeellisuutta, pienryhmää ja toiminnallisuutta, ja lisäksi ryhmän omia ohjaajia pidettiin tärkeänä. Pääosin haastatellut kokivat hyötynensä hoito-ohjelmasta. Ryhmän omia hoitoryhmiä ja iltapäivisin järjestettävää toiminnallisuutta pidettiin erityisen tärkeinä asioina hoito-ohjelmassa. Yhtä lukuun ottamatta, haastatellut kokivat saaneensa vertaistukea hoidon aikana, ja kokivat sen hyväksi ja toipumista edistäväksi asiaksi. Haastatelluista neljän kohdalla huumevieroitushoito-ohjelma sai ajatuksia ja suhtautumista muuttumaan omaan päihdeongelmaan ja sen hoitamista kohtaan. Keskustelut kahden kesken ja ryhmässä, palaute muilta asiakkailta ja työntekijöiltä, hoitoryhmät, toiminnallisuus ja vertaistuki koettiin hyväksi ja toimiviksi asioiksi mitä huumevieroitushoito-ohjelma tarjosi asiakkaille.

Viiden asiakkaan haastatteluista nousi esiin asioita joihin he toivoivat muutosta ja parannusta. Kävi ilmi, että ensimmäistä kertaa hoitoon tulleet asiakkaat olisivat kaivanneet etukäteen enemmän tietoa koskien hoito-ohjelmaa ja sen käytäntöjä. Toiminnallisuuden ja ohjatun toiminnan tärkeyttä haastateltavat toivat esiin useassa kohdassa haastattelua. Ilta-aikoihin toivottiin lisää ohjattua toimintaa ja työntekijöiden järjestämää ohjelmaa, ilta-ajat koettiin vaikeiksi jos oli liikaa ns. ”tyhjää aikaa”. Hoito-ohjelman kehittämisen suhteen toivottiin, että huumevieroitushoito-ohjelmaan tulevilla asiakkailla olisi samanlainen tavoite kaikilla, päihteiden käyttämisen lopettaminen ja raittius. Korvaushoitoa tavoittelevia asiakkaita ei haluta samaan ryhmään huumeista ja päihteistä vieroittautujien kanssa. Kehittämiskohtana tuotiin esille myös pyyntö, että aikataulut pyrittäisiin pitämään täsmällisinä niin henkilökunnan kuin asiakkaidenkin osalta. Haastateltavat toivovat lisää mahdollisuuksia ja aikaa yksilökeskusteluihin työntekijöiden kanssa ja omahoitajakäytäntöäkin toivottiin. Yksi haastateltava esitti, että huumevieroitushoito-ohjelmassa voitaisiin asiakkaita velvoittaa ainakin tutustumaan ja käymään vertaistukiryhmissä hoitajakson aikana. Haastateltavat kaipasivat ja toivoivat yleisesti Tampereen Kuntoutumiskeskuksen henkilökunnalta enemmän

positiivista asennetta, työntekijöiltä herkkyyttä tarjota enemmän yksilökeskusteluja, mahdollisuutta keskustella työntekijän kanssa välillä vähemmän vakavista asioista ja, että työntekijät luottaisivat asiakkaisiin enemmän ja myös osoittaisivat luottamuksen heille.

Haastatteluiden kautta saatujen tulosten perusteella ei voida tehdä kaikkia Tampereen Kuntoutumiskeskuksen huumevieroitusohjelman asiakkaita koskevia yleistäviä johtopäätöksiä. Tutkimuksen otanta oli sen verran pieni, vain viisi asiakasta haastateltiin. Huumevieroitusohjelman hoito-ohjelmaan liittyviä asiakkaiden kokemuksia, voidaan verrata aiempiin päihteidenkäyttäjien vieroitus- ja katkaisuhoidon koskeviin tutkimuksiin ja niiden tuloksiin. Tutkimuksen tulokset kuvaavat näiden viiden asiakkaan kokemuksia huumevieroitusohjelmasta monipuolisesti ja heidän esittämät kehitysideat hoito-ohjelmasta ovat periaatteessa toteuttamiskelpoisia.

7.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen suorittamisessa eettisyys on toteutunut. Tilastotieto-osuudesta ei ketään asiakkaita pysty tunnistamaan, koska aineistona ovat kaikki vuonna 2011 huumevieroitusohjelmassa olleet asiakkaat. Tutkimuksen tilastotieto-osio on kattavuudeltaan luotettava, koska tilastotiedot on kerätty koko vuoden 2011 ajalta ja se sisältää tiedot kaikista vuoden aikana hoidossa olleista asiakkaista ja kaikista hoitajaksoista.

Kaikkia haastattelu-osioon osallistuneita asiakkaita informoin informointikirjeellä, missä kerrottiin mitä tutkimus koskee, miten se toteutetaan ja se mihin heidän antamiaan tietojaan käytetään. Informointikirjeessä painotettiin tutkimukseen osallistumisen olevan vapaaehtoista ja osallistumisen saa keskeyttää missä vaiheessa vaan jos niin haluaa. Haastatteluiden kautta saaduista tiedoista, mitä tutkimuksessa käytetään, ei pysty yksittäisiä asiakkaita tunnistamaan. Lisäksi kaikki haastatteluaineisto tuhoaan tutkimuksen päätyttyä. Tutkimukseen osallistuneille asiakkaille kerrottiin myös, ettei tutkimukseen osallistuminen tai osallistuttamatta jättäminen vaikuta heidän hoitoonsa mitenkään, ja tutkimus ei kuulu

huumevieroitushoitoon. Haastatteluista saatua aineistoa on käytetty tutkimuksessa niin, että haastateltavia asiakkaita ei niistä kykene tunnistamaan.

Haastatteluosuus koostui vain viiden (5) asiakkaan haastatteluista. Koska haastateltavien määrä oli niin pieni, vaikuttaa se negatiivisesti työn luotettavuuteen. Haastatteluiden kautta sain kuitenkin selville asiakkaiden kokemuksia huumevieroitushoito-ohjelmasta. Yllättävää haastatteluiden toteutuksessa oli se, että kaikki pyydyt asiakkaat halusivat osallistua tutkimukseen ja he olivat hyvin yhteistyöhaluisia. Ajattelen sen johtuvan siitä, että asiakkaat halusivat olla mukana huumevieroitushoito-ohjelman kehittämisessä ja jakaa kokemuksiaan siitä. Haastateltavien vastaukset olivat hyvin pitkälle samansuuntaisia, ja enemmistö heistä oli samaa mieltä monessa kohdassa haastattelua. Sitä kautta ajattelisin, että tutkimuksen kautta saadut tiedot ovat ainakin jollain tasolla suuntaa antavia ja niistä saatuja tietoja voidaan ottaa huomioon kun huumevieroitushoito-ohjelman kehittämistä pohditaan.

Jatkotutkimuksen aihe voisi mielestäni keskittyä päinvastoin kuin nyt, selvittämään Tampereen Kuntoutumiskeskuksen työntekijöiden kokemuksia huumevieroitushoito-ohjelmasta ja miten he sitä kehittäisivät. Olisi mielenkiintoista tietää, mistä asioista työntekijät ajattelevat huumevieroitushoito-ohjelman toimivuuden johtuvan ja miten se näkyy huumevieroitushoito-ohjelman asiakkaissa ja yleisemmin katkaisuhuito-osaston toiminnassa. Tällä hetkellä Tampereen Kuntoutumiskeskuksessa työssä olevista työntekijöistä suurin osa on tullut taloon, sen jälkeen kun huumevieroitushoito-ohjelma on tullut yhdeksi hoito-ohjelmaksi. Heillä ei ole siksi kokemusta siitä ajasta (ennen vuotta 2008), kun huumeidenkäyttäjät ja alkoholistit olivat katkaisuhuito-osastolla samassa hoito-ohjelmassa samanaikaisesti ja miten tällainen järjestely näkyi aiemmin koko Kuntoutumiskeskuksen ilmapiirissä ja toiminnassa. Pitkään talossa olleilla työntekijöillä on kokemusta molemmista ajoista ja uudemmilla työntekijöillä kokemus tästä jälkimmäisestä ajasta, niin olisi mielenkiintoista tutkia ja selvittää millaisia näkökulmia henkilökunnan puolelta asiasta nousisi.

Toisekseen tärkeä ja mielenkiintoinen aihe perehtyä voisi olla myös huumevieroitushoito-ohjelmassa hoitonsa keskeyttäneet ja hoidosta uloskirjoitetut

asiakkaat. Tutkimuksessa voitaisiin selvittää syitä ja tekijöitä miksi asiakas päätyy hoitonsa keskeyttämään, ja millä tavoin tällaisiin asioihin ja tilanteisiin voitaisiin puuttua, että hoitojen keskeyttämismäärät saataisiin pienemmiksi. Myös kiintoisaa olisi, miten hoidosta uloskirjoitettavien asiakkaiden hoitoon ja hoitoon asettumiseen voitaisiin puuttua, ennen kuin tilanne kärjistyy siihen, ettei muuta vaihtoehtoja ole kuin asiakkaan uloskirjoitus hoidosta.

7.2 Pohdinta

Kartoitusta tekemällä itselleni on hahmottunut käytännössä, että millaisia asiakkaita, minkälaisia hoitajaksoja, mistä asiakkaat ovat tulleet ja minne lähteneet vuoden 2011 aikana. Kartoituksen kautta olen saanut lisää ymmärrystä siitä, minkälaisia asioita huumevieroitushoito-ohjelmassa ja sen sisällössä asiakkaat pitävät itse tärkeinä. Asiakkaiden kokemusten ja kehittämisideoiden kautta huumevieroitushoito-ohjelman kokonaisuutta voidaan hioa paremmaksi ja toimivammaksi. Ja kyseenalaistaa myös vanhoja toimintatapoja ja käytäntöjä katkaisuhuito-osastolla Tampereen Kuntoutumiskeskuksessa.

Kartoituksen tulosten kautta vaikuttaa siltä, että huumevieroitushoito-ohjelman asiakkaat kaipaavat enemmän kahdenkeskisiä keskusteluja työntekijöiden kanssa, jopa omahoitaja -käytännöstä usea asiakas voisi hyötyä jo katkaisuhoidon aikana, työntekijöiden ohjaamaa toimintaa huumevieroitushoito-ryhmän asiakkaat kaipaavat myös ilta-aikaan lisää. Kartoituksen haastatteluosuuden perusteella vaikuttaa siltä, että huumevieroitushoito-ohjelmaan nämä asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä, ja arvostavat erityisesti omaa pientä ryhmää ja hoito-ohjelman hoidollisia ryhmiä. Toki on huomioitavaa, että kaikki haastateltavat ovat olleet onnistuneesti ja suunnitellusti hoitajaksonsa suorittaneita, erilaisia vastauksia varmaan saataisiin haastatteleamalla asiakkaita jotka ovat keskeyttäneet hoitajaksonsa jostain syystä.

Yli 60 % huumevieroitushoito-ohjelman asiakkaista sai hoitajakson suoritettua suunnitellusti loppuun, ja pääsivät jatkamaan hoitoaan muiden palvelujen piirissä. Suunnitellusti hoitajakson päättäneistä asiakkaista jatkoi jatkokuntoutukseen yli 67 %. Huomiota huumevieroitushoito-ohjelmassa kannattaisi mielestäni kiinnittää siihen, miten hoitonsa keskeyttäneiden ja hoidosta uloskirjoitettujen asiakkaiden

määrää saataisiin pienemmäksi. Ja pohtia miten näiden asiakkaiden hoitoon voitaisiin puuttua, ennen hoidon ennenaikaista päättymistä, ja saada turvattua asiakkaalle mahdollisuus saattaa hoitonsa suunnitellusti päätökseen jos asiakas itse on siihen motivoitunut.

7.3 Oma oppimiskokemus

Opinnäytetyön tekeminen omalla kohdallani kesti kaiken kaikkiaan reilun kahden vuoden ajan. Alkuperäisen tutkimussuunnitelman mukainen aikataulu venyi useaan otteeseen. Haastavinta oli toimeen tarttuminen, mutta lopulta varsinaisen kirjoittamisvaiheen alkuunsaamisen jälkeen se opinnäytetyö alkoi edetä hyvällä tahdilla. Opinnäytetyön toteuttaminen oli itselleni ensimmäinen kerta, kuten myös tutkimuksen maailmaan syvemmin perehtyminen. Helppoa prosessissa oli lähdeaineiston hankkiminen ja löytäminen. Hankalaa oli opinnäytetyön aiheen rajaaminen ja tutkimuskysymysten mietintä haastatteluja varten, ja tutkimuksen näkökulman muuttaminen kesken kaiken.

Olen hyötynyt valtavasti kun olen joutunut (ja saanut) perehtyä huumeidenkäytön ja huumeidenkäyttäjien hoidon teoriaan ja erilaisiin tutkimuksiin. Hakemani ja oppimani tieto ei ole mennyt hukkaan, koska kaikkea niitä pystyn hyödyntämään myös omassa työssäni huumevieroitusohjelman ja katkaisuhoidon osaston työssä. Opinnäytetyön prosessin kautta olen saanut itselleni yhä enemmän varmuutta ja tietopohjaa siihen käytännön työhön mitä teen. Oli hämmästyttävää huomata miten paljon tietoa ja näkökulmia päihdetyöstä ja huumeidenkäyttäjien hoidosta löytyikään, sen mukaan mitä enemmän sitä tietoa vain etsi. Opinnäytetyön tekeminen on henkilökohtaisesti minulle ollut pitkä, työtä vaativa ja myös antoisa urakka, joka kaikkien näiden kuukausien ja vuosien jälkeen on vihdoista viimein valmis. Kaikista vaikeinta oli aikataulussa pysyminen ja työn kaventaminen sopiviin mittasuhteisiin.

LÄHTEET

Ahtiala, P. & Ruohonen, K. 1998. ”Se oli sitä koko elämä”. Kokemuksia ja näkemyksiä huumeriippuvuudesta. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Ahokas, H., Kajesalo, K. & Holpoainen, A. 1998. Pilvilinnoja vai kunnon rakenteita? Huumeasiakkaat hoitojärjestelmissä. Helsinki. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 26.

A-klinikkasäätiö. 2009. A-klinikkasäätiö 2008. Helsinki. Speedmaster Oy.

A-klinikkasäätiön Hoitorekisteri –tietojärjestelmä.

A-klinikkasäätiön Internet-sivut. [Viitattu 21.11.2010]. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/katkaisuhoito>

A-klinikkasäätiön Internet-sivut. [Viitattu 11.10.2011]. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/hoitomenetelmat>

A-klinikkasäätiö Tampereen A-klinikkatoimi. Palvelukertomus 2007.

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. (toim.) 2008. Päihdehoitotyö. Jyväskylä. Tammi.

Havio, M., Mattila, R., Sinnemäki, T. & Syysmeri, L. 1995. Päihteenkäyttäjä hoitotyön haasteena. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Kaukonen, O. & Hakkarainen, P. (toim.) 2002. Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki. Yliopistopaino.

Knuuti, U. 2007. Matkalla marginaalista valtavirtaan? Huumeiden käytön lopettaneiden elämäntapa ja toipuminen. Helsinki. Yliopistopaino.

Koski-Jännes, A. 2000. Miten riippuvuus voitetaan. Keuruu. Otava.

Käypä hoitosuositus. 2006. Huumeongelman hoito. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. [Viitattu 5.2.2012]. Saatavissa:

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

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M. & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihtee: ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Päihdehuoltolaki 41/1986. Finlex. Oikeusministeriö. [Viitattu 6.8.2010]. Saatavissa:

[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041?search\[type\]=pika&search\[pika\]=p%C3%A4ihde](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041?search[type]=pika&search[pika]=p%C3%A4ihde)

Rönkä, S. & Virtanen, A. (toim.) 2009. Huumetilanne Suomessa 2009. Helsinki. Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 33/2008. Finlex. Oikeusministeriö. [Viitattu 11.8.2010]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080033>

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Päihdepalvelujen laatusuositukses. Helsinki 2002. [Viitattu 21.11.2010, 9.2.2012]. Saatavissa:

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/paihdepalvelu/paihdepalv.pdf>

Tammi, T., Aalto, M. & Koski-Jännes, A. (toim.) 2009. Irti päihdeongelmista. Porvoo. WS Bookwell Oy.

Tampereen Kuntoutumiskeskuksen huumevieroitushoito-ohjelman laatuseuranta vuodelta 2011.

Tanhua, H., Virtanen, A., Knuuti, U., Leppo, A. & Kotovirta, E. 2011. Huumetilanne Suomessa 2011. Tampere. Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy. [Viitattu 15.4.2012]. Saatavissa:

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/7b3a668f-2958-4d9d-bd6f-a57a176cb0ec>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Internet-sivut. Päihdetilastollinen vuosikirja 2011, Alkoholi ja huumeet. [Viitattu 12.3.2012]. Saatavissa:

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0f25bf0a-ad0c-4294-9e44-5ac2cf5fe544>

Terveyskirjasto. 2010. Huumeongelmaisen hoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 13.2.2011]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00056

INFORMOINTIKIRJE ”HUUMEVIEROITUSRYHMÄN
ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA KATKAISUHOIDOSTA”
TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJILLE

Hyvä Hurvin asiakas!

Toimin ohjaajana katkaisuhuolto-osastolla, jonka ohessa opiskelen sosionomiksi. Nyt opintojen loppuvaiheessa teen opinnäytetyötä Satakunnan ammattikorkeakoululle, tarkoituksena on valmistua joulukuussa 2010.

Tutkimukseni aiheena on *Tampereen Kuntoutumiskeskuksen huumevieroitusryhmän (eli Hurvin) asiakkaiden kokemuksia katkaisuhoidosta*. Tavoitteenani on selvittää asiakkaiden kokemuksia ja ajatuksia Hurvin hoito-ohjelmasta ja siitä miten se auttaa asiakkaita heidän omassa hoidossaan katkaisuhuolto-osastolla. Ja toisaalta miten Hurvin hoito-ohjelma voisi palvella vielä paremmin asiakkaitaan.

Toivon, että tutkimukseni kautta voisimme saada lisää tietoa siitä, miten voisimme Hurvin hoito-ohjelmaa kehittää edelleen.

Tiedot tutkimukseen kerään haastattelujen avulla. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voit keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin haluat. Tutkimuksen tuloksista ei tunnisteta yksittäisiä vastaajia ja haastattelun avulla saadut tiedot käsitellään luottamuksellisina. Haastatteluista saatu aineisto tuhotaan tutkimuksen päätyttyä.

KIITOS OSALLISTUMISESTASI!

Yhteistyöterveisin,

Niina Lankinen
Ohjaaja

